



Министерство здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан



ГОО «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»



ИННОВАТСИЯ ДАР
ТИБ – АЗ ИЛМ БА
АМАЛИЯ



1-ДЕКАБРЯ
2023

ДУШАНБЕ

ИННОВАЦИИ В
МЕДИЦИНЕ: ОТ
НАУКИ К ПРАКТИКЕ



INNOVATIONS IN
MEDICINE: FROM
SCIENCE TO PRACTICE



МАТЕРИАЛЫ
КОНФЕРЕНЦИИ
ТОМ-2

71

научно-практическая
конференция с
международным
участием





**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**



**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

ИННОВАТСИЯ ДАР ТИБ: АЗ ИЛМ БА АМАЛИЯ

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

INNOVATIONS IN MEDICINE: FROM SCIENCE TO PRACTICE

Материалы научно-практической конференции
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной)
«**Инновации в медицине: от науки к практике**», с международным участием

ТОМ 2

**(СТОМАТОЛОГИЯ, ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ,
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ И СТАТЬИ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ)**

Душанбе
01.12.2023

**Организационный комитет 71-й научно-практической конференции
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием**

Абдуллозода Дж.А.	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Гулзода М.К.	заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Мухаббатзода Дж.К.	заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и издательской деятельности ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Юсуфи С.Дж.	начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, академик НАНТ, д.фарм.н., профессор
Ибодзода С.Т.	проректор по учебной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Кобилов К.К.	проректор по лечебной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Курбонбекова П.К.	проректор по идейно-воспитательной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Хокиров Т.З.	проректор по хозяйственно-административной части ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент

Рабочая группа оргкомитета

Носири К.Н.	начальник службы ректора, к.м.н., доцент
Додхоев Д.С.	начальник международного отдела, д.м.н.
Абдуллозода С.М.	начальник учебно-методического управления, к.м.н.
Табаров М.С.	декан медицинского факультета, д.м.н., профессор
Махмудзода Х.Р.	директор центра стратегического развития и менеджмента, к.м.н.
Джамолова Р.Дж.	начальник отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Али-Заде С.Г.	начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н., доцент
Юлдашева У.П.	декан стоматологического факультета, к.м.н., доцент
Зокиров Р.Х.	декан педиатрического факультета, к.м.н., доцент
Бахтиёрова Н.Б.	декан медико-профилактического факультета, доктор PhD
Каландарзода Ё.К.	декан фармацевтического факультета, к.б.н., доцент
Холматов П.К.	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Салимов Дж.С.	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Юсупова М.Х.	ассистент кафедры внутренних болезней №1, к.м.н.
Умарова З.Д.	специалист отдела науки и инноваций
Мавлонова С.Н.	специалист отдела науки и инноваций к.м.н.
Мириарофов М.М.	председатель комитета по делам молодежи
Кабиров Дж.Н.	ведущий специалист отдела подготовки научных кадров, к.х.н.
Бозоров С.С.	ассистент кафедры дерматовенерологии
Нарзиева Ф.А.	специалист отдела подготовки научных кадров
Субхонова Г.С.	специалист отдела подготовки научных кадров
Манонова П.И.	специалист отдела подготовки научных кадров
Халилова Д.Р.	делопроизводитель отдела науки и инноваций

Информационно-техническая поддержка

Юлдошев У.Р.	заведующий кафедрой русского языка, академик АПСН РФ, д.п.н., профессор
Ворисов А.А.	заведующий отделом делопроизводства службы ректора, к.м.н.
Юсупов А.И.	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии, к.ф.н., доцент
Мазитов М.Г.	главный редактор газеты «Ворисони Сино»
Назриев Н.Х.	заведующий типографией ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Эгамназаров Х.Н.	специалист международного отдела, доктор PhD
Тошов Х.	специалист международного отдела
Болтаева Л.Х.	заведующая библиотекой
Лысых О.А.	ассистент кафедры русского языка
Султанова Д.Х.	ассистент кафедры русского языка
Файзов Э.М.	начальник отдела социального маркетинга
Азизов Дж.Н.	директор центра информационных технологий
Сафаралиев Ф.Б.	администратор сети
Сафаров Н.Х.	специалист учебно-методического управления

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

Уважаемые коллеги и участники конференции!

В современном мире, где технологии и наука используются в комплексе, область медицины претерпевает значительные изменения. Мы становимся свидетелями стремительных изменений в области здравоохранения, где инновации переносят нас из мира научных исследований в реальную практику лечения. В рамках темы нашей конференции "Инновации в медицине: от науки к практике" стоит отметить несколько последних и наиболее значимых инноваций, которые формируют будущее медицины.

Генная терапия и редактирование генома стали одним из самых захватывающих направлений в медицинских исследованиях последних лет. Революционные технологии, такие как CRISPR-Cas9, позволяют идентифицировать и изменять гены, открывая новые перспективы для лечения ряда генетических заболеваний.

Искусственный интеллект становится незаменимым инструментом в медицине. Алгоритмы машинного обучения используются для анализа медицинских данных, диагностики заболеваний и разработки персонализированных методов лечения. Это не только повышает точность диагнозов, но и сокращает время и ресурсные затраты.

Терапия с использованием CAR-T-клеток (химерных антигенных рецепторов Т-клеток) является новым подходом к лечению определенных видов рака. Этот метод заключается в использовании модифицированных собственных Т-клеток пациента, что повышает их способность бороться с определенными типами раковых клеток. Такие методы терапии открывают новые горизонты в лечении рака.

Наномедицина и адресная доставка лекарственных средств. Развитие нанотехнологий в медицине позволяет создавать наночастицы для точной доставки лекарственных препаратов в организм. Это не только повышает эффективность лечения, но и снижает побочные эффекты. Наномедицина открывает новую эру в лечении различных заболеваний, включая рак и инфекционные болезни.

Телемедицина и виртуальные консультации. Развитие информационных технологий привело к внедрению телемедицины, что позволяет пациентам получать квалифицированную медицинскую помощь на расстоянии. Виртуальные консультации, онлайн-мониторинг и дистанционные обследования становятся стандартом оценки и мониторинга состояния здоровья, особенно в условиях глобальных вызовов, таких как пандемия.

Эти лишь некоторые из инноваций, которые в настоящее время формируют медицинскую картину будущего. Инновации не только предоставляют нам инструменты для борьбы с болезнями, но и проливают свет на новые методы поддержания здоровья и качества жизни.

Последние достижения призывают нас к осознанию того, что инновации в медицине - это не просто научные открытия, но и трансформация нашего общества. Мы становимся свидетелями перехода от традиционной модели лечения к более персонализированной и эффективной системе заботы о здоровье. Такие изменения требуют от нас не только технической готовности, но и гибкости мышления, способности к инновационному подходу и коллективной ответственности.

Наши университеты, как источники знаний и интеллектуального капитала, играют ключевую роль в формировании будущего здравоохранения. Конференция "Инновации в медицине: от науки к практике", как площадка для обмена идеями, предоставляет участникам возможность не только рассмотреть последние научные тенденции, но и принять участие в формировании коллективного видения будущего здравоохранения.

Выражаю надежду, что данная конференция станет форумом, вдохновляющим на новые открытия и укрепляющим наше стремление к медицинским инновациям. Большое количество поступивших научных работ свидетельствует о повышенном интересе к проводимой нами конференции. На данную конференцию поступило 1364 статей, из которых 209 статей поступило из ближнего и дальнего зарубежья. Запланировано прослушать и обсудить 338 докладов, включая 106 докладов из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Дорогие друзья и коллеги! Хочу пожелать Вам плодотворной работы и эффективного взаимодействия. Не сомневаюсь, что работа конференции будет продуктивной, и каждый участник приобретет новые идеи, деловые связи и опыт, а предлагаемые рекомендации будут воплощены в жизнь.

*С наилучшими пожеланиями,
Гулзода Махмадшоҳ Курбонали
Заслуженный деятель науки и техники РТ
д.м.н., профессор, ректор
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»*

Абдуллаева М.У.¹, Халилова Н.Ш.^{2*}, Олимов Н.К.¹

ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МАЛЫХ КОЛИЧЕСТВ НЕИЗВЕСТНОГО ВЕЩЕСТВА МЕТОДОМ ГХ/МС

¹Ташкентский Фармацевтический институт, Узбекистан²Республиканский центр судебной экспертизы имени Х.Сулаймановой, Узбекистан**Актуальность.**

Микрообъекты являются частыми объектами исследования химико-токсикологических лабораторий. Они поступают на вещественных доказательствах-предметах носителях, которые обнаруживаются на месте происшествия, возле пострадавшего, трупа и т.д. При этом на разрешение химиков-токсикологов ставятся задачи по обнаружению неизвестного вещества на предмете-носителе, установлению его названия, отнесению к той или иной группе веществ, подлежащих контролю. Для решения таких задач высокой селективностью обладает метод газожидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектором, позволяющий в ряде случаев получить необходимую информацию о составе и строении изучаемых соединений. Анализ экспертной практики по применению газожидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектором в анализе неизвестных веществ иллюстрирует ее широкие возможности в тех случаях, когда недостаточна информативность других аналитических методов [1].

Цель исследования.

Целью данных исследований является использование метода газожидкостной хромато-масс-спектрометрии для химико-токсикологического анализа малых количеств неизвестных ядовитых и сильнодействующих веществ, поступающих на предметах-носителях. Метод газожидкостной хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС), отличающийся простотой, высокой чувствительностью и легкой и нетрудоемкой подготовкой образцов для исследования, широко используется в химико-токсикологических лабораториях.

Так, в Республиканский центр судебной экспертизы им. Х. Сулаймановой из судебно-следственных органов поступил сверток из белой бумаги, изъятый с места обнаружения пострадавшего гр. Г. В свертке обнаружены следы белого порошкообразного вещества. Перед экспертами поставлены вопросы: Имеются ли остатки какого-либо вещества в свертке, если имеются, то относится ли это вещество к наркотическим средствам и психотропным веществам?

Материалы и методы.

Для выделения возможно присутствующих ядовитых или сильнодействующих веществ внутреннюю поверхность свертка промывали этиловым спиртом. Полученный смыв фильтровали, упаривали при комнатной температуре до объема 100 мкл, который использовали для дальнейшего анализа.

Исследование проводили на хромато-масс-спектрометре фирмы AT 5973 методом Drug SP-SHORTSPLITLESS-100H2.M (колонка капиллярная HP5MS, длиной 30 м, диаметр 0,25 мм, с 5 %-ным фенилметилсилоксаном, масс-селективный детектор) при следующих условиях анализа: энергия ионизирующих электронов 70 эВ, температура инжектора 280°C, температура печи от 150° до 280°C при программированном режиме со скоростью подъема температуры 15°C в мин, величина пробы 1 мкл, давление паров исследуемого вещества 10 мм рт. ст., время анализа – 20 мин, газ-носитель-водород, скорость потока – 2,1 мл/мин, в режиме с делением потока 10:1.

Результаты исследования и их обсуждение.

Интерпретация полученной хроматограммы и масс-спектра свидетельствует о том, что масс-спектры исследуемого смыва из свертка характеризуются наличием устойчивых фрагментов, характеристических ионов, образующихся по общим путям фрагментации молекулярных ионов.

Ниже представлена хроматограмма и масс-спектр смыва из свертка (рисунки 1,2). Идентификацию пиков, выявленных на хроматограмме и масс-спектрах смыва из свертка проводили с помощью библиотеки базы данных под названием NIST02.L., NIST11.L., Wiley225.L., SWDRUG.L., CAYMAN-SPECTRA.L., SWDRUG3.5.L., PMW_TOX3.L.[2, 3].

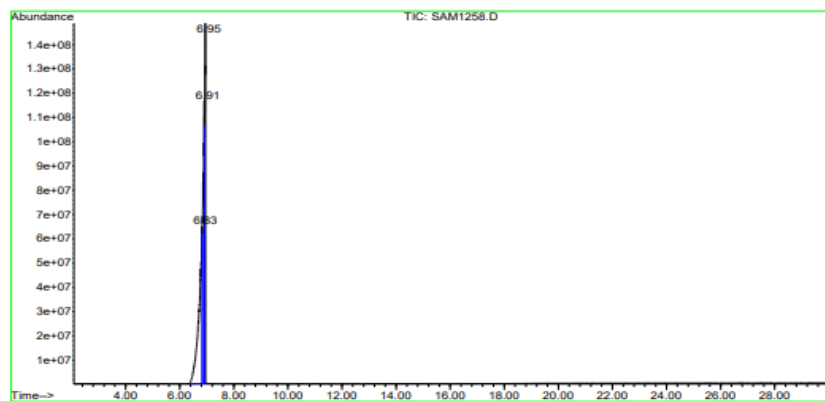


Рис. 1. Хроматограмма смыва из свертка со следами неизвестного вещества

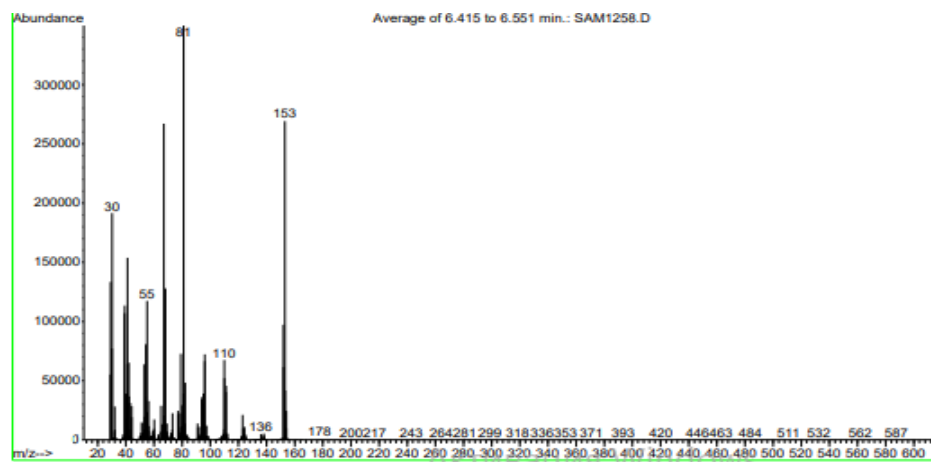
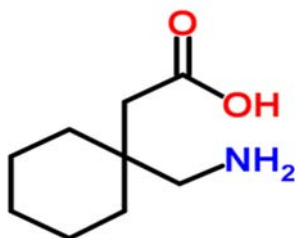


Рис. 2. Масс-спектр пика молекулярного иона хроматограммы смыва из свертка со следами неизвестного вещества

Так, на хроматограмме смыва из свертка выявлены: основной пик со временем удерживания 6,95 мин. и осколочными ионами с m/z 153, 136, 110, 81, 64, 55, 30. По результатам изучения полученной хроматограммы и сравнения её с базой данных установлено, что пик со временем удерживания 6,95 мин. и с осколочными ионами m/z 153, 136, 110, 81, 64, 55, 30 соответствует габапентину.

Габапентин



Латинское название: Gabapentinum

Химическое название: 1-(амино-метил)

циклогексануксусная кислота

Брутто формула: $C_9H_{17}NO_2$

Молекулярная масса: 171.23678

Габапентин обладает анальгезирующим и противосудорожным действием. Он используется в основном для лечения судорог и невропатической боли [2,3] Также предписывается для лечение тревожных расстройств, бессонницы и биполярного расстройства [4, 5].

Габапентин используется прежде всего для лечения эпилепсии, а также боли, вызванной повреждением нервов (нейропатическая боль).

Наиболее распространёнными побочными эффектами габапентина являются головокружение, усталость, сонливость, атаксия, периферический отёк (отёк конечностей), нистагм, тремор, головная боль, тошнота, повышение массы тела, ослабление зрения, нарушение сознания [6].

К побочным эффектам габапентина также относятся амнезия, астения, спутанность сознания, невротические реакции, трудности концентрации внимания, замедление мышления, речевые нарушения вплоть до «немоты» [6], тремор, судороги, тревога, враждебность, психозы [7].

Габапентин при длительном применении может вызывать привыкание. Злоупотребление этим препаратом также может вызывать привыкание.

При чрезмерном проглатывании, случайном или намеренном, пациенты могут испытывать симптомы передозировки, включая сонливость, седацию, помутнение зрения, невнятную речь и, возможно, смерть, если принимать очень большое количество, особенно в сочетании с алкоголем. Для подтверждения передозировки может быть измерена концентрация габапентина в сыворотке крови.

Симптомы при однократной передозировке: головокружение, двоение в глазах, сонливость, летаргия и диарея.

Габапентин не относится к наркотическим средствам и психотропным веществам.

Выводы:

Таким образом, в результате использования метода ГХ/МС проведен химико-токсикологический анализ сложной смеси следов неизвестного вещества. Установлено наличие в свертке следов габапентина, который используется в основном для лечения судорог и невропатической боли. Его также принимают внутрь для лечение тревожных расстройств, бессонницы и биполярного расстройства. При чрезмерной передозировке, случайной или намеренной, пациенты могут испытывать сонливость, седацию, помутнение зрения, невнятную речь и, возможно, смерть, если принимать очень большое количество, особенно в сочетании с алкоголем.

Лекарственная форма – капсулы, таблетки. Габапентин не относится к наркотическим средствам и психотропным веществам.

Список литературы.

- [1]. Абдуллаева М.У., Усманилиева З.У., Халилова Н.Ш., Кораблева Н.В., Боисхужаева А.А. Разработка методики исследования тропикамида с помощью метода хромато-масс-спектрометрии. Материалы международной конференции медицинского института Республики Таджикистан, -Душанбе, -2019, -С.17-18;
- [2]. Gabapentin. The American Society of Health-System Pharmacists. Дата обращения: 3 апреля 2011. Архивировано 12 января 2011 года.

- [3]. Patel R., Dickenson A.H. Mechanisms of the gabapentinoids and $\alpha 2 \delta$ -1 calcium channel subunit in neuropathic pain (англ.) // *Pharmacology Research & Perspectives* : journal. — 2016. — April (vol. 4, no. 2). — P. e00205. — doi:10.1002/prp2.205. — PMID 27069626. — PMC 4804325.
- [4]. Kriel R.L., Birnbaum A.K., Cloyd J.C., Ricker B.J., Jones Saete C., Caruso K.J. Failure of absorption of gabapentin after rectal administration (англ.) // *Epilepsia* : journal. — 2017. — November (vol. 38, no. 11). — P. 1242—1244. — doi:10.1111/j.1528-1157.1997.tb01223.x. — PMID 9579927.
- [5]. Воронкова К. В., Петрухин А. С., Пылаева О. А., Холин А. А. Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия. Руководство для врачей. — Москва: Издательство «Бином», 2013 — 192 с. — ISBN 978-5-9518-0228-6.
- [6]. Воронкова К. В., Пылаева О. А., Бучнева И. А., Ахмедов Т. М. Нарушения высших психических функций у взрослых больных эпилепсией, роль антиэпилептической терапии // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — 2012. — № 4(1). — С. 88—91. — ISSN 2074-2711. — doi:10.14412/2074-2711-2012-368.
- [7]. Paterno E., Bohn R.L., Wahl P.M., Avorn J., Patrick A.R., Liu J., Schneeweiss S. Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death (англ.) // *JAMA* : journal. — 2012. — April (vol. 303, no. 14). — P. 1401—1409. — doi:10.1001/jama.2010.410. — PMID 20388896.

Абдуллаева Н.И.

ВЛИЯНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА СЛИЗИстую ОБОЛОЧКУ РТА

Кафедра ортопедической стоматологии, Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

Аннотация: В обзоре представлены клинические, морфологические и цитологические изменения слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа под влиянием съемных протезов, теоретические и клинические аспекты этих проблем, а также возможные пути решения в ортопедической стоматологии с использованием материалов с формой. Память.

Ключевые слова: протезное ложе, съемные протезы, материалы с памятью формы.

Введение: Съемные зубные протезы представляют собой комбинированные раздражители, оказывающие механическое, хемотаксическое, сенсibiliзирующее и термоизолирующее действие на слизистую оболочку протезного ложа (СМПБ) и его нейрорецепторный аппарат, сила и характер которого зависят от физико-химических свойств базисов, особенностей конструкции, качества изготовления и условия использования протезов. Последние проявляются ощущением жжения, покалывания, сухости, болезненности в области опорных тканей протезного ложа, иногда кончика и спинки языка, губ и щек, что приводит у ряда пациентов к невозможности пользоваться зубными протезами.

Протезный стоматит чаще возникает у женщин, особенно старше 50 лет, вследствие снижения защитно-барьерной функции эпителия твердого неба, реже альвеолярного отростка верхней челюсти и очень редко альвеолярной части нижней. челюсть. При этом у одного и того же больного локализация, интенсивность и площадь воспалительных явлений могут различаться. Исследования последних лет показали, что проблема соотношения зубного протеза и протезного ложа не потеряла своей актуальности и в современных условиях. Клинически очаговое воспаление при использовании съемных протезов проявляется в виде одиночной или множественной точечной гиперемии, иногда крупных пятен, не имеющих регулярности в размерах и локализации. По мере дальнейшего развития процесса на фоне разрыхления и отека слизистой оболочки появляются кровоточащие эрозии и пролежни, гиперпластические разрастания, сопровождающиеся болезненностью.

Поверхностно-очаговое воспаление чаще локализуется в области железистой зоны, уздечек, переходных складок и альвеолярных отростков. Декубитальные язвы располагаются преимущественно в области переходных складок и по линии «А», реже — альвеолярных отростков и твердого неба. Папилломатозные разрастания чаще локализуются в центральной части твердого неба. Диффузное воспаление характеризуется теми же клиническими признаками, но топографо-анатомически занимает всю поверхность протезного ложа, совпадая с его границами, имеет вишнево-красный цвет, отечность и рыхлость. Воспаление ММПБ без нарушения целостности эпителия наблюдается у пациентов, пользующихся съемными протезами, как правило, от 1 до 3 лет. Эрозии и гиперплазия в этих случаях развиваются в сроки 3 и более лет, когда возникает несоответствие поверхности базиса протезному ложу. Причинами очагового воспаления ММПБ являются: плохая фиксация и балансировка протезов, шероховатость, пористость, неточное соответствие базиса рельефу протезного ложа вследствие усадки и уменьшения на 0,02-0,5% пластмассы при полимеризации, что способствует механическому раздражению, а также макросмещения и неравномерное давление протеза на опорные ткани во время жевания. Этиология диффузного воспаления ММПБ носит химически токсический или аллергический характер. Как отмечает Василенко З.С., технические мероприятия по улучшению качества полимеризации акриловых пластмасс и уменьшению количества остаточного мономера в зубных протезах малоэффективны у больных с разлитым хемотаксическим воспалением опорных тканей протезного ложа. Существует мнение, полностью отрицающее механические факторы и указывающее, что воспалительные изменения могут возникать и при качественных протезах, связывая это исключительно с общим состоянием организма.

Воспалительным явлениям ММПБ способствуют плохое гигиеническое состояние, загрязнение поверхности протезов из акриловой пластмассы микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, что снижает местный иммунитет. Это обстоятельство создает своеобразный очаг токсикоинфекции, который может быть причиной патологических изменений местного и общего характера в организме больного. По мнению ряда авторов, одной из основных причин непереносимости основных материалов, раздражения и воспаления ММПБ является остаточный мономер - метилметакрилат, содержащийся в пластике в концентрации 0,2-5,2% даже при длительной полимеризации и остающийся в протез на срок до 12 месяцев. Остальные компоненты, входящие в состав базовых пластиков, считаются от-

носителем безвредными и редко вызывают аллергические реакции из-за низкой концентрации их содержания (гидрохинон - 0,01%, пероксид бензоила - 0,2-0,5% и др.), а красители - из-за плохой растворимости. считаются биологически индифферентными.

В этих ситуациях клиническая картина соответствует контактному химико-токсическому неспецифическому воспалению, проявляющемуся в виде гиперемии, точечных кровоизлияний, отека, ощущения сухости и жжения, парестезий слизистой оболочки полости рта и языка. В редких случаях явления непереносимости основного материала могут проявляться в виде экземы, глоссита, отека губ, острого дерматита лица и рук, бронхиальной астмы и других аллергических состояний. Следует отметить, что одной из причин воспаления слизистой оболочки протезного ложа является отрицательное давление под основой ортопедической конструкции, которое может оказывать повреждающее действие. Различают атрофический и гипертрофический протезный стоматит. В атрофическом варианте, атрофия, эритематоз слизистой оболочки на значительной части опорных тканей. Патоморфологическая поверхность слизистой оболочки покрыта многослойным плоским неороговевшим эпителием, шиповатый слой тонкий, на отдельных участках может наблюдаться акантоз. В соединительнотканной основе наблюдается лимфогистоцитарная инфильтрация. Иногда клетки-макрофаги внедряются в толщу эпителия. При гиперпластическом стоматите в слизистой оболочке помимо признаков продуктивного воспаления отмечают выраженные эритематозные изменения, очаги которых локализуются чаще в центре твердого неба и верхушке альвеолярного отростка, при этом. На слизистой оболочке обнаруживается интенсивный рост дрожжевых грибов.

Микробиологическое исследование мазков с поверхностей съемных протезов из акриловой пластмассы, проведенное в ближайшем и отдаленном периоде после ортопедического лечения Л.М. Перзашкевич с соавт. (1984) показали, что дрожжеподобные грибы рода *Candida* выделялись у всех больных, при этом наблюдалось постепенное их увеличение в прямой зависимости от продолжительности использования протезов. В настоящее время накоплен значительный объем информации и опубликовано достаточное количество работ по морфофункциональным особенностям, гистохимическим и ультраструктурным исследованиям. Под влиянием съемных пластинчатых протезов в срок от 2 до 8 лет происходит утолщение эпителиального слоя и истончение собственной пластинки слизистой оболочки. Клетки базального слоя становятся низкопризматическими. Зернистый и роговой слои постепенно истончаются и исчезают. Имеется выраженная картина акантоза. Эпителиальные выросты весьма разнообразны по форме и размерам. Лимфоциты обнаруживаются в эпителии. В соединительной ткани увеличивается количество клеточных элементов фибробластического ряда, но интерстициальное вещество преобладает над клетками. Увеличивается количество инфильтратов из плазмочитов и гистиоцитов, выявляются их периваскулярные скопления.

С увеличением срока использования протезов (5-8 лет) увеличивается количество очаговых инфильтратов из лимфоцитов и плазмочитов, которые возникают не только по ходу сосудов, но и в других участках соединительного слоя. Эластические волокна соединительной ткани и сосудов ММПБ становятся толще, грубее, некоторые из них теряют непрерывность. В сосудах мышечного типа внутренняя эластическая мембрана гипертрофирована. В средней оболочке сосудов количество эластических элементов становится меньше, а в адвентиции - больше. Коллагеновые волокна соединительной ткани фрагментированы, мукоидное набухание, гиалиноз, склероз, фибриноидная дистрофия. При использовании съемных протезов в течение 10 и более лет морфологические изменения слизистой оболочки протезного ложа усиливаются и характеризуются различным сочетанием атрофических и гиперпластических процессов. Эпителиальный слой утолщается неравномерно, роговой и зернистый слои исчезают. Имеются выраженные дистрофические изменения в клетках поверхностного слоя (дискератоз, паракератоз), который нередко отторгается. В этих случаях эпителий протезного ложа представляет собой узкую полосу разрыхленных базальных и шиповатых клеток, инфильтрированных лимфоцитами. В некоторых ситуациях наблюдается обнажение соединительнотканых сосочков с их гипертрофией и папилломатозом. Во всех участках ММПБ проявляется картина хронического воспаления. Размеры шпиковых клеток увеличиваются, а их межклеточные пространства уменьшаются, повсеместно выражены явления акантоза. Эпителиальные выросты достигают крупных размеров и разнообразной формы. В слое шиповатых клеток обнаруживаются эпителиальные жемчужины разной степени зрелости. Соединительная ткань инфильтрирована плазматическими клетками и гистиоцитами. Количество коллагеновых волокон в соединительнотканной основе увеличивается с увеличением сроков использования протезов, они становятся тоньше, фрагментируются, часто гиалинизируются, их пучки располагаются хаотично даже в сосочках собственного слоя. Эластические волокна имеют тенденцию к утолщению и фрагментации. В сосудах мышечного типа отмечается эластоз. В средней оболочке сосудов количество эластических волокон становится меньше, а в адвентиции - больше.

Это показывает, что установка конструкций из определенных материалов вызывает изменения микрофлоры полости рта. Примерно у 70% больных развиваются стоматит и признаки катарального воспаления. По этой причине врачи рекомендуют регулярные посещения для профилактики, своевременного выявления проблемы и лечения. При правильном уходе за полостью рта риск осложнений значительно снижается.

Список литературы

1. Vasilenko Z.S. The effect of lamellar prostheses on the oral mucosa // *Dentistry*. - 1955. - No. 4. - pp.42-47.
2. Vysotskaya A.V. Clinic and therapy of inflammatory phenomena on the oral mucosa associated with the use of removable plate prostheses // *Dentistry*. - 1956. - No. 3. - pp. 46-50.
3. Gavrilov E.I. Prosthesis and prosthetic bed. - М.: Medicine, 1979. - 264 p.

Абдурахмонов А.З., Саъдуллоева З.Б., Дабиллова Н.М.

КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА С ПОМОЩЬЮ «ОБТУРАТОРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЛЯ РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОЛНОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА»

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Актуальной проблемой в медицине, и в частности в стоматологии, является врождённая патология челюстно-лицевой области, которая на момент рождения ребёнка сопровождается анатомическими, физиологическими и функциональными нарушениями, а по мере взросления негативно влияет на социальный и психологический статус пациентов. (1,2,3.)

Врождённые расщелины верхней губы и нёба относятся к числу тяжёлых пороков, и большинство детей с момента рождения – это инвалиды, которые нуждаются в длительном комплексном лечении и социальной помощи. (4,5).

Цель исследования. Изучить способы вскармливания детей с врождённой односторонней расщелиной верхней губы и нёба с помощью obturatora стоматологического для раннего ортодонтического лечения детей с полной односторонней расщелиной губы и нёба.

Материал и методы исследования. Проведены обследование и ортодонтическое лечение 9 детей с врождённой односторонней расщелиной верхней губы и нёба, которые находились под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период 2022 - 2023 г., а также на базе кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УНКЦ «Стоматология» ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Из числа обследованных мальчиков было 3 (%), девочек - 6 (%) детей с односторонней полной врождённой расщелиной верхней губы и нёба. Возраст пациентов варьировал от новорождённых до 1 месяца. Всем больным были проведены клинические, фотометрические и антропометрические обследования.

Результаты исследования. Новорожденным с ОДРВГН в срок с 5-ти дней после рождения до года, а также грудным детям по обращаемости после заключения педиатра об общем соматическом состоянии ребенка и необходимости проведения РОЛ снимали слепки с верхней челюсти альгинатной массой с использованием модифицированных ложек для снятия оттисков при расщелинах губы и нёба собственной конструкции (удостоверение на рационализаторское предложение № 3297/R 512 от 14.11.2012).

После снятия оттиска изготовили obturatora стоматологический для раннего ортодонтического лечения детей с полной односторонней расщелиной губы и нёба и поставили на верхнюю челюсть ребёнку. Строго в течение трёх дней ребенок находился под наблюдением врача ортодонта и ему проведена коррекция данного obturatora. После установки obturatora на верхнюю челюсть у ребёнка восстанавливаются захватывающие, сосательные и глотательные рефлексы. Ребенок освобождается от зондового кормления и переходит на естественное кормление.

Вывод. Наше исследование показало, что такие дети нуждаются в индивидуальном подходе лечения, а также с первого дня в естественном и искусственном кормлении с помощью obturatora стоматологического для раннего ортодонтического лечения детей с полной односторонней расщелиной губы и нёба». Рекомендуем применение данного obturatora в домашних и в условиях родильных домов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба в крупных регионах Узбекистана // Врожденная патология головы, шеи и лица у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы II Всероссийской науч.-практической конф., г. Москва, 19-21 апреля 2006 г. – М.: МГМСУ, 2006. – С. 14-15.
2. Абдурахмонов А.З., Постников М.А., Шамсзода Х.А., и др. Раннее ортодонтическое лечение в системе комплексной реабилитации больных с двусторонней расщелиной губы и нёба // Вестник медицинского института <<РЕАВИЗ>>. Реабилитация, врач и здоровье. -2019. -№ 1. –С. 184-190.
3. Ушницкий И.Д., Исаков Л.О., Винокуров М.М., Оскольский Г.И. Динамический анализ частоты структуры врожденных аномалий челюстно-лицевой области в Якутии // Стоматология. – 2015. –Т. 94 - №2. – С. 37-39.
4. Исаков Л.О. Комплексная реабилитация врожденных расщелин верхней губы, нёба и профилактика их развития в Республике Саха (Якутия): Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2009. – 22 с.
5. Абдурахмонов А.З., Субханов С.С., Постников М.А., и др. Комбинированные мероприятия и реабилитация больных с односторонней расщелиной губы и нёба до и после хирургического вмешательства // Вестник медицинского института <<РЕАВИЗ>>. Реабилитация, врач и здоровье. – 2018. - № 3. –С. 97-106.

Абдурахмонов А.З., Постников М.А., Н.А., Ворожейкина.

АЛГОРИТМ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Самара

Актуальность. Врожденная челюстно-лицевая патология у человека занимает 4-7 место и составляет от 13% до 30% от числа всех врождённых аномалий и сопровождается анатомическими и функциональными нарушениями зубочелюстной системы. [1,2,5,6,].

Врождённые расщелины верхней губы и нёба являются актуальной проблемой стоматологии, что связано со сложностью функциональных нарушений органов и тканей полости рта и множеством нарушенных правил вопросов их профилактики и лечения. Среди всех пороков развития у детей врождённая расщелина губы и нёба занимает одно из первых мест по частоте встречаемости. Средняя частота порока составляет 0,5-1,5 случая на 1000 новорождённых

детей. [3].

При наличии ортодонтических конструкций в полости рта нарушается самоочищение ротовой полости. Зубные отложения, содержащие несколько сотен различных видов микроорганизмов, оказывают негативное влияние на твердые ткани зубов, что проявляется очаговой деминерализацией с последующим развитием кариозного процесса на тканях пародонта и, как следствие, появляются гингивит, пародонтит, рецессия десны, гиперестезия, галитоз. Ортодонтические конструкции могут травмировать слизистую оболочку полости рта, а материалы, из которых они изготовлены, могут служить причиной аллергических реакций. [4].

Цель исследования. Изучить эффективность алгоритма ортодонтического лечения детей с врожденной расщелиной губы и нёба.

Материал и методы. Проведён анализ результатов обследования 26 (100%) детей, изучено состояние до и после операции верхней губы и нёба в период 2021 -2022 г. Из числа обследованных мальчиков было 15 (57,7%), девочек – 11 (42,3%). Возраст пациентов варьировал от новорождённых до 18 лет.

Больные распределены на 2 группы: первая группа 14 (53,8%) детей которым было проведено своевременное ортодонтическое лечение до и после операции губы и нёба, вторая группа 12 (46,2%) детей, которым не проведено своевременное ортодонтическое лечение до и после операции губы и нёба.

Всем больным были проведены клиническое, фотометрическое, антропометрическое и рентгенологическое обследования.

Результаты исследования. У пациентов первой группы 14 (53,8%) детей которым было проведено своевременно оптимизированное лечение до и после операции губы и нёба отмечаются незначительные послеоперационные рубцы верхней губы, крыла и кончика носа, а также тканей мягкого нёба. На твердом и мягком нёбе отмечаются послеоперационные сглаженные рубцы. Свод нёба- сглаженный относительно верхней челюсти, растёт физиологически. У 6 (23,1%) детей отмечается недоразвитие переднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти.

У 12 (46,2%) детей второй группы, которым не проводилось ранее ортодонтическое, логопедическое лечение до и после операции губы и нёба, отмечаются сужение переднего отдела верхней челюсти, неправильное расположение зубов на краях альвеолярного отростка верхней челюсти в нёбном положении. Неправильное произношение буквы, у некоторых из них на переходной складке между фрагментами верхней челюсти отмечается остаток врождённого дефекта, в результате чего имеющие жалобы, связанные с приёмом пищи, и на пропускание воздуха во время разговора. На твердом и мягком нёбе отмечаются грубые послеоперационные рубцы, сужение верхней челюсти с обеих сторон и нарушение прикуса.

Вывод. Наше исследование показало, что послеоперационные рубцы на твердом и мягком небе постоянно натягиваются с обеих сторон к области срединной линии и не дают возможности своевременно развиваться фрагментам верхней челюсти, а также приводят к сужению переднего отдела верхней челюсти и нарушению прикуса. Поэтому категория таких детей должна постоянно находиться под наблюдением врача ортодонта и получить оптимизированное лечение до и после операции губы и нёба.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдов Б.Н., Лавриков В.Г., Зернов А.В. и др. Основные принципы комплексного подхода в лечении больных с врожденными расщелинами // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. - №13-4. – с.18-20.
2. Терехова Т.Н., Кузнецова С.В. и др. Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области у детей. – М.:МГМИ, 2011.- 2000.-86с.
3. Серёгин А.С., Беланов Г.Н., Ногина Н.В., Постников М.А., Самуткина М.Г., Трунин Д.А. Врожденная расщелина верхней губы и нёба .С.: – СамГМУ, 2020.- 151.- 7 с.
4. Степанов Г.В., Чигарина С.Е., Багдасарова О.А., Постников М.А. и др. Профилактические мероприятия на этапах ортодонтического лечения С.:СамГМУ, 2018. – 211.- 6 с.
5. EganN., AntoineG. Cleftlipandpalate //Facialplastic, reconstructive, andtraumasurgery. – N.Y.: MarcelDekker. 2008. – P.359-378.
6. Hoffmann F., Eismann D. Die YesammtflacheokklusalerKontakte in der StatisherOkklusion anGebigmodellenZann-, Mund- und Kieferheilkunde/ -2010/ - Bd. 72, №8. – S.795-802.

Ахмадов И.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЕРАМИЧЕСКИХ ИНКРУСТАЦИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ СРЕДСТВАМИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии, Самаркандского государственного медицинского университета Узбекистан, Самарканд

Аннотация: Последние разработки в области керамических материалов позволили создавать более совершенные эстетические реставрации в виде коронок и мостовидных протезов, однако окончательных исследований эффективности керамических вставок по сравнению с другими реставрационными материалами для инкрустации пока нет.

Ключевые слова: Инкрустация; Керамика; Композитная инкрустация; Клеевая реставрация.

Введение: Хотя керамические материалы существуют с конца века, возможности их применения в задней области в настоящее время значительно возросли, что позволило керамическим реставрациям заменить многие традиционные реставрации.

Пациенты больше довольны стратегиями лечения, которые обеспечат идеальное жевание, но, по-прежнему не испытывая недостатка в эстетическом восприятии, с этого момента появились все керамические реставрации.

Материалы и методы: Доказано, что реставрационные материалы из амальгамы для восстановления задних

зубов являются очень толерантными, всепрощающими и долговечными, если преодолеть проблему изоляции, в отличие от адгезивных реставраций. Амальгама - это конденсирующийся материал, который облегчает формирование краевых гребней и проксимального контакта, и история использования этого материала в литературе, клинический успех и выживаемость хорошо документированы. Доказано, что склеивание реставраций из амальгамы значительно уменьшает микропротекание, что уменьшит воспаление пульпы, рецидивирующий кариес при реставрации и определенно снизит послеоперационную чувствительность. Недостатками реставраций из амальгамы является неэстетичный вид сероватого металлического оттенка, выделение ртути стало проблемой здравоохранения и окружающей среды во всем мире, которая вызывает много опасений в настоящее время.

Реставрации клеем из композитной смолы

В последнее время популярность композитных реставраций, окрашенных в цвет зубов, в сочетании с навыками и знаниями адгезивистов, значительно возросла в качестве реставрации задних зубов. Композитные реставрации, как правило, восстанавливают задние зубы при консервативном подходе, которого нет в большинстве других альтернативных заменителей. Они дают превосходные результаты, когда проксимальные выступы еще не повреждены, поскольку, хотя они менее жесткие, чем керамика, и имеют модуль упругости, близкий к модулю дентина, они все равно никогда не смогут восстановить или заменить несущие высокую нагрузку проксимальные выступы эмали, которые теряются при больших реставрациях полостей. Реставрации с адгезивным соединением предлагают заменители, не содержащие металла, окрашенные в цвет структуры зуба, повторяющие интактный зуб до разрушения с точки зрения защиты острия, эстетики, а также надежности и гибкости реставрации. Реставрации композитным клеем не могут зависеть от этого, когда требуется полное покрытие острия, на этом этапе рекомендуются керамические вставки и накладки.

Существует технология нанесения композита прямым способом и без него, в большинстве случаев композит с прямым адгезивом используется для подготовки полости малого и среднего размера. Им требуется всего один визит, что проще как для пациента, так и для клинициста. Трудности, с которыми сталкиваются реставрации из адгезивных композитных смол, заключаются в незначительных неточностях адаптации, чувствительности материала, особенно в присутствии ротовой жидкости, трудностях с размещением, длительной отделке и полировке композитной реставрации требуется много времени и усилий, нелегко восстановить контакты и контуры прямыми наращиваниями композита, трудно избавиться от пустот, которые создают слабую реставрацию, и послеоперационная чувствительность неизбежна во многих случаях глубокой подготовки.

Что касается непрямых адгезивных композитных реставраций, то они обеспечат отличное соответствие цвета, сэкономят время пациентов и стоматологов, повысят возможность выполнения реставраций вне полости рта. Тем не менее, всегда существует высокий риск незначительных неточностей, дополнительного лабораторного времени, что означает дополнительные затраты, плохую адгезию к зубу по сравнению с прямыми композитными реставрациями, а также чувствительность к материалам и технике.

Разработка цельнокерамических материалов

Современная парадигма восстановительной стоматологии имеет тенденцию быть консервативной в отношении удаления здоровой структуры зуба без необходимости, поскольку наиболее распространенным осложнением металлокерамических реставраций является необходимость чрезмерного вправления, что может потребовать эндодонтического лечения. Бондирование позволяет сохранить как можно больше структуры зуба, удовлетворяя при этом желания пациентов в области реставрации и эстетические потребности. В последующие два десятилетия были произведены дополнительные разработки.

Результаты исследования:

Параметры керамической инкрустации для успеха. Критерии подготовки.

Производители каждого типа керамического материала устанавливают рекомендуемые конструктивные особенности инкрустации, соответствующие физическим свойствам керамического материала, но в целом подготовка керамической инкрустации должна иметь:

отклонение осевых стенок на 8-10 градусов для того, чтобы можно было разместить непрямую керамическую вставку и успешно сканировать оттиск, не следует делать фаски, чтобы предотвратить сколы керамики.

Круглые окклюзионные углы осевой линии.

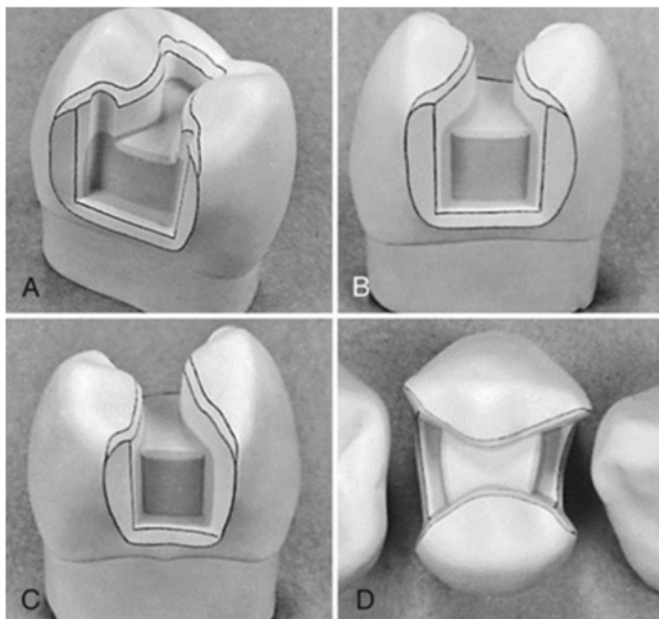
Закругленные и гладкие стенки и выровненные углы предотвращают накопление напряжений и разрушение инкрустации.

глубина полости 1,5-2 мм в зависимости от прочности реставрации и требуемой минимальной толщины.

Для большинства материалов и систем достаточно ширины 1,5 мм.

Завершение реставрации керамической инкрустации

Достаточная отделка и полировка реставрации инкрустации очень важны для предотвращения абразивного воздействия грубой керамической реставрации, которая может повредить эмаль антагониста, а также риска развития трещин и откалывания реставраций.



Использование керамических вставок. Указания на керамическую инкрустацию

Показания к реставрации керамических вставок с сохранением инкрустации такие же, как и при реставрации металлических вставок из литого золота, и к этому добавляется, что это требование к цвету зубов. Они допускают консерватизм зубов и сохраняют оставшуюся структуру зуба, керамические вставки могут быть консервативными по отношению к структуре зуба и позволяют сохранить большую часть коронковой ткани. Это превосходная эстетическая альтернатива реставрациям с амальгамой и золотой инкрустацией, а также более прочная и долговечная реставрация, которая позволяет лучше обрабатывать полости большого диаметра с потерей краевого гребня и перешейка большого диаметра, чем реставрации из композитного клея. Задние керамические вставки обеспечат лучшие физические свойства и более высокую прочность на изгиб. Недостатками керамических вставок по сравнению с композитной реставрацией прямым методом является увеличенное количество посещений, большая стоимость из-за типа используемых материалов, сотрудничества лабораторий и более высокого уровня квалификации, необходимого.

Противопоказания керамической инкрустации

Розенштил в своей книге, вышедшей 4-м изданием, заявил, что реставрации с сохранением керамических вставок более высокий процент отказов ожидается при плохой гигиене полости рта у пациентов и высоком индексе кариеса. Неправильные планы лечения также вносят свой вклад в причины разрушения керамики, керамическая вставка плохо выдерживает очень высокую или чрезмерную нагрузку сзади, следует провести тщательный отбор указанных кандидатов. Чрезмерные усилия и нагрузки на керамическую инкрустацию, даже если используется высокопрочная керамика, приведут к разрушению фарфора и невозможности реставрации. Коронки с полным покрытием показаны при наличии парафункциональных привычек, и используйте другой заменитель керамической накладки, если трудно добиться надлежащей изоляции и сухого поля, поскольку это повлияет на процедуру цементирования клея, вызывая ослабление керамической накладки. То же самое касается глубоких поддесневых краев из-за трудности выделения области.

Последующее исследование, проведенное в течение 10 лет, оценило эффективность керамических вкладок с дефектом II класса и пришло к выводу, что клиническая выживаемость была значительной, а прием пациентов - высоким. Стеклокерамика, армированная лейцитом, была оценена по своим характеристикам и показала очень высокую клиническую выживаемость в полостях очень большого размера, которые не могут быть восстановлены с помощью адгезивной композитной смолы.

Другое исследование, проверяющее клиническую эффективность адгезивных композитных вкладок, показало, что оно доказало высокую вероятность успеха и на него не влияет размер дефекта зуба, а также то, что бондированные реставрации укрепляют остаточную структуру зуба и должны быть показаны при любом дефекте заднего зуба. Ланге в своем клиническом исследовании обнаружил, что керамические вставки, изготовленные непрямым способом, демонстрируют превосходную точность краев, стабильность цвета и совпадение, а также лучший анатомический контур, чем композитные реставрации с прямым склеиванием.

Более высокие физические свойства по сравнению с прямыми композитными реставрациями, края эмали обеспечивают прочную адгезионную связь со смоляным цементом и структурой зуба, уменьшая микротечки по сравнению с обычными реставрациями из амальгамы и золотой инкрустации. По краям дентина все еще наблюдались микротечки даже при использовании усовершенствованных систем адгезивного склеивания.

Заключение: После появления на рынке прочных адгезивных композитных реставраций керамические вставки стали менее востребованными, и все клиницисты задумались с экономической точки зрения о разнице в стоимости керамического материала и композитных смол. Тем не менее, после длительных клинических наблюдений снова возник вопрос, достаточно ли прочны композитные смолы, чтобы избежать обесцвечивания, незначительной утечки, износа и высокой выживаемости.

В настоящее время выбор материала для задней керамической инкрустации включает использование высокопрочного керамического материала или использование высокопрочного керамического подструктурного материала, который будет облицован более прозрачным клеем, более привлекательным для облицовки. Второй метод исчез в последние годы, но его начали вновь внедрять после увеличения использования диоксида циркония в качестве материала повышенной прочности. Улучшенное сочетание эстетики, прочности и адгезионных свойств в последнее время находится в центре внимания производителей.

Реставрации с сохранением керамической инкрустации показали значительный клинический успех по сравнению с альтернативными другими доступными вариантами реставрации задней части.

Литература:

1. Ахмадов И. Н. Клинические особенности и принципы лечения аллергического стоматита при использовании частичных и полных съемных пластиночных протезов //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
2. Shavkatovich O. R., Nizomitdin A. I. EFFECTIVENESS OF THE USE OF OSTEOPLASTIC MATERIAL "STIMUL-OSS" IN SAMARKAND //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 612-617.
3. Nizomitdin A. I. Therapeutic effect of improved enamel surface preparation technique in the treatment of acute initial caries of temporary teeth in children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 440-445.
4. Ахмадов И. Обзор средств для фиксации зубных протезов //збірник наукових праць науково-практична конференція з міжнародною участю та навчальним тренінгом з оволодінням практичними навиками «сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань». – 2021. – С. 43.
5. Nizomitdin A. I. Modern Methods of Odontopreparation for MetalCeramic for Beginner Prosthodontists //Eurasian Medical Research Periodical. – 2023. – Т. 18. – С. 98-102.
6. Ахмадов И. Н. Нарушения в системе перекисного окисления липидов при парадантозе //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 124-127.

Ахмадов И.Н.
VARK В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра ортопедической стоматологии, Самаркандского государственного медицинского университета Узбекистан, Самарканд

Аннотация: У каждого студента свой стиль обучения для получения новой информации. Это исследование было проведено для оценки предпочтений в стиле обучения студентов-стоматологов бакалавриата.

Ключевые слова: Стоматология, режим обучения, студент, VARK.

Введение: В 1979 году Киф дал определение метода обучения как “совокупности характерных когнитивных, аффективных и психологических факторов, которые служат относительно стабильными индикаторами того, как учащийся воспринимает среду обучения, взаимодействует с ней и реагирует на нее”. Стиль обучения в настоящее время рассматривается как адаптация различных методов получения образования, систематизации и уточнения информации. Стили обучения включают в себя различные способы обучения, особенно для одного человека, которые, как предполагается, позволяют ему получать знания наилучшим образом. Сообщалось о количественном различии в способе, в котором учащиеся предпочитают получать, изучать и запоминать новую информацию каждый день. Методы обучения могут оцениваться различными способами, среди которых визуальная, слуховая, кинестетическая модель Нила Флеминга (VARK) является одним из наиболее часто используемых методов оценки образования. Визуальная, слуховая, читаемая, кинестетическая - это сокращение от VARK. Он воздействовал на 4 сенсорные модальности учащихся, которые классифицируются как визуальные (V), слуховые (A), читающие / пишущие (R) и кинестетические (K) учащиеся. Визуальные (V) Учащиеся предпочитают получать информацию с помощью картинок и использовать наглядные пособия. Слуховые (A) учащиеся учатся, слушая знания. Чтение / запись (R), где учащиеся рекомендуют свои предпочтения для привлечения внимания, знания на основе текста. Кинестетический (K) режим учащиеся достигают с помощью движений, прикосновений и выполнения действий.

Режим получения знаний учащимися может быть унимодальным или мультимодальным в зависимости от применения одиночного режима или множественного режима обучения соответственно. Ознакомление студентов с их режимом получения информации сделало бы их лучшими новичками. Знания о методах получения образования студентами бакалавриата также могут помочь образовательным учреждениям узнать больше о студентах, методах обучения, а также помочь им развить эффективные навыки преподавания, чтобы приспособиться к своим студентам, требованиям к обучению и стимулировать более качественное преподавание. Целью исследования была оценка методов обучения студентов-стоматологов 1 курса и интернов.

Материалы и методы: Настоящее исследование проводилось среди студентов-стоматологов бакалавриата в сентябре 2023 года. Участниками исследования были 40 студентов-стоматологов 1-го и 55 студентов-интернов-стоматологов. Анкета для изучения VARK была составлена на узбекском языке и роздана студентам-стоматологам, чтобы определить предпочитаемый ими способ обучения. Анкета для изучения VARK состоит из 16 вопросов с несколькими вариантами ответов, каждый из которых содержит четыре варианта. Участникам исследования было поручено выбрать более одного варианта, если более одного ответа были релевантны. Ответы по модальности VARK были рассчитаны в соответствии с рекомендацией, упомянутой на веб-сайте VARK. Были собраны полностью заполненные студентами анкеты и рассчитано распределение режимов обучения VARK. Данные о предпочтениях были рассчитаны путем суммирования всех ответов “V” (визуальных), всех ответов “A” (слуховых), всех ответов “R” (чтение / запись) и всех ответов “K” (кинестетических). Соответственно, режимы обучения были классифицированы как унимодальные (V, A, R или K), бимодальные (VA, VR, VK, AR, AK и RK), тримодальные (VAR, VAK, VRK и ARK) или квадromодальные (VARK).

$P < 0,05$ считался статистически значимым. Средние баллы со стандартными отклонениями (SD) были рассчитаны для каждого режима VARK. Т-тест Стьюдента был применен для сравнения среднего балла VARK между категориями.

Результаты исследования: В настоящем исследовании приняли участие в общей сложности 95 студентов-стоматологов обоего пола. Структура ответов, собранных о стиле обучения среди категории студентов-стоматологов 1 курса и интернов как показано в (таблица 1), большинство студентов-стоматологов 1 курса выбрали множественный режим обучения, почти 50% из которых были четырех модальными. 55% студентов-стоматологов-интернов выбрали единый режим обучения; наиболее распространенным был кинестетический режим обучения. Сравнение средних баллов VARK среди студентов 1 курса бакалавриата и стажеров показало, что средние баллы V и A были значительно выше у студентов 1 курса, чем у студентов-стажеров (таблица 2).

Таблица 1: Распределение студентов-стоматологов с предпочтительными стилями обучения.

	n (%), 1-й курс (n=40)	n (%), Стажер (n=55)
Одномодальный	20 (8)	5.4 (3)
Бимодальный	40 (16)	54 (30)
Тримодальный	30 (12)	40 (22)
Четырехмодальный	10 (4)	

Таблица 2: Сравнение средних баллов VARK студентов 1-го курса стоматологии и студентов-интернов.

Режим VARK	Студенты (n=40)		(n=55) Стажеры		P
	%	SD	%	SD	
V	21	3.21	23.5	3.12	0.05
A	22.5	3.18	21.4	2.55	0.002
R	31.5	2.92	23.6	2.56	0.871

К	25	2.99	31.5	3.20	0.35

SD: Стандартное отклонение, V: Визуальный, А: Аудио, R: Чтение-запись, К: Кинестетический

Методы обучения в современную эпоху могут варьироваться у каждого учащегося: Стиль обучения - это биологически и с точки зрения развития реализуемый режим личностных характеристик, который создает один и тот же метод обучения, эффективный для немногих и неэффективный для других людей. Современная система образования придает большое значение тому, как обучаются учащиеся. Опросник VARK чаще всего используется наблюдателями для изучения предпочитаемых методов обучения в системе образования. Визуальные учащиеся в основном предпочитают графики, брошюры, художественные схемы, графический дизайн, 3D-картинки и т.д., Слуховые учащиеся любят дискуссии, семинары, лекции, дебаты, беседы как часть метода обучения. Учащиеся, занимающиеся зрением и слухом, испытывают симпатию к информации, которую кто-то услышал или произнес известными личностями. Учащиеся, занимающиеся чтением и письмом, предпочитают учебники, эссе, конспектирование, чтение библиографии, статей на веб-страницах, чтение газет и печатных раздаточных материалов. Режим чтения учащимся нравятся знания в форме слов. Учащимся-кинестетикам нравятся примеры на рабочем месте, в клинических лабораториях и на практических семинарах.

Они уделяют особое внимание получению образования посредством самостоятельной практики и опыта. Людей, которые не отдают особого предпочтения ни одному из вышеупомянутых способов, называют мультимодальными. В них сочетаются все методы обучения. В 1998 году Миллер заявил, что, когда учащиеся получают образование в наиболее вероятном для них режиме обучения, их навыки обучения повышаются. Некоторые студенты могут испытывать недостаток в образовании из-за обычных поучительных лекций. Однако применение новых методов обучения, которые включают кинестетический режим обучения, обычно помогает улучшить качество обучения для всех типов студентов. Большинство студентов стоматологического бакалавриата 1 курса в настоящем исследовании были мультимодальными новичками. Обучение мультимодальных студентов может оказаться сложной задачей для поставщиков образовательных услуг. Мультимодальные студенты включают бимодальных, тримодальных и квадромодальных. У таких студентов могут быть предпочтения в образовании в комбинациях VA, VR, VK, AR, AK, RK, VAR, VAK, VRK, ARK и VARK. Следовательно, преподавателю было бы трудно отдать должное всем 4 способам обучения, чтобы учащиеся могли комфортно понимать темы, хотя эти новички могут легко перейти на 1 способ представления информации.

Небольшое увеличение средних показателей зрения (V) и слуха (A) у студентов-стоматологов 1 курса также было обнаружено в настоящем исследовании, которое соответствовало исследованию. Это позволяет предположить, что лекции с презентациями PowerPoint, содержащими блок-схемы, иллюстрации, картинки и аудио-визуальные демонстрации различных предметов, будут соответствовать требованиям большинства начинающих стоматологов 1-го курса бакалавриата и улучшат их понимание. Настоящее исследование помогло бы поставщику образования принять различия в образовании, существующие между студентами-стоматологами-профессионалами, и помочь устранить некоторые из этих различий, предполагая несколько способов образовательных подходов, чтобы охватить большинство студентов и повысить их навыки обучения. Небольшой размер выборки был ограничением исследования, и были включены две противоположные группы стоматологической учебной программы. Следовательно, дальнейшее исследование должно проводиться с большим размером выборки, включающей студентов стоматологической учебной программы в течение всего года.

Заключение: Образование процесс, который помогает человеку приобретать знания. В настоящем исследовании студенты пришли с разными способами обучения, но предпочтение отдавали кинестетическим. Поставщик образовательных услуг должен сообщать студентам о предпочтениях в области образования на лекциях; это помогло бы в развитии и понимании требований студентов-стоматологов и позволило бы им развивать лучшие навыки для того, чтобы они отлично справлялись с учебой, а также помогло бы им улучшить свои преподавательские навыки и индивидуальность. Если образовательный провайдер получает информацию о предпочтениях студентов в обучении на начальных этапах профессионального курса; придерживайтесь стиля преподавания, обучение может быть намного проще и интереснее для студентов. Аналогичным образом, если студент-стоматолог будет принят с их собственным стилем обучения, адаптация к новым условиям профессионального курса будет легче, а академическая успеваемость улучшится.

Литература:

- Ахмадов И. Н. Клинические особенности и принципы лечения аллергического стоматита при использовании частичных и полных съемных пластиночных протезов //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
- Shavkatovich O. R., Nizomitdin A. I. Effectiveness of the use of osteoplastic material" stim-oss" in samarkand //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 612-617.
- Nizomitdin A. I. Therapeutic effect of improved enamel surface preparation technique in the treatment of acute initial caries of temporary teeth in children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 440-445.
- Ахмадов И. Обзор средств для фиксации зубных протезов //збірник наукових праць науково-практична конференція з міжнародною участю та навчальним тренінгом з оволодінням практичними навиками «сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань». – 2021. – С. 43.
- Nizomitdin A. I. Modern Methods of Odontopreparation for MetalCeramic for Beginner Prosthodontists //Eurasian Medical Research Periodical. – 2023. – Т. 18. – С. 98-102.
- Ахмадов И. Н. Нарушения в системе перекисного окисления липидов при парадантозе //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 124-127.

АННОТАЦИЯ

У каждого студента свой стиль обучения для получения новой информации. Это исследование было проведено для оценки предпочтений в стиле обучения студентов-стоматологов бакалавриата.

Ключевые слова Стоматология; режим обучения; студенты; VARK.

Введение: В 1979 году Киф дал определение метода обучения как “совокупности характерных когнитивных, аффективных и психологических факторов, которые служат относительно стабильными индикаторами того, как учащийся воспринимает среду обучения, взаимодействует с ней и реагирует на нее”. Стиль обучения в настоящее время рассматривается как адаптация различных методов получения образования, систематизации и уточнения информации. Стили обучения включают в себя различные способы обучения, особенно для одного человека, которые, как предполагается, позволяют ему получать знания наилучшим образом. Сообщалось о количественном различии в способе, в котором учащиеся предпочитают получать, изучать и запоминать новую информацию каждый день. Методы обучения могут оцениваться различными способами, среди которых визуальная, слуховая, кинестетическая модель Нила Флеминга (VARK) является одним из наиболее часто используемых методов оценки образования. Визуальная, слуховая, читаемая, кинестетическая - это сокращение от VARK. Он воздействовал на 4 сенсорные модальности учащихся, которые классифицируются как визуальные (V), слуховые (A), читающие / пишущие (R) и кинестетические (K) учащиеся. Визуальные (V) Учащиеся предпочитают получать информацию с помощью картинок и использовать наглядные пособия. Слуховые (A) учащиеся учатся, слушая знания. Чтение / запись (R), где учащиеся рекомендуют свои предпочтения для привлечения внимания, знания на основе текста. Кинестетический (K) режим учащиеся достигают с помощью движений, прикосновений и выполнения действий.

Режим получения знаний учащимися может быть унимодальным или мультимодальным в зависимости от применения одиночного режима или множественного режима обучения соответственно. Ознакомление студентов с их режимом получения информации сделало бы их лучшими новичками. Знания о методах получения образования студентами бакалавриата также могут помочь образовательным учреждениям узнать больше о студентах, методах обучения, а также помочь им развить эффективные навыки преподавания, чтобы приспособиться к своим студентам, требованиям к обучению и стимулировать более качественное преподавание. Целью исследования была оценка методов обучения студентов-стоматологов 1 курса и интернов.

МАТЕРИАЛ И СПОСОБ

Настоящее исследование проводилось среди студентов-стоматологов бакалавриата в сентябре 2023 года. Участниками исследования были 40 студентов-стоматологов 1-го и 55 студентов-интернов-стоматологов. Анкета для изучения VARK была составлена на узбекском языке и роздана студентам-стоматологам, чтобы определить предпочитаемый ими способ обучения. Анкета для изучения VARK состоит из 16 вопросов с несколькими вариантами ответов, каждый из которых содержит четыре варианта. Участникам исследования было поручено выбрать более одного варианта, если более одного ответа были релевантны. Ответы по модальности VARK были рассчитаны в соответствии с рекомендацией, упомянутой на веб-сайте VARK. Были собраны полностью заполненные студентами анкеты и рассчитано распределение режимов обучения VARK. Данные о предпочтениях были рассчитаны путем суммирования всех ответов “V” (визуальных), всех ответов “A” (слуховых), всех ответов “R” (чтение / запись) и всех ответов “K” (кинестетических). Соответственно, режимы обучения были классифицированы как унимодальные (V, A, R или K), бимодальные (VA, VR, VK, AR, AK и RK), тримодальные (VAR, VAK, VRK и ARK) или квадromодальные (VARK).

$P < 0,05$ считался статистически значимым. Средние баллы со стандартными отклонениями (SD) были рассчитаны для каждого режима VARK. Т-тест Стьюдента был применен для сравнения среднего балла VARK между категориями.

Результаты

В настоящем исследовании приняли участие в общей сложности 95 студентов-стоматологов обоего пола. Структура ответов, собранных о стиле обучения среди категории студентов-стоматологов 1 курса и интернов как показано в (таблица 1), большинство студентов-стоматологов 1 курса выбрали множественный режим обучения, почти 50% из которых были четырехмодальными. 55% студентов-стоматологов-интернов выбрали единый режим обучения; наиболее распространенным был кинестетический режим обучения. Сравнение средних баллов VARK среди студентов 1 курса бакалавриата и стажеров показало, что средние баллы V и A были значительно выше у студентов 1 курса, чем у студентов-стажеров (таблица 2).

Таблица 1: Распределение студентов-стоматологов с предпочтительными стилями обучения.

	n (%), 1-й курс (n=40)	n (%), Стажер (n=55)
Одномодальный	20 (8)	5.4 (3)
Бимодальный	40 (16)	54 (30)
Тримодальный	30 (12)	40 (22)
Четырехмодальный	10 (4)	

Таблица 2: Сравнение средних баллов VARK студентов 1-го курса стоматологии и студентов-интернов.

Режим VARK	Студенты (n=40)		(n=55) Стажеры		P
	%	SD	%	SD	
V	21	3.21	23.5	3.12	0.05
A	22.5	3.18	21.4	2.55	0.002

R	31.5	2.92	23.6	2.56	0.871
K	25	2.99	31.5	3.20	0.35
SD: Стандартное отклонение, V: Визуальный, А: Аудио, R: Чтение-запись, К: Кинестетический					

Обсуждение

Методы обучения в современную эпоху могут варьироваться у каждого учащегося: Стиль обучения - это биологически и с точки зрения развития реализуемый режим личностных характеристик, который создает один и тот же метод обучения, эффективный для немногих и неэффективный для других людей. Современная система образования придает большое значение тому, как обучаются учащиеся. Опросник VARK чаще всего используется наблюдателями для изучения предпочитаемых методов обучения в системе образования. Визуальные учащиеся в основном предпочитают графики, брошюры, художественные схемы, графический дизайн, 3D-картинки и т.д., Слуховые учащиеся любят дискуссии, семинары, лекции, дебаты, беседы как часть метода обучения. Учащиеся, занимающиеся зрением и слухом, испытывают симпатию к информации, которую кто-то услышал или произнес известными личностями. Учащиеся, занимающиеся чтением и письмом, предпочитают учебники, эссе, конспектирование, чтение библиографии, статей на веб-страницах, чтение газет и печатных раздаточных материалов. Режим чтения учащимся нравятся знания в форме слов. Учащимся-кинестетикам нравятся примеры на рабочем месте, в клинических лабораториях и на практических семинарах.

Они уделяют особое внимание получению образования посредством самостоятельной практики и опыта. Людей, которые не отдают особого предпочтения ни одному из вышеупомянутых способов, называют мультимодальными. В них сочетаются все методы обучения. В 1998 году Миллер заявил, что, когда учащиеся получают образование в наиболее вероятном для них режиме обучения, их навыки обучения повышаются. Некоторые студенты могут испытывать недостаток в образовании из-за обычных поучительных лекций. Однако применение новых методов обучения, которые включают кинестетический режим обучения, обычно помогает улучшить качество обучения для всех типов студентов. Большинство студентов стоматологического бакалавриата 1 курса в настоящем исследовании были мультимодальными новичками. Обучение мультимодальных студентов может оказаться сложной задачей для поставщиков образовательных услуг. Мультимодальные студенты включают бимодальных, тримодальных и квадромодальных. У таких студентов могут быть предпочтения в образовании в комбинациях VA, VR, VK, AR, AK, RK, VAR, VAK, VRK, ARK и VARK. Следовательно, преподавателю было бы трудно отдать должное всем 4 способам обучения, чтобы учащиеся могли комфортно понимать темы, хотя эти новички могут легко перейти на 1 способ представления информации.

Небольшое увеличение средних показателей зрения (V) и слуха (A) у студентов-стоматологов 1 курса также было обнаружено в настоящем исследовании, которое соответствовало исследованию. Это позволяет предположить, что лекции с презентациями PowerPoint, содержащими блок-схемы, иллюстрации, картинки и аудио-визуальные демонстрации различных предметов, будут соответствовать требованиям большинства начинающих стоматологов 1-го курса бакалавриата и улучшат их понимание. Настоящее исследование помогло бы поставщику образования принять различия в образовании, существующие между студентами-стоматологами-профессионалами, и помочь устранить некоторые из этих различий, предполагая несколько способов образовательных подходов, чтобы охватить большинство студентов и повысить их навыки обучения. Небольшой размер выборки был ограничением исследования, и были включены две противоположные группы стоматологической учебной программы. Следовательно, дальнейшее исследование должно проводиться с большим размером выборки, включающей студентов стоматологической учебной программы в течение всего года.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образование - это процесс, который помогает человеку приобретать знания. В настоящем исследовании студенты пришли с разными способами обучения, но предпочтение отдавали кинестетическим. Поставщик образовательных услуг должен сообщать студентам о предпочтениях в области образования на лекциях; это помогло бы в развитии и понимании требований студентов-стоматологов и позволило бы им развивать лучшие навыки для того, чтобы они отлично справлялись с учебой, а также помогло бы им улучшить свои преподавательские навыки и индивидуальность. Если образовательный провайдер получает информацию о предпочтениях студентов в обучении на начальных этапах профессионального курса; придерживайтесь стиля преподавания, обучение может быть намного проще и интереснее для студентов. Аналогичным образом, если студент-стоматолог будет принят с их собственным стилем обучения, адаптация к новым условиям профессионального курса будет легче, а академическая успеваемость улучшится.

Литература

- Ахмадов И. Н. Клинические особенности и принципы лечения аллергического стоматита при использовании частичных и полных съемных пластиночных протезов //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
- Shavkatovich O. R., Nizomitdin A. I. Effectiveness of the use of osteoplastic material" stimulo-oss" in samarkand //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 612-617.
- Nizomitdin A. I. Therapeutic effect of improved enamel surface preparation technique in the treatment of acute initial caries of temporary teeth in children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 440-445.
- Ахмадов И. Обзор средств для фиксации зубных протезов //Збірник наукових праць науково-практична конференція з міжнародною участю та навчальним тренінгом з оволодінням практичними навиками «сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань». – 2021. – С. 43.
- Nizomitdin A. I. Modern Methods of Odontopreparation for MetalCeramic for Beginner Prosthodontists //Eurasian Medical Research Periodical. – 2023. – Т. 18. – С. 98-102.

Ахмедов Д.Х., Абдуллаева Н.И.

ВЛИЯНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РТА

Кафедра ортопедической стоматологии, Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

Аннотация:

В обзоре представлены клинические, морфологические и цитологические изменения слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа под влиянием съемных протезов, теоретические и клинические аспекты этих проблем, а также возможные пути решения в ортопедической стоматологии с использованием материалов с формой. Память.

Ключевые слова:

протезное ложе, съемные протезы, материалы с памятью формы.

Съемные зубные протезы представляют собой комбинированные раздражители, оказывающие механическое, хемотаксическое, сенсibiliзирующее и термоизолирующее действие на слизистую оболочку протезного ложа (СМПБ) и его нейрорецепторный аппарат, сила и характер которого зависят от физико-химических свойств базисов, особенностей конструкции, качество изготовления и условия использования протезов. Последние проявляются ощущением жжения, покалывания, сухости, болезненности в области опорных тканей протезного ложа, иногда кончика и спинки языка, губ и щек, что приводит у ряда пациентов к невозможности пользоваться зубными протезами.

Протезный стоматит чаще возникает у женщин, особенно старше 50 лет, вследствие снижения защитно-барьерной функции эпителия твердого неба, реже альвеолярного отростка верхней челюсти и очень редко альвеолярной части нижней. челюсть. При этом у одного и того же больного локализация, интенсивность и площадь воспалительных явлений могут различаться. Исследования последних лет показали, что проблема соотношения зубного протеза и протезного ложа не потеряла своей актуальности и в современных условиях. Клинически очаговое воспаление при использовании съемных протезов проявляется в виде одиночной или множественной точечной гиперемии, иногда крупных пятен, не имеющих регулярности в размерах и локализации. По мере дальнейшего развития процесса на фоне разрыхления и отека слизистой оболочки появляются кровотокающие эрозии и пролежни, гиперпластические разрастания, сопровождающиеся болезненностью.

Поверхностно-очаговое воспаление чаще локализуется в области железистой зоны, уздечек, переходных складок и альвеолярных отростков. Декубитальные язвы располагаются преимущественно в области переходных складок и по линии «А», реже — альвеолярных отростков и твердого неба. Папилломатозные разрастания чаще локализуются в центральной части твердого неба. Диффузное воспаление характеризуется теми же клиническими признаками, но топографо-анатомически занимает всю поверхность протезного ложа, совпадая с его границами, имеет вишнево-красный цвет, отечность и рыхлость. Воспаление ММПБ без нарушения целостности эпителия наблюдается у пациентов, пользующихся съемными протезами, как правило, от 1 до 3 лет. Эрозии и гиперплазия в этих случаях развиваются в сроки 3 и более лет, когда возникает несоответствие поверхности базиса протезному ложу. Причинами очагового воспаления ММПБ являются: плохая фиксация и балансировка протезов, шероховатость, пористость, неточное соответствие базиса рельефу протезного ложа вследствие усадки и уменьшения на 0,02-0,5% пластмассы при полимеризации, что способствует механическое раздражение, а также макросмещения и неравномерное давление протеза на опорные ткани во время жевания. Этиология диффузного воспаления ММПБ носит химически токсический или аллергический характер. Как отмечает Василенко З.С., технические мероприятия по улучшению качества полимеризации акриловых пластмасс и уменьшению количества остаточного мономера в зубных протезах малоэффективны у больных с разлитым хемотаксическим воспалением опорных тканей протезного ложа. Существует мнение, полностью отрицающее механические факторы и указывающее, что воспалительные изменения могут возникать и при качественных протезах, связывая это исключительно с общим состоянием организма.

Воспалительным явлениям ММПБ способствуют плохое гигиеническое состояние, загрязнение поверхности протезов из акриловой пластмассы микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, что снижает местный иммунитет. Это обстоятельство создает своеобразный очаг токсикоинфекции, который может быть причиной патологических изменений местного и общего характера в организме больного. По мнению ряда авторов, одной из основных причин непереносимости основных материалов, раздражения и воспаления ММПБ является остаточный мономер - метилметакрилат, содержащийся в пластике в концентрации 0,2-5,2% даже при длительной полимеризации и остающийся в протез на срок до 12 месяцев. Остальные компоненты, входящие в состав базовых пластиков, считаются относительно безвредными и редко вызывают аллергические реакции из-за низкой концентрации их содержания (гидрохинон - 0,01%, пероксид бензоила - 0,2-0,5% и др.), а красители - из-за плохой растворимости. считаются биологически индифферентными.

В этих ситуациях клиническая картина соответствует контактному химико-токсическому неспецифическому воспалению, проявляющемуся в виде гиперемии, точечных кровоизлияний, отека, ощущения сухости и жжения, парестезий слизистой оболочки полости рта и языка. В редких случаях явления непереносимости основного материала могут проявляться в виде экземы, глоссита, отека губ, острого дерматита лица и рук, бронхиальной астмы и других аллергических состояний. Следует отметить, что одной из причин воспаления слизистой оболочки протезного ложа является отрицательное давление под основой ортопедической конструкции, которое может оказывать повреждающее действие. Различают атрофический и гипертрофический протезный стоматит. В атрофическом варианте, атрофия, эритематоз слизистой оболочки на значительной части опорных тканей. Патоморфологическая поверхность слизистой

оболочки покрыта многослойным плоским неороговистым эпителием, шиповатый слой тонкий, на отдельных участках может наблюдаться акантоз. В соединительнотканной основе наблюдается лимфогистоцитарная инфильтрация. Иногда клетки-макрофаги внедряются в толщу эпителия. При гиперпластическом стоматите в слизистой оболочке помимо признаков продуктивного воспаления отмечают выраженные эритематозные изменения, очаги которых локализуются чаще в центре твердого неба и верхушке альвеолярного отростка, при этом. На слизистой оболочке обнаруживается интенсивный рост дрожжевых грибов.

Микробиологическое исследование мазков с поверхностей съемных протезов из акриловой пластмассы, проведенное в ближайшем и отдаленном периоде после ортопедического лечения Л.М. Перзашкевич с соавт. (1984) показали, что дрожжеподобные грибы рода *Candida* выделялись у всех больных, при этом наблюдалось постепенное их увеличение в прямой зависимости от продолжительности использования протезов. В настоящее время накоплен значительный объем информации и опубликовано достаточное количество работ по морфофункциональным особенностям, гистохимическим и ультраструктурным исследованиям. Под влиянием съемных пластинчатых протезов в срок от 2 до 8 лет происходит утолщение эпителиального слоя и истончение собственной пластинки слизистой оболочки. Клетки базального слоя становятся низкопризматическими. Зернистый и роговой слои постепенно истончаются и исчезают. Имеется выраженная картина акантоза. Эпителиальные выросты весьма разнообразны по форме и размерам. Лимфоциты обнаруживаются в эпителии. В соединительной ткани увеличивается количество клеточных элементов фибробластического ряда, но интерстициальное вещество преобладает над клетками. Увеличивается количество инфильтратов из плазмочитов и гистиоцитов, выявляются их периваскулярные скопления.

С увеличением срока использования протезов (5-8 лет) увеличивается количество очаговых инфильтратов из лимфоцитов и плазмочитов, которые возникают не только по ходу сосудов, но и в других участках соединительного слоя. Эластические волокна соединительной ткани и сосудов ММПБ становятся толще, грубее, некоторые из них теряют непрерывность. В сосудах мышечного типа внутренняя эластическая мембрана гипертрофирована. В средней оболочке сосудов количество эластических элементов становится меньше, а в адвентиции - больше. Коллагеновые волокна соединительной ткани фрагментированы, мукоидное набухание, гиалиноз, склероз, фибриноидная дистрофия. При использовании съемных протезов в течение 10 и более лет морфологические изменения слизистой оболочки протезного ложа усиливаются и характеризуются различным сочетанием атрофических и гиперпластических процессов. Эпителиальный слой утолщается неравномерно, роговой и зернистый слои исчезают. Имеются выраженные дистрофические изменения в клетках поверхностного слоя (дискератоз, паракератоз), который нередко отторгается. В этих случаях эпителий протезного ложа представляет собой узкую полоску разрыхленных базальных и шиповатых клеток, инфильтрированных лимфоцитами. В некоторых ситуациях наблюдается обнажение соединительнотканых сосочков с их гипертрофией и папилломатозом. Во всех участках ММПБ проявляется картина хронического воспаления. Размеры шиповатых клеток увеличиваются, а их межклеточные пространства уменьшаются, повсеместно выражены явления акантоза. Эпителиальные выросты достигают крупных размеров и разнообразной формы. В слое шиповатых клеток обнаруживаются эпителиальные жемчужины разной степени зрелости. Соединительная ткань инфильтрирована плазматическими клетками и гистиоцитами. Количество коллагеновых волокон в соединительнотканной основе увеличивается с увеличением сроков использования протезов, они становятся тоньше, фрагментируются, часто гиалинизируются, их пучки располагаются хаотично даже в сосочках собственного слоя. Эластические волокна имеют тенденцию к утолщению и фрагментации. В сосудах мышечного типа отмечается эластоз. В средней оболочке сосудов количество эластических волокон становится меньше, а в адвентиции - больше.

Это показывает, что установка конструкций из определенных материалов вызывает изменения микрофлоры полости рта. Примерно у 70% больных развиваются стоматит и признаки катарального воспаления. По этой причине врачи рекомендуют регулярные посещения для профилактики, своевременного выявления проблемы и лечения. При правильном уходе за полостью рта риск осложнений значительно снижается.

Список литературы

1. Vasilenko Z.S. The effect of lamellar prostheses on the oral mucosa // Dentistry. - 1955. - No. 4. - pp.42-47.
2. Vysotskaya A.V. Clinic and therapy of inflammatory phenomena on the oral mucosa associated with the use of removable plate prostheses // Dentistry. - 1956. - No. 3. - pp. 46-50.
3. Gavrilov E.I. Prosthesis and prosthetic bed. - M.: Medicine, 1979. - 264 p.

Ашуров Г.Г., Шокиров М.К., Джонибекова Р.Н.

СОСТОЯНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ С ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В последние годы исследователи ближнего и дальнего зарубежья приходят к пониманию того факта, что все большую роль в возникновении и развитии стоматологических заболеваний стали играть общие факторы. Интегральный подход в медицине позволяет осмыслить и оценить механизмы взаимного отягощения заболеваний внутренних органов и полости рта [1, 4].

В настоящее время практически нет больных, страдающих какой-либо одной болезнью. Изучение нарушений, которые развиваются при общесоматических заболеваниях, показывает, что наиболее ранние изменения определяются в органах и тканях полости рта. Эти изменения обусловлены наличием тесных эмбриональных, функциональных и других связей между нервной, кроветворной, эндокринной системами, а также

органами желудочно-кишечного тракта [2, 5].

Проведенные нами клинико-рентгенологические исследования выявили развитие хронического генерализованного воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта у лиц с общесоматической патологией, причем выраженность его зависела от степени тяжести патологии внутренних органов и состояния неспецифической резистентности организма. Так, у больных с легкой формой общесоматического нарушения и высоким показателем интегрального состояния неспецифической резистентности соответствовали наименее выраженные патологические изменения в тканях пародонта. Вместе с тем при средней и тяжелой степени внутренних патологий на фоне низкого показателя неспецифической резистентности организма наблюдали более тяжелое поражение пародонтальных структур[3].

Цель исследования. Изучение результатов комплексной терапии заболеваний пародонта у лётного состава гражданской авиации в зависимости от исходного уровня неспецифической резистентности организма.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 70 человек мужского пола в возрасте от 20 до 50 лет. У 28 обследованных лиц диагностировали хронический очаговый пародонтит легкой (17 чел., 60,7%), средней (9 чел., 32,2%) и тяжелой (2 чел., 7,1%) степени (основная группа). Контрольная группа составила 42 работников лётного состава без пародонтальной патологии.

Среди авиационных работников лётного состава о состоянии интегрального показателя неспецифической резистентности организма судили по активности лизоцима сыворотки крови и смешанной слюны, а также бактерицидности кожных покровов. По значениям данных показателей пациенты как основной, так и контрольной группы были подразделены на 2 группы: с благоприятным и неблагоприятным уровнем интегрального показателя неспецифической защиты организма.

Критериями оценки благоприятного состояния неспецифической резистентности организма служили данные, полученные при обследовании 42 практически здоровых лиц лётного состава гражданской авиации без общесоматической и пародонтальной патологии: активность лизоцима сыворотки крови – не менее 15%, активность лизоцима смешанной слюны – не менее 40%, бактерицидность кожи при 2-минутной экспозиции микробной взвеси – не менее 50%, при 5-минутной – 75%. Состояние интегрального показателя неспецифической резистентности организма рассматривали как благоприятное в тех случаях, когда 2 из 3 исследуемых показателей или все 3 укладывались в принятые критерии оценки.

Основную группу пациентов с благоприятным исходным уровнем неспецифической резистентности организма подразделяли на 2 подгруппы по 21 человека: в 1-й подгруппе наряду с традиционным лечением для орошения пародонта использовали 0,2% раствор хлоргексидина; во 2-й – проводили традиционное лечение. Орошение пародонта осуществляли ежедневно 1 раз в день по 3-4 мин, курс состоял из 10 сеансов. Повторный курс орошения назначали через 1,5-2 мес, в дальнейшем – через каждые 6-8 мес.

Пациенты основной группы (28 чел.) с неблагоприятным уровнем резистентности были подразделены на 3 подгруппы: по 17, 9 и 2 человек. В 1-й подгруппе пациенты получали наряду с традиционным лечением оротат калия, обладающий иммуномодулирующим действием и орошение пародонта 0,2% раствором хлоргексидина; во 2-й – оротат калия, пародонт обрабатывали только 3% раствором перекиси водорода; в 3-й (контрольной) – только традиционное лечение. Оротат калия назначали внутрь по 1-й таблетке (0,5 г) 2 раза в день на протяжении 20 дней.

Эффективность пародонтологического лечения оценивали по данным клинико-рентгенологического исследования, результатам пробы Шиллера-Писарева, значениям индексов – пародонтального (ПИ), папиллярно-маргинально-альвеолярного (РМА), гигиенического (ИГ) по Федорову-Володкиной и времени образования вакуумной гематомы (проба Кулаженко).

Результаты исследования и их обсуждение. Динамика показателей состояния пародонта и значения ИГ у работников лётного состава с исходным благоприятным уровнем неспецифической резистентности организма при введении в лечебный комплекс орошения пародонта раствором хлоргексидина позволяет отметить, что как непосредственно после 1-го курса лечения, так и через 6-8 мес достоверно уменьшились значения ПИ, РМА, ИГ (соответственно $0,6 \pm 0,2$ ед., $19,2 \pm 3,7\%$, $1,5 \pm 0,1$ ед. и $0,7 \pm 0,1$ ед., $23,2 \pm 2,8\%$, $1,8 \pm 0,1$ ед.) против исходного значения исследуемых показателей до лечения (соответственно $1,5 \pm 0,1$ ед., $37,5 \pm 3,9\%$, $2,2 \pm 0,2$ ед.). Через 12-24 мес наблюдали дальнейшее улучшение значения ПИ ($0,6 \pm 0,01$ ед.), РМА ($18,2 \pm 1,6\%$) и ИГ ($1,5 \pm 0,1$ ед.).

В ходе проведенного лечения увеличилось время образования вакуумной гематомы: после 1-го курса лечения ее значение составило $45,4 \pm 2,1$ сек, через 6-8 мес – $38,6 \pm 2,2$ сек, через 12-24 мес – $44,8 \pm 3,5$ сек. Среднее число пародонтальных карманов на 1 обследованного до проведенного лечения пародонтологического характера составило $1,8 \pm 0,5$, после 1-го курса лечения – $1,2 \pm 0,2$, через 6-8 мес – $0,6 \pm 0,05$, спустя 12-24 мес после пародонтологического лечения – $0,3 \pm 0,04$.

Динамика показателей состояния пародонта у лётного состава основной группы с исходным неблагоприятным уровнем неспецифической резистентности организма после первого курса лечения при введении в лечебный комплекс оротата калия и хлоргексидина свидетельствует о достоверном снижении индексов ПИ ($0,5 \pm 0,1$ ед.), РМА ($11,6 \pm 3,4\%$) и ИГ ($1,3 \pm 0,1$ ед.) против значения исследуемых показателей до лечения (соответственно $1,7 \pm 0,3$ ед., $42,0 \pm 6,5\%$ и $2,1 \pm 0,1$ ед.). В целом показатели пародонтологического статуса среди обследованных лиц укладывались в критерии оценки «значительное улучшение».

У пациентов основной группы с неблагоприятным уровнем интегрального показателя неспецифической защиты организма при введении в лечебный комплекс только оротата калия после первого курса лечения значения ПИ и РМА были достоверно лучше (соответственно $1,1 \pm 0,1$ ед. и $11,6 \pm 3,4\%$) по сравнению с исходными значениями ПИ ($1,8 \pm 0,2$ ед.) и РМА ($45,5 \pm 5,4\%$). Однако через 6-8 и 12-24 мес недостоверным оказалось значение ПИ (соответственно $1,0 \pm 0,2$ и $0,7 \pm 0,1$ ед.), а среднецифровое значение индекса РМА соответствовало $25,2 \pm 3,0$ и $19,6 \pm 4,3\%$. В целом состоянии тканей пародонта во все сроки исследования укладывались в критерии оценки «улучшение».

Выводы.

1. Наличие пародонтальной патологии среди авиационных работников лётного состава приводит к снижению показателя неспецифической резистентности организма.
2. У работников лётного состава гражданской авиации установлена высокая эффективность комплексного лечения пародонтита, включающего дополнительно к традиционным воздействиям орошение пародонта раствором хлоргексидина.

Список литературы

1. Ашуров, Г.Г. Клинико-рентгенологическая характеристика хронического пародонтита у пациентов с сочетанной стоматологической патологией / Г.Г. Ашуров, С.М. Каримов // Наука и инновация. - Душанбе, 2021. - № 2. - С. 64-68.
2. Исмоилов, А.А. Результаты структуризации зубочелюстных аномалий у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией / А.А. Исмоилов, С.М. Каримов, Д.Э. Джурев // Наука и инновация. - Душанбе, 2021. - № 2. - С. 68-72.
3. Сабуров, С.К. Интегральный показатель результатов ортопедического лечения соматических больных в зависимости от расположения края металлокерамическими коронок / С.К. Сабуров, А.Р. Зарипов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе, 2018. - № 3. - С.59-63
4. Царёв, В.Н. Выявление маркеров пародонтопатогенных бактерий у пациентов с инфекционным эндокардитом / В.Н. Царёв, Е.Н. Николаева, Н.А. Саркисян // Российский стоматологический журнал. - 2019. - № 2. - С. 32-34.
5. Iacopino, A. Periodontitis and diabetes interrelationships: role of inflammation / A. Iacopino // Annals of Periodontology. - USA, 2013. - Vol. 6, N 1. - P. 125-137.

Бутвиловский А.В., Алшарифи А.А.М., Бутвиловский В.Э.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ IN VITRO РАЗМЕРОВ И ПЛОЩАДИ АДГЕЗИОННОГО КОНТАКТА РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НЕСЪЕМНЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ С МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ АРМАТУРОЙ

Кафедра эндодонтии УО «БГМУ». Республика Беларусь.

Актуальность. Ретенционный период является частью ортодонтического лечения и предполагает изготовление несъемных и/или съемных аппаратов [4]. Ранее нами установлено, что врачи-стоматологи-ортодонты Республики Беларусь предпочитают изготавливать несъемные ретенционные аппараты (ретенеры) непосредственно в полости рта (89,7% респондентов), используя металлические арматуры (58,6% врачей) [1, 2]. Также обосновано проведение лигирования арматуры несъемного ретенера металлической проволокой или натянутой зубной нитью [5].

Чаще всего врачи-стоматологи-ортодонты Республики Беларусь сталкиваются с поломками ретенеров 1-2 раза в месяц (28,7%), при этом наиболее часто встречающимся видом поломки ретенера является его отклейка (71,3%) [2]. Поломка ретенера определяет вероятность рецидива зубочелюстных аномалий и поэтому совершенствование его конструкции является актуальным направлением научных исследований.

Цель исследования: сравнить in vitro размеры и площадь адгезионного контакта различных конструкций несъемных ретенеров с металлической арматурой.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на 3D-моделях зубных рядов «ZYR-7004» («Azdent») с предварительной фиксацией на вестибулярных поверхностях зубов брекетов «Damon Q» («Ormco»), установкой в их пазы ортодонтической CuNiTi дуги размером .018×.025 дюймов («Ormco») и измерением вестибуло-орального размера зубов с брекетами с помощью электронного штангенциркуля DR6003 («Dr.Iron») с разрешающей способностью 0,01 мм и погрешностью измерений ±0,01 мм.

Изготовление ретенеров проводили на 6 верхних фронтальных зубах и 6 нижних фронтальных зубах («от клыка до клыка») [3]. В качестве металлической арматуры использовалась плетеная дуга «SRW» («Orthoclassic») размером .0195 дюйма, позиционирование которой осуществляли путем привязывания металлическими лигатурами к ортодонтической дуге.

Фиксацию арматуры проводили с помощью адгезивной системы «Single Bond Universal» («3M») и текучего фотокомпозиционного материала средней вязкости «Estelite Universal medium flow» («Tokoyama Dental») в соответствии с инструкциями производителей. В группе 1 композиционный материал наносили по центру оральной поверхности каждого из зубов в форме овала, вытянутого в гингивально-окклюзионном направлении, а в группе 2 – в форме овала, вытянутого от мезиального до дистального краевого валика; каждую конструкцию повторяли 6 раз.

Далее измеряли вестибуло-оральный размер зуба с брекетом и несъемным ретенером и по разности измерений вычисляли его толщину. На каждом зубе определяли ширину (мезио-дистальный размер) и высоту (гингивально-окклюзионный размер) фиксирующего композиционного материала и вычисляли площадь адгезионного контакта (S) по формуле $S = \pi \times \frac{1}{2} a \times \frac{1}{2} b$, где $\pi = 3,14$, а – ширина и b – высота.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью программ Microsoft Excel for Windows и Past 3.0. Описание количественных переменных представлено в виде медианы и квартилей (Me (Q1-Q3)). Значимость различий при сравнении двух независимых групп определена по критерию U (Манна-Уитни) с критическим уровнем значимости при проверке статистических гипотез, равном 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты по проведенным измерениям представлены на рисунке 1.

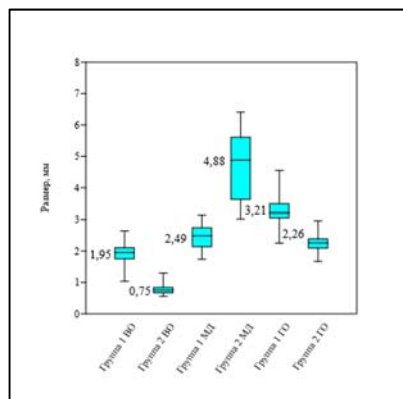


Рисунок 1. Вестибуло-оральные (ВО) размеры несъемных ретейнеров, мезио-дистальные (МД) и гингивально-окклюзионные (ГО) размеры фиксирующего композиционного материала в группах 1 и 2.

Установлено, что вестибуло-оральный размер несъемных ретейнеров в группе 1 составил 1,95 (1,76-2,11) мм, что в 2,6 раза статистически значимо ($U=7$; $p<0,001$) превосходило аналогичный показатель для группы 2 (0,75 (0,67-0,84) мм).

Сходная закономерность была выявлена и при сравнении гингивально-окклюзионных размеров фиксирующего композиционного материала ретейнеров. Так, в группе 1 данный параметр оказался равным 3,21 (3,05-3,49) мм, что было в 1,4 раза больше ($U=154$; $p<0,001$), чем в группе 2 (2,26 (2,09-2,39) мм).

Мезио-дистальный размер композиционного материала, используемого для фиксации ретейнера на зубе, в группе 1 (2,49 (2,14-2,74) мм), напротив, был в 2,0 раза меньше ($U=3$; $p<0,001$), чем в группе 2 (4,88 (3,63-5,61) мм). Интерес представляет оценка соотношения мезио-дистальных размеров фиксирующего композиционного материала с мезио-дистальными размерами коронок зубов. В группе 1 этот показатель составил 39,3 (36,1-43,0)%, а в группе 2 – 73,5 (69,4-79,2)% при статистически значимых различиях между группами ($U=0$; $p<0,001$).

Площадь адгезионного контакта несъемного ретейнера (рисунок 2) в группе 2 составила 8,55 (6,28-10,10) мм², что было больше аналогичного показателя для группы 1 на 37,9% (6,20 (5,30-7,30) мм²).

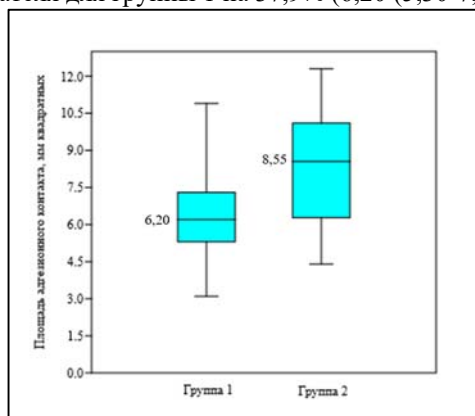


Рисунок 2. Площадь адгезионного контакта несъемных ретейнеров в группах.

Выводы.

1. В группе 1 вестибуло-оральный размер несъемного ретейнера был в 2,6 раза статистически значимо ($p<0,001$) больше, чем в группе 2.
2. Мезио-дистальный размер композиционного материала, используемого для фиксации ретейнера на зубах, в группе 1 был в 2,0 раза меньше ($p<0,001$), чем в группе 2. Гингивально-окклюзионный размер композиционного материала ретейнеров в группе 1 был в 1,4 раза больше ($p<0,001$), чем в группе 2.
3. Площадь адгезионного контакта несъемного ретейнера в группе 2 составила 8,55 мм², что на 37,9% было больше аналогичного показателя для группы 1 (6,20 мм²).

Список литературы.

1. Алшарифи, А.А.М. Анализ предпочтений врачей-стоматологов-ортодонтотв при выборе изделий медицинского назначения при изготовлении несъемных ретейнеров / А.А.М. Алшарифи, А.В. Бутвиловский, А.В. Мадатян // Современная стоматология. – 2022. - №3. – С. 58-63.
2. Алшарифи, А.А.М. Оценка подходов врачей-стоматологов-ортодонтотв Республики Беларусь к изготовлению несъемных ретенционных аппаратов / А.А.М. Алшарифи, А.В. Бутвиловский, А.В. Мадатян // Современная стоматология. – 2022. - №4. – С. 57-63.
3. Медведева, Т.В. Ретенционный период ортодонтического лечения / Т.В. Медведева // Вестник Клинической больницы №51. – 2016. – №6 (1). – С. 41-43.
4. Проффит, У.Р. Современная ортодонтия / Уильям Р. Проффит; пер. с англ.; под ред. чл.-корр. РАН, проф. Л.С. Персина. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – С. 470-473.
5. Сравнительный анализ вестибуло-оральных размеров несъемных ретейнеров при различных способах позиционирования металлической арматуры in vitro / А.В. Бутвиловский [и др.] // Современная стоматология. – 2023. - №1. – С. 61-64.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность исследования. Дефекты жевательного аппарата, связанные с потерей зубов, приводят к значительным функциональным и структурным нарушениям в органах ротовой полости, желудочно-кишечном тракте и организме в целом. Ортопедическое стоматологическое лечение, восстанавливающее функциональную полноценность зубных рядов, становится важной мерой профилактики возникновения и рецидивирования хронических заболеваний органов пищеварения [1].

Если проанализировать дефекты зубных рядов у больных, то обращает на себя внимание преобладание одно- и двусторонних концевых дефектов (36%). Включенные дефекты были выявлены у 26% больных, комбинированные – у 18%, полное отсутствие зубов – у 14% [2].

При ортопедическом лечении с применением несъемных протезов особое внимание следует уделять профилактике папиллитов и гингивитов [3]. При изучении отдаленных результатов применения несъемных протезов клинически выраженные заболевания пародонта обнаруживаются в 54,8% случаев, причем в 29,9% - хронический катаральный гингивит легкой степени, в 10,6% - хронический катаральный гингивит средней степени, в 14,3% - хронический локализованный пародонтит легкой степени [4].

Цель исследования. Совершенствование ортопедической стоматологической помощи больным с соматическими патологиями.

Материал и методы исследования. На первом этапе нами был проведен ретроспективный анализ медицинских амбулаторных карт пациентов, обратившихся за стоматологической помощью и получивших ортопедическое лечение, в возрасте от 20 лет и старше, в период 2021-23 гг. Исследование проводилось на базе кафедры ортопедической стоматологии Учебно, научно – клиническом центре «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

На втором этапе каждому больному проводилось клиническое обследование полости рта по общепринятой методике, включающее в себя сбор анамнеза, осмотр, а также анализ данных дополнительных методов исследования (рентгенограмм, ЭОД). У каждого больного определялся класс дефекта зубного ряда (нами использовалась классификация по Е.И. Гаврилову), гигиеническое состояние полости рта, наличие сопутствующих соматических заболеваний, а также состояние зубных протезов в полости рта. Кроме этого, выяснялась «история протезирования» каждого пациента от момента изготовления первой ортопедической конструкции до настоящего времени, сроки пользования имеющимися зубными протезами. Все полученные данные заносились в индивидуальную регистрационную карту.

Результаты исследования и их обсуждение. У 207 обследованных общесоматических больных съёмные протезы использовались при комбинированных дефектах зубных рядов, у 131 пациента при одиночно стоящем зубе на челюсти. При концевых дефектах съёмные протезы использовались в 113 случаях. Реже всего (в 55 случаях) съёмные протезы применялись при включенных дефектах зубных рядов. Среди обследованных больных с сопутствующей соматической патологией количество съёмных протезов, изготовленных на верхнюю и нижнюю челюсти, было практически одинаково – 460 ($49,30 \pm 1,64\%$) и 473 ($50,70 \pm 1,64\%$) протеза соответственно. Из них доля бюгельных и пластиночных протезов при частичном отсутствии зубов, изготовленных на нижнюю челюсть, была больше, чем на каждый вид протеза. Пластиночные протезы при полном отсутствии зубов чаще были изготовлены на верхнюю челюсть ($61,44 \pm 2,24\%$). У обследованных больных с сопутствующей соматической патологией среди съёмных протезов, нуждающихся в замене, преобладают пластиночные протезы при частичном отсутствии зубов. Их практически в десять раз больше, чем бюгельных протезов. Срок пользования от 3 до 5 лет имело наибольшее количество протезов - 345 ($36,9\%$). Следует отметить, что доля протезов, имеющих срок службы до 3 лет составляет 15,22%. Средний срок пользования съёмными протезами составил $5,38 \pm 2,67$ лет. Сроки пользования съёмными пластиночными протезами при полном отсутствии зубов были следующими: до года - $3,27 \pm 1,0\%$, от 1 до 3 лет - $22,88 \pm 2,4\%$, от 3 до 5 лет - $40,52 \pm 2,8\%$, от 5 до 7 лет - $13,37 \pm 1,9\%$, от 7 до 10 лет - $9,48 \pm 1,7\%$, свыше 10 лет - $10,12 \pm 1,7\%$.

Сравнивая сроки пользования съёмных пластиночных протезов при частичном отсутствии зубов и бюгельных протезов, можно отметить, что наибольшее количество пластиночных протезов имело срок службы от 3 до 5 лет ($37,43 \pm 2,1\%$), бюгельных протезов от 5 до 7 лет ($34,35 \pm 5,9\%$). Так же можно отметить существенное превалирование пластиночных протезов, нуждающихся в повторном изготовлении, над бюгельными в сроке службы до 5 лет. При сроках более 5 лет количество бюгельных протезов у стационарных больных превышает количество пластиночных. При сопутствующей соматической патологии средний срок пользования бюгельными протезами составляет $6,12 \pm 2,41$ лет, пластиночными протезами при частичном отсутствии зубов - $5,73 \pm 2,71$ лет, пластиночными протезами при полном отсутствии зубов - $4,63 \pm 3,16$ лет.

Проведенный сравнительный анализ относительно вида используемых съёмных протезов при частичном отсутствии зубов у больных с сопутствующей соматической патологией свидетельствует о большей надежности бюгельных протезов по сравнению с пластиночными протезами. Однако окончательные выводы относительно надежности каждого вида съёмного протеза могут быть сделаны лишь с учётом данных о возникающих дефектах и развивающихся осложнениях в различные сроки пользования данными протезами. Изучая показатели результатов лечения частичного отсутствия зубов с помощью съёмных протезов у стационарных больных, мы пришли к выводу, что причинами замены упомянутых протезов явились различные осложнения и дефекты. В ходе исследования возможные причины замены съёмных протезов были распределены по следующим группам: поломка протеза, перелом опорных зубов (в эту группу включены все осложнения связанные с опорными зубами), эстетические нарушения (оценивались по жалобам пациентов), необходимость изготовления

дополнительных протезов, возникновение боли в области протеза (в эту группу включены все осложнения, когда причиной замены протеза являлась боль, независимо от её этиологии), субъективное желание больного, плохая фиксация протеза (оценивалась по жалобам пациентов и объективно). Самыми частыми из этих причин явились поломка протеза ($33,12 \pm 1,5\%$) и плохая фиксация протеза ($27,86 \pm 1,5\%$). Третье место занимают эстетические нарушения ($12,97 \pm 1,1\%$).

Сравнивая причины замены бюгельных протезов и съёмных пластиночных протезов при частичном отсутствии зубов у больных с неблагоприятным соматическим фоном, можно отметить, что лидирующее положение у бюгельных протезов занимают осложнения, связанные с опорными зубами - перелом опорных зубов ($60,60 \pm 5,6\%$), у пластиночных протезов - поломка протеза ($38,68 \pm 2,1\%$) и эстетические нарушения ($13,55 \pm 1,5\%$). Доля случаев плохой фиксации протеза у пластиночных протезов выше, чем у бюгельных ($19,96 \pm 1,7\%$ и $13,64 \pm 3,8\%$ соответственно). Также заменить пластиночные протезы сами пациенты хотели чаще, чем бюгельные ($8,56 \pm 1,2\%$ и $6,06 \pm 2,6\%$ соответственно). Эти данные показывают преимущество бюгельных протезов над пластиночными по основным видам осложнений и дефектов.

Наряду с бюгельными и пластиночными протезами при частичном отсутствии зубов обследованные пациенты имели 306 пластиночных протезов при полном отсутствии зубов. Основными причинами переделки этих протезов являлась плохая фиксация протеза ($45,42 \pm 2,9\%$) и поломка протеза ($29,41 \pm 2,6\%$). Эстетические нарушения составили $13,40 \pm 2,0\%$. В $8,82 \pm 1,6\%$ случаев причиной повторного протезирования явилось субъективное желание пациента и в $2,94 \pm 1,1\%$ случаев - другие причины.

Таким образом, основной причиной замены пластиночных протезов при частичном отсутствии зубов у больных с сопутствующей соматической патологией явилась поломка протеза, а для бюгельных протезов - перелом опорных зубов. Пластиночные протезы при полном отсутствии зубов у обследованных стационарных больных чаще всего требовали замены из-за их плохой фиксации.

Изучая закономерности развития исходов ранее проведенного лечения съёмными протезами у больных с общесоматической патологией, нами установлено, что в зависимости от срока пользования протеза причины его замены могут быть различны. Так, у бюгельных протезов со сроком пользования до 3 лет чаще всего причиной повторного изготовления является возникновение боли в области протеза. В последующие годы среди причин повторного изготовления лидирующее положение занимает перелом опорных зубов. Проведенный анализ развития осложнений и дефектов при протезировании съёмными пластиночными протезами у стационарных больных при частичном отсутствии зубов показывает, что при сроках пользования от 7 до 10 лет основной причиной замены является поломка протеза ($40,23 \pm 5,26\%$). При сроке пользования от 5 до 7 лет на долю поломок протеза приходится половина всех случаев возникновения осложнений и дефектов ($50,00 \pm 4,2\%$). При сроке пользования более 10 лет пластиночные протезы чаще всего переделываются из-за плохой фиксации протеза ($31,88 \pm 5,62\%$). Случаи перелома опорных зубов, эстетические нарушения, необходимость изготовления дополнительных протезов при расширении объёмов протезирования встречаются достаточно редко ($2,85 \pm 0,71\%$, $9,55 \pm 1,45\%$ и $8,73 \pm 1,2\%$, соответственно) и распределяются по годам равномерно. Возникновение боли в области протеза, как причина повторного протезирования, уменьшается пропорционально времени пользования протезом и наиболее часто встречается в первые три года ($18,75 \pm 5,64\%$). По субъективному желанию больные наиболее часто нуждаются в замене съёмных пластиночных протезов со сроком службы до 3 лет ($16,66 \pm 5,38\%$) и более 10 лет ($15,94 \pm 4,41\%$). У больных с сопутствующей соматической патологией, независимо от срока пользования пластиночных протезов, самыми частыми причинами их повторного изготовления, являются поломка протеза ($29,41 \pm 2,61\%$) и плохая фиксация ($45,42 \pm 2,85\%$). Доли эстетических нарушений и субъективного желания пациента (соответственно $13,40 \pm 1,95\%$ и $8,82 \pm 1,63\%$), а также другие причины менее значимы и встречаются во все сроки пользования.

Выводы. Таким образом, среди обследованных больных с сопутствующей патологией, независимо от срока пользования бюгельных протезов, основной причиной их замены является перелом опорных зубов, пик которого приходится на срок пользования от 3 до 5 лет, а причиной замены пластиночных протезов является поломка протеза, которая лидирует практически на всех сроках пользования протезом. Лишь при сроке пользования более 10 лет на первое место выходит плохая фиксация пластиночного протеза

ЛИТЕРАТУРА

1. Лепилин А.В. Сочетанные заболевания полости рта и органов пищеварения: клинические, морфологические и иммуноморфологические аспекты. /А.В.Лепилин, М.А.Осадчук, Н.В.Булкина //Российский стоматологический журнал. - 2015. - № 2. - С.34-39.
2. Аманджанова З.Р. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных. /З.Р.Аманджанова, А.А.Исмоилов, С.Каримов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 1. - С.10-15.
3. Каливраджиян Э.С. Основы технологии зубного протезирования : учебник : в 2 т. для СПО .Артикул: 108376.ISBN: 978-5-9704-3608-0. Год издания: 2016. Страниц: 576 с ил, 392 с ил.

Зарипов А.Р., Кувватова М.Х., Зарипова С.А.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОТЕЗОВ С УМЕНЬШЕННЫМ БАЗИСОМ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В последние десятилетия ортопедическая стоматология добилась больших успехов в протезировании больных с полным отсутствием зубов. Этому способствовало разностороннее изучение тканей протезного ложа беззубых челюстей до и после протезирования, разработка различных методов обследования, получение полно-

ценных слепков, применение новых слепочных и базисных материалов, а значит, и повышению эффективности ортопедического лечения этой категории лиц [3,4]. Однако следует отметить, что эффективность ортопедического лечения в большинстве своем достигалось у больных с благоприятными условиями в полости рта, но у лиц с резкими атрофическими процессами, патологическими особенностями тканей протезного ложа, повышенной чувствительностью к воздействию пластичными протезами вопрос эффективности полностью еще не решен. Вот почему ортопедическое лечение у такой категории больных все еще продолжает оставаться актуальной проблемой и привлекает многих исследователей и врачей ортопедов. Но и при хороших условиях ряд авторов считают, что одним из основных недостатков при ортопедическом лечении больных с полной утратой зубов на верхней челюсти связан с тем, что твердое небо целиком покрывается базисом протеза [4]. Это понижает ощущение температуры пищи, реакцию на инородное тело, иногда вызывает рвотный рефлекс и снижает вкусовые восприятия пищи.

Для устранения этих явлений было предложено изготавливать протез на верхнюю челюсть с уменьшенным базисом (так называемый безнебный протез). Однако авторы отмечали, что устойчивость протеза во время функции может обеспечиваться лишь при хороших условиях протезного поля. На верхней челюсти площадь базиса, как правило, всегда больше, чем на нижней в результате ткани протезного ложа нижней челюсти находится под большим давлением и приходится часто корригировать протез после наложения.

Для улучшения и правильного распределения давления на нижней челюсти предлагались дифференцированные слепки, что способствовало улучшению эффективности ортопедического лечения больных. Для снижения жевательного давления на слизистую оболочку нижней челюсти как показали наши исследования целесообразно изготавливать протезы на верхнюю челюсть с уменьшенным базисом [1,2]. В доступной литературе эти вопросы не нашли отражения. Разработав показания к изготовлению некоторым группам больных с полной утратой зубов съемных протезов с уменьшенным базисом в области твердого неба, перед нами всегда стояла задача решения вопроса об улучшении устойчивости таких протезов во время функции [1,2].

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с беззубой верхней челюсти.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленных задач в клинике было обследовано 150 и принято на лечение 100 пациентов в возрасте от 52 до 75 лет, из них 63 женщины и 37 мужчин. Отобранных больных мы разделили по анатомо-топографическим признакам протезного ложа на 5 групп. В первую группу включены 25 больных с 1 и 2 степенями атрофии беззубой верхней челюсти и 3-4 степенями атрофии беззубой нижней челюсти. Во вторую группу вошли 17 больных с более повышенной болевой чувствительностью и различной степенью атрофии. В третью группу вошли 18 больных с повышенным рвотным рефлексом при наличии 1 и 2 степени атрофии на нижней челюсти. Четвертую группу составили 12 больных с выраженным торусом, при наличии 1, 2 степени на беззубой верхней челюсти и различными степенями атрофии на нижней челюсти. Пятую группу составили 8 пациентов с папилломатозными разрастаниями на твердом небе при 1 и 2 степени атрофии на верхней челюсти и различными степенями атрофии на нижней челюсти.

Контрольную группу составили 20 человек, по анатомо-топографическим особенностям отнеслись к первой и второй группам больных, которым были изготовлены полные съемные протезы на верхнюю челюсть с общепринятыми границами. Объектом исследования были больные, пользующиеся протезами с уменьшенным базисом на верхней челюсти при полном отсутствии зубов с атрофией гребня альвеолярного отростка 1 и 2 степени и больные, пользующиеся полными протезами с обычными границами при 1-4 степенях атрофии на нижней челюсти. При исследовании проводили определение степени податливости слизистой оболочки полости рта аппаратом Д.В. ЧЕРНОВА (1969 г. №232444). Также у всех групп больных проводили определение болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта с помощью эстезиометра Е.С. Ирошниковой и проф. А.И. Дойникова (1972 г. №214734). У пациентов первой группы (25) человек а также у пациентов второй группы 17(чел) и у больных которые составляли контрольную группу проводились определение выносливости слизистой оболочки протезного ложа. Уплотнение дистального клапана протеза с уменьшением базиса мы достигли двумя методами. Методом гравировки канавки на гипсовых моделях челюстей и компрессией мягких тканей по дистальному краю при снятии функционального слепка. Однако во всех случаях учитывалось степень податливости слизистой оболочки полости рта.

В первом случае функциональный слепок с верхней челюсти снимался индивидуальной восковой ложкой с помощью жидкого гипса, дентола и др. слепочных масс. Затем на рабочей гипсовой модели челюсти отмечали границы уменьшения базиса протеза в области твердого неба и ориентиры точек определения податливости слизистой оболочки полости рта. С помощью предложенного нами специального инструмента создали канавку вдоль намеченной границы, глубина которой не превышает 50% степени податливости в той или иной зоне твердого неба. Во втором варианте на предварительной гипсовой модели изготовленной по анатомическому слепку изготавливались жесткие (из пластмасса) индивидуальные ложки которые укорачивались по намеченным нами границами будущего протеза. Перед снятием рабочего слепка с верхней челюсти на ложку вдоль дистальной границы с внутренней стороны приклеивалась пластинка воска или ортокора шириной от 4 до 5мм толщиной не более половины величины степени податливости по ходу дистальной границы. Слепок снимался различными слепочными массами: жидким гипсом, дентолом и др.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты показали что обе методики изготовления протезов с уменьшенными базисами дают приблизительно одинаковый процент отличных, хороших и удовлетворительных результатов. Через неделю после наложения протезов не отмечается существенной разницы и выносливости слизистой оболочки протезного ложа как при пользовании протезами с обычными границами, так при протезами уменьшенными базисами на верхней челюсти. Однако, через месяц отмечается незначительные различия, через 3 месяца пользование протезами можно более четко отметить разницу в степени выносливости слизистой оболочки протезного ложа при пользовании протезами с уменьшенными базисами. Исходя из вышеизложенного можно отметить, что уменьшение

площади верхнего базиса благоприятно сказывается на повышении выносливости слизистой оболочки альвеолярного отростка беззубой нижней челюсти, что в свою очередь ускоряют адаптацию больного к протезу и повышая тем самым эффективность ортопедического лечения. В целях сравнения площади протезного ложа беззубых челюстей при различных степени атрофии нами проведено измерение ее у 30 пациентов 1 и 2 группы. Анализ полученных данных позволяет заключить, что по мере усиления атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти разницы между площадью протезного ложа верхней челюсти увеличивается от 28,93 см в квадрате до 50,6 см в квадрате при атрофии 5 степени. Укорочение границ базиса протеза на беззубой верхней челюсти позволяло значительно уменьшить эту границу (до 29,58см) при значительных степенях атрофии нижней челюсти.

Выводы. Таким образом мы считаем, что при лечении больных с полным отсутствием зубов на обеих челюстях необходимо стремиться максимально приблизит размеры площади базисов протезов. Такой подход позволяет уравновесить нагрузку на подлежащие ткани протезного ложа и предотвратить тем самым трудно устранимые очаги концентрации давления под базисом протеза на нижнюю челюсть.

Список литературы

1. Трезубов, В. Н. Ортопедическая стоматология / В.Н.Трезубов // СПб., Спец Лит. - 2001. -480с.
2. Лебеденко, И. Ю. Руководства к практическим занятиям по ортопедической стоматологии / И.Ю. Лебеденко. - М., 2007. - 512 с.
3. Абулмасов, М. Г. Ортопедическая стоматология / М.Г. Абулмасов. - М., 2013. - 563с.
4. Аратюнина С.Д. Ошибки на этапах изготовления полных съёмных протезов / С.Д. Аратюнина // Практическая стоматология. –М., 2014. - 36с.

Зарипов А.Р., Хамидов А.И., Зарипов Дж.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Актуальность. В ходе эпидемиологического стоматологического обследования прикрепленного контингента выявлено, что доля протезов, не отвечающих критериям качества, составляет 3,4%. В 48,5% случаев среди обследованных, имеющих мостовидные протезы, выбор конструкции протеза не был верным, от 19,4 до 31,3% съёмных протезов требуют замены или коррекции по причине несоответствия протезному ложу [1]. Наименьшую степень надежности показывают штампованно-паяные мостовидные протезы: частота осложнений при пользовании ими составляет 33,96%. Частота развития осложнений при цельнолитых конструкциях составляет 14,79%. Наиболее частым осложнением явился перелом или разрушение зубов под коронками. На втором месте - пародонтиты в области опорных зубов (4,3% от всех осложнений), причем удельный вес этих осложнений в группе цельнолитых протезов в 2 раза выше, чем в группе осложнений, связанных со штампованно-паяными протезами (8,6% и 3,7% соответственно). Пульпиты были характерными лишь для штампованно-паяных протезов и составили 4% осложнений при этих конструкциях, также, как и рецессия десны [2].

Самым распространённым нежелательным явлением среди осложнений и дефектов были поломки протезов (распайки, сколы облицовки и пр.), они составили 37,9% среди всех случаев, причем при штампованно-паяных протезах они встречались чаще - в 42,6% случаев. Особенно часто мы наблюдали такие дефекты при лечении дефекта протяжённостью более 3-х единиц. На втором месте среди дефектов - расцементировки (14,2% от всех случаев осложнений и дефектов). Особенно велика их доля среди дефектов и осложнений цельнолитых протезов - 39,1% [3,4].

Цель исследования. Оценка состояния ортопедических конструкций в зависимости от вида конструкции у лиц с наличием патологии внутренних органов и систем.

Материал и методы исследования. Проведено клинко-эпидемиологическое исследование стоматологического статуса у 206 больных, обратившихся для протезирования в УКЦ «Стоматологи» на кафедру ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Анализ истории болезни пациентов показал, что у всех их зафиксирована сопутствующая хроническая патология внутренних органов и систем. Распределение больных с соматической патологией по нозологическим формам было следующим: заболевания желудочно-кишечного тракта (гастроудоденит и гастрит установлены у 56 больных); хронические обструктивные болезни лёгких (бронхит и бронхиальная астма-у 47 больных). Сочетание различных нозологических форм наблюдалось у 44 больных: из них у 59 (60%) - сочетание заболеваний желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы.

Результаты исследования и их обобщение. Стационарные больные отбирались для обследования при скрининге по следующим критериям: возраст (старше 20 лет); включённые дефекты зубного ряда (частичная вторичная адентия); наличие несъёмного мостовидного протеза с промежуточной частью от 1 до 5 и более единиц; информированное согласие на участие в клинко-эпидемиологическом исследовании, предусматривающее согласие на интервьюирование.

Пациенты с хронической патологией внутренних органов и систем прошли комплексное клинко-лабораторное обследование. В ходе стоматологического осмотра было исследовано 315 несъёмных мостовидных протезов по параметрам функциональности, надёжности и эстетики. У больных выясняли анамнез в отношении этих конструкций, время пользования. Среди обследованных пациентов также изучались осложнения и дефекты. Под осложнениями в данном случае мы понимаем нежелательные патологические процессы, развившиеся в связи с ортопедическим лечением или вследствие пользования протезами в отдалённые сроки. Дефектами протезов считались возникшие в процессе пользования повреждения конструкций и нарушения её функционирования, обусловившие необходимость починки или переделки. Определялась необходимость лечения осложнений, коррекции протезов, их переделки либо снятия и замены другой конструкцией.

В ходе изучения стоматологического статуса у больных с наличием ортопедической конструкции и сопутствующей соматической патологией выяснилось, что сроки пользования протезами составили от 1 года до 10 лет и более. Штампованно-паяные конструкции оказались самыми распространёнными (213 несъёмных мостовидных протезов от числа всех протезов), их доля равна 91,2%. Среди протезов со сроком пользования более 5 лет они составляют 56,8% (143 протез), в категории до 5 лет - 28,6% (56 протез). 29 мостовидных протезов (15,2%) были установлены больным более чем за 10 лет до исследования.

Изложенные выше данные отражают недостаточно частое применение цельнолитых конструкций (29 несъёмных мостовидных протезов, 13,9%) в ортопедической практике из-за более высокой трудоёмкости их изготовления и более высокой цены.

Осложнения, связанные с использованием протезов, и их дефекты выявлены в 49 случаях (28,8% от числа всех протезов). На штампованно-паяные мостовидные протезы пришлось 183 (69,8%) случая осложнений и дефектов, а на цельнолитые с облицовкой или без неё - 7 (13,8%).

Частота осложнений и дефектов при штампованно-паяных протезах является определяющей для совокупной доли осложнений и дефектов при несъёмных мостовидных протезах во все сроки пользования протезами. Такие протезы дают более высокую долю осложнений и дефектов, чем цельнолитые мостовидные протезы, не только потому, что их больше среди исследованных конструкций, но и по удельному весу в соответствующей категории. Так, при сроках пользования до 5 лет частота новых случаев осложнений у больных с сопутствующей патологией с этими протезами составляет 42,2%, при сроках от 5 до 10 лет - 39,1%. Для цельнолитых конструкций эти показатели составляют соответственно 5,9 и 12,5%.

Среди нежелательных явлений самым распространённым были поломки протезов (переломы в области пайки, сколы облицовки и пр.) - 34,8%, причём при штампованно-паяных протезах они встречались чаще - в 43,1% случаев. На втором месте по частоте считается перелом или разрушение опорных зубов под коронками (29,8% случаев), что встречалось как при штампованно-паяных протезах, так и при цельнолитых. На третьем месте по частоте встречаемости оказался такой дефект, как расцементировка (12,8% от всех случаев осложнений и дефектов). Особенно велика доля расцементирования среди дефектов и осложнений при цельнолитых протезах - 41,3 %.

Другим видом осложнений при использовании несъёмных мостовидных протезов у лиц с общесоматической патологией являются пародонтиты в области опорных зубов (13,4% от общего числа осложнений), причём их удельный вес в группе цельнолитых протезов в 2 раза выше, чем в группе осложнений, связанных со штампованно-паяными протезами (7,4 и 2,9% соответственно). Пульпиты и рецессия десны были характерны лишь для штампованно-паяных протезов, на их долю пришлось 3,8% осложнений.

У больных с хроническими заболеваниями органов и систем в целом спектр осложнений и дефектов при штампованно-паяных мостовидных протезах значительно меньше, чем при цельнолитых. Наиболее частыми осложнениями, характерными для штампованно-паяных мостовидных протезов, является поломка протеза (в виде разрушения соединения «распайки» - промежуточной и опорных коронок). Стирание жевательной поверхности коронки (сквозной дефект) наблюдали только у штампованно-паяных конструкций. Также лишь в этой группе отмечались пульпиты опорных зубов и кистогранулёмы в области верхушек корней опорных зубов. На 81 случай осложнений и дефектов, которые мы наблюдали, пришлось 79 (89,8%) конструкций, подлежащих снятию.

Выводы. В результате проведения клинико-эпидемиологического исследования больных с сопутствующей патологией внутренних органов и систем выявлены не только частота встречаемости осложнений и дефектов при различных видах протезов, но и специфический спектр для каждого из них. Полученные данные способствуют обоснованному принятию ортопедических решений для устранения окклюзионных дефектов с учётом специфики существующей патологии внутренних органов и систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Олесева В.Н. Анализ дефектов первичного протезирования зубов несъёмными конструкциями в стоматологических клиниках Ростовской области и оптимизация тактики повторного протезирования / В.Н. Олесева, С.Ю. Максюков, В.Н. Калашникова // Российский стоматологический журнал. - 2009. - № 6. - С. 44-49.
2. Сабуров С.К. Результаты использования различных видов ортопедических конструкций у больных с сопутствующей соматической патологией / С.К. Сабуров // Научно- медицинский журнал «Вестник Авиценны». - 2016. - № 2. - С. 82- 86.
3. Кицул И.С. Планирование ортопедической стоматологической помощи и обеспечение её качества. / И.С. Кицул, В.Г. Галовский // - Иркутск: Изд-во ИГМУ, - 2002. - 164с.
4. Кицул И.С. Изучение потребности населения в ортопедической стоматологической помощи / И.С. Кицул // Проблемы социальной гигиены организации здравоохранения и истории медицины. - Норовльск. 2002. - 33. - С. 27-29.

Исламова Н.Б., Чакконов Ф.Х.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

СамМИ Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Одной из проблем современной клинической стоматологии является рост воспалительных заболеваний полости рта, протекающей на фоне вторичной иммунной недостаточности [3,6,8]. Внутренним фактором воздействующим на иммунный ответ является эндокринная система, которая входит в комплекс нейроэндокринной регуляции гомеостаза. Важная роль в этиопатогенезе различных стоматологических заболеваний отведена сложным многофункциональным взаимоотношениям между иммунной, нервной и эндокринными системами.

Эндокринологические аспекты стоматологических заболеваний отражены в ряде фундаментальных научных исследованиях [4,5,9], где указывается тесная взаимосвязь заболеваний систем органов рта с патологией эндокринной системы. Одним из самых распространенных заболеваний эндокринной системы является гипотиреоз. Ряд авторов

свидетельствуют о высокой распространенности хронического генерализованного пародонтита с гипотиреозом [2,4,9]. Исследованиями ряда авторов выявлена высокая заболеваемость кариесом зубов и более высокая степень прироста интенсивности кариеса у детей, проживающих в зоне йоддефицита.

Однако эти данные малочисленны и разрозненны. Комплексное и углубленное изучение влияния гипотиреоза на развитие заболеваний полости рта не проводилось.

Важным патогенетическим звеном поражения пародонта является нарушения в системе «пол-антиоксиданты». Известно, что при гиперфункции щитовидной железы увеличивается интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и его влияние на функциональное состояние пародонта [1,7,10,11]. Практически нет работ, посвященных изучению процессов в развитии заболеваний полости рта при гипофункции щитовидной железы. Одним из возможных пусковых механизмов формирования нарушений в полости рта является активация иммунной системы [2,11]. Считается доказанным участие цитокинов в развитии заболеваний пародонта. Имеются единичные работы, свидетельствующие об увеличении содержания цитокинов у пациентов с тиреотоксикозом, однако работ посвященных изучению влияния цитокинов на развитие заболеваний полости рта на фоне дисфункции щитовидной железы практически нет. В этой связи изучение процессов ПОЛ и содержания цитокинов в сыворотке крови в процессе развития заболеваний полости рта на фоне гипотиреоза представляет актуальную задачу стоматологии, решение которых позволит расширить понимание некоторых механизмов формирования поражения полости рта при дисфункции щитовидной железы, а также разработать новые эффективные методы диагностики.

Материал и методы исследования. Клинико-лабораторная часть работы основана на результатах обследования 96 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом. Из них 22 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени 42 и 32 человек соответственно сочетанной гипотиреозом. Для объективизации клинической оценки показателя, как парадонтальный индекс, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и индекс Kette. Для достоверного определения интенсивности воспалительного процесса использовали пробу Шиллера-Писарева. Для измерения глубины парадонтальных карманов также проведены рентгенологические исследования. Изучение показателей ПОЛ и антиоксидантной защиты проводилось по следующей методике: проводился забор крови из вены локтевого сгиба в пробирку с ЭДТА в конечной концентрации 1 мг/мл. В плазме крови изучалась концентрация малонового диальдегида (Л.И. Андреева 1988). Скорость каталазной реакции в сыворотке крови и эритроцитах по методу предложенной М.А. Ковровым. Для количественного определения фактора некроза опухолей альфа (ФНО- α), интерлейкина-1 (ИЛ-1 β) и интерлейкина-4 (ИЛ-4) использовали иммуноферментный метод с применением наборов фирмы «HUMAN».

Результаты исследований. В результате обследования больных гипотиреозом выявили высокую частоту генерализованного пародонтита. Преимущественно отмечали хроническое течение заболевания. У 60,1% лиц в возрасте 25-45 лет отмечали, в основном, среднюю и тяжелую форму пародонтита. У больных с гипофункцией щитовидной железы преобладала диффузная застойная гиперемия десен. Отмечается значительное отложение зубного камня, наличие парадонтальных карманов с серозно-гнойным отделяемым глубиной до 5 мм. Ведущими клиническими признаками тяжелой формы пародонтита у больных с гипотиреозом были гиперемия с выраженной отечностью, множественные парадонтальные карманы глубиной более 5-6 мм, частые рецидивы воспаления, связанные с обострением основного заболевания. Характерной особенностью течения генерализованного пародонтита у больных гипотиреозом явилось наличие некариозных поражений тканей зубов. У 12% больных генерализованным пародонтитом с гипофункцией щитовидной железы диагностировали эрозию твердых тканей зубов, у 14% клиновидные дефекты, у 10,2% патологическую стираемость зубов. Сравнительно часто у этих больных генерализованный пародонтит сочетался с кандидозом слизистой оболочки полости рта (28,2%). Характер течения и исход некариозных поражений зубов во многом определялись течением основного заболевания. Особенно неблагоприятную динамику некариозного поражения зубов отмечали при тяжелом течении генерализованного пародонтита и тяжелой степени гипотиреоза. Проведенные результаты позволяют предположить, что состояние тканей пародонта у больных во многом определяется длительностью и тяжестью гипотиреоза. Как видно из приведенных результатов обследования представленной в таблице 1, содержание продуктов ПОЛ и антиоксидантной системы изучены у 96 пациентов с ХГП на фоне гипотиреоза. 18 человек составляли пациенты с ХГП без патологии щитовидной железы (контрольная группа). Пациенты с ХГП были распределены также в зависимости от степени тяжести заболевания полости рта. Выявлено, что уровень малонового диальдегида в сыворотке крови был достоверно увеличен у пациентов с ХГП сочетанной с гипотиреозом. Изучаемый показатель в группе с ХГП и ХГПС на фоне гипотиреоза практически не различались между собой и группой контроля. Данные антиокислительной активности сыворотки крови у больных гипотиреозом также достоверно не отличались в группе больных с легкой и средней степенью ХГП, тогда как у больных с тяжелой степенью ХГП отмечено достоверное ($P<0,05$) снижение общей антиокислительной активности крови при сравнении с группой контроля. Своеобразная динамика отмечена в активности каталазы сыворотки крови у обследуемых больных. Так, при тяжелой форме ХГП сочетанной гипотиреозом наблюдается достоверное повышение активности каталазы сыворотки крови ($P<0,05$). Тогда как, в эритроцитах крови отмечена иная динамика, т.е. достоверное снижение активности каталазы на 15% при средней степени ХГП, при тяжелой степени ХГП на 20%, при сравнении с группой контроля ($P<0,05$). Таким образом, у лиц с дисфункциями щитовидной железы выявлено существенное увеличение продуктов ПОЛ в сыворотке крови наряду со снижением ее антиокислительной активности, особенно тяжелой формой ХГП. При проведении иммуноферментного анализа у больных с ХГП различной степени тяжести на фоне гипотиреоза выявлены статистически значимые сдвиги в цитокиновом статусе. Наибольшее содержание изучаемых цитокинов в сыворотке крови зафиксировано у больных со средней и тяжелой степенью ХГП. Таку больных с ХГП средней тяжести сочетанной с гипотиреозом уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови возраста в 1,6 раза ($P<0,05$), а при ХГП тяжелой степени в 1,9 раза ($P<0,05$), по сравнению с

группой контроля. Содержание ИЛ-4 в сыворотки крови больных с ХГП осложненной гипотиреозом также увеличилась, при средней степени в 1,5 раза и при тяжелой в 1,7 раза ($P<0,05$) по сравнению группой контроля. Подобная закономерность изменений отмечена и при изучении уровня ФНО- α в сыворотке крови исследуемых больных. Содержание данного цитокина у лиц с ХГПС, осложненной гипотиреозом была выше контрольных величин в 1,5 раза, у лиц с ХГПТ в 2 раза ($P<0,05$). Таким образом, у пациентов с ХГП различной степени тяжести сочетанной с гипотиреозом отмечается активация иммунной системы, что вероятно имеет патогенетическое значение в развитии основного заболевания.

Выводы. Воспалительные заболевания пародонтальных тканей у больных с гипотиреозом носят преимущественно хронический генерализованный характер и отличаются высокой активностью воспалительного деструктивного процесса в области зубодесневого соединения. Установлено, что значительная активация процессов ПОЛ и снижение антиокислительной защиты отмечено у больных с ХГП тяжелой степени на фоне гипофункции щитовидной железы. Показано, что при дисфункции щитовидной железы происходит выраженная активация иммунной системы, проявляющаяся увеличением уровня цитокинов в сыворотке крови. Наиболее высокие концентрации ФНО α , ИЛ-1 и ИЛ-4 выявлены у пациентов со средней степенью ХГП с гипофункцией щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А.. Модификация метода определения перекиси липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой. // Лаб. дело.- 1988.-№11.- С. 41-43.
2. Алексеев С.А. «Патогенетическое значение изменений процессов ПОЛ и уровня цитокинов крови в формировании острого алкогольного поражения сердца» - Чита, 2004. С.22.
3. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей /: Медицинское информационное агентство, 2004. - 320 с.
4. Касаткина, Э.П. Йододефицитные заболевания у детей и подростков / Э.П. Касаткина // Лечащий врач.-2000.-№10. С.18-21.
5. Козлов В.А. Некоторые аспекты проблемы цитокинов /В.А. Козлов //Цитокины и воспаление. 2002.-Т.1,№1.-С.5-8.
6. Махмудов Т.Г. Частота заболеваний пародонта и биохимические показатели смешанной слюны у больных диффузным токсическим зобом. Пародонтология 2009 г. №2, С.11-13
7. Оганян А.В. Остеопороз челюстных костей при экспериментальном гипотиреозе. 2007 г., С. 192-194.
8. Петрович Ю.А., Пузин М.Н., Сухова Т.В. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная защита смешанной слюны и крови при хроническом генерализованном пародонтите // Российский стоматологический журнал. 2000.- №3.- С.11 -13.
- 9.Похминцева Л.В. и др. Функциональная активность нейтрофилов у крыс с воспалительным процессом в пародонте на фоне пониженной функции щитовидной железы // Стоматология. - 2009. - Т. 88, № 2. - С. 4-7.
- 10.Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, et al. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. Eur J Oral Sci. 1995;103:405–12.,
- 11.Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. Int J Paediatr Dent Br Paedod Soc Int Assoc Dent Child. 2007;17:391–406
- 12.Marzo G, Campanella V, Albani F, Gallusi G. Psychological aspects in paediatric dentistry: parental presence. Eur J Paediatr Dent. 2003;4(4):177-180
- 13.Nuttall NM, Gilbert A, Morris J. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. J Dent. 2008;36:857–60,
- 14.Olumide F, Newton JT, Dunne S, Gilbert DB. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. Int J Paediatr Dent. 2009;19:338–42
- 15.Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. Behav Res Ther. 2000;38:31–46

Каримов С.М., Шокиров М.К., Муллоджанов Г.Э.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЭМАЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕ-СОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ

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

Кафедра челюстно-лицевая хирургия ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Доказано, что немаловажную роль в реализации кариеса играет мера резистентности тканей зубов к агрессивным факторам полости рта, совокупность которых нередко трактуется как кариесогенная ситуация [1, 2, 5]. Резистентность зубов к кариесу связана с морфологическим строением эмали, изменением её основных свойств в виде кислотоустойчивости, проницаемости и микротвёрдости, большое значение имеет форма и рельеф зубов, величина межзубных промежутков [3, 4].

Цель исследования. Оценить взаимодетерминированность уровня эмалевой резистентности и интенсивности кариеса зубов у лётного состава гражданской авиации.

Материал и методы исследования. У лётного состава уровень структурно-функциональной резистентности эмали к кариесу определяли по методике, предложенный В.Б. Недосеко. Уровень резистентности зубов к кариесу оценивали с учётом интенсивности поражения отдельных функционально-ориентированных групп зубов и степени окрашивания протравленного участка эмали.

С целью определения реальной значимости этого фактора провели исследования у 45 работников лётного состава гражданской авиации в возрасте от 30 до 50 лет на 136 зубах с высоким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали (33), при среднем (36), низком (34) и очень низком (33) уровне исследуемого показателя.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных свидетельствует о значительных изменениях структурно-функциональной резистентности эмали в зависимости от уровня интенсивности поражения зубов кариесом у лётного состава. Так, самый высокий уровень резистентности эмали (соответственно $1,12 \pm 0,09$ и $1,47 \pm 0,11$ балла) выявлен в возрасте 20-29 и 30-39 лет, у которых ни один из зубов не был вовлечён в кариозный процесс. Значение структурно-функциональной резистентности эмали при отсутствии кариозного поражения среди обследованных лиц 40-49 лет в среднем составило $2,80 \pm 0,31$ балла.

Изучение исходного значения структурно-функциональной резистентности эмали среди обследованных лиц с компенсированным стоматологическим статусом показало следующие данные. В возрастной группе 20-29 лет уровень ее колебания составил от $2,72 \pm 0,16$ до $3,40 \pm 0,23$ баллов, составляя в среднем $3,10 \pm 0,17$ балла, в возрасте 30-39 лет - от $3,34 \pm 0,14$ до $3,77 \pm 0,28$ баллов, составляя в среднем $3,52 \pm 0,22$ балла, в возрасте 40-49 лет - от $4,05 \pm 0,34$ балла до $4,61 \pm 0,51$ баллов, в среднем $4,35 \pm 0,42$ балла.

При субкомпенсированном уровне стоматологического статуса у работников лётного состава гражданской авиации г. Душанбе значение структурно-функциональной резистентности эмали в возрасте 20-29 лет варьировалось от $4,41 \pm 0,63$ балла до $4,69 \pm 0,75$ баллов, составляя в среднем $4,55 \pm 0,66$, в то же время в возрасте 30-39 лет колебание составило от $5,22 \pm 0,47$ балла до $5,41 \pm 0,69$ баллов, составляя в среднем $5,33 \pm 0,58$ балла, в группе 40-49 лет - соответственно в пределах $5,80 \pm 0,61$ – $6,12 \pm 0,79$, составляя в среднем $5,94 \pm 0,68$ балла. Полученные цифры свидетельствуют о наличии тенденции к увеличению значения резистентности эмали в зависимости от возраста обследованного контингента лётного состава гражданской авиации.

Наиболее низкий показатель структурно-функциональной резистентности эмали отмечается при декомпенсированном уровне стоматологического статуса во всех обследованных возрастных группах у работников лётного состава гражданской авиации. В возрасте 20-29 и 30-39 лет средний уровень исследуемого показателя составил соответственно $7,69 \pm 0,73$ и $8,43 \pm 0,82$ балла при его колебаниях от $7,54 \pm 0,61$, $8,31 \pm 0,74$ до $7,80 \pm 0,85$, $8,54 \pm 0,90$ баллов интенсивности окраски. Очень низкий уровень структурно-функциональной резистентности эмали характеризует более старшую из представленных возрастных групп авиационных работников. Так, в 40-49 лет средний показатель интенсивности окраски эмали зуба составил $10,10 \pm 1,15$ балла.

Наши расчеты показали, что при низком уровне интенсивности кариозного поражения ($KPU_3 = 4-7$) средний уровень структурно-функциональной резистентности эмали оказался на 41,3% больше, чем у лиц со средним уровне интенсивного показателя кариозного поражения ($KPU_3 = 1-3$). Вместе с тем интенсивность окраски эмали зуба среди обследованных при высоком уровне интенсивности кариеса ($KPU_3 = 8$ и $>$) увеличилась на 51,8% по сравнению с авиационными работниками со средним ($KPU_3 = 4-7$) уровне интенсивности кариеса.

Выводы.

У лётного состава гражданской авиации коэффициент корреляции структурно-функциональной резистентности эмали с интенсивностью кариеса был значительным.

Имеется четкая обратная зависимость уровня интенсивности кариеса от показателя структурно-функциональной резистентности эмалевого органа и естественная кариесрезистентность эмали зубов у авиационного контингента определяется преимущественно функциональными свойствами эмали, которые зависят от способности пульпы адекватно реагировать на деминерализующие факторы.

Представленные материалы предопределяют необходимость дифференцированного подхода к вопросам организации и планирования стоматологической помощи с учетом выявленного уровня прироста кариеса зубов в зависимости от структурно-функциональной резистентности эмали среди обследованного контингента лётного состава.

Список литературы

1. Булкина, Н.В. Ультрамикроскопическое исследование процессов деминерализации и реминерализации эмали зубов / Н.В. Булкина, Е.А. Пудовкина, А.М. Захаревич // Стоматология. -2012. -№ 3. -С. 11-14.
2. Иванова, Г.Г. Изучение резистентности зубов к кариесу по электропроводности твердых тканей зубов / Г.Г. Иванова, В.К. Леонтьев // Институт стоматологии. -2012. -№ 1. -С. 68-69.
3. Edgar, M. Saliva and oral health; 3rd ed. London / M. Edgar, C.O. Dawes, D. O'Mullane // British Dental Association. - 2014. -326 p.
4. Arends, J. Average mineral loss in dental enamel during demineralization / J. Arends, T. Dijkman, J. Christoferssen // Caries Res. - 2017. -Vol. 21. -P. 249-254.
5. Larsen, M.J. The hydroxiapatite solubility product of human dental enamel as a function of pH in the range 4.6-7.6 et 20 degrees C / M.J. Larsen, S.J. Jensen // Arch Oral Biol. - 2019. -Vol. 34. -P. 957-961.

¹Косимов М.М., ²Вохидов А., ¹Юсупов З.Я.

ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Душанбе, Таджикистан;

²ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность.

Врожденные пороки развития (ВПР) составляют одну из самых актуальных медицинских и социальных проблем в связи с их высокой частотой и тяжестью. Врожденные деформации челюстно-лицевой области занимают второе место среди всех пороков развития человека. По данным ВОЗ распространенность врожденных пороков развития челюстно-лицевой области в мире составляет в среднем 1 на 600 новорожденных. В последнее время наблюдается тенденция неуклонного роста частоты их возникновения, причем в последние годы среди указанных пороков возрастает

доля расщелин неба, то есть более тяжелой патологии [1].

Тяжелые врожденные пороки развития челюстно-лицевой области у детей являются не только медицинской, но и социальной проблемой, что требует комплекса мероприятий, направленных на их профилактику, а также на лечение и реабилитацию больных с этой патологией.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру врожденных пороков развития челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан

Материалы и методы исследования.

Проведен сравнительный анализ частоты врожденных пороков развития челюстно-лицевой области. Объектом исследования явилась статистическая документация о детях и плодах с ВПР челюстно-лицевой области за период 2016-2020 гг. по материалам Национального регистра врожденных пороков развития РТ. При анализе пороков развития челюстно-лицевой области особое внимание уделялось сбору анамнестических данных.

Результаты исследования и их обсуждения.

В структуре всех зарегистрированных врожденных пороков развития в Республике Таджикистан за исследуемый период было выявлено 168 случаев пороков развития челюстно-лицевой области, что составило 4,7% от всех случаев ВПР. Из них изолированные расщелины губы и неба составили 53,57%; синдром Пьера-Робена – 4,76%; случаи пороков развития челюстно-лицевой области в составе множественных пороков развития – 41,67%. Наиболее частыми сопутствующими пороками были аномалии развития ЦНС, пороки сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата.

При изучении материнского анамнеза установлено, что у 16 женщин отмечалась хроническая соматическая патология: хронический тонзиллит – 2 случая (1,19 %); хронический пиелонефрит – 14 (8,34%) женщин. У 46 (27,38%) женщин во время беременности отмечались перенесенные вирусные и бактериальные инфекции: грипп – 35 случаев (20,84 %); острый бронхит – 2 случая (1,19 %); герпетическая инфекция – 5 случаев (2,98 %). В 46,5 % случаев отмечался осложненный гинекологический и акушерский анамнез: анемия беременных отмечалась у 16 (9,52%) женщин; гипотиреоз во время беременности у 15 (8,93%) женщин; у 26 (15,48%) женщин беременность протекала на фоне кольпита. Течение беременности осложнилось многоводием у 3 (1,79%) женщин. У 18 (10,71%) женщин наблюдалась угроза прерывания беременности.

Была изучена частота встречаемости и структура пороков развития челюстно-лицевой области. Установлено, что изолированная форма врожденной расщелины губы и неба наблюдалась в (17,26%) случаев; популяционная частота – 3,2%. При изучении структуры изолированных форм врожденной расщелины губы и неба установлено, что частота встречаемости врожденной расщелины губы и неба левосторонняя была выявлена в (8,93 %) случаях с популяционной частотой 1,6%. Расщелина мягкого неба наблюдалась в (5,95%) случаях; где популяционная частота – 1,1%. Расщелина мягкого неба отмечалась в (31,55%) случаях; популяционная частота составила 5,8%. Врожденная расщелина губы и неба правосторонняя наблюдалась в (1,79%) с популяционной частотой 0,3%. Врожденная расщелина губы и неба двусторонняя была выявлена у новорожденных (6,55%); популяционная частота 1,2%. Полная расщелина верхней губы и неба встречалась в (1,19%) случаях; популяционная частота – 0,2%. Срединная расщелина губы и неба наблюдалась в (1,79 %) случаях с популяционной частотой 0,3%. Врожденная расщелина губы и неба односторонняя наблюдалась в (6,55 %) случаях с популяционной частотой 1,2%. Расщелина мягкого и твердого неба наблюдалась в случаях (11,31%) с популяционной частотой 2,1%. Правосторонняя расщелина верхней губы, неба и альвеолярного отростка наблюдалась в случаях (7,14%) с популяционной частотой 1,3%.

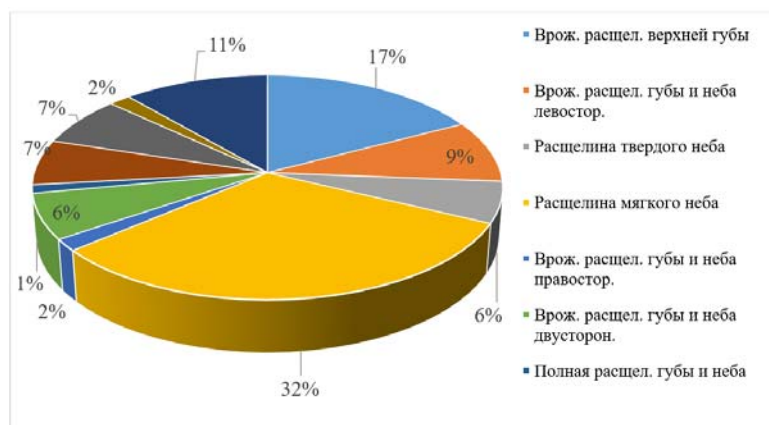


Рисунок 1 Частота встречаемости изолированной формы врожденной расщелины губы и неба

При изучении частоты встречаемости пороков развития челюстно-лицевой области в составе множественных пороков установлено, что данная патология отмечалась в 41,67% случаев. В составе множественных пороков наиболее часто встречались врожденная расщелина мягкого неба (23,21%) и врожденная расщелина верхней губы (17,85%). Наиболее редко встречаемой патологией в составе множественных пороков развития является срединная расщелина губы и неба (0,59%).

Нами была проведена оценка эффективности перинатальной диагностики путем подсчета прерванных по генетическим показателям беременностей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области в городе Душанбе за период 2016-2020 гг. Средняя эффективность перинатальной диагностики аномалий челюстно-лицевой области за исследуемый период составила 33,75%.

В результате анализа данных извещений о выявлении врожденной расщелины губы и неба у плода населения

города Душанбе за период 2016-2020 гг. было установлено, что 63,69 % случаев врожденных пороков развития челюстно-лицевой области были выявлены в раннем гестационном периоде (1 – триместр 45,23 %, 2 – триместр 18,45%).

Проведя оценку эффективности перинатальной диагностики путем подсчета прерванных по генетическим показаниям беременностей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области за период 2016-2020 гг. выявлено, что средняя эффективность перинатальной диагностики аномалий челюстно-лицевой области за исследуемый период составила 33,75%. В результате анализа данных извещений о выявлении врожденной расщелины губы и неба у плода за период 2016-2020 гг. было установлено, что 63,69% случаев врожденных пороков развития челюстно-лицевой области были выявлены в раннем гестационном периоде (1 – триместр 45,23%, 2 – триместр 18,45%).

Выводы.

1. При изучении потенциальных факторов риска установлено, что у большинства женщин беременность протекала на фоне осложненного соматического и гинекологического анамнеза.
2. При анализе структуры врожденных пороков челюстно-лицевой области установлено, что изолированная форма порока встречались в 53,57%; множественные пороки развития – 41,67% случаев.
3. В 63,69 % случаев врожденных пороков развития челюстно-лицевой области были выявлены в раннем гестационном периоде (1 – триместр 45,23%, 2 – триместр 18,45 %), что свидетельствует об эффективности перинатальной диагностики.

Список литературы.

1. Инояттов, А. Ш. Изучение факторов риска рождения детей с пороками челюстно-лицевой области / А. Ш. Инояттов, Б. Р. Содиков, М. А. Саидова // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2016. – №2. – С. 32–37.
2. Кабанова, А. А. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология: карман. справ. / А. А. Кабанова. – Москва: Медицинская литература, 2015. – 156 с.
3. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов: учебное пособие / Л. В. Акуленко [и др.]; под ред. О. О. Янушевича – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 400 с.
4. Мещерякова, Т. И. Анализ генетических причин развития врожденной расщелины губы и/или неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.02.07 / Т. И. Мещерякова; ФГБНУ «МГНЦ». – Москва, 2015. – 24 с
5. Токарев П.В., Шулаев А.В., Плаксина Л.В., Марапов Д.И. Распространенность врожденных расщелин губы и/или неба в Республике Татарстан. / П.В. Токарев, А.В.Шулаев, Л.В.Плаксина, Д.И. Марапов //Практическая медицина. – 2015. –№2. – С.101-103.

Курбонова А.Л., Ёраков Ф.М., Давлатмуродзода Г.Д.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЯМОЙ КОМПОЗИТНОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛЕНИЯ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. На стоматологическом рынке существует огромное количество адгезивных систем, которые ставят врача в затруднительное положение при выборе адгезивной системы для своей работы. В стоматологической практике существуют 8 поколений адгезивных систем.

В данной статье рассмотрены особенности адгезивной системы четвертого поколения, что является золотым стандартом в стоматологии, действие указанной системы основано на удалении «смазанного слоя». Эта система имеет высокую силу адгезии при влажном и сухом дентине, исключая появление постоперационной чувствительности.

Лечение кариеса зубов остается актуальным вопросом, что подтверждается широким спектром материалов и методик, используемых в повседневной стоматологической практике для восстановления формы и функции зуба. С целью восстановления применяются светоотверждаемые композиционные материалы, что без адгезивной системы композитный материал не применяется.

Примером адгезивной системы 4 поколения является OptibondFL (Kerr). Считается, что OptibondFL (Kerr)обеспечивает самую высокую адгезию композита к эмали и дентину. «OptibondFL» – двухкомпонентная адгезивная система тотального протравливания, включающая3 компонента (протравливающий гель, праймер, адгезив), с помощью которой достигается сцепление материала с поверхностью зуба.

Адгезив (англ. Adhesive) означает «клеящее вещество» Основным критерием эффективного лечения является адгезионная прочность материалов. В настоящее время качественная фиксация материалов достигнута адгезивной системой. Обеспечение герметичности на границе композитного пломбировочного материала с дентином является важнейшим условием создания долговечной реставрации.Роль дентинной адгезии заключается не столько в обеспечении ретенции пломбы, столько в профилактике инфицирования дентина и пульпы, иразвития постоперационной чувствительности.

OptibondFL состоит их трех последовательных этапов:

1. Протравливание твердых тканей зуба
2. Нанесение праймера
3. Нанесение адгезива

Применение OptibondFL предусматривает технику тотального протравливания. Для протравливания используют гели с содержанием ортофосфорной кислоты (30-37%). При протравливании дентина происходит раскрытие дентинных канальцев за счет растворения деминерализованного дентина и удаления «смазанного слоя», создания микро рельефа на поверхности эмали, дентина и цемента, что способствует проникновению компонентов адгезивной системы в твердых тканях зуба и формированию полноценного «гибридного слоя».

«Смазанный» слой – слой на поверхности дентина, который образуется в результате препарирования и содержит

в своем составе денатурированные коллагеновые волокна, обломки кристаллов гидроксиапатита и дентинных трубочек, компоненты ротовой жидкости, микроорганизмы.

«Гибридный» слой – структура, образованной коллагеновыми волокнами, и образует микрорельеф дентина. Формирование гибридного слоя обеспечивается структурами интертубулярного дентина, а в глубоких кариозных полостях сцепление с дентином обеспечивается отростками смолы в дентинных трубочках.

Праймер (кондиционер для дентина) – смесь гидрофильных мономеров, которые проникают во влажный дентин, пропитывая его и образуя гибридный слой. Вносится в полость при помощи аппликатора. Он должен воздействовать на дентин 30 секунд. Не рекомендуется с усилием «втирать» праймер в поверхность эмали, поскольку это может стать причиной повреждения «рисунка травления». После этого потоком сжатого воздуха необходимо осторожно удалить излишки растворителя. Следует обратить внимание на то, что праймер не полимеризуется.

Адгезив – гидрофобные метакрилаты, обеспечивающие связь композита с гибридным слоем и эмалью зуба. Адгезив наносится при помощи кисточки. Проникновение адгезива в слои деминерализованного дентина, обработанные праймером, приводит к образованию гибридного слоя, а просачивание его в открытые дентинные каналы – к образованию полимерных «пробок» благодаря чему обеспечивается их герметизация.

Адгезивная система 4 поколения при проведении прямой композитной реставрации представляет практический интерес. Его можно применять в различных клинических ситуациях: при проведении прямой реставрации любых дефектов, для обработки твердых тканей зуба перед фиксацией коронок, для профилактики возникновения явлений повышенной чувствительности зубов.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность универсальной адгезивной системы OptibondFL в технике тотального протравливания при лечении кариеса дентина.

Материалы и методы исследования. На клиническую базу кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино обратились пациенты в возрасте от 25 лет до 40 лет, с жалобами на кратковременные боли от химических, термических и механических раздражителей, проходящие сразу после устранения раздражителя. После проведения диагностических методик обследования был поставлен диагноз кариес эмали, дентина, а также глубокий кариес. Проведена гигиеническая чистка пастой без фтора (CleanPolish). Обеспечили изоляцию коффердамом. Под аппликационной и мандибулярной анестезией проведено препарирование кариозных полостей под контролем кариес – маркера. На этапе лечения была использована адгезивная система 4 поколения «OptibondFL». В качестве композитного материала использованы CharizmaClassik, Filtek 750, Herculite. Согласно инструкции производителя по применению OptibondFL проведена адгезивная подготовка с медикаментозной обработкой полости хлоргексидином 2% в течение 60 сек. и промокнули излишки хлоргексидина. Далее на всю открытую поверхность дентина наносили протравочный гель «GelEtchant» на основе 37% ортофосфорной кислоты. Протравили эмаль в течение 30 сек., а дентин в течение 15 сек и тщательно промыли в полном удалении протравляющего геля. Учитывая технику влажного дентина слегка высушили полость, не пересушивая дентин. После кислотного протравливания с помощью аппликатора наносили одну каплю праймера на поверхность эмали и дентина легкими втирающими движениями в течение 15 сек, потоком сжатого воздуха осторожно удалили излишки растворителя не пересушивая дентин. Обращаем внимание на то, что праймер не полимеризуется. Встряхнули бутылочку с адгезивом OptibondFL кисточкой на протравленные и обработанные праймером поверхности эмали и дентина наносили адгезив легкими втирающими движениями в течение 15 сек. и излишки адгезива раздули слабой струей воздуха, далее полимеризовали в течение 20 сек.

Преимущества адгезивной системы 4 поколения заключается в обеспечении наибольшей силы адгезии композита к эмали и дентину. Является «золотым стандартом» среди всех стоматологических адгезивов.

Результаты исследования. Полученные результаты указывают на отсутствие постоперационной чувствительности. В период всех контрольных точек нарушения краевого прилегания при проведении рентгенографии и флуоресцентной диагностики не выявлено. При лечении кариеса адгезивная система «OptibondFL» показала высокую клиническую эффективность. Хорошая краевая адаптация была отмечена во все контрольные сроки наблюдения.

Пересушивание поверхности дентина приводит к коллапсу коллагеновых волокон и значительно ухудшает качество адгезии пломбировочного материала. Поверхность дентина обеспечивается при использовании «влажного бондинга» за счет глубокой инфильтрации компонентов адгезивов в структуры дентина и высокой однородности гибридного слоя. Основной целью применения дентинного адгезива является обеспечение герметичности на границе пломбы с дентином, предупреждение микро- и нано-подтеканий, защита дентина и пульпы от микробной инвазии.

Выводы.

В последнее время использовали адгезивные системы 1, 2 и 3 поколения не используются, так как пациенты после их применения жаловались на повышенную чувствительность и болтание пломбы. Наиболее востребована в стоматологической практике адгезивная система четвертого поколения, что гарантируют высокую адгезию.

Список литературы:

1. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология – СПб, 2019
2. Крихели Н.И., Бычкова М.Н., Саврасова Е.В. Адгезивные системы: от техники тотального протравливания к универсальным адгезивам (обзор). — *Клиническая стоматология*. — 2022;
3. Удод А.А., Сагунова К.И. Адгезивные системы в реставрационной стоматологии: эволюция и перспективы. — *Вестник проблем биологии и медицины*. — 2014
4. Крихели Н.И., Бычкова М.Н., Саврасова Е.В. Использование универсальной адгезивной системы при проведении прямой композитной реставрации. — *Российская стоматология*. — 2021

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНДРОМА ПСИХОСЕН- СОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ К ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург

Представлен опыт использования системного подхода с использованием синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации к исследованию пациентов с злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации. Показана необходимость и важность использования такого подхода при лечении и реабилитации онкологических больных, так как психотерапевтическая поддержка позволяет корректировать представления пациента о природе заболевания, позволяет изменить отношение к болезни и боли и контролировать психоэмоциональный статус.

Цель работы. Изучение опыта использования системного подхода к исследованию больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области с использованием синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной аутодеадаптации.

Материал и методы исследования. В качестве объектов исследования было выбрано 110 пациентов (34 мужчин и 76 женщин). Средний возраст составил 67 лет. Место проведения исследования: ГАУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер». Начальный этап исследования предполагал применение системного подхода и установления доверительного контакта между пациентами и лечащим врачом. Результаты исследования оценивались по заполняемому пациентами листу доверительных отношений.

Результаты. У пациентов с диагнозом рак кожи или меланома до операции преобладают анатомический кластер (наличие опухоли). После операции преобладает психологический кластер (принятие новой внешности). Таким пациентам необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачом-психологом. У пациентов с диагнозом рак дна полости рта и языка до операции преобладают функциональный и анатомический кластеры (наличие опухоли, нарушение функций жевания, экскурсия языка). После операции преобладают функциональный и анатомический кластеры, но в меньшей степени (адаптация к изменениям функции и анатомии). Необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачами-стоматологами различных специальностей. У пациентов с диагнозом рак подчелюстной слюнной железы до операции преобладает социальный кластер (беспокойство о состоянии семьи и их отношение к заболеванию), после операции преобладают социальный и анатомический кластеры (косметический дефект и отношение родственников к заболеванию). Необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачом-психологом. У пациентов с диагнозом рак околоушной слюнной железы до операции преобладают функциональный кластер (нарушение мимики лица, болевой синдром). После операции преобладают функциональный и психологический кластеры (паралич лицевого нерва или отдельных его ветвей, снижение самооценки). Необходима реабилитация совместно с челюстно-лицевым хирургом, врачом-психологом. У пациентов с диагнозом рак верхней челюсти до операции преобладает функциональный кластер (нарушение функции жевания), после операции преобладают функциональный и анатомический кластеры, но в меньшей степени (адаптация к изменениям функции жевания и анатомический дефект). Необходима реабилитация совместно с врачом-стоматологом.



Лист добровольной доверительной информации врача

пациентом 1 вариант

Глубокоуважаемый (ая)
 Лет. М.Ж. Дата заполнения

Для уточнения диагноза напишите всё то, что Вас беспокоит, тревожит, страшит и не позволяет Вам чувствовать себя **ЗДОРОВЫМ, УСПЕШНЫМ** человеком.
 Укажите «крестиком или галочкой» в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: **чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо, не беспокоит**.
 Если Вам трудно дать однозначную оценку, укажите «крестиком или галочкой» промежуточную клетку: **между чрезвычайно и сильно, между сильно и умеренно, между умеренно и слабо**.

ЗДОРОВЬЕ – это полное благополучие
психологическое, физическое, социально-экономическое (ВОЗ)

Что беспокоит Вас и насколько сильно?	Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо	Не беспокоит
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Баллы	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Кластер	Психологический (П)	Сенсорный (С)	Анатомический (А)	Функциональный (Ф)	Сумма баллов ПСАФ				
Баллы									

Рис. 1 Лист ДДИВ предложенный пациентам

Клиническое наблюдение

Пациент В., 74 года, клинический диагноз МКБ-10: C00 Злокачественное новообразование губы. Плоскоклеточный рак красной каймы нижней губы T3N1M0, III стадия. Результаты исследования выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации представлены в виде графиков



Рис. 2 Клиническая ситуация до операции Рис. 3 Клиническая ситуация после операции



Рис. 4 ПСАФ до операции Рис. 5 ПСАФ после операции.

Из графиков видно, что у пациента до операции преобладает функциональный и анатомический кластеры, после операции функциональный и анатомический, но в меньшей степени.

Результаты и выводы исследования. Полученные предварительные результаты свидетельствуют о необходимости разработки и апробации основных направлений и подходов к решению проблемы дезадаптации у онкологических больных, обосновывают необходимость оценивать синдром ПСАФ аутодезадаптации не только в раннем послеоперационном периоде, но и в отдаленные сроки после завершения лечения.

Список литературы:

1. Соловьев, М. М. Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и ЛОР-органов / М. М. Соловьев // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2013. – Т. 19. – № 1. – С. 25-28. – EDN RTYNSD.
2. Системный биопсихосоциальный подход к обследованию и лечению больных челюстно-лицевой патологией с использованием данных экспресс-диагностики ПСАФСэ аутодезадаптации / М. М. Профессор Соловьев, А. И. Яременко, А. П. Григорьянц [и др.] // *Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. – 2019. – Т. 16. – № 4. – С. 14-22. – EDN DWGOEF.
3. Клинический опыт использования синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации в стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Стоматологический научно-образовательный журнал*. – 2018. – №3/4- С.2-10.
4. Матчин А.А. Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в онкостоматологии / А.А. Матчин, Л.А.Шупляк // *Оренбургский медицинский вестник* / - 2020. - №1(29). –С.39-46.
5. Опыт применения экспресс-диагностики психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации на пародонтологическом приеме / М.М. Соловьев [и др.] // *Пародонтология*. – 2019. - №24(4). –С.365-371. DOI: 10.33925/1683-3759-2019-24-4-365-371

Матчин А.А.¹, Носов Е.В.¹, Клевцов Г.В.²

ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА

¹ Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «ОрГМУ», Россия

² Кафедра «Нанотехнологии, материаловедение и механика» ФГБОУ ВО «ТГУ», Россия

Актуальность

Титан и его сплавы являются наиболее широко используемыми материалами при изготовлении различных медицинских изделий, применяемых в травматологии, хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии [1-3]. В последние годы для изготовления подобных изделий стал использоваться новый класс наноструктурированных металлических материалов с ультрамелкозернистой (УМЗ) структурой, полученных методами интенсивной пластической деформации (ИПД), в частности, методом равноканального углового прессования (РКУП). Это обусловлено их хорошей биосовместимостью, высокой коррозионной стойкостью, прочностью.

Создание УМЗ структуры с размером зерен на нано- или субмикронном уровне резко повышает прочностные свойства титана. Так, в технически чистом титане Grade 4 формирование структуры с размером зерен около 100 нм позволяет повысить прочность и усталостную долговечность более чем в 2 раза. Данные механические параметры выше, чем у большинства легированных технических сплавов. Использование непрерывного процесса РКУП позволяет получать длинномерные прутки, проволоку и ленты из данного материала. Это дает возможность изготовления из них медицинские изделия улучшенной конструкции [4, 5].

Цель исследования – оценить остеointеграционный и клинический потенциал наноструктурированных УМЗ титановых изделий, применяемых в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии по результатам *in vitro* и *in vivo* исследований. Проведены испытания пластин и винтов из УМЗ титана в сравнении с аналогичными изделиями заводского изготовления. Дополнительно проведены экспериментальные исследования на 54 половозрелых кроликах самцах породы Шиншилла массой 2,5-3 кг. Содержание, кормление, уход за животными и выведение их из эксперимента осуществляли в соответствии со строгим соблюдением принципов, изложенных в Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других целей (г. Страсбург, Франция, 1986) и согласно Правилам надлежащей лабораторной практики Российской Федерации (приказ МЗ РФ N199н от 1.04.2016 г.).

Материалы и методы

Объектами исследования являлись пластины и винты для челюстно-лицевой хирургии из нанотитана в сравнении со стандартными аналогичными изделиями фирмы ООО «Конмет».

Для изготовления пластин и винтов для закрепления экспериментальных переломов нижней челюсти использовали прутки-полуфабрикаты из технически чистого титана марки Grade 4, полученные путем равноканального углового прессования по схеме «Конформ» и последующего волочения [4].

Из прутков были изготовлены нанотитановые пластины и винты аналогичные изделиям производства ООО «Конмет». Внешний вид готовых изделий представлен на рисунке 1 а, б. Толщина мини-пластин и диаметр мини-винтов, изготовленных из высокопрочного нанотитана несколько меньше, чем у фабричных изделий. Данные медицинские изделия были изготовлены механической обработкой на станках с ЧПУ, дополнительно пластины из нанотитана были подвергнуты механической полировке. Фабричные изделия компании «Конмет» изготовлены из медицинского сплава Ti-5.4%Al-6.1%Nb с использованием биопокрытия, нанесенного методом плазменного электролитического оксидирования (ПЭО).



Рис. 1. Внешний вид пластин (а) и винтов (б) из нанотитана

Оценка поверхности сравниваемых заводских и опытных образцов проводилась на основании анализа их микрорельефа и топографии поверхности, а также химического анализа материала, из которого они были изготовлены.

Микрорельеф поверхности оценивался с помощью растрового электронного микроскопа (РЭМ) JEOL JSM-6490LV. Топография поверхности изучалась с помощью сканирующего зондового микроскопа (СЗМ) NT-MDT Integra Prima. Состав материала был определен с помощью рентгеновского микроанализатора INCA-Energy, которым оснащен РЭМ.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов РЭМ исследований показали, что на поверхности пластин, изготовленных из нанотитана с использованием механической полировки, наблюдаются отдельные риски, не имеющие преимущественной ориентации. Ширина рисок варьируется в диапазоне от 1 до 5 мкм, а протяженность в ряде из них достигает 1 мм. Пластины компании ООО «Конмет» имеют более развитую поверхность с равномерным распределением ямок со средним размером $3,4 \pm 0,8$ мкм, что типично для ПЭО покрытий. Об этом свидетельствует микрорентгеноспектральный анализ, с помощью которого выявлено на поверхности данных пластин повышенное содержание кислорода (21,43 %) как следствие окисления ее поверхности.

Исследования топографии поверхности с помощью зондовой микроскопии (рис. 2), с определением параметров шероховатости показали, что у пластин заводского изготовления параметр R_a составляет 120 ± 25 нм, что примерно в 5 раз больше, чем у пластин из нанотитана ($R_a = 25 \pm 5$ нм). Аналогичная тенденция прослеживается и при оценке остальных параметров шероховатости.

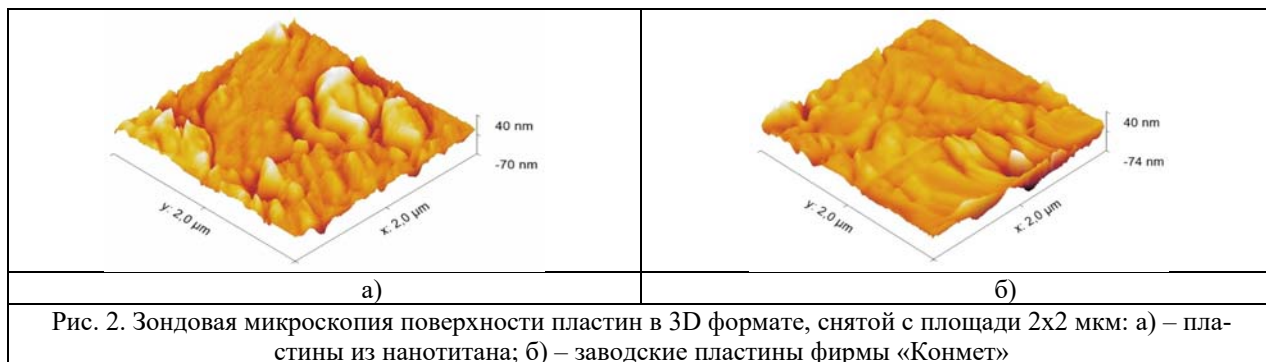


Рис. 2. Зондовая микроскопия поверхности пластин в 3D формате, снятой с площади 2х2 мкм: а) – пластины из нанотитана; б) – заводские пластины фирмы «Конмет»

Параметры шероховатости поверхности винтов определяли между витками. Среднее арифметическое отклонение профиля Ra винтов компании ООО «Конмет» и винтов из нанотитана относительно схожи и составляют 70 ± 20 нм и 60 ± 10 нм соответственно. Среднеквадратичная шероховатость Rq также находится на близком уровне: 95 ± 20 и 80 ± 15 нм. Другие параметры шероховатости винтов компании ООО «Конмет» заметно выше, чем винтов из нанотитана.

Полученные нами результаты *in vivo* исследований, а также светооптических и иммуногистохимических исследований, морфометрии и рентгенологических методов позволили прийти к выводу о целесообразности использования конструкций из наноструктурированного УМЗ титана в сравнении со стандартными изделиями. Показано, что наноструктурированный титан более существенно способствует оптимизации репаративных процессов в зоне экспериментального перелома. Выявлен более высокий остеointеграционный потенциал имплантатов, изготовленных из нанотитана, за счёт улучшения свойств их поверхности в сравнении с аналогичными стандартными изделиями.

Таким образом, полученные данные позволяют прийти к заключению, что закрепление переломов мини-пластинами и мини-винтами из УМЗ титана марки Grade-4 оказывает оптимизирующее влияние на репаративный остеогенез в процессе консолидации переломов. Механизм этого влияния, вероятно, определяется наличием ряда остеointеграционных свойств УМЗ титана и требует проведения дальнейших исследований. Эти морфологические данные следует учитывать при прогнозировании клинического течения переломов костей лицевого скелета, скрепленных мини-пластинами. По нашему мнению, широкое применение УМЗ титана в клинике может привести к уменьшению количества инфекционных гнойно-воспалительных осложнений, связанных с дезинтеграцией титановых конструкций, асептического и септического характера, сокращению сроков реабилитации больных.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ (междисциплинарный проект № 20-69-47059).

Литература

1. Иммуногистохимическая характеристика репаративных процессов в зоне экспериментального перелома нижней челюсти / А.А. Матчин, А.А. Стадников, Е.В. Носов [и др.] // Сб. трудов Национального конгресса с международным участием «Паринские чтения 2022» (Минск, 5–6 мая 2022 г.). Минск: Изд. центр БГУ. - 2022. – С. 473-479.
2. Влияние наноструктурирования титана на механические свойства медицинских изделий / М.Н. Тюрков, Г.В. Клевцов, Р.З. Валиев [и др.] // Физическое материаловедение: XI Международная школа, Тольятти 11–15 сентября 2023 года: сб. материалов. – 2023. – С. 108-109.
3. F.G. Froes, M. Qian, Titanium in Medical and Dental Applications (Woodhead Publishing, Duxford, UK, 2018), 610 p.
4. R.Z. Valiev, I. Sabirov, E.G. Zemtsova et al., in “Titanium in Medical and Dental Applications” (Ed. by F.H. Froes. M. Qian, Woodhead Publishing, Duxford, UK, 2018), pp. 393-418.
5. R.Z. Valiev, A.P. Zhilyaev, T.G. Langdon, Bulk Nanostructured Materials: Fundamentals and Applications, 2014, John Wiley and Sons, Inc. 456 p.

Махмудов М.М., Рахимов А.А., Кувватова М.Х.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОКОЛОЗУБНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕНТАЛЬНЫХ СУПРАКОНСТРУКЦИОННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Вопросы, связанные с профилактикой развития воспалительных осложнений в тканевом комплексе периимплантатных зон, остаются актуальными (1,4). Для обеспечения долговременного функционирования в полости рта протезных конструкций, опирающихся на дентальные имплантаты, необходим регулярный и своевременный гигиенический контроль состояния околоимплантатных тканей (2, 3).

Цель работы. Изучение гигиенического состояния полости рта после установления дентальных имплантатов.

Материал и методы исследования. На зубное протезирование с использованием ранее остеointегрированных дентальных имплантатов были приняты больные с концевыми и включенными окклюзионными дефектами. В зависимости от вида дефектов зубных рядов выделены следующие группы: концевые дефекты на верхней челюсти – 4 больных, нижней – 14; включенные дефекты на верхней челюсти – 3 больных, нижней – 7. Полученные материалы показали, что в 64,3% случаев пациенты были с концевыми дефектами от общего количества обследованных, среди которых 22,2% обследованных с концевыми дефектами верхней челюсти и 77,8% - с концевыми дефектами нижней челюсти. Аналогичные цифровые значения для пациентов с включенными дефектами составили соответственно 35,7%, 30,0% и 70,0%.

Из общего числа обследованных у 21% протезирование дефектов зубных рядов проведено впервые, остальным (79%) пациентам – повторно. Включенные и концевые дефекты зубных рядов восстанавливали металлокерамическими зубными протезами с опорой на дентальные имплантаты и естественные зубы.

Наша задача была направлена на изучение гигиенического состояния дентальных супраконструкционных элементов. В работе использован материал обследования 38 пациентов с частичной потерей зубов в возрасте от 30 до 55 лет (из них мужчин 23, женщин – 15). Среди обследованных количество ранее остеointегрированных дентальных имплантатов составило 97. В основном были использованы цилиндрические, пористо-проницаемые имплантаты.

При протезировании пациентов с дефектами зубных рядов конструкциями, фиксированными на дентальных имплантатах, в 18,5% случаев естественные зубы использовались в качестве дополнительной опоры. При структурном анализе естественных опорных зубов выяснилось, что из общего их количества 33,3% составляли первые премоляры, 32,8% - вторые премоляры, 17,8% - клыки, 7,2% - моляры.

Для индексной оценки состояния супраконструкционных элементов нами использован индекс гингивита по методу Силнесса-Лоэ. Данный метод основан на определении количества мягкого зубного налета в придесневой об-

ласти супраконструкции ортопедического протеза. С этой целью кончиком стоматологического зонда слегка проводили по приснеговой области супраконструкции зубного протеза.

Полученные результаты оценивались следующим образом: если на кончике зонда совершенно отсутствует приснеговой налет индекс оценивался в 0 баллов, если определялось небольшое количество налета – в 1 балл, если визуально вокруг супраконструкции определяется значительное количество налета и пищевых остатков – оценка равнялась трем баллам.

Результаты и их обсуждение. Результаты первичного анализа индекса гигиены супраконструкции с фиксацией на дентальных имплантатах свидетельствовали о широкой вариабельности индекса зубного налета среди обследованного контингента населения. Интенсивность всех признаков индекса зубного налета при первичном осмотре у обследованных в возрасте 20-29 лет в среднем составила 2 балла на одно лицо. При этом распространенность зубного налета супраконструкции на шейке абатмена в виде отдельных конгломератов составила в среднем 18,8%, зубного налета супраконструкции, покрывающего шейку абатмена циркулярно – 49,3%, зубного налета на искусственной коронке супраконструкции – 26,3% и только лишь в 5,6% случаев на шейке абатмена супраконструкции не был выявлен зубной налет.

В возрасте 30-39 лет суммарное значение индекса зубного налета супраконструкции в среднем составило 2 балла на одного обследованного. Усредненное значение распространенности зубного налета супраконструкции на шейке абатмена в виде отдельных конгломератов составило 21,4%, зубного налета, покрывающего шейку абатмена циркулярно – 54,4%, зубного налета на искусственной коронке супраконструкции – 16,9% и у 7,3% обследованных этой возрастной группы отсутствовал зубной налет на шейке абатмена супраконструкции.

Распределение структурных элементов индекса зубного налета супраконструкции в возрасте 40-49 лет оказалось следующим: отсутствие зубного налета на шейке абатмена – 4,3%; зубной налет на шейке абатмена в виде отдельных конгломератов – 29,3%; значительные отложения зубного налета, покрывающие шейку абатмена циркулярно – 47,7%; наличие зубного налета на искусственной коронке – 18,7%.

По данным структурного анализа общей распространенности индекса зубного налета супраконструкции, отсутствие зубного налета на шейке абатмена, зубной налет на шейке абатмена в виде отдельных конгломератов, значительные отложения зубного налета, покрывающие шейку абатмена циркулярно и наличие зубного налета на искусственной коронке составили 3,6%, 31,8, 51,3 и 13,3% соответственно для возрастной группы 50 лет и старше.

В среднем для всего обследованного взрослого контингента исходное значение распространенности всех признаков индекса зубного налета дентальных супраконструкционных элементов соответствовало 25,0%, 49,2, 21,3 и 4,5%.

Результаты первичного исследования стоматологического статуса по индексу зубного камня супраконструкции также позволили выявить некоторые параллели в течении воспалительного процесса в периимплантационной зоне. Если через год после восстановления дефектов зубного ряда ортопедическими конструкциями с использованием дентальных имплантатов среднее значение исследуемого индекса было равно 1 баллу, спустя 2 года приближалось к 2 баллам, то через 3 года оно дошло до максимального значения в виде наличия зубного камня на искусственной коронке супраконструкции.

Как свидетельствуют полученные результаты, исходные показатели индекса зубного камня супраконструкции среди обследованных изменялись от отрицательных (0 балла) и слабоположительных (1 и 2 балла) до положительных (3 балла) в срок от 6 месяцев до 3 лет, составляя в среднем 3,8%, 64,6, 23,3, 8,3% соответственно.

Эффективность гигиенических мероприятий определяли путем сопоставления исходных и отдаленных показателей индексов зубного налета и камня супраконструкции. Результаты повторных осмотров показали удовлетворительные результаты в снижении частоты распространения индекса зубного налета. После проведения профессиональной и оптимизации индивидуальной гигиены полости рта в возрасте 20-29 лет практическое отсутствие зубного налета на шейке абатмена было выявлено у 98,6% обследованных, в 30-39 лет – у 97,7%, в 40-49 лет – у 96,1%, в 50 лет и старше – у 95,7% против исходного значения исследуемого индекса 5,6%, 7,3%, 4,3%, 2,8% в соответствующих возрастных группах.

Среди исследуемых групп распространенность зубного налета на шейке абатмена в виде отдельных конгломератов соответствовала 1,4%, 2,3%, 3,9% и 4,3%. Вместе с тем не были выявлены значительные отложения зубного налета, покрывающие шейку абатмена циркулярно и соответствующий налет на искусственной коронке, что свидетельствует об эффективности профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта.

Выводы. Исходные данные о гигиеническом состоянии супраконструкции свидетельствуют о неудовлетворительном состоянии протеза в связи с чем возникла необходимость в проведении профессиональной и оптимизации индивидуальной гигиены полости рта среди обследованного контингента населения. Полученные материалы в указанном аспекте свидетельствуют о том, что реализация профессиональной и оптимизация индивидуальной гигиены полости рта оказались эффективным методом профилактики заболеваний околоимплантатных зон.

Литература

1. Матвеева А.И., Ширина Д.Д., Полякова С.В. Влияние гигиены полости рта больных на результаты ортопедического лечения с использованием имплантатов //Труды 2-го Всероссийского конгресса по дентальной имплантологии. –Самара, 2002. –С. 84-89.
2. Полякова С.В., Матвеева А.И., Гветадзе Р.Ш. и др. Влияние вида протезной конструкции на отдаленные результаты дентальной имплантации //Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии. –М., 2002. –С. 202-204.
3. LangM. Вопросы гигиены в дентальной имплантологии //Квинтэссенция. –1998. -№ 4. –С. 53-55.
4. Lindhe J., Karring T., Lang N.P. Clinical periodontology and implant dentistry /Munksgaard, Copenhagen, 1998. –973p.

Махмудов М.М., Эсанов М.А., Хушвахтов Т.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСЪЕМНЫМИ
ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Об изменениях микрососудов пародонта при увеличении функциональных нагрузок на опорные ткани зуба сообщается в исследованиях ряда авторов ближнего [1, 2] и дальнего [4] зарубежья, на основании результатов которых установлено, что после несъемного протезирования наблюдаются выраженные морфоструктурные нарушения в микрососудах пародонта.

Ортопедические протезы клинически вызывают целый ряд отрицательных реакций слизистой оболочки полости рта, и среди них выделяют токсические, аллергические, воспалительные реакции, изменения вкусовой, тактильной и температурной чувствительности [3].

Цель работы. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения протетического поражения краевого пародонта у лиц с наличием ортопедических конструкций в полости рта.

Материал и методы исследования. Комплексное обследование пациентов проводилось на базе кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино по традиционной схеме, которая включала: опрос, осмотр, индексную оценку состояния тканей пародонта. Результаты осмотра фиксировались в специально разработанной карте ВОЗ стоматологического осмотра.

При оценке результатов лечения протетического поражения краевого пародонта под наблюдением находились 82 стоматологических пациента. В зависимости от вида используемого ортопедического материала пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа состояла из 42 пациентов с наличием металлических и металлопластмассовых ортопедических конструкций в полости рта; 2-я группа включала 40 больных с аналогичным диагнозом и наличием металлокерамических конструкций.

В течение периода наблюдения все пациенты выполняли определенные рекомендации, представляющие собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера: регулярные осмотры, включающие индексную оценку гигиены полости рта и состояния пародонта; чистку зубов лечебно-профилактическими зубными пастами «Лакалют актив», «Пародонтаск»; применение бальзамов-ополаскивателей для полости рта; по показаниям коррекцию, реконструкцию или замену протеза.

Результаты исследования и их обсуждение. Индексная оценка состояния тканей краевого пародонта в области опорных зубов до лечения хронического гингивита протетической этиологии свидетельствует о том, что по исходной тяжести состояния околозубных тканей в сравниваемых группах не различалось между собой. Так, среднее значение пародонтального индекса в 1-ой группе было равно $5,60 \pm 0,4$, а во 2-ой группе - $5,43 \pm 0,4$ (различие статистически недостоверно, $P > 0,07$). Что касается показателя гингивального индекса, то во второй группе он составил $1,90 \pm 0,02$, а в первой был выше ($3,25 \pm 0,13$), причем в зоне опорных зубов он был еще выше ($2,32 \pm 0,12$).

В ходе проведенного исследования нами установлена связь между исследуемыми индексами до начала соответствующего лечения. В целом в обеих группах имеется достоверная прямая корреляционная связь между ПИ, ГИ и ИГ. Все корреляционные коэффициенты высоко-достоверны ($P < 0,001$). Это свидетельствует не только о существующей связи между показателями гигиенического состояния полости рта и воспаления, но и об объективном характере используемых индексов.

До проведения симптоматического лечения наиболее сильная связь в обеих группах отмечена между ПИ и ГИ. Также сильно выражены связи до начала лечения между показателями ГИ и ИГ.

Помимо самих показателей, в процессе лечения хронического гингивита сравнивали и характер связи между ними до и после лечения, тем более, что установлен одинаковый характер этих связей для всех без исключения больных обеих групп.

Из полученных результатов следует, что гингивальный индекс достоверно снизился через 1 месяц после лечения ($1,089 \pm 0,072$) по сравнению с исходной величиной ($1,864 \pm 0,086$) в среднем на 44,0%. Однако к 12 месяцам наблюдения гингивальный индекс вновь возрос на $0,33 \pm 0,04$, составляя в среднем $1,247 \pm 0,084$ ($P < 0,01$). Тем не менее, уровень его все же оставался на 38,1% ниже исходного.

Пародонтальный индекс пациентов 1-й группы за 12 месяцев снизился недостоверно ($6,36 \pm 0,37$) по сравнению с исходной величиной ($4,49 \pm 0,15$) лишь на 1,87%.

Индекс гигиены полости рта через 1 месяц после лечения ($0,57 \pm 0,14$) снизился на 81,4% по сравнению с исходной величиной ($3,06 \pm 0,13$). К 12 месяцам он несколько возрос (до значения $1,39 \pm 0,12$), составив 54,6% по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом, у пациентов с наличием металлических и металлопластмассовых ортопедических конструкций в полости рта в результате симптоматического лечения хронического протетического гингивита было достигнуто значительное уменьшение воспалительных явлений в краевом пародонте через 1 месяц, что отразилось на динамике гингивального индекса. Однако эффект лечения неустойчив и к 12 месяцам он значительно снижается, вновь возрастает воспаление. Такая же закономерность прослеживается и в отношении гигиенического состояния полости рта. В 12-месячный срок после лечения большего уменьшения воспаления и улучшения гигиенического состояния удалось достигнуть у больных с худшим исходным состоянием. Тем не менее, даже нарастание воспаления и ухудшение гигиены через 1 год после лечения не снижают эффекта лечения по сравнению с исходным уровнем.

При анализе состояния краевого пародонта в результате лечения у 34 пациентов 2-й группы выявились более выраженное и устойчивое снижение воспаления краевого пародонта и улучшение гигиенического состояния полости рта. Так, через 1 месяц после лечения значительно снизился пародонтальный индекс ($3,05 \pm 0,35$) по сравнению с исходной величиной ($5,63 \pm 0,33$) на 45,8%. Другой показатель выраженности воспаления (ГИ), составляющий через 1

месяц $1,29 \pm 0,10$, снизился на 42,3% по сравнению с исходной величиной ($2,25 \pm 0,11$). Следует отметить, что в отличие от 1-й группы в данном случае эффект проводимого лечения устойчив и через 12 месяцев ($0,68 \pm 0,09$) достоверно снижается на 69,8%.

Выводы. Таким образом, тенденция к ухудшению состояния краевого пародонта в сроки от 1 до 12 месяцев после лечения, прослеженная в 1-й группе, во второй отсутствует. Всё изложенное показывает благоприятное влияние металлокерамических конструкций в отношении краевого пародонта перед металлическими и металлопластмассовыми ортопедическими протезами полости рта.

Литература

1. Берсанов, Р.У. Функциональная эффективность современных методов ортопедической реабилитации больных с частичной и полной адентией / Р.У. Берсанов, М.З. Миргазизов, А.А. Ремизова // Российский вестник денальной имплантологии. - 2015. - № 2. - С. 39-42.
2. Жулев, Е.Н. Влияние искусственных коронок на состояние краевого пародонта / Е.Н. Жулев, А.Б. Серов // Стоматология. - Москва, 2010. - Том 89. - № 2. - С. 62-64.
3. Прохоров, В.А. Осложнения, клинические и технологические ошибки при ортопедическом лечении больных несъемными зубными протезами / В.А. Прохоров // Стоматология для всех. -2011. - № 4. - С. 18-22.
4. Вольф Г.Ф. - Пародонтология. Гигиенические аспекты. 2014.
5. Янушевич О.О. – Пародонтология. М. 2018.
6. Ковалевский А.М., Никитенко В.В. – Интегративная пародонтология. 2019.

Махмудов Д.Т., Шокиров М.К., Гурезов М.Р.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОЧАГОВОМ ПАРОДОНТИТЕ У ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ

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

Кафедра челюстно-лицевая хирургия ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В клинической практике воспалительно-деструктивные заболевания пародонта занимают значительное место. Изменения прогрессируют от деструкции зубодесневого соединения, образования пародонтального кармана, замещения нормальной структуры десны, а в дальнейшем – костной ткани на грануляционную и фиброзную [1]. Воспалительные поражения пародонта приобрели не только медицинскую, но и социальную значимость в связи с высоким уровнем заболеваемости, большим разнообразием и тяжестью течения [4, 5].

Этиопатогенетическим фактором развития воспалительного процесса в пародонтальных тканях является инфекция и неудовлетворительная гигиена ротовой полости, в результате которых бактерии проникают в кровеносное русло, особенно в наиболее лабильных сосудистых участках [2, 3].

Цель исследования. Идентификация пародонтопатогенных микроорганизмов полости рта при патологии пародонта среди авиационных работников.

Материал и методы исследования. Исследование бактериальной колонизации пародонтальных карманов проводилось среди 57 пациентов лётного состава, страдающих пародонтитом, и активной реализации эффективной коррекции воспалительных изменений тканей пародонта с помощью ультразвуковой техники AerFlu при проведении профессиональной гигиены полости рта. Для оценки формирования бактериальной биоплёнки исследование флоры пародонтальных карманов проводили через 10 минут, затем через 5, 15 и 30 суток после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера.

Микробиологическое исследование содержимого пародонтальных карманов у лётного состава гражданской авиации проводилось с целью выделения и идентификации аэробных и анаэробных микроорганизмов. Взятие материала осуществляли из пародонтального кармана с помощью стерильного сорбирующего тампона – микробраша, который помещали в транспортную среду Эймса для сохранения анаэробной микрофлоры. Результаты посевов подвергали количественной оценке для расчёта обсеменённости пародонтального кармана. Выражали через десятичный логарифм IqKOE (колониеобразующих единиц) на 1 тампон.

Статистическая обработка материала производилась при помощи компьютерных программ MicrosoftExcel, SPSSStatistics на основе созданной базы данных. Для проверки гипотез о наличии статистической значимости отличий в группах был применен метод парных сравнений с использованием критерия Стьюдента. Рассчитывали точное значение p (различия считали достоверными при $p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ динамики количественной обсеменённости пародонтального кармана представителями основных резидентных видов бактерий полости рта, включая пародонтопатогенные, показал, что при контрольном исследовании микрофлоры после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий наряду с использованием ультразвукового скелера наблюдается резкое снижение представителей основных видов, потенциально способных поддерживать воспаление пародонта.

Представители некоторых пародонтопатогенных видов в патологических зубодесневых карманах не обнаруживались (пигментообразующие бактероиды и грибы Candida). Исходное значение количества других бактерий (Actinomycesisraelii, A. naeslundii) было максимальным и составляло $5,5 \pm 0,1$ Ig KOE и $5,2 \pm 0,2$ Ig KOE соответственно.

Через 5 минут после активной реализации профессиональной гигиены полости рта с использованием ультразвуковой техники количественное значение исследуемых бактерий снизилось соответственно до значения $0,7 \pm 0,2$ и $0,8 \pm 0,2$ Ig KOE при соответствующем значении Actinomycesisraelii, A. naeslundii $1,7 \pm 0,2$ Ig KOE, $1,6 \pm 0,2$ Ig KOE и $2,5 \pm 0,5$ Ig KOE, $3,7 \pm 0,4$ Ig KOE через 40 минут и 30 суток после использования ультразвуковой техники.

Количество представителей нормальной, стабилизирующей флоры пародонтального кармана среди авиационных работников с патологией пародонта до реализации профессиональной гигиены полости рта было существенно выше: $5,6 \pm 0,2$ Ig КОЕ для *Streptococ. mutans*; $7,8 \pm 0,1$ Ig КОЕ – для *S. sanguis*. Вместе с тем следует подчеркнуть, что количество данных видов бактерий после гигиенической обработки зубодесневых карманов было значительно меньшим, чем до ее проведения.

Количественное значение *A. israelii* достоверно снизилось через 5 минут после активной реализации профессиональной гигиены полости рта ($0,7 \pm 0,2$ Ig КОЕ) по сравнению с исходным значением ($5,5 \pm 0,1$ Ig КОЕ). Аналогичная тенденция среди авиационных работников г. Душанбе выявлена в отношении *Actinomyces naeslundii* – соответственно $0,8 \pm 0,2$ и $5,2 \pm 0,2$ Ig КОЕ.

При повторном исследовании на 5-е сутки (время формирования «зрелой» зубной бляшки) отмечали существенное увеличение количества вышеупомянутых микроорганизмов в области пародонтального кармана (по сравнению со сроком 5 минут после ультразвуковой обработки) среди работников лётного состава гражданской авиации г. Душанбе. Так, увеличивалось количество *Actinomyces israelii* более чем в 2 раза, *A. naeslundii* в 2 раза.

Среди обследованных лиц лётного состава нарастало количество пародонтопатогенных стрептококков в 2,0 и 1,2 раза соответственно для *Streptococ. Intermedius* и *Peptostreptococcus micros*. Однако пигментообразующие бактерии, как наиболее агрессивные представители пародонтопатогенной флоры, не выявлялись. Вместе с тем, в пародонтальном кармане обследованных авиационных работников увеличивалось количество представителей стабилизирующих видов (*Streptococ. sanguis*, *S. mutans*). Появлялись представители ряда важных стабилизирующих видов в зубодесневом кармане в виде *Prevotella oralis* и *Lactobacillus* spp., а также *Veillonella* spp., которые до реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий не выявлялись вообще.

Выводы.

1. Из-за наличия неблагоприятных авиационных факторов консервативное лечение очагового пародонтита среди работников лётного состава должно включать целенаправленную антибактериальную и иммуномоделирующую терапию.

2. Активная реализация комплекса лечебно-профилактических мероприятий среди работников лётного состава гражданской авиации решает пародонтологические проблемы, нормализуя нарушенные функции экосистемы полости рта, преодолевая воспалительный процесс в околозубных тканях.

3. Реализация комплекса лечебно-профилактических мероприятий среди авиационных работников лётного состава способствовала нормализации клинической картины хронического очагового пародонтита и освобождению тканей пародонта от колонизации пародонтопатогенных видов 1-го порядка и видов, попадающих из других биотопов при воздействии неблагоприятных авиационных факторов. На фоне проведенного лечения, у пациентов основной группы существенно снижается обсеменённость пародонтальных карманов представителями пародонтопатогенов 2-го порядка, что способствует продлению ремиссии.

Список литературы

1. Ипполитов, Ю.А. Клинико-функциональная оценка состояния тканей пародонта при наличии острого и хронического воспаления / Ю.А. Ипполитов, В.В. Коровкин, А.Н. Коровкина // Пародонтология. - 2015. - № 2(75). – С. 19-23.
2. Николаева, Е.Н. Пародонтопатогенные бактерии – индикаторы риска возникновения и развития пародонтита / Е.Н. Николаева, В.Н. Царев, Е.В. Ипполитов // Стоматология для всех. - 2011. - № 4. – С. 4-7.
3. Пури-захидан, С.В. Сравнительная оценка эффективности лечения пародонтита / С.В. Пури-захидан, М.Х. Гусейнова, С.Т. Гусейнова // DentalForum. - 2016. - № 4. – С. 65-66.
4. Hajishengallis, G. The inflammophilic character of the periodontitis associated microbiota / G. Hajishengallis // Molec Oral Microbiol. - 2014. – Vol. 29, N 6. – P. 248-257.
5. Kersten, B.G. Healing of the intrabony periodontal lesion following root conditioning with citric acid and wound closure including an expanded PTFE membrane / B.G. Kersten, A.D. Chamberlain, S. Khorsandi // J.Periodontol. - 2014. – Vol. 63, N 11. – P. 876-882.

Муратова С.К., Уринова Д.Х., Тешаева Р.О.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕТОДА ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

Кафедра терапевтической стоматологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан.

Актуальность. Несмотря на постоянное внедрение новейших эндодонтических инструментов, материалов и технологий, процент осложнений после проведённого эндодонтического лечения остаётся высоким. Пациенты с болезнями периапикальных тканей составляют от 18% до 40% от общего числа лиц, обратившихся за стоматологической помощью [1,2,3,4]. Хронический апикальный периодонтит может служить источником развития одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, осложнять течение заболеваний внутренних органов и систем, приводить к удалению зуба, деформации прикуса и снижению жевательной эффективности, тем самым причиняя пациенту физические и моральные неудобства [5,6,7,]. Источниками прогрессирующих периапикальных очагов хронической инфекции в 14,8% случаев являются зубы с не пломбированными корневыми каналами и в 76,4% - зубы с частично пломбированными каналами [8]. При рентгенологическом обследовании зубов после ранее проведённого эндодонтического лечения с использованием резорцин-формалиновой и Кальцевит паст в 80% случаев были выявлены периапикальные деструктивные изменения и в 50% случаев - некачественно запломбированные корневые каналы [9]. Самыми дешёвыми и широко распространенными пломбировочными материалами для корневых каналов в подавляющем большинстве стоматологических

медицинских организаций в 73,4% являются Са(ОН) — Кальцевит(ВладМиВа) и резорцин-формалиновая пасты [10].

Цель исследования.

Повышение эффективности повторного эндодонтического вмешательства хронического апикального периодонтита с помощью метода отсроченного пломбирования корневых каналов.

Материалы и методы.

Проводили исследование произвольно выбранных 134 медицинских карт стоматологических пациентов в возрасте от 25 до 52 лет со стоматологического приёма в городской муниципальной поликлинике за период с 2018 по 2023 годы. Соответственно виду пасты все обследованные пациенты были разделены на две группы: 78 пациентов (51,5%), зубы которых были запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 56 пациентов (48,5%) Кальцевит(ВладМиВа) пастой. На этом этапе было проведено повторное эндодонтическое лечение 57 пациентам (64 зуб): 32 женщины и 25 мужчины в возрасте от 18 до 70 лет, по поводу некачественного эндодонтического лечения вследствие хронического пульпита и/или хронического пульпита в стадии обострения. Комплексное обследование больных состояло из клинического и рентгенологического методов. Клиническое обследование включало осмотр, пальпацию, перкуссию, зондирование. Были выполнены прицельные внутриротовые рентгенограммы обследуемых зубов для определения плотности и уровня пломбирования корневых каналов, степени их проходимости, состояния околоверхушечных тканей (расширение периодонтальной щели, характер периапикальных изменений) и костной ткани межзубных перегородок.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы: контрольную и основную. В свою очередь, каждая группа была разделена на две подгруппы по виду пломбировочного материала в корневых каналах: Са(ОН) — Кальцевит(ВладМиВа) и резорцин-формалиновая паста.

Таблица 1. Распределение пациентов контрольной и основной групп.

Вид пасты	РФП		Са(ОН)		Всего	
Группы пациентов	Абс	% + т	Абс	% + т	Абс	%±т
Контрольная	13	54,2 ± 6,4	16	45,8 ± 6,4	31	45,0 ± 4,3
Основная	27	54,2 ± 6,0	18	45,8 ± 6,0	43	55,0 ± 4,3
Всего	40	54,2 ± 4,4	34	45,8 ± 4,4	74	100

Примечание: в настоящей и последующих таблицах

РФП — резорцин - формалиновая паста, Са(ОН) — Кальцевит(ВладМиВа) паста, Абс. - абсолютное значение.

Результаты.

Установлено, что в группе зубов, ранее леченных с использованием резорцин-формалиновой пасты, более 2/3 составили моляры (77,0 ± 2,2%), каждый пятый зуб был премоляром (19,1 ± 2,0%) и меньше всего было передних зубов (3,9 ± 1,0%). У этой группы в различных возрастных подгруппах пациентов, нами отмечено, что в возрасте 35 — 44 лет, 45 - 54 лет и 55 - 64 лет наиболее полно представлены все виды зубов: резцы, клыки, премоляры и моляры. В подгруппе пациентов 35-44 лет доминировало количество моляров - 80,5 ± 3,7%, премоляров в 4 раза меньше - 18,6 ± 3,7%, а передних зубов — 0,9 ± 0,9%.

Подобная тенденция сохранялась и в возрастной подгруппе 45-54 лет: в ней также доминировали моляры — 75,9 ± 4,0%, значительно меньше премоляров - 22,4 ± 3,9%, а передних зубов - 1,7 ± 1,2%. В возрастной подгруппе 55-64 лет моляров было — 59,3 ± 5,5%, премоляров — 25,9 ± 4,9%, а передних зубов - 14,8 ± 3,9%. В самой пожилой возрастной подгруппе 65 лет и старше и подгруппе пациентов в возрасте 25 — 34 лет видовой состав зубов был представлен премолярами и молярами. В подгруппе 25 - 34 лет было 95,3 ± 3,2% моляров и значительно меньше премоляров — 4,7 ± 3,2%.

У пациентов 65 лет и старше моляров было 71,4 ± 17,1%, а премоляров в 2,5 раза меньше - 28,6 ± 17,1% зубов. В самой молодой возрастной подгруппе пациентов 18-24 лет все выявленные зубы были моляры. Наибольшее количество зубов в совокупности пришлось на пациентов возрастных подгрупп 45 - 54 лет (30,7 ± 2,4%) и 35 - 44 лет (29,9 ± 2,4%).

В группе зубов, ранее леченых с использованием Кальцевит(ВладМиВа) пасты, соотношение видов зубов в различных возрастных подгруппах отличалось. Почти равные доли по частоте отмечены для передних зубов (29,2 ± 2,4%), премоляров (29,8 ± 2,4%), несколько больше была доля моляров (41,0 ± 2,4%). В данной группе пациентов практически во всех возрастных подгруппах, кроме самой пожилой подгруппы, были выявлены все виды зубов. В самой молодой возрастной подгруппе пациентов 18-24 лет преобладали моляры - 58,9 ± 6,6%, в два раза меньше было премоляров - 26,8 ± 5,9%, передних зубов было 14,3 ± 4,7%. В возрастной подгруппе 25-34 лет доли премоляров и передних зубов было практически одинаковыми: 34,5 ± 5,2% и 35,7 ± 5,2%, незначительно меньше было моляров — 29,8 ± 5,0%.

В подгруппах пациентов 35 - 44 лет и 45 — 54 лет доли передних зубов и премоляров были одинаковыми: по 27,5 ± 4,1% и по 31,3 ± 6,9% соответственно. В подгруппе 55-64 лет передних зубов было почти половина — 44,8 ± 9,2%, а премоляров и моляров одинаковое количество: по 27,6 ± 8,3% зубов. В самой пожилой возрастной подгруппе 65 лет и старше моляров было 66,7 ± 27,2%, а премоляров в два раза меньше — 33,3 ± 27,2%. Наибольшее количество пациентов, леченых эндодонтически с использованием Кальцевит(ВладМиВа) пасты, было в возрасте 35 — 44 лет (33,7 ± 2,5%), незначительно меньше - в возрастной подгруппе 25 - 34 лет (23,6 ± 2,3%).

Таким образом, в результате ретроспективного анализа мы пришли к выводу, что наиболее широко для пломбирования корневых каналов были использованы два вида паст: резорцин-формалиновая (51,5%) и Кальцевит(ВладМиВа) (48,5%). Нами отмечено, что видовой состав зубов, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой, с увеличением возраста пациентов последовательно расширялся. При этом в каждой возрастной подгруппе

количество пролеченных моляров доминировало над другими видами зубов. А в группе зубов, ранее запломбированных Кальцевит(ВладМиВа) пастой, видовой состав зубов был широко представлен во всех возрастных подгруппах.

Выводы.

Повторное эндодонтическое лечение с соблюдением современных требований механической, медикаментозной обработки и пломбирования корневых каналов способствует восстановлению костной ткани в области деструктивных периапикальных очагов независимо от вида пасты, при этом благоприятный прогноз значительно выше у зубов, ранее запломбированных некачественно Кальцевит(ВладМиВа) пастой (17,3%), чем резорцин-формалиновой (12,5%). Ретроспективным анализом установлено, что эндодонтическое лечение зубов с диагнозами хронический пульпит или хронический пульпит в стадии обострения чаще проводилось с использованием резорцин-формалиновой пасты у пациентов в возрасте 45-54 лет (30,7 + 2,4%), с использованием Кальцевит(ВладМиВа) пасты - 35-44 лет (33,7 + 2,5%), что указывает на социально активную часть населения.

Динамика восстановления периапикальных поражений была в 2—2,5 раза выше у зубов (особенно ранее леченых с использованием Кальцевит(ВладМиВа)), при перечислении которых использовался метод отсроченного пломбирования корневых каналов (у зубов с резорцин-формалиновой пастой - 31,9%, у зубов с Кальцевит(ВладМиВа) пастой - 36,4%), по сравнению с обычным эндодонтическим лечением (у зубов с резорцин-формалиновой пастой — 12,5%, у зубов с Кальцевит(ВладМиВа) пастой — 17,3%), что достоверно подтверждается динамикой прироста средних значений индекса PAI по Соловьёвой А. М.

Список литература:

1. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Влияние хронической ишемии мозга на функциональное состояние слизистой оболочки полости рта //Stomatologiya. – Ташкент. – 2019. -№4 (77). –С.101-103.
2. Хайдаров А.М., Хожиметов А.А., Муратова С.К. Анализ особенностей стоматологического статуса и показателей гемостаза у больных с хронической ишемией мозга //Биология ва тиббиёт муаммолари. –Самарканд. – 2020. -№2. – С. 88-92.
3. Muratova S., Khaydarov A., Shukurova N., The peculiarities of endothelial dysfunction indicators in patients with chronic brain ischemia //International Journal of Pharmaceutical research. – apr-jun (AKIII) – 2020. –Vol.12. issue 2 – P.1725-1728.
4. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Хожиметов А.А., Шукурова Н.Т. Состояние клеточного состава и микрофлоры мукозального эпителия ротовой полости больных хронической ишемией мозга //Ўзбек тиббиёт журнали. – Тошкент. – 2021. -№3. – С. 34-42.
5. Хайдаров А, Муратова С.К., Жабриева А. Особенности микроциркуляции полости на фоне хронической ишемии мозга. Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. 2021.-С 161-163
6. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Хроническая ишемия мозга, как фактор нарушения функционального состояния слизистой оболочки полости рта //«Фундаментал ва клиник тиббиётнинг долзарб муаммолари ва масофавий таълим имкониятлари» халқаро онлайн конференция материаллари. –Самарканд, 2020. -85-86 бет.
7. Муратова С.К., Шукурова Н.Т. Surunkali miya ishemiyasida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati funktsional holatining buzilishini o'rganish omili //“Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар” мавзусидаги Республика 16-қўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференцияси материаллар. – Тошкент, 2020. - 102 бет.
8. Шукурова Н.Т., Муратова С.К. Стоматологический статус у больных с хронической ишемией мозга //«Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования». Матер. 75-ой междунаро. научно-практ.конф. студентов-медиков и молодых учёных. –Самарканд, 2021. – С. 242.
9. Муратова С.К. Стоматологический статус и показатели гемостаза у больных с хронической ишемией мозга //Методические рекомендации. – Ташкент, 2021. – 19 с.
10. Muratova Saodat Kadirovna, Shukurova Nodira Tillayevna . Assessment of the Dental Condition of Patients with Impaired Cerebral Circulation. Eurasian Medical Research Periodical. P.38-41
11. Muratova Saodat Kadirovna. Modern Ideas About the Pathogenesis of Generalized Periodontitis. Eurasian Medical Research Periodical. P. 42-45

Муратова С.К., Шукурова Н.Т., Тешаев Ш.О.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра терапевтической стоматологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан.

Актуальность. В настоящее время прогноз развития патологии является важнейшей частью всех отраслей здравоохранения. [3,4,5]. Однако, несмотря на важность и научно-практическую значимость прогнозирования в стоматологии, в настоящее время нами не обнаружено сведений о прогностических моделях индивидуального риска развития пародонтита у больных гипертонией.

В этих условиях актуальна индивидуальная оценка и прогнозирование риска развития пародонтита у больных артериальной гипертензией. Такие исследования послужат базой для выделения пациентов с высоким риском развития заболеваний пародонта, их группирования с целью стоматологического мониторинга и осуществления мероприятий по нивелированию негативных последствий заболеваний пародонта на течение гипертонической болезни. Необходимость решения этой проблемы послужила основанием для проведения настоящего исследования.

Цель — разработка и оценка эффективности модели индивидуального прогнозирования риска развития пародонтита у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиниках СамГМУ. Проведено ретроспективно-проспективное исследование по типу «случай-контроль». Обследованы 162 больных гипертонической болезнью в возрасте от 36 до 65 лет (средний возраст 45,32±0,22 года), поступивших на стационарное лечение в отделение челюстно-

лицевой хирургии. Постановку диагноза гипертонической болезни и пародонтита осуществляли по критериям и рекомендациям ВОЗ, в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра. Критериями включения явились пациенты, которые ранее были диагностированы артериальная гипертензия, получающие гипотензивную терапию в течении последних 6 месяцев с регистрируемых уровнем АД > 140/90 мм рт. ст. на момент обследования. После постановки диагноза артериальной гипертензии всем пациентам осуществлялся скрининг офисного артериального давления, а также полное стоматологическое обследование. Для идентификации степени гипертензии пациентам после первого визита осуществлялись контрольные замеры АД в течение 3–14 дней после визита. Проводился сбор образцов ротовой жидкости и крови. После полного стоматологического обследования на каждого пациентам заполнялась медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у), осуществлялась выкопировка данных из медицинской карты стационарного больного (форма 003/у). С учётом цели исследования пациенты с гипертонической болезнью были распределены на две группы основную - с наличием пародонтита (больных) и контрольную (больных) - и без пародонтита. В соответствии с принципами доказательной медицины, при составлении основной и контрольной групп отбирались лица, идентичные по гендерному и возрастному составу. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования проверен и одобрен этическим комитетом. При определении факторов риска учитывали многофакторность гипертонической болезни и пародонтита и их обусловленность комплексом медико-социальных факторов риска и нарушениями метаболизма важнейших гомеостатических систем организма. В связи с чем изучали медицинские факторы риска и характер и изменения липидного профиля с определением в ходе исследований показателей, оказывающих наиболее значимое влияние на течение обоих изучаемых патологий. Оценка тяжести поражения пародонта осуществлялась при помощи индексов воспаления и деструкции пародонта и гигиены полости рта (РМА, PI, Muhlemann, ОНI-S). Оценка прогностической значимости факторов риска развития заболеваний пародонта у больных гипертонической болезнью осуществлялась с использованием информационная мера Кульбака с определением величины $J_i(K)$. Учитывая то, что зависимая переменная - наличие или отсутствие заболеваний пародонта, может характеризоваться только двумя значениями от 0 до 1 (есть пародонтит/нет пародонтита), оценка вероятности развития пародонтита у больных артериальной гипертензией осуществлялась на основании прогностической модели, построенной методом бинарной логической регрессии. При статистической обработке и анализе полученных данных использовались программы MS Excel 2007, MS Access 2007, Statistica 8.0 и Statgraphics Centurion XVI (Version 16.2.04).

Результаты: В качестве зависимых переменных были выбраны значимые, но статистически не связанные друг с другом факторы риска. Выбор факторов риска осуществлялся методом «дискретных корреляционных плеяд», при котором учитывается главный признак (плеяда) с максимальной значимостью влияния на риск пародонтита по сравнению с другими однотипными показателями. Именно поэтому в модель не вошли многие параметры, оказывающие существенное влияние на тяжесть патологии, но возникшие уже вследствие существования заболевания, а не инициирующие его развитие 8.

В результате проведенных расчетов для построения модели риска развития пародонтита у больных артериальной гипертензией были отобраны следующие показатели: X₁ — возраст; X₂ - наследственная отягощенность по гипертонической болезни; X₃ – наличие вредной привычки курения; X₄ – стадия гипертонической болезни; X₅ – наличие и количество хронических заболеваний; X₆ – содержание общего холестерина; X₇ – уровень триглицеридов и X₈ – индекс атерогенности (ИА).

$$P = \frac{1}{1 + e^{-Y}}, \text{ где}$$

P - вероятность развития генерализованного пародонтита;

e - основание натуральных логарифмов 2,71 и

Y - результат расчёта уравнения регрессии.

Получена следующая модель оценки вероятности развития пародонтита у больных артериальной гипертензией (Y):

$$Y = -1.2069 + 0.1074X_1 + 0.02415X_2 + 0.2782X_3 + 0.1037X_4 + 0.2156X_5 + 0.1703X_6 + 0.0569X_7 + 0.02737X_8.$$

Шкала оценки вероятности развития пародонтита: 0—0,39 — низкая, 0,40–0,69 — средняя, 0,70—1,00 — высокая. Унифицированность исследований и единообразие шкалирования показателей, включенных в модель, дало возможность осуществить сравнительную оценку их вклада в риск развития заболеваний пародонта у больных артериальной гипертензией. Согласно полученным коэффициентам, все из указанных факторов способствуют увеличению риска появления генерализованного пародонтита у больных гипертонической болезнью. Статистическая значимость уравнения проверена с помощью коэффициента детерминации и критерия Фишера. Установлено, что в исследуемой ситуации 96.98% общей вариативности Y объясняется изменением факторов X_j . Полученная модель является инструментом оценки прогноза вероятности развития пародонтита у больных гипертонической болезнью с учётом медицинских характеристик и показателей липидного профиля крови.

Примеры прогнозирования. Пациент А. Возраст - 46 лет ($X_1 = 2$); гипертонической болезнью болеет отец ($X_2 = 3$); курит не менее 20 сигарет в день ($X_3 = 3$); диагноз гипертонической болезни – 2 стадия ($X_4 = 3$); имеет хронический пиелонефрит ($X_5 = 3$); уровень холестерина увеличен в 2 раз ($X_6 = 2$); уровень триглицеридов – увеличен в три раза ($X_7 = 3$) и индекс атерогенности увеличен в 2 раза ($X_8 = 2$);

В результате расчётов получаем:

$$Y = -1.2069 + 0.1074 \times 2 + 0.02415 \times 3 + 0.2782 \times 3 + 0.1037 \times 3 + 0.2156 \times 3 + 0.1703 \times 2 + 0.0569 \times 3 + 0.02737 \times 2 = 1,4369$$

Поставив величину $Y = 1,4369$ в формулу

$$P = \frac{1}{1 + e^{-Y}}, \text{ получаем } 1 / 1 + 2,71 \text{ в степени } -1,4369 = 1 / 1 + 0,369 = 0,73, \text{ что означает, что вероятность развития}$$

генерализованного пародонтита у данного больного гипертонией составляет 73,00%. У этого больного гипертонической болезнью имеется высокий риск развития генерализованного пародонтита. После обследования состояния пародонта у больного обнаружен пародонтит средне-тяжелого течения.

Клиническая оценка построенной модели прогноза развития пародонтита осуществлена на у 162 больных с гипертонической болезнью у 122 их которых (75,31% больных гипертонической болезнью) был диагностирован пародонтит. После комплексного обследования у 118 (72,84%) больных гипертонией было спрогнозировано высокая вероятность наличия пародонтита. Чувствительность модели вероятности развития пародонтита у больных гипертонической болезнью составила 96,72%. Из 40 пациентов, не имеющих на момент обследования заболеваний пародонта 2 (5,00 %) были отнесены к группе низкого и среднего риска наличия пародонтита. Таким образом, специфичность модели развития пародонтита составили 29,50%. Общая диагностическая точность метода составили 95,57%. Результаты исследований позволяет сделать вывод о высокой прогнозоспособности разработанной модели и необходимости её использования в практике работы врачей-терапевтов и стоматологов-пародонтологов для прогнозирования развития пародонтита у больных артериальной гипертензией и формирования групп для диспансерного наблюдения. Планируемое программное средство призвано обеспечить индивидуальный подход к лечению заболеваний пародонта у больных гипертонической болезнью, что позволит персонализировать терапию заболеваний пародонта, осуществлять целенаправленное междисциплинарное взаимодействие и существенно понизить отрицательное влияние воспалительно-деструктивного поражения пародонта на механизмы развития гипертонической болезни.

Выводы. На основе разработанной прогностической модели установлены особенности индивидуальных медицинских характеристик больных сочетанной патологией гипертонией и генерализованным пародонтитом. Определены ведущие факторы риска, среди которых возраст, наследственная отягощенность по гипертонической болезни, вредная привычка курения, стадия гипертонической болезни, наличие и количество хронических заболеваний, содержание общего холестерина крови, уровень триглицеридов и индекс атерогенности. Прогноз возможности развития заболеваний пародонта у больных гипертонической болезнью возможен на основе разработанного уравнения, учитывающего минимальный набор наиболее значимых медицинских и лабораторных показателей. Компьютерная программа «Прогностическое моделирование вероятности развития заболеваний пародонта у больных гипертонической болезнью» после клинической апробации может быть рекомендована к использованию в практическом здравоохранении.

Список литературы:

1. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Влияние хронической ишемии мозга на функциональное состояние слизистой оболочки полости рта //Stomatologiya. – Ташкент. – 2019. -№4 (77). –С.101-103.
2. Хайдаров А.М., Хожиметов А.А., Муратова С.К. Анализ особенностей стоматологического статуса и показателей гемостаза у больных с хронической ишемией мозга //Биология ва тиббиёт муаммолари. –Самарканд. – 2020. -№2. – С. 88-92.
3. Muratova S., Khaydarov A., Shukurova N., The peculiarities of endothelial dysfunction indicators in patients with chronic brain ischemia //International Journal of Pharmaceutical research. – apr-jun (AKIII) – 2020. –Vol.12. issue 2 – P.1725-1728.
4. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Хожиметов А.А., Шукурова Н.Т. Состояние клеточного состава и микрофлоры мукозального эпителия ротовой полости больных хронической ишемией мозга //Ўзбек тиббиёт журнали. – Тошкент. – 2021. -№3. – С. 34-42.
5. Хайдаров А, Муратова С.К., Жабриева А. Особенности микроциркуляции полости на фоне хронической ишемии мозга. Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. 2021.-С 161-163
6. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Хроническая ишемия мозга, как фактор нарушения функционального состояния слизистой оболочки полости рта //«Фундаментал ва клиник тиббиётнинг долзарб муаммолари ва масофавий таълим имкониятлари» халқаро онлайн конференция материаллари. –Самарканд, 2020. -85-86 бет.
7. Муратова С.К., Шукурова Н.Т. Surunkali miya ishemiyasida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati funktsional holatining buzilishini o'rganish omili //“Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар” мавзусидаги Республика 16-қўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференцияси материаллар. – Тошкент, 2020. - 102 бет.
8. Шукурова Н.Т., Муратова С.К. Стоматологический статус у больных с хронической ишемией мозга //«Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования». Матер. 75-ой междунаро. научно-практ.конф. студентов-медиков и молодых учёных. –Самарканд, 2021. – С. 242.
9. Муратова С.К. Стоматологический статус и показатели гемостаза у больных с хронической ишемией мозга //Методические рекомендации. – Ташкент, 2021. – 19 с.
10. Muratova Saodat Kadirovna, Shukurova Nodira Tillayevna . Assessment of the Dental Condition of Patients with Impaired Cerebral Circulation. Eurasian Medical Research Periodical. P.38-41

Назарова Н.Ш., Ортикова Н.Х.

ИННОВАЦИОННЫЕ КОНЦЕПЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Кафедра стоматологии факультета последипломного образования Самаркандского государственного медицинского университета

Кафедра ортопедической стоматологии Самаркандского государственного медицинского университета

Аннотация. Беременные женщины имеют один из самых высоких рисков возникновения стоматологических заболеваний [3]. У 50% беременных и рожениц так называемые гингивиты беременных наблюдаются при нормальном течении гестационного периода уже на 2-3 месяце беременности [12]. Со второй половины беременности патологический процесс становится более выраженным и чаще протекает по типу генерализованного катарального или гипертрофического гингивита, нередко развивается пиогенная гранулема. По мере развития беременности заболевания па-

родонта непрерывно прогрессируют, и только в послеродовом периоде клиническая картина улучшается [4]. В отдаленные сроки гингивиты, возникшие во время беременности, приобретают хроническое течение [9, 10]. У беременной женщины на фоне измененной реактивности и пониженной сопротивляемости организма скрытые одонтогенные очаги инфекции могут привести к серьезным осложнениям в результате обострения воспалительного процесса [7, 8].

Наибольшая выраженность воспалительных явлений в тканях пародонта встречается во II триместре беременности, а критическое нарастание кариесогенной ситуации в ротовой полости - в III триместре [4, 2], что не только определяет оптимальные сроки стоматологических осмотров в течение беременности и послеродового периода, но и дифференцированность подхода к программам профилактики и лечения наиболее значимых для данного периода беременности заболеваний ротовой полости. Решающее значение в развитии кариеса и пародонтита у беременных принадлежит гормональным веществам (соматомаммотропин, прогестерон, гонадотропин), продуцируемым плацентой, изменению минерального и белкового обмена, иммунологического статуса, микрофлоры полости рта [1, 5].

Сроки повышенного риска возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта, а также возрастания интенсивности кариеса зубов у беременных недостаточно констатировать, необходимо выявить этиопатогенетические причины критических периодов течения стоматологических заболеваний и на основе новых закономерностей выстроить концептуальный подход к тактике стоматологического мониторинга беременных женщин. Это не перечеркивает значимости уже установленных факторов, влияющих на возникновение и развитие кариеса зубов, болезней пародонта при беременности, а направлено на грамотное комплексирование диагностически важных известных и вновь выявленных критериев в систему практических рекомендаций по выделению групп риска среди беременных женщин по стоматологическому здоровью и особого наблюдения за ними.

При изучении системного иммунитета у беременных женщин с заболеваниями пародонта в качестве биологических сред используют ротовую жидкость и периферическую кровь [8]. При этом ретроплацентарная кровь и пуповинная, содержащая плодовую и материнскую кровь, несмотря на легкий способ отбора после рождения ребенка и плаценты, несвязанный с инвазивными манипуляциями, не используется как биологическая среда. Между тем, определение спектра воспалительных медиаторов, минерального состава ретроплацентарной и пуповинной крови позволит ответить на вопросы, сопровождалось ли воспаление тканей пародонта различной степени выраженности на системе "мать-плацента-плод", можно ли с этапа рождения ребенка прогнозировать в последующем появление кариеса молочных зубов?

Целью данного исследования является оптимизация системы оказания стоматологической помощи беременным женщинам при использовании клинико-лабораторных показателей.

Ключевые слова: период гестации, заболевания твердых тканей зубов и пародонта, пародонтоз, вкусовой анализатор, хронический генерализованный пародонтит.

Материал и методы исследования. Для изучения клинико-иммунологических показателей в развитии заболеваний пародонта и твердых тканей зубов было проведено стоматологическое обследование беременных женщин с заболеваниями пародонта и твердых тканей зубов, в областной стоматологической поликлинике в количестве 25 человек - основная группа, а также 15 лиц, не находящихся в периоде гестации. Данных пациентов взяли как группу сравнения.

Результаты и обсуждение.

Заболеваемость кариесом зубов среди женщин в периоде беременности по данным анализа трудов некоторых ученых, составляет 90,8%, увеличиваясь при гестозах до 95% [6]. У 39% женщин на протяжении периода гестации прежде здоровые зубы повреждаются острым поражением кариесом. По мнению множественных ученых воспалительно-деструктивные поражения пародонтальных тканей во время беременности наблюдаются в 65-90% случаях, а в родовом периоде их распространенность составляет 100% [10]. По данным зарубежных авторов, множественность поражений пародонтальных тканей, стартуя от воспаления десны и финишируя воспалением пародонтальных тканей, составляет 15-65%. В труде Лакоине М.О. выявлено, что женщины во время беременности на протяжении периода гестации болеют воспалением десны в 35-98%, воспалением пародонта - в 7-22% [11]. В работе Vaget K. при исследовании 345 женщин с беременностью при пародонтите было выявлено, что глубина поражения патологических карманов в основном (38,7%) представляла 4-6 мм [13]. Переход кариеса зубов в осложненную форму с его возрастанием, повторно развивающийся кариес встречается у 70% беременных женщин, возрастание кариозного процесса в процессе периода гестации составляет 0,85% [5]. Отличительным признаком в развитии кариеса у беременных пациенток считается повреждение наиболее высокого процента зубов, в том числе диффузия кариозного процесса в глубь эмали и дентина с привлечением в явление воспаления пульпы зуба [8].

У беременных пациенток в 80% наблюдается повышенная чувствительность эмали, гиперестезия к механическим, температурным и химическим агентам здоровых зубов, наиболее часто встречаются клиновидные дефекты, патологическая стираемость зубов вертикального типа [1].

Из всего количества беременных женщин необходимость в лечении зубов претерпевают 95% беременных [7], ортопедической - 57%, неотложные операции хирургов осуществляются у 2,4% больных [6].

При проведении анализа 150 женщин в периоде беременности, было определено, что параметры повышенного напряжения кариозных зубов увеличивались к завершению периода гестации по отношению к первому триместру [7]. В частности, ученые определили, что на продолжительности момента беременности 8-12 недель КПУз и КПУп-индексы показали примерно $10,9 \pm 0,8$ и $23,5 \pm 0,9$, а в сроки 34-40 недель показывали показатели большей величины - $14,1 \pm 0,9$ и $26,1 \pm 0,7$, в свою очередь. Оценка гигиенического индекса среди одной и той же категории женщин указывала о плохой его картине и целесообразности промежуточных показателей гингивального индекса воспалительному процессу на десне средней степени тяжести.

Вместе с тем, ученые обнаружили, что с увеличением продолжительности периода беременности поверхность участков деминерализации эмали зуба повышается, в результате было связано с уменьшением в смешанной слюне

содержания кальция и фосфора и освобождением в биоптат кислой среды общего кальция. Исследователи приходят к выводу о неизбежности выполнения гигиенических процедур и мероприятий по реминерализующей терапии в период беременности.

Неспецифический фактор защиты ротовой полости от бактериальных патогенов представлен многими механизмами. К ним можно отнести механические механизмы (барьерная функция слизистых оболочек), микробиологический компонент (роль нормальной микрофлоры), химические (гуморальные) и клеточные факторы ротовой жидкости.

Цитокины после инициации воспалительного процесса в пародонте в дальнейшем поддерживают активацию клеток, ответственных за их синтез, запускают резорбцию альвеолярной кости. Выраженное повреждающее действие на пародонт, прежде всего, связано с изменением секреции ИЛ-1 α и у-ИФ, повышением уровня ИЛ-6, ИЛ-8 [4, 5, 6]. К развитию аутоиммунных нарушений ведет хроническое угнетение продукции ИЛ-2 и ИЛ-2R.

Среди особенностей цитокинового профиля противоречивые данные накоплены относительно у-ИФ при хроническом пародонтите. По мнению Wilson T.G. et al. содержание интерферона- γ в тканях пародонта при его воспалительно-деструктивных изменениях значительно выше, чем в тканях здоровых людей. По мнению Барер Г.М. с соавт. в десневой жидкости при активном течении пародонтита содержание α - и у-ИФ, напротив, снижено, что по мнению авторов свидетельствует о вторичном иммунодефиците по Т-хелперному и Т-супрессорному типу [5, 6].

ИЛ-4 относится к противовоспалительным цитокинам. С ИЛ-4 связывают сдерживание воспалительных и деструктивных изменений в пародонте и снижает проявление остеопороза. Donati M. et al., Gonzales J.R. et al. у больных генерализованным пародонтитом было установлено снижение содержания ИЛ-4 в десневой жидкости, слюне и зубной бляшке снижается. Единичные публикации встречаются и относительно роли ИЛ-12 в патогенезе генерализованного пародонтита. ИЛ-2 отвечает за усиление клеточноопосредованного иммунного ответа, эффективную противоинфекционную защиту.

Дизрегуляция цитокинов и иммуноглобулинов в тканях пародонта приводит к деструктивным изменениям.

Активация остеокластов при деструктивных поражениях пародонта, прежде всего, ассоциирована с образованием ИЛ-1 [10]. Однако, когда рецепторы к ИЛ-1 полностью заблокированы, площадь деструктивных изменений возрастает и возникают системные изменения [8]. При пародонтите установлена, в том числе, и усиленная продукция ФНО- α полиморфно-ядерными лейкоцитами (ПМЯЛ), моноцитами/макрофагами и фибробластами [14], высокая концентрация ИЛ-6, секретируемого остеобластами, фибробластами, макрофагами, ПМЯЛ и Т-лимфоцитами [11].

Литература

1. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92). Часть 4. С 35-40.
2. Назарова Н.Ш., Рахманова Н.Р. "Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6 (60), стр. 65-71.
3. Назарова Н.Ш., Норбутаев А.Б., Исмаилова С.О. "Состояние твердых тканей зубов и пародонта у работающих в табачном производстве". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 59-65.
4. Rizayev Jasur Alimjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment Of Changes In The Condition Of Periodontal Tissues In Workers Exposed To Exposure To Epoxy Resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research №2 P 14-17.
5. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92). Часть 4. С 35-40.
6. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Эффективность саовкупного лечения болезней пародонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственными факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119) . С 85-88.
7. Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини баҳолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 566-570.
8. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чиқаришда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь С 678-682.
9. Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини баҳолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.
10. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чиқаришда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.
11. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.. Эффективность саовкупного лечения болезней пародонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственными факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119). С 85-88.
12. Nazarova Nodira Sharipovna, Islomova Nilufar Bustanovna. Assessment of clinical and morphological changes in the oral organs and tissues in post-menopause women. Frontline medical sciences and pharmaceutical journal. Volume 02 Issue 05, 2022. P. – 60-67.
13. Н.Ш. Назарова, Н.Б. Исломова. Postmenopauza davridagi ayollarda stomatologik kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko'rsatmalari va mexanizmlari. Журнал медицина и инновации. 2 (6), 2022. P. – 204-211.
14. Н.Ш. Назарова, Ш.Ш. Шукуров. B va C surunkali virusli gepatitlarda surunkali tarqalgan parodontit diagnostikasining klinik-morfologik asoslanishi. Журнал медицина и инновации. 2 (6), 2022. P. – 118-123.
15. Н.Ш. Назарова, Ж.Б. Саидмуродова, И.Р. Равшанов. Патогенетические аспекты заболеваний тканей пародонта при ортодонтическом лечении. Журнал медицина и инновации. 2 (6), 2022. P. – 183-191.

ПРОГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В, С И МИКСТ-ИНФЕКЦИЯХ

Кафедра стоматологии факультета последипломного образования Самаркандского государственного медицинского университета

Кафедра ортопедической стоматологии Самаркандского государственного медицинского университета

Аннотация. Вирусные гепатиты (ВГ) – относятся к категории инфекционных заболеваний человеческого организма, которые развиваются под воздействием вирусов, которые разнообразны по своему существу, способами их распространения и передачи от больного к здоровому человеку и располагающая один идентичный атрибут - повреждение печени. ВГ представляют собой антропонозную инфекцию, а значит их возбудители в естественных условиях могут присутствовать только в организме человека.

При гепатитах вирусного происхождения возбудители имеют выборочное сходство (тропизм) к печеночным клеткам. По этой причине раннее расположение вирусов и их репликация (размножение) проявляются главным образом в печеночной ткани, прежде всего в клетках печени (гепатоцитах).

По природе и продолжительности развития гепатиты вирусного происхождения подразделяются на острые и хронические. Порогом среди данных двух типов заболевания относительно учитывают 6 месячный срок с начала заболевания или у определенных больных с начала заражения (если не развивается болезнь) и до 6 месяцев - острый ВГ или острое вирусоносительство, через 6 месяцев - хронический гепатит или хроническое вирусоносительство. [4; 8].

По данным ВОЗ, в разных странах мира более 2 миллиардов человек инфицированы вирусными гепатитами (ВГ), при этом около 350 миллионов являются носителями гепатита В и 500 миллионов - гепатита С [3; 5].

Все известные вирусы гепатита присутствуют в странах СНГ. В отношении парентеральных инфекций вирусных гепатитов страны СНГ относятся к региону с умеренным уровнем заболеваемости (35,2 случая на 100 000 человек). В Татарстане доля вирусных гепатитов "В" и "С" в общем количестве вирусных гепатитов составляет 80%. По данным некоторых авторов [1], в нашей республике растет число так называемых "вирусоносителей" инфекции, ежегодно регистрируется более 10 000-12 000 первичных носителей вирусов гепатитов "В" и "С". Однако зарегистрированная заболеваемость - это лишь часть истинной заболеваемости и только видимая часть "айсберга". Это связано с тем, что большинство случаев гепатита В протекает вне рамок медицинской диагностики, без желтухи и с незначительными клиническими симптомами. Однако безжелтушная форма парентерального гепатита менее опасна, чем желтушная, с точки зрения заражения и последствий [10].

Вирусные гепатиты В и С относятся к группе вирусных гепатитов с парентеральным механизмом передачи. Эти вирусы-возбудители таксономически различны. Общими чертами являются парентеральный механизм передачи и обязательная циркуляция вируса в крови [7].

Вирусный гепатит В - строго парентеральная инфекция, вызываемая вирусом HBV, в том числе ЦМВ; HBV обладает высокой устойчивостью к холоду, жаре, химическому и физическому воздействию. Он сохраняется в течение 3 месяцев при комнатной температуре и 25 лет в высушенной плазме; была продемонстрирована прямая корреляция между продолжительностью HBV и уровнем в крови. [6].

Источником передачи вируса (ВГВ) могут быть все формы острого и хронического ВГВ, а также вирусоносители. Более важное значение в качестве основного источника инфекции для эпидемического потенциала имеют хронические формы ВГВ-инфекции, чем острые. Большую роль играют хронические носители HbsAg и больные клинически желтушной формой HBV; способность HBV длительно, часто пожизненно, персистировать в организме человека рассматривается как экологическая форма его существования [3; 5].

Наиболее полно изучены искусственные (артифациальные) пути заражения ВГВ в результате различных парентеральных лечебно-диагностических, терапевтических и немедицинских манипуляций, приводящих к нарушению целостности слизистых оболочек и кожи. Источником инфекции могут быть контаминированные препараты крови, медицинское оборудование и инструменты, пересаженные органы и ткани; переливание крови или препаратов крови, содержащих ВГВ, также может вызвать инфекцию (посттрансфузионный гепатит) [8; 11].

В дополнение к медицинским манипуляциям, немедицинские парентеральные инъекции имеют первостепенное значение в передаче инфекций HBV. Особенно это касается внутривенного введения лекарственных препаратов, получившего широкое распространение в последние годы. По данным ряда авторов [2], показано, что в последние годы отмечается быстрый рост числа больных острым вирусным гепатитом "В", который связан с употреблением внутривенных наркотиков, причем количественный рост заболеваемости наблюдается среди молодых мужчин в возрасте от 15 до 30 лет. Ниже приведен список наиболее распространенных причин острого вирусного гепатита "В".

Целью данного исследования является обоснование функциональных особенностей тканей пародонта при хронических гепатитах В, С и микст-инфекции В+С.

Ключевые слова: Хронические вирусные гепатиты В, С и микст-инфекции В+С, заболевания пародонта, хронический генерализованный пародонтит, хронический катаральный гингивит.

Материал и методы исследования. Для изучения функциональных изменений в тканях пародонта было проведено углубленное пародонтологическое обследование лиц с заболеваниями пародонта на фоне хронических гепатитов В и С в количестве 110 человек - основная группа, а также 25 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, которые не имеют хронического вирусного поражения печени. Они являлись группой сравнения.

Результаты и обсуждение

Диагностику заболеваний пародонта проводили в соответствии с терминологией и классификацией болезней пародонта, утвержденными на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (1983). Больным проводили ком-

плексное клинико-рентгенологическое обследование тканей пародонта. Оценивали изменение цвета слизистой оболочки десны, степень кровоточивости десен [Muhlemann, 1971], глубину пародонтальных карманов (ВОЗ, 1989), патологическую подвижность зубов [Fleszar T J et al, 1980]. Также проводили индексную оценку состояния тканей пародонта, используя упрощенный индекс гигиены по Грину - Вермильону (1965), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) [Parma G, 1960], пародонтальный индекс (ПИ), [Rüssel A, 1967]. Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы включало в себя внутриротовые контактные снимки отдельных групп зубов и ортопантомографию. Оценку костной плотности скелета (денситометрию) проводили методом дихроматической рентгеновской абсорбциометрии на денситометре «Prology» (США).

Для выполнения поставленных цели и задач исследования в период с 2020 по 2023 годы в Самаркандской областной стоматологической поликлинике было проведено клинико-инструментальное исследование состояния пародонтальных тканей у 110 пациентов в возрасте 20-60 лет с хроническими диффузными заболеваниями печени вирусного происхождения. Из числа обследованных 53 (48,3%) мужчин и 57 (51,6%) женщины имели заболевания пародонта воспалительного типа в течение от 3 до 5 лет.

Для достижения поставленных целей мы использовали комплексную методику исследования. Все пациенты проходили клиническое обследование, которое включало изучение истории жизни и болезни пациента, жалоб, генетического статуса и заболевания, режима и характера питания. Для оценки тяжести заболевания использовались такие критерии, как клинические и биохимические показатели, иммунологические изменения и апоптоз.

Иммунологические показатели периферической крови исследовались для оценки общего состояния организма. Моноклональные антитела против поверхностных рецепторов лимфоцитов человека (CD₁, CD₄, CD₂₀, CD₉₅, CD₂₅, CD₇₁) использовались для измерения количественных и функциональных свойств лимфоцитов в сыворотке крови. Выделение чистых суспензий лимфоцитов из периферической крови проводилось дифференциальным центрифугированием с градиентом плотности 1,077.

Перед началом лечения все пациенты прошли процедуру промывания водой и полоскания под давлением инфицированных пародонтальных карманов для механического удаления микробного содержимого. Это было сделано потому, что желательно промыть пародонтальные карманы водой и промыть под давлением непосредственно перед любой манипуляцией с тканями пародонта, так как микроорганизмы механически удаляются при использовании физраствора или растительных препаратов.

При наличии показаний проводили закрытый кюретаж и функциональную избирательную шлифовку. Затем только начинали лечение тем или иным составом в виде нанесения наспех приготовленной пасты (ex tempore).

Результаты лечения оценивались через 20 дней, 3 месяца и 6 месяцев после лечения путем сравнения клинических и экспериментальных параметров.

Лечение варьировалось в зависимости от тяжести заболевания пародонта. При I степени тяжести применялось местное лечение, описанное выше. При II-III степени тяжести, помимо местного лечения, применялась временная фиксация съемных зубов и хирургическое вмешательство (кюретаж, гингивэктомия и лоскутная хирургия). В качестве лечебных средств использовались иммуномодулирующий препарат Дезоксинат и ультрофонофорез на область альвеолярного отростка с персиковым маслом.

Дезоксинат применялся у 55 пациентов и назначался в виде полосканий 4-6 раз в сутки (1 флакон - 1-2 полоскания). Продолжительность курса лечения 5-10 дней, а также **ультрафонофорез** персиковым маслом в область слизистой оболочки альвеолярного отростка в виде применения подвижной методики в виде скользящих спиралевидных движений по десне в импульсном режиме; время воздействия - 5 минут на каждую челюсть; курс лечения - 10-12 процедур, которые проводили через день.

В зависимости от степени поражения пародонта использовалась классификация заболеваний пародонта, утвержденная 16 съездом Всесоюзной стоматологической ассоциации (1983). Исследование клинического состояния тканей пародонта полости рта у всех пациентов проводилось после установления соматического диагноза вирусного гепатита В или С, а также микст-инфекции (В+С).

В слюне пациентов комплексно оценивалось содержание гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП) и орнитиндекарбоксилазы (ОДК). Взятие проб общей слюны для проведения биохимического исследования выполняли всегда одновременно, в утреннее время, натощак, до чистки зубов (для того, чтобы избежать повреждение десен и попадания в пробу крови), после обязательного споласкивания полости рта водой.

Активность орнитиндекарбоксилазы измеряли фотометрически согласно методике ферментативного метода, основанного на потере субстрата (орнитина) В. А. Храмова (1997) [6]. Суть этого метода заключается в следующем: в 3 пробирки вносят 0,1 мл слюны. Добавляли 0,1 мл воды и использовали эту пробу в качестве холостой пробы для фотометрии; во вторую пробирку добавляли 0,1 мл слюны и кипятили в течение 20-30 секунд.

Добавили 0,1 мл 0,002 моль/л раствора L-орнитина гидрохлорида, что соответствовало 200 нмоль субстрата. В третью пробирку к натуральной, некипяченой слюне добавляли такое же количество орнитина. Все три образца инкубировали при 40 °С в течение 30-60 мин. К каждому образцу добавляли 0,8 мл ледяной уксусной кислоты и 0,1 мл реактива Чинарда [12].

Наиболее распространенное и интенсивное развитие кариеса наблюдалось у пациентов с микст-инфекцией В+С - 96,4±2,44 и 10,15, в то время как у пациентов с ХГВ и ХГС эти показатели были больше на 84,5±1,96 и меньше на 83,5±1,95 соответственно.

Среднее количество зубов, требующих лечения по причине кариеса "К" и его осложнений среди всех больных ХГВ составило 3,05, тогда как при ХГС значение "К" и его осложнений снизилось и достигло значения 2,84, у пациентов с микст-инфекцией В+С.

Среднее количество зубов для кариеса и его осложнений увеличилось и достигло значения 3,20. Среднее количество запломбированных зубов "П" на одного обследованного составило 2,42 при ХГВ, и 3,21 при ХГС.

Хотя среднее количество пломб на одного пациента составило 2,42, это число было ниже у пациентов с ХГВ (2,12). Более того, среднее количество запломбированных зубов быстро увеличивалось у пациентов с микст-инфекцией В+С, достигая максимума 3,58.

Среднее количество удаленных зубов составило 3,17 у пациентов с ХГВ и 2,72 у пациентов с ХГС. Значение этого элемента постепенно увеличивалось у пациентов с микст-инфекцией В+С, достигнув максимального значения 3,37. Таким образом, индекс КПУ чаще встречался у пациентов с микст-инфекцией В+С и ХГВ; зубы, требующие удаления, пломбирования и лечения по причине "К" (кариес и его осложнения) в среднем составляли 10,17 и 8,66 соответственно. У пациентов с ХГВ индекс КПУ также колебался в пределах 7,68, но и ХГВ встречается реже, чем ХГВ.

Среди выявленных пациентов женщины превосходили мужчин на 3,4%. Наибольшая доля пациентов с заболеваниями пародонта была выявлена у 14 женщин в возрасте 30-39 лет, 15 женщин в возрасте 40-49 лет и 13 женщин в возрасте 50-60 лет и 15 пациентов были в возрасте 20-29 лет. Таким образом, не была обнаружена прямая зависимость между увеличением возраста и частотой заболевания.

Среди мужчин наблюдалось 53 пародонтологических пациентов, причем наибольшая доля пародонтологических пациентов приходилась на возрастную группу 30-39 лет: 13; 15 40-49 лет; 13 50-60 лет; 15 20-29 лет. Также не наблюдалась четкая корреляция между возрастом и заболеваемостью.

Частота заболеваний тканей пародонта у женщин составила у женщин в возрасте 3-5 лет - 19, в возрасте 2-3 года - 18, у женщин с первым эпизодом заболевания и до 2-х лет - 20.

У мужчин поражение тканей пародонта было впервые, т.е. от 1 до 2-х лет - выявлено у 20 пациентов, у 20 пациентов с длительностью заболевания до 3 лет, у 13 пациентов с длительностью заболевания 3-5 лет.

При хроническом гепатите В особенные изменения наблюдались у 15 (30%) пациентов 30-39 лет, у 13 (26%) 40-49 лет, у 11 (22%) пациентов 20-29 и 50-60 лет; при хроническом гепатите С значительные изменения наблюдались у 11 (29%) пациентов 30-39 лет, у 10 (26%) 20-29 лет, у 9 (24%) 40-49% и у 8 (21%) пациентов 50-60 лет.

По продолжительности течения болезни все больные ХГВ и ХГС были распределены на нижеследующие группы. В первые годы был установлен диагноз хронического вирусного гепатита В у 15 пациентов (30%), от 2-х до 3 лет у 19 больных (38%), у 16 (32%) до пяти лет.

Хронический вирусный гепатит С в период до 2-х лет обнаружен у 14 пациентов (37%), 2-3 лет у 13 (34%), от 3 до 5 лет у 11 пациентов (29%).

Выраженные проявления у пациентов с хроническим вирусным гепатитом обнаруживались жалобы на гиперемию, отек, кровоточивость десен и подвижность зубов. Большинство больных гепатитом В жаловались на гиперемию и кровоточивость (87,1%) слизистой оболочки десен полости рта, отек (81,7%), расшатанность зубов (76,2%), сухость во рту (39,1%), жажду ночью (37,9%), на разрушенные зубы (34,4%) и жжение и зуд на деснах (19,9%).

В то же время, больные, у которых имелся хронический вирусный гепатит С предъявляли жалобы на сухость во рту и жажду ночью (54,1%), на разрушенные зубы (51,3%), кровоточивость десен (36,9%), расшатанность зубов и горечь во рту (34,1%). Наблюдались гиперемия и жжение в полости рта по (25,6%) и отек (19,9%) слизистой оболочки полости рта.

Для того, чтобы изучить степень индивидуального гигиенического состояния зубов и органов полости рта больных мы выявляли гигиеническую картину ротовой полости.

Удовлетворительное гигиеническое состояние пациентов с ХГВ выявлялось у 11 (22,0%) пациентов, удовлетворительный - у 9 (18,0%), неудовлетворительный и плохой был одинаковым - по 8 (16,0%) и очень плохой - у 14 (28,0%).

У обследованных больных с ХГВ хорошее гигиеническое состояние выявлено у 11 (22%), удовлетворительное - у 9 (18%), неудовлетворительное и плохое - у 8 (16%), и очень плохое - у 14 (28%). У больных ХГС гигиенический индекс (ГИ) был равен 2,62%, а при ХГС 2,77 по отношению к контрольной группе был равен 1,97, которое доказывало плохое гигиеническое состояние ротовой полости. Индекс воспаления десны (РМА) был повышенным при ХГВ и равнялся 35,8%, а при ХГС - 28,25%.

По данным исследования было выяснено, что всем больным было необходимо проведение лечения заболеваний пародонта. Твердые зубные отложения выявлялись у 28 (55,2%) больных ХГВ и 19 (51,5%) пациентов с ХГС, кровоточивость десен наблюдалась у 11 пациентов (22,8%) - ХГВ и 9 (24,2%) больных ХГС. Патологические зубодесневые карманы 4 - 5 мм и более выявлялись у 7 (16,2%) больных с ХГВ и у 6 (19,2%) с ХГС. Не наблюдались ни у одного пациента здоровые пародонтальные ткани как при хроническом гепатите В, так и при хроническом гепатите С. Данные параметры указывали на повышенный уровень распространения заболеваний пародонта. При вирусном гепатите В выявлялось кровоточивость - 1,08 и зубной камень 2,52 секстантах. Наиболее тяжелые виды патологии пародонта (пародонтальный карман 4-5 мм и более) были распространены в 2,37 секстантах. Данные параметры указывали на высокую степень интенсивности поражений тканей пародонта. При гепатите С кровоточивость наблюдалась 1,03 секстантах, зубные отложения 2,44 и пародонтальный карман 4-5 мм и более 5 мм были распространены в 2,3 секстантах.

Выводы. Уровень кариеса у изученных пациентов с хроническим диссеминированным вирусным заболеванием печени при ХГВ, ХГС и микст-инфекцией В+С распространенность кариеса составил 84,7%, 83,5%, 96,6%, а интенсивность кариеса - 7,69% и 10,17%, соответственно, что свидетельствует о высокой распространенности кариозных поражений.

Наиболее распространенное и интенсивное развитие кариеса наблюдалось у пациентов с микст-инфекцией В+С - $96,4 \pm 2,44$ и 10,15, в то время как у пациентов с ХГВ и ХГС эти показатели были больше на $84,5 \pm 1,96$ и меньше на $83,5 \pm 1,95$ соответственно.

Среди обследованных были исследованы распространенность и тяжесть заболеваний пародонта, и всем пациентам потребовалось пародонтологическое лечение. Большинство больных гепатитом В жаловались на гиперемию и

кровоточивость (87,1%) слизистой оболочки десен полости рта, отек (81,7%), расшатанность зубов (76,2%), сухость во рту (39,1%), жажда ночью (37,9%), на разрушенные зубы (34,4%) и жжение и зуд на деснах (19,9%). В то же время, больные, у которых имелся хронический вирусный гепатит С предъявляли жалобы на сухость во рту и жажда ночью (54,1%), на разрушенные зубы (51,3%), кровоточивость десен (36,9%), расшатанность зубов и горечь во рту (34,1%). Наблюдались гиперемия и жжение в полости рта по (25,6%) и отек (19,9%) слизистой оболочки полости рта.

Состояние полости рта и пародонта у пациентов с вирусным микст-инфекцией В+С характеризуется очень плохой гигиеной (ГИ) (3,19) и высокой тяжестью заболеваний пародонта. Очень плохая гигиена полости рта наблюдалась у 50,0% пациентов, плохая гигиена полости рта - у 20,0% и недостаточная гигиена полости рта - у 13,3%. Зубной камень наблюдался у 7 пациентов (23,3%). Патологические карманы были 4-5 мм у 12 пациентов (40,0%) и более 5 мм у 9 пациентов (30,0%). У всех пациентов с микст-инфекцией В+С имелись нарушения костной ткани пародонта.

Воспалительные процессы в тканях пародонта часто наблюдались у пациентов с микст-инфекцией В+С. У пациентов с микст-инфекцией В+С зубные отложения отмечались у 12 (54,5%), а кровоточивость - у 6 (27,3%) пациентов. Патологические карманы были 4-5 мм и более 5 мм у 4 (18,2%) пациентов. В ходе исследования выявлены, что все пациенты нуждались в пародонтологическом лечении.

Таким образом, комбинированное лечение иммуномодуляторами и противовоспалительными средствами показало хороший клинический ответ у пациентов основной группы, с прекращением кровотечения на второй день лечения и исчезновением отека на третий день. Аналогичные изменения произошли значительно позже (5-6 дней) у пациентов группы сравнения. Хороший уровень гигиены по Федорову-Володкиной наблюдался через 20 дней и 6 месяцев после лечения легкого, умеренного и тяжелого хронического генерализованного пародонтита.

Литература

16. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92). Часть 4. С 35-40.
17. Назарова Н.Ш., Рахманова Н.Р. "Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 65-71
18. Rustem Hayaliev, Sabir Nurkhodjaev, Nodira Nazarova, Jasur Rizayev, Rustam Rahimberdiyev, Tatyana Timokhina, Ivan Petrov "Interdisciplinary Approach of Biomedical Engineering in the Development of Technical Devices for Medical Research". Journal of Biomimetics, Biomaterials and Biomedical Engineering, 2021/11/12, P 85-92.
19. Rizayev Jasur Alimdjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment Of Changes In The Condition Of Periodontal Tissues In Workers Exposed To Exposure To Epoxy Resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research №2 P 14-17.
20. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92). Часть 4. С 35-40.
21. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Эффективность совокупного лечения болезней пародонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственными факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119) . С 85-88.
22. Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукумалар холатининг узгаришини баҳолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 566-570.
23. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чиқаришида NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь С 678-682.
24. Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукумалар холатининг узгаришини баҳолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.
25. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чиқаришида NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.
26. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.. Эффективность совокупного лечения болезней пародонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственными факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119). С 85-88.
27. Нодира Назарова, Шерзод Шукуров. В ва С surunkali virusli hepatitlarda surunkali tarqalgan parodontit diagnostikasining klinik-morfologik asoslanishi. in Library, 22(1), 118–123.
28. Ахмедов Алишер Астанович, Ризаев Джасур Алимджанович, Садиков Абдушукур Абдужамилевич, Тураев Алимжан Бахриднович. (2021). Состояние тканей пародонта у спортсменов, занимающихся циклическими видами спорта. Анналы Румынского общества клеточной биологии , 235–241. Получено с <https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/102>.

Ражабов А.А., Камалова Ф.Р.

РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

Бухарский государственный медицинский институт Кафедра детской стоматологии, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность.

Частичное отсутствие зубов является самой распространённой патологией зубочелюстной системы. По мнению Д.А.Гаврилова, Л.А.Шавлянова (2002) уже к 14 годам жизни 10-24 % детей имеют малые дефекты зубного ряда, а среди старшеклассников 31,9 % учащиеся нуждаются в ортопедическом лечении дефектов зубного ряда.

На основании экспериментальных и клинических наблюдений установлено, что нарушение непрерывности зубных рядов вызывает патоморфологические и функциональные изменения вблизи дефекта и распространяется на весь зубной ряд, а затем и на весь организм в целом. (Рогинский В.В. 1984). Отсутствие зубов у детей приводит к стойким, а иногда к неисправимым изменениям лица заметному уплощению мягких тканей, укорочению верхней губы, проге-

ническому соотношению челюстей, снижение нижнего отдела лица, что придает лицу больного старческий вид (Васильев В.П., Гаврилов Е.И). Отсутствие зубов приводит к нарушению функции желудочно-кишечного тракта, функции речи. В более старшем возрасте (13-16 лет) дети становятся менее контактными, замкнутыми, мало смеются. (Иванов В.С., Овруцкий Г.Д., Гемонов В.В. 1984, Хасанов Р.А. 2004).

Практически здоровый человек, имеющий дефект зубного ряда, обращается с целью зубопротезирования к врачу. Врач препарирует интактные зубы, расположенные рядом с дефектом. В последующем на эти обточенные зубы надевается коронка. Как известно, уже через 4-5 лет эти ранее здоровые зубы под коронкой разрушаются и в последующем удаляются. К сожалению, на сегодня это норма, так как многие ортопеды не умеют по другому замещать дефект. (Хасанов Р.А. 2004).

Таким образом отсутствие зубов является самой частой патологией зубочелюстной системы, по мнению большинства авторов служит причиной развития деформации зубных рядов и прикуса.

Цель исследования.

Изучить частоту, клиническую картину и течение хронического периодонтита у лиц различного возраста, сохранить причинный зуб.

Материалы и методы исследования.

Нами проведено исследование и изучены 62 больных с различными видами хронического периодонтита того или иного зуба лечившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии БухГосми в 2020-2022 г.

Анализ причин возникновения показал, что хронический периодонтит может возникнуть в зубах ранее болевших с симптомом боли от температурных раздражителей, когда лечение не проводили или заканчивали не обращаясь к врачу до перехода заболевания в хроническую форму, из анамнеза было выявлено, что больной когда-то получил травму в области причинного зуба.

Наблюдения показали, что чаще всего 28,6 % случаев поражаемости подвергались моляры. Нижняя челюсть (63,2%), верхняя челюсть (54,2%).

Возникновению хронического периодонтита в стадии обострения способствовали переохлаждение, общая простуда, грипп, резкое накусывание на твердую пищу и др.

Лечение хронических периодонтитов у обследованных больных проводили в зависимости от возраста, фазы воспалительного процесса, выраженности клинической картины и времени прошедшего от начала заболевания, рентгенологических данных.

У 48,6% были удалены причинные зубы, (так как их сохранить было невозможно - полностью была разрушена коронковая часть). Больным назначали антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты, витамины.

У 51,4 % больным было произведена реплантация причинных, в большинстве случаев нижних моляров. В день обращения под проводниковой (мандибулярной) анестезии удалили причинный зуб, а консервацию реплантатов проводили в консервирующем растворе "Викон".

В последующем восстановили анатомическую форму коронки путём пломбирования её "Компосайтом". Произведена резекция верхушки корня в размере 0,3-0,4 мм. После всех этапов лечения зуб был пересажен в родную лужу.

Проводилась антибактериальная, противовоспалительная, обезболивающая и десенсибилизирующая терапия.

Проводили иммобилизацию зуба с помощью проволочной или проволочно-композитной шины. Для проведения терапевтического лечения реплантата нами предложено устройство в виде тиски, удобный в обращении и безопасный для врача.

Проведенные нами клинико-рентгенологические и функциональных исследований после пересадки зубов предусматривали изучение процесса приживления реплантата и восстановление его функции в послеоперационном периоде. Через месяц после операции, когда снимали укрепляющий реплантат шину, общее состояние больного удовлетворительное.

Объективно: слизистая оболочка в полости рта и в области реплантированного зуба бледно-розового цвета, пальпация не вызывает болезненности, перкуссия реплантированного зуба безболезненная. Реплантат неподвижный или отмечается незначительная подвижность. Десна плотно охватывает шейку реплантата.

Через 6 месяцев после операции дентальной реплантации клинически определяется полное восстановление функции реплантата. Больные отмечают, что пользуются реплантированными зубами также, как и другими. Укрепление трансплантатов наблюдалось через 40 дней, визуально не отличались от интактных зубов. На рентгенограммах этого периода, отмечается полная или заканчивающаяся репарация костной ткани в области резецированной в ходе операции верхушки реплантированного зуба. Отмечается равномерная ода линия периодонтальной щели.

Вывод.

Таким образом, результаты клинических исследований показал, что при лечении хронических периодонтитов способствуют ранней ликвидации местных и общих признаков воспаления, можно сохранить причинный зуб. Реплантация является легкодоступным, простым эффективным, малотравматичным, а замещение дефектов зубного ряда путем пересадки является тем идеалом, к которому стремится человечество.

Список литературы

1. Хасанов Р.А. Пересадка зубов: монография. – Башкирия - Уфа. 2004 г.
2. Akhtamovich R. A. Replacement of dental defects in children with acute tooth injury by transplant //journal of healthcare and life-science research. – 2023. – Т. 2. – №. 6. – С. 28-32.
3. Akhtamovich R. A., Rakhmatillaevna K. F. Replacement of Defects in the Dentition in Children by Tooth Transplantation //American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 17-20.
4. Axtamovich R. A. et al. Features of Surgical Methods for the Elimination of Congenital Bilateral Cleft Lip and Palate //international journal of health systems and medical sciences. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 127-129.

5. Kamalova F. R. et al. The study of anomalies of maxilla-facial system of children's age in the Bukhara region //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2019. – Т. 9. – №. 12. – С. 63-67.

Рахматова Р.А., Косимова Ф.С., Курбонов М.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИЦА И НЁБА

Кафедра стоматологических дисциплин ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. По данным ВОЗ, частота рождаемости детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области составляет в среднем 1 на 750 новорожденных. Врождённая расщелина губы и нёба встречается в 3094 случаях из всех пороков развития человека и в 8694 случаях из всех видов патологии челюстно - лицевой области. Проблема лечения детей с врождённой расщелиной губы и нёба (ВРГН) остаётся по-прежнему актуальной в Республике Таджикистан в связи с недостаточной квалифицированной, специализированной помощью детям с такой патологией. Следовательно, проведение оценки с учётом имеющихся нарушений и коррекции их до проведения хирургического вмешательства позволяет снизить риск осложнения и летальность в данной группе больных.

Цель исследования. Оптимизация предоперационной подготовки лечения детей с врождёнными пороками развития лица и нёба.

Материал и методы исследования. В отделение детской челюстно-лицевой хирургии Национальный медицинский центр Республики Таджикистан за период 2018-2021 гг. поступили и получили лечение 111 детей разного возраста. Новорожденных до 3 лет составило 40-45,194, от 4 года до 7 лет 43-34,594, и от 8 до 11 лет - 28 детей. Все больные проходили клинические, антропометрические, фотометрические и рентгенологические методы исследования проводили осмотр больного, снятие слепков с верхней и нижней челюстей, изготовление диагностических вспомогательных моделей челюстей до и после лечения, введение съёмного ортодонтического аппарата и ортопедической конструкции, ортопантомографию, компьютерную томографию по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Характер предоперационной подготовки зависит от вида порока, времени поступления ребёнка в стационар, наличия осложнений, сочетанных аномалий развития и сопутствующих заболеваний.

Из 111 больных с пороками развития лица 25 при поступлении имели относительно стабильную гемодинамику, и после кратковременной предоперационной подготовки производилось оперативное вмешательство с предварительным определением показателей общего и биохимического анализа крови, коагулограммы.

Бактериологические исследования были выполнены 78 ребёнку. Материал для исследования включал в себя регулярное исследование трахеобронхиальных смывов, мокроты, мочи, раневой поверхности в течение всего времени пребывания больного в отделении.

При изучении видового распределения микрофлоры, полученной в зависимости от места ее выделения, отмечена схожесть состава микрофлоры, полученной из различных участков организма и, в большинстве случаев был выделен ведущий возбудитель гнойно-септического процесса. Исследования бактериологического спектра динамики, характера микрофлоры в зависимости от сроков заболевания, чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам позволили разработать схему антибактериальной терапии, которая применяется уже до получения данных бактериологических анализов.

Так как из 111 больных детей 55 имели сопутствующие патологии в момент поступления, изменения гемодинамики и метаболизма в предоперационном периоде с учётом операционно-анестезиологического риска, была назначена инфузионно-трансфузионная терапия по разработанной программе. Особое внимание обращали на повышение резистентности организма к предстоящей операции. С этой целью применялись различные кровезаменители, гемостатики (дицинон, викасол), антигистаминные (тавегил, Са глюконат) и гормональные препараты (дексаметазон, преднизолон). Профилактика послеоперационных осложнений со стороны дыхательной системы проводилась путём ингаляции лечебными травами 1-2 раза у детей, имеющих сопутствующие патологии (бронхит, бронхопневмония).

Выводы. Таким образом, проведение предоперационной подготовки с учетом состояния больных, объёма оперативного вмешательства надёжно обеспечивает гладкое течение всех этапов обезболивания и ближайшего послеоперационного периода.

Литература

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. Под редакцией проф. Л.В.Харькова. М.: Книга плюс, 2005.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002.
3. Лукьяненко А.В. Ранения лица. – Москва, Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003.

Садриев Н.Н., Ахроров Т.В.

БЮГЕЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ЗАМКОВЫМИ КРЕПЛЕНИЯМИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация: Развитие альтернативных стоматологических услуг позволило пациентам выбирать между государственной стоматологической помощью и частными клиниками. Многие пациенты страдают от частичной потери зубов в относительно молодом возрасте. Восстановление различных дефектов бюгельными и микропротезами с использованием замковых креплений является одной из альтернатив стандартному лечению. В то же время использование несъёмных и съёмных протезов с замковыми креплениями современных производителей требует подготовки

врачей и зубных техников, наличия в литейных лабораториях соответствующего оборудования для точного литья, соблюдения технологии изготовления и правильного выбора типа замкового крепления в соответствии с особенностями дефекта зубного ряда. Практическое использование замковых креплений при проведении стоматологического лечения связано с достаточным количеством осложнений, обусловленных врачебными ошибками. Так, в отечественной литературе имеется лишь одно сообщение об ошибках при протезировании зубов с использованием замковых креплений. Были рассмотрены и частные вопросы, связанные с повышением качества лечебно-диагностического процесса в ортопедической стоматологии. Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что в настоящее время в практике ортопедической стоматологии не существует единой и сформулированной классификации ошибок и осложнений при протезировании зубов с использованием замковых креплений (аттачменов). Отсутствует также документация по всем этапам ортопедического лечения с использованием данного вида композитных конструкций. Кроме того, как показывает практика, в ортопедической стоматологии при протезировании с использованием замковых креплений существует проблема конфликтных ситуаций, не изучена проблема клинико-профессиональной оценки врачебных ошибок и осложнений, не разработаны алгоритмы их решения. Поэтому была предпринята попытка изучить причины врачебных ошибок и осложнений при ортопедическом лечении с использованием замковых креплений у пациентов с частичным отсутствием зубов и на основе полученных результатов повысить эффективность ортопедического лечения. Наряду с этим изучалось влияние медико-правовой грамотности врачей-стоматологов-ортопедов на разрешение конфликтных ситуаций при оказании данного вида лечения.

Методы исследования: С целью изучения ошибок и осложнений на клиническом этапе изготовления и применения замковых креплений в ортодонтии и микропротезировании в стоматологических поликлиниках Самаркандской области в течение нескольких лет проводилось исследование пациентов с частично утраченными зубами. Из общего числа обследованных пациентов у 150 были выявлены осложнения, связанные с дефектами протезов с замковыми креплениями. При осмотре полости рта и анализе дефектов были выявлены врачебные ошибки в различных частях протеза в зависимости от клинической стадии протезирования. Для этого было изготовлено 100 протезов с использованием различных типов аттачменов. Кроме того, было изготовлено 50 микропротезов с замковыми креплениями. Для определения состояния постоянных зубов и альвеолярной системы были обследованы 600 пациентов (350 мужчин и 250 женщин) с эндодонтическими дефектами I и II класса по Кеннеди в возрасте от 25 до 75 лет. Двусторонние эндодонтические дефекты имелись в 416 случаях; из 600 пациентов 305 ранее были снабжены протезами с кламмерной и замковой фиксацией. Причинами замены протезов были боль под базисом протеза, дискомфортные ощущения, плохая фиксация, привычка к протезу и различные осложнения при ношении бюгельных протезов с кламмерной фиксацией. Остальные 295 пациентов никогда не пользовались съемными протезами. Также было обследовано 405 пациентов (181 мужчина и 224 женщины) в возрасте от 20 до 65 лет с дефектами зубных рядов II и III класса по Кеннеди. Дефекты включали 230 верхнечелюстных и 175 нижнечелюстных случаев. Из 405 наблюдаемых пациентов 168 ранее были установлены металлические мостовидные протезы, немедленные протезы или микропротезы на аттачменах. Причинами смены протеза были боль под металлическим мостом из-за большого промежутка между зубами абатмента, перелом моста, неприятный запах из-под коронки абатмента, боль под базисом немедленного протеза и различные осложнения при ношении аттачменного микропротеза. Остальные 227 пациентов не получали ранее ортопедического лечения. По данным нашего исследования, причинами частичной потери зубов были кариес и его осложнения, висцеральные заболевания - 52% пациентов, механические травмы различного характера - 12% пациентов, заболевания пародонта - 40% пациентов. Клинический опыт применения 195 ортодонтических аппаратов с 384 замковыми креплениями для протезирования дистальных и неограниченных дефектов зубного ряда и 88 микропротезов с 94 замковыми креплениями для протезирования инклюзивных и односторонних краевых дефектов зубного ряда показал, что основные закономерности в состоянии связочного аппарата пародонта, зубов и самого протеза в зависимости от вида замкового крепления Основными закономерностями явились.

Клинические исследования интраканальных замковых креплений показали, что наибольшее количество ошибок и осложнений при манипуляциях с протезами с различными типами замковых креплений возникает при неправильном выборе вида ортопедического лечения и несоблюдении техники изготовления протеза. Исследование показало, что наиболее часто ошибки и осложнения возникают при неправильном выборе вида ортопедического лечения и несоблюдении техники изготовления протезов. Клинические исследования на пациентах показали, что ошибки и осложнения при ортопедическом лечении возникают как по объективным, так и по субъективным причинам в практической деятельности специалистов, особенно при протезировании с замковыми креплениями. На основании анализа литературы, изучения клинических ошибок в различных частях протеза и собственных наблюдений мы выделили все возможные варианты наиболее часто встречающихся ошибок и осложнений при протезировании замковыми фиксаторами и сгруппировали их на:

Ошибки при фиксации протеза:

1. ошибки в выборе конструкции композитных протезов с замками при наличии воспалительных заболеваний тканей пародонта, атрофии альвеолярного гребня, эластичности слизистой оболочки и подвижности зуба-абатмента;
- 1.2 Ошибки, связанные с неполным лечением хронического воспаления опорного корня (эндодонтические ошибки);
- 1.3 Перфорация стенки корня, травма дна ямки и бифуркация опорного зуба (эндодонтические ошибки);
- 1.4 Недостаточное пломбирование корневого канала абатментного зуба (эндодонтическая ошибка) 1.5;
- 1.5. ошибка при препарировании корня под штампованную вкладку;
- 1.6. перфорация стенки корня абатментного зуба под вкладку;
- 1.7. отсутствие рентгенологического контроля;
- 1.8. повреждение маргинальной десны;
- 1.9. ошибки при реставрации при частичном отсутствии поддесневых тканей;
- 1.10. повреждение и механическая травма зуба-абатмента (перегрев зуба);

- 1.11. механическая травма соседних зубов;
- 1.12. нарушения смешивания и пломбирования цемента в полости корня под вкладкой и внутри коронки;
- 1.13. Отсутствие уступов под вкладками и абатментными коронками;
- 1.14. чрезмерные зазоры между внутренней поверхностью опорной коронки и культей зуба;
- 1.15. низкое качество изготовления опорных коронок;
- 1.16. повреждение патиц замковых креплений;
- 1.17. использование большого количества замковых креплений при малом количестве опор;
- 1.18. выход из строя шарика патицы в течение срока службы протеза (неправильная обработка, дефекты литья шейки шарика, не сделаны блокировки);

Ошибки в соотношении съемной и несъемной частей составного протеза:

- 2.1; выбор конструкций с использованием замковых креплений, обусловленный дефектами зубного ряда.

Неправильное использование замков;

- 2.4. ошибки при определении жесткости матрицы и патицы замкового крепления;
- 2.5. ошибки при обработке гнезда матрицы замкового крепления;
- 2.6. образование пространства между съемной частью и слизистой оболочкой;
- 2.7. дефекты изготовления интерлока;
- 2.8. дефекты матрицы
- 2.9. отсутствие взаимодействия между замковой матрицей;
- 2.9. неправильный выбор размера бюгельного крепления;
- 2.10. неправильный выбор типа замкового крепления;
- 2.11. отсутствие параллельности замкового крепления бюгеля;
- 2.12. отсутствие места для пальцев пациента при снятии протеза

Отсутствие в протезе удобного места для захвата; ошибки при изготовлении съемной части композитного протеза:

- 3.2. ошибки при изготовлении каркаса протеза;
- 3.3. седловидная часть каркаса, просвечивающая через базис протеза;
- 3.3. пространство между съемной частью и слизистой оболочкой;
- 3.4. ошибки при изготовлении гнезда матрицы;
- 3.5. плохая фиксация протеза;
- 3.6. ошибки при повторном изготовлении съемной части композитного протеза;
- 3.7. аллергическая реакция;
- 3.8. слизистая оболочка полости рта.
- 3.9. травма или токсическое повреждение;
- 3.9. недостаточное пространство для охвата протезом матричного гнезда каркаса бюгельного протеза;
- 3.10. отсутствие плотного контакта смыкающихся плеч бюгельного протеза;
- 3.11. ошибки при восстановлении центральной окклюзии с помощью бюгельного протезирования.

Из приведенных данных можно сделать вывод о недостаточном уровне профессиональных навыков, снижении значимости точного и своевременного ведения медицинской документации, недостаточном контроле за практической деятельностью врачей-стоматологов со стороны лиц, ответственных за структуру и управление стоматологическими учреждениями. Однако данный показатель не является результатом успешной работы врачей-стоматологов. Это связано с тем, что за последнее десятилетие руководством стоматологических поликлиник республики было проанализировано 273 жалобы пациентов на ненадлежащее оказание стоматологической ортопедической помощи населению. Анализ показал, что жалобы разделились на две основные группы: жалобы на организационную работу стоматологической поликлиники и жалобы на низкое качество стоматологической помощи. Следует отметить, что за тот же период жалобы на организационную работу стоматологических учреждений составили 61% от общего числа жалоб. Это связано с изменением законодательства в области здравоохранения в связи с развитием рыночных отношений, внедрением стоматологами и хирургами-ортопедами современных методов протезирования частичных дефектов зубов с использованием замковых креплений, а также с повышением правовой грамотности пациентов. Большинство заявителей составляли женщины. При этом 80 % составляли городские жители и 24% - сельские. В то же время анализ показал, что количество письменных жалоб, поданных пациентами, было связано с качеством лечения и обслуживания и распределялось по возрастным группам: женщины - в возрасте от 40 до 67 лет, мужчины - в возрасте от 50 до 68 лет. 120 (44%) жалобы были связаны с некачественным ортопедическим лечением, 95 (35%) жалоб касались низкого качества обслуживания и несоблюдения этических норм медицинским персоналом (врачами и медсестрами) в стоматологических учреждениях. Остальные 50 жалобы (19% случаев) были поданы гражданами, получившими стоматологическую помощь в ортопедическом отделении. Известно, что качество стоматологической помощи населению во многом зависит от уровня профессиональной подготовки и квалификации специалистов в этой области. В связи с этим врачи-стоматологи-ортопеды должны обладать достаточными знаниями о деталях клинического применения замкового соединения в биомеханике, которые обязательно должны быть зафиксированы в амбулаторной карте пациента (истории болезни и другой медицинской документации), с дополнительным обследованием и диагностикой на клиническом этапе. Результаты опроса стоматологов-ортопедов показывают, что 75% врачей-специалистов используют в своей работе новейшие методы и технологии протезирования, но не до конца понимают тонкости замкового соединения в биомеханике. По данным опроса, большинство врачей (65%), обсуждая с пациентами предварительные планы ортопедического лечения с использованием замков, либо отказываются, либо получают согласие на дополнительное рентгенографическое исследование зубов-абатментов - необходимое условие для обеспечения качества ортопедического лечения. Такие обследования были зафиксированы в амбулаторных картах только в 13% случаев, а записи о согласии

или отказе пациента на протезирование с использованием замков отсутствовали. 77% специалистов заявили, что предупреждают пациентов о возможных ошибках или осложнениях при проведении ортопедического лечения с использованием замков. По мнению специалистов, причинами этого являются недостаточная специализированная квалификация врачей-ортопедов для такого сложного вида протезирования (36%), недостаточное материально-техническое обеспечение в процессе лечения (15%), недостаточное оснащение (8%) и недостаточное количество времени, необходимое для качественного проведения всех этапов ортопедического лечения. Некоторые респонденты также указали, что эти данные заносятся в амбулаторную медицинскую карту пациента. Однако результаты анализа оказались прямо противоположными. Ни одна запись в амбулаторной карте пациента не предупреждала о возможных ошибках или осложнениях в ходе лечения. В то же время 70% специалистов указали, что все ошибки и осложнения, возникшие в ходе ортопедического лечения с использованием блокирующих фиксаторов, они фиксируют в амбулаторной карте. Однако только 6% имели такую запись в амбулаторных картах своих пациентов. По данным анкетирования, 90% специалистов проводили профилактические осмотры своих пациентов по поводу свободы замкового крепления или модификации выдвижной части композитного протеза, но только 24% имели такую запись в амбулаторных картах. 63% специалистов отметили, что применяют в своей практической деятельности современные методы ортопедического лечения, а 42% респондентов используют современные материалы и технологии протезирования, в частности композитные конструкции с замковыми фиксаторами.

Заключение: Таким образом, наше исследование показывает, что возникновение ошибок при аттачмент-протезировании связано как с недостаточной квалификацией врачей, так и с отсутствием должной организационной и методической работы со стороны руководства учреждений здравоохранения.

Литература:

1. Astanovich A. D. A. et al. The State of Periodontal Tissues in Athletes Engaged in Cyclic Sports //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 235-241.
2. Astanovich A. A. Comparative Analysis of the Stress-Strain State of the Lower Jaw with Different Splinting Systems in Localized Periodontitis of Middle Gravity by Finite Element Modeling //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 181-187.
3. Ortikova N., Rizaev J. THE PREVALENCE AND REASONS OF STOMATOPHOBIA IN CHILDREN //E-Conference Globe. – 2021. – С. 339-341.
4. Ахмедов А. А. Иммунологические аспекты патогенеза гингивита и пародонтита //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 121-123.
5. Alimdjanovich R. J., Khairullaeva O. N., Normuratovich N. A. CORRECTION OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN CHILDREN WITH NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF DENTAL ADMISSION //Archive of Conferences. – 2021. – С. 108-114.
6. Xairullaeva O. N., Alimjanovich R. J. Improving the effectiveness of therapeutic and preventive measures by correcting psychoemotional stress in children at a dental appointment. – 2022.
7. Maxzuna U., Zarafruz B. IMPROVING THE PROVISION OF THERAPEUTIC DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 618-623.
8. Zarafruz B., Hekmat K. H. A. S. MANIFESTATION OF HERPETIC INFECTION IN THE ORAL CAVITY AND THEIR TIMELY ELIMINATION //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 47-52.
9. Qobilovna B. Z., Nodirovich E. A. EVALUATION OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH REMOVABLE DENTAL PROSTHESES FOR PATIENTS WITH PAIR PATHOLOGY //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2023. – Т. 11. – С. 95-101.
10. Ruziyeva K. A., Burhonova Z. K. K. Complex Application Of Magnetic Laser Therapy And Propolis Tincture For The Prevention And Treatment Of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – №. 06. – С. 127-130.
11. Абдуллаева Н. ИСКРИВЛЕНИЕ ШПЕЕ ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОМ УДЛИНЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНОГО РЯДА //Collection of scientific papers «ЛОГОС». – 2023. – №. May 26, 2023; Boston, USA. – С. 344-348.
12. Jamshed S. PREVALENCE OF PHYSIOLOGICAL BITE FORMS IN PEOPLE WITH DIFFERENT FACE TYPES //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
13. Makhmudova U. B. The Effectiveness Of The Use Of Parapulpal Pins (Ppp) When Restoring Defects In The Crown Part Of The Frontal Teeth //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 2.
14. Bakhtiyorovna M. U. Causes Of Removable Denture Breaks And Allergic Reactions //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 374-377.
15. Bustanovna I. N. Assessment Of Clinical And Morphological Changes In The Oral Organs And Tissues In Post-Menopause Women //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3..
16. Nizomitdin A. I. Therapeutic Effect Of Improved Enamel Surface Preparation Technique In The Treatment Of Acute Initial Caries Of Temporary Teeth In Children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 440-445.
17. Jamshed S. Prevalence Of Physiological Bite Forms In People With Different Face Types //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
18. Nazhmiddinovich S. N., Obloberdievich S. J. Optimization of Orthopedic Treatment of Dentition Defects in Patients with Chronic Diseases of the Gastrointestinal Tract //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 157-159.
19. Ахмадов И. Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАСТИЧНЫХ И ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.

20. Ахмадов И. Н. Нарушения в системе перекисного окисления липидов при парадантозе //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 124-127.
21. Ахмадов И. ОБЗОР СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ //ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИКАМИ «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ». – 2021. – С. 43
22. Ikramova F. F. Ikramova Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs: Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs //Архив исследований. – 2021.
23. Shoxrux S., Shoxrux I., Faxriddin C. PREVENTION AND TREATMENT OF ORAL INFECTIONS IN DENTURE WEARERS //International Journal of Early Childhood Special Education. – 2022. – Т. 14. – №. 4.
24. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASORATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
25. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASORATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.

¹Салимов Б. А., ²Вохидов А.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» г. Душанбе Республика Таджикистан; ²ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность.

Уровень стоматологического образования влияет на здоровье полости рта. Задача детского стоматолога – выстроить детскую мотивацию к гигиене полости рта, используя современные пропагандистские методы, в том числе интерактивное управление и умные технологии, значительно повышающие мотивацию человека и охват населения. В большинстве случаев на современном этапе именно реклама оказывает существенное влияние на выбор вида и разновидности зубной пасты. На принятие решение (рис.1.) о выборе вида пасты у более чем 2/3 (77%), существенную роль отводилась цене товара. Определяя предпочтение респондентов о выборе вида зубных паст, установлено, что половина опрошенных 55% пациентов дают предпочтение именно тем пастам, которые обладают преимущественно отбеливающим эффектом.

Цель исследования.

Изучить уровень стоматологических знаний детей и родителей, а также определить взаимосвязи с состоянием гигиены полости рта и практических навыков по уходу за полостью рта,

Материалы и методы исследования

Проведенные исследования основаны на результатах анкетирования и клинического обследования 250 детей школьников 7-8, 12 и 15 лет, г. Душанбе. Со стороны соматических органов каких-либо жалоб обследованные дети не предъявляли все дети были здоровыми.

Детям проводилось анкетирование по методике ВОЗ, заполнялась «Анкета о здоровье полости рта детей (2013)». Анкета является кратким и комплексным опросником, рекомендуемым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Форма содержит блоки вопросов по самооценке состояния зубов и десен, вопросы, касающиеся ухода за зубами, частоты и причин визитов к стоматологу, оценивает знание и использование средств гигиены полости рта. Полученные результаты были обработаны в программе Statistica 13.3.

Результаты исследования и их обсуждение.

В процессе самооценки дети и их родители чаще в анкетах указывали, на то, что состояние зубов как хорошее (34%) и удовлетворительное (30%), 27% неудовлетворительное, 9% плохое и очень плохое.

Тогда как характеристика состояния дёсен в большинстве случаев было оценено более позитивно: отличное — 24 %, очень хорошее — 17 %, хорошее — 34 %, 13 % — неудовлетворительное и плохое, 12 % затруднились с ответом.

На состав пасты, а именно на фторсодержащую обращают внимание 27% пользователей, 23% отдали предпочтение противовоспалительной и 7% на зубную пасту с комплексным действием. Каждый десятый пациент 10% указал на доступность товара, 8% доверяют рекламе, 4% за основу выбора ставят вкусовые качества паст.

Оценивая пищевой статус детей, установлено, что прием пищи происходит на более регулярной основе, в большинстве имеют возможность употреблять продукты питания необходимы для формирования полноценной эмали зубов. Употребляемые пищевые продукты богатые кальцием, включая и фтор. Выявлено, что большинство родителей покупают своим детям значительное количество рафинированной, богатой сахарозой пищи, не признавая пагубное их влияние на полость рта детей.

Большинство родителей по причины низкой санитарной культуры и медицинской активности не всегда могут реально оценить последствия приема в пищу продуктов питания, которые относятся к группе кариесогенов.

По итогам наших исследований установлено, что родители каждого четвертого ребёнка 25,5% покупают чипсы, каждый третий 29,0% — кукурузные палочки, столько же 30,4 % сладкую газированную воду, 25,0 % сладкие леденцы. В тоже время выявлено, что всего 5% родителей воздерживаются от покупки своим детям указанных продуктов питания.

Именно выделения предпочтения одним из видов продуктов питания, которые могут оказать негативное влияние на состояния стоматологического здоровья является проекты питания. С целью определения предпочтения каково либо продукта питания нами было предложено респондентам выбрать наиболее часто используемые продукты питания.

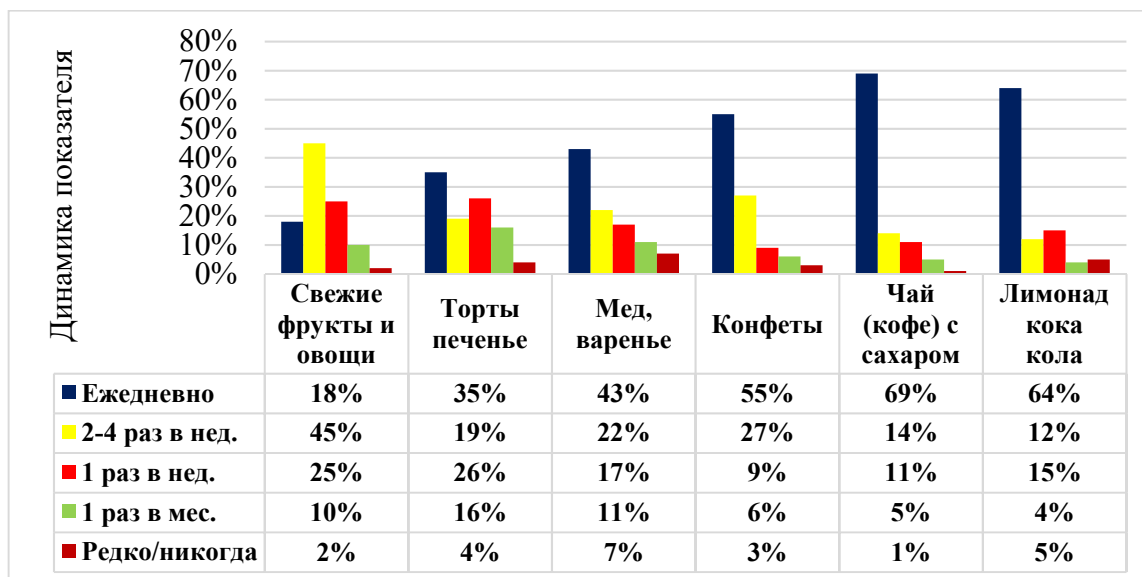


Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос о частоте употребления различных продуктов питания.

По итогам работы выявлено, что большинство из нас ежедневно употребляют чай или кофе с сахаром, конфеты, а также сладкие газированные напитки (69, 55 и 64% соответственно). Около трети 27% пациентов включают конфеты в свое меню 2-4 раза в неделю. Выявляя частоту употребления других сладких продуктов у респондентов установлено: 43% ежедневно используют в качестве десерта мед или варенье, а 1/4 вводят их в свой рацион 2-4 раза в неделю. Десерты в виде тортов, печений и пирожное на столе присутствуют ежедневно 35% респондентов и с частотой 2-4 раза в неделю у 19%. Что касается свежих овощей и фруктов, то половина опрошенных утвердительно ответили, что наиболее регулярно употребляют эти необходимые для здоровья организма в том числе десен и зубов продукты питания 2-4 раза в неделю, 10% — добавляют их в меню 1 раз в месяц, а 2% делают это редко или не делают никогда.

Определяя возникающие проблемы с приемом пищи связанных с патологией зубов или десен установлено, что 40,7% респондентов указали на то, что подобных проблем не имеют, 18,8% возникают, но редко.

Выводы.

Выявлена высокая частота приема кариесогенных продуктов и напитков. Ежедневно свежие фрукты употребляют только каждый пятый ребенок, тогда как печенье, торты и пирожное предпочитали каждый третий ребенок, а каждый второй конфеты и леденцы. Лимонад и газированные напитки пьют 64,0 % детей. Исследование выявило низкий уровень стоматологической культуры и низкую мотивацию к уходу за полостью рта как детей, так и родителей.

Для повышения уровня знаний у школьников необходимы проведение стоматологического просвещения в школах с применением различных средств в виде бесед, игр, показа мультфильмов и фильмов про гигиену полости рта, применение смарт-технологий. Командная работа врача-стоматолога и родителей, а также правильное применение современных средств пропаганды здорового образа жизни явится залогом формирования нового убеждения к процессу ухода за полостью рта и мотивацию на здоровый образ жизни.

Список литературы

1. Иощенко Е. С. Анализ основной стоматологической заболеваемости детского населения г. Екатеринбурга / Е. С. Иощенко, Е. В. Брусицына, Т. В. Закиров, Н. В. Ожгихина, Л. И. Ворожцова // Проблемы стоматологии. – 2017. – № 1. – С. 110–113. doi:10.18481/2077-7566-2017-13-1-110-113
2. Кисельникова, Л. П. Использование современных средств гигиены рта в целях повышения мотивации детей на стоматологическое здоровье / Л. П. Кисельникова, Н. А. Сирота, Т. Е. Зуева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2018. – № 3. – С. 70–74.
3. Розакова, Л. Ш. Стоматологический статус и осведомленность в вопросах профилактики основных стоматологических заболеваний студентов педагогического вуза, как потенциальных источников информации о формировании стоматологического здоровья для детей дошкольного и младшего школьного возраста / Л. Ш. Розакова, А. М. Хамадеева, Г. В. Степанов // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2019. – № 1. – С. 79–83.
4. Родионова А. С. Современный подход к профилактике кариеса на популяционном уровне / А. С. Родионова, Т. Н. Каменнова, И. В. Афонина, Т. Г. Хмызова, В. Р. Огонян // Проблемы стоматологии. – 2015. – № 3-4. – С. 25–31.
5. Дрегалкина, А. А. Структура заболеваний челюстно-лицевой области среди жителей Свердловской области / А. А. Дрегалкина, И. Н. Костина // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14, № 2. – С. 68–73.

Терехова Т.Н.¹, Бутвиловский А.В.², Пыко Т.А.^{1,2}

СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СИЛЕРОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

¹Кафедра стоматологии детского возраста УО «БГМУ». Республика Беларусь. ²Кафедра эндодонтии УО «БГМУ». Республика Беларусь.

Актуальность. В настоящее время для obtурации корневых каналов постоянных зубов широко применяются силеры на основе эпоксидных смол («AH Plus», «Dentsply Sirona»; «ADSEAL», «META»; «VioSeal», «SPIDENT»;

«ГУТТАСИЛЕР ПЛЮС-ПАСТА», «Омега-Дент» и др.). Относительно недавно в Республике Беларусь был зарегистрирован инновационный материал для obturации корневых каналов, являющийся «активной» эпоксидной смолой, – «BJM Root Canal Sealer» («BJM Lab»). В основе антибактериальной технологии IABT (Immobilized Antibacterial Technology) лежит добавление в силер молекул четвертичного аммониевого соединения Biosafe HM4100 («BioSafe Inc.»). Механизм действия этих положительно заряженных молекул связан с электростатическим взаимодействием с отрицательно заряженными бактериальными клетками, что приводит к изменению проницаемости их мембран и последующей гибели микроорганизмов [1].

Среди важных свойств силера «BJM Root Canal Sealer» следует назвать высокую рентгеноконтрастность, хорошую смачиваемость и текучесть (большую, чем у многих других силеров на основе эпоксидных смол), долгосрочную стабильность благодаря хорошему герметизму и умеренной гибкости, которая предотвращает растрескивание отвержденного материала, а также низкую усадку [1]. Данный силер является универсальным, поскольку может также применяться с холодной, разогретой и термопластифицированной гуттаперчей [1].

Также в последние годы были зарегистрированы 2 биокерамических (кальций-силикатных) силера – «Dia-Root Biosealer» («DiaDent Group International») и «Sure-Seal Root» («Sure Dent Corporation»). Преимуществами этой группы материалов является удобство в работе (выпускаются в виде готовых к применению паст, оптимальное рабочее время и время отверждения), отсутствие усадки, биосовместимость, химическая адгезия к дентину, остеогенные свойства, высокая рентгеноконтрастность и антибактериальный эффект (благодаря pH более 12,0) [1]. К недостаткам биокерамических силеров относят их высокую стоимость и сложность удаления из корневого канала при необходимости его дезобтурации [4].

Сравнению биокерамических силеров с силерами на основе эпоксидных смол посвящены единичные научные публикации [2, 3], что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: сравнить качество пломбирования корневых каналов постоянных зубов с использованием различных силеров в эксперименте.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на удаленных по ортодонтическим показаниям премолярах. После создания эндодонтического доступа проведена экстирпация пульпы и навигация корневых каналов, определена рабочая длина (с рентгенологическим подтверждением), выполнена механическая (до размера 35/04) и медикаментозная (гипохлорит натрия, ЭДТА, физиологический раствор) обработка корневых каналов и их высушивание бумажными штифтами.

Obturation корневых каналов проводили методом латеральной конденсации с применением силеров «Dia-Root Biosealer», «DiaDent Group International» (группа 1, n=11, биокерамика), «BJM Root canal sealer», «BJM Lab» (группа 2, n=12, эпоксидная смола) и «Sure-Seal Root», «Sure Dent Corporation» (группа 3, n=12, биокерамика). Далее пространство доступа пломбировали стеклоиономерным цементом.

После этого зубы помещались на хранение в течение 48 часов в условиях 100% влажности. Далее зубы высушивали, покрывали лаком, отступая от апекса на 2 мм, для того, чтобы краситель мог попасть в корневой канал только через апикальную область. После высыхания лака зубы помещали в 2% раствор метиленового синего на 48 часов. После заданной экспозиции зубы извлекали, удаляли слой лака и проводили 2 распила корней на расстоянии 2 и 5 мм от апекса с помощью алмазного сепарационного диска. Полученные фрагменты зубов фотографировали перпендикулярно проекции распила с помощью цифрового фотоаппарата с макролинзой.

Описание качественных признаков проводили в виде абсолютных значений и относительных частот в процентах. Значимость различий при сравнении двух независимых групп определена по критерию F (двухсторонний вариант точного критерия Фишера) с критическим уровнем значимости, равном 0,05 [5].

Результаты исследования и их обсуждение. В целом по выборке проникновение красителя отсутствовало в 33 образцах (94,3%) на расстоянии 2 мм от апекса и в 34 образцах (97,1%) на расстоянии 5 мм от апекса, что свидетельствует о высоком качестве obturации корневых каналов.

Сведения о проникновении красителя через верхушечное отверстие корневых каналов в сформированных группах представлены на рисунке 1.

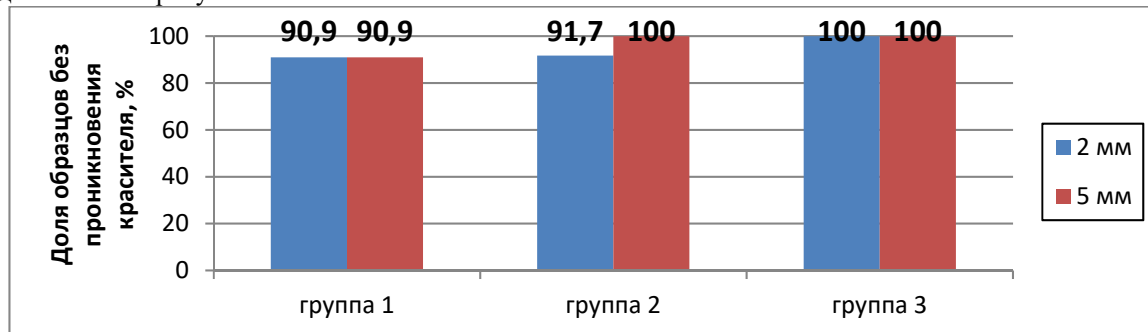


Рисунок 1. Доля образцов без проникновения красителя в группах 1-3.

Установлено, что при распиле корней на расстоянии 2 мм от верхушки корня в группе 1 проникновение красителя между дентином и obturационными материалами отсутствовало в 10 из 11 образцов (90,9%), что не отличалось статистически от аналогичных результатов в группе 2 (в 11 из 12 образцов, 91,7%, $F=1,0$, $p>0,05$) и в группе 3 (в 12 из 12 образцов, 100%, $F=0,5$, $p>0,05$).

Сходная закономерность была выявлена и при сравнении распилов корней зубов на расстоянии 5 мм от верхушки корня: в группе 1 проникновение красителя отсутствовало в 10 из 11 образцов (90,9%), в группе 2 в 12 из 12 образцов (100%, $F=0,5$, $p>0,05$) и в группе 3 в 12 из 12 образцов (100%, $F=0,5$, $p>0,05$).

Следует отметить, что в группе 3 («Sure-Seal Root», «Sure Dent Corporation») проникновение красителя через верхушечное отверстие корней зубов не обнаружено ни в одном из случаев при распиле корней на расстоянии как 2 мм, так и 5 мм.

Выводы.

1. В целом по выборке доля образцов без проникновения красителя на расстоянии 2 и 5 мм от апекса составила соответственно 94,3% и 97,1%.
2. Доля образцов, где отсутствовало проникновение красителя между дентином и obtурационными материалами, в сформированных группах статистически не отличалась.
3. В группе 3 проникновение красителя между дентином и obtурационными материалами не обнаружено ни в одном из случаев.

Список литературы.

1. Бутвиловский, А.В. Опыт использования новых силеров при лечении апикальных периодонтитов постоянных зубов / А.В. Бутвиловский [и др.] // Cathedra. – 2019. – №69. – С. 14-16.
2. Ключко, К.Г. Клиническое исследование эффективности использования биокерамического эндогерметика при лечении осложненного кариеса зубов / К.Г. Ключко // Современная стоматология. – 2022. – №3. – С. 48-53.
3. Манак, Т.Н. Сравнительное исследование краевой адаптации и апикального герметизма биокерамического эндогерметика / Т.Н. Манак, К.Г. Ключко // Медицинские новости. – 2022. – №10. – С. 42-46.
4. Положительные и отрицательные свойства четырех групп эндодонтических силеров: систематический обзор / Е.В. Честных [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2021. – Том 28. № 3. – С. 130–143.
5. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва // М. Медиасфера. – 2002. – 312 с.

Тишков Д.С., Пихур О.Л.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра терапевтической стоматологии Курского государственного медицинского университета, Россия

Актуальность.

Острый лейкоз составляет 3,0% от всех злокачественных заболеваний и является наиболее частой формой гемобластозов. Заболеваемость острыми лейкозами составляет в среднем 5 случаев на 100 тысяч населения в год. У взрослых людей острый лейкоз диагностируется в 75,0% случаев гематологических заболеваний, при этом с увеличением возраста падает выживаемость. [1]. Пациенты с острыми лейкозами в связи с клиническими проявлениями патологии в полости рта обращаются для консультации к врачу-стоматологу, задача которого состоит в раннем выявлении онкопатологии и своевременном направлении пациента к гематологу для незамедлительного начала лечения. В настоящее время уделяется большое внимание изучению влияния медико-социальных факторов на здоровье лиц пожилого и старческого возраста [2-4]. Вопросы стоматологического статуса больных старших возрастных групп, страдающих острыми лейкозами, и его влияния на качество жизни этих пациентов не изучены в должной мере.

Материалы и методы исследования.

В ходе стоматологического обследования 64 пациентов обоего пола в возрасте 65-89 лет, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении «Курской областной клинической больницы» с диагнозом «острый лейкоз», проведено анкетирование стоматологических пациентов и проанализированы данные медико-социального характера для определения возможной причины развития лейкоза и стоматологической патологии.

Медико-социальная характеристика обследованных пациентов получена на основании анализа следующих факторов: пол, возраст, образование, семейное положение, характер профессиональной деятельности, включая наличие профессиональных вредностей, наличие вредных привычек, условия проживания, наличие сопутствующих соматических заболеваний, особенности питания, субъективная оценка состояния здоровья, уровень медицинской информированности, анализ причин для обращения за медицинской помощью (в том числе стоматологической) и др.

Результаты исследования и их обсуждение.

По результатам проведенного исследования установлено, что из числа больных старших возрастных групп, страдающих острыми лейкозами, мужчины составляли 59,4%, женщины – 40,6% случаев. Определено, что среди пациентов пожилого и старческого возраста в 56,0% случаев преобладает неудовлетворительное состояние полости рта и зубных протезов, и в 59,0% случаев они нуждаются в стоматологическом ортопедическом лечении. Более 60,0% пациентов уделяют чистке зубов только 1 раз в день, что свидетельствует о возможной неудовлетворительной гигиене полости рта, которая способствует развитию основных стоматологических заболеваний, преимущественно кариесу зубов и заболеваниям тканей пародонта. 78,0% пациентов обращаются к врачу-стоматологу с частотой более 2 раз в год. В 86,0% случаев причиной обращения к врачу-стоматологу пациенты считают поражения слизистой оболочки полости рта, 76,0% – обострение заболеваний пародонта, 69,5% – кариес и его осложнения. Среди возможного этиологического фактора развития острого лейкоза в 30,0% случаев отводится наследственной патологии, в 14,0% – наличию профессиональных вредностей.

Выводы.

Таким образом, междисциплинарный подход играет важную роль в лечении стоматологических пациентов старших возрастных групп, страдающих острым лейкозом.

Список литературы.

1. Онкогеронтология / под ред. В.Н. Анисимова, А.М. Беляева. – СПб: Изд-во АНМО «Вопросы онкологии», 2017. – 512 с.

2. Захарова, Н.О. Отношение пожилого населения Самары к организационным формам в геронтостоматологии (по материалам медико-социологического исследования) / Н.О. Захарова, Д.А. Трунин, Е.С. Балуева // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25. – № 1. – С.171-174.
3. Мороз, И.Н. Физический и психологический компоненты здоровья пожилых и их удовлетворенность оказанием медико-социальной помощи / И.Н. Мороз // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27. – № 4. – С.678-682.
4. Ткаченко, Т.Б. Влияние стоматологического статуса на качество жизни пациентов старших возрастных групп / Т.Б. Ткаченко // Успехи геронтологии. – 2008. – Т. 21. – № 2. – С.327-329.

Тишков Д.С., Пихур О.Л.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ В ПОЛОСТИ РТА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Кафедра терапевтической стоматологии Курского государственного медицинского университета, Россия

Актуальность.

На сегодняшний день острый лейкоз является одной из наиболее распространенных форм гемобластозов. У взрослых людей острый лейкоз обнаруживается в 75,0% случаев всех гематологических заболеваний.

Большое значение в распознавании онкопатологии имеют стоматологические симптомы. Проявления в полости рта при острых лейкозах могут носить идиопатический характер, и быть связаны с наличием заболевания, либо могут быть следствием принимаемых пациентом препаратов, используемых при лечении данной патологии. Для правильной диагностики патологии на ранних этапах врачам-стоматологам важно знать характер клинических проявлений онкологических заболеваний в полости рта.

Цель исследования – изучить особенности клинических проявлений острых лейкозов в полости рта взрослых людей.

Материалы и методы исследования.

Для выявления ведущих клинических симптомов и синдромов стоматологической патологии проведён осмотр полости рта 82 пациентов разного возраста (от 20 до 89 лет), находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении «Курской областной клинической больницы», с использованием основных и специальных методов диагностики.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинические проявления острых лейкозов в полости рта взрослых людей разнообразны в зависимости от нозологической формы заболевания. Так при остром миелобластном лейкозе преобладает гиперпластический синдром поражения слизистой оболочки полости рта, который наблюдается в 85,0% случаев, анемический синдром – в 40,0%, геморрагический – 60,0%, язвенно-некротический – 30,0% случаев. При остром лимфобластном лейкозе преобладают общие неспецифические симптомы, при которых не происходит изменение слизистой оболочки полости рта. Геморрагический синдром составляет 10,0% случаев наблюдений и характеризуется небольшой кровоточивостью слизистой оболочки полости рта. При остром промиелоцитарном лейкозе преобладают геморрагический и анемический синдромы, которые составляют 85,0 и 60,0% случаев, соответственно. При остром недифференцированном лейкозе преобладают язвенно-некротический и гиперпластический синдромы, составляющие 90,0 и 60,0% случаев, соответственно.

Выводы.

Таким образом, наиболее распространёнными синдромами в полости у взрослых пациентов с острым лейкозом являются гиперпластический и геморрагический, которые были выявлены у 90,0% больных данной патологией.

Список литературы.

1. Нурмухаметова Е.А. Гематология. Острые лейкозы: классификация, диагностика и лечение. // Русский медицинский журнал. - 1997. - №18. - С.9
2. Ковалёва Л.Г. Острые лейкозы. М.: Медицина, 1990. - 272 с.
3. Луцик Л.А., Луцик Д.П. Диагностика лейкоза в стоматологической практике // Стоматология. 1964. - №2. - С.103-105.
4. Barrett A. P. Oral changes as initial diagnostic indicators in acute leukemia // J. of Oral Med., 1986; 41 (4): 234-238.
5. В. М. Мерабишвили Закономерности динамики показателей смертности населения России по возрасту от злокачественных новообразований Успехи геронтол. 2019. Т. 32. № 3. С. 301–310

Толибова М. И., Камалова Ф. Р.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской стоматологии Бухарского государственного медицинского института Узбекистан

Актуальность.

Состояние здоровья школьников разного возраста за последние годы позволяет делать выводы о связи этого показателя не только с учебной нагрузкой, условиями обучения, образом жизни школьников, но и несвоевременным обращением родителей за медицинской помощью при выявлении отклонений со стороны состояния здоровья ребенка [3]. Стоматологические заболевания среди школьников занимает одно из ведущих мест среди соматической патологии и первое место среди хронических заболеваний [4,5]. Кариес не имеет себе равных среди других стоматологических заболеваний как по распространенности среди школьников, так и по последствиям, приводящим к безвозвратной потере зубов. Одно из главных причин этого явления можно считать [1,2], низкий уровень стоматологической культуры

детей и подростков. Уже существующие программы первичной профилактики стоматологических заболеваний разработаны для условно здоровых детей.

Наибольшую значимость в формировании здоровья имеют следующие аспекты образа жизни школьников: условия и режим обучения в школе, условия быта и микроклимат в семье, уровень активности, режим дня, режим и качественные характеристики питания, медицинская активность [2]. Именно эти направления должны стать приоритетными в изучении образа жизни школьников и формировании мер профилактики заболеваний этого контингента. Например, кариес относится к группе основных стоматологических заболеваний и характеризуется высокой распространенностью [4]. Изучение причин и распространенности стоматологических заболеваний среди школьников в разные периоды формирования прикуса имеет важное значение при решении различных проблем.

Цель исследования.

Изучение стоматологического здоровья у школьников и оценить влияние на них социальных факторов.

Материал и методы исследования.

Нами проведено исследование по проблеме качества жизни школьников стоматологического профиля. Выбраны и детально изучены наиболее часто применяемые в мире шкалы и опросники для оценки качества жизни детей. С целью изучения стоматологического здоровья, распространенности стоматологических заболеваний и влияния на них социальных факторов нами было проведено клиничко-эпидемиологическое обследование 302 школьников г. Бухары в возрасте от 7 до 18 лет. Всех обследуемых разделили на 2 возрастные группы: 1-группа – 7-11 лет (84 мальчика и 97 девочки); 2-группа – 12-18 лет (57 мальчики и 57 девочки). После получения положительного информированного согласия родителей на проведение стоматологического осмотра у школьников было проведено анкетирование. Путем анкетирования было проведено информационное изучение состояния здоровья школьников, частота и структура заболеваемости, влияние врожденных негативных факторов, состояние здоровья матери во время беременности и другие причины.

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе полученных данных мы столкнулись с весомой разницей показателей у старшеклассников по сравнению с начинающими классами. Анализ показал прямую зависимость значения индекса от возраста пациента. При первичном обследовании школьников преобладали следующие жалобы: неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов, изменение цвета зубов и десны, наличие налета. Распространенность кариеса постоянных зубов у детей при клиническом осмотре составила 75,9%, что соответствует высокому уровню интенсивности кариеса постоянных зубов, а молочных зубов этот показатель составил 86,9%. Среди осматриваемых школьников 14 лет процент здоровых детей с интактными постоянными зубами составил 15,1%, среди них процент детей со здоровыми тканями пародонта и интактными постоянными зубами – 5,22%. При оценке клинических наблюдений 1-группы мы больше сталкивались с аномалиями зубов и зубных рядов у 44,3% осматриваемых. При клиническом обследовании установлено, что из общего числа детей с зубочелюстными аномалиями у 75,9% со средним значением индекса КПУ $2,9 \pm 0,03$. Значения индекса поражаемости постоянных зубов кариесом у детей с возрастом увеличивается. Так, у детей 7-10 лет индекс КПУ составил $1,3 \pm 0,02$, у детей 11-12 лет – $3,2 \pm 0,02$, у подростков 14-15 лет был равен $5,2 \pm 0,01$.

Состояние гигиены полости рта у большинства детей было неудовлетворительное. Наличие зубного налета отмечалось у всех детей. Среднее значение индекса гигиены полости рта составило $2,3 \pm 0,2$, что оценивается как плохое гигиеническое состояние. У 0,8% детей наблюдали кровоточивость десен.

Выводы.

Стоматологическое клиническое обследование показало, что процент здоровых подростков ниже, чем детей до 12 лет, и составляет 4,5. Соответственно 95,5% подростков имели различные стоматологические заболевания, из них у 73,4% наблюдалось сочетание зубочелюстных аномалий с кариесом и нарушениями со стороны тканей пародонта. Зубочелюстные аномалии выявлены у подростков в 61,8% случаев.

Список литературы.

1. Kamalova F. R., Eshonkulov G. T. The study of the prevalence of anomalies of the dentition in the bukhara region, their early diagnosis and treatment// Academica: Vol. 10 Issue 1, January. Vol. 1. - 2020. - P. 61-63.
2. Kamalova F. R., Eshonkulov G. T., Radjabov A. A., Saidova M. A. The study of anomalies of maxilla-facial system of children's age in the Bukhara region// Academica: December. - 2019. Vol. 12. - P. 63-67.
3. Kamalova F. R. Development and evaluation of the effectiveness of the dental examination program for children with diabetes in adverse environmental Conditions// Academica 10 Issue 1, January. - 2020. Vol. 1. - P. 1364 - 1366.
4. Kamalova F. R. Elaboration and evaluation of the effectiveness of the dental examination program for children with diabetes// Актуальные вызовы современной науки. Сборник научных трудов выпуск. - 2020. - № 4 (48). - P. 55-56.
5. Камалова Ф. Р. Изменение микрофлоры и неспецифических факторов защиты у детей при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста»// Вторая Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Сайфуллиной Халимы Мухлисовны. Сборник научных статей. – 2019. – С. 70-74.

Тохтаходжаева С. Т., Уманова Н. Э., Тагаева Ш. О.

ГАЛИТОЗ. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Галитоз (неприятный запах изо рта) - заболевание имеет полиэтиологический характер, широко распространен среди взрослого и детского населения, трудно устраняется освежающими дыханием препаратами [1, 2].

Проблема галитоза имеет как медицинские, так и психологические аспекты. Галитоз может быть индикатором патологии различных органов и систем организма, также галитофобия, это ложное ощущение пациентом неприятного

запаха изо рта, которые оказывают огромное негативное влияние на социальной активности и качества жизни человека, является причиной ограничения общения людей [1].

Различают три принципиально различных состояния, связанных в сознании пациента или в восприятии окружающих его людей с несвежим дыханием. I – истинный галитоз - объективное наличие неприятного запаха, замечаемого окружающими, диагностируется органолептическими или физико-химическими способами.

II – псевдогалитоз - наличие едва уловимого, практически не различимого запаха, который воспринимается пациентом как значительный.

III – галитофобия - отсутствие, какого бы то ни было неприятного оттенка в запахе выдыхаемого воздуха при стойкой убежденности пациента в обратном [1,2,3].

Истинный галитоз может быть физиологическим, связанным с особенностями орального биоценоза пациента, и патологическим, обусловленным заболеваниями. Одним из этиологических факторов в возникновении неприятного запаха изо рта является выработка сероводорода анаэробными бактериями, которые, развиваются в местах, практически недоступных для кислорода [1].

Цель исследования. Изучить причины возникновения галитоза, методы диагностики и их профилактика.

Материал и методы исследования. Обследовано 76 пациентов в возрасте от 16 до 60 лет, обратившихся в УНКЦ «Стоматология» ТГМУ имени Абуали ибни Сино с жалобами на неприятный запах изо рта. При субъективном, объективном и инструментальном обследовании обратившихся пациентов были изучены причины развития галитоза. Хронические заболевания внутренних органов выявлены у 46,1% пациентов и интрооральная патология у 53,9%.

Оценка гигиенического состояния полости рта осуществлялась с использованием индекса гигиены Грина-Вермилльона (1964), состояние пародонта оценивалась с использованием индекса ПИ.

Для установления диагноза интроорального галитоза, пациентам проведены следующие методы диагностики:

- 1) Оценка выдыхаемого воздуха через нос.

- 2) Тест с салфеткой на спинке языка, при котором салфеткой удаляли налёт на задней трети языка и через 40-50 секунд проводили субъективную оценку запаха снятого налёта.

- 3) Оценка цвета и запах зубной нити, флоссом очищали межзубные промежутки в области моляров, через 40-50 секунд объективно определяли изменение цвета или наличие крови на флоссе и субъективную оценку запаха снятого налёта.

- 4) Тест на собственном запястье, пациент лижет свое запястье, через 10 секунд определяет запах ротовой жидкости на своей коже.

- 5) Органолептический метод, проводящийся экспертом-профессионалом. Следует секунду через рот выдыхать в трубку воздух, идентифицируемый доктором по шкале.

Пациентам проведена коррекция индивидуальной гигиены полости рта, подобрали средства гигиены и обучали методике чистки зубов, провели профессиональную гигиену полости рта ультразвуковым аппаратом «Piezon Master 400». Интрооральная патология была устранена стоматологом, для лечения заболеваний внутренних органов пациенты были направлены к соответствующим смежным специалистам.

Пациентов наблюдали до лечения, спустя 10 дней и 3 месяца после лечения, результаты проведённого лечения оценивали на основании субъективного мнения пациентов о наличии или отсутствии неприятного запаха изо рта, а также с учётом методов диагностики, указанных выше.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у пациентов с галитозом, страдающих хроническими заболеваниями внутренних органов, превалировала патология желудочно-кишечного тракта, что составила 19,7 %. Заболевания почек выявлена у 14,5% пациентов, заболевания ЛОР органов – 11,8%. Инфекция *Helicobacter pylori* была обнаружена у 15 (19,7%) пациентов с заболеванием желудочно-кишечного тракта. У 28,9% обследованных пациентов обнаружены проявления и патологии внутренних органов, и интрооральный галитоз, которым проводились лечебные мероприятия совместно со смежными специалистами.

При обследовании пациентов страдающих галитозом значения гигиенического индекса в среднем составил 14 (18,4%) – удовлетворительное, неудовлетворительное - 26 (34,2%), плохое - 36 (47,4%). Пародонтальный индекс у 6 (7,8%) пациентов в среднем составил 2,4, у 7 (9,2%) – 4,8, у 9 (11,8%) – 6,9, у 4 (5,3%) – 7,2. Хронический язвенно-некротический гингивит выявлен у 6 (7,8%) пациентов, хронический генерализованный пародонтит - 20 (26,3%), множественный кариес - 2 (2,6%), гипосаливация - 4 (5,2%), некачественные мостовидные протезы, нуждающиеся замене - 5 (6,6%), перекаронорит 38, 48 зубов – 2 (2,6%), луночковый постэкстракционный альвеолит 16, 47 зубов – 2 (2,6%).

Результаты лечения через 10 дней показали, что 32 (42,1%) пациента и через 30 дней 68 (89,5%) отметили исчезновение неприятного запаха изо рта, это подтверждалось методами моментальной диагностики. У 8 (10,5%) пациентов наблюдалось переходящий характер запаха изо рта.

Выводы. Таким образом, галитоз является полиэтиологическим заболеванием, со сложной патогенетической структурой, широко распространено среди подростков и взрослого населения. Так как, неприятный запах изо рта влияет на степень социальной активности и качества жизни человека.

Важными моментами повышения эффективности лечения галитоза являются комплексный подход и ведения врачами разных специальностей: стоматологами, гастроэнтерологами, ЛОР-врачами и др.

Список литературы

1. Максимова Е. В., Стецюк Н. С., Шелихова Е. О. "Галитоз как медико-социальная проблема". Крымский терапевтический журнал, № 1, 2020,
2. Суюнова М. Х. Всё о галитозе: диагностика, лечение и профилактика (обзорная статья). Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области, Т. 1, № 4 (15), 2016, С. 68-77.
3. Тёмкин Э. С., Чурикова А. С. Галитоз - современные методы диагностики и их перспективы. Волгоградский научно-медицинский журнал, № 3, 2018, С. 15-18.

Умаров Р.А., Қосимова Ф.С.
ҶАНБАҲОИ БЕҲДОШТИИ ТАШАККУЛИ БЕМОРИҲОИ СТОМАТОЛОГИИ АҲОЛӢ
Кафедраи фанҳои стоматологии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мухимият. Омилҳои асосии ташаккул ва рушди бемориҳои стоматологӣ сатҳи маърифатнокии тиббии аҳоли мебошад, зеро тақмили нигоҳубини стоматологӣ то андозае ба донишдони манбаҳои иҷтимоӣ ва гигиени ташаккули саломатии аҳоли асос меёбад.

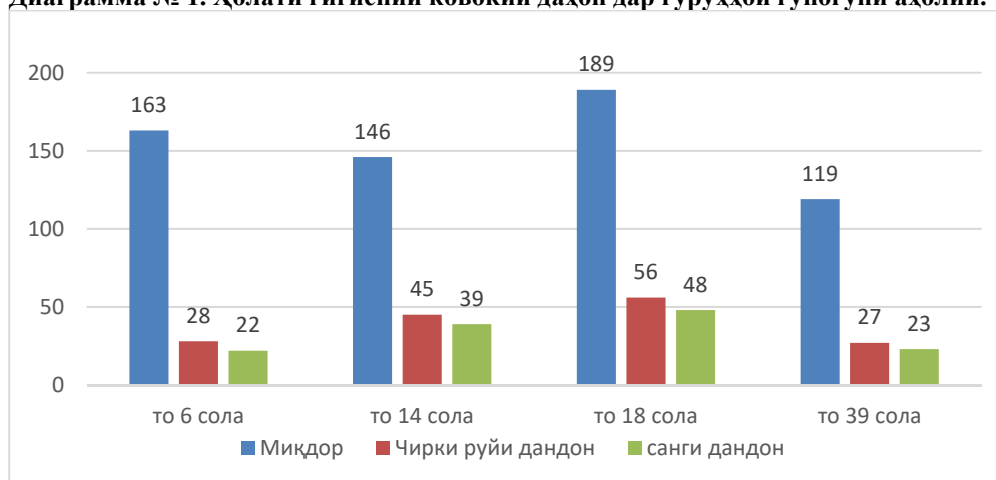
Дар робита ба ин, мо равандҳои патологиро дар узвҳо ва бофтаҳои даҳон, ки проблемаи таъхирнопазири тиб ва стоматология мебошанд, анҷом медиҳем, ки паҳн шудани онҳо дар байни аҳоли алоқаманд аст, зеро онҳо ҳамчун марказҳои музминии сироят аксар вақт боиси пайдоиши бемориҳои сироятӣ мебошанд. То имрӯз равандҳои патологияи бофтаҳои саҳти дандонҳои дорой хусусияти деминерализатсия карда шуда васеъ омӯхта шудаанд, аммо бо вучуди ин, сатҳи бемории аҳоли дар сатҳи баланд боқӣ мемонад.

Мақсади тадқиқот. Пешгирии омилҳо пайдоиш ва омӯзиши инкишофи бемориҳои стоматологӣ дар байни сокинон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Аҳолии таҳқиқ шуда аз соли 2020 то 2022 ба миқдори 637 нафар вобаста ба сини сол тақсим шудааст: то 6 сола 163 (25.5%), 14 сола 146 (22.9%), то 18 сола 189 (29.6%), аз 39 сола боло 139 (21.8%)-ро ташкил мекунанд, ки аз инҳо 350-нафар занҳо (54.9%), 287-нафар мардҳо (45%) мебошанд. Тадқиқот тамоми контингентро тавассути интихоби тасодуфиро фаро гирифт. Барои тадқиқот харитаи тавсиякардаи ТУТ (1997) истифода шудааст. Ҳолати стоматологӣ бо истифода аз нишондиҳандаҳо ва меъёрҳои стандартҳои ТУТ арзёбӣ карда шуд. Ҳассосияти бофтаҳои саҳти дандон ба кариес аз рӯи паҳншавӣ ва шиддат арзёбӣ карда шуд. Шиддати осеб аз рӯи нишондиҳандаҳои КПУ ва кр муайян карда шуд, ки дар он ҳама дандонҳои пломбашуда 190 нафар (29.8%), қанда шуда 248 нафар (38.9%), ва аз кариес зарар дида 199 нафар (31.2%), ба назар гирифта шуд.

Ҳангоми тафтиши гурӯҳҳо арзиши миёнаи арифметикии КПУ ва кр муайян карда шуд, ки ҳолати луобпардаи даҳон ва захмҳои ғайрикариесии дандонҳо баҳо дода шуда, дараҷаи эҳтиёҷ ба нигоҳубини дандонпизишкӣ мувофиқи П.А. Леус (1977) гузаронида шуд. Ҳолати гигиенаи даҳони муоина шуда аз рӯи нишондиҳандаи Федоров-Володкина (1971) ва Ҷ.Грин, Ҷ.Р. Вермиллион (ИГР-У, 1964). Ҳолати бофтаҳои периодонталӣ дар асоси нишондодҳои индекси коммуналии CPI (1995) муайян карда шуд.

Диаграмма № 1. Ҳолати гигиении ковокии даҳон дар гурӯҳҳои гуногуни аҳолии.



Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки кӯдакони синни мактабӣ бисёртар аз дандонҳои шири шикоят мекунанд дар сурати ба назар гирифтани сатҳи маданияти санитарии онҳо самаранок мебошад. Ҳамин тавр, дар саволи «Ба ман киҳо шустушӯй кардани дандонҳоямро омӯхтаанд» 60,14% пурсидашудагон ҷавоб доданд - волидайн, ки 28,57% нишондоданд, ки онҳо худашон шустушӯй карданро ёд гирифтаанд ва 11,29% боқимондаи ҷавобҳо бо ҳидояти дандонпизишк ва дӯстон алоқаманданд. Дар баробари ин маълум шуд, ки 68,06% кӯдакони синни мактабӣ, ки пурсида шудаанд, дандонҳои худро номунтазам мешӯянд.

Таҳлили натиҷаҳои ба даст омада тавсиф мекунанд, ки кӯдакон бештар дар бораи беҳдошти оқилонаи даҳон ҳангоми сӯҳбат бо духтури дандон (44,02%), аз ҷанҷол дар клиника (20,75%), васоити ахбори омма (9,43%) ва камтар аз сӯҳбат бо духтур, коркунони тиб (5,68%), адабиёт ва ғайра (20,12 %) маълумот мегиранд. Ба саволи «Шумо кадом маҳсулоти иловагии беҳдошти даҳонро истифода мебаред» 45,45% ҷавоб доданд - дандондор, пас аз риштаи дандонпизишкӣ - 21,83% ва 23,62% эликсирро истифода мебаранд. Маълумаст, ки давомнокии шустушӯй барои сифати ҳолати гигиении ковокии даҳон муҳимаст. Ҳамин тариқ, танҳо 21,19% кӯдакон дар давоми 3 дақиқа тоза мекунанд. Ғайр аз ин маълум гардид, ки 74,59 % мактаббачагон танҳо ҳангоми дарди дандон ба назди духтури дандон меоянд.

Бояд гуфт, ки дараҷаи маданияти санитарии кӯдакони синни мактабӣ бештар ба падару модари онҳо вобаста аст. Дар баробари ин маълумотҳое, ки аз тадқиқоти сотсиологӣ ба даст омадаанд, вазъияти номусоидро тавсиф мекунанд. Ба саволи «Ба инкишофи кариес чӣ мусоидат мекунанд» 33,90% волидайн ғайри нақардани гигиенаи даҳон ва 27,13% - «Истифодаи зуд-зуд беназорати шириниҳо»-ро нишон доданд.

Маълум шуд, ки ҳангоми харидани маҳсулоти беҳдошти даҳон (браш, хамаири дандоншӯи, ришта, чутка ва ғайра) 48,48% волидон танҳо таҷрибаи шахсӣ худро роҳнамо мекунанд. Ҳол онки танҳо 33,33% самаранокӣ қабули лавҳаҳои фториди натрийро дар пешгирии ибтидоӣ кариеси дандон медонанд. Дараҷаи пасти маданияти санитарии

падарумодарони мактабчагон низ аз ин шаҳодат медиҳад, ки танҳо 60.03% ба шустани дандони кӯдак мунтазам назорат мекунад.

Бо синну сол одамон, ҳавасмандии ташриф ба духтурони дандон тағйир меёбад. Ҳамин тариқ, танҳо 22.07% пиронсолон ва пиронсолони минтақаҳои таъиншуда мурочиат ба мутахассис барои машварат, назорати санитарӣ ва диспансерӣ дар идомаи як солро қайд кардаанд. Ин вазъият то андозае бо талафоти назарраси дандонҳо бар асари бемориҳои пародонтӣ ва мушкилиҳои кариес дандон алоқаманд аст.

Дар баробари ин маълум гардид, ки шумораи кофӣи пурсидашудагон одатҳои бади марбут ба тамокукашӣ (23,5%) ва машруботи спиртӣ (56,2%) доранд. Ҳамзамон, 57,14% пиронсолон қайд карданд, ки барои безаргардонии ковокии даҳон ба духтури дандон мурочиат мекунанд. Пурсиш байни сокинон гузаронидашудааст, ки вобаста ба ин қисми зиёди пурсидашудагон дар ғизо моҳӣ ва маҳсулоти ғушӣ (55,81%) ва 20,06% пиронсолон асосан ғизои мулоим истеъмол мекунанд.

Бояд гуфт, ки дар рӯзи тадқиқ 78,79% барои барқарор намудани дандонҳо бо сохторҳои гуногуни ортопедӣ лозим омад. Арзёбии ҳавасмандии беморон ба мурочиати табобати дандонпизишкӣ дар ин синну сол асосан бо масофаи пиёда рафтан ба муассисаҳои тиббӣ (40,48%) ва инчунин табобати ройгон (38,09%) алоқамандаст.

Таҳлили маълумоти бадастомада вазъияти номусоиди ҳолати беҳдошти ҳолигии ковокии даҳонро дар гурӯҳҳои синну соли муоинашудаи аҳоли нишон медиҳад. Ҳамин тариқ, нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо дар доираи арзишҳои ададӣ аз 1,74±0,04 то 2,08±0,03 фарқ мекарданд, ки онҳо ҳамчун дараҷаи паст шарҳ дода мешаванд. Дар он вақт нишондиҳандаҳо ҳолати қаноатбахш ҳисоб карда мешуданд.

Арзиши умумии нишондодҳои индекси коммуналиидар гурӯҳҳои синнусоли 3-6 сола, 7-10 сола ва 11-14 сола қаноатбахш тавсиф кардашуд. Дар ҳоле ки дар гурӯҳи 35-44 сола маълумотҳо ҳамчун сатҳи паст беҳдошти даҳон шарҳ дода шуданд.

Натиҷаҳои ба дастомандаи ҳолати беҳдошти ковокии даҳон дар байни аҳоли аз ҳолати ғайриқаноатбахш шаҳодат медиҳанд, ки онро метавонад, ки аз омилҳои маҳаллии ҳавфи ташаккул ва рушди бемориҳои дандонпизишкӣ ва дар якҷоягӣ бо дигар омилҳои биологӣ, ки модорем, донист. Муқаррар карда шуд, ки ин ба ҳолати функционалии тамоми системаи алвеоларӣ таъсири манфӣ мерасонанд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои ба даст омада аз ҳолати ғайриқаноатбахши беҳдошти ковокии даҳон ва сатҳи нокифояи фарҳанги санитарии сокинон шаҳодат медиҳанд, ки зарурати минбаъд ғайриқаноатбахши таъминоти ташкилию методӣ муассисаҳои тандурустиро тақозо менамояд.

Бояд гуфт, ки натиҷаҳои таҳқиқот аз вазъи номусоиди ғувоҳӣ медиҳанд, ки ин навбати аввал дар бораи шароити зиндагӣ ва нокифоя будани микдори микроэлементҳо дар таркиби ғизо ва оби ошомиданӣ, бояд ба омилҳои асосии ҳавфи ташаккули кариесҳои дандонпизишкӣ дар гурӯҳҳои синнусоли пурсиш шудаи аҳоли рабт дода шавад. Бояд таъкид кард, ки ба ҳолати патологӣ ковокии даҳон ва бемории дандонҳо омилҳои дигар таъсир мерасонанд, ки зарурати гузаронидани тадқиқоти ҳамачонибаи минбаъдaro, ки ба омӯзиши таъсири ифлосшавии антропогенӣ муҳити зист ба саломатии инсон нигаронида шудаанд, тақозо мекунанд. Ҳамин тавр, таҳлилу баҳодиҳии маълумотҳои тадқиқоти иҷтимоӣ беҳдошти аҳоли аз паст будани маърифати санитарӣ шаҳодат дода, зарурати боз ҳам пурзӯр намудани тадбирҳои баланд бардоштани маданияти санитарии сокинонро тақозо мекунад.

Адабиёт

1. Ашӯров Г.Г. Ҷанбаҳои сотсиологӣи ташкили нигоҳубини стоматологӣ дар табобати комплексии патологияи пародонтӣ, ки бо унсурҳои ҷудонашавандаи супраконструктивӣ ба вучуд омадаанд // Нигаҳдории тандурустии Тоҷикистон. - 2021. - № 1. — С. 17-24.
2. Аверьянов С.В. Паҳншавӣ ва шиддатнокии кариесҳои дандонпизишкӣ, бемориҳои пародонтӣ ва аномалияҳои дантоалвеоларӣ дар кӯдакони шаҳри Уфа.// Проблемаҳои муносири илм ва маориф. 2016. № 2. Саҳ.15-17.
3. Багинский И.В. Ҷанбаҳои тиббӣи иҷтимоӣи расонидани ёрии дандонпизишкӣ ба мардуми Шимол // Тандурустӣ ва маориф дар асри XXI. - 2016. - № 2. - № 18. - С.170-175.
4. Бессонов П.П. Бемории ҳамроҳ дар беморони гирифтори бемориҳои аз кислота вобаста ва гипертонияи артериалӣ дар Ҷумҳурии Саха (Якутия) / П.П. Бессонов, Н. Бессонова // Маҷаллаи тиббии Ёкут. - 2015. - № 3. - Т.51. - С.76-78.
5. Али Б. Омодаи пеш аз кислотаи кислота дар терапияи селенти фиссура: ҳа ё не? / Б.Алӣ, С.С. Алиреза // Маҷаллаи Ассоциатсияи дандонпизишкӣи Амрико. - 2016. - Ҷилди. 147. - № 12. - С.943-951.

Умаров Р.А.¹, Қосимова Ф.С.¹, Набиев З.Н.²

ТАҲЛИЛИ ПАҲНШАВӢ ВА ШИДДАТНОКИИ КАРИЕСИ ДАНДОНҲО ДАР БАЙНИ ГУРӢҲӢИ СИННУ СОЛИ ГУНОГУНИ АҲОЛӢ

¹Кафедраи фанҳои стоматологии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

²МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣи клиникаи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони”. Тоҷикистон.

Мубрамиат. Паҳншавӣ ва шиддатнокии кариес ва бемориҳои пародонтӣ дар байни аҳолиҳанӯз зиёд буда, дар натиҷа эҳтиётот ба нигоҳубини дандонпизишкӣ ханӯз зиёд аст. Яке аз омилҳои он ин ба пуррагӣ таъмин набудани кадрҳо ва сатҳи пастии хизматрасонӣ, баҳо надодани раванди патологӣ, нокифоя будани санитарияи ковокии даҳон боиси шадидтар ва саҳттар шудани бемориҳои бофтаҳои саҳти дандонҳо ва пародонт мегардад, ки табобатро душвор мегардонад, давомнокии табобатро зиёд мекунад, ки оқибатан ба бад шудани ҳолати бемор оварда мерасонад [1].

Барои баҳодиҳии дурусти вазъи дандонпизишкӣ ва эҳтиётоти гурӯҳҳои синнусоли ба намудҳои гуногуни табобатӣи профилактикӣ дар аксари кишварҳои ҷаҳон тадқиқоти стоматологии эпидемиологии аҳоли тибқи меъёрҳои ягонаи таҳиякардаи ташкилоти умумиҷаҳонӣи тандурустӣ (ТУТ) гузаронида мешавад, ки барои омӯхтани дараҷаи паҳншавӣ ва шиддатнокии касалиҳои дандонпизишкӣ дар байни кӯдакону калонсолон, муайян намудани талаботи аввалиндараҷаи аҳоли ба ҳама намуди нигоҳубини стоматологӣ; ба нақшагирӣ ва ворид намудани ислоҳот ба

барномаҳо ва стандартҳои татбиқшавандаи табобатно-профилактикӣ оид ба тайёр намудани мутахассисони стоматологӣ дар муассисаҳои таълимӣ; гузаронидани мониторинги тиббию сотсиологӣ [1-3].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши паҳншавӣ ва шиддатнокии кариеси дандон дар байни аҳолии .

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мувофиқи маълумоти ТУТ, аҳолии тадқиқот ба таври зерин тақсим карда шуданд: то 3 сола (ҳолати дандонҳои аввалия) ($n=304$), аз 3 то 7 сола (аҳволи дандонҳои аввалия доимӣ) ($n=295$), аз 7 то 15 сола (ҳолати дандонҳои доимӣ) ($n=280$), аз 15 то 18 сол (ҳолати клинӣ пародонт) ($n=290$), аз 18-40 сола (ҳолати клинӣ дандонҳо ва бофтаҳои пародонтӣ) ($n=405$) ва аз 41-71 сола (талабот ва банақшагирии нигоҳубини дандонпизишкӣ) ($n=450$).

Шиддати осеб аз рӯйи индекси КПК (КПУ) муайян карда шуд, ки ҳамаи дандонҳои пуршуда, кашидашуда ва аз кариес зарардида ба назар гирифта шудаанд. Индекси КПК барои бемори инфиродӣ, ҳар як нишондиханда алоҳида муайян карда мешавад ва чамъ карда мешавад, ки дар он (К - кариес, П - дандонҳои пломбакардашуда, К - дандонҳои кандашуда). Ҳангоми тафтиши гурӯҳҳо арзиши миёнаи арифметикии КПК муайян карда шуданд. Ғайр аз ин, ҳолати луобпардаи даҳон, осебҳои кариесии дандонҳо баҳо дода, дараҷаи эҳтиёт ба нигоҳубини дандонпизишкӣ мувофиқи П.А. Леус (1977) арзёбӣ карда шуд.

Вазъи бехдошти даҳони субъектҳо аз рӯйи нишондихандаи Федоров-Володкин (1971) ва Ч. Грин, Ч.Р. Вермиллион (ИГР-У, 1964) ва ҳолати бофтаҳои пародонтӣ дар асоси нишондодҳои индекси коммуналии CPI (1995) муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили натиҷаҳои бадастомада оид ба паҳншавӣ ва шиддатнокии кариеси дандон дар байни гурӯҳҳои синну соли гуногуни аҳолии мавҷудияти баъзе хусусиятҳоро ошкор намуд. Ҳамин тариқ, дар гурӯҳҳои синну соли кӯдакони аз 3 то 7 сола, паҳншавии кариес дар дандонҳои ибтидоӣ дар доираи арзишҳои рақамӣ аз $41,2 \pm 0,54$ то 97% буд. Дар баробари ин, бо синну сол, афзоиши назарраси индекси CP ба назар мерасад, ки дар кӯдакони 3-сола шиддатнокӣ $2,31 \pm 0,06$ ($CP(p) = 2,39 \pm 0,24$), 7 сола - $7,26 \pm 0,07$ мебошад. Дар сохтори чузъҳои таркибии индекс бартарии назарраси дандонҳои кариесӣ нисбат ба дандонҳои пломбашуда то 3,8 маротиба ба назар мерасад, ки барои бартараф кардани дандонҳои муваққатӣ пеш аз тағирёбии физиологии онҳо заминаҳои муайян фароҳам меорад, ки нишондихандаи онҳо аз $0,9 \pm 0,01$ то $1,76 \pm 0,16$ ташкил меод.

Дар он давра дар гурӯҳи синну соли асосии кӯдакони синни томактабӣ (3 сола) дар сохтори дандонҳои кариесӣ ва пломбакардашуда 2,96 маротиба зиёд осебҳои кариесӣ ошкор карда шуданд, ки ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки инкишофи кариес дар дандонҳои аввалия фавран пас аз ташаккули дандонҳои муваққатӣ ва эҳтиёҷоти онҳо ба нигоҳубини дандонпизишкӣ ниёз дорад.

Бояд қайд кард, ки дар кӯдакони синни 7-сола паҳншавии кариес дар дандонҳои аввалия ($97,53 \pm 0,03\%$) мушоҳида мешавад [Ҳадафҳои глобалии ТУТ то соли 2020: 80% ва бештар аз он солим хоҳанд буд (аз кариес озод)], вақте ки шиддатнокии осеби дандонпизишкӣ тавсиф мекунад, ки ба ҳисоби миёна ҳар як кӯдаки муоинашуда $KP = 2,44 \pm 0,07$, дандонҳои кариесӣ, пуршуда ва кашидашуда ва $KP(n) = 2,60 \pm 0,02$ [Ҳадафҳои глобалии ТУТ барои соли 2020: коэффисиенти миёнаи дандонҳои муваққатӣ 2,0 зиёд нахоҳад буд]. Дар ҳамин ҳол, басомади кариес дар дандонҳои муваққатӣ ва доимӣ дар ин синну сол ба ҳисоби миёна $98,76 \pm 0,02\%$ буда, нишондихандаҳои шиддатнокӣ аз рӯйи индексҳои КПК – $4,43 \pm 0,04$ мебошад.

Аммо дар баробари ин, шиддатнокии осеби кариес ба дандонҳои доимии баромадашуда дар гурӯҳи муоинаи кӯдакон дар сатҳи $1,94 \pm 0,08$ буд. Бояд таъкид кард, ки дар ин синну сол кариеси дандон ба молярҳои аввалини доимии навбаромадаи ҷоғи поён таъсир мерасонад, ки дар ин ҷо ба ҳисоби миёна ҳар як кӯдаки 6-сола аллакай $0,79 \pm 0,19$ дандонҳои доимии кандашуда доштанд.

Бо дарназардошти гуфтаҳои боло мо ба масъалаи омӯзиши басомад ва дараҷаи осеби дандонҳои доимӣ дар кӯдакони синни мактабӣ аз 7 то 15 сола таваҷҷӯҳ зоҳир намудем. Ҳамин тариқ, паҳншавии кариес ниҳоят баланд буда, аз $97,5 \pm 0,02$ то 100% ташкил меод. Дар ин ҳолат, маълумоти шиддат дар доираи арзишҳои рақамии 1,87 то 6,83 буданд. Ва дар гурӯҳи асосии синну соли кӯдакони 12-сола, суръати паҳншавии кариес $98,46 \pm 0,54\%$ муайян карда мешавад, ки дар ин гурӯҳи кӯдакон шиддатнокии кариеси дандон баланд маънидод карда мешавад ($KPK_3 = 5,45 \pm 0,07$; $KPU_3 = 5,52 \pm 0,24$) [Ҳадафҳои умумичаҳони ТУТ то соли 2020: шиддатнокии миёнаи кариес дар дандонҳои доимӣ аз КПК аз 1,5 зиёд нахоҳад буд, аз он чузъи “К” (кариесҳои табобат нашуда) камтар аз 0,5 хоҳад буд]. Вазъияти шабеҳи паҳншавии кариес дар кӯдакони 15-сола (88,2%) бо дараҷаи миёнаи шиддатнокии оморӣ $8,48 \pm 0,23$ муқаррар шудааст.

Дар баробари ин бояд қайд кард, ки дар сохтори чузъҳои индекси КПК дар гурӯҳҳои синнусолии баррасишаванда чузъи «К» ба таври назаррас бартарӣ дорад [Ҳадафҳои глобалии ТУТ то соли 2020: шиддатнокии миёнаи кариес аз 2,3 зиёд нахоҳад буд. КПК-и дандонҳо, кичузъи «К» (кариеси табобат нашуда) аз 0,5 камтар мешавад ва аз сабаби кариес ягон дандон бардошта намешавад].

Бояд қайд кард, ки дар гурӯҳи асосии синну соли 18-40 сола, ки 87,9% паҳншавӣ дорад, вазнинии дандонҳои кариесӣ, пуршуда ва кандашуда $19,72 \pm 0,21$ мебошад, ки сатҳи хеле баланди шиддатнокии осеби кариесҳои дандонпизишкро тавсиф мекунад [ТУТ ҷаҳони Ҳадафҳо то соли 2020: миёна на бештар аз 10 дандонҳои КПК хоҳад буд, ки на бештар аз 4-тои онҳо аз сабаби кариес хорич карда мешаванд]. Дар баробари ин, дар синну соли 41-71 сола шиддатнокии миёнаи кариеси дандон дар сатҳи $81,6 \pm 0,26$ буд. Ҳамзамон, дар сохтори чузъҳои индекси КПУ бартарии баръало дандонҳои кандашуда нисбат ба дандонҳои пломбашуда 17,3 маротиба, кариозӣ 5,12 маротиба муайян карда шудааст, ки ин аз эҳтиёҷоти ин гурӯҳи синнусол ба нигоҳубини дандонпизишкӣ, махсусан нигоҳубини ортопедӣ шаҳодат медиҳад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои бадастомада аз сатҳи баланди паҳншавӣ ва шиддатнокии кариесҳои дандон дар гурӯҳҳои синну соли пурсиш шудаи аҳолии шаҳодат медиҳанд, ки зарурати бештар намудани нигоҳубини дандонпизишкиро, ки дар он ҷо нигоҳубини пешгирикунанда афзалият дорад, тақозо мекунад.

Адабиёт

1. Ашуров, Г. Г. Социологические аспекты организации стоматологической помощи в комплексной терапии патологии пародонта, индуцированными несъемными супраконструкционными элементами / Г. Г. Ашуров, А. Г. Гаиров, М. Б. Шафозода // Здоровоохранение Таджикистана. – 2021. – № 1. – С. 17-24.
2. Аверьянов С.В. Распространенность и интенсивность кариеса зубов, заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий у детей города Уфы / С.В. Аверьянов, И.Р. Исхаков, А.И. Исаева // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №2. – С.15-17.
3. Багинский И.В. Медико-социальные аспекты оказания стоматологической помощи коренным малочисленным народам Севера / И.В. Багинский, А.Л. Багинский // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – №2. – №18. – С.170-175.
4. Владимирцев В.А. Влияние меняющихся социально-бытовых условий и характера питания аборигенного населения на динамику эпидемического процесса Вилуйского энцефаломиелита / В.А. Владимирцев, Т.М. Сивцева, Т.К. Давыдова [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2015. – №3. – Т.51. – С. 61-63.

Хасанова Б.К., Разакова Ш.К.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ГОУ ТГМУ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Студенты представляют собой особую социальную группу, характеризующуюся специфическими условиями жизни, вынужденным нарушением режима труда, отдыха и питания, большой психоэмоциональной и умственной нагрузкой [1]. Стоматологическая заболеваемость в настоящее время в студенческой возрастной группе остается высокой и не имеет тенденции к стабилизации [2]. Наиболее слабым звеном в осуществлении мероприятий по первичной профилактике основных стоматологических заболеваний является гигиеническое воспитание населения и санитарно-просветительная работа [3]. Основные стоматологические заболевания – кариес зубов, болезни пародонта остаются, по-прежнему, наиболее распространенными заболеваниями населения во всем мире, а также в нашей стране. Значительная часть молодежи с пренебрежением относится к профилактике стоматологических заболеваний и имеет низкую мотивацию к поддержанию стоматологического здоровья [1, 4, 5, 6]. Выбор конкретных средств и методов индивидуальной гигиены полости рта для каждого пациента – это обязанность врачей стоматологов. Также активную роль по вопросам санитарного просвещения и гигиены полости рта в гигиенической мотивации, обучении населения и поддержании их постоянной профилактической активности должны играть врачи всех специальностей. Поэтому уровень информированности студентов 3 курса медицинского факультета о гигиене полости рта, путях предупреждения основных стоматологических заболеваний представляет определенный интерес.

Цель работы. Определение уровня знаний студентов 3-го курса медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино по данным анкетирования о гигиене полости рта и профилактике основных стоматологических заболеваний.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование 1350 студентов, 3-го курса медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Среди них было 690- лица мужского пола и 660- лица женского пола. В анкете были вопросы касающиеся: частоты посещения стоматолога; с какой целью посещали стоматолога; частота и характер ухода за полостью рта; какие основные и дополнительные средства гигиены полости рта использовали и т.д.

Результаты исследования. По данным анализа анкет было установлено, что 8,6% студентов утверждают, что не посещают стоматолога. К стоматологу приходят на прием 1 раз в 3 месяца 1,4% студента, 1 раз в полгода – 12,4 % и 56,71 % интервьюированных студентов посещают врача-стоматолога только когда болит зуб. Большинство студентов (69,8 %) чистят зубы 2 раза в день, а 30,2 % – один раз в день. После каждого приема пищи чистят зубы всего лишь 1,1 % студентов. Иногда чистят зубы 0,8% опрошенных студентов и не чистят зубы 0,4% студентов. Продолжительность чистки зубов занимает у 19,4% студентов – 1 минуту, 45,2 % опрошенных чистят зубы 2 минуты, у 23,6 % время чистки длится – 3 минуты, у 11,8% 4 - 5 и более минут (имеют ортодонтические аппараты).

Предпочитают чистить зубы горизонтальными движениями 21,3 % студентов 23,7% анкетированных студентов чистят зубы вертикальными (подметающими) движениями и 31,3 % чистят зубы круговыми движениями. Большинство студентов для гигиены полости рта используют зубную пасту 99,7%, эликсиры и ополаскиватели используют 5,3% студентов, 3,5% пользуются зубочистками, жевательные резинки предпочитают 6,5 %. Предпочитают для ухода за полостью рта зубные пасты: «Colgate» (55,3%), «Насим» (26,5%), «Blend-a-med» (6,7%), «Лакалут» (2,6%), «Лесной бальзам» (6,5%), «ROCS» (2,1%), используют опорошенные студенты. Большая часть (36,3%) студентов меняют зубную щетку четыре раза в год, три раза в год – 31,1% и два раза в год – 21,8% студентов и один раз в год – 10,7% анкетированных. Нами в соответствии с проведенным анкетированием, установлено, что 87,8% студентов не обращались за советом к стоматологу и сами покупали зубные пасты и только 12,2% анкетированным студентам подбирали средства гигиены их лечащие врачи – стоматологи. Из анкетированных студентов на вопрос кто научил вас чистить зубы 71,1% ответили родители, 18,6% студентов ответили, что их никто не обучал чистке зубов, лишь 8,4% ответили, что их научил врач-стоматолог, 1,4% обучили воспитатели детского сада и по 0,6% научили брат, сестра или учитель.

Выводы. Таким образом, проведенный нами анкетирование студентов 3 го курса медицинского факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» выявил низкий уровень санитарно – гигиенических знаний гигиены полости рта, недостаточность их медицинской активности в отношении сохранения своего стоматологического здоровья, а также выявили недостаточное проведение просветительной работы врачей-стоматологов по гигиеническому воспитанию, санитарному просвещению студенческой молодежи нашего вуза, и по вопросам профилактики стоматологических заболеваний. Каждый врач-стоматолог должен уметь дать рекомендации по рациональному использованию средств гигиены полости рта, знать о средствах гигиены полости рта, уметь рекомендовать современные средства гигиены полости

рта и обязан сформировать у студентов-медиков правильное - мотивированное отношение к гигиене полости рта, как неотъемлемой части оздоровления организма.

Список литературы

1. Квасов, С. Е. Образ жизни и здоровье студентов / С.Е. Квасов. - Горький, 1990. - С. 5-9.
2. Ахмерова С.Г. Здоровый образ жизни и его формирование в процессе обучения // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. - 2001. - №2. - С. 37-40.
3. Кондратов А.И. Пути повышения эффективности санитарного просвещения в комплексной профилактике стоматологических заболеваний: автореф. дис... канд. мед. наук: - М., 1990. - 20 с.
4. Рыжаков Д.И., Ляляев В.А. Некоторые особенности факторов риска для здоровья студентов-медиков // Здоровье студентов: Сб. тезисов междунар. науч. практ. конф. - М.: Изд-во РУДН, 1999. - С.101.
5. Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Корнеева Н.М. Проблемы мотивации студентов к профилактике стоматологических заболеваний. Фундаментальные исследования. 2014; 7(1): 129—32.
6. Abu Alhaija E.S., Al-Wahadni A.M. Relationship between tooth irregularity and periodontal disease in children with regular dental visits. J. Clin. Pediatr. Dent. 2006; 30(4): 296—8.

Ходжимуродов Б. Р., Равшанов Р.

ВАРИАТИВНОСТЬ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра ортопедической стоматологии,

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Одной из проблем современной клинической стоматологии является рост воспалительных заболеваний полости рта, протекающей на фоне вторичной иммунной недостаточности [3,6,8]. Внутренним фактором, воздействующим на иммунный ответ, является эндокринная система, которая входит в комплекс нейрокринной регуляции гомеостаза. Важная роль в этиопатогенезе различных стоматологических заболеваний отведена сложным многофункциональным взаимоотношениям между иммунной, нервной и эндокринными системами.

Эндокринологические аспекты стоматологических заболеваний отражены в ряде фундаментальных научных исследованиях [4,5,9], где указывается тесная взаимосвязь заболеваний систем органов рта с патологией эндокринной системы. Одним из самых распространенных заболеваний эндокринной системы является гипотиреоз. Ряд авторов свидетельствуют о высокой распространенности хронического генерализованного пародонтита с гипотиреозом [2,4,9]. Исследованиями ряда авторов выявлена высокая заболеваемость кариесом зубов и более высокая степень прироста интенсивности кариеса у детей, проживающих в зоне йоддефицита.

Однако эти данные малочисленны и разрозненны. Комплексное и углубленное изучение влияния гипотиреоза на развитие заболеваний полости рта не проводилось.

Важным патогенетическим звеном поражения пародонта является нарушения в системе «пол-антиоксиданты». Известно, что при гиперфункции щитовидной железы увеличивается интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и его влияние на функциональное состояние пародонта [1,7,10,11]. Практически нет работ, посвященных изучению процессов в развитии заболеваний полости рта при гипофункции щитовидной железы. Одним из возможных пусковых механизмов формирования нарушений в полости рта является активация иммунной системы [2,11]. Считается доказанным участие цитокинов в развитии заболеваний пародонта. Имеются единичные работы, свидетельствующие об увеличении содержания цитокинов у пациентов с тиреотоксикозом, однако работ посвященных изучению влияния цитокинов на развитие заболеваний полости рта на фоне дисфункции щитовидной железы практически нет. В этой связи изучение процессов ПОЛ и содержания цитокинов в сыворотке крови в процессе развития заболеваний полости рта на фоне гипотиреоза представляет актуальную задачу стоматологии, решение которых позволит расширить понимание некоторых механизмов формирования поражения полости рта при дисфункции щитовидной железы, а также разработать новые эффективные методы диагностики.

Материал и методы исследования. Клинико-лабораторная часть работы основана на результатах обследования 96 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом. Из них 22 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени 42 и 32 человек соответственно сочетанной гипотиреозом. Для объективизации клинической оценки показатели, как парадонтальный индекс, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и индекс Ketzе. Для достоверного определения интенсивности воспалительного процесса использовали пробу Шиллера-Писарева. Для измерения глубины пародонтальных карманов также проведены рентгенологические исследования. Изучение показателей ПОЛ и антиоксидантной защиты проводилось по следующей методике: проводился забор крови из вены локтевого сгиба в пробирку с ЭДТА в конечной концентрации 1 мг/мл. В плазме крови изучалась концентрация малонового диальдегида (Л.И. Андреева 1988). Скорость каталазной реакции в сыворотке крови и эритроцитах по методу предложенной М.А. Ковровым. Для количественного определения фактора некроза опухолей альфа (ФНО- α), интерлейкина-1 (ИЛ-1 β) и интерлейкина-4 (ИЛ-4) использовали иммуноферментный метод с применением наборов фирмы «HUMAN».

Результаты исследований. В результате обследования больных гипотиреозом выявили высокую частоту генерализованного пародонтита. Преимущественно отмечали хроническое течение заболевания. У 60,1% лиц в возрасте 25-45 лет отмечали, в основном, среднюю и тяжелую форму пародонтита. У больных с гипофункцией щитовидной железы преобладала диффузная застойная гиперемия десен. Отмечается значительное отложение зубного камня, наличие пародонтальных карманов с серозно-гнойным отделяемым глубиной до 5 мм. Ведущими клиническими признаками тяжелой формы пародонтита у больных с гипотиреозом были гиперемия с выраженной отечностью, множествен-

ные пародонтальные карманы глубиной более 5-6мм, частые рецидивы воспаления, связанные с обострением основного заболевания. Характерной особенностью течения генерализованного пародонтита у больных гипотиреозом явилось наличие некариозных поражений тканей зубов. У 12% больных генерализованным пародонтитом с гипофункцией щитовидной железы диагностировали эрозию твердых тканей зубов, у 14% клиновидные дефекты, у 10,2% патологическую стираемость зубов. Сравнительно часто у этих больных генерализованный пародонтит сочетался с кандидозом слизистой оболочки полости рта (28,2%). Характер течения и исход некариозных поражений зубов во многом определялись течением основного заболевания. Особенно неблагоприятную динамику некариозного поражения зубов отмечали при тяжелом течении генерализованного пародонтита и тяжелой степени гипотиреоза. Проведенные результаты позволяют предположить, что состояние тканей пародонта у больных во многом определяется длительностью и тяжестью гипотиреоза. Как видно из приведенных результатов обследования представленной в таблице 1, содержание продуктов ПОЛ и антиоксидантной системы изучены у 96 пациентов с ХГП на фоне гипотиреоза. 18 человек составляли пациенты с ХГП без патологии щитовидной железы (контрольная группа). Пациенты с ХГП были распределены также в зависимости от степени тяжести заболевания полости рта. Выявлено, что уровень малонового диальдегида в сыворотке крови был достоверно увеличен у пациентов с ХГПТ сочетанной с гипотиреозом. Изучаемый показатель в группе с ХГПЛ и ХГПС на фоне гипотиреоза практически не различались между собой и группой контроля. Данные антиокислительной активности сыворотки крови у больных гипотиреозом также достоверно не отличались в группе больных с легкой и средней степенью ХГП, тогда как у больных с тяжелой степенью ХГП отмечено достоверное ($P<0,05$) снижение общей антиокислительной активности крови при сравнении с группой контроля. Своеобразная динамика отмечена в активности каталазы сыворотки крови у обследуемых больных. Так, при тяжелой форме ХГП сочетанной гипотиреозом наблюдается достоверное повышение активности каталазы сыворотки крови ($P<0,05$). Тогда как, в эритроцитах крови отмечена иная динамика, т.е. достоверное снижение активности каталазы на 15% при средней степени ХГП, при тяжелой степени ХГП на 20%, при сравнении с группой контроля ($P<0,05$). Таким образом, у лиц с дисфункциями щитовидной железы выявлено существенное увеличение продуктов ПОЛ в сыворотке крови наряду со снижением ее антиокислительной активности, особенно тяжелой формой ХГП. При проведении иммуноферментного анализа у больных с ХГП различной степени тяжести на фоне гипотиреоза выявлены статистически значимые сдвиги в цитокиновом статусе. Наибольшее содержание изучаемых цитокинов в сыворотке крови зафиксировано у больных со средней и тяжелой степенью ХГП. Таку больных с ХГП средней тяжести сочетанной с гипотиреозом уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови возраста в 1,6 раза ($P<0,05$), а при ХГП тяжелой степени в 1,9 раза ($P<0,05$), по сравнению с группой контроля. Содержание ИЛ-4 в сыворотке крови больных с ХГП осложненной гипотиреозом также увеличилась, при средней степени в 1,5 раза и при тяжелой в 1,7 раза ($P<0,05$) по сравнению группой контроля. Подобная закономерность изменений отмечена и при изучении уровня ФНО- α в сыворотке крови исследуемых больных. Содержание данного цитокина у лиц с ХГПС, осложненной гипотиреозом была выше контрольных величин в 1,5 раза, у лиц с ХГПТ в 2 раза ($P<0,05$). Таким образом, у пациентов с ХГП различной степени тяжести сочетанной с гипотиреозом отмечается активация иммунной системы, что вероятно имеет патогенетическое значение в развитии основного заболевания.

Выводы. Воспалительные заболевания пародонтальных тканей у больных с гипотиреозом носят преимущественно хронический генерализованный характер и отличаются высокой активностью воспалительного деструктивного процесса в области зубодесневого соединения. Установлено, что значительная активация процессов ПОЛ и снижение антиокислительной защиты отмечено у больных с ХГП тяжелой степени на фоне гипофункции щитовидной железы. Показано, что при дисфункции щитовидной железы происходит выраженная активация иммунной системы, проявляющаяся увеличением уровня цитокинов в сыворотке крови. Наиболее высокие концентрации ФНО α , ИЛ-1 и ИЛ-4 выявлены у пациентов со средней степенью ХГП с гипофункцией щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А.. Модификация метода определения перекиси липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой. // Лаб. дело.- 1988.-№11.- С. 41-43.
2. Алексеев С.А. «Патогенетическое значение изменений процессов ПОЛ и уровня цитокинов крови в формировании острого алкогольного поражения сердца» - Чита, 2004. С.22.
3. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей /: Медицинское информационное агентство, 2004. - 320 с.
4. Касаткина, Э.П. Йоддефицитные заболевания у детей и подростков / Э.П. Касаткина // Лечащий врач.-2000.-№10. С.18-21.
5. Козлов В.А. Некоторые аспекты проблемы цитокинов /В.А. Козлов // Цитокины и воспаление. 2002.-Т.1,№1.- С.5-8.
6. Махмудов Т.Г. Частота заболеваний пародонта и биохимические показатели смешанной слюны у больных диффузным токсическим зобом. Пародонтология 2009 г. №2, С.11-13
7. Оганян А.В. Остеопороз челюстных костей при экспериментальном гипотиреозе. 2007 г., С. 192-194.
8. Петрович Ю.А., Пузин М.Н., Сухова Т.В. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная защита смешанной слюны и крови при хроническом генерализованном пародонтите // Российский стоматологический журнал. 2000.- №3.- С.11 -13.
9. Похминцева Л.В. и др. Функциональная активность нейтрофилов у крыс с воспалительным процессом в пародонте на фоне пониженной функции щитовидной железы // Стоматология. - 2009. - Т. 88, № 2. - С. 4-7.
10. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, et al. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. Eur J Oral Sci. 1995;103:405-12.,
11. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. Int J Paediatr Dent Br Paedod Soc Int Assoc Dent Child.

12. Marzo G, Campanella V, Albani F, Gallusi G. Psychological aspects in paediatric dentistry: parental presence. Eur J Paediatr Dent. 2003;4(4):177-180
13. Nuttall NM, Gilbert A, Morris J. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. J Dent. 2008;36:857–60,
14. Olumide F, Newton JT, Dunne S, Gilbert DB. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. Int J Paediatr Dent. 2009;19:338–42
15. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. Behav Res Ther. 2000;38:31–46

Хожимуродов Б.Р.

ВАЖНЫЕ ЭТАПЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ ВИНИРАМИ

Кафедра ортопедической стоматологии

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

Аннотация: Здоровые и красивые зубы - важнейший элемент привлекательности человека. Косметические вопросы находятся в центре внимания стоматологических клиник. Виниры и ламинаты из керамических и композитных материалов стали очень популярны как средство быстрого изменения внешности. Стремительное развитие материаловедения в стоматологии и новые методики эстетической стоматологии позволили восстановить и скорректировать цвет, форму и положение зубов, воссоздать гармоничные прикусы и улыбки. Бондинговые системы и композитные материалы позволяют устранить эстетические препятствия без применения традиционных ортопедических методов лечения. Широко используются методики эстетической реставрации вестибулярных поверхностей зубов с помощью композитных виниров. Этот вид эстетических работ предполагает не только устранение дефектов, но и детальное воспроизведение анатомических форм, оптических эффектов и индивидуальных особенностей. **Материалы и методы:** Виниры представляют собой очень тонкие стандартизированные композитные пластинки (накладки), имитирующие эмаль (от 0,3 мм на передних зубах до 0,7 мм на резцах) и замещающие переднюю (наружную) поверхность зуба. Накладки полимеризуются из высоконаполненного наногибридного композита с отличной механической прочностью и цветостойкостью, прессуются и формуются на заводе. Для облегчения приклеивания внутренняя поверхность подвергается пескоструйной обработке. От прямых композитных виниров Onlay отличается отсутствие пор. Идеальная форма, макро- и микротекстура поверхности и естественная опалесценция являются основными преимуществами. В связи с широким спектром показаний данная методика очень чувствительна к прилеганию ступеней. Врачи сталкиваются с трудностями при определении объема предварительной обработки твердых тканей, выборе бондинговой системы и рецессии десны. Здесь подробно анализируются клинические этапы прямой реставрации твердых тканей композитными и ламинатными винирами.

1. Обсуждение потребностей пациента, определение показаний и противопоказаний, плана лечения и ожидаемых результатов. Прежде всего, специалист-стоматолог должен выяснить цель визита пациента. Необходимо выяснить, чем больше всего недоволен пациент: цветом зубов, положением и формой зубов, десневыми краями, выражением и размером улыбки и т.д. Показания к применению прямых композитных виниров и ламинатов: изменение цвета зубов, кариозные поражения, некачественные реставрации, некариозные заболевания, связанные с аномалиями развития и формирования твердых тканей зуба, развитие твердых тканей зуба после эрекции, наличие верхушки или гребня, несоответствие боковых размеров зубов, незначительная осевая ротация или наклон зубов. Основным фактором, влияющим на конечный результат лечения, является качество окклюзионных взаимоотношений. Вредные привычки и парафункции могут существенно повлиять на план лечения. К эстетической коррекции передних зубов можно приступать только после нормализации и стабилизации окклюзионных взаимоотношений и завершения бокового протезирования. Относительными противопоказаниями к прямой реставрации являются окклюзионные нарушения, парафункции (бруксизм), плохая гигиена и воспалительные заболевания пародонта. С этической и юридической точек зрения важно предоставить пациентам всю информацию о различных вариантах лечения. Следует разъяснить планы лечения для различных уровней стоимости (прямые композитные виниры, ламинаты, цельнокерамические ламинаты). Существуют различные способы демонстрации пациенту конечного результата. Это и моделирование композитным материалом, и наложение композитных виниров на восстановленные зубы, и представление будущего дизайна с помощью компьютерных программ, и восковое моделирование. Процесс обследования пациента должен быть зафиксирован в виде серии фотографий.

2. Выбор цвета. Эталонная шкала помогает определить цвет реставрации. На этом этапе рекомендуется сделать соответствующий цветовой шаблон рядом с реставрируемым зубом. Оттенок дентина подбирается путем прикладывания эталонной шкалы к верхней и центральной трети коронки, а эмали - к режцовому краю. При определении цвета зуб и эталонная шкала (цвет) должны быть влажными. Также важно естественное освещение и множество других параметров, которые подробно описаны в книгах по косметической стоматологии.

3. Чистка зубов. Тщательная чистка зубов с использованием профилактической зубной пасты без фтора Этап IV. Изоляция хирургического поля. Для достижения оптимальных результатов необходима соответствующая изоляция зубов. Для эстетического лечения передних зубов подходит эластичный, мягкий ретрактор для губ и щек "Optragate" (Ivoclar Vivadent). При этом пациенты могут держать рот открытым в течение длительного времени. Изолирующие системы могут быть дополнены жидкими коффердами или ретракционными нитями. Ретракция десны проводится по показаниям. Для предотвращения ретракции десны и потери адгезии между зубами и десной вместо крученых нитей используются вязаные или трикотажные нити небольшого размера. Присутствие адреналина или сульфата железа в ретракционной нити нежелательно (повышается вероятность ингибирования полимеризации и окрашивания реставрации). При ретракции десны также следует соблюдать временные ограничения.

4.Препарирование: Бережная обработка интактных тканей зуба и отказ от радикальной предварительной обработки - одна из современных стратегий в стоматологии. Поскольку эмаль важна для бондинга, зубы следует препарировать таким образом, чтобы сохранить как можно больше эмали. Тонкие слои эмали удаляются для увеличения площади сцепления между зубом и реставрацией и для обеспечения пространства для будущей эстетической конструкции. Существует несколько видов препарирования. Первое препарирование Это когда цвет зуба, подлежащего эстетическому изменению, не нуждается в изменении или требуется лишь незначительное изменение. В этом случае твердые ткани зуба препарируются на минимальную глубину. При этом над десной устанавливается бортик. Препарированная поверхность выглядит как "окно", границы которого находятся в пределах эмали. второй тип. когда цвет одного зуба значительно отличается от цвета соседнего зуба. В таких случаях для воспроизведения желаемого цвета твердые ткани зуба можно сбрить примерно на 0,6-0,9 мм. Край препарирования предпочтительно располагать над десной. Третий метод препарирования. Темные депульпированные зубы, которые полностью отличаются от цвета остальных зубов. Препарирующий край может располагаться над десной, но в некоторых ситуациях может использоваться поддесневое препарирование. Обработка резцовых краев. При всех видах препарирования граница препарирования может заканчиваться на резцовом крае, если зуб цел или если сколотый угол зуба не превышает одной трети резцового края. Переход на небную поверхность должен составлять 3 мм (до 1/3 оральной поверхности зуба), а граница препарирования не должна совпадать с зоной прямого окклюзионного контакта. Для завершения формирования твердых тканей апроксимальные поверхности следует обработать металлическими полосками, а переход от препарированной области к твердым тканям зуба (финиш) - шиной с желтым кольцом. Для контроля адекватности очистки поверхности зуба можно использовать "силиконовый ключ". Препарирующий инструмент и выбор скоростного режима Предварительную обработку эмали лучше всего проводить с помощью углового левитирующего наконечника. Подготовка адгезива. Зависит от типа твердых тканей (эмаль, дентин) и их количества. Вариант 1: Сохранение эмали. Наиболее подходит для адгезивных методик. Предпочтительно использование адгезивных систем 5-го поколения. Эмаль обрабатывается кислотой в течение 30 с и промывается водой в течение того же времени. После травления эмаль должна быть матовой и без излишков воды. Клей наносится в течение 20 с, растворитель удаляется воздухом, эмаль просвечивается в течение 10 с. Вариант 2. Помимо эмали обнажается поверхность дентина. При использовании бондинговой системы пятого поколения могут возникнуть следующие проблемы - Глубина протравливания не всегда соответствует глубине проникновения компонентов адгезивной системы. Оптимальным вариантом в данной клинической ситуации является селективное протравливание эмали и использование самопротравливающей адгезивной системы шестого или седьмого поколения. Вариант 3: Работа с дентином вместо эмали. Используйте системы 4-го, 6-го или 7-го поколения. Адгезивные системы четвертого поколения остаются "золотым стандартом" бондинга в стоматологии. Однако они очень чувствительны к методам бондинга. Работа с бондинговыми системами 4-го поколения .Прикрепление матричной системы. Перед проведением эстетической реставрации необходимо установить целлулоидную матрицу и клинья (рис. 6). Этап VIII. Реставрация композитом. Используется традиционная техника "послойной реставрации" светоотверждаемой композитной смолой. Различные авторы представили свои методики реставрации, в том числе послойные реставрации и многослойные реставрации. Использование "силиконовых шаблонов" обеспечивает высокое качество реставраций. Окончательная обработка реставрации Окончательная обработка эстетических композитных реставраций включает шлифовку (грубую и тонкую) и полировку. Конический бор используется для обработки границы между реставрацией и твердыми тканями на вестибулярной поверхности, а алмазный овальный бор - для коррекции оральной поверхности винира в месте контакта с зубом-антагонистом. После полировки рекомендуется провести финишное глазурирование реставрации для уменьшения остатков мономера. Затем для окончательной доводки используется желто-белый кольцевой бор или твердосплавный финишер. Окончательная полировка до "сухого блеска" с использованием различных щеток со специальными покрытиями завершает работу.

Закключение: Таким образом, современный уровень развития косметической стоматологии позволяет каждому пациенту, обратившемуся в клинику, не только вылечить свои зубы и заболевания пародонта, но и улучшить свои эстетические параметры. Адгезивные системы и композитные материалы значительно расширяют возможности косметической стоматологии и способны удовлетворить запросы даже самых требовательных пациентов.

Литература:

26. Astanovich A. D. A. et al. The State of Periodontal Tissues in Athletes Engaged in Cyclic Sports //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 235-241.
27. Astanovich A. A. Comparative Analysis of the Stress-Strain State of the Lower Jaw with Different Splinting Systems in Localized Periodontitis of Middle Gravity by Finite Element Modeling //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 181-187.
28. Ortikova N., Rizaev J. THE PREVALENCE AND REASONS OF STOMATOPHOBIA IN CHILDREN //E-Conference Globe. – 2021. – С. 339-341.
29. Ахмедов А. А. Иммунологические аспекты патогенеза гингивита и пародонтита //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 121-123.
30. Alimjdjanovich R. J., Khairullaevna O. N., Normuratovich N. A. CORRECTION OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN CHILDREN WITH NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF DENTAL ADMISSION //Archive of Conferences. – 2021. – С. 108-114.
31. Xairullaevna O. N., Alimjanovich R. J. Improving the effectiveness of therapeutic and preventive measures by correcting psychoemotional stress in children at a dental appointment. – 2022.
32. Maxzuna U., Zarafruz B. IMPROVING THE PROVISION OF THERAPEUTIC DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 618-623.
33. Zarafruz B., Hekmat K. H. A. S. MANIFESTATION OF HERPETIC INFECTION IN THE ORAL CAVITY AND THEIR TIMELY ELIMINATION //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С.

34. Qobilovna B. Z., Nodirovich E. A. EVALUATION OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH REMOVABLE DENTAL PROSTHESES FOR PATIENTS WITH PAIR PATHOLOGY //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2023. – Т. 11. – С. 95-101.
35. Ruziyeva K. A., Burhonova Z. K. Complex Application Of Magnetic Laser Therapy And Propolis Tincture For The Prevention And Treatment Of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – №. 06. – С. 127-130.
36. Абдуллаева Н. ИСКРИВЛЕНИЕ ШПЕЕ ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОМ УДЛИНЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНОГО РЯДА //Collection of scientific papers «ЛОГОС». – 2023. – №. May 26, 2023; Boston, USA. – С. 344-348.
37. Jamshed S. PREVALENCE OF PHYSIOLOGICAL BITE FORMS IN PEOPLE WITH DIFFERENT FACE TYPES //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
38. Makhmudova U. B. The Effectiveness Of The Use Of Parapulpal Pins (Ppp) When Restoring Defects In The Crown Part Of The Frontal Teeth //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 2.
39. Bakhtiyorovna M. U. Causes Of Removable Denture Breaks And Allergic Reactions //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 374-377.
40. Bustanovna I. N. Assessment Of Clinical And Morphological Changes In The Oral Organs And Tissues In Post-Menopausal Women //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3..
41. Nizomitdin A. I. Therapeutic Effect Of Improved Enamel Surface Preparation Technique In The Treatment Of Acute Initial Caries Of Temporary Teeth In Children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 440-445.
42. Jamshed S. Prevalence Of Physiological Bite Forms In People With Different Face Types //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
43. Nazhmiddinovich S. N., Obloberdievich S. J. Optimization of Orthopedic Treatment of Dentition Defects in Patients with Chronic Diseases of the Gastrointestinal Tract //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 157-159.
44. Ахмадов И. Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАСТИЧНЫХ И ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
45. Ахмадов И. Н. Нарушения в системе перекисного окисления липидов при парадантозе //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 124-127.
46. Ахмадов И. ОБЗОР СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ //ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ НАВИКАМИ «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ». – 2021. – С. 43
47. Ikramova F. F. Ikramova Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs: Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs //Архив исследований. – 2021.
48. Shoxrux S., Shoxrux I., Faxriddin C. PREVENTION AND TREATMENT OF ORAL INFECTIONS IN DENTURE WEARERS //International Journal of Early Childhood Special Education. – 2022. – Т. 14. – №. 4.
49. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
50. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.

¹Худоёров С.А., ²Махмудов Д.Т.

ДИНАМИКА ИНДИКАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОВСЗ РТ

Актуальность. Сегодня наблюдается возрастающее количество внедряемых новых технологий и материалов при оказании ортодонтической помощи населению. Увеличилось и число пациентов, которым проводят лечение с применением несъемной ортодонтической аппаратуры. Если ранее на долю съемных аппаратов приходилось до 90%, то в настоящее время они используются лишь в 16% наблюдений [М.О. Leeetal., 2018]. Эффективность современных несъемных ортодонтических аппаратов значительно превосходит эффективность съемных, однако процент осложнений со стороны твердых тканей зубов и тканей пародонта высок именно у подростков, находящихся на лечении несъемными ортодонтическими аппаратами [Е.В. Екимов с соавт., 2018; П.А. Леус с соавт., 2017; L.Q. Fanetal., 2019; H.Y. Simetal., 2017].

Цель исследования. Изучить гигиеническое состояние полости рта у подростков, находящихся на лечении аномалий прикуса с помощью несъемной ортодонтической аппаратуры.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 60 пациентов, которым проводилось лечение с использованием брекет-систем. Представители пациентов дали письменное информированное согласие на проведение исследования. Пациенты были разделены на две возрастные группы: 12-14 лет и 15-18 лет. Для оценки гигиенического состояния полости рта у данных пациентов изучали показатели упрощенного индекса гигиены Грина-Вермиллиона (ОНИ-S) и на основании полученных результатов индекса определяли очищающий эффект. С этой же целью изучали индекс гигиены брекета Улитовского и очищающий эффект на его основании.

Результаты исследования и их обсуждение. При адекватном контроле со стороны врача за гигиеной полости рта пациентов и проведении стоматологического просвещения в области профилактических мероприятий происходило улучшение гигиенического статуса пациентов, что подтверждалось улучшением индексных показателей. Результаты изучения динамики упрощенного индекса Грина-Вермиллиона у подростков с несъемной ортодонтической техникой свидетельствуют о том, что в первой группе данный показатель был равен в начале исследования $2,68 \pm 0,22$, к концу исследования он составил $1,49 \pm 0,14$. А показатель индекса во второй группе был равен $2,71 \pm 0,26$, а затем он уменьшался до $1,17 \pm 0,15$.

Показатели индекса гигиены брекета Улитовского в течение месяца среди исследуемых подростков показали, что в первой группе динамика данного показателя была следующей: $68,22 \pm 5,45\%$ в начале исследования, через месяц этот индекс уменьшился до $41,35 \pm 5,01\%$. Показатель индекса гигиены брекета во второй группе у пациентов был равен $85,16 \pm 6,19\%$ в начале, спустя неделю это значение составило $78,89 \pm 6,36\%$, а через четыре недели уменьшилось до $58,47 \pm 6,98\%$.

Выводы. Одним из основных факторов, негативно влияющих на стоматологическое здоровье, является наличие зубного налета. Исходя из анализа полученных данных, можно сделать выводы, что у ортодонтических пациентов при контролируемых еженедельных посещениях наблюдается улучшение состояния гигиены рта. Подростки старшей возрастной группы более ответственно подходят к вопросам гигиены полости рта и соответственно имели лучшие, по сравнению с младшей возрастной группой, результаты. Это необходимо учитывать врачам-ортодонтам при раннем лечении пациентов с помощью несъемных ортодонтических аппаратов. Вышеперечисленные факторы влияют на стоматологический статус подростков в период ортодонтического лечения брекет-системами и требуют совершенствования существующих профилактических мероприятий в полости рта у данной категории пациентов.

¹Худоёров С.А., ²Ёраков Ф.М., ²Махмудов Д.Т.

СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ОККЛЮЗИОННО-Артикуляционных Взаимоотношений у детей с аномалией зубочелюстной системы

¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Среди различных методов ортодонтического лечения наиболее распространенным и эффективным является аппаратный. На основании многолетнего опыта известно, что далеко не все больные, обратившиеся за ортодонтической помощью, завершают начатое лечение [1, 3]. Часть больных отказываются от него уже после первого или второго посещения ортодонта, часть прекращают лечение на поздних этапах, когда достигнуты первые видимые результаты [4].

Опасность преждевременного прерывания ортодонтического лечения заключается в том, что в ходе перемещения зубов нарушаются компенсаторные окклюзионные контакты, меняется стереотип жевания, развивается дисфункция височно-нижнечелюстного сустава [2].

Результативность ортодонтического лечения зависит не только от точности диагностики, рациональности намеченного плана лечения, правильности выбора аппарата, но и от дисциплинированности больных, их сознательного отношения к предстоящим вмешательствам, а также их отношения к врачу [5].

До настоящего времени исследователи изучают отдельные аспекты проблемы незавершенного ортодонтического лечения. К сожалению, мы не встретили современных публикаций о частоте и причинах данной проблемы с учетом новых подходов к ортодонтическому лечению.

Цель исследования. Выявить частоту и характерные особенности приверженности ортодонтическому лечению в различные периоды развития зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования. Изучали 477 амбулаторных карт больных, обратившихся в клинику кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино для проведения ортодонтического лечения за последние 4 года (с 2020 по 2023 включительно). Пациенты были в возрасте от 3 до 18 лет. Они были разделены на группы с учетом функционально-морфологических особенностей на каждом этапе развития зубочелюстной системы.

Для постановки диагноза пользовались общепринятыми методами клинического обследования, предложенными Л.С. Персиным и Ф.Я. Хорошилкиной. Зубочелюстные аномалии и деформации идентифицировали по МКБ-10 и классификации Л.С. Персина. Всем пациентам проводили ортодонтическое лечение соответственно клиническим проявлениям соответствующей патологии.

На основании результатов морфо-функциональных исследований для каждой возрастной группы была создана база данных, содержащая более 30 параметров: социальные факторы; общее состояние здоровья в момент обследования; функциональные и морфологические показатели состояния зубочелюстной системы, характерные для каждой возрастной группы; степень тяжести нарушений; методы лечения; результат лечения.

Статистическую обработку баз данных проводили с помощью стандартного набора аналитических программ Microsoft Excel версий XP.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных детей и подростков в целом ортодонтическое лечение не было одинаково результативно. Полученные результаты позволяют отметить, что практически каждый второй пациент (229 чел.; $48,0 \pm 1,98\%$) из 477 начавших ортодонтическое лечение прервал его в течение первого полугодия.

Среди обследованных детей с временным прикусом (3-6 лет) процентное значение лиц с успешным ортодонтическим лечением составило $35,14 \pm 4,53\%$. Наибольшее число прервавших ортодонтическое лечение наблюдалось среди 72 ($64,86 \pm 4,53\%$) дошкольников из 111 детей. Из 164 детей с постоянным прикусом (12-18 лет) наибольшее

число прервавших ортодонтическое лечение наблюдалось у 61 ($37,20 \pm 3,77\%$), тогда как успешное ортодонтическое лечение было зафиксировано у большинства из них (103 ребёнка), что составляет $62,80 \pm 3,77\%$.

У детей с временным прикусом было характерно раннее прерывание лечения – в течение 1-го месяца. Как правило, они посещали врача-ортодонта 1-2 раза после припасовки аппарата. Эти дошкольники пользовались съёмными ортодонтическими аппаратами: механическими, функциональными и комбинированными. Анализ эффективности применяемых ортодонтических аппаратов в данной возрастной группе показал, что наилучшие результаты (максимальное число детей, закончивших ортодонтическое лечение) были достигнуты с помощью функционально-действующих устройств, в том числе эластопозиционеров.

У 99 детей со сменным прикусом в возрасте 6-9 лет частота успешного и прерывания ортодонтического лечения составила соответственно $55,56 \pm 4,99\%$ и $44,44 \pm 4,53\%$. Вместе с тем, у 103 детей со сменным прикусом в возрасте 9-12 лет значение названных показателей составило $49,51 \pm 4,92\%$ и $50,49 \pm 4,92\%$ соответственно. В целом усреднённая приверженность детей ортодонтическому лечению в виде успешного и прерванного лечения составляет $52,00 \pm 1,98\%$ и $48,00 \pm 1,98\%$.

Из полученных данных становится понятным, что в период сменного прикуса приверженность к ортодонтическому лечению детей в возрасте 6-9 и 9-12 лет не имело достоверных различий. Дети в возрасте от 6 до 12 лет пользовались съёмными аппаратами различного механизма действия. Сравнение наиболее эффективных препаратов для лечения аналогичных зубочелюстных аномалий в двух возрастных группах (6-9 и 9-12 лет) выявили существенные различия. Так, для детей в первом периоде сменного прикуса наиболее эффективными были аппараты функционального (в 1,5 раза; $p < 0,01$) и механического (в 1,4 раза; $p < 0,01$) действия.

Во втором периоде сменного прикуса (9-12 лет) максимально привержены ортодонтическому лечению были дети, использовавшие функционально-механические аппараты, в 1,6 раза чаще аппараты с системой пружинящих плоскостей, чем 6-9 лет ($p < 0,001$).

Как видно из полученных данных, результативность лечения лиц в периоде постоянного прикуса была в 1,7 раз выше ($p < 0,001$), чем у дошкольников. Среди подростков с постоянным прикусом только $37,20 \pm 3,77\%$ прервали ортодонтическое лечение. В данной возрастной группе применяли несъёмные методы лечения или сочетанные со съёмными аппаратами, так называемые двухфазные методы ортодонтического лечения.

Характерной особенностью приверженности к ортодонтическому лечению у подростков 12-18 лет была зависимость от ряда социально-психологических факторов. Углублённое исследование причин, влияющих на результативность ортодонтического лечения данной группы, в настоящее время является важным в свете современных требований к качеству вышеупомянутого лечения.

Заключение

1. Чаще всего прерывают ортодонтическое лечение дети в возрасте от 3 до 6 лет ($64,86 \pm 4,53\%$). Главное условие их приверженности лечению – это комфортность пользования ортодонтическим аппаратом.

2. В период сменного прикуса частота прерывания ортодонтического лечения колебалась от $44,44 \pm 4,99\%$ до $50,49 \pm 4,92\%$; достоверных различий в группе детей 6-9 и 9-12 лет не выявлено. Отсутствие достаточной мотивации в 1-й группе и выраженность аномалий во 2-й группе, требующая применения сложной ортодонтической аппаратуры, определили данные уровня приверженности.

Литература

1. Массарский И.Г., Сердюков М.С., Соловьев А.А. Фиксация брекетов на зубы с частичным или полным разрушением коронковой части // Клиническая стоматология. – 2019. - № 3(91). – С. 43-45.
2. Попова Н.В., Арсенина О.И., Махортова П.И. Эффективность ортодонтического лечения пациентов с верхней микрогнатией в комбинации с хирургически ассистированным быстрым небным расширением // Стоматология. – 2019. - № 4. – С. 71-79.
3. Lewellun S.K., Hamdan A.M., Rock W.R. An index of orthodontic treatment complexity. European Journal of Orthodontics, 2017, No 2, pp. 186-192.
4. Ovsenik M., Promozic J. Quality assessment in orthodontics in Slovenia. EFOSA Quality Newlette, 2017, No 2, pp. 6-13.
5. Sukontupatipark W., Agroudi M.A., Seliseth N.I. Bacterial colonization associated with fixed orthodontic appliance: a scanning electron microscopy study. Eur J Orthod, 2015, Vol. 23, No 3, pp. 473-484.

Чакконов Ф.Х

ЯТРОГЕННЫЕ ОШИБКИ В СТОМАТОЛОГИИ И ИХ ПРИЧИНЫ.

СамМИ, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Ятрогения (греч. Iatros - врач, Genes - порождаемый, возникающий) - болезни ятрогенные, этот термин имеет 2 значения: 1. заболевание ятрогенное - болезни возникающие в связи с неосторожными высказываниями врачей или других представителей медицинского персонала, оказавшими действие на психику больного. 2. Патология терапии - патологические состояния и болезни, обусловленные диагностическими, профилактическими и лечебными действиями.

Негативные последствия лечебно-диагностического процесса существовали всегда. В разное время они обозначались как «ошибки и осложнения», «врачебные ошибки», «ошибки по небрежности», «несчастные случаи в медицине», «лекарственные», «вторые» болезни и т.д. Уже только перечисление приведенных терминов указывает на значительное разнообразие ситуаций, при которых эти «ошибки» и «дефекты» возникают, а также разноречивость их оценок.

Современная медицина характеризуется необычно широким и не всегда достаточно оправданным применением

разнообразных силь-но действующих препаратов, биологически активных веществ, им-мунодепрессантов, многочисленных инструментальных методов исследования, выполнением сложных оперативных вмешательств и т.д.

1. Врачебная ошибка

«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.»

Врачебная ошибка - это неумышленное действие или бездействие медицинского работника (лечащего врача), субъективно характеризующееся как, преступная самонадеянность или преступная небрежность, по отношению к исполнению своих обязанностей, в отношении обратившегося за медицинской помощью, причинившее последнему физический, материальный или моральный вред.

Врачебная ошибка -- неправильное действие (или бездействие) врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике.

Однако с этими определениями нельзя согласиться. Складывается впечатление, что подобные определения составлены теми, кто давно уже профессионально деформировался как врач и превратился в рубщика мяса и для них человек всего лишь выпускаемая ими продукция, которую в случае некачественного исполнения можно поменять .

Если медицинский работник (лечащий врач) будет добросовестно относиться к своим профессиональным обязанностям, грамотно применять полученные им знания, постоянно повышать уровень своей квалификации, на имеющемся уровне развития медицины, то вероятность совершения врачебной ошибки будет минимальна.

Врачебная ошибка может содержать преступную самонадеянность, но чаще всего небрежность содержащую состав уголовно наказуемого, административного правонарушения, этического проступка, ставшее следствием неосторожных действий (бездействия), несчастного случая, ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, непреодолимой силы или добросовестного заблуждением в отношении естественного развития болезни или нежелательных последствий лечения.

Под небрежностью понимают те ситуации, когда лечащий врач не предвидел возможности наступления вредных последствий своих действий или бездействия для пациента, хотя при необходимой внимательности, предусмотрительности и должном отношении к своим профессиональным обязанностям и долгу, он был обязан и должен был предвидеть эти последствия. Профессионализм медицинских работников выражается в том, что на занимаемой должности врач обязан знать не только определенный раздел медицины, но и смежные с ней разделы медицины.

Оказание качественной и своевременной медицинской помощи является одной из важных проблем современного здравоохранения, в том числе стоматологии, как ее наиболее динамично развивающейся отрасли. В последнее десятилетие создание новых социально-экономических условий для оказания стоматологической помощи медицинскими учреждениями, оснащенными современным оборудованием и новейшими материалами и технологиями, не привело к значительному повышению качества данного вида услуг.

Цель исследования. Изучить качества стоматологической помощи на основе клинико-правового анализа осложнений и врачебных ошибок, допущенных врачами при терапевтическом и хирургическом лечении стоматологических больных.

Задачи исследования:

1. Изучить неблагоприятные исходы лечения заболеваний и удаления зубов, осложнившихся ороантральной перфорацией, наличием инородных тел в синусе, выведением корневого герметика в область верхнечелюстного синуса и нижнечелюстного канала, на этой основе провести анализ врачебных ошибок.

2. Провести социологическое исследование респондентов стоматологического профиля по вопросам их правовой компетентности.

3. Проанализировать юридические, социальные, экономические последствия некачественного оказания стоматологической помощи у исследуемых больных.

4. Разработать алгоритм профилактики осложнений и врачебных ошибок при лечении больных с одонтогенными очагами инфекции, который способствует качественному оказанию стоматологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях и направлен на соблюдение прав пациента, врача.

Выводы

1. Перфоративные формы верхнечелюстного синусита, возникшие вследствие технической ошибки врача-стоматолога хирурга, составляют 80,7% от больных, госпитализированных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами; в 90,8% наблюдений развитию воспалительного процесса в синусе способствует несвоевременная диагностика ороантральной перфорации и позднее оказание специализированной медицинской помощи.

2. В 17,6% у анализируемых больных выявлено наличие интрасинуально расположенных инородных тел (коронки, корневые зубы, предметов перевязочного материала). Технические ошибки врачей-стоматологов при эндодонтическом лечении хронических очагов инфекции зубов верхней и нижней челюсти приводят к развитию воспалительных и нейрогенных осложнений в 99% наблюдений.

3. Известно, что в реалиях сегодняшнего дня нельзя говорить о том, что единственным судьей действий врача является его совесть. Современное развитие здравоохранения и медицинского права свидетельствует об адекватном состоянии механизмов его регулирования, придает самой медицине упорядоченного сбалансированного характера.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. М.: Издательство ПРИОР, 2001.-208 с.
2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. -346 с.
3. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Страдания Гиппократы (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). Ростов-на-Дону: Приазовский край, 2006. - 520 с.
4. Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Рябинина О.В. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда

пациенту // Экономика здравоохранения. 2006. - № 1. - С.30-34.

5. Алимский А.В. Страхование в стоматологии гарантия профилактики и снижения профессиональных рисков // Новое в стоматологии. — 2000. -№ 7. - С. 72-75.

6. Амбулаторно-хирургическая помощь при осложнениях эндодонтического лечения. Монография / Григорьянц Л.А., Сирак С.В., Арутюнян К.Э., Ба-далян В.А. -М.: Эслан, 2007. 128 с.

7. Арутюнян К.Э. Лечение больных с осложнениями, связанными с выведением пломбировочного материала в верхне-челюстной синус: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2005. - 26 с.

8. Бажанов Н.Н. О врачебной нравственности в стоматологической практике // Стоматология. 1997. - № 6. - С. 6-8.

9. Баклушина Е.К., Нуженкова М.В. Современное состояние, проблемы и перспективы правовой подготовки медицинских работников на уровне последилового образования // Медицинское право. 2005. - № 1 (9). -С. 46-48.

10. Барер Г.М. Внутривузовская система обеспечения и контроля качества подготовки специалистов // Образование, наука и практика в стоматологии: Сб. научн. тр. Всерос. научно-практ. конф. М., 2004. - С. 39-41.

11. Безруков В.М., Алимский А.В // Новые подходы к оценке качества оказываемой населению стоматологической помощи // Достижения и перспективы стоматологии: Матер. Международ. научно-практ. конф. — Т. 1. -М., 1999.-С. 29-31.

12. Безруков С.Г., Балабанцева А.Н. Состояние показателей антиэндотоксинового иммунитета у больных хроническим гнойным одонтогенным гайморитом и их динамика в процессе лечения // Современная стоматология. -2005.-№ 1-С. 98-102.

13. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Т.1. - М., 2000. - С.50-53.

14. Бершадская М.Б., Журилов Н.В., Ведменко Л.Ф. Правовые аспекты качества медицинской помощи в стоматологической практике // Научн. тр. 2

15. Всерос. съезда (нац. конгр.) по медицинскому праву, 13-15 апр. 2005 г. -М., 2005.-С. 229-234.

16. Бобровская Л.Н. Качество стоматологической услуги как правовая категория // Медицинское право. 2007. - № 3 (19). - С. 47-48.

17. Богатов А.И. Лечение, реабилитация и профилактика больных одонто-генными синуситами в амбулаторных условиях: Автореф. дисс. . д-ра мед. наук. Самара, 2000. - 53 с.

18. Бойко В.В. Правовое обеспечение деятельности стоматологических учреждений // Матер. 9-й Всерос. научно-практ. конф. и 7 съезда Стоматологической Ассоциации России, 9-12 сент. 2002 г. М., 2002. - С. 206207.

Чакконов Ф.Х.

ЯТРОГЕННЫЕ ОШИБКИ В СТОМАТОЛОГИИ И ИХ ПРИЧИНЫ.

Кафедра ортопедической стоматологии,
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Ятрогения (греч. Iatros - врач, Genes - порождаемый, возникающий) - болезни ятрогенные, этот термин имеет 2 значения:

1. заболевание ятрогенное - болезни, возникающие в связи с неосторожными высказываниями врачей или других представителей медицинского персонала, оказавшими действие на психику больного.

2. Патология терапии - патологические состояния и болезни, обусловленные диагностическими, профилактическими и лечебными действиями.

Негативные последствия лечебно-диагностического процесса существовали всегда. В разное время они обозначались как «ошибки и осложнения», «врачебные ошибки», «ошибки по небрежности», «несчастные случаи в медицине», «лекарственные», «вторые» болезни и т.д. Уже только перечисление приведенных терминов указывает на значительное разнообразие ситуаций, при которых эти «ошибки» и «дефекты» возникают, а также разноречивость их оценок.

Современная медицина характеризуется необычно широким и не всегда достаточно оправданным применением разнообразных сильнодействующих препаратов, биологически активных веществ, иммунодепрессантов, многочисленных инструментальных методов исследования, выполнением сложных оперативных вмешательств и т.д.

1. Врачебная ошибка

«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.»

Врачебная ошибка — это неумышленное действие или бездействие медицинского работника (лечащего врача), субъективно характеризующееся как, преступная самонадеянность или преступная небрежность, по отношению к исполнению своих обязанностей, в отношении обратившегося за медицинской помощью, причинившее последнему физический, материальный или моральный вред.

Врачебная ошибка - неправильное действие (или бездействие) врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике.

Однако с этими определениями нельзя согласиться. Складывается впечатление, что подобные определения составлены теми, кто давно уже профессионально деформировался как врач и превратился в рубщика мяса и для них человек всего лишь выпускаемая ими продукция, которую в случае некачественного исполнения можно поменять.

Если медицинский работник (лечащий врач) будет добросовестно относиться к своим профессиональным обязанностям, грамотно применять полученные им знания, постоянно повышать уровень своей квалификации, на имеющемся уровне развития медицины, то вероятность совершения врачебной ошибки будет минимальна.

Врачебная ошибка может содержать преступную самонадеянность, но чаще всего небрежность, содержащую состав уголовно наказуемого, административного правонарушения, этического проступка, ставшее следствием неосторожных действий (бездействия), несчастного случая, ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, непреодолимой силы или добросовестного заблуждения в отношении естественного развития болезни или нежелательных последствий лечения.

Под небрежностью понимают те ситуации, когда лечащий врач не предвидел возможности наступления вредных последствий своих действий или бездействия для пациента, хотя при необходимой внимательности, предусмотрительности и должном отношении к своим профессиональным обязанностям и долгу, он был обязан и должен был предвидеть эти последствия. Профессионализм медицинских работников выражается в том, что на занимаемой должности врач обязан знать не только определенный раздел медицины, но и смежные с ней разделы медицины.

Оказание качественной и своевременной медицинской помощи является одной из важных проблем современного здравоохранения, в том числе стоматологии, как ее наиболее динамично развивающейся отрасли. В последнее десятилетие создание новых социально-экономических условий для оказания стоматологической помощи медицинскими учреждениями, оснащенными современным оборудованием и новейшими материалами и технологиями, не привело к значительному повышению качества данного вида услуг.

Цель исследования. Изучить качества стоматологической помощи на основе клинико-правового анализа осложнений и врачебных ошибок, допущенных врачами при терапевтическом и хирургическом лечении стоматологических больных.

Задачи исследования:

1. Изучить неблагоприятные исходы лечения заболеваний и удаления зубов, осложнившихся ороантральной перфорацией, наличием инородных тел в синусе, выведением корневого герметика в область верхнечелюстного синуса и нижнечелюстного канала, на этой основе провести анализ врачебных ошибок.
2. Провести социологическое исследование респондентов стоматологического профиля по вопросам их правовой компетентности.
3. Проанализировать юридические, социальные, экономические последствия некачественного оказания стоматологической помощи у исследуемых больных.
4. Разработать алгоритм профилактики осложнений и врачебных ошибок при лечении больных с одонтогенными очагами инфекции, который способствует качественному оказанию стоматологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях и направлен на соблюдение прав пациента, врача.

Выводы

1. Перфоративные формы верхнечелюстного синусита, возникшие вследствие технической ошибки врача-стоматолога хирурга, составляют 80,7% от больных, госпитализированных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами; в 90,8% наблюдений развитию воспалительного процесса в синусе способствует несвоевременная диагностика ороантральной перфорации и позднее оказание специализированной медицинской помощи.
2. В 17,6% у анализируемых больных выявлено наличие интрасинуально расположенных инородных тел (коронки, корни зубов, предметов перевязочного материала). Технические ошибки врачей-стоматологов при эндодонтическом лечении хронических очагов инфекции зубов верхней и нижней челюсти приводят к развитию воспалительных и нейrogenных осложнений в 99% наблюдений.
3. Известно, что в реалиях сегодняшнего дня нельзя говорить о том, что единственным судьей действий врача является его совесть. Современное развитие здравоохранения и медицинского права свидетельствует об адекватном состоянии механизмов его регулирования, придает самой медицине упорядоченного сбалансированного характера.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. М.: Издательство ПРИОР, 2001.-208 с.
2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. -346 с.
3. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Страдания Гиппократ (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). Ростов-на-Дону: Приазовский край, 2006. - 520 с.
4. Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Рябинина О.В. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда пациенту // Экономика здравоохранения. 2006. - № 1. - С.30-34.
5. Алимский А.В. Страхование в стоматологии гарантия профилактики и снижения профессиональных рисков // Новое в стоматологии. — 2000. -№ 7. - С. 72-75.
6. Амбулаторно-хирургическая помощь при осложнениях эндодонтического лечения. Монография / Григорьянц Л.А., Сирак С.В., Арутюнян К.Э., Ба-далян В.А. -М.: Эслан, 2007. 128 с.
7. Арутюнян К.Э. Лечение больных с осложнениями, связанными с выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2005. - 26 с.
8. Бажанов Н.Н. О врачебной нравственности в стоматологической практике // Стоматология. 1997. - № 6. - С. 6-8.
9. Баклушина Е.К., Нуженкова М.В. Современное состояние, проблемы и перспективы правовой подготовки медицинских работников на уровне последиplomного образования // Медицинское право. 2005. - № 1 (9). -С. 46-48.
10. Барер Г.М. Внутривизуальная система обеспечения и контроля качества подготовки специалистов // Образование, наука и практика в стоматологии: Сб. научн. тр. Всеросс. научно-практ. конф. М., 2004. - С. 39-41.
11. Безруков В.М., Алимский А.В // Новые подходы к оценке качества оказываемой населению стоматологической помощи // Достижения и перспективы стоматологии: Матер. Международ. научно-практ. конф. — Т. 1. -М., 1999.-С. 29-31.
12. Безруков С.Г., Балабанцева А.Н. Состояние показателей антиэндотоксинового иммунитета у больных хроническим гнойным одонтогенным гайморитом и их динамика в процессе лечения // Современная стоматология. -2005.-№

1-С. 98-102.

13. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Т.1. - М., 2000. - С.50-53.

14. Бершадская М.Б., Журилов Н.В., Ведменко Л.Ф. Правовые аспекты качества медицинской помощи в стоматологической практике // Научн. тр. 2

15. Всерос. съезда (нац. конгр.) по медицинскому праву, 13-15 апр. 2005 г. -М., 2005.-С. 229-234.

16. Бобровская Л.Н. Качество стоматологической услуги как правовая категория // Медицинское право. 2007. - № 3 (19). - С. 47-48.

17. Богатов А.И. Лечение, реабилитация и профилактика больных одонто-генными синуситами в амбулаторных условиях: Автореф. дисс. . д-ра мед. наук. Самара, 2000. - 53 с.

18. Бойко В.В. Правовое обеспечение деятельности стоматологических учреждений // Матер. 9-й Всерос. научно-практ. конф. и 7 съезда Стоматологической Ассоциации России, 9-12 сент. 2002 г. М., 2002. - С. 206207.

Шарипов Х.С., Эсанов М.А., Хушвахтов Т.А.

К ВОПРОСУ О ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. С прогрессом цивилизации распространенность воспалительных заболеваний пародонта резко повысилась и продолжает нарастать. Число лиц молодого возраста с данным поражением увеличилось, а после 40 лет встречается чаще, чем кариес [3,4]. Значимость воспалительных заболеваний пародонта обусловлена не только огромной распространенностью этого заболевания в мире, но и существующими проблемами в изучении этиологических и лечебно-профилактических аспектов заболевания [1, 3].

Гигиена полости рта на сегодня признана действенной и необходимой. За время ее существования она оформилась в этап лечения, без которого теряют смысл любые лечебные мероприятия при воспалительном заболевании пародонта, существенным моментом в ее проведении являются обучение и мотивация пациентов [2,4].

Совершенно очевидно, что эффект от патогенетической терапии патологии пародонта следует ожидать в начальной стадии заболевания. В связи с этим попытка построения гигиенического воздействия с учетом стоматологической составляющей представляется перспективной. Не менее интересным является вопрос о своевременном выявлении и коррекции факторов протетического риска у пациентов с воспалительными заболеваниями краевого пародонта опорных зубов [1,2,4].

С учетом вышеизложенного оценка состояния пародонта с использованием гигиенических стоматологических индексов в системе несъемной ортопедической конструкции в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов является актуальной.

Цель исследования. Оценка состояния пародонта с использованием гигиенических стоматологических индексов в системе несъемной ортопедической конструкции в зависимости от протяженности окклюзионных дефектов.

Материал и методы исследования. Обследовано 45 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет с наличием несъемных ортопедических конструкций малой, средней и большой протяженностью. Пациенты наблюдались в учебно, научно- клиническом центре «Стоматология» Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, где они прошли стоматологическое обследование. Всем больным проводили обследование полости рта с использованием клинических стоматологических индексов. При клиническом стоматологическом обследовании учитывались жалобы, данные анамнеза, внешнего осмотра.

По результатам клинического стоматологического обследования в зависимости от протяженности ортопедической конструкции пациенты были подразделены на подгруппы: 1-я подгруппа состояла из 24 человек с ортопедическими конструкциями малой (отсутствие 1-3 зубов) протяженности, 2-я - из 15 больных со средней (отсутствие 4-6 зубов) протяженностью; 3-я подгруппа была представлена 6 пациентами с ортопедическими протезами большой (отсутствие более 6 зубов) протяженности.

Обследование полости рта включало в себя определение значений клинических индексов: индекса гигиены полости рта (ОHI-S) - По Green-Vermillion, КПУ, РМА, PI По А. Russel, кровоточивость (SBI) - по Muhlemann, что позволяло оценить состояние гигиены, распространенность и интенсивность кариеса, выявить наличие и степень выраженности воспалительных и деструктивных изменений в пародонте. Рентгенологические исследования (ортопантомография, контактная прицельная внутриротовая рентгенография) выполняли всем пациентам для оценки состояния костной ткани пародонта.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Для сравнения количественных показателей использовали непараметрический метод. Статистически достоверными считались отличия с 95%($P<0,05$) уровнем значимости.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования стоматологического статуса среди обследованного контингента больных свидетельствуют о том, что у большинства из них (более 70%) уровень гигиены полости рта был неудовлетворительным. Все пациенты имели кариес и воспалительные изменения разных степеней тяжести в краевом пародонте супраконструкции. Некачественные ортопедические конструкции имелись у 23 (51,1%) человек, при этом у 34 (75,6%) обследованных визуализировалась хроническая травма слизистой оболочки десны в области супраконструкционных элементов.

Результаты обследования показали, что уровень гигиены полости рта был хуже и при этом значение индекса ОHI-S у них составило $2,87\pm0,29$. Индекс РМА, отражающий воспалительные изменения в пародонте, был равен $53,09\pm3,11$. Среди обследованных лиц значения индексов PI и SBI составили соответственно $4,45\pm0,37$ и $1,98\pm0,15$.

Анализ полученных данных показал, что у всех больных выявлен хронический очаговый гингивит разной степени тяжести. Так, легкая степень протетического гингивита выявлена у 17 (70,8%) обследованных лиц с несъемными ортопедическими конструкциями малой протяженности. Среди этих же лиц значение названной патологии средней степени тяжести составило 29,2% (7 человек). Больные предъявляли жалобы на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приеме жесткой пищи. Обследование с использованием гигиенических индексов показало, что уровень гигиены полости рта у пациентов этой группы был неудовлетворительным: ОНI-S=1,75±0,29; индекс РМА - 38,2±2,05; индекс PI - 2,74± 0,11; индекс SBI 1,42±0,25. На рентгенограммах костные изменения в области вершины межальвеолярных перегородок не выявлялись.

Среди обследованных лиц с несъемными конструкциями средней протяженности легкая степень протетического гингивита выявлена в 60,0% случаев (9 человек), средняя и тяжелая степени очагового гингивита протетического генеза - соответственно в 26,7% (4 человека) и 13,3% случаев (2 человека).

При наличии несъемной ортопедической конструкции средней протяженности в области супраконструкционных элементов диагностированы наиболее выраженные изменения воспалительного характера. У пациентов этой группы в большинстве случаев наблюдалась рецессия десневого края в области опорных зубов. При этом клинические стоматологические индексы значительно превышали таковые в группе с малой протяженностью несъемного протеза. Так, в этой группе пациентов значение упрощенного индекса гигиены полости рта (ОНI-S) составило 3,01±0,37, папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) - 55,26±2,54 при усредненном значении пародонтального индекса (по Russel) и индекса кровоточивости Десневой борозды (SBI) равного значениями 4,50±0,22 и 2,03±0,56. При рентгенологическом исследовании выявлялась неравномерная резорбция костной ткани супраконструкционной проекции до 1/2 длины корня.

У лиц с ортопедическими конструкциями большой протяженности степень воспалительного процесса в крае пародонте опорных зубов оказалась следующей: средняя степень гингивита диагностирована в 16,7% случаев (1 человек), тяжелая - в 82,1% (5 человек) при отсутствии легкой степени протетического гингивита.

Сопоставительная оценка позволяет резюмировать, что при функционировании несъемных протезов с малой и средней протяженностью средняя степень воспаления в пародонтальных структурах опорных зубов встречается примерно одинаково (29,2% и 26,7% соответственно). Вместе с тем, тяжелая степень протетического гингивита практически не зарегистрирована при наличии ортопедических протезов малой протяженности. У лиц с ортопедическими конструкциями большой протяженности средняя степень гингивита протетического генеза (16,7%) встречается в 1,6 раза реже, напротив, тяжелая степень гингивита в 6,2 раза чаще по сравнению больных с ортопедическими протезами средней протяженности (соответственно 82,1% и 13,3%).

Пациенты с наличием во рту несъемного протеза большой протяженности при тяжелой степени протетического гингивита жаловались на неприятный запах изо рта, болезненность при приеме и пережевывании пищи, спонтанную кровоточивость десен. При осмотре маргинальная и альвеолярная десна в области супраконструкции была отечна, болезненна при пальпации. Отечные десневые сосочки закрывали до 1/3 длины искусственной коронки, определялась кровоточивость при зондировании.

У всех пациентов выявлялись обильные супраконструкционные мягкие зубные отложения. На рентгенограммах наблюдалась неравномерная резорбция костной ткани в проекции функционирующей супраконструкции большой протяженности. Уровень гигиены полости рта у пациентов этой группы также оказался неудовлетворительным: ОНI-S=4,02±0,50; индекс РМА - 70,02±2,93; индекс PI - 6,90±0,33; индекс SBI - 2,68±0,16.

Выводы. Таким образом, стоматологическое обследование больных с функционирующими ортопедическими конструкциями выявило выраженные воспалительные изменения протетического характера. Наиболее выраженные изменения в пародонте опорных зубов, по-видимому, связаны с протяженностью супраконструкционных элементов и трудностями соблюдения традиционных и профессиональных принципов гигиены полости рта.

Литература

- 1.БалинВ.Н. Практическая периодонтология / В.Н. Балин, А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. -СПб.: Питер-Пресс, 2013. -272 с.
- 2.Алексеева, Н.А. Влияние ортопедического лечения на функциональное состояние пародонта у больных с травматической окклюзией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Алексеева. –Тверь, 2018. -22 с.
- 3.Арутюнян, М.Р. Оптимизация ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов съёмными конструкциями зубных протезов на основе нейлона и полиоксиметилена: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Арутюнян. - Саратов, 2018. -25 с.
- 4.Ераков Ф.М. Махмудов Д.Т., Гурезов М.Р. Состояние пародонтального комплекса у пациентов с низким средним и высоким уровнем привычной двигательной активности // Вестник последиplomного образования сфере здравоохранения. Душанбе, 2018. № 4. С. 14-17.

Шафозода М.Б., КурбоналиеваШ.К., ДжалоловМ.А.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Важная роль в профилактике нозологических форм заболеваний пародонта отводится гигиеническим лечебно-профилактическим мероприятиям. Для того чтобы обеспечить полноценное функционирование зубочелюстной системы необходима объективная диагностика патологических изменений в органах полости рта и тканях, окружающих зубов. Общепринятые методы лечения заболеваний пародонта все еще недостаточно эффективны

[2,4].

Работы по изучению эффективности удаления зубного налета, как самостоятельного лечебного мероприятия, при болезнях пародонта в литературе встречается нечасто. Важная роль в профилактике и лечении нозологических форм заболеваний пародонта отводится, наряду с индивидуальной гигиеной полости рта, профессиональным лечебно-диагностическим мероприятиям [1,3]. При этом большинство авторов [2,3] указывают на непродолжительный эффект у взрослых.

Вместе с тем, до настоящего времени не определен оптимальный алгоритм лечебно-профилактических мероприятий для проведения профессиональной гигиены полости рта (ПГПР), отсутствуют научно-обоснованные сведения об оптимальной кратности ее проведения при наличии протетически-ассоциированных заболеваний пародонта. В этой связи становится очевидной необходимость более углубленных исследований, посвященных изучению эффективности ПГПР при лечении и профилактике болезней пародонта, индуцированных несъемными ортопедическими протезами.

Цель исследования. Определение роли профессиональной гигиены полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, индуцированных несъемными ортопедическими протезами.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено клиническое обследование 128 ортопедических пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта опорных зубов и 28 человек с несъемными протезами при наличии интактного пародонта опорных зубов до проведения профессиональной гигиены полости рта, через месяц и через три месяца после ее проведения. Данные временные промежутки для обследования были установлены на этапе отработки методик как наиболее информативные. Среди пациентов 46,8% (73 чел.) мужчин и 53,2% (83 чел.) женщин в возрасте от 20 до 50 лет и старше.

Клиническое обследование пациентов проводилось по общепринятой методике. При составлении групп пациентов особое внимание уделялось отсутствию сопутствующей соматической патологии, оказывающей влияние на течение воспалительного заболевания пародонта. Отобранные группы лиц находились в сходных социально-бытовых условиях. При осмотре полости рта акцентировалось внимание на отсутствии патологии прикуса, травматической окклюзии. При оценке несъемных ортопедических конструкций отмечали наличие дефектов, состояние имеющихся протезов и краевого пародонта опорных зубов. С целью изучения начальных изменений в пародонте опорных зубов, их динамики в процессе обследования и лечения использовались следующие клинические индексы: индекс гигиены полости рта (ИГ) по методике Федорова Ю.А., Володкиной В.В.; индекс гигиены полости рта (ОНИ) по методике Green, Vermellion; папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) в модификации Parma.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием системы программного обеспечения Statistica. Достоверность различий между признаками оценивали по величине критерия Стьюдента при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Основываясь на результатах вышеупомянутых авторов, среди обследованных проводили индексную оценку неминерализованных отложений на опорных зубах с использованием Quigley-HeinPlaqueIndex, оценку состояния тканей пародонта с использованием индекса гингивита S-LIndex в модификации Talbottetal. С целью определения роли профессиональной гигиены полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, индуцированных несъемными ортопедическими протезами, от общего количества исследуемых (156 чел.) нами обследовано 28 пациентов с общим количеством (84) опорных зубов.

После применения пациентами индикаторных таблеток с эритрозином, мы приступили к определению площади розового окрашивания исследуемых зубов по шестибалльной шкале. В ходе гигиенического исследования общее количество обследуемых поверхностей коронок опорных зубов у 28 пациентов в среднем составило 168 точек (шесть исследуемых точек на одного пациента). Среди одного обследованного сумма баллов по критериям оценки в среднем варьировала от 0,6 до 3,3 баллов.

Индексная оценка гигиенического состояния полости рта у обследованных в возрасте 30-39 лет выглядит следующим образом: отсутствие неминерализованного зубного отложения – 18,2% (у 2 из 11 обследованных); прерывистые отложения в придесневой области искусственной коронки – 27,2% (у 3 обследованных); отложение высотой до 1 мм в придесневой части коронки – 18,2% (у 2); полоса отложения менее 1/3 площади поверхности искусственной коронки – 18,2% (у 2); отложение покрывает менее 2/3 площади поверхности коронки – 9,1% (у 1); отложение покрывает более 2/3 площади ее поверхности коронки – 9,1% (у 1 обследованного). В среднем общая распространенность неминерализованного зубного отложения в этой группе составила 81,8%.

В возрастной группе 40-49 лет распространенность всех признаков неминерализованных зубных отложений по исследуемому индексу в среднем была равна максимальному значению (100,0%). Если прерывистые отложения в придесневой области искусственной коронки были зафиксированы только лишь у 9,1% (1 чел. из 11) обследованных, тонкая полоса неминерализованного отложения высотой до 1 мм – у 2 (18,2%), то полоса отложений менее 1/3, менее 2/3 и более 2/3 площади ее поверхности – соответственно у 4 (36,4%), 3 (27,3%) и 1 (9,1%) обследованных.

В возрасте 50-59 лет распространенность всех признаков неминерализованных зубных отложений также равнялась стопроцентному значению. Распределение структурных признаков неминерализованных отложений по критериям оценки оказалось таким: не были выявлены прерывистые отложения и соответствующие отложения высотой до 1 мм; отложения, покрывающие менее 1/3 площади искусственной коронки – 33,3% (2 чел.); неминерализованные отложения, покрывающие менее 2/3 и более 2/3 площади – соответственно 50,0 (3 чел.) и 16,7% (1 чел.).

Как свидетельствуют полученные материалы, среди всех обследованных пациентов 30-39 лет отличная гигиена полости рта по исследуемому индексу ($Q-HIndex = 0$) выявлена в 18,2% случаев, хорошая гигиена ($Q-HIndex = 0-0,6$) – в 9,6%, удовлетворительная ($Q-HIndex = 0,7-1,6$) – в 22,5%, а неудовлетворительная ($Q-HIndex = \text{более } 1,7$) – в 40,7% случаев.

В возрасте 40-49 лет среди обследованных пациентов по оценочным критериям индекса не была выявлена

отличная (Q-HIndex = 0) и хорошая (Q-HIndex = 0-0,6) гигиена полости рта. Вместе с тем удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта (Q-HIndex = 0,7-1,6) отмечено у 13,6% обследованных, а неудовлетворительное (Q-HIndex = более 1,7) – у 86,4%. Данные о гигиеническом состоянии полости рта по критериям неминерализованных зубных отложений в возрастной группе 50-59 лет свидетельствуют о стопроцентном неудовлетворительном ее состоянии.

В ходе клинического исследования пациентов при первичном определении гигиенического состояния полости рта нами получены объективные данные, свидетельствующие о наличии неудовлетворительной гигиены среди 75,7% обследованных, что предопределяет необходимость проведения комплекса санитарно-гигиенических мероприятий стоматологического характера среди обследованного контингента населения.

С учетом вышеизложенного, среди наших пациентов кроме полной санации полости рта, активно реализовывались мотивированные формы гигиенического ухода за состоянием опорных зубов ортопедических конструкций, что позволило довести ритуал гигиенических навыков до автоматизма. На этом фоне эффективность стоматологических мероприятий по индексу Q-HIndex определяли путем сопоставления первичных и отдаленных гигиенических показателей ортопедических конструкций среди обследованных.

Выводы: Таким образом, динамическая оценка гигиенических индексов перед протезированием показала, что оптимизацией индивидуальной гигиены и профессиональными гигиеническими мероприятиями в полости рта добиваются снижения индекса эффективности гигиены. Тем самым, у всех пациентов перед протезированием был купирован гингивит, что является необходимым и способствует обеспечению оптимальных условий для функционирования протеза на основе дентальной имплантации.

Литература

- 1.Алексеева, Н.А. Влияние ортопедического лечения на функциональное состояние пародонта у больных с травматической окклюзией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Алексеева. –Тверь, 2018. –22 с.
- 2.Арутюнян, М.Р. Оптимизация ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов съёмными конструкциями зубных протезов на основе нейлона и полиоксиметилена: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Арутюнян. - Саратов, 2018. -25 с.
- 3.Ашуров, Г.Г. Состояние органов полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном / Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов. -Душанбе, 2016. -319 с.
- 4.Жулев, Е.Н. Сравнительная оценка влияния съёмных протезов из различных материалов на состояние краевого пародонта у больных с частичной потерей зубов / Е.Н. Жулев, А.А. Александров: сб. науч. тр. // Научный студенческий журнал. -2018. –С. 232-233.

Шокиров М.К., Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г.

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У РАБОТНИКОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Несмотря на активное развитие науки и техники, появление новых высокоэффективных технологий и материалов по лечению основных стоматологических заболеваний, распространенность заболеваний пародонта до сих пор остаётся высокой, не имея выраженной тенденции к снижению [1, 3]. Воспалительно-деструктивные заболевания пародонта являются одними из важных аспектов современной проблематики основных стоматологических заболеваний. Высокая распространенность заболеваний пародонта представляет определенный интерес, становится объектом клинико-индикационных исследований, разработки и усовершенствования методик пародонтологического лечения и диагностики[2, 4].

Комплексное изучение стоматологического статуса позволяет оценить состояние тканей пародонта и объем пародонтологических вмешательств среди обследованных пациентов. Для оценки состояния органов полости рта используют [5] индекса восстановления стоматологического статуса. При использовании данного индекса оценку стоматологического статуса рекомендуют провести избирательно по нижеследующим критериям: позиция Si «-0,1» - наличие зубного налета и кровоточивость десен; позиция Si «-0,2» - наличие суб- и супрагингивального зубного камня; позиция Si «-0,3» - наличие пародонтального кармана, зуб неподвижен; позиция Si «-0,4» - наличие пародонтального кармана, зуб подвижен.

В литературе мы практически не нашли данных, освещающих результаты стоматологического обследования с использованием современных методик у лётного состава гражданской авиации Республики Таджикистан. Отсутствие научно обоснованных материалов не дает возможности организовать активную стоматологическую помощь среди работников гражданской авиации г. Душанбе и в дальнейшем активно реализовывать адекватные стоматологические мероприятия.

Цель исследования. Изучение особенностей течения стоматологической заболеваемости у работников гражданской авиации Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Пародонтологическое обследование среди 816 работников лётного состава и наземной службы в возрасте от 20 до 50 лет и старше проведено по методу, разработанному и рекомендованному Комитетом экспертов ВОЗ. Изучение стоматологического статуса проводили путем клинико-эпидемиологического осмотра среди авиаработников. Данные регистрировали в «Комбинированной карте ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждаемости в лечении».

Состояние околозубных тканей оценивали по индексу нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, который позволяет выявить следующие клинические признаки: кровоточивость десен, наличие над- и поддесневого зубного камня, пародонтальные карманы глубиной 4-5 и более 6 мм. В дальнейшем по этим данным рассчитывали процент лиц, имеющих различные патологические признаки (распространенность заболеваний пародонта) и среднее количество пораженных сегментов на одного обследованного работника лётного состава и наземной службы (интенсивность исследуемой патологии).

Объем вмешательств, необходимых для восстановления стоматологического статуса, оценивали параллельно по следующим позициям: «-0,1» и «-0,2» - необходимость улучшения гигиены полости рта; «-0,3» и «-0,4» - необходимо комплексное лечение заболеваний пародонта с сочетанием различных (консервативных и хирургических) методов лечения.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6, 1 и SPSS 19,0. Анализировали результаты исследования, проводимые с помощью параметрических (Стьюдента, критерий Манна-Уитни, Фишера) и непараметрических критериев (корреляционный анализ по Спирмену). Различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведенных исследований было установлено, что распространенность всех признаков патологии пародонта среди обследованных работников лётного состава и наземной службы аэропорта г. Душанбе в среднем составила 96,7% при интенсивности 6,0 на 1 обследованного. При этом только кровоточивость десен без других патологических изменений в тканях пародонта была зафиксирована у 19,3% при интенсивности этого признака $0,45 \pm 0,07$ сегмента на 1 человека. У 77,4% выявлен зубной камень, в большинстве случаев сочетающийся с кровоточивостью десен и пародонтальными карманами, при интенсивности $2,33 \pm 0,21$ и $3,22 \pm 0,30$ на 1 обследованного работника.

Возрастная структура исходного значения Si-индекса свидетельствовала о высоком уровне заболеваемости пародонта у работников гражданской авиации. Значение исследуемого индекса с позиций распределения оценочных шкал среди обследованных лиц показало, что они нуждаются в удалении зубного налета и устранении кровоточивости десен ($Si-01 = 99,4 \pm 1,01\%$), в удалении зубного камня ($Si-02 = 98,7 \pm 1,05\%$) и стопроцентном устранении патологических зубодесневых карманов.

Подробный анализ структуры индекса восстановления стоматологического статуса свидетельствует о максимальном уровне заболеваемости пародонта среди работников гражданской авиации. Обращает на себя внимание то, что у всех обследованных лиц при первичном осмотре в структуре исследуемого индекса присутствуют максимальные значения компонентов «Si-0,1», «Si-0,2», «Si-0,3» и «Si-0,4».

Интенсивность всех признаков исследуемого индекса при первичном осмотре у работников гражданской авиации г. Душанбе в возрасте 20-29 лет в среднем составила 2,9 балла на одно лицо. В возрасте 30-39 лет выявлено максимальное значение исследуемого индекса (3 балла) на одного обследованного работника. Среднецифровое значение распространенности налета и камня на шейке зуба в виде отдельных конгломератов составило 6,6%, налета и камня, покрывающих шейку зуба циркулярно – 14,4%, налета и камня на коронковой части зуба – 79,0%. Схожие результаты были получены в возрастных группах 40-49 и старше 50 лет.

Выводы.

1. Установленная нами в ходе клинико-эпидемиологического обследования одинаково максимальная распространенность и интенсивность патологических изменений в тканях пародонта, а также неблагоприятные исходные данные гигиенического состояния полости рта у работников гражданской авиации лётной и наземной службы указывает на совершенствование стоматологической помощи среди вышеупомянутого контингента.

2. Результаты первичного анализа гигиены полости рта свидетельствовали о широкой вариабельности индекса зубного налета и камня среди работников гражданской авиации. Структуризация индекса восстановления стоматологического статуса свидетельствует о максимальном уровне заболеваемости пародонта среди работников гражданской авиации.

Список литературы

1. Багатаева, П.Р. Состояние тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатико-географических зонах сельской местности Республики Дагестан / П.Р. Багатаева, С.Р. Минкаилова // Институт стоматологии. -2019. -№ 2. -С. 80-81.
2. Духовская, А.А. Состояние тканей полости рта при различных заболеваниях / А.А. Духовская // Биохимия в медицинской практике. -2019. -С. 27-29.
3. Сметанина, О.А. Ранняя диагностика хронического катарального гингивита с использованием метода инфракрасной спектроскопии биологических жидкостей полости рта / О.А. Сметанина, Л.Н. Казарина, А.С. Гордеев // ЭндодонтияToday. -2018. -№ 4. -С. 60-63.
4. Hajishengallis, G. Compliment-dependent mechanisms and interventions in periodontal diseases / G. Hajishengallis, E.S. Reis // Inter J Pept. -2019. -Vol. 10. -P. 406-411.
5. Holmstrup, P. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician / P. Holmstrup // J Microbiol. -2017. -Vol. 9, N 1. -P. 22-27.

К ВОПРОСУ О НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра ортопедической ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан».

Актуальность. После внедрения в ортопедическую стоматологию базисных материалов на основе акриловых полимеров появились сообщения о различных реакциях на эти материалы. Среди наиболее частых и важных причин непереносимости акрилатов выделяются следующие: механическая травма, вызванная ошибками при изготовлении и обработке протезов; химико-токсическое и аллергическое воздействие веществ, входящих в состав протезов; нефизиологические условия под съёмными протезами; бактериологическое воздействие протезного налёта; заболевания внутренних органов (анемия, диабет, атеросклеротические изменения и др.), гормональные расстройства.

Механические раздражения являются мощным и постоянным фактором, действующим на слизистую оболочку протезного ложа. Плохо изготовленные протезы приводят к возникновению хронической травмы, особое значение при этом имеет смещение протеза во время разговора и жевания. Гиперемия слизистой оболочки без нарушения ее целостности наблюдается в основном при пользовании протезами в течение 1-3 лет. При более длительном пользовании наряду с гиперемией отмечаются отеки, эрозии, язвы и гиперпластические папилломатозные разрастания.

Когда воспаление сопровождается нарушением целостности поверхностных слоев эпителия, больные предъявляют жалобы на повышенную чувствительность слизистой оболочки при приеме кислой и горячей пищи. Слизистая оболочка, испытывающая механическую нагрузку от базиса протеза, обладает меньшим сопротивлением относительно патогенных факторов, чем ненагруженная. При правильном изготовлении протезы из акриловой пластмассы практически безвредны и опасения о так называемой «непереносимости акриловых протезов» являются преувеличенными.

Нефизиологические условия под съёмным пластиночным протезом являются одной из главных причин «непереносимости акрилатов». Термоизолирующее влияние съёмных протезов проявляется двумя основными раздражающими факторами: изоляцией слизистой оболочки протезного ложа от внешней среды и нарушениями в ней обменных процессов в эпителиальных клетках миграцией клеток крови лимфы соединительной ткани и ирригацией слюной поверхности слизистой оболочки. Под протезом снижается парциальное содержание кислорода и создаются благоприятные условия для значительного увеличения микрофлоры. Пациенты ощущают усиление чувства жжения, если повышение температуры будет очень значительным. У некоторых пациентов температура поднимается до 40°C между базисом протеза и слизистой оболочкой.

З.С. Василенко отмечает, что протезы из акриловых пластмасс вызывают глубокие быстро развивающиеся и длительно протекающие морфологические изменения как в подлежащей слизистой оболочке, так и в элементах периферической нервной системы. Структурные изменения в элементах периферической нервной системы слизистой протезного ложа, вызванные раздражающим влиянием пластиночных протезов, влияют на функциональное состояние тактильных рецепторов, достигают наибольшего развития через 12 месяцев.

Известно, что акриловые протезы во время пользования поглощают воду. Вода, проникая в микропоры, разрыхляет материал, создает внутренние напряжения, которые через некоторое время могут привести к растрескиванию полимера и образованию крупных пор. Наличие шероховатости на внутренней поверхности базисов отмечается у 25 – 74% пластиночных протезов. Шероховатость и пористость поверхности протезов могут благоприятствовать проникновению микроорганизмов в базис и образованию на их поверхности зубного налёта.

Изучение гигиенического состояния протезов показало, что по мере привыкания к ношению протезов, больные начинают небрежно относиться к соблюдению гигиенических правил. С увеличением срока пользования протезами происходит увеличение общего микробного числа. При недостаточной очистке протезов, на них начинает образовываться мягкий налёт, который является хорошей питательной средой для микроорганизмов. Налёт на протезе имеет аналогичный состав, что и зубной налёт. Наиболее часто остатки пищи задерживаются под верхними протезами.

A.N. Graaetall., обследуя пациентов с жалобами на жжение и воспаление под протезами, выявили, что *Candidaalbicans* присутствует повсюду, колонизируя поверхностные слои эпителия. Это может быть следствием антибиотикотерапии, применения стероидов, иммуносупрессоров, цитостатических препаратов или дезинфицирующих средств.

Существует мнение, что продукты метаболизма *Candidaalbicans* могут оказывать влияние на болевые рецепторы протезного ложа, вызывая чувство жжения. Другие авторы отрицают роль *Candidaalbicans* при возникновении жжения под протезами. Данные клинико-микробиологических исследований позволили предположить, что грибы рода *Candidaalbicans* не являются основной причиной парестезии, но присутствие их в большом количестве свидетельствует о наличии воспалительных процессов в полости рта и усиливает явления парестезии.

Исследования Е.А. Земской, К.Сидыгалиева показали, что при длительном ношении съёмных протезов повышается титр слюнных антител к микробным антигенам и возрастает уровень секреторного иммуноглобулина как реакция на хроническое антигенное раздражение.

Для возникновения аллергической реакции на акриловые протезы необходимо воздействие двух факторов: экзогенного фактора (протез) и эндогенного (гормональные и эндокринные сдвиги, болезни обмена веществ, заболевание кровеносной системы, заболевания вегетативной нервной системы). Слизистая оболочка полости рта тесно взаимосвязана с различными органами и системами организма. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы в тканях полости рта нарушается микроциркуляция, снижаются окислительно-восстановительные реакции, развивается явления гипоксии, в тканях накапливаются продукты метаболизма. У больных субъективно отмечается чувство жжения, явления парестезии, давления, распирания слизистой, характерна отечность всей слизистой протезного ложа. Нередко отмечается жжение языка вследствие атрофии нитевидных сосочков и истончения эпителия языка. Больные жалуются на извращение вкусовой чувствительности, парестезии, сухость слизистой полости рта. Один из симптомов при явлениях «непереносимости акрилов»-сухость слизистой

оболочки протезного ложа – может отмечаться при микседеме, недостаточности половых желез, при инфекционных заболеваниях, применении медикаментов, угнетающих функцию нервной системы. Все вышеперечисленное побудило нас на выявление, тех факторов, которые отягощают качество жизни пациентов с адентией.

Цель исследования. Выявление факторов, приводящих к непереносимости зубных протезов из акриловых пластмасс.

Материалы и методы исследования. Обследовав 501 пациента с металлическими протезами, пришли к выводу, что аллергия к зубопротезным материалам встречается редко: из 501 человека с диагнозом непереносимости протезов только у 14,1%, аллергические тесты были положительными. У 32 пациентов выявлена положительная реакция: у 13 человек только на никель, у 9 на никель и кобальт, у 2 на никель и хром и у 2 на все металлы. Обследовали 140 пациентов, направленных в клинику с диагнозом непереносимости зубных протезов. У 65% пациентов было выявлено механическое раздражение слизистой оболочки, у 25% внутренние, кожные и гормональные заболевания, и лишь у 10% - аллергия к стоматологическому материалу.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным мономером для получения стоматологических акриловых пластмасс является метилметакрилат, содержание которого в сополимерах составляет 80 – 90%. Полной полимеризации мономера добиться нельзя, т.к. часть молекул его всегда находится в свободном состоянии. Весь свободный мономер в пластмассе делится на вымываемый и невымываемый. Невымываемый остается даже после продолжительной полимеризации. Количество остаточного мономера в пробе из акриловой пластмассы горячей полимеризации составляет 0,2-0,5%, для пластмасс холодной полимеризации 2-7%. Нарушение режима полимеризации приводит к увеличению остаточного мономера и пористости пластмасс. Мономер может оказывать аллергическое и токсическое действие.

Широкое применение различных полимеров для зубочелюстного протезирования поставило ряд проблем, одной из которых является непереносимость зубных протезов. Непереносимость зубных протезов чаще всего проявляется в виде субъективных симптомов. Пациенты жалуются на боли, жжение, покалывание слизистой оболочки губ, щек, языка и десен, ощущение различных привкусов. Отмечается сухость во рту, першение в горле, покраснение и отёчности мягких тканей лица. Нередко наблюдаются головные боли, головокружение, слабость, быстрая утомляемость, тошнота, рвота, расстройства пищеварения, нарушение сна, боли в сердце. Больные и врачи часто принимают любые неясные и трудно поддающиеся лечению заболевания в полости рта за проявления аллергии, тогда как настоящие аллергические реакции на стоматологические материалы редки, отсутствие клинических проявлений в анамнезе, характерном для аллергической реакции на протезы, говорит об апатии.

Парестетические ощущения в полости рта, объединенные термином «стоматолгии», являются результатом нервно-психических расстройств. Основную массу обратившихся за помощью к стоматологам составляют психически здоровые люди, однако, встречаются личности, у которых могут наблюдаться срывы в результате ошибок протезирования, а также больные с неврозами и психическими заболеваниями. Нередко парестетические и болевые ощущения в полости рта являются «масками» соматизированных заболеваний.

Выводы. Таким образом, у пациентов с факторами непереносимости акриловых протезов может быть уменьшение устойчивости слизистой оболочки протезного ложа при: нарушении режима полимеризации, железодефицитной анемии, нарушении эндокринной системы и обмене веществ, сахарном диабете, заболеваниях сердечно-сосудистой системы (нарушении проницаемости сосудов). С целью профилактики выявления факторов непереносимости к акриловым протезам необходимо углублено собрать анамнез больного, акцентировать внимание на его соматических заболеваниях.

Литература.

- 1.Каливградjian Э.С.Основы технологии зубного протезирования : учебник : в 2 т. для СПО .Артикул: 108376.ISBN: 978-5-9704-3608-0.Год издания: 2016.Страниц: 576 с ил, 392 с ил.
2. Трезубов В.Н.Протезирование пациентов при полной потере зубов.Артикул:108796.ISBN: 978-5-93339-367-2.Год издания: 2017.Страниц: 88.
- 3.Зубопротезная техника: учебник / под ред. М.М. Расулова, Т.И. Ибрагимова, И.Ю. Лебеденко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. –448 с.
- 4.Жулев, Е.Н. Сравнительная оценка влияния съемных протезов из различных материалов на состояние краевого пародонта у больных с частичной потерей зубов / Е.Н. Жулев, А.А. Александров: сб. науч. тр. // Научный студенческий журнал. -2018. –С. 232-233.

Абдукаримзода Х., Сафарзода Р.Ш., Шарифзода Ш.Б.
ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ: ПРАКТИКА В ПРОИЗВОДСТВЕ
 Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Высококвалифицированные кадры всегда востребованы в рынке труда. В современных условиях деятельности фармацевтических организаций необходимы высококомпетентные кадры, способные эффективно работать в условиях реальной производства. Проявить такие способности позволяет прохождение студентами в процессе обучения производственной практики [3]. Выработка у обучающихся навыков фармацевтической деятельности, умений в конкретных производственных ситуациях применять полученные теоретические знания и ответственные решения по использованию того или иного технологического приёма зависит от применяемых в вузе методов преподавания, от уровня активности студентов на занятиях и при прохождении ими практик [1]. Практики по новым образовательным стандартам подразделяются на учебную и производственную. Обучающиеся проходят учебную и производственную практику на базе вуза и базовых хозяйств, и фармацевтических предприятий, с которыми заключаются договоры на прохождение практики [2]. Базовыми площадками являются УНИПЦ «Фармация» ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Южно-Казахстанская медицинская академия (ЮКМА) а также предприятия как: ООО «ВЕЖАФАРМА», ЗАО «Куххон Точикистон» и другие.

Цель исследования. Закрепление теоретических и практических знаний, полученных в процессе изучения дисциплины фармацевтическая технология; приобретение производственного опыта путем личного участия в работе фармацевтической производств.

Материал и методы исследования. Объектом исследования служили совместная производственная практика студентов 4 того курса фармацевтический факультет из Южно-Казахстанская медицинская академия (ЮКМА) и ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Результаты исследования. Обучающиеся проходили производственную практику на базе УНИЦ «Фармация» ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и фармацевтической предприятия ООО «ВЕЖАФАРМА».

За время прохождения производственной практики принимали участие в организации и производстве мягкие бесшовные желатиновые капсулы- в качестве лаборанта- исследователя, помощника технолога. Совместно со старшими технологами Шарифзода Ш.Б. и Абдукаримзода Х., от УНИЦ «Фармация» ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» проводили подготовку, учёт количества входящих компонентов в составе препарата капсулы масло черно тмина, миндаля и чесночного. Кроме того, обучающиеся принимали участие в производстве растительных экстрактов, непосредственно работали в цехе добычи жидких экстрактов, также осваивали технология получения лиофилизированные сухие порошки растительного происхождения и т.д. Также в ходе работы наблюдали за производством лекарственных препаратов в виде инфузионных растворов на базе фармацевтической предприятия ООО «ВЕЖАФАРМА» Таджикистан.

Таким образом, по итогу практикума было проведено конференс-отчёта студенты Южно-Казахстанская медицинская академия (ЮКМА) которые в нем участвовали руководители, и наставники предприятия, где они проходили практике в онлайн режиме. Рис.1,2.

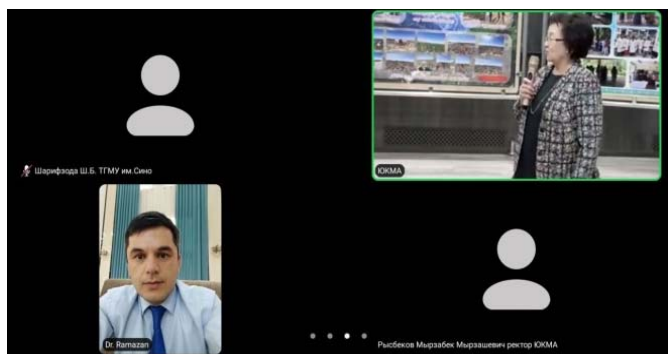


Рисунок 1. к.фарм.н., доцент Сафарзода Р.Ш., руководитель практике



Рисунок 2. д.фарм.н., профессор Сагындилова Б.А., руководитель практике

Выводы. Производственная практика позволяет получить навыки в области фармации, проявить полученные во время учебы знания и умения на практике. Благодаря прохождению производственной практики обучающиеся знакомы с основами будущей профессиональной деятельности. Также производственная практика позволяет определить уровень собственной подготовки к предстоящей работе участвующие студентами в ходе эксперимента.

Список литературы.

1. Булгакова Т. А. Организация учебной и производственной практик как условие реализации основной образовательной программы среднего профессионального образования / Т.А. Булгакова // Практическое обучение как основа профессиональной подготовки специалиста для развивающейся экономики региона. 2014. – С. 29-32.
2. Лобырёв И.С. Моделирование производственных процессов в сельском хозяйстве / И.С. Лобырёв, М.А. Богомаз // Вестник Брянской государственной сельскохозяйственной академии. – 2011. – № 2. – С. 1-5.

3. Перевозникова Д.И., Фризен Ю.В. Производственная практика - основа будущей профессиональной деятельности // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. - 2016. - Спецвыпуск №1. - URL <http://e-journal.omgau.ru/index.php/spetsvypuski/28-spets01/277-00101>. - ISSN 2413-4066

Маммадова А.Э., Сулейманова Т.Х., Маммадова З.Ч.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ НЕКОТОРЫХ ПОЛИМЕРНЫХ НОСИТЕЛЕЙ

Кафедры фармацевтической технологии и организации, медицинской микробиологии и иммунологии Азербайджанского медицинского университета, Азербайджанская Республика.

Актуальность. В наше время при производстве медицинской и косметической продукции предпочтение отдается использованию натурального сырья. Известно, что такие растения как, календула, шиповник и розмарин широко используются в медицинской практике благодаря богатству в их составе биологически активных веществ. Следует отметить, что отечественное производство лечебно-косметических гелей противовоспалительного действия содержащих эти растения является ограниченным. Одним из актуальных направлений исследования приготовленных гелей является изучение их антимикробного действия.

Цель исследования. Микробиологические исследования косметических средств на основе некоторых полимерных носителей.

Материал и методы исследования. Для изучения антибактериального действия 3 различных косметических средств и 1 фитоэкстракта на кафедре «Медицинской микробиологии и иммунологии» Азербайджанского Медицинского Университета был проведен микробиологический анализ.

Вещество-1 (N1)- гель на основе полиэтиленгликоля (ПЕГ) 4000

Вещество-2 (N2)- гель на основе натрия-карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ).

Вещество -3 (N3)- гель на основе натрия альгината (Na-альгината).

Вещество -4 (N4) – фитоэкстракт

Антибактериальное и противогрибковое действие представленных веществ изучено диск-диффузионным методом.

По общепринятому правилу в качестве тест-культуры были приняты *Staphylococcus aureus* как представитель грамположительных бактерий, *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa* из грамотрицательных бактерий, как представитель грибов *Candida albicans*, как представитель спорообразующих грамположительных палочковидных бактерий *Bacillus anthracoides*, из капсульных бактерий – *Klebsiella pneumoniae*.

Результаты исследования и их обсуждение. При диск-диффузионном методе из суточной культуры микроорганизмов, приведенной к стандарту и доведенной до предела 1 мл микробных клеток на 1 мл, готовят суспензию, содержащую 1 мл микробных клеток на 1 мл. Затем отдельные микробные суспензии инокулируют в чашки Петри, содержащие мясо-пептонный агар (МПА) и среду Сабуро. Чашки выдерживают при температуре 37 °С в течение 10 минут, чтобы раствор слегка подсушился. После этого на поверхность питательной среды, засеянной микробами, раскладывают стерильные диски, пропитанные исследуемым веществом в течение 3 минут. Представленный экстракт (N4) использовали в качестве контрольного вещества. После этого МПА помещают в термостат при температуре 37 °С, среду Сабуро при температуре 28 °С. Результаты фиксируют через 24–48 часов. Вещество, впитавшееся в диски, диффундирует в агар и подавляет рост микробов в зависимости от его противомикробного действия. В результате вокруг дисков образуются зоны задержки разного диаметра (таблица).

Таблица. Результаты антимикробного действия исследуемых веществ диск-диффузионным методом.

Тест-культура	Исследуемые вещества			
	N1	N2	N3	N4 (контроль)
<i>S.aureus</i>	0 мм	3 мм	8 мм	10 мм
<i>E.coli</i>	3 мм	0 мм	3 мм	12 мм
<i>P.aeruginosa</i>	3 мм	0 мм	3 мм	5 мм
<i>C.albicans</i>	0 мм	0 мм	3 мм	3 мм
<i>K.pneumoniae</i>	0 мм	0 мм	0 мм	0 мм
<i>B.anthracooides</i>	0 мм	0 мм	10 мм	10 мм

Примечание. Цифры обозначают диаметр стерильных (ингибирующих) зон в мм. Эксперименты повторялись 3 раза.

Выводы. В результате исследования было установлено, что

N1 – образовывало зону ингибирования 3 мм только для *E. coli* и *P. aeruginosa*.

N2 – действуя только на тест-культуры *S. aureus*, отмечена зона ингибирования 3 мм.

N3 – оказало сравнительно сильный эффект и остановило развитие большинства тест-культур (*B.anthracooides*, *S.aureus*, *E.coli*, *P.aeruginosa*, *C.albicans*).

N4 – зафиксирован наиболее сильный эффект.

Список литературы.

1.Антимикробные композиции на полимерной основе и способ их применения / Описание изобретения к патенту. // Заявка: 2019105285. -27.07.2017.

2.Антибактериальная активность косметического средства «Ацеграм» в отношении грамотрицательных бактерий / М. А. Добрынина, А. В. Зурочка, Я. В. Тяпаева, Ю. П. Белозерцева, Т. М. Мругова, В. А. Гриценко // Бюллетень Оренбургского Научного Центра Уро Ран. -2017. -№4. -<http://www.elmag.uran.ru>.

3. <https://trts.info/interview/antimikrobnye-svoystva-kosmetiki>

4. Введение в косметические препараты и технологию / Г. Баки, С. А. Кеннет // ТОО «Delta Consulting Group», перевод на русский язык. -2019.

5. Технология парфюмерно-косметических продуктов. Лабораторный практикум / Ж. В. Бондаренко, М. В. Андрухова. // Минск. -2018.

Ахмедова Н.Т., Абдуллоҷонов А.А.

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ШЕЛКОВИЦЫ (*Morus álba*)

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино., Таджикистан

Актуальность. Шелковица белая вид рода (Шелковица (*Morus*) семейства Тутовые (*Moraceae*). Народными названиями этого растения являются тута, тутовник, тютюна. Род шелковица – представлен листопадными деревьями с простыми, сильно варьирующими по форме очередными листьями.

В нашу страну данное растение попало из Китая, где было известно еще в 3000 году до нашей эры в связи с выращиванием тутового шелкопряда. Шелковица - довольно теплолюбивое растение. Больше всего шелковицы в странах, где традиционно развиты выращивание гусениц шелкопряда и производство натурального шелка: в Китае, Японии, Корее, Узбекистане, Азербайджане. Название белой шелковицы происходит от беловатого цвета коры. Растет очень быстро, в виде дерева до 15 м. высотой. Это однодомное или двудомное растение с небольшими мужскими и женскими цветками, которые появляются в мае. [2] Белая шелковица известна своими лечебными и полезными свойствами.

Материалы и методы исследования (из литературных данных). В качестве лекарственного сырья используют кору, корни и ветви, листья и соплодия. Заготовку коры с веток проводят ранней весной (в начале сокодвижения), а корней – осенью. Листья собирают во время цветения и в течение всей вегетации, раскладывают тонким слоем и высушивают на открытом воздухе в тени под навесом или в хорошо проветриваемом помещении.

В древней медицине, по описаниям Авиценны, натура сладкого тута горячая и влажная, а кислого — несколько холодная и влажная. Она вызывает **аппетит**, заставляет пищу проскальзывать и быстро выводит ее. Однако при своем послабляющем естестве иногда препятствует **хроническому поносу и язвам в кишечника**, особенно шелковица сухая. Все разновидности шелковицы гонят мочу. Кора шелковицы служит противоядием против болей головы. [1]

Результаты исследования и их обсуждение. Высокое содержание биологически активных веществ обуславливает следующие лечебные действия шелковицы- превосходный антисептик и антиоксидант (особенно соплодия), обладает сахаропонижающим и гиполипидемическим эффектами, проявляет противовоспалительное, отхаркивающее, антибактериальное, вяжущее, мочегонное, потогонное свойства. [3]

В соплодиях шелковицы содержится большое количество полезных веществ: около 20% сахара (мальтоза, глюкоза, фруктоза), органические кислоты (лимонная и яблочная), эфирные масла, высшие кислоты, комплекс витаминов С, Е, А, К, РР, В₁, В₂, В₆, В₉, каротин, пектин и дубильные вещества, также – растительного антиоксиданта – ресвератрола. Наряду с этим веществами в соплодиях шелковицы присутствует рибофлавин, пантотеновая кислота, пиридоксин, фолиевая кислота, токоферол, аскорбиновая кислота, холин. В шелковице найдены макроэлементы: кальций, натрий, магний, фосфор, калий) и микроэлементы (цинк, селен, медь, железо). В семенах шелковицы обнаружено жирное масло. [5]

Свежие соплодия благотворно воздействуют на миокардиодистрофию, расстройства иммунной системы, сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям, очищают кишечник и выводят шлаки из организма, предотвращают раннее старение кожи. Сироп из соплодий шелковицы белой способствует разжижению мокроты при кашле. Недозрелые соплодия обладают вяжущим, созревшие – мочегонным, а перезревшие – слабительным свойствами. Листья и сок из соплодий шелковицы черной обладают ранозаживляющими и бактерицидными свойствами.

Отвары из почек и листьев регулируют углеводный и жировой обмен, вызывают усиленное потоотделение при простудных заболеваниях. Настойка из листьев и отвар коры обладают анальгетическим, гипогликемическим, седативным, противовоспалительным свойствами. [3]

Совершенно неожиданно плоды шелковицы стали рекорсменами по содержанию кальция. Даже по сравнению с натуральным коровьим молоком! Чай из листьев шелковицы также будет богат кальцием в целебной консистенции. Поэтому есть смысл применять листья растения.

Из других микроэлементов, обильно содержащихся в тутовых деревьях, фосфор полезен для костей и мозга, а также для нервной системы; калий, необходимый для здорового сердца; магний, отвечающий за работу нервной системы и здоровье мозга, натрия и др.

Несмотря на то, что плоды шелковицы являются почти чемпионами по сладости и содержанию сахара, листья дерева с древних времен использовались для профилактики и лечения диабета, что доказывает о его гипогликемическом эффекте. [2]

В народной медицине в лечебных целях применяют всевозможные отвары и настои из коры, корней, почек, листьев, ягод белой шелковицы. Отвары из коры и корней облегчают приступы кашля при бронхитах и астмах, обладают отхаркивающими свойствами. Чай, заваренный из листьев, оказывает на организм потогонное и жаропонижающее воздействие. Сладкие свежие ягоды регулируют уровень инсулина, полезны для диабетиков. Сок свежесобранных плодов заживляет язву желудка и двенадцатиперстной кишки. А вот сок корней, наоборот, ядовит, его применяют как глистогонное средство. Сладкий и тягучий шелковичный сироп обладает кровоостанавливающим свойством, повышает уровень гемоглобина в крови. Соплодия шелковицы способствуют нормализации обмена веществ, очищают кровь, благотворно влияют на печень. [3,5]

Выводы: На кафедре фармакологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино были проведены экспериментальные исследования применения настоя листьев шелковицы на животных и установлены гипогликемические, гиполипидемические и антиоксидантные свойства этого растения.

Литература

1. Абуали ибни Сино. /Канон врачебной науки.Т.2.Душанбе:Дониш,2012.-810с.
2. Ишанкулова Б.А. /Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана Душанбе 2015
3. Мазнев Н.И. /Энциклопедия лекарственных растений. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Мартин, 2004, 496с
4. Урунова М.В., Ишанкулова Б.А., Юлдашева У.П./ Влияние настоя листьев айвы и шелковицы на углеводный обмен при гиперлипидемии. В матер.сборника тезисов III Междун.НПК фармакологов «Актуальные вопросы фармакологии:от разработки лекарств до их рационального применения». Бухара,2022г.
5. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана, Душанбе, 1989г.,368с

Борониев Н.С., Раджабов Г.О., Рухшонаи Ҳакималӣ

МАКОН ВА НАҚШИ ФАРМАКОГНОЗИЯИ МУОСИР ҲАМЧУН ИЛМ ВА ФАНИИ ТАҲЛИМИЙ ДАР ТАҲСИЛОТИ ФАРМАТСЕВТӢ.

Маркази таълимӣ, илмӣ ва истеҳсолии «Фарматсия»-и МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»
Кафедраи фармакогнозия ва ташкили иқтисоди фарматсияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»

Муҳиммият. Мутобиқи барномаи таълимии стандарти таҳсилоти олии касбии насли сеюм фармакогнозия ҳамчун илм ва фанни таълимӣ оид ба ашёи дорувории рустанигӣ ва ҳайвонот дар байни донишҷӯёне, ки аз рӯи ихтисоси 1-790108- «Фарматсия» таҳсил мекунанд, салоҳияти касбиро ташаккул медиҳад. .

Дар айни замон, тамоюли истифодаи ҳарчи бештари доруҳои гиёҳии шифобахш барои табобат ва пешгирии бемориҳои гуногун мушоҳида мешавад ва тибқи пешгӯиҳои ТУТ, ҳиссаи доруҳои фитотерапия дар 15-20 соли оянда метавонад то 60% афзоиш ёбад. Ин аз он сабаб аст, ки доруҳои фитотерапия ҳангоми истифодаи оқилона, одатан доираи васеи таъсири табобатӣ ва безарарии нисбӣ муттаҳид мешаванд.

Мақсади тадқиқот. Такмил додани мундариҷаи муосири фармакогнозия ҳамчун илм ва фанни таълимӣ, инчунин асоснок кардани ҷой ва нақши он дар таълими фармасевтӣ мебошад.

Маводҳо ва усули таҳқиқот. Дар мақола аз рустаниҳои ба фармакопея ворид шуда, ашёи шифоии рустанигӣ, пайвастагиҳои биологии ғайол (ПБФ) истифода шудааст, ки бо усулҳои анатомӣ, морфологӣ, химиявӣ, хроматографияи қабати тунук (ХҚТ), хроматографияи газу моеъ (ХГМ), хроматографияи моеъи баландсифат (ХМБ), спектроскопияи-ЯМР омӯхта шудаанд.

Натиҷаҳо ва баррасии таҳқиқот. Дар мақола ҷанбаҳои ҷорӣи фармакогнозияи муосир ҳамчун илм ва фанни таълимӣ баррасӣ шудааст, ки равандҳои инноватсионӣ ва интегратсионӣ дар соҳаи тайёр намудани доруҳо аз рустаниҳои шифогӣ дар асоси технологияҳои иттилоотӣ, инчунин равишҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснокро ба стандартизатсияи АШР ва доруҳои аз он тайёр кардашударо инъикос менамояд. Муваффақиятҳо дар омӯзиши таркиби химиявӣ ва муайян кардани гурӯҳҳои нави МФБ барои таҳияи равишҳои нави стандартизатсияи АШР ва доруҳои рустанигӣ, махсусан дар робита ба риояи принципи муттаҳидшавӣ дар силсилаи «ашёи рустанигӣ –ҷавҳар (субстантсия), модда - шакли маводи доругӣ». Яке аз вазифаҳои таъхирнопазири фармакогнозия такмил додани усулҳои таҳлили сифатӣ ва миқдорӣ дар асоси имкониятҳои муосири инструменталӣ - хроматографияи қабати тунук (ХҚТ), хроматографияи газу моеъ (ХГМ), хроматографияи моеъи баландсифат (ХМБ), спектроскопияи-ЯМР ва ғайра, инчунин дар усулҳои таҳлил истифода бурдани Намунаҳои Стандарти Давлатӣ (НСД) мебошад.

Дар ин бобат дар китобҳои дарсии «Фармакогнозия», «Стандартизатсияи ашёи шифоии рустанигӣ», «Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон», «Луғати тавсифии русӣ-тоҷикии истилоҳоти ботаника ва фармакогнозия», «Лекарственные растения республики Таджикистан» ки кафедраи фармакогнозия ва ТИФ нашр намудааст, имкониятҳои калон мавҷуданд. Айни замон ҷорӣ намудани технологияҳои рақамӣ ва иттилоотӣ ба раванди таълим ба воқеият табдил ёфта истодааст. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ин китобҳои даарсиро дар шакли электронӣ дар донишгоҳ ба роҳ мондааст, ки барои донишҷӯёни факултетҳои тиббӣ, педиатрӣ, стоматологӣ ва фармасевтӣ, инчунин кормандони фармасевтӣ, ки дар доираи таҳсилоти баъдидипломӣ таҳассуси худро такмил медиҳанд, пешбинӣ шудааст. Намоишҳо дар китобҳои дарсӣ асоси таҳлили сифатӣ ва миқдорӣи рустаниҳои шифобахшро ташкил медиҳанд, инчунин системаи ҷустуҷӯии гуногун ба дар хотир нигоҳ доштан ва аз худ кардани маводи омӯхташаванда мусоидат мекунанд. Маълумоте, ки дар истилоҳот ва мафҳумҳои фармакогнозия ва ботаника дар шакли ҷопӣ ва электронӣ ифода ёфтаанд, заминаи асосие, ки дар он донишҳои касбии муосир бунёд мешаванд, инчунин намунаи мутахассис, иқтисодии методологӣ ва пешгӯии илмро ифода мекунанд.

Мувофиқи сохтори ҳозираи мутахассиси фармасевтӣ пайвастагиҳои аз ҷиҳати биологӣ ғайол бояд аз нуқтаи назари зерин баррасӣ карда шаванд:

1. Ташхис (намудҳо). 2. Реаксияҳои сифатӣ (муайян кардани аслияти АШР). 3. Таҳлили миқдорӣ (муайян кардани миқдори МФБ).
4. Параметрҳои валидатсионӣ барои усулҳои таҳлили фармакопейавӣ.
5. Истифодаи намунаҳои стандарти давлатӣ. 6. Хусусиятҳои физикӣ-химиявии МФБ.
7. Асоси усули ба даст овардани модда ва шакли маводи доругӣ.
8. Хусусиятҳои фармакологии МФБ ва шакли маводи доругӣ.

9. Таносуи таркиби химиявии ашӯи шифоии рустанигӣ ва фитопрепарат. 10. Равандҳои имконпазири табдилдиҳии МФБ ҳангоми хушк кардан, нигоҳдорӣ ва коркарди маводи рустанигии шифобахш.

Муҳимияти асосии китобҳои дарсӣ аз фанни «Фармакогнозия» ин ба таснифоти муосири кимиёвии рустаниҳои шифобахш асос ёфтан аст. Ҷанбаҳои нави таснифоти муосири кимиёвии ашӯи рустанигии шифоӣ ҷунин мавқеъҳоро дар бар мегиранд, аз қабилӣ васеъ намудани номенклатураи рустаниҳои шифобахш, тафсири гурӯҳҳои нави МФБ, (фенилпропаноидҳо ва ғ.), тақмили таснифоти мавҷудаи гурӯҳҳои алоҳидаи МФБ, аз нав дида баромадани интиқодӣ назарҳо дар бораи тасниф кардани баъзе рустаниҳо ба ҳама гуна гурӯҳи моддаҳои ғайро, зарурати шарҳ додани аҳамияти саҳми таъсири фармакологӣ, ҷун қоида, якҷанд гурӯҳи моддаҳои ғайро. Ҳамин тариқ, китобҳои дарсии кафедра аз фанни фармакогнозия зиёда 70 намуди гиёҳҳои шифобахшро дар бар мегирад, аз ҷумла: *Ephedra tuisetina* Bunge/ Зағоза (алкалоидҳо), *Helichrysum arenarium* L. Ҷозиғиёх (флавоноидҳо), *Melissa officinalis* (равғанҳои эфирӣ) ва ғайра. Ба андешаи мо он ҷизест, ки мо ба фармакогнозия ворид кардем, мафҳуми нав — гурӯҳи пешбарандаи МФБ, ки дар мавриди ашӯи шифоии рустанигӣ дорои якҷанд гурӯҳҳои химиявии моддаҳои ғайро биологӣ гуногун, аз як тараф, фармакогнозияи классикиро нигоҳ дошта, аз тарафи дигар, имкон медиҳад, ки технологияи ба даст овардани доруи гиёҳӣ бо назардошти ҳосиятҳои физикӣ, физикӣ-химиявӣ ва фармакологии моддаҳои ғайро асоснок карда шавад. Мо пешниҳод кардем, ки аз нуқтаи назари фармакогнозия дар ҳама марҳилаҳои раванди технологӣ осебпазиртарин гурӯҳи пешбари моддаҳо, МФБ ҳисоб карда шавад.

Аз нуқтаи назари таснифоти химиявӣ мавқеи баъзе гиёҳҳои шифобахш, масалан, *Rhodiola rosea* L. (Зарҷӯби гулобӣ), *Silybum marianum* (L.) Gaertn. (Пӯпакиёх - фенилпропаноидҳо), *Hypericum perforatum* L. (Зарғиёх, чойқаҳақ - флавоноидҳо) аз нуқтаи назари танг дида барои маддаи шудааст.

Дар китобҳои дарсии «Фармакогнозия» истилоҳоти мафҳумҳои фармакогнозия, ки мавзӯ, вазиғаҳои фармакогнозия ва ҳамкориҳои ин фанро бо илмҳои ба ҳам алоқаманд тавсиф мекунад, оварда шудаанд. Дар китобҳои дарсӣ рӯи сӯи сӯи маводҳо оид ба МФБ ва моддаҳои ба он алоқаманди рустаниҳои шифобахш оварда шуда, аҳамияти онҳо на танҳо аз ҷиҳати зӯхӯр, балки барои пешгӯии таъсири фармакотерапевтӣ низ нишон дода шудааст. Илова бар ин, зарурати ба фармакогнозия ворид намудани фенилпропаноидҳо ҳамчун синфи мустақили пайвастиҳои аз ҷиҳати биологӣ ғайро асоснок карда шудааст, ки ин дар китобҳои дарсии «Фармакогнозия» инъикос ёфтааст. Дар асоси омӯхтани таркиби химиявии як қатор гиёҳҳои шифобахш *Rhodiola rosea* L., *Eleutherococcus senticosus*, *Silybum marianum* (L.) Gaertn. ва ғайра ба фенилпропаноидҳо тасниф карда шуданд. Муносибатҳои нави стандартизатсияи химиявии рустаниҳои доруворӣ, ки дар таркибаш фенилпропаноидҳо ва маводҳои дар асоси онҳо тайёр кардашуда, бо усулҳои мувофиқи таҳлили сифатӣ ва миқдорӣ бо истифода аз намунаи стандартҳои давлатӣ - розавин, триандрин, сирингин, гамма-схизандрин, силибин, кислотаи косна ва кислотаи розмаринӣ пешниҳод карда шуданд. Вобастагии ҳосиятҳои спектралӣ ва фармакологии як қатор фенилпропаноидҳо ба сохтори химиявии онҳо омӯхта шудааст. Ибтот шудааст, ки фенилпропаноидҳои рустаниҳои шифобахш манбаи беназири доруҳои гепатопротекторӣ, антиоксидантӣ, иммуномодуляторӣ, адаптогенӣ ва нейротропӣ мебошанд ва аз ҷиҳати ба вӯҷӯд овардани маводҳои бардамкунӣ ва адаптогенӣ бештар рустаниҳои умедбахш мебошанд, ки дар таркибаш ҳосилаҳои спиртҳои қоричнӣ доранд (*Rhodiola rosea*, *Eleutherococcus senticosus* ва ғайра).

Хулоса. Ягонагии раванди таълим ва ҷӯзӣ илми фармакогнозия ба ташаккули мазмуни муосири ин фан, ки паҳлӯҳои муосири илм ва амалияи фармасевтиро инъикос мекунад, мӯсоидат мекунад. Дар раванди таълим қорӣ намудани китобҳои дарсии муосири фармакогнозия барои баланд бардоштани шавқу завқи донишҷӯён ба фани омӯхташаванда мӯсоидат намуда, дар натиҷа сифати тайёр намудани мутахассисони фармасевтӣ беҳтар мегардад.

Рӯйхати адабиётҳо.

1. Назаров М.Н., Ёрмамадова О. Ё., Назаров Н.М. Луғати тавсифии русӣ – тоҷикии истилоҳоти ботаника ва фармакогнозия. Душанбе 2013.190 с.
2. Назаров М. Назаров Н. и др. Руководство по сбору и сушке лекарственных растений Таджикистана. Москва. МедПресс-информ, 2002. 165 с.
3. Назаров М.Н., Назаров Н.М., Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. ДДТТ ба номи Абӯали бни Сино. 224 стр. Душанбе 2018 г.
4. Самылина, И.А. Фармакогнозия: учебник / И.А. Самылина, Г.П. Яковлев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 969, [7] с.

Борониев Н.С., Каландарзода Ё.К., Маджидова У.А.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТЕНИЯ ТЫСЯЧЕЛИСТНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ-ACHILLEAMILLEFOLIUM L.

Кафедра фармакогнозия и ОЭФ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Учебный, научный и производственный центр «Фармация» ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Актуальность. настоящее время во многих странах мира возрос интерес к лекарственным растениям, как большим биологическим ресурсным потенциалам. Основным активным веществом, содержащимся в тысячелистнике, является эфирное масло, в состав которого входят вещество хамазулен, азулены, камфора, альфа-пинены, бета-пинены, борнеол, цинеол туйон, кариофиллен, сложные эфиры, цинеол, апигенин, лютеолин, дубильные вещества, смолы, муравьиная кислота, изовалериановая кислота, аскорбиновая кислота, уксусная кислота, каротин, витамин К, горькие

вещества, миллефолид, матрицин, рутин, лютеолин-7-глюкозид, стахидрин, ахиллеин, бетоницин, которые в силу широкого распространения в растениях в настоящее время находятся в центре внимания исследователей в области фармации и медицины.

Исследование и рациональное использование трава тысячелистника обыкновенного, который имеет кормовое качество или содержит БАВ, всегда актуально.

Цель исследования. Согласно анализу литературы, народное и научное применение растения тысячелистник обыкновенный основано на исследовании представителей этого семейства на получение новых лекарственных препаратов.

Материал и методы исследования. Основной объект исследований – *Achillea millefolium* L. Для анализа исследования изучены литературные источники, научные статьи, посвященный фармакогностическому анализу *Achillea millefolium* L.

Результаты исследования и их обсуждение. Двух-или многолетнее суховыносливое, светолюбивое, частичнорозеточное, длительновегетирующее, весеннелетнецветущее растение. Стебли округлые, слегка бороздчатые, прямостоячие или вверху разветвленные, многочисленные и 25-50 (80) см высоты. Листья 10-40 см длины, 0,8 см ширины, по форме ланцетные, дважды - трижды перисторассеченные. Прикорневые и листья вегетативных (не цветущих) побегов черешковые, стеблевые - сидячие. Побеги (стебель, листья) опушены длинными белыми спутанными волосками. Соцветия - сложный рыхлый щиток. Корзинка 3-5 мм в диаметре. Цветоложе выпуклое. Язычковые цветки белые, розовые, пурпурные, в числе 4-5, а трубчатые - желтые, с железками. Плоды - семянки, узко продолговато-клиновидные, до 2 мм длины. Корневище тонкое, ползучее, разветвленное, с подземными побегами, отузлов которых уходят в почву многочисленные тонкие нитевидные корни. Цветет - июнь, июль, плодоносит - июль, сентябрь. Размножается — Тысячелистник обыкновенный семенами и подземными побегами. Широко — распространен почти во всех ботанико-географических районах республики, за исключением Моголтавского и Восточно-памирского. Встречается в составе арчевников, орешников, кленовников, в березняках, экзохордниках, розариях, югантиках, бузульников, кузининовых, гераниевых, камелевых и других группировках, а также на мелкоземистых и щебнистых склонах, среди камней на дне оврагов, у родников, вдоль ручьев, в садах, в посевах, на залежах, на высотах 1300 - 3500 м.

Используются в качестве сырья вегетативные (побеги с соцветиями) и репродуктивные (цветки, собранные в соцветия - рыхлые щитки) органы тысячелистника. Траву собирают в фазе цветения (июнь, июль), срезая серпами, ножами, секаторами или ножницами (портняжными) облиственные побеги длиной до 15 см. Если тысячелистник образует чистые заросли, то его скашивают косами и из этой массы выбирают траву. При сборе соцветий срезают щитки с цветоносом не длиннее 2 см и отдельные цветочные корзинки.

Сырье в обоих случаях заготавливают в сухую погоду. При этом нельзя вырывать растения с корневищами, ибо это приводит к уничтожению природных запасов.

Рациональное использование ресурсов позволяет на одних и тех же участках территории проводить заготовки в течение 3 - 5 лет с последующим 1-2 годичным "отдыхом". Сырье сушат на открытом воздухе, на чердаках, под навесами, разложив его тонким слоем (не толще 6 см) на бумаге или на ткани и периодически переворачивая, а в сушилках при температуре не выше 40-45°C.

Трава тысячелистника состоит из щитковидных соцветий и побегов до 15 см длины. Запах ароматный, своеобразный, вкус горьковатый. Соцветия тысячелистника - щиток, состоящий из отдельных цветочных корзиночек с цветоносами. Цвет сырья зеленоватый (листочек обертки), желтовато - белый или розовый (язычковые цветки), желтоватый (трубчатые цветки). Запах слабый, ароматный; вкус пряный, горьковатый.

В листьях тысячелистника находится эфирное масло, богатое хамазуленом, алкалоид ахиллеин, сложные эфиры, камфора, борнеол, туйон, гликозиды (лютеолин и апигенин), цинеол, дубильные вещества, смолы, каротин, органические кислоты, аминокислоты, витамины К, С, горечи. Обнаружены и минералы - магний, калий, бор, цинк, кальций, селен, медь и молибден.

Средство растительного происхождения. Тысячелистника трава обладает противовоспалительным, спазмолитическим, желчегонным и противомикробным действием.

Показания к применению. Внутрь: в составе комплексной терапии для симптоматического лечения нетяжелых функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (метеоризм, снижение аппетита); для симптоматического лечения слабых выраженных болей спастического характера во время менструации.

Выводы. Анализ данных по применению растения *Achillea millefolium* L. в научной и народной медицине показал, что они обладают широким спектром фармакологических свойств и представляют интерес как лекарственное средство для лечения ряда заболеваний.

Список литературы.

1. Блинова К. Ф. и др. Ботанико-фармакогностический словарь : Справ. пособие / Под ред. К. Ф. Блиновой, Г. П. Яковлева. — М.: Высш. шк., 1990. — С. 248—249. — ISBN 5-06-000085-0.
2. Назаров М.Н., Назаров Н.М., Атласирустанӣишифобахши Тоҷикистон. ДДТТ ба номи Абӯалибӣи Сино. 224 сан. Душанбе 2018 г.
3. М.Н. Назаров, Н.М. Назаров, М.И. Саидов, Б.И. Саидов. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). ООО «Контраст». 189 стр. Душанбе 2015.
4. Самылина, И.А. Фармакогнозия: учебник / И.А. Самылина, Г.П. Яковлев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 969 стр.

Гулов Э.С., Саидова М.Н.
ИЗУЧЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН (НА ПРИМЕРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ)

Республиканский медицинский колледж
Таджикский национальный Университет

Актуальность. Распространенность сердечно-сосудистой патологии в Республике Таджикистан колеблется до 60,3%, в Европе до 52%, от 33% в Америке. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), почти 1/3 случаев смерти в мире ежегодно происходит от сердечно-сосудистых заболеваний – около 17 млн. случаев смерти в год. Сердечно-сосудистые патологии в целом – главная причина смертности населения в мире. В России и в Республике Таджикистан болезни системы кровообращения на протяжении многих лет занимают первое место в общей смертности населения и второе в структуре заболеваемости населения страны. В большинстве развитых стран, в отличие от РТ, приняты национальные программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, что позволило Европе и США за последние 30 лет снизить смертность от болезней сердца более чем на половину. Смертность от инсульта в России, РТ и остальных странах бывшего СССР в 6 раз выше, чем в США. [1,3] Поэтому на терапию сердечно-сосудистых заболеваний расходуется значительная часть бюджета здравоохранения; [2] в некоторых странах до 12-13 % затрат на медицинское обслуживание приходится на лечение этой группы заболеваний [Кобзарь Л.В., Батоева Б.Г., 2000]. В связи с вышеизложенным, сердечно-сосудистые средства во всем мире являются крупнейшим по объему продаж и одним из наиболее динамично развивающихся фармакологических классов лекарственных препаратов. На долю этих медикаментов приходится около 18 % общей суммы продаж на мировом рынке ЛС. Это связано, во-первых, с быстрым разрывом между рекомендациями по лечению той или иной патологии и реальной клинической практикой ввиду быстрого увеличения арсенала ЛС, предлагаемых для терапии [Мазур Н.А., 2002], а во-вторых, с тем, что в обращении на фармацевтическом рынке находится много дублирующих друг друга аналогов и препаратов с недоказанной эффективностью и безопасностью. По мнению специального представителя гендиректора Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во многих странах назначений ЛС осуществляется нерационально. В этих условиях проблема правильного выбора, назначения и использования ЛС представляется весьма актуальной.

Цель исследования. На основании вышеизложенного была цель проанализировать фармацевтический рынок ССЛС на отечественном рынке.

Материалы и методы. Материалами являлись данные Государственного реестра лекарственных средств Республики Таджикистан. Результаты обрабатывались методом описательной статистики с использованием программ «MS Office EXCEL 2017».

Результаты и обсуждения. Было установлено, что за вышеуказанный период в стране было зарегистрировано всего 3835 наименований ЛС из них 261 наименование, лекарственные препараты используемые при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В результате зарегистрированные ССЛС за период 2017-2022гг. составили 6% из общего объема зарегистрированных ЛС. Наибольшее количество зарегистрированных ССЛС пришлось на 2017 год, где их количество составило 87 наименований.

При анализе структуры рынка ССЛС было, установлено, что Индия является лидером по ввозу и регистрации ЛС, которое составило 21%, второе место заняло Украина 12% и далее Республика Беларусь 10%, Англия 8%, Грузия 6%, Словения 5%, Венгрия 4%, Нидерланды, Пакистан, Болгария, Турция составили по 3%, Отечественные производители и Франция -2% и наименьшие позиции составили США, Республика Молдова, Республика Македонии, Италия, Испания, Китай, Корея, Польша, Латвия, Чешская Республика, Бангладеш, Иран по 1%.

Наиболее большое количество среди зарегистрированных ЛП были в форме таблеток, которые от общего объема составили 71,62%. Другие виды лекарственных форм составили в виде капсулы 10,14%, раствор для инъекции и инфузии 7,43%, гель для наружного применения 4,05%, лиофилизат порошок для инъекции 2,70%, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 1,35%, суппозитории ректальные 0,68%, сироп для приема внутрь 0,68%, концентрат для приготовления раствора 0,68% и капли оральные 0,68%.

При анализе регистрации лекарственных препаратов для лечения сердечно-сосудистой системы на отечественных рынках по 3-му уровню структуре классификации АТХ было установлено, что наибольшее количество зарегистрированных ЛП было в подгруппе С10А- гиполипидемических средств которое составили - 18,39%; далее - С02А - антиадренергические средства центрального и С02С - периферического действия- 17,24%; С01Е- другие препараты для лечения заболеваний сердца – 13,41%; С03А - тиазидные диуретики, С03В- тиазидоподобные диуретики, С03С- «Петлевые» диуретики и С03D - калийсберегающие диуретики – 12,26%; С08С- селективные блокаторы кальциевых каналов преимущественно с сосудистым эффектом и С08D - селективные блокаторы кальциевых каналов с прямым действием на сердце – 7,28%; С09А - ингибиторы АПФ – 6,90%; С08С - селективные блокаторы кальциевых каналов преимущественно с сосудистым эффектом и С08D - селективные блокаторы кальциевых каналов с прямым действием на сердце – 5,75%; С01В антиаритмические препараты, классы I и III – 5,36%; С09С -антагонисты ангиотензина II - 2,68%; С07А - бета-адреноблокаторы -0,77%; С01Е - Другие для лечения заболеваний сердца – 0,77%; С01D - вазодилататоры – 0,76%; С03D - калийсберегающие диуретики, С01С - кардиотонические средства, кроме сердечных гликозидов, С01А - сердечные гликозиды – 0,38%.

Выводы. На основании представленных выше результатов можно делать вывод о том, что количество регистрации ЛС среди групп сердечно-сосудистых лекарственных средств уменьшился, что может привести к дефициту ассортимента лекарственных средств на рынке.

Ключевые слова: рынок, сердечно-сосудистые препараты, анализ ассортимента, код АТХ, Республика Таджикистан.

Список использованной литературы

1. Раззакова Ч.М., Зиганшина Л.Е. Цены на сердечно-сосудистые лекарственные препараты как показатель доступности лекарств для их рационального использования. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. Стр 5-8.
2. Спичак И.В., Кухтина О.С., Акулова Н.А. Маркетинговый анализ рынка лекарственных препаратов, применяемых в терапии вегетососудистой дистонии у детей // Научный результат. Серия Медицина и фармация. 2015. Т. 1, № 4. С. 102-107.
3. Саидова М.Н., Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения больных Государственного учреждения республиканского клинического центра кардиологии РТ // Монография. 2021. 172 стр.

Ќулаев А.С., Сулаймонзода Ф.С., Мискинова Ф.Х. ОМУЗИШИ ВИТАМИНҲО ВА ИСТИФОДАБАРИИ ОНҲО

Кафедраи фармакология ва микробиологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мухимият. Витаминҳо - моддаҳои ғайрибиологӣ буда, барои ғайриҳаётии организм заруранд. Набудан ё нарасидани витаминҳо боиси бемориҳои гуногун мегардад. Ниҳоят кам будани онҳо ба мубодилаи моддаҳо таъсири зиёд мерасонад. Витаминҳо дар ҷараёни пайдоиши ферментҳо иштирок мекунад. Витаминҳо ба организм тавассути озуқае, ки аз растаниҳо ва ҳайвонот гирифта мешаванд, дохил мегарданд [1,2]. Барои осонии кор витаминҳоро бо ҳарфҳои латинии А, В, С, D ва ғайра ишора мекунад. Ба гурӯҳи витаминҳои дар обҳалшаванда витаминҳои зерин дохил мешаванд; тиамин хлорид, рибофлавин, калсий пантотенат, кислотаи фолиат, кислотаи никотин, пиридоксин гидрохлорид, сианокобаламин, рутин, кислотаи аскорбин, калсий пангамат.

Ба гурӯҳи витаминҳои дар рағванҳалшаванда дохил мешавад; ретинол атсетат, эргокалсиферол, фитоменадион, токоферол атсетат, менадион.

Ба гурӯҳи витамини В якҷанд витаминҳо масалан: тиамин хлорид-В₁, рибофлавин-В₂, пиридоксин гидрохлорид-В₆, сианокобаламин-В₁₂ дохил мешаванд [3,4].

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши витаминҳо ва истифодабарии онҳо.

Мавод ва усули тадқиқот. Таҳлили адабиёти ватанӣ ва хориҷӣ, ки ба омӯзиш ва истифодабарии витаминҳо дахл доранд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Витамини В₁ ба ҷараёни мубодилаи карбогидрат таъсир мерасонад. Дар организм ба тиаминпирофосфат табдил меёбад, ки вазифаи коферменти декарбоксилазаро иҷро мекунад, дар оксидонӣ ва декарбоксилиронии алфа-кетокислота иштирок мекунад. Вай барои ғайриҳаётии мӯътадили ҳамон узве зарур мебошад, ки дар он мубодилаи карбогидрат бошиддаттар аст, масалан системаи асаб, дилу рағҳо, мушакҳо. Витамини В₁ дар донаҳои тоза накардаи растаниҳои хӯшадор, тухми лубиёғиҳо ва зардии тухм мавҷуд аст. Микдори ками он инчунин дар таркиби қарам, пӣз, сабзӣ ва себ вучуд дорад. Ба организм дар як шабонарӯз 1-1,5 мг барои калонсолон ва 0,5-1 мг барои кӯдакон витамини В₁ зарур аст.

Агар дар хӯрок витамини В₁ набошад, бемории вазнини бери-бери сар мезанад. Пештар ин беморӣ дар баъзе ҷазираҳои уқёнуси Ором паҳн шуда буд, чунки хӯроки асосии мардуми онҳо биринҷи тоза қардашудаи витамини В надошта буд. Ғайриҳаётии системаи асаби одамони гирифтори чунин беморӣ тағйир меёбад: мушакҳои дасту пояшон қашида мешавад, фалаҷ ба амал меояд, ки аксаран бо марг анҷом меёбад.

Витамини В₂ (рибофлавин) кофермент мебошад. Дар нафаскашии ҳуҷайравӣ, мубодилаи сафедаҳо, карбогидратҳо, чарбҳо, ҳосилшавии ферментҳо, дар протсессии оксиду-барқароршавӣ иштирок мекунад. Протсессҳои барқароршавии бофтаҳо ба баланд мекунад. Витамини В₂ дар таркиби ғалладона, чигар, гӯшт, шир, тухм мавҷуд аст. Агар калонсолон витамини В₂-ро кам истеъмол кунанд, чашмонашон хира шуда, пардаи луобии ковокии даҳон, аломатҳои илтиҳобӣ, қафидани лабҳо, конъюнктивит, хушкӣи пушт ва ғайра дида мешавад. Ба организми одамони калонсолон дар як шабонарӯз 1,2-1,8 мг ва барои кӯдакон 0,5-1,1 мг витамини В₂ зарур аст.

Витамини С дар протсессҳои оксиду-барқароршавӣ, ҳосилшавии моддаи асосии бофтаи пайваستкунанда, кислотаи гиалурон, синтези коллаген, мубодилаи тирозин, холестерин, гормонҳои стероидӣ иштирок менамояд.

Витамини С дар об ҳалшаванда буда, дар таркиби настанаран, қаракот, қарам, помидор, лиму, афлесун, пӣз, сир, картошка, дар аксар меваҳо дар қисми сабзи растаниҳо, хусусан дар навдаҳо вучуд дорад. Агар организм муддати дароз витамини С-ро нагирад, дер шиғоёбии захм, вайроншавии гузарониши капиллярҳо, хунравӣ, гематома, камхунӣ, афтидани дандонҳо ва гирифтورشавӣ ба бемории синга, ки ба сайёҳон ва баҳрнавардон қайҳо боз маълум аст, хурӯҷ мекунад. Ҳангоми чунин беморӣ пилки дандон хуншор, пардаҳои луобии даҳон захмдор гардида, дандонҳо ҷунбонак мешаванд ва меафтанд. Дар айни ҳол устухонҳо зудшикан гардида, бугумҳо дард мекунад. Одам камхун мешавад ва муқобилияти организм ба бемориҳои сирояткунанда якбора суст мешавад. Калонсолон бояд бо хӯрок дар як шабонарӯз 60 мг витамини С истеъмол намоянд.

Витамини А асосан дар ғизо, ки аз ҳайвонот гирифта мешавад (дар рағвани моҳӣ, рағвани зард (маска), шир, зардии тухм, чигар, гурда, тухми моҳӣ) мавҷуд аст. Моддаҳои, ки дар организм ба витамини А табдил меёбанд, дар ғизо, ки аз растаниҳои гирифта мешавад (сабзӣ, испанок, зардолу, қаламфури сурх, помидор) мавҷуданд. Витамини А ба сабзиҳои организм таъсир мекунад. Ҳангоми дар хӯрок нарасидани он кӯдакон хуб инкишоф намеёбанд, дандону мӯяшон ташаккул намеёбад, шуш ва рӯдаҳои зарар мебинанд. Мумкин аст одам ба бемории шабқурӣ гирифтورشавад. Ҳамин, ки торикӣ фаро расид қувваи босираи чунин бемор заиф мегардад. Одам бояд дар як шабонарӯз тахминан 1 мг витамини А истеъмол кунанд.

Эргокалсиферол (Витамини D₂) дар таркиби рағвани моҳӣ, чигар, зардии тухми мурғ ва дигар маҳсулот мавҷуд аст. Дар организм ба гидроксилироний дучор мегардад. Дар аввал дар чигар дар иштироки ферментҳои микросомалӣ табдилёбии он ба гидроксикалсиферол, сипас дар гурдаҳо дар зери таъсири 1 алфа гидроксилаза ҳосилшавии шакли ғайри витамин, дигидрокалсиферол ё калситриол ки гормон аст бо ретсепторҳои махсуси дохили

хучайра ҳамтаъсирӣ намуда, мубодилаи Ca^{2+} -ро танзим медиҳад. Инчунин минерализатсияи бофтаи устухонро низ танзим медиҳад. Агар дар ҳӯрок витамини D набошад, кӯдакон дучори бемории чиллаашӯр (рахит) мегарданд. Дар ҳолати ба ин дард гирифтӣ шудан миқдори намакҳои калсий дар устухон кам мешавад, инкишофи кӯдак суст шуда, скелеташон дуруст ташаккул намеёбад. Пойи кӯдакони бемории чиллаашӯр (рахит) қачшуда, сар ва шикамашон калон мешавад ва қафаси синашон тағйир меёбад. Чунин кӯдакон ба бемориҳои гуногун зуд гирифтӣ мешаванд.

Бо таъсири офтоб дар пусти одамон моддае пайдо шуда, ба витамини D мубаддал мегардад. Бинобар ин пусти кӯдакони хурдсол ба таъсири мӯтадили нури офтоб эҳтиёҷ дорад. Ба организм дар як шабонарӯз 5-10 мкг (200-400 МЕ) барои калонсолон ва барои кӯдакон витамини B_2 0,5-1,1 мг зарур аст.

Витамини E ба витаминҳои дар равшан ҷалшаванда дохил шуда, дар раванди афзоиши бадан иштирок мекунад. Ин витаминро дар таркиби афшураҳои гуногун, майсаи гандум, равшани наботот ва дар бофтаҳои ҳайвонот дидан мумкин аст. Норасоии ин витамин ба афзоиш наёфтани хучайраҳои чинси занона ва мардона сабаб мешавад. Инчунин мушакҳои кундаланграхи скелет осеб мебинанд.

Витамини K ба витаминҳои дар об ҷалшаванда дохилшуда дар қараёни лахташавии хун иштирок мекунад. Ин витаминро дар таркиби маҳсулотҳои ғизоӣ дидан мумкин аст, дар рӯдаи ғафси одам ҳосил мешавад. Нарасидани ин витамин лахташавии хунро суст мекунад, ки одам хангоми хунравии зиёд аз ҷойи осебдидаи организм ғавтидана мумкин аст.

Витамини PP (кислотаи никотин) дар обҷалшаванда, мубодилаи карбогидратҳоро фаъол мекунад, дар нафаскашии хучайраҳо фаъолона иштирок мекунад. Ин витаминро дар таркиби гӯшти ҳайвонот, моҳӣ дидан мумкин аст. Нарасидани ин витамин ба вайроншавии қараёни оксиду барқароршавии организмро ба вучуд меорад.

Нигоҳ доштани витаминҳо дар ҳӯрок. Дар таркиби ҳӯроки мо витаминҳо бояд ба миқдори кофӣ мавҷуд бошанд. Нигоҳ доштани витаминҳо дар таркиби ҳӯрок ба тарзи таомпазӣ, шароит ва муддати нигоҳдории маҳсулот вобаста аст. Витаминҳои гурӯҳи A, B_1 ва B_2 аз ҷама ноустуворанд. Муқаррар кардаанд, ки витамини A дар ҳӯрокпазӣ зуд вайрон мешавад. Сабзии пухта нисбат ба хомаш ду баробар кам витамини A дорад. Хангоми хушккунӣ ҳам витамини A вайрон мешавад.

Ҳарорати баланд миқдори витаминҳои гурӯҳи B-ро кам мекунад. Чунончӣ, гӯшт баъди пухтан аз 15 то 60%, маҳсулоти аз растанӣ гирифташуда қариб панҷаки витаминҳои гурӯҳи B-ро талаф медиҳанд.

Витамини C аз таъсири ҳарорати баланд ва ҳаво ба зудӣ вайрон мешавад. Аз инрӯ сабзавотро пеш аз пухтан тоза кардан ва реза кардан лозим аст. Сабзавотро ба оби ҷӯш андохта, сарпӯши дегро пӯшида пухтан беҳтар аст. Ба оҳан расидан ҳам витамини C-ро вайрон мекунад. Аз ҳамин сабаб таомҳои сабзавотдорро дар зарфи сирдор пухтан ғоиданоктар аст. Ҳар як одам бояд ҳар рӯз тавассути ҳӯрок ҷама витаминҳои заруриро гирад. Дар мавсими зимистон себ, сабзии хом, қарам, равшани зард, тухм манбаи витаминҳо шуда метавонанд. Ғайр аз ин мувофиқи фармоиши духтур ба ҳӯрок сабзавотҳои хушқардашудаи витаминро илова мекунад.

Хулоса. Витаминҳо - моддаҳои фаъоли биологӣ буда, барои фаъолияти ҳаётии организм заруранд. Набудан ё нарасидани витаминҳо боиси бемориҳои гуногун мегардад. Ниҳоят кам будани онҳо ба мубодилаи моддаҳо таъсири зиёд мерасонад. Витаминҳо дар қараёни пайдоиши ферментҳо иштирок мекунад. Витаминҳо ба организм тавассути озуқае, ки аз растаниҳо ва ҳайвонот гирифта мешаванд, дохил мегарданд.

Витаминҳо барои фаъолияти ҳаётгузаронӣ заруранд, вале миқдори барзиёди онҳо мумкин аст боиси вайроншавии ҷиддии организм гардад. Бинобар ин витаминҳои сунъиро аз ҳад зиёд истифода кардан мумкин нест.

Адабиёт

1. В.В.Годован .Фармакология в рисунках и схемах. 2009.Том.2. 137с.
- 2.Милованов И. Справочник биологически активных пищевых добавок: пища для здоровья. М.: Феникс, 2005. 357 с.
- 3.Данилова, А.В. Витамин любви / А.В. Данилова. - М.: Эксмо, 2014. - 508 с.
- 4.Витаминные заготовки. - М.: Аркаим, АСТ, 2015. - 254 с.

Ҷулаев А.С., Сулаймонзода Ф.С., Мискинова Ф.Х.

МАВОДҲОИ ДОРУГИИ ПАЙВАСТАГИҲОИ МАГНИЙ ВА ИСТИФОБАРИИ ОНҲО ДАР ТИБ

Кафедраи фармакология ва микробиологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

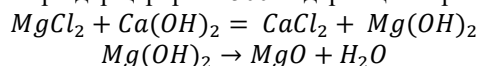
Муҳимият. Аҳамияти пайвастагиҳои доругии Mg дар он аст, ки ангиизи асабияро мӯтадил мегардонад. Пайвастагиҳои доругии Mg рағҳоро васеъ, ихроҷи талҳаро зиёд мекунад, бинобар ин бисёр пайвастагиҳои Mg (мас. сульфати магний, аскорбинати магний, тиосульфати магний ва ғайра)-ро чун дору истифода мебаранд [1]. Дар асоси таҷриба муқаррар кардаанд, ки дар аснои нарасидани Mg дар девораи рағҳои калон, мушакҳои дил ва скелет миқдори калсий меафзояд. Mg дар лӯбиё, марҷумак ва нахӯд вучуд дорад. Дар маҳсулоти гӯшту шир миқдори Mg кам аст [2]. Эҳтиёҷоти организми одам ба Mg асосан аз ҳисоби магнийе, ки дар таркиби ҳӯрокворӣ ҳаст, қонеъ карда мешавад; эҳтиёҷоти организми ҷавон ба Mg зиёд аст. Одами калонсол бояд ҳар рӯз 500 мг Mg, зани ҳомила 925 мг, модари синамакон 1250 мг, кӯдакон аз 140 мг (3-сола) то 530 мг (14 – 17-сола) истеъмол кунанд. Миқдори Mg дар зардоби хуни одам аз рӯи меъёр 1,6 – 2,9 % аст [3]. Карбонати магнийро ба калонсолон 1-3 г, ба кӯдакони то 1-сола 0,5 г, ба кӯдакони 2 – 5-сола 1-1,5 г, ба кӯдакони 6 – 12-сола 1-2 г рӯзе 2-3 маротиба мефармоянд. Онро ғайр аз истеъмол кардан метавон ҳамчун хока ба пусти молид [4].

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши маводҳои доругии пайвастагиҳои магний, оксиди магний, карбонати магний асосӣ, сульфати магний ва истифодабарии дар тиб.

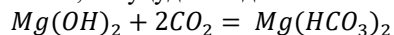
Мавод ва усулҳои тадқиқот. Оксиди магний, карбонати магний асосӣ, сульфати магний. Роҳҳои ҳосилкунӣ, таҳлили сифатӣ ва миқдорӣ маводҳои доругии пайвастагиҳои магний, оксиди магний, карбонати магний асосӣ, сульфати магний ва истифодабарии онҳо дар тиб.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар тиб маводҳои доругии пайвастагиҳои магний оксиди магний, карбонати магний асосӣ, сульфати магний истифода бурда мешаванд. Барои ҳосилкунии маводҳои доругии магний минералҳои табиӣ магнезит, доломит ва инчунин аз ғаладонаҳо, ки дар таркибашон намакҳои магний доранд истифода мебаранд.

Роҳи ҳосилкунии оксиди магний дар асоси коркарди ғаладонагиҳои табиӣ дар вақти коркард бо гидроксиди калтсий. Ҳосилшудаи гидроксиди магнийро дар ҳарорати 500°C дар вақти гармкунӣ, оксиди магний ҳосил мешавад.

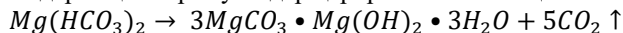


Роҳи ҳосилкунии гидрокарбонати магний. Дар вақти ҳамроҳ кардани дуоксиди карбон бо гидроксиди магний дар натиҷа ҳосилшавии гидрокарбонати магний, ба вучуд меояд.

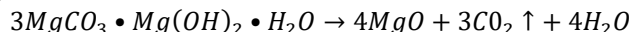


Ҳосилкунии карбонати магний асосӣ.

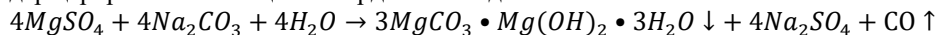
Аз гидрокарбонати магний дар вақти гармкунӣ дар ҳарорати 45°-50°C ҳосилшавии карбонати магний асосӣ;



Ҳосилкунии оксиди магний. Дар вақти коркарди термикии карбонати магний асосӣ дар ҳарорати 900-1000°C оксиди магний ҳосил мешавад;

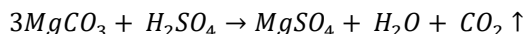


Ҳосилкунии карбонати магний асосӣ. Дар натиҷаи таъсири байниҳамдигарии маҳлули сульфати магний ва карбонати натрий дар ҳарорати 70-80°C ҳосил карда мешавад.



Намаки асосӣ дар вақти кристаллизатсиякунонии мавод аз об ҳосил карда мешавад.

Ҳосилкунии сульфати магний. Сульфати магний дар вақти гармкунии магнезит бо изофаи кислотаи сулфат ҳосил карда мешавад;

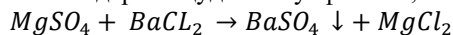


Ҳосияти физикӣ. Аз рӯи ҳосияти физикавӣ оксиди магний ва карбонати магний асосӣ дар об ва спирт ҳалнашаванда, дар кислотаҳои серобкардашуда ҳалшаванда мебошанд. Сульфати магний дар об ба осонӣ ҳалшаванда, умуман ҳалнашаванда дар спирт аст. Барои ошкор намудани иони магний ФД Х (барориш) реаксияи рангаи умумии ҳосилшавии таҳшини сафеди фосфати магний- аммоний дар об ҳалнашаванда, аммо ҳалшаванда дар кислотаи сирко истифода бурда мешавад.



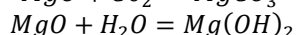
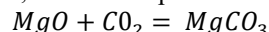
Ба ин омехтаи реаксионӣ бояд маҳлули хлориди аммоний ҳамроҳ кард, чунки дар муҳити ишқорӣ ҳосилшавии таҳшини аморфӣ гидроксиди магний ба амал меояд.

Барои таҳлили сифатии сульфати магний дар мавҷудияти сулфат ион;

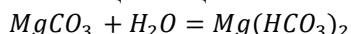


Барои таҳлили миқдории маводҳои доругии магний ФД Х (барориш) тариқаи комплексонометриро дар вақти ҳамроҳкунии маҳлули буфери аммиаки дар иштироки индикатори хроми сиёҳи кислотагии махсус, титрант Трилон Б тавсия медиҳад.

Нигоҳдори маводҳои доругии магний. Маводҳои доругии пайвастагиҳои магний дар зарфҳои нағз маҳкамшаванда нигоҳ дошта мешаванд. Чунки маводҳои доруги магний дар вақти таъсири байни ҳамдигарӣ бо дуоксиди карбон, намнокие дар ҳаво мавҷуд аст, омехтаи карбонат ва гидроксиди магний ҳосил мекунад;



Дар вақти нигоҳ доштани карбонати магний оҳиста-оҳиста ба намаки турш табдил меёбад;



Дар вақти нигоҳдории сульфати магний ($\text{MgSO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$) оби кристаллизатсионии таркибиашро аз даст медиҳад.

Истифодабарии маводҳои доругии пайвастагиҳои магний дар тиб;

Маводҳои доругии пайвастагиҳои магний дар тиб ҳангоми бемориҳои руҳӣ, бемориҳои дил, ларзишҳо, бемории қанд, дарди мушаҳо ва пой, бемориҳои санги гурда, талха, системаи марказии асаб, барои хуб ҳоб кардан, истифода бурда мешаванд. Оксиди магний ва магний карбонати асосӣ бо меъёри 0,5-1-3г барои паст кардани туршии шираи меъда ҳангоми баланд будани туршнокии шираи меъда истифода бурда мешавад. Сульфати магний ҳамчун исҳолавар бо роҳи узвҳои ҳозима дохили бо меъёри 10-30 г истифода бурда мешавад.

Магний сульфатро ҳангоми баланд шудани фишори хун, хусусан вақти хурӯчи гипертонӣ ба дохили варид ворид менамоянд. Гузариши ангиизишро дар гирехҳои вегетативӣ афсурда карда озодшавии атсетилхолинро кам мекунад. Системаи марказии асабро афсурда карда, ҳосияти оромбахшӣ, зидди ларзишӣ, хотираро хуб ва дар меъёри баланд таъсири наркотикӣ низ дорад. Сульфати магниро дар вақти ҳомиладорӣ истифода бурдан мумкин нест. Талаботи шабонарузи барои одамони калонсол 400 мг аст.

Хулоса. Маводҳои доругии пайвастагиҳои магний дастрас ва арзон буда, ба талаботи ФД Х (барориш) ҷавобгӯ мебошанд ва дар организми одам дар равандҳои зиёди мубодилаи моддаҳо иштирок мекунад ва инчунин барои барқарор кардани хотира муҳиманд.

Адабиёт

1. Степура О.Б., Остроумова О.Д. Применение пероральных препаратов магния для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. РМЖ 2010;3(18):109-112).
2. Chaudhary D.P, Sharma R., Bansal D.D. Implications of magnesium deficiency in type 2 diabetes: a review. Biol Trace Elem Res 2010;134(2):1 19-29.

3. Давыдова С., Яровой С. Препараты магния в лечении и профилактике суправентрикулярных тахикардий у больных урологического профиля. Врач 2011 ;(9):44-49).
4. Мартынов А.И., Акатова Е.В. Опыт пятнадцатилетнего применения препаратов магния у больных с пролапсом митрального клапана. Кардиология 2011 ;(6):60-65).

Чуласв А.С., Сулаймонзода Ф.С., Чуласв У.Н.

АСОСНОК НАМУДАНИ ТАҶРИБАИ КЛИНИКИИ ИСТИФОДА БУРДАНИ РУСТАНИҶОИ ШИФОЙ БА-РОИ ТАБОБАТ ВА ПЕШГИРИИ СИРОЯТҶОИ ЭНДОГЕНӢ

Кафедраи фармакология ва микробиологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Кафедраи кимиёи фармасевтӣ ва захриносии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи

Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Мухимият. Дар баррасии маълумотҳо оид ба таъсири рустаниҳои шифобахш ба афзоиш ва ҳосиятҳои биологии микроорганизмҳои патогенӣ, сироятҳои фасодӣ, захми венозӣ-трофӣ, бемории санги пешоб, ки дар шароити гуногун ҷудо карда мешаванд, оварда шудаанд. Таъсири ингибитори яктарафаи экстракҳои рустанӣ, ки дар таҷриба муқаррар карда шудааст ва дар шароити клиникӣ имкон медиҳад, ки доруҳои фитотерапияи самарабахшро интихоб намоем, ки барои табобат ва пешгирии сироятҳои эндогенӣ мувофиқанд.

Дар вақтҳои охир тадқиқотҳои, ки ба ҷустуҷӯи усулҳои самарабахш, алтернативаи ғайридоруӣ муволиҷаи сироятҳо, алаҳусус бо доруҳои рустаниҳои шифобахш нигаронида шудаанд, аҳамияти калон пайдо мекунам. Истифодаи васеи антибиотикҳо боиси кам шудани таваҷҷӯҳ ба истифодаи доруҳои ғиёҳӣ ҳамчун табобати зиддимикробӣ гардид. Бо вучуди ин, як қатор мушқилиҳои ҷиддии терапияи антибиотикҳо, ба монанди рушди аксуламалҳои алергӣ, муқовимати колонизатсияи рӯдаҳо, ташаккули штаммҳои ба антибиотик тобовар организмҳои тухмипошӣ ҳамчун тақон барои табибон барои баргардонидани диққати онҳо ба рустаниҳои шифобахшӣ дорон таъсири зиддибактериявӣ хизмат мекард.

Тамоюли рушди терапияи доруворӣ дар даҳсолаҳои охир бо истифодаи назарраси доруҳои фитотерапия дар тиб тавсиф карда мешавад. Ин бо он шарҳ дода мешавад, ки доруҳои ғиёҳӣ аз ҷониби беморон беҳтар таҳаммул карда мешаванд, одатан аксуламалҳои алергиро ба вучуд намеоранд ва таъсири бад надоранд.

Таъсири бактериостатикӣ зидди бемории сили *Mycobacterium* комплекси пайвастиҳои аз ҷиҳати биологӣ ғайрӣ, ки дар таркибаш бетулин ва дигар пайвастиҳои тритерпенӣ - экстракт аз пӯсти хушкӣ тӯс, ки дар асоси он доруи *Tubelon* офарида шудааст, ба таври таҷрибавӣ муайян карда шудааст. Таркиби ин дору ушнаи исландиро (*Getraria islandica*) дар бар мегирад, ки дорон кислотасое мебошад, ки бар зидди стафилококкҳо, стрептококкҳо ва сили микобактерияҳо таъсири зиддибактериявӣ доранд.

Дар айни замон доруҳои ғиёҳӣ барои табобати бисёр бемориҳои урологӣ - уролития, бемориҳои сироятӣ ва илтиҳобии системаи узвҳои таносул васеъ истифода мешаванд. Доруи омехтаи фларосутсин дар шакли шарбат барои табобат ва метафилактикаи сангҳои пешоб таҳия шудааст, ки дар таркибаш экстракҳои баргҳои булут, гулҳои липа, алафи нахӯтаки досбинӣ ва комплекси суктинати буферӣ мавҷуд аст.

Яке аз доруҳои фитотерапия, ки дар табобати бемориҳои системаи таносул ба таври васеъ истифода мешавад, доруи урелесан мебошад. Дар он 5 ғиёҳи шифобахш — экстракти алафи субинак, ғуҷуммеваи сабзии худруй, равған эфирӣ пудинаи обӣ, равғани эфирӣ арча, экстракти чалғӯзаи розак мавҷуд аст. Дору ҳалазани гурда ва варами бофтаи гурдари бартараф мекунад, гардиши хуни гурдари беҳтар мекунад, гузариши сангҳо осон мекунад ва инчунин таъсири зиддимикробӣ дорад. Терпенҳо ва равғанҳои эфирӣ дар таркиби дору мавҷудбуда таъсири бактериостатикӣ ва бактерицидӣ онро бар зидди *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* таъмин мекунам, ки пешобро бо пайдоиши намаки кислотаи фосфати ишқордор мекунам. Урелесан як иловаи назаррас ба табобати комплекси беморони гирифтори *urolithiasis* мебошад. Дар баъзе мавридҳо он метавонад ҳамчун монотерапия барои баъзе бемориҳо ва барои пешгирии пиелонефрит истифода шавад.

Ба таври таҷрибавӣ исбот шудааст, ки қиёми спиртии барги зуф бар зидди *S. aureus*, *B. subtilis*, *E. coli*, *C. Albicans* таъсири бактериявӣ дорад, экстракти 70% этанолӣ бар зидди *S. flexneri* ва экстракҳои метанолии он бар зидди *Salmonella typhimurium* беҳтар ғайрӣ мебошанд. Таъсири зидди захми экстракти обии барги зуф муайян карда шудааст, ки дар намуди захмҳои дар натиҷаи фишори об дар каламушҳо пайдошуда оварда шудаанд. Экстракти барги зуфро барои табобати захмҳои фасодӣ аз сабаби ғайриҷиҳати зиддимикробӣ ва зидди илтиҳобӣ доштан, истифода мебаранд.

Дар айни замон, барои як қатор сироятҳои фасодӣ, сироятҳои системаи таносул ва дигар сироятҳои эндогенӣ, нақши патогенетикии потенциали доимии микроорганизмҳои патогенӣ дар пайдоиши мушқилот ва муайян кардани хусусияти тӯлонии ҷараёни сироятӣ-илтиҳобӣ нишон дода шудааст. Қатъи омилҳои устувори микроорганизмҳои бактериявӣ сироят кардани организмро душвор мегардонад ва ба зуд бартараф кардани илтиҳоб мусоидат мекунад. Истифодаи ҳосиятҳои доимии микроорганизмҳо ҳамчун биоҳадаф усули ояндадори интиҳоби дорухое мебошад, ки барои мубориза бо сироятҳои бо патогенҳои доимӣ алоқаманд мувофиқ мебошанд. Дар бораи таъсири экстракҳои рустанӣ ба омилҳои устувори микроорганизмҳои патогенӣ, ки дар касалиҳои фасодӣ-илтиҳобӣ ҷудо карда шудаанд, миқдори зиёди маълумотҳои таҷрибавӣ ҷамъ карда шудаанд.

Дар амалии клиникӣ натиҷаҳои ба даст оварда шудаанд, ки истифодаи доруҳои фитотерапияро ҳам дар монотерапия ва ҳам дар якҷоягӣ бо доруҳои антибактериалӣ асоснок мекунам.

Дар таҷрибаҳои *in vitro* ҳангоми омӯзиши таъсири фитомоддаҳои дорон флавоноидҳо ва фенилпропаноидҳо ба ғайриҷиҳати антилизотсимии стафилококкҳо, фраксияи дуоми экстракти оксиди карбондори меҳчагул интиҳоб шуд, ки қобилияти стафилококкҳо барои ғайриғайрӣ кардани лизотсими организмро самаранок коҳиш медиҳад. Дар асоси

ин фраксия мембранаи шифобахш (плёнка) сохта ба вучуд меояд, ки истифодаи он барои муолиҷаи захмҳои фасодӣ-некротики этиологияи стафилококкӣ боиси тезтар тоза ва шифо меёбад.

Дар табобати равандҳои илтиҳобии берунии организм, равғанҳои эфирӣ васеъ истифода мешаванд, ки шиддати аксуламали илтиҳобиро суст мекунад, ба фаготситоз таъсири намоёни ҳавасмандкунанда доранд ва қобиляти азхудкунии ҳуҷайраҳои системаи ретикулоэндотелиалии пӯст ва бофтаи пӯстро ғаёб мекунад, таъсири зиддимикробӣ доранд.

Тадқиқотҳои таҷрибавӣ оид ба таъсири равғанҳои эфирии рустаниҳои шифой (эвкалипт, мандарин, лимон, санавбар, лаванда, арча) ба ғаёбияти антилизотсимӣ ва қобиляти ташаққули биопардаҳо аз ҷониби микроорганизмҳои ҷудошуда аз захми трофикии рағҳои узвҳои поёни гузаронида шуданд.

Таҷрибаҳои нишон доданд, ки равғани эвкалипт бехтарин таъсири ингибиторӣ дорад. Дар клиника бартарии табобати маҳаллии захми трофикии варидҳои узвҳои поён бо истифода аз равғани эвкалипт дар муқоиса бо воситаҳои анъанавӣ, ки кам кардани давомнокии табобат, рағҳои дерматит, аз байн рафтани дард ва ихроҷ аз захм, кам кардани ҳосиятҳои доимии микрофлора дар он ифода ёфтааст, муқаррар кардааст.

Истифодаи равғани эвкалипт ҳангоми ҷудо кардани монокултура, ки дар он микроорганизми асосӣ *Staphylococcus aureus* буд, таъсири хеле зудӣ мусбат расонд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, маълумотҳои пешниҳодшуда нишон медиҳанд, ки рустаниҳои шифой на танҳо таъсири зиддимикробӣ доранд, балки амиқ нишон медиҳанд, ки ҳосиятҳои биологии микроорганизмҳои паттогенӣ, ба онҳо имкон медиҳад, ки дар макроорганизм муддати тӯлонӣ нигоҳ дошта шаванд. Ба ин муносибат яке таъсири ингибитори мақсадноки экстрактҳои рустанӣ дар шароити клиникӣ ба таври таҷрибавӣ тасдиқ карда шудааст, ки имкон медиҳад барои интиҳоби доруҳои самарабахши фитотерапия, ки барои табобат ва пешгирии сироятҳои эндогенӣ мувофиқанд, кӯмак кунад.

Адабиёт.

1. Егорова Е.Г., Кудашкина Н.В., Акмалова Г.М. Фитопрепараты в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки рта. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. 12-7: 1223-1227.
2. Доста Н.И. Фитотерапия в лечении некоторых урологических заболеваний. Рецепт. 2008. 4(60): 67-72.
3. Уткина Т.М., Потехина Л.П., Вальшева И.В и др. Влияние эфирных масел полыни на рост и персистентные свойства стафилококков. Современные проблемы науки и образования. 2012. 6: 1-9 [Электронный ресурс] (<http://elibrary.ru/download/42241799.pdf>)
4. Гандыбин Е.А., Карташова О.Л., Абрамзон О.М. и др. Микробиологические подходы к местному лечению венозных трофических язв нижних конечностей. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2008. 4: 47-50

Джулаев А.С., Сулаймонзода Ф.С., Эшпулатов А.Э.
ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ВЗГЛЯД ФАРМАКОЛОГИИ
Кафедра фармакологии и микробиологии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Аллергический ринит (АР) представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний во всем мире, и обычно сопровождает человека на протяжении всей его жизни. Уровень распространенности АР варьируется от 2% до 25% среди детей и более чем 40% среди взрослых [1]. В последний век заболеваемость АР выросла несколько раз и продолжает увеличиваться и в настоящее время. Этот вид аллергии серьезно влияет на качество жизни пациентов, их обычные ежедневные активности, когнитивные способности, эмоциональное состояние, и также является фактором риска для развития бронхиальной астмы [2]. Следовательно, эффективное лечение АР становится приоритетной задачей в современной фармакотерапии. В данной статье подробно рассматриваются ключевые этапы хронического аллергического воспаления при АР, а также необходимость медикаментозного воздействия как на начальные, так и на поздние стадии аллергического воспаления для полного контроля симптомов АР [3]. Более половины пациентов с АР также сталкиваются с симптомами аллергического конъюнктивита, который может возникнуть как следствие первичного воздействия аллергена на глазную слизистую или как реакция на назоокулярный рефлекс [4,5].

Материал и методы исследования: Определение предпочтений и особенностей пациента, оценка тяжести симптомов, оценка эффективности и безопасности методов лечения, анализ предыдущих методов лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Фармакология играет важную роль в лечении пациентов с аллергическим ринитом, поскольку основной подход к лечению этого состояния заключается в использовании различных фармакологических средств. Аллергический ринит - это воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, вызванное аллергической реакцией на аллергены, такие как пыльца, пылевые клещи, мухоморы, животные и другие аллергены.

Общая цель фармакологии в лечении аллергического ринита - предоставить пациентам безопасные и эффективные методы контроля симптомов и улучшения их качества жизни, уменьшая воздействие аллергической реакции на организм. Все препараты и методы лечения должны выбираться с учетом индивидуальных потребностей и рекомендаций врача.

Выбор лекарственного лечения для индивидуальных случаев аллергического ринита направлен на достижение контроля над симптомами болезни и зависит от нескольких факторов:

- Учитываются предпочтения, возраст и физические особенности каждого пациента.
- Рассматриваются наиболее ярко выраженные симптомы, их серьезность, а также наличие других сопутствующих заболеваний.
- Важным фактором является эффективность и безопасность выбранного метода лечения.
- Учитывается скорость начала действия лекарств.

- Рассматривается применение предыдущих методов лечения и реакция пациента на них.

- Оценивается воздействие лечения на сон и производительность пациента.

- Учитываются стратегии самолечения и доступность ресурсов для лечения.

Выбор подходящего лекарственного решения должен быть индивидуализированным, учитывая все эти аспекты, чтобы обеспечить наилучшие результаты для пациента с аллергическим ринитом.

Таблица 1. Влияние различных групп фармакологических препаратов на симптомы аллергического ринита

Table 1. The influence of various groups of pharmacological drugs on the allergic rhinitis symptoms

Группа фармакологических препаратов	Чихание	Зуд	Выделения из носа	Заложенность носа	Нарушение обоняния	Глазные симптомы	Начало действия	Продолжительность эффекта, ч
Антигистаминные блокаторы H ₁ -рецепторов (перорально)	++	+++	++	+	—	++	1 ч	12—24
Антигистаминные блокаторы H ₁ -рецепторов (интраназально)	++	+++	++	+	—	—	15 мин	6—12
Деконгестанты (интраназально)	—	—	—	++++	—	—	5—15 мин	4—8
Деконгестанты (перорально)	—	—	—	+	—	—	15—30 мин	4—6
Антилейкотриеновые препараты (перорально)	—	—	—	—	—	++	2 ч	24
Кромоны (интраназально)	+	+	+	+/-	—	—	Различное	2—6
Глюкокортикостероиды (интраназально)	+++	+++	+++	++	+	++	12 ч	12—48
Глюкокортикостероиды (перорально)	+++	++	+++	++	+	+++	12 ч	12—48
Интраназальные ГКС + интраназальные антигистаминные блокаторы H ₁ -рецепторов	+++	+++	+++	+++	+	+++	Антигистаминный компонент — 15 мин, глюкокортикостероид — 12 ч	12—48

Аллергический ринит (АР) серьезно влияет на качество жизни пациентов, нарушая их сон и физическую, а также социальную активность. Общая оценка ухудшения производительности на работе из-за аллергического ринита (39,4%) сравнима с показателями у других хронических заболеваний, таких как депрессия (15–43%), хроническая обструктивная болезнь легких (19–42%), синдром раздраженного кишечника и запоры (36%), и артрит (45%).

Клинические признаки аллергического ринита выражаются в следующих основных характерных симптомах:

- Затрудненное дыхание через нос;
- Выделения из носа;
- Чувство зуда в полости носа;
- Периодически возникающие чихания.

Из-за постоянных затруднений в носовом дыхании могут также наблюдаться следующие явления: головная боль, ощущение стекания слизи по задней стенке горла и изменение тембра голоса в форме гнусавости. Симптомы ринита и конъюнктивита часто становятся более неприятными и беспокойными ночью, что влечет за собой нарушение нормального сна.

Выводы. Фармакологические методы играют важнейшую роль в лечении аллергического ринита, так как они представляют основу терапии этого состояния. Аллергический ринит представляет собой воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, вызванное аллергической реакцией на различные аллергены, такие как пыльца, домашние пылевые клещи, аллергены домашних животных и другие. Цель фармакологии в лечении аллергического ринита - предоставить безопасные и эффективные методы управления симптомами и улучшения качества жизни пациентов, минимизируя негативное воздействие аллергических реакций на организм. При этом выбор конкретных препаратов и методов лечения должен быть индивидуализированным и основываться на рекомендациях врача.

Список литературы.

1. Гапонюк П.Я. Новый подход к лечению больных с аллергическим ринитом // Аллергология и иммунология. 2008. Т. 9. № 3. - 58 с.
2. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. М.: Мед. информ. Агентство, 2013. — 156 с.
3. Ильина Н. И., Польнер С. А. Круглогодичный аллергический ринит // Consilium medicum. 2001. Т. 3. № 8. С. 384-393.
4. Каиль-Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Дерматозы отпускного периода в современной дерматологической практике // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2018. № 1. С. 5–8
5. Карпова, Е. П. Лечение аллергического ринита: рук. / Е. П. Карпова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 112 с.: ил. — Библиогр.: с. 110-111

Актуальность. Подорожник (лат. *Plantago*) род однолетних и многолетних трав, реже полукустарников семейства Подорожниковые (*Plantaginaceae*). Насчитывает более 150 видов, распространённых по всему земному шару; многие из них считаются сорняками. Многие знают с детства о пользе подорожника или, как его еще называют, попутника. Его листья прикладывали к ранам и ссадинам. Заживляющий эффект — малая часть лечебного действия такого распространенного растения. Целебными свойствами обладает далеко не каждый вид семейства Подорожниковых. В фармакопейной статье «ФС.2.5.0032.15 Подорожника большого листа» (ГФ XIV) описана многолетняя трава с широкими светло-зелеными (или более темными вплоть до коричнево-зеленых) листьями, которые закруглены у основания и заострены на концах. Такое описание характерно для лекарственного растения под названием Подорожник большой (*Plantago major*). Сырьем, которое используется в медицине, являются цельные или измельченные листья, собранные в период цветения.

Цель исследования. Употребление во внутрь семян подорожника останавливает кровотечение из внутренних органов. Если чечевицу отварить вместе с листьями подорожника и съесть вылечит одышку — сгущенный (на Солнце) сок подорожника, при приеме во внутрь лечит туберкулез, похудание, кровавую рвоту, язвы легких, повышение давления крови, одышку от преобладания крови, эпилепсию.

Материал и методы исследования. Химический состав растения: Различные виды подорожника похожи по химическому составу. Листья подорожника содержат иридоиды (аукубин, каталпол, аукубозид), горькие и дубильные вещества, стероидные сапонины, каротин, витамин алкалоиды, полисахариды, слизь, флавоноиды, углеводы (полисахариды — 20%, пектовую кислоту, слизи, маннит, сорбит), алицикли-ческие соединения (лолиолид), азотосодержащие соединения (аллантаин), витамин К, фенолы и их производные (тирозол), фенолкарбоновые кислоты и их производные (сиреневую, ванилиновую, феруловую, салициловую, бензойную, коричную, гентизиновую, хлорогеновую, неохлорогеновую) кислоты, флавоноиды (байкалеин, скутелляреин, лютеолин, байкалин, апигенин).

Результаты исследования и их обсуждение. Эфирное масло ланцетовидного подорожника состоят из жирных кислот 28,0-52,1% (наиболее избыточная пальмитиновая кислота 15,3-32,0%), оксигени монотерпенов 4,3-13,2% (линалоол 2,7-3,5%), альдегиды и кетоны 6,9-10,0% (пентил винил кетон 2,0-3,4%) и алкоголи 3,8-9,2% (1-октен-3-ол 2,4-8,2%) — [31]. Семена содержат органические кислоты (янтарную — 1,3%), слизи (19,5%), иридоиды (аукубин — 0,37%), стеринны (В-ситостерин, стигмастерин, кампестерин), сапонины, алкалоиды, дубильные вещества, флавоноиды (изокверцитрин), жирное масло (9,4%) — [1]. Семена азиатского подорожника содержат актеозид, изоактеозид, декаффеоилakteозид, тетрадеканойческую кислота, (2-этитексил) бензен-1,2-дикарбоксилат — [80]. Растение содержит в большом количестве соли К, Fe, Mo, Sr. Растение концентрирует Fe, Mo, Sr, Zn, Mo, Ba — [2]. Механизм действия препаратов *P. major* до конца не установлен и до настоящего времени продолжают исследования по уточнению компонентного состава. Это придает уверенности специалистам в области создания медицинских препаратов, а также их стандартизации и контроля качества лекарственных средств, что скоро появится возможность выпускать препараты высокого качества, не утратившие в процессе технологической обработки своего природного потенциала. список литературы. Древняя медицина определяла натуру растения как холодную во II степени и сухую. Любая часть растения останавливает кровотечение из носа, кровавую рвоту, лечит эпилепсию. Сок подорожника в теплом виде, введенный в ухо помогает при ушных болях. Отвар растения и сок корней, при полоскании лечит воспаления слизистой рта, зубную боль, вылечивает все тяжелые заболевания слизистой рта — [3].

Выводы. В заключение следует указать, что при всей степени изученности химического состава *P. major*, до сих пор остались еще не исследованными вопросы, касающиеся компонентного состава ряда БАВ (белки, гемицеллюлозы, фотосинтетические пигменты, алкалоиды, дубильные вещества) и динамики накопления действующих веществ в процессе развития растения.

Список литературы

1. Абу Али ибн Сино Канон врачебной науки III том Ташкент, 1996.
2. Амасиасы Амировлат Ненужное для неучей М., Наука 1990.
3. Бадалян З.В., Макарова Л.М., Погорелый В.Е., Темирбулатова А.М., Степанова Э.Ф. Сравнительное фармакологическое изучение ферментированного сока подорожника - Научные Ведомости Белгородского Государственного Университета. Серия: Медицина. Фармация 2012, 10-3, 121-123.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ТРАВЫ МАКЛЮРА (*MACLURAROMIFERA*) И ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В народной медицине маклюра широко известна как средство для лечения онкологических заболеваний, мастопатии, остеохондроза, полиартрита, грыж, подагры, радикулита, шпор, экзем и дерматитов. Биологический состав маклюры делает его уникальным природным иммуномодулятором с широким спектром действия. Лекарственным сырьем у маклюры служит зрелое соплодие. Прием настойки растения внутрь способствует восстановлению эластичности кровеносных сосудов, нормализует обмен веществ и содействует снижению веса. Большое количество флавоноидов в экстракте маклюры помогает в короткие сроки восстановить защитные силы организма. Компресс или массаж с мазью или маслом на основе экстракта маклюры в области позвоночника и суставов приводит к уменьшению солевых отложений и болевых ощущений и повышению гибкости суставов. Вещества, извлеченные из

маклюры, укрепляют стенки сосудов и стимулируют сердечную деятельность. Фармацевтические компании не используют растение для изготовления лекарственных средств из-за его малой изученности и токсичности. Однако медицинские лаборатории во всем мире применяют извлеченные из сока маклюры компоненты для исследования химической природы иммунитета. Лектин маклюры (MPL) используется для изучения множества биологических процессов и структур, таких, как образование антигенов, протеогликанов, гликоконъюгатов. Маклюра - дерево, плоды которого являются источником биологически активных веществ. В народной медицине используется при лечении широкого спектра заболеваний, в особенности сердечно-сосудистой системы, доброкачественных и злокачественных опухолей, суставов. Является сильным иммуномодулятором. Маклюра также является ценным хозяйственным растением благодаря прочной декоративной древесине и способности образовывать живые изгороди. Син.: адамово яблоко, китайский апельсин, апельсин-оседж. Главной ценностью маклюры являются флавоноиды, известные своим антиоксидантным действием. По своему действию они аналогичны витаминам группы Р - сильным антиоксидантам, замедляющим старение клеток, предотвращающим ломкость сосудов и именно они обеспечивают противоканцерогенный и антисклеротический эффекты экстракта маклюры. Основным флавоноидом растения - полифенол кемпферол, он отлично укрепляет сосуды. Его экстракция возможна только при взаимодействии с этанолом или простыми эфирами, поэтому наиболее эффективным препаратом маклюры является спиртовая настойка. Исследования показали, что кемпферол снижает риск раковых заболеваний, оказывает противомикробное, нейрозащитное, кардиопротекторное, антидиабетическое и противоаллергическое воздействие на организм. Кроме него в маклуре в больших количествах содержится осайин - изофлавоноид, значительно превосходящий по эффективности рутин и кверцетин. Высокая эффективность отдельных компонентов растения потенциально является фармацевтическим сырьем для изготовления эффективных сердечно-сосудистых средств.

Материал и методы исследования. Материал и методы явились литературные данные зарубежных и отечественных источников. Маклюра относится к семейству Тутовые (лат. Moraceae), куда также входит шелковица и инжир. Род состоит из 12 видов, но только Маклюра адамоносная (лат. *Maclura pomifera*), или Маклюра оранжевая, культивируется и используется в медицине. Двудомное дерево, достигающее 20 метров в высоту. Крона листовая, сильно ветвистая, раскидистая. Ствол прямой, до 1 м в ширину, покрытый бурой трещиноватой корой. Древесина оранжево-золотистая, ветви коленчато-изогнутые, побеги сильно колючие. Колючки находятся в пазухах яйцевидных темно-зеленых листьев, расположенных спирально. Осенью листва маклюры приобретает золотисто-желтую окраску и опадает. Существует безколючковая разновидность растения (*inermis*) до 12 м в высоту.

Результаты исследования и их обсуждение. В медицинских целях используются только плоды маклюры, которые заготавливаются в середине осени, в период опадания по достижении спелости. Соплодия измельчают и заливают этиловым спиртом 95% в соотношении 1:1. В результате настаивания в течение 10 недель и более, получается экстракт адамова яблока. Млечный сок в чистом виде используется только свежим, сразу после извлечения. Плоды маклюры выделяют млечный сок, в котором содержатся циклические тритерпеновые спирты в эфирных соединениях жирных кислот. Их концентрация достигает до 4% от веса спелого плода. Кроме них в маклуре присутствуют сахаристые и пектиновые вещества (около 10%), из-за которых адамово яблоко сильно вяжет во рту. Изофлавоноид осайин и полифенол кемпферол, которым растение и обязано своими целебными свойствами, составляют около 6% от веса соплодия. В соке листьев - 13% лимонной кислоты, а в семенах - 30% жирных кислот. Во многом химический состав растения схож с шелковицей, которая относится к тому же семейству.

Выводы. Было выявлено, выше указанное виды маклюры стали хорошим источником современной медицины для лечения воспаления, рака и различных бактериальных инфекций, и дает новую информацию для дальнейших исследований. Маклюра, как лекарственное растение, давно и широко применяется в народной медицине многих стран. В научной литературе имеются сведения об использовании растения в терапии рака молочной железы, болезни Альцгеймера, геморроя, простатита и бесплодия. Фитотерапевты готовят на его основе кремы, мази и спиртовые настойки. Имеются сведения об эффективности масляного экстракта семян адамова яблока против пигментных пятен, юношеских угрей и прочих дерматологических проблем. Мазь используется для устранения воспалительных процессов в суставах, при лечении артрита, бурсита, миозита, шпор, варикоза и подагры.

Список литературы

1. Абу Али ибн Сино Канон врачебной науки III том Ташкент, 1996.
2. Амасицы Амирдовлат Ненужное для неучей М., Наука 1990.
3. Бадалян З.В., Макарова Л.М., Погорелый В.Е., Темиркулатова А.М., Степанова Э.Ф. Сравнительное фармакологическое изучение ферментированного сока подорожника - Научные Ведомости Белгородского Государственного Университета. Серия: Медицина. Фармация 2012, 10-3, 121-123.

Джурасев У.Н., Навруззода Г.Ф.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШАВЕЛЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Около 200 видов рода Щавель (*Rumex L.*) распространены по всему миру (Россия, страны Европы, Азии, Африки и Америки). Некоторые растения, которые традиционно выращиваются как пищевые, имеют лечебные свойства. Лечебную и пищевую ценность щавеля отмечали еще Диоскарис, Теофраст, Гиппократ и Абуали ибни Сино. Диоскарис писал: «Если сварить щавель, он приятен на вкус». По его мнению, щавель хорошее слабительное средство. Абуали ибни Сино отмечает, что щавель полезен от камней в почках и мочевом пузыре, при язвах и катарах в кишках, а также эффективен при лечении лишая, чесотки и опухолей.

Цель исследования. В связи с этим, на наш взгляд было необходимым провести углубленное изучение этих

растений с целью установления перспектив использования его в современной медицине как источника биологически активных веществ для создания новых лекарственных средств.

Материал и методы исследования. Материалом и методами явились литературные данные зарубежных и отечественных источников. Объектом исследования были 3 вида щавеля – это щавель конский (лат. *Rumex confertus*), щавель кислый (лат. *Rumex acetosa*) и щавель курчавый (лат. *Rumex crispus*).

Результаты исследования и их обсуждение. В обзоре рассматриваются химические свойства, фармакологические исследования и современные знания об основных активных компонентах экстрактов, выделенных из растений рода Щавель, второго по величине рода в семействе Гречишных. Многочисленные фитохимические исследования этих растений подтвердили, что щавель богат антрахинонами, нафталинами, флавоноидами, тритерпенами, каротиноидами и фенольными кислотами. Кроме того экспериментально доказано, что экстракты и соединения, выделенные из этих растений, обладают целым рядом терапевтических свойств, включая противовоспалительную, антиоксидантную, противоопухолевую, антибактериальную, противовирусную и противогрибковую активность.

Выводы. Было выявлено, выше указанное виды Щавеля стали хорошим источником современной медицины для лечения воспаления, рака и различных бактериальных инфекций, и дает новую информацию для дальнейших исследований.

Список литературы

1. Мақсуд Хочиматов. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана.-Душанбе. Гл. научн. ред. Тадж. Сов. Энциклопедии, 1989.-С.324-326.
2. М. Н. Назаров., Н. М. Назаров. Атласи рустаниҳои шифобахши Љумњурии Тоҷикистон.-Душанбе-2018.-С.44-48.
3. Д.А. Муравьева. Фармакогнозия: Учебник.-3-е изд., перераб. И доп.-М.: Медицина, 1991.-С. 448.
4. Флора Таджикской СССР.- Том X., 1991. – С.480-481.
5. Атлас лекарственных растений России / под ред. В. А. Быкова. - М.:, 2006. – 345 с.

Зубайдова Т. М., Урунова М.В., Хабилова С.З.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ И ЕГО ЭФИРНЫЕ МАСЛА, КАК ЛЕКАРСТВО В ФАРМИНДУСТРИИ ТАДЖИКИСТАНА

Отдел патофизиологии и экспериментальной фармакологии ГУ «Институт Гастроэнтерологии Таджикистана» МЗ и СЗН РТ

Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Отдел фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фармацевтического центра МЗ и СЗН РТ

Актуальность. Несмотря на высокий уровень промышленного производства синтетических средств, в последние годы, заметно возрастает спрос на продукцию природного происхождения. В связи с этим повышается и потребность в растительном сырье эфиромасличных, лекарственных и пряно-ароматических растений.

Цель исследования. Провести исследование (характеристики) эфирного масла травы душицы мелкоцветковой, как лекарства и эфиромасличное растения.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования мы изучали нескольких литературных данных разных авторов; *Флора СССР. Т.21 М.Л., Наука, Т.21, 1954. – с.230-236.; Овчинников, П.Н. Флора Таджикской ССР/ П.Н. Овчинников.- Т.8. Ленинград: Наука, 1986. – с.278-279.; Флора и растительность ущелья реки Варзоб. Л.; Наука, 1971.- с.47-90; Флора Казахстана. Алма-Ата, 1964, т. 7; 1965, т. 8.; Черепанов, С. К. Сосудистые растения России и сопредельных государств (в пределах бывшего СССР) / С. К. Черепанов. - СПб.: Мир и семья, 1995. - 992с.; Ходжиматов, М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана/ М.Ходжиматов.-Душанбе, Главн.науч.ред. Тадж.советск.энциклопедия, 1989. – 375с.356.; Работягов, В. Д. Аннотированный каталог видов и сортов эфиромасличных, пряно-ароматических и пищевых растений коллекции Никитского ботанического сада /В. Д. Работягов, Л. А. Хлыпенко, Н. Н. Бакова, В. И. Машанов. - Ялта: Никитский ботанический сад, 2007. - 48 с.; Пулатова, Т.П. Изучение терпеновых соединений некоторых растений сем Губоцветных, произрастающих в Узбекистане/ Т.П. Пулатова. Матер.юбилейн. респ. науч. конф. фармацевтов, посвященной 50-летию образования СССР. Ташкент, 1972.-с.34-37.; Пулатова Т.П. К изучению 2 видов душицы/ Т.П. Пулатова //Вопросы фармакологии и фармации. Ташкент, 1974. Вып.2, с.11-13.; Сагатов, С.С. Душица мелкоцветковая (*OriganumtuttanthumGontsch.*) - перспективное эфиромасличное растение /С.С.Сагатов, К.Х. Ходжиматов, Н. Ромазанова //Опыт культуры новых сырьевых растений. Ташкент, 1973. вып.1. – с.182-195.; Определитель растений Средней Азии. Критический конспект флоры. - Т. 9. - [Labiatae, Scrophulariaceaeetc.] -Ташкент, 1987. - С. 163-164.; *OriganumtyttanthumGontsch*//Плантариум: открытый онлайн атлас-определитель растений и лишайников России и сопредельных стран. 2007—2019. <http://www.plantarium.ru/page/view/item/25796.html>; Нуралиев, Ю.Н. Средство «Ориганоловая мазь» для лечения ран и ожогов /Ю.Н. Нуралиев, Т.М.Зубайдова. Малый патент № Т.1 № 11 от 18.11.2002 г.; Нуралиев, Ю.Н. Заменитель сырья *OriganumVulgare L.* в Таджикистане/Ю.Н. Нуралиев, Н.М.Сафаров, М.К.Курбонов, Х.Ш. Джурсаев, С.М. Давляткадамов //Раст.ресурсы// - №3. – 1986. – с.337-341; Нуралиев, Ю.Н. Лекарственные растения. Целебные свойства фруктов и овощей (Из опыта народной, древневосточной и современной медицине /Ю.Н. Нуралиев. Издание 2-е исправленное.- Душанбе «Маориф», 1989. -с.57-60; Либусь, О. К. Эфиромасличные и пряно-ароматические растения /О. К. Либусь, В. Д. Работягов, С. П. Кутько, Л. А. Хлыпенко. - Херсон: Айлант, 2004.-270 с.; Кочкарёва, Т.Ф. Душица - *Origanum G.* В кн: Флора Таджикской ССР/Т.Ф. Кочкарёва.Т.УШ. Ленинград: Наука, 1986. – с.278-280.; Казаринова, Н.В. Перспективность использования эфирных масел видов рода *Origanum G.* в медицине/ Н.В. Казаринова, Л.М. Музыченко. Тр. 1-й Всероссийск.конф. по ботаническим ресурсам, 25-30 ноября 1996, Санкт-Петербург. – 1996. – с.219-220.; Курбанов, М.К. Химическая характеристика травы душицы мелкоцветковой, произрастающей в Таджикистане/*

М.К.Курбанов. //Докл.АНТадж.ССР. Химический отдел. – 1985,т.ХХУІІІ, №2, - с.105-106.; Зубайдова, Т.М. Фармакология ориганола/Т.М. Зубайдова. Диссерт. на соиск. Учён.степени канд. мед. наук. Душанбе, Санкт-Петербург, 1993, 155 с.;Ельчибекова, Л.А. Эфирное масло/ Л.А. Ельчибекова, Г.Никонов//Химия природ.соед. 1986, № 2, с.247-248. Ельчибекова, Л.А. Душица мелкоцветковая заменитель душицы обыкновенной/Л.А. Ельчибекова, Г.Никонов //Тез.ІІІ съезда фармацевтов Каз.ССР, - Кустанай, 1987. – с.382-383.; Ковальов, В. М. Фармакогнозис з основами бюхтирослин /В.М. Ковальов, О. І. Павлш, Т. І. Какова -Харюв : Прапор, вид-во НФАУ, 2000. - 704 с.

Основным представителем рода *Origanum* L. –*Origanum vulgare* L. (душица обыкновенная) принадлежит к таким растениям. По новым литературным источникам на территории бывшего СССР встречается только 3 вида травы душицы: Душица обыкновенная- *Origanum vulgare* L., душица мелкоцветковая–*Origanum tyttanthum* Gontsch и душица копетдагская - *Origanum kopetdaghensis* Boriss – [Определитель растений Средней Азии, 1987; С.К.Черепанов 1995]. По С. Мосякину и Н. Федорончуку (1999) на территории Украины произрастает только один вид душицы – *Origanum vulgare* L., – душица обыкновенная [В.М. Ковальов, и соавт.2000].

В публикациях, посвященных изучению химического состава травы душицы мелкоцветковой, установлено тритерпеноидов 0,7% (Т.П.Пулатова, 1972,1974), флавоноиды 3,2%, антоцианы (0,76%) (М.Д.Деникеева и др.1974), (Т.П.Пулатова, 1974), стероиды: β -ситостерин (Т.П.Пулатова,1972), алкалоиды 0,15% (П.К.Алимбаева в соав., 1965,1971), кумарины 1,35% (Т.П.Пулатова,1974), флавоноиды: лютеолин, 7-гликозидлютеолина. (Л.А.Ельчибекова,1987), антоцианы 0,76% 5 цианин, хризантемин (Т.П.Пулатова,1972), наличие олеаноловая, урсоловая и бунгеоловая кислоты (Л.А.Ельчибекова, 1986; Т.П.Пулатова, 1972; Л.А.Ельчибекова, Г.Х.Никонова,1987), фенолкарбоновые кислоты 3,5%, розмариновая кислота, кумарины 1,0-3,5%. Семена содержат 20,0-30,0% жирного масла, состоящего из олеиновой, линолевой, линоленовой кислот (С.Д.Гусакова и др.1976; Т.В.Панейкина,1979). Установлено, что в составе травы душицы мелкоцветковой содержится 1,5-2,5% эфирного масла, 2,17-2,64 дубильных веществ, гликозиды, полифенолы, следы алкалоидов, флавоноидов, кумаринов и сапонинов. В фазе плодоношения растение содержит: протеина 6,88, белков-5,63, жиров-3,91, клетчатки-29,65, каротина-3,74 мг% (Флора Тадж.ССР, т. УІІІ-1986).

Данная оценка является не случайной. В состав травы душицы мелкоцветковой, кроме эфирного масла содержатся десятки других биологически активных веществ, способные обеспечить выше указанное и ряд других ценных лечебных эффектов.

К таким биологически активным веществам широкого профиля действия относятся флавоноиды 3,2%, лютеин 7-гликозид, лютеина, апигенин, 7-гиокуронид лютеалина, 7-гликозид апигенина, алкалоида 0,1%-0,5%, кумарины 1,0-3,5%, β -ситостерина 4,5%, каратиониды 3,4%, органические кислоты 5,0%, витамин С (аскорбиновые кислоты) и ряд других.

В составе душицы содержатся достаточно большое количество ошелачивающих макроэлементов (калий, натрий, магний, фосфор), а к микроэлементам относятся такие микроэлементы как селен, молибден, железа.

Известно, что селен, обладает антиоксидатным (токоферолоподобным) действием и является мощным иммуностимулирующим микроэлементом. Благодаря наличию селена проявление эндоочищающего действия душицы может стать эффективным средством в профилактике и терапии ряда онкологических и кистоматозных патологии.

β -ситостерин, также считается активным антиоксидатным, гепатопротекторным, панкреопротекторным, простатопротекторным. Этим можно объяснить широкого применения различных видов душицы в древневосточной и этномедицины разных народов [Зубайдова Т.М.1994].

Флавоноиды, полифенолы, а также алкалоиды в сочетании с β -ситостерином и аскорбиновой кислотой на наш взгляд способны обеспечивать гепатопротекторное, панкреопротекторное действие различных видов душицы. Л.А. Ельчибекова и Г.К. Никонов [1986] рекомендуют душицу мелкоцветковую применять наравне с душицей обыкновенной в медицинской практике, так как она даже превосходит по содержанию фенолов и выходу масла официальную душицу (Растительные ресурсы СССР,1991; М.К.Курбанов,1985; Ю.Н.Нуралиев и соав.,1988).

Другие авторы также указывают, что применение *O. Tyttanthum* Gontsch. в научной и народной медицине сходно с применением *O. vulgare* L.

[Л.А. Ельчибекова и Г.К. Никонов,1986; М.К.Курбанов,1985; Ю.Н.Нуралиев и соав.,1988; Т.М.Зубайдова,1993]. Но в отличие от душицы обыкновенной, душица мелкоцветковая в фармакопею не внесена.

Выход эфирного масла у *O. Tyttanthum* Gontsch. наибольший в период цветения. В эфирном масле содержится до 75,0% терпинеола, а по С.Н. Кудряшеву [Л.А. Ельчибекова и Г.К. Никонов,1986] масло содержит от 35,0 до 66,0% фенолов: тимол и карвакрола, что также указывает на наличие в природном фонде различных хеморас *O. Tyttanthum* Gontsch. Согласно по данным Л.А. Ельчибековой и Г.К. Никонова [1986] в Казахстане обнаружена высокомасличная форма, выход эфирного масла составил 1,15%.

Эфирное масло душицы мелкоцветковой имеет слабо-желтый цвет с острым жгучим запахом. Показатели масла: плотность 0,9147-0,9682, коэффициент преломления 1,4930-1,5148. В составе эфирного масла обнаружены тимол 75,8%, лимонен 7,3%, ментол 22,1% и следы карвакрола (М.К.Курбанов,1985).

Ташменов Р.С., 2005г. описывает, что в душице мелкоцветной, произрастающей в Республике Казахстан определение эфирного масла проводили по методу (ГФ ХІ изд.). В результате проведенных фитохимических исследований определено содержание эфирных масел (1,17%), фенолов (32%), аскорбиновой кислоты (1,02%) и дубильных веществ (0,06%). Полученные данные в дальнейшем помогут стандартизировать данное лекарственное растение.

Кроме того методом газожидкостной хроматографии (ГЖХ) в составе эфирного масла душицы мелкоцветковой обнаружены и В—пинены, капфен, мирцен, карнофиллен, п-цимол, теринеол, барнеол и др. [Шаропов Ф.С. и соавт. 2009].

Эфирное масло душицы мелкоцветковой и обыкновенной обладают saniрующими свойствами воздуха в помещении, больничных учреждениях [Н.В.Казаринова и др.1996;1997].*Разработана мазь из эфирного масла душицы мелкоцветковой на основе бентонита*[Холназаров, Б.М.] В ряде стран (Франция, Германия, Дания, Норвегия, Польша, Австрия, Индия, США,Израиля) душица введена в культуру как лекарственное растение, а в СНГ она выращивается и как эфиромасличное растение [С.А. Курганская,1995].

Литература

- 1.Зубайдова, Т.М. Фармакология органола//Т.М. Зубайдова. Диссерт. на соиск. Учён.степени канд. мед. наук. Душанбе, Санкт-Петербург, 1993, 155 с.
- 2.Курбонов, М.К. Химико-фармакологическая характеристика травы душицы мелкоцветковой произрастающей в Таджикистан /М.К.Курбонов, Т.М.Зубайдова. Конф. «Научный, образовательный и инновационный потенциал развития производства, переработки и применения эфиромасличных и лекарственных растений» ФГБУН «Научно-исследовательский институт сельского хозяйства Крыма».-2019.-С.252-258.;
- 3.Таишенов Р.С. Фитохимическое исследование *Origanumtutthanthum Gontsch*, произрастающей в Республике Казахстан/ Р.С. Таишенов. Материалы научно-практической конференции 18-19 октября, “Актуальные проблемы образования, науки и производства в фармации” Тошкент – 2005, стр.63-64. Южно - Казахстанская Государственная Медицинская Академия, Шымкент.
- 4.Холназаров, Б.М. Разработка и биофармацевтическое исследование мази из эфирного масла душицы мелкоцветковой на основе бентонита/ Б.М. Холназаров. //Материал. 1-го Междунар.конгресса 22-27 августа 2004 «Фитотерапия и народная медицина эпохи Авиценны». – г.Душанбе. – 2004. – с.149-154.
- 5.Шаропов, Ф.С. Химический состав эфирного масла душицы мелкоцветковой произрастающего в Таджикистане /Ф.С.Шаропов, Ф.Нозиров, М.А.Куканиев, А.Ранисезевский, И.С.Гулмуродов. //Материалы второй Респуб.конф. «Здоровое питание-здоровое нация» с международным участием. Научно – практический журнал «Здравоохранения Таджикистана» №3, Душанбе, 2009. С.225-227.

Ишанкулова Б.А.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ ФАРМАЦЕВТОВ

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Исторически новые лекарственные средства чаще всего создавались практическими врачами. На долю фармацевтов приходилась лишь техническая работа. Сюда входила технология создания удобной для применения лекарственной формы – порошок, таблетка, настой, экстракт и др., а также изучение методов и сроков хранения лекарственных препаратов[3,5].

Однако, сегодня создание новых лекарственных препаратов стало более сложным и многоступенчатым процессом, в котором участвует ряд специалистов – химики, биологи, врачи, фармацевты, экономисты и др. Внедрение нового лекарственного средства невозможно без проведения клинических исследований. Здесь на долю фармацевтов приходится изучение одной из важных свойств лекарственного препарата - их фармакокинетику, для правильного дозирования и профилактики побочных эффектов[2,3].

Далее процесс требует еще больших расходов со стороны фармацевтических компаний, фармацевтических заводов и сопряжен со значительным коммерческим риском.Фармацевты на этом этапе занимаются вопросами фармакоэкономики лекарственных препаратов, т.е. оценивают результаты затрат и стоимость фармацевтической продукции для принятия решения о последующем их применении и определении политики ценообразования (таблица 1).В связи с этим, сейчас фармацевты тоже выступают в качестве полноправного участника клинической апробации лекарственных препаратов[4].

Таким образом, внедрение в практическую медицину новых препаратов требует от фармацевтов владения методами клинической фармакологии.

Клиническая фармакология – наука, изучающая особенности взаимодействия лекарственных средств с организмом человека (больного и здорового). Она является основой рациональной фармакотерапии.

Наконец, участвуя в разработке и исследованиях новых препаратов, фармацевты влияют на перспективы развития фармакотерапии.

Таблица 1. Направления клинической фармакологии

Наука	Практика	Дисциплина
1. Проведение: клинических испытаний новых ЛП и переоценка уже существующих 2.фармакокинетических и фармакоэкономических исследований. 3.Разработка СОЛС.	1. Выбор ЛП для лечения конкретного больного, путей введения. 2. Наблюдение для устранения побочных явлений ЛП.	Изучение: 1. Клинической фармакодинамики; 2. Клинической фармакокинетики; 3. Фармакогенетики; 4. Фармакоэкономики.

С другой стороны, в аптеках с каждым годом увеличивается число безрецептурных продаж и выдач лекарственных препаратов. Примерно 30 -40% больных применяют различные лекарственные препараты в 2/3 случаев без назначения врача. Свободный доступ даже к обычным, можно сказать простым безобидным препаратам может обернуться развитием толерантности (привыкания), лекарственной зависимости к ним и другим нежелательным явлениям[1,6]. Поэтому, правильным решением становится грамотное фармацевтическая консультация пациентов, которые обращаются в аптеку. И это, в свою очередь, требует от фармацевта элементарного знания клинических симптомов распространенных заболеваний и соответственного выбора лекарственных препаратов[1,2].Кроме того, необходимо знать о

правильном сочетании нескольких лекарственных препаратов, понятий о синергизме, антагонизме, лекарственной зависимости, толерантности и побочных эффектах лекарственных препаратов.

На лекциях и практических занятиях студентов фармацевтического факультета предварительно подробно разбирают этиологию, патогенез и клинические симптомы многих заболеваний с высокой распространенностью, социальной значимостью, что позволяет в перспективе устранить некоторые сложности для фармацевтического консультирования посетителей аптек. И только после этого переходят к соответствующему выбору лекарственных препаратов и принципам фармакотерапии[2].

Для решения задач фармакотерапии сотрудничество врача с фармацевтом является безусловно необходимым:

1. Во - первых, для уточнения фармакокинетики лекарственных средств, что позволяет правильно дозировать лекарственный препарат и предупредить побочный эффект и осложнения. Следует отметить, этими знаниями владеют именно фармацевты, так как в учебных программах фармацевтического факультета предусмотрено изучение ряда химических дисциплин и овладение современными методиками аналитической химии.
2. Фармацевты предоставляют врачам информацию о новых лекарственных средствах, участвуя в семинарах, презентациях рекламных фармацевтических фирм.
3. Кроме того, государство возлагает на работников фармации обязанность препятствовать распространению фальсифицированных и малоэффективных лекарственных средств.

Несомненно, освоение клинической фармакологии и фармакотерапии поможет студентам фармацевтического факультета в дальнейшей практической работе.

Список литературы

1. Изможерова, Н.В. Клиническая фармакология / Учебное пособие, Екатеринбург, УГМУ -2018, -С 108.
2. Ишанкулова, Б.А. Курс лекций по фармакотерапии (для студентов фармацевт.факультета) Душанбе, типография ТГМУ им. Абуалии бини Сино, -2017, -С 138.
3. Кукес, В.Г. Клиническая фармакология и фармакотерапия /В.Г.Кукес, А.К.Старобудцев, Е.В. Ших //4-е изд., Москва, Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», -2021, -С. 880.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Пособие для врачей. 16-е изд., Москва, «Новая Волна», -2021, -С. 1216.
5. Михайлов И.Б. Клиническая фармакология. Учебник для медвузов, Издательство «СпецЛит», Санкт-Петербург, -2019, -С 637.
6. Харкевич Д.А. Фармакология. Учебник для медвузов. Москва, Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», -2022, -С 750.

Ишанкулова Б.А., Насруллоева М.Х., Музафарова М.Х. ОМУЗИШИ ТАЪСИРИ ОЗУРДАКУНИИ НОХИЯВИИ ҚИЁМИ БАРГИ ТУТ Кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Дарахти бисёрсола аз оилаи тутҳо - Могасеа буда, дар Осиёи Миёна, аз он чумла дар Тоҷикистон аз замони қадим парвариш карда мешавад. Дар ҷумурии мо аз ҳама бештар тутҳои сафед, сиёҳ ва сурх (шоҳтут) паҳн шудааст. Дар барги тут моддаҳои фаъоли биологии зерин мавҷуданд: флавоноидҳо, кислотаҳои органикӣ, ангиштобҳо, витамини С, моддаҳои даббӯӣ, кумаринҳо ва ғ. Аз ҷамъи флавоноидҳо рутин, гиперозид ва кверцетин ва аз кумаринҳо - остхол ҷудо карда шудааст.

Дар тибби қадим аз рӯи тавсифи Абӯалӣ ибни Сино табиати тути ширин- гарм ва нам, тути турш- хунук ва нам аст. Аз рӯи навиштаҳои Муҳаммад Ҳусайни Шерозӣ «тут хуни хубро меофарад, басташавиро мекушояд, норасоӣ ва вайроншавии вазифаи чигару испурҷро ба танзим меорад, вазни баданро меафзояд, пешобро меҳалаланд ва баданро нарма мекунад». Меваҳои навоҳи гуногуни тут ҳамчун маводи танзимкунандаи фаъолияти узвҳои ҳозима ва ҳунофарӣ истифода мешаванд. Дар тибби халқии Тоҷикистон меваҳои шоҳтутро дар намуди тару тоза ва коркардшуда ва барги онро дар намуди қиём ва экстракҳои обӣ барои муолиҷаи диабетӣ қанд, бемории фишорбаландӣ ва ҳамчун антисептик истифода мебаранд.

Ҳамираи барги тути тару тозаро барои муолиҷаи бемориҳои пӯст, маҳмалак, дерматит, хоришак, саглес истифода мебаранд. Чой аз барги тути сафед ҳангоми гиповитаминоз, камхунӣ, мондашавӣ, диабетӣ қанд таъйин карда мешавад. Аз ҳокаи баргҳои хушкӣ тут марҳам тайёр карда, ҳангоми бемории сили пӯст, экзема, псориаз, дерматити алергӣ истифода мебаранд.

Мақсади тадқиқот:

Омузиши таъсири озурдакунии ноҳиявии қиёми барги тут (1:10) дар харгӯшҳо.

Мавод ва усулҳои тадқиқот:

Таъсири озурдакунии ноҳиявии қиёми барги тут дар таносуби 1:10 аз рӯи усули умумикабулшуда дар 20 харгӯш омухта шуд. Дар давоми як моҳ, ҳар рӯз 2- 4 қатраи қиёми нав тайёркардаи барги тутро бо қатрачақонак ба қитъаҳои пешакӣ аз пашм тозакардаи пӯст ва пардаҳои луобии намоён (конъюнктивӣ ва чашм ва пардаи луобии бинӣ) мемоланд. Натиҷаҳои таҷриба ба таври визуалӣ баҳогузорӣ карда шуданд. Эҳтимолияти таъсири озурдакунии ноҳиявии дору бо мавҷудияти гиперемияи пӯст, пайдоиши варам, хориш, захмҳо, тарқишҳо, эритема, зиёдшавии секрецияи ғадудҳои луобпарда ва ғайра арзёбӣ карда шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо:

Таъсири озурдакунии ноҳиявии қиёми барги тут (1:10) дар 20 сар харгӯши ҳарду чинс бо вазни миёнаашон 2-3 кг. тадқиқ карда шуд. Қиёми барги тутро ба ҳайвоноти таҷрибавӣ дар қитъаҳои пӯсти қаблан аз пашм тозашуда ва ба конъюнктивӣ ва чашмҳо, инчунин ба ковокии бинӣ дар давоми 1 моҳ ҷақондем. Ҳангоми муоина дар давоми як моҳ ҳолати гавҳараки чашми ҳайвоноти таҷрибавӣ дар ҳама ҳолатҳо тағйир наёфт. Пас аз истифодаи дору сурхӣ, варам, обравӣ аз чашм, захму осеб, эритема, пӯстпартоӣ, аксуламали ҳароратии ноҳиявӣ ва дигар аломатҳои таъсироти озурдашавии ноҳиявӣ дида нашуд. Ҷандирии пӯст ва нармии он муқаррарӣ буд.

Таҷрибаҳо нишон доданд, ки истифодаи якмоҳаи қиёми барги тут дар пӯст ягон таъсири захрнок ба амал наовард. Пас аз истифодаи дарозмуддати қиёми барги тут (1:10) ба конъюктивии чашм ва луобпардаи бинии ҳайвоноти таҷрибавӣ низ ягон аломати озурдашавӣ дида нашуд.

Ҷадвал. Натиҷаҳои таъсири озурдакунии ноҳиявии қиёми барги тут (1:10) дар ҳайвонот

Ҳолати пӯст ва луобпарда пас аз 30 рӯзи истифодаи қиёми барги тут	Дараҷаи ифодаи нишондодҳо
	Харгӯшҳо (20)
Ҳарорати пӯст Тарангии пӯст (тургор) Сурхӣ Варам Заҳм Обила Эритема Наличие пузырьков	36,9° С Муқаррарӣ Дида нашуд Дида нашуд Ҷой надошт Ҷой надошт Дида нашуд Дида нашуд
Истифода ба конъюктивии чашм дар муддати 30 рӯз.	
Ҳолати гавҳараки чашм Гиперемияи конъюктива Варами пилкон Обравӣ аз чашмон Ихроҷи фасод Птоз	Бе тағйирот Дида нашуд Дида нашуд Дида нашуд Дида нашуд Дида нашуд
Истифода ба луобпардаи бинӣ дар муддати 30 рӯз.	
Оби бинӣ Атса задан Варам Ихроҷи луоб Ихроҷи фасод	Дида нашуд Дида нашуд Дида нашуд Дида нашуд Дида нашуд

Хулоса.

Ҳамин тариқ, аз рӯи натиҷаи тадқиқотҳо маълум шуд, ки қиёми барги тут дар таносуби 1:10 таъсири озурдакунии ноҳиявиро дар пӯст ва луобпардаҳо надорад, яъне он маводи безарар аст.

Рӯйхати адабиёт:

1. Абуали Ибни Сино. Канон врачебной науки /Абуали Ибни Сино/ Кн. 2. - Ташкент, изд.-во АН УЗБ. ССР, 1966.- 820 с.
2. Государственная Фармакопея Российской Федерации XI V издание I том.-М.: «Медицина», 2018 г.
3. Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана, Б.А. Ишанкулова Душанбе 2015 типография ТГМУ им. Абуали ибни Сино С. 193
4. Музафарова М.Ҳ., Насруллоева М.Ҳ., Ҳилолова М.Ҳ. Омӯзиши захронокӣи ҷамъи гиёҳии зидди диабетии «Чорбарг» (дар таҷриба). Маҷаллаи илмӣ- амалии «Авҷи Зухал» №4-2022, сах.78
5. Урунова М.В., Ишанкулова Б.А. Влияние настоя листьев шелковицы на углеводный обмен при гиперлипидемии у белых крыс. В сборн.матер. 70-й НПК с междунар. Участием «Современная медицина: традиции и инновации» Том 3. Душанбе, 2022 г, стр.673.

Каландарзода Ё.К., Раджабов Г.О., Борониев Н.С.

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛЕН НИЗКИЙ-LINUM HUMILE Mill. ИЗ СЕМЕЙСТВА LINACEAE

Учебный, научный и производственный центр «Фармация» ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Кафедра фармакогнозии и организация экономики фармации

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Актуальность. Лен низкий - однолетнее растение 15-60см высоты, с беловатым тонким, 1,2,3, мм в диаметре, корнем. Стебли одиночные, реже в числе 2-5, от светло-желтого до темного. Вкус слизисто-маслянистый, голые, желто-зеленые, от середины ветвящиеся. Листья 1,5-3,5(4) см дл., 2-4 мм шир., линейно-ланцетные, коротко заостренные, с 1-3 жилками, голые. Соцветие щитковидно-метельчатое, рыхлое. Цветоножки 1-2.5 (3) см дл., прямые. Чашелистики 5-7мм дл., яйцевидные, наверху заостренные, 1-3 жилками, по краю белопленчатые и короткореснитчатые. Лепестки 1-1.5 см дл., 6-9 мм шир., обратнойщитковидные, наверху тупо зазубренные, синие. Тычинки 1-1.2 см дл.; пыльники 1.5-1.75 мм дл., тупые. Столбики одинаковой длины с тычинками. Коробочка около 1 см в диам., округлая. Семена 4-4.5 мм дл. Цв. и пл. V-VII. В условиях Таджикистана возделывается на обеспеченной и полубеспеченной осадками богаре, на выс. (350) 700-2900 м. Лучшими сортами являются «Гиссарский 474», «Местный», «Сафедак», «Оби-Гармский», «Таджикский» и др., отличающиеся высоким содержанием масла в семенах. Часто встречается как сорное в посевах, на залежах по всему Таджикистану, кроме Вост. Памира. Места обитания. Распространение. Средн. Азия (все районы), юг европейской части СССР, Кавказ, Зап. Сибирь. Средиземноморье, Малая Азия, Иран, Афганистан. Зап. Китай (Джунгария, Кашгария).

Используемая часть. Время заготовки. Сушка. Зрелые и высушенные семена культивируемого травянистого растения обыкновенного (культурного) - Тапога Боле используют в качестве лекарственного средства и лекарственного сырья.

Химический состав. Семена содержат до 10 % слизи, 30-40 % жирного масла и 20-30 % белка; цианогенные гликозиды (линамарин, линустатин, неолинаустатин); лигнаны (секоизола-рицирезинол); фенолокислоты (сиреневая, кумаровая), макро- и микрорезины.

Заготовка, первичная обработка, сушка. Сбор семян льна проводится в фазу его технической зрелости. Лен выдергивают, связывают в снопы, просушивают, затем обмолачивают. Для получения семян лен-кудряш и лен-межеумок убирают жатками или комбайнами. Внешние признаки. Семена сплюснутые, яйцевидной формы, заостренные с одного конца и округлые с другого, неравнобокие, длиной до 6 мм, шириной до 3 мм. Поверхность семян гладкая, блестящая, со светло-желтым, ясно заметным семенным рубчиком. Цвет семян коричневого. Запах отсутствует. Вкус слизисто-маслянистый, пригорковатый.

Цель исследования. Определить анатомические особенности семян льна низкого для выявления диагностических признаков.

Материал и методы исследования. Изучение анатомического строения семян льна низкого проводили на свежем и высушенном материале, предварительно размоченном спирто-водно-глицериновой смесью. Просветляли препараты кипячением в 3%-ном растворе натрия гидроксида и хлоралгидрате.

Анатомические исследования проводили при помощи микроскопа «Биолам-С» с увеличением объективов $\times 4$; $\times 10$; $\times 40$, микропрепараты фотографировали цифровым фотоаппаратом. Полученные срезы окрашивали следующими реактивами: спиртовой раствор флороглюцина и 50%-й раствор кислоты серной. В ходе эксперимента использовали временные микропрепараты, которые фиксировали в растворе хлоралгидрата или глицерина.

Результаты исследования и их обсуждение. Микроскопия. При рассмотрении поперечного среза семени хорошо видны: семенная кожура в виде темно-бурой полосы, эндосперм и зародыш. Диагностическое значение имеет строение семенной кожуры. В ней присутствуют следующие слои: 1) эпидермис, состоящий из крупных четырехугольных клеток; 2) 1-2 ряда паренхимных клеток; 3) механическая ткань, состоящая из одного ряда сильно утолщенных, одревесневших желтых клеток, пронизанных покровными канальцами; 4) узкие тонкостенные клетки «поперечного слоя» (вытянутые поперек семени); 5) пигментный слой состоит из одного ряда клеток с заметно утолщенными пористыми оболочками и темно-желтым содержимым. В микропрепарате порошка семени льна обращают внимание на следующие диагностические признаки: наличие обрывков склеренхимной ткани с клетками поперечного слоя; клеток пигментного слоя; клеток эндодермы, алейроновых зерен и каплей жирного масла.

Самый внутренний слой кожуры — пигментный — состоит из одного ряда четырехугольных клеток с заметно утолщенными пористыми оболочками и темно-желтым содержимым. Эндосперм состоит из многоугольных клеток и содержит алейроновые зерна и капли жирного масла (реакция с суданом III). Ткань семядолей отличается более мелкими клетками.

Хранение. Хранят семена льна в мешках в сухих, хорошо вентилируемых помещениях. Срок годности 3 года.

Применение и лекарственные формы. Семена льна применяют внутрь в виде слизи как обволакивающее и мягчительное средство, наружно - для припарок. Из семян получают высыхающее льняное масло, используемое в линиментах. Семена льна входят в состав БАДов.

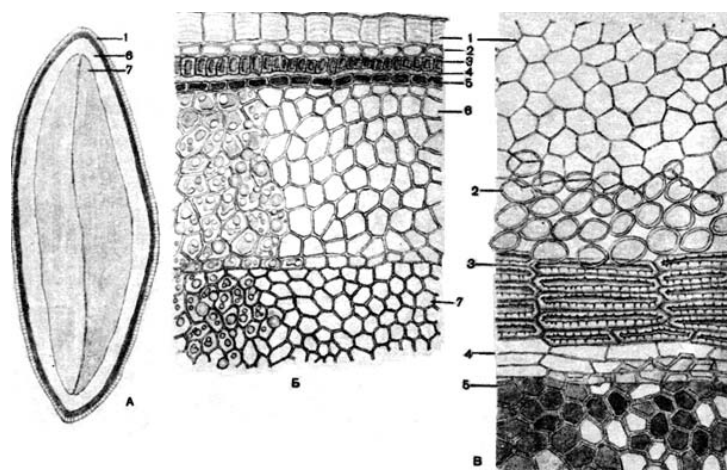


Рис.1 Микроскопия семени льна:

А – схема поперечного среза семени;

Б – часть поперечного среза семени;

В – элементы семенной кожуры после мацерации:

1 – эпидермис;

2 – паренхимный слой кожуры;

3 – механический слой;

4 – клетки поперечного слоя;

5 – пигментный слой;

6 – эндосперм семени;

7 – семядоли зародыша.

Хозяйственное значение. Льняное масло имеет пищевое, техническое и лекарственное значение. Вес 100 семян колеблется в пределах 4.52-4.64 г, мас-личность семян 41.3-42.9%, йодное число масла 184.3-193.4 (Икрамова, 1958). Жмых является хорошим кормом и содержит белка до 33.5%, масла 8.6%, клетчатки 8.7%, БЭВ 31.7% (Залевский, 1956).

Выводы. Выявлены диагностические значимые признаки анатомического строения семян льна, низкий для установления подлинности сырья методом микроскопии.

Список литературы.

1. Назаров М.Н., Назаров Н.М., и др. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). Душанбе 2015. – с.105-108
2. Государственная фармакопея СССР: в 2-х т./ МЗ СССР. – 11-е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – Т.1.
3. Справочник по ботанической микротехнике. Основы и методы / , , и др. – М.: МГУ, 2004. – 312., С.28;
4. Пробатова . Льновые Linaceae S. F. Gray / под ред // Сосудистые растения Советского Дальнего Востока. – Л., 1988. - Т. 3. - С. 133.

Котина В.П., Шепетило Е.С., Берникова Д.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЯ, ОБЪЕМА ПОТРЕБЛЕНИЯ И ЗАТРАТ НА АНТИДЕПРЕССАНТЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Кафедра Организации и экономики фармации Института фармации им. А.П. Нелюбина ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет). Россия.

Кафедра Общей биологии и фармации НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия». Россия.

Актуальность.

Актуальность проблемы психического здоровья населения с каждым годом растет. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессией страдает около 5% взрослого населения [5]. Каждый год около 1 % случаев диагностируется впервые, а риск заболевания в течение всей жизни составляет около 20 % [1]. В медикаментозном лечении данного заболевания обычно принимает участие множество препаратов, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, сертралин, флуоксетин и т.д.), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин и т.д.), неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин и т.д.) и многие другие антидепрессанты различных типов действия [2]. Было выявлено, что расходы на взрослых при лечении депрессивных расстройств выросли с 236,6 млрд. долларов в 2010 году до 326,2 млрд. долларов США в 2018 году [3].

Выявленная тенденция свидетельствует о том, что помимо роста заболеваемости депрессией в мире увеличивается и объем затрат на лечение. Данный рост расходов дает понять, что требуются дополнительные исследования и оценки затрат на терапию депрессивных расстройств, а в частности на медикаментозное лечение в условиях амбулаторного пребывания.

Цель исследования.

Провести анализ частоты назначения, объема потребления и затрат на лекарственную терапию антидепрессантами пациентов с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством на амбулаторной ступени оказания медицинской помощи.

Материал и методы исследования.

Исследование было проведено на базе филиала ГБУЗ ПКБ №1 ДЗМ психоневрологического диспансера №2 города Москвы. Использованы результаты обработки из медицинских карт 248 пациентов с кодом по МКБ-10 F.32 (депрессивный эпизод) и F.33 (рекуррентное депрессивное расстройство) за 2021-2022 г. Методы исследования: структурный анализ, фармакоэпидемиологический анализ (АТC/DDD-методология ВОЗ); фармакоэкономический метод «анализ стоимости болезни», статистические методы.

Результаты исследования и их обсуждение.

При оценке частоты назначений лекарственных препаратов (ЛП) было выявлено, что наиболее часто используемыми фармакологическими группами являлись антидепрессанты и нейролептики.

Группа антидепрессантов занимает лидирующее место по суммарной частоте назначений. Всего насчитано 17 видов лекарственных препаратов, которые использовались в терапии исследуемых заболеваний, а самыми часто назначаемыми среди них оказались сертралин и флувоксамин - 15,45% от общего числа назначений антидепрессантов соответственно. Также популярными среди врачей являются пароксетин (13,18%), мirtазапин (10,9%) и эсциталопрам (9,09%).

При рассмотрении структуры назначенных антидепрессантов можно заметить, что самой часто назначаемой группой являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). К ним относятся такие препараты, как сертралин, флувоксамин, пароксетин, мirtазапин, эсциталопрам. Также анализ препаратов по частоте их назначения показал, что препаратами первой линии терапии (>15%) являются в том числе и антидепрессанты: сертралин, флувоксамин, пароксетин.

Наименьшую частоту назначения имеют такие представители группы антидепрессантов как: имипрамин и милнаципран (0,52%), пипофезин и агомелатин (1,04%), вортиоксетин (1,55%).

АТC/DDD-методология ВОЗ была использована для определения объема потребления ЛП (лекарственных препаратов), которые применялись для лечения депрессивных расстройств.

Каждому ЛП, имеющему код АТС (Anatomic Therapeutic Chemical) согласно своему МНН (международному непатентованному наименованию), была присвоена DDD (Defined Daily Dose, установленная суточная доза). Данные были получены из базы DDD-доз на официальном сайте ВОЗ на 2023 год [4]. При отсутствии на сайте необходимого лекарственного средства (ЛС), вместо DDD был использован показатель PDD (Prescribed Daily Dose, назначаемая суточная доза), который можно было найти в инструкции по применению соответствующего препарата. Полученные значения позволили рассчитать показатель NDDD (number of defined daily doses, число установленных суточных доз).

Наибольшим объемом потребления обладает группа антидепрессантов. Суммарное значение NDDD 22 083, что в 4 раза больше, чем у групп нейролептиков и анксиолитиков. Например, сертралин, который лидирует по данному показателю среди всех лекарственных препаратов, имеет значение более 5369,5. Такие большие объемы потребления связаны с тем, что антидепрессанты лежат в основе лечения депрессивных расстройств (таблица 1).

Таблица 1

Объем потребления антидепрессантов		
МНН	Фармакологическая группа	NDDD
Сертралин	СИОЗС	5369,5
Пароксетин	СИОЗС	3629
Венлафаксин	СИОЗНС	3096,3
Миртазапин	СИОЗС	2559
Флувоксамин	СИОЗС	1813
Эсциталопрам	СИОЗС	1784
Амитриптилин	Трициклический	1651,67
Флуоксетин	СИОЗС	570
Дулоксетин	СИОЗНС	565,5
Агомелатин	Другие антидепрессанты	510
Кломипрамин	Трициклический	304,13
Вортиоксетин	Другие антидепрессанты	120
Тразодон	СИОЗС	38
Милнаципран	СИОЗНС	28
Имипрамин	Трициклический	25
Пипофезин	Трициклический	20

Самой дорогой группой лекарственных препаратов, применяемых для лечения депрессивных расстройств, как и ожидалось, стали антидепрессанты. На их долю пришлось 47,6% от общей суммы затрат или 818 056,08 рублей (таблица 2). Самым объемным по затратам антидепрессантом является венлафаксин, на него было потрачено 213 009,13 рубля, что составляет 26% от общей суммы затрат на антидепрессанты. Тогда как на сертралин, который занимает лидирующую позицию по объему потребления, сумма затрат составила всего 64 446,4 рублей.

Таблица 2

Структура затрат на антидепрессанты, руб.			
Фармакологическая группа	Общий объем затрат	Объем затрат на ЖНВЛП	Объем затрат на остальные ЛП
Антидепрессанты	818 056,08	178 770,65	639 285,43

Выводы.

Наиболее часто назначаемой группой лекарственных препаратов являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – они же являются препаратами выбора или «терапии первой линии». Лидеры по частоте назначений – сертралин и флувоксамин (15,45%).

По объему потребления, ожидаемо, первое место занимает сертралин - 5369,5 установленных суточных доз.

Исходя из этой тенденции, можно было предположить, что основная часть затрат пациентов будет приходиться также на сертралин, но самым объемным по затратам антидепрессантом стал венлафаксин, на него было потрачено 213 009,13 рубля, что составляет 26% от общей суммы затрат на антидепрессанты. Это можно связать с тем, что данный препарат не входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а значит – ценообразование в розничном звене строится на ценовой политике каждой отдельно взятой аптечной организации.

Список литературы.

1. Мосолов С. Н., Федорова Е. Ю. Новый взгляд на патогенез депрессии: возможно ли появление быстродействующих антидепрессантов? //Современная терапия психических расстройств. – 2020. – №. 3. – С. 2-10.
2. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации «Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство». – 2021. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr301.pdf> (дата

обращения 02.10.2023).

3. Proudman D., Greenberg P., Nellesen D. The growing burden of major depressive disorders (MDD): implications for researchers and policy makers //PharmacoEconomics. – 2021. – Т. 39. – С. 619-625.
4. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2022. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (дата обращения 02.10.2023)
5. World Health Organization. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/health-topics/depression#tab=tab_1 (дата обращения: 02.10.2023)

Котина В.П., Наумова А.А., Валиджонова М.И.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЯ, ОБЪЕМА ПОТРЕБЛЕНИЯ И ВЕЛИЧИНЫ ЗАТРАТ НА АНТИДЕПРЕССАНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Кафедра Организации и экономики фармации Института фармации им. А.П. Нелюбина ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет). Россия.

Кафедра Общей биологии и фармации НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия». Россия.

Актуальность.

В настоящее время депрессия занимает второе место в мире среди всех медицинских причин инвалидности и смертности, а среди людей в возрасте до 45 лет депрессия хронически лидирует по этому показателю [2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), по состоянию на 2019 год депрессией страдает 3,8% населения, в том числе 5% взрослых и 5,7% людей старше 60 лет, т.е. около 280 млн человек во всем мире [4]. Депрессия и тревожные расстройства обходятся миру в 1 трлн долл. ежегодно. В России, по данным официальной статистики, распространенность депрессивных расстройств оценивается в 5,5% от общей численности населения, т.е. около 8 млн. человек [3].

Лечение депрессивных расстройств требует больших затрат из-за их длительности, необходимости стационарного лечения, в том числе в дневных стационарах, высокого риска рецидивов, а также из-за того, что пациенты могут стать инвалидами. Дальнейшие исследования в этой области позволят оптимизировать качество медикаментозного лечения на стационарном и амбулаторном этапах и улучшить результаты лечения пациентов.

Цель исследования.

Оценить частоту назначения, объем потребления и величину затрат на антидепрессанты, используемые в терапии амбулаторных пациентов с терапевтически резистентной депрессией.

Материал и методы исследования.

В исследование на базе филиала ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» психоневрологического диспансера № 23 г. Москвы было включено 23 медицинских карты пациентов с кодом по МКБ-10 F.32 (депрессивный эпизод) и F.33 (рекуррентное депрессивное расстройство) за 2022 г. В качестве критериев входа в исследование учитывались следующие данные: не менее 8 визитов в год к психиатру, не менее 1-2 госпитализаций, в том числе в условиях дневного стационара, отсутствие ответа на терапию, резистентность к применяемым антидепрессантам, а также возможное наличие суицидальных мыслей или наклонностей.

Методы исследования: структурный анализ, фармакоэпидемиологический анализ (ATC/DDD-методология ВОЗ), фармакоэкономический метод «анализ стоимости болезни» и статистические методы.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ частоты назначений показал, что основными препаратами, используемыми для лечения терапевтически резистентной депрессии (ТРД), являются антидепрессанты - 40,32% от всех назначений.

Среди антидепрессантов наиболее часто назначался Флувоксамин – 47,83% и Эсциталопрам – 17,39%. Агомелатин и Венлафаксин назначались реже – по 8,7%. Остальные препараты данной фармакотерапевтической группы, а именно Амитриптилин, Пароксетин, Сертралин, Тразодон, Вортиоксетин и Миртазапин назначались с частотой в 4,35% от общего числа назначений (рисунок 1).

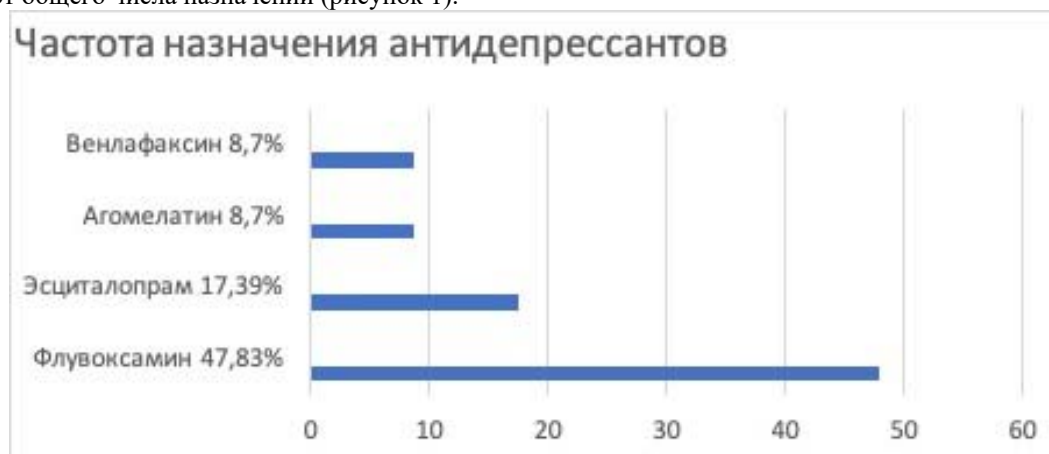


Рисунок 1. Частота назначения антидепрессантов

Для определения потребления лекарственных препаратов (ЛП) для лечения ТРД использовалась методика ВОЗ – АТС/DDD. Каждому препарату присваивается код АТС (Anatomical Therapeutic Chemistry), основанный на его международном непатентованном названии, и присваивается DDD.

При оценке полученных результатов можно заметить, что значения NDDD довольно неоднородны. Самым часто назначаемым препаратом среди всех фармакотерапевтических групп был антидепрессант Флувоксамин, суммарное назначение NDDD которого составило 2195 суточных доз. Также, согласно данным таблицы 1, ЛП с наименьшим показателем установленных суточных доз стал тетрациклический антидепрессант Миртазапин – 13,5 NDDD соответственно.

Анализируя частоту потребления антидепрессантов, лидерами оказалась группа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), что соответствует стандартам лечения терапевтически резистентной депрессии. Полученные данные подтверждают информацию о том, что именно эта группа является препаратами выбора.

Таблица 1

Антидепрессанты, расположенные по группам в соответствии с уменьшением объема потребления

МНН	Группа	NDDD
Флувоксамин	СИОЗС	2195
Эсциталопрам	СИОЗС	770
Венлафаксин	СИОЗСН	540
Сертралин	СИОЗС	480
Пароксетин	СИОЗС	240
Амитриптилин	Трициклический	209
Тразодон	Другие	150
Агомелатин	Другие	97
Вортиоксетин	Другие	30
Миртазапин	Тетрациклический	13,5

На заключительном этапе исследования было выявлено, что общая сумма затрат в городе Москва на лечение амбулаторных больных с диагнозом «резистентная депрессия» составила 54160,52 в рублях. В группе антидепрессантов наибольшие значения затрат принадлежат следующим лекарственным препаратам: Агомелатин под торговым наименованием Вальдоксан – 6222,13 рублей; Сертралин (Золофт) – 5430,17 рублей; Пароксетин (Паксил) – 3531,44 рублей.

Выводы.

Результаты исследования позволили выявить структуру, уровень потребления и величину затрат на антидепрессанты, назначаемые в соответствии с клиническими рекомендациями для лечения пациентов с резистентной к лечению депрессией.

Так, при оценке показателей были получены следующие результаты: среди антидепрессантов лидером по частоте назначения и объему потребления является Флувоксамин – 47,83% и 2195 установленных суточных доз соответственно, а наибольшие значения затрат принадлежат лекарственным Агомелатину (Вальдоксан) – 6222,13 рублей.

Список литературы.

1. Оленева Е. В. Применение атипичных антипсихотиков для аугментации эффекта антидепрессантов при резистентном к терапии эпизоде рекуррентной депрессии / Е. В. Оленева, С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 4. – С. 2-13.
2. Virtanen M., Ferrie J.E., Akbaraly T. et al. Metabolic Syndrome and Symptom Resolution in Depression: A 5-Year Follow-Up of Older Adults. J Clin Psychiatry. 2017;78(1): P. 1-7.
3. WHO Guidelines. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017; 22 p.
4. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата обращения: 24.09.2023)
5. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2023. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.whooc.no/atc_ddd_index/ (дата обращения: 24.09.2023)

Кудратова М.Б., Рачабов Г.О., Рачабова У.А.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ ОБЛЕПИХИ-НИРРОРНАЕ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ

Кафедра фармакогнозии и ОЭФ-и ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. В последнее десятилетие все более возрастает необходимость изучения лекарственных растений как источников фармакологически активных веществ, их химический состав и применение в медицинской практике.

Цель исследования. Ботанико-фармакогностическое исследование облепихи крушиновидной *Hipporhae rhamnoides* L. Народное и научное применение растения облепихи с целью создания новых лекарственных препаратов.

Материал и методы исследования. Гербарии, собранные нами со студентами во время экспедиции, литературные источники, научные статьи, темы, посвященные фармакогностическому анализу облепихи.

Результаты исследования. Считается, что впервые облепиха появилась на территории Восточной Азии. Она высоко ценилась в медицине Тибета и Монголии, где числилась универсальным средством от всех болезней. В 70-е годы облепиху внесли в фармакопую-справочник, включающий указания по изготовлению лекарств и их проверке.

Ягоды созревают в конце августа или в начале сентября. Она богата калием, кальцием, магнием, железом, бором и фосфором, аминокислотами, каротиноидами и флаваноидами. Так же в облепихе есть витамины А, С, В1, В2, В3, В6, В9, Е, РР, Н. Витамина С в ней намного больше, чем в citrusовых. Облепиха используется для стимуляции пищеварительной системы, улучшения здоровья сердца и печени, при артрите, диабете, экземе, для снижения уровня холестерина. Может облегчить синдром сухого глаза. Обладает противовирусным действием, укрепляет иммунитет, как средство при простуде и гриппе, противовоспалительным и ранозаживляющим действием. Плоды запускают выработку серотонина, который важен для функционирования нервной системы, поэтому их регулярное применение помогает при депрессии. Входящий в его состав омега-7, омега-3, омега-6 и омега-9, жирные кислоты помогают поддерживать работу сердца и улучшают кожу. Семена облепихи обладают слабительным эффектом.

Облепиха (лат. Hipporhae)- род растений семейства Лоховых(Elaeagnaceae) кустарники или деревья, большей частью колючие, от 0,1 до 3-6 м высотой. Листья очередные, узкие и длинные, зеленные. Растут по берегам, водоёмов, в поймах рек и ручьёв и песчаных почвах.

Корневая система облепихи развивается близко к поверхности, не глубже 40 см, распространяясь на широкой площади. Корневую систему составляют скелетные, полускелетные, слабоветвящиеся корни, на которых образуются клубеньки, содержащие азотфиксирующие бактерии.

Листья очередные, простые, линейные или линейно-ланцетовидные, сверху серовато-зелёные, снизу буровато-или желтовато-серебристо-белые.

Облепиха — двудомное растение, на одних кустах вырастают женские цветки, из которых образуются плоды, на других — мужские, пыльца которых опыляет с помощью ветра женские цветки. Цветки правильные, с простым чашечковидным околоцветником; тычиночные цветки собраны в короткие соцветия — колосья; пестичные расположены в пазухах веточек и колючек, на очень коротких цветоножках.

Плоды овальные или круглые гладкие костянки желтовато-золотистого, красного или оранжевого цвета, с одной косточкой, блестящие, сочные, со своеобразным вкусом и запахом, напоминающим запах ананаса. Косточка продолговато-яйцевидная, иногда почти чёрная, блестящая.

В диком состоянии распространена на всей территории Европы, на Кавказе, в Западной и Средней Азии, Монголии, Китае, заходит в тропические районы Пакистана и Индии. На территории России встречается в европейской части, на Северном Кавказе, в Западной и Восточной Сибири, на Алтае. Заросли облепихи обычно приурочены к поймам рек и берегам озёр.

Разводится в садах и парках как декоративное растение. Растение получило широкое распространение на территории России. В роду облепиха именно облепиха крушиновидная разводится ради плодов, ведётся её селекция и выведено множество сортов, выращиваемых в промышленных масштабах, причём в России главным образом — в Сибири, где по данным Всероссийской сельскохозяйственной переписи 2006 года, под её посадками занято более 5 тыс.га.

Облепиха — светолюбивое и морозоустойчивое растение, способно переносить морозы до 45 градусов и ниже. Облепиха предпочитает рыхлые почвы, с богатым содержанием органических веществ и фосфора. На влажных участках растение гибнет.

Морозоустойчивость облепихи позволяет выращивать её в северных районах. После того как были установлены целебные свойства плодов и масла облепихи, её стали культивировать как ценное витаминное растение и начали выращивать на приусадебных участках и на промышленных плантациях.

Вывод. Анализ данных показал широкое применение облепихи в медицине и фармации. Может широко использоваться для изготовления новых препаратов в дальнейшем.

Список литературы.

- 1.М.Н. Назаров, Н.М. Назаров, М.И. Саидов, Б.И. Саидов. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). ООО «Контраст» 190 стр. Душанбе 2015.
2. Самылина, И. А. Фармакогнозия: учебник» И.А. Самылина, Г.П. Яковлев- М. ГЭОТАР- медиа, 2016-968 стр.
3. Государственная фармакопея СССР: в 2-х т. МЗ СССР.- 11 –е изд., доп.-М.: Медицина, 1987-Т.1- 340с.

Мадиномов А.М., Раджабов У.Р.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ Fe (II) С МЕТИОНИНОМ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Научно-исследовательский институт фундаментальной медицины.

Актуальность. Микроэлементы содержатся в продуктах в очень маленьких количествах. Длительный недостаток минеральных веществ или их избыток может привести к нарушению обменных процессов и различным заболеваниям. Для решения проблемы минеральной недостаточности применяют неорганические соли, оксиды. Эти препараты доступны, но они токсичны и трудно усваиваются организмом. Для коррекции рационов и восполнения недостающих жизненно необходимых микроэлементов перспективными являются комплексные соединения хелатной структуры, содержащие биогенные металлы и полидентатные лиганды кислот метаболитов цикла кребса, аминокислот. Метионинаты металлов оказывает благотворное влияние на морфологический и биохимический состав крови животных, больных эндемической болезнью и способствует их выздоровлению. Повышает неспецифическую и специфическую резистентность организма животных. Метионинаты металлов является эффективным лечебным и профилактическим средством при алиментарной анемии, гипокупрозе животных и по эффективности действия превосходит сульфат меди [1,2].

Цель исследования. Исследование физико-химических свойств комплексных соединений Fe (II) с метионином ИК-спектроскопическим методом. Синтезированы и исследованы физико-химические и биологические свойства координационных соединений Fe (II) с метионином. Аминокислоты в организме человека, животных и растений играют важную роль в биосинтезе ряда соединений. Преимущество таких препаратов состоит в том, что они не являются чужеродными организму, вследствие чего не обладают токсичностью [1].

Материалы и методы исследования. В работе для изучения свойств комплексных соединений Fe(II) с метионином, применён ИК-спектроскопический метод и метод Першина.

Результаты исследования и их обсуждение. ИК-спектроскопия является фундаментальным методом исследования структуры химических соединений. Методом ИК – спектроскопии проведена идентификация комплексного соединения Fe (II) с метионином. Исследована возможность и установлена перспективность применения метода ИК-спектроскопии для экспресс-диагностики подлинности изучаемого комплексного соединения Fe (II) с метионином. Для определения строения комплексных соединений Fe (II) с метионином использован метод ИК-спектроскопии. На основании полученных экспериментальных данных о распределении электронной плотности в молекуле данного лиганда можно предположить, об участии amino и карбоксильных функциональных группы в комплексообразовании Fe (II) с метионином [2].

С целью оценки безвредности соединений в ориентировочно-терапевтической дозе 0,03 г/кг массы тела с водой перорально (в виде 10% суспензии на физиологическом растворе) вводили белым мышам (массой 18 – 20 г, количества 5 шт) и кроликам породы шиншилла (массой 2,5 – 2,7 кг, количества 5 шт.) 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Исследование по определению токсичности нового соединения проводили в трех сериях опытов на подопытных кроликах породы шиншилла (массой 2,0-2,5 кг n=6). В результате проведения опытов установлено, что максимальная переносимая доза (МПД) получаемого состава на кроликов равно $LD_{00}=2,0$ г/кг, $LD_{50}=3,0$ г/кг, $LD_{100}=5,0$ г/кг. Результаты опытов показали, что разработанное соединение является безвредным и малотоксичным для лабораторных животных.

Выводы

Синтезированы координационные соединения Fe (II) с метионином, высокой степени чистоты. Состав, строение и свойства новых координационных соединений Fe (II) с метионином установлены методами ИК-спектроскопии. Изучены безвредность, острая и хроническая токсичность координационных соединений Fe (II) с метионином методом Першина. Выявлено, что синтезированные соединения являются малотоксичными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабиров Г.Ф. Разработка средств профилактики и лечения гипомикроэлементозов овец и свиней: Диссерт... докт. вет.наук. – Казань.2000. 317с.
2. Кабиров Г.Ф., Логинов Г.П., Хазипов Н.З. Хелатные формы биогенных металлов в животноводстве. – Казань: ФГО УП ВПО «КГАВМ». 2004. 284 с.
3. Азольные координационные соединения Fe и Zn, их биологические свойства/ Раджабов У.Р. Рахимова Р.Н. Ёрмамадова С.Г. // Вестн.ТНУ. – Душанбе: Сино, 2014.- 1/4(153) – С.62-66.
4. Синтез и безвредность дибацинката/ У.Р.Раджабов, Р.Н.Рахимова, Н.Р.Сатторов, С.Г.Ёрмамадова, А.У.Козихонов// Изв АН РТ, 2015.- №2(190)- С.48-53.

Миров С.Ш., Борониев Н.С., Раджабова У.А.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ХВОЩ ПОЛЕВОЙ – EQUISETUM ARVENSE L. – ЧИЛБУГУМИ САБРОЌ

Кафедра фармакогнозия и ОЭФ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Актуальность. Equisetum arvense L.-многолетнее влаголюбивое и тенелюбивое травянистое растение с двояким типом стеблей: весенние – спороносные, простые, буроватые, сочные, с вздутыми темно-коричневыми влагалищами, рано увядающие; летние - бесплодные, фотосинтезирующие зеленые, ветвистые, с 6 - 18 ребрышками. Ветви располагаются мутовками. Встречается по берегам рек, арыков и у выхода ключей на высотах 800-2500 метров. В республике встречается повсеместно, кроме Восточного Памира. Собирают в течении всего лета зеленые летние ветвистые стебли Equisetum arvense L.в сухую погоду, срезая их на высоте около 5 см от поверхности почвы. Сырье сушат сразу после заготовки в сушилках, на чердаках или под навесами, или на открытом воздухе в тени, раскладывая стебли тонким слоем. Цвет сырья серовато-зеленый, запах слабый, вкус кисловатый.

Проблема создания новых лекарственных средств растительного происхождения - одна из актуальных в современной фармации. Эта задача может быть решена за счет повышения качества существующих и внедренных новых лекарственных средств.

Обширный ареал произрастания в ущелье реки Хоронгон позволяет использовать хвощ в качестве сырья для промышленного производства препаратов.

Цель исследования. Фармакогностическое исследование отечественного лекарственного растительного сырья хвоща полевого (Equisetum arvense L.).

Материалы и методы исследования. По исследовательской работе был проведен поиск по базам данных кафедры и выбраны статьи, содержащие ключевые слова. Объектами исследования служил трава хвощ полевого, произрастающий в ущелье реки Хоронгон. При выполнении работы были использованы современные стандартные химические, физические, физико-химические методы анализа и фармакопей отечественного, ближнего и дальнего зарубежья.

Результаты исследования и их обсуждение. В настоящее время на кафедре фармакогнозии и ОЭФ проводятся научные исследования по изучению растительное сырье ущелья реки Хоронгон.

Микроскопические признаки. Цельное сырье, измельченное сырье. При рассмотрении с поверхности эпидермиса стебля, ветвей, листовых влагалищ и зубцов (редуцированных листьев) должны быть видны клетки на ребрах, сильно удлинненные (вытянутые по оси роста) с утолщенными прямыми или слегка извилистыми, пористыми стенками. Клетки в бороздках короче, их длинные стенки извилистые (угловато и округло зазубренные), пористые. На коротких стенках (стыках) клеток эпидермиса, расположенных на вершине ребер (гребнях), видны выросты, имеющие (с поверхности) вид спаренных кружочков с ясно выраженной перегородкой. При рассмотрении выростов сбоку видно, что на стеблях зубцы иногда сглаженные (закругленные), на ветвях зубцы наклонные, острые, перегороданные. На поверхности клеток эпидермиса ребер также имеются многочисленные мелкие сосочковидные выросты. Устьица расположены в основании ребер обычно в 2 – 3 ряда (реже в 4 и 1 ряд) и сопровождают бороздку. Они слегка погруженные, с характерной лучистой складчатостью кутикулы. У зубцов с наружной стороны над жилкой расположен ряд парных устьиц, иногда с внутренней стороны, на верхушке над жилкой имеется крупное устьице (гидатода).

На поперечном срезе стебля под эпидермисом в ребрах и в бороздках видны участки округлых клеток с утолщенными стенками (колленхима).

Клетки паренхимы округлые, тонкостенные, наружный слой хлорофиллоносный (хлоренхима) образует сплошное кольцо, внутренний рыхлый, в нем под бороздками располагаются крупные полости. Проводящие пучки закрытые (без камбия), расположены в 1 ряд под ребрами, отделены от коры слабо заметной эндодермой и имеют небольшую полость. Центральная часть стебля (междоузлия) полая. На поперечном и продольном срезах стебля в области узла видна разделительная перегородка центральной полости соседних междоузлий. На продольных срезах стебля видны тяжи механической ткани (колленхима), расположенной в ребрах и бороздках. Клетки колленхимы узкие, длинные с пропитанной кремнеземом стенкой. Сосуды древесины междоузлий с кольчатым утолщением стенок по длине равны междоузлию. Флоэма состоит из ситовидных элементов и паренхимы. В узлах, по сравнению с междоузлиями, возрастает количество ксилемы. Сосуды здесь короткие, почти изодиаметрические с сетчатыми, пористыми (простыми или окаймленными порами) стенками.

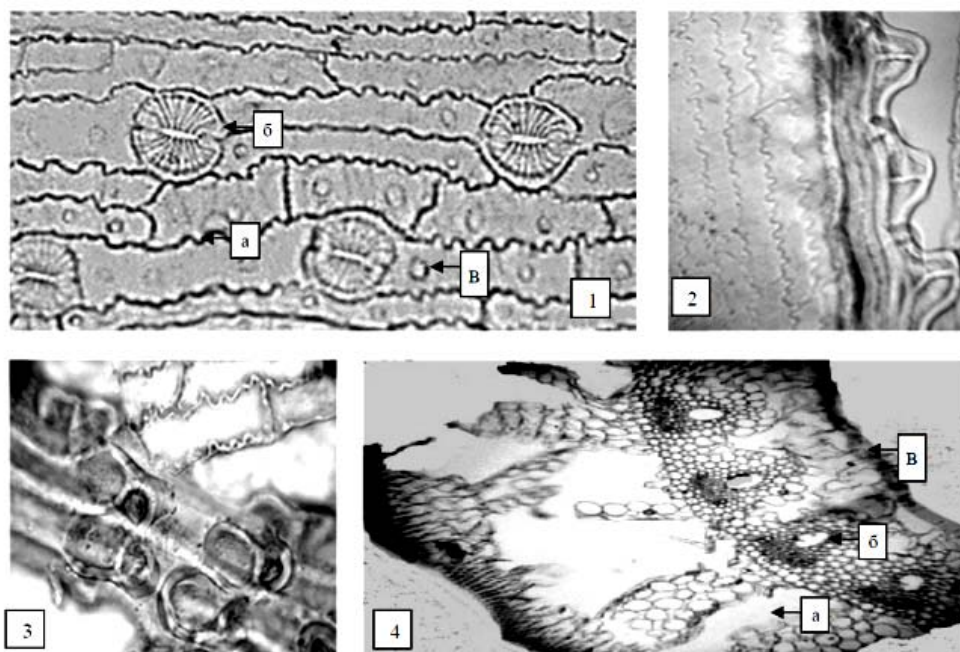


Рисунок – Хвоща полевого трава.

1 – фрагмент эпидермиса членика веточки: а – сильноизвилистые стенки эпидермиса, б – устьица с характерной складчатостью кутикулы, в – сосочковидные выросты (200×); 2 – выросты на ребре членика веточки (вид с боку) (200×); 3 – выросты на ребре членика веточки (вид сверху) (200×); 4 – фрагмент поперечного сечения стебля: а – крупная полость (в коре), б – проводящий пучок (с маленькой полостью), в – эндодерма (100×).

Измельченное сырье. При рассмотрении микропрепаратов порошка видны кусочки, чаще в продольном и реже в поперечном сечении, ветвей, стеблей, влагалищ и зубцов. Клетки эпидермиса с сильно удлинненными, прямыми или слегка извилистыми, утолщенными, пористыми стенками или с удлинненными, сильноизвилистыми, пористыми стенками. На коротких стенках (стыках) клеток эпидермиса, соответствующих гребням, видны выросты, с поверхности имеющие вид спаренных кружочков, при рассмотрении сбоку они округленные или зубчатые с ясно выраженной перегородкой. Поверхность большинства клеток с мелкими сосочковидными выростами. Должны быть видны фрагменты эпидермиса со слегка погруженными устьицами, имеющими характерную лучистую складчатость кутикулы. На некоторых кусочках устьица частично разрушены или вместо них видны овальные отверстия. На кусочках ветвей продольного сечения, соответствующих наружной поверхности, видны эпидермис с зубчатыми и сосочковидными выростами и устьица с лучистой складчатостью. На кусочках ветвей продольного сечения, соответствующих внутренней части, видна рыхлая сердцевина с клетками, содержащими хлорофилл, по краям могут быть видны зубчатые и мелкие сосочковидные выросты или выпуклые с лучистой складчатостью устьица. Видны части влагалищ и зубцов с центральной жилкой, над которой располагаются парами по всей длине жилки, устьица с лучистой складчатостью. На верхушках зубцов иногда видны крупные устьица.

На кусочках продольного сечения стебля видны группы сосудов ксилемы с различным утолщением стенок (спиральным, кольчатым, сетчатым, реже пористым).

Выводы. В настоящее время положительным моментом в области фармацевтических исследований является изучение отечественного лекарственного растительного сырья, в том числе хвощ полевой (*Equisetum arvense* L.). Впервые проведены фармакогностические и фармакопейные методы анализа, пригодные для дальнейших целей стандартизации.

Список литературы.

- М.Н. Назаров, Н.М. Назаров, М.И. Саидов, Б.И. Саидов. Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). ООО «Контраст». 189 стр. Душанбе 2015.
- Самылина, И.А. Фармакогнозия: учебник / И.А. Самылина, Г.П. Яковлев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 969 стр.
- Государственная фармакопея СССР: в 2-х т./ МЗ СССР. — 11-е изд., доп. — М.: Медицина, 1987. — Т.1 — 336с.

Музафарова М.Х., Насруллоева М.Х., Урунова М.В.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ И КАПИЛЛЯРОСТАБИЛИЗИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЯ СБОРА «ЧОРБАРГ»

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. При лечении сахарного диабета (СД) необходимо придерживаться стратегии многофакторного воздействия и, помимо адекватного контроля углеводного обмена, стремиться достигать целевых показателей АД; липидного обмена; использовать препараты, влияющие на снижение сердечнососудистого риска; модифицировать образ жизни (включая физическую активность, снижение массы тела при необходимости, отказ от курения и др.). Многофакторные вмешательства могут не только значительно снижать риск микрососудистых осложнений и сердечно-сосудистые риски, но и, возможно, приводить к значимому снижению смертности у пациентов с СД.

На сегодняшний день лечение сахарного диабета можно хорошо управлять и жить полноценной жизнью. До появления инсулина и разработки синтетических антидиабетических препаратов, с древних времен врачи (II-III тыс. до н.э.), состояние жажды и сахарный диабет лечили с помощью растительных средств, т.е. методом фитотерапии. Еще 2700 лет тому назад, в Китае лечили больных от разных недугов только лекарственными растениями. Проблеме этиологии и патогенеза, а также методам лекарственной терапии воспалительного процесса посвящены многочисленные работы как отечественных, так и зарубежных исследователей.

В развитии воспалительного процесса большую роль играют медиаторы воспаления - гистамин, серотонин, брадикинин и др., вазоактивные пептиды, протеолитические ферменты, гиалуронидаза и др.

Во время освобождения медиаторов, повышается проницаемость кровеносных капилляров.

Ряд эфиромасличных растения обладают мембраностабилизирующим и весьма активным противовоспалительным действиями.

Цель исследования. Изучить противовоспалительное и ангиопротекторное действие настоя сбора «Чорбарг».

Материалы и методы исследования. Для изучения действия настоя сбора «Чорбарг» на течение гистаминового и серотонинового отека лапок крыс, нами были проведены эксперименты на 60 белых беспородных крысах обоего пола массой 220,0-260,0 гр. Отек задних лапок вызывали введением 0,01% раствора серотонина под апоневроз лапки крыс.

Животные были распределены на 3 группы: 1-контрольные, получившие до инъекции серотонина, дистиллированную воду; 2 опытные животные, которым за 1 час до инъекции серотонина в/ж вводили настой сбора «Чорбарг» дозе 5 мл/кг массы; 3-животные, которые по той же схеме получали настой «арфазетина».

Величину лапок измеряли плетизмометрическим методом, непосредственно перед инъекцией, а также через 30 мин; 1,5; 3; 6 часов после введения серотонина.

Результаты исследования и их обсуждение. Предварительное (за 1 час) введение настоя сбора «Чорбарг» крысам предотвращало серотониновый отек задних лапок во все сроки исследования. Это показало статистически достоверное уменьшение объема воспалительных лапок (табл. 1).

Таблица 1

Влияние настоя сбора «Чорбарг» (1:10) на динамику течения серотонинового отека лапок у белых крыс

Серия опытов и дозы мл/кг массы.	Исходный объем лапки прим. 100%	Прирост объема лапок в процентах к исходному после введения серотонина через			
		30 мин	1,5 часа	3 час	6 час
Дистил. вода 5 мл/кг массы. Контрольные + серотонин n=10	100%	135,1±16,2	146,2±1,6	98,6±2,4	48,3±1,9
Настоя сбора «Чорбарг» 5 мл/кг + серотонин n=10	100%	<u>100,9±2,9</u> P > 0,05	<u>79,3±2,1</u> P<0,001	<u>35,9±2,0</u> P<0,001	<u>8,6±0,8</u> P< 0,001
Настоя сбор «Арфазетин» » 5 мл/кг + серотонин n=10	100%	<u>109±3,0</u> P> 0,05	<u>87,7±3,6</u> P< 0,001	<u>44±2,4</u> P<0,001	<u>20,2±0,9</u> P<0,001

П р и м е ч а н и е : Р- достоверность различий показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе.

У контрольных животных наблюдалось максимальное нарастание объема воспаленной лапки, которое сохранялось через 1,5; 3 и 6 часов.

Результаты свидетельствуют о проявлении активного противовоспалительного действия настоя сбора «Чорбарг» при серотониновом отеке.

Ангиопротективные свойства настоя сбора «Чорбарг» (1:10) оценивались на основании капилляростабилизирующего действия на белых мышах и противовоспалительное действие на белых крысах.

Действие простых фитопрепаратов, взятых нами для испытания на проницаемость кожных капилляров, изучали на 30 белых мышах обоего пола, массой 20-22 гр. по методике, предложенной Ю.Н. Нуралиевым и Г.Л. Медник (1970).

Животным внутрибрюшинно вводили раствор синьки Эванса из расчета 50 мг/кг массы. Через 10 мин. на правую заднюю лапку наносили флоготенный агент – ксилол в объеме 0,05 мл и регистрировали отрезок времени, в течение которого появлялось синее окрашивание лапки. Животные были распределены на следующие серии опытов: 1. контрольные, получавшие физиологический раствор в дозе 5 мл/кг массы; 2. белые мыши, получавшие настой сбора «Чорбарг» в дозе 5 мл/кг массы; 3. белые мыши, которым вводили настой известного антидиабетического сбора «арфазетин» в дозе 5 мл/кг массы. Все изучаемые фитопрепараты вводились за 60 мин. до нанесения флоготенного агента – ксилола.

У контрольных крыс время окрашивания кожи лапок составило $4,5 \pm 0,09$ мин. Предварительное внутрижелудочное введение настоя сбора «Чорбарг» вызывало понижение повышенной проницаемости кожных капилляров. Время окрашивания лапки удлинялось до $6,9 \pm 0,3$ мин. У животных, получавших в/ж настой арфазетин, время окрашивания лапок было короче по сравнению с настоем сбора «Чорбарг».

Таблица 2.

Время появления синего окрашивания кожи после нанесения ксилола у белых мышей, получавших «Чорбарг» (1:10)

Серия опытов и дозы на кг массы	Раствор ксилола 0,05 мл на лапку Время появления синего окрашивания кожи лапки (в мин)
Контроль – раствор синьки Эванса 50 мг P1 n=10	$4,5 \pm 0,2$
То же + настоем сбора «Чорбарг» (1:10) 5 мл/кг P2 n=10	$6,9 \pm 0,3$ P < 0,001
То же + настоем «арфазетин» (1:10) 5 мл/кг P3 n=10	$5,3 \pm 0,07$ P < 0,01

П р и м е ч а н и е: Р- достоверность различий показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, на основании результатов эксперимента установлено, что настоем сбора «Чорбарг» заметно уплотняет стенки сосудов и следовательно, применение его при сахарном диабете 2 типа, благодаря капилляростабилизирующему действию при комплексном лечении может способствовать предотвращению развития ангиопатий. Это, связано с содержанием биологических активных веществ, витаминов (вит. С), рутина, и др. флавоноиды. На основании капилляростабилизирующего противоотечного действия настоя сбора «Чорбарг» можно с уверенностью утверждать о наличии у него ангиопротективного действия.

Список литературы.

- Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана, Б.А. Ишанкулова Душанбе 2015 типография ТГМУ им. Абуали ибни Сино С. 193
- Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике / И.И. Дедов, М.В. Шестакова // МИА. – 2016 - С. 576
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed. Brussels: IDF; 2017; 148 p.
- Gaede P, Oellgaard J, Carstensen B, Rossing P, Lund-Andersen H, Parving H-H, et al. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria / P Gaede, J Oellgaard, B Carstensen, P Rossing, H Lund-Andersen, H-H Parving // 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial.
- Иванов Д.Д. Анемия при сахарном диабете: современная тактика/Д. Д. Иванов // Здоровье Украины.- 2007.- № 22/1.- С. 15..Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Арина Е. Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. — 352С. Diabetologia. – 2016. -59(11) P. 2298-2307.

Назаров М. Н., Назаров Н. М., Мирон С. Ш.

ТЎҲҒАҶОИ ТАБИАТ

Кафедраи фармакогнозия ва ташкилу иқтисоди фармасияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Муҳиммият. Дар раванди эволютсия фардҳои одамони бомаърифат аз ғизои болаззат, фарҳанги бой ва ғании аҷдодонамон истифода намуда, наслиҳои ояндаро тарбия намуда тандуруст ва солиманом ба воя мерасониданд. Барои ҳамин асри XXI тақозо менамояд, ки мо таҷрибаи бойи гузаштагонамонро, ки ба ғушаи фаромиши афтода аст, аз нав Эҳё намоем ва барои тарбия намудани насли наврас, ки ниҳоят муҳим аст, пешниҳод намоем.

Мақсади тадқиқот. Дастрас намудани маълумот оиди сифатҳои шифоии баъзе аз намояндаҳои рустаниҳои тоҳастидорон. Онҳо сокинони уёнусу бахрҳо, дарёҳову чашмасорон, ботлоқзору загзаминҳоанд. Дар таркиби ҳок ва дар ҳамзисти бо узвҳои зерзаминии рустаниҳои гулдор низ ғайришифо менамояду вомехуранд.

Хосияти онҳоро дар мисоли намуд ва навъҳои авлоди Зар олу – *Armeniaca* Mill. ки ба зероилаи Олучагӣ – *Prunoideae* оилаи Садбарггулон – *Rosaceae* Juss. [3, 5] мансуб аст, рушан намоем. Аҳамияти намудҳои худрӯй ва навъҳои дастпарвари ин зероила дар фосилаи чандин асрҳо пеш ва пас аз мелод барои мардумони тамаддунофари мо маълум буданд ва истифода мешуданд. Дар раванди тараққи ёфтани ҷамӯҳои инсонӣ, пешравии илмҳои техникӣ, кимиёвӣ, таъсис ёфтани санъати дорусозӣ ва дорушиносӣ сабаби лаванду нокори шудани одамон гардиданд. Таносубан ин маълумотҳо ба ҷоҳи фаромушӣ ва бефарҳангӣ афтоданд. Эҳё намудани ин маълумотҳо ва ба дараҷаи баланди илмӣ асосноку пешниҳод намудан барои насли наврас, ки дар марҳалаи нави тараққиёти ҷамӯҳои ҷаҳонӣ – бо сураъти баланд аз бар намудани захираҳои ҳаётбахши баҳрҳову уқёнусҳо дар сайёра, кайҳон бо Қамару сайёраҳо ба воя мерасанд, ниҳоят мақсаднок аст, чунончи Мирзо Абдулқодири Бедил фармудааст:

«Ғафлат аз гову хар ҳунар бошад,

Оғаҳи ҷавҳари башар бошад».

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Маводҳоро дар тули беш аз 60 сол, яъне солҳои 1953 – 2020 қариб дар сар то сари марзу буми ҷумҳурӣ, бо истифода аз маълумотҳои шифоии мардумӣ (этноботаникӣ), пурсишномаҳои тадқиқотӣ [4], усулҳои тадқиқотии саҳроӣ (экспедитсияҳо) ва озмоишгоҳии (камералӣ) геоботаникӣ [5], асарҳои тадқиқотчиёни пеш ва пас аз солшумории нав дастрас намудем.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Ба ҳамагон маълум аст, ки дар мавриди аз нав бунёд намудани манзили зист, одамон хоки деворҳои иморати пешинаро истифода намебаранд. Лойро дар лойхона аз гилҳои нав омода месозанд ва аз ин ашёи нави сохтмони ё девори похса ё ғишт дар қолаб мекашанд. Аз онҳо манзили навро девор менамоянд. Хоки деворҳои пешинро (қадимиро) дар болои замини нармнамудаи назди решаҳои атрофи дарахтони боғӣ – себ – *Malus* sp. div., нок – *Pyrus* sp. div., бодом – *Amygdalus* sp. div., зар олу (зардолу) *Armeniaca vulgaris* Lam., шафтолу (шаҳдолу) – *Persica vulgaris* Mill., олуҳо – *Prunus* sp. div. мепошанд ва андаке об ҳамроҳ менамоянд. Сабаби чунин рафторро аз умри баланд доштагон пурсидам. Онҳо чунин маънидод намуданд: «Хоки деворҳои манзили истикомати бо мурури замон аз таъсири омилҳои муҳит ғайолият намуда ковоку нарм мешавад, аммо дам мегиранду пурқувват мешаванд. Ҳамин, ки чунин хокро ба хоки боғдориву тоқдори ва обҷакори илова намудед, ғайолияти заминҳои кории обӣ ва лалмӣ афзун мешаванд». Бале ҳамин тавр, аммо сабаб чист? Дар натиҷаи тадқиқотҳои чандинсола муайян шуд, ки сабаби чунин сифатҳои аҷоиб доштани хоки деворҳои қадимӣ ба намояндаҳои шӯъбаи Обсабзҳои кубудҷаи-сабз ё қирмизӣ – *Cyanophyta* синфи *Хроококкҳо* *Chroococcophyceae* тартиботи *Хроококк* *Chroococcales* оилаи *Коккобактерияҳо* *Coccobactraceae* авлоди *Глеокапса* *Gleocapsa* вобастаги доранд. Ба ин авлод намудҳои зерин мансубанд: *Глеокапса* *Gleocapsa limnetica*, *Gl. turgida*, *Gl. minuta*, *Gl. magma*, *Gl. alpina*, *Gl. rupestris*. Намояндаҳои се намуди аввал сокинони обҳои ҷумбони уқёнусу баҳрҳо буда, ҷисми онҳо бо луоби шаффофу беранг пӯшида мебошанд. *Gl. turgida* ҳатто дар таркиби обҳои шур, лойқа, ботлоқҳо, муҳити хӯшкӣ заминӣ (деворҳои лойӣ ва иморатҳои бо ғишти хом бунёдшуда) ва дар чашмасорҳои гарм хеле васе паҳн шудааст. Бойгари таркиби хок ва серҳосиливу дору дармонии рустаниҳои дастпарвар, аз он ҷумла авлодҳои намудҳо ва навъҳои зероилаи *Prunoideae* ба ғайолияти бевоситаи ҳамин намуди обсабзи қирмизӣ вобастаанд. Масалан Зар олу ва навъҳои он Фарғонагӣ: “Исфарақ” – навъи аз ҳама беҳ барои омода сохтани дамба ва қоқи он; “Хурмой” – дарахтони серҳосил ва дарозумр. Аз меваҳои ин навъ қоқи сифати олій, махсусан курага омода месозанд. Дар меваҳои тару-тоза то 13,96% қанд мавҷуд аст. “Субҳонӣ” – меваҳои он дорои сифати баланди қоқ ва махсусан курага мебошанд. “Мирсанҷалӣ” – меваҳои ин навъро дар шакли тару-тоза истифода мебаранд, инчунин аз онҳо қоқи хушсифат ҳосил мекунанд ва дар саноати хурока васеъ истифода мешаванд. “Қандақ” – меваҳои пешпазак дорад. Дарахт серҳосил аст ва 1 сол дар миён ҳосили баланд медиҳад. “Бобой” – меваҳои онро мехушконанд ва истифода мебаранд. Зарафшонӣ: “Маҳтобӣ” – мағзи донак ширин аст, дар саноати хуруквори истифода мешавад. “Ҷавонон” – меваҳои тару-тозаи онро барои омода сохтани дамба ва мураббо истифода менамоянд. “Улунгӣ” – манбаи асосӣ барои хушконидаи навъи дерпазак мебошад, ки меваҳои он дар навдаи худӣ ҳамон дарахт хушк мешаванд. Маҷмӯи навъҳои ин намуд аз мӯякрешаҳо то навдаву барг маводи доругӣ мебошанд. Масалан дар тибби мардуми хоки атрофи мӯякрешаҳо ба зардобӣ дуғ яқҷоя ҳамин карда кулҷаи онро ба пайвандҳои ки дардманданд, шабона, мегуздоранд, шифо мебахшад; навдаҳои 1 сола ва 2 соларо аз пӯстлохи ҷигари тоза намуда, лиф ва чуби онро барои ширчой истифода менамоянд. Қиёми (шилм) танаю навдаҳои талқон намуда меъёри муайяни онро барои табobati захмҳои ной, меъда ва рӯдаҳои истифода менамоянд. Дарахтҳои хушкшударо ҳамчун сӯзишворӣ ва инчунин барои табobati тарбоди пойҳо дар зер сандалӣ истифода менамоянд.

Зардолу *A. vulgaris* дарахти дастпарвари мавсимӣ рушаниву гармӣ ва обдӯсту ба камобӣ тобовар 5-6 (12) м баланди дорад. Фардҳои дастпарвар ва табиатии ин намуд дар баландиҳои 400 - 1000 ва дар вилояти мухтори Бадахшон то 3000 м дар заминҳои серхоку сернам ва хушк сангрездор мерӯянд. Пояҳои навруста ранги ҷираӣ доранд, бараҳнаанд. Баргҳо мудаввар ё байзамонанди мӯякчадор буда 8-10 см дарозанд. Гулҳо 2,5-3 см қутр доранд ва дар пояҳои соли гузашта 1-2 дар пояҳои бисёрсолаи кӯтоҳшуда даставор ҷойгиранд. Мева сершира, шаклҳо ва андозаҳои гуногун доранд. Рустании мевагии серғизо мебошад. Меваҳои онро дар шакли тару-тоза истеъмол менамоянд, инчунин аз онҳо консерв ва беш аз ҳама ғулинг истеҳсол мекунанд. Онҳо дорои қанд ва витаминҳо (А ва С), ки дар ҳолати хушкӣ донак мекунанд. Мағзи ширини донакро ҳамчун ивазкунандаи донаки бодом дар саноати қанноди истифода мебаранд; вай дорои 55% рӯған мебошад.

Аҷдоди аксарияти навъҳои дастпарвари зардолу дар миқёси олам сортҳои мебошанд, ки дар Тоҷикистон парвариш карда мешаванд. Нишонаи асосӣ – дарахтони боҳашамат ва тез рӯянда, аз 4-5 солагӣ баҳрадор мешаванд; инчунин амплитудай вақти пухтани меваҳо (май-сентябр), кам будани кислотаҳо ва баланд будани миқдори қанд ва аксари он навъҳо мағзи донакашон ширин аст.

Хулоса. Сифатҳои ғизогиwu тиббӣ ва технологияе, ки барои зардолу дар боло сифат шудаанд, барои дигар намоёндохони авлодҳои бодом, олу-болу, гелос, олуча ва шафтолуw навъҳои он хос мебошанд. Барои ҳамин маҷмӯи намулҳои ин авлодҳо на танҳо аҳамияти ботаникӣ ва фитогеографӣ доранд, балки захираи табиатӣ барои фармакогносҳо (провизорҳо) мебошанд.

Рӯйхати адабиётҳо

1. Айни Садриддин. Мирзо Абдулқодири Бедил. Сталинобод 1954.
2. Гурский А. В. Дикорастущие и культурные древесные растения Советского Бадахшана/А. В. Гурский // Тр. Тадж. Фил. АН СССР 1951 т 18, бот.
3. Запрягаева В. И. Род Абрикос, Зардолу (тадж.) - /В. И. Запрягаева // Флора Таджикской ССР. Главн. ред. П. Н. Овчинников, утвр. к печати БИН АН Тадж. ССР. Изд-во «Наука» Л. 1975 т. 4. – с. 517-520.
4. Назаров М. Н. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон / М. Н. Назаров, Н. М. Назаров // тибқи қарори протоколи №2 Шӯрои таъбу нашри ВТ ва ҲИА ҚТ аз 20 июни соли 2018 тавсия шудааст.
5. Полевая геоботаника под общ.редак. Е.М.Лавренко и А.А. Корчагина. Изд-во АН СССР. М. – Л., 1959-1976, тт. 1-5.

Назаров М. Н., Назаров Н. М., Борониев Н. С.

КАЛИДИ МУАЙЯН КАРДАНИ НАМУДҲОИ АВЛОДИ ROSA L. – САДБАРГҲОИ ТОҶИКИСТОН.

Кафедраи фармакогнозия ва ташкилу иқтисоди фармасияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Муҳимият. Дар асоси нишонаҳои узвҳои нашвӣ (тана бо пояҳо) ва худтакроркунӣ (гул, мева, тухмӣ) ташхис гузаронидани намулҳои авлоди Rosa, ки ба се зеравлод ва 18 намул [1-5] дар миқёси Тоҷикистон во меҳуранд, аз назари мураттабӣ ва фармакогносӣ ниҳоят зарур мебошад.

Мақсади тадқиқот. Ошкор кардани популярсияи намулҳои авлоди Rosa, ки меваҳои онҳо манбаи афзуни витамини С мебошанд. Ҳамзамон аниқ кардани ареали фитокойносӣ ва флорокойностипҳое, ки аз назари фармакогносӣ (провизорӣ) ниҳоят муфиданд. Пешниҳод намулдани роҳҳои истифодаи самаранок ва равнақу ривоч додани бешаҳои дастпарвари намулҳои муфиди авлоди Rosa.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Гербария. Гербарияи авлоди Rosa – ро дар раванди экспедитсияҳои солҳои 1959-2019 дар ноҳияҳои фитогеографии Ҷумҳурии ҷамъоварӣ намудем. Тадқиқотҳои сахрой ва коркарди камералии гербарияро бо усулҳои геоботаникӣ [5] ва мураттабӣ (1-4) таҳлил намудем.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Калиди муайянкунандаи намулҳои авлоди Rosa L.- Садбаргҳои ҷумхур:

1. Косабаргҳо бо шилшилаҳои иловагӣ _____2.
+ Косабаргҳо яклухтанд _____8.
2. Ранги гулбаргҳо аз сафед то сурх. Хорҳо рост. Гулҷояи меваҳои расида андаке хушк _____3.
+ Ранги гулбаргҳо аз сафед то гулобӣ. Хорҳо хамида. Гулҷояи меваҳои расида нарм ва ширадор _____4.
3. Ранги гулбаргҳои гулҳои ҳамон як бутта аз сафед то сурх тобиш доранд. Қутри гулҳои рангашон зард ё зардчаи сурх 4-6 см; гулҳо якто-яктогӣ ё 2-3-тогианд. Гулҷояи меваҳои расида ранги зардчаи сурхтоб доранд ва ширадоранд _____13. Rosa foetida Herrm. – Садбарги хӯшбӯй.
+ Гулбаргҳо зард, аксаран шилшиладор. Хорҳо рост то 1 см дароз. Гулҳо яктогӣ ё дутогӣ. Қутри гули рангаш зард то 5 см. Гулҷояи меваҳои расида хушк ва косабарг доранд. 14. Rosa popovii Chrshan. – Садбарги Попов.
4. Гулпояҳо бо ғадудчаҳои поячадор. Сутунча дар зери гардгирак бараҳна ё патнок. _____5.
+ Гулпояҳо бараҳна ё патдор, ғадудча надоранд. Сутунча дар зери гардгирак патнок аст. _____7.
5. Гулҳо шилшиладоранд. Сутунча дар зери гардгирак патнок. Рустаниҳо аз хориҷи кишвари мо, муҳоҷирон. _____6.
+ Гулҳо одӣ, сафед, яктогӣ ё 2-3-тогӣ дар нӯги болоии гулпоя ҷойгиранд, қутри онҳо 3-5 см аст. Сутунча дар зери гардгирак бараҳна. Хорҳои досчашакл. Гулҷояи бараҳна ё бо ғадудчаҳои сутунчашакли байзамонанд ё байзамонанди эллиптикӣ пӯшида то 1-2 см дарозанд; дар меваҳои расида онҳо ранги сурх доранд ва сершираанд _____6. Rosa achburensis Chrshan. – Садбарги оқбӯрӣ.
6. Гулҳои ягона бо қутри 4-6 см ва ранги ҷигарӣ доранд, аксаран шилшиладор. Хорҳои реза рост, андаке калон досчашакл маҷашуда. Гулҷоя бо ғадудчаҳои сутунчашакл. Косабаргҳо 1.5-2.5 см дароз ва то пухтаву расидани меваҳо хушида мерезанд _____11. Rosa gallica L. – Садбарги франсавӣ.
+ Қутри гулҳои шилшиладори сафед то 7 см аст ва дар тӯдагули камгул ё баъзан яктогӣ ҷойгиранд. Хорҳои сахт бо асоси пахншудау досчашакл. Гулҷояи бараҳна байзашакли дарозрӯя аст 12. Rosa alba L. – Садбарги сафед.
7. Қутри гулбаргҳои сафеди гулобӣ 4-6 см; дар марҳалаи гулфурорӣ дар асоси гулбарг доғи гулобӣ, баъзан сафед падиор аст. Гулҳо яктогӣ ё 2-4-тогӣ дар нӯги болоии пояҳои гулдор ҷойгиранд. Хорҳои чун досча қашуда. Гулҷояи 1-2 см дароз, бараҳна, байзавӣ, байзавии-эллиптикӣ ё андаке курашакл 1-2 см дарозанд. Гулҷояи меваҳои расида ранги сурхи баланди гулоби доранд _____4. Rosa canina L. – Садбарги муқаррарӣ, хуч.

- + Қутри гулҳои рангпариди (ҳаргиз гулобӣ нестанд) 4-6 см. Гулҳо якто-якто ё 2-4-тогӣ дар танаи гулпоя ҷойгиранд. Хорҳо досча - ё чахтшакл 5-8 мм. Гулҷояи бараҳна байзамонанд, байзавии дарозрӯя ё курашакл 1-2 см дароз ва дар меваҳои расида бо ранги баланди гулобӣ 5. *Rosa corymbifera* Borkh. – Садбарги сипардор.
8. Сутунча дар зерӣ гардгирак бараҳна _____9
- + Сутунча дар зерӣ гардгирак патнок _____10
9. Қутри гулҳои зарди рӯшан, ки як- ё 2-3-тогӣ ҷойгиранд 3-4 см. Хорҳо якхела, рост ва бо асоси фишурда 8 см дароз. Гулҷояи курашакл ё байзамонанди васеъ бараҳнаанд. Косабаргҳои одӣ дар марҳалаи гулфурӯрӣ ба гулҷоя моил(чафс)анд. Гулҷояи меваҳои расида ранги қаҳвагии олуболугӣ доранд _____
- _____15. *Rosa platyacantha* Schrenk – Садбарги хорвасеъ.
- + Қутри гулҳои зарди баланди ягона 2.5-4 см. Хорҳо 1-1.2 см дароз. Гулҷояи доирашакли меваҳои расида бо ранги қаҳвагӣ ва 1-1.2 см дарозанд. Косабаргҳо хушкида мерезанд _____16. *Rosa esae* Aitch. – Садбарги Эчисон.
10. Пояҳои навруста бараҳнаанд _____11.
- + Пояҳои навруста патноканд. Қутри гулҳои зард, ки дар гулпоя 1-3-тогӣ ҷойгиранд 4.5-7 см. Хорҳои махрутшакл 0.5-1.3 см. Гулҷояи то 2 см дароз курашакл ё гирду байзашакл _____17. *Rosa ovczinnicovii* Kocz. – Садбарги Овчинников.
11. Қутри гулҳои зарди рӯшан, ки як ё 2-тогӣ ҷойгиранд 2-4 см. Хорҳо якхела, саҳт, рост ё андаке қач. Гулҷоя курашакл, бараҳна ё ғадудчадор ва дар мавриди пухта расидани меваҳо ранги қаҳрабо дорад, андаке хушканд _____18. *Rosa divina* Sumn. – Садбарги беҳамто.
- + Гулбаргҳо сафед ё гулобӣ. Гулҳо яктогӣ ё дар тудгули сипаршакл. Косабаргҳо мавҷуданд ё хушкида мерезанд _____12
12. Косабаргҳо мавҷуданд _____13
- + Косабаргҳо хушкида ва бо лавҳача якҷоя мерезанд _____16
13. Қутри гулҳо 3-4 см, ранги онҳо аз гулобии бенур то гулобии рӯшан, як-ё 4-5-тогианд. Хорҳои то 1.5 см дароз, рост, борик, махрутшакл. Қутри гулҷоя то 2 см, бараҳна ё ғадудчадор, аз байзашакл то нокшакл. Гулҷоя дар меваҳои расида ранги гулобии баланд доранд ва хушканд _____
- _____9. *Rosa marocandica* Bunge – Садбарги самарқандӣ
- + Пояҳо рост. Косабаргҳо 1-3 см дароз _____14.
14. Қутри гулҳои ягона ё ин ки 3-5-тогӣ дар гулҷоя ҷойгиршуда 3-4 см. Гулҷоя 0.5-1 см дароз, доирашакл ё байзашакл, бо пулакчаҳои ғадудчадор ва дар меваҳои пухтаву расида бо ранги гулобии сурх. Хорҳо 2-12 мм дароз, рост ё андаке қач _____10. *Rosa korshinskyana* Bouleng. – Садбарги Коржинский.
- + Пояҳоро танҳо пулакчаҳо пӯшониданд. Косабаргҳо 1.5-4 см дароз -15
15. Қутри гулбаргҳои сафед ё гулобии паст то 7 см. Гулҳо дар тудгули сипаршакл ё 2-3-тогӣ. Гулҷояи то 1.5 см дароз, бараҳна ва байзашакли васеъ. Косабаргҳо бараҳна ва 3-4 см дароз. Гулҷояи меваҳои расида бо косабаргҳо ранги сурхи рӯшан дорад. Хорҳо 7-10 мм дароз, рост, секунҷа _____
- _____8. *Rosa longisepala* Kocz. – Садбарги дарозкосабарг.
- + Қутри гулҳои дар гулпоя як- ё 3-4-тогӣ, аз 3 то 9 см, аксаран махмалинанд. Ранги гулбаргҳо аз сафед то сурхи сиёҳтоби рӯшан. Гулҷоя бараҳна, патнок бо патҳои ғадудчадор ё ғадудчаҳо, шаклан аз андаке дароз то лунда; дар ҳолати меваҳои расида бо ранги гулобии баланд ва ҳатто сурхи сиёҳтоб; сершира ё андаке хушк. Хорҳои рост, саҳти махрутшакл то 12 мм дароз _____7. *Rosa fedtshenkoana* Regel – Садбарги Федченко.
16. Қутри гулбаргҳои сафед ё гулобии рангпариди 2.5-3 (4) см. Гулҳо дар тудгули сипаршакл ё ҷорубак дар интиҳои гулпоя ҷойгиранд, баъзан яктогианд. Гулҷоя 0.5-1 (1.5) см дароз, бараҳна, баъзан ғадудчадор, дар меваҳои расида рангашон сурх ва сершира. Хорҳо досчашакл ё чахтшакл _____
- _____1. *Rosa beggeriana* Schrenk – Садбарги Беггер.
- + Гулҳо ягона ё 2-3-тогӣ _____17
17. Қутри гулҳои сафед ё гулобии рангпариди (камранг) 4-5 см. Гулҳо яктогӣ ё 3-5-тогӣ дар қади гулпоя ништаанд. Гулҷояи эллиптикӣ ё дарозрӯяи байзашакли ғадудчадор ё бараҳна 1.3-2 см дарозанд. Дар меваҳои расида сурху сершираанд. Хорҳои то 1.7 см дароз, рости пилташакл _____
- _____2. *Rosa huntica* Chrshan. – Садбарги Ғундӣ.
- + Хорҳои то 1.5 см дароз дар танаву пояҳо аҳён-аҳён ё нисбатан сершумору 2-тогӣ ё чахчӯбшакл ҷойгиранд; ранги онҳо зардча, рост, андаке ба боло қачшуда. Қутри гулҳои ягона ё 2-3-тогӣ 2-4 см аст. Гулҷоя гирд ё дарозрӯя, бараҳна, баъзан ғадудчадори патнок ё ғадудчадор ва дар меваҳои расида ранги гулобии сурх ё тамоман сурханд, сершираанд _____3. *Rosa nanothamnus* Bouleng. – Садбарги пакана.
- Хулоса.** Ба ҳайси буттаҳои пайваншаванда Садбарги ғундӣ, С. Федченко, С. Коржинский, С. Овчинников, С. оқбури, ба ҳайси пайвандпоя қалмча, муғча – С. ғундӣ, С. пакана, С. Беггер, С. самарқандӣ, С. беҳамто, С. хушбӯй пешниҳод менамоем.
- Рӯйхати адабиётҳо.**
1. Григорьев Ю. С. Определитель растений окрестностей Сталинабада/Ю. С. Григорьев//Утвер.. к печати БИН им. В. Л. Комарова АН СССР. Изд-во АН СССР. М – Л., 1953 – с. – 1-300
2. Кочкарёва Т. Ф. Род Роза, Шиповник, Гули раъно, Гули-хор, Хоргул (тадж.) - /Т. Ф. Кочкарёва//Флора Таджикской ССР. Главн. ред. П. Н. Овчинников, утвер. к печати БИН АН Тадж. ССР. Изд-во «Наука» Л. 1975 – с. 449-476

3. Камелин Р. В. /Р. В. Камелин/Видовой состав растительного покрова ущелья р. Варзоб//Флора и растительность ущелья р. Варзоб. Глав. ред. П. Н. Овчинников. Изд-во «Наука» Л. 1971, тр. БИН АН Тадж. ССР, т. XX11 –с -181-182.
4. Назаров М. Основной флористический состав формации на Дарвазском хребте/М. Назаров//Сб. раб. аспиранта ТГУ им. В. И. Ленина (Сер. ест. наук).
5. Полевая геоботаника под общ. редак. Е.М.Лавренко и А.А. Корчагина. Изд-во АН СССР. М. – Л., 1959-1976, тт. 1-5.

Назарова Х.Д., Раджабов У.Р., Бободжонов В.А.

ТЕРМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИОННОГО РАВНОВЕСИЯ В ВОДНЫХ РАСТВОРАХ БЕНЗИМИДАЗОЛА

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Синтез, исследование процессов образования координационных соединений и выделение их в твердой фазе, а также определение характера взаимодействия между ион-комплексобразователь–лиганд, ион-комплексобразователь-растворитель и лиганд-растворитель представляет большой теоретический и практический интерес. Например, координационные соединения, ионов переходных металлов с карбоновыми кислотами, являющимися биологически активными веществами, нашли широкое применение в различных областях науки, техники, народного хозяйства и медицины. В частности, координационные соединения железа(III) и железа(II), с различными органическими лигандами и их производными являются донорами микроэлементов, жизненно необходимых для нормального роста и развития всех сельскохозяйственных культур. Подробные исследования в этом направлении показали, что подобные соединения при применении их в виде корневой и в некорневой подкормок намного эффективнее для растений по сравнению с соответствующим им минеральным солям. Микроэлементы, находящиеся в виде комплексных форм, лучше усваиваются растениями, а за счет активности лиганда они оказывают дополнительный стимулирующий эффект на рост, развитие и плодообразование сельскохозяйственной продукции.

Цель исследования. Заключается в установлении влияния температуры на состав и устойчивость, определения оптимальных условий получения и выделения из растворов координационных соединений, образующихся в системе железа (III) и железа (II) – бензимидазол-вода и термодинамическая характеристика процесса образования гомогетероядерных и гетеровалентных комплексов железа в степенях окисления два и три.

Материал и методы исследования. Этот метод определения тепловых эффектов реакций называют методом температурного коэффициента. Хотя метод температурного коэффициента является менее точным, чем прямые калориметрические измерения, однако, его применение более удобно как в практическом, так и расчетном отношении. Кроме того, в процессах полиядерного комплексобразования, когда число комплексобразующих частиц велико, а некоторые из них образуются в очень малых количествах, метод температурного коэффициента остаётся единственным возможным. При этом конечно, не исключается применение прямого калориметрического метода для определения теплового эффекта реакций образования комплексов доминирующих в больших интервалах концентрационных переменных.

Результаты исследования и их обсуждение. Рассчитанные численные значения констант протонирования бензимидазола (1) были использованы для графического определения изменений энтальпии этого процесса [1].

Изменения энтальпии, энтропии и свободной энергии (изобарно-изотермического потенциала) были рассчитаны по уравнениям:

$$\Delta H^0 = -4,576 \cdot \text{tg} \alpha \quad (1)$$

$$\Delta G^0 = -RT \cdot \ln \beta = -2,303 \cdot RT \cdot \lg \beta = -4,576 \cdot T \cdot \lg \beta \quad (2)$$

$$\Delta S^0 = (\Delta H^0 - \Delta G^0) / T \quad (3)$$

Стандартные изменения энтальпии процессов протонирования бензимидазола были вычислены по уравнению (1), а тангенс угла наклона в этом уравнении был определен из графика зависимости логарифма констант протонирования от обратной температуры. Зависимость $\lg K_1$ от $1/T \cdot 10^3$ в интервалах температур от 288÷318 К и ионных силах от 0,10÷1,00 моль/л имеет постоянный угловой коэффициент равный 0,91. Найденное значение изменения энтальпии согласно уравнению (1) равно 17,4 кДж/моль. Такой характер изменения энтальпии вполне возможна в тех случаях, когда алгебраическая сумма теплоёмкостей исходных веществ и продуктов реакции равны, т.е. $\Delta C_p = 0$ [2].

Постоянство величины $\Delta H_{\text{пр}}^0$, определенное методом температурного коэффициента, можно объяснить небольшими изменениями констант протонирования в зависимости от температуры и ионной силы, что практически находится в пределах погрешностей измерения по методу оксредметрии. В то же время, положительное изменение энтальпии протонирования бензимидазола можно объяснить освобождением значительного количества молекул воды из окружения бензимидазола и протона в результате протекания процесса протонирования [3].

Величины $\lg K_1^0$ табл.1. и $\Delta H_{\text{пр}}^0 = 17,4$ кДж/моль были использованы нами для расчета изменений свободной энергии и энтропии реакций протонирования бензимидазола, которые приведены в табл.1.

Таблица 1 Значения ΔG^0 и ΔS^0 реакций протонирования бензимидазола

Т, К \ J	Термодинамическая функция							
	$\Delta G^0 \pm 0,4$ (кДж/моль)				$\Delta S^0 \pm 1-2$ (Дж/моль·К)			
	0,1	0,25	0,5	1,0	0,1	0,25	0,5	1,0
288,16	30,8	33,2	33,3	33,3	-47	-55	-55	-55
298,16	31,1	31,6	31,9	32,8	-46	-48	-49	-52
308,16	33,2	33,7	33,8	34,1	-51	-53	-53	-54
318,16	33,1	35,8	36,5	38,1	-49	-58	-60	-65

Из таблицы 1 следует, что свободная энергия имеет положительное изменение, а энтропия отрицательное значение, поэтому согласно общим условиям термодинамического равновесия процесс протонирования бензимидазола можно отнести к несамопроизвольным процессам. Можно заметить, что с ростом температуры несамопроизвольность процесса незначительно возрастает.

Выводы. В системе железа(III)–железа(II)–бензимидазол–вода при различных температурах 288; 298; 308; 318 К методами окредметрии, спектрофотометрии установлено образование моно-, биядерных и гетеровалентных координационных соединений. С использованием моделирования реакций образования комплексов и окислительной функции определён их состав, рассчитаны константы образования. Выявлено, что в выбранных условиях эксперимента ионная сила и температура на состав образующихся координационных соединений не влияют, но существенно изменяют численные значения констант образования комплексов и областей их доминирования.

Список литературы

1. Назарова Х.Д., Алимова Б.О., Раджабов У.Р. Изучение комплексообразования меди (II) со стрептоцидом // “Наука и инновация ТНУ”. - Душанбе. -2019. -№3. -С.138-139.
2. Назарова Х.Д., Раджабов У.Р., Юсупова.Ф.Х., Бободжонов В.А. УФ-спектроскопии координационных соединений цинка (II) со стрептоцидом (ЦИНКАСТ) // Наука и инновация №2, ТНУ. – Душанбе: 2020. –С. 73-77.
3. Назарова Х.Д., Раджабов У.Р., Юсупова.Ф.Х., Бободжонов В.А. Безарарии пайвастагии координатсионии нукра бо стрептотсид// “Авчи Зухал”.-Душанбе.- 2021. -№1-С. 96 – 99.

Назарова Х.Д., Азимова Г.Н., Бободжонов В.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНСТАНТ ПРОТОНИРОВАНИЯ БЕНЗИМИДАЗОЛА

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

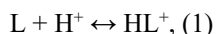
Актуальность. В настоящее время сведения о составе координационных соединений Fe(III) и Fe(II), образующихся в водных растворах бензимидазола немногочисленны. Они относятся к ограниченному интервалу концентрационных условий, а данные о полиядерных комплексных соединениях железа практически отсутствуют. В то время как именно полиядерные и гетеровалентные координационные соединения железа входят в состав активных центров железосодержащих ферментов, обеспечивающих в электронно-транспортных цепях процесс биологического окисления, осуществляющие многоэлектронные переносы, которые термодинамический более выгодны, чем одноэлектронные.

Цель исследования. Заключается в установлении влияния ионной силы на состав и устойчивость, определения оптимальных условий получения и выделения из растворов координационных соединений, образующихся в системе железа (III) и железа (II) – бензимидазол-вода и термодинамическая характеристика процесса образования гомо- гетероядерных и гетеровалентных комплексов железа в степенях окисления два и три.

Материал и методы исследования. Изучение реакций протонирования бензимидазола необходимо для количественной характеристики реакций образования координационных соединений в растворах. Исследование реакций протонирования бензимидазола было проведено в ионных силах раствора равных: 0,10; 0,25; 0,50; 1,00 моль/л. Ионная сила поддерживалась постоянной добавлением в исследуемые растворы рассчитанных количеств растворов NaClO₄ или HClO₄ [1].

Константы протонирования были определены методом pH-метрического титрования при выбранных концентрациях бензимидазола (L). Титрантом служил 0,1 моль/л. раствор хлорной кислоты (HClO₄).

Результаты исследования и их обсуждение. Реакцию протонирования нейтрального бензимидазола можно представить в виде:



константа, которой представляется:

$$K = C_{HL^+} / C_L \cdot C_{H^+}. (2)$$

В уравнении (2): C_L – и C_{HL⁺} - равновесные концентрации нейтрального и протонированного бензимидазола. Расчет величин констант протонирования проводился по следующему уравнению:

$$\lg K_i = pH + \lg C_{HClO_4} \cdot V_{HClO_4} / Ca \cdot Va, (3)$$

где: Ca - исходная концентрация бензимидазола, Va – исходный объем бензимидазола[2].

Уравнение (3) было использовано для расчета констант протонирования бензимидазола при всех принятых в настоящем исследовании температурах и ионных силах. Расчет осуществлялся на компьютере по программе Excel. Результаты расчетов приведены в таблице 1. Из данных, приведенных в табл.1 видно, что экстремальный характер зависимости констант протонирования от ионной силы нарушается только при ионной силе равной 0,10. Этот факт объясняется тем, что при низких ионных силах и температурах потенциал системы менее устойчив, а также увеличивается влияние растворимости лиганда.

Таблица 1

Значения логарифма констант протонирования ($\lg K_i^0 \pm 0.02$) бензимидазола

Ионная сила	T, K lgK _i	288,16	298,16	308,16	318,16
0,1	lgK _i	5.58	5.45	5.63	5.43
0,25	lgK _i	6.01	5.54	5.71	5.88
0,5	lgK _i	6.04	5.59	5.73	5.99
1,0	lgK _i	6.04	5.75	5.78	6.26

Численные значения констант протонирования бензимидазола были использованы для расчета ионного равновесия в изученных растворах. Расчет равновесия всех форм бензимидазола в пределах pH от 1,0 до 12,0 осуществлялся согласно следующим уравнениям:

$$\alpha_L = L \backslash C_L = L \backslash L(1 + K_1 h + K_2 K_1 h^2) = 1 \backslash 1 + K_1 h + K_2 K_1 h^2 \cdot 100\%, \quad (4)$$

$$\alpha_{HL} = HL \backslash C_L = L \backslash L(1 + K_1 h + K_2 K_1 h^2) = K_1 h / 1 + K_1 h + K_2 K_1 h^2 \cdot 100\%, \quad (5)$$

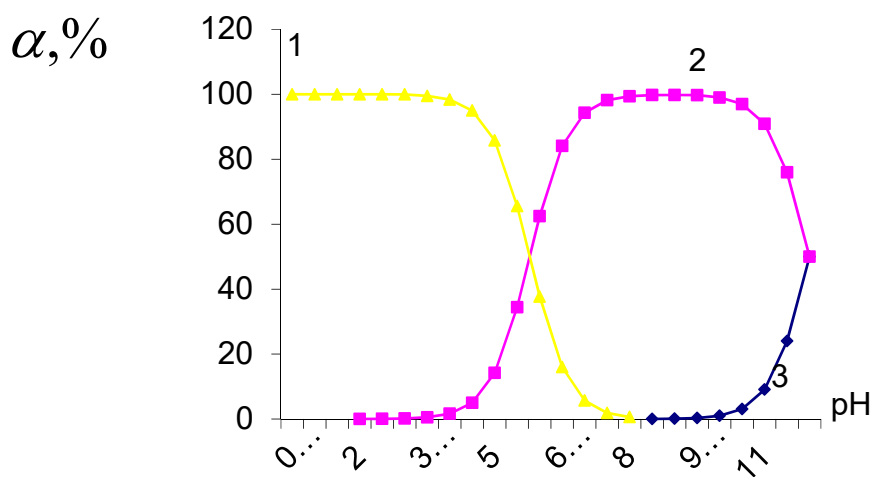
$$\alpha_{H_2L} = K_2 K_1 h^2 \backslash C_L = L \backslash L(1 + K_1 h + K_2 K_1 h^2) = K_2 K_1 h^2 / 1 + K_1 h + K_2 K_1 h^2 \cdot 100\%, \quad (6)$$

где: α_L - , α_{HL} - и α_{H_2L} - молярные доли аниона и катиона бензимидазола соответственно; L - равновесная концентрация бензимидазола или продуктов его ионизации, C_L - общая концентратия бензимидазола; K_1 и K_2 - константы протонирования и протонизации бензимидазола соответственно, а $h = -\lg pH$ [3].

Рассчитанные с помощью уравнений (4)-(6) молярные доли катиона, аниона и нейтральной формы бензимидазола были использованы для построения диаграммы распределения его ионного равновесия в водных растворах. На рис 1 в качестве примера приведена диаграмма ионного равновесия катиона, аниона и непротонированного бензимидазола в водном растворе при 308,16 К и ионной силе равной 1,0 моль/л.

Рис.1. Диаграмма распределения протонированных и непротонированных форм бензимидазола при температуре 308 К и ионной силе 1,0 моль/л.

1 - H_2L^+ ; 2 - HL ; 3 - L^- .



Из диаграммы распределения бензимидазола следует, что в области pH до 5,0 в растворе доминирует катион бензимидазола, т.е. ион LH_2^+ . Нейтральная молекула бензимидазола (LH) имеет широкую область доминирования от pH = 5,0 до 11,0. Поэтому можно предположить, что в этих пределах pH только пиридиновый атом азота может участвовать в реакциях образования координационных соединений. Эти сведения необходимы для определения в исследованных растворах характера координации различных ионных форм бензимидазола с центральным атомом комплексообразователем [4].

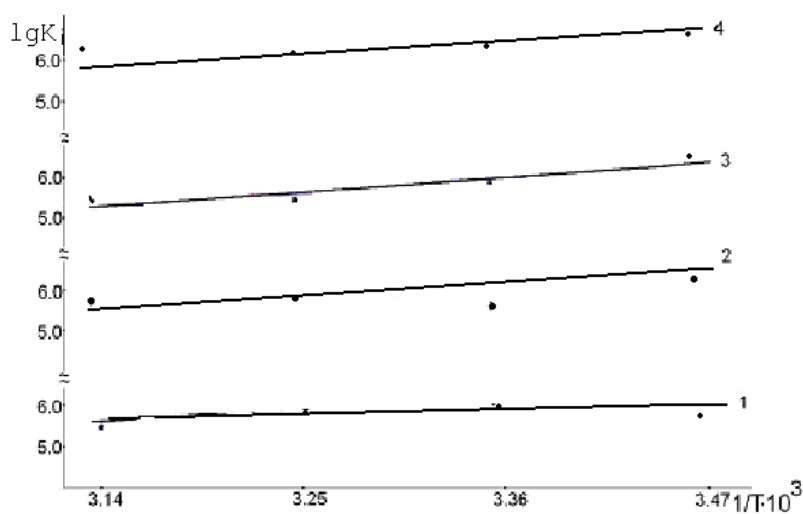


Рис.2. Зависимость логарифма констант протонирования ($\lg K_i$) бензимидазола от обратной температуры при различных ионных силах (J):

1 - 0,10; 2 - 0,25; 3 - 0,50; 4 - 1,00 моль/л.

Таким образом, можно заметить, что при $pH > 11,0$, вплоть до $pH = 12,0$ в растворах доминирует анион бензимидазола, (L^-), т.е. в этих пределах pH пиридиновый и пирольный атомы азота свободно могут участвовать в реакциях образования координационных соединений, а при $pH > 12$ вероятность их координации становится равным. Это указывает на то, что после $pH 11,0$ бензимидазол проявляет себя как амбидентный лиганд.

Константы протонирования бензимидазола рассчитанные при различных температурах и ионных силах использованы для построения зависимости $\lg K_i$ от обратной температуры (2), которая имеет прямолинейный характер. На основании этих зависимостей методом температурного коэффициента нами рассчитаны термодинамические характеристики ионных равновесий водных растворов бензимидазола [5].

Выводы. Анализом экспериментальных данных определены условия образования биядерного и гетеровалентного координационных соединений, по которым можно определить оптимальные условия выделения в твёрдом виде полиядерных соединений железа(III) и железа(II), являющиеся биоактивной основой противомикробных и бактерицидных лекарственных препаратов.

Список литературы

4. Назарова Х.Д., Юсупова Ф.Х., Раджабов У.Р. Изучение безвредности комплекса цинка со стрептоцидом // «Наука и инновация ТНУ». - Душанбе. -2019. -№4. -С.148-150.
5. Назарова Х.Д., Алимова Б.О., Раджабов У.Р. Изучение комплексообразования меди (II) со стрептоцидом // «Наука и инновация ТНУ». - Душанбе. -2019. -№3. -С.138-139.
6. Назарова Х.Д., Раджабов У.Р., Юсупова Ф.Х., Бободжонов В.А. УФ-спектроскопии координационных соединений цинка (II) со стрептоцидом (ЦИНКАСТ) // Наука и инновация №2, ТНУ. – Душанбе: 2020. –С. 73-77.
7. Назарова Х.Д., Раджабов У.Р., Юсупова Ф.Х., Бободжонов В.А. Безарии пайвастагии координатсионии нукра бо стрептотсид // «Авчи Зухал». -Душанбе.- 2021. -№1-С. 96 – 99.
8. Назарова Х.Д., Юсупова Ф.Х. Определение молекулярной массы координационных соединений серебра со стрептоцидом методом криоскопии // «Материолы международной научно-практической конференции (69 - годичной), посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». –Душанбе. -2021. -Том 2. –С. 691.

Раджабов Г.О., Ахророва М.А., Сафарзода Р.Ш.

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ПРОДВИЖЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Учебный, научно-производственный центр «Фармация», Кафедра фармакогнозии и ОЭФ, Кафедра фармакологии, Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Лекарства играют ключевую роль в достижении или поддержании здоровья, но при этом жизненно важно, чтобы они использовались рационально. Если пациент нуждается в лечении, он должен иметь доступ к нужным лекарствам, в правильной дозировке и в количестве достаточном для адекватного курса лечения. Врачи и фармацевты играют ключевую роль в обеспечении надлежащего применения лекарств. Как людям, ответственным за медицинскую помощь, им необходимо оценивать различные варианты лечения, включая лекарственную терапию, и рассматривать каждый из них в плане потенциальной пользы и вреда [1].

Цель исследования. Анализ влияния фармацевтических компаний на решения врачей по выбору лечения.

Материал и методы исследования. В качестве материала для настоящей работы использованы данные анализа международных рекомендаций, информации о лекарствах в специализированных медицинских журналах, национальных законодательных и нормативных документов и источников литературы, а также данные опроса – 184 анкет практикующих врачей клинических больниц г.Душанбе (проведенный в марте - июне 2019г. УНПЦ «Фармация» ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино).

Результаты исследования и их обсуждение. Фармацевтические компании тратят десятки миллионов каждый год, пытаясь повлиять на выбор способа лечения, прописываемого врачами. Для повышения прибыли некоторые фармацевтические компании ещё больше сокращают исследования и разработку новых лекарственных препаратов. При этом реклама значительно усиливает эффект, достигаемый торговыми представителями, тогда как на неё расходуется лишь малая доля средств на продвижение [1].

Медицинские работники обычно очень заняты, и у них не всегда есть время, для чтения статей об оригинальных исследованиях, чтобы решить, будет ли лекарство полезным для их пациентов. Также важно знать об объективных источниках информации высокого качества, представляющих обобщенные обзоры результатов научных исследований.

Фармацевтические компании придают важное значение работе с научными работниками и высококвалифицированными специалистами, мнение которых существенно влияет на практикующих врачей, и способны увеличить продажи препаратов. Оплата лекций, поездок на конференции, спонсирование публикаций могут снизить объективность суждений об эффективности и безопасности лекарств. Вместе с тем, невысокая заработная плата, недостаточная финансовая поддержка научной работы, ограниченные возможности посещения конференций значительно повышают заинтересованность специалистов в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями.

Проблема неэтичной рекламы в специализированных медицинских журналах становится особенно злободневной и требует тщательного регулирования [1], учитывая, что при назначении лекарственных средств (ЛС) врачи ориентируются на специализированные периодические издания. Очень часто фармацевтические компании указывают неполные сведения о безопасности препарата [1]: сведения о побочных эффектах содержатся лишь в 25% случаев проанализированной журнальной рекламы. Зачастую реклама в специализированных периодических медицинских изданиях не соответствовала нормативным требованиям или в ней представлялись искажённые сведения.

С целью надлежащего продвижения лекарств Всемирной Организацией Здравоохранения разработаны Этические Критерии Продвижения Лекарств, рекомендующие включение следующей информации в рекламу ЛС, появляющуюся на страницах медицинских журналов (WHO, 1988):

- Название(-я) активного ингредиента(-ов) с использованием международных непатентованных наименований (МНН), либо одобренного генерического названия лекарства;
- Торговое наименование;
- Содержание активного(-ых) ингредиента(-тов) в единице лекарственной формы или в назначенной дозе (на прием);
- Название других ингредиентов, которые могут вызвать развитие побочных эффектов;
- Утвержденные показания к применению;
- Лекарственная форма или способ применения;
- Побочные эффекты и основные нежелательные лекарственные реакции;
- Меры предосторожности, противопоказания и предупреждения;
- Важнейшие лекарственные взаимодействия;
- Название и адрес производителя или поставщика лекарства;
- Ссылки на научную литературу о данном препарате.

В соответствии с Этическими критериями ВОЗ термин «продвижение на рынок» в сфере здравоохранения и фармации используется «...по отношению ко всем видам информационно-рекламной деятельности, которая проводится фирмами-изготовителями и оптовыми фирмами и которая имеет целью стимулировать назначение, поставку, закупку и/или использование лекарственных средств»[2].

В нашей стране эта проблема стоит также остро, так как качественной и доступной информации о лекарственных средствах не хватает, а фармацевтические компании в погоне за прибылью не всегда считают с этическими и законодательными требованиями при рекламировании своих лекарственных продуктов. В Республике Таджикистан сфера продвижения лекарственных средств регулируется нормативно-правовыми документами, такими как: Закон Республики Таджикистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» 2001г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2007г., 2008г., 2011г., 2012г., 2014г., 2015г., 2018г.) [3]; Закон Республики Таджикистан «О рекламе» 2003г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2003г., 2007г., 2008г., 2012г., 2014г., 2015г., 2017г., 2018г.) [4]. Эти законодательные акты затрагивают общие правовые основы в сфере обращения ЛС и фармацевтической деятельности, контроля качества, эффективности и безопасности, торговли ЛС, а также регулирования рекламы. Но как показывает анализ действующего законодательства, детальные требования ко всем аспектам продвижения ЛС, от фармацевтических компаний (производителя) до конечного потребителя через врача, рекомендующего лекарственный препарат, практически отсутствуют.

Учитывая вышеизложенное, с целью определения влияния фармацевтических компаний на решения врачей по выбору лечения и назначению лекарств на практике был проведен социологический опрос путем анонимного анкетирования, где приняли участие врачи разных специальностей, занимающиеся практической деятельностью и работающие в клиниках больниц города Душанбе. В анкетировании приняло участие 178 врачей.

На предварительном этапе были составлены анкеты, в которых отражались вопросы, касающиеся на решения врачей по выбору лекарств. Практически все врачи сталкивались в своей практике с работой медицинских представителей фармацевтических компаний (97%). Источником получения интересующей медицинской информации 47% опрошенных врачей считают медицинских представителей фармацевтических компаний, 35% - чтение специализированных фармацевтических журналов и газет и 18% - справочных изданий по ЛС. Информацию о ЛС, предоставленную фармацевтическими компаниями считают объективной и достоверной – 54%, не объективной и не достоверной – 17%, затрудняются ответить – 29% респондентов. Однако следует отметить, что влияние на решение сотрудничества с фармацевтическими компаниями на выписку препарата больному указали 41% опрошенных врачей; не влияет - 45% респондентов, затруднились ответить - 14%. В ходе исследования выяснилось, что понятие о МНН имеют только 38% специалистов; что такое дженерики и их преимущества — 44%. На вопрос используют ли в своей врачебной практике «Клинические руководства/протоколы лечения по ведению заболеваний» ответили да- 93%, нет - 7%. Знают, что такое Формуляр лекарственных средств и СОЛС – только 6 2% опрошенных врачей. Результаты проведенного опроса позволили сделать заключение, что имеющихся у врачей знаний не достаточно для формирования профессиональной позиции активного противостояния агрессивному маркетингу ведущих фармацевтических компаний.

Выводы. Надлежащее применение лекарственных средств должна обеспечить система, включающая жесткий контроль государственных органов над регистрацией и продвижением на рынок лекарственных препаратов, основанная на максимально надежных доказательных исследованиях их эффективности и безопасности. В связи с этим, необходимо в стране разработать национальное положение, четко регулирующее надлежащее продвижение лекарств, учитывающее лучший международный опыт и реальные условия и приоритеты нашего здравоохранения.

Литература

1. Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться. Практическое руководство, первое издание /drug-promotion-manual-CAP-3-090610.pdf (дата обращения: 26.11.2011).
2. Резолюция WHA41.17 от 13.05.1988 «Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок» [Электронный ресурс]. - Код доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/2252956/> (дата обращения: 10.11.2016).
3. Закон Республики Таджикистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» 2001г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2007г., 2008г., 2011г., 2012г., 2014г., 2015г., 2018г., 2022г.).
4. Закон Республики Таджикистан «О рекламе» 2003г. (с внесенными дополнениями и изменениями в 2003г., 2007г., 2008г., 2012г., 2014г., 2015г., 2017г.).

Раджабов У.Р., Рахимова Б.Н.
**МОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ПРОВОДИМОСТЬ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ МАЛЬБ-
 ЦИНКАТ КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ**
 НИИ фундаментальной медицины.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Измерение молярной электрической проводимости(μ) даёт возможность судить о электролитное свойства координационных и различных ионных соединений[1,2].

Цель исследования. Исследована зависимость электрической проводимости моно- и биядерных комплексных соединений цинка и меди в воде и в диметилформамиде от концентрации и температуры в нейтральной среде.

Материалы и методы исследования. Молярная электрическая проводимость свежеприготовленных растворов биядерных комплексных соединений, измерялась методом кондуктометрии в присутствии моста переменного тока Р-5021 в термостатируемой ячейке с платиновым электродом и показывает, что координационные соединения составов: $[ZnAlbSO_4] \cdot 5H_2O$ и $[CuZnAlb_2SO_4] \cdot 7H_2O$ в диметилформамиде являются близкими к соединениям неэлектролитного состава.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проведенных исследований по определению электрической проводимости водных растворов координационных соединений цинка (П), меди с альбендазолом показал, что электрическая проводимость полученных комплексных соединений в зависимости от концентрации и температуры в нейтральной среде возрастает.

Таблица. Значения молярной электрической проводимости растворов координационных соединений цинка (П), меди с альбендазолом в зависимости от температуры

Соединение	Растворитель	$\mu, \text{Ом}^{-1} \cdot \text{см}^2 \cdot \text{моль}^{-1}$					
		Температура, К					
		293	298	303	308	313	318
$[ZnCuL_2]SO_4$	ДМСО	32,9	35,6	40,5	46	51,4	57,6
$[ZnCuL_2SO_4]$	ДМСО	53,7	54,3	55,3	58	60	61

Выводы. Выявлено, что молярная электрическая проводимость координационных соединений в зависимости от концентрации и температуры в нейтральной среде несколько увеличиваются. Это свидетельствует о том, что при разбавлении растворов комплексов вследствие ослабления межмолекулярных взаимодействий степень их диссоциации (α) увеличивается.

Список литературы

1. Химия координационных соединений. Дж. Бейлара, Д. Буша. Пер. с англ. Под ред. И.И. Черняева. М. 2010.- С.265.
2. Кукушкин Ю.Н. Химия координационных соединений/ Ю.Н. Кукушкин. –М.: Высш.шк., 1985.-С.27.

Рахимова Б.Н., Раджабов У.Р.
ИЗУЧЕНИЕ ИНВАЗИОННОЙ АКТИВНОСТИ МАЛЬБЦИНКАТА
 НИИ фундаментальной медицины.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Ветеринарно-профилактические мероприятия играют важную роль в обеспечении здоровья животных и безопасности продуктов животноводства в ветеринарно-санитарном отношении, причем дегельминтизация является одним из ведущих направлений этих мероприятий. Животноводы предпочитают пользоваться множеством антигельминтных препаратов широкого спектра действия, эффективность которых со временем снижается в связи с развитием у гельминтов резистентности[1,2].

Цель исследования. Разработка и создание новых эффективных препаратов проявляющие инвазионные свойства для лечения болезней животных в ветеринарной практики.

Материалы и методы исследования. В работе использован препарат Мальбцинкат синтезированный нами на кафедре фармацевтической и токсикологической химии. Испытание проведено в хозяйствах Дангаринского и Гиссарского районов РТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Для определения эффективной терапевтической дозы разработанной нами Мальбцинкат-субстанции в неблагополучном по мониезизму овец ПК им. Л. Муродова Гиссарского нами проведены копрологические исследования (метод последовательных смывов, метод Фюллеборна), в результате которых выделены 2 группы овец – контрольная (больные мониезизмом ягнята 3-месячного возраста, $n=10$) и опытная (больные животные соответствующего возраста, $n=50$), которая была подразделена на пять подгрупп, $n=10$). Животных обеих групп поместили в биркование. Опытным животным Мальбцинкат-субстанцию вводили перорально с водой в объеме 30 мл в дозах 0,004 г/кг (1-я подгруппа), 0,006 (2-я), 0,008 (3-я), 0,010 (4-я) и 0,012 г/кг (5-я подгруппа), контрольным животным в том же объеме спаивали воду[3,4].

В ходе проведенных копрологических исследований подтверждалась инвазированность ягнят контрольной группы, а эффективность Мальбцинкат-субстанции составила в 1-ой опытной подгруппе 60%, во 2-ой – 80, а в 3 – 5-ой подгруппах – 100% (по данным исследований яиц мониезий в каловых массах обнаружено не было) [5].

Выводы: Таким образом, нами установлена ориентировочно-терапевтическая доза Мальбцинкат-субстанции (0,008 г/кг), которая учитывалась при разработке лекарственных форм (гранул, таблеток и суспензии) на основе этого вещества, обладающего высокой эффективностью при мониезизме овец.

Литература

1. Сливкин А. И. Физико-химические и биологические методы оценки качества лекарственных средств/ А. И. Сливкин, В. Ф. Телеменев Е.А. Суховерхова. — Воронеж: ВГУ, 2000. — 368 с.

2. Раджабов У.Р Синтез, идентификация и биологические свойства координационных соединений Fe (II) и Cu(II) с азолами/ У.Р Раджабов., М.М.Рахимова, И.Т.Саттори, Н.Р.Сатторов, В.Н.Юсупов // Естественные и технические науки.-2011.-№3.-С.57-62.
3. Ершов Ю.А. Механизмы токсического действия неорганических соединений / Ю.А. Ершов, Т. В. Плетенева. — М.: Медицина, 1989. — 267 с.
4. Мешковский А. П. Испытания стабильности и установление сроков годности лекарственных препаратов/ А. П.Мешковский // Фарматека. — 2000. — № 2. — С. 25 — 38.
5. Sridhar S.K. Synthesis and antibacterial screening of hydrazones, Schiff and Mannich bases of isatin derivatives/ S.K. Sridhar, M.Saravanan , A. Ramesh // European Journal of Medicinal Chemistry. -2001.-№36(7-8).-P.615–625.

Сатторова Т.С, Джулаев У.Н, Навруззода Г.Ф

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРАВЫ ЗИЗИФОРЫ ПАМИРОАЛТАЙСКОЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ ВО ФЛОРЕ БАДАХШОНА

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Род зизифоры (*Ziziphora pamiroalaica* Juz., сем. Lamiaceae), таджикское название Чамбилак) насчитывается около 30 видов, распространённых в Средиземном море, Малой и Средней Азии, Афганистане. В Таджикистане растёт 5 видов. Древняя медицина определяла натуру зизифоры как горячую в III степени и сухую: Трава, при приёме вовнутрь веселит, открывает закупорки внутренних органов, укрепляет дух. Она имеет силу противоядия, гонит мочу и месячные, выводит червей, мёртвый плод из утробы, растворяет все вредные ветра (Зохидов Х. 1991). В современной народной медицине отвары травы зизифоры используют для полосканий при ангинах. Настои травы вовнутрь принимают при расстройствах пищеварения, венерических заболеваниях. Настои травы пьют как мочегонное, потогонное, возбуждающее аппетит средство (Ходжиматов М. 1989). Экспериментальные исследования показали, что трава зизифоры предупреждает развитие воспаления в кишечнике (Amini-Shirazi N., etal; 2009). Экстракты и эфирное масло обладают антимикробным, антигельминтным, противогрибковым и антиоксидантным действием. В современной народной медицине отвары травы зизифоры используют для полосканий при ангинах. Настой травы принимают при расстройствах пищеварения, венерических заболеваниях, а также как мочегонное, потогонное, возбуждающее аппетит средство. С этой точки зрения несомненный интерес представляют растения рода зизифоры (*Ziziphus*) семейства яснотковые (Lamiaceae). Сырьё для исследования было заготовлено в горных районах Таджикистана, в местах естественного произрастания этого сырья. Растение произрастает в горных районах Таджикистана, Узбекистана, Казахстана. По своему внешнему виду напоминает чабрец. Отличить эти два растения можно по форме цветков. Но главное отличие, это их специфический запах. Растение очень популярно в современной народной медицине. Его можно заготавливать самостоятельно и приобрести в аптечной сети. В составе эфирных масел, полученных методом гидро- и пародистилляции, идентифицированы 34 соединений, в том числе монотерпены, алифатические спирты, простые фенолы и сесквитерпены. Доминирующими компонентами эфирного масла были пулегон (63.2-), тимомол (6,4-63,5%), изоментон(6,2-10,2%) и ментон (3,3-5,4%). В эфирном масле установлено наличие 85 компонентов ,основным из которых является полуген, с содержанием 56.3%. В состав наземных частей растения и семян входят следующие компоненты: флавоноиды; альфа-терпинен; сапонины; пальмитиновая кислота; кумарины; олеиновая кислота. Проведенный химический анализ основных компонентов указывает на наличие в составе базилика травы зазоры , минеральных веществ, витаминов, эфирного масла. Обладает противовирусными, антиаллергическими, антиоксидантными и антимикробными свойствами. Чаще всего используют спиртовую настойку или отвар в качестве: успокоительного; жаживляющего; обезболивающего; мочегонного и потогонного; бактерицидного средства.

Ключевые слова: Трава Зизифора памироалайская (*Ziziphora pamiroalaica*), Эфирные масла.

Цель исследования. Фармакогностическое изучение травы Зизифоры памироалайской, произрастающей во флоре Бадахшоне.

Материалы и методы исследований. Зизифора цветоножечная – многолетняя трава семейства Губоцветных – Lamiaceae. Стебли многочисленные, обычно слегка извилистые, тонкие, при основании деревенеющие, простые или вверху торчащие ветвистые, мелко пушистые, часто фиолетово покрашенные, от 20-40 см высоты листья (средние) ланцетные или узколанцетные, острые, при основании клиновидные, коротко черешковые, цельнокрайние, голые или рассеянно очень мелко пушистые; прицветные (самые нижние) ланцетные или продолговатые, очень острые, очень мелко пушистые, не превышающие цветы. Цветы на длинных (обычно даже заметны ножки полумутовок) вниз направленно пушистых цветоножках (3)-4-5 мм длиной в многоцветковых головчатых соцветиях на верхушках стебля и ветвей. Прицветники линейные, оттопырено пушистые, очень мелкие. Чашечка от 5-6 мм длиной оттопырено-пушистые. Венчик светло-фиолетовый, от 7-8 мм длиной с трубкой, заметно выдающийся из чашечки; нижняя губа 4-5 мм ширины. Пыльники слегка выступают или не выступают над верхней губой венчика. Цветет в июне-августе, плодоносит в июле-сентябре. Лекарственным сырьем служит надземная масса растений, собранная во время цветения.

Выводы. Проведено сравнительное фармакогностическое исследование компонентного состава эфирного масла цветов зизифора. Надземная часть содержит до 1,3% эфирного масла, органические кислоты, витамины С, Е, провитамины А, флавоноиды, антоцианы, минеральные соли, микроэлементы и др. Трава зизифоры цветоножечной является хорошим средством для возбуждения аппетита, улучшения пищеварения, лечения гипертонии и мочекаменной болезни. В этих целях её употребляют в виде чая и отвара.

Список литературы

1. Фармакогнозия. Лекарственное сырьё растительного и животного происхождения: учебное пособие для студентов фармацевтических вузов, обучающихся по специальности «Фармация»/под ред. Г.П.Яковлева. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Спец Лит, 2010. – 863 с.: ил., 2013. – 846 с.

2. Руководство по практическим занятиям по фармакогнозии: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 060108 (040500) – «Фармация» / под ред. И.А. Самылиной; ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова. – М.: МИА, 2007. – 672 с.
3. Самылина, И.А. Атлас лекарственных растений и сырья: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 060108 (040500) - Фармация: / И.А. Самылина, А.А. Сорокина. - М.: Авторская академия, 2008. – 318 с.:
4. Бубенчикова, В.Н. Лекарственные растения и лекарственное сырье, содержащие полисахариды [Электронный ресурс]: мультимедийное учеб. пособие по фармакогнозии / В. Н. Бубенчикова, Ю. А. Кондратова; Курск. гос. мед. ун-т, каф. фармакогнозии и ботаники. - Электрон. дан. - Курск: КГМУ, 2015.

Сафарзода Р.Ш., Шарифзода Ш.Б., Саломзода Ф.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОГО И ЗАРУБЕЖНОГО СЫРЬЯ

Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Аннотация. Современная фармацевтическая индустрия стремительно развивается, и одним из ключевых аспектов этого развития является поиск новых лекарственных препаратов и улучшение существующих. В данной статье рассматривается важная роль местных и зарубежных сырьевых материалов в разработке лекарственных форм. Мы анализируем современные подходы и методы, используемые для изучения и использования разнообразных сырьевых ресурсов, а также оцениваем их влияние на создание эффективных лекарств.

Фармацевтическая индустрия стоит перед постоянным вызовом - разработкой новых лекарственных препаратов, способных улучшить качество жизни пациентов и бороться с различными заболеваниями. В этом контексте исследователи и фармацевты всегда ищут новые источники сырья для создания эффективных медикаментов. В данной статье мы рассмотрим современные подходы к разработке лекарственных препаратов и роль, которую играют местные (Таджикистан) и зарубежные сырьевые материалы в этом процессе.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ современных подходов и методов, используемых в фармацевтической индустрии для разработки лекарственных препаратов с использованием как местных, так и зарубежных сырьевых материалов. Мы стремимся выявить основные преимущества и вызовы, связанные с этими подходами, а также рассмотреть их влияние на эффективность фармацевтических инноваций.

Материал и метод исследования. Для достижения поставленной цели мы провели обзор современной литературы, а также проанализировали данные и исследования, связанные с разработкой лекарственных препаратов, основанных на местных и зарубежных сырьевых материалах. Мы также провели интервью с экспертами в области фармации и фармакологии, чтобы получить дополнительное понимание текущих тенденций и вызовов в этой области. Наши выводы подчеркивают важность сотрудничества между национальными и международными фармацевтическими компаниями, и академическими исследовательскими центрами для достижения наилучших результатов в разработке лекарственных форм.

Результаты исследования и их обсуждение. Таджикистан, с богатыми природными ресурсами и уникальными ландшафтами, занимает особое место в контексте использования местных сырьевых материалов для разработки лекарственных препаратов. Этот процесс становится все более значимым в современной фармацевтической индустрии, исследования в данной области подчеркивают потенциал местных ресурсов для создания инновационных лекарственных форм.

Таджикистан обладает богатством природных ресурсов, начиная от живописных горных регионов до жарких пустынь. Этот богатый ландшафт предоставляет уникальные возможности для извлечения разнообразного растительного и минерального сырья, которое может стать основой для создания лекарственных препаратов. Местные флора и фауна, богатые биоразнообразием, содержат в себе потенциал для обнаружения биологически активных веществ, способных бороться с различными заболеваниями.

Исследования, проведенные в последние десятилетия, показывают, что местные растения и минералы Таджикистана могут содержать биологически активные вещества, обладающие потенциалом для разработки новых лекарств. Эти вещества могут иметь антибактериальные, противовоспалительные, антинеопластические и другие полезные свойства. Исследования в этой области предоставляют научные доказательства, что местные сырьевые материалы могут успешно использоваться в фармацевтической промышленности.

Использование местных сырьевых материалов в разработке лекарственных препаратов предоставляет ряд преимуществ. Во-первых, это способствует экономическому развитию региона, создавая рабочие места и способствуя развитию сельского хозяйства. Во-вторых, это снижает зависимость фармацевтической индустрии от импорта сырья и сокращает затраты на его доставку. В-третьих, использование местных материалов может способствовать сохранению биоразнообразия и природных экосистем.

Несмотря на потенциал, использование местных сырьевых материалов также сопряжено с вызовами. Это включает в себя необходимость проводить исследования и тестирование, чтобы убедиться в безопасности и эффективности новых лекарственных препаратов. Также требуется разработка современной инфраструктуры и нормативного регулирования для обеспечения качества продукции.

Местные сырьевые материалы Таджикистана играют важную роль в современной фармации. Их использование может способствовать разработке новых лекарственных препаратов и способствовать экономическому развитию региона. Однако для полной реализации потенциала этих материалов требуется долгосрочное сотрудничество между фармацевтическими компаниями, научными учреждениями и правительством, а также инвестиции в исследования и разработку. Только так можно обеспечить устойчивый и успешный путь к созданию новых лекарственных форм, способствующих улучшению здоровья населения.

В мире фармацевтики совместные проекты и международное сотрудничество стали ключевыми факторами успеха и инноваций. Таджикистан, обладая уникальными природными ресурсами, не остается в стороне от этой тенденции. Все чаще зарубежные фармацевтические компании и академические исследовательские центры вступают в сотрудничество с Таджикистаном с целью изучения и использования его сырьевых материалов. Это сотрудничество открывает новые горизонты и создает уникальные возможности для обоих партнеров.

Одним из ключевых преимуществ совместных проектов между Таджикистаном и зарубежными фармацевтическими компаниями является обмен знаниями и опытом. Местные ученые и специалисты фармацевтической промышленности имеют уникальное понимание местных сырьевых материалов и традиционных методов их использования. Зарубежные компании, в свою очередь, вносят свой профессиональный опыт и передовые технологии. Этот обмен знаниями способствует повышению качества и эффективности исследований и разработок в области фармацевтики.

Совместные исследовательские проекты с зарубежными партнерами также способствуют разработке новых лекарственных форм. Зарубежные компании часто привносят с собой инновационные методы анализа и технологические решения, которые могут усилить исследования в области фармацевтики. Это может привести к созданию новых препаратов с улучшенными свойствами и более высокой эффективностью.

Сотрудничество Таджикистана с зарубежными партнерами также может способствовать улучшению доступности лекарственных препаратов для населения. Разработка новых лекарственных форм и более эффективных методов производства может снизить стоимость лекарств и увеличить их доступность для пациентов в Таджикистане и других странах.

Таджикистан, с его разнообразными ландшафтами и климатом, представляет собой уникальное биологическое разнообразие. Этот регион населен множеством уникальных растений и микроорганизмов, которые скрывают в себе бесценный потенциал для фармацевтической индустрии. Неоспоримо, что эти уникальные биоресурсы могут стать источником новых лекарственных препаратов и медицинских инноваций. Однако, для максимальной эффективности и устойчивой эксплуатации этих сокровищ природы, необходимы долгосрочное управление и усиленные меры по сохранению.

Таджикистан известен своим разнообразием климатических зон, от жарких пустынь до горных высокогорных районов. Этот многообразный ландшафт поддерживает богатство растительного мира, включая множество видов растений, которые не встречаются нигде более в мире. Многие из этих растений могут содержать биологически активные соединения, которые могут быть использованы в качестве основы для разработки лекарственных препаратов.

В дополнение к разнообразию растений, Таджикистан также богат уникальными микроорганизмами и микробиомами. Эти микроорганизмы могут производить биологически активные вещества, которые имеют потенциал для борьбы с инфекциями и другими заболеваниями. Исследования микробиомов становятся все более важными для фармацевтической индустрии и могут привести к созданию новых антибиотиков и пробиотиков.

Несмотря на богатство природных ресурсов, с учетом изменяющейся экологической обстановки и развития человеческой деятельности, сохранение уникальных биоресурсов Таджикистана становится ключевым приоритетом. Необходимо разработать стратегии по управлению биоразнообразием и экосистемами для поддержания устойчивости и сохранения этих ресурсов. Это включает в себя создание заповедников, охраняемых природных территорий и строгие нормы в отношении сбора и использования растений и микроорганизмов.

Уникальные биоресурсы Таджикистана представляют собой настоящее сокровище природы и имеют огромный потенциал для фармацевтической индустрии. Однако их устойчивое использование и сохранение требуют долгосрочного внимания и усилий как со стороны национальных, так и международных организаций, и учреждений. Разработка эффективных стратегий по управлению и сохранению биоресурсов Таджикистана может привести к созданию новых лекарственных препаратов и способствовать обогащению мировой фармацевтической индустрии.

Выводы. В завершение, несомненно, можно подтвердить, что роль местных (Таджикистан) и зарубежных сырьевых материалов в современной фармацевтике критически важна и оказывает существенное воздействие на разработку лекарственных препаратов. Сотрудничество между национальными и международными фармацевтическими компаниями, а также академическими исследовательскими центрами становится ключевым двигателем инноваций и улучшения качества медицинской помощи.

Исследования и разработки, проводимые с использованием местных и зарубежных сырьевых материалов, уже принесли значительные результаты, приводя к созданию новых лекарственных форм и методов лечения. Однако потенциал этих ресурсов далеко не исчерпан, и дальнейшие инвестиции в исследования и разработки имеют огромное значение.

Сохранение биоразнообразия Таджикистана и эффективное управление местными ресурсами играют важную роль в обеспечении устойчивости и удовлетворении потребностей современной фармацевтической индустрии. Путем совместных усилий национальных и международных стейкхолдеров мы можем обогатить мировую фармацевтическую индустрию новыми лекарствами и способствовать улучшению здоровья людей по всему миру. Это сотрудничество отражает важность уважения к биоразнообразию природы и мировой заботы о благополучии человечества.

Список литературы.

1. Рахмонов А., Саидов Б. "Биологически активные вещества таджикских растений: перспективы исследований и применения в медицине". Журнал Биохимии и Фармакологии, 2021.
2. Хамзаев Д., Тошмуродов М. "Микробиомы Таджикистана: потенциал для разработки новых пробиотиков". Журнал Микробиологии и Экологии, 2020.
3. Министерство Здравоохранения РТ. "Стратегия развития фармацевтической промышленности Таджикистана до 2030 года". Доклад, 2019.
4. Исломов Ш., Мирзоев А. "Национальные исследования в области фармацевтики и их вклад в мировую науку". Журнал Национальных Научных Исследований, 2018.

5. Джамолов У., Алиев Х. "Международное сотрудничество в фармацевтике: опыт Таджикистана". Журнал Международных Отношений, 2022.

Сафарзода Р.Ш., Абдукаримзода Х., Саломзода Ф.
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЗИ С
СУХИМ ЭКСТРАКТОМ ТРАВЫ HELIANTHUS TUBEROSUS (ТОПИНАМБУР)
Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность проблемы. Интерес к лекарственным средствам растительного происхождения по всему миру постоянно возрастает. В большинстве случаев такие препараты содержат сбалансированный набор биологически активных веществ (БАВ), которые не вызывают токсических, аллергических или раздражающих реакций, при этом обеспечивая высокую терапевтическую активность при различных заболеваниях [1,2,5,6].

Для решения проблем, связанных с нехваткой сырья для фармацевтической промышленности в Республике Таджикистан, необходимо развивать культуру выращивания лекарственных растений [3,4]. Одним из перспективных растений, которое широко используется в лечении сахарным диабетом, атеросклерозом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, противовоспалительного и желудочно-кишечного тракта, является топинамбур, который был ввезен из Федерации России [3,4]. Топинамбур, ввезенный на территорию Таджикистана, пока мало исследован с научной точки зрения в фармацевтическом аспекте. Следовательно, исследование надземной части, то есть травы, а также разработка лекарственной формы на его основе, представляют собой очень актуальную работу в данной области.

Цель исследования. Целью данного исследования являлась разработка мягкой лекарственной формы с сухим экстрактом травы *Helianthus tuberosus*, проявляющей наиболее высокую терапевтическую эффективность.

Материалы и методы исследования. Лекарственный препарат- сухой экстракт травы *Helianthus tuberosus* представляют собой порошок зеленого цвета с характерным запахом, гигроскопичен.

Основы: Polyethylene glycol-400 соответствующий ТУ 2483-167-05757587-2000 – однородная масса белого цвета, хорошо смешивается с водой; Polyethylene glycol -1500 соответствующий ТУ 2483-008-71150986-2006 – твердая масса от белого до светло-коричневого цвета со специфическим запахом. Methylparaben (CAS №: 99-76-3) - относится к группе противомикробных реагентов, более известной как консерванты.

Приготовление мази в лабораторных условиях осуществлялось следующим образом. В фарфоровую чашу помещали 30,0 г Polyethylene glycol-400. 10,0 г сухого экстракта травы *Helianthus tuberosus* растворяли в 30 г Polyethylene glycol-400, добавляли 53,5 г Polyethylene glycol -1500, тщательно перемешивая. В смесь вводили Methylparaben, эмульгируя до получения однородной массы. Готовый продукт представлял собой мазь темно-зеленого цвета со специфическим запахом. Готовую мазь расфасовывали по 50,0 г в стеклянные флаконы с завинчивающейся крышкой и маркировочной этикеткой с условное название Лэф.

Исследования были проведены на крысах. Животные содержались в виварии в соответствии с действующими правилами по устройству, оборудованию и содержанию вивариев. Животные получали стандартное питание в соответствии с действующими нормами [].

Эксперименты были проведены на 18 самках крыс с массой тела от 180 до 200 граммов. Раны были нанесены на предварительно депилированные участки кожи на спине, используя трафарет ран с применением ножниц и пинцета в соответствии с методикой, описанной Л.В. Яковлевой и её соавторами [93]. Операцию проводили под наркозом, используя Лидокаин 2% в дозе 20 мг/кг, подкожно. Сразу после операции на открытую раневую поверхность накладывали марлевую салфетку, смоченную в 3% растворе перекиси водорода. Рана представляла собой продольный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки по средней линии спины. Первичная площадь раны составила 300,0 мм².

Результаты исследования. Фармакологическая активность мазей в значительной степени зависит от правильного выбора мазевой основы, поскольку именно она влияет на скорость и полноту высвобождения активного лекарственного вещества из мази. Мы разработали 6 мазевых моделей различного характера - как гидрофильного, так и гидрофобного, для дальнейших исследований результаты представлены в таблице 1.

Мы использовали сухой экстракт в качестве лекарственного вещества, который был получен методом мацерации экстракция. Модельная концентрация составила 10,0%, что соответствует терапевтическим свойствам этого экстракта, исследованным в предыдущих исследованиях.

Таблица 1 – Состав мазей с экстрактом травы *Helianthus tuberosus*

Ингредиенты		Функциональное назначение	Номер состава				
			1	2	3	4	5
		Содержания ингредиентов, г					
СЭТТ	Фармацевтическая субстанция, растительного происхождения	10	10	10	10	10	10
Аэросил	Загуститель		35		10		
Ланолин безводный	Эмульгатор	60	20				
Полиэтиленгликол 400	Растворитель, эмульгатор			71	66	30	35
Полиэтиленгликол 1500	Наполнитель, эмомент			19	14	60	54,7
Глицерин	Увлажнитель	15					
Метилпарабен	Консервант	0.3	0.3				0,3
Вода очищенная	Растворитель	до 100		100	100	100	100

Для оценки динамики заживления линейной раны использовалась визуальная оценка. Заживление раны происходило от концов линейной раны к её центру. В первый день исследования средний размер линейной раны составлял (3,0±0,05) см.

У животных, леченных мазью Левомеколь, на 5-й день площадь ран достоверно уменьшилась на 46,66% относительно исходных данных; на 8-й день наблюдали уменьшение ран на 53,33 %, на 10 и 12 день – на 73,33 и 89,00% соответственно. Эпителизации в группе животных, леченных мазью левомеколя, превосходила группу контрольная в 3,3 раза. Полное заживление ран в данной группе животных произошло на 15-й день эксперимента. Результаты полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сводные данные динамики заживления ран после нанесения животным исследуемых модельных образцов

Группа	Размер раны, см	ИРП, %
5-е сутки		
Исследуемая мазь (Лэф)	1,5±0,96	50,00
Сравнения (Левомиколь)	1,6±4,44	46,66
Контрольная	2,1±5,55	30,00
8-е сутки		
Исследуемая мазь (Лэф)	1,0±0,24	66,66
Сравнения (Левомиколь)	1,4±0,25	53,33
Контрольная	1,9±0,30	36,66
10-е сутки		
Исследуемая мазь (Лэф)	0,4±0,12	86,66
Сравнения (Левомиколь)	0,8±0,19	73,33
Контрольная	1,5± 5,6	50,00
12-е сутки		
Исследуемая мазь (Лэф)	0,1±0,12	96,66
Сравнения (Левомиколь)	0,3±0,19	89,00
Контрольная	1,1± 5,6	63,33

Установлено, что после моделирования линейной раны у животных, которым наносили мазь Лэф и мазь Левомеколя, наблюдали улучшение состояния раневой поверхности: края раны и собственно рана были чистыми, аккуратными, площадь ран была меньше, чем у животных с группы контрольной патологии.

Выводы. Таким образом, установлено, что новая исследуемая мазь Лэф проявляет выраженное ранозаживляющее действие на модели открытых ран у крыс. Ежедневное нанесение этой мази на кожу в течение 12 дней привело к полному заживлению ран на крысах, в то время как мазь Левомиколь, применяемая в течение 14 дней, показала менее эффективное заживление. На модели линейных ран можно сказать, что новая мазь Лэф немного превосходит по эффективности мазь Левомиколь.

Литература

1. Исследование химического состава флавоноидных соединений в траве топинамбура методом ВЭЖХ - МС / М. М. Эгамова, Р. Ш. Сафарзода, К. Р. Фаридуни [и др.] // Наука и инновация. – 2022. – № 3. – С. 152-161.
2. Рамазони, Ш. С. Исследование компонентного состава эфирного масла цветков *Helianthus tuberosus* L., произрастающего в Таджикистане и России / Ш. С. Рамазони, Д. М. Попов, Н. С. Терешина // Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. – 2016. – № 1(11). – С. 42-50.
3. Рамазони, Ш. С. Фитохимическое исследование клубней топинамбура и создание лечебно-профилактических средств на его основе: специальность 14.04.02 "Фармацевтическая химия, фармакогнозия": автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук / Рамазони Шарофиддини Сафарзода. – Москва, 2017. – 22 с. – EDN ZQINUR.
4. Шилов С.В. Перспективы использования растений рода *Onosma*. // С.В. Шилов, Г.О. Устенова, Л.Н. Киекбаева, И.С. Коротецкий // Материалы IV международной научно-практической конференции «Global Science and Innovations 2019: Central Asia». – Астана, 2019. – Т. 4. – С. 132-136.
5. Chlorogenic and 1,5-Dicaffeoylquinic Acid-Rich Extract of Topinambur (*Helianthus tuberosus* L.) Exhibits Strong Antioxidant Activity and Weak Cytotoxicity / F. Sharopov, B. Wetterauer, M. Sobeh [et al.] // Pharmaceutical Chemistry Journal. – 2020. – Vol. 54, No. 7. – P. 745-754. – DOI 10.1007/s11094-020-02265-0.

Сафарзода Р.Ш., Шарифзода Ш.Б., Абдукаримзода Х.

ТОПИНАМБУР В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Топинамбур (*Helianthus tuberosus*) является многолетней травянистой растительной культурой, которая содержит инулин - полисахарид, который может быть использован в качестве исходного материала для производства полезных продуктов в фармацевтике. Фармацевтическая промышленность активно ищет новые источники сырья, которые могут быть устойчиво добываемыми и не оказывать негативное воздействие на окружающую среду. Топинамбур соответствует этим требованиям, так как его корни можно добывать с учётом принципов устойчивости.

В последние годы было проведено множество исследований, направленных на выявление потенциала топинамбура в фармацевтической индустрии. Эти исследования позволяют обнаружить новые медицинские свойства и способы использования этого растения. Топинамбур может предложить альтернативные подходы к лечению некоторых заболеваний или замену существующим фармацевтическим ингредиентам, что может снизить зависимость от ограниченных ресурсов.

Топинамбур в фармацевтической промышленности представляет актуальный интерес для исследователей и профессионалов в области медицины и фармацевтики, а также для тех, кто занимается устойчивым развитием и поиском новых природных источников для фармацевтической продукции.

Цель исследования. Изучить потенциал топинамбура в качестве ценного природного ресурса для разработки новых фармацевтических препаратов и определить его биологическую активность, возможное применение в медицинской практике, а также перспективы для устойчивого развития фармацевтической индустрии.

Материал и методы исследования. Рассмотренные исследования, проведенные на кафедре фармацевтического технологий, подтверждают, что продукты, разработанные на основе биологически активных веществ топинамбура, обладают выраженными детоксицирующими свойствами. К таким продуктам относятся полисахаридный концентрат, порошок из клубней топинамбура, капсулы с клубнями топинамбура и саше-пакетики с клубнями топинамбура и аскорбиновой кислотой. Ключевые слова и фразы, использованные в поиске, включали "топинамбур", "фармацевтическое применение", "биологическая активность", "устойчивое производство" и другие связанные термины.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты научных исследований, посвященных изучению потенциала топинамбура и его биологически активных компонентов, говорят о широком спектре действия лекарственных препаратов и продуктов, произведенных на основе клубней и растения топинамбура.

В народной медицине топинамбур активно используется в лечении различных заболеваний, включая сахарный диабет, атеросклероз, заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Кроме того, он применяется для решения косметических проблем. Оба компонента топинамбура - клубни и различные части растения, такие как стебли, листья и цветы, используются для приготовления настоев и отваров.

Эти наблюдения подтверждают перспективы использования топинамбура в фармацевтической промышленности и подчеркивают его значимость как источника биологически активных веществ для разработки новых лекарств и медицинских продуктов.

В ходе продолжительных исследований, проводимых сотрудниками кафедры фармацевтического технологий ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», был разработан ряд инновационных медицинских и профилактических продуктов, основанных на биологически активных веществах (БАВ), содержащихся в топинамбуре. Одной из ключевых задач исследований было обеспечение наиболее эффективного и комплексного использования различных частей этого растения, включая подземные и надземные части.

В результате этих усилий были разработаны различные продукты и лекарственные средства на основе топинамбурных клубней, такие как инулин, инулин-пектиновый концентрат, порошок клубней, а также капсулы клубней топинамбура и саше-пакетики из концентрата клубней топинамбура с добавлением аскорбиновой кислоты. Дополнительно к вышеупомянутым лекарственным формам, на основе надземной части топинамбура, содержащей флавоноиды, могут быть созданы мази с ранозаживляющими свойствами. Флавоноиды, обладающие антиоксидантными и противовоспалительными характеристиками, могут сыграть важную роль в поддержании заживления ран и ожогов. Эти мази могут быть разработаны с использованием выделенных флавоноидов из надземной части топинамбура.

Такие мази на основе флавоноидов из топинамбура могут быть особенно полезными в лечении ожогов, ран, а также для обеспечения ухода за кожей с ослабленной ранее. Исследования и клинические испытания могут проводиться для подтверждения их эффективности и безопасности в медицинской практике.

Эти продукты и лекарства прошли необходимые фармакологические исследования, подтверждающие их ценность и эффективность в лечении и профилактике различных заболеваний. Они рекомендованы для использования в медицинских и пищевых целях, что подчеркивает перспективы использования топинамбура в фармацевтической и медицинской практике.

Проведенные химические исследования, осуществленные на кафедре фармацевтического технологий ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, включали в себя анализ качественного и количественного состава углеводов, аминокислот, сапонинов, флавоноидов, а также минеральных веществ в клубнях и различных биологически активных веществ в надземной части топинамбура. Эти исследования позволили установить природу и физико-химические свойства некоторых наиболее значимых биологически активных веществ.

Благодаря фармакогностическим исследованиям были выделены основные морфолого-анатомические признаки, которые позволяют проводить диагностику сырья. Эти признаки имеют важное значение для обеспечения качественного контроля и стандартизации топинамбурных продуктов, производимых в фармацевтической индустрии. Такие исследования содействуют более глубокому пониманию состава и свойств топинамбура, что в свою очередь способствует разработке эффективных фармацевтических препаратов и продуктов на его основе.

На кафедре фармацевтического технологий ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино были разработаны и получили патенты способы производства полисахаридов из концентрата и экстракта, который может быть использован как в медицинских, так и в пищевых целях. Этот концентрат получается, как из свежих клубней топинамбура, так и из высушенного сырья, такого как порошок клубней.

Исследователями на кафедре фармацевтического технологий ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино было установлено, что топинамбур богат разнообразными биологически активными веществами, включая флавоноиды, дубильные вещества, органические кислоты, витамины и другие гидрофильные компоненты, такие как белки и полисахариды. Эти компоненты делают топинамбур перспективным сырьем для создания фитопрепаратов, которые могут использоваться в медицинских целях для лечения и профилактики различных заболеваний.

Кроме того, был разработан метод получения экстракта и концентрата из топинамбура, как из сухого, так и из свежего сырья. Эти продукты обладают выраженными сахароснижающими свойствами, способствуют заживлению ран и обладают противовоспалительной активностью. Такие фитопрепараты могут быть использованы для поддержания здоровья и улучшения состояния пациентов с различными медицинскими проблемами.

Результаты научных исследований, проведенных на кафедре фармацевтического технологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, наиболее убедительно демонстрируют, что топинамбур является ценным природным источником биологически активных веществ (БАВ) и обладает большим потенциалом в качестве сырья для создания разнообразных лечебных и профилактических средств.

Эти исследования выявили богатый химический состав топинамбура, включая такие важные компоненты, как флавоноиды, дубильные вещества, органические кислоты и витамины. Эти биологически активные вещества придают топинамбуру его ценность в медицинской и фармацевтической индустриях. Этот природный ресурс может стать важным компонентом будущих фармацевтических продуктов, способствующих поддержанию здоровья и борьбе с различными заболеваниями. Топинамбур заслуживает внимания как ценный источник биологически активных веществ, исследования которого открывают перед фармацевтической индустрией и медициной многообещающие перспективы.

Выводы. Результаты научных исследований, наиболее убедительно демонстрируют, что топинамбур является ценным природным источником биологически активных веществ (БАВ) и обладает большим потенциалом в качестве сырья для создания разнообразных лечебных и профилактических средств.

Эти исследования выявили богатый химический состав топинамбура, включая такие важные компоненты, как флавоноиды, дубильные вещества, органические кислоты и витамины. Эти биологически активные вещества придают топинамбуру его ценность в медицинской и фармацевтической индустриях.

Важно подчеркнуть, что эти исследования открывают новые горизонты для разработки лечебных и профилактических средств на основе топинамбура. Этот природный ресурс может стать важным компонентом будущих фармацевтических продуктов, способствующих поддержанию здоровья и борьбе с различными заболеваниями.

Список литературы.

1. Разработка состава и способа получения гранул сухого концентрата клубней топинамбура / Р.Ш. Сафарзода, К.Р. Фаридуни, Г.О. Раджабов, Ш.Б. Шарифзода, Х. Абдукаримзода, Ф. Саломзода // Наука и инновация. – 2023. – №4. – С.200-207.
2. Стандартизация лекарственных форм в виде однодозовых пакетиков-саше, содержащих гранулы на основе концентрата клубней топинамбура / Р.Ш. Сафарзода, Г.О. Раджабов, К.Р. Фаридуни, Ш.Б. Шарифзода, Х. Абдукаримзода, Ф. Саломзода // Наука и инновация. – 2023. – №4. – С.135-143.
3. Подход к разработке состава твердых лекарственных форм клубней топинамбура / Ш.Б. Шарифзода, Г.О. Раджабов, Р.Ш. Сафарзода, И.И. Хикматзода, Х. Абдукаримзода // Наука и инновация. – 2022. – №3. – С.171-175.
4. Количественное определение флавоноидов в траве топинамбура / Эгамова М.М., Сафарзода Р.Ш., Халифаев Д.Р., Дж. Азонов/ СИМУРГ, Научно-медицинский журнал, Издание Хатлонского государственного медицинского университета, № 13 (1) – 2022, стр 140-144, ISSN 2707-9562
5. Изучение гипогликемического действия сухого экстракта клубней топинамбура при глюкозной нагрузке / Р.Ш. Сафарзода / Авчи Зухал. Душанбе-2019.-№1- С. 185-90., ISSN 2616-5252

Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЕ И СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИЗУЧЕНИЯ КИСЛОТНОЙ ГИДРОЛИЗ-ЭКСТРАКЦИИ ПРОТОПЕКТИНОВ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан» Институт химии им. В.И. Никитина НАНТ

Актуальность. Предполагая, что процесс гидролиз-экстракции включает в себе комбинации по крайней мере трех видов реакции: гидролиз солей, гидролиз сложноэфирных и гликозидных связей. В зависимости от содержания ионов металлов (ПВ) и концентрации ионов водорода с одной стороны, и прочности связи ПП с веществами клеточной стенки с другой оптимальные области pH и температуры при экстракции пектиновых полисахаридов значительно изменяется, что является следствием изменения доли перечисленных реакции. Приводятся результаты гидролиз-экстракции протопектинов (ПП) корзинок подсолнечника (КП) и свекловичного жома (СЖ) при различных pH, температуры 85°C и продолжительности реакции 60 мин. Раствор-гидролизат разделяют по ранее разработанной методике на фракции: микрогель (МГ), пектиновые вещества (ПВ) и олигосахариды (ОС).

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось сравнительное изучение процесса распада ПП КП и СЖ при широких значениях изменения pH раствора-гидролизата и определения их показателей.

Материал и методы исследования. Установлено, что наименьший выход МГ наблюдается при распаде ПП СЖ, а количество фракции ПВ и ОС в этих условиях 2-3 раза больше, чем содержание этих компонентов при гидролизе ПП КП. Эта разница наиболее ощутима в области pH равной 1-2. видно, что наибольшее количество остатков ГК имеет место в ПВ СЖ, а затем по порядку снижения звеньев ГК находится МГ КП, ПВ КП и МГ СЖ, причем содержания ГК в последнем объекте значительно отличаются.

Результаты и их обсуждение. Основной стадией производства пектиновых полисахаридов является кислотная гидролиз-экстракция растительного сырья [1-3]. Этот процесс включают в себе комбинации по крайней мере трех видов реакции: гидролиз солей, гидролиз сложноэфирных и гликозидных связей. В зависимости от содержания ионов

металлов пектиновых веществ (ПВ) и концентрации ионов водорода с одной стороны, и прочности связи протопектинов (ПП) с веществами клеточной стенки с другой оптимальные области pH и температуры при экстракции пектиновых полисахаридов значительно изменяется, что является следствием изменения доли перечисленных реакции [4]. Для достижения оптимальных условий выделения нативной формы пектиновых полисахаридов при гидролиз-экстракции необходимо направить процесс так, чтобы увеличивались доли реакции гидролиза солей при одновременном снижении реакции деполимеризации и деэтерификации. Как уже отмечалось ранее [5-7], отличительной чертой КП является высокое содержание в них ионов кальция и для извлечения целевого продукта необходимы высокая температура, воздействие сильных кислот в течение длительного времени. Аналогичное условие были созданы при выделении ПВ СЖ. Исходя из этого, гидролиз-экстракции растительного сырья проводили в условиях статического режима (СР), при температуре 85°C и продолжительности процесса 60 мин. Раствор-гидролизат после охлаждения нейтрализовали при помощи аммиака до pH = 3.5 и разделяли на три фракции – микродель (МГ), центрифугированием, ПВ, осадением оставшегося раствора этиловым спиртом и так называемых олигосахаридов (ОС), путем испарения оставшихся маточного раствора [1]. Остатки клеточной стенки извлекали из экстрактора и высушивали при 55-60°C для установления массы распавшихся компонентов.

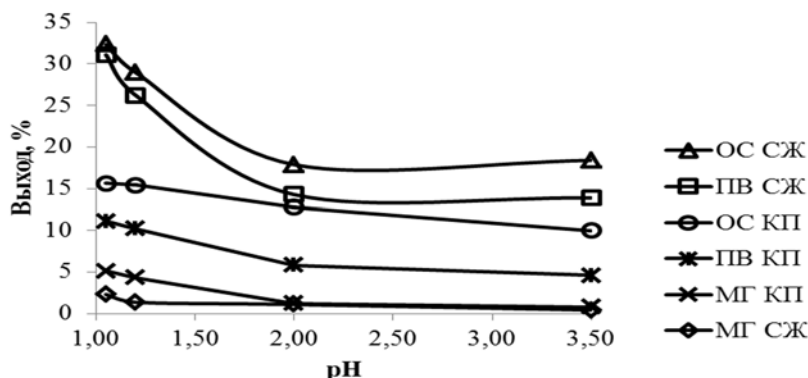


Рисунок 1 - Выход фракций МГ, ПВ и ОС при изменении pH реакционной среды (T=85°C, t=60 мин).

На рисунке 1 приводится выход МГ, ПВ и ОС при гидролиз-экстракции КП и СЖ. Из рисунка следует, что наименьший выход МГ наблюдается при распаде ПП СЖ, а количество фракции ПВ и ОС в этих условиях 2-3 раза больше, чем содержание этих компонентов в при гидролизе ПП КП. Эта разница наиболее ощутима в области pH равной 1-2.

На рисунок 2 приводится содержание остатков галактуроновой кислоты в двух основных продуктах распада протопектинов КП и СЖ, а именно в МГ и ПВ.

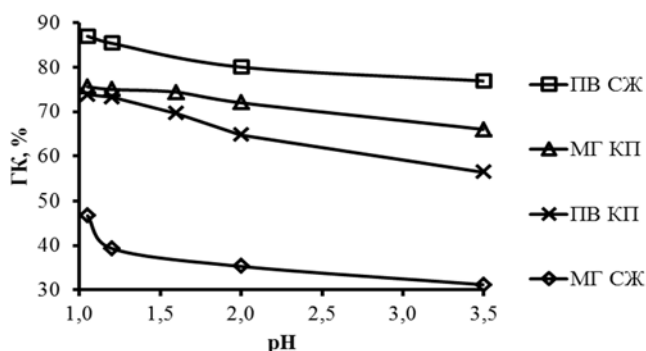


Рисунок 2 – Содержание остатков галактуроновой кислоты в фракциях МГ и ПВ при распаде протопектинов КП и СЖ.

На рисунок 2 видно, что наибольшее количество остатков ГК имеет место в ПВ СЖ, а затем по порядку снижения звеньев ГК находится МГ КП, ПВ КП и МГ СЖ, причем содержания ГК в последнем объекте значительно отличается.

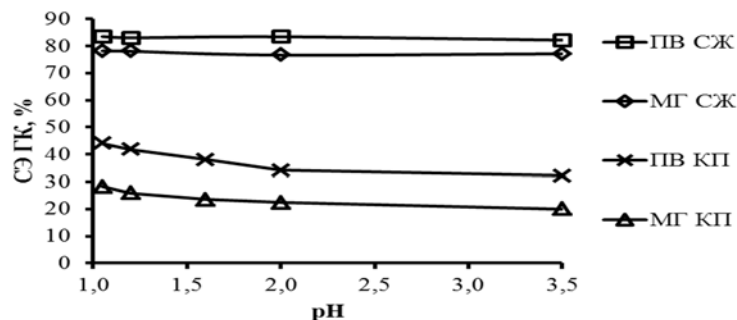


Рисунок 3 – Изменение степени этерификации остатков ГК в МГ и ПВ в зависимости от pH раствора гидролизата.

На рисунке 3, наряду с содержанием фракций МГ и ПВ, приводится также их суммарный выход, а в табл.1 представлены данные расчета кинетических параметров процесса распада ПП в динамическом режиме

Обработку экспериментальных данных по распаду ПП проводили по уравнению скорости химической реакции, протекающей в потоке, полученному с использованием метода гидродинамики [8] в следующем виде:

$$n_o x = -n_o \frac{1+\beta}{\beta} \ln(1-x) - k \frac{PV}{\beta RT}, \quad (1)$$

Где: n_o – суммарное содержание остатков ГК (МГ+ПВ) после завершения процесса распада ПП или содержание остатков ГК в исходном ПП в расчёте на один грамм КП, мг/г-сырья; x – доля остатков ГК в распавшемся ПП при данном объеме элюента; P – давление; V – объём колонки; R – газовая постоянная; T – температура.

Если обозначить $n_o x = Z$ и $-n_o \ln(1-x) = Y$, то уравнение (1) будет описывать прямую линию с отрезком на оси ординат $-k(PV/\beta RT)$ и тангенсом угла φ наклона $\operatorname{tg} \varphi = (1+\beta)/\beta$, что позволяет оценить величины β и k .

Таким образом, экспериментальные данные по распаду протопектина корзинки подсолнечника в динамическом режиме достаточно хорошо можно описать на основании общей закономерности кинетики химической реакции, протекающей в потоке растворителя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Халиков Д.Х., Мухидинов З.К., Авлоев Х.Х. – ДАН РТ, 1996, т. 39, № 11-12, с. 76-80.
2. Халиков Д.Х., Горшкова Р.М. и др. – Химия природных соединений, 2002, № 2, с. 118-120.
3. Горшкова Р.М., Мухидинов З.К. и др. – ДАН РТ, 2010, т. 53, № 9, с. 701-706.
4. Горшкова Р.М., Мухидинов З.К. и др. – Изв. АН РТ. Отд. физико-математических, химических, геологических и технических наук, 2010, № 3 (140), с. 69-75.
5. Lin M.J.Y., Sosulski F.W. et al. - Can. J. Plant Sci., 1975, v. 55, pp. 507-513.
6. Zitko V., Bishop C.T. - Can. J. Chem., 1966, v. 44, pp. 1275-1282.
7. O'Neil M. A., York W. S. – Oxford: Blackwell Publishing Ltd., Annual Plant Reviews, 2003, v. 8, pp. 1-54.
8. Панченков Г.М., Лебедев В.П. – Химическая кинетика и катализ. Изд. МГУ, 1961, с.46-54.

Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Раджабов У.Р

БОТАНИЧЕСКОЕ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АЛТЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО (ALTHAEA OFFICINALIS)

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

Актуальность. Многолетнее травянистое растение высотой 30-200 см, плотно бархатистоволосистое. Стебель прямой простой или слабоветвистый, грязно-пурпуровый. Листья черешковые, 3-или 5-раздельные; пластинки листьев 7-10 см длины, в очертании треугольные, лопастные или пальчатораздельные, городчато-зубчатые, обычно густо опушенные. Соцветия кистевидно-метельчатые. Цветки розовые или розово-лиловые (раскрываются в июне). Плод (0,6-0,8 см в диаметре) состоит из 14-20 плодиков (длина каждого 0,2-0,3 см), с мучнистым налетом. Семена почковидные (около 3 мм длины), красно-коричневые, голые. Плодоносит с июля до осени. Алтай армянский более влаголюбивое растение, чем алтей лекарственный и произрастает на сильно увлажненных участках[1,2,3,4,5].

Цель исследования. Изучение ботанического и физико-химического свойств алтей лекарственного (althaeaofficinalisl)

Материал и методы исследования. Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр МЗ и СЗ РТ»

Результаты и их обсуждение. Общее распространение. Алтай армянский растет в поясе низкотравных полусаванн и шибляках (в фисташниках); обычен на залежах, как сорное - на люцерниках, в садах, вдоль ручьев и арыков на высоте 500- 900 м (в При сырдарьинском, Туркестанском, Южно- Таджикистанском флористических районах). Корни алтея армянского Государственной фармакопеей СССР допускаются для применения в медицине и заготавливаются наряду с алтеем лекарственным. Корень армянского алтея по внешнему виду сходен с корнем лекарственного алтея, но отличается в изломе большей волокнистостью. Корни этого вида содержат те же биологически активные вещества, которые найдены в корнях алтея лекарственного. Алтай армянский в народной медицине является популярным лекарственным растением. Отвар из корней и надземных частей используют при кровохарканье, кашле и болях в груди. Отваром цветков и листьев женщины моют волосы, т.к. он, якобы, укрепляет и улучшает их рост. В научной медицине используется при лечении тех же болезней, что и алтей лекарственный.

ALTHAEA OFFICINALIS АЛТЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ГУЛИ ХАЙРИ, ХАЙРИГУЛ

Многолетнее травянистое растение высотой до 60-200 см, с мощным стержневым корнем, достигающем 50 см длины, толщиной до 2-2,5 см. Стебель прямостоячий маловетвистый, опушенный, серовато-зеленого цвета, цилиндрический. Листья очередные, черешчатые, длиной 5-15 см, яйцевидные или продолговато-яйцевидные, 3-5 лопастные, с обеих сторон войлочно-опушенные. Цветки розовые или светло-розовые, иногда белые (2-3 см в диаметре), на коротких цветоножках, сгруппированы в пазухах листьев. Лепестки широкообратнояйцевидные наверху выемчатые, к низу сужен-

ные, ноготки по бокам волосистые. Плод 7-8 мм в диаметре; из 15-25 желтовато-серых плодиков по краю тупые, гладкие. Семена почковидные, темно-бурые, голые, гладкие, длиной 2-2,7 мм. Вес 1000 семян около 3 г. Цветет и плодоносит с июня по сентябрь. Произрастает вдоль арыков, реже на залежах, в садах, на люцерновых и хлопковых полях (Зеравшанского и Южно-Таджикистанского флористических районов) [6,7,8,9,10].

Общее распространение. Средняя Азия (зап. Памироалай), европейская часть СНГ, Кавказ, Сибирь, Европа, Средиземноморье, Малая Азия, Иран, Афганистан, Пакистан, Зап. Китай, в Америке заносное.

Распространение. В районах Согдийской, Хатлонской области, ГБАО и в районах центрального подчинения (Гармской зоне).

Заготовка и качество сырья. Заготавливают корни и корневища алтея до начала отрастания, в апреле - первой половине мая, или осенью (в сентябре-октябре, после отмирания надземных частей растения). Алтей лекарственный можно выращивать. Урожайность сухих корней культивируемых составляет 10-20 ц/га. Алтей размножается семенами, реже вегетативно и саженцами. Посев алтея семенами проводят ранней весной при первой возможности выхода в поле или под зиму, когда нет условий для появления всходов.

Корни и траву алтея убирают на втором и третьем годах вегетации. Уборку корней проводят рано весной или осенью. Уборку травы проводят на втором году вегетации алтея. Скошенную на высоте 20-30 см от поверхности почвы траву подвяливают в валках, а затем сушат под навесом, разложив слоем не

более 50 см толщиной. Согласно ГФ. Изд. XI корни Алтея, собранные осенью или весной, тщательно очищенные от земли и пробкового слоя и высушенные. Боковые и неодревесневшие стреловидные корни дикорастущих и культивируемых многолетних травянистых растений алтея

лекарственного - *Althaea officinalis* L. и алтея армянского *Althaea armeniaca*, сем. мальвовых - *malvaceae*.

Внешние признаки: Цельное сырье: корни очищенные от пробки, почти цилиндрической формы или расщепленные вдоль на 2-4 части, слегка суживающиеся к концу длиной 10-35 см и толщиной до 2 см. поверхность корня продольнобороздчатая с наслаивающимися длинными мягкими лубяными волокнами и темными точками-следами отпавших или отрезанных тонких корней. Излом в центре зернисто-шероховатый, снаружи волокнистый. Цвет корня снаружи и в изломе белый, желтовато-белый (алтей лекарственный) или сероватый (алтей армянский). Запах слабый, своеобразный, вкус сладковатый с ощущением слизистости.

Измельченное сырье: Кусочки корней различной формы, проходящие сквозь сито с отверстиями диаметром 7 мм. Цвет желтовато-белый, запах слабый, своеобразный. Вкус сладковатый с ощущением слизистости.

Порошок белого, желтовато-белого или сероватого цвета. Проходящий сквозь сито с отверстиями размером 0,310 мм.

Числовые показатели. Цельное сырье: влажность не более 14%, золы общей не более 8%, золы не растворимой в соляной кислоте не более 0,5%; плохо очищенные от пробки не более 3%, органической примеси не более 0,5%, минеральной примеси не более 0,5%; Измельченное сырье: влажность не более 14%, золы общей не более 8%, золы не растворимой в 10% соляной кислоте не более 0,5%, частиц, не проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 7 мм не более 15%, частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 1 мм. не более 3%, органической примеси не более 0,5%, минеральной примеси не более 0,5%.

Порошок: влажность не более 14%; золы общей не более 8%, не растворимой в 10% соляной кислоте - не более 0,5%, частиц, не проходящих сквозь сито размером 0,310 мм не более 1%.

Химический состав. Корни содержат до 35% слизистых веществ, являющихся смесью пентозанов и гексозанов и расщепляющихся при гидролизе на пентозу, галактозу, декстрозу. Слизистые вещества алтея имеют слабокислую реакцию и вращают плоскость поляризации вправо. Кроме того, в корнях содержится крахмала до 37%, 1-аспаргина до 2%, бетаина 4%, сахарозы до 10,2%, жирного масла 1,7%. в листьях и цветках содержится около 0,02% твердого эфирного масла.

Выводы. Таким образом, из полученных экспериментальных результатов можно заключить, что:

В народной медицине Таджикистана применяется как противовоспалительное, отхаркивающее средство, при язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Листья и цветы применяются для полоскания горла, при мочекаменной болезни, отвар корней и подземной части применяется при кровохаркании, туберкулезе, при астме и наружно при экземе и как болеутоляющее средство. Препараты алтея применяют в качестве противовоспалительного, обволакивающего и отхаркивающего средств, преимущественно при катаральном состоянии дыхательных путей, а также при поносах, острых гастритах, энтероколитах. Терапевтический эффект обусловлен обволакивающим действием и предохраняет нервные окончания слизистой оболочки зева и желудочно-кишечного тракта от раздражающего действия препаратов, способствует замедлению высасывания и более длительному действию различных лекарственных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абу Али ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки. Книга I. Т., изд. «Фан» Узбекистана. 1981. 550 с.; Книга II Т., Изд. «Фан» Узбекистана. 1982. - 832 с.
2. Алексеева, Т.Б. Динамика содержания биологически активных веществ в подземных органах солодки голой в условиях Калмыкии / Т.Б. Алексеева // Материалы I (IX) международной конференции молодых ботаников в Санкт-Петербурге (21-26 мая 2006). СПб., 2006 - С. 232.
3. Быков, В.А. Введение в фитоценологию / В.А. Быков. - Алма - Ата: Наука, 1970. - 227 с.
4. Галямова, В.Р. Разработка фитопрепарата, обладающего ранозаживляющей и противомикробной активностью на основе солодки уральской и солодки голой / В.Р. Галямова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. Т. 17. № 5-3. -С. 939-943.
5. Михалев, Н.С. Разработка технологии получения лецитина из микроводорослей *chlorella* / Н.С. Михалев // Сборник: Взгляд молодых учёных на проблемы региональной экономики - 2015. Материалы Всероссийского открытого конкурса студентов вузов и молодых исследователей. 2015. - С. 227-232.

6. Огай, М.А. Использование лецитина в мягких лекарственных формах / М.А. Огай, Э.Ф. Степанова, В.В. Малявина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2011. № 22-2 (117). -С. 159-163.
7. Прянишников, В.В. Использование гидролизированных лецитинов в производстве хлебобулочных изделий, обогащённых пищевыми волокнами / В.В. Прянишников, М.А. Козичева, Н.Н. Толкунова // Хлебопродукты. 2017. № 1. - С. 58-59.
8. Трофимова, Е.С., Мурашова Н.М. Микроэмульсии лецитина для трансдермальной доставки лекарственных веществ / Е. С. Трофимова, Н.М. Мурашова // Химическая технология функциональных наноматериалов. Сборник Материалов международной конференции со школой и мастер-классами для молодых ученых. под ред. Е. В. Юртова. 2017. -С. 271-273.
9. Флора Таджикской ССР. Крестоцветные -бобовые / Л. Н. Абдусаламова, В. П. Бочанцев, А. Г. Борисова и др. - Л: Наука, Ленингр. отд-ние, 1978. — III, 678 с.
10. Ходжиматов, М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана / М. Ходжиматов. - Душанбе, 1989. - 368 с.

Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Раджабова Д.У.,

АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА И МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИНАМИКА РОДИОЛЫ ХОЛОДНОЙ (RHODIOLA GELIDA SCHRENK) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОИЗРАСТАНИЯ И ТЕМПЕРАТУРЫ

НИИ фундаментальной медицины.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Стохастические изменения ориентации радикала модулируют магнитные взаимодействия, поэтому форма спектра ЭПР зависит от вращательной подвижности радикала. По форме спектра, регистрируемого в стандартных условиях (первая гармоника сигнала поглощения, ненасыщающие значения микроволновой мощности) можно оценить время корреляции вращательных движений τ_c радикала в диапазоне $5 \cdot 10^{-11} - 10^{-7}$ с. В современной стандартизации лекарственного сырья и препаратов, в фармацевтическом анализе актуальными являются подбор, совершенствование и разработка современных и специфичных методик определения подлинности и качества, отвечающих требованиям валидации и соблюдению системного подхода в ряду «сырьё – препарат» [1,2,3].

Цель исследования. Изучение антиоксидантных свойств и молекулярной динамики родиолы холодной (*rhodiola gelida schrenk*) в зависимости от места произрастания и температуры.

Материал и методы исследования. Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр МЗ и СЗ РТ», и в лаборатории молекулярной спектроскопии физико-технического института им.С.У.Умарова НАНТ.

Результаты и их обсуждение. В работах [4,5] показано, что в растительных полимерах спиновая метка модифицируется по гидроксильным группам. Так как по происхождению основы химической структуры целлюлозного волокна и лекарственные растения очень близки и в основном состоят из целлюлозы, то можно будет предполагать, что радикал (1) ковалентно взаимодействует с гидроксильной группой структуры преимущественно с ОН-группой целлюлозной основы лекарственных растений. об этом свидетельствует вид спектра ЭПР рисунок 1 (2-6), который соответствует заторможенному вращению радикала с частотой вращения $\nu \approx 10^8 \text{ с}^{-1}$, а также практическая независимость спектра ЭПР от многократных промывок.

На рисунке 1 и в таблице 1 приведены следующие параметры спектров ЭПР изученных спин-меченых образцов полученных из растений произрастающих на разных высотах при комнатной температуре: $2A'_z$ - расстояние между внешними экстремумами; ΔI и Δh - полуширины линии в низком и высоком поле соответственно; h'/h - отношение амплитуд низкопольных линий слабо иммобилизованных меток и ΔH_0 - ширина линии центрального компонента спектра ЭПР.

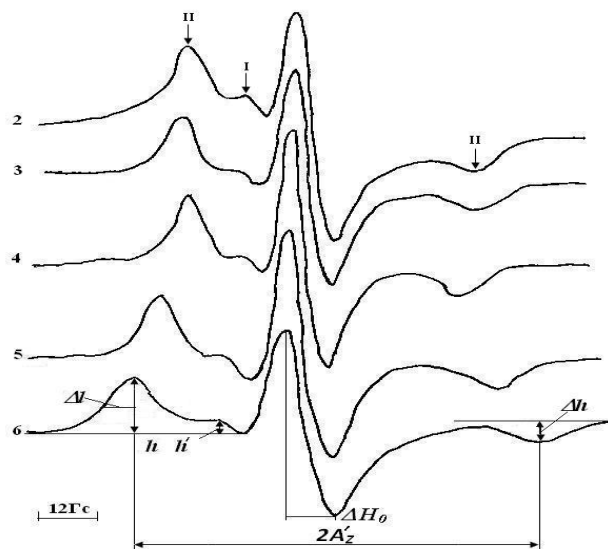


Рисунок 1. - ЭПР-спектры свободного нитроксильного радикала (I) в спиртовом растворе с концентрацией $4 \cdot 10^{-3}$ М/л и со временем корреляции ($\tau_c < 10^{-8}$ с.) – 1 и спин-меченных образцов родиолы холодной в зависимости от места произрастания, сухие относительно воздуха при комнатной температуре: Шугнан - 2; Рушан - 3; Мургаб - 4; Горная Матча - 5; Ходжа-Обигарм – 6

Как видно из рисунка (1) в спектрах ЭПР наблюдается свободная вращательная подвижность спиновой метки, которая характерна для радикала (I) в растворе со временем корреляции $\tau_c \leq 10^{-8}$ с. Спектры ЭПР спин-меченых образцов рисунок (2-6) при комнатной температуре представляют собой суперпозиции двух сигналов и сильную заторможенность вращательной подвижности спиновой метки со временем корреляции $\tau_c \leq 10^{-8}$ с, что характеризует неоднородность аморфных областей в исследуемых образцах и в местах присоединения метки, что свидетельствует об изменении системы меж- и внутримолекулярных водородных связей в области её присоединения.

Таблица 1. - Параметры спектров ЭПР спин-меченых образцов радиолы холодной в зависимости от места и высоты произрастания при комнатной температуре

Место произрастания	Высота над уровнем моря, (м)	ΔI , Гс	Δh , Гс	ΔH_0 , Гс	$2A'_z$, Гс	h'/h	$\tau_c \cdot 10^{-7}$ с
Шугнанский Район	2800	17	20	27	187	0.1	2.8
Рушанский Район	1980	12	12	25	194	0.5	3.1
Мургабский Район	3600	8	17	24	197	-	3.2
Горная Матча	2500	12	14	24	199	0.2	3.4
Ходжа-обигарм	2000	14	14	29	204	0.3	3.6

Из таблицы 1 следует, что параметры ΔI и Δh в спектрах ЭПР, относящиеся к медленно вращающемуся (указанные стрелками II, рисунок 1) радикалу изменяются незначительно, в то время как параметр h'/h является очень чувствительным (таблица 1 и рисунок 1) и изменяется интенсивно, что отражает появление нового компонента сигнала ЭПР, относящегося к быстро вращающемуся радикалу указаны стрелками I на рисунке 1 (2), что свидетельствующего о появлении сверхтонкой структуры (СТС) в спектрах исследуемых образцов.

Выводы. Таким образом, из полученных экспериментальных результатов можно заключить, что:

-при комнатной температуре в спектрах ЭПР наблюдается менее заторможенность и сужение спектра, то есть уменьшение некоторых спектральных параметров такие как ΔH_0 , ΔH_{+1} , ΔH_{-1} —представляющих ширину соответственно центральной, низкопольной и высокопольной компонентов спектра, h_0 , h_{+1} , h_{-1} — интенсивность компонентов спектра с $M=0$, $+1$, -1 и время корреляции (τ_c) спиновых меток;

- при уменьшении времени корреляции наблюдается увеличение подвижности макромолекул ЛС, свидетельствующее об усилении его антиоксидантных свойств.

- увлечение подвижности нитроксильного фрагмента в исследуемых образцах, характеризует усиление антиоксидантных свойств.

Список литературы

1. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х., Бахтдавлатов А.Д. Исследование и влияние экологических факторов на вращательную подвижность спин-меченного лекарственного растения ферулы вонючей (FERULA ASS – FOETIDAL.) Наука и инновация. -2023. №1. - С. 79-87
2. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование антиоксидантных свойств суммы флавоноидов, прополиса и мумий лекарственного методом ЭПР. Наука и инновация. -2023. №1. - С.75-79
3. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование молекулярной структуры девясила высокого в зависимости от концентрации перекиси водорода методом спиновых меток. Наука и инновация. -2023. №1. - С.62-66
4. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Синтез и биологические свойства цинкаса и его исследование методом спиновых меток. Известия АН РТ 2017. №4 - с.97-106. – 189 с.
5. Раджабов У. Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х.. Антиоксидантное действие железа (II) с ацетилцистеином и его исследование методом спиновых меток. ДАН РТ, 2018, т.61, №9-10, с. 788-793.

Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Раджабов У.Р

ЭПР-ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕКТРОСКОПИЧЕСКИХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ПОДОРОЖНИКА ЛАНЦЕТНОГО (*PLANTAGO LANCEOLATA*. L)

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан» Институт химии им. В.И. Никитина НАНТ

Актуальность. Одним из основных методов наблюдения физико-химических превращений молекул веществ, в том числе биополимеров, являются спектроскопические методы. Изменение молекулярной структуры веществ под действием внешних факторов (температура, радиация и т.д.) непременно приводит к изменениям в спектрах поглощения. Сравнительный анализ спектров позволяет судить о качественных и количественных изменениях, происходящих в их структуре под действием указанных факторов. Как было показано выше, методом ИК-спектроскопии можно качественно и количественно установить влияние внешних факторов на структуру и свойства природных соединений, в частности, функциональных групп молекул растений. Однако существующие способы анализа по данным ИК-спектроскопии не позволяют следить за всеми внутриклеточными образованиями. Этот недостаток можно восполнить, применив метод электронного парамагнитного резонанса (ЭПР).

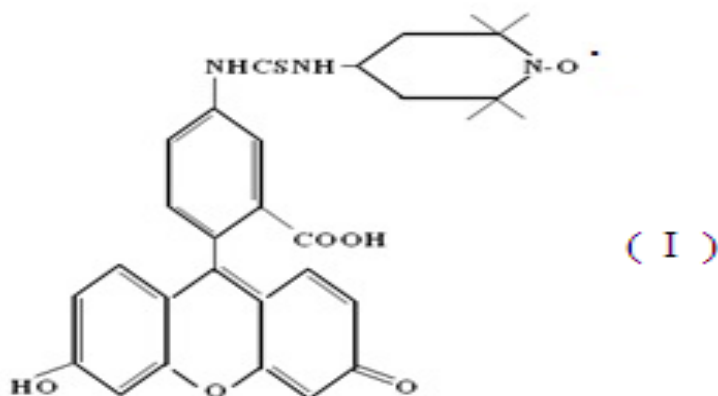
Цель исследования. Изучение, ЭПР-исследование спектроскопических и антиоксидантных свойств подорожника ланцетного.

Материал и методы исследования. Метод ЭПР-спектроскопии дает возможность регистрировать появление парамагнитных центров непосредственно в процессе функционирования биологических систем на разных уровнях их структурно-функциональной организации, таких, как макромолекулярные комплексы и субклеточные структуры. В этой главе этим методом было изучено накопление свободных радикалов в растениях в зависимости от места произрастания и радиации.[1,2,3]. Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр МЗ и СЗ РТ», и в лаборатории молекулярной спектроскопии физико-технического института им.С.У.Умарова НАНТ. Для определения молекулярно-динамических параметров и конформации молекул составных частей растений при воздействии внешних факторов был применен метод спиновых меток.

Результаты и их обсуждение. При исследовании парамагнитных центров растений возникают трудности расшифровки спектров ЭПР, связанные с анизотропией сверхтонкого взаимодействия и g-фактора, а также невозможностью разделения сигналов от радикалов разной химической природы, но с близкими значениями магнитно-резонансных параметров. Для определения молекулярно-динамических параметров и конформации молекул целесообразно применять методы спиновых меток и зондов. В качестве объекта исследования выбраны листья репейника, собранные из мест с различным уровнем радиационного фона и модифицированные спиновой меткой (I) согласно методикам [3,4,5].

Спектры снимались при комнатных условиях на радиоспектрометре РЭ – 1306 в стандартных молибденовых ампулах с внутренним диаметром 3.0 мм., в которые помещали по 30 мг спин-меченого образца. Спектры ЭПР спин-меченых образцов листьев репейника представлены на рисунок 1. Из рисунка видно, что с ростом радиационного фона проникновение спин-метки (R) в образцы уменьшается (кривая г). В настоящем разделе представлены результаты ЭПР-спектроскопических и антиоксидантных свойств исследований стеблей и листьев дикорастущего подорожника ланцетного (ПЛ) в зависимости от места произрастания (Гафуров, Исфара, Спитамен).

На рисунке 1 приведены спектры листьев и стеблей подорожника из разных мест произрастания. Как видно из рисунка, при комнатной температуреспектры имеют синглетное состояние с шириной спектральной линии $\Delta H_0 = 37-48$ Гс, причем интенсивность сигнала от листьев намного выше, чем от стеблей. В качестве спиновых меток использовали нитроксильный радикал (I) имеющий следующую структурную формулу:



Модификацию провели следующим образом, в ампуле помещали 0,1мл раствора исследуемых образцов и добавили по 0,05мл нитроксильного радикала в спиртовом растворе при концентрации $4 \cdot 10^{-3}$ М/л.

В таблице 1 приведены спектральные параметры сигнала ЭПР для листьев и стеблей ПЛ. Как видно из таблицы, наиболее высокая интенсивность J_0 наблюдается у образцов растений из Спитамена. Ширина линии ΔH_0 в зависимости от образцов меняется от 37,2 до 48 Гс. Это свидетельствует об устойчивости и стабильности радикалов в составе растений.

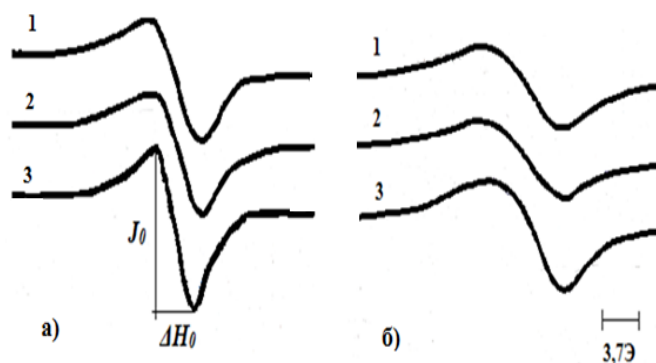


Рисунок 1. -ЭПР-спектры подорожника: 1– Гафуров; 2– Исфара; 3–Спитамен;а) – листья; б) – стебли

В таблице 1 приведены сравнительные данные о количестве парамагнитных центров в сухих образцах составных частей ПЛ при комнатной температуре в зависимости от места произрастания. Для установления влияния места произрастания составных частей ПЛ на его структурные и физико-химические свойства определяли наличие парамагнитных центров.

Таблица 1. - Параметры спектров ЭПР составных частей подорожника при комнатной температуре

№	Название составных частей	Место сбора образцов					
		Гафуров		Спитамен		Исфара	
		J ₀ , мм	ΔH ₀ , мм	J ₀ , мм	ΔH ₀ , мм	J ₀ , мм	ΔH ₀ , мм
1	Листья	42	31	53	30	45	34
2	Стебли	24	40	33	35	23	40

Таблица 2. - Сравнительные данные о количестве парамагнитных центров в составных частях ПЛ в зависимости от места произрастания

№	Место сбора образцов	Количество свободных радикалов C _R · 10 ¹² , спин/мг	
		Листья	Стебли
1	г. Гафуров	46.3	21.1
2	Спитаменский район	49.1	26.7
3	г. Исфара	23.9	17.5

Полученные результаты свидетельствуют о том, что место произрастания ПЛ оказывает сильное влияние на накопление биохимических продуктов жизнедеятельности растения и формирование структуры его органов.

Выводы. Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что накопление парамагнитных центров, содержащихся в составе ПЛ, зависит от места произрастания, экологического состояния окружающей среды и составных частей растения.

Список литературы

1. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование молекулярной структуры девясила высокого в зависимости от концентрации перекиси водорода методом спиновых меток. Наука и инновация. -2023. №1. - С.62-66
2. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование антиоксидантных свойств суммы флавоноидов, прополиса и мумиё лекарственного методом ЭПР. Наука и инновация. -2023. №1. - С.75-79
3. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х., Бахтдавлатов А.Д. Исследование и влияние экологических факторов на вращательную подвижность спин-меченного лекарственного растения ферулы вонючей (FERULA ASS – FOETIDAL.) Наука и инновация. -2023. №1. - С. 79-87
4. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Синтез и биологические свойства цинкаса и его исследование методом спиновых меток. Известия АН РТ 2017. №4 - с.97-106. – 189 с.
5. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Антиоксидантное действие железа (II) с ацетилцистеином и его исследование методом спиновых меток. ДАН РТ, 2018, т.61, №9-10, с. 788-793.

Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ СТРУКТУРЫ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОИЗРАСТАНИЯ МЕТОДОМ СПИНОВОЙ МЕТКИ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»
Институт химии им. В.И. Никитина НАНТ

Актуальность. В современной стандартизации лекарственного сырья и препаратов, в фармацевтическом анализе актуальными являются подбор, совершенствование и разработка современных и специфичных методик определения подлинности и качества, отвечающих требованиям валидации и соблюдению системного подхода в ряду «сырьё – препарат» [1,2,3].

Цель исследования. Изучение и исследование (спектральное, биологическое и фармакологическое) лекарственных растений методом ЭПР.

Материал и методы исследования. Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр МЗ и СЗ РТ», и в лаборатории молекулярной спектроскопии физико-технического института им.С.У.Умарова НАНТ.

Результаты и их обсуждение. Актуальна проблема совершенствования фармакопейного анализа для лекарственных средств на основе прополиса, в случае которых стандартизация недостаточно специфична и современна – осуществляется без использования стандартного образца, а методики не в полной мере отвечают параметрам валидации и системного подхода в ряду «сырьё – лекарственное средство» [4,5]. Метод спиновых меток является одним из

эффективных методов изучения изменений молекулярной динамики биологических, химических, медицинских и биофизических объектов в области её присоединения и чувствительным к молекулярной подвижности макромолекулы. Модификацию провели следующим образом в ампуле помешали 0,1мл раствор исследуемых образцов и добавили по 0,05мл нитроксильного радикала в спиртовом растворе при концентрации $4 \cdot 10^{-3}$ М/л. В спектральные параметры спектров ЭПР спин - меченой флаваноидов (ФЛ) , прополис (П-2), природный мумиё и время корреляции (τ_c) при комнатной температуре, где значение этих параметров по отношению свободному нитроксильному радикалу уменьшаются, а время корреляции (τ_c) меняется на 10 и 15 раз, то есть увеличивается подвижность радикала, описывающее свойства антиоксидантов.

Метод спиновых меток позволяет количественно оценить число центров в исследуемых объектах, подверженных нуклеативной атаке по реакции с цианурхлоридной спиновой меткой (I). Кроме того, анализ спектров ЭПР спиновой метки делает возможным оценить долю участков, наиболее доступных для модификации стабильным радикалом.

На примере одуванчика (*Taraxcum Officinale Wigg*) и цикория обыкновенного (*Cichorium intybus L.*) разработана методика химической модификации дикорастущих лекарственных растений спиновой меткой (I) в зависимости от места произрастания. Нами впервые разработана методика химической модификации дикорастущих лекарственных растений одуванчика со спиновой метке. Можно полагать, что радикал (I), ковалентно взаимодействует химически-активными группами лекарственных растений. Об этом свидетельствует вид спектра ЭПР рисунок 1 (б), соответствующий заторможенному вращению радикала (с частотой вращения $\nu \approx 10^8$ с⁻¹), а также практическая независимость спектра ЭПР от многократных промывок.

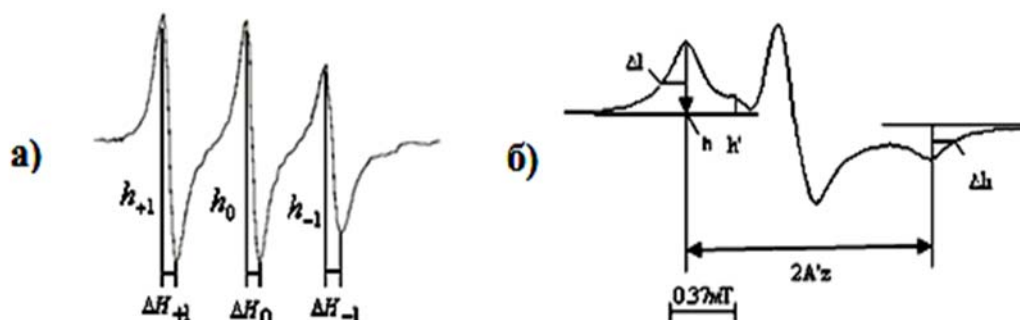


Рисунок 1. - Спектры ЭПР нитроксильного свободного радикала (I) при комнатной температуре в этаноловом растворе с концентрацией $4 \cdot 10^{-3}$ М/л – а и спин-меченного образца из листьев одуванчика – б

В таблице 1 приведены следующие параметры спектров ЭПР спин-меченных изученных образцов, при комнатной температуре: $2A'z$ – расстояние между внешними экстремумами; Δl - полуширины линий в низком поле; Δh - полуширина линий в высоком поле, h'/h – отношение амплитуд низкопольных линий слабо и сильно иммобилизованных меток и ΔH_0 – ширина линии центральной компоненты спектры ЭПР. Также разработана методика химической модификации дикорастущих лекарственных растений одуванчика по спиновой метке.

Таблица 1. - Параметры спектров ЭПР спин-меченных образцов одуванчика и цикория при комнатных температурах

Название образцов	Место произрастание. Высота над ур.м. (м)	Название составных частей	Δl Гс	Δh Гс	ΔH_0 Гс	$2A'z$ Гс	h'/h
		листья	12	9.6	16.8	120	12
		лепестки цветков	15.6	18	18	120	24
		листья	10.8	10.8	19.2	126	20.4
		лепестки цветков	12	15.6	19.2	122.4	26.4
	Игизак 2130	Листья	12	13.2	15.6	120	21.6
	Большой Игизак , 2180	Листья	9.6	9.6	14.6	124.8	12
	Малый Игизак 2477	Листья	9.6	9.6	15.6	123.6	2.4
		Листья	10.8	9.6	19.2	168	18
		Стебли	24	12	43.2	273.6	34.8
		Листья	7.2	8.4	15.6	120	31.2
		Стебли	15.6	15.6	24	166.8	39.6
		Корни	15.6	14.2	30	222	14.4
		Листья	12	12	30	216	9.6
		Стебли	21.6	25.2	31.2	213.6	51.6
		Корни	16.8	19.2	31.2	213.6	56.4

Об этом свидетельствует вид спектра ЭПР рисунок 1 (б) соответствующий заторможенному вращению радикала (с частотой вращения $\nu \approx 10^8 \text{ с}^{-1}$), а также практическая независимость спектра ЭПР от многократных промывок. В таблице 1 приведены следующие параметры спектров ЭПР спин-меченных изученных образцов при комнатной температуре: $2A'z$ – расстояние между внешними экстремумами; Δl – полуширины линий в низком поле; Δh – полуширина линий в высоком поле, h'/h – отношение амплитуд низкопольных линий слабо и сильно иммобилизованных меток и ΔH_0 – ширина линии центральной компоненты спектры ЭПР. Как видно из таблицы 1 параметры Δl и Δh в спектрах ЭПР рисунки характеризующие медленно вращающегося радикала изменяется незначительно, а время как параметр h'/h является очень чувствительным, изменяется интенсивно и характерен о появление новых компонентов сигнала относившийся к быстро вращающегося радикала изменяется от образца к образцу. Как видно из рисунка 1 (а) в спиновые метки с временем корреляции. Спектры ЭПР спин-меченных образцов (рисунком 1) при комнатной температуре представляет собой суперпозицию двух сигналов сильно заторможенности вращательной подвижности спиновой метки со временем корреляции, что свидетельствует о неоднородности аморфных областей исследуемых образцов, в которой проникает метка, а также свидетельствует о изменении системы меж- и внутри-молекулярных однородных связей в области присоединения межспектрах исследуемых образцах.

Выводы. Таким образом, из полученных экспериментальных результатов можно заключить, что, при уменьшении времени корреляции наблюдается увеличение подвижности ЛС, свидетельствующее об усилении его антиоксидантных свойств, увлечение подвижности нитроксильного фрагмента в исследуемых образцах, характеризует усиление антиоксидантных свойств.

Список литературы

1. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х., Бахтдавлатов А.Д. Исследование и влияние экологических факторов на вращательную подвижность спин-меченного лекарственного растения ферулы вонючей (FERULA ASS – FOETIDAL.) Наука и инновация. -2023. №1. - С. 79-87
2. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование антиоксидантных свойств суммы флавоноидов, прополиса и мумиё лекарственного методом ЭПР. Наука и инновация. -2023. №1. - С. 75-79
3. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование молекулярной структуры девясила высокого в зависимости от концентрации перекиси водорода методом спиновых меток. Наука и инновация. -2023. №1. - С. 62-66
4. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Синтез и биологические свойства цинкаса и его исследование методом спиновых меток. Известия АН РТ 2017. №4 - с. 97-106. – 189 с.
5. Раджабов У. Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х.. Антиоксидантное действие железа (II) с ацетилцистеином и его исследование методом спино

Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ СТРУКТУРЫ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОИЗРАСТАНИЯ МЕТОДОМ СПИНОВОЙ МЕТКИ

НИИ фундаментальной медицины.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В современной стандартизации лекарственного сырья и препаратов, в фармацевтическом анализе актуальными являются подбор, совершенствование и разработка современных и специфичных методик определения подлинности и качества, отвечающих требованиям валидации и соблюдению системного подхода в ряду «сырьё – препарат» [1,2,3].

Цель исследования. Изучение и исследование (спектральное, биологическое и фармакологическое) лекарственных растений методом ЭПР.

Материал и методы исследования. Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр МЗ и СЗ РТ», и в лаборатории молекулярной спектроскопии физико-технического института им.С.У.Умарова НАНТ.

Результаты и их обсуждение. Актуальна проблема совершенствования фармакопейного анализа для лекарственных средств на основе прополиса, в случае которых стандартизация недостаточно специфична и современна – осуществляется без использования стандартного образца, а методики не в полной мере отвечают параметрам валидации и системного подхода в ряду «сырьё – лекарственное средство» [4,5]. Метод спиновых меток является одним из эффективных методов изучения изменений молекулярной динамики биологических, химических, медицинских и биофизических объектов в области её присоединения и чувствительным к молекулярной подвижности макромолекулы. Модификацию провели следующим образом в ампуле помешали 0,1 мл раствор исследуемых образцов и добавили по 0,05 мл нитроксильного радикала в спиртовом растворе при концентрации $4 \cdot 10^{-3} \text{ М/л}$. В спектральные параметры спектров ЭПР спин-меченной флавоноидов (ФЛ), прополис (П-2), природный мумиё и время корреляции (τ_c) при комнатной температуре, где значение этих параметров по отношению свободному нитроксильному радикалу уменьшаются, а время корреляции (τ_c) меняется на 10 и 15 раз, то есть увеличивается подвижность радикала, описывающее свойства антиоксидантов.

Метод спиновых меток позволяет количественно оценить число центров в исследуемых объектах, подверженных нуклеативной атаке по реакции с цианурхлоридной спиновой меткой (I). Кроме того, анализ спектров ЭПР спиновой метки делает возможным оценить долю участков, наиболее доступных для модификации стабильным радикалом.

На примере одуванчика (*Taraxcum Officinale Wigg*) и цикория обыкновенного (*Cichorium intybus L.*) разработана методика химической модификации дикорастущих лекарственных растений спиновой меткой (I) в зависимости от места произрастания. Нами впервые разработана методика химической модификации дикорастущих лекарственных растений одуванчика со спиновой метке. Можно полагать, что радикал (I), ковалентно взаимодействует химически-активными группами лекарственных растений. Об этом свидетельствует вид спектра ЭПР рисунок 1 (б), соответствующий заторможенному вращению радикала (с частотой вращения $\nu \approx 10^8 \text{ c}^{-1}$), а также практическая независимость спектра ЭПР от многократных промывок.

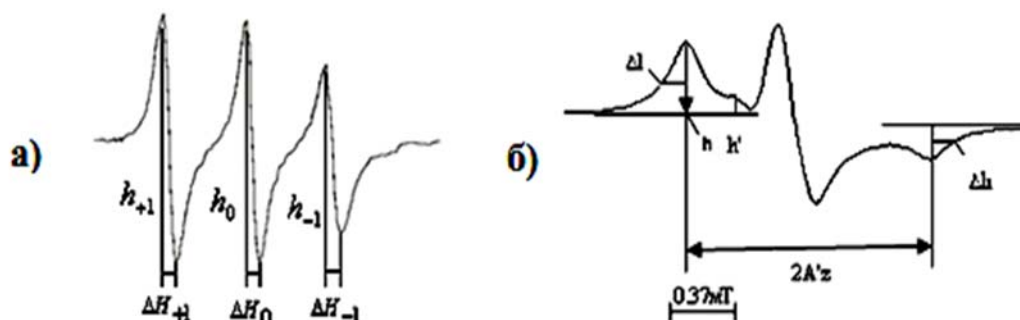


Рисунок 1. - Спектры ЭПР нитроксильного свободного радикала (I) при комнатной температуре в этаноловом растворе с концентрацией $4 \cdot 10^{-3} \text{ М/л}$ – а и спин-меченного образца из листьев одуванчика – б

В таблице 1 приведены следующие параметры спектров ЭПР спин-меченных изученных образцов, при комнатной температуре: $2A'z$ – расстояние между внешними экстремумами; Δl – полуширины линий в низком поле; Δh – полуширина линий в высоком поле, h'/h – отношение амплитуд низкопольных линий слабо и сильно иммобилизованных меток и ΔH_0 – ширина линии центральной компоненты спектры ЭПР. Также разработана методика химической модификации дикорастущих лекарственных растений одуванчика по спиновой метке.

Таблица 1. - Параметры спектров ЭПР спин-меченных образцов одуванчика и цикория при комнатных температурах

Название образцов	Место произрастание. Высота над ур.м. (м)	Название составных частей	Δl Гс	Δh Гс	ΔH_0 Гс	$2A'z$ Гс	h'/h
		листья	12	9.6	16.8	120	12
		лепестки цветков	15.6	18	18	120	24
		листья	10.8	10.8	19.2	126	20.4
		лепестки цветков	12	15.6	19.2	122.4	26.4
	Игизак 2130	Листья	12	13.2	15.6	120	21.6
	Большой Игизак , 2180	Листья	9.6	9.6	14.6	124.8	12
	Малый Игизак 2477	Листья	9.6	9.6	15.6	123.6	2.4
		Листья	10.8	9.6	19.2	168	18
		Стебли	24	12	43.2	273.6	34.8
		Листья	7.2	8.4	15.6	120	31.2
		Стебли	15.6	15.6	24	166.8	39.6
		Корни	15.6	14.2	30	222	14.4
		Листья	12	12	30	216	9.6
		Стебли	21.6	25.2	31.2	213.6	51.6
		Корни	16.8	19.2	31.2	213.6	56.4

Об этом свидетельствует вид спектра ЭПР рисунок 1 (б) соответствующий заторможенному вращению радикала (с частотой вращения $\nu \approx 10^8 \text{ c}^{-1}$), а также практическая независимость спектра ЭПР от многократных промывок. В таблице 1 приведены следующие параметры спектров ЭПР спин-меченных изученных образцов при комнатной температуре: $2A'z$ – расстояние между внешними экстремумами; Δl – полуширины линий в низком поле; Δh – полуширина линий в высоком поле, h'/h – отношение амплитуд низкопольных линий слабо и сильно иммобилизованных меток и ΔH_0 – ширина линии центральной компоненты спектры ЭПР. Как видно из таблицы 1 параметры Δl и Δh в спектрах ЭПР рисунки характеризующие медленно вращающегося радикала изменяется незначительно, а время как параметр h'/h является очень чувствительным, изменяется интенсивно и характерен о появление новых компонентов сигнала относившийся к быстро вращающегося радикала изменяется от образца к образцу. Как видно из рисунка 1 (а) в спиновые метки с временем корреляции. Спектры ЭПР спин-меченных образцов (рисунок 1) при комнатной температуре представляет собой суперпозицию двух сигналов сильно заторможенность вращательной подвижности спиновой метки со временем корреляции, что свидетельствует о неоднородности аморфных областей исследуемых образцов, в которой проникает метка, а также свидетельствует о изменении системы меж- и внутри-молекулярных однородных связей в области присоединения межспектрах исследуемых образцов.

Выводы. Таким образом, из полученных экспериментальных результатов можно заключить, что, при уменьшении времени корреляции наблюдается увеличение подвижности ЛС, свидетельствующее об усилении его антиоксидантных свойств, увлечение подвижности нитроксильного фрагмента в исследуемых образцах, характеризует усиление антиоксидантных свойств.

Список литература

1. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х., Бахтдавлатов А.Д. Исследование и влияние экологических факторов на вращательную подвижность спин-меченного лекарственного растения ферулы вонючей (FERULAASS – FOETIDAL.) Наука и инновация. -2023. №1. - С. 79-87
2. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование антиоксидантных свойств суммы флавоноидов, прополиса и мумий лекарственного методом ЭПР. Наука и инновация. -2023. №1. - С.75-79
3. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование молекулярной структуры девясила высокого в зависимости от концентрации перекиси водорода методом спиновых меток. Наука и инновация. -2023. №1. - С.62-66
4. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Синтез и биологические свойства цинкаса и его исследование методом спиновых меток. Известия АН РТ 2017. №4 - с.97-106. – 189 с.
5. Раджабов У. Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х.. Антиоксидантное действие железа (II) с ацетилцистеином и его исследование методом спиновых меток. ДАН РТ, 2018, т.61, №9-10, с. 788-793.

Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Навруззода Г.Ф., ЭПР-ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕКТРОСКОПИЧЕСКИХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ПОДОРОЖНИКА ЛАНЦЕТНОГО (PLANTAGO LANCEOLATA. L)

НИИ фундаментальной медицины.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одним из основных методов наблюдения физико-химических превращений молекул веществ, в том числе в биополимеров, являются спектроскопические методы. Изменение молекулярной структуры веществ под действием внешних факторов (температура, радиация и т.д.) непременно приводит к изменениям в спектрах поглощения. Сравнительный анализ спектров позволяет судить о качественных и количественных изменениях, происходящих в их структуре под действием указанных факторов. Как было показано выше, методом ИК-спектроскопии можно качественно и количественно установить влияние внешних факторов на структуру и свойства природных соединений, в частности, функциональных групп молекул растений. Однако существующие способы анализа по данным ИК-спектроскопии не позволяют следить за всеми внутриклеточными образованиями. Этот недостаток можно восполнить, применив метод электронного парамагнитного резонанса (ЭПР).

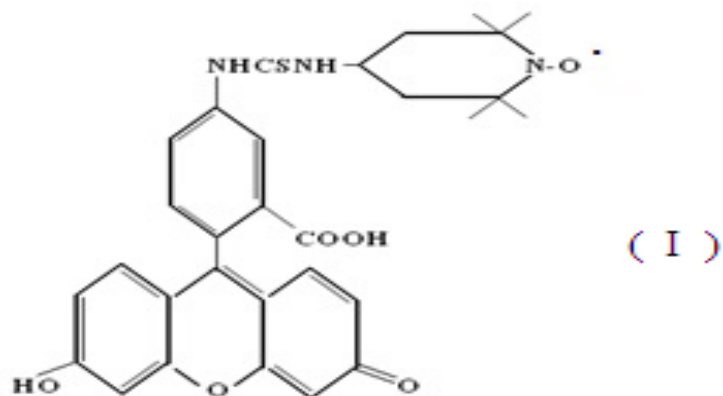
Цель исследования. ЭПР-исследование спектроскопических и антиоксидантных свойств подорожника ланцетного.

Материал и методы исследования. Метод ЭПР-спектроскопии дает возможность регистрировать появление парамагнитных центров непосредственно в процессе функционирования биологических систем на разных уровнях их структурно-функциональной организации, таких, как макромолекулярные комплексы и субклеточные структуры. В этой главе этим методом было изучено накопление свободных радикалов в растениях в зависимости от места произрастания и радиации.[1,2,3]. Работа проводилась на кафедре фармацевтической и токсикологической химии, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр МЗ и СЗ РТ», и в лаборатории молекулярной спектроскопии физико-технического института им.С.У.Умарова НАНТ. Для определения молекулярно-динамических параметров и конформации молекул составных частей растений при воздействии внешних факторов был применен метод спиновых меток.

Результаты и их обсуждение. При исследовании парамагнитных центров растений возникают трудности расшифровки спектров ЭПР, связанные с анизотропией сверхтонкого взаимодействия и g-фактора а также невозможностью разделения сигналов от радикалов разной химической природы, но с близкими значениями магнитно-резонансных параметров. Для определения молекулярно-динамических параметров и конформации молекул целесообразно применять методы спиновых меток и зондов. В качестве объекта исследования выбраны листья репейника, собранные из мест с различным уровнем радиационного фона и модифицированные спиновой меткой (I) согласно методикам [3,4,5].

Спектры снимались при комнатных условиях на радиоспектрометре РЭ – 1306 в стандартных молибденовых ампулах с внутренним диаметром 3.0 мм., в которые помещали по 30 мг спин-меченого образца. Спектры ЭПР спин-меченых образцов листьев репейника представлены на рисунок 1. Из рисунка видно, что с ростом радиационного фона проникновение спин-метки (R) в образцы уменьшается (кривая г). В настоящем разделе представлены результаты ЭПР-спектроскопических антиоксидантных свойств исследований стеблей и листьев дикорастущего подорожника ланцетного (ПЛ) в зависимости от места произрастания (Гафуров, Исфара, Спитамен).

На рисунке 1 приведены спектры листьев и стеблей подорожника из разных мест произрастания. Как видно из рисунка, при комнатной температур спектры имеют синглетное состояние с шириной спектральной линии $\Delta H_0 = 37-48$ Гс, причем интенсивность сигнала от листьев намного выше, чем от стеблей. В качестве спиновых меток использовали нитроксильный радикал (I) имеющий следующую структурную формулу:



Модификацию провели следующим образом в ампуле помешали 0,1мл раствор исследуемых образцов и добавили по 0,05мл нитроксильного радикала в спиртовом растворе при концентрации $4 \cdot 10^{-3}$ М/л.

В таблице 1 приведены спектральные параметры сигнала ЭПР для листьев и стеблей ПЛ. Как видно из таблицы, наиболее высокая интенсивность J_0 наблюдается у образцов растений из Спитамена. Ширина линии ΔH_0 в зависимости от образцов меняется от 37,2 до 48 Гс. Это свидетельствует об устойчивости и стабильности радикалов в составе растений.

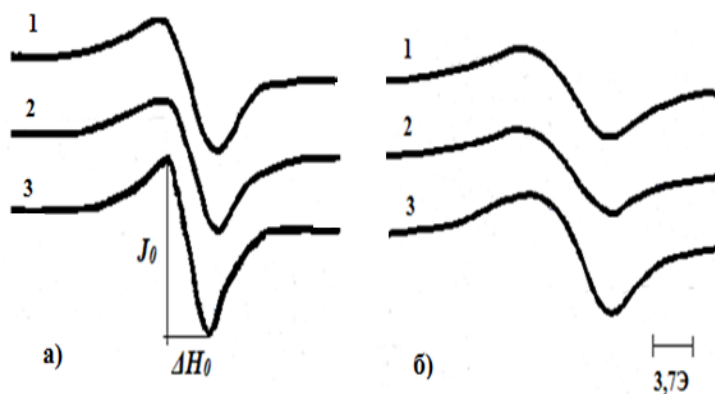


Рисунок 1. -ЭПР-спектры подорожника: 1– Гафуров; 2– Исфара; 3–Спитамен; а) – листья; б) – стебли

В таблице 1 приведены сравнительные данные о количестве парамагнитных центров в сухих образцах составных частей ПЛ при комнатной температуре в зависимости от места произрастания. Для установления влияния места произрастания составных частей ПЛ на его структурные и физико-химические свойства определяли наличие парамагнитных центров.

Таблица 1. - Параметры спектров ЭПР составных частей подорожника при комнатной температуре

№	Название составных частей	Место сбора образцов					
		Гафуров		Спитамен		Исфара	
		J_0 , мм	ΔH_0 , мм	J_0 , мм	ΔH_0 , мм	J_0 , мм	ΔH_0 , мм
1	Листья	42	31	53	30	45	34
2	Стебли	24	40	33	35	23	40

Таблица 2. - Сравнительные данные о количестве парамагнитных центров в составных частях ПЛ в зависимости от места произрастания

№	Место сбора образцов	Количество свободных радикалов $C_R \cdot 10^{12}$, спин/мг	
		Листья	Стебли
1	г. Гафуров	46.3	21.1
2	Спитаменский район	49.1	26.7
3	г. Исфара	23.9	17.5

Полученные результаты свидетельствуют о том, что место произрастания ПЛ оказывает сильное влияние на накопление биохимических продуктов жизнедеятельности растения и формирование структуры его органов(Таблица 2).

Выводы. Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что накопление парамагнитных центров, содержащихся в составе ПЛ, зависит от места произрастания, экологического состояния окружающей среды и составных частей растения.

Список литература

1. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование молекулярной структуры девясила высокого в зависимости от концентрации перекиси водорода методом спиновых меток. Наука и инновация. -2023. №1. - С.62-66
2. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование антиоксидантных свойств суммы флавоноидов, прополиса и мумиё лекарственного методом ЭПР. Наука и инновация. -2023. №1. - С.75-79
3. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х., Бахтдавлатов А.Д. Исследование и влияние экологических факторов на вращательную подвижность спин-меченного лекарственного растения ферулы вонючей (FERULA ASS – FOETIDAL.) Наука и инновация. -2023. №1. - С. 79-87
4. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Синтез и биологические свойства цинкаса и его исследование методом спиновых меток. Известия АН РТ 2017. №4 - с.97-106. – 189 с.
5. Раджабов У. Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х.. Антиоксидантное действие железа (II) с ацетилцистеином и его исследование методом спиновых меток. ДАН РТ, 2018, т.61, №9-10, с. 788-793.

Урунова М.В., Ишанкулова Б.А., Музафарова М.Х.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ТАДЖИКИСТАНА ПРИ ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У КРЫС

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Последние годы отмечается рост потребления препаратов на основе лекарственных растений [5]. Оставаясь незаменимыми источниками получения некоторых лекарственных средств, они занимают важное место в фармакологии и фармацевтической практике. Препараты на основе растительного сырья имеют целый ряд преимуществ перед химическими медикаментами [1]. Будучи природными, они более доступные, лучше переносятся организмом, меньше имеют побочных эффектов [4].

Сахарный диабет остается одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний человека. Надо отметить, что в настоящее время патогенетические механизмы сахарного диабета известны и предложены эффективные методы его лечения. Однако, для комплексного лечения больным целесообразно назначать и фитопрепараты, тем более, что многие пациенты желают препараты растительного происхождения. Республика Таджикистан богат лекарственными растениями, которые до сих пор недостаточно изучены и на их основе мало разработаны эффективные лекарственные препараты [3]. В результате поиска флавоноидсодержащих и эфиромаслечных лекарственных растений, которые как известно обладают сахароснижающим эффектом, мы остановились на листьях шелковицы (Cydonia oblongamill), крапивы (Urtica dioica L.), и листьев винограда культурного (Vitis Vinifera).

Цель исследования. Изучить сахароснижающее свойство листьев шелковицы, крапивы и винограда, произрастающих в Таджикистане на лабораторных животных при экстрапанкреатической гипергликемии.

Материал и методы исследования.

Настой из листьев шелковицы, крапивы, винограда и травы цикория готовили в соответствии с требованиями Госфармакопии (ГФ РФ XIV, 2018). Толерантность животных к глюкозе определяли общепринятыми методами на 35 белых крысах массой 210,0- 220,0 гр. голодавших в течении 16-18 часов. Глюкоза в виде 20%-го раствора вводилась крысам внутрибрюшинно (в/б) из расчета 2г/кг массы.

Животные были разделены на 5 серии, по 7 крыс в каждой:

- 1 - контрольные крысы, получавшие за 30 минут до введения глюкозы, физиологический раствор из расчета 5мл/кг массы тела;
- 2 - опытные животные, получавшие за 30 минут до введения глюкозы в/ж настой листьев шелковицы (НЛШ) (1:10) в дозе 5мл/кг массы тела;
- 3 - опытные крысы, получавшие по той же схеме в/ж настой крапивы (НЛК, 1:10) в дозе 5мл/кг массы тела;
- 4 - крысы, получавшие по той же схеме в/ж настой листьев винограда (НЛВ, 1:10) в той же дозе;
- 5 - белые крысы, получавшие по той же схеме в/ж настой травы цикория (НТЦ, 1:10) в той же дозе;

Эффективность исследуемых настоев сравнивали с действием настоя травы цикория. Критерием оценки гипогликемических свойств настоев листьев крапивы, шелковицы, винограда, а также настоя травы цикория являлась способность исследуемых объектов понижать гипергликемию.

Во всех группах экспериментальных животных проводился забор крови для биохимического исследования после внутрижелудочного (исходный показатель) введения изучаемых объектов. Спустя 30 минут в/б был введен 20% раствор глюкозы в дозе 2 мг/кг массы животного. Концентрацию сахара в крови определяли через 15 минут и 45 минут после внутрибрюшинного введения глюкозы ортотолуидиновым методом (Полторак В.В., Покрышкин В.И. 1984).

Результаты и их обсуждение. Как показывают результаты исследований, через 15 минут после внутрибрюшинного введения 20% раствора глюкозы повысилось содержание сахара в крови у контрольных крыс составило $8,1 \pm 0,4$ ммоль/л (190%), на 45 минуте концентрация сахара несколько снизилась и была равна $7,2 \pm 0,5$ ммоль/л (172%) (таблица 1).

В опытных группах животных, получавших за 30 минут до инъекции глюкозы настои изучаемых объектов в дозе 5 мл/кг массы тела были получены следующие показатели: на 15 минуте исследования в группе с настоем листьев крапивы показатель был равен $6,6 \pm 0,5$ ммоль/л, составляя 154% и на 45 минуте этот показатель снизился на $5,8 \pm 0,4$

ммоль/л (135%), заметно превосходя показатели контрольной группы.

Таблица 1

Гипогликемическое действие лекарственных растений Таджикистана при внутрибрюшинном (в/б) тесте толерантности к глюкозе у белых крыс

№	Серия опытов и дозы в мл/кг веса	Исход 100%	Уровень глюкозы в ммоль/л и в % после в/б введения 20% р-ра глюкозы в дозе 2 г/кг массы	
			ч/з 15 мин	ч/з 45 мин
1	Контрольная – физ. р-р 5 мл/кг	4,2±0,1	8,1±0,4 190% P ₁ <0,001	7,2±0,5 172,2% P<0,001
2	Опытная – настой листьев крапивы (1:10) 5 мл/кг	4,3±0,1	6,6±0,5 154 % P<0,001**	5,8±0,4 135% P<0,001
3	Опытная - настой листьев шелковицы (1:10) 5 мл/кг	4,3±0,1	6,4±0,4 149% P<0,001	5,7±0,3 133,1% P<0,05
4	Опытная - настой листьев винограда (1:10) 5 мл/кг	4,2±0,3	6,9±0,5 164% P<0,001	6,0±0,4 147% P<0,001
5	Опытная - настой травы цикория (1:10) 5 мл/кг	4,3±0,3	6,5±0,4 151% P<0,001	5,9±0,3 137% P<0,001

Примечание: p₁ – статистическая значимость различий показателей контрольной серии по сравнению с исходным показателем; p₂ – статистическая значимость различий показателей опытной серии по сравнению с показателями в контрольной серии соответственно.

В группе, где крысы получали настой листьев шелковицы на 15 минуте исследования концентрация сахара составила 6,4±0,4 ммоль/л (151%), на 45-й минуте показатель снижался до 5,7±0,3 ммоль/л (133%). В серии животных, получавших настой листьев винограда (1:10) на 15 минуте в сыворотке крови концентрация сахара повышалась до 6,9±0,4 ммоль (168%) и через 45 минут она была равна 6,0±0,3 ммоль, составляя 147%.

В сравнительной группе белых крыс, получавших внутривенно настой травы цикория (1:10) в дозе 5 мл/кг массы спустя 15 минут от начала эксперимента уровень сахара в крови животных был равен 6,4±0,3 ммоль/л (149%) и на 45 минуте данный показатель снижался, составляя 5,9±0,3 ммоль/л (137%) (P≤0,01).

Исходя из результатов экспериментальных исследований все испытуемые нами настои достаточно эффективно снижают концентрацию сахара в крови при тесте толерантности, который применяется для оценки резистентности организма к глюкозе. Однако следует отметить, что настой листьев из шелковицы превосходит по сахароснижающему действию других объектов. Это по видимому обосновывается содержанием в составе листьев шелковицы флавоноидов, флавонов.

Выводы. Таким образом, гипогликемический эффект изученных настоев из листьев крапивы, шелковицы, винограда и цикория благодаря наличию соответствующих биологически активных веществ в их составе может быть использован в комплексной терапии в лечении сахарного диабета и метаболического синдрома.

Литература

1. Алиев Х.А. Мукайлов М.Д. Субтропические плоды – ценное сырье для производства продуктов питания функционального назначения. Обзор – Субтропическое и декоративное садоводство. 2017, 61. Стр- 9-26.
2. Государственная фармакопея Российской Федерации. XIV издание. Том IV. Москва, 2018 г. 6343-6370 с.
3. Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана. Душанбе, 2015 г. - 191 стр.
4. Нуралиев Ю.Н. Важнейшие лекарственные растения Таджикистана //Ю.Н.Нуралиев, Л.Нуралиев //Душанбе, Кон-траст, 2015 г. – 117 стр.
5. Сайбель О.Л. Перспективы использования цикория обыкновенного *Cichorium intybus* L. В качестве лекарственного растительного сырья //О.Л.Сайбель, Т.Д. Даргаева //Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. 2015 г, 2(7). – С. 36-51.

Халилова Ш.Н., Ишанкулова Б.А.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ АНТИОКСИДАНТНОЕ И СЕКРЕТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЕВ ЛУКОВ РОЗЕНБАХА И ГИГАНТСКОГО РЕГЕЛЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кафедра фармакологии и ЦНИЛ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В многочисленных исследованиях авторов ряда стран нашёл своё отражение интерес к изучению рода луковых (*Allium*). В республике Таджикистан среди малоизученных растений рода луковых особой популярностью пользуются лук Розенбаха (*Allium Rosenbachianum* - *сиёхалаф*) и лук гигантского Регеля (*Allium giganteum* *Regel*- *мохдил*). Они в основном произрастают в горных местах и долинах юго – западного Памираолая, в среднем поясе Гиссарского хребта, в тени скал и деревьев Варзобского и Рамитского ущельев. Биологически активные вещества, (вит.С., каротин, флавоноиды, макро – микроэлементы) содержащиеся в них, обосновывают применение их в народной медицине при заболеваниях с нарушением жирового обмена, для повышения аппетита и нормализации

функции ЖКТ[1]. При нарушениях жирового обмена активируются процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и, как следствие накапливаются проокислительные формы, то есть свободные радикалы. Показателями состояния окислительной системы организма животных служили уровень малонового диальдегида (МДА) и супероксиддисмутазы (СОД) [2].

Цель исследования. В связи с вышеуказанным, мы задались целью научно обосновать с помощью фармакологических исследований антиоксидантное действие и влияние луков Розенбаха и гигантского Рогеля на аппетит и объем желудочного сока.

Материал и методы исследования. Было использовано 50 беспородных белых крыс обоего пола и 40 кроликов рода шиншилла. Животные были распределены на 2 серии. Для изучения использовали настои луков Розенбаха и гигантского Рогеля в соотношении 1:10 согласно требованиям ГФ РФ. Содержание МДА и активности СОД на модели гиперхолестериновой диеты (ГХСД) в сыворотке крови у крыс определяли по общепринятой методике Гаврилова В.Б. (1987)[3]. Для определения желудочного сока у кроликов использовали специальный гастродуоденальный зонд. Сравнительным препаратом выбора служил известный настой листьев подорожника (*Succus Plantaginis*).

Результаты исследования и их обсуждение. В 1-й серии животные были распределены на 5 групп. В контрольной группе (нелеченные) крысы с экспериментальной гиперлипидемией содержание МДА оказалось выше - $5,3 \pm 0,4$ мкмоль/л (151%) по сравнению с интактной (здоровой) группой крыс - $3,5 \pm 0,1$ мкмоль/л (100%). В сыворотке крови опытной группы крыс, принимавших настой лука Розенбаха уровень МДА достоверно снижался, составляя $3,7 \pm 0,1$ мкмоль/л (106%) по сравнению с контрольной группой. В опытной группе животных, получавших настой лука гигантского Рогеля по той же схеме, были несколько ниже, чем лук Розенбаха - уровень МДА снижался и составил $3,5 \pm 0,1$ мкмоль/л (102%) (таблица 1).

Таблица 1 - Содержание МДА и СОД у крыс, леченных настоями луков Розенбаха и гигантского Рогеля

Группа животных	Содержание МДА	Содержание СОД
	(M±m) в мкмоль/л; в %	
Интактная: здоровая n=10	$3,5 \pm 0,1$ 100%	$6,5 \pm 0,1$ 100%
Контрольная: нелеченные дистиллированная вода 5 мл/кг n=10	$5,3 \pm 0,4$ $p_1 < 0,001$ 151%	$3,8 \pm 0,1$ $p_1 < 0,001$ 58%
Опытная: настой лука Розенбаха 5 мл/кг n=10	$3,7 \pm 0,1$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$ 106%	$5,9 \pm 0,2$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$ 91%
Опытная: настой лука гигантского Рогеля 5 мл/кг n=10	$3,5 \pm 0,1$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$ 102%	$6,1 \pm 0,1$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$ $p_3 > 0,05$ 94%
Сравнительная: настой подорожника 5 мл/кг n=10	$3,9 \pm 0,1$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$ 111%	$5,7 \pm 0,2$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$ 88%
p	$< 0,001$ (H = 26,5)	$< 0,001$ (H = 28,9)

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса (ANOVA)); p_1 – статистическая значимость различий показателей с интактными животными; p_2 – статистическая значимость различий показателей с животными на дистил. воде; p_3 – статистическая значимость различий показателей с животными на настое Розенбаха; p_4 – статистическая значимость различий показателей с животными на настое лука гигантского Рогеля (p_1 - p_4 – по U-критерию Манна-Уитни).

Положительные показатели МДА были получены в сравнительной группе крыс, получавших настой подорожника $3,9 \pm 0,1$ мкмоль/л (111%) ($P < 0,001$), однако они уступали изучаемым настоям. Что касается 2-го показателя состояния окислительной системы - СОД, её активность в контрольной группе снижалась до $3,8 \pm 0,1$ мкм/л (58%). В группе опытных животных, леченных настоем лука Розенбаха - «сиёхалаф» содержание СОД оказалось выше - $5,9 \pm 0,2$ мкмоль/л (91%) по сравнению с контрольной группой. В следующей опытной группе крыс, принимавших ежедневно в/ж настой лука гигантского Рогеля, также наблюдалось заметное повышение уровня СОД, приближаясь к интактным - $6,1 \pm 0,1$ мкмоль/л (94%). Содержание СОД в сравнительной группе с настоем подорожника также заметно повышалось - до $5,7 \pm 0,2$ (88%) ($P < 0,001$), хотя также показатель несколько уступал нашим лукам.

Во 2-й серии экспериментов изучали объем желудочного сока под действием настоев луков Розенбаха и гигантского Рогеля. Исследуемые объекты вводились из расчета 5 мл/кг массы животного однократно внутрижелудочно (в/ж). Кролики были распределены на следующие группы: 1 группа – контрольная (здоровая), в этой группе кроликам

однократно в/ж вводили дистиллированную воду из расчёта 5 мл/кг массы животного; 2-3 группы - опытные, где животным однократно в/ж были введены настои луков Розенбаха и Регеля из расчёта 5 мл/кг массы тела; 4 группа - сравнительная, кроликам был введен настой листьев подорожника по той же схеме.

Как видно из результатов опыта, в группе контрольных животных до введения настоев объём желудочного сока составил $3,8 \pm 0,1$ мл (100%). В опытной группе кроликов, которым был однократно в/ж введен настой лука Розенбаха из расчёта 5 мл/кг животного объём желудочного сока к 1-му часу от начала экспериментов увеличился и составил $6,9 \pm 0,1$ мл (164%). В следующей опытной группе животных, которые принимали в/ж настой лука гигантского Регеля по той же схеме объём желудочного сока через 1 час увеличился несколько выше, составляя $7,3 \pm 0,1$ мл (166%) (рисунок 1).

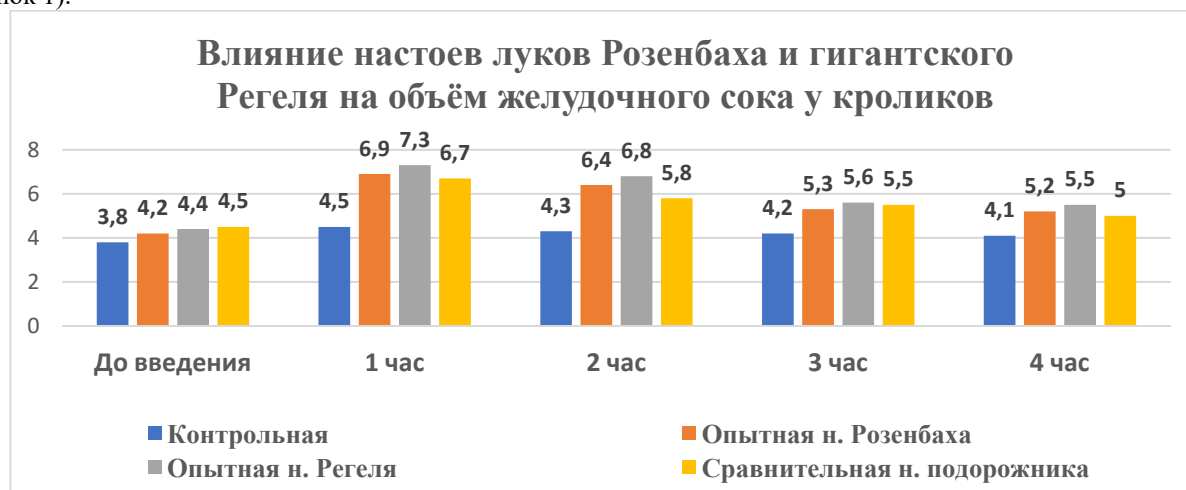


Рисунок 1. -Влияние настоев луков Розенбаха и гигантского Регеля на объём желудочного сока у кроликов.

Вообще - то следует указать, что наибольшее количество (пик) желудочного сока во всех группах было получено через 1 час после введения наших объектов. В сравнительной группе кроликов, получавших настой подорожника, наблюдалось увеличение объёма желудочного сока до $6,7 \pm 0,1$ мл (149%). По ходу опытов во всех группах наблюдалось постепенное снижение объёма желудочного сока у животных. К 2-му часу от начала опытов в группе кроликов принимавших настой лука Розенбаха объём желудочного сока снизился до $6,4 \pm 1,0$ мл (152%); через 3 часа объём составил $5,3 \pm 0,3$ мл (126%); спустя 4 часа - $5,2 \pm 0,2$ (124%) ($P < 0,001$). В опытной группе животных, принимавших настой лука гигантского Регеля объём желудочного сока, также имел тенденцию к снижению. Спустя 2 часа от однократного в/ж введения изучаемого настоя объём желудочного сока уменьшался до $6,8 \pm 0,2$ мл (154%); через 3 часа объём составил $5,6 \pm 0,2$ мл (127%); спустя 4 часа - $5,5 \pm 0,2$ мл (124%) ($P < 0,001$). Показатели объёма желудочного сока в группе кроликов, принимавших настой лука Розенбаха были ниже по сравнению с группой животных, принимавших настой лука гигантского Регеля.

Выводы. Исходя из полученных результатов, настои луков Розенбаха и гигантского Регеля при ГХСД активно понижают повышенный уровень МДА, одновременно повышают активность антиоксидантного фермента - СОД в крови, то есть обладают эффективным антиоксидантным действием. Однако, следует отметить превосходство в эффективности настоя лука Регеля. Видимо это обосновано более высоким содержанием вит.С, каротина и антоцианов. В серии животных, где изучали секреторную функцию желудка при в/ж введении изучаемых объектов всё же опять, таки лидировал по эффективности настой Регеля.

Таким образом, настои луков Розенбаха и гигантского Регеля могут быть рекомендованы в качестве БАД в комплексной терапии при ожирении и др. заболеваниях, сопровождающихся нарушением обмена веществ, весеннем гиповитаминозе, а также для повышения аппетита и улучшения процессов пищеварения.

Список литературы

- [1] Ишанкулова, Б.А. Фармакологические свойства лука Розенбаха «сиёхалаф» / Б.А. Ишанкулова, Ш.Н. Халилова // Ж. «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана». – Душанбе. – 2017 - №3. – С. 87-90.
- [2] Сабурова, А.М. Содержание свободных жирных кислот, перекисного окисления липидов, фосфолипидов и холестерина при воздействии стрессорных факторов и при введении α -токоферола / А.М. Сабурова, Хашимова М.Р., Имомова Е.А. // Проблемы патологии человека и последипломного образования – Д., 1998. – С.661-666.
- [3] Хабриев, Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. / Под ред. Р.У. Хабриева. 2-изд. — М.: Медицина, 2005. - 832с.

Хилолова М.Х., Урунова М.В., Мирзоев У.К
ХОСИЯТИ ГИПОЛИПИДЕМИИ БАРГИ БИХӢ ДАР ТАҶРИБАҲО
 Кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мухимият: Маълумотҳоро оид ба хусусиятҳои шифобахшии растаниҳо дар ёддоштҳои (асарҳои) бисёр тамаддунҳои қадимӣ – аврупоӣ, хитойӣ, юнонӣ ва латинӣ пайдо кардан мумкин аст. Барои табибони давран қадим растаниҳои шифобахш ҳазинаи ҳақиқии табобатӣ буданд.

Асарҳои тиббии табиби машҳур Абуалӣ ибни Сино, аз он ҷумла «Ал-қонун фит тиб» ӯро дар Шарқ ва Аврупо ҳамчун олим ва табиб машҳур қард. Дар китоби 2-юми «Ал-қонун фит тиб» пурра оиди растаниҳои шифобахш маълумот пешниҳод шудааст. Инчунин дигар олимони Шарқ Муваффақ Алӣ Ҳиравӣ (а. Х),

Мухаммад Закариёи Розӣ (а. IX-X), Абубакр Рабеи Бухорӣ (а. X) бо таълифи асарҳои худ дар рушди тиб, хусусан фитотерапияи сахми худро гузоштаанд.

Дунёи растаниҳои шифобахш то ҳол пурра омӯхта нашудааст. Тайи солҳои охир аз тарафи олимони Тоҷикистон хусусиятҳои гиполлипидемӣ, гипогликемӣ ва антиоксидантии баъзе растаниҳои шифобахш омӯхта шуда истодааст. Тадқиқоти гузаронидаи якҷояи фармакологҳо ва химикҳо имконият дод, ки растаниҳои шифобахши таъсирбахш пайдо ва дар таҷрибаи тиббӣ истифода бурда шаванд. Аз ҷумла барои табobati бемориҳои вайроншавии мубодилаи чарбҳо ба ғайр аз доруҳои синтетикӣ доруҳои растанигӣ, ки аз даврони қадим маълуманд, истифода бурда мешаванд. Солҳои охир дар табobati аксари беморон аз фитопрепаратҳо васеъ истифода мебаранд.

Дар парҳези беморони диабети қанд ва бемориҳои вайроншавии мубодилаи чарбдошта бояд ғизои растанигӣ бештар бошад, ки ин ҷо суханҳои Букрот ба маврид аст «Ғизои Шумо бояд дору бошад, доруи Шумо ғизо».

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши таъсири қиёми барги бихӣ ба мубодилаи чарбҳо дар таҷрибаи модели «гиперлипидемия» дар калламушони сафед.

Мавод ва усул. Қиёми баргҳои бихиро (1:10) аз рӯи талаботи Фармакопеяи давлатӣ (ГФ РФ, XIV, 2018) тайёр намудем. Таҷрибаҳо дар 28 калламуши сафеди вазни миёнашон 200-225 гр гузаронида шуданд. Ҳайвонҳоро ба 3 ғуруҳи зерин ҷудо кардем: ғуруҳи 1-ум ҳайвонҳои солим (интактӣ), ки дохилимеъдаи оби муқаттарро дар меъри 5 мл/кг вазн дар давоми 30 шабонарӯз ворид кардем; ғуруҳи 2-юм – назоратӣ (муолиҷанашуда), калламушоне, ки дар парҳези (диета) холестеринӣ буданд, оби муқаттарро дохили меъда бо меъри 5 мл/кг вазн аз рӯи нақша дохил кардем; ғуруҳи 3-юм – калламушони таҷрибашаванда бо парҳези холестеринӣ, ки бо қиёми барги бихӣ бо меъри 5 мл/кг вазн аз рӯи нақша муолиҷа шуданд. Дар давоми 30 шабонарӯз калламушони сафед ҳуҷраҳои холестерин, метилурацил, рағани растанигӣ ва бо иловаи рағани ҳайвонот (1:4, пешаки гарм намуда шуд) истеъмол намуданд. Муолиҷаро бо қиёми барги бихӣ дар рӯзи 7-ум пас аз он, ки калламушон фарбеҳ шуданд, оғоз намудем. Дар анҷоми таҷрибаҳо, пас аз 14 соати ғуруснагӣ барои омӯзиши нишондиҳандаҳои биохимиявӣ аз милки поени калламушон ба миқдори 3-4 мл хун гирифта шуд. Нисбати натиҷаҳои тадқиқотҳо дар калламушони сафеди парҳези гиперхолестеринӣ ворид намуда, ҳолати мубодилаи чарбҳо аз рӯи нишондиҳандаҳо ба монанди холестерини умумӣ, триглитсеридҳо, липопротеидҳои зичиашон паст (ЛПЗП) ва липопротеидҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ) баҳогузорӣ намудем.

Натиҷаи тадқиқотҳо. Аз таҷрибаҳои гузаронидашуда бармеояд, ки дар калламушони назоратӣ (муолиҷанашуда) дар муқоиса бо ғуруҳи ҳайвонҳои муолиҷашуда дар хун миқдори холестерини умумӣ то $3,20 \pm 0,3$ ммол/л, триглитсеридҳо то $0,99$ ммол/л ва липопротеидҳои зичиашон паст (ЛПЗП) то $10,8 \pm 0,06$ мг% зиёд шуд. Инчунин дар ин ғуруҳи калламушони назоратӣ назар ба ғуруҳи ҳайвонҳои муолиҷашуда нишондиҳандаи липопротеидҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ) паст буда, ба $20,1 \pm 0,07$ мг% баробар шудааст. Дар ғуруҳи калламушони сафеди бо қиёми барги бихӣ муолиҷашуда нишондиҳандаҳои сахҳ тағйир ёфтаанд. Миқдори холестерини умумӣ то $2,60 \pm 0,08$ ммол/л, триглитсеридҳо - $0,80 \pm 0,06$ ммол/л ($P < 0,001$) паст шуданд. Дар баробари ин миқдори ЛПЗП $9,8 \pm 0,05$ мг% -ро ташкил намуда, миқдори ЛПЗБ зиёд шуда, $44,6 \pm 0,04$ мг% -ро ташкил кард. Аз тадқиқотҳои гузаронидашуда бар меояд, ки қиёми барги бихӣ, ки дохилимеъда ба миқдори 5 мл/кг вазн ба калламушони фарбеҳшуда ворид намудем, таъсири хуби гиполлипидемӣ дошт.

Ҷадвали 1.

№	нишондиҳандаҳои биохимиявӣ	ғуруҳи 1-ум ҳайвонҳои солим (интактӣ)	ғуруҳи 2-юм калламушони назоратӣ (муолиҷанашуда)	ғуруҳи 3-юм ҳайвонҳои муолиҷашуда
1.	холестерини умумӣ ммол/л	$2,60 \pm 0,07$ ммол/л	$3,20 \pm 0,3$ ммол/л	$2,60 \pm 0,08$ ммол/л
2.	триглитсеридҳо ммол/л	$0,79 \pm 0,02$ ммол/л	$0,99 \pm 0,01$ ммол/л	$0,80 \pm 0,06$ ммол/л
3.	липопротеидҳои зичиашон паст (ЛПЗП) мг%	$8,9 \pm 0,02$ мг%	$10,8 \pm 0,06$ мг%	$9,8 \pm 0,05$ мг%
4.	липопротеидҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ) мг%	$48,6 \pm 0,09$ мг%	$20,1 \pm 0,07$ мг%	$44,6 \pm 0,06$ мг%

($P < 0,001$)

Хулоса. Ҳамин тариқ, мо дар таҷрибаи худ исбот намудем, ки қиёми барги бихӣ дар баробари дигар хусусиятҳои шифобахшиаш, ҳосияти гиполлипидемиро низ дорои мебошад. Аз ин рӯ онро барои табobati бемориҳои вайроншавии мубодилаи чарбҳо ва дигар бемориҳои мубодилавӣ якҷоя бо доруҳои асосии табobati тавсия намудан мумкин аст.

Адабиёт:

- Ишанкулова Б. А. Фармакологияи баъзе растаниҳои шифобахши қандпастандаи Тоҷикистон / Б.А. Ишанкулова. – Душанбе.
- Урунова М.В., Ишанкулова Б.А. Влияние настоя листьев шелковицы на углеводный обмен при гиперлипидемии у белых крыс. В сборн матер 70-й НПК с междун.участием “Современная медицина: традиции и инновации” Том 3. Душанбе, 2022 г, Стр. 673
- Урунова М.В., Ишанкулова Б.А., Абдуллоҷонов А.А. Экспериментальное изучение влияния настоя листьев винограда и шелковицы на содержание сахара в крови при гиперлипидемии. В сборн матер 70-й НПК с междун.участием “Современная медицина: традиции и инновации” Том 3. Душанбе, 2022 г. Стр. 604-605.
- Ахмедова Н.Т., Юлдашева У.П., Хусейнова Ё.Ф. Фармакологические свойства айвы обыкновенной. В сборн матер юбилейной (70-й) НПК ГОУ ТГМУ Абуали ибн Сино. 2022 г. стр. 560-562

Ходжаева Ф.М., Ишанкулова Б.А, Акрамова И.А.
ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО И МЕСТНО-РЕГЕНЕРИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ОТВАРА ПЛОДОВ
СОФОРЫ ЯПОНСКОЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Антиоксиданты нейтрализуют агрессивное воздействие свободных радикалов. Радикалы окисляют в тканях другие молекулы, что приводит к повреждению и преждевременному старению кожи, а антиоксиданты направлены на ускорение регенерации тканей и на предотвращение фотостарения[2,4].

В Таджикистане произрастает огромное количество флавоноидосодержащих и эфиромаслянических лекарственных растений, обладающих антиоксидантным и регенерирующим свойствами[1, 3].

Цель исследования. Изучить антиоксидантное и местно-регенерирующее действия отвара плодов софоры японской ОПСЯ.

Материалы и методы исследования. Антиоксидантное и местно- регенерирующее действия ОПСЯ были изучены на 100 белых крысах, весом 180,0-200,0гр. Антиоксидантное действие ОПСЯ (1:10) оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА). Аллоксановый диабет животным вызывали подкожным введением 10% раствора аллоксангидрата (производство фирмы «Хемапол», Словакия) в дозе 80-100 мг/кг массы, голодавших в течение 16-18 часов. Начиная с первых дней от момента инъекции аллоксангидрата и в последующем ежедневно в течение 1-го месяца, всем экспериментальным животным по схеме вводили растворы в/ж в дозе 5 мл/кг массы.

Местно-регенерирующее действие оценивали по динамике скорости заживления раны с определением ежедневного контура кожного дефекта (по истечению дней). Белым крысам была воспроизведена механическая рана в области спины (по методу Л. Н. Поповой) и ежедневно по схеме орошали экспериментальные раны исходя по группе животных.

Результаты исследования и их обсуждение. Антиоксидантное действие ОПСЯ у животных контрольной (нелеченной) серии, на 30 сутки эксперимента, содержание МДА в сыворотке крови в среднем был равен $5,01 \pm 0,09$ нмоль/гр (154,4%), т.е. на 54 % больше, чем в интактной серии, $3,25 \pm 0,02$ нмоль/гр. В результате лечения ОПСЯ содержание МДА в сыворотке крови крыс с аллоксановым диабетом заметно снизилось и составило $3,43 \pm 0,03$ нмоль/гр (105,5%), приближаясь к показателям в интактной группе ($P < 0,001$). Обмен продуктов ПОЛ судили по содержанию малонового диальдегида (МДА). У контрольных (нелеченных) крыс, на 30 сутки процесса, содержание МДА в сыворотке крови в среднем составляла $5,01 \pm 0,09$, против $3,25 \pm 0,02$ нмоль/гр белка у интактных животных. Уровень МДА у животных этой группы повышался на 154% ($P < 0,001$). В результате лечения ОПСЯ содержание МДА в сыворотке крови и в гомогенате печени крыс с аллоксановым диабетом заметно уменьшилось, оно было равно $3,43 \pm 0,03$, а у контрольных $5,01 \pm 0,09$ нмоль/гр белка ($P < 0,001$). Уровень МДА уменьшился на 105,5%. Концентрация в составе сыворотки крови и в гомогенате печени крыс, леченных настоем «арфазетин» составляла $4,82 \pm 0,03$ нмоль/гр белка ($P < 0,001$), уровень МДА повысился по сравнению с отваром плодов софоры японской (148,3%). Антиоксидантное действие настоя «арфазетин» оказалось слабее (на 42,8%), чем у отвара плодов софоры японской (табл.1.).

Таблица 1

Уровень МДА в сыворотке крови у крыс с аллоксановым диабетом, леченных ежедневно в течение 30 суток отваром (1:10) плодов софоры японской

№	Группы животных n=10	Содержание МДА	
		Н моль/гр M±m	%
1	Интактные + дист. вода в/ж 5 мл/кг	$3,25 \pm 0,02$ $P_4 < 0,001$	100
2	Аллоксангидрат 100 мг/кг п/к, однократно + дист. вода в/ж 5мл/кг	$5,01 \pm 0,09$ $P_2 < 0,001$	154,1
3	Тоже + ОПСЯ (1:10) в/ж 5 мл/кг	$3,43 \pm 0,03$ $P_3 < 0,001$	105,5
4	Тоже + настой «арфазетин» (1:10) в/ж 5 мл/кг	$4,82 \pm 0,03$ $P_4 < 0,001$	148,3

Примечание: статистическая значимость различий показателей между всеми группами (по Н -критерию Крускала-Уоллиса (ANOVA)); p^1 - статическая значимость различий показателей с интактной серией животных; p^2 - статическая значимость различий показателей с контрольной серией животных; p^3 - статическая значимость различий показателей с опытной серией животных; p^4 - статическая значимость различий показателей с сравнительной серией животных (p^1 - p^4 по U-критерию Манна-Уитни);

Показателями стимуляции процессов регенерации при экспериментальных ранах у животных служили сроки образования рубца после отпадения струпа и наличие эпителия на месте нанесения дефекта, зрелость рубцовой ткани, а также скорость сокращения площади раневого дефекта. Животные были распределены на 3 группы: 1-контрольные животные, которым ежедневно орошали дистиллированной водой экспериментальные раны; 2-опытные, которым ежедневно орошали отваром из плодов софоры японской экспериментальные раны; 3-животные, которым орошали раны отваром из плодов шиповника (сравнительная серия). Кроме того, необходимо отметить, что в процессе орошения ОПСЯ раны у крыс были с менее выраженной воспалительной реакцией ивремя заживления ран при ежедневном в/ж

ведении и орошении сокращалось в среднем на 6 дней по сравнению с серией, леченой отваром плодов шиповника (рис. 1).

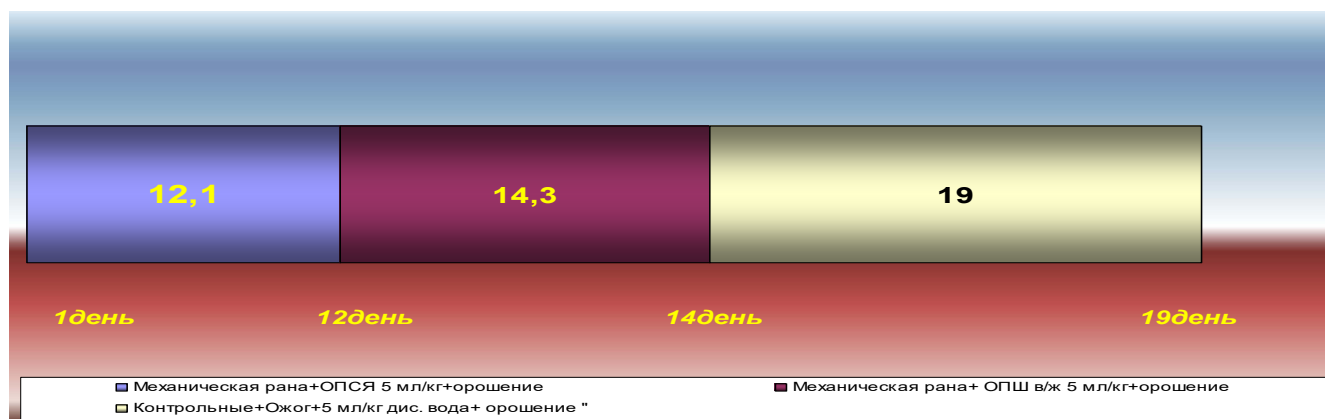


Рисунок 1.

Влияние отвара плодов софоры японской(1:10) и отвара плодов шиповника(1:10) на сроки заживления механических ран у белых беспородных крыс

Выводы: Нашими исследованиями доказано, что отвар плодов софоры японской обладает выраженным антиоксидантным действием, что отражается эффективным местно-регенерирующим действием при механических ранах и позволяет рекомендовать его в комплексном лечении больных с сахарным диабетом и других заболеваниях, сопровождающихся нарушением обмена веществ.

Список литературы

1. Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана /Б.А. Ишанкулова. – Д.: типография ТГМУ им. Абуалиибни Сино, 2015. - 192с.
2. Назаров М.Н. Захирашиноси растаниҳои шиғоғи: /Назаров М.Н., Назаров Н.М., Н.С.Борониев. - Д.: - 2016. - 95с.
3. Раделов С.Ю. Все о лекарственных растениях. Атлас-справочник/СПб.: Кристалл. 2015, 192 с.
4. Ходжаева Ф.М. Фармакология отвара плодов софоры японской (экспериментальное исследование). Дисс.канд.мед.наук.-Душанбе2009.- 134с.

Холова Ш., Раджабов Умарали

КОМПЛЕКСНОЕ СОЕДИНЕНИЕ СЕРЕБРА (I) С ДИБАЗОЛОМ

НИИ фундаментальной медицины.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одна из актуальных задач координационной химии — это создание лекарственных средств, состоящих, из биологически активных веществ (БАВ) лекарственных растений, которые имеют способности системно воздействовать на патологические процессы, в частности, при безопасном длительном применении во всех возрастных группах. Изучая комплексообразования с биометаллами выявлено, что очень много научных исследований выполнено в направлении азолов с металлами[1].

Цель исследования. Исследование процессов комплексобразования серебра (I) с дибазолом в водных растворах.

Материал и методы исследования. В работе использовались дибазол и соли NaNO_3 . Дибазол марки “ХЧ” применялся без дополнительной очистки. Соль NaNO_3 очищалась перекристаллизацией насыщенного водного раствора соли нитрата натрия. Работа выполнена методом окислительного потенциала при ионной силе 0.1 моль/л (NaNO_3) и температуре 298 К.

Результаты исследования. Исследования показали, что в интервале pH от 2.0 до 6.0 в растворе образуются мооядерные комплексные соединения. Выявлено что, на основании анализа кривых зависимостей окислительного потенциала (φ) от концентрации серебра, лиганда, предположено, что в системе серебра(I)с дибазолом в состоянии равновесия находятся аква и дибазольные комплексы.

Состав комплексных соединений серебра(I)с дибазолом в водном растворе дибазола выполнено в области концентрации металла комплексообразователя 1.10^{-3} - 1.10^{-5} моль/л, ионной силы 0.1 моль/л, лиганда 1.10^{-1} - 1.10^{-3} моль/л в широкой области pH и температуре 298 К [2].

Число металла комплексообразователя (ядренность) серебра(I) входящих в состав комплексных соединений была установлена на основании зависимостей φ от концентрации ионов серебра(I). В области pH от 2,0 до 6,0 на линейные участки φ от концентрации окисленной формы серебра(I) выявлено, что угловой коэффициент равен $-\nu$. Это говорит об образовании мооядерного координационного соединения серебра(I)с дибазолом в водном растворе.

Выводы. Таким образом, установлено, что в системе серебра(I)с дибазол- вода в интервале pH 2.0÷6.0, при температуре 298 К, ионной силе 0.1 (моль/л) в ионном равновесии находятся различные координационные частицы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашков Г.К. Медицинская бионеорганика. Основы, аналитика, клиника.-М.: Издательство БИНОМ, 2011.-512с.

2. Раджабов У.Р., Ёрмамадова С.Г., Козихонов А. У., Рахимова Р.Н. Термодинамические функции реакций образования координационных соединений железа (III) и железа (II) с дибазолом при ионной силе 0,25 моль/л //Изв АН РТ, 2015.- №1(158)- С.93-98.

Шарифзода Ш.Б., Сафарзода Р.Ш., Абдукаримзода Х.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ СУХИХ КОНЦЕНТРАТОВ: ИЗВЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ КЛУБНЕЙ ТОПИНАМБУРА МЕТОДОМ РАСПЫЛИТЕЛЬНОЙ СУШКИ

Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Первым аспектом актуальности данной темы является пищевая ценность топинамбура. Клубни этого растения богаты инулином, диетическим волокном, минералами и антиоксидантами. Инулин является пребиотиком, способствующим здоровой микрофлоре желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь может улучшить пищеварение и общее состояние человека. Использование топинамбура для производства сухих концентратов может способствовать уменьшению давления на природные ресурсы и снижению потребления воды и энергии в производстве. Техно-экономические требования охватывают аспекты, такие как эффективность использования энергии, производительность, надежность и стоимость оборудования. С другой стороны, технологические ограничения могут быть определены физико-химическими свойствами материала, его устойчивостью к теплу, реологическими характеристиками и другими факторами, влияющими на процесс сушки.

Цель исследования. Разработка технологии сушки свежих клубней топинамбура с использованием метода распылительной сушки с целью создания сухих концентратов с сохранением пищевых и биологически активных свойств.

Материал и методы исследования. Исследования, связанные с процессом распылительной сушки полисахаридного концентрата, проводились с использованием лабораторной сушильной установки SD-2L, специально адаптированной для экспериментального изучения сушки растительных экстрактов. В рамках исследования был проведен мониторинг таких параметров, как температура нагрева (Т) в пределах от 110 до 120°C, скорость вращения (V) в интервале от 18 до 22 оборотов в минуту и давление (Р) в диапазоне от 0,02 до 0,04 МПа.

Результаты исследования и их обсуждение. В мире современных научных исследований и инновационных технологий, сухие концентраты из растительных соков стали предметом повышенного интереса, благодаря их потенциальным пищевым и промышленным применениям. В данном исследовании представлен процесс разработки сухого концентрата из сока топинамбура, включая методику и результаты этого процесса.

Процесс начался с подготовки исходного сока топинамбура, который имел влажность 0,70 кг/кг. Для достижения необходимой влажности, 1000 мл этого сока были разбавлены 1000 мл очищенной воды, и процедура проводилась при температуре 40°C. Таким образом, был получен разбавленный раствор извлечения из свежих клубней топинамбура в объеме 2000 мл с начальной влажностью 0,85 кг/кг.

Для последующего преобразования этого раствора в сухой концентрат была использована сушилка, в которой применялась акустическая форсунка с газоструйным излучателем. Этот метод обеспечивал средний размер частиц в диапазоне 20-30 мкм, что имеет важное значение для получения качественного сухого концентрата.

В результате проведенного эксперимента, удалось получить сухой концентрат из клубней топинамбура в объеме 230 грамм. Этот концентрат представляет собой светло-коричневый порошок с мелкой кристаллической структурой и характерным ароматом. Он обладает гигроскопическими свойствами, что подразумевает его способность притягивать и удерживать влагу из окружающей среды.

Процесс получения сухого концентрата из клубней топинамбура с использованием метода распылительной сушки представляет собой обещающую технологию для концентрации биологически активных веществ, таких как инулин, в натуральных продуктах. Полученный концентрат обладает хорошей пищевой ценностью и может быть использован в производстве пищевых продуктов и добавок. Дальнейшие исследования могут углубить наши знания о процессе и улучшить качество концентрата.



Рисунок 3.6. - Сухой концентрат клубней топинамбура полученным с помощью распылительной сушильной установки SD-2L.

Технологические характеристики сухого концентрата из клубней топинамбура представляют собой важные параметры, которые определяют его поведение и применимость в различных областях. Сухой концентрат, полученный в ходе процесса, имеет следующие технические характеристики:

1. Гигроскопичность: Сухой концентрат обладает умеренной гигроскопичностью, что означает его способность притягивать и удерживать влагу из окружающей среды. Это свойство может быть сравнено с песком при ошупывании. Однако, при продолжительном воздействии воздуха, сухой концентрат может начать поглощать влагу и образовывать агломераты. Это важно учитывать при хранении и транспортировке концентрата, чтобы сохранить его структурные характеристики.

2. Потеря в массе при высушивании: Согласно ГФ XIII ОФС 1.5.3.0007.15, потеря в массе при высушивании составляет $2,60 \pm 0,06\%$. Это значение указывает на содержание влаги в сухом концентрате и может быть важным при расчетах дозировки и долгосрочном хранении.

3. Сыпучесть: Сухой концентрат обладает сыпучестью, оцениваемой в $1,28 \pm 0,09$ г/см³. Это показатель характеризует способность порошка распадаться и легко перемещаться при разливе или дозировании. Высокая сыпучесть позволяет удобным способом обрабатывать и использовать концентрат в промышленных процессах.

4. Сыпучесть концентрата с вибровстряхиванием: Этот параметр оценивается в $2,92 \pm 0,06$ г/см³. Он указывает на сыпучесть концентрата после воздействия вибрации. Это важное измерение, так как оно учитывает изменения сыпучести при воздействии внешних сил.

5. Настынная масса свободного порошка: Оценка составляет $0,69 \pm 0,31$ г/см³. Этот параметр связан с способностью порошка образовывать свободные скопления при насыпании.

6. Настынная масса после уплотнения: Этот показатель составляет $0,77 \pm 0,29$ г/см³ и характеризует способность порошка уплотняться под воздействием давления.

Исходя из этих технических характеристик, сухой концентрат клубней топинамбура представляет собой продукт с определенными свойствами, которые необходимо учитывать при его производстве, хранении и использовании в различных применениях. Эти параметры могут варьироваться в зависимости от конкретных условий производства и обработки и могут быть адаптированы для удовлетворения потребностей и требований конечного продукта.

Выводы. В современном мире научных исследований и инновационных технологий, сухие концентраты из растительных соков приобретают все большее значение благодаря своим потенциальным применениям в пищевой и промышленной сферах. В данном исследовании был разработан процесс получения сухого концентрата из сока топинамбура, начиная с подготовки исходного сока, разбавления его водой, и заканчивая использованием сушилки с акустической форсункой. Результатом этого процесса стал сухой концентрат с характерными техническими характеристиками, включая гигроскопичность, потерю в массе при высушивании, сыпучесть, и другие параметры. Полученный продукт обещает значительные возможности в концентрации биологически активных веществ и может найти применение в пищевой промышленности и других областях. Дальнейшие исследования позволят углубить знания и улучшить качество этого концентрата, открывая новые перспективы для его использования.

Список литературы.

1. Разработка технологии извлечения сока из свежих клубней топинамбура, произрастающего в Таджикистане [Текст] / С. Дж. Юсуфи, Ш.Б. Шарифзода, Р.Ш. Сафарзода, Д.Р. Халифаев, Г.О. Раджабов // Симург. – 2022. – №13 (1). – С.140-144
2. Получения порошок из высушенные отжим клубней топинамбура [Текст] / Ш.Б. Шарифзода, Х. Абдукаримзода, С.М. Олимчони // Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования. – Самарканд. – 2021. – С.117.
3. Перспективное отечественное растительное сырье – топинамбур [Текст] / Ш.Б. Шарифзода, Х. Абдукаримзода, Р.Ш. Сафарзода // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение», научно-практической конференции (III-годовая) ГОУ ХГМУ посвященная 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан. – Дангара. – 2022. – С.296-297.
4. Фитохимическое исследование клубней топинамбура и создание лечебно-профилактических средств на его основе: специальность 14.04.02 "Фармацевтическая химия, фармакогнозия»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук [Текст] / Рамазони Шарофиддини Сафарзода. – Москва. – 2017. – 22 с.
5. Разработка технологии получения сухого экстракта из клубней топинамбура [Текст] / С.Ш. Рамазони, Л.А. Павлова, Д.Р. Халифаев, Н.Б. Демина, Д.М. Попов // Сеченовский вестник. – 2016. – №1 (23). – С.68-73.

Шарифзода Ш.Б., Сафарзода Р.Ш., Абдукаримзода Х.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ БИОТЕХНОЛОГИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЫЗОВЫ

Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Одной из основных причин, делающих фармацевтическую биотехнологию актуальной для Таджикистана, является необходимость обеспечения доступа населения к эффективным и качественным медицинским продуктам. Страна, как и многие другие в регионе, сталкивается с проблемами общественного здоровья, такими как инфекционные и хронические заболевания. Развитие биотехнологии может содействовать созданию более эффективных вакцин, лекарственных препаратов и диагностических средств, что поможет снизить бремя болезней и улучшить качество жизни населения.

Цель исследования. Анализ перспектив и вызовов развития фармацевтической биотехнологии в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования о фармацевтической биотехнологии в Таджикистане использовались методы анализа научных публикаций, интервью с экспертами в сфере медицины и биотехнологии, а также анализ данных, связанных с развитием фармацевтической отрасли в стране.

Биотехнология играет важную роль в производстве множества лекарственных средств, включая антибиотики, витамины, ферменты, аминокислоты, сыворотки и вакцины. Она также позволяет создавать трансгенные микроорганизмы. В генной инженерии биотехнологические достижения используются для разработки векторных конструкций, которые применяются в генодиагностике и лечении различных заболеваний.

На данный момент, как минимум треть всех лекарственных средств, производимых в фармацевтической индустрии, создана с использованием методов биотехнологии. Почти половина всех новых препаратов, разрабатываемых по всему миру, являются биотехнологическими лекарствами.

Первое место занимают в мире США по объему производства биотехнологических продуктов и ежегодно выделяют около 3 миллиардов долларов на фундаментальные исследования в области медицины, из которых 2,5 миллиарда долларов направляются на биотехнологические исследования.

В свете глобальных тенденций в развитии фармацевтической биотехнологии, Таджикистан, как развивающаяся страна, сталкивается с различными вызовами и перспективами в этой области.

Важной перспективой развития фармацевтической биотехнологии в Таджикистане является экономический аспект. Местное производство медицинских продуктов может способствовать созданию новых рабочих мест, способствовать росту экономики и уменьшению зависимости от импорта лекарственных средств. Это также может стимулировать инновации и научные исследования в стране.

Внимание к фармацевтической биотехнологии в Таджикистане растет, особенно в контексте стремления обеспечить население доступными и качественными медицинскими продуктами. Однако существуют ряд вызовов, которые необходимо учесть:

1. Недостаток инфраструктуры: Для развития биотехнологии требуется современная инфраструктура, лаборатории и техническое оборудование. Таджикистан сталкивается с ограничениями в этой области, что затрудняет разработку и производство биологических продуктов.
2. Нехватка квалифицированных специалистов: Развитие биотехнологии требует наличия высококвалифицированных кадров. Образовательные программы и обучение в области биотехнологии должны быть активно поддержаны и расширены.
3. Финансирование и инвестиции: Развитие биотехнологии требует значительных инвестиций. Таджикистан должен привлекать как внутренние, так и внешние инвестиции для поддержки научных исследований, производства и разработки новых продуктов.

Несмотря на вызовы, существуют значительные перспективы для фармацевтической биотехнологии в Таджикистане:

1. Борьба с болезнями: Развитие биотехнологии позволяет более эффективно бороться с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, что способствует улучшению общественного здоровья.
2. Экономическое развитие: Местное производство медицинских продуктов может способствовать экономическому росту и снижению зависимости от импорта лекарств.
3. Глобальное сотрудничество: Таджикистан может сотрудничать с другими странами и международными организациями в области биотехнологии, обмениваться знаниями и технологиями.

Выводы. Развитие фармацевтической биотехнологии в Таджикистане актуально и обещает значительные перспективы для улучшения здравоохранения, экономики и научных исследований. Для успешного развития этой отрасли необходимо уделить внимание инвестициям в инфраструктуру, образование и исследования, а также укрепить международное сотрудничество в этой области.

Список литературы.

1. "Анализ фармацевтической отрасли Таджикистана и перспективы развития биотехнологии." Пузикин Г.М. и др (2021). Научно-практический журнал "Медицина и фармация в Таджикистане", №1(3), стр.15-24.
2. "Фармацевтическая биотехнология в контексте развития таджикской экономики." Самедов А. (2020). Вестник Таджикистанской Академии наук, №2(4), стр.55-66.
3. "Фармацевтическая биотехнология: глобальные тренды и возможности для Таджикистана." Джамолов А. (2018). Журнал "Биотехнологии и медицина", №5(2), стр.87-94.

ЮлдашеваУ.П., Ишанкулова Б.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СБОРА «ХУШКГУРА» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОЖИРЕНИЯ

Кафедра фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Метаболический синдром является актуальной медико-социальной проблемой, характеризуется широким распространением и многокомпонентностью. Наряду с нарушением углеводного и пуринового обмена при метаболическом синдроме также нарушается липидный обмен. По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 300 млн. взрослых людей с избытком массы тела, т.е. 30% жителей планеты страдают ожирением. Ожирение повышает риск развития сердечнососудистых осложнений, приводящие к ранней инвалидизации и преждевременной смертности. Известно, что гиперлипотеинемия и патологические изменения в эндотелии кровеносных сосудов приводят к развитию атеросклероза [3]. В настоящее время предложено достаточное количество гиполипидемических средств, таких как холестирамин, колестипол, производные фиброевой кислоты – клофибрат, ципрофибрат, безафибрат и др., которые не лишены побочных эффектов как гепатит, миопатия, миозитидлительное их применение затруднено [1]. В связи с этим, актуальной задачей фармакологии является создание новых гиполипидемических средств, с минимальными побочными эффектами. Несомненно, следует признать перспективными препараты, созданные на основе лекарственных растений, которые лишены побочных эффектов и могут применяться продолжительное время.

Целью настоящего исследования явилось изучение гиполипидемического и антиоксидантного действия лекарственного сбора «Хушкгура», созданного на основе растений Таджикистана.

Материал и методы исследования. Эксперименты были выполнены в Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в отделении «Фармакологии». Эксперименты выполнены на нелинейных белых крысах в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Животные содержались в стандартных условиях вивария при свободном доступе к воде. Материалом исследования служил сбор «Хушкгура» и препаратом сравнения для оценки эффективности изучаемого сбора был использован антидиабетический сбор «Арфазетин». Настой из сбора «Хушкгура» готовили придерживаясь требованиям Государственной фармакопеи (ГФ XI изд., ГФ РФ XIII изд.) в соотношении 1:10 и вводили внутривенно в дозе 5 мл/кг массы животного. Фармакологическое действие указанного сбора изучали на модели экспериментального ожирения, путем применения гиперхолестериновой диеты. В течение двух недель животным контрольной и опытной группы в рацион питания вводили холестерин (2,5%), метилурацил (0,12%) и 30% растительное масло предварительно прогретого при высокой температуре и охлажденного до комнатной температуры [2]. Для оценки состояния липидного обмена в сыворотке крови крыс определяли содержание общего холестерина, триглицеридов, фосфолипидов, хиломикронов, липопротеидов разной плотности (ЛПНП, ЛПВП) и интенсивность перекисного окисления липидов оценивали по содержанию его конечного продукта- малонового диальдегида (МДА) и активности фермента антиоксидантной защиты супероксиддисмутазы (СОД) в сыворотке крови экспериментальных животных. Содержание общего холестерина и липидов разной плотности определяли методом Е.А.Маграчевой, активность МДА и СОД с помощью тиобарбитуровой кислоты.

Животные были разделены на 4 группы, в каждой группе по 10 белых крыс: 1-интактные; 2-животные с экспериментальным ожирением (ЭО), получавшие дистиллированную воду в дозе 5 мл/кг массы; 3-животные, с экспериментальным ожирением, получавшие настой сбора «Хушкгура» в дозе 5 мл/кг массы; 4-животные, с экспериментальным ожирением получавшие настой сбора «Арфазетин» по той же схеме. Эксперименты проводили в течение 30 суток.

Результаты и их обсуждение. При экспериментальной модели ожирения у крыс наблюдается значительное повышение концентрации липидов и выраженная дислипидопротеидемия. Наблюдается увеличение содержания холестерина, которое составляет $2,4 \pm 0,6$ ммоль/л у контрольных животных, против $1,5 \pm 0,6$ ммоль/л у интактных крыс. Также повышается уровень триглицеридов до $3,2 \pm 0,2$ ммоль/л против $1,6 \pm 0,5$ ммоль/л у интактных крыс. Концентрация фосфолипидов уменьшается почти в 2 раза, составляя $0,48 \pm 0,4$ ммоль/л против $0,99 \pm 0,3$ ммоль/л у интактных животных.

Наряду с общими липидами при экспериментальной модели ожирения у крыс развивается дислипидопротеидемия. Прежде всего отмечается резкое повышение содержания хиломикронов, которое составляет $48,2 \pm 0,43$ мг% против $29,4 \pm 0,4$ мг% у интактных крыс (табл. №1). Концентрация β -липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) увеличивается до $4,8 \pm 0,6$ мг% против $3,5 \pm 0,5$ мг% у интактных животных и наоборот концентрации липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), понижается составляя $22,1 \pm 0,7$ мг% против $52,3 \pm 0,7$ мг% у интактных животных.

Таблица № 1 - Влияние сбора «Хушкгура» на липидный профиль при экспериментальном ожирении

Серия опытов и дозы на кг массы	Интактные - дистил. вода 5 мл/кг 100%	Контрольные- ЭО + дистил. вода 5 мл/кг	Опытные- ЭО+ настой «Хушкгура» 5 мл/кг	Опытные- ЭО + настой «Арфазетин» 5 мл/кг
Общий холестерин, ммоль/л	$1,5 \pm 0,4$ 100%	$2,4 \pm 0,6$ 160%	$1,9 \pm 0,2$ 126,6% $P < 0,001$	$2,1 \pm 0,3$ 140% $P < 0,001$
ЛПНП - β -липопротеиды, мг%	$3,5 \pm 0,6$	$4,8 \pm 0,6$ 137,1%	$4,1 \pm 0,5$ 117,1% $P < 0,01$	$4,0 \pm 0,5$ 114,2% $P < 0,01$
ЛПВП ммоль/л	$52,3 \pm 0,7$	$22,1 \pm 0,7$ 43 %	$48,4 \pm 0,4$ 92,5% $P < 0,01$	$41,3 \pm 0,4$ 78,9% $P < 0,01$
Триглицериды, ммоль/л	$1,6 \pm 0,5$	$3,2 \pm 0,2$ 200%	$2,8 \pm 0,2$ 175% $P < 0,01$	$2,7 \pm 0,3$ 168,7% $P < 0,01$
Хиломикроны мг%	$29,4 \pm 0,4$	$48,2 \pm 0,4$ 163,8%	$39,3 \pm 0,5$ 133,6%	$38,1 \pm 0,4$ 129,5%
Фосфолипиды ммоль/л	$0,99 \pm 0,3$	$0,48 \pm 0,4$ 48,4%	$0,74 \pm 0,4$ 74,7%	$0,69 \pm 0,4$ 69,6%

В процессе лечения настоем сбора «Хушкгура» в течение одного месяца, достоверно понижается содержание холестерина, которое составляет $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л, концентрация триглицеридов до $2,8 \pm 0,2$ ммоль/л. Одновременно содержание фосфолипидов увеличивается почти в 2 раза равняясь к $0,74 \pm 0,4$ ммоль/л. Настой сбора «Хушкгура» полностью нормализует содержание хиломикронов, которое составило $39,3 \pm 0,5$ мг%. Концентрация β -липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) понижается до $4,1 \pm 0,6$ мг%, а содержание антиатерогенных липопротеидов (ЛПВП) в сыворотке крови опытных животных, достоверно повышается $22,1 \pm 0,7$ мг% приближаясь к показателю в интактной группе животных.

Таким образом, сбора «Хушкгура» оказывают нормализующее действие на показатели обмена липидов и липопротеидов, которые резко нарушены при экспериментальной модели ожирения.

Таблица №2- Изучение антиоксидантного действия сбора «Хушкгура» при экспериментальном ожирении

№	Серия опытов и дозы в мл/кг массы	Показатели в сыворотке крови	
		МДА мкмоль/л	СОД мкмоль/л
1	Интakтные – дистил. вода 5 мл/кг	3,48±0,7	6,54±0,4
2	Контрольные - ЭО + дистилл. вода 5 мл/кг	5,28±0,7 P<0,001	3,77±0,1 P<0,001
3	Опытные - ЭО + настой «Хушкгура» 5 мл/кг	3,58 ±0,3 P ₁ <0,001	6,91 ±0,4 P ₁ <0,001
4	Опытные - ЭО + настой «Арфазетин» 5 мл/кг	3,70 ±0,3 P ₁ <0,001	5,97±0,4 P ₁ <0,001

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей по сравнению с интактной серией, P₁ – с контрольной серией

Как видно по результатам полученных данных, у контрольных белых крыс содержание МДА, повысилась до 5,28±0,7 мкмоль/л, против 3,48±0,7 мкмоль/л у интактных животных. Активность антиокислительного фермента супероксиддисмутазы (СОД) при экспериментальном ожирении понижается составляя 3,77±0,7 мкмоль/л, против 6,54±0,7 мкмоль/л у интактных животных (табл. №2). В процессе месячного лечения настоем сбора «Хушкгура» содержание МДА понижается составляя 3,58±0,3 мкмоль/л, вместе с тем активность СОД повышается, которое составило 6,91±0,7 мкмоль/л.

Выводы. Таким образом, установлено, что при ЭО у крыс повышается содержание атерогенных липопротеидов: холестерина, триглицеридов, хиломикронов и ЛПНП, которые играют важную роль в развитии различных осложнений атеросклероза и одновременно с этим наблюдается значительное снижение содержания фосфолипидов и ЛПВП, которые являются антиатерогенными, предотвращающими развитие осложнений. Изучаемый сбор «Хушкгура» обладает эффективным гиполлипидемическим и антиоксидантным действием и может быть рекомендован для комплексного лечения больных с метаболическим синдромом.

Литература.

- Ишанкулова Б.А. Влияние листьев шелковицы белой и крапивы двудомной на основные патогенетические звенья метаболического синдрома / Ишанкулова Б.А., Юлдашева У.П., Урунова М.В. // Проблемы гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2022. - №2. - с.49-52
- Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Хабриев Р.У. [и др.] // 2005, с.455-458
- Фитотерапия против диабета / Корсун В.Ф. [и др.] // - 2016. - с. 56-59

Юсуфзода А.Ч., Хикматзода И.И., Раҷабзода С.И.

ТАҲҚИҚИ МИКРОДИАГНОСТИИ *INULA MACROPHYLLA* L. – И МИНТАҚАИ ҶАНУБИ ТОҶИКИСТОН

Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Шумораи зиёди растаниҳои флораи Тоҷикистон ҳанӯз аз аҳди қадим дар тибби халқӣ васеъ истифода мешаванд. Валле мутаассифона, аксари онҳо бештар нокифоя будани далелҳои илман асоснок оид ба таркиби химиявӣ ва таъсири биологикӣ, то ҳанӯз дар тибби амалӣ мавриди истифода қарор надоранд [3]. Ба ин гунаи растаниҳо, намудҳои марбут ба ҷинси *Inula* мисол шуда метавонад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 10 намуд растани марбут ба ҷинси *Inula* мерӯяд [2] ва алҳол танҳо як намуди онҳо – *Inula helenium* тавсия ба феҳристи давлатии маводи доруворӣ шомил аст. *Inula helenium* дар шаклҳои гуногуни доругӣ ҳамчун маводи балғамрон, зидди шамолхӯрӣ, зидди гичча, талхарон, зидди микробӣ ва ғайра васеъ истифода мешавад [4].

Растани ҷоқула — *Inula macrophylla* L., девясил крупнолистный-растани алафии бисёрсолаи дорои поярешаи ғафси силиндршакл, кундарешаҳои бисёрсара буда аз ӯ решҳои сершумори ғафс мерӯянд. Одатан пояи рости баланди ҷуяқдор дошта, дарозии растани аз 0,5 то 2 м, мерасад. Баргҳои наздирешавӣ 30 -80 см дарозӣ дошта, бараш 20-30 см-ро ташкил медиҳад, ва нугтез, думқадароз мешавад. Баргҳои поя низ калон буда, дар қисмати болоӣ тадриҷан хурд мешаванд. Тамоми баргҳоро аз сатҳи боло пашмакҳои саҳти рангашон сабзи хокистарӣ, ихота кардааст. Дар моҳҳои май- июн гул мекунад [2,4].

Қисмати таҷрибавӣ ва муҳокимаи натиқаҳо

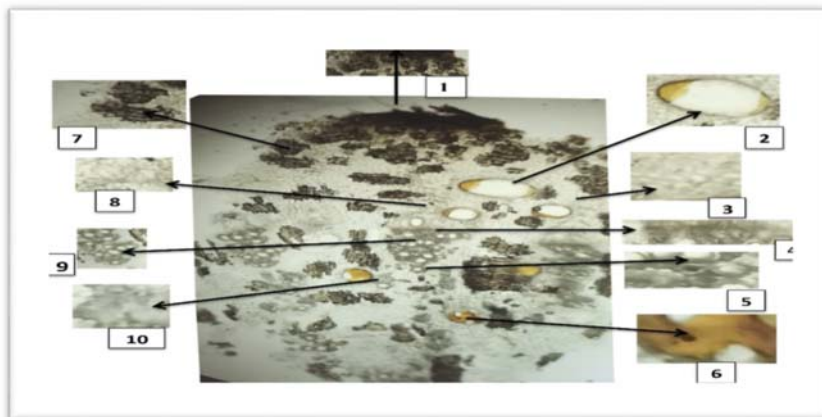
Намунаҳои решаи *Inula macrophylla* L. моҳи октябри соли 2019 аз ноҳияи Данғара (вилояти Хатлон, Тоҷикистон) ҷамъовари шуда, дар спирти 96° ҷойгир карда шуданд. Даҳ рӯз пеш аз омодасозии қисмҳои анатомӣ, намунаҳои мушоҳидашаванда дар моеъи ҷойгир карда шуданд, ки аз қисмҳои баробари спирт, глицерин ва об иборатанд. Қисмҳои ғафсии реша 15-20 мкм тавассути даст бо теги бехатарӣ бурида шуданд. Микрообъектҳо бо истифода аз окуляри видеои НВ-200 ва микроскопи BIOLAM R-15, бо истифода аз окулярҳо бо калонкунӣ ×7, ×10 ва объектҳо бо калонкунӣ ×10, ×40 омӯхта ва аксбардорӣ карда шуданд [5].

Таҳқиқоти микроскопӣ мувофиқи мақолаи ДД нашри XI «Техникаи таҳқиқоти микроскопӣ ва микрохимиявӣ ашъи хоми растани доругӣ» ва «Усулҳои таҳлили ашъи хоми растани доругӣ», мақолаи ДД нашри XI «Реша, бехреша, пиёзакҳо, бехмеваҳо, бехмевапиёзакҳо» гузаронида шуд [1]. Маводҳо бо камераи рақамии Olympus Camedia 4000 Digital Zoom (Ҷопон) аксбардорӣ карда шуд. Аксҳои хусусиятҳои анатомидошта дар компютер бо истифода аз барномаи Adobe Photoshop 8.0 коркард карда шуданд [5].

Ҳангоми таҳқиқи муқоисавии микропрепаратҳои буришҳои кундалани решаи ҷоқулаи баланд ва решаи ҷоқулаи калонбарг як қатор хусусиятҳои умумиро муқаррар намуданд, ки ба сохтори анатомии узвҳои

зеризаминии растаниҳои бисёрсола хосанд (расми 1, 2).

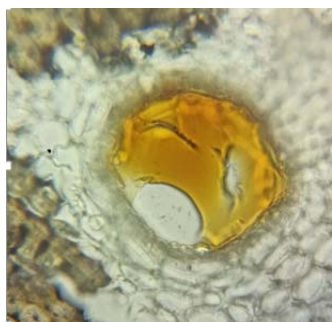
Дар буриши кундалангӣ решаи *Inula macrophylla* L. шакли мудававар дорад (расми 1). Дар расми 1(1) бофтаи пуслох хуб инкишофёфта нишон дода шудааст, ки аз ҳуҷайраҳои ғафси девордор иборат аст. Ҳуҷайраҳои пуслох (пробки) борик ва дароз буда, шакл ва андозаашон гуногун аз 2-3(5) қабат иборат буда, ранги саҳт қаҳваранг доранд. Минбаъд дар зери пуслох ҳуҷайраҳои паренхимӣ ҷойгиранд. Дар ғафсии ҳуҷайраҳои паренхимали зарфҳои муайяншудаи схизогенӣ хуб ғўтонда шудаанд.



Расми 1. Намуди умумии решаи *Inula macrophylla* L. (x4)

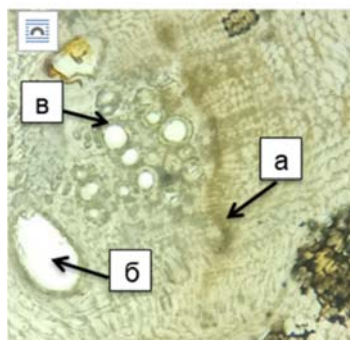
1 – пуслох; 2 - зарфҳои схизогенӣ бо қатраҳои рағғани эфирӣ; баъдаи гузаронандаи коллатериалии кушод; 3 - флоэма, 4 - камбий, 5 - ксилема; 6 - қатраи рағғани эфирӣ; 7 - наҳҳои лифдор (лубяные волокна); 8 - роҳҳои инулин; 9 - зарфҳо; 10 - либриформ.

Зарфҳои схизогенӣ мудававар ё байзашакл буда, қабати баръало намоёни ҳуҷайраҳои экскреторӣ доранд (расми 2), дар ҳоле ки ҳуҷайраҳои рағғани эфириро дар шакли қатраҳо ҷамъ мекунад, ки ба канал рехта, дар он ҷо ҷамъ мешаванд, равшан намоён мешаванд. Дар наздикии қишри пуслох, ки ба периферия наздиктар аст, зарфҳои схизогенӣ калонтаранд ва дар байни рушноҳои радиалӣ зарфҳои хурдтари схизогенӣ мавҷуданд.



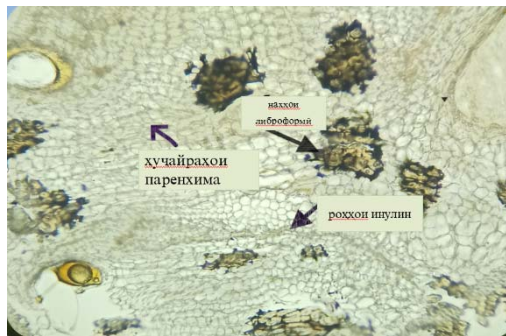
Расми 2. Зарфҳои схизогенӣ (x40) дар ва *Inula macrophylla* L.

Флоэми ҷоқлаи калонбарг дар шакли ҳуҷайраҳои хурд, ки дар гурӯҳҳои наҷандон калон ҷойгир шудаанд. Рағҳои ксилемӣ дар гурӯҳҳо дар занҷирҳои радиалӣ ҷойгир шудаанд. Рағҳои ксилемӣ қариб ба маркази реша расида, бо ҳуҷайраҳои склеренхима ихота шудаанд (расми 3). Зарфҳои схизогенӣ, ки ба марказ наздиктар ҷойгиранд, шакли калонтар доранд. Нурҳои радиалӣ васеъ буда, дар қатори 8-9 ҷойгир шудаанд.



Расми 3. - Сохтори системаи гузаронандаи решаи *Inula macrophylla* L. (калонкунии x10): Фл - флоэма, Ка - камбий, Кс - ксилема

Дар болои элементҳои флоэма ҳуҷайраҳои дорои инулин то ядро дароз мешаванд, ки мавҷудияти ковокии бешаклро ташкил медиҳанд ва ба самти марказ кам мешаванд (расми 4).



Расми 4. - Паренхимаи решаи *Inula macrophylla* L. (x20)

АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА

1. Государственная Фармакопея СССР. Вып.1: Общие методы анализа / МЗ СССР. - 11-е издание, доп. - М.: Медицина, 1987. - 336 с.
2. Флора Таджикской ССР, том IX. - Л.: Наука, 1988. - 568 с.
3. Юсуфзода, А. Ч. Таҳии технологияи экстраксияи караброн аз таркиби *INULA MACROPHYLLA* L. / А.Ч. Юсуфзода, С.И. Рачабов, С.М. Мусозода // Илм ва фановарӣ № 3. Душанбе - 2020. -С. 175-181.
4. Юсуфзода, А. Дж. Сравнительное анатомо-морфологическое исследование подземных органов видов рода *Inula* L. (asteraceae) /А.Дж. Юсуфзода// Научный журнал, наука и инновация №2. Душанбе – 2021. -С. 21-29.
5. Юсуфзода, А. Ч. Таҳқиқи физикуи химиявии лактонҳои қисми зерзаминии *Inula macrophylla* L./ А.Ч. Юсуфзода, С.И. Рачабов, С.М. Мусозода// Паёми ДМТ №4. Душанбе – 2021. – С. 294-301.
6. Холова Ш.С. Новое лекарственное растение и фенологические наблюдения за развитием *Momordica charantia* L. (Cucurbitaceae) в условиях г.Душанбе/ Ш.С.Холова Г.Н.Эргашева (Евдокимовой). Наука и инновация, ТНУ, Душанбе,2018, № 1, с. 220-223.

¹Юсуфи С. Дж., ²Сафарзода Р.Ш., ²Абдукаримзода Х.

ПОЛУЧЕНИЕ ОПЫТНО-ЛАБОРАТОРНОГО ЭКСТРАКТА ИЗ ЛИСТЬЕВ И СТЕБЛЕЙ *HELIANTHUS TUBEROSUS* МЕТОДОМ ПЕРКОЛЯЦИИ С МЕХАНИЧЕСКИМ ПЕРЕМЕШИВАНИЕМ

¹Научно – фармацевтический центр МЗиСЗН РТ

²Кафедра фармацевтической технологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность исследования. В последние два десятилетия проявился увеличенный интерес к традиционным методам медицины, особенно к лекарствам на основе растительных компонентов, как в развитых, так и в развивающихся странах. Постоянно растет популярность использования растительных средств, поскольку это позволяет приблизиться к природе и избежать негативных эффектов, свойственных синтетическим лекарствам [4].

Для достижения этой цели одним из ключевых аспектов является обеспечение достаточного сырьевого запаса растений, необходимых для масштабного производства лекарственных препаратов на их основе. Топинамбура (*Helianthus tuberosus*) имеет уникальную урожайность, зависящую от высоты над уровнем моря и тепловой активности. В экспериментах в Таджикистане, на высоте 460 метров, достигнуты высокие результаты: 112,7 тонн зеленой массы и 175,7 тонн общей биологической массы на гектар [5].

Для получения экстрактов использовалось высушенное сырье топинамбура. Специфические особенности, в первую очередь связанные с предварительными технологическими этапами (подготовка сырья, его измельчение, сушка, хранение, выбор экстрагента и другие процессы), а также выход биологически активных веществ (БАВ), которые могут усложнить регулирование и оптимизацию технологических параметров процесса экстрагирования, изучены и установлены в предыдущих наших исследованиях. [1,2,6]

Учитывая вышеизложенное, разработка технологии получения экстракта из травы топинамбура и предложение новых лекарственных веществ и лекарственных препаратов является актуальным.

Цель исследования. Разработка технологии жидкого экстракта (БАВ, суммы флавоноидов) из травы топинамбура.

Материал и методы исследования.

Все эксперименты проведены на базе учебно-научного и производственного центра «Фармация» ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» г. Душанбе.

Материал: объектом исследования служила травяная часть (листья и стебли) топинамбура от 16 июля 2022 г, культивированного на экспериментальном участке лаборатории генетики и селекции растений Института ботаники, физиологии и генетики растений НАН Таджикистана, под руководством д.с.-х.н., профессора, Партоева К. [5].

Методы: Фармако-технологические свойства (подготовка сырья, измельчение, сушка, хранение, выбор экстрагента и др.) сырья соответствовали требованиям Государственной Фармакопеи (ГФ), как было показано в предшествующих исследованиях [1,2].

Для анализа фракционного состава сырья использовались 2000 г сырья и сита с отверстиями 3 мм на лабораторной установке "Электро-сито СУС-200" из Китая. При разведении 70 % спирта этилового соблюдали методику ФС.2.1.0178.18, смешив 732 г 95,5% спирта этилового с 268 г воды, получив 1000 мл 70 % раствора этилового спирта [3].

Процесс экстракции проводился в соответствии с методом ОФС.1.4.1.0021.15 "Экстракты" на лабораторном экстракторе BL-EO-50L. Использовалась масса 2000 г растительного сырья травы топинамбура, учитывая коэффициент водопоглощения $1,8 \pm 0,05$. Для этого взяли спирт этиловый $70 \pm 0,5\%$ в количестве 3600 ± 50 мл. Экстрагирование проводилось в перколяторе в соответствии с методом "Определение содержания экстрактивных веществ в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах" из ОФС.1.5.3.0006.15, и затем был рассчитан выход экстрактивного вещества из полученного экстракта.

Полученное извлечение отдельно упаривали до достижения объема $25-30 \pm 3\%$ с использованием вакуум-выпарного аппарата RE-5002 из Китая. Это происходило при следующих условиях: температура водяной бани поддерживалась на уровне 60 ± 1 °C, а давление в аппарате поддерживалось на уровне 175 ± 2 mbar.

Результаты и их обсуждение. Процесс экстракции состоял из следующих этапов: I-этап - Набухание сырья: на этом этапе взяли 2 кг измельченного сырья и добавили 1 литр экстрагента, который представлял собой 70% спирт этиловый. Смесь оставили на воздействие в течение 3 часов.

II-этап - Экстрагирование: для этапа экстрагирования добавили еще 2,6 литра экстрагента. Температура внутри перколятора поддерживалась на уровне 43°C , в то время как наружу перколятора было 55°C . Процесс экстрагирования продолжался в течение 1 часа. III-этап - Перемешивание: на этом этапе проводили перемешивание в два этапа: 1). Первый этап: - Количество оборотов мешалки в минуту- 15, Время- 1 час. 2). Второй этап: - Количество оборотов в минуту- 25, Время- 1 час. В общей сложности перемешивали в течение двух часов. IV-этап - Сборка экстракта: на этом этапе получили жидкого экстракта. V-этап - получение густого экстракта: с использованием ротор-выпарительного аппарата отгоняли экстрагент до достижения влажности примерно 25-30%.

На основе проведенных экспериментов по извлечению биологически активных веществ из листьев и стеблей топинамбура было получено 1800 ± 50 мл жидкого экстракта светло-зеленого цвета с выходом $21 \pm 0,20\%$ экстрактивных веществ. Процентное содержание экстрактивных веществ в жидком экстракте на разных объемах представлено в таблице 1.

Таблица 1 –Выход экстрактивных вещества из сырья трава топинамбура (n=3)

Жидкий экстракт, мл	Экстрактивные вещества, %
1810	$20,90 \pm 0,16$
1820	$21,12 \pm 0,15$
1830	$21,15 \pm 0,17$

Было последовательно определено процентное содержание суммы флавоноидов в полученном жидком экстракте на данном этапе. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. -Извлечения суммы флавоноидов из листьев и стеблей топинамбура (n=3)

Жидкий экстракт, мл	Содержание флавоноидов, %
Опытное серия №1	$0,70 \pm 0,14$
Опытное серия №2	$0,73 \pm 0,13$
Опытное серия №3	$0,72 \pm 0,11$

Содержание флавоноидов в жидком экстракте топинамбура в различных опытных сериях колеблется в диапазоне от 0,70% до 0,73%. Стандартное отклонение (погрешность) для каждой опытной серии невысокое, что говорит о хорошей повторяемости результатов и надежности технологии. Разработанная технология экстракции позволяет получить жидкий экстракт с высоким содержанием флавоноидов. Это может свидетельствовать о том, что данная технология является оптимальной для обеспечения максимального выхода флавоноидов из топинамбура.

Выводы. Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что разработанная технология извлечения экстракта является оптимальной для достижения максимального выхода суммы флавоноидов из травы топинамбура. Предложенная технология подтверждено содержанием

Список литературы

1. Абдукаримзода Х. Зависимость извлечения флавоноидов из листьев и стеблей топинамбура от размеров частицы сырья/ Сафарзода Р.Ш., Раджабзода Ф.К., Абдукаримзода Х., Шарифзода Ш.Б. Саломзода Ф.// Материалы меж. народ. н-конф «фармацевтический рынок Таджикистана: проблемы и перспективы», ТНУ 17 октября 2023. - С.111-116.
2. Абдукаримзода Х. Оптимальный экстрагент для получения флавоноидов из травы топинамбура/ Абдукаримзода Х., Сафарзода Р.Ш., Шарифзода Ш.Б.//Материалы меж. народ.н-конф «фармацевтический рынок Таджикистана: проблемы и перспективы», ТНУ 17 октября 2023.- С.107-111.
3. Государственная фармакопея Российской Федерации из. XIV. Том II. -Москва-2018 г.
4. Партоев К. Продуктивность топинамбура (*Helianthus tuberosus* L.) в условиях Гиссарской и Раштской долин Таджикистана/ Партоев К., Сайдалиев Н.Х.//. Книга -Душанбе, 2019с. 139с.
5. Рамазони, Ш. С. Фитохимическое исследование клубней топинамбура и создание лечебно-профилактических средств на его основе: специальность 14.04.02 "Фармацевтическая химия, фармакогнозия»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук / Рамазони Шарофиддини Сафарзода. – Москва, 2017. – 22 с. – EDN ZQINUR.

Абдуллоев Д.А., Холбеков М.Ё., Пирова Ш.К

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Кафедра медицинской биологии с основами генетики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Глистные инвазии (гельминтозы) широко распространены во всем мире, они считаются самой распространенной патологией человека, которая оказывает значительное влияние на социально-экономическое состояние и уровень жизни общества [1, 2]. Особенно актуальна эта проблема в детском возрасте, так как среди инвазированных большая часть (80%) приходится на пациентов этого возраста [3]. По данным ВОЗ, ежегодно заражается глистами около одного миллиарда людей. Число больных гельминтозом превышает число больных ОРЗ и гриппом. По тем же данным, к 2006 году в мире зарегистрировано 4,5 млрд человек с паразитарными заболеваниями, в том числе - каждый третий житель Европы инвазирован тем или иным паразитом [4].

Цель исследования. Изучение распространения гельминтозов среди студентов первого курса ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Материал и методы исследования. В качестве материала для исследования послужили результаты обнаружения наличия яиц и личинок паразитов в фекалиях 1000 студентов первого курса медицинского факультета, прибывших на учебу в 2023-2024гг. в ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино из различных регионов Республики Таджикистан. Для выявления структуры заболеваемости гельминтозами и ее частоты провели перспективное паразитологическое обследование студентов в лаборатории городской больницы Шифобахш г. Душанбе. Посредством гельминтоскопического метода для лабораторного исследования фекалий с помощью метода диагностики Макмастера использовали макро-скопию и микроскопию фекалий. На 5г. фекалий добавили около 10 мл обычной простой воды, после перемешивания и измельчения процеживали через мелкое металлическое сито или марлю и затем выливали в стаканчик. При определении социального статуса учитывали состояние материального благополучия семьи, жилищно-коммунальные условия и культурно-гигиенический уровень всех студентов.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что из общего числа 1000 выявленных случаев глистной инвазии серологическим методом составляет: лямблии (больше половины) -56,5%; аскаридоз (четверть)-20,8%; гименолипедоз-12,9% и энтеробиоз- 9,8%. Заражение происходило различными способами. Распространение нематодозов, к таковым относятся и аскаридоз, и энтеробиоз, зависит от целого комплекса социальных и эпидемиологических факторов. Поэтому выявление и достоверная оценка этих факторов имеют исключительно важное значение не только в снижении заболеваемости гельминтозами и их профилактике, но и в организации целенаправленной и эффективной медицинской помощи студентам. Наряду с клинико-организационными исследованиями очень важно и выявление социально-эпидемиологических закономерностей распространения гельминтозов среди детей. Учитывая важность материального фактора населения, на основании проведения анкетирования среди студентов, была выявлена социальная жизнь их родителей, а также по уровню материального достатка, студентов разделили на группы и проанализировали его роль среди здоровых и инвазированных студентов.

Цисты паразитов и яйца гельминтов могут попасть в организм человека, через плохо вымытые овощи, зелень, различные ягоды и плохо вымытые руки. Одним из факторов распространенности глистной инвазии является низкий уровень санитарных, социально бытовых условий, не высокое социально экономическое развитие страны, недоступность антигельминтных препаратов и их высокие цены, не своевременное лечение, здоровое носительство, низкая информированность населения о путях заражения глистной инвазии, низкий эпидемиологический надзор со стороны ответственных ведомств, особенность культурных традиций и др. Поэтому меры борьбы с гельминтами и их профилактика являются важным приоритетом для сохранения здоровья населения.

Приведенные данные превзошли даже самые смелые ожидания и показывают исключительную важность материального благополучия в заболеваемости гельминтозами среди детей. Так, в семьях с очень низким материальным уровнем удельный вес здоровых студентов (1-я группа) небольшой - 24,4+4,7%, тогда как на эти семьи приходится очень высокий удельный вес инвазированных студентов (2-я группа)- 75,6+4,6% ($\chi^2=45,02$, $p<0,001$). Аналогичная ситуация и в семьях с низким материальным уровнем - соответственно 33,3+3,2 и 66,7+3,2% ($\chi^2=47,33$, $p<0,001$). В семьях со средним материальным уровнем показатели принимают противоположный характер - 65,7+3,3 и 34,3+3,3% ($\chi^2=40,15$, $p<0,001$). Удельный вес студентов 1-й группы в семьях с высоким материальным уровнем вырос еще больше и составил 84,1+4,4%, тогда как удельный вес студентов 2-й группы в таком же темпе снизился - 15,9+4,4% ($\chi^2=64,03$, $p<0,001$). В целом 192 из 284 здоровых детей (67,6+2,8%) были из семей со средним и высоким материальным уровнем, а 207 из 288 детей с гельминтозами (71,9+2,7%, $\chi^2=1,23$, $p>0,05$) - из семей с очень низким и низким материальным уровнем. Т.е. в последней группе семей низкая обращаемость в медицинские учреждения, предпочтения самостоятельного лечения с использованием дешевых и примитивных лечебных средств приводит к практически массовой заболеваемости гельминтозами среди студентов. Поэтому при организации медицинской помощи студентам необходимо, в первую очередь, уделять внимание неблагополучным в материальном отношении семьям. Такое же внимание следует оказывать и многодетным семьям, так как и этот фактор оказывает также сильное воздействие на заболеваемость гельминтозами среди студентов. Здесь прослеживаются две очевидные закономерности. Первая из них заключается в том, что по мере увеличения числа детей в семьях с очень сильной отрицательной коррелятивной зависимостью снижается удельный вес здоровых детей ($r=-0,96+0,04$) - с 78,6+3,9 до 24,6+5,8% ($\chi^2=46,05$, $p<0,01$). При небольшом числе детей у родителей больше возможностей контролирования состояния гигиены детей, что имеет важ-

ное профилактическое значение. Немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что малодетные семьи в материальном отношении, как правило, весьма благополучные. В них питанию детей, насыщению его витаминсодержащими и иммунокорректирующими компонентами уделяется повседневное внимание, и поэтому защитные функции организма у таких детей более стойкие в отношении воспалительно-инфекционных заболеваний.

Вторая закономерность сводится к тому, что с увеличением числа детей в семьях с очень сильной положительной коррелятивной зависимостью повышается удельный вес инвазированных детей ($r=+0,90\pm 0,08$) - с 21,4±3,9% до 75,4±5,8% ($\chi^2=40,32$, $p<0,01$). Причинами такого явления является то, что, первое, при большой численности детей родителям сложнее уделять внимание состоянию личной гигиены каждого из них, второе, многодетные семьи преимущественно в материальном отношении неблагополучные, что выражается в несвоевременности обращения в медицинские учреждения, и в преимущественном проведении самостоятельного лечения детей с гельминтозами. Кроме того, в многодетных семьях питание не столь калорийное, пища бедна витаминами и минералами, а специальное использование иммунокорректоров - исключительно редкое явление. В результате этого ослабляется иммунная система детей в целом, и они становятся более податливыми воспалительно-инфекционным заболеваниям. Т.е. детей из многодетных семей вместе с семьями с низким материальным уровнем (возможно, эти два социальных фактора сочетаются) следует отнести к группам риска заболеваний гельминтозами и при организации и осуществлении профилактических программ прежде всего учесть детей с подобным социальным статусом.

Выводы. Социально-эпидемиологический анализ заболеваемости гельминтозами прежде всего показывает на их социальную приуроченность и подверженность эпидемиологическим закономерностям. Выявлен целый ряд социально-эпидемиологических факторов, как благоприятствующих распространению заболеваемости гельминтозами, так и ограничивающих их распространение среди студентов, что открывает широкие перспективы по организации и осуществлению профилактики этих массовых заболеваний среди молодежи. Распространение паразитов зависит, как от природных, так и от социальных факторов. Природные условия и факторы являются необходимыми для их жизненного цикла. В процессе распространения инвазионных цист или яиц гельминтов, могут участвовать механические или биологические объекты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дабуров, К.Н. Состояние обеспечения питьевой водой населению ГБАО Республики Таджикистан / К.Н. Дабуров, Г.Д. Азимов, Н.Б. Бахтиёрова / Сборник научных статей 65годовой международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуалиибни Сино ТОМ 2. – Душанбе. – 2017. – С. 355-357.
2. Мирзоева, Р.К. Роль национальных блюд в передаче инвазионного материала в условиях Средней Азии. Научные труды Федерального научного центра гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана «Факторы риска и здоровье населения в регионах России» / Р.К. Мирзоева, Н.А. Романенко. – Липецк. -2018.- Выпуск 13. – С. 3.
3. Ортикова М.М. Выполнение Национальной программы по борьбе с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011- 2015 годы в ГЦЗ №1 города Душанбе /М.М. Ортикова., З.А. Мирзоева., Х.К. Хисомова., Д.Д. Давлятова//Здравоохранение Таджикистана.–Душанбе. - 2014. - №4. С. 17-22.
4. Ортикова М.М. Алгоритм выявления гельминтных заболеваний среди членов семьи в Республике Таджикистан / М.М. Ортикова, А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, Д.Д. Давлятова // Журнал Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. г. Душанбе. 17 ноября 2017. – С. 45-48.

Абдуллоев З.Р., Бахромов М.Б., Мансуров Х.Н.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СТЕНОЗА МОЧЕТОЧНИКА

ЦНИЛ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан.

Актуальность. Изучением экспериментального создания модели гидронефроза путем перевязки мочеточника в дистальных отделах применительно к запросам клиники в разное время занималось большое количество исследователей. Поводом для создания модели сужений дистальных отделов мочеточников является улучшение методы хирургической коррекции при аномалиях развития (сужения, обструкция) дистального отдела мочеточника и остаются одной из наиболее сложных проблем современной хирургии. Пороки мочеточников всегда приводит к нарушениям оттока мочи (1,3). Это провоцирует снижению функции почек. Если коррекцию этих патологий вовремя не проводятся, рано и поздно может развиться почечная недостаточность.

Несмотря на достижения на сегодняшний день проблема хирургического лечения аномалии развития мочеточника (стеноз, обструкция) у детей раннего возраста остается далеко от решения. Для получения хорошего результата необходимо выбора наилучшего метода хирургического лечения этих патологий. (2,4). Вопросы этиологии и патогенеза заболеваний, приводящих к развитию аномалии развития мочеточника посвящено большое количество исследований (Акрамов Э.Х. и др. 2016). Тем не менее, считать эту проблему до конца изученной нельзя. В то же время, морфологические изменения в самой почке при гидронефрозе изучены недостаточно, но именно они в большей степени влияют на исход заболевания (Шелудко В.И. с соавт., 2012). В последних 20 лет, когда были произведены первые успешные реконструктивные операции по поводу сужения лоханочно-мочеточникового сегмента, было предложено множество различных методов лечения (Комяков Б.К. с соавт., 2017г; El-Shazly M.A. et al., 2015г). Все вышеизложенное побудило нас предпринять собственное клинко-экспериментальное исследование.

Цель исследования. Разработать экспериментальную модель стеноза и обструкции мочеточника, обусловленной гидронефрозом и изучить ожидаемого срока восстановления проходимости после восстановления мочеточника.

Материал и методы исследования. Экспериментальной части работы представлены результаты исследований развития морфологических изменений паренхимы почек при острой обструкции мочевых путей с развитием гидронефроза, выполненных на базе научного отдела экспериментальной хирургии с виварием ТГМУ имени Абуали ибн

Сино. Изучение проведено на 26 кроликах породы Великан, массой тела 5-7 кг в возрасте не менее 6 месяцев. Данный фрагмент работы включал серию опытов (in vivo) на лабораторных животных и блок исследований in vitro. Проводили одностороннюю перевязку мочеточника на уровне средней или нижней их трети, вызывая тем самым острую полную одностороннюю обструкцию мочевых путей. Выведение животных из эксперимента осуществляли через 2-3 часа, 1 сутки, 3-5 суток, 1, 3, 6 и 8 недель после создания обструкции путем декапитации под кетаминанаркозом. Изменения структур почки кролика при развитии экспериментального гидронефроза во временном интервале от 2-3 часов до 8 недель. Изменения структур почки 2-3, 3-5 недели. Расширение полости лоханки. Перестройка стенки лоханки: гипертрофия, истончение, склероз. Развитие нефрита и нефросклероза, атрофии оперированной почки.

Результаты исследования и их обсуждение. Как показал эксперимент на кроликах, односторонняя обструкция мочевых путей приводит к морфологическим изменениям почечной паренхимы, вначале компенсаторным и обратимым (расширение собирательных трубочек канальцев нефронов), а в дальнейшем к необратимым изменениям с потерей компенсаторных возможностей (нарастание процессов склероза и фиброза). Полученные результаты при экспериментальном моделировании стеноза и обструкции позволяют рекомендовать выполнение восстановления пассажа мочи как можно в ранние сроки. Таким образом, было показано, что из экспериментального материала определяются однотипные морфологические процессы: первоначально происходит расширение канальцев собирательных трубочек и небольшие очаги нефросклероза, на втором этапе прогрессирует нефросклероз. Третий этап характеризуется присоединением вторичной инфекции с формированием наиболее ее тяжелых форм – пиогидронефроза. Функциональность и малая травматичность разработанных нами пластических операций предоставили возможность применять их при II и III степенях гидронефроза (при нефроптозе -I и II) в качестве альтернативы существующим способам, что позволило повысить эффективность хирургического лечения. Разработанные нами способ прогноза и алгоритм дают возможность определять индивидуальный срок восстановления функции почек и наиболее адекватную схему реабилитационного лечения для каждого больного после коррекции обструкции мочевых путей.

Выводы.

1. Наряду с общепринятыми операциями при гидронефрозе может успешно применяться уретеропластика, что позволяет улучшить уродинамику в послеоперационном периоде и обеспечить оптимальные условия для заживления анастомоза.
2. Реконструктивно-пластические операции на мочеточнике при обструкции его дистального отдела могут проводиться при благоприятном прогнозе профилактики почечных осложнений, и улучшить ближайшие и отдаленные результаты.
3. Применение новых способов уретеропиелопластики обеспечивает стабилизацию или улучшение функциональных показателей и позволяет достичь хороших и удовлетворительных результатов, не имея значимых различий с традиционными способами. При этом положительные результаты достигнуты у 94,6 % больных со стенозом лоханочно-мочеточникового сегмента.
4. Результаты эксперимента показали, что обструкция мочевых путей приводит к морфологическим изменениям почечной паренхимы вначале компенсаторным и обратимым с расширением собирательных трубочек канальцев нефронов, а в дальнейшем к необратимым изменениям с потерей компенсаторных возможностей и нарастанием процессов склероза и фиброза. Полученные результаты позволяют рекомендовать устранение обструкции в более ранние сроки.

Литература.

1. Гулиев Б.Г., Загазеев А.М. Результаты эндопротезирования протяженных сужений мочеточника нитиноловыми стентами. // Эндоскопическая хирургия. 2013. N 2. С. 31-35.
2. Оношко В.Ф. Прогнозирование ожидаемого срока восстановления функции почек у больных с обструкцией мочевых путей. // Сибирский медицинский журнал-2015. №3-С, 36-41.
3. Knight RB., Hudak SJ, Morey AF. Strategies for open reconstruction for upper ureteral strictures. // Urol Clin North Am. 2013. Vol. 40, N 3. P. 351-361.
4. Фридрих У., Феттер Р., Кондрад Е. Лечебная тактика при комбинированном стенозе лоханочно-мочеточникового сегмента и протяженной гипоплазии мочеточника у детей. // "Экспериментальная и клиническая урология"- 2022. №3-М, 34-38.

Абдуллоева Т.М.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТОНАЦИОННЫХ ОШИБОК РУССКОЙ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ НА ЗАДАНИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА

Кафедра методики преподавания русского языка и литературы ТНУ

Актуальность. В условиях жизни современного общества, при широчайшем распространении русского языка как средства межнационального общения, «одной из важнейших задач является разработка многоаспектной проблемы культуры русской речи ...». Между тем интересы лингвистов, обращающихся к вопросам культуры русской речи нерусских, сосредоточены, как правило, на фонетических или грамматических особенностях этой речи. Такое положение никак не согласуется с объективно существующей многоаспектностью данной проблемы.

Цель исследования. Овладение нормами русского литературного языка и литературной русской речи носителями этого языка, живущими в одноязычной среде, идет по пути усвоения и накопления языковых богатств, традиций речевого общения - с последующим их творческим применением. Освоение же соответствующих норм теми, для кого русский язык не является родным, сопряжено не только (и не столько) с трудностями усвоения и накопления, но и со сложностями преодоления разнообразных влияний как системы родного языка, так и особенностей родной речи.

В связи с этой чрезвычайно важной представляется рассмотрение сегментных, надстроечных единиц языка, функционирующих в русской речи двуязычных. Интонация, сопровождающая всякий звучащий отрезок речи, служит

в предложении «средством выражения синтаксических значений и эмоционально-экспрессивной окраски». Она объединяет такие речевые компоненты, как ударение и мелодика, темп и тембр, а также перерывы в звучании, реализуемые в речи различными паузами.

Оставляя в стороне тембр речи носителей двуязычия, отражающий, на наш взгляд, наиболее индивидуальное качество речи, едва ли соотносимое с национальной принадлежностью говорящего, остановимся на других компонентах интонации, дифференцируя их для удобства рассмотрения. Мы предполагаем, что интонация русской речи носителей двуязычия несвободна от интерференции.

Материал и метод исследований. В настоящей статье будут рассмотрены некоторые особенности интонационных ошибок русской письменной речи на занятиях русского языка. Думается, однако, что приёмы изучения этих особенностей, равно как и некоторые положения и выводы, могут быть полезны при изучении аналогичных явлений применительно к самым разным типам таджикско-русского двуязычия.

Известно, что русская речь обладает различными типами ударения - как словесного, так и несловесного; все они чрезвычайно важны для интонирования.

Интерференция в русской речи таджиков обнаруживается, прежде всего, именно в области словесного ударения. Наиболее очевидными отклонениями от норм словесного ударения. [4, 22]

Обращает на себя внимание факт перемещения ударения в формах глаголов прошедшего времени в женском роде, хотя в таджикском языке эти формы, не совпадают с русскими. Такие нарушения нередко встречаются в русской речи студентов - таджиков, но проявляются они и в речи студентов, говорящих на русском языке, и даже в устной речи людей с высшим образованием. Вот некоторые примеры: «А я даже не бралась за уроки. Она дала таблеток мне. В квартире я жила... Позавчера еще я сдала эту книгу. Ну я приехала домой, побыла со своими... Сейчас я взяла книгу читать...» и др. Встречается и вариант «поняла»: «Поняла теперь свою ошибку?» - который никак не может быть соотнесен с таджикским языком (ср. *понять* - таджикский, *фаъмидан*).

Результаты исследования и их обсуждение. Широкое распространение этого явления заставляет искать возможные причины. Некоторые наблюдения позволяют говорить о влиянии определенных закономерностей ударения: в русском языке в ряде двусложных (в инфинитиве) глаголов прошедшего времени мужского и среднего рода ударение перемещается на первый слог: *ожить* - *ожило*, *побыть* - *побыл*-, в таджикском же языке ударение в подобных случаях ставится на последнем слоге. Под влиянием нетвердого знания этой особенности русской речи билингвы «примеривают» ее на соответствующие формы; женского рода, что приводит к варианту «побыла, поняла». Если это так, то перед нами нередкий для носителей близкородственного двуязычия случай корректности - одно из своеобразных проявлений интерференции. Вероятно, это же явление (в трансформированном виде) встречаем и в форме «загнут» (вместо *загнут*): «Этот край более **загнут** (как вот здесь вот) не правильно». Значительный пласт нарушений образовался в результате прямого перенесения «таджикского» ударения в русскую речь: «босой, крестьянин, некоторый».

Весьма часты нарушения, связанные с разной степенью подвижности ударения в контактирующих языках. Известно, что в ЖРР «служебные слова, частицы, местоимения, а также иногда глаголы-связки, в зависимости от их ритмического положения во фразе, могут становиться сильноударными, слабоударными или безударными. Это свойственно и таджикской речи, но некоторые расхождения приводят к нарушению таджиками норм русской речи. Например, зафиксировано немало случаев, когда выступающие как числительные и существительные в русской речи двуязычных реализуются как сильноударные слова: «До того, как встать **на ноги**; А она меня как **за ногу** схватит! В прошлом году мы поехали **за город**; ... она **на голову** твою не налезает! Ой (прямо книжка такая) **за душу** хватает!» Как видим, все примеры связаны с употреблением предлогов, что позволяет говорить о реальной интерференции: в таджикском языке предлоги не принимают на себя ударение (ср. рус.: *на ноги, за ногу, за город, на голову, за душу*).

Подобные же явления встречаем в произношении некоторых наречий: «**Запросто** пойду и достану; А окна кто протирал **дочиста?**» и пр. Все эти нарушения, по большей части не влияющие на коммуникативность высказывания, в то же время существенно воздействуют на его обще интонационную структуру.

Некоторые наблюдения над речью таджиков дают возможность высказать несколько замечаний, касающихся реализации в речи билингвов синтагматического ударения, хотя его «фонетическая природа ... еще не выяснена до конца», а работы, затрагивающие вопросы интонационной интерференции, как правило, дальше установления самого факта интерференции не идут. Между тем синтагматическое ударение обеспечивает не только «смысловую» информативность сообщения, но и «подтекстовую», эмоциональную - а это важнейший аспект устной речи.

Известно, что в русской синтагме нормативна конечная позиция ударения. Однако в разговорной русской речи около половины ударений падает на неконечные отрезки синтагм, что и следует считать нормой. Общей же чертой, характерной для русской речи таджиков, по нашим наблюдениям, является значительно более выраженное и частотное смещение синтагматического ударения к центру, а нередко и к начальному отрезку синтагмы. [3, 257]

Это передвижение создает такой акцентологический эффект, который позволяет без особого труда определить национальную принадлежность говорящего. Вот, например, как представлена эта сторона речи в высказывании учителя-русиста (синтагмы с перемещенным ударением выделены); на вопрос исследователя, утрачивается ли со временем знание таджикского языка в объеме средней школы, учитель отвечает: «Да-а / утрачивается/ **потому что я/ очень мало общаюсь/ вот литературу очень мало читаю...**» Как видим, все сколько-нибудь развернутые синтагмы характеризуются наличием начального ударения. Отвечает ли это нормам интонационной организации русской речи? Рассмотрим:

-потому что я: менее всего русской речи свойственна расстановка смысловых акцентов на предлогах и союзах (такое возможно лишь в тех редчайших случаях, когда служебное слово становится знаменательным: *Лодка / оказалась не на воде / а под водой* (пример Н. В. Черемисиной). В нашем примере функции знаменательного слова

выполняет личное местоимение, поэтому можно говорить о нарушении нормативной позиции синтагматического ударения;

-очень **мало общаются**: интонационные синтагматические центры «располагаются на словах знаменательных, прежде всего на существительных и глаголах». Ударение данной синтагмы нельзя считать нормативным для русской речи, поскольку контекст требует обычного словорасположения, при котором большая коммуникативная значимость приходится на финальный компонент синтагмы;

-вот **литературу очень мало читаю**: здесь вступает в силу перечислительная интонация (хотя самого перечисления не последовало), при которой, как правило, происходит логическое выделение элементов перечисления. В данном случае таким элементом стало существительное, которое к тому же тяготеет к выполнению функциональной роли синтагматического центра, поэтому постановка ударения на начальном отрезке синтагмы представляется оправданным и, следовательно, нормативным интонационным действием.

К нарушениям нормы относятся и некоторые случаи смещения логического ударения с позиции смыслового центра к периферии высказывания. Логическое ударение в разговорной речи несет двойную нагрузку: является средством смыслоразличения (выделяет в потоке речи важнейшие в информативном отношении слова) и одновременно выполняет эмоционально-экспрессивную функцию (выделяет наиболее значимую «чувственную информацию»). Эти два информативных уровня могут не совпадать, и тогда происходит смещение логического ударения, которое следует считать нарушением интонационной нормы в том случае, если это смещение не является оправданным.

Обратимся к некоторым высказываниям носителей таджикско-русского двуязычия; синтагматическое ударение обозначим значком, логическое.

В кинотеатре. Зритель, отыскав свое место и обнаружив, что оно занято, обращается к другому:

У меня место вот это... Вы не могли бы с... *сесть на другое место* потому что / у... у меня / ну... до начала сеанса чтобы *сесть на свое место*

С точки зрения формальной расстановки ударения внутри синтагмы *сесть на другое место* все здесь соответствует норме: формально значимыми словами являются существительные и глаголы. Однако перед нами именно тот случай, когда происходит несовпадение синтагматического и логического ударений - несовпадение, диктуемое контекстом (ситуацией общения, темой высказывания и его целью). Здесь логическое ударение должно было бы падать на слово *другое*, так как именно оно в контексте высказывания наиболее знаменательно (ср.: *Вы не могли бы/ сесть на свое место* / Интересно, что смещение смыслового акцента приводит в дальнейшем и к нарушению позиции синтагматического (фразового) ударения: ... /*сесть на свое место* //, что в конечном счете затрудняет достижение цели общения (ср.. с нормативным для данного контекста: / *сесть на своё место* //). [2, 2020]

Выводы. Как видим, недоучет ситуации (механизм его пока неясен) объективно приводит к затруднению коммуникации. В начальной синтагме высказывания произошло смещение синтагматического ударения на формальный, грамматический центр, выраженный глаголом *буду*, в конечной (фразовой) синтагме, объединившей синтагматический и логический центры высказывания, произошло фактическое перемещение этих центров на периферию всего высказывания.

Подобных нарушений в русской речи таджиков очень много, что делает вопрос о культуре их русской речи еще более актуальным. Если же брать все отклонения, связанные с важнейшей стороной русской интонации - ударением всех видов, то можно говорить о них как об одной из самых выдающихся особенностей интонационной организации русской речи носителей таджикско-русского двуязычия.

Список литературы

1. Абдуллоева Т.М. Совершенствование профессиональной письменной речи студентов - таджиков // Вестник Таджикского национального университета. – Душанбе, 2021. № 3. С. 170-178.
2. Соловова Е. Н. Методика обучения иностранным языкам. Базовый курс лекций: пособие для студентов пед. вузов и учителей / Е. Н. Соловова. М.: Просвещение, 2010. - 239 с.
3. Шитова А. В. Теоретические основы системы обучения письменной речи на иностранном языке / А. В. Шитова // Вестник СПбГУ. - 2008. - Вып. 2, ч. II.-С. 257-261.
4. Грушевицкая Т.Г., Попков В.Д., Садохин А.П. Основы межкультурной коммуникации: учебник для вузов / Под ред. А.П. Садохина. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012. - С. 22.

Абдуллоева Парвина Саидҷоновна

МАВҚЕИ САНЪАТИ ТАЛМЕҲ ДАР АШЪОРИ МАЗМУНИ ЗАРОБОДӢ

Унвонҷӯи Институти забон ва адабиёти ба номи Абуабдуллоҳи Рӯдакии АМИТ

Мубрамияти мавзуъ дар он зоҳир мегардад, ки омӯзиши саноеи бадеи дар илми адабиётшиносӣ аз масоили муҳим ба шумор рафта, муайян кардани мавқеи санъати талмеҳ дар ашъори шоири асри XVIII - Муллоюсуф Мазмунӣ Зарободӣ имкон фароҳам меорад, ки хонанда аз хунари қорбурди санъатҳои бадеии ашъори шоир огоҳ гардад.

Мақсади таҳқиқот баррасии яке аз масоили мубрами адабӣ – тасвирифаринӣ ва мазмунсозии шоири асри XVIII ҳавзаи адабии Зарафшон - Муллоюсуф Мазмунӣ Зарободӣ тавассути талмеҳ аст, ки бори аввал ба риштаи таҳқиқ қашида мешавад.

Мавод ва методи таҳқиқот. Маводи таҳқиқоти моро “Ғузидаи ғазалиёт”-и Мазмунӣ Зарободӣ ташкил карда, ҳангоми таҳқиқот ба методи таҳлили муқоисавӣ-таҳлилий ва омӯри тақия карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар китоби “Санъати сухан”-и Туракул Зеҳнӣ омадааст, ки “талмеҳ ишорат кардан ба воқеаҳои таърихӣ, асотирӣ, қиссаву афсонаҳо ва ба ягон шеърӣ маъруфи яке аз саромадони сухан” мебошад.

Ҳусайнӣ, Атоулло Маҳмуд дар “Бадоеъ-ус-саноеъ” дар бораи санъати талмеҳ чунин навиштааст: “Ишорат кардан дар мазмунӣ калом ба қиссаи машҳур, ё шеърӣ нодири машҳур, ё масале машҳур”.

Дар Тоҷикистон доир ба истифодаи санъати талмех дар осори адибони форсу тоҷик адабиётшиносон Суфиев Ш.З., Шарипов Ш.Р., Джурахонова М., Марофиева С., Мирхайдарова Н.Х., Хучова М. ва дар Эрон муҳаққиқон Чехрқонӣ Ризо, Қосимзода Саидалӣ, Зулқадр Маҳбуба Кубро Раҳбари Чиранда ва дигарон мақолоти илмӣ навиштаанд.

Тавре аз муталиаи девони Мазмуни Зарободӣ аён мегардад, мавзӯҳои ғазалиёти ӯ иборат аз ишқу ошиқӣ, сӯзу гудози ошиқ, номехрубониҳои маҳбуба, афкори фалсафӣ, тасаввуфӣ, ирфонӣ, иҷтимоӣ ва ғайра мебошанд.

Мазмун ғазалро сода ва самимӣ мегӯяд, ки ин монанд аст ба рӯди софу поке, ки оғози дарёҳои азим ва пурталотуми шеъри форсии тоҷикӣ аст.

Мазмуни Зарободӣ ба шоирони мутасаввиф пайравӣ мекардааст. Дар ҳақиқат ҳам, бештари ғазалҳои суханвар, хусусан, ғазалҳое, ки мазмуни фалсафӣ, тасаввуфӣ ё ин ки ирфонӣ доранд, бо риоя намудани ин услуб ва бо истифода намудан аз истилоҳот ва ибороти он гуфта шудаанд.

Барои ифодаи мавзуоти зикршуда Мазмуни Зарободӣ дар ашъораш аз санъати талмех фаровон истифода намуда, ӯ дар аксари ғазалҳо ишора ба қиссаҳои қуръонӣ, ривоятҳои таърихӣ ва ашҳоси таърихӣ асотири намудааст.

Талмех дар шеъри Мазмуни Зарободӣ мавқеи муҳим дошта, тавре аз баррасии ғазалиётҳо возеҳ мегардад, шоир дар истифодаи ин навъи санъати бадеӣ маҳорати комил дошта, ба ин восита таъсири сухани ӯ зиёд ва аҳдофи муаллиф нишонрас баён шудаанд.

Ба пиндори адабиётшиносии тоҷик Шарипов Ш.Р. ва муҳаққиқони эронӣ Чехрқонӣ Ризо, Қосимзода Саидалӣ, Зулқадр Маҳбуба талмехро метавон ба гурӯҳҳои зайл тақсим кард:

1. Талмех аз ашҳоси асотирии мардуми форсу тоҷик
2. Талмех аз қаҳрамонони асарҳои адабӣ
3. Талмех аз истифодаи афсонаву ривоятҳои динӣ
4. Талмех аз рӯйдодҳо ва ашҳоси таърихӣ
5. Талмех аз воқеаҳои фарҳангӣ, номҳои ҷуғрофӣ

Агар аз ҳамин дид ба масъалаи корбурди талмех дар ашъори Мазмуни Зарободӣ таваҷҷуҳ намоем, метавон талмехоти ғазалиёти шоирро ба чор гурӯҳи зерин дастабандӣ намуд:

1. Талмех аз қаҳрамонони асарҳои адабӣ: *Лайлӣ, Маҷнун, Ширин, Фарҳод, Кӯҳкан, Зулайхо, Юсуф*.
2. Талмехи динӣ: *сураи “Бақара”, аспӣ Буроқ, Мансури Ҳаллоҷ, Исми Аъзам, Исрофил, кӯҳи Тӯр, Мӯсо, ҳавзи Кавсар, Саййиди Мухтор, Довуду Мӯсову Сулаймону Юсуф, Хизр, яди байзо, Аюб, Салсабил, Қазба, Саййиди Аброр*.
3. Талмехи ашҳоси таърихӣ: *Маҳмуди Ғазнавӣ, Сикандар, Аёз*.
4. Талмех аз воқеаҳои фарҳангӣ, номҳои ҷуғрофӣ: *Ҷайхун, Ховар*

Нӯшҳо карда лабат аз ҷӯйбори **Салсабил**,
Дар даҳони нозукат оби бақо мебинамат[5, 32].

Дарди ишқат, ки ниҳон буд даруни дил,
З-он чудо монда маро ашқи равон **Ҷайхун** аст[5, 33].

Мазмун, ту аҳад, ба **Қазба** ҷон боз,
Дон, расми сулуки ишқ ин аст[5, 43].

Аз корбурди талмехот дар ғазалиёти шоир маълум мешавад, ки ӯ давовини шоирони Моваруннаҳру Хуросонро хуб омӯхта, аз қиссаву ривоятҳои зиёде бохабар будааст.

Мазмуни Зарободӣ ҳангоми истифодаи санъати талмех бештар ба қиссаҳои пайambarон Довуду Мӯсову Сулаймону Юсуф (а) ва ашҳоси машҳури қиссаю дostonҳо ба мисли *Лайлӣ, Маҷнун, Ширин, Фарҳод, Кӯҳкан, Зулайхо, Юсуф, Довуду Мӯсову Сулаймону Юсуф, Хизр, Мансури Ҳаллоҷ, Маҳмуди Ғазнавӣ, Сикандар* ва *Аёз* ишораҳо намудааст. Чунончи,

Шуд банда ба тарзи ниғаҳи масти ту Мазмун,

Бо сад чу **Сулаймон** назарат бар кафи мӯр аст [5, 34]!

Ин гуна талмехот дар ғазалиёти Мазмуни Зарободӣ зиёданд [5, 36, 39, 48, 53, 76, 87, 89, 94, 100, 106].

Дар аксари абёти шоир ба қиссаи Лайлӣ ва Маҷнун, бахусус, азобу машаққати Маҷнун ишора рафтааст:

Кучо бошад, ки сӯи мо гузори шаҳсавор афтад,

Чу **Маҷнун** дар биёбоне, ки дастам дар миҳор афтад[5, 53].

Ки Мазмун аз ҷаҳон vorаст, ӯ девонаю **Маҷнун**,

Ба савдои руҳи **Лайлӣ** кучо маснаднишин гардад [5, 89]!

Ҷӣ шавад чилвакунон ойи ту, эй сарви равон,

Маҳви ҳусни руҳи **Ширини** ту **Фарҳод** шавад[5, 87].

Мазмуни Зарободӣ ҳангоми истифодаи санъати талмех, инчунин, ба қиссаи Юсуф (а) ишораҳои зиёд намуда, ҳам санъати талмех ва ҳам шигарди адабии барҷастасозиро ба кор гирифтааст:

Зулайхо як шаб аз беилтифотиҳои ӯ гуфти,

Ки ишқи ман ба ҷони **Юсуфи** гулпераҳан мезад [5, 94].

Ин гуна талмехот дар ашъори Мазмуни Зарободӣ зиёданд[5, 79, 132].

Хулоса, санъати талмех дар ашъори Мазмуни Зарободӣ васеъ ба кор рафта, ҳарду шоир зимни ишора ба қисса ва шахсиятҳои таърихӣ ва динӣ ба таври муъҷаз ибрати рӯзгори гузаштагонро гӯшзад мекунад.

Мазмунсозӣ ва тасвиروفаринии зиёд тавассути талмехоти динӣ дар ашъори Мазмуни Зарободӣ гувоҳи он аст, ки шоир эътиқодоти зиёде мазҳабӣ дошта, дар ифодаи матлаб аз онҳо як навъ ҳамоҳангии эътиқодии худро таҷассум намудааст.

Адабиёт:

1. Акрамӣ, Мухаммадризо. Истиораҳои таъвилӣ дар ғазали Бедили Дехлавӣ. Китобмоҳи “Адабиёт”. Шумораи 19, паёпайи 133. Обони 1387.- С.75.
2. Алимзода Ҳ. Шоире аз рустои Заробод. <http://omuzgor-gazeta.tj/blog-detail.php?id=3569>. Санаи мурочиат: 25.09.2021
3. Бухорӣ, Асад Гулзода. «Куллиёти осор». Ҷилди 1. Шеърҳо, ғазалҳо, мухаммасҳо, таронаҳо, дубайтиҳо, қитъаҳо, ҳаҷвияҳо, байтҳо. – Тошкент: “Yangi nashr”, 2017. – С.149.
4. Джурахонова М. Роль поэтической фигуры талмех в «Василат-ун-наджот» Мухаммадхусайна Ходжи// Вестник ТНУ. №7. 2018.- С.223-227.
5. Зарободӣ, Мазмун. Гузидаи ғазалиёт. Бо таҳияву тавдвини матн бо муқаддима ва тавзеҳоти Алии Мухаммади Хуросонӣ. - Душанбе: Сурушан, 2002 – 280 с.

Гулзода М.К., Абдуллозода С.М., Усманова Г.М. Умарова З.А.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССАХ ТЕЛА

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Фундаментальными исследованиями было показано, что жировая ткань кроме участия в энергетическом обмене, также выполняет гормональную функцию вырабатывая разнообразные по характеру и действия адипокины [1-5]. К числу последних относится лептин - полипептидный гормон, участвующий во многих физиологических и обменных процессах организма, а также регулирующий деятельность центров стимуляции и подавления аппетита вызвав тем самым чувство голода или насыщения [1-5].

Зарубежными специалистами было показано прямая корреляционная связь уровня лептина с повышением индекса массы тела (ИМТ) и самый высокий его уровень зарегистрировано у лиц с аномально высоким ожирением (ОЖ) [1-5]. Однако, в условиях нашего региона определение уровня этого гормона у лиц с нормальным весом и ожирением ранее не проводилось, остается не выясненным особенности его изменения в зависимости от степени ожирения, пола и возраста отечественных респондентов, что подтверждает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности метаболической активности жировой ткани путем определения уровня лептина у населения с нормальной и избыточной массами тела.

Материал и методы исследования. В работе анализированы результаты исследования содержания лептина в сыворотке крови 550 человек с разными вариантами массы тела, из них 221 (40,2%) явились мужчинами и 329 (59,8%) – женщинами. Возраст обследованных варьировал от 18 до 86 лет, составив в среднем $42,2 \pm 0,6$ года. Масса тела респондентов варьировала от 39 до 130 кг, составив в среднем $74,0 \pm 0,7$ кг, ИМТ в среднем – $26,9 \pm 0,3$ кг/м².

В зависимости от значения ИМТ все пациенты были на разделены на пять условные группы – с нормальным ИМТ (ИМТ=18,5-25,0 кг/м²), с избыточной массой тела (ИМТ=25,1-30,0 кг/м²), с ОЖ 1 (ИМТ=30,1-35,0 кг/м²), 2 (ИМТ=35,1-40,0 кг/м²) и 3 (ИМТ=40,1 кг/м² и выше) степеней (рис. 1).

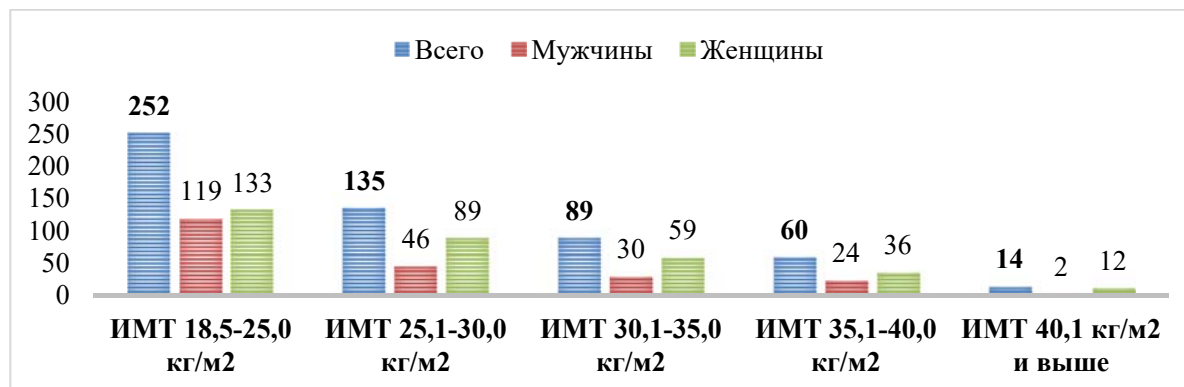


Рис. 1. Распределение респондентов по индексу массы тела и половой принадлежности

Уровень содержания лептина в сыворотке венозной крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест системы «Лептин-БиоХимФак» (Российская Федерация, г. Москва). Диапазон его измерений по указанной методике составляет 0,42-100,0 нг/мл, чувствительность теста – 0,42 нг/мл. Референсные значения лептина по указанному тесту для взрослых женщин составляет 1,1-27,6 нг/мл, для мужчин – 0,5-13,8 нг/мл.

Статистическая обработка полученных результатов проводили при помощи программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Оценка нормальности распределения выборки проводили по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Парные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились по U-критерию Манна-Уитни, множественные сравнения – по H-критерию Крускала-Уоллиса. Анализ корреляционных связей проводился по Спирмену. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Концентрация лептина у всех обследованных составила в среднем $15,6 \pm 0,3$ нг/мл и ни в одном наблюдении не отмечена снижение его уровня ниже референсных значений. Средняя его концентрация у женской части респондентов ($18,4 \pm 0,4$ нг/мл) была на 61,4% выше по сравнению с мужчинами

(11,4±0,4 нг/мл), что носила статистически значимый характер ($p<0,05$). В128 (23,3%) случаев отмечался высокое содержание лептина от нормы, чаще у лиц мужского пола ($n=73$; 33,1%) по сравнению с женщинами ($n=55$; 16,7%) ($p<0,001$) (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная оценка некоторых показателей респондентов с нормальным и повышенным уровнем лептина

Показатель	Уровень содержания лептина					
	Мужчины (n=221)			Женщины (n=329)		
	норма	выше		норма	выше	
Количество респондентов	148 (66,9%)	73 (33,1%)	<0,001*	274 (83,3%)	55 (16,7%)	<0,001*
Возраст	40,6±1,6	42,7±1,8	<0,01	43,6±0,8	40,7±1,9	<0,001
Масса тела	77,6±1,8	83,8±2,3	<0,001	71,4±0,9	77,5±2,7	<0,001
Рост	171,3±0,92	170,9±0,9	>0,05	162,6±0,5	160,8±0,9	>0,05
Окружность талии	84,8±1,9	91,1±1,9	<0,001	89,5±1,1	92,9±2,9	<0,05
Окружность бедра	94,2±2,1	97,6±1,8	<0,05	98,9±1,1	101,7±2,7	<0,05
Индекс массы тела	26,5±0,6	28,8±0,8	<0,01	27,1±0,4	30,0±0,1	<0,001
Концентрация лептина	10,4±0,21	19,4±0,5	<0,001	16,0±0,4	30,9±0,5	<0,001

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни; * по критерию χ^2)

Как видно из таблицы группа мужчин с нормальным содержанием лептина по сравнению с мужчинами с избыточным его содержанием явились более молодыми, имели меньшую массу тела, ИМТ и индекс талии/бедра. Среди лиц женского пола с нормальным и повышенным содержанием лептина отмечалась также аналогичное различие, кроме их роста. Исследование уровня лептина в зависимости от возраста обследованной когорты представлено в таблице 2.

Таблица 2

Содержание лептина в сыворотке крови в зависимости от возраста обследованных

Возраст (лет)	Уровень содержания лептина			p1
	все обследованные	мужчин	женщины	
18-44	n=323 14,8±0,5	n=148 11,4±0,5	n=175 17,7±0,6	<0,001
45-59	n=155 8,4±0,7	n=46 10,7±0,9	n=109 19,2±0,7	<0,001
60-74	n=69 16,8±0,9	n=26 12,9±1,2	n=43 19,0±1,0	<0,001
75-90	n=3 15,9±2,6	n=1 12,1	n=2 17,9±3,1	-
p2	<0,001	<0,01	<0,001	

Примечание: p1 – статистическая значимость различия показателей между мужчинами и женщинами (по U-критерию Манна-Уитни); p2 – статистическая значимость различия показателей между возрастными группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса)

Исследование показало, что в общей выборке обследованных наивысший уровень лептина отмечался у лиц пожилого возраста – 60-74 лет. Более того, его уровень у респондентов среднего возраста (45-59 лет) по сравнению обследованными других возрастов был почти в два раза ниже ($p<0,001$), хотя избирательно по гендерной принадлежности обследованных такое не отмечалось. В сыворотке крови женщин всех возрастов отмечалось более высокое содержание лептина по сравнению с мужчинами, что во всех случаях носила значимый характер ($p<0,001$).

Уровень содержания лептина в сыворотке крови в зависимости от ИМТ представлены в таблице 3.

Таблица 3

Уровень лептинемии в зависимости от индекса массы тела респондентов

ИМТ	Уровень содержания лептина			p1
	все обследованные	мужчины	женщины	
18,5-25,0	n=252 13,4±0,5	n=119 9,7±0,6	n=133 16,8±0,7	<0,001
25,1-30,0	n=135 13,7±1,3	n=46 10,2±0,8	n=89 15,4±0,7	<0,001
30,1-35,0	n=89 18,3±0,7	n=30 14,4±1,1	n=59 20,3±0,8	<0,001
35,1-40,0	n=60 22,9±0,9	n=24 18,0±0,9	n=36 26,2±1,1	<0,001
40,1 и выше	n=14 24,2±1,9	n=2 21,2±4,7	n=12 24,7±2,1	>0,05
p2	<0,001	<0,001	<0,001	

Примечание: p1 – статистическая значимость различия между мужчинами и женщинами (по U-критерию Манна-Уитни); p2 – статистическая значимость различия между всеми исследуемыми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса)

С увеличением ИМТ отмечалось пропорциональный рост концентрации лептина, что подтверждает факт повышения метаболической активности жировой ткани на фоне ОЖ. Как видно у лиц с ОЖ 1 степени по сравнению с нормальным ИМТ уровень лептина был больше на 36,6%, при ОЖ 2 степени – на 70,9% и у обследованных с ОЖ 3 степени – на – 80,6% соответственно. Это подтверждает прямую зависимость метаболической активности жировой ткани со степенью ОЖ, так как чем больше количества функционирующих адипоцитов – тем больше синтезировался лептин. Одним из особенностей нашего исследования явилось отсутствие статистически значимого различия уровня содержания лептина между мужчинами и женщинами с ОЖ 3 степени ($p>0,05$), а также более низкий его уровень у женщин с избыточной массой тела по сравнению с женщинами в нормальном ИМТ. Пол ($r=0,44$; $p=0,000$), рост ($r=-0,30$; $p=0,000$), ИМТ ($r=0,35$; $p=0,000$), окружность талии ($r=0,22$; $p=0,000$), окружность бёдер ($r=0,23$; $p=0,000$), индекс талия к бедру ($r=0,09$; $p=0,026$) имели высокую ассоциацию и прямую корреляционную связь с уровнем лептина.

Вывод. С увеличением доли жировой ткани в организме увеличивается метаболическая её активность по типу избыточной секреции лептина. Уровень лептинемии кроме избыточной массы тела также ассоциируется с полом и возрастом респондентов.

Список литературы

1. Leptin and obesity / M. Seth [et al.] // *Physiol Int.* – 2020. – Vol. 107, № 4. – P. 455-468.
2. Leptin, Obesity, and Leptin Resistance: Where Are We 25 Years Later? / A.G. Izquierdo [et al.] // *Nutrients.* – 2019. – Vol. 11, № 11. – P. 2704.
3. Perakakis, N. Leptin in Leanness and Obesity: JACC State-of-the-Art Review / N. Perakakis, O.M. Farr, C.S. Mantzoros // *J Am Coll Cardiol.* – 2021. – Vol. 77, № 6. – P. 745-760.
4. Serum leptin values in the healthy obese and non-obese subjects of Rawalpindi / A. Kazmi [et al.] // *J Pak Med Assoc.* – 2013. – Vol. 63, № 2. – P. 245-248.
5. The role of leptin and low testosterone in obesity / K. Khodamoradi [et al.] // *Int J Impot Res.* – 2022. – Vol. 34, № 7. – P. 704-713.

Абдуллозода С.М., Усманова Г.М., Кобилов К.К.

СКРИНИНГ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Резистентность к инсулину (ИР) определяют, как нарушение биологического ответа на стимуляцию тканей-мишеней, в первую очередь сердца, скелетных мышц, печени и жировой ткани. В результате развиваются компенсаторное увеличение его синтеза β -клетками поджелудочной железы и гиперинсулинемия [3]. В формировании данного состояния определенную роль играют генетические причины, однако, они вряд ли они могут быть реализованы при отсутствии соответствующих внешних условий. Клиническая диагностика ИР затруднена, так как нет общепринятого доступного теста для её определения [4]. Поэтому распознавание в основном базируется на выявлении метаболических последствий.

Понятие нечувствительности к инсулину, как синоним ИР, 80 лет назад предложили Н. Himsworth, L. Керг для определения неудовлетворительного ответа на введение экзогенного препарата у больных сахарным диабетом и ожирением [5]. Однако современное определение ИР не сводится к параметрам, характеризующим только метаболизм углеводов, а включает также изменения метаболизма жиров, белков, функций клеток эндотелия, экспрессии генов и др. [1]. В широком понимании термина – это нарушение биологического действия инсулина и реакции инсулинчувствительных тканей на инсулин на пре- и пострецепторном уровнях, приводящее к хроническим метаболическим изменениям и сопровождающееся на первых этапах компенсаторной гиперинсулинемией [2].

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости сахарного диабета и инсулинорезистентности среди взрослого населения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Определение индекса инсулинорезистентности (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance - HOMA-IR) до и после стрессовой нагрузки, которая осуществляется путём ежедневного проведения моделирования эмоционально-иммобилизационного стресса в течение 7 дней. При показателях после моделирования эмоционально-иммобилизационного стресса, превышающих нормативные показатели, зарегистрированные до начала эксперимента, на 15,0% и более выявляют развитие инсулинорезистентности. При моделировании острого эмоционально-иммобилизационного стресса резко возрастает интенсивность функциональной активности центральной нервной системы (ЦНС), что создаёт предпосылки для конкуренции ЦНС и организма за использование глюкозы крови в качестве энергетического субстрата для обеспечения жизнедеятельности. На этом фоне создаются условия для приоритетного обеспечения ЦНС глюкозой за счёт развития инсулинорезистентности, снижающей инсулинозависимый транспорт глюкозы в клетки организма.

Индекс HOMA-IR рассчитывают по формуле:

$$\text{HOMA-IR} = \text{глюкоза натощак (ммоль/л)} \times \text{инсулин натощак (мкЕд/мл)} / 22,5.$$
 Соответственно, баланс между уровнем глюкозы и инсулина позволяет оценить наличие инсулинорезистентности у обследуемого объекта. Исследования индекса HOMA-IR, зарегистрированные до начала эксперимента рассматривали как индивидуальные нормативные показатели, по сравнению с которым рассматривали показатели, полученные через 7 суток после завершения эксперимента.

Результаты исследования и их обсуждение. К числу других приоритетных направлений нашего исследования относилось выявление частоты встречаемости СД и инсулинорезистентности среди общего взрослого населения. Для

достижения указанной цели нами были определены уровень глюкозы натощак и инсулина, и с использованием формулы НОМА определялось наличие или отсутствие инсулинорезистентности. Результаты исследования уровня глюкозы и индекса НОМА представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели уровня глюкозы крови натощак и индекс НОМА в зависимости от пола и возраста обследованных

Показатель		Глюкоза натощак (ммоль/л)	НОМА-IR
Все респонденты		5,7±0,9	
Женщины		5,7±0,9	3,54±2,76
Мужчины		5,7±0,9	3,61±2,95
p		>0,05 (Z =0,36)	>0,05 (Z =0,31)
	18-44	5,6±0,8	3,14±2,3
	45-59	5,8±1,1	4,1±3,3
	60-74	5,9±1,1	4,42±3,7
	75-90	6,2±2,0	3,24±2,1
p		>0,05 (df =3; H =5,63)	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между мужчинами и женщинами различных возрастных групп (по критерию Манна-Уитни).

Как видно из представленных данных в таблице 1, средний уровень глюкозы у всех обследованных находился в пределах референсных значений, и не имел значимого различия по гендерной их принадлежности и возрастной категории. Следует отметить, что с увеличением возраста отмечалась некая тенденция к увеличению уровня глюкозы, которая, однако, не показала статистического различия. Вместе с тем, с увеличением индекса массы тела (ИМТ) отмечалось значимое повышение уровня глюкозы, наивысший уровень которого был выявлен у лиц, страдающих ожирением (ОЖ) 3 степени (Таблица 2).

Таблица 2

Уровень глюкозы натощак в зависимости от индекса массы тела обследованных

Индекс массы тела (кг/м2)	Глюкоза натощак (ммоль/л)	НОМА-IR
<18,5	5,8±0,8	
18,5-24,9	5,6±0,6 p1 >0,05	2,36±0,98
25,0-29,9	5,6±0,9 p1 >0,05 p2 >0,05	3,07±1,47
30,0-34,9	5,7±0,8 p1 >0,05 p2 >0,05 p3 >0,05	4,70±3,01
35,0-39,9	6,8±2,0 p1 >0,05 p2 <0,001 p3 <0,001 p4 <0,001	6,91±4,67
40,0 и >	7,3±1,7 p1 >0,05 p2 =0,001 p3 =0,001 p4 =0,004 p5 >0,05	8,7±4,57
p	<0,001 (df =5; H =47,7)	

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми респондентами по ИМТ (по критерию Крускала-Уоллиса); post-hoc: p1. – статистическая значимость по сравнению с ИМТ до 18,5 кг/м2; p2 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 18,5-24,9 кг/м2; p3 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 25,0-29,9 кг/м2; p4 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 30,0-34,9 кг/м2; p5 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 35,0-39,9 кг/м2 (post-hoc – по критерию Манна-Уитни).

Следует отметить, что у лиц с недостаточной массой тела, нормальным и избыточным весом достоверных различий уровня глюкозы нами не было выявлено. Кроме того, уровень гликемии у лиц с ОЖ 1 степени также не имел значимого различия от таковых у лиц, с нормальной или избыточной массами тела. Только в группе респондентов с ОЖ 2 степени в отличие от лиц, с нормальным ИМТ отмечалось значимое повышение уровня глюкозы на 21,4% и 30,4% соответственно (p<0,001).

Анализ полученных данных показал, что из 1304 обследованных лиц гипергликемию имели 97 (7,4%) человек, в том числе у 40 (6,8%) мужчин и 57 (7,9%) женщин (p>0,05). Медиана содержания глюкозы крови натощак у этой группы составила 7,0 [6,8; 8,3] ммоль/л, без значимого различия его уровня у мужчин (7,0 [6,8; 7,5] ммоль/л) и женщин

(6,9 [6,7; 7,6] ммоль/л) ($p>0,05$). У остальных 1207 человек с нормогликемией медиана уровня глюкозы составила 4,2 [3,9; 5,4] ммоль/л, без достоверного различия между мужчинами (4,1 [3,6; 5,5] ммоль/л) и женщинами (4,2 [3,9; 5,5] ммоль/л) ($p>0,05$).

Опрос обследованных показал, что 58 человек страдали СД и регулярно принимали гипогликемические препараты, а средняя продолжительность диабета у них составила – $7,6 \pm 1,2$ лет. Как видно из представленной таблицы, средний показатель индекс НОМА у всех респондентов составил 2,5 [2,0; 4,3].

Повышение индекса НОМА выявлена у 238 (18,3%) человек, в том числе – 145 (20,2%) женщин и 93 (15,9%) мужчин ($p<0,05$), медиана значение которого составила 4,54 [3,4; 6,6]. Сравнительная оценка демографических показателей лиц, с нормальным и повышенным значением индекса НОМА представлена в таблице 3.

Как видно из представленной таблицы, лица с нормальным значением индекса НОМА явились более молодыми, имели меньший вес и ИМТ, более меньшую окружность талии и бёдер, хотя не было выявлено значимого различия индекса талии/бедра между этими двумя группами. Кроме того, эти группы имели более высокие показатели тестостерона, витамина Д, и, соответственно, более низкий уровень инсулина, кортизола и лептина. В связи с вышеперечисленным, можно сделать вывод, что на развитие инсулинорезистентности у обследованной когорты значимое влияние оказали более старший возраст, избыточная масса тела и ожирение, нарушение гормонального гомеостаза по типу понижения тестостерона и повышение кортизола, а также снижение витамина Д.

Таблица 3

Сравнительная оценка демографических и биохимических показателей респондентов с нормальным и повышенным значением индекса НОМА

Показатель	Нормальные значения НОМА (n=1066)	Повышенное значение НОМА (n=238)	p
Возраст	38,5 [30,0; 49,8]	45,0 [32,0; 56,0]	<0,001
Масса тела	65,0 [60,0; 74,0]	82,0 [69,25; 92,25]	<0,001
Рост	166,0 [160,0; 172,0]	165,0 [160,0; 171,0]	>0,05
ИМТ	22,6 [21,5; 26,9]	31,0 [26,2; 35,1]	<0,001
Окружность талии	80,0 [70,0; 96,0]	98,0 [84,25; 107,0]	<0,001
Окружность бёдер	92,0 [80,0; 104,0]	106,0 [94,0; 113,0]	<0,001
Индекс талия/бедро	0,89 [0,86; 0,93]	0,91 [0,88; 0,96]	>0,05
Окружность шеи	32,0 [29,0; 36,0]	36,0 [32,0; 39,0]	>0,05
Инсулин	8,70 [7,1; 9,4]	18,35 [14,8; 25,9]	<0,001
Лептин	13,1 [8,0; 20,4]	16,3 [11,6; 22,0]	>0,05
Тестостерон	14,0 [4,0; 24,3]	2,80 [0,6; 13,0]	<0,001
Кортизол	344,5 [237,5; 498,3]	405,0 [264,0; 640,0]	<0,001
Витамин Д	48,0 [35,0; 62,0]	41,5 [28,0 68,0]	<0,001
Уровень стресса	19,0 [8,0; 30,8]	15,5 [8,0; 27,3]	>0,05
Уровень глюкозы	5,50 [5,0; 6,0]	5,90 [5,3; 6,5]	<0,001
Индекс НОМА	2,1 [1,7; 2,4]	4,54 [3,4; 6,6]	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию Манна-Уитни).

Корреляционный анализ индекса НОМА-IR с антропометрическими показателями, а также параметрами гормонального гомеостаза, витамином Д и глюкозой представлена в таблице 4.

Таблица 4

Ранговые корреляции Спирмена

Переменная	НОМА-IR (r)	p
Пол (м; ж)	-0,13	0,766
Рост (см)	-0,72	0,92
Масса тела (кг)	0,518	<0,001
Индекс массы тела (кг/м ²)	0,552	<0,001
Возраст (лет)	0,187	<0,001
Окружность талии (см)	0,416	<0,001
Окружность бедра (см)	0,387	<0,001
Окружность шеи	0,302	<0,001
Инсулин	0,914	<0,001
Лептин	0,242	<0,001
Тестостерон	-0,220	<0,001
Кортизол	0,201	<0,001
Витамин Д	-0,194	<0,001
Глюкоза крови натощак	0,553	<0,001

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что каждый тринадцатый человек из числа включенных респондентов имел гипергликемию, а каждый шестой – инсулинорезистентность, чаще всего это лица женского пола. В генезе инсулинорезистентности у обследованных респондентов значимую роль оказали возраст, избыточная масса тела, лептинорезистентность, вторичный гипогонадизм, уровень кортизола и витамина Д.

Список литературы:

1. Каширина, А.П. Является ли холестерин липопротеидов невысокой плотности маркером метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа? Популяционное исследование / А.П. Каширина, С.В. Мустафина, Г.И. Симонова // Терапия. - 2023. - Т. 9. - № S3 (65). - С. 201-202.
2. Козыбаева, Ж.Ж. Дефицит витамина Д и ожирение / Ж.Ж. Козыбаева, Д.С. Никифорова // Sciences of Europe. - 2023. - № 118. - С. 20-23.
3. Оценка инсулинорезистентности в прогностическом аспекте метаболического синдрома у жителей Южной Якутии / С.И. Софронова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. - 2023. - № 3. - С. 79.
4. Хохлова, А.В. Молекулярно-генетическая диагностика метаболического синдрома (обзор литературы) / А.В. Хохлова, П.К. Бойченко // Вестник Луганского государственного педагогического университета. Серия 4. Биология. Медицина. Химия. - 2022. - № 3 (88). - С. 48-56.
5. Himsworth, H.P. Insulin-sensitive and Insulininsensitive types diabetes mellitus / H.P. Himsworth, R.B. Kerr Clin // Sci1939;(4):119–152.

Абдураупова Х.Н., Охмирзоев У.А., Давлатзода Ф.Ф.

НРАВСТВЕННЫЙ КРИЗИС СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ТАДЖИКИСТАНА В 90-Е ГОДЫ XX ВЕКА И СПОСОБЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ

Кафедра общественных наук ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Разразившийся в 90-е годы прошлого столетия тотальный кризис в Таджикистане, затронул и нравственную сферу жизни его традиционного общества. Он особо заметно повлиял на духовную жизнь самого уязвимого в таких ситуациях, социального слоя – молодёжи. Нравственный кризис среди молодёжи имел много причин и предпосылок, противостоять которым было очень сложно.

Тем не менее, благодаря усилиям соответствующих государственных органов и абсолютного большинства членов общества этот кризис был разрешён в максимально короткий исторический период. На данный момент подрастающее поколение в Таджикистане всецело чтит и руководствуется базовыми национальными ценностями, выработанными таджикским народом в течении тысячелетия.

В данной статье автором в краткой форме обсуждены основные причины нравственного кризиса того периода, и обращено внимание на пути и способы противостояния этому негативному духовному феномену в современном таджикском обществе.

Ключевые слова: нравственный кризис, молодёжь, Таджикистан, общество, ценности, действие, духовность, поступок и др.

Безусловно, нравственная деятельность человека складывается из его поступков, которые синтезируют в себе внешние, материально-вещественные его компоненты и внутренние, духовно-личностные, имеющие сложную структуру, элементы которой также оказывают воздействие на объективную нравственную оценку личности [4, 121]. Например, в годы, разразившейся в конце прошлого столетия, гражданской войны в Таджикистане, основным фактором, определяющим действия, намерения и нравственное содержание мотива поступков молодого человека являлась, сложившаяся социально-политическая ситуация. Все действия, обусловленные внутренним военным противостоянием, были практически лишены всякой нравственной формы и нравственного содержания. После развала Советского Союза наступил кризис власти, сопровождающийся социальными невзгодами, охватила все отрасли жизни общества, в том числе и его сферу нравственности.

С распадом советского строя в начале 90-х годов XX-го века, резко изменилось отношение граждан к общепринятым ценностям, господствующим в обществе. Вместе с ним произошёл смена социально-экономического строя социализма на рыночные, капиталистические отношения, а коллективная форма нравственного сознания, вместе со своими ценностями, ушло в прошлое. Наступило время формирования и распространения индивидуального нравственного сознания, свойством которого явилось то, что молодёжь, как и представители других сословий в обществе, потеряла чувство доверия, толерантности, уважения и любви к коллективу. Взамен они направили свою активность на формирование новых ценностей, присущих новым капиталистическим отношениям. Стремление к богатству, роскошь, наслаждение, удовольствие, стали ореолом преуспевающей части молодёжи. На начальном этапе строительство данного строя, моральные ценности не работали еще и потому, что сами эти отношения были стихийными и они появились на базе разрушения а не созидательности.

Молодёжь восприняла, предоставленную свободу предпринимательства за свободу вседозволенности, часть из неё попала под влияние криминальных группировок или искала пути самостоятельного преобразования своей жизненной позиции в жестких условиях рыночных отношений. В тот сложный период государственные органы боролись с преступностью всеми силами, однако отсутствие нравственных ценностей и парализованная система воспитания при огромном искушении в погоне за наживой и богатством затрудняли эту работу. Существующие же моральные принципы не выражали объективное мнение общества, что снизило доверие абсолютного большинства членов общества к нравственным устоям нового строя и возникшим новым социальным отношениям. Характеризуя общественное сознание данного периода, нужно отметить, что общественное сознание разделилось на две большие группы: часть людей была подавлена разрушением старых порядков, и они жили в страхе за своё будущее в ожидание и надежды на возвращение советского строя. Другая же часть была занята разграблением оставшейся социалистической собственности и умножением своего имущества, с целью быстро разбогатеть.

До того, как наступил кризис нравственных отношений в обществе, молодёжь имела тесную духовную связь с традиционными нравственными ценностями, тысячелетиями являющимися частью таджикской национальной культуры, соблюдение которых было требованием времени. Но с начала гражданской войны, изменилась и нравственная

оценка поступка молодых граждан Таджикистана или она вовсе оставила действия людей вне рамок нравственности, содержание и мотив которых сводилось исключительно к достижению цели и определенного результата. Мотив, как основание действия, несомненно, становилось тем нравственным источником, на которую был направлен поступок, и содержание которого позволяло определить оценку совершенных действий.

Тем не менее, на фоне резкой моральной деградации общества нравственным мотивом большинства молодежи того исторического периода нами рассматривается любовь к Родине, освобождение своей страны от наемников, скорейшее достижение мира и согласия с противостоящей стороной. К тому же, как отмечают исследователи, «Разумеется, далеко не все и не в полной мере мотивы могут быть полностью осознаны и вербализованы, выражены в словах, но, тем не менее, на уровне чувств, симпатий и антипатий, желаний и стремлений и, наконец, в форме рационально построенных суждений человек имеет представление об относительной ценности того, что намеревается совершить, и считает мотивы своих действий, зависящими именно от своей воли»[4, 122]. Однако были в структуре мотивации поведения молодежи и элементы «бессознательной мотивации», при которых «человек руководствуется в своем поведении мотивами, которые он может высказать вслух, которые он может поведать только себе, в которых он боится признаться даже себе, и такими, которые маскируют эту боязнь даже перед самим собой»[4, 123].

Кроме вышеуказанного мотива, также стоит отметить влияние другого стимула, направляющего таджикстанской молодежи того периода на свершении позитивных действий. Стимулом же действий подрастающего поколения тех времён являлись чисто объективные обстоятельства, при которых пассивная форма поведения могла привести к трагическим последствиям для личности, общества и государства. Эти факторы стали теми внешними объективными стимулами, побудившими молодежь к конкретным действиям, во имя скорейшего достижения мира в Таджикистане.

Но, несмотря на отдельно взятые отклонения и утилитарность в поведение молодежи данного периода, в целом общественные поступки молодежи были осознанными, адекватными, и они соответствовали той нравственной политике и нравственным оценкам, которые были доминирующими в обществе и которые были провозглашены политическим руководством страны. При оценке нравственности в период гражданского противостояния в Республике Таджикистан, и определение его правомерности в пользу одной из сторон, по нашему мнению, ближе всего стоит теория И. Бен-Амара, который указывал на то, что «ориентация на обретение наибольшего блага для наибольшего количества людей создает нравственность»[5, 136].

Использованная литература:

1. Абубакр ар Рази. Перевод с арабского Мардонова Т. - Душанбе. - 1990. - 88с.
2. Ибн Сина и культура его эпохи. Под ред. Илолова М., Диноршоева М. - Душанбе. - 2012. - 309с.
3. Идибеков Н. Этика Насириддина Туси в свете его теории свободы воли. - Душанбе. - 1987. - 89с.
4. Кондрашов В. А., Чичина Е. А. Этика. Эстетика. - Ростов н/Д. - 1999. - 512 с.)
5. Лукашева Е.А. Права человека. - М. - 1999. - 573 с.
6. Панарин А.С. Философия истории. - М. - 1999. - 432с.
7. Шохитиёров Х. Социально-этические взгляды Аль-Калкашанди. - Душанбе. - 2007. - 144с.

Абдураупова Х.Н., Охмизоев У.О., Давлатзода Ф.Ф.

НАҚШИ ЧАВОНОН ДАР БАҶҶАРОР НАМУДАНИ ВАҲДАТИ МИЛЛӢ ВА ЯҚБОРЧАГИИ ДАВЛАТ ДАР ТОҶИКИСТОН

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Дар ҷаҳони муосир рӯ овардан ба масъаллаи ҷавонон ва истифода аз имкониятҳои зеҳнии ҷисмонии онҳо яке аз шартҳои асосии ноил гаштан ба инкишофи давлат ва ҷомеа мебошад. Қисми асосии аҳолии Тоҷикистонро ҷавонон ташкил дода, қувваи пешбарандаи ҳаёти сиёсӣ, иқтисодӣ ва фарҳангӣ мебошанд. Махсусан саҳми ҷавонон дар пешрафти ҳаёти сиёсӣ ва давлатдорӣ милли бештар назаррас аст. Иштироки ҷавонон дар ҳифзи ва инкишофи манфиатҳои миллии Тоҷикистон яке аз масъаллаҳои муҳими сиёсати давлатии ҷавонон доништа мешавад.

Чӣ ҳеле ки ба ҳамагон маълум аст, баъд аз ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ яке аз афзалиятҳои манфиатҳои миллии Тоҷикистонро роҳҳо ва самтҳои асосии баромадан аз ҳолати мочарои сиёсӣ ва амалишавии сиёсати мусолиҳаи милли ташкил меод. Албата, таърихи инсоният мочароҳои зиёдеро меонад, ки даврони тулониро аз сар гузаронидаанд ва ҳамчун қоида ба воситаи яроқ онҳо ҳалли ҳудро ёфтаанд, ки оқибат қаҳтӣ, талафоти ҷонии одамон ва харобкориҳои дигарро пеш овардааст.

Мочарои сиёсӣ ба Тоҷикистон бухрони иқтисодӣ, иҷтимоӣ, ахлоқию психологӣ ва махсусан ба соҳаи сиёсии ҳаёт таъсири манфӣ расонид, ки он ба харобкориҳои зиёд низ овард. Зарур аст, ки аз ҷанги шаҳрвандӣ дарси ибрат омӯзем ва бояд насли ояндаро ёдрас намоем, ки ҷанги шаҳрвандӣ ба таърихи халқамон ва инкишофи афзалиятҳои манфиатҳои миллии Тоҷикистон дар сиёсати ҷаҳонӣ беасар нагузошт. Дар воқеъ, ҷанги шаҳрвандӣ ба афзалиятҳои манфиатҳои миллии Тоҷикистон дар сиёсати ҷаҳонӣ ҳамчун як монеа гардид.

Мутаассифона, ҷанги шаҳрвандӣ дар саҳифаҳои таърихи халқамон ҷунин оқибатҳои вазнинро ба миён овард: зиёда аз 50 ҳазор нафар ҳалок гашта, 600 ҳазор нафар ғуреа, 50 ҳазор муҳоҷир шуданд, зиёда аз 55 ҳазор ҷаниб шуданд ва тақрибан 20 ҳазор нафар занон бе шавҳар монданд [1, с. 25-26].

Аз ин шумора ақсариятро ҷавонон ташкил дода, як қисм қушта қисми дигар фирорӣ шуда ва қисми сеюм аз таҳсил ва илму маърифат дур монданд.

Ҷанги шаҳрвандӣ ба иқтисодиёти мамлакат зарари моддӣ низ расонид. «Иқтисодиёти Тоҷикистон ба миқдори 200 млрд. сомон зарар дид. Албатта, ба ҳама маълум буд, ки сатҳи инкишофи Тоҷикистон ҳанӯз дар давраи пеш аз ҷангӣ низ на он қадар баланд буд. Аммо ҷанги шаҳрвандӣ ҳолати онро боз ҳам вазнин гардонид. Истеҳсолоти саноатӣ 23 фоиз кам гардид. Саноати хуроқа ба аҳволи бад гирифтормашт. Истеҳсоли ҳамаи навиҳои маҳсулот паст шуд. Барномаҳои

сохтмони иншоотҳои манзил сарфи назар шуданд. Нақлиёти мусофиркаш касод гардид. Умуман, хоҷагии камуналі, нақлиёт, соҳаи нарху наво ва назорати онҳо ҳеҷ касро ба изтироб намеовард. Қариб ҳама ба вазъияти мураккаби сиёсӣ ишора намуда, фориғболиро пеша карда буданд. Аз тарафи дигар манфиатҳои миллӣ қурбони манфитҳои эгаистӣ, шахсӣ ва ҳатто берунӣ гаштанд» [2, с. 63].

Аз соддагии гумроҳии як гурӯҳ ҷавонон истифода бурда, гурӯҳҳои манфиатҳои онҳоро ба гирдоби дасисаҳои сиёсӣ кашида, ҳаёташонро зерӣ ҳатар гузоштанд.

Аммо дар муқоиса бо бархе аз мочароҳо, ҷанги шаҳрвандӣ дар Тоҷикистон на он қадар давраи дуру дарозро сипарӣ кардааст. Он ба воситаи музокироти сиёсӣ ва сипас бо амалияи мусолиҳаи миллӣ аз байн бардошта шуд. Музокироти сиёсии байни тоҷикон ва аҳамияти таърихӣ мусолиҳаи миллиро ҳамчун манбаъ ва воситаи асосии ҳалли мочаро лозим шуморидан зарур аст. Зеро он дар саҳифаҳои таърихи халқи тоҷик ҳамчун ба сифати ғалабаи ақлоният бар ваҳшоният, дарки масъулият ва ҳештаншиносӣ доништа шудааст.

Ҷонибҳои мочарогар ҳимояи манфиатҳои миллиро дар мадди аввал гузошта рӯ ба мусолиҳаи миллӣ оварданд, ки ин пирӯзӣ ва муваффақияте буд дар афзалиятҳои манфиатҳои миллӣ. Раванди мусолиҳаи миллӣ дар Тоҷикистон аз имзо намудани Созишномаи умумии истиқрори сулҳ ва ризоияти миллӣ, 27 июни соли 1997 дар шаҳри Москва аз ҷониби Асосгузори сулҳу Ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон ва роҳбари Идтиҳодияи нерӯҳои оппозитсия А. Нурӣ сурат гирифтааст. Созишномаи умумӣ ҳуҷҷати муҳиму тақдирсозе гардид, ки сиёсати дохилию хориҷии Тоҷикистонро ба кулӣ дигар намуд. Тадриҷан авзои сиёсӣ, иқтисодӣ ва фарҳангии кишварро ба ҳолати нав овард. Он ба ҷанги шаҳрвандӣ, ба ҷанги худкушию бародаркуш хотима бахшид.

Созишномаи умумии истиқрори сулҳ ва ризоияти миллӣ ба таври осон ба имзо нарасидааст. Агар ба раванди мусолиҳаи миллӣ назар афканем, он аз оғози гуфтушуниди аз 5 апрели соли 1994 то 27 июни соли 1997 ҳамагӣ 1171 рӯзро фаро гирифтааст.

Дар назди роҳбари ҷавону боғайрат дар солҳои ҷанги шаҳрвандӣ (1992-1997) ба ғайр аз афзалияти роҳҳои асосии баромадан аз ҳолати ҷанги шаҳрвандӣ ва амалияҳои сиёсати мусолиҳаи миллӣ дигар афзалияте вучуд надошт. Пас аз ба имзо расидани Созишномаи умумии истиқрори сулҳ ва ризоияти миллӣ афзалиятҳои манфиатҳои миллӣ дар масъалаҳои дохилӣ дигар шуданд, ки он дар барқарор намудани иқтисодиёт, нигоҳдории сулҳ ва ваҳдат, муносибатҳои самарабахши байни миллатҳо, рушди тандурустӣ, маориф ва ғайраро фаро мегирифт.

Имрӯз бо боварии том гуфтан мумкин аст, ки Тоҷикистонро ояндаи нек интизор аст. Мо зинаи устувори моддӣ, таҷрибаи кофӣи созандагӣ, ҷаҳонбинӣ ва нерӯи пурқуввати илмӣю зехнӣ, сарватҳои бузурги табиӣ дорем. Ба қор андохтани ин ҳама бойгарӣ ва ин имконияти ба ҷавонони бонангу номус вобастааст.

Яке аз муҳимтарин афзалиятҳои Ваҳдати миллӣ ва якпорчагии давлат ин муносибатҳои байниҳамдигарии миллату халқиятҳо, ки дар дохили мамлакат зиндагӣ мекунанд мебошанд. Ҷаминро қайд кардан зарур аст, ки мусолиҳаи миллӣ ва ваҳдати ҷомеа аз бисёр ҷиҳат аз муносибатҳои байниҳамдигарӣ ва манфиатҳои байни миллату халқиятҳо вобастагии калон дорад. Ҷуноне, ки дар боло қайд намудем аксари аҳолии Тоҷикистонро, ки ҷавонон ташкил медиҳанд, муносибати байни ҳамдигарӣ ва эҳтироми халқу миллатҳои сокини Тоҷикистон аз ҷониби онҳо зарур аст, зеро ҳамеша барангезандаи ҳамагуна ихтилофот ва нофаҳмоиҳо метавонанд ҳуди ҷавонон бошанд. Бинобар ин, Тоҷикистони имрӯзаро зарур аст, ки дар ҳимояи Ваҳдати миллӣ ва тақвият бахшидани дӯстии байни намоёндогони умумиятҳои гуногуни этникӣ аҳамияти бештар диҳад. Зеро дӯстии миллатҳо ин дӯстии тамоми шаҳрвандон аст, ки таҷассумгари инкишофи манфиатҳои миллӣ мебошанд. Ҷумҳурии Тоҷикистон бӯҳрони низомӣю сиёсӣ ва иқтисодӣю иҷтимоиро рӯз аз рӯз паси сар намуда истодааст. Раванди Ваҳдати миллӣ ба инкишофи минбаъдаи соҳаҳои ҳаёт таъсири калон расонид. Манфиатҳои миллӣ аз ҳар вақта дида имрӯзҳо бештар рушду нумӯш меёбад.

Дар шароити имрӯза вазъи иқтисодии кишвар куллан тағир ёфта то андозае рӯ ба беҳбудӣ оварда истодааст. Бинобар ин яке аз самтҳои асосии афзалиятҳои Ваҳдати миллӣ дар сиёсати ҷаҳонӣ ин саҳмгузорию асҳори хориҷӣ ба риштаҳои мухталифи соҳаи иқтисодиёти кишвар мебошад. Ҷаминро махсусан хотирасон кардан зарур аст, ки ин афзалиятҳо танҳо дар ҳолате диқатҷалбкунанда шуда метавонанд, ки дар кишвар ислоҳоти иқтисодӣ гузаронида шавад. Дар баробари ин ба раванди инкишофи муносибатҳои иқтисодӣ бозоргонӣ шароити заруриро бояд муҳаё намуд.

Пеш аз ҳама зарур аст, ки бо тафаккури нав, фаҳмиши нави муносибатҳои истеҳсолиро зудтар ва беҳтар аз худ кунанд, зеро қонунҳои нави иқтисодиро ҷавонон пеш аз ҳама дар амал ҷорӣ карда метавонанд [3].

Хушбахтона, дар шароити имрӯза Тоҷикистон ба як қатор муваффақиятҳои иқтисодии баъди ҷангӣ ноил шудааст, ки аввалин қадамҳои худро дар ҷалбнамоии инвестисияи хориҷӣ ва ташаккули соҳибқорӣю хурду миёна мегузорад. Албата ҳар як давлате, ки мочарои сиёсиро аз сар мегузаронад барои барқарор кардани соҳаи иқтисодиёт ва устувории он танҳо ба омилҳои дохилӣ таъҷиб кардани он хеле мушкӣ аст. Бинобар ин Тоҷикистон низ дар чунин як вазъияте қарор дорад, ки барои ҳали масъалаи маҷбур аст ба институтҳои молиявии байналмилалӣ рӯ биёрад. Дар ҳолати ғайр оиди ҳалли чунин масъалаҳо дар назди Тоҷикистон мушкӣ ва вақти зиёде лозим меояд. Ин маънои онро надорад, ки мо барои пурра барқарор кардани соҳаи иқтисодӣ танҳо ба омилҳои беруна умед бандему халос ё онро ҳамчун усули беҳтарини ҳалли масъала донем. Ин ба он хотире, ки роҳи интиҳобкардаи мо дар барқарорнамоии соҳаи иқтисодиёт солҳои зиёд тул нақашад.

Имрӯз аз ҳарвақта дида бештар аҳолии мамлакат ба афзалиятҳои Ваҳдати миллӣ бо як ҳисси боварӣ назар доранд. Яке аз вазифаҳои асосии давлат ин устувории иқтисодӣ ва таъмини ҷои қор барои ҷавонон ба ҳисоб меравад. Бояд дар назар дошт, ки тавассути ин роҳ масъалаҳои сатҳи камбизоатӣ, бӯҳрони иқтисодӣ бартараф карда мешаванд.

Ҷуноне, ки дар боло қайд шуд яке аз афзалиятҳои дигаре, ки дар назди Тоҷикистон истодааст ин масъалаҳои бартарафнамоии сатҳи бекорӣ, таъмини ҷои қор ба ҷавонон ва фаъолияти онҳо дар дигар самтҳои меҳнатӣ мебошад.

АДАБИЁТ:

- 1.Общее соглашение об установлении мира и национального согласия в Таджикистане. - Душанбе, 1997. С.25-26.
2. Зокиров Г.Н. Мочароиносӣ. - Душанбе, 2002. - 161с.

3. Эмомалӣ Раҳмон. Чавонон- созандагони фардои ҷомеа. - Душанбе, 2008. - 57с.
4. Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 20 январи соли 2016.
5. Маҷаллаи “Тоҷикистон ва ҷаҳони имрӯз”, 2013. - №2.

Абдураупова Х.Н., Охмиров У.О., Давлатзода Ф.Ф.

НАҚШИ ЧАВОНОН ДАР БАРҚАРОР НАМУДАНИ ВАҲДАТИ МИЛЛӢ ВА ЯҚБОРЧАГИИ ДАВЛАТ ДАР ТОҶИКИСТОН

Кафедра общественных наук ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Дар ҷаҳони муосир рӯ овардан ба масъаллаи чавонон ва истифода аз имкониятҳои зехнию ҷисмонии онҳо яке аз шартҳои асосии ноил гаштан ба инкишофи давлат ва ҷомеа мебошад. Қисми асосии аҳолии Тоҷикистонро чавонон ташкил дода, қувваи пешбарандаи ҳаёти сиёсӣ, иқтисодӣ ва фарҳангӣ мебошанд. Махсусан саҳми чавонон дар пешрафти ҳаёти сиёсӣ ва давлатдорӣ миллий бештар назаррас аст. Иштироки чавонон дар ҳифз ва инкишофи манфиатҳои миллии Тоҷикистон яке аз масъаллаҳои муҳими сиёсати давлатии чавонон доништа мешавад.

Вожаҳои калидӣ: Ваҳдати миллий, чавонон, манфиатҳои миллий, Тоҷикистон, иқтисодиёт, демократия, сулҳ, муносибатҳои байнидавлатӣ, таъминоти барқ ва ғайра.

Чӣ хеле ки ба ҳамагон маълум аст, баъд аз ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ яке аз афзалиятҳои манфиатҳои миллии Тоҷикистонро роҳҳо ва самтҳои асосии баромадан аз ҳолати мочарои сиёсӣ ва амалишавии сиёсати мусолиҳаи миллий ташкил меод. Албата, таърихи инсоният мочароҳои зиёдеро меонад, ки даврҳои тулониро аз сар гузаронидаанд ва ҳамчун қоида ба воситаи яроқ онҳо ҳалли худро ёфтаанд, ки оқибат қатъӣ, талафоти ҷонии одамон ва харобкориҳои дигарро пеш овардааст.

Мочарои сиёсӣ ба Тоҷикистон бухрони иқтисодӣ, иҷтимоӣ, ахлоқию психологӣ ва махсусан ба соҳаи сиёсии ҳаёт таъсири манфӣ расонид, ки он ба харобкориҳои зиёд низ овард. Зарур аст, ки аз ҷанги шаҳрвандӣ дарси ибрат омӯзем ва бояд насли ояндаро ёдрас намоем, ки ҷанги шаҳрвандӣ ба таърихи халқамон ва инкишофи афзалиятҳои манфиатҳои миллии Тоҷикистон дар сиёсати ҷаҳонӣ беасар нагузашт. Дар воқеъ, ҷанги шаҳрвандӣ ба афзалиятҳои манфиатҳои миллии Тоҷикистон дар сиёсати ҷаҳонӣ ҳамчун як монеа гардид.

Мутаассифона, ҷанги шаҳрвандӣ дар саҳифаҳои таърихи халқамон чунин оқибатҳои вазнинро ба миён овард: зиёда аз 50 ҳазор нафар ҳалок гашта, 600 ҳазор нафар гуреза, 50 ҳазор муҳоҷир шуданд, зиёда аз 55 ҳазор ҷанибдор шуданд ва тақрибан 20 ҳазор нафар занон бе шавҳар монданд [1, с. 25-26].

Аз ин шумора ақсариетро чавонон ташкил дода, як қисм қушта қисми дигар фирорӣ шуда ва қисми сеюм аз таҳсил ва илму маърифат дур монданд.

Ҷанги шаҳрвандӣ ба иқтисодиёти мамлакат зарари моддӣ низ расонид. «Иқтисодиёти Тоҷикистон ба миқдори 200 млрд. сомон зарар дид. Албатта, ба ҳама маълум буд, ки сатҳи инкишофи Тоҷикистон ҳанӯз дар давраи пеш аз ҷангӣ низ на он қадар баланд буд. Аммо ҷанги шаҳрвандӣ ҳолати онро боз ҳам вазнин гардонид. Истеҳсолоти саноатӣ 23 фоиз кам гардид. Саноати хурока ба аҳволи бад гирифтормашт. Истеҳсоли ҳамаи навъҳои маҳсулот паст шуд. Барномаҳои сохтмони иншоотҳои манзил сарфи назар шуданд. Нақлиёти мусофиркаш касод гардид. Умуман, хоҷагии камуналӣ, нақлиёт, соҳаи нарху наво ва назорати онҳо ҳеҷ касро ба изтироб намеовард. Қариб ҳама ба вазъияти мураккаби сиёсӣ ишора намуда, форигболиро пеша карда буданд. Аз тарафи дигар манфиатҳои миллий қурбони манфиатҳои эътиқодӣ, шахсӣ ва ҳатто берунӣ гаштанд» [2, с. 63].

Аз соддагии ғумроҳии як гурӯҳ чавонон истифода бурда, гурӯҳҳои манфиатҳои онҳоро ба гирдобии дасисаҳои сиёсӣ кашида, ҳаёташонро зери хатар гузоштанд.

Аммо дар муқоиса бо бархе аз мочароҳо, ҷанги шаҳрвандӣ дар Тоҷикистон на он қадар давраи дуру дарозро сипарӣ кардааст. Он ба воситаи музокироти сиёсӣ ва сипас бо амалияи мусолиҳаи миллий аз байн бардошта шуд. Музокироти сиёсии байни тоҷикон ва аҳамияти таърихӣ мусолиҳаи миллиро ҳамчун манбаъ ва воситаи асосии ҳалли мочаро лозим шуморидан зарур аст. Зеро он дар саҳифаҳои таърихи халқи тоҷик ҳамчун ба сифати ғалабаи ақлоният бар ваҳшоният, дарки масъулият ва ҳештаншиносӣ доништа шудааст.

Ҷонибҳои мочароғар ҳимояи манфиатҳои миллиро дар мадди аввал гузошта рӯ ба мусолиҳаи миллий оварданд, ки ин пирӯзӣ ва муваффақияте буд дар афзалиятҳои манфиатҳои миллий. Раванди мусолиҳаи миллий дар Тоҷикистон аз имзо намудани Созишномаи умумии истиқрори сулҳ ва ризоияти миллий, 27 июни соли 1997 дар шаҳри Москва аз ҷониби Асосгузори сулҳу Ваҳдати миллий, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон ва роҳбари Идтиҳодияи нерӯҳои оппозиция А. Нурӣ сурат гирифтааст. Созишномаи умумӣ ҳуҷҷати муҳиму тақдирсозе гардид, ки сиёсати дохилию хориҷи Тоҷикистонро ба қулӣ дигар намуд. Тадричан авзои сиёсӣ, иқтисодӣ ва фарҳангии кишварро ба ҳолати нав овард. Он ба ҷанги шаҳрвандӣ, ба ҷанги худкушию бародаркуш хотима бахшид.

Созишномаи умумии истиқрори сулҳ ва ризоияти миллий ба таври осон ба имзо нарасидааст. Агар ба раванди мусолиҳаи миллий назар афканем, он аз оғози гуфтушуниди аз 5 апрели соли 1994 то 27 июни соли 1997 ҳамагӣ 1171 рӯзро фаро гирифтааст.

Дар назди роҳбари ҷавону боғайрат дар солҳои ҷанги шаҳрвандӣ (1992-1997) ба ғайр аз афзалияти роҳҳои асосии баромадан аз ҳолати ҷанги шаҳрвандӣ ва амалишавии сиёсати мусолиҳаи миллий дигар афзалияте вучуд надошт. Пас аз ба имзо расидани Созишномаи умумии истиқрори сулҳ ва ризоияти миллий афзалиятҳои манфиатҳои миллий дар масъалаҳои дохилӣ дигар шуданд, ки он дар барқарор намудани иқтисодиёт, нигоҳдории сулҳ ва ваҳдат, муносибатҳои самарабахши байни миллатҳо, рушди тандурустӣ, маориф ва ғайраро фаро мегирифт.

Имрӯз бо боварии том гуфтан мумкин аст, ки Тоҷикистонро ояндаи нек интизор аст. Мо зинаи устувори моддӣ, таҷрибаи кофӣ созандагӣ, ҷаҳонбинӣ ва нерӯи пурқуввати илмӣ зехнӣ, сарватҳои бузурги табиӣ дорем. Ба қор андохтани ин ҳама бойгарӣ ва ин имконият ба чавонони бонангу номус вобастааст.

Яке аз муҳимтарин афзалиятҳои Ваҳдати миллий ва яқборчагии давлат ин муносибатҳои байниҳамдигарии

миллату халқиятҳо, ки дар дохили мамлакат зиндагӣ мекунанд мебошанд. Ҳаминро қайд кардан зарур аст, ки мусолиҳаи миллӣ ва ваҳдати ҷомеа аз бисёр ҷиҳат аз муносибатҳои байниҳамдигарӣ ва манфиатҳои байни миллату халқиятҳо вобастагии калон дорад. Ҷуноне, ки дар боло қайд намудем аксари аҳолии Тоҷикистонро, ки ҷавонон ташкил медиҳанд, муносибати байни ҳамдигарӣ ва эҳтироми халқу миллатҳои сокини Тоҷикистон аз ҷониби онҳо зарур аст, зеро ҳамеша барангезандаи ҳамагуна ихтилофот ва нофаҳмоиҳо метавонанд худ ҷавонон бошанд. Бинобар ин, Тоҷикистони имрӯзаро зарур аст, ки дар ҳимояи Ваҳдати миллӣ ва тақвият бахшидани дӯстии байни намоёндагони умумиятҳои гуногуни этники аҳамияти бештар диҳад. Зеро дӯстии миллатҳо ин дӯстии тамоми шаҳрвандон аст, ки таҷассумгари инкишофи манфиатҳои миллӣ мебошанд. Ҷумҳурии Тоҷикистон бӯҳрони низомию сиёсӣ ва иқтисодӣ иҷтимоиро рӯз аз рӯз паси сар намуда истодааст. Раванди Ваҳдати миллӣ ба инкишофи минбаъдаи соҳаҳои ҳаёт таъсири калон расонид. Манфиатҳои миллӣ аз ҳар вақта дида имрӯзҳо бештар рушду нумӯ меёбад.

Дар шароити имрӯза вазъи иқтисодии кишвар куллан тағир ёфта то андозае рӯ ба беҳбудӣ оварда истодааст. Бинобар ин яке аз самтҳои асосии афзалиятҳои Ваҳдати миллӣ дар сиёсати ҷаҳонӣ ин саҳмгузорию аъёри хориҷӣ ба риштаҳои мухталифи соҳаи иқтисодиёти кишвар мебошад. Ҳаминро махсусан хотирасон кардан зарур аст, ки ин афзалиятҳо танҳо дар ҳолате диқатҷалбкунанда шуда метавонанд, ки дар кишвар ислоҳоти иқтисодӣ гузаронида шавад. Дар баробари ин ба раванди инкишофи муносибатҳои иқтисодӣ бозоргонӣ шароити заруриро бояд муҳаё намуд. Пеш аз ҳама зарур аст, ки бо тафаккури нав, фаҳмиши нави муносибатҳои истеҳсолиро зудтар ва беҳтар аз худ кунанд, зеро қонунҳои нави иқтисодиро ҷавонон пеш аз ҳама дар амал ҷорӣ карда метавонанд [3].

Хушбахтона, дар шароити имрӯза Тоҷикистон ба як қатор муваффақиятҳои иқтисодии баъди ҷангӣ ноил шудааст, ки аввалин қадамҳои худро дар ҷалбнамоии инвестицияи хориҷӣ ва ташаккули соҳибкории хурду миёна мегузорад. Албата ҳар як давлате, ки мочарои сиёсиро аз сар мегузаронад барои барқарор кардани соҳаи иқтисодиёт ва устувории он танҳо ба омилҳои дохилӣ таъия кардани он хеле мушкул аст. Бинобар ин Тоҷикистон низ дар ҷунин як вазъияте қарор дорад, ки барои ҳали масъала маҷбур аст ба институтҳои молиявии байналмилалӣ рӯ биёрад. Дар ҳолати ғайр оиди ҳалли ҷунин масъалаҳо дар назди Тоҷикистон мушкулӣ ва вақти зиёде лозим меояд. Ин маънои онро надорад, ки мо барои пурра барқарор кардани соҳаи иқтисодӣ танҳо ба омилҳои беруна умед бандему ҳалос ё онро ҳамчун усули беҳтарини ҳалли масъала донем. Ин ба он хотире, ки роҳи интиҳобкардаи мо дар барқарорнамоии соҳаи иқтисодиёт солҳои зиёд тул нақашад.

Имрӯз аз ҳарвақта дида бештар аҳолии мамлакат ба афзалиятҳои Ваҳдати миллӣ бо як ҳисси боварӣ назар доранд. Яке аз вазифаҳои асосии давлат ин устувории иқтисодӣ ва таъмини ҷои қор барои ҷавонон ба ҳисоб меравад. Бояд дар назар дошт, ки таҷассути ин роҳ масъалаҳои сатҳи камбизоатӣ, бӯҳрони иқтисодӣ баргараф карда мешаванд.

Ҷуноне, ки дар боло қайд шуд яке аз афзалиятҳои дигаре, ки дар назди Тоҷикистон истодааст ин масъалаҳои баргарафнамоии сатҳи бекорӣ, таъмини ҷои қор ба ҷавонон ва фаъолияти онҳо дар дигар самтҳои меҳнатӣ мебошад.

АДАБИЁТ:

- 1.Общее соглашение об установлении мира и национального согласия в Таджикистане. - Душанбе, 1997. С.25-26.
2. Зокиров Г.Н. Мочарошиносӣ. - Душанбе, 2002. - 161с.
3. Эмомалӣ Раҳмон. Ҷавонон- созандагони фардои ҷомеа. - Душанбе, 2008. - 57с.
4. Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 20 январи соли 2016.
5. Маҷаллаи “Тоҷикистон ва ҷаҳони имрӯз”, 2013. - №2.

Абдураунова Х.Н., Охмизов У.А., Давлатзода Ф.Ф.

НРАВСТВЕННЫЙ КРИЗИС СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ТАДЖИКИСТАНА В 90-Е ГОДЫ XX ВЕКА И СПОСОБЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Разразившийся в 90-е годы прошлого столетия тотальный кризис в Таджикистане, затронул и нравственную сферу жизни его традиционного общества. Он особо заметно повлиял на духовную жизнь самого уязвимого в таких ситуациях, социального слоя – молодёжи. Нравственный кризис среди молодёжи имел много причин и предпосылок, противостоять которым было очень сложно.

Тем не менее, благодаря усилиям соответствующих государственных органов и абсолютного большинства членов общества этот кризис был разрешён в максимально короткий исторический период. На данный момент подрастающее поколение в Таджикистане всецело чтит и руководствуется базовыми национальными ценностями, выработанными таджикским народом в течении тысячелетия.

В данной статье автором в краткой форме обсуждены основные причины нравственного кризиса того периода, и обращено внимание на пути и способы противостояния этому негативному духовному феномену в современном таджикском обществе.

Ключевые слова: нравственный кризис, молодёжь, Таджикистан, общество, ценности, действие, духовность, поступок и др.

Безусловно, нравственная деятельность человека складывается из его поступков, которые синтезируют в себе внешние, материально-вещественные его компоненты и внутренние, духовно-личностные, имеющие сложную структуру, элементы которой также оказывают воздействие на объективную нравственную оценку личности [4, 121]. Например, в годы, разразившейся в конце прошлого столетия, гражданской войны в Таджикистане, основным фактором, определяющим действия, намерения и нравственное содержание мотива поступков молодого человека являлась, сложившаяся социально-политическая ситуация. Все действия, обусловленные внутренним военным противостоянием, были практически лишены всякой нравственной формы и нравственного содержания. После развала Советского Союза наступил кризис власти, сопровождающийся социальными невзгодами, охватила все отрасли жизни общества, в том числе и его сфера нравственности.

С распадом советского строя в начале 90-х годов XX-го века, резко изменилось отношение граждан к общепринятым ценностям, господствующим в обществе. Вместе с ним произошёл смена социально-экономического строя социализма на рыночные, капиталистические отношения, а коллективная форма нравственного сознания, вместе со своими ценностями, ушло в прошлое. Наступило время формирования и распространения индивидуального нравственного сознания, свойством которого явилось то, что молодёжь, как и представители других сословий в обществе, потеряла чувство доверия, толерантности, уважения и любви к коллективу. Взамен они направили свою активность на формирование новых ценностей, присущих новым капиталистическим отношениям. Стремление к богатству, роскошь, наслаждение, удовольствие, стали ореолом преуспевающей части молодёжи. На начальном этапе строительство данного строя, моральные ценности не работали ещё и потому, что сами эти отношения были стихийными и они появились на базе разрушения а не созидательности.

Молодёжь восприняла, предоставленную свободу предпринимательства за свободу вседозволенности, часть из неё попала под влияние криминальных группировок или искала пути самостоятельного преобразования своей жизненной позиции в жестких условиях рыночных отношений. В тот сложный период государственные органы боролись с преступностью всеми силами, однако отсутствие нравственных ценностей и парализованная система воспитания при огромном искушении в погоне за наживой и богатством затрудняли эту работу. Существующие же моральные принципы не выражали объективное мнение общества, что снизило доверие абсолютного большинства членов общества к нравственным устоям нового строя и возникшим новым социальным отношениям. Характеризуя общественное сознание данного периода, нужно отметить, что общественное сознание разделилось на две большие группы: часть людей была подавлена разрушением старых порядков, и они жили в страхе за своё будущее в ожидании и надежды на возвращение советского строя. Другая же часть была занята разграблением оставшейся социалистической собственности и умножением своего имущества, с целью быстро разбогатеть.

До того, как наступил кризис нравственных отношений в обществе, молодёжь имела тесную духовную связь с традиционными нравственными ценностями, тысячелетиями являющимися частью таджикской национальной культуры, соблюдение которых было требованием времени. Но с начала гражданской войны, изменилась и нравственная оценка поступка молодых граждан Таджикистана или она вовсе оставила действия людей вне рамок нравственности, содержание и мотив которых сводилось исключительно к достижению цели и определенного результата. Мотив, как основание действия, несомненно, становилось тем нравственным источником, на которую был направлен поступок, и содержание которого позволяло определить оценку совершенных действий.

Тем не менее, на фоне резкой моральной деградации общества нравственным мотивом большинства молодёжи того исторического периода нами рассматривается любовь к Родине, освобождение своей страны от наемников, скорейшее достижение мира и согласия с противостоящей стороной. К тому же, как отмечают исследователи, «Разумеется, далеко не все и не в полной мере мотивы могут быть полностью осознаны и вербализованы, выражены в словах, но, тем не менее, на уровне чувств, симпатий и антипатий, желаний и стремлений и, наконец, в форме рационально построенных суждений человек имеет представление об относительной ценности того, что намеревается совершить, и считает мотивы своих действий, зависящими именно от своей воли»[4, 122]. Однако были в структуре мотивации поведения молодёжи и элементы «бессознательной мотивации», при которых «человек руководствуется в своем поведении мотивами, которые он может высказать вслух, которые он может поведать только себе, в которых он боится признаться даже себе, и такими, которые маскируют эту боязнь даже перед самим собой»[4, 123].

Кроме вышеуказанного мотива, также стоит отметить влияние другого стимула, направляющего таджикской молодёжи того периода на свершении позитивных действий. Стимулом же действий подрастающего поколения тех времён являлись чисто объективные обстоятельства, при которых пассивная форма поведения могла привести к трагическим последствиям для личности, общества и государства. Эти факторы стали теми внешними объективными стимулами, побудившими молодёжь к конкретным действиям, во имя скорейшего достижения мира в Таджикистане.

Но, несмотря на отдельно взятые отклонения и утилитарность в поведение молодёжи данного периода, в целом общественные поступки молодёжи были осознанными, адекватными, и они соответствовали той нравственной политике и нравственным оценкам, которые были доминирующими в обществе и которые были провозглашены политическим руководством страны. При оценке нравственности в период гражданского противостояния в Республике Таджикистан, и определение его правомерности в пользу одной из сторон, по нашему мнению, ближе всего стоит теория И. Бенгама, который указывал на то, что «ориентация на обретение наибольшего блага для наибольшего количества людей создает нравственность»[5, 136].

Использованная литература:

8. Абубакр ар Рази. Перевод с арабского Мардонова Т. - Душанбе. - 1990. - 88с.
9. Ибн Сина и культура его эпохи. Под ред. Илолова М., Диноршоева М. - Душанбе. - 2012.- 309с.
10. Идибеков Н. Этика Насириддина Туси в свете его теории свободы воли. - Душанбе. - 1987.- 89с.
11. Кондрашов В. А., Чичина Е. А. Этика. Эстетика. - Ростов н/Д. - 1999. - 512 с.)
12. Лукашева Е.А. Права человека. - М. - 1999. - 573 с.
13. Панарин А.С. Философия истории. - М. - 1999. - 432с.
14. Шоихтиёров Х. Социально-этические взгляды Аль-Калкашанди. - Душанбе. - 2007.- 144с.

Абдураупова Х.Н., Охмирзоев У.А., Давлатзода Ф.Ф.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАВРСТВЕННЫХ ОСНОВ ЖИЗНИ МОЛОДЁЖИ В СОВРЕМЕННОМ ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Современное общество характеризуется быстрым ростом социализации индивидов и в особенности молодого

поколения и поэтому очень важно проследить перспективы нравственного сознания молодежи на определенный период развития общества. Ранее восприятие действительности, со всеми его недостатками и достижениями имеет двойственное значение для нравственного развития личности. Во-первых, вступая в новые общественные отношения в качестве полноправного субъекта, молодой человек начинает сравнивать свою жизнь с жизнью своих сверстников, вступает в начальную форму общественных отношений и осваивает первичные навыки нравственности. В коллективе исоциальных организациях, человек получает навыки общения и начинает осваивать общество и таким образом начинается обмен опытом со старшим поколением. «Чем богаче возможностями «рабочая программа» общества, тем шире духовный горизонт личности и чем богаче и развитее личность, тем больше требований она предъявляет к обществу и тем нетерпимее относится к ограниченностям его «социального кода» [9].

Сегодня в обществе доминирует индивидуальное сознание и стало преобладающим личное и групповые формы нравственного сознания. Характерной особенностью данной формы общественного сознания, является его крайняя форма – замкнутость молодого человека и его закрытость. Такая форма сознания несет в себе опасность для самого молодого человека, поскольку его сознание может стать заложником его мыслей.

Как отмечал Н.А. Бердяев, «молодость более склонна к меланхолии, чем это принято думать, но это не есть меланхолия от бессилия и избитости, как меланхолия старости. Самоубийство в молодости бывает результатом бурных душевных кризисов, в которых силы человека не находят исхода». По его мнению, потеря детской веры, кризис мирозерцания могут породить бурные душевные процессы и вызвать меланхолию, что заставляет с особой бережностью подходить к кризисам молодости [12]. Близкого мнения по этому вопросу придерживается известный суицидолог Э. Гроллман. Он заключает, что молодежь в настоящее время сводит счеты с жизнью почти в эпидемических масштабах, и в последнее десятилетие частота суицидов в молодости возросла в три раза. По его мнению, ведущим фактором при суициде является не какая-то конкретная причина, а чувство безнадежности, беспомощности, когда проблемы кажутся непреодолимыми, а душевная боль нестерпимой. Суицидальная молодежь на самом деле хочет не умереть, а уйти от обстоятельств, которые считает невыносимыми. Важно иметь в виду, что молодые люди, предпринимающие попытки самоубийства, отличаются сниженной самооценкой, испытывают чувство ненужности, мало ценности, хотя внешне это может быть и незаметно. Усугубить ситуацию может острое переживание собственного несоответствия требованиям и ожиданиям окружающих, а также дефицит доверительных отношений со значимыми людьми [12].

Как отмечал Эмиль Дюркгейм «над людьми в обществе витает общественное сознание и диктует им совершать определённые поступки. Например, это общественное сознание называет человека бесполезным для общества существом, т. к. он одинок, не имеет семьи и детей, не участвует в религиозной жизни общины, не играет никаких функций в обществе, поэтому это общественное сознание диктует человеку совершить акт самоубийства и тем самым мстит человеку за отказ от людей» [3].

Таким образом, указанные последствия из проблемы личного характера переходят в общественно значимые последствия. Поэтому задача по полномасштабному охвату общественного сознания и формирование всеобщих нравственных ценностей рассматривается в качестве выхода из создавшейся ситуации. Своевременная и целевая помощь молодежи может предотвратить многие случаи аморального поведения со стороны молодежи. К таким видам поведения можно отнести наркоманию, алкоголизм, проституцию и другие антиобщественные поступки, и явления. Несвоевременное предупреждение этих бед приводит к масштабным последствиям для всего общества, о чем свидетельствуют данные приведенные Комитетом по делам молодежи Республики Таджикистан. В 2014 году в республике зарегистрированы 6309 (на 16.9 % выше, чем в 2012 году) случаев заражения СПИД основную часть которых составляют молодежь. Количество же наркоманов в 2014 году, составило 7279 человек, из которых 32 процента составляет молодежь до 34 лет [7]. В связи с этим 13 октября 2009 года, Комитет по делам молодежи Республики Таджикистан принял программу «Предотвращения преступлений, правонарушений, самоубийств и покушение на свою жизнь среди молодежи». В результате применения мер, указанных в этой программе, заметно снизилось количества таких преступлений.

При определении перспективы нравственных основ жизни молодёжи в современном Таджикистане стоит также провести анализ развития Таджикистана в рамках глобализационных процессов, которые охватили современное общество. Эпоха глобализации ставит перед различными цивилизациями вопрос о необходимости сохранения своих ценностей от проникновения чужой культуры. «Каждая культура порождает свою специфичную духовность, свою нравственность, свое искусство и выражает их в соответствующих символических формах. Обозначения одной культуры не переводятся абсолютно адекватно на язык другой культуры, что иногда трактуется в качестве причины невозможности общего подхода к их изучению» [2].

В условиях глобализации, когда культурно-цивилизационные ценности обретают масштабную форму, исчезают национальные границы морали. Традиции, обычаи и нравственные нормы, теряются среди потока многочисленной информации, которая направлена против нашей молодежи. Идеальная форма поведения, на которую равняется молодежь, растворяется среди сотни других жизненных проблем общества. Эпоха глобализации с развитыми высокотехнологическими связями разрушает границы общения, но вместе с этим она вторгается в духовно – нравственную жизнь человека. Пропагандируя мировое гражданство, эпоха глобализации постепенно приводит к отрицанию национальности и чувство национального достоинства, которая «есть необходимая и подлинное проявление духовной жизни; граждане лишённые этого чувства - политически недееспособны; народ, недвижимый им обречен на тяжкие исторические унижения» [1].

В таких условиях традиции и обычаи народа, его духовная культура нуждаются в защиту государства. В связи с этим очень важным документом является Национальная Программа социального развития молодежи на 2016-2018 годы, которая была принята решением Правительства Республики Таджикистан от 13 января 2015 года. Данный документ в дополнение к закону “О молодежи и государственной молодежной политики”, концепции Национальной молодежной политики и Стратегии государственной молодежной политики до 2020 года, составляют комплекс мер

направленных на поддержку молодежи в современном обществе[7]. Также в связи с регулированием влияния глобализационных процессов, 4 мая 2009 года со стороны молодежных организаций Шанхайской организации сотрудничества была принята Декларация «О создании Молодежной организации Шанхайской организации сотрудничества», которую подписали представители молодежных комитетов из России, Китая, Таджикистана, Киргизии и Казахстана.

Анализируя динамику нравственного состояния современного общества стоит отметить тревожный фактор снижения уровня социальной ответственности и нравственного сознания молодежи. Общество не может существовать без нравственных ценностей, ибо это не только создает трудности для человеческого общения, но и создает угрозу для криминализации общественной жизни. Как по этому поводу справедливо отмечает профессор Панарин А.С. в таком случае «из мира исчезает столь необходимое ему духовное измерение, что ведет к чудовищной духовно-нравственной деградации жизни. Порок отныне не маскируется, а громогласно заявляет свои права. Ясно, что это грозит подрывом самих основ цивилизованного существования, провалом в социал-дарвинизм. Поэтому обществу предстоит восстановить статус духовной власти как мобилизующей и норм образующей силы, корректирующей действие других социальных сил» [8].

В перспективе, моральные принципы не должны оставаться в стороне от образа жизни молодежи. Они, оставаясь невидимыми, будут все время на подсознательном уровне оценивать действия и поступки молодежи, если они на самом деле являются нравственным сознанием общества. При этом поведение молодежи регулируется не столько строгостью наказания, сколько оценкой обществом того или иного примера поведения, при видении которого молодой человек делает для себя определенные выводы.

Исходя из моральных ориентиров и моральных ценностей, молодежь выбирает для себя идеальный образ в качестве объекта для подражания и самопознания. Но, несмотря на все принятые меры со стороны государства по защите нравственных ценностей, происходят глобальные политические процессы, которые имеют влияние и на нравственность молодежи.

Также в ближайшей перспективе Таджикистан ожидает наплыв европейских ценностей, которые уже введены в рамки основных ценностей молодежи стран Европейского Союза. К этим ценностям относятся свобода и демократия, но под видом этих терминов происходит пропаганда гомосексуализма, однополых браков и уход от религии. При этом целью этих мер объявлена создание «идеального гражданина» и «политического человека» европейского сообщества. Вследствие этого нравственный индивидуализм меняется на аморальный коллективизм, который разрушительно сказывается на традиционные ценности и общепринятые нормы нравственности.

Литература

1. Баргилевич О.А. Журнал Российского Государственного Педагогического университета//Иван Ильин о духовно-нравственных основах воспитания личности.- №20, 2011 выпуск 8. С.4.
2. Борзова Е. П. История мировой культуры. — СПб.: Издательство «Лань», 2001. — 672 с. — (Мир культуры, истории и философии).
3. Дюркегейм Эмиль, Сюицид.- С.36.- Bookstore.ru
4. Куренкова Р.А. Эстетика М., 2004.- 367 с.
5. Лукашева Е.А. Права человека. — М.,- 1999. — 573 с.
6. Мудрик А. В. Социальная педагогика, М.,- 2000. —200 с.
7. Национальная Программа социального развития молодежи на 2016-2018 годы
8. Панарин А.С. Философия истории,- М.,1999.- 432с.
9. Скурлатов Б. Молодежь и прогресс,- М., 1990.-221 с.

Абдурахмонов З.В., Саидасанов Ю. Ш., Мамадносирова Ш.Қ. САҲМИ АКАДЕМИК БАҲОДУР ИСКАНДАРОВ ДАР ОМУЗИШИ ТАЪРИХИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи таърихи халқи тоҷик ва ҳуқуқи ДДХ ба номи М.Назаршоев
Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Фаъолияти илмӣи Б.Искандаров баъди Ҷанги Бузурги Ватанӣ оғоз мегардад. Соли 1950 рисолаи номзадиро дифоъ намуда [1], дар вазифаи ходими калони илмӣи Институти таърих, забон ва адабиёти Филиали АИ ИҶШС ба қор шуруъ мекунад. Соли 1954 силсилаи мақолаҳои олими ҷавон Б.Искандаров бо номи “Барпо карда шудани ҳокимияти Шӯравӣ дар Помир» дар рӯзномаи «Коммунисти Тоҷикистон» ва дар ҳуди ҳамин сол мақолаи дуввум бо номи “Бухара в 1918-1920 гг.» нашр гардиданд[2]. Инчунин дар ҳамин сол ду мақолаи Б.Искандаров оиди воқеаи Колесов ва шӯриши Восеъ дар рӯзномаҳои «Газетаи муаллимон» ва «Ҷавонони сталинист» нашр шуданд, ки аз тарафи аҳли илм баҳои баланд гирифтанд[3]. Соли 1957, Б.Искандаров дар якҷоягӣ бо Рустамов, А. оид ба қорнамоиҳои ҷанговарони Тоҷикистон дар фронтҳои Ҷанги Бузурги Ватанӣ тадқиқот мегузаронанд ва натиҷаи он дар китоби «Материалҳо оид ба таърихи халқи тоҷик (давраи советӣ)» нашр мегардад[4]. Соли 1958 дар Институти шарқшиносии АИ ИҶШС пас аз дифои мавзӯи докторӣ соҳиби унвони доктори илми таърих гардид [5]. Дар тадқиқотҳои ин давра вай масъалаи иқтисодиёти Бухорои Шарқӣ, таърихи Бухоро, таърихи Помир дар охири асри XIX ва дигар мавзӯҳои таҳқиқ мекард. Дар солҳои 60-уми асри XX як қатор мақолаҳои Б.Искандаров дар ҳаммуаллифӣ бо олими маъруф Б.И.Литвинский баромаданд, ки дар онҳо масъалаҳои бостоншиносии ва ҳифзи ёдгориҳои таърихӣ ба муҳокима гузошта мешуд. Инчунин дар ин давра мақолаҳои Б.Искандаров дар мавзӯи муқовимати Англия ва Россия дар Помир, ҳамроҳшавии Помир ба Россия, оид ба фаъолияти А.Дониш ва шӯриши Хучанд нашр шуданд. Дар давраи солҳои 1960-1970 аллакай 12 китоб бо муаллифии Б.Искандаров нашр гардиданд. Аз он ҷумла соли 1963 нашри 2-ми китоби «Бухорои Шарқӣ ва Помир дар нимаи дуввуми асри XIX» бо забони русӣ нашр гардид. Соли 1964 китоби се ҷилдаи «Таърихи халқи тоҷик» (История таджикского народа) бо ҳаммуаллифии А.М.Мухторов нашр шуданд, ки дар

таърихнигории таърихи халки тоҷик нақши калон доранд. Соли 1968 китоби Б. Искандаров, бо номи «Ҳиндукуш дар нимаи дуввуми асри XIX» (Гиндукуш во второй половине XIX века) дар шаҳри Москва аз чоп баромад, ки дар он муаллиф таърихи умумии қадимаи минтақаҳои Помир ва Ҳиндукушро ба муҳокима мегузорад. Дар солҳои 70-ум низ ҳамкорӣи Б.Искандаров бо бостоншиносони маъруфи Шӯравӣ идома дошт. Аз он ҷумла дар маҷаллаҳои илмӣ ва публицистӣ мақолаҳои ҳаммуаллифии Искандаров, Б.И, Мухтаров, А.М, Ранов ва инчунин тақризи олимони ба китоби «Тоҷикон»-и Б.Ғафуров нашр мешавад. Дар тақризи умумии Искандаров, Б.И, Мухторов, А.М, Ранов, В. ба ин китоб, ки он бо номи «Асари барҷастаи таърихи халқи тоҷик» дар рӯзномаи Тоҷикистони Советӣ нашр гардид, ба нобиғаи илм Б.Ғафуров баҳои баланд дар роҳи инъикоси таърихи халқи тоҷик дода шуд. Соли 1974 Б. Искандаров дар якҷоягӣ бо Антоненко Б.А, мақолаеро бо номи «Развитие исторической науки в Советском Таджикистане» нашр мекунад, ки дар он масъалаи таълими илми таърих дар Тоҷикистон ба миён гузошта мешавад. Дар ин давра инчунин мақолаи Б.Искандаров бо Сечкина И., Мамадзарбеков М., Асроров И., Денисова, В.А., ва дигар олимони чоп мешаванд, ки проблемаҳои мухтасифи илмӣ он давраро дар бар гирифтанд. Бояд гуфт, ки ин мақолаҳо масъалаҳои фундаменталии илми таърихро инъикос карданд ва аҳамияти онҳо то ба имрӯз мубрамияти худро аз даст надодааст.

Дар давоми давраи солҳои 1970-1980, дар маҷмӯъ 8 асари илмӣи Б.Искандаров нашр шуданд. Дар ин давра дар маркази диққати олим раванди илми таърихи халқи тоҷик қарор дошт. Инчунин дар ин солҳо китоби «Бухара» (1970), китобҳои «Из истории дореволюционного Таджикистана», «Из истории проникновения капиталистических отношений в экономику дореволюционного Таджикистана» нашр шуданд.

Яке аз мақолаҳои аввалини солҳои 80-ум ин мақолаи Б.Искандаров оид ба Искандари Макдунӣ буд, ки дар он муаллиф нақши ин сарлашкарро тасвир кард ва ин мақола дар маҷаллаи илмӣи Юнон «Дроми тис иринис», соли 1980 нашр гардид. Дар солҳои 80-ум ҳамкорӣи илмӣи Б.Искандаров бо олимони соҳаи таърих идома дошт ва дар натиҷаи он як силсилаи мақолаҳои илмӣ баромаданд. Аз он ҷумла муаллифон дар масъалаи илми таърих, ҳамкорӣи Россия ва Тоҷикистон, мақола бахшида ба 1000 солагии Абуали ибн Сино, таърихи Помир ва дигар ҷанбаҳои тадқиқоти самти таърихро баррасӣ намуданд. Дар ин давра инчунин мақолаҳо оид ба саҳми олимони Семенов А.А., Раджабов ва Литвинский Б.А. дар илми таърихи Тоҷикистон нашр гардиданд, ки дар онҳо хизматҳои ин олимони дар инкишофи илм қайд гардид. Дар солҳои 80-ум бо қалами Б.Искандаров шаш китоб нашр гардиданд, ки дар онҳо муаллиф барпокунии ҳокимияти Шӯравӣ дар Помир, таърихи ҳизби коммунистӣ, таърихи шохигарии Помир, муносибати Тоҷикистон ва Россияро мавриди баррасӣ қарор мегирифт. Баъди пош хурдани Иттиҳоди Шӯравӣ 4 асари Б.Искандаров аз тарафи олимони соҳаи таърих ба таъб расиданд. Аз он ҷумла китоби «Таърихи халқи тоҷик» (1999), китоби «Оиди М.Б.Бобохонов», «Таърихи Помир» (1996) «Роҳи душвори диёри дониш» (1999) нашр шуданд. Дар солҳои 2000-ум наشري китобҳои устод Б.Искандаров идома ёфта, чунин асарҳо ба монанди «Бухорои шарқӣ ва Помир дар нимаи дуввуми асри XIX» (Восточная Бухара и Помир во второй половине XIX в.), «Средняя Азия и Индия» (2001), «История таджикского народа. Позднее средневековье и новое время (XVI - 1917 г.)» (2010), «Роҳи душвори диёри дониш» (2021) ба таъб расиданд.

Ҳамин тавр, фаъолияти илмӣи академик Б.Искандаров нишон дод, ки новобаста аз он ки қисми давраи ҳаёти вай ба Ҷанги Бузурги Ватанӣ ва душвории баъдичангӣ рост омад, олим қорҳои зиёди илмиро ба анҷом расонид. Дар амалӣ гардонии иқдомҳои Институти таърих ва бостоншиносӣ ва қорҳои ҷамъиятиву сиёсӣ ва ҳамчунин дар мустаҳкам намудани дӯстии байни халқҳо саҳми Б.Искандаров беназир аст, зеро олим дар баробари фаъолияти илмӣи худ, қори ниҳоят калони ҷамъиятиро бар дӯши худ дошт. Дар дониши илмӣ Б.Искандаров сарфи назар аз сатҳи он усулҳои нави илмиро ворид карда, таҳлили объекти мураккаби тадқиқоти баърои насли ҷавон ҳамеша баррасӣ менамуд. Дар натиҷаи фаъолияти олим, раванди иттилооти бадастомада бо аломати мантиқӣ ва илмӣ асоснок шуда, баъдан ҳулосаҳои он мавриди муҳокимаи умум пешниҳод мешуданд. Б.Искандаров «анархизми назариявӣ»-ро дар илмҳои гуманитарӣ рад намуда, назарияи воқеияти иҷтимоиро дар илми таърих ҳамчун афкори илмӣ омили ягонаи таҳқиқот медонист. Дар баробари навиштани таърихи ватанӣ, Б.Искандаров дар муносибати фалсафӣ ба таҳлили донишҳои таърихӣ ва гуманитарӣ фаъолона ширкат менамуд ва ба фарҳанги миллӣ, мавқеъ ва нақши он дар раванди таърихӣ, муайян кардани асосҳои умумии назариявии маданият, муҳокимаи тақдири таърихӣи миллат, дарк намудани сабабҳои воқеаҳои сиёсӣ, таҳлили услубҳои ҳоси тафаккури дар илм вучуддошта диққати олим заҳир намуд. Дар қатори дигар таърихнигорони замони Шӯравӣ, Б.Искандаров бар зидди назарияҳои ғайриилмӣ ва ҳаракатҳои пантуркизм, ки мавҷудияти халқи тоҷикро зерӣ савол мегузоштанд, ҳаматарафа мубориза мебуд. Аз ин рӯ, олим принсипи таърихшиносиро дар он медид, ки онро ҳуб омӯхта, аз он майдони ғояҳо, самтҳо, арзишҳои миллиро дарёфт намуд. Чунин мавқеи илмӣ барои таърихнигорони имрӯз хеле зарур аст, зеро, ҷуноне, ки профессор Ҳ.Пирумшоев қайд мекунад, иддае аз таърихдонони мо аз қубҳи методологии материалистӣ меҳаросанду ҳарчи бештар ба фаҳмиши идеалистӣ майл доранд. Ин худ маънии дур шудан ё инқори қонуниятҳои таърихӣи ҷомеаи умумибашари дорад. Ин зумра «таърихшиносон» дар зерӣ мафҳуми «тамаддуни исломӣ» ҳарчи бештар тафаккури воқеан илмӣи таърихро бо фаҳмиши динӣ мепайванданд.

Ҳамин тавр ҳулоса бояд кард, ки олим ва таърихнигори барҷаста Б.Искандаров тамоми солҳои фаъолияти қории худро баҳри инкишофи илми таърихи тоҷик ва баҳусус таърихи минтақаи Бадахшони Тоҷикистон бахшид ва дар ин роҳ ба муваффақиятҳои калони илмӣ ноил гардид. Хизматҳои олим, ки дар китобҳо ва мақолаҳои вай барои мо боқӣ мондаанд, барои таърихнигорони муосир ҳамчун маводи дарсӣ ва методологӣ ҳамеша хизмат хоҳанд кард.

Рӯйхати адабиёт.

1. Искандаров, Б.И. Бухара в 1918-1920 гг. (Ликвидация Бухарского эмирата – очага английских интервентов и российской контрреволюции в Средней Азии): дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02 / Искандаров Баходур Искандарович. - М., 1950. – 170 с.
2. Искандаров, Б.И. Барпо карда шудани ҳокимияти Шӯравӣ дар Помир// (Установление Советской власти на

- Памире) // Коммунисти Тоҷикистон. – 1954. - №7. - С.35-44.; Искандаров, Б.И. Бухара в 1918-1920 гг.: (Ликвидация Бухарского эмирата-очага английских интервентов и российской контрреволюции в Средней Азии). // Труды АН ТаджССР. Ин-т истории, археологии и этнографии. - 1954. – Т.19
3. Искандаров, Б.И. Восстание крестьянских масс Таджикистана (Восточная Бухара) под руководством Восе // Изв. АН ТаджССР. Отд. обществ. наук. – 1953. - Вып. 4. – С. 83-95.; Искандаров, Б. Воқеаи Колесов // (Поход Колесова) / Б.И. Искандаров // Газетаи муаллимон. – 1954. - 10 июнь. ; Искандаров, Б. Восстание Восе / Б.И. Искандаров // Сталинская молодёжь (Сталинабад). – 1954. - 13 окт.
 4. Искандаров Б., А.Рустамов (Подвиги воинов Таджикистана на фронтах Великой Отечественной войны Советского Союза) / Б.Искандаров, А.Рустамов // Материалҳо оид ба таърихи халқи тоҷик (давраи советӣ). - Сталинобод: Нашр. давл. тоҷик, 1957. – С. 346-386.
 5. Искандаров, Б.И. Восточная Бухара и Памир в последней трети XIX века: дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02 / Искандаров Баходур Искандарович. – М., 1959.- 1027 с.

Абдурахмонов З.В., Саидасанов Ю. Ш., Мамадносирова Ш.Қ.

ТАҲҚИҚОТИ СЕМЕНОВ А.А. ДАР МИНТАҚАИ ПОМИР ДАР ДАВРАИ ОХИРИ АСРИ XIX ВА НИ-МАИ АВВАЛИ АСРИ XX

Кафедраи таърихи халқи тоҷик ва ҳуқуқи ДДХ ба номи М.Назаршоев
Кафедраи фанҳои чомашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

А. А. Семёнов санаи 12 октябри соли 1873 дар деҳаи Полное-Конобеевои губернияи Тамбов таваллуд шуда, хатмкардаи Институти омӯзгорӣи Тамбов ва Институти забонҳои шарқи ба номи Лазарев мебошад. Ӯ аъзо-корреспонденти Академияи илмҳои Ӯзбекистон (1943), ходими хизматнишондодаи илми Ӯзбекистон (1944) ва Тоҷикистон (1946), доктори илмҳои таърих (1942), профессор, аъзои ҳақиқии Ҷамъияти илмии Бомбай, яке аз таъсисдиҳандагони донишгоҳи Тошканд, аввалин директори Институти таърих, бостоншиносӣ ва этнографияи Академияи илмҳои Тоҷикистон, академики Академияи илмҳои Тоҷикистон (1951), яке аз барҷастатарин шарқшиносони рус ва Шӯравӣ ба шумор рафта, дар тадқиқоти масъалаҳои таърих, бостоншиносӣ, эпиграфика, манбаъшиносӣ, филология ва этнографияи Осиёи Миёна нақши сазовор дорад. А.А. Семенов озодона бо забони тоҷикӣ ҳарф мезад ва ин барои донишмандони таърих ва этнографияи мардуми тоҷик, ки асоси таҳқиқоти вайро ташкил мекард, мусоидат намуд.

Тадқиқотҳои Семенов А.А. дар ҳудуди Осиёи Миёна аз соли 1898 оғоз гардиданд. Соли 1898 ҳайати эъзомия, ки аз тарафи «Ҷамъияти табиатшиносӣ, антропология ва мардумшиносӣ»-и назди донишгоҳи Москва, ба хоҳири тадқиқи болооби Зарафшон, Қаротегин (Рашт) ва Помири Ғарбӣ таъсис ёфта буд, ба Осиёи Миёна сафар кард. Олим аз рӯи супориши махсус оид ба этнография, забон ва фолклори тоҷикон, аз ҷумла, тоҷикони бадахшонӣ маводи зиёдеро ҷамъ кард ва бо ҳамин ба омӯзиши илмии этнографияи минтақа оғоз намуд. Фаъолият дар ин эъзомия қадами аввалини А. А. Семёнов дар роҳи пурмашақати илм буд. Моҳи апрели соли 1898 аъзоёни экспидитсия ба сафар баромаданд, ки он дар тӯли чор моҳ давом кард. Семенов А.А. ҳамчун забоншинос, тарҷумон ва вазифаи рассоми экспидитсияро низ иҷро намуд. Вай ҳанӯз дар давраи таҳсил дар институти Лазарев аъзои маҳфили рассомони ҷавон буд ва дар рафти омӯзиши антропологияи мардуми Осиёи Миёна ин истеъдоди вай барои экспидитсия кӯмак расонид. Аъзоёни экспидитсия, тавассути роҳи оҳан аз Москва ба Владикавказ ва аз он ҷо ба Петровск, аз Петровск бо киштӣ баҳри Каспийро гузашта, бо роҳи оҳан ба Самарқанд расиданд ва аз ин ҷо ба водии Зарафшон сафар мекунанд. Дар рафти ин сафар, ҳайати экспидитсия ҷамъ бо ёрдамчиён ва роҳбаладони маҳаллӣ 13 нафарро ташкил дод. Ба ҳайати экспедитсия инчунин намояндаи амир бо номи Маҳрамбек ва тарҷумон Яқуб дохил шуданд. Нуктаи аввалини сафар ба тарафи Зарафшон аз гузаштани ағбаи Фон, ки душвортарин қисмати роҳро ташкил меод, оғоз гардид. Аммо дар давоми 4 рӯз борон борид ва гузаштан аз ин ағба имконнопазир буд ва бо ҳама сабаб аъзоёни экспидитсия хатсайри худро тайгир доданд ва ба тарафи кӯли Искандаркӯл равона шуданд. Ҳамин тавр моҳи августи соли 1898 экспидитсияи дувум, ки дар он Семенов А.А. аъзо буд ба охир расид ва натиҷаҳои он дар китобҳои Семенов А.А. ва Зограф Н.Ю., ки дар давоми солҳои 1898-1901 нашр гардиданд, инъикос ёфт. Аз он ҷумла натиҷаҳои экспидитсияи дувум дар китобҳои Зограф Н. Ю. «Черепя Макшевских пещер» (Косахонаҳои гори Машкевад), тадқиқотҳои Семенов А.А. «Этнографические очерки Зарафшанских гор, Каратегина и Дарваза», «Материалы для изучения наречия горных таджиков Центральной Азии, Грамматический очерк и памятники народного творчества», «Отношение к детям у горных таджиков» инъикос гардиданд.

Солҳои сафари А.А. Семенов ба Помир ба давраи роҳбарии Э. Кивекес дар отряди Помир рост омад. Штаби капитан Э. Кивекес бо вақтҳои кӯтоҳ солҳои 1897—1899, 1901—1902, 1905—1908 сардорӣи дастаро ба ӯҳда дошт. Бори аввал вай соли 1897 дар ин вазифа капитан В.В. Эггертро иваз мекунад. Хусусияти ҳамин давра дар он буд, ки соли 1899 муҳлати аз андоз озод будани аҳолии Помир ба охир расид ва намояндагони амири Бухоро дар ҷамъоварии андоз беадолатона рафтор мекарданд. Ии норозигии мардумро ба вучуд овард ва дар ҳамин рӯёруй Э. Кивекес бар зидди сиёсати намояндаи амир дар Шугнон- Акбаршо баромада, тарафи мардумро гирифт.

Вазъи сиёсии минтақаи Помир дар солҳои сафари граф А.А. Семенов хеле душвор буд. Дахшати дахсолаи 1883-1893, ки бо зулму истибдоди афғонҳо дар Помир алоқамандӣ дошта, акнун хотима ёфт ва шароити зиндагии мардум хеле душвор буд. Бо тақсмоти сарҳад ва гузаштани Помир ба ҳайати Бухоро вазъияти ин минтақа беҳтар нагардид. Дар ин давра баръакс зиддияти мардум бо ҳокимони нав бештар гардид. Задухӯрдҳои алоҳида миёни ҳокимони маҳаллӣ ва мардум ба назар мерасиданд. Беадолатии ҳокимони нав ва таҳқири мардум ҳукуматдорони Россияро маҷбур кард, ки ба ин масъала даҳолат намоянд. Танҳо баъди дастгирии аҳоли аз тарафи сардорони дастаи Помир зулм кам шуд ва ин сабаби асосии муносибати хуб байни аҳоли ва афсарони рус гардид. Граф А.А. Семенов таърихи сиёсии Бадахшони Афғонистонро дар давоми 60 соли охир таҳлил намуда,

ба хулосае омад, ки дар сурати сиёсати пурзӯр Россия метавонист ханӯз дар солҳои 70 – ум Помирро бо заминҳои соҳили чапи дарё аз Афғонистон гирад, аммо сиёсати калаванди Россия сабаби тохтутози афғонҳо ба Помир ва аз даст додани заминҳои соҳили чапи дарёи Панҷ гардид.

Тадқиқотҳои маънавият ва этнографияи мардуми Помир аз тарафи Семенов А.А. танҳо дар соли 1901 оғоз мешаванд, зеро дар ин давра вай дар ҳайати экспедитсияи саввуми граф Бобринской А.А. ба Помир сафар мекунад. Дар ин сафар бори аввал аъзоёни экспедитсия бо тоҷиконе вохӯрданд, ки забонҳои онҳо аз забони тоҷикони водиҳо фарқ мекард [1]. Дар рафти ин сафар, қисми муҳими тадқиқоти А.А. Семеновро мазҳаби мардуми Помир, эътиқоди онҳо ва хусусиятҳои этникию антропологии мардуми маҳаллӣ ба худ ҷалб намуд. Соли 1901, ба А.А. Семенов бо чанд нафар аз пирони обрӯманди Помир ҳамсӯҳбат шуда, маълумоти зиёдеро **онд ба** наслҳои пирон ва шумораи муридони онҳо ҷамъоварӣ кард. Дар асоси ин таҳлилҳо, соли 1912 Семенов А.А. аввалин мақола дар бораи Помир менависад, ки он бо унвони «Дар хусуси имони исмоилиёни Шугнон» дар маҷаллаи «Ҷаҳони ислом» нашр гардид.

Соли 1926 А.А. Семенов аз рӯи дастнависҳои аслӣ, ки аз Помир тавассути мардикорони сокини Помир ба Тошкент оварда шуданд, ҳолномаи Носири Хусравро менависад, ки ин аввалин ҳолномаи расмӣ Носири Хусрав дар сатҳи илмӣ ба шумор меравад[4].

Соли 1927 Семенов А.А. мақолаи навбатии худро бо номи «Назари исмоилияи шарқ ба Куръон», менависад[2]. Дар ин мақола Семенов А. суҳанҳои Муҳаммад Шаҳристони ро меорад, ки дар бораи исмоилиён навишта буд: «..ва онҳо даъват ба навоҳари афкор доштанд дар ҳар замон бо ҳар забон»[2].

Соли 1930 дар маҷаллаи Академияи илмҳои Иттиҳоди Шуравӣ Семенов А.А. дастнависи китоби «Ваҷҳи дин»-и Носири Хусравро нашр мекунад. Вай менависад, ки дастнависи ин китобро ӯ тавассути Станиш-кевский дастрас намуд, ки вай дар Помир кор мекард. Китобчаи «Ваҷҳи дин» аз 19 ҷаҳза ва 38 саҳифа иборат буда, ҳар саҳифа 13 мисраъ дошт. Дар саҳифаи аввал номи Шохзода Муҳаммад навишта шуд, ки хаттоти матн махсуб мешавад. Дар китоб санади 27 Рабъ ул охири соли 1327 (18 апрели соли 1909) яъне соли навишта шудани ин нусха аз тарафи хаттот оварда шудааст. Китоб ба гуфторҳо тақсим шуда, бо охири гуфтор, гуфтори бисту дувум «Ишорат ба муноҷот» ба итмом мерасад. Семенов дар баробари матни «Ковиёнӣ», ки дар Берлин ҷоп шуд, матни Шохзода Муҳаммадро матни шугнонӣ меномад. Семенов А.А. дар пешгуфтори матни дастнависи «Ваҷҳи дин» менависад, ки ҳамагӣ панҷ дастнавис маълум аст, ки дутои аз онҳо дар китобхонаи шаҳри Париж дар Фаронса, 1 дастнавис дар шаҳри Лейден, як дастнавис дар шаҳри Гот ва дастнависи панҷум дар Офис Индия қарор дорад. Дар давоми солҳои 1879-1880 аз се нусхаи охири олими немис Г. Этё тарҷумаи немисии «Ваҷҳи дин»-ро нашр мекунад. Соли 1922 дар нашриёти форсии «Ковиёнӣ» дар шаҳри Берлин нашри китобҳои «Сафарнома», «Бахтнома» ва «Ваҷҳи дин» аз ҷоп мебароянд. Дар матни аксбардоршуда номи типографияи «Востокиздат» дар шаҳри Тошкент соли 1926 нишон дода шудааст. Яъне нусхаҳои аслии китоб дар ҳамин типография аксбардорӣ шудаанд.

Ҳамчун тадқиқотчи Помир, А.А. Семёнов тавонист тавассути нашри дастнависҳои нодир, китобҳои нодирро дар замони таърихҳои сиёсии солҳои 30 -ум аз нестшавӣ эмин нигоҳ дорад [5].

Ҳамин тавр, дар асоси тадқиқотҳои Семенов А.А. дар давраҳои минбаъда бисёр олимони рус ба омӯختани минтақаи Помир пардохтанд, то ки маълумоти бештарро пайдо намоянд, гарчанде, ки дастрас кардани ин маълумотҳо осон набуд ва инро А.А. Семенов ва М.А. Иванов ва дигар муҳаққиқон ин давра низ қайд намуданд. Муҳимтарин нуктаи саҳми олим дар он аст, ки вай яке аз аввалинҳо шуда, таҳлили системаноки омӯзиши Помирро ба роҳ мемонад ва дар асоси ин раванд, тамоми самтҳои ҳаёти сокинони ин минтақаро мавриди таҳқиқ қарор медиҳад. Маҳз ҳамин бунёдгузори А.А. Семенов дар омӯзиши Помир барои тадқиқотчиёни минбаъда ҳамчун намуна ва методологияи тадқиқотӣ хизмат намуд.

Рӯйхати адабиёт.

1. Семенов А.А. Противоречия во взглядах о переселении души у исаиитов / А.А.Семенов. – Ташкент, 1925.
2. Семенов А.А. Взгляд на Коран в восточном исаиизме / А.А.Семенов.- Иран том 1, 1926.-Ленинград, Издательство Академии наук СССР, 1927.-С.59-72
3. Семенов А.А. К догматике Памирского исаиизма / А.А.Семенов. – Ташкент 1926. - С.23
4. Ҳолномаи Носири Хусрав // Бюлетени Донишгоҳи Осиёи Миёна / Семенов А. С.64-66
5. Элчибеков К. Вклад Семенова А.А. в изучение исаиизма. Вклад академика А.А. Семенова в изучение истории и культуры таджикского народа. Материалы Международной научно – теоретической конференции, посвященной 140 - летию академика А.А. Семенова (Душанбе, 13 декабря 2014г.). – Душанбе: Дониш, 2014. – 292 стр.

Абдурахмонов З.В., Каландарбекова С.Х.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СТАНОВЛЕНИЯ ПРИГРАНИЧНОЙ ТОРГОВЛИ ГОСУДАРСТВ СРЕДНЕЙ АЗИИ В НАЧАЛЕ 90-Х ГОДОВ XX ВЕКА

Кафедра общественных дисциплин ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Кафедры истории таджикского народа и права ХОГУ имени М. Назаршоева.

Одним из приоритетным направлением межгосударственных отношений между странами Средней Азии в период их государственной независимости является торговые связи в форме организации приграничных и трансграничных рынков. В исторической науке, исследования границ и приграничных отношений сталкиваются с двумя основными вопросами, которые взаимосвязаны друг с другом. С одной эти исследования отражают политические отношения между странами региона, а с другой стороны показывают стремление приграничных стран развивать торговые связи в рамках интеграционных процессов и культурно-цивилизационного сообщества. Практика отношений стран региона показывает, что именно от политических разногласий и договоренности между странами зависит барьерность

или открытость границ для развития приграничной торговли. Придостижение договоренности между странами региона, приводит к интернационализации хозяйственной жизни и стремительному росту трансграничных потоков людей, информации, товаров, капиталов и энергии, что намного уменьшает барьерные функции государственной границы[6].

Приграничное положение — один из существенных факторов социально-экономического развития каждого региона, поскольку приграничные территории выступают в качестве естественных «мостов» экономического сотрудничества между соседними странами, а их развитие в определенной степени зависит от «характера экономических и политических взаимоотношений на межгосударственном уровне, соотношения контактных и барьерных функций границ»[2]. Государственные и внутренние политико-административные границы представляют собой единую систему, который является объектом полномасштабного анализа, необходимого для понимания роли территориальных рубежей в жизни общества. Как сложная социальная категория, границы способствуют не только делению территорий, но и являются фактором процесса воспроизводства, разделения труда, производства, кооперации между разными социальными и политическими силами в ходе их деятельности[6].

Торговля как отрасль жизнедеятельности человека имеет древнюю историю с присущими ему формами, одним из которых является приграничная торговля. Конкретизируя форму торговли термин «приграничное» определяет дополнительные признаки данной деятельности по территориальным (граница) и политическим (отношение между государствами) свойствам. Термин «приграничная торговля» в исторической науке выражает, прежде всего, родовое понятие «торговля» и ее видовые свойства - главным из которых является государственная граница. Определение родового понятия «торговля» в соответствие с его качественным понятием, которым является термин «приграничное» создает целое понятие «приграничная торговля», которая определяет географическое расположение действий населения и государства совершаемые на территориях вблизи государственных границ нескольких стран и которые нам предстоит охарактеризовать в данной статье.

История приграничной торговли Средней Азии показывает, что главным фактором деятельности приграничной торговли является национально-культурные и хозяйственные формы интеграции жителей приграничных территорий. Подобное разделение хозяйствования и производства было свойственно приграничным территориям до их вхождения в состав Советского Союза и был сохранен до наступления периода независимости этих стран. Как отмечает Липец Ю.Г., приграничные районы реализуют свой ресурсный потенциал особенно в условиях развития экономической интеграции, когда на первый план выступает фактор территориальной смежности или соседства, обуславливающий значительную концентрацию межгосударственных связей соседствующих стран. Это свойство позволяет соседствующим странам лучше использовать особенности соприкасающихся территориальных структур их экономики, эксплуатируя и минимальные выгоды международного разделения труда ввиду резкого сокращения транспортных издержек. При этом приграничные районы приобретают характер «зон контактов», своего рода мостов, по которым проходит пространственное распространение интеграционных процессов и прежде всего там, где приграничные районы пересекаются транспортными магистралями, опирающимися на соответствующую низовую транспортную сеть [4].

Некоторые авторы поддерживают тезис о том, что формирование границ и трансграничных территорий на постсоветском пространстве, обусловлена их генезисом. Развиваясь на протяжении длительного времени как внутренние регионы одной страны, в 90-е годы XX века, эти территории превратились в государственные границы отдельных стран с нарастающей барьерной функцией. В 1990-1991 годы разделение государственных границ между Таджикистаном, Кыргызстаном и Узбекистаном привели к разрыву традиционных связей прежде единого этнокультурного и социально-экономического пространства. Разделёнными оказались этносы, границы прошли между соседними населёнными пунктами, превратив родственников, друзей, соседей в «зарубежных партнёров»[2].

В начале 90-х годов, со стороны стран региона приграничное сотрудничество рассматривалось в большей мере как направление обеспечения национальной безопасности, поскольку разрыв отношений и выход из состава единого государства привело к продовольственному кризису, который в свою очередь угрожал стабильному развитию новых государств. Перед новыми странами стала проблема перехода на само обеспечение в условиях разрушенной инфраструктуры прежних торгово-экономических связей. Нехватка товаров и услуг было заметно в первую очередь в тех республиках бывшего СССР, которые были в основном сырьевыми базами для российской промышленности. Так например, если в среднем по Советскому Союзу продовольственных товаров производилось на 506 рублей, то в Таджикской ССР производства товаров составляло всего 175 рублей на одного человека. Поэтому население Таджикистана имело самые низкие коэффициенты потребления продуктов. Общий показатель экономической эффективности использования трудовых ресурсов понизился по отношению к средне союзному в Таджикской ССР — с 82% до 67 процента. В 1990 году, товарооборот на душу населения в Таджикской ССР был самым низким - 815 рублей, при 1619 рублей в среднем по Союзу[5].

К этому периоду (начало 90-х годов XX —го века), Таджикистан, в рамках союзного государства, приступает к созданию институтов внешней торговли. Учитывая приграничное соседство Таджикистана с Афганистаном, центральная власть поручила Правительству Таджикской ССР обеспечить отгрузку промышленных, продовольственных товаров и транспортной техники в рамках оказания гуманитарной помощи населению Афганистана. Для осуществления этих задач 7 апреля 1987 года был создан Нижне-Пянджский оперативный отдел ТК, который административно подчинялся Термезской таможне [1]. На таджикскую республиканскую таможню возлагались задачи по обеспечению соблюдения таможенного законодательства, эффективному применению мер таможенно-тарифного регулирования, организации и осуществления борьбы с контрабандой и нарушениями таможенных правил на таможенной территории Таджикской ССР. С целью выполнения таких задач в том же году был создан таможенный пост в городе Ленинабад (ныне Худжанд). Однако наступивший после развала межреспубликанских поставок кризис, привело к тому, что на приграничных территориях ограничился проезд граждан по традиционным маршрутам этнотерриториальных участков. Исследование показывает, что в период кризиса страны региона предприняли крайние меры направленные на закрытия границ как для граждан, так и для перевозки товаров. Практика дальнейшей интеграции стран региона

выявило неправильность политики изоляции и протекционизма, что было признано политическими деятелями региона в последующие годы.

Список литературы.

1. Алиев М.Б. Организационно-экономические аспекты улучшения таможенного сервиса в РТ.-специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами - сферы услуг) .-дисс.на соискание ученой степени кандидата экономических наук .-Душанбе – 2016.- С.69
2. Герасименко Т.И. Трансграничные регионы на постсоветском пространстве: специфика, проблемы, перспективы // Российское пограничье: социально-политические и инфраструктурные проблемы. / Под ред. В.А. Колосова и А.Б. Володина. —М., 2016. — 188 с.С.44.
3. Закон РТ «О внешнеторговой деятельности» г. Душанбе, 14 июня 2012 года, №347
4. Липец Ю.Г., Пуляркин В.А., Шлихтер С.Б. География мирового хозяйства: — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999, 400 с.
5. Махмудзода С. Таджикистан в период перестройки (1985 - 1991 гг.). Диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук, по специальности 07.00.02 -Отечественная история.- Душанбе – 2019.-С.16
6. Российское пограничье: социально-политические и инфраструктурные проблемы. / Под ред. В.А. Колосова и А.Б. Володина. —М., 2016. — 188 с.

Абдухалилзода К.А., Сафарова М.ЧС., Комилов А.

МАҚОМИ ПАДИДАШИНОСИИ ДИН ДАР ДИНШИНОСИИ ИЛМӢ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Яке аз назарияҳои маъруф ва имрӯз васеъ паҳнгардидаю эътирофгардида дар диншиносии илмӣ назарияи падидашиносии дин маҳсуб меёбад. Назарияи мазкур ба хотири он яке аз назарияҳои воқеъбинона ва дақиқбин маҳсуб меёбад, ки он бевосита бо шахси диндор, эҳсоси динӣ ва таҷрибаи динии ӯ кор мегирад. Тибқи назари муҳаққиқон таърихи таҳқиқи падидашиносии дин, ки фаҳмиши дин ва ошкор намудани моҳияти онро тавассути таҳлили зухуроти он дар назар дорад, аз охири садаи XVIII ва ибтидои садаи XIX оғоз меёбад. Аллакай дар ҳамон вақт чунин принципҳои асосии диншиносии феноменологӣ бунёдгузори шуда буд: эътирофи эҳсоси маҳсули динӣ ҳамчун асоси дин, тавсифи феноменологӣ, таснифи падидаҳои динӣ.[4]

Истилоҳи «феноменология» соли 1764 аз тарафи математик ва файласуф И.Г. Ламберт ворид карда шуда аст. Мафҳуми «феноменологияи дин» дар зери таъсири таълимоти И. Кант дар бораи падидаи эмпирикии аз «ашёи дар худ» фарқкунанда пайдо шудааст. Гегел бошад, мафҳуми мазкурро дар асари калонҳаҷми худ «Феноменологияи рӯҳ» истифода бурд. Теологи ҳоландӣ, профессори донишгоҳи Амстердам П. Д. Шантепи де ла Соссе мафҳуми мазкурро аз таълимоти Гегел ба таълимоти худ ворид намуда, таъкид намуд, ки феноменологияи дин бо психология робитаи зич дорад, зеро вай бо зухуроти шуури инсонӣ сарувор дорад [9]

Ин ҳангом ӯ фикр накарда буд, ки методологияи нави таҳқиқи динро коркард менамояд. Вай мепиндошт, ки гурӯҳҳои мухталиф «падидаҳои динӣ»-ро тавсиф менамоянду ҳалос. Маҳз ба ҳамин тавсиф ва таснифи падидаҳои динӣ ба гурӯҳҳои асари ӯ «Таърихи дин» бахшида шудааст. Дар асари мазкур ӯ падидаҳои зерини диниро фарқ намудааст: бутҳо, сангҳои муқаддас, дарахтон ва ҳайвонот; парастии ҳодисаҳои табиӣ, одамон, ҳудоҳо; ҷодугарӣ, қароматҳои қоҳинон, қурбоникунӣ ва рӯҳониён; ҷамоаҳои динӣ ва қалисо; китобҳои муқаддас ва таълимот; доғмаҳо ва устураҳо.[8]

Баъди ҷанги якуми ҷаҳон ташаққулёбии падидашиносии классикии дин оғоз мекардад ва яке аз асосгузори он мутафаккири олмонӣ Р.Отто ҳисобида мешавад. Вай ба асарҳои Шлейермахер таъя намуда, ба ҳулосае омад, ки асоси динро эҳсоси динӣ ташкил менамояд. Таассуроти динӣ модарзодӣ нестанд, вай бар ҳар касе, ки онро меҷӯяд, дастрас аст. Инсон ба он хотир ба он саъй менамояд, ки тавассути он ба ҳолати оромӣ ноил гардад. Хидмати асосии Р.Отто, тибқи муҳаққиқони осори ӯ, дар коркарди мақулаи «муқаддас» ва тавсифи феноменологии сохтори универсалӣ, моҳияти таҷрибаи динӣ ифода меёбад.[6] Дар хусуси нозуқиҳои предмети падидашиносии дин Рудолф Отто дар оғози асари худ «Муқаддас» менависад: «Он нафареро, ки ин корро карда наметавонад, ё он нафаре, ки чунин лаҳзаро эҳсос накардааст, мо хоҳиш менамоем, ки давомашро нахонад.[7] Зеро бо он нафаре, ки давраи пухтарасии ҷинсии худ, дамиши шикам, эҳсоси иҷтимоии ҳудро ба ёд оварда метавонад, аммо эҳсоси диниро не, бо он нафар таълимотро дар бораи дин муҳокима намудан душвор аст». Аз нигоҳи Р. Отто, агар ҳананда таҷрибаи динӣ надошта бошад, чизеро, ки ӯ менависад, фаҳмида наметавонад.[2]

Ҳамин тавр, мафҳуми асосие, ки падидашиносии дин истифода мебарад, унсури «муқаддас» аст. Падидашиносии динро ҳамчун зухурот таҳқиқ намуда, масъалаи моҳияти онро номуайян ва қушода боқӣ мемонад, ё ба қавли асосгузори падидашиносии фалсафӣ «онро дар қавсайн мегирад». Падидашиносии дин зухуроти унсури муқаддасро дар предметҳо, ҷазо, вақт, шумораҳо, қалимаҳо, ва ахиран дар амалҳо, тасаввуроти ва таассуроти инсон ва ҷомеа баррасӣ менамояд. Таҷрибаи динии таърихӣ инсоният воқеан ҳам гуногуншакл аст ва таҳқиқи падидашиносии имкон медиҳад, ки дар он чизе, ки барои бисёр динҳо умумӣ аст, дида шавад, яъне шаклҳои асосии зухури унсури муқаддасро дар предметҳо, парастииҳо, тасаввуроти ва таассуроти маҳсус қайд намояд. Падидашиносии классикӣ вазифаи асосии ҳудро маҳз дар ҳамин медиҳад. Чуноне ки аллакай Николай Кузанский дар асараш «О мире в вере» қайд намуда буд: «Танҳо як дин бо бисёрии одатҳои динӣ вучуд дорад... Танҳо ту вучуд дорӣ, танҳо як дин ва як парастии ҳаст».10]

«Муқаддас»-ро тавсиф намуда, муҳаққиқон қайд месозанд, ки вай чизест, ки ба олами муқаррарӣ илова карда намешавад. Чизест, ки ба чизи ҳаррӯза, наздик, мураттаб ҳамчун ғайримуқаррарӣ, муқобил гузошта шудааст.

Вижалии падидашиносии дин зимни муайян намудани соҳаи бевоситаи таҳқиқи он, ки нуктаи ибтидоии

баррасии он вожаи «дин» аст, ошкор мегардад. Баръакси фалсафаи дин падидашиносӣ на мафҳум, балки маҳз вожаро таҳлил менамояд, зеро чунин ҳисобида мешавад, ки мафҳуми дин заминаҳои муайяни ҷаҳонбинӣ идеологиро шомил мебошад. Падидашиносҳои дин, ки ҳамагӣ аврупоӣ ҳастанд, зикр месозанд, ки вожаи «религия» баромадаш латинист, аммо этимологҳо вайро на ба religio (religare - бастан, алоқаманд намудан), балки ба relego (relegere – аз нав ҳисоб намудан, аз нав фикр кардан, эҳтиром гузоштан) мечаспонанд.[1]

Қайд намудан муҳим аст, ки relegere нисбат ба субъект ё объект истифода намегардад, балки робитаи байни онҳоро тавсиф менамояд, яъне ба предмете ишора менамояд, таваҷҷуҳи махсусро аз тарафи субъект талаб менамояд. Предмете, ки ба он ҳамчун «динӣ» ишора гардидааст, дар падидашиносӣ ҳамчун «муқаддас» муайян мегардад. «Муқаддас» чизест, ки бо нерӯи ғавқуттабӣ пур карда шудааст. [5] Вай дар забони мардуми ибтидоӣ ба таври зер ифода карда мешавад: меланезӣ – «мана», полинезӣ – «табу», ҳиндӣ «оренда». «Муқаддас» баръакси предмети муқаррарӣ, беэҳтиром табу аст, чизест, ки зимни наздикшавӣ ба он таваҷҷуҳ ва эҳтиёткорӣ талаб карда мешавад. Вожай «религия» инчунин маънои эҳтироми зиёдро ифода менамояд ва муносибати инсонро ба унсуре муқаддас ҳамчун тарс ва ҳайронӣ, ҳамчун эҳтиром ба сабаби тарс васф менамояд.[3]

Аз ин нуқтаи назар асосгузори падидашиносии динӣ Р.Отто ва Ф.Хайлер динро ҳамчун «таҷрибаи воҳурӣ бо «муқаддас»-и даҳшатнок ва ҳайратовар» таъриф менамоянд. Ҳамин тавр, дар шахс набудани таҷрибаи динӣ натиҷаи воҳурӣ надоштан бо унсуре муқаддас ҳисобида мешавад. Унсуре муқаддас худро дар се соҳа зоҳир месозад: предметҳои муқаддас, тасаввуроти муқаддас, таассуроти муқаддас. Дин худро дар ягонагии ботинӣ се соҳа: предметҳо, тасаввуротҳо ва таассуротҳо зоҳир месозад. Бо тасдиқи ин се унсур боз як унсуре дигар, ки ҳам дар дин ва ҳам дар соҳирӣ нақши муҳим мебошад, муъҷиза алоқаманд мебошад.

Рӯйхати адабиёт

1.Отто Р. Священное. Об иррациональном в идее божественного и его соотношении с рациональным/ Р. Отто/ [Пер.с.нем.яз.А.М.Буткевич]. – СПб: АНО «Изд-во С.-Петербур.Ун-та», 2008. -272 с.

Абдухалилзода К.А., Абдуразоков Ш.Р., Назаров Ш.С МОҲИЯТИ ТАФАККУРИ ДИНӢ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.Тоҷикистон

Ба ҳеҷ кас пӯшида нест, ки тамоми дастоварду пешрафти ҷомеаи инсонӣ на маҳсули тафаккури динӣ, балки маҳсули тафаккури илмист. Имрӯз агарчанде натоиҷи тафаккури илмӣ ҳатто барои кӯр айён буда, дар ҳамаи самтҳои ҳаёт ба таври воқеӣ бо ҷашм дида мешавад, новобаста ба ин, дар баъзе аз ҷомеаҳои мусулмонии ҳанӯз пойбандӣ ва асорати на танҳо мардуми оддӣ, балки иддае аз зиёӣён ба тафаккури динӣ саҳт ба ҷашм мерасад. Хеле таъҷубовар аст, ки ашхоси дар банду баст ё завлонаи тафаккури динӣ афтода тамоми дастоварду натоиҷи тафаккури илмиро дар ҳаёти амалии худ васеъ истифода менамоянд, лек боз дар ҳифзи тафаккури динӣ худ як истодагари соддалавхонаро ба маъраз гузошта, моҳиятан ба муқобили тафаккури илмӣ мубориза мебаранд. Аз ин рӯ, аз як тараф, ҳадафҳои дурнамои рушди ҷомеа, аз тарафи дигар, заиф сохтани завлонаи асорати субъекти тафаккури динӣ водор менамояд, ки ба масъалаи мазкур ҳамчун масъалаи мубрами ҷомеа бори дигар таваҷҷуҳ зоҳир карда шавад.[1]

Вожай «тафаккур» зоҳиран ба ҳама маълум аст ва аз як нигоҳ, зарурат ба шарҳу эзоҳ надорад. Аммо мундариҷа ва ҳадафи мақолаи мазкур таҳлилу баррасии онро дар сатҳи мафҳум предмети таҳқиқ қарор медиҳад. Тафаккур раванди ғавқолияти мағзи сари инсон аст, ки дар ҷамъоварӣ намудани маълумот, таҳлилу таҳқиқ намудани ин маълумот ва таҷриду хулосабарорӣ намудан аз ин маълумот моҳияти худро ифшо месозад. Яъне, тафаккур шакли олии маърифат намудани воқеияти инсонро ихотанамуда ба ҳисоб рафта, василаи асосӣ ва бозғитмоди роҳнамоии вай дар ҳаёт мебошад. Аз ин нигоҳ, вай танҳо ба инсон хос буда, унсуре иловагии фарқунандаи инсон аз ҳайвон маҳсуб меёбад. Зеро агар ба таври муқоиса ғавқолияти равонии мағзи сари ҳайвонро пеши назар оварем, вай тавассути инстинкт (хосияти табиятан додашуда) сурат мегирад. Яъне, сифатеро, ки дар ҳайвони калонсол мушоҳида менамоем, онро дар ҳайвони хурдсол низ мушоҳида карда метавонем. Аммо тафаккури инсонӣ вобаста ба сатҳи синну сол, рушди ақлонӣ ва самти тафаккур шомили хусусиятҳои хос буда, тағйир меёбад ва рушд мекунад.[4]

Дар робита ба хосиятҳои мазкур тасниф кардани он вобаста ба самти ғавқолият ба тафаккури динӣ ва илмӣ хеле мубрам ва саривақтӣ мебошад. Ин мубрамият, бори дигар тақрор менамоем, дар самти тафаккури ҷомеаҳои мутамаддин ва пешрафтаи имрӯза ва тафаккури ҷомеаҳои қафмонда, шахшудамонда ва хурофотии иддае аз кишварҳои мусулмонии ифода меёбад. [2]

Хусусияти асосӣ ва фарқунандаи тафаккури динӣ эътиқод аст. Эътиқод чунин шакли бовар аст, ки исботро тақозо наменамояд. «Ҳақиқат»-и дар кӯдакӣ аз тарафи падару модар ё шахсияти муътабар дар зеҳн ҷой додашуда барои чунин шакли тафаккур ҳамчун роҳнамо хидмат менамояд. Ногӯфта намонад, ки аллакай дар қарни 16 ғайласуфи шинохтаи англис Френсис Бэкон чунин шакли маърифати воқеиятро чун бутҳои (шабаҳо) барои маърифати дуруст ва воқеӣ монешаванда арзёбӣ карда буд. Мутаассифона, имрӯз дар қарни 21 низ дар ҷомеаи мо пойбандии ҷиддӣ ба чунин анъанаҳои кӯҳна, шахшудамонда ва дар моҳияти худ хурофотӣ ҳанӯз равшан ва васеъ ба мушоҳида мерасад. Яъне, ба ҷои ҳамқадами замон будан дар самти маърифат ҳанӯз ҳам мо кӯҳнапарастем. [3]

Таърихан зуҳури тафаккури динӣ аз даврони пайдоиши шаклҳои ибтидоии дин ба мушоҳида мерасад. Одами ибтидоӣ чун моҳияти марғ ва ҳубу ҳоббиниро намедонист, ба ҳастии «мавҷуд»-и чун шабаҳ дар шуури ӯ пайдошуда ва ба ҳаёти ӯ таъсиргузор бовар намуд. Яъне, барои дарёфти робитаҳои сабабии натиҷавӣ тафаккури динӣ ҳамонвақта танҳо ба ҳамон андозаи таъиншуда сайр мекарду халос.[5]

Набудани маълумоти муътамад пеши роҳи сайри тафаккур ва диди ҳақиқатро боздошта буд. Баъдан вобаста ба пешрафти ҷомеа ва гуногунии тарзи зиндагӣ дар пайдоиши навъи эътиқод саҳми манфиат низ

накшгузор гардид. Фазои сайри тафаккур тадричан васеъ шудан мегирад. Одами ибтидоии шикорро ёдгирифта аввал сурати хайвонро дар ғор кашида, ба он тир меандоخت, баъдан ба шикор мерафт. Аборигенҳои Австралия бештар ҳамон навъи хайвонро тотем қарор медоданд, ки аз он манфиат доштанд.[8]

Дар Мисри қадим шоҳ Аменхотеп ба хотири мутамарказ намудани даромад номи худро ба Эхнатон таъдил сохт. Дар Бобули қадим низ маҳз ба хотири манфиат шоҳ худро Мардукро, ки ҳудои танҳо шаҳр буд, ба ҳудои тамоми кишвар мубаддал гардонд. Арабҳои то исломӣ он бутеро, ки баъди ибодат ҳочати онҳоро бароварда намасохт, мешикастанд. Пайғамбари ислом Муҳаммад аз ҳамқабилаҳои худ талаб кард, ки «Ло илоҳа иллаллоҳ» гӯед, тамоми араб ба шумо тобеъ ва аҷам ба шумо хирочгузор хоҳанд буд. Баъди ғалабаи дини ислом дар Хуросону Мовароуннаҳр баъд аз бардоштани андозҳои вазнин раванди мусулмоншавӣ, ба қавли дигар ивазшавии номи Аҳурамаздо ба Аллоҳ тезтар сурат гирифт. Аз ин рӯ, «забони манфиат», ки дар таърихи инсоният дар ҳаёти сиёсии ӯ ҳамеша вучуд дошт, дар ҳаёти динии ӯ низ вучуд доштааст ва имрӯз низ вучуд дорад. [9]

Ҳамин тавр, агар фазои сайри тафаккури диниро зимни ҳалли ҳар гуна масоил - хоҳ табиӣ, хоҳ ҷамъияти таҳқиқ қарданӣ шавем, ба ҳулосае хоҳем омад, ки моҳиятан тафаккури динӣ дар ин самт шомили сайри назаррасе набуда, бо иродаи мавҷуди фавқуттабаи сайри худро ба анҷом мерасонад. Чунин навъи тафаккур робитаҳои сабабию натиҷагиро то ба ҳамон андозае мебинад, ки муҳити ин тафаккурро офарида мебинад. Яъне, ҳар чӣ қадар ба умқи таърих нигарем, ба ҳамон андоза мо он робитаҳоро соддалавҳона мебинем. Ва ҳар чӣ қадар ба даврони нав назар андозем, вижагиҳои фарҳангии даврони мазкурро, хоҳ дар кутуби муқаддас - хоҳ дар гуфтаи бузургони ин дин мо мушоҳида мекунем. Яъне, муҳити маънавий-фарҳангии китоби муқаддасро офарида барои тафаккури динӣ дар солҳои минбаъда, мутаассифона ҳатто баъди 1500 сол низ меёр қарор мегирад. Ба қавли дигар, китоби муқаддаси меёр қароргирифта сайри фазои тафаккурро маҳдуд менамояд. Аз ин нигоҳ, метавон гуфт, ки тафаккури динӣ дар ҳамаи давраи замон аз озодӣ маҳрум аст. Вай пойбанд ва асири меёрҳо ва муқаррароте мебошад, ки ҷуноне зикр гардид, маҳсули зеҳни замони пайдоиши китоб аст.[7]

Дуруст аст, ҷо-ҷо мо сайрҳои дуртари тафаккури диниро мушоҳида мекунем, аммо он ҳам аз ҳудуди муайяншуда убур намекунад. Масалан, Абулҳасани Ашъарӣ доир ба сифоти Аллоҳ бо ақлгароёни ҷараёни муътазила баҳс намуда, ахиран ба кӯчаи сарбаста афтод ва баҳсро бо «било кайфа» (бидуни чӣ гуна) ба анҷом расонд. Яъне, дар тафаккури динӣ пеши роҳи ақл баста аст. Аз ин нуктаи назар, тафаккури динии дар заминаи меёрҳо ва арзишҳои қадима фаъолияткунанда на танҳо барои пешрафти ҷомеа мусоидат наменамояд, балки кишани воқеии рушди ҷомеа мебошад.[10]

Ҳамзамон вай наметавонад аз муқаррароти динӣ рӯ гардонад, зеро онҳо чун завлонаҳои оҳанини замони қрепостной дасту пою бинии ўро мефишоранд. [6]

Аз ин сабаб бидуни тардид метавон арз дошт, ки барои тафаккури динии ҷомеаҳои пешрафта дар ҳамаи шакли зуҳури он дурӯғбофӣ ва бо либоси «илмӣ» ба муҳити нави иҷтимоӣ мутобикшавӣ ҳос мебошад. Кӯшиши чунин дурӯғбофиҳо конкордизм (мутобиксозии таълимоти динӣ ба дастовардҳои илмӣ замони муосир) номида мешавад. Мисоли чунин конкордизм асосноккунии қуръонии назарияҳои илмӣ аз об пайдо шудани ҳаёт, аз нутфа тавлид шудани инсон, назарияи «Таркиши бузург» ва амсоли инҳост. Масъалаи аз об пайдо шудани ҳаёту аз нутфа тавлид шудани инсон ба аҳли башар пеш аз ислом низ маълум буд. Масъалаи пайдоиши олами ҳастӣ бо тақя ба назарияи «Таркиши бузург» ва таълимоти қуръон доир ба ин масъала тибқи ояти 30 аз сураи «Анбиё» бо ҳам ҳеч умумияте надорад. Чунин кӯшишҳо умри дароз надошта, тез қатъ мегардад. Барои бепоягии чунин кӯшишҳо танҳо таъкиди чунин нукта кифоя аст, ки вожаи «Осмон», ки дар китобҳои динӣ васеъ истифода мегардад, дар илм дучор намегардад, зеро дар илм ҷирме бо чунин ном вучуд надорад.

Ҳамин тариқ, ҳама гуна кӯшишҳои дар тафаккури динӣ ҷустуҷӯ намудани илм оғӣ аз мантиқ мебошад, зеро табиати навъҳои тафаккур - динӣ ва илмӣ ҳилофи ҳамдигар буда, субъектҳои ин ду навъи тафаккурро дар мавқеҳои муқобили ҳам қарор медиҳад.

Руйхати адабиёт

1. Абдулҳусайни Зарринкуб.. Таърихи Эрон баъд аз ислом. Чопи даҳум. Техрон. 1383. Ҷилди 3. Саҳ. 8, 22
2. Абӯҷаъфар Муҳаммад Ҷарири Табарӣ. Таъриху-р-русули ва-л-мулук. (Иборат аз 16 ҷилд дар 8 китоб). Му-тарҷим Абулқосими Поянда. Китоби 2, иборат аз ҷилдҳои 3, 4. Душанбе – 2014. Саҳ. 790-791;
4. Муҳаммад Ҳусайни Ҳайкал. Зиндагонии Муҳаммад (с), ҷилдҳои 1-2 ((нашри сеюм). Тарҷумаи Абулқосими Поянда. – Душанбе: Русская литература, 2018. Саҳ. 170;
5. Сафийурраҳмон Муборакпурӣ. Гулшани таърих. Душанбе – 2004, саҳ 89;
6. Сафийурраҳмон Муборакпурӣ. Сираи расули ақрам. Тарҷумаи «Раҳиқ-ул-маҳтум». Бе.с/н. саҳ. 163.
7. Таърихи фалсафа. – Душанбе «Собириён», 2011. Саҳ. 278.
8. Ятимов С.С. Эҳёи миллат – бақои давлат. Душанбе, 2023. Саҳ. 3.
9. Абулҳасани Ашъарӣ. Ал-ибона ан усул-ид-диёна. Бе с/н. саҳ. 11.
10. Отто Р. Священное. Об иррациональном в идее божественного и его соотношении с рациональным/ Р. Отто/ [Пер.с.нем.яз.А.М.Буткевич]. – СПб: АНО «Изд-во С.-Петербур.Ун-та», 2008. -272 с.

Абборов М.М., Мамадаминов О.Н., Ширинбекова М.Д

БАҚАЙДГИРИИ БЕМОРИИ КАБУДСУЛФА ДАР ШАҲРИДУШАНБЕ ДАВОМИ 10 МОҲИ СОЛИ 2019

Кафедраи ниғаждории тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Муҳимият. Тибқи маълумоти ТУТ, ҳамасола дар саросари ҷаҳон тақрибан 1,5 миллион нафар кӯдакон бо сабаби он, ки бо иммунизатсия ба зидди бемории кабудсулфа фаро гирифта нашуда буданд мефавтанд. Аз ин нишондод 195 000 яъне 12,9 фоизро дар сатҳи дигар бемориҳо ташкил медиҳад.

Ин беморӣ васеъ паҳн шудааст, аммо дар кишварҳо ва қитъаҳои гуногун сатҳи беморшавӣ тағйирёбии назаррас дорад, ки аз барномаҳои миллии иммунизатсия вобастааст ва бевосита ба дараҷаи махфияти аҳоли

вобастааст.

Кабудсулфа ҳамчун сирояти маъмулии кӯдакӣ қабул карда мешавад, ки асосан ба кӯдакони синни барвақт ва синни то мактабӣ таъсир мерасонад. Он барои кӯдакони то як сола хатари зиёд дорад. Аммо наврасон ва калонсолон низ аз ин беморӣ эмин нестанд. Тақрибан 9-10% ҳамаи ҳолатҳои ошкоршуда дар одамони аз 18-сола боло рух медиҳанд. Сарфи назар аз мавҷудияти муҳофизати муосир яъне вакцина, шумораи хеле зиёди беморон дар Русия бақайд гирифта мешаванд. Дар тӯли даҳсолаҳо, барномаҳои иммунизатсияи кӯдакон дар саросари ҷаҳон дар пешгирии кабудсулфа дар навоздон тавассути истифодаи вакцинаҳои аз ҷониби Созмони умумиҷаҳонии тандурусти тавсиядодашуда муваффақ буданд. ТУТ тахмин мезанад, ки дар соли 2008 иммунизатсияи глобалии зидди бемории кабудсулфа тақрибан 687 000 ҷавро пешгирӣ кардааст.

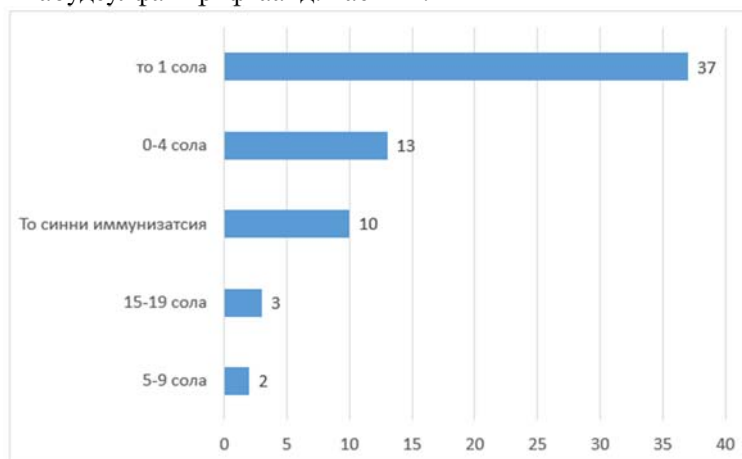
Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои раванди бақайдгирии бемории кабудсулфа дар шаҳри Душанбе.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлил оиди бақайдгирии бемории кабудсулфа дар шаҳри Душанбе, маводҳои озмоишгоҳӣ Муассисаи давлатии “Озмоишгоҳи миллии референсӣ” аз ҳисоботҳои Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии иммунопрофилактика”, дар давоми 10 моҳисоли 2019 мавриди омӯзиш қарор гирифт. Аҳамият ба таъғирёбии вазъи саломатии аҳоли ва маводҳо дар Муассисаҳои давлатии марказҳои саломатии шаҳриҳо низ таҳти истифода гирифта шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии таҳқиқот. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон давоми 10 моҳи соли 2019 бақайдгирии бемории кабудсулфа зиёд гардид, ки ин шумора ба 679 ҳодисаи гумонбаршуда расид. Қисми зиёди онҳо сокинони шаҳри Душанбе ва он нафароне, ки аз дигар шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ дар шаҳри Душанбе муваққатан истиқомат доштанд ва дар муассисаҳои тиббии шаҳри Душанбе бистарӣ буданд, ташкил медод. Бояд қайд намуд, ки аз ҳисоби норасоии маводҳои таҳлилий барои дарёфти барангезандаи бемории кабудсулфа, таҳлилҳои озмоишгоҳӣ танҳо дар Муассисаи давлатии “Озмоишгоҳи миллии референсӣ” гузаронида мешавад. Аз шумораи умумии гумонбаршудагон 303 нафарашон ҳамчун бемории кабудсулфа ба тариқи озмоишгоҳӣ тасдиқи худро ёфтаанд. Қисми асосии ҳодисаҳои тасдиқшударо кӯдакони синнашон то 1 сола (104 ҳодиса) ташкил дод.

Нишондоди индикатори бемории кабудсулфа дар сатҳи ҷумҳурӣ давоми 10 моҳи соли 2019 ба 3,2 ҳодиса дар 100 000 аҳоли баробарбод.

Дар шаҳри Душанбе 10 моҳи соли 2019 ҳамагӣ 65 ҳодисаи бемории кабудсулфа ба қайд гирифта шудааст. Аз ҳамаи беморон хун гирифта шуда ба Озмоишгоҳи миллии референсӣ фиристода шуд, ки аз тарафи ташхисгоҳ ҷавоби мусбӣ ба бемории кабудсулфа гирифтаанд. Расми 1.



Расми 1. Беморикабудсулфа дар 10 моҳи соли 2019 мувофиқисинусол.

Аз шумораи умумии бемории кабудсулфа қисми асосии теъдоди ҳодисаҳои беморию кӯдакони синнашон то 1 сола (37 беморӣ) ташкил дод.

Ҷадвали 1. Синну сол ва ҳолати иммунизатсияи ҳадисаҳои тасдиқшуда

Гурӯҳи синну сол	шумораи ҳодисаи вобаста ба ҳолати иммунизатсия					вояҳои номаълум
	Шумораи умумии ҳодисаҳои гумонбаршуда	Иммунизатсия нагирфтаанд	1-2 воя	3 вояи охир зиёда аз 10 сол пеш	3 вояи охир камтар аз 10 сол пеш	
То синни иммунизатсия	10	10	0	0	0	0
то 1 сола	37	24	9	0	3	1
0-4 сола	13	6	4	0	1	1
5-9 сола	2	0	1	0	1	1
15-19 сола	3	0	0	2	1	0
Ҳамагӣ	65	40	14	2	6	3

Яке аз сабабҳои зиёд шудани теъдоди ҳодисаҳои беморӣ ин боз мондани кӯдакон аз иммунизатсияи нақшавӣ бо вакцинаи пентавалентӣ ва АКДС мебошад. Чунин ҳолатҳо асосан ҳангоми тавсия додани зиддинишондодҳои беасос барои иммунизатсияи пентавалентӣ аз ҷониби табибон ва радқуниҳо аз тарафи волидайн рух медиҳанд. Ҷадвали 2.

Ҷадвали 2. Рӯйхати беморони кабудсулфа, ки иммунизатсия нашудаанд (дар ҳудуди минтақаҳои хизматрасони)

№	Муассисан тиббӣ	Ҳамагӣ иммунизатсия нашудаанд	Аз он ҷумла		
			Ради тиббӣ	аз иммунизатсия даст кашидан	номаълум
1	МД МСШ №1	2	0	1	1
2	МД МСШ №2	5	2	3	0
3	МД МСШ №3	4	2	2	0
4	МД МСШ №4	1	0	0	1
5	МД МСШ №6	2	1	1	0
6	МД МСШ №7	4	2	2	0
7	МД МСШ №10	3	0	3	0
8	МД МСШ №11	4	1	3	0
9	МД МСШ №12	3	2	1	0
10	МД МСШ №13	1	0	0	1
11	МД МСШ №14	4	1	3	0
12	Ҳамагӣ	33	11	19	3

Аз 33 нафари бемороне, ки тамоман иммунизатсия нашудаанд, 19 нафарашон волидон аз иммунизатсия даст кашидаанд, 11 нафарашон бо сабаби ради тиббӣ бо вакцинаи пентавалентӣ фаро гирифта нашудаанд ва 3 нафарашон бо сабабҳои номаълум иммунизатсия нашудаанд.

Хулосаҳо. Ҳамин тавр, бо мақсади таҳти назорат гирифтани зиддинишондодҳое, ки асоси худро наёфтаанд, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҷаласаи навбатии ҳайати мушовара аз 19 декабри соли 2016 (№12-7) қарор қабул намуд, ки дар назди сохторҳои шабакаи муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббии санитарии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ Комиссияи доимамалқунанда оид ба назорати кӯдакони аз иммунизатсия бозмондашуда таъсис дода шавад. Дар асоси қарори мазкур, дар сатҳи тамоми шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ комиссияҳои мазкур таъсис дода шудааст, ки барои асоснок намудани зарурати гирифтани вакцинаи пентавалентӣ ва АКДС, ҳалли худро меёбад.

Рӯйхати адабиёт.

1. WHO Global Health Workforce Statistics, Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce>, посостояниюна 20 апрели 2022 г.).
2. Бабаченко, И.В. Клинико-эпидемиологические аспекты коклюша у детей в условиях массовой вакцинопрофилактики / И.В. Бабаченко, Ю.В.Нестерова [и др.] // Журнал инфектологии. - 2019.- Т.11,№2.-С.88-96.
3. Диагностика коклюша и паракклюша: методические рекомендации. - М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2013.—56 с.
4. Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации. Рекомендации Минздрава РФ 12.04.2019. - М., 2019

Аброров М.М., Мамадаминов О.Н.
БАҚАЙДГИРИИ ҲОДИСАҲОИ ФАЛАЧИ ШАДИДИ СУСТ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
ДАВОМИ 10 МОҲИ СОЛИ 2019

Кафедраи ниғаждории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Муҳимият. Яке аз пешравии соҳаи тандурустии ҷаҳонӣ дар соли 2019, ин тасдиқ намудани сертификатсияи маҳви вируси фалаҷи намуди 3 дар сатҳи глобалӣ (17 октябри соли 2019) аз ҷониби Кумитаи глобалии сертификатсияи маҳви бемории фалаҷ мебошад.

Бояд қайд намуд, ки сертификатсияи маҳви вируси фалаҷи намуди 2 дар сатҳи глобалӣ соли 2015 тасдиқ шуда буд. Дар ҳоли имрӯз гардиши танҳо вируси фалаҷи намуди 1 дар се давлатҳои эндемикӣ ба монанди Ҷумҳурии Ислонд, Афғонистон, Покистон ва Нигерия бақайд гирифта мешавад.

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, кӯшиш ба ҳарч дода, тамоми ҷорабиниҳои пешгирикунандаро баҳри амалӣ гардонидани мақсаду вазифаҳои “Барномаи миллии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2016-2020” вобаста ба нигоҳ доштани мавқеи Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун давлати озод аз бемории фалаҷ ва “Нақшаи стратегияи глобалӣ оиди барҳамдиҳии бемории фалаҷ дар марҳилаи хотимагии он” равона кардааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои раванди бақайдгирии ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ҳисоботҳои Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии иммунопрофилактика”, оид ба бақайдгирии бемории фалаҷи сусти, таҳлили маводҳои озмоишгоҳӣ Муассисаи давлатии “Озмоишгоҳи миллии референсӣ” дар давоми 10 моҳи соли 2019 мавриди омӯзиш қарор гирифт. Талаботи нишондоди индикатории назорати эпидемиологӣ аз рӯи ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти баробар ба ≥ 2 ҳодиса ба 100 000 кӯдакони синнашон то 15 сола аст. Формула барои ҳисоб кардани нишондоди индикатори дарёфти ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти чунин мебошад:

Шумораи ҳодиса тақсими шумораи кӯдакони синнашон то 15 сола зарби 100 000 аҳоли. Агар ин нишондоди индикатори дарёфти ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти баланд бошад ин аз он шаҳодат медиҳад, ки ҳассосияти назорати эпидемиологӣ дар сатҳи хуб ба роҳ монда шудааст ва агар ин нишондоди мазкур паст бошад ин аз он гувоҳи медиҳад, ки назорати эпидемиологӣ дар сатҳи паст қарор дорад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва таҳлили он. Дар давоми даҳ моҳи соли 2019, дар сатҳи ҷумҳурӣ ҳамагӣ 75 ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти бақайд гирифта шудааст. Аз тамоми гумонбаршудагон намунаҳои кофии (адекватӣ) фазла гирифта шуда, барои гузаронидани таҳлили вирусологӣ ба Ташхисгоҳи боварибахши Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ дар шаҳри Москва – «Пажуишгоҳи фалаҷ ва энцефалитҳои вирусӣ ба номи М.П. Чумаков» фиристонида шудаанд, натиҷаҳои таҳлил: 70- ҳодиса манфӣ ба бемории фалаҷ ва 5-тоаш дар таҳлил мебошанд. Нишондоди индикатори дарёфти ҳодисаҳо баробар ба – 2,66 мебошад (талаботи нишондоди индикатории назорати эпидемиологӣ аз рӯи ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти баробар ба ≥ 2 ҳодиса ба 100 000 кӯдакони синнашон то 15 сола аст). Ин нишондод шаҳодат аз он медиҳад, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳассосияти системаи назорати эпидемиологӣ оид ба дарёфт намудани гумонбаршудагонӣ ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти баланд мебошад.

	Вилоятҳо, шаҳру ноҳияҳо	Ҳамагӣ ХФС	Натиҷаҳои таҳлили ташхисҳо ба бемории фалаҷ					Нишондоди индикатори дарёфти ХФС дар 100 000 аҳоли
			Мусбӣ ба фалаҷ	Манфӣ ба фалаҷ	Энтеровируси новобаста аз вируси фалаҷ	Вируси вобаста аз вакцина	Дар таҳлил	
1	ш. Душанбе	7	0	7	0	0	0	2,91
2	ВМКБ	3	0	3	0	0	0	6,14
3	вил. Сӯғд	18	0	16	0	0	2	2,43
4	мин. Бохтар	15	0	15	0	0	0	2,22
5	мин. Қўлоб	11	0	10	0	0	1	2,81
6	мин. Рашт	3	0	1	0	0	2	2,18
7	ш. Ваҳдат	0	0	0	0	0	0	0
8	н. Файзобод	2	0	2	0	0	0	4,83
9	н. Рӯдакӣ	6	0	6	0	0	0	2,77
10	н. Варзоб	2	0	2	0	0	0	6,37
11	ш. Турсунзода	4	0	4	0	0	0	3,70
12	ш. Ҳисор	3	0	3	0	0	0	2,66
13	н. Шаҳринав	1	0	1	0	0	0	1,30
Ҳамагӣ дар ҷумҳурӣ		75	0	70	0	0	5	2,66

Хулоса. Бояд қайд намуд, нишондоди индикатори дарёфти ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти (ХФС) дар тамоми ҷумҳури ба 2,66 ҳодиса ба 100 000 кӯдакони синнашон то 15 сола аст баробар аст ва ин аз он шаҳодат медиҳад, ки ҳассосияти назорати эпидемиологӣ аз рӯи ҳодисаҳои фалаҷи шадиди сусти дар тамоми ҷумҳури ки дар сатҳи баланд қарор дорад. Инчунин дар шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ коргузори дар самти амалигардонии вазифаҳои дар пешгузашташуда вобаста ба пешгирии бемориҳои сироятӣ ба воситаи иммунизатсия идорашаванда аз солҳои пеш бехтар шуда бошад ҳам, норасогиҳо то ҳол дида мешавад.

Банакшагирии иммунизатсияи кӯдакон дар сатҳи бунгоҳҳои саломатӣ ба таври зарурӣ ба роҳ монда нашуда, аксари вақт нақшаҳои солонаи бунгоҳҳои саломатӣ дар сатҳи марказҳои саломатии деҳотӣ тартиб дода шуда, то сатҳи бунгоҳҳо дастрас намегарданд.

Рӯйхати адабиёт.

1. WHO Global Health Workforce Statistics, Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topicdetails/GHO/health-workforce>).
2. “Барномаи миллии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2016-2020”

Авгонов Н.К., Давронзода И., Назурдинов А.Б. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ФАРХОР- СКОМ РАЙОНЕ В ПЕРИОД 2015-2019гг.

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время проблема обеспечения населения качественной питьевой водой возрастает ежедневно, оказывая непосредственное влияние на санитарно-эпидемиологические, социальные, экономические и экологические факторы, которые, в свою очередь, влияют на здоровье населения [3]. В последнее время, в связи с обострением водных проблем в мире, вопросы устойчивого водообеспечения государств рассматриваются в контексте проблем национальной безопасности. Обеспечение населения качественной питьевой водой в настоящее время является одной из актуальнейших задач, в связи с загрязнением водоисточников, ухудшением санитарно-эпидемиологической обстановки, неудовлетворительным техническим состоянием систем водоснабжения и, как следствие, ростом заболеваемости кишечными инфекциями, обусловленной водным фактором передачи [4]. Критерием эпидемической безопасности питьевой воды является отсутствие в ней патогенных и потенциальнопатогенных микроорганизмов [1]. Реализация в Таджикистане действующей Национальной Программы по улучшению обеспечения населения чистой питьевой водой на 2008-2020 годы позволило уже к 2015 году увеличить доступ значительного количества населения к качественной питьевой воде.

Хатлонская область является регионом повышенной заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ), формирующимися преимущественно в сельских населённых пунктах, где отмечается неудовлетворительное санитарно-коммунальное благоустройство, неупорядоченное водоснабжение, канализация и вопросы санитарной очистки [5]. Самая высокая заболеваемость дизентерией наблюдалась в 1997 г. в Хатлонской области - 844,0 на 100 тыс., что в 2,1 раза была выше республиканского показателя. Это было обусловлено более высокой обращаемостью населения за медицинской помощью [2].

Однако до настоящего времени недостаточно изучены эпидемиологические особенности высокой заболеваемости кишечной инфекции в различных климатогеографических зонах Республики Таджикистан. Не установлены предпосылки и предвестники осложнения эпидемиологической ситуации в отношении ОКИ в постэпидемическом периоде, причины и условия, способствующие высокой заболеваемости среди населения в разных регионах республики, в том числе в Фархорском районе. За годы межаджикского вооружённого противостояния 1992-1999 гг. произошло резкое ухудшение социально-экономической, санитарно-гигиенической и эпидемиологической ситуации в стране. Серьёзные нарушения систем жизнеобеспечения способствовали развитию эпидемий инфекционных заболеваний, в частности дизентерии, брюшного тифа и другие ОКИ.

Цель исследования. Изучить особенности эпидемического процесса острых кишечных инфекций и выявить основные факторы, способствующие их распространению в Фархорском районе.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе учреждений Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) и центральной районной больницы (ЦРБ) Фархорского района. Материалами исследований были: формы отчётности ЦГСЭН Фархорского района, истории болезни, эпидемические карты населённых пунктов. Проводилась обработка журналов регистрации инфекционных отделений ЦРБ Фархорского района, анкетирование среди отдельных групп населения.

В процессе работы были применены: эпидемиологические, социологические, гигиенические, статистические и ретроспективный методы исследования. Статистическая обработка результатов осуществлена с применением программы MS Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы изучали заболеваемость ОКИ (на 100 тысяч населения) в Фархорском районе в период 2015-2019гг. (рисунок 1). Анализ данного рисунка показывает, что с 2015 года ОКИ имеет тенденцию к снижению как в республике (665,3-2015г; 461,5-2019г.), так и в Фархорском районе (325-2015г; 169,5-2019г.).

Также мы изучали случаи заболеваемости ОКИ установленной и не установленной этиологии (на 100 тысяч населения). Своевременное установление этиологического фактора, является приоритетом в работе врачей. Как известно, это, прежде всего, зависит от оснащённости лаборатории, современного оборудования, от квалификации и опыта специалистов лаборатории, от своевременного раннего забора материала для лаборатории до назначения антибиотиков.

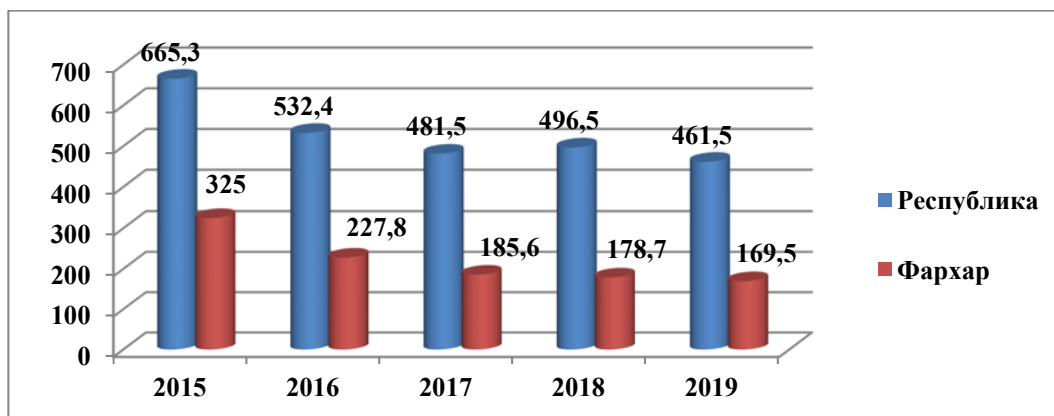


Рисунок 1. Заболеваемость ОКИ в республике и Фархорском районе в период с 2015 по 2019 год (на 100 тысяч населения)

Соотношение выявляемости возбудителя ОКИ неустановленной этиологии представлено на рисунке 2. Из рисунка видно, что выявляемость возбудителя ОКИ в течении 10 лет в Фархорском районе постепенно снизилась. Если ОКИ установленной этиологии в 2010 году было 14,2%, то в 2014 году она ниже 11,5% и в 2019г. -7,4%.

При этом ОКИ неустановленной этиологии из года в год растёт. Из этого следует, что причина неустановления возбудителя ОКИ связана с низкой оснащённостью лаборатории и слабой профессиональной подготовкой специалистов лаборантов.

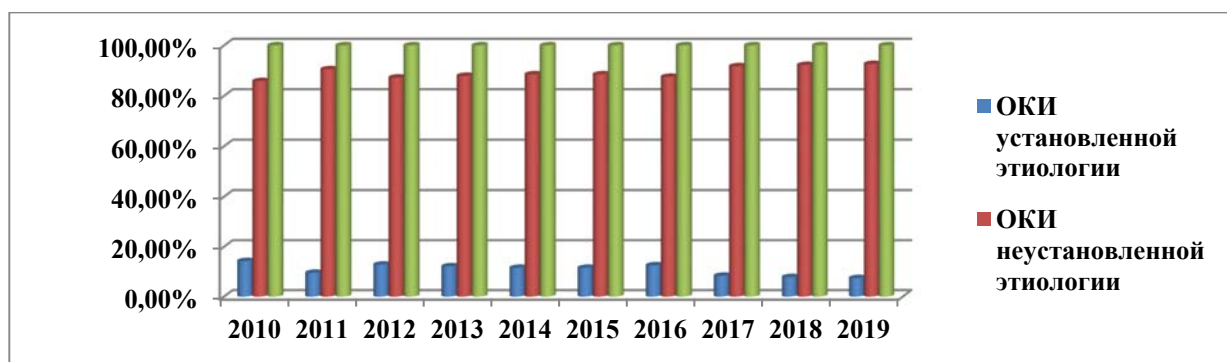


Рисунок 2. Процентное соотношении ОКИ установленной и неустановленной этиологии в период (2010-2019 гг.) в Фархорском районе

Выводы. В Фархорском районе периодически, особенно, в весеннее и осеннее время отмечается рост заболеваемости ОКИ. Основным фактором распространения кишечной инфекции в Фархорском районе является использование недоброкачественной питьевой воды. 79,7% населения обеспечено нецентрализованным водоснабжением (каналы, реки, арыки и т.д.).

Выявлено, что, как и в других регионах РТ, в Фархорском районе, в основном, болеют дети и подростки, а также лица в возрасте 18-19 лет. Следует отметить, что высокие показатели заболеваемости связаны с использованием воды из открытых водоёмов для хозяйственно-питьевых нужд и низкой санитарной культурой сельского населения. Нами показано, что по сравнению с 2015г., в 2019г. уровень заболеваемости в Фархорском районе снизился на 22%.

Список литературы:

1. Научное обоснование совершенствования санитарно-бактериологического мониторинга при питьевом водопользовании / Ю.А. Рахманин [и др.] // Гигиена и санитария. – 2014. - № 6. – С. 68-71.
2. Рафиев, Х.К. Эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций в РТ / Х.К. Рафиев, Н.С. Одинаев // Вестник педагогического университета. – 2012. - № 2. – С. 106-109.
3. Сергеева, Е.С. Значение санитарно-гигиенических показателей качества воды источников водоснабжения при оценке инфекционной заболеваемости населения / Е.С. Сергеева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. - № 10(3). – С. 369-72.
4. Тенденции в многолетней динамике заболеваемости населения острыми кишечными инфекциями и эпидемиологические особенности вспышек в последние годы/ В.И. Сергеев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные заболевания. – 2015. - № 20 (4). – С. 17-21.
5. Факторы передачи инфекции при распространении кишечных заболеваний в различных регионах Республики Таджикистан / Х.К. Рафиев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 10.25005/2074-0581-2017-19-3-387-392.

Азизов З.А., Хасанова З.М., Бабаев М.Р.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В УРОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К.

Актуальность. Значительная часть в структуре внутрибольничных инфекций (ВБИ) составляют послеоперационные осложнения хирургического профиля, которые являются актуальной проблемой в системе здравоохранения [2]. Уровень осложнений внутрибольничными инфекциями мочевыводящих путей (ВБИ МП) в урологических стационарах, по данным исследователей, остаётся от 8 до 40% [1].

На сегодняшний день в урологической практике с большим успехом применяются миниинвазивные вмешательства, среди которых частота эндоскопических операций составляет 70-95%. В 95% случаев эндоскопические хирургические вмешательства используются и при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) [3].

ДГПЖ чаще всего наблюдается у мужчин старшего возраста. При этом у мужчин в возрасте от 50 до 60 лет данная патология встречается в 40% случаев. Традиционная аденомэктомия у пациентов пожилого и старческого возраста, осложнённых сопутствующими заболеваниями имеет свои противопоказания, часто исключающие его выполнение [5]. В связи с этим решение этой сложной задачи в определённой степени зависит от внедрения в клиническую практику эндоскопических трансуретральных методов лечения, среди которых самым популярным и эффективным способом является трансуретральная резекция простаты (ТУР), которая остаётся «золотым стандартом» в её лечении [4].

Материал и методы исследования. Комплексные клинические исследования проведены у 112 больных с внутрибольничными инфекциями мочевыводящих путей (ВБИ МП), выявленные из 480 оперированных пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Возраст больных с ДГПЖ составил от 52 до 86 лет. Из 480 больных с ДГПЖ 172 больным было произведено эндоскопическое оперативное вмешательство, 299 больным были проведены открытые операции и 9 больным - троакарную цистостомию. Диагностика ВБИ МП проводилась всем 112 больным на основании критериев, включающие характерные клинические, лабораторные, бактериологические и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлен характер ВБИ после различных методов оперативного лечения (ТУР и открытые операции). Из 480 больных с ДГПЖ – 172 больным (35,8%) было произведено эндоскопическое оперативное вмешательство - трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР ПЖ), 299 больным (62,3%) были проведены открытые операции - (трансвезикальная аденомэктомия (36,7%), цистолитотомия и аденомэктомия - 25,6%) и 9 больным (1,9%) - троакарную цистостомию (табл. 1, рис. 1).

Таблица 1

Удельный вес различных способов оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Заболевания	Способы оперативного лечения, количество						Всего	
	Трансуретральная резекция (ТУР)		Открытые операции		Троакарная цистостомия			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ДГПЖ	172	35.8	299	62.3	9	1.9	480	100.0

Из таблицы 1 и рисунка 1 видно, что наибольший удельный вес среди всех способов оперативного лечения у больных с ДГПЖ составляют открытые операции, доля их составляет – 299 случаев (62,3%), ТУР – 172 (35,8%).

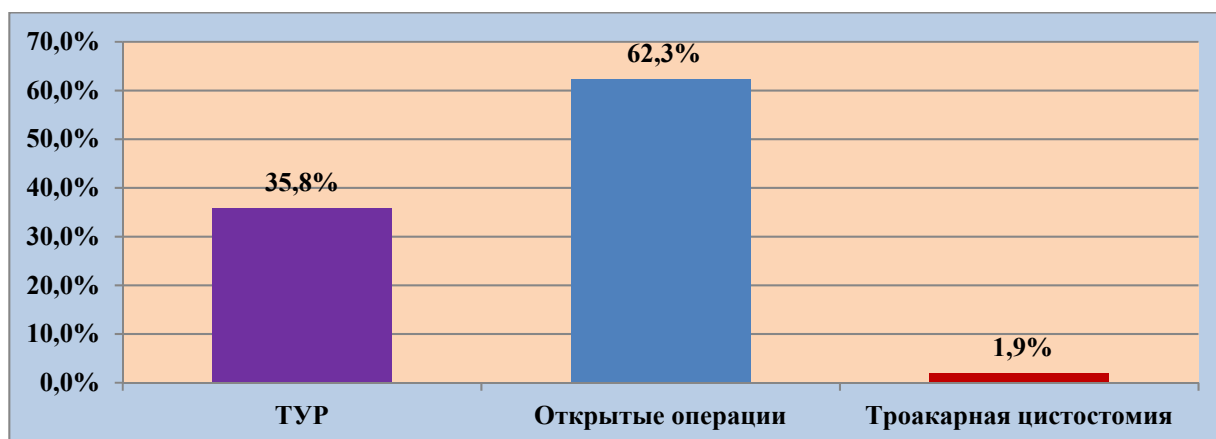


Рисунок 1. Удельный вес различных методов оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Снижение процента эндоскопической операции связано с его высокой стоимостью. Частота проведенных эндоскопических и традиционных оперативных вмешательств больным приведена в таблице 2.

Таблица 2

Виды оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Виды операции	Количество больных	
	Абс.ч.	%
Эндоскопическая операция		

– Трансуретральная резекция ДГПЖ (ТУР)	172	35,8
Открытые операции		
– Трансвезикальный аденомэктомия	176	36,7
– Цистолитотомия и аденомэктомия	123	25,6
– Троакарная цистостомия	9	1,9
Всего	480	100

В таблице 2 приведены виды оперативного лечения пациентов с ДГПЖ. ТУР провели пациентам в 35,8% случаях. Из традиционных видов оперативного вмешательства в 36,7% случаях провели трансвезикальную аденомэктомию и цистолитотомию с аденомэктомией – 25,6%, и троакарную цистостомию – 1,9% пациентам.

В наших исследованиях показана частота эндоскопических методов лечения больных с ДГПЖ по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, и снижена она в 1,7 раз и составляет соответственно 35,8% и 62,3%. Из 480 оперированных больных с ДГПЖ в 112 случаях (23,3%) после оперативного вмешательства возникли осложнения инфекционно-воспалительного характера, связанные с ВБИМП. После ТУР из 172 пациентов с ДГПЖ внутрибольничная инфекция мочевыводящих путей возникла в 32 случаях (18,6%), после открытых операций из 299 пациентов – в 80 случаях (26,8%). В 9 случаях (1,9%) троакарной цистостомии ВБИ не отмечены, так как на 2-3 сутки выписаны. Осложнения ВБИМП возникали в процессе обследования и лечения в стационарных условиях. В моче у больных высеивали штаммы микроорганизмов, которые не высеивались при поступлении в стационар.

В таблице 3 приведена частота осложнений, связанных с ВБИМП у пациентов с ДГПЖ после ТУР и открытых операций.

Таблица 3

Нозологические формы внутрибольничной инфекции мочевыводящих путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после трансуретральной резекции и открытых операций (n=480)

Интерпретация предстательной железы после трансуретральной резекции и открытых операций (n=100)						
	Нозологические формы ВБИ	Виды оперативных вмешательств				p
		ТУР (n=172)		Открытые операции (n=299)		
		абс.	%	абс.	%	
1.	Нагноение п/о раны	-	-	38	47,5	
2.	Острый орхоэпидидимит	13	40,6	21	26,3	>0,05
3.	Острый уретрит	10	31,3	15	18,8	>0,5
4.	Острый цистит	7	21,9	2	2,5	<0,01
5.	Восходящий пиелонефрит	2	6,3	4	5,0	>0,5
	Всего:	32	100	80	100	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между видами оперативных вмешательств

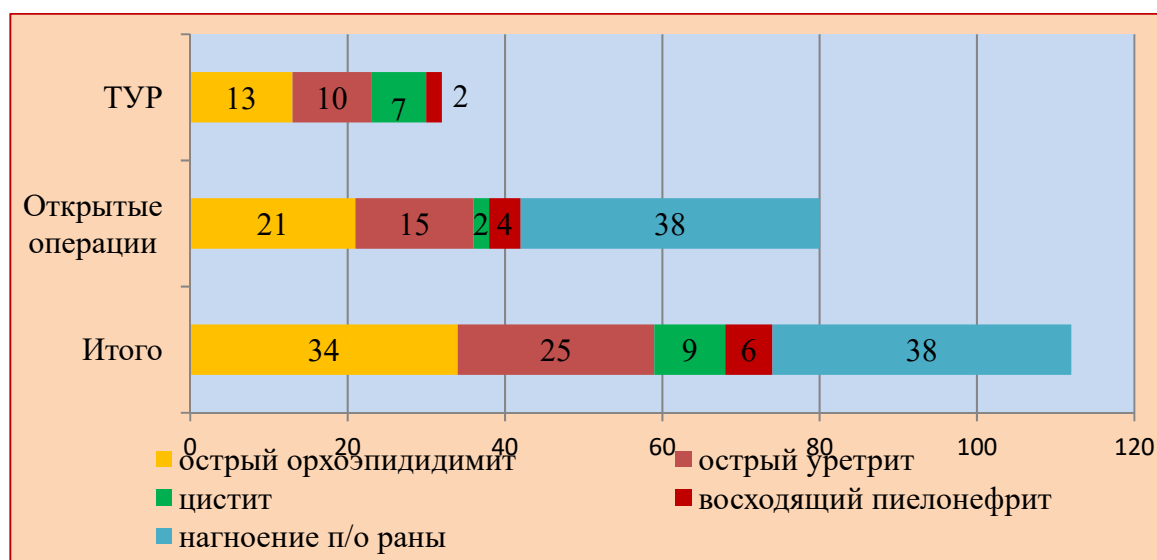


Рисунок 2. Нозологические формы ВБИМП у пациентов с ДГПЖ после ТУР и открытых операций (n=480)

В 172 случаях пациентам с ДГПЖ произведена ТУР предстательной железы, у 32 (18,6%) обнаружена ВБИ. Среди общего числа наблюдаемых осложнений при ТУР в 40,6% случаев имел место острый орхоэпидидимит, в 31,3% случаев встречался острый уретрит, в 21,9% случаев был выявлен острый цистит, ещё в 6,3% случаев наблюдался восходящий пиелонефрит.

Трансвезикальная аденомэктомия и цистолитотомия с аденомэктомией проведены 299 пациентам с ДГПЖ, ВБИМП отмечены у 80 (26,8%). Нагноение послеоперационных ран занимает первое место среди других осложнений – 47,5%, острый орхоэпидидимит – 26,3%, острый уретрит – 18,8%, острый цистит и восходящий пиелонефрит составили 2,5% и 5,0% соответственно (табл. 3, рис. 2).

Выводы. Мы определили уровень внутрибольничной инфекции у больных с ДГПЖ в зависимости от вида

оперативных вмешательств. На основе нашего анализа и проведённых исследований в условиях урологической клиники удельный вес открытых операций повышен (62,3%) по сравнению с эндоскопическими методами операций (35,8%). Низкий процент удельного веса эндоскопических операций в наших условиях связан с высокой стоимостью данной операции. Из 480 больных выявлена ВБИ у 23,3% больных, из них после эндоскопических методов операции – 18,6%, при открытых операциях в 26,8% случаях. Показана частота эндоскопических методов лечения больных с ДГПЖ, которая снижена в 1,7 раз по сравнению с традиционными открытыми оперативными вмешательствами.

Список литературы:

1. Кузнецов, В.В. Факторы риска развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и оценка их информационной значимости / В.В. Кузнецов // Ж. Гродненского государственного медицинского университета. -2013. -№ 4. -С. 65-70.
2. Орлова, О.А. Структура внутрибольничной заболеваемости в хирургическом стационаре / О.А. Орлова // Инфекция и иммунитет. Актуальные вопросы частной эпидемиологии. - 2012. - Т.2. - № 1-2. - С. 490.
3. Сергиенко, Н.Ф. Отличительные особенности чреспузырной экстрауретральной аденомэктомии от трансуретральной резекции простаты при аденоме / Н.Ф. Сергиенко // Урология. - 2010. - № 5. - С. 29-35.
4. Шорманов, И.С. Тактика лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в стадии декомпенсации / И.С. Шорманов // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. - 2016. - № 2(38). - С. 56-74.
5. Kresevic, D.M. Patterns of benign prostatic hyperplasia associated urinary retention: indwelling urinary catheter use and clinical sequelae / D.M. Kresevic // *Urology Practice*. - 2016. - Vol. 3. - Issue 2. - pp. 118-123.

Азизов З.А., Каримов С.С., Сангзода З.М.

ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАНЕЕ ЭНДЕМИЧНЫХ ПО МАЛЯРИИ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Малярия является одним из наиболее распространённых и социально-значимых заболеваний, в связи с чем значительно возросла финансовая и техническая помощь большинству эндемичных стран для снижения заболеваемости населения малярией и достижения элиминации [2]. В результате успешных профилактических и противозаразных мероприятий в рамках национальных программ и национальных стратегических планов в Республике Таджикистан удалось добиться значительного снижения заболеваемости малярией [6].

Местная передача малярии в республике была впервые прервана в 2015 году, и в настоящее время после семи лет отсутствия местной передачи малярии, страна достигла элиминации малярии и перешла на стадию предупреждения восстановления передачи малярии [1].

Элиминация малярии означает снижение случаев местной передачи малярии до 0, благодаря проведенным противомаларийным мероприятиям. При этом должно быть доказано, что местная передача возбудителей малярии через малярийных комаров не происходила в течение последних трёх лет на территории, где прежде была зарегистрирована трёхдневная и тропическая малярия [4]. Сертификация элиминации малярии является официальным признанием ВОЗ статуса страны, свободной от малярии. Сертификация выдаётся, когда страна продемонстрировала, со строгими и достоверными доказательствами, что цепочка местной передачи малярии комарами *Anopheles* была прервана по всей стране [4].

Несмотря на все усилия, риск восстановления малярии в республике остаётся высоким, в первую очередь в районах, приграничных с Исламским государством Афганистан [3]. Сложившаяся ситуация требует усиления эпиднадзора за малярией в приграничных районах. Так как даже несколько случаев из Афганистана могут привести к реактивации очагов малярии в Республике Таджикистан. Это требует интенсивных, целенаправленных и комплексных усилий в направлении профилактики малярии в районах, граничащих с Афганистаном, путём проведения паразитологических исследований [3].

Диагностика возбудителей малярии остаётся одной из главных задач при мониторинге и мероприятиях по предупреждению восстановления передачи малярии, и продолжает оставаться основным методом паразитологической диагностики малярии, особенно в период элиминации и предупреждения восстановления малярии для оценки достоверности отсутствия местной передачи малярии [5].

Цель исследования. Оценка достоверности наличия или отсутствия местных случаев малярии на территории Таджикистана путём проведения паразитологических исследований среди населения ранее эндемичных по малярии районов, а также среди временных переселенцев из Исламского государства Афганистан.

Материал и методы исследования. Паразитологические исследования в 2020 г. были проведены в Пянджском, Ш.Шохин, М.С.А. Хамадони и Восейском районах Хатлонской области, а в 2021 г. в Пянджском, Ш.Шохин, М.С.А. Хамадони и Фархорском районах Хатлонской области, а также в Дарвазском и Ванчском районах Горно-Бадахшанской автономной области. В каждом целевом районе отбирались посёлки, в которых недавно регистрировались местные или завозные (занос) случаи малярии. Также исследованием было охвачено население в приграничных с Афганистаном населённых пунктов целевых районов Таджикистана.

В период проведения исследований беженцы из Афганистана в целевых районах отсутствовали, однако 143 беженца, которые были размещены в городе Бохтар (бывший Кургантюбе) охвачены были паразитологическим исследованием. В каждом районе обследованы и взяты образцы крови у более 200 лиц. Всего в ходе исследования осуществлено взятие крови у 2456 лиц (1016 лиц в 2020 г. и 1440 лиц в 2021 г.) в целевых районах. Забор и исследование препаратов крови осуществлено по стандартной методике ВОЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. Картина распределения обследованных лиц показывает, что в

ходе исследования были охвачены почти все возрастные группы: 0-5 л. – 58 чел. (4%); 6-10 лет – 129 чел. (8,9%); 11-20 лет – 294 чел. (20,4%); 21-30 лет – 398 чел. (27,6%); 31-40 лет – 237 чел. (16,4%); 41-50 лет – 121 чел. (8,4%); 51 и старше – 203 чел. (14,1%).

Таблица 1

Число обследованных лиц на малярию в 2020 г.

Наименование районов	Название населённых пунктов	Число обследованных лиц на малярию	Результаты исследования
	погранзаства Бог	34	отр.
	погранзаства Саломалек	29	отр.
	погранзаства Бахорак	37	отр.
	уч. Гулистон	132	отр.
	уч. Джилга	25	отр.
Всего:		257	
Восейский	уч. Шобика	252	отр.
Всего:		252	
Хамадони (бывший Московский)	уч. Сафар Гадои	250	отр.
Всего:		250	
Пяндж	Уч. Гушун	257	отр.
Всего:		257	
ИТОГО:		1016	

Заболеваемость населения разных возрастных групп связана с проявлениями эпидемического процесса, с различной манифестностью заболеваний. Возрастная категория от 6 до 40 лет больше всего находится под риском заражения малярии, т.к. её представители имеют больше контактов с переносчиками малярии (*An. superpictus*, *An. pulcherrimus*). В связи с чем, наибольшее число (71%) обследованных нами лиц относятся к этой возрастной категории и наличие основных переносчиков в той или иной территории обследованных населённых пунктов подтверждается результатами проведенных нами научных исследований.

Кроме того, особое внимание уделялось исследованию личного состава пограничных застав. В связи, с чем в районах Дарваз, Ванч и Ш.Шохин от 2,5 до 63% обследованных лиц были военнослужащие погранзастав. Из общего числа обследованных лиц методом микроскопии положительные результаты не были обнаружены (Таблица 2).

Таблица 2

Число обследованных лиц на малярию в 2021 г.

Наименование районов	Название населённых пунктов	Число обследованных лиц на малярию	Результаты исследования
	Рузвай	100	отрицательный
	Дуробак	37	- // -
	Паткуноб	56	- // -
	Сангевн	2	
	П/застава 0409	5	- // -
	Итого	200	
	Панчшанбеобод	83	отрицательный
	П/застава Панчшанбеобод	49	- // -
	Пшихарв	1	- // -
	Баравн	50	- // -
	Лугат	3	- // -
	Узбай	1	- // -
	Лангар	2	- // -
	Вахдат	15	- // -
	П/застава Даштак	19	
	Итого	223	
	Хирманджо	17	отрицательный
	Кишт	20	- // -
	Анджироб	28	- // -
	Ёл	54	- // -
	П/застава Хирманджо	47	- // -
	П/застава Шохон	79	- // -
	Итого	245	
	Сайёд	68	отрицательный
	Ганджави	50	- // -
	Сайроб	69	- // -
	Панджоб	42	- // -
	Итого	229	
	пос. Фархор	5	отрицательный

	Аловуддин	5	- // -
	Галаба	6	- // -
	Даркад	6	- // -
	Н. Сафар	7	- // -
	Нури Шарк	2	- // -
	Сурхоб	5	- // -
	Файзобод	164	- // -
	Итого	200	
	Вахдат	3	отрицательный
	Гушун	100	- // -
	К.Сайфуддин	7	- // -
	Мехвар	17	- // -
	Намуна	28	- // -
	Озодагон	29	- // -
	Шахрак	16	- // -
	Итого	200	- // -
Беженцы из Афганистана		143	отрицательный
ВСЕГО		1440	

Следует отметить, что микроскопия препарата крови имеет ограничения, связанные с исходно низкой паразитемией, либо обусловленные относительно ограниченным количеством исследуемой крови при дефектах приготовления «толстой капли».

В связи с чем, нами в 2014 г. совместно со специалистами Института медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского были проведены исследования по достоверности отсутствия местной передачи малярии в Таджикистане с использованием ПЦР диагностики. Возможность использования препаратов крови «толстая капля», приготовленного для рутинных микроскопических исследований, ПЦР повышает и расширяет роль и значение препаратов «толстая капля» в диагностике малярии и позволяет использовать эти препараты для ретроспективного контрольного исследования в целях исключения гиподиагностики малярии в очагах с низкой пораженностью населения.

В результате проведенной работы в 2014 году, было исследовано 750 образцов крови жителей оздоровленных очагов в районах Таджикистана. Ни в одном из проведенных экспериментов с использованием ПЦР-диагностики не было обнаружено четкого положительного сигнала, подтверждающего наличие возбудителя малярии.

Выводы. В ходе проведения данного исследования среди 2456 обследованных лиц положительных результатов не было обнаружено, что доказывает отсутствие местной передачи малярии в исследованных населенных пунктах и пограничных заставах при наличии возможного риска заноса малярии с Исламского государства Афганистан (ИГА). Однако существует необходимость продолжить оценку достоверности элиминации малярии ПЦР-исследованием крови с участием специалистов из международных лабораторий.

Несмотря на успешное поддержание достигнутого благополучия, в стране риск завоза/заноса и возобновления местной передачи малярии остаётся высоким. В связи с этим необходимо и в дальнейшем усилить работу системы эпиднадзора и профилактических мероприятий для недопущения возникновения местных случаев и эпидемий вследствие завоза/заноса малярии из Афганистана и других стран.

Список литературы:

1. Каримов, С.С. Элиминация тропической малярии в Таджикистане: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.С. Каримов. - Москва, 2015. - 45 с.
2. Малярия в Европейском регионе ВОЗ. На пути к элиминации 2000-2015 / Ежов М.Н. [и др.] // - Копенгаген, 2017. - 154 с.
3. Предупреждение восстановления местной передачи малярии в приграничных с Афганистаном районах Республики Таджикистан / С.П. Алиев [и др.] // Вестник смоленской государственной медицинской академии. - 2018. - Т.17. - № 3. - С. 64-69.
4. Стратегический план по предупреждению восстановления передачи малярии в Республике Таджикистан на 2019-2023 гг. - Душанбе. - 2019. - 40 с.
5. Токмалаев, А. К. Клиническая паразитология / А.К. Токмалаев, Г.М. Кожевникова. - М.: МИА, 2010. - 432 с.
6. Kondrashin, A. Elimination of Plasmodium falciparum malaria in Tajikistan / A. Kondrashin, A. Sharipov, D. Kadamov // Malaria Journal. - 2017. - N 16. - P. 226-237.

1 Азимов Г.Д., 2Рахмоналиев О.Б., 1Эдрок Абдул Матин

СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВОДООБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г.ДУШАНБЕ С ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ

1. Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К.

ГОО ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

- 2 Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»
Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
2. ГУ «Научно-исследовательской институт профилактической медицины Таджикистана»

Актуальность. Вода является одним из самых значительных факторов формирования качества жизни и общественного здоровья населения во многих странах мира [1]. Учитывая актуальность проблемы водообеспечения в жизнедеятельности человечества, Генеральной Ассамблеей ООН по инициативе Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона 2018-2028 годы провозглашены Международным десятилетием действий «Вода для устойчивого развития, 2018-2028 годы» [2].

В Республике принимаются меры по улучшению водоснабжения. Принята «Национальная программа по улучшению обеспечения населения РТ чистой питьевой водой на 2008-2020гг.», однако пока 90% населения в городах и только 40% населения в сельской местности имеют доступ к централизованному и безопасному водоснабжению. В этих условиях в течение многих лет Таджикистан является регионом повышенной заболеваемости острыми кишечными инфекциями [3,4].

В связи, с чем представляет интерес состояние удовлетворенности городским населением, в частности г. Душанбе, количеством и качеством подаваемой питьевой воды соответствующими коммунальными службами.

Цель работы. Проведение исследований по удовлетворенности населения г. Душанбе количеством и качеством питьевого водообеспечения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с использованием двух методов исследования: количественного, путём опроса жителей города Душанбе методом индивидуального интервью «лицом к лицу», и проведением фокус-групповых дискуссий, с применением многоступенчатой стратифицированной случайной выборки, пропорциональной доле абонентов зон водоснабжения Душанбинского водоканала. Отбор индивидуальных абонентов осуществлялся с учётом существующих пропорций распространённых видов жилья (многоэтажные дома и дома частной застройки).

Объём выборки составил 1530 индивидуальных абонентов. После сбора данных все анкеты были введены в базу данных в формате CSPro, позволяющей полностью исключить ошибки ввода данных в компьютерную базу. Анализ данных по опросу жителей был осуществлен с применением программных пакетов SPSS и MS Excel.

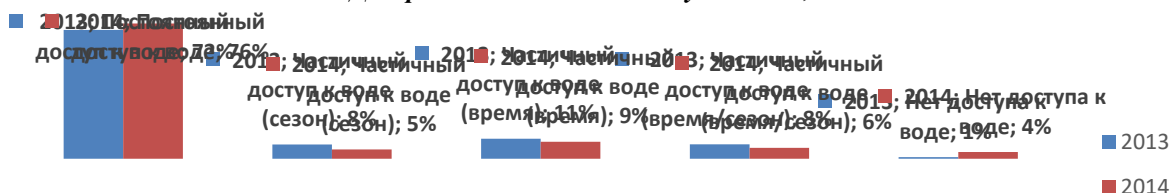
Результаты исследования и их обсуждение. В г. Душанбе водоснабжение жилых домов обеспечивается 4 водопроводными станциями: очистная станция самотечного водопровода (ОССБ); очистная станция напорного водопровода (ОСНВ); Юго-Западная водоочистная станция (ЮЗВ) и кафирниганская насосная станция (КНС).

ОССБ и ОСНВ используют воду реки Варзоб, КНС использует подземные инфильтрационные воды реки Кафирниган, а ЮЗВ – подземные инфильтрационные воды реки Душанбинки.

Три четверти (72-76%) из числа опрошенных граждан г. Душанбе, имеют постоянный доступ к воде. Ещё 9-11% имеют ограниченный доступ, зависящий от времени суток и сезона. Согласно ответам респондентов, с ограничениями доступа к воде сталкиваются: в зависимости от времени суток – 9% респондентов; в зависимости от сезона – 5-8% респондентов; в зависимости от времени суток и от сезона – 6-8% респондентов (диаграмма 1).

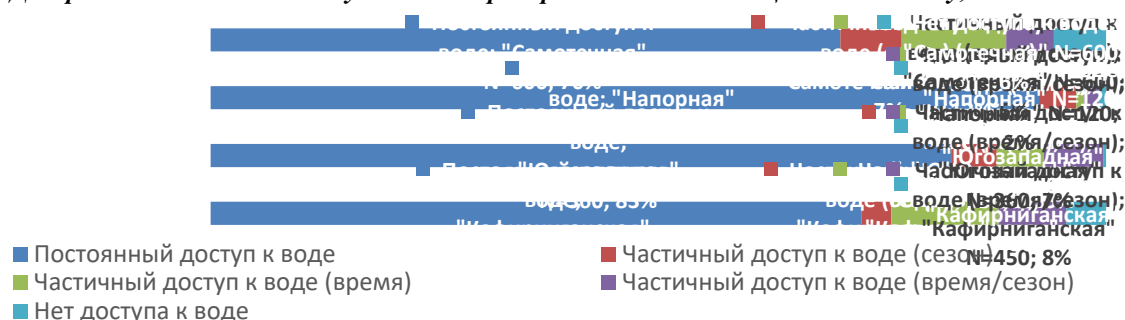
В комментариях к вопроснику респонденты указывали причины ограниченного снабжения водой, в основном связанные с износом и выходом из строя водопроводными трубами, и проводимыми ремонтными работами. В этом отношении проблемными территориями в городе являются улицы Шевченко, Зокони, Сахбо и Шукухи.

Диаграмма 1. Наличие доступа к воде, N=1530



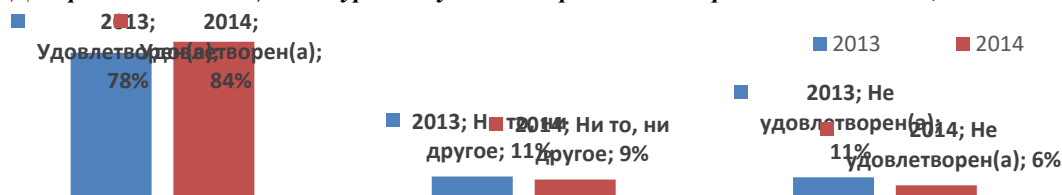
Как показали результаты опроса населения, меньше других с проблемами в доступе к воде сталкиваются респонденты, обслуживаемые водопроводной станцией «Напорная» – 93% абонентов имеют постоянный доступ к воде. Хуже ситуация с доступом к воде обстоит у респондентов, обслуживаемых водопроводной станцией «Самотечная» – лишь 70% имеют бесперебойный доступ к воде. В зонах обслуживания станций «Юго-Западная» и «Кафирниганская» этот показатель составляет 83% и 73% соответственно (диаграмма 2).

Диаграмма 2. Наличие доступа к воде в распределении по станциям в 2014 году, N=1530



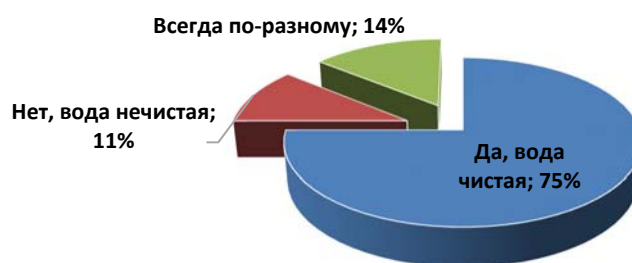
Исследования показали, что большинство респондентов (84%) удовлетворены доступом к воде. Почти в два раза снизилось количество неудовлетворенных доступом к воде респондентов (диаграмма 3). Чуть более 6% респондентов были не удовлетворены и около 9% не смогли выразить свою удовлетворенность доступом к воде (диаграмма 3).

Диаграмма 3. Обобщенный уровень удовлетворённости в сравнении по годам, N=1475



Согласно результатам проведенных исследований у большинства респондентов, напор воды всегда сильный (51%), что на 5% больше аналогичного показателя прошлого года, и всегда средний (30%). Только у 13% напор воды всегда слабый, что ниже показателя прошлого года на 2%. Остальные 6% респондентов отметили, что у них изменчивый напор воды.

Диаграмма 4. Вода, доступная в Вашем доме/квартире чистая? N=1475



Результаты исследований, свидетельствуют, что большинство респондентов (75%) отмечают, что пользуются чистой водой, т.е. вода у них прозрачная и не имеет посторонних веществ, 11% пользуются нечистой водой и 14% сказали, что чистота воды каждый раз разная (иногда чистая, а иногда нет). Респондентам, у которых совсем нет воды, данный вопрос не задавался (диаграмма 4).

Наиболее благоприятная ситуация с доступом к воде наблюдается в зоне обслуживания станции «Напорная» (93% респондентов имеют постоянный доступ к воде, что даже выше прошлогоднего показателя) и в нижних этажах квартирных жилых домов (84% респондентов имеют постоянный доступ к воде). Для улучшения доступа к воде 8% респондентов используют дополнительные оборудования, 39% - насос для дома или квартиры, 59% - насос для подъезда и 3% от числа респондентов провели отдельную трубу.

По результатам исследования абсолютное большинство респондентов водопроводных станций «Самотечная» и «Напорная» (93%) отметили, что не ощущали в воде посторонний запах. Только 7% респондентов ощущали в воде посторонний запах. Исследование показало, 39% респондентов за последние годы заметили случаи подачи некачественной воды. У 49% респондентов не было случаев подачи некачественной воды. А остальные 12% респондентов не смогли ответить на данный вопрос, так как не помнили, когда они в последний раз замечали случаи подачи некачественной воды.

Выводы.

1. Результаты опроса населения свидетельствуют, что меньше других с проблемами к доступу питьевой воды сталкиваются респонденты, обслуживаемые водопроводной станцией «Напорная» – 93% . Хуже ситуация с доступом к воде обстоит у респондентов, обслуживаемых водопроводной станцией «Самотечная» –70%, в зонах обслуживания водопроводных станций «Юго-Западная» и «Кафирниганская» этот показатель составляет 83% и 73% соответственно.
2. Самый высокий уровень качества питьевой воды, опрошенные респонденты отмечали в зонах обслуживания водопроводных станций «Юго-Западная» и «Кафирниганская» более 90%, водопроводных станций «Самотечная» и «Напорная» от 75 до 83%.
3. По результатам опроса населения ситуация с питьевым водообеспечением в г.Душанбе требует улучшения количества подаваемой водопроводными станциями воды, путём снижения предприятиями потребления воды и улучшения качества её водоподготовки за счёт внедрения современных систем очистки и обеззараживания.

Литература:

1. Рахманин Ю.А. Актуальные проблемы обеспечения населения доброкачественной питьевой водой и пути их решения / Ю.А. Рахманин, Р.И. Михайлова, Л.Ф. Кирьянова // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2016. - №4. - С. 9-17.
2. ВОЗ. Инвестирование в водоснабжение и санитарию: расширение доступа, уменьшение неравенства WHO/FWC/WSH/15.06 [Текст]. - 2018. - 20с.

3. Дабуров К.Н. Санитарно - гигиеническое состояние питьевого обеспечения населения в Республике Таджикистан и меры по ее улучшению / К.Н. Дабуров, Г.Д. Азимов, Х.К. Рафиев // Вестник педагогического университета. - Душанбе. - 2014. - №2. - С. 119-121.
4. Рахманов Э.Р. Особенности эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики брюшного тифа в экстремальных условиях (по материалам Республики Таджикистан).: Автореф. дисс... докт. мед. наук. –Душанбе. - 2004. - С. 235.

1 Азимов Г.Дж., 2М.У. Каюмова., 2Д.Д. Пиров

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫХ СТОЧНЫХ ВОД В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

1 Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

2 Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Введение. Основным источником загрязнения поверхностных вод, почвы, подземных водоносных горизонтов, хозяйственно-питьевой воды пропагандивными формами бактерий и гельминтов являются хозяйственно-бытовые сточные воды, для которых характерен высокий уровень бактериологических микроорганизмов и паразитарного загрязнения[2]. В сточных водах населенных пунктов обнаруживают различные формы гео- и биогельминтов[1,3]. Роль сточных вод и их осадков в распространении бактериологических и паразитарных заболеваний несомненна[5,9]. Это, прежде всего, присутствие в составе сточных вод наличия разных патогенов, отражающих структуру заболеваемости населения[4]. Интенсивность контаминации сточных вод яйцами гельминтов и цистами патогенных кишечных простейших, который колеблется от единиц до сотен экз./л в значительной степени зависит от зараженности людей и животных, а также сезона и времени суток, канализационно-очистных систем населенных мест[8]. Известно, что даже в неэпидемический период в хозяйственно-бытовых сточных водах могут находиться патогенные кишечные бактерии, вирусы и паразитарные агенты, связанные с поступлением в канализационную систему хозяйственно-бытовые стоки или неэффективности канализационно-очистных сооружений, куда часто поступают сточные воды от инфекционных больниц и т. д.[6,7].

Учитывая проблемы в условиях Республики Таджикистан, где отмечается высокая плотность населения в долинах рек, воздействия водного фактора на состояние здоровья населения приобретает особую актуальность, усугубляемую низким охватом регулярной санитарной очистки всего лишь 10% сельских населенных пунктов. Особенностью загрязнения рек являлась очень высокая микробная обсемененность воды, превышающая допустимые нормативы по кишечным палочкам, в сотни и тысячи раз, чаще всего в периоды межени и ливневых дождей.[10].

В связи с чем возникает необходимость проведения исследования состав хозяйственно-бытовых сточных вод и анализ пораженности населения бактериологическими и паразитарными инфекциями Файзабадского, Шахристанского и Пенджикентского районов.

Цель. Санитарно-эпидемиологическая оценка хозяйственно-бытовых сточных вод в некоторых районах Республики Таджикистан.

Методы исследования. Исследования состав хозяйственно-бытовых сточных вод на паразитарные инфекции проводились в соответствии с МУК 4.2.2661-10 «Методы санитарно-паразитологических исследований», МУ 2.1.7.2657-10. Для выделения микроорганизмов были использованы следующие питательные среды: агар Плоскирева среда – Эндо. Выделенные микроорганизмы идентифицировали, используя методы определения морфологических, культуральных, биохимических признаков.

Результаты исследования. В ходе бактериологических исследований в Файзабаде выявлено 52 штаммов микроорганизмов, Шахристане – 41 и в Пенджикенте 31. Бактериальную обсемененность сточных вод пилотных районов обнаружено, что самая высокая загрязненность сточных вод всеми штаммами бактерий по типам в районах: Файзабаде и Шахристане. В районе Файзабада высокие показатели наблюдаются по E.coli-14 случаев, что составило 93,3%, Klebsiella – 12(80,0) и Acinotobakter выявлялась в 10 случаях (66,7%). В районе Пенджикента E.coli -11 (93,3%) случаев, Klebsiella –8(53,3%). В районе Шахристана E.coli-13(86,6%) случаев, Klebsiella -11(73,3%). Анализ результатов исследований показали (см таблица), значительная загрязненность сточных вод, отобранных в Файзабадском районе (81,2%). При этом наименьшее загрязнение сточных вод отмечается в Пенджикентском районе, хотя уровень загрязнения значительно высокое (33,3%).

Загрязненность сточных вод паразитарными инфекциями

Районы	Количество проб	Из них загрязнено	%
Файзабад	16	13	81,2
Шахристан	14	8	57,1
Пенджикент	15	5	33,3
Всего	45	24	53,3

Видовой состав возбудителей паразитов в сточных водах, прошедших этапы очистки, также, как и поступающих, на всех территориях практически идентичен. Результаты микроскопических исследования показали, что в сточных водах находились преимущественно цисты лямблия, яйца аскарид и острицы. При этом в сточных водах Файзабадском районе отмечается высокий уровень энтеробиоза и аскаридоза.

Данные показатели свидетельствуют о не эффективной работе канализационно-очистных сооружений (КОС), что приводит к попаданию кишечных бактерий, простейших и яйца гельминтов в открытый водный объект и обуславливает потенциальный риск возникновения бактериологических и паразитарных инфекций. Исследование показали что, вследствие выбросы неочищенных сточных вод с высоким уровнем бактерии и гельминтов приводят к зараженности населения энтеробиозом с последующей контаминацией яйцами остриц, а также кишечные палочки, что являются причиной высокого уровня возбудителей заболеваемости населения вышеуказанных районов. По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Причиной высокого уровня содержания бактерии и гельминтов в сточных водах являются неэффективные работы канализационно-очистных сооружений.
2. Установлено взаимосвязь между уровнем заболеваемости населения бактериологическими и паразитарными инфекциями и степенью загрязненности сточных вод, выбрасываемые без очистки на открытые водоемы.
3. Позволит решить проблему утилизации огромных масс отходов и отбросов жизнедеятельности человека и животных в сельской местности, что имеет важную роль в обеспечении санитарно-гигиенического, экологического и социально-экономического благосостояния населения проживающего в данных районах РТ.

Литература

1. Тоноева Н. Ч., Удальцов Е. А., Ефремова Е. А. Влияние санитарно-паразитологического загрязнения поверхности вод в Республике Саха (Якутия) на заболеваемость населения актуальными паразитозами // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Биологические, технические науки и науки о Земле. 2017. № 3. С. 11-17.
2. Болатчиев К.Х. Санитарно-паразитологический мониторинг сточных вод в Карачаево-Черкесской Республике / К.Х. Болатчиев, Ф.К. Цакапбизева, Л.А. Ермакова // Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями. 2016. № 17. С. 89-91.
3. Каюмова М.У. Обсемененность почвы яйцами гельминтов *toxocarascanis* в условиях Республики Таджикистан / Одинаев Ф.И., Алиев С.П., Турсунов Р.А. // ВЕСТНИК Смоленской государственной медицинской академии 2019. Т. 18, №3. С-5-9.
4. Хуторянина И.В., Димидова Л.Л. Сточные воды и их осадки – источник паразитарного загрязнения окружающей природной среды / Хуторянина И.В., Димидова Л.Л. ФБУН «Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора // ЖУРНАЛ «Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями» 2017. С.520-524.
5. Тоноева Н. Ч., Удальцов Е. А., Ефремова Е. А. Санитарно-паразитологическое состояние реки Лена в границах города Якутска // Российский паразитологический журнал. 2018. Т. 12. № 2. С. 38-45.

Азимов Г.Дж., Эдрок А.М., Хасанова З.М.

ЭКОНОМИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ РАЗНЫХ МЕТОДОВ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Актуальность. Малярия продолжает оставаться серьёзной проблемой общественного здравоохранения для многих регионов мира, в том числе и для Исламской Республики Афганистан (ИРА) [2]. Она распространена по всей стране, за исключением районов, находящихся выше 2 000 м над уровнем моря, доминирующей формой является трехдневная малярия [5].

Затяжные войны оказали значительное влияние на передачу малярии. Подобная ситуация привела к полному развалу медицинского обслуживания и массовому перемещению населения, а также увеличению числа больных малярией [1]. По неофициальным данным, в Афганистане ежегодно заболевают малярией от 1,5 до 2 млн человек. Официально регистрируется по количеству обратившихся за медицинской помощью от 300 000 до 400 000 больных. Случаи заболевания тропической малярией составляют 10-12% от общего числа подтвержденных случаев [4].

Причинами эпидемии в Афганистане являются крайне сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка, очень низкий уровень здравоохранения, природно-климатические и географические условия, продолжающиеся военные столкновения, постоянная миграция беженцев по различным районам страны [3].

Указанные обстоятельства требуют постоянного изучения эпидемиологической ситуации по малярии с целью выбора небольшого, но действенного и экономичного сочетания разных методов, направленных на борьбу с этой инфекцией и её переносчиками.

Цель исследования. Оптимизировать сочетание разных методов борьбы с инфекцией в плане ранней диагностики и лечения больных малярией.

Материал и методы исследования. В исследование были включены все подтвержденные случаи больных малярией и лечившихся от этого заболевания в медицинских учреждениях Афганистана в период с 2016 по декабрь 2019 г. После подтверждения случая малярии медицинские учреждения на местном уровне отправляли отчет в организацию, ведающей Национальной программой борьбы с малярией и лейшманиозом (NMLCP). В дальнейшем проводилось эпидемиологическое расследование случаев и анализ полученных данных. Результаты лечения регистрировались в активной базе данных по выявлению случаев. Данные базы обобщались на уровне того или иного учреждения и в целом по стране.

Данное исследование является аналитическим кросс-секционным, с использованием данных, которые регулярно собирают в медицинских учреждениях и передают в администрацию Национальной программы борьбы с малярией и лейшманиозом Афганистана. Исследование одобрено институциональным наблюдательным советом Министерства здравоохранения Афганистана.

Результаты исследования и их обсуждение. В Афганистане передача малярии носит сезонный характер, и её

распространение в значительной степени варьирует от территории к территории в зависимости от ряда факторов, связанных с паразитами, переносчиками и популяцией восприимчивых людей в различных ландшафтно-географических, экологических и социально-экономических условиях. Малярия возникает в местностях на высоте до 2 000 м над уровнем моря, наиболее распространена в долинах рек и на территориях, где имеются рисовые поля.

Передача трёхдневной малярии (*Plasmodium vivax*) происходит в мае/июне - ноябре. Однако многие случаи трёхдневной малярии дают рецидив весной, и это может привести к пику клинических случаев. Сезон передачи тропической малярии (*Plasmodium falciparum*) относительно короче, чем трёхдневной, с пиком в августе - октябре. Из-за наличия гипнозоитных форм и способности развиваться в переносчике при более низких температурах трёхдневная малярия имеет наиболее широкий географический ареал, чем тропическая малярия.

27% населения Афганистана проживает в районах с высоким риском заражения малярией, 50% - со средним риском, остальные 23% проживают в районах без риска или с очень низким риском передачи.

В Афганистане регистрируется в основном два вида возбудителей малярии - *Plasmodium vivax* (P.v.) и *Plasmodium falciparum* (P.f.). В 2019 г. 98% случаев малярии пришлось на P.v., а оставшиеся 2% - на P.f. Благодаря проведению комплекса мероприятий при поддержке правительства и международных партнёров, а также социально-экономическим улучшениям и некоторым другим факторам был достигнут значительный прогресс в борьбе с малярией, что привело к уменьшению бремени этого заболевания в Афганистане.

В 2019 г. 93% всех случаев малярии были зарегистрированы в шести провинциях высокого риска (Нангархар, Кунар, Лагман, Нуристан, Хост и Пактика). Из общего числа 81% случаев тропической малярии и 90% случаев трёхдневной малярии были зарегистрированы в четырёх провинциях - Нангархар, Лагман, Кунар и Нуристан. Бремя малярии в провинциях с высоким риском составляет 28,6 подтверждённых случаев на 1 000 населения, в то время как в провинциях с низким уровнем риска - 0,4 случая на 1 000 населения.

В последние годы ПРООН закупила противомаларийные препараты (АКТ) и экспресс-тесты (ДЭТ) и распространила их среди медицинских учреждений шести провинций, характеризующихся высоким риском передачи малярии (Нангархар, Лагман, Кунар, Нуристан, Хост и Пактика), района Суроби, провинции Кабул и в других маляриогенных провинциях страны для надлежащего выявления и лечения больных малярией. В результате, начиная с 2017 г., частота подтверждения заболевания экспресс-тестами увеличивалась по сравнению с микроскопией, что свидетельствует о хорошем охвате случаев болезни на уровне сообществ (рис. 1).

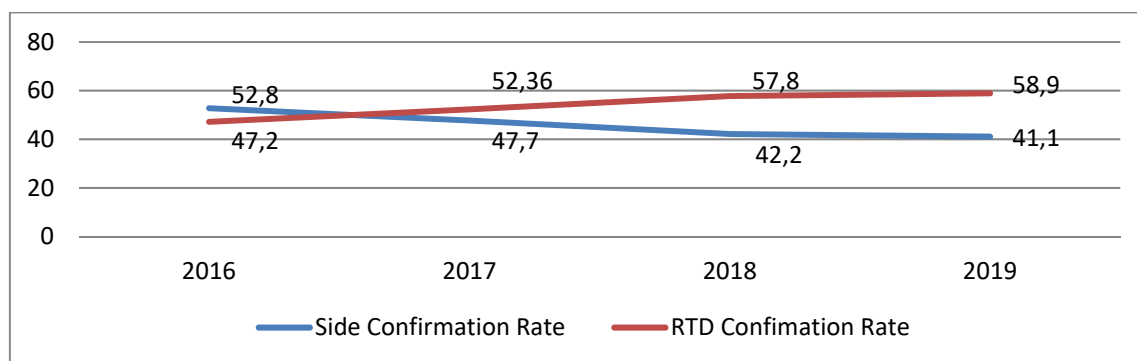


Рисунок 1. Случаи малярии, подтвержденные посредством микроскопии и экспресс-тестов, за период 2016-2019 гг., %

В 2019 г. заболеваемость малярией снизилась на 54,5% (174 893) по сравнению с 2016 г. (384 943). Количество клинических случаев значительно сократилось (менее 1%) по сравнению с предыдущими годами. Смертность от малярии снизилась с 47 случаев в 2016 г. до нуля в 2019 г. (рис. 2).

В 2019 г. Национальная лаборатория контроля качества анализов получила от лабораторий провинций 14 912 препаратов крови для перепроверки. Результаты исследования 8 414 препаратов крови были отрицательными, в 6 297 случаях подтверждено наличие P.v., в 153 - P.f. и в 48 препаратах крови - микстинфекция. Проведена перекрёстная проверка со стороны отделом обеспечения качества Национальной программы по борьбе с малярией и лейшманиозом. В результате обнаружено 85 ложноположительных препаратов, 46 - ложноотрицательных, в 364 случаях - неправильный диагноз.

Для улучшения работы лабораторий по диагностике малярии отдел обеспечения качества Национальной программы по борьбе с малярией и лейшманиозом официально направил во все провинции через соответствующие провинциальные управления здравоохранения рекомендации по правильному забору образцов крови, окрашиванию и интерпретации результатов.

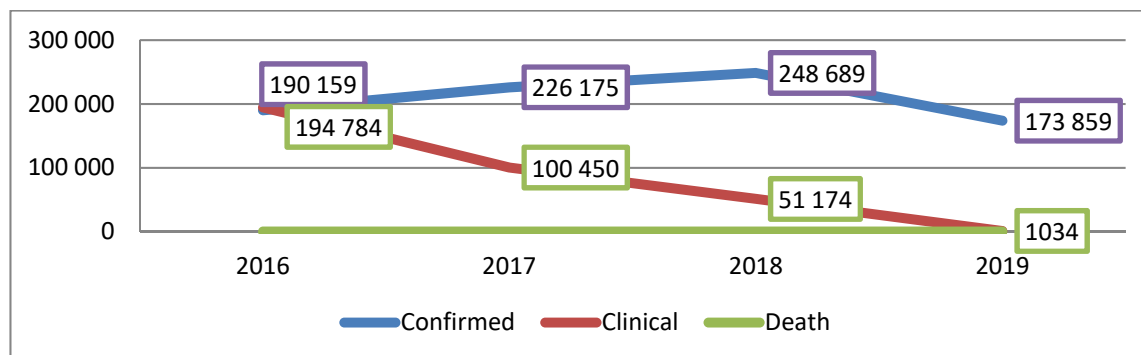


Рисунок 2. Число случаев малярии в Афганистане за 2016-2019 гг.

Выводы. Снижение количества клинических случаев малярии связано с успешным принятием мер по борьбе с малярией на уровне сообществ (СВММ) - ранняя диагностика и лечение больных малярией, регулярное обучение лаборантов и специалистов по диагностике и ведению больных малярией, эпидемиологическое расследование всех зарегистрированных летальных случаев вследствие малярии, улучшение координации между центральной и провинциальной бригадами и соответствующими учреждениями, усиление системы эпиднадзора за малярией во всех 34 провинциях, а также регулярный надзор и своевременный анализ данных, обратная связь с кураторами Национальной программы борьбы с малярией и лейшманиозом и партнёрами - исполнителями программы на различных уровнях.

Список литературы:

1. Каримов, С.С. Элиминация тропической малярии в Республике Таджикистан: дис. ...докт. мед. наук / С.С. Каримов. – Душанбе, 2014. – 200 с.
2. Malaria control in Afghanistan: progress and challenges / J. Kolaczinski [et al.] // J. Lancet. - 2005; 365:1506-1512.
3. Operational strategies to achieve and maintain malaria elimination / B. Moonen [et al.] // J. Lancet. - 2010; 376:1592-1603.
4. Overdiagnosis and mistreatment of malaria among febrile patients at primary healthcare level in Afghanistan: observational study / T. Leslie [et al.] // BMJ. - 2012;345: e4389.
5. Toby, L. Epidemiology and control of plasmodium vivax in Afghanistan / S. Nahzat, W. Sediqi // Am. J. Trop. Med. Hyg. - 2016;95(6):72-77.

Азимов Г.Дж., Эдрок А.М., Назурдинов А.Б.

НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ МЕРЫ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Малярия — это глобальная проблема здравоохранения, от которой ежегодно страдают миллионы людей во всём мире, приводя к смерти тысячи людей. Она является наиболее распространённым инфекционным заболеванием в теплых регионах мира, с глобальным уровнем инфицирования более трёх миллиардов человек и ежегодным уровнем смертности в один миллион человек [5].

Исследования по изучению данной проблематики в Исламской Республике Афганистан (ИРА) проводились достаточно мало, однако, аналогичные исследования были проведены в соседних странах с ИРА, в частности в Республике Таджикистан. В работе таджикских учёных приводятся данные, которые коррелируются с эпидемиологической ситуацией по малярии в ИРА [1].

Согласно отчёту ВОЗ по всему миру от малярии за 2019 год было зарегистрировано 251 миллионов случаев в 2010 году, 231 миллионов в 2017 году, а в 2018 году примерно 228 миллионов случаев малярии. При этом наибольшее количество случаев малярии было зарегистрировано в африканском регионе – 213 миллионов, в регионе Юго-Восточной Азии (3,4%) и регионе Восточного Средиземноморья (2,1%) [2, 5].

В 2018 году более 85% (193.800.000) случаев малярии *P. vivax* было зарегистрировано в шести странах, включая Индию, Афганистан, Пакистан, Эфиопию, Гану и Индонезию, из которых 47% (91.086.000) приходится на Индию, за которой следует Афганистан (11%) и Пакистан (6%) [4].

В настоящее время отсутствуют достоверные данные о заболеваемости малярией, поскольку имеющиеся медицинские учреждения недостаточно укомплектованы соответствующими специалистами и не налажена регистрация случаев малярии, что не позволяет провести эпидемиологический анализ заболеваемости и смертности. Несмотря на все усилия и ресурсы, которые были предприняты Министерством здравоохранения Афганистана для контроля и искоренения случаев малярии, эпидемиологическая ситуация, по-прежнему, представляет угрозу для здоровья населения страны в ряде провинций [4].

Сложившаяся ситуация по малярии является актуальной эпидемиологической проблемой для населения и требует разработки научно-обоснованных мер профилактики с учётом социально-экономического положения Исламской Республики Афганистан [3].

Цель исследования. Разработка научно-обоснованных мер борьбы с малярией и её переносчиками.

Материал и методы исследования. Сбор данных осуществлялся в частных и государственных объектах здравоохранения ИРА, что позволило получить относительно достоверную и валидную информацию. Исследованию подлежали 1707 человек, из населённых пунктов четырёх провинций ИРА, включая 351 человек в Герате, 416 человек в Нангархаре, 582 человека в Тахаре и 358 человек в Кабуле. Предметом исследования было изучение эпидемиологической и социально-экономической ситуации малярии и разработка научно-обоснованных противомалярийных мер по борьбе с малярией в Исламской Республике Афганистан.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели заболеваемости малярией с 2010 по 2019 год показывают снижение заболеваемости малярией, хотя в разные годы сообщалось о разных цифрах, но в последние годы произошло значительное снижение заболеваемости малярией, что является результатом усилий Министерства здравоохранения Афганистан, но, несмотря на все усилия и ресурсы, которые были предприняты для контроля и искоренения случаев малярии, малярия по-прежнему представляет угрозу для здоровья населения страны в ряде провинций, где большинство людей находится под угрозой. На рисунке 1 показано количество случаев малярии в Афганистане с 2010 по 2018 год.



Рисунок 1. -Количество случаев малярии, впервые выявленных в Афганистане с 2010 по 2018 гг.

В Афганистане малярия возникает в провинциях, которые расположены на высоте менее 2000 метров над уровнем моря, и её передача происходит в сезон дождей. Пик передачи *Plasmodium falciparum* приходится на август до конца сентября. Частота рецидивов *Plasmodium vivax* выше весной, что увеличивает частоту *vivax* в июль месяц. Передача *Plasmodium falciparum* нестабильна и может меняться от года к году.

Малярия - сложное заболевание, и распространение этой болезни в Афганистане варьируется от одного района к другому и связано с различными факторами, такими как паразиты, переносчики и группы населения, которые живут в географических, экологических и социально-экономических условиях.

Основными переносчиками малярии являются комары рода *Anopheles*. В мире их насчитывается более 400 видов. Малярийные комары откладывают яйца и развиваются преимущественно в болотистых местностях, либо в небольших водоёмах. Питаются кровью самки, которым кровь необходима как важный запас белка для будущего потомства. Нападают они в сумерках или ночью.

В недавно пересмотренном Национальном стратегическом плане борьбы с малярией (2018–2022 гг.) с использованием пятилетних показателей малярии и экологической информации, все районы Афганистана классифицированы по трём категориям: высокий риск, умеренный риск и низкий риск заражения малярией. 27% населения Афганистана проживает в районах с высоким риском заражения малярией, 50% - со средним риском, остальные 23% проживают в районах без риска или с очень низким риском передачи (Таблица 1).

Таблица 1

Категория риска заражения малярией районов ИРА

Категория	Численность населения	Район	Индикатор
1	6960987	123	Районы с ежегодной распространённостью паразитов (подтвержденные случаи малярии) более одного случая на тысячу и положительным уровнем тестирования 9 или более 9%.
2	21738456	213	Районы, в которых ежегодная встречаемость паразитов (подтвержденных случаев малярии) равна или меньше одного на тысячу, а показатель положительных результатов тестирования составляет 9 процентов или меньше.
3	3392611	63	Районы, где ежегодная заболеваемость паразитами равна нулю, а количество положительных тестов равно нулю.

Из выбранных провинций провинция Нангархар относится к категории районов с высоким риском заражения малярии, провинции Тахар и Кабул к категории районов со средним риском заражения и провинция Герат к категории районов с низким риском заражения малярией.

К категории районов с высоким риском заражения малярии входят те провинции, которые находятся на границе с Пакистаном таких, как Джалалабад, Кунар, Лагмон, Пактиё, Пактико, Хуст, Зобул, Хилманд, Кандагар и Урусгон. К категории районов с низкими рисками заражения малярии входят провинции Парвон, Бомиён, Дойкунди, Кописо, Панджшер, Мазори Шариф, Бадахшон, Сари Пул и другие.

Выводы. Вследствие ряда особенностей Исламской республики Афганистан (высокого маляриогенного потенциала территории, завоза инфекции из пограничных территорий, низкий уровень развития системы здравоохранения и недостаточного контроля) малярия продолжает оставаться актуальной проблемой для здравоохранения Исламской Республики Афганистан. Стойкие очаги и неблагоприятные социально-экономические ситуации в республике создают реальные условия для активизации эпидемического процесса и распространения малярии.

Список литературы:

6. Каримов, С.С. Элиминация тропической малярии в Республике Таджикистан: дис. ...докт. мед. наук / С.С. Каримов. – Душанбе, 2014. – 200 с.
7. A national policy for malaria elimination in Swaziland: a first for sub-Saharan Africa / S. Kunene [et al.] // J. Malar. - 2021;20. doi:10.1186/ S12936-021-03699-X.
8. Operational strategies to achieve and maintain malaria elimination / B. Moonen [et al.] // J. Lancet. - 2010; 376:1592-1603.
9. Toby, L. Epidemiology and control of plasmodium vivax in Afghanistan / S. Nahzat, W. Sediqi // Am. J. Trop. Med. Hyg. - 2016;95(6):72-77.
10. World Health Organization. World malaria report. 2015; Geneva, Switzerland: WHO.2015: URL: <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/report/en/>.

Азимова Г.Н., Назарова Х.

ОМУЗИШИ МУҚОИСАВЌ-ФИЗИОЛОГИИ НАҚШИ НЕЙРОПЕПТИДИ ВАЗОПРЕССИН ДАР ФАЪОЛИЯТИ РЕФЛЕКСИ ШАРТЌ ДАР ФИЛОГЕНЕЗИ СУТУНМУХРАҲО

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи ба номи профессор
Бердиев Н.Б. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳиммийат. Мушкilotи барқарор намудани функцияҳои вайроншудаи мағзи сар, махсусан равандҳои хотира, бо ёрии нейропептидҳои гуногун яке аз мушкilotи мубрами нейрофизиологияи муосир ва тиб мебошад.

Гарчанде дар озмоишҳои А.И.Карамян маълумоти нав нишон медиҳад, ки нейропептидҳои опиоидӣ эндорфинҳо энкефалинҳо ба фаъолияти рефлексии шартӣ (УРД) ва ҳолати функционалии ҳашаротхӯрон, даррандаҳо ва приматҳо таъсири назаррас мерасонанд.

То имрӯз дар адабиётҳо маълумот дар бораи нақши нейропептидҳои ғайриопиоидӣ, пеш аз ҳама вазопрессин оид ба истехсол ва нигоҳдории фаъолияти рефлексии шартӣ ва хотираи ҳазандаҳо ва дигар ширхӯрони дараҷаи паст мавҷуд нест.

Мақсади тадқиқот. Ҳадафи ин тадқиқот омузиши нақши нейропептиди вазопрессин дар қатори муқоисавии ҳайвоноти сутунмуҳрадор аст.

Усулҳои тадқиқот. Таҷрибаҳо дар 8 сангпушт ва 6 хорпушт дар шакли рафтори хӯрокхӯрӣ гузаронида шуданд.

Дар ҳайвонот рефлексҳои шартӣ мусбати намудҳои гуногуни монешавии дохилии хотира инкишоф ёфтанд ва пас аз ворид кардани дору тағйиротро дар ин равандро назорат карданд. Равандҳои хотираи тасвирӣ бо усули И .С. Бериташвили мувофиқи варианти мустақими Тест Хантер Кэрр омӯхта шуданд.

Натиҷаҳои таҷрибаҳо нишон доданд, ки дар ҳамаи сангпуштҳо рефлексҳои шартӣ мусбат ба ҳисоби миёна пас аз 35±2.1 зоҳир шуда, пас аз 55±2.2 комбинатсияи ангезандаи шартӣ бо тақвияти ғайришартӣ мустаҳкам карда шуданд.

Боздошти фарқкунанда ба ҳисоби миёна пас аз 34±2.2 зоҳир шуда, пас аз 53±1.8 истифодаи ангезакунандаи шартӣ бе таъягоҳҳо мустаҳкам карда шуд. Пас аз таҳия ва мӯтадил кардани рефлексҳои шартӣ мусбати манфӣ ва намудҳои гуногуни боздоштани дохилӣ, ба ҳайвонот доруи вазопрессини ширкати "Serva" (Олмон) бо маҳлули физиологӣ дар миқдори аз 0,01 то 0,5 мг/кг, вазн ва чараёни рушди озмоишро мушоҳида карданд.

Таҷрибаҳо нишон доданд, ки ворид кардани вазопрессин ба сангпуштҳо дар миқдори гуногун ба рафтори онҳо тағйироти ҷиддӣ надодааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Муайян карда шудааст, ки дар ҳайвонот рефлексҳои шартӣ мусбат мисли ҳайвоноти солим инкишоф меёбанд.

Ин нишон медиҳад, ки ворид кардани вазопрессин ба сангпуштҳо боиси тағйирёбии ҳама шаклҳои рефлексҳои шартӣ ва хотира мегардад.

Натиҷаи таҷрибаҳо дар хорпуштҳо нишон додаст, ки рефлексҳои шартӣ мусбат ба ҳисоби миёна баъд аз 23±0,1 пайдо шуда, пас аз 38,4 ± 0,6 пайваستшавӣ мустаҳкам карда шуданд. Моҳияти дифференсиалӣ зоҳир шуд, ба ҳисоби миёна пас аз 8,6 ± 1,0 пас аз 30,6 ± 0,44 истифода мустаҳкам карда мешавад. Пас аз мӯтадил шудани ҳамаи шаклҳои фаъолияти шартӣ-рефлекторӣ, ба ҳайвонот 0,51 мг/кг вазни вазопрессин ворид карда шуд.

Муайян карда шудааст, ки дар муқоиса бо сангпуштҳо дар хорпуштҳо, ворид кардани вазопрессин фавран ба кӯтоҳшавии боэътимоди (P"0,05) давраҳои ниҳонӣ (латентӣ) оварда расонд. Таъсири бештари препарат ба равандҳои омузиши таъсир расонд.

Нишон дода шудааст, ки раванди омузиш пас аз ворид кардани дору дар афзоиши шумораи реакцияҳои шартӣ дуруст иҷрошуда дар кӯтоҳшавии назарраси давраҳои ниҳонӣ (латентӣ) онҳо зоҳир мешавад. Аммо ин сабукии фаъолияти рефлексии шартӣ (УРД) хусусияти тақвиятдиҳандаи надошт, марҳилаи бозгашт ба қисми оғоз дар заминаи вазопрессин амалан ташаққул наёфт.

Омузиши нақши вазопрессин дар танзими равандҳои хотира дар хорпуштҳо муайян кард, ки он ба сатҳи реакцияи пай дар пай таъсири кӯтоҳмуддати сабуқкунандаи умумӣ дорад. Ба дигар намудҳои хотира таъсири вазопрессин ба назар намерасад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, маълумоти муқоисавии овардашуда нишон медиҳад, ки дар қатори болоравии сутунмуҳраҳо тағйироти хусусияти таъсири танзимкунандаи вазопрессин ба фаъолияти рефлексии шартӣ мағзи сар ва равандҳои хотира мушоҳида мешавад.

Муайян карда шуд, ки дар марҳилаи ҳазандагон бо сабаби суст инкишоф ёфтани пӯсти нави баъзе шаклҳои фаъолияти рефлексии шартӣ (УРД), ки дар танзим иштирок мекунанд, танзими нейропептиди он дар механизмҳои фаъолияти олии асаб (ВНД) мушоҳида карда намешавад. Дар ҳоле, ки дар намоёндаи ҳашаротхӯрон, хорпуштҳо, ки

32 % майдони умумии мағзи сарро неокортекс ташкил медиҳад. Ин ҳодисаҳо ба таври возеҳ зоҳир мешаванд.

Дар хотима қайд карда мешавад, ки бо эволютсияи инкишоф ва фарқкунии минтақаҳои ассотсиатсионӣ дар қабати нав инчунин фарқкунӣ ва махсусгардонӣ дар ташаккули таъсири вазопрессин ба шаклҳои гуногуни фаъолияти олии асаб мушоҳида карда мешавад.

Адабиётҳо.

1. Сафаров Х.М., Устоев М.Б. Влияние высокой температуры и вазопрессина на УРД животных. /Сафаров Х.М., Устоев М.Б. //Действия различных факторов на структуру и функцию организма животных. – Душанбе, 1998. Вып.Х – С. 1929.
2. Соллертинская Т.Н. Сравнительно физиологические особенности регулирующего влияния вазопрессина на ВНД в восходящем ряду млекопитающих // Физиол. Журн. Т.82.№2 1996. – С.20-29.
3. Холбеков. М.Ё.Влияние конъюгата дерморфина на процессы высшей нервной деятельности у ежей [Текст]/ М.Ё.Холбеков, М.Б.Устоев//. Проблема развития современной науки. По материалам 1 международной научно-практической конференции г. Екатеринбург 2016г.С40-42
4. Устоев М.Б. Сравнительное изучение воздействия нейропептидов семакса и селанка на поведение ежей (*Hemichinus Auritis*) Наука и инновация. / М.Б. Устоев, М.Д. Обидова // ISSN 2312 – 3648, -№4, -2018 –С.222-227.
5. Устоев М.Б. Влияние семакса в лимбических структурах мозга при выработке условно – пищедобывательного рефлекса ежей (*Hemichinus Auritis*) / М.Б. Устоев, М.Д. Обидова // Наука и инновация ISSN 2312 – 3648, -№4, -2018 –С.262-267.

Азимова М.М.

МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Национальные действия, имеют важное значение для развития государства, как в экономическом, так и в социально-политическом плане. Большая часть ученых придерживается мнения о том, что народ в своих действиях ориентируется на интеллектуальную элиту, которую принято назвать интеллигенцией. Эти исследования восходят к работам Фурье (на рубеже веков), который считал, что для того, чтобы понять народ необходимо и достаточно понять мировоззрение его элиты, поскольку оно связано с мировоззрением всего народа, но выражается в наиболее ясной форме. [1]

Такое явление встречается в связи с неожиданным проявлением внешней или внутренней угрозы, могут объединить нацию вокруг его правителей, даже, несмотря на его низкий рейтинг среди народа. Так, например в 2011 году террористы взорвали башни близнецов в городе Нью-Йорке в США, и этот теракт консолидировал всю нацию для принятия самых необходимых мер. Президент США Джордж Буш выступил с обращением к нации и принял решение о вводе войск в Афганистан, с целью уничтожения террористов. Народ поддержал решение Президента и в эти дни рейтинг Джорджа Буша возрос среди американцев.

Механизм реализации национальных действий политического направления включает в себе следующие формы и методы:

- революционно-организованный метод перехода в новое общество;
- реформистско-просветительский метод мирного перехода в новое общество;
- стихийно-насильственно - разрушительный метод перехода в новое общество.

Исходя из указанных форм и методов, массовые национальные действия в политических традициях народа реализуются:

1. Посредством активного участия населения в процессе их обсуждения и принятия, а также посредством участия в выборах государственных институтов и активного участия в хозяйственно-политической жизни страны;
2. При поддержке со стороны политических организаций, профессиональных союзов и национальных объединений;
3. С активным участием гражданского общества и системы неправительственных организаций;
4. Посредством деятельности единичных акторов, содержание которого направлено на интересы нации.
5. В массовых шествиях, митингах и других формах демонстраций.

В рамках механизма национальных действий стоит упомянуть и феномен толпы, которая имеет также влияние на сознание масс и может стать агрегатором действий. Толпа и масса одновременно относятся как к категории *агрегата* (неструктурированного множества индивидов) так и к группе (единого субъекта деятельности), поскольку они различаются только по степени стихийности и организованности действий.[2]

Практика поведения человека выявило важный феномен, когда поведение человека меняется в зависимости от количества участников процесса. В случае участия толпы действия принимают более девиантный характер и поэтому лидер играет ключевую роль в управление действиями, как отдельного человека, так и массы.

Исходя из этого механизм управления этими действиями должен быть в соответствии с требованиями ситуации, условий, форм, содержания и других качеств действия.

Современные нации многокультурные по своей природе и их изоляция от других приводит к их социально-культурной и цивилизационной гибели. В таких условиях, национальные действия не могут быть по своему характеру и содержанию идейно замкнутыми, поскольку в ограниченном пространстве действия могут терять плюрализм и становятся догматическими, что приводит к отставанию национального государства.

В творчестве национальных талантов и элит наступает эпоха гибридности, когда «уникальные люди хватались за традиции необыкновенным образом».

Назаретян А. П. выделяет следующие виды толпы:

1. *Действующая (active) толпа* - наиболее значимый и опасный вид коллективного поведения. В её рамках, в свою очередь, можно выделить несколько подвидов.
2. *Агрессивная (aggressive) толпа*, эмоциональная доминанта которой (ярость, злоба), равно как направленность действий, прозрачно выражены в названии.
3. *Паническая (panic; saving) толпа* объята ужасом, стремлением каждого избежать реальной или воображаемой опасности.

Однако, как показывает практика механизма национальных действий, в самые трудные моменты для общества, народ и элиты объединяются, оставляя в сторону «расхождения интересов, послужившего предметом спора. В этих условиях появляются общие интересы к достижению результата, не слишком разрушительного для ценностей обеих сторон и нация обращается к элитам, каких имеет, поскольку нужен результат, в котором заинтересованы все национальные силы. [3]

Исследуя закономерность и повторяющийся цикл массовых национальных действий можно прийти к выводу о том, что народы, которые часто переносят бунты и революции, в своих действиях стремятся получить моментальные результаты, даже если при этом они переступают законы. В тех же странах где переход власти проходит мирно, население старается не нарушать закон в своих действиях. В обоих случаях эта закрепляется в их национальном характере.

Таким образом, анализ национального выявил его видовое отличие от других социальных действий, и привел нас к выводу о том, что нация рассматривается актором и ресепиентом действия также как элиты или национальные государства, общественные группы и организации. [5]

Во вторых, механизм управления национальных, групповых и массовых действий зависит от роли национальных институтов для анализа и определения стратегии национальных действий с предотвращением их крайнего проявления.

В третьих, динамика, изменение и стагнация действий актора, ситуации, условий и целей массовых национальных действий, также указывают на противоречия и взаимосвязанность этих факторов. Часть ученых придерживаются мнения о хаотичности в процессе развития этих процессов. В рамках исследования нами были проведены сравнения массовых и единичных действий, что позволило провести сравнительный анализ собранных эмпирических фактов, выявить их тождество и различия. [4]

Опыт государственного строительства постсоветском пространстве показал, что межнациональные конфликты и этническая напряженность, затронувшие почти все эти страны стали возможными только по причине неправильной национальной политики. Провозглашенная политика интернационализма не поддерживалась национальными действиями в сфере экономики и превратилась в демагогию, что привело к развалу страны и росту национализма на постсоветском пространстве. На волне национализма началось деление социально-экономического пространства в обществе.

Этнонационализм перешел в субнационализм, при котором сепаратистские действия выявились даже на уровне малых этнических групп. В таких условиях молодым государствам было необходимо создание четкой стратегии национального развития, которая исключала бы любые национализма в обществе.

Исходя из этого, возникла необходимость научного подхода к исследованию национальной политики государства и определение основных направлений национального действия.

Завершая исследование, следует отметить, что нами были рассмотрены механизмы и методологические основы научного осмысления национального действия, в результате которого было выявлено сущность и структура национального действия. В ходе данного анализа были использованы теоретические рассуждения с применением философских аспектов верификации фактов, что открыло новые возможности для дальнейшего исследования данного вопроса в рамках общественных дисциплин.

Литература

1. Лурье С., Историческая этнология, Режим доступа: 14.01.2020.- Royallib.com 700 с.
2. Назаретян А. П. Психология стихийного массового поведения. М.; 2001.-www.koob.ru – 178 с.
3. Шеллинг Томас, Стратегия конфликта / Томас Шеллинг; пер. с англ. Т. Даниловой, под ред. Ю. Кузнецова, К. Сониной. — М.: ИРИСЭН, 2007. —366 с.
4. Masters R. World Politics as Primitive Political Systems // Comparative Foreign Policy: Theoretical Essays / Handrieder W. (ed.). N.Y., 1971. P. 229, 230.
5. Waltz K. Political Philosophy and the Study of International Relations // Theoretical Aspects of International Relations / Fox W.T.R. (ed). Notre Dame, 1959. — 178 p.

Азимова М.М.

КУЛЬТУРА НАЦИОНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Культура как система смыслов и символов, отражает национальные действия на уровне традиции, ценностей, межкультурных и межнациональных отношений. На этом уровне существует система представлений, выразительных символов, посредством которых каждая нация определяет свой мир, выражает свои чувства и высказывает свои суждения.

Посредством национальной культуры, люди интерпретируют свой жизненный опыт и направляют свои действия, форма, которых создает сеть социальных отношений. «Культура и социальная структура, следовательно, не что иное, как различные абстрактные выражения одних и тех же явлений. Одна абстракция рассматривает социальное действие с точки зрения его смысла для тех, кто его осуществляет, другая - с точки зрения его вклада в функционирование определенной социальной системы». [2]

В условиях глобализации основным содержанием национальных действий становится определение роли и места нации в общемировой цивилизации, посредством которого нация обретает уважение со стороны других народов, что способствует ее статусу на международной арене. Глобальный мир ставит перед нациями новые задачи, которые в корне меняют характер национального действия.

Исследование этих вызовов требует от народов и их правителей научного подхода к созданию стратегии национальных действий. Возникновение глобальных проблем и возрастание опасности их последствий заставляет людей обратиться за помощью к науке в изучении предпосылок и способов их решения.

Но практика показывает, что глобализационные процессы только на первый взгляд носят хаотичный характер. На самом деле мировая экономика, которая является катализатором глобализма, обладает четким планом развития, структурой, организационными формами, разделением труда и другими элементами организованности, что исключает теорию хаотичности.

Она вызывает к жизни и развивает новые глобально взаимосвязанные виды и типы деятельности во всех сферах экономики, науки, культуры; порождает необходимые ей финансовые потоки, организационные структуры, не останавливаясь перед границами государств; делает глобально ощутимыми многие традиционные проблемы (ибо культура субъектов стала важным фактором функционирования и надежности техносферы).[5]

Одним из признаков глобализма является перенос социального макета отношений между социальными индивидами на межгосударственные и межнациональные отношения, при которых богатые слои населения диктуют обществу свои условия. Международные институты путем давления на малые народы вынуждают их открыть свои границы для иностранных товаров.

Согласно такому подходу, на иностранные юридические и физические лица, а также на иностранные товары распространяются все права и преимущества, которыми пользуются в данной стране местные юридические и физические лица и товары. В таких условиях действия нации направлены на защиту внутренних производителей, которые в качестве работодателей обеспечивают социальную стабильность в обществе.

Как продукт истории национальность и нация образовалась в результате культурной изоляции отдельных рас, племен и народов, которые объединились на почве общей цели и присущей только данному этносу характеристик. Но в условиях глобализации нации вынуждены открыть свои общества, что во многом способствует потере национальной идентичности.

С другой стороны в современных условиях нация не может развиваться, изолировав себя от остального мира. Для ее полноценного роста необходимы межкультурные отношения с другими нациями и народностями. Как утверждает Бердяев «все великие национальные культуры – всечеловечны по своему значению».[3]

Вступая в межнациональные и межкультурные отношения с другими народами, нация должна сохранить свою самобытность, национальное своеобразие и свой национальный дух, который меняется в процессе исторических контактов, но остается неизменным атрибутом нации. Все новое воспринимается через призму ценностей доминирующих в национальной среде.

Сущность действий национального характера составляет активная форма деятельности народа по отношению к окружающему миру содержание, которого направлено на создание другой формы или изменение и преобразование существующего положения вещей. В ходе этих действий происходит противопоставление субъекта (национальность) и объекта (деятельность) конечным результатом которого является продукт этих действий. Созидательная деятельность и активность национальных действий является решающим фактором развития национального государства.

Государство должно обеспечить условия, в которых национальные элиты могли бы действовать творчески. Как заметил по этому поводу еще Аристотель: человек, чтобы мыслить, чтобы чувствовать свободно, чтобы сделаться человеком, должен быть свободен от забот материальной жизни.[1]

Главный вопрос соотношения нации и его творческой элиты состоит в том, насколько народ поддерживает национальную элиту и это зависит от культуры народа и его преданность традиционным ценностям, которые должны быть общими для обеих сторон. При этом, влияния глобальных процессов также отражаются на элементах культуры, в национальном характере, физическом облике, языке и в национальном мышлении отдельной нации и образование.

Поэтому на этапе вступления в глобальное сообщество, национальные действия сосредоточены на подготовку к новым условиям. В связи с этим нации начинают интегрироваться с соседними государственными объединениями. Они первоначально выбирают регионализм. В некоторых случаях нации объединяют свои усилия с этнически схожими нациями и народами, чтобы объединиться для создания новых форм общности. Такие действия наций объединяются общим термином «пан» - от греческого слово от «pan» – всё.

Например, под этим термином известны такие культурно-политические действия как панамериканизм, пангерманизм, панисламизм, панславизм, пантюркизм и другие национальные действия. Такого рода «пандвижения» создали идеологические системы, сделавшие возможной массовую этническую мобилизацию после Первой мировой войны. «Трайбализм пандвижений с его идеей „божественного происхождения" одного народа обязан частью своей большой привлекательностью презрению к либеральному индивидуализму, идеалу человечества и достоинству человека, — писала исследовательница.

— От человеческого достоинства ничего не остается, если ценность индивида зависит только от случайного факта рождения немцем или русским; но вместо этого новая связь — чувство взаимоподдержки среди всех сочленов одного народа, которое и в самом деле способно смягчить обоснованные страхи современных людей относительно того, что могло с ними случиться, если бы при существующей изоляции индивидуумов в атомизированном обществе они не были бы защищенными просто своей численностью и сильными единообразной общей спайкой».[4]

Таким образом, можно прийти к выводу, что культура нации является важным элементом и смыслом его действий, на основе которых происходит развитие национального общества.

Исходя из этого общества объединяет свои усилия на пути координации действий национальных, наднациональных, бюрократических и элитных систем на пути продвижения общих действий на благо национального общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакунин М.А., Федерализм, социализм и антитеологизм.- С. Режим доступа: 11.02.2020.-<http://www.litres.ru> (130 с.)
2. Гирц К. Ритуал и социальные изменения//Традиции и изменения, Душанбе, 2008.-С.9-37
3. Проблема национального и общечеловеческого в трудах В.С. Соловьева и Н.А. Бердяева О.Д. Мачкаркина.- Вестник МГТУ, том 11, №1, 2008 г. стр.24-33.Режим доступа: ciberlinka.ru
4. Персональный сайт Николая Баранова Опубликовано: 19 июня 2016.- Национализм.- [www. Nikol baranof](http://www.NikolBaranov.ru), Режим доступа: 25 февраля 20 года.
5. Fukuyama F. Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity. N.Y., 1996; Lal D. Unintended Consequences: The Impact of Factor Endowments. Culture and Politics on Long-Run Economic Performance. Boston. 1999; Ideology and National Competitiveness / Lodge G., Vogel E. (eds.). Boston, 1987.- 267 с.

Азимова М.М., Одилов Ф.Р., Амроев У.М.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА НА МАССОВЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»

Социальный капитал является механизмом, обеспечивающий общую консолидацию социальной системы и его институтов для формирования развития всего общества.

В свою очередь в условиях глобального общества, когда развитие человеческого общества находится на стадии постиндустриализма или информационного общества, внутри общества создаются новые интеграционные структуры частного, государственного и общественного характера и социальный капитал обретает больше виртуальный характер.

Таким образом, выявлено, что национальные действия массового характера опираются в большей степени на государственное регулирование в форме системы социальной защиты и условия для развития социального капитала.

Стратегически важным массовым направлением национального действия социального направления рассматривается нами государственная идея в форме социальной политики, которая отражена в формулировке основного закона, которая объявляет Таджикистан социальным государством.

Соответственно идеологические массовые действия основываются именно на сознательную социальную политику, которая может привлечь огромные массы населения к реализации социальных программ с последующим получением социального капитала для всего общества.

Такие действия могут быть вызваны по нашему мнению следующими факторами:

-во-первых, в условиях глобализации снижается активность национальных действий, что приводит к повышению уровня внешнего управления и поэтому крайне важно объединить личные и групповые интересы в один общенациональный интерес, чтобы не допускать неравномерность в развитии национального государства;

-во-вторых, на современном этапе снизилось чувство национального самосознания и повысилось стремление к глобальной культуре, вследствие которого возникает угроза исчезновения национальных традиций, обычаев, фольклора и других присущих нации элементов идентичности.

Поэтому централизованное управление действиями становится актуальным и способствует всестороннему развитию нации;

-в-третьих, с помощью национальных институтов государства и элиты могут укрепить статус национального государства, как внутри страны, так и на международной арене и таким образом, создать условия для дальнейших действий;

-в-четвертых, при помощи этих институтов появляется возможность контроля, анализа, прогнозирования и предвидения поведения национальных действий и таким образом, снизить степень их непредсказуемости при помощи методов социологического исследования;

-в-пятых, при помощи этих институтов создается сеть субъектов действия и обученного персонала, посредством которых исследуются настроения народа и создаются или ликвидируются притязания массы народа.

Массовые национальные действия в сфере социальной экономики рассматриваются в качестве макродействия, от результата которого зависит формирование крепкого социально направленного бюджета. Эти действия охватывают экономические усилия национальной экономики и ресурсов, направленных на увеличение определенных макроэкономических показателей, повышение национального дохода, формирование национального богатства и его использование на социальные нужды населения.

Таким образом, индивид своими действиями создаёт массовый социальный капитал для всего сообщества. В этом плане создание условий, для беспрепятственного получения доступа к общественной жизни и внедрение деятельности института социального капитала в интернет пространства открывает новые возможности для его распространения среди сообщества.

Так например такие акции, как сбор средств на разные мероприятия посредством интернета, дают больший эффект поскольку расширяется количество участников акции, что приводит к увеличению социального капитала. Участники акции могут быть не только те, кто связаны с этим сообществом, но и благотворительные организации, меценаты, сочувствующие люди и просто посторонние лица, желающие оказать помощь общине или социальной группе.

Специфика глобализации на современном этапе является замена общественных социальных отношений на новые формы отношения, которые известны, как форма глобальной социальности, при которых человеческий фактор и

социальный капитал заменяется более глобальными единицами.

В частности такие элементы глобализации, как культура, спутниковое телевидение, интернет, смартфон, одежда, и другие, отмечаются, как форма внешнего влияния и контроля человеческой деятельности.

В условиях техногенной глобализации поменялись формы свобод и, оставаясь формально свободным, тем не менее, человек попадает под влияние глобальной информационной системы контроля, которым управляют транснациональные корпорации.

Отмечая взаимосвязанность национальных действий в области культуры, образования и религии, Лидер нации Эмомали Рахмон отмечает: «Сегодня также встаёт вопрос о приемлемости лучших традиций исламской культуры, её гармонизации с национальным достоянием и современной системой образования. В противном случае, есть опасность проникновения различных течений в религиозное учение, что может привести к конфликту между ними, и распаду национального единства». ¹

Национальное государство – принимает государственные программы по реализации национальных проектов, издает нормативно-правовую базу для регулирования национальной политики и защищает национальные интересы внутри страны и за ее пределами;

Таким образом, мы пришли к выводу о том, что социальный капитал в массовых действиях под влиянием глобализма меняет свои формы и становится более виртуальным. Оно меняет свои формы, но цель социального капитала, как общее благо группы, остается неизменным.

Глобализация же развиваясь под влиянием экономических процессов, постепенно снижает реальное общение в рамках социализации и переводит это на интернет пространства. В таких условиях повышается риск отчуждения части населения от социального общения и социального капитала. Поэтому государственные институты все больше внедряют современные методы работы среди населения с использованием компьютерной информации с сохранением традиционных ценностей группы.

Нами были выявлены точки соприкосновения и взаимосвязи типов массовых действий, их национальный компонент, а также положительные и отрицательные оценки массовых действий. Также были определены методы действий масс в соответствии с ситуацией действия и установлены основные структурные элементы массовых действий.

Особое место занимает функциональный анализ массовых действий, в направлении создания социального капитала, поскольку масса, как актор и субъект действия в конечном итоге нуждается именно в создании идеального общества как части социального капитала.

В заключение стоит отметить, что массовые действия, как и другие социальные формы активности масс, вносят определенный вклад в формирование социального капитала в самых разных его формах - в материальном, духовном, религиозном, образовательном, ценностном, формах, что доказывает взаимосвязанность массовых национальных действий с созданием социального капитала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эмомали Рахмон, Таджики в зеркале истории. От Арийцев до Саманидов. Душанбе: «Ирфон», 2012, С.319. (676 с.)
2. Великая русская революция, 1905-1922, Лысков Дмитрий Юрьевич.- litnet.come, Режим доступа:20.02.20
3. Жизнь и труды Клаузевица с.34
4. Н. В. Козловская, Лексемы «нация» и «национальность» Бердяева И.К. и К.Н.Леонтьева,- Политическая лингвистика 1 (51)2015.с.106-116- [www/http://ciberlinka/6.01.2020](http://ciberlinka/6.01.2020)
5. Нарративный анализ как метод социально-психологического исследования исторической памяти.-М. С. Фабрикант // marharyta.fabrykant@gmail.com
6. Правовое противодействие расовой, национальной, религиозной дискриминации.- Нарочницкая Е.А. Национальный фактор в эпоху глобализации // Процессы глобализации: экономические, социальные и культурные аспекты / - М., 2000. – 232 с. – С. 102 – 155.
7. Гофман И. Анализ фреймов. Эссе об организации повседневного поведения. М., 2003.
8. Бакунин М.А., Федерализм, социализм и антитеологизм.- С. Режим доступа: 11.02.2020.-<http://www.litres.ru> (130 с.)
9. Георг Вильгельм Фридрих Гегель , Философия истории, [www. Litres.ru](http://www.Litres.ru). Режим доступа:20.01.2020.- С.139
10. Вячеслав Белокреницкий, Особенности национализма и наций-государств на Востоке, в исламском мире (пример Пакистана) «Ислам на Ближнем и Среднем Востоке», 2015 г., №9,Фонд «Перспективы»
11. Фихте И.Г. Речи к немецкой нации.- 1992 Под ред. Камнев В.М. www/http://litres.ru. Режим доступа:20.01.2020

Азимова М.М., Сафарова М.Ч. Абдурахмонов З.В.
ДУРНАМОИ РУШДИ АРЗИШҶОИ МИЛЛӢ ДАР ШАРОИТИ ҶАҶОНИШАВӢ
Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Дигаргуниҳои кулӣ дар технологияи сиёсӣ, ки имрӯз қисми зиёди давлатҳоро фаро гирифтааст, моро ба он водор мекунад, ки бештар бо мардум ва махсусан насли ҷавон кор кунем, то он ки ҷомеаи худро аз даҳолати беруни ҳифз намоем. Дар чунин шароит пеш аз ҳама стратегияи ояндабинии таълим додани маданияти ҳифзи арзишҳои миллии дар миёни ҷавонон зарур аст, зеро маҳз арзишҳои миллии барои рушди шуури ҷомеа дар оянда мусоидат мекунад. Барои рушди устувори ҷомеа дар оянда, мо бояд ба арзишҳои миллии ва анъанавӣ ба мисли таҳаммулпазирӣ, эҳтиром, ҷавонмардӣ, росткорӣ ва дигар хислатҳои инсонӣ таъҷил намуда, ғайроне дар пешрафти иқтисодӣ, сиёсӣ ва иҷтимоии давлат ширкат намоем. Масъалаи рушди идеологияи миллии ва тафаккури ҳукукии шаҳрвандон яке аз масъалаҳои муҳими давлат ба шумор меравад. Таҷрибаи ҷаҳони нишон медиҳад, ки ҳимояи илму дониш ва дигар манфиатҳои миллию рушди ақлӣ бояд нақшаи дурнамои худиро

¹ Эмомали Рахмон, Таджики в зеркале истории. От Арийцев до Саманидов. Душанбе: «Ирфон», 2012, С.319. (676 с.)

дошта бошад. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи озодии вичдон ва иттиҳодиҳои динӣ» аз 26 март соли 2009 ва қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи танзими анъана ва ҷашну маросим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», ки 8 июни соли 2007 қабул гардидааст аз ҷумлаи қонунҳое, мебошанд, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон амалӣ шудани меъёрҳои қонунгузории соҳаи озодии эътиқоди диниро таъмин мекунанд. Ба сатҳи якуми танзими озодии вичдон ва эътиқоди динӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон - меъёрҳои конституционӣ мансуб мебошанд, ки кафолати амалисозӣ ва тарзҳои ҳимояи онро муқаррар менамояд. Ба сатҳи дуюм - санадҳои ҳуқуқии байналмилалӣ мансуб мебошанд, ки ғояҳои бунёдӣ, принципҳои озодии динӣ, фикрӣ ва эътиқодиро дар бар мегиранд ва дар маҷмӯъ хусусияти ҳуқуқмуқарраркунанда ва эъломиявӣ доранд. Ба доираи санадҳои меъёрии сатҳи сеюм – низоми қонунҳои махсусгардонидашуда, дар навбати аввал Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи озодии вичдон ва иттиҳодиҳои динӣ» аз 26 март соли 2009 ва Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи танзими анъана ва ҷашну маросим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз 8 июни соли 2007 дохил мешавад. Сатҳи чорум – ин низоми санадҳои меъёрии умумӣ мебошад, ки аз ин ва ё он ҷиҳат масъалаҳои озодии вичдон ва эътиқоди диниро тан-зим менамоянд, масалан, Кодекси гражданин, Кодекси ҳуқуқвайронкунии маъмурии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Кодекси ҷиноятӣ, Кодекси меҳнат, қонунҳое, ки паҳлӯҳои алоҳидаи шаклҳои фаъолияти инфиродӣ ва ё коллективии шаҳрвандон ва ташкилотҳои диниро дар робита ба озодии вичдон танзим менамоянд, масалан қонунҳо «Дар бораи бақайдгирии давлатии шахсони ҳуқуқӣ», «Дар бораи мубориза бар зидди экстримизм (ифротгарой)» ва ғайра[1]. Хапмин тавр дар ҷомеаи фазои қонуни барои танзими муносибатҳои ҷамъиятҳо ва ташкилотҳои динӣ таъмин гардид. Бинобар хамин гуфтан ҷоиш аст, ки Тоҷикистон аз нигоҳи сиёсӣ ва амният ба дастовардҳои беназир ноил гардид ва тибқи таҳқиқоти як гуруҳи байналмилалӣ коршиносони «Пажӯҳишгоҳи сулҳ ва иқтисод» вазъи амнияти Тоҷикистон муътадилан мусбӣ буда, дар байни 182 давлат дар мақоми 74 ҷой ғирифтааст. Аз нигоҳи субот ва таъмини амният дар минтақаи Осиёи Марказӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҷойи аввал қарор дорад[4].

Моделҳои ояндасозии ҷомеа ва ҳодисаҳои таърихӣ моро хушдор медиҳад, ки тарбияи ахлоқӣ ва ҳувиятсозӣ, инчунин раванди ташаккули идеяи миллии шаҳрвандони кишвар дар ояндаи наздик дар мадди аввал қарор мегирад, зеро инсонро таълиму тарбия ва идеяҳои нав ба нав тарбия менамоянд. Худшиносӣ, қабл аз ҳама ин ҳештаншиносӣ ва дарк намудани арзишҳои миллии, бунёди ҳувият ва озодӣ мебошад, ки аз ҳама шаҳрванди кишвар доштани ҳисси миллиро тақозо менамояд. Ахлоқ қабл аз ҳама дар оила, мактаб ҷомеа ва дар фазои иттилооти, тарғиботию ташвиқотӣ, тарбиявӣ ва маърифатӣ ҷамъиятию давлатӣ ташаккул дода мешавад. Имрӯзҳо дар шароити ҷомеаи шаҳрвандӣ ва озодиҳои сиёсӣ ки онҳоро Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон таъмин мекунад[3], таъмини ҳифзи амнияти иттилоотӣ мураккаб мегардад. Паҳлӯҳои мусбӣи раванди ҷаҳонишавӣ қам нестанд, аммо таҳлил ва таъмини амнияти иттилоотӣ дар замони ҷаҳонишавӣ аз нигоҳи ҷавонон моро водор месозад ки таҳдидҳо аз раванди ҷаҳонишавӣ хатарҳо муайян намуд роҳҳои ҳалли онро дар маънаи мубрами рӯз аз ҷумла дар таъмини ҷораҳои амнияти фазои иттилооти дар ҷомеаи пешниҳод созем.

Дар замони муосир шабакаҳои иҷтимоии интернет ба як майдони баҳсу мунозира табдил ёфтаанд, ки иштироки озодӣ тамоми истифодабарандагонро ин шабакаҳо, озодии сухан ва баёни фикру ақидаҳо таъмин менамоянд. Аммо чунин озодӣ дар шабакаҳои иҷтимоӣ ҷиҳати манфӣ низ дорад. Ворид шудани ҳар як шахс ба доираи баҳсу мунозира баҳусус дар мавзӯҳои худшиносии миллии, сохти сиёсӣ ва ақидаҳои динӣ, боиси он мегардад, ки иштироккунандагон аз баҳси озод ба таҳқири ҳамдигар ва паст задани шайну шарафи халқу миллатҳо даст мезананд. Дар ин баҳсҳо чунин принципҳои муошират ба монанди таҳаммулпазирӣ, эҳтиром нисбати шахсият, эҳтиром ба арзишҳои динӣ ва миллии поймол гардида, баҳс шакли манфиро доро мегардад. Дар маҷмӯъ сабабаи чунин рафтори баъзе аз шаҳрвандон дар набудани маданияти сиёсӣ, дурбинии сиёсӣ, масъулиятшиносӣ ва эҳсоси худшиносии миллии мебошад. Фейсбук яке аз чунин шабакаҳо мебошад, ки имрӯзҳо доираҳои васеи баҳсу мунозираро таъсис додаст ва шумораи зиёди ҷавонони мо ғирифтори ин шабака гардидаанд. Пурсишҳо дар миёни ҷавонон нишон медиҳанд, ки қисме аз ҷавонон дар як рӯз зиёда аз 6 соат дар шабакаҳои иҷтимоӣ ва аз он ҷумла дар фейсбук мегузаронанд. Бо чунин нишондодҳо мо гуфта метавонем, ки маҳз Фейсбук ҷаҳонбинии ҷавонони моро «сайқал» медиҳад ва онҳоро ба ҳар гуна корҳо ҳидоят мекунад. Аз тарафи дигар Фейсбук ба як сарчашмаи ахбор табдил ёфтааст, ки тавассути он дар миёни мардум игво, маълумоти бардуруғ ва воҳима паҳн карда мешавад.

Дар мисоли чунин ҷиноятҳо ба монанди терроризм, экстремизм, ҷинояткории трансмиллӣ, қочоқ ва муомилоти ҷайриқонунӣ маводи муҳаддир, мо мушоҳида мекунем, ки ҷи гуна шахсони алоҳида, ташкилотҳо ва ҳатто давлатҳо равандҳои глобализатсиониро ба манфиати худ истифода мебаранд. Беш аз ҳама таҳдид ва хатар дар он зоҳир мегардад, ки ҷинояткорон дар зерини «гузелаи сиёсӣ» дар давлатҳои Аврупо пинҳон шуда аз он ҷо барои ноором кардани авзои Тоҷикистон ва минтақаи Осиёи Миёна нақша мекашанд ва хатарҳои глобалӣ эҷод мекунанд. Илова бар ин шакли нави ҷиноятҳо ба монанди киберҷиноят – ҷиноят бо истифода аз технологияи компютерӣ ва интернет дар сатҳи давлатҳо ва шахсони алоҳида рӯ ба афзоиш дорад ва маҳз «ҳастии ҷамъиятӣ аст, ки шуурашонро муайян мекунад»[2].

Ҷомеаи инсонӣ - ҷомеаи бонизом, ботартиб ва худтанзимёбанда мебошад ва дар ҷараёни инкишофи дуру дарози таърихӣ чунин меъёрҳо ва арзишҳои умуминсоние дар он ташаккул ёфтаанд, ки рафторро амали инсонҳоро дар ҳаёти рӯзмарра ба танзим медароранд. Аз замони қадим рафтори одамон вобаста ба арзишҳои қабулшуда ва меъёрҳои ахлоқӣ баҳогузурӣ мешуд. Аммо одамон на ҳама вақт меъёрҳои иҷтимоии таърихан ташаккулёфта (урфу одат, анъана расму русум, ахлоқ) ва меъёрҳои иҷтимоии навишташуда (ҳуқуқ, қонунҳо, қарору фармонҳои маъмурӣ)-ро риоя ва иҷро менамоянд.

Яке аз нишонаҳои куҳанбунёдии миллат ва дороии истиклолияти миллии ин фарҳанг ва маданияти халқ маҳсуб мешавад. Ҳамчун дунёи маънавӣ, фарҳанг барои пешрафти соҳаҳои муҳталифи тарбияи шаҳрвандон дар руҳияи анъанаҳо, урфу одат, арзишҳои ахлоқӣ ва дастовардҳои илми миллии ва ҷаҳони мусоидат мекунад. Фарҳанг на танҳо нишонаи миллат аст, балки олоҳи ҳифзи маънавиёти миллат мебошад ва онро аз таҳдидҳои

мавҷуд эмин нигоҳ медорад. Дар шароити ҷаҳонишавӣ фарҳанг яке аз омилҳои асосии ниғаҳдошти миллӣ ва таъмини ҳасти миллатро ташкил медиҳад. Бинобар ҳамин дар раванди ҷаҳонишавӣ қор дар соҳаи фарҳанг, маориф, ҳудшиносии миллӣ ва ниғаҳдории аломатҳои этнологӣ дар мадди аввал меистанд[6]. Дар идомаи таърих, ин фарҳанг аз ҳисоби тамаддуни Суғду, Бохтар ва Сомониён бой гардида, то ба имрӯз ҳамчун мероси бебаҳо рушд карда истодааст.

Аммо вобаста ба марҳилаи таърихӣ насли имрузаро зарур аст, ки ба ин тамаддуни ҳазорсола саҳми худро гузорад ва онро бо саҳифаҳои нав бой гардонад, то ки сазовори ин мерос доништа шавад, зеро маҳз муносибати хуб метавонад на танҳо фарҳанги гузаштаро ҳифз намояд, балки онро барои насли муосир ҳамчун роҳнамои дастовардҳои нав муаррифӣ намояд. Дар ин маврид рушд ва инкишофи фарҳанги миллӣ бидуни танаффуси таърихӣ идома ёфта, наслҳои гузашта ва ҳозираро дар доираи маънавияти ягона ва шукуфон муттаҳид месозад ва ҳамчун нуктаи калидии шинохти миллӣ хизмат мекунад.

Рӯйхати адабиёт.

1. Вализода С.О. Ташаккул ва инкишофи озодии вичдон ва эътиқоди динӣ дар давраи истиқлолияти Тоҷикистон // Ҳаёти ҳуқуқӣ, №4, 2019.-с.40-48
2. Идиев Х.У. Фалсафаи иҷтимоӣ.-Душанбе 2013.378 с.
3. Конституцияи Ҷумҳурии Тоҷикистон.-Душанбе 2014.
4. Мачкарина.- Вестник МГТУ, том 11, №1, 2008 г. стр.24-33.Режим доступа: ciberlinka.ru.
5. Мухторов З., Ализода Б., Нақши ҳудогоҳии миллӣ дар пешгирии ифротгарой ва терроризм.-Душанбе, 2020.
6. Проблема национального и общечеловеческого в трудах В.С. Соловьева и Н.А. Бердяева О.Д. О.Д. Мачкарина.- Вестник МГТУ, том 11, №1, 2008 г. стр.24-33.Режим доступа: ciberlinka.ru.

Азимова М.М., Одилов Ф.Р., Назаров Ш.С.

ЦЕННОСТНЫЕ РЕГУЛЯТИВЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В ПЕРИОД ГЛОБАЛИЗАЦИИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

Ценности, как известно, формируются в истории национального социума как некие духовные опоры. Они упорядочивают жизненные реалии, вносят в них осмысленные оценочные моменты, а порою усиливают специфический колорит содержания национальной жизнедеятельности и придают смысл человеческой жизни.

Ценности позволяют осознать, почему человеческая активность носит избирательный характер, и объяснить высочайшую власть человеческого поведения. То есть, они обусловлены культурным контекстом и содержат в себе некую нормативность.[1]

Подчеркивая природу ценностей, необходимо заметить, что факты, явления, события, происходящие в жизни национальной трансформации, субъектом осознаются как посредством логической системы знаний, так и через призму его отношения к миру. Национальный субъект соизмеряет свое действие с нормой идеала, цели, которые выступают в качестве образца, эталона и, поэтому его мир оказывается ценностно-окрашенным.[3]

Необходимо учесть, что конкретные идеалы, нормы и цели становятся ценностями, когда включаются в динамику субъективно - объективно - субъектных отношений и выполняют функцию духовных ориентиров и жизнедеятельности национального субъекта, обеспечивая производство необходимых вещей, совершенствования общественного социума, достойное поведение индивидуума и гуманные отношения между субъектами.

Ценности служат регулятором поведения человека в обществе, управляют меж субъектными отношениями, тогда они выступают в виде моральных принципов («уважай старших», «будь трудолюбив», «оберегай слабых», «воздержись от неблагоприятных поступков»), сложившихся обычаев, а также законов государства.

Вышеназванные ценности укорены в национальном субъекте, который является их носителем. Но это вовсе не значит, что они никак не связаны с вовлеченными в аксиологические отношения объектами. Последние, оказавшись частью освоенного человеком мира, выступают объективной основой ценностей субъекта.[5]

Благоприятные условия в этот момент служат основой формирования высших ценностей, обуславливающих самополагание и саморазвитие субъекта действий, гуманизацию общественных отношений. Когда большое значение приобретают такие качества национальных индивидов и стремление к созидательной деятельности, умение сопереживать, солидарность, вера в человека, ориентация на прекрасное и возвышенное и т.п.

Поскольку глобализация общества есть не что иное, как социокультурный процесс, то она представляет собой распад старых форм жизни и появление новых ценностных мотивов. Действительно, мир жизненных ценностей людей многолик. Что объясняется большим разнообразием потребностей, которые к тому же исторически изменчивы и находятся в развитии, а также неисчерпаемостью втягиваемой в поле социального действия национального субъекта реальности.[7]

Регулятивами национального действия в основном, выступают такие ценности, которые носят базисный характер. Они образуют основу существования и развития, как отдельного индивида, так и общности. Их можно определить, как витальные - жизнь людей, любовь, как человеческая форма продолжения рода, забота о семье и детях и т.д. такого разряда ценности бывают безусловными.

Социальная ориентация действий национального субъекта и конечные их результаты в решающей мере зависят от характера циркулирующих в обществе ценностей, от способа их взаимосвязи. Реализованные в настоящей действительности актуальные ценности ориентируют, прежде всего, на потребление имеющихся в обществе жизненных благ, бесспорно, служат цивилизованной основе, в частности - национального, типа социальных действий. Между тем, потенциальные ценности, являющие собой определенные тенденции и возможности изменения и развития социального организма общности, выражают преимущественно культурно - программирующую сторону национального действия. Они ориентируют на создание принципиально новых жизненных благ.[9]

При этом важно констатировать, что актуальные ценности аккумулируют опыт прошлых социальных процессов и сохранению национальным обществом устойчивости в период глобализации.

Тем самым эти ценности побуждают к воспроизводству данной общностной культуры. Совокупность актуальных ценностей, воплощенных в системе материального производства, организации власти, способы обучения и воспитания и т.п., образуют аксиологические каркасы глобализирующегося национального социума.[10]

Актуальные ценности служат показателем уровня развития общества - характера материального производства, степени свободы индивида, роли государства и других социальных институтов в жизни субъекта национальных действий, способов получения, хранения и распространения знаний и т.д.

Нельзя не заметить, что основной формой существования актуальных ценностей являются традиции. Они выступают мощным регулятивным фактором массовых национальных действий. С помощью традиции, как показывает историческая практика национальной жизнедеятельности, осуществляется трансляция ценностей, обеспечивается более устойчивая связь поколений. Ценности актуального порядка, связующие прошлое с настоящим в национальном обществе, оказывают серьёзное воздействие на будущее.[2]

Необходимо не только разумное следование традиции, а искусное овладение ею, когда, ограничивая ее стихийное действие, и осуществляет отбор тех благ, которые могут успешно служить решению новых задач.

Что касается потенциальных ценностей, то они содержат в себе творчески – конструктивное начало и тесно связаны с инновационной деятельностью. Ведущее место в массовых национальных действиях эти ценности заняли в техногенной цивилизации, культура которой носит проектный характер и устремлена в будущее.[4]

Актуальные и потенциальные ценности – два полюса единой человеческой деятельности. Именно реальные блага национальной общности обуславливают необходимый характер социальных действий субъекта. Через потенциальные ценности зарождающееся будущее активно влияет на настоящее. [8]

Как выше было отмечено, социальное действие, представляет собой высший вид активного отношения к миру, осуществляется под непосредственным влиянием ценностей. Динамика человеческих отношений является результатом взаимного переплетения импульсов, исходящих от различных ценностей. Актуальные ценности связывают действия субъектов с данной цивилизацией, культурно-общностной средой, её вещественно-предметными и социально-организационными предпо-сылками. Потенциальные ценности обуславливают творчески-конструктивную деятельность национального субъекта, вооружая его коренящимися в культуре схемами и формами деятельности.[6]

Анализ ценностных регулятивов национальных действий, в условиях глобализации, позволяет сделать следующие выводы:

- 1) Ценности формируются в истории национального общества как некие духовные опоры.
- 2) Ценности носят динамичный характер и в зависимости от направления деятельности человека они меняются.
- 3) Важное значение в анализе ценностей, как регулятива действий национального субъекта в период глобализации, имеет определение совокупности актуальных потенциальных ценностей.

Список использованной литературы:

1. Абдулатипов Р.Г. Природа и парадоксы национального «Я». - М., 1991.-С.169.
2. Агаев А.Г. Нациология: проблемы конституирования.// Философские науки. 1991, №5.
3. Алиев А.К. Народные традиции, обычай и их роль в формировании нового человека.- Махачкала. 1968.
4. Амонов Р. - Факторы национального единства и возрождения Таджикистана.- Душанбе, 1999.- С. 31
5. Арнольд А.И. - Введение в культурологию. – М.: Народная Академия культуры и общечеловеческих ценностей. - 1993, - С.352
6. Арутюнян Ю.В., Дробышева Л. Многообразие культурной жизни СССР.- М., 1987.
7. Арутюнов А. Народы культуры. Развитие взаимодействия. Отв. Ред. Ю.В. Бромлей.- М., Наука, 1989.
8. Баранов Е.Г. Нациопатия – источник конфликтов.// Общественные науки и современность. 1996, №6
9. Бородич А.А., Кирвель Ч.С. Ценностные факторы гуманизации социально-политических действий.// Гуманизм и социальные действия людей. - Минск, 1996.
10. Бромлей Ю.В. Очерки теории этноса. - М., 1983.- С.413.

Алиев З.М. Сандова М.Н.

КРИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДОВ АНАЛИЗА ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ОРГАНИЗАЦИИ Таджикский Национальный Университет

Актуальность. Микросреда представлена силами, имеющими непосредственное отношение к объекту исследования (предприятие) и его возможностям по обслуживанию потребителей. Ее можно анализировать исходя из непосредственного окружения и внутренней среды, при этом организация может оказать влияние на эти факторы и изменять их для достижения своих целей.

Цель исследования. Провести обзор проведения методов анализа внутренней маркетинговой среды для оптимального выбора анализа методом SWOT.

Материалы и методы. Материалами являлось данные зарубежных литературных источников.

Результаты и обсуждения. Часто для проведения анализа внутренней среды лечебно-профилактических учреждений (далее - ЛПУ) применяют метод SWOT-анализа. Термин SWOT – это аббревиатура от сильных (Strengths) и слабых (Weaknesses) сторон организации, возможностей (Opportunities) и опасностей (Threats) на рынке. В анализ SWOT входят: изучение тенденции развития организации, анализ ресурсов, анализ возможностей использования преимуществ и недостатков организации, определение целей и задач организации, исследования макросреды для выявления исходящих от нее возможностей и угроз.

Знание сильных сторон позволит эффективнее использовать возможности рынка медицинских услуг и избегать его угроз, понимание слабых сторон позволит во время выстроить защиту, а также спланировать деятельность по минимизации потерь от них.

Ошибки использования методики SWOT-анализа часто кроются в неправильном подходе к выделению перечня возможностей и угроз. Общим принципом является то, что в этом случае выделяются факторы микросреды, которые дают предприятию потенциальные возможности или несут в себе угрозы для рыночной деятельности, т. е. то, что зависит от поведения потребителей, поставщиков, посредников, партнеров и конкурентов компании на рынке и положительно или отрицательно сказывается на деятельности предприятия.

Проведение SWOT-анализа может осуществляться качественным и количественным методом. Они между собой различаются по способу оценки показателей и уровню формализации. Качественные методики предусматривают выбор экспертами показателей сильных и слабых сторон предприятия, возможностей и угроз макросреды, а иногда и непосредственного окружения. Количественные методики SWOT-анализа позволяют оценивать важность и силу влияния фактора на предприятие, кроме того, при использовании количественных методик повышается информативность и удобство работы с результатами анализа [1,2,3].

На сегодняшний день имеются достаточное количество авторов, которые предлагают проведение методики SWOT-анализа различными способами, некоторые предложенные виды SWOT-анализа представлены.

Методики SWOT-анализа, предложенные различными авторами:

1. В.И. Беляев., предлагает SWOT-анализ проводить в 2 этапа. 1. Составить списки сильных и слабых сторон объекта, возможностей и угроз. 2. Составить возможные связи между отдельными позициями этих 4 списков, т. е. построить логически связанные парные комбинации. Важно отметить, что автор не указывает, каким методом проводить внутренний анализ (качественным или количественным и не указывает какие ресурсы необходимо учитывать).

2. Т. А. Гайдаенко, отмечает, что в SWOT-анализ входят: изучение тенденции развития организации, анализ ресурсов, анализ возможностей использования преимуществ и недостатков организации, определение целей и задач организации, исследование макросреды для выявления исходящих от нее возможностей и угроз. Он предлагает проведения качественных методик проведения SWOT-анализа методами методик SWOT-анализа с использованием четырехпольной таблицы и методик SWOT анализа с использованием четырехпольной матрицы. Проведения количественных методик проведения SWOT-анализа методами методик бального SWOT-анализа с использованием четырехпольной матрицы и методика бального SWOT-анализа с использованием табличной формы.

3. О.А. Васнецова, предлагает проведения SWOT-анализа в виде примера как по качественному, так и по количественному методу, где рассматриваются факторы внутренней среды по направлениям: трудовые ресурсы (кадры их потенциал, квалификация), финансовые ресурсы, материальные ресурсы, организация управления, техника – технологические характеристики, научные исследования.

4. Л.Г. Зайцев, М.И. Соколова, предлагает составить список сильных и слабых сторон микросреды, где составляют список возможностей и угроз, заключенных во внешней среде, Оценивают влияние факторов макросреды на микросреду, Определяется взаимосвязь факторов внутренней и внешней среды, Выделяют все возможные парные комбинации и те, которые должны быть учтены при разработке стратегии. При этом к сильным сторонам относят: финансовые ресурсы, необходимых для достижения поставленных целей, надежную репутацию в глазах потребителя. низкие издержки, наличие технологий, защищенных правом собственности и т. д. А к слабым сторонам относят: отсутствие четкой стратегии, устаревшие производственные мощности, недостаток навыков и таланта управления у руководства, отставание в области научных исследований, плохо организованная система сбыта, недостаток финансовых ресурсов для реализации планов.

Заключения. Наиболее полно методика проведения SWOT-анализа описана в работах сотрудников ММА им. И. М. Сеченова и у Т. А. Гайдаенко. При этом последняя описывает два метода проведения SWOT-анализа: с помощью таблицы и с помощью матрицы.

Ключевые слова: Маркетинг в здравоохранения, маркетинг, внутренняя среда, организация, слабые и сильные стороны.

Список литературы:

1. Васнецова О.А. // Маркетинг в фармации. М.: Книжный мир, 1999. С. 334.
2. Васнецова О.А. //Маркетинговое управления здравоохранением. //Управление здравоохранением. -2000.-№ 1.-С. 68-78.
3. Гайдаенко Т.А. Маркетинговое управление. М., 2006.-С. 487.

Алиева Н.Ш.

РЕЧЕВОЙ ЭТИКЕТ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Кафедра русского языка ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Развитие речевой культуры студентов медицинского университета – будущих профессиональных врачей - проблема актуальная и важная в свете непосредственного общения врача с пациентом, который нуждается в моральной и психологической поддержке в процессе нахождения на стационарном и амбулаторном лечении. Проблема имеет непосредственное отношение не только к изучению русского языка, но и русского речевого этикета, когда происходит контакт больного с врачом в вербальной обстановке, когда сила слова имеет больше эффекта, нежели лекарственные и другие медицинские препараты.

Цель. Овладение речевым этикетом – основа речевой компетентности человека – специалиста в его профессиональной деятельности, которая сопровождается приобретением конкретных знаний из различных междисциплинарных областей: лингвистики, педагогики, философии, культурологии, психологии, социологии и пр. Успешное освоение этикетных знаний, умений и навыков происходит непосредственно в ходе вербального общения наряду с овладением культурных понятий и ассоциаций речепроизводства.

Материалы и методы исследования. Процесс общения и его позитивное течение требуют употребления определённых речевых штампов, слов вежливой и толерантной ценности, устойчивых выражений, которые называются образцами и формулами речевого этикета. В любом языке, в том числе в русском, существуют словарные единицы, имеющие смысловые ценности этикетного характера. Они употребляются в готовом виде, ситуативно, на все случаи профессиональной деятельности и человеческой жизни. К таким единицам и формулам речевого этикета относятся слова вежливости (*простите, сожалею, извините, спасибо, пожалуйста*), приветствия и прощания (*здоровствуйте, приветствую, доброе утро, всего доброго, до встречи, до свидания*), обращения (*разрешите обратиться, будьте любезны, не могли бы вы*) и т.д. [3]

Результаты. Рассмотрим ряд заданий по усвоению формул речевого этикета:

1. Обратитесь с использованием слов, выражений, формул речевого этикета:
 - к медицинскому персоналу, работающему в клинике (больнице, поликлинике, амбулатории), чтобы узнать расположение нужного Вам отделения больницы (ординаторской, рентген кабинета, кафедры медуниверситета);
 - старшей медицинской сестре с вопросом о наличии определенных лекарств (графике работы медперсонала, переводе пациента в другую палату);
 - пожилому посетителю пациента;
 - пациенту из Вашей будущей (условной) палаты.
2. Поздоровайтесь, используя слова, выражения, формулы речевого этикета:
 - с заведующим отделением;
 - с главным врачом поликлиники;
 - со старшим коллегой (мужчиной и женщиной);
 - с младшим коллегой (мужского и женского пола);
 - со старшей (операционной) медицинской сестрой;
 - с дежурной медицинской сестрой;
 - с коллегой, приглашённым для консультации из другого отделения (медучреждения);
 - с пациентами Вашей будущей (условной) палаты.

Организуя работу по той или иной теме, мы не только вооружали студентов определёнными знаниями в области вежливых слов и выражений, но и одновременно провели опрос в целях установления уровня сформированности их речевого этикета. Например, по теме-ситуации «Нужные слова» была поставлена следующая цель: обогащать, расширять и активизировать словарь студентов нужными словами «вежливости» как формулами речевого общения в разных ситуациях общения.

Содержание проводимой работы в данном направлении: преподаватель задавал вопросы студентам:

1. Какие слова мы говорим при встрече? (Образцы: «Здоровствуйте», «Доброе утро», «Добрый день», «Добрый вечер», «Я рад тебя видеть», «Как ты себя чувствуешь?»).
2. Какие слова мы говорим при расставании? (Образцы: «До свидания», «До завтра», «До встречи», «Счастливого пути», «Всего хорошего», «Всего доброго»).
3. Какие слова мы говорим во время завтрака, обеда, ужина? (Образцы: «Приятного аппетита», «Благодарю», «Спасибо», «Все было очень вкусно»).
4. Какие слова мы говорим перед сном? (Образцы: «Спокойной ночи», «Доброй ночи», «Приятных снов»).

В ходе проведения данной работы по усвоению нужных, вежливых слов мы напомнили студентам нечто подобное в их родной культуре речевого этикета. Например, такие аналоги, как «*Дуруд ба Шумо*», «*Субъ ба хайр*», «*Шоматон ба хайр*», «*Сипос, ташаккур*», «*Хуш бошед*», «*То боздид*», «*Сипосгузорам*», «*Рохи сафед*», «*Шаб ба хайр*», «*Хоби хуш*» и многое другое, что полностью совпадает в обоих языках как по структуре, так и содержанию, означая добрые пожелания, приятного пребывания, приятного сна, приятного времяпровождения и т.д.

Закрепление темы речевого этикета на занятиях русского языка в медицинском вузе имеет важное познавательное, культурно-этикетное значение. К примеру, тема «Добрые и вежливые слова» совершенствует речевой этикет студентов – будущих врачей, культуру их общения. В ходе отработки данной тематики была организована соответствующая ситуация речевой активности студентов с их непосредственным участием: студент берет в руки книгу и начинает называть любое доброе или вежливое слово и передает книгу другому студенту. Взявший книгу придумывает новое слово, называет его и передает ее другому студенту. Книгу не берут, если было произнесено «ненужное» слово, и очередной студент примерно объясняет, почему оно (слово) не подходящее.

Выводы. Результаты показали, что студенты еще не готовы дать исчерпывающие ответы в конструкциях речевого этикета на ряд поставленных вопросов. Но они были единодушны по итогам коллективного (с помощью преподавателя, в том числе) выполнения заданий с использованием разнообразных слов, выражений и формул речевого этикета средствами русского языка.

Литература

1. Акишина, А. А. Русский речевой этикет / А. А. Акишина, Н. И. Формановская. М., 1986. – 266 с.
2. Акишина А.А., Камогава К.Л., Нобухата Ф., Нитта К. Сопоставительный анализ речевого этикета и методика преподавания русского языка. - В сб.: Международный симпозиум "Актуальные проблемы преподавания русского языка в странах Азии, Африки, Среднего и Ближнего Востока": Доклады. Тезисы докладов. - М.: Изд-во Московского ун-та, 1972, - С. 60-62.

3. Белый В.В., Аксенова Г.Н. Культура речи молодого врача: учебно-методическое пособие / В.В. Белый, Н.Г. Аксенова. – Минск, БГМУ, 2011. – 100 с.
4. Ключев, Е. В. Речевая коммуникация: учеб. пособие для ун-тов и вузов / Е. В. Ключев. М., 1998. – 126 с.
5. Культура речи и эффективность общения / под. ред. Л. К. Прудкина, Е. Н. Ширяева. М., 1996.

Алиева Н.Ш.

ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ РЕЧЕВОГО ЭТИКЕТА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Кафедра русского языка ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,
г. Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Практика преподавания русского языка в таджикоязычной аудитории медицинского вуза показывает, что содержательная часть существующих норм и правил речевого этикета во многом зависит от их усвоения, закрепления и тренировки в различных ситуациях речевого общения в формате «условный врач и условный пациент». Такая форма работы основывается на базе отработки элементарных правил речевого поведения, правил дружеской беседы, правил толерантного и вежливого отношения и т.п.

Цель. На практических занятиях отработать ситуации с особенностями речевого и двигательного средства проявления речевого поведения. По сути, речь идет о знании соответствующих норм и правил речевого этикета.

Материал и методы исследования. В ряде занятий по русскому языку мы отрепетировали тему «Будь вежливым, внимательно относись к пациентам». Студенты были поставлены в условную речевую ситуацию с напоминанием о том, как вести себя в конкретном случае беседы и диалога с пациентом. Также проводилась работа в направлении формирования умений и навыков отработки логического ударения, интонации, тембра голоса, тональности речи, а также невербальных средств речевого поведения: позы, мимики, жеста.

Результаты. Студенты предварительно были ознакомлены с соответствующими языковыми средствами (слова, выражения, формулы, образцы речи), которые впоследствии могут использоваться в конкретных речевых ситуациях с помощью лексических единиц, отражающих речевую толерантность, вежливость, гуманизм, солидарность, понимание ситуации с пациентом.

Студенты получили возможность находиться в условиях речевой ситуации, когда от них требовалось соблюдение общего тона речевого поведения. Это спокойная, уверенная речь с мотивацией пациента, отработка «создания» собственной речи и собственного голоса в зависимости от коммуникативной ситуации, соблюдение нужной в беседе паузы, мимику, нормальные жесты.

При формировании умений и навыков речевого этикета важное место занимает практическая часть занятий. Так, на занятиях по русскому языку в таджикоязычной аудитории медицинского вуза целесообразно отработать понимание студентами таких вопросов, как: «Как можно выразить мысль спокойно и вежливо?», «Как можно вежливо в плане интонации выразить просьбу, пожелание, рекомендацию?» и др.

Важность такой формы работы объясняется тем, что студенты научатся пользоваться словами на русском языке с учетом понимания сути проблемы: как лучше будет сказать «вежливо», «не совсем вежливо», «невежливо». Подобный анализ и умозаключение позволяют студентам – носителям таджикского языка воспринимать и понимать соответствующие средства регулирования речевого поведения на уровне выражения толерантной речи, вежливого обращения. Более того, обучаемые научатся оценивать собственное речевое поведение, анализировать уровень собственного речевого этикета в той или иной конкретной ситуации общения.

Практика обучения русскому языку студентов медицинского вуза показывает, что на занятиях по формированию речевого этикета заметная роль отводится созданию речевых ситуаций с активным использованием таких методов работы, как беседа, диалог, отработка при помощи вопросов и ответов речевых этикетных формул и образцов речи. Происходит так называемое моделирование и апробация речевых этикетных ситуаций, в ходе которых отрабатываются разные варианты и ситуации речевого высказывания на толерантно-вежливой основе. Студенты – будущие врачи постепенно начинают понимать суть таких видов заданий и упражнений, как можно в них участвовать активным образом, как они влияют на динамику лексического запаса обучаемых, для закрепления готовых речевых формул и образцов этикетного характера. Приведём в качестве примера некоторые условно разработанные речевые ситуации в целях обучения студентов – будущих медиков речевому этикету:

– *Вы опоздали на собрание, желаете войти в аудиторию. Что Вы сказали бы преподавателю (используя этикетные выражения) для получения разрешения о присутствии на собрании?*

– *Вас пригласили в театр, но у вас нет времени пойти в указанное время. Как бы Вы, пользуясь этикетными формулами и соответствующими выражениями, могли бы сформулировать ответ и вежливый отказ.*

– *Вы в приёмной декана факультета медицинского вуза. Надо зайти к декану, но у него нет времени принимать вас. Как бы Вы обратились к нему?*

– *Как поступите в ситуации, когда в библиотеке вам отказали в выдаче книги на дом? Что Вы сказали бы библиотекарю по этому поводу?*

Мы подобную форму работы практиковали в течение всего периода обучения русскому языку студентов при выработке умений и навыков речевого поведения. Считаем, что она в целом показала свою действенную эффективность, так как с помощью беседы нам удалось выяснить, какими умениями и навыками оперирования речевыми конструкциями этикетного характера обладают студенты по конкретной ситуации, выяснить способность выразиться вежливо и толерантно, строить речевое высказывание на базе речевых формул и образцов речевого этикета.

Феномен речевого этикета универсален во всех языках мира, так как нет народа, в языке которого не выражается речевое поведение членов социума. Иначе говоря, все сводится к ситуации элементарного вежливого обращения. Все

формы приветствия, извинения, благодарности, поздравления, сочувствия, соболезнования, приглашения, просьбы немислимы без этикетного выражения чувств, просьб, напутствий и пр. [1]

Более того, сама форма речевого этикета подсказывает необходимость передачи позитивного образа человеческой мысли и намерения, выступает как важный фактор создания тёплой атмосферы, дружеских взглядов и отношений к участникам и субъектам коммуникации. Сюда входит богатый набор словарно-фразеологических единиц и их употребление в речи в качестве формул и конструкций речевого этикета. Все это обеспечивает благоприятную коммуникативную линию и тональную ситуацию в речевом акте.

Фраза о том, что формулы речевого этикета выступают как волшебная сила, не подвергается сомнению. В любом предложении, обращении, высказывании, просьбе, пожелании употребление тех или иных речевых конструкций и формул этикетного характера дарят радость, восхищение и признание. А там, где речь не дружественна, в ней чувствуются оттенки неуважения и грубости не только порождают обиду, но и вызывают неодобрение окружающих и участников коммуникативного общества.

На занятиях по русскому языку студенты таджикоязычной аудитории при каждой встрече и расставании старались ярко, вежливо и толерантно обращаться друг с другом:

- *Привет (доброе утро, добрый день, добрый вечер), как поживаешь (поживаете)?*
- *Спасибо, хорошо. Как у тебя?*
- *Нормально.*
- *Будь любезен, передай эту книгу Рухионе!*
- *Непрерывно, с удовольствием.*

Любая форма речевого этикета имеет воздействующий и позитивный характер, выражается на базе красивой, толерантной речи. Для выражения различных чувств, намерений, напутствий употребляются слова вежливости: «прошу», «рекомендую», «благодарю». Все это говорит о том, что на фоне конкретной речевой ситуации звучат различные формулы речевого этикета, призывы к добрым поступкам, духовным ценностям и благим намерениям.

Выводы. Ответы студентов – будущих врачей свидетельствуют о том, что они в целом хорошо ориентируются в предложенных речевых ситуациях касательно соответствующего ответа на речевые интенции, внимательно слушают и правильно понимают вопросы, систематически обогащают свой словарный запас по русскому языку.

Литература

1. Формановская А.И. Речевой этикет и культура общения. – М., Высшая школа, 1989 г – С.212.
2. Формановская Н.И. Вы сказали: "Здравствуйте!" Речевой этикет в нашем общении. – М.: Знание, 1982.- С.160.
3. Формановская Н.И. Изучение речевого этикета. – Русский язык за рубежом, 1974, № 3, - С.63-65.
4. Формановская Н.И. Некоторые вопросы теории русского речевого этикета. – В сб.: Международный конгресс преподавателей русского языка и литературы. Варшава, 23-28 августа 1976г.: Тезисы докладов и сообщений. – Варшава, 1976, - С. 434-436.
5. Формановская Н.И. О речевом общении и правилах речевого поведения (ты-/Вы - формы общения в сочетании с обращением). – В кн.: Краткосрочное обучение русскому языку иностранцев. Формы и методы: Сб. статей / Составитель Рассудова О.П. – М.: Русский язык, 1983, - С.160-178.

Алиева Н.Ш.

МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК НЕРОДНОГО

Кафедра русского языка ГОУ Таджикский государственный
медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе, Таджикистан

Актуальность. В методике преподавания русского языка как неродного/иностранного ситуативно-тематическую организацию учебного материала считаем одним из основных принципов презентации единиц речевого этикета. Более того, ситуативно-тематический принцип предъявления учебного материала является эффективной моделью коммуникативного процесса. Студенты таджикоязычной аудитории медицинского вуза коммуникативное моделирование воспринимают в целях продуктивного использования наиболее распространённых единиц речевого этикета, необходимых не только для активного усвоения, но и для активизации речевой деятельности в режиме свободного и естественного выражения мысли, используя в зависимости от ситуации общения соответствующие формулы речевого этикета.

Цель исследования. Практика обучения русскому языку в медицинском вузе показывает, что преподаватель должен постоянно опираться и ориентироваться на речевое поведение студентов – носителей таджикского языка, быть образцом и эталоном в речевой культуре носителя языка, особенно при использовании формул речевого этикета в конкретной речевой ситуации.

При обучении русскому речевому этикету в медицинском вузе с таджикоязычным контингентом студентов важно работать в направлении осознания ими лингвострановедческого аспекта, учёта особенностей содержания лингвострановедческого материала, приёмов и методов работы над закреплением речезыкетных формул и образцов речевого поведения.

Материалы и методы исследования. На наш взгляд, ведущими страноведческими темами обучения русскому речевому этикету должны быть «традиции речевого и неречевого поведения», «образ жизни носителей языка». В конечном итоге, все это способствует развитию умений и навыков продуктивного использования студентами – будущими врачами этикетных форм речи, обеспечивающих акт общения.

Одним из важных методических аспектов обучения русскому языку в медицинском вузе является проблема оптимальной (количественной) и качественной (последовательной) подачи и презентации единиц речевого этикета. Для решения этой проблемы мы включили в учебную программу «Русский язык» раздел «Речевой этикет». Рубрика охватывает единицы речевого этикета, которые важны в целях практической целесообразности, а также для активного

усвоения и использования в реальной профессиональной деятельности будущего врача.

В рубрике есть особые пометки и напоминания о необходимости знания правил речевого поведения с учетом соблюдения норм современного русского языка и национальных особенностей носителей русского языка и русской культуры. Это правила поведения на занятиях, во время экзаменационной сессии, в больнице, в поликлинике, в аптеке, в лаборатории, в гостях, в общественном транспорте, пользования телефоном и др.

Изучается качественный состав единиц речевого этикета, относительно ограниченный в соответствии с критериями отбора нужных формул и образцов речевого этикета. Студенты в ходе работы с соответствующими формулами речевого этикета, словами и фразами имеют возможность ознакомиться с традициями вербального и неречевого поведения носителей русского языка и русской культуры.

Результаты исследования. Как было сказано выше, эффективность усвоения формул речевого этикета во многом зависит от решения вопроса о способах представления речевых ситуаций, рационального введения (семантизации), применения приемов, ускоряющих процесс закрепления и повторения новых единиц речевого этикета на занятиях русского языка в медицинском вузе. Студенты от урока к уроку осознают волшебную силу речевого этикета, с помощью которой происходит информативно-поведенческий уровень коммуникационного процесса на вербальном и невербальном уровне с реализацией высокой культуры общения.

Здесь особое место занимает масштаб осмысления толерантно-вежливых намерений говорящего на уровне понятий, выражаемых соответствующими единицами, прочность запоминания, систематическое повторение усвоенных единиц – формул речевого этикета. Отработка на занятиях различных ситуаций общения с использованием формул речевого этикета является весьма эффективным приёмом осмысления их ценности.

Опытный преподаватель русского языка на занятиях докажет, что «волшебство речевого этикета и в том, что он действительно открывает двери к нашим человеческим взаимодействиям. Попробуйте-ка сказать, например, в транспорте: *Подвиньтесь!* Ваш адресат скорее всего истолкует это как грубое требование и будет вправе не выполнить действие: с какой стати вы приписываете себе роль требующего «начальника», а ему отводите роль подчинённого?! Ведь требуют-то вышестоящие! А добавьте волшебное *«пожалуйста»*, и императивная форма уже выражает просьбу, и только просьбу, достаточно уважительную, направленную к равному партнёру. И еще есть много способов «поглаживания» в этой ситуации: *Вам не трудно подвинуться? Если вас не затруднит, подвиньтесь, пожалуйста»* [Н.И. Формановская].

Подобные примеры приводят к тому, что в процессе обучения русскому речевому этикету систематически вводятся и изучаются нерасчленимые в речи единицы: «Разрешите объяснить вам», «Как вы себя сегодня чувствуете?» - «Спасибо, хорошо»; «К счастью, сегодня лучше». Студенты от занятий к занятиям осознают, что большое количество единиц речевого этикета сохраняются в памяти и выдаются как речевые штампы и клише.

Выводы. Не надо забывать, что работа будущего врача с пациентами предполагает постоянное ситуативное общение с ними. Иначе говоря, умение общаться должно быть на высоком уровне культуры обращения с не менее высоким профессиональным качеством врача, помимо компетенций в самой гуманной медицинской профессии.

Литература

6. Акишина, А. А. Русский речевой этикет / А. А. Акишина, Н. И. Формановская. М., 1986. – 266 с.
7. Банцер, А. С. Учебно-методическое пособие по русскому языку и культуре речи / А. С. Банцер. М.: РУДН, 2005. – 178 с.
8. Формановская А.И. Речевой этикет и культура общения. – М., Высшая школа, 1989 г – С.212.
9. Формановская Н.И. Вы сказали: "Здравствуйте!" Речевой этикет в нашем общении. - М.: Знание, 1982.- С.160.
10. Формановская Н.И. Изучение речевого этикета. – Русский язык за рубежом, 1974, № 3, - С.63-65.

Аманова Н.Д., Тураев Х.Х., Абдиразоков А.

ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ РАДИОНУКЛИДОВ НОВОГО МОДИФИЦИРОВАННОГО СЕРОБЕТОНА

Кафедра органической химии Химического факультета Термезского государственного университета. Узбекистан

Актуальность. В мире быстро растёт потребление ископаемого топлива, как и количество серы, которая образуется в качестве побочного продукта процесса промышленной очистки топливного сырья. Поскольку ожидается, что в будущем содержание серы будет постоянно увеличиваться, при отсутствии встречного плана потребуются огромные затраты на удаление отходов. Поэтому, модифицируя серу, важно синтезировать серосодержащие связующие и получить на их основе новые типы модифицированного серобетона для получения прочных строительных материалов, таких как асфальт и бетон, устойчивых к различным агрессивным средам.

На сегодняшний день в промышленно развитых странах мира большое внимание уделяется исследованиям, направленным на получение модифицированного серобетона и его использование для повышения прочности строительных конструкций. Поэтому разработка органических модификаторов для эффективной полимеризации серы, получения термопластичных композитов на основе серы и минеральных наполнителей, предотвращения твердофазных переходов и уменьшения объема из-за температурных изменений в серобетоне, устранение горючести композиций на основе модифицированной серы, требуется разработка эффективных методов получения прочного полимерного серобетона стабильного при высоких концентрациях кислот и солей на основе модифицированной серы непредельными органическими соединениями.

Цель исследования. Портландцемент требует нагревания известняка в печах при температуре более 1400 оС в течение нескольких часов для образования клинкерных материалов. Из-за того, что ископаемое топливо сжигается для обжига печей и стехиометрического выброса углекислого газа при превращении известняка в оксид кальция, этот

процесс генерирует около одной тонны углекислого газа на каждую тонну цемента и составляет 5% глобального антропогенного образования CO₂ [1-2]. В отличие от традиционного производства цемента, производство цемента на основе серы не зависит от большой энергии или прямого выброса углекислого газа [3]. Кроме того, сера в чистом избытке в глобальном масштабе. Сера является третьим наиболее распространенным химическим элементом в нефти в концентрации более 10 мас.%, и ее извлечение из переработки нефти и газа осуществляется в соответствии с экологическими ограничениями [4]. Таким образом, большое количество серы доступно как побочный продукт этих процессов. Кроме того, поскольку сама сера является промышленным побочным продуктом, значительное количество выбросов диоксида углерода может быть уменьшено при использовании бетона на основе серы. Бетон на основе серы представляет собой термопластичный композит из минеральных наполнителей и серы. Когда сера и наполнитель смешиваются в горячем состоянии и охлаждаются для отливки серобетонных изделий, жидкое серное связующее первоначально кристаллизуется в моноклинную серу (Sb). По мере того, как он продолжает охлаждаться, материал проходит твердофазный переход к ромбической сере (Sa), что вызывает усадку материала в объеме. Это уменьшение объема создает внутреннее напряжение и вызывает проблемы долговечности, особенно при воздействии циклов замораживания. Поэтому химические модификаторы, которые полимеризуют серу, чтобы уменьшить или устранить твердофазный переход и таким образом увеличить долговечность бетона на основе серы. Этот модифицированный серобетон называют полимерным серобетоном (ПСБ). Он использовался в качестве строительного материала благодаря своей превосходной стойкости к кислотным и солевым средам. В отличие от обычных гидравлических цементных бетонов, ПСБ не нуждается в воде и может достичь полной прочности в течение нескольких дней, по сравнению с 28 днями для обычных бетонов на основе портландцемента[5].

Материал и метод исследования. Учитывая преимущество и удобство серобетона, мы проанализировали его на гамма-спектрометре. Соответственно, условия испытаний: T-22°C, влажность -63%, освещенность-300 люкс, удельная активность Бк/кг.

Согласно СанПиН 0193-06 в строительстве применяют при уровне менее 350 Бк/кг. При анализе серобетона его радионуклиды в среднем составили 127 Бк/кг. Серный бетон содержит модификатор-26%, песок-54%, золу (золунос) -16 % и различные оксиды металлов -4 %. Добавки и наполнители, добавленные к серобетону, т.е. радионуклиды в песке и щебне, были проанализированы с помощью гамма-спектрометрии. Соответственно, условия испытаний: T-22°C, влажность -63%, освещенность-300 люкс, удельная активность Бк/кг (таблицы 1 – 4).

Таблица 1

Анализ радионуклидов в серобетоне с помощью гамма-спектрометра.

Наименование	Порядковый номер образца	Ra-226	Th-232	K-40	Aeff.	Aeff.m
	1	9,11	36,9	84,1	64,6	136
	2	10,2	35,1	84,7	63,4	130
	3	14,0	29,5	85,7	59,9	119
	4	11,2	36,2	82,5	65,6	128
	5	18,1	31,8	84,0	66,9	122
	Средний	12,5	33,9	84,0	Aeffсред=64,08	Aeff.m сред=127 Бк/кг

Таблица 2.

Анализ радионуклидов в песке на гамма-спектрометре.

Наименование	Порядковый номер образца	Ra-226	Th-232	K-40	Ошибка обнаружения, %	Aeff. Бк/кг
	1	20,9	6,86	25,3	6,2-10,8%	91,1
	2	22,6	3,86	25,9	6,2-10,9%	122
	3	19,5	5,87	27,5	5,8-10,3%	97,6
	4	21,3	4,12	26,4	6,0-10,4%	114
	5	21,1	4,47	25,1	6,1-10,2%	109
Aeff.m = 107 Бк/кг						

Таблица 3

Анализ радионуклидов в «щебне» на гамма-спектрометре.

Наименование	Порядковый номер образца	Ra-226	Th-232	K-40	Ошибка обнаружения, %	Aeff. Бк/кг
	1	20,3	5,17	25,9	6,2-10,8	103
	2	20,5	4,02	49,8	6,2-10,9	175
	3	19,6	4,03	27,9	5,8-10,3	114
	4	17,8	5,49	39,9	6,0-10,4	96,4
	5	20,6	3,28	41,3	6,1-10,2	129
Aeff.m = 123,48 Бк/кг						

Портландцемент М-500 был также проанализирован на гаммаспектрометре МКС-АТ-1315. Соответственно, условия испытаний: Т-22 ° С, влажность -63%, освещенность-300 люкс, удельная активность Бк/кг. В дополнение к обнаружению серобетонных смесей в вышеупомянутом исследовании использовались различные мелкие заполнители, такие как «мелкий песок», «мытый песок» и производимый песок, заменяющий 0%, 25%, 50%, 75% и 100% серый бетон также был изучен. Изучена долговечность каждого типа мелкозернистого серобетона с наилучшей прочностью на сжатие.

Таблица 4.

Анализ радионуклидов в портландцементе М-500 на гамма-спектрометре.

Наименование	Порядковый номер образца	Ra-226	Th-232	K-40	Ошибка обнаружения, %	Aeff. Бк/кг
	1	27,5	5,68	25,0	62,5	112
	2	24,0	7,37	24,2	73,4	97,3
	3	22,8	5,42	24,4	74,6	103
	4	21,3	2,93	36,0	68,9	133
	5	20,2	3,00	22,5	67,8	125

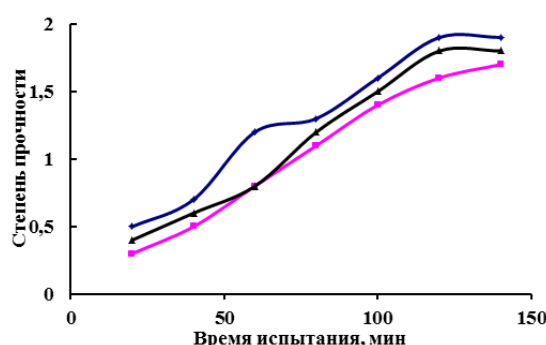


Рис. 2. Уровень прочности бетона, полученного на основе серобетона, песка и портландцемента М-500.

На этом графике проверяется прочность бетона на основе серобетона, песка и портландцемента М-500.

Результаты исследования и их обсуждение. Показано, что прочность серобетона не отличается от прочности других типов бетона. Для определения превосходства серобетона над цементным бетоном были протестированы водопоглощение, устойчивость к различным химическим средам и быстрое проникновение ионов хлора. Результат показывает, что серобетон можно применять в помещениях с повышенной влажностью, где кислотная активность выше. Серобетон дает результат, аналогичный обычному бетону (рис. 2). Еще одно преимущество серобетона состоит в том, что в качестве заполнителя серобетона можно использовать любой мелкий заполнитель, так как он является водонепроницаемым типом бетона.

Выводы. Таким образом, результаты гамма-спектрометрических исследований, проведенных на всех вышеперечисленных образцах, соответствуют требованиям санитарных правил № 0193-06. Полученные результаты могут быть использованы в жилищном строительстве при гамма-спектрометре до 300 Бк/кг. Если <350 Бк/кг, его можно использовать для уличных ограждений, канав, устройств защиты подземных труб, дорог с твердым покрытием (Брусчатка).

Список литературы

1. Аманова Н.Д., Тураев Х.Х., Бекназаров Х.С. Синтез и исследование нового полимерного серобетона // Universum: технические науки: научный журнал. Часть 3.М., Изд. «МЦНО» -2020.-№6 (75).-С.5-8. (02.00.00 №1)
2. Amonova N.D., To'raev X.X., Eshqurbonov F.B. Oltingugurtli beton tarkibidagi radionuklidlarni gamma spektrometr yordamida tahlil qilish // Ozbekiston Kompozitsion materiallar ilmiy-texnikaviy va amaliy jurnali, TDTY "Fan va taraqqiyot" DYK. Toshkent, -2020.-№3. 202-205 b. (02.00.00 №4)
3. Amonova N.D., To'rayev X.X., Eshqurbonov F.B. Gamma spektrometr yordamida oltingugurtli beton tarkibini fizik-kimyoviy tahlil qilish // Fan va texnologiyalar taraqqiyoti, -Buxoro, -2020, №6, 34-39-b. (02.00.00. №14)
4. Аманова Н.Д., Бекназаров Х.С., Тураев Х.Х. Синтез и исследование свойств модифицированной серы и серобетона // Universum: технические науки: электрон. научн. журн. 2020. 11(80). –С. 25-31. URL: <https://7universum.com/ru/tech/archive/item/10933> (02.00.00 №1)
5. Амонова Н.Д., Тураев Х.Х., Бекназаров Х.С., Эшкурбонов Ф.Б. Исследование кинетики термоокислительной деструкции исходного и модифицированных образцов серы методами ДТА и ТГА // Наука и мир. Международный научный журнал, № 6 (82), 2020, Том 1.

Амонова С.Б., Сайфидинова Р.С.

ИЗУЧЕНИЯ СУЩНОСТИ ГРАЖДАНСКОЙ ВЛАСТИ В ИСТОРИЧЕСКОМ ПЕРЕУДЕ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Наука о власти и в частности о гражданской власти, как одна из отраслей политологии, охватывает обширные знания и является объектом исследования различных направлений обществоведческих дисциплин. На современном этапе, помимо общепринятых форм власти – политической, экономической и духовной, исследователями разработана её новая научная квалификация, составной частью которой является гражданская власть. Стоит отметить, что первые

признаки гражданской власти упоминаются еще в древней Греции и в Древнем Риме, когда граждане активно участвовали в общественной и политической жизни общества.[2]

Необходимо констатировать, что Платон, изучая формы гражданской власти, выдвинул теорию трёх сословий: философов, которые на основании созерцания идей управляют всем государством, воинов, основная цель которых охранять государство от внутренних и внешних врагов, и работников, т.е. крестьян и ремесленников, которые поддерживают государство материально, доставляя ему жизненные ресурсы. По его мнению, «правители должны философствовать, а философы управлять государством», причём таковыми могут быть, только немногие созерцатели истины. Разработав подробную теорию обществ и личного воспитания философов и воинов, Платон не относил их к «работникам».[6] Он, в определённой степени, проповедовал уничтожение частной собственности, общность жён и детей, государственную регулируемость браков, общественное воспитание детей, которые не должны знать своих родителей.

Историческое значение философии Платона определяется тем, что он последовательно продумал основные принципы объективного идеализма, на основании чего его учение, как утверждает марксизм, олицетворяло собой философию идеализма. Одним из учеников Платона, как известно, был великий Аристотель (384-322 до н. э.), который превзошел своего учителя в философии и в других науках.[1] Он различал три хорошие и три дурные формы управления государством. Хорошими Аристотель считал формы, при которых исключена возможность корыстного использования власти, а сама власть служит всему обществу; это — монархия, аристократия и «полития» (власть среднего класса), основанная на смешении олигархии и демократии. Напротив, дурными, как бы, выродившимися видами этих форм, мыслитель считал тиранию, чистую олигархию и крайнюю демократию. Будучи выразителем полисной идеологии, Аристотель был противником больших государственных образований. На основе своей этической и психологической концепции, он развил теорию воспитания «свободнорождённых граждан». Наиболее заметные фигуры эпохи средневековья были христианские мыслители Августин и Фома Аквинский, которые на основе учений христианской религии выдвинули идею равенства членов общества.[3]

Фома Аквинский (1225–1274), под заметным влиянием учения Аристотеля об этике и политике, разработал своё видение власти в средневековом обществе. Он опирался на естественное право каждого человека и утверждал о равенстве свободных индивидов перед Богом. Аквинский обозначил цель власти как "общее благо" для подвластных его членов, обеспечение условий для их разумной и достойной жизни. При этом он противопоставлял политическую монархию (т.е. политическую форму правления на основе законов и во имя "общего блага") тирании (т.е. правлению в интересах самого правителя в условиях беззакония) и обосновывал право народа на свержение тиранического строя.[7] Но Ф. Аквинский не был сторонником активности масс и строения самостоятельных структур гражданской власти, и он считал тиранию главным источником власти в обществе.

Его учение о естественном законе, который предписывает всем людям стремиться к самосохранению и продолжению рода, искать истину и истинного Бога, уважать достоинство каждого человека, является большим его вкладом, и в целом христианского гуманизма, в концепцию неотчуждаемых естественных прав человека.[4]

Идеи Ф. Аквинского развивали его сторонники, которые впоследствии в науке стали известны как неотомисты. Согласно неотомизму, существуют три типа отношений личности к обществу, связанных с социальной организацией: индивидуализм, коллективизм и солидаризм. Отвергая индивидуализм и коллективизм как ложные крайности, неотомизм пропагандирует так называемый солидаризм, обосновываемый принципом «христианской любви к ближнему», а на практике это выливается в проповедь «социального мира» между классами.[8]

С развитием средневекового общества в Европе получила развитие и знание о формах власти, и мыслители эпохи позднего средневековья в изучение вопросов гражданской власти внесли большой вклад. Это был период, когда общественная мысль под влиянием развития производственных отношений начала выдвигать прогрессивные идеи по преобразованию общества. В этом плане особое место занимают идеи английского социалиста утописта Томаса Мора. В своей книге «Утопия», он выдвинул учение об идеальном переустройстве общества на основе общности имущества, равенства всех людей, обязательности труда, стирания различий между городом и деревней, умственным и физическим трудом. Для того периода эти идеи имели революционное значение и именно под их влиянием позднее сторонники теории марксизма создали своё революционное учение о строительстве социализма. Но, несмотря на прогрессивность своих идей, Томас Мор предпочитал их реализовать на службе у короля Англии. Вследствие этого положения, он в дальнейшем стал ярким сторонником королевской власти, и подверг жёсткой критике идеи Мартина Лютера о передаче власти народу. [5]

Идея передачи власти народу также был привержен немецкий мыслитель Томас Мюнцер (ок. 1490-1525), вождь крестьянско-плебейских масс в период Реформации и Крестьянской войны 1524-1526 годов в Германии. Он был сторонником идеи насильственного ниспровержения феодального строя, передачи власти народу и установления справедливого общества. Но его идея и восстание, в котором он участвовал, были подавлены, а сам Томас Мюнцер был казнен. В XVI веке также были предприняты попытки реформации общества передовыми теологами тогдашнего общества. В частности со стороны французского религиозного деятеля Жан Кальвина (1509-1564) была основана движение, получившая название кальвинизм[9].

Выражая интересы буржуазии эпохи первоначального накопления капитала, Кальвин провёл ряд реформ, направленных на укрепление общественной морали. Выступая против римской католической церкви, он создал собственную религиозную власть, которая своими запретами превзошла даже суеверий католицизма. Его "Церковные установления", подразумевавшие религиозное воспитание всех женеvских граждан, в особенности же детей, вызвали недовольство граждан Женеvы своей мелочной регламентацией, например, законами, запрещающими танцы и громкий смех. [10] За нарушение правил следовали различные меры наказания, вплоть до изгнания из города или смертной казни. Решения кальвинистской церкви принимали форму государственных законов, поэтому кальвинизм опирался на сильную светскую власть. Но светская власть, согласно кальвинистской доктрине, имеет право на существование лишь постольку, поскольку она выполняет предписания церкви.

Список использованной литературы:

1. Джон, Л. Два трактата о гражданском правлении. В 3-томах / Л. Джон. – М., 1988. – Т.3. – 154 с
2. Дмитриев, А.В. Конфликтология / А.В. Дмитриев. – М., 2000. – 320 с.
3. Морган, Л.Г. Древнее общество или исследование линий человеческого прогресса от дикости через варварство к цивилизации / Л.Г. Морган; Перевод с англ. М. О. Косвена. – Л., 1935. – 350 с.
4. Основы политических знаний / под ред. В.И. Степакова. – М., 1967. – 350 с.
5. Политология: хрестоматия./Сост. проф. М.А. Василик, доц. М.С. Вершинин. –Москва: Гардарики, 2000. –843 с.
6. Сафаралиев, Б. С. Из истории духовной культуры таджикского народа: монография. / Б. С. Сафаралиев. – Челябинск, 2011. – 251 с.
7. Философия истории /под ред. А.С. Панарина. – М.: Гардарики, 1999. – 432 с.
8. Фукуяма Ф. Конец истории и последний человек. [Пер. с англ. М.Б. Левина] / Ф. Фукуяма. –Москва: АСТ: АСТ МОСКВА: Полигариздат, 2010. –588с.
9. Хайдаров, Г.Х. История таджикского народа: XX век / Г.Х. Хайдаров. – Худжанд, 2001. – 508 с.
10. Халипов, В.Ф. Кратология-наука о власти / В.Ф. Халипов. – М., 2002. – 368 с

Амонова С.Б., Абдураззоков Ш.Р.

НАУКА И КОНЦЕПЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГЕОПОЛИТИКИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Поиск геополитической концепции выражает потребности современной политической науки в сознание реализованного мироздания основу которого составляет общемировое общество с доминированием сверхдержав, что привело к коренным изменениям в системе международных отношений. В условиях геополитической ситуации с противостоянием сверхдержав, требует обновления комплекс знаний политического и методологического направления, что в свою очередь создаёт предпосылки для изменения идеологических принципов в отдельно взятой стране и создание новой концепции современной геополитики.[8] После распада СССР, во внешней политики РТ преобладает политика «открытых дверей», которая отражает равноправное отношение со всеми странами независимо от их принадлежности к тому или иному блоку, на основе взаимных интересов. В связи с этим актуальным является исследование процесса становления современной парадигмы геополитического мышления и рассмотрения роли Республики Таджикистан в этом процессе. [1]

Спецификой геополитики как науки является то, что оно носит междисциплинарный характер и связывает такие отрасли науки как политология, социология, философия, история, география, экономика и других областей науки. Также система геополитических исследуется в рамках теории международных отношений, культурологии, религиоведения, глобалистики, экополитологии и т.д. Таким образом синтез множества гуманитарных дисциплин создало единый «геополитический знаменатель», что создает необходимость постановки вопросов теоретико-концептуального обоснования, формирования и реализации геополитической стратегии стран в ряд наиболее актуальных проблем современного общества.[3]

Концептуальный и понятийный аппарат термина «геополитика» охватывает два термина «гео» и «политика», которые отражают географический характер политики. Многие геополитические изменения в мире имеют идентификационное отражение, когда история, национально-государственные, этнические и конфессиональные формы самоопределения становятся предметом геополитических исследований из-за того, что их интерпретации приводят к политическому противостоянию. Антиномичность и понятийный дуализм (бинарные оппозиции) как противоречие приводит к противостоянию между различными нациями и народами. Например такие термины как прогресс-регресс, высшее общество и отсталое, Восток – Запад, регионализм-глобализм, Ислам-Христианство непосредственно отражают геополитическое противостояние в мире.[5]

Геополитика как аспект политической идеологии появилось в начале XX века, что привело также к созданию основ геополитики как науки, предметом которого стало исследование вопросов соотношения идеологии и мирового господства. Одним из первых теоретиков вопроса взаимодействия идеологии и геополитики был немецкий юрист и политолог Карл Шмитт, который указал на взаимозависимость геополитического пространства и идеологии. Он в частности выделил «значение идеологии, как фактора, который закрепляет или же, наоборот, подрывает и разрушает специфическое и конкретное единое геополитическое пространство».[2]

Трансформация мировой политической системы после распада СССР, сменил вектор международного политического развития. Были созданы новые институты, которые объединили бывшие страны социализма в общую и единую систему западной политической модели. Именно этот фактор позволяет говорить о том, что мировая система стала однополярным а основы формирования геополитической стратегии исходят от одного полюса, которым является Запад. В такой ситуации, геополитика стала формой системного обеспечения стратегии внешней политики и критерием определения вектора своего развития для многих стран мира.[9] Противоречия между тенденциями развития современного мира и внешними вызовами, влияющими на регионы и страны по всему миру, предъявляет странам найти пути противодействия отрицательным факторам геополитической обстановки.[10] Поэтому определение роли геополитики в формировании внешней политики государств и структурные особенности геополитической стратегии являются основой теоретического анализа геополитики. Вместе с этим в задачу геополитики входит выработка концепции внешней политики и формирование геополитической стратегии государства в условиях геополитического взаимодействия на мировой арене.[4]

Геополитика как наука выполняет функции, присущие другим общественным наукам, к которым относятся:

1) теоретико-познавательная функция, которая определяет закономерности, тенденции развития социально-политического процесса в обществе, разрабатывает методы исследований;

- 2) описательная функция, отражает накопление знаний о природе социальных явлений, определение их состояния;
- 3) практико-преобразовательная функция, обеспечивает участие в разработке рекомендаций, предложений, программ, планов развития политических процессов, социальной политики;
- 4) прогностическая функция отражает разработка научных прогнозов развития политических процессов и определяет роль человека в этих процессах;
- 5) практико-преобразовательная функция гарантирует участие в разработке рекомендаций, предложений, программ, планов развития политических процессов, социальной политики;
- 6) прикладная функция обеспечивает объективный анализ социальной жизни общества, отношения к социальным институтам, власти, политическим партиям;
- 7) мировоззренческая функция помогает определить место человека в социально-политическом, избирательном процессе, в политической жизни общества;
- 8) воспитательная функция способствует формированию политической и социологической культуры человека;
- 9) регулятивная функция помогает выработке ценностных ориентаций, политического сознания, стереотипов поведения, выработке путей влияния на государство, власть.

Исходя из указанных функций формируется геополитический подход, геополитическая стратегия (геостратегия), концепция однополярности и многополярного прагматизма, геополитические цели, геополитическая макростратегия, которые являются компонентами создания структуры геополитической науки, расширяющие тем самым охват и степень распространенности этих знаний. [6]

В работе «Введение в геополитику» Ф. Моро-Дефаржа, автором раскрыты истоки и механизмы формирования геополитики как формы общественного сознания. Отмечая, геополитику как науки, важно отметить такие стороны этого направления как теория, методология, региональный аспект анализа и оценка геополитической ситуации, связь геополитики с политической идеологией и другие аспекты научного обоснования этой отрасли политической науки. [7]

ЛИТЕРАТУРА

1. Панарин А.С. Глобальное политическое прогнозирование в условиях стратегической нестабильности. М. 1999; Панарин А.С. Вторая Европа или «Третий Рим». М. 1996
2. Панарин А.С. Реванш истории: Российская стратегическая инициатива в XXI веке. М. 1998; Панарин А.С. Россия в Евразии: геополитические вызовы и цивилизационные ответы // Вопросы философии. 1994. №12
3. Дугин А.Г. Основы геополитики. Геополитическое будущее России. М. 1997;
4. Дугин А.Г. Геополитика и структура мира в новом тысячелетии // Новый порядок на века? Политическая структура современного мира. М. 2000
5. Кузьменко И. Геополитика Святой Руси // Третий Рим. 1994. №1
6. Шумакова О.Н. Геополитические аспекты теории Евразийства. Дисс. на соиск. кандидата политических наук. СПб. 1995
7. Геополитика современного мира: учеб. Пособие / И. А. Василенко. М. 2007.
8. Арбатов А.Г. Геополитическая глобалистика. М. 2000
9. Барис В.В. Геополитические контуры России. М. 2002
10. Салмин А.М. Изнанка внешней политики // Российская политика на рубеже веков, М. 2001

Амонова С.Б

МУШКИЛОТИ СОҲАИ МАОРИФ ДАР ДАВРОНИ ИСТИҚЛОЛИЯТ.

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Рушду инкишофи соҳаи маориф яке аз масъаллаҳои муҳими замони муосир ба ҳисоб меравад. Дар давраи соҳибистиқлолии ҷумҳурии Тоҷикистон зарурати ба истоҳот ру овардани соҳаи маориф пеш омад.

Дар таърихи ташаккули истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон равандҳои инкишофи соҳаи маориф, аз тарафи олимони ватанӣ ба ду давра ҷудо карда мешавад:

- оғози ба даст овардани истиқлолият (9 сентябри соли 1991) то ба итмом расидани ҷанги шаҳрвандӣ (27 июни соли 1997) ва ба даст овардани устуворӣ (соли 2000);

- аз соли 2000 то ба имрӯз. [1]

Ҳуҷҷати аввалин дар ташаккули соҳаи маориф, дар шароити нав қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи маориф» ба ҳисоб меравад, ки лоиҳаи он 26 августи соли 1991 ба баррасии умумӣ пешниҳод гардид ва бо назардошти ноустувории сиёсӣ, 27 декабри соли 1993 аз тарафи Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон қабул карда шуд.

Давраи аввал ба оғози мочарои шаҳрвандӣ ва анҷоми он рост меояд, ки марҳилаи ниҳоят мушкилу дахшатар барои миллати тоҷик ва соҳаҳои гуногуни ҳаёт буд.

Моҳарои сиёсӣ ба Тоҷикистон буҷурони игтисодӣ, ихтимоб, ахлоғию психолоғӣ ва маҳсусан ба соҳаи маориф таъсири манфӣ расонид, ки оғибат ба пастравии маънавият ва нузули маърифати ҷомеа сабаб гашт. Ханги шаҳрвандӣ, ки солҳои 1992-1997 дар Тоҷикистон ба вуғӯш омад, дар гатори дигар моҳаро {ои сиёсӣ, {амчун ханги бемаънӣ ва ва{шонӣ шинохта шудааст. Мо набояд аз гузаштаи ханги шаҳрвандӣ, дарси ибрат омезем ё {амчун намунаи таърихӣ оиди он бо як {исси ифтихор сухан ронем, баракс, мо бояд насли ояндаро ёдрас намоем, ки ханги шаҳрвандӣ ба таърихи халғамон ва инкишофи соҳаҳои гуногуни ҳаёт таъсири бад расонид.

Мутаассифона, ханги шаҳрвандӣ дар саҳифаҳои таърихи халғамон чунин оғибат {оро меҳос гузоштааст: зиёда аз 50 {озор нафар {алок гаштааст, 600 {озор куч бастанд, 50 {азор му{охир шуданд, 60 {азор ғуреа

гаштанд, зиёда аз 55 {азор ятим шуданд ва тағрибан 20 {азор бе шав {ар монданд. 13]

Аз омили дар боло зикр гардида, бар меояд, ки соҳаи маориф дар кадом вазъият ва ҳолат қарор дошт! Дар соли таҳсилоти 1992-1993 дар ҷумҳурии 2718 мактаби маълумоти умумӣ амал менамуд, ки дар онҳо 1 миллиону 386 ҳазор хонанда таҳсил менамуданд, ки 54 ҳазору 800 хонанда аз миқдори банақшагирифташуда кам буд. Дар зинаи аввали ислоҳот дар мактабҳои маълумоти умумӣ дар синфҳои 1-5 ба ҷуррагӣ мундариҷа ва маъноӣ омӯзиш тағйир ёфт. Вазорати маорифи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси «Консепсияи мактаби милли» нақшаҳои таълимиро бо шарҳу эзоҳоти мушаххас омода намуда, ба мактабҳои маълумоти умумӣ пешниҳод кард. Барои амалӣ намудани сиёсати таҳсилоти вазъияти ноустувор дар кишвар имконият намерод ва дар пешравии соҳаи маориф мамоният эҷод мекард, муҳолифатҳои дохилӣ дар як қатор минтақаҳо боиси қатъ гардидани дарсҳо дар мактабҳои миёна гардид. Дар солҳои аввали истиқлолият, омӯзгорон ва хонандагон аз тарс ба мактаб намерафтанд, ки дар натиҷа давомот паст гардид. Қисме аз шахрвандон Ватанро тарк карда ба дигар минтақаҳо рафтанд. Аксари омӯзгорон, кори омӯзгориро тарк карда, ба дигар навъи фаъолият мегузаштанд ва ё бештар кишварро тарк карда рӯ ба муҳоҷират меоварданд. Аз рӯзҳои аввали истиқлолияти давлатӣ бисёр мутахассисони ҷавон дар мактабҳои миёнаи маълумоти умумӣ кор кардан намехостанд, ки ин масъалаи муҳим ва актуалӣ гардид. Масалан, соли 1992 аз 4812 хатмкунандагони муассисаҳои таълимӣ, 300 нафар бо роҳхат мувофиқи хоҳиши худ таъмин карда шуданд, ки танҳо 201 нафар ба ҷои кор мувофиқи тақсмот ҳозир гардиданд, тақдирӣ нафарони боқимонда ба Вазорати маориф маълум нест.[4] Дар як давраи муайян шумораи зиёди қудакон фориг аз таҳсил ва мактаб монда, бори зиндагиро ба душ мекашиданд. Мушкилоти иқтисодӣ қудаконро водор месохт, ки таҳсилро як тараф гузошта, пайи рӯзӣ талош варзанд. Шумораи зиёди муаллимон тарки мактаб ва соҳа намуданд, ки фазои холигиро шахсони тасодуфӣ ва ғайри ҳирфавӣ пур намуданд. Дар бисёре аз мактабҳои дурдасти қуҳистон ҳатто боғбон минбари муаллимиро ишғол намуда, хонандагонро бояд соате нигоҳ медошт. Хонандагон низ ба ҷои китоб дар ҷуздонхояшон ҳезум «таппак» кашонда, дар мактаб гарм шуда, бо ин рисолати ҳудро дар назди волидайн, мактаб ва ҷамъият анҷом медоданд. Дар натиҷа бештари як насл дур аз мактаб ва таҳсил монд. Нарасидани муаллимони фанӣ яке аз мушкилоте буд, ки то имрӯз ба назар мерасад.

Ҳамаи ин ба системаи маорифи ҷумҳурии таъсири манфӣ расонида ва кор дар ин самт фалаҷ мегардид.

Дар зимни инкишофи соҳа, бо мақсади ворид гардидан ба системаи байналхалқии маориф, ба ин қонун 8 маротиба [2: №667] тағйироту иловаҳо ворид карда шуд.

Қайд намудан зарур аст, ки ин якумин қонуни милли оид ба маориф буд, ки дар оғози давраи соҳибистиқлолии Тоҷикистон қабул карда шуд. Ин ҳуҷҷати тақдирсоз, дар шароити душвор тасдиқ шуда, аз як тараф, барои қорамандони соҳаи маориф ёрии амалӣ расонид, аз тарафи дигар, бо вазъияти онвақтаи кишвар, як қатор проблемаҳо ба миён овард. Аз рӯзҳои аввали соҳибистиқлолии кишвар, дар омода намудани Конститутсия, ба проблемаҳои маориф ва тарбия диққати ҷиддӣ дода мешуд. Ҳамин тариқ, дар кишвар, баъзи қонунгузорӣ дар соҳаи маориф бунёд гардид, ки ба меъёрҳои байналхалқӣ ҷавобгӯ буд. Дар ҷумҳурии муассисаҳои миёнаи маълумоти умумӣ ба монанди дигар муассисаҳои таълимӣ фаъолият менамуданд, қорҳои таълимиву тарбиявӣ пеш бурда мешуд. Дар асоси натиҷаҳои барӯйхатгирии аҳоли, соли 1989 ва аз рӯи далелҳои омили дар оғози солҳои 90-ум сатҳи маълумотнокии аҳоли то 99%, бо маълумоти олии 77% -ро ташкил менамуд.[3]

Дар ин давра, сиёсати давлатии таҳсилоти дар асоси вазифаҳои гузариши Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷомеаи демократӣ, ташаккули ҷомеаи шахрвандӣ, ба давлати ҳуқуқӣ, иқтисодиёти бозоргонӣ, инкишофи иқтисодиёти ҷамъиятӣ муайян карда шуд. Маориф мебоист ба таркиби афзалиятҳои ҷомеаи тоҷик ва давлат ворид мегардид.

Аз соли 2000 давраи нав дар инкишофи соҳаи маориф оғоз гардад. Вазъият дар тамоми соҳаҳо қомилан устувор гардида, дастовардҳои, ки то ин давра ба даст оварда шуд, барои баланд гардидани сатҳи иқтисодӣ ва иҷтимоӣ равона карда мешуд. Мабағгузори аз 41 млн сомонӣ дар соли 2000, дар соли 2012 ба 1.6 млрд сомонӣ мерасад. Дар соли 2013 танҳо аз буҷаи давлат 2 млрд сомонӣ барои маориф ҷудо карда шудааст, ки ин ҳама нишондиҳандаи беҳтар гардидани соҳаи маориф дар он солҳо ба ҳисоб мерафт. [5]

Раванди ислоҳоти маориф, ки дар Тоҷикистон оғоз гардида буд, ба ҳалли вазифаҳои дар назди системаи маориф гузошташуда, равона гардиданд, ки онҳоро метавон ҷунин арзёбӣ намуд:

- дастрасии маълумот барои ҳама, махсусан дар ноҳияҳои дурдаст ва барои духтарон;
- сифати маълумот, аз он ҷумла мутобиқ бо намунаҳои мусоирӣ он;
- инкишофи системаи маориф, ҷараёнҳои молиявӣ ва идоракунии;
- захираҳои инсонӣ, маоши омӯзгорон, сарбории муаллимон, сифати таълим, тайёрии кадрҳо ва ғайра.

Ҳар чанд дар соҳаи маориф ислоҳот ворид гардида бошад ҳам, боз ҳам мушкилот ба назар мерасад, зеро маориф ниҳодест, ки ба оила ва ҷамъият вобастагӣ дорад. Мушкилоти ҷамъият ва оила метавонад ба рушди соҳаи маориф таъсир расонад.

Яке аз масъаллаҳои, ки ба соҳаи маориф мушкилот эҷод менамояд, раванди муҳоҷирати аҳоли ба кишварҳои дуру наздик мебошад. Шумораи зиёди муҳоҷирони меҳнатӣ мардони сини соли қобили меҳнат мебошанд, ки оилаҳоиашон дар Ватан мондаанд. Ҳарчанд раванди муҳоҷирати меҳнатӣ дар Тоҷикистон миёни занон дертар оғоз шуда бошад, ҳам аммо он устувор ва дарозмуддат шуда истодааст. Ин ҳолат метавонад ба раванди таълиму тарбияи насли наврас дар кишвар таъсири манфӣ расонад. Ба муҳоҷирати меҳнатӣ рӯ овардани волидайн боис мегардад, ки тарбияи атфол ба души шахси сеюм бобо, бибӣ ё дигар ҳешовандон бимонад. Дар натиҷа мушоҳида намудан мумкин аст, ки ҳолати руҳию-равонии кӯдак номусоид гашта, ба қору амалҳои ношоиста рӯ оварданад ба миён меояд, ки аз таҳсил ва илмомӯзӣ низ дур мегардад. Бештар аз 70% и муҳоҷиронро ҷавонони сини 17-29 сола ташкил менамояд. [6]

Солҳои баъдӣ мушоҳида мегардад, ки муҳоҷирати тахассусӣ аз ҳисоби омӯзгорон ва табибон бештар гаштааст. Аксаран омӯзгороне ба муҳоҷират рӯ меоранд, ки дараҷаи баланди тахассусӣ доранд. Дар ҳоле, ки дар аксари мактабҳои кишвар ҳатто пойтахт муаллимони фанӣ намерасанд, кишварро тарк кардани мутахассисон

вазъи маорифро бозхам мушкилтар менамояд. Сабаби ба мухочират рӯ овардани омӯзгорон пеш аз ҳама нокифоя будани маош ва мушкилоти оилавӣ аст.

Робитаи оила ба мактаб низ метавонад ба раванди таълим таъсиргузор бошад. Ҳар чанд дар замони Шӯравӣ робитаи оила ба мактаб устувор набуд, аммо мактаб имкони назорат ба раванди таълим ва тарбияро дошт. Дар шароити муосир, ки технологияи инноватсионӣ рушд намудааст ва аксари наврасону ҷавонон ба он дастрасӣ доранд, метавонад ба руҳия ва ахлоқашон таъсир расонад. Аз ин рӯ оиларо зарур аст, пайваста ба мактаб ва омӯзгорон дар робита бошанд.

Масъалаи дигаре, ки дар рушди донишу маънавияти ҷавонон таъсир мерасонад, пайваста гузаштан ба шакли нави таълим аст. Даҳсолаи охир макотиби олӣ ва муассисаҳои дигари таълимӣ ба системаи нави таълимӣ, ки кишварҳои пешрафтаи дунё эътироф намудаанд, ру оварданд. Системаи кредитӣ ва ё Балонӣро интихоб намудан барои пешгирӣ намудани амалҳои корупсионӣ дар ин соҳтор буд. Мутаасифона системаи мазкур дар ин самт чандон ҳадафрас нагардид ва дар баланд гаштани сатҳи донишу маънавияти ҷавонон дар сатҳи зарурӣ мусоидат насохт. Донишҳои заруриро, ки хонанда ва ё донишҷӯ аз бар намудааст, мебояд тамоми умр дар қору рӯзгораш истифода барад, мутаасифона бо аз худ намудани тест ва ё имтиҳоноти фосилавӣ, ки маълумоти қутохро аз бар менамоянд зуд фаромӯш месозанд, мисли он, ки барояшон зарурате надошта бошад. Айни ҳол ру овардан ба системаи анъанавӣ, ки аз замони Шӯравӣ мерос мондааст, мушоҳида мегардад. Пас фаҳмида мешавад, ки системаи кредитӣ ба дарди мо нахурдааст. Дар ин ҳолат суоле ба миён меояд, ки насл, ки қариб таи даҳ сол дар доираи системаи мазкур дониш андухт, то чи андоза муваффақ гардид?

Соҳаи маорифро зарур аст, ки системаи ягонаи таълимро интихоб намояд, ки дар баланд гаштани донишу маънавияти насли имрӯз мусоидат намояд. Зеро рушди саводнокии аксари ҷомеа ва ба талаботи бозори меҳнат ҷавобгу будани мутахассисони ватанӣ тақозои замон аст.

Рӯйхати адабиёт

1. Алимов И.А. Тенденция развития образования Таджикистана в условиях демократического общества. Дисс.... канд.... пед.... наук. – Душанбе, 2015.
2. Ниг. Таджикистан отчет по человеческому развитию. - Душанбе, 1999, С-13
3. Зиёи Х.М. Воқеияти иҷтимоӣ аз дидгоҳи синергетикӣ // Тоҷикистон ва ҷаҳони имрӯз. - Душанбе, 2020. - №4(72). - С. 307-315.
4. Зиёи Х.М. Методологияи синергетикӣ ва истифодаи он дар илмҳои педагогӣ // Паёми Пажӯҳишгоҳи рушди маориф. - Душанбе, 2018. –
5. Известия Маджлиси Оли Республики Таджикистан. 2014.
6. Зокиров Г.Н. Мочароиносӣ. Душанбе, 2002. С.-161.
7. Ниг. Экономика Таджикистана: стратегия развития. - Душанбе, 2000, №2

Амроев У.М., Одилов Ф.Р.

ИСТИҚЛОЛИЯТ ВА БУНЁДИ ТЕАТРИ КАСБИИ ДАНҒАРА

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тоҷикистон

Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои рушди соҳаи фарҳангхусусан театр, мавзӯ ва мундариҷаи он таъсири мусбат расонида, мутабиқи сиёсати фарҳангии Ҳукумати Љумъурӣ, махсусан пас аз истиқрори Ҳукумати конституционӣ дар кишвар, барои инъикоси қулли масъалаҳо, таърихи фарҳанг, адабиёт, расму оинҳои мардумӣ мусоидат кард. Театр, яке аз бахшҳои муҳими фарҳанг ба ҳисоб рафта, ба дастгирӣ ва дар айни замон ба фаъолияти ҳамроҳшудаи ҳамаи соҳторҳои дахлдор дар самти рушди минбаъдаи он ниёз дорад.

Дар даҳсолаи аввали соҳибистиклолӣ дар вилояти Хатлон 2 театри касбӣ фаъолият мекард, ки дар натиҷаи маблағгузорӣ нагардидани муассисаҳои мазкур базаи моддӣ-техникашон хароб гардида буд. Умуман солҳои аввали истиқлолият, ки давраи гузариш ба иқтисодиёти бозоргонӣ ба ҳисоб мерафт, таваҷҷуҳ ба муассисаҳои фарҳангӣ кам буд.

Оғози даҳсолаи дуҷуми соҳибистиклолӣ барои театрҳои касбии тоҷик имконоти нави эҷодиро фароҳам оварда, сатҳи маҳорату касбияшон низ то ҷое рушд мекард. Яке аз тадбирҳои муҳими давлатӣ оиди рушди театрҳои касбӣ, ин қабули Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи театр ва фаъолияти театрӣ» (аз 2 декабри соли 2002 таҳти №80) [5], мебошад, ки он асосҳои эҳё ва фаъолияти театрҳоро муназзам намуда, муносибатҳои, ки дар офаридан ва ба тарзи мустақим пешниҳод намудани намоишномаҳои театрӣ рӯи сатҳи меоянд, асосҳои ҳуқуқии фаъолияти театрӣ, ҳамчунин шаклҳои дастгирии давлатии онро муайян мекунад.

Соли 2000 боқарори СММ «Соли байналмилалӣ фарҳанги сулҳ» эълонгардид. Дар доираи ин қарор, бо пешниҳоди роҳбарии Ҳунарпешаи халқии Тоҷикистон С. Азизова ва мусоидати Ҳукумати ноҳия миёни муассисаҳои ноҳия фестивали «Қабулгари сулҳ» баргузор гардид, ки аз рушд ва санъат дӯстии аҷодии сокинони ноҳия ба Ҳукуматва Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон 25-уми октябри соли 2003 қарори Ҳукумати ҶТ оид ба «Таъсиси Театри ҷумҳуриявии мусиқӣ-драматӣ» дорои 296 ҷойи нишаст дар маркази ноҳияи Данғара ба имзорасида, қарорномаи Хонаи фарҳанги ноҳия Нуралӣ Исмаилов ба вазифаи директори театри наваъсис таъйин гардид [4, 11].

Дар ибтидои фаъолияти театр, масъалаи муъим, ки бо мушкилоти фаровон ҷамъон буд ин ба театр таъмину ҷалб намудани кадрҳои муносибу соҳибтаҳассус буд. Дар марҳалаи аввал (2003-2007) шумораи қарорномаҳои эҷодии коллективи театр ба 41 нафар мерасид. Соли 2005 курси махсусе, ки бо пешниҳоди Ҳукумати ноҳия ва Вазорати фарҳанги ҶТ дар ДДФСТ ба номи М. Турсунзода ташкил шуда ва хатмкунандагон ба ҷаҳати эҷодии театри наваъсис шомил шуданд [8, 114].

Лозим ба зикр аст, ки фаъолияти эҷодии театр аз соли 2004 оғоз ёфта, нахустин намоишномааш таҳти унвони

«То киёмат» аз рӯи асари С. Айюбӣ дар таънияи Р.Одинаев рӯйи сахна омад [3,5].

Мутобики Қарори № 1/66 Вазорати фаръанги ЎТ аз 1 декабри соли 2004, ба истиқболи 2700-солагии шаъри Кӯлоб дар шаъри Душанбе аз 23 то 30 марти соли 2005 Фестивал-озмуни театрҳои касбӣ «Парасту-2005» дар сатҳи ҷумҳуриявӣ баргузор гардид. Ҳайати эҷодии театри ноъияи Данғара, ки бори нахуст дар ин озмун иштирок дошт асари драматургии тоҷик С. Муқаддамов «Баъди кудуд» дар таънияи Р. Одинаев, марбут ба масъалаи доғи рӯз манзури ҳакамону муҳлисон гардонид, бо Ифтихорномаи Вазорати фаръанги ЎТ «Барои шулоат» дар интиҳоби мавзӯ қардонӣ мешавад.[2,266] ки ин қадами гурӯҳи эҷодӣ нахустин коре буд, ки онро ба унвони театри касбии драма муаррифӣ намуд.

Шоёни зикр аст, ки Ҳукумати мамлакат ба ҳунар, хоса ба рушди театр аҳамияти ҷиддӣ медиҳад. Консепсияи рушди фаръанги Ҷумҳурии Тоҷикистон бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти №501 аз 30 декабри соли 2005 қабули барномаи «Рушди санъати театрӣ дар Тоҷикистон барои солҳои 2013 - 2019»-ро метавон аз дастовардҳои муҳими истиқлолият арзёбӣ намуд.

Аз 2 то 15 августи соли 2006 дар Қасри фаръанги шаъри Кӯлоб Фестивали театрҳои касбии ҷумҳурии баргузор гардид, ки дар он 14 театри касбии ҷумҳурии ширкат доштанд. Театри ноъияи Данғара намоишномаи «Рустам ва Сӯғроб»-и Ғ. Абдулло дар таънияи С. Азизова манзури муҳлисон гардонид, ки аз ин баъд барои театр давраи фаъолиятро ва ҷустуҷӯҳои эҷодӣ гардид. Соли 2007 театр дар Фестивал-озмуни театрҳои касбии ҷумҳурии «Парасту-2007» бо намоишномаи «Дод аз дасти Афандӣ!»-и Ғ. Ашӯр (таънияи Д. Убайдуллоев) ширкат намуда, сазовори ҷойи дуум ва соҳибдипломи дараҷаи дувуми Вазорати фаръанги ЎТ гардид ва барои ширкат дар Фестивали байналмилалӣ театрҳои касбӣ «Наврӯз-2007» роҳат мегирад [3,5].

Фестивали байналмилалӣ театрҳои касбӣ «Наврӯз - 2007» бо иштироки театрҳои касбии ҷумҳурии Қазоқистон, Қирғизистон, Ўзбекистон ва Тоҷикистон аз 6 то 9 – уми апрели соли 2007 дар шаъри Душанбе баргузор гардид. Театри ноъияи Данғара бо мазнакаи «Дод аз дасти Афандӣ!»-и Ғ. Ашӯр сазовори дипломи ин фестивал ва ҷашнвораи ҷунари театри мегардад.[9,176].

Санаи 13 то 15 апрели соли 2012 ҳайати эҷодии театр дар Фестивали байналмилалӣ театрҳои касбии «Давраи энҷ ва санъати театри» дар пойтахти Туркменистон - шаъри Ашхобод, ки бо ширкати 19 театр аз 11 кишвари ҷаҳон баргузор гардид, ширкат намуда намоишномаи мазнакавии А. Баёри «Фолбинии Афандӣ»-ро дар таънияи А.Қодиров манзури меъмонону ҳайати доварони фестивал гардонид, аз ҷониби ҳакамону тамошбинони сершумор пазируфта мешавад [7,7].

Мавриди зикр аст, ки дар устувор намудани фаъолияти эҷодии театр саҳми коргандонҳо Абдулҳафиз Қодиров, Давлат Убайдуллоев ва Раҳмоналӣ Одинаев хеле назаррас аст.

Театр бо талаби замон ба мавзӯҳои мосоили таърихӣ, бедор намудани ифтихори миллӣ, ватандӯстии меҳанпарастӣ, эҳёи суннатҳои мардумӣ ва мосоили доғи рӯз рӯ оварда, ба комёбиҳои назарраси эҷодӣ оғаштааст. Намоишномаҳои «Лаҳади Абӯлаҳаб»-и С. Аюбӣ (таънияи А. Қодирӣ), «Беватан»-и С. Сафаров, «Тахти Султон Маҳмуд»-и Ш. Солеҳ, «Лаҳзае бо Аллома»-и Ҷ. Қуддус дар таънияи Р.Одинаев [1,60] саҳнавӣ оғашта, дар омезиш бо дастовардҳои навини санъати театри марокангез мебошанд.

Ҷулисолҳои соҳибистиқлолӣ дар Тоҷикистон, фаъолияти эҷодии муассисаҳои театри васеъ гардид, шумораи намоишномаҳо, ҳунарнамоӣ, иштирок дар озмуну фестивалҳои дохилию хориҷӣ зиёд ва сатҳи хизматрасонӣ ҳубтар гардидааст.

Ҷуноне, ки Сарвари давлат дар Паёми навбатии худ ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон (2011) қайд намуданд: «Боиси қаноатмандӣ, ки имрӯзҳо ҷамъияти мо дар беътарин саънаҳои ҷаҳон ҷунарнамоӣ менамоянд. Тавассути дастгирӣи ҳукумати кишвар дар даврони истиқлолият санъаткорони мо ба зиёда аз 50 кишвари ҷаҳон сафари ҷунари анҷом доданд. Танҳо дар соли 2010 ҷунармандони тоҷик дар ҷашнвораву озмунҳо ва фестивалҳои 20 мамлақати ҷаҳон ширкат варзида, фаръангу ҷунари волеи миллати тоҷикро ба ҷаҳонӣиён муаррифӣ карданд» [6,].

Бо ифтихор метавон гуфт, ки комёбиҳои даврони истиқлолмақому манзалати кишвари моро дар арсаи байналмилалӣ ба таври зарурӣ муаррифӣ намуда, дар рушду такомули фаръангу маънавиёт мактаби бузург арзёбӣ мегардад.

Имрӯзҳо театри ноъияи Данғара баҳри амалисозии сиёсати фаръангии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ташаккули фазои ягонаи фаръангӣ, Амру фармонҳои Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ-Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муътарам Эмомалӣ Раҳмон, қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, раиси вилояти Хатлон, фармоиш ва дастурҳои Вазорати фаръанги Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди баррасӣ ва иҷро қарор дода, дар баргузори ҷашну ҷорабиниҳои фаръангии сатҳи вилоятӣ, ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ саҳми арзандае гузошта истодааст.

АДАБИЁТ.

1. А. Абдурахмонов. Ш. Абдулқайсов. Театрҳои касбии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Душанбе – 2012.- 64с.
2. Абдулҳақов О.Ш. Дастовардҳои фаръангии данғара дар замони истиқлол, Маводи конференсияи илмӣ – назариявӣи ҷумҳуриявӣ дар мавзӯи «Аҳамияти таърихӣи Иҷлосияи XVI Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мустақкам гардонидани пояҳои истиқлоли давлатӣ» бахшида ба 30 -солагии Иҷлосияи XVI Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе (15 ноябри соли 2022). – С. 266.
3. Махсумов М. Театр оинаизиндагист // Симои Данғара. -№ 22-23 (6668-89). 8 июли соли 2017.-С.5.
4. Кабутов З. Махсумов М. Театри ҷумҳуриявӣи мусиқӣ – драматикҳои ноъияи Данғара. – Душанбе, 2013. 92 с.
5. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон: Дар бораи театр ва фаъолияти театри аз 2 декабри соли 2002, таъти № 80 // Сомонаи расмӣи Маркази миллии қонунгузори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон: - http://base.mmk.tj/view_sanadhoverview.php?showdetail=&sanadID=92.
6. Паёми Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ – Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, Эмомалӣ

Раҳмон ба Маълиси Олӣ – 20.04.2011.[Хазинаи электронӣ].– Санаи истифодабарӣ:

<http://mmk.tj/ru/president/letter/>

7. Ҳисоботи ВФҚТ дар соли 2012 васамтҳои минбаъдаи он дар соли 2013.- 51с.
8. Шарифов Ш. Театри зодаи истиқлол// Паёми Донишгоҳи милли Тоҷикистон. – 2019. - №6. – С. 112-117.
9. Шарифов Ш.Қ. Таърихи массаҳои маданӣ – равшаннамоии минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон дар даврони истиқлол (с.1991-2016): –Бохтар, 2021.-С.176.

Арабова З. У., Шукурова Н.Я., Абдусатторов Т.А.

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ПРОЖИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРНОЙ ГИПОКСИИ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. 93% территории республики Таджикистан занимают горы. С каждым годом увеличивается миграция людей в условия высокогорья, в связи с этим возникает необходимость изучения факторов высокогорья на состояние организма для проведения профилактических мер с целью предотвращения и сохранения их здоровья. Гипоксический фактор может как увеличивать функциональные резервы организма и его стрессоустойчивость, но так и может быть причиной развития ряда патологических процессов, что зависит от особенностей функциональной системы.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение изменения показателя глюкозы в оценке эффективности адаптации человека к условиям высокогорья в различные сроки проживания.

Материал и методы исследования. Объектом исследований послужили временные жители высокогорья (пос. Мургаб Восточного Памира, высота 3660 м над ур. м.). В исследовании участвовали 137 военнослужащих добровольцев срочной службы, в возрасте 20 - 27 лет. По срокам проживания на высоте исследуемые были разделены на 4 группы: ВЖ-I- со сроком проживания 3-4 мес.; ВЖ-I- 6-8 мес.; ВЖ-II - 10-12 мес. и ВЖ-IV- 18 мес. и более. Всем жителям была взята кровь на измерение концентрации глюкозы. **Результаты исследования.**

В каждой группе концентрация глюкозы варьировала от нормы (4,4 ммоль/л) до выше нормы (8,9 ммоль/л). В связи с этим нами рассмотрена индивидуальная особенность изменения концентрации глюкозы в каждой группе. С этой целью мы выделили следующие градации концентрации глюкозы: 4,8-5,5 ммоль/л; 5,6-6,8 ммоль/л; 6,9-7,5 ммоль/л; 7,6-8,0 ммоль/л и 8,1 ммоль/л и более. Результаты полученных данных представлены в таблице. 1

Таблица 1

	4,8 – 5,5	5,6 – 6,8	6,9 – 7,5	7,6 – 8,0	8,1 и более	Среднее
ВЖ – 1	25	25	25	6,2	18,8	6,78
ВЖ – 2	7,1	53	25,6	0	14,3	6,92
ВЖ – 3	13,6	40,9	13,6	18,3	13,6	6,74
ВЖ -4	35,3	41,2	5,9	5,9	11,7	6

Первые две градации представляют нормальные значения, остальные три градации – выше нормы. Нижняя норма концентрации глюкозы (4,8-5,5 ммоль/л) отмечается у каждого третьего (35,3%) у обследованных со сроком проживания 18 мес. и более, у каждого четвертого (25%) среди обследованных со сроком проживания до 4 мес. и у каждого седьмого (13,6%) среди обследованных со сроком проживания 18 мес. и более.

Результаты показывают, что достаточно высокий процент обследованных с концентрацией глюкозы в крови выше нормы (у 50% со сроком проживания до 4 мес.; у 39,9% со сроком проживания 6-8 мес.; у 45% со сроком проживания 10-12 мес.). Из них с наибольшей концентрацией глюкозы (8,1 ммоль/л и более): 18,8% со сроком проживания до 4 мес.; 14,2% - 6-8 мес.; 13,6% - 10-12 мес. Наименьшее количество обследованных (23,5%) с концентрацией глюкозы выше нормы у людей со сроком проживания 18 мес. и более, среди которых у каждого восьмого (11,7%) концентрация глюкозы 8,1 ммоль/л и более.

Наибольшее количество обследованных во всех группах с нормальным содержанием глюкозы в крови: у 50% со сроком проживания до 4 мес.; 60,1% со сроком проживания 6-8 мес.; 54,5% со сроком проживания 10-12 мес. и 76,5% со сроком проживания 18 мес. и более. Следует отметить сохранение достаточно высокого процента обследованных с повышенным содержанием глюкозы в крови, у 45,5% со сроком проживания 10-12 мес. (из них 13,6% с концентрацией 8,1 ммоль/л) и у 23,5% со сроком проживания 18 мес. и более (из них 11,7% с концентрацией 8,1 ммоль/л).

По средним значениям наименьшая концентрация глюкозы (6,0 ммоль/л) в крови отмечается у обследованных со сроком проживания 18 мес. и более. Наибольшая концентрация (6,92 ммоль/л) – у обследованных со сроком проживания 6-8 мес. и на верхней границе нормы – у обследованных со сроком проживания на высоте до 4 мес. и 10-12 мес. В каждой группе концентрация глюкозы варьировала от нормы (4,4 ммоль/л) до выше нормы (8,9 ммоль/л).

Вывод. Таким образом, неблагоприятным фактором следует считать сохранение достаточно высокого процента обследованных с повышенным содержанием глюкозы в крови (6,9 ммоль/л и более) со сроком проживания 10-12 мес. и более (45% из которых 13,6% с концентрацией 8,1 ммоль/л) и со сроком проживания 18 мес. и более (23,5% из которых 11,7% с концентрацией 8,1 ммоль/л). Дальнейшее их пребывание в условиях высокогорья может привести к заболеваниям дизадаптации.

Список литературы.

1. Абдумаликова, И.А. Экспериментальные предпосылки для нормирования труда специалистов, работающих в зоне коронного разряда высоковольтных линий электропередач [Текст]/ И.А. Абдумаликова, А.С. Шаназаров, М.В. Балыкин // Вестник КРСУ. –2018. - Том 18, No 2. – С. 190.
2. Арабова З.У. Оксигенация артериальной крови в условиях высокогорья / З.У. Арабова // Материалы 65

научно-практической конференции ТГМУ «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», Том 2, Душанбе, 2017 – С.- 321-323

3. Арабова З.У. Показатели центральной гемодинамики в оценке адаптационных возможностей человека к высокогорью / З.У. Арабова, Ф.А. Шукуров // Роль и место инновационных технологий в современной медицине. Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Сино. Том 2, Душанбе, 2018 - С.- 70-71

4. Арабова З.У. Прогнозирование фазы стабильной адаптации и донозологического состояния у людей с различным сроком проживания в условиях высокогорья / Ф.А. Шукуров, З.У. Арабова // Ж. Известия национальной академии наук Кыргызской республики. – 2019. - №4. - С. 83-87.

5. Собуров, К.А. Возрастная иммунологическая реактивность населения проживающего в дискомфортной горной местности / К.А. Собуров, А.А. Казыбекова, Ж.С. Тумонбаева // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №6. - С.3-5.

Асомова У.И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А. Рахимова

Актуальность. Потребности нашего государства в высококвалифицированных специалистах, способных устанавливать деловые контакты и бизнес-сотрудничество с зарубежными партнерами, специалистов, владеющих иностранным языком на профессиональном уровне, находят свое отражение в рабочих учебных программах вузов страны. Иностранный язык сегодня - это не просто часть культуры определенной нации, но и залог успеха и будущей успешной карьеры студентов. Достижение высокого уровня владения иностранным языком невозможно без фундаментальной языковой подготовки в высших учебных заведениях. В большинстве высших учебных заведений студенты осваивают как минимум два иностранных языка. Преподавателям важно знать новейшие методики преподавания иностранного языка, специальные приемы и методы обучения, чтобы выбрать оптимальный метод обучения в зависимости от уровня знаний, потребностей и интересов студентов.

Цель. Целью обучения иностранным языкам в высшей школе на современном этапе является формирование у студентов коммуникативной компетенции, которая позволит им реализовать свои знания, умения, навыки для решения конкретных коммуникативных задач в реальных жизненных ситуациях и дать обзор современных тенденций в развитии методов преподавания иностранных языков в высшем образовании.

Материал и методы исследования. Сегодня учебный процесс в вузах Таджикистана реформируется в соответствии с общеевропейскими требованиями к качеству образования: информатизация образовательного пространства, интеграционные процессы в современном национальном образовании, налаживание сотрудничества вузов с европейской образовательной и научной деятельностью, студенческие международные обмены, возможность получения второго высшего образования и обучения за рубежом по магистерским программам. В контексте реформ высшего образования должна измениться и образовательная технология преподавания иностранных языков. Само языковое образование также постепенно модернизируется путем внедрения модульно-рейтинговой системы обучения иностранным языкам, междисциплинарная интеграция, демократизация и экономизация образования воплощают в жизнь инновационные компоненты обучения иностранным языкам.

Современные технологии в образовании - это профессионально-ориентированное изучение иностранного языка, занятость в обучении, использование информационных и телекоммуникационных технологий, работа с компьютерными программами для обучения иностранным языкам (мультимедийная система), дистанционные технологии в обучении иностранным языкам, создание презентаций в Power Point, использование Интернет-ресурсов, обучение иностранному языку в компьютерной среде (форумы, блоги, электронная почта), новейшие тестовые технологии (создание банка диагностических). На данном этапе развития методической науки основными методами обучения иностранным языкам являются коммуникативный и конструктивистский методы. Коммуникативный метод. Цель обучения: овладение коммуникативной компетенцией. Содержание обучения: тексты должны демонстрировать конфликты, побуждающие ученика выражать собственное мнение. Обучение не управляется с помощью грамматики, а направляется коммуникативными интенциями (намерениями).

Ученик находится в центре обучения. Языковая плоскость: доминирование языкового производства над правильностью языка, правильностью, допускаются ошибки. Язык становится средством общения. Упражнения: упражнения коммуникативного характера. Учащиеся учатся "общению в процессе самого общения". Следовательно, все упражнения и задания должны быть коммуникативно обоснованы информационными дефицитами, выбором и реакцией". Преимущества метода: студенты совершенствуют свои навыки говорения, преодолевается страх перед ошибками. Слабые стороны метода: недостаточно внимания уделяется качеству языка, коммуникативная компетенция довольно быстро достигает своего предела. Конструктивистский метод. Цель обучения: метод основан на активном обучении учащихся. Задача учителя - не научить, а облегчить процесс обучения. Урок ориентирован на действие. Содержание обучения: близость к реальности, учащиеся поощряют к конструированию собственных знаний (например, проектная деятельность). Языковая плоскость: как можно шире. Упражнения: в центре обучения - языковая продукция. Преимущества метода: Подготовка студентов к реальной жизни, реальным ситуациям. Слабые стороны метода: на современном этапе они еще не проявились достаточно четко. Примером конструктивистского метода является проектное обучение. В методологии различают традиционные и альтернативные методы обучения. Понятие "альтернативные методы" объединяет ряд различных подходов, приемов и способов передачи языка. Существуют такие альтернативные методы, как метод полного физического реагирования, суггестивный метод, драматико-педагогический метод, метод молчания и групповой метод. К инновационным методам обучения относятся: Компьютерное обучение (CALL), метод сюжетной линии, метод симуляции, метод карусели, метод станций, метод групповой головоломки,

метод ролевой игры, метод кейс-стади (работа над проблемными ситуациями, студенты рассматривают проблему, анализируют ситуацию, представляют свои идеи и решения проблемы в ходе обсуждения). Метод сценариев (метод сюжетных линий). Этот метод основан на объединении запланированных учебных смыслов - например, продажи в магазине - с интересами и идеями учащихся. Получая "импульсы" от учителя (так называемые ключевые вопросы), учащиеся вносят свой вклад в создание сюжета. Этот метод позволяет обойтись без учебников. Речь идет о творческом планировании, выборе гипотезы, переживании, систематизации и представлении работы. Симуляции упорядочивают знания учащихся, готовят их к необходимости принятия в будущей деятельности быстрых и мотивированных бизнес-решений. Существуют компьютерные симуляции, где участники работают с компьютерной программой, управляют мнимой компанией и настольные симуляции, где участники, компании, предприятия «существуют» в виде фишек, карт. Метод ролевой игры. Ролевая игра является активным методом обучения, средством развития коммуникативных способностей студента. Ролевая игра связана с интересами студентов, является средством эмоциональной заинтересованности, мотивации учебной деятельности. Ролевая игра выступает активным способом обучения практическому владению иностранным языком. Ролевая игра помогает преодолеть языковые барьеры студентов, значительно повышает объем их речевой практики. Это обучение в действии. Существует большое количество форм, типов ролевой игры на уроках иностранного языка. Так, например, можно использовать ролевую игру «На собеседовании», где студенты берут на себя роль работодателя и работника. Из всего выше сказанного, следует сделать вывод, что для преподавателя сегодня важно постоянно совершенствовать свои знания о методах обучения иностранным языкам, внедрять в свою преподавательскую практику новейшие образовательные концепции, идти в ногу со временем.

Результат. Из всего вышесказанного следует сделать вывод, что для преподавателей сегодня важно постоянно совершенствовать свои знания в области методики преподавания иностранных языков, внедрять в свою педагогическую практику новейшие образовательные концепции, идти в ногу со временем.

В настоящее время образовательный процесс в вузах Таджикистана реформируется в соответствии с общеевропейскими требованиями к качеству образования: информатизация образовательного пространства, интеграционные процессы в современном национальном образовании, налаживание сотрудничества вузов с европейскими в сфере учебной и научной деятельности, международный обмен студентами, возможность получения второго высшего образования и обучения за рубежом по программам магистратуры. В контексте реформ высшего образования должна измениться и образовательная технология преподавания иностранных языков. Само языковое образование также постепенно модернизируется за счет внедрения модульно-рейтинговой системы обучения иностранным языкам, междисциплинарная интеграция, демократизация и экономизация образования воплощают в жизнь инновационные компоненты обучения иностранным языкам. Все это предъявляет новые требования к преподаванию и изучению иностранных языков в высшей школе.

Вывод. Иностранный язык выступает как средство коммуникации, общения с представителями других народов, поэтому культурологический или межкультурный подход в образовании продолжает развиваться в рамках концепции "диалога культур", с целью формирования поликультурной грамотности студентов. Поэтому, на мой взгляд, в современном университете не должно быть места таким процессам, как заучивание, бездумное заучивание текстов на иностранном языке, которые не имеют никакой практической ценности для будущей жизни студентов. Студенты должны быть подготовлены на основе качественного современного аутентичного учебного материала к осознанному использованию иностранного языка в своей будущей жизни и работе. Ведь хорошее знание иностранных языков сейчас является и будет оставаться одним из ведущих требований работодателей. В связи с этим высшие учебные заведения обязаны обеспечить студентов целым рядом языковых знаний, навыков и умений, а это требует, прежде всего, систематического создания условий для повышения квалификации преподавательского состава и обеспечения учебного заведения соответствующими материально-техническими ресурсами. Качественная языковая подготовка студентов невозможна без использования современных образовательных технологий.

Литература:

Волкова Н. П. Педагогика: Учеб. пособие. — М.: Академвидав, 2007. — 616 с.
Кузьминский А. И., Омеляненко В. Л. Педагогика: Учебник. — М.: Знание-Пресс, 2008. — 447 с.
Методика обучения иностранным языкам в средних учебных заведениях: Учебник / кол. авторов под руководством С. Ю. Николаевой. — М.: Ленвит, 1999. — 320 с.

Асомова У.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГООУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность исследования. Латинский язык принадлежит к числу старейших учебных дисциплин высшей, а в прошлом и средней школы, поэтому методика его преподавания во многом носит консервативный характер, используя те приемы, от которых уже давно отошла методика преподавания живых иностранных языков. Такая ситуация поддерживается и спецификой самого предмета: латинский язык нефункционирует в живом употреблении, а представлен исключительно текстами, из которых обучающимся предстоит получить нужную информацию. Еще консервативнее медицинская латынь, сводящаяся к анатомической и фармацевтической номенклатурам и набору стандартных рецептурных формул. Данный материал может быть как понят, так и успешно заучен без понимания сути. Внедрение в преподавание латинского языка современных методик по-прежнему является актуальной задачей и требует обобщения и анализа опыта, накопленного в данном направлении разными преподавателями.

Цель исследования. Проанализировать достоинства и ограничения интерактивных методов в преподавании латинского языка студентам медицинского профиля.

Методы и материал. По форме взаимодействия обучающего и обучаемого методы обучения делятся на пассивные, активные и интерактивные. Суть пассивных методов «заключается в трансляции преподавателем информации и в ее последующем воспроизведении обучающимся» [3, с. 5]. Активный метод, сохраняя роль преподавателя как транслятора информации, предполагает не авторитарный, а демократический стиль взаимодействия. «Интерактивное обучение - это специальная форма организации познавательной деятельности, способ познания, осуществляемый в форме совместной деятельности студентов, при которой все участники взаимодействуют друг с другом» [2, с. 8]. Роль преподавателя - направлять деятельность студентов. К достоинствам активных и интерактивных методов обучения относятся: возможность обратной связи, поощрение интеллектуальной активности и самостоятельности каждого обучающегося, формирование у навыков межличностного взаимодействия в группе.

Существуют разные формы и приемы интерактивного обучения: творческие задания, метод малых групп, обучающие игры, круглый стол, «мозговой штурм», дебаты, тестирование, тренинг, дистанционное обучение [1]. На данный перечень может быть наложена любая из традиционных классификаций методов обучения (закрепляющие / контролирующие, аудиторные / внеаудиторные и т.д.). Классификации интерактивных методов, уникальной для них, пока не разработано.

Очевидно, что не все активные и интерактивные методы эффективны для всех учебных дисциплин в равной мере. Например, дискуссионные техники не применимы на начальном этапе обучения, когда студенты еще не обладают багажом знаний, достаточным для того, чтобы составить собственное мнение по какой-либо проблеме. В частности, это относится к латинскому языку и основам терминологии. Плюсы и минусы дистанционного обучения могут стать темой отдельной работы [1]. Мы хотим подчеркнуть, что интерактивный метод не может и не должен применяться как единственный, а отдельные его приемы следует сочетать с приемами пассивного и активного методов в зависимости от конкретной учебной ситуации. Далее мы рассмотрим отдельные формы интерактивного метода, которые могут быть применены и применяются в преподавании латинского языка медикам.

Наиболее популярны у методистов обучающие игры. Выполняться такие игры могут как индивидуально (побеждает выполнивший задание первым), так и в малых группах. Особенно разнообразны лексические игры. Сюда относятся анаграммы, кроссворды, лото, подбор пар карточек «слово - перевод», диктант из загадок [3, с. 260-261]. Такие игры могут служить эффективной формой контроля домашнего задания по заучиванию лексики. Проектный метод, как и игровой, легко осуществим и эффективен при изучении латинского языка, и используется многими методистами. Мы в своей работе используем его в следующем варианте. На одном из первых занятий студентам предлагаются темы проектов. Темы могут носить как исследовательский характер (направление «Язык медицины»), так и реферативный (направление «Античные реалии»).

Творческие задания эффективны как форма внеаудиторной работы. Они поддерживают мотивацию студентов к изучению предмета. В своей практике мы используем этот метод в разных вариантах: конкурсы переводов *Gaudeamus*'а или конкурсы иллюстраций к латинским крылатым выражениям. Опыт показывает, что рисуют студенты охотнее, чем переводят. Конкурсы иллюстраций мы оформляем по-разному: вывешиваем работы в аудитории и просим студентов проголосовать за понравившиеся (поставить «лайк» рядом с работой), оформляем в виде тематических стенгазет; подготовили и издали сборник латинских афоризмов с иллюстрациями наших студентов. Видя в аудитории рисунки товарищей, студенты приносят свои иллюстрации даже вне конкурса, поэтому наша экспозиция пополняется.

Информационно-коммуникативные технологии принципиально отличаются от других форм интерактивного метода тем, что «партнером» по общению становится не человек, а компьютерная программа. Данные технологии могут использоваться как в аудиторной, так и во внеаудиторной работе. Например, тесты в аудиторной работе служат средством контроля, экономящим аудиторное время, во внеаудиторной - средством обучения, самоподготовки к занятиям, тренировки. Презентации в аудиторной работе выступают как средство наглядности, заменяя традиционные мел и доску, плакаты и раздаточный материал. Во внеаудиторной работе подготовка презентаций позволяет студентам научиться самостоятельно структурировать информацию и успешно доносить ее до адресата.

Информационно-коммуникативные технологии сейчас активно претендуют на то, чтобы стать заменой традиционному образовательному процессу. Однако «для дистанционного обучения необходима жесткая самодисциплина, а его результат напрямую зависит от самостоятельности и сознательности учащегося» [1], что делает его отнюдь не универсальным инструментом в образовательном процессе. Информационно-коммуникативные технологии часто используются для организации олимпиад. Возможны разные варианты. Один базируется на свойствах интернета как источника информации. Участники получают задания, связанные с поиском информации о некоторых интересных фактах из истории медицинской терминологии, и в течение установленного времени ищут ответы; затем работы оформляются и отправляются в жюри. Другие варианты задействуют онлайн технологии.

Результат. Основной характеристикой интерактивных методов обучения является взаимодействие обучающихся не только с обучающим, но и между собой. По цели взаимодействия выделяются методы индивидуально-соревновательные, кооперативные и кооперативно-соревновательные. Соревновательная составляющая реализуется преимущественно в игровых техниках, кооперативная - в групповых. По партнеру взаимодействия выделяются методы субъектно-субъектные и информационно-коммуникативные. В последнем случае партнером по общению выступает, наряду с преподавателем, компьютерная программа, а интерактивность принимает форму «кооперации с компьютером».

Вывод. Проанализировав собственный опыт и опубликованный опыт коллег, мы пришли к выводу, что не все приемы интерактивного метода в равной мере эффективны при изучении латинского языка. На аудиторных занятиях могут быть успешно применены игры, не требующие больших временных затрат. Они могут использоваться как для закрепления нового материала, так и для контроля усвоения и выработки навыков. Игровые задания эффективны и на олимпиадах. Во внеаудиторной работе эффективны проектный метод, где каждый погружается в собственную тему, а

затем излагает товарищам добытые знания, метод творческих заданий, времязатратные командные игры. Использование дистанционных технологий в качестве обучающих предполагает высокую самоорганизованность со стороны студентов, поэтому желательно сочетать такие методы с традиционными и контролировать обучающихся в очном формате.

Список литературы:

1. Айзина Ю.А., Бронникова Н.А. Дистанционное обучение. Достоинства и недостатки [Электронный ресурс] // Портал магистров ДонНТУ. 2014. URL: <https://bit.ly/3qtrmAR> (дата обращения: 30.11.2021).
2. Дмитриева О.Н. Повышение интереса к изучению латинского языка и основ медицинской терминологии с помощью интерактивных методов // Мир науки, культуры, образования. 2018. № 1. С. 276-277.
3. Сафонова Л.Ю. Методы интерактивного обучения: Методические указания. 2015. 86 с.

Асомова У.

ИЗ ИСТОРИИ ЛАТИНСКИХ ТЕРМИНОВ В АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГБОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. История латинских терминов, используемых при изучении анатомии. Развитие любой отрасли научного знания сопровождается появлением терминов. Путь изучения строения тела человека дошел до нас в первую очередь через анатомическую терминологию. Исследование органа или его части сопровождалось описанием особенностей его строения, расположения относительно других образований, зарисовкой и, наконец, определением его названия. Ни в одной науке, кроме как анатомии, термины так не свидетельствуют об истории ее становления и развития, о ее создателях. Авторские названия позволяют судить о времени, когда жил автор, о месте, где он родился, учился, работал; о его учителях, коллегах и учениках и об их взаимоотношениях; о приоритете того или иного ученого, о его общественном и материальном положении, об интересных событиях в его жизни, его поступках, и т.п. В целом, это сведения о времени, эпохе и географии научных открытий.

Анатомы в наследство от древних естествоиспытателей получили латынь как язык науки, поэтому в начале коротко остановимся на истории латинского языка, так как именно он веками служил не только средством общения, но и объединения естествоиспытателей и, в частности, анатомов в особое братство.

Цель исследования. Изучить история латинских терминов в анатомии человека.

Методы и материалы. Латинский язык как разговорный, так и литературный, сложившись в Римской империи эпохи «золотой латыни», достиг своего расцвета к концу I в. до н.э. в прозе Цицерона, Цезаря и в поэзии Вергилия. К этому времени максимально обогатился его словарный состав.

После падения Римской империи (VI век н.э.) латинский язык распался на ряд романских и германских языков. Однако он продолжал существовать в католических странах до XV-XVI вв. как письменный и разговорный язык духовенства, ученых, юристов, чиновников и врачей, которые были двуязычными во всех этих странах, и как язык интернациональной художественной литературы. Но со временем он стал называться «мертвым». Однако и как мертвый язык он продолжает существовать до настоящего времени в католическом богослужении, медицине и отчасти в других естественных науках, например, в разделах систематики ботаники и зоологии, микробиологии и вирусологии и т.п. [1].

Латынь в наше время - прежде всего язык медицины, а, следовательно, и анатомии. Анатомическая терминология, передаваемая при обучении, стала создаваться в Древней Греции в эллинический период, VIII в. до н.э., во времена Герофила и Эразистрата (Александрийский период). На протяжении истории развития анатомии многие исследователи делали попытки упорядочивания анатомической терминологии, но это были попытки одиночек.

Цельс Авл Корнелий, римский ученый - энциклопедист, вернул в науку «золотую латынь». Он творил в конце I в. до н.э. и в первой половине I в. н.э. Известен его трактат «О медицине», который переведен на русский язык и издан в 1959 г. В Трактате изложены основные принципы медицинской науки догеленовского Рима. Цельс работал в созданной для его рабов больнице - «вале-тудинариуме», в процессе чего получил много новых знаний по анатомии, патологии, хирургии и диетологии. Он увлекался научной латинской терминологией. По мнению Плиния Старшего (23-79 гг. н.э.) классический язык его сочинений - это «золотая латынь». Современники называли его «медицинским Цицероном» и «латинским Гиппократом» [3].

А. Везалий (1514-1564) первым сделал попытку устранить путаницу, существовавшую в терминологии. Он изъяснял многие арабские определения и средневековые латинские названия, перевел греческие слова на классический латинский язык и ввел исключительно латинские обозначения. Правда, и это не всегда было удачно, но история со временем исправила эти недостатки. С 1532 г. изучал медицину в Монпелье, а затем в Париже. А. Везалий показал результаты экспериментального метода изучения строения тела человека, положив начало функциональной анатомии и физиологическим открытиям. Год выхода в свет «Фабрики» надо считать датой рождения новой анатомии, основанной не на мнениях авторитетов, а на непосредственном изучении человеческого тела. Авторских терминов, связанных с именем А. Везалия немного. Это Везалиева кость, сеса-мовидная кость (tabella), расположенная у места начала латеральной головки икроножной мышцы, а также сесамовидные кости между кубовидной и V плюсневыми костями; Везалиево отверстие, непостоянное отверстие на основной кости для прохождения выпускника, идущего из пещеристой пазухи; Везалиева вена - выпускник, проходящий через Везалиево отверстие; Везалиева связка (lig. inguinale), паховая связка. Она же называется Пупартова связка, или Фаллоппиева связка. Из сказанного выше следует, что анатомические термины, носящие имя А. Везалия, мало известны. Однако его вклад в анатомию невозможно переоценить [2].

В XIX-XX вв. анатомическая терминология как язык научных исследований в анатомии, язык обучения и медицинской практики претерпела одно за другим изменения своей номенклатуры от Базельской (1895) через Йенскую

(1935) к Парижской (1955). Эти изменения были необходимы для унификации терминологии, для облегчения обучения будущих врачей, а также с целью облегчения международных научных связей. После восьмилетней работы специально созданной комиссии в Базеле в 1895 г. был принят первый список анатомических наименований. В результате были отменены тождественные наименования, устранены вопросы приоритета ряда названий, связанных с именами авторов, были отвергнуты синонимы. Но большинство авторских названий были сохранены. В основу выбора термина были положены краткость и простота. Так была создана Базельская анатомическая номенклатура (BNA, Baseler Nomina anatomica). Она была принята в немецкоговорящих странах [1].

Клавдий Гален (Galenus Clavdius) жил приблизительно в 131-199 (201) гг. н.э., родился в Малой Азии - Пергаме. Увлечшись медициной, путешествовал в Смирну, Александрию, Коринф. В 158 г. он - врач в школе гладиаторов в Пергаме, а в 164 г. переехал в Рим, где стал придворным медиком. Он написал более 400 работ (на греческом языке), большая половина из которых медицинского содержания. Правда, большая часть его работ погибла при его жизни во время пожара. Но он восстановил большинство рукописей с помощью своих учеников. Труды К. Галена тщательно изучались и переводились арабскими и еврейскими учеными, которым религия запрещала анатомировать трупы людей. Однако заслуги Галена огромны. Так, он точно описал мышцы спины и позвоночного столба; выделил три оболочки, образующие стенки артерий; описал четверохолмие, блуждающий нерв, вслед за Маринусом описал 7 пар головных нервов, показал функцию передних и задних корешков спинномозговых нервов. Он первый указал, что головной мозг не железа, выделяющая слизь для охлаждения избыточной теплоты сердца, как это считалось ранее, а источник движений, чувствительной и душевной деятельности. С его именем связаны такие образования как Галена большая вена мозга, большая мозговая вена (v. cerebri magna), Галена вены, вены сосудистых сплетений мозга (vv. chorioideae), Галена желудочек, желудочек гортани (ventriculus laryngis), Галена синус, прямой синус, синус твердой мозговой оболочки (sinus rectus) [2].

Результаты. Когда же возникло движение «гуманистов», ревнителей античной чистоты языка, началась борьба с приверженцами арабской терминологии. Множество арабских слов было изъято из обихода и заменено латинскими и греческими. Однако некоторые из них остались и сохранились до наших дней. Например, слово «нухе», обозначающее затылок. Часть из них мимикрировали под греческие слова или латинские, например, сеса-мовидные кости, ретина; вена базилика, или основная (venabasilica), и вена цефалика, или головная (venacephalica), - подкожные вены верхних конечностей; большая и малая подкожные (скрытые) вены нижней конечности (venasaphenae magna et parva). На арабском языке слово «saphin» означает «скрытый». Но греческий перевод не всегда соответствует их значению в арабском языке [Гремяцкий, 1950. С. 393]. Появилось большое число синонимов, что порождало путаницу и ошибки.

Следует упомянуть двух лингвистов старины, которые сыграли значительную роль в становлении и очищении латинского языка и терминологии, в частности. Герард Кремонский (Gerardus Kremonensis, 1114-1187), живя в Толедо, изучил арабский язык и по повелению испанского императора Фридриха I Барбароссы, перевел много сочинений с арабского на латинский язык. Известный итальянский лексикограф, профессор семинарии в Падуе Форчеллини Е. (Forcellini E., 1688-1768) создал Общий словарь латинского языка (Lexicon totius latinitatis, 1771), который лег в основу всех позднейших латинских словарей.

Вывод. Но вернемся к истории анатомических названий. Авторские названия в основной своей массе начали появляться в XV-XVI вв., когда стали складываться заметные связи между учеными, появились анатомические школы, медицинские кафедры. По мере общения, написания анатомических трактатов коллеги и их ученики, изучая или обобщая открытия, к названиям анатомических образований стали прибавлять фамилию или имя естествоиспытателя, впервые открывшего то или иное образование.

Однако с развитием науки и Базельская номенклатура перестала отвечать новым требованиям. В 1953 г. Анатомическое общество Великобритании и Ирландии пересмотрело еще раз анатомическую номенклатуру (Бирмингемская ревизия), сделала ряд полезных предложений, которые вошли во многие современные руководства по анатомии. При этом опять же ставилась задача сделать термины простыми, краткими и хорошо запоминаемыми. Далее международная комиссия, состоящая из 22 членов, составила новую номенклатуру и приняла ее на IV Международном конгрессе анатомов в Париже в 1955 г. Она получила название Парижской (Parisiensia Nomina Anatomica, PNA). В 1961 г. в Нью-Йорке на VII анатомическом конгрессе были приняты дополнения и изменения уже к Парижской номенклатуре [Жданов, 1958].

Библиография

1. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. [Текст] С.М. Марчукова – С.П.: Изд-во Европейский дом, 2003. – 272 с.
2. Лисицын Ю.П. История медицины. [Текст] / Ю. П. Лисицын 2-е изд. М: Гэотар-Мед, 2008. – 221 с.
3. Штунь А.И. Латинский язык для медиков. [Текст] Учебные пособия. А.И. Штунь. М: Т8, 2008. – 32с.

Асроров С. А., Хочаев Б. М., Сирочидинов М. Э.

МОДЕЛКУНОНИ МАТЕМАТИКӢ ВА ФИЗИКӢИ ПАЙВАСТАГИҶОИ ФУНКЦИОНАЛИИ ПАРАМЕТРҶОИ РАВАНДИ ПАРМАКУНӢ

МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои технологияи информатсионӣ

Муҳиммияти таҳқиқот. Ин мақола натиҷаҳои таҳлил ва тамоми кӯшишҳо дар сохтани таҷҳизоти нави пармакунӣ ва такмил додани тарҳи дастгоҳҳои мавҷуда ба ҳадафи ниҳой - баланд бардоштани суръати пармакунӣ ва кам кардани хароҷоти воридшавӣ сафарбар карда шудаанд, вазиҷаҳо барои ҳалли он дар ҳаҷми додашудаи иттилооти гирифташуда.

Мақсади даҳқиқот. Раванди вайронкунии сатҳӣ ё хурдашавӣ бо он хос аст, ки фишор дар канори воридшавии шарошка бо чинс ҳамеша аз сахтии чинси зери фишор камтар аст. Суръати вайроншавӣ тақрибан ба таври хаттӣ меафзояд, таҳия кардааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тамоми кӯшишҳо дар сохтани таҷҳизоти нави пармакунӣ ва такмил додани тарҳи дастгоҳҳои мавҷуда ба ҳадафи ниҳой - баланд бардоштани суръати пармакунӣ ва кам кардани хароҷоти воридшавӣ сафарбар карда шудаанд. Ҳангоми таҳияи амсилаҳои идоракунӣ параметрҳои пармакунӣ, душвории асосӣ пешгӯӣ ва муайян кардани суръати фаврии пармакунӣ мебошанд. Ин омори хосиятҳои мустақами чинсҳои пармакунонда дар маҳалли воқеӣ ва табиати бисёрмилиаи пайвасти раванди вайроншавӣ ва тағйирёбии ин хосиятҳо вобаста аст. Бузургии қувваи тирӣ бо конструкция ва мустақамии долотои шарошкавӣ, инчунин суръати даврзании долото вобаста ба шароити ларзиши система, имкони самаранок тоза кардани ҷох ва иқтидори борбардории динамикии ҷузъҳои подшипникии долото маҳдуд мебошанд. С.Федоров чунин мешуморад, ки раванди вайронкунии механикии чинсҳо ба се марҳила тақсим кардан мумкин аст: сатҳӣ, ҳаҷмӣ ва ҳастагӣ.

Раванди вайронкунии сатҳӣ ё хурдашавӣ бо он хос аст, ки фишор дар канори воридшавии шарошка бо чинс ҳамеша аз сахтии чинси зери фишор камтар аст. Суръати вайроншавӣ тақрибан ба таври хаттӣ меафзояд. Худи раванди вайроншавии хурдашавӣ бесамар буда, ҳангоми пармакунии чинсҳои сахт бо сарбории кам дар долотои шарошкавӣ сурат мегирад.

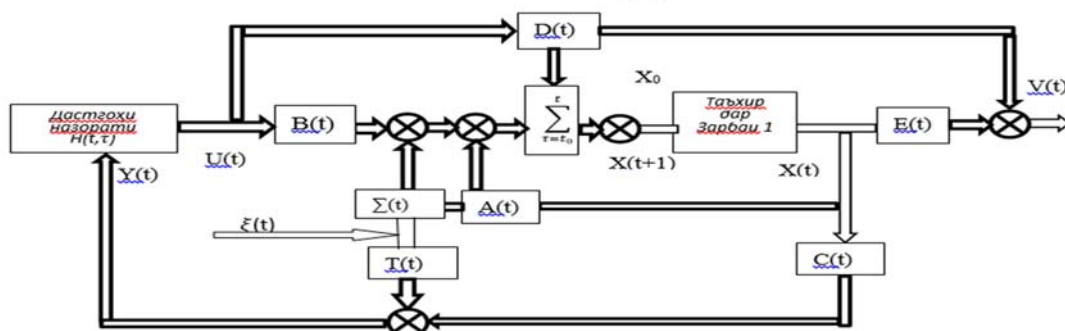
Дар раванди вайронкунии ҳаҷмӣ, вайроншавии зудшикасти чинс ба амал омада, дандонаи шарошка ба он ғайилона ворид мешавад ва дар он суръати вайроншавӣ аз ҳама баландтарин аст. Вайроншавии ҳастагӣ раванди гузаранда буда, бо ҳамон шароитҳое, ки бо вайроншавии сатҳӣ хос аст, тавсиф карда мешавад. Хосияти ин раванд дар он аст, ки чинс бо таъсири тақрории он тавассути дандонаҳо воридшуда нобуд мешавад. Аз ин рӯ, вайроншавии ҳаҷмӣ давра ба давра дар ҷаъри кон ба вуҷуд меояд. Мунтазамии тағйирёбии суръати пармакунӣ вобаста ба қимати қувваи тирӣ таносуби нишондиҳандаҳои фишори расиш ва сахтии чинс, ҳангоми зеркунӣ муайян карда мешавад.

Қувваи зарурии тирӣ дар долото Рост мутобиқи бо ҳудуди мустақамии чинс ҳангоми фишурдани яктира $[\sigma_{сж}]$ ва диаметри долото D (ҷоҳи парма шаванда ДСКВ) муайян карда мешавад.

Ҳудуди болоии сахтии чинси кӯҳӣ, ки бо навъи долотои интиҳобшуда мувофиқ аст, аз ифодаи зерин муайян карда мешавад.

$$[\sigma_{сж}]_{max} = \frac{P_{остmax}}{KD}, \text{ МПа, l}$$

дар ин ҷо K - коэффитсиенти мутаносибӣ.



Масалан, барои мошини СБШ-250 дар ҷадвали 1 оид ба қувваи максималии рухсатшуда ба долото ($P_{остmax}$) ва ҳудуди суръати даврзании долото ($\omega_{врmax}$) тавсияҳо пешниҳод карда мешавад, ки дар онҳо шароити кории қаноатбахш таъмин карда шуда, қиматҳои қувваи максималӣ ва минималии чинсҳои пармашаванда нишон дода шудааст.

Чунин тахмин кардан мумкин аст, ки вайронкунии самарабахши чинс ҳангоми пармакунии шарошкавӣ дар шароити вайронкунии ҳаҷм ба амал меояд, ки бо бузургии фишори расиш бояд аз ҳудуди сахтии мувофиқ зиёд бошад.

Бузургии фишор ва вақти расиши дандонаи шарошка бо чинс аз рӯи навъ ва конструкцияи долото муайян карда мешавад.

Ҳангоми зиёд шудани миқдори ҳаво, ки ба ҷаъри ҷох дода мешавад, суръати механикӣ сараввал то ҳадди муайян афзуда, сипас тақрибан доимӣ боқӣ мемонад. **Ҷадвали 1**

ПАРАМЕТР	ДАСТГОҲИ СБШ-250МН		
Диаметри долото D , мм	200	229	249,9/251
Қувва ҳангоми суръати даврзании $\omega_{врmax}$, Ростмах, кН	200	250	280
Суръати даврзании шиносномавӣ ҳангоми қувваи Ростмах $\omega_{врп}$, с-1	7.0	6,5	6,0
Суръати даврзании максималӣ $\omega_{врmax}$, с-1	14		
Сахтии максималии чинси пармашаванда, f_{max}	14,3	15,7	16,0
Сахтии минималии чинси пармашаванда, f_{min}	7,15		

Хулоса: Мувофиқи сохтори қабулшудаи ҷустуҷӯи навъи пайвастиҳои функционалӣ (расми 2.4) пешниҳод карда мешавад, ки таъсири параметрҳои воридотӣ ба параметрҳои натиҷавӣ мустақилона бо истифода аз ду модели математикии пармакунӣ барои воридшавии долото то тамошудани манбаъ ва бо ҳолати ҳудудии захиравии подшипникҳои долото, инчунин хурдашавии воридшавии он таҳқиқ карда шавад.

Адабиёт

1. Андреев Н.И. Корреляционная теория статистически оптимальных систем, М., Наука, 1960
2. Питерсон И.Л. Статистический анализ и оптимизация систем автоматического управления. М., Советское радио, 1964
3. Солодовников В.В. Статистическая динамика линейных систем автоматического управления. М., Физматгиз, 1960
4. Фелдбаум А.А. Основы теории оптимальных автоматических систем. М., наука, 1966.
5. Виноградов В.Н. Синтез оптимальных систем одного класса с учетом ограничения управляющего воздействия. – Автоматика и телемеханика, 1965,

Атакуллаев У.И.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧИТЕЛЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ

Таджикский национальный университет

Актуальность. В последнее время все более пристальное внимание ученых стала привлекать проблема взаимоотношений специалистов в профессиональной деятельности, а также взаимоотношений субъектов образовательного процесса. Исследования показывают, что около 70 различных решений, в том числе и управленческих, принимаются в устной форме, в процессе делового взаимодействия, эффективной коммуникации.

Современное образование направлено на развитие личности. Приоритетным является выпускник, самостоятельно мыслящий, умеющий видеть и способный найти креативное решение возникших проблем. Развитие потребности в поисковой (исследовательской) активности является одним из условий, позволяющих воспитывать у обучающихся стремление к новым открытиям и знаниям.

Что подразумевается под исследовательской деятельностью в современном ее понимании? Во-первых, это умение работать с информацией, умение добывать ее из различных источников, анализировать, сравнивать, делать выводы. Это умение получать информацию не только из существующих источников информации, но и из окружающего мира, который полон «скрытой» от нас информации.

В Концепции модернизации образования указывается потребность формирования уникальной индивидуально-творческой личности, способной нестандартно мыслить, ориентироваться в сложных социальных проблемах. Обучение студентам способам поиска и обработки полученной информации путем самостоятельной исследовательской деятельности – одна из актуальных задач образования в рамках компетентного подхода. Эта проблема требует целенаправленного развития исследовательской компетентности студентов.

Что же такое компетенция и компетентность?

Компетенция – это знание, опыт, умение по кругу вопросов, в которых кто-либо хорошо осведомлен. Компетентность – это способность к решению жизненных и профессиональных задач в той или иной области. Компетентность предполагает наличие минимального опыта применения компетенций.

В своей педагогической деятельности я занимаюсь организацией исследовательской деятельности на уроке и внеурочное время. Моя основная задача – это научить студентов самостоятельно добывать и перерабатывать информацию через исследовательскую деятельность. Эта задача требует целенаправленного развития исследовательской компетентности студентов, способствующей укреплению его потребности в познании. Таким образом, исследовательская деятельность по сути своей предполагает активную познавательную позицию.

Формирование исследовательской компетенции – задача нелегкая. Необходимо работать много лет, чтобы развить исследовательские умения и навыки студентов, поднять их интерес к учебе, мотивировать их на достижение более высоких результатов. Исследовательская работа – это способ организации поисковой, творческой деятельности студентов по решению новых для них проблем.

К основным этапам исследовательского процесса, в доступной студентам форме можно отнести: выявление неизвестных (неясных) фактов, подлежащих исследованию (ядро проблемы); уточнение и формулировка проблемы; выдвижение гипотез; составление плана исследования; осуществление исследовательского плана, исследование неизвестных фактов и их связей с другими, проверка выдвинутых гипотез; формулировка результата; оценка значимости полученного нового знания, возможностей его применения.

Исследовательская работа выполняет следующие функции в обучении:

обеспечение овладения студентами методами научного познания в процессе поиска этих методов и применения их;

формирование у студентов качеств творческой личности;

формирование интереса, потребности в исследовательской деятельности;

получение студентами полноценных, хорошо осознанных, оперативно и гибко используемых знаний;

Целью исследовательского метода является развитие следующих умений:

- актуализировать противоречия;

- находить и формулировать научную проблему;

- формулировать цель исследования;

- устанавливать предмет и объект исследования;

- выдвигать гипотезу;

- планировать эксперимент и его проведение;

- делать выводы;

- определять сферы и границы применения результатов исследования.

Целенаправленное и поэтапное обучение всех студентов способам поиска и переработки информации, т.е.

исследовательским навыкам, происходит, конечно, и на занятиях. Для этого используется система дифференцированных заданий: поисковая работа, сопоставительный анализ, творческая интерпретация. Ведь даже словарную работу можно провести как мини-исследование: студенты по очереди знакомят аудиторию со словарными словами из рамочки (самостоятельно выясняют лексическое значение слова, его происхождение, употребление).

Коммуникативные способности, по мнению В.Д. Шадрикова, выступают как свойства или качества индивида, обуславливающие успешность деятельности или овладение ею, т.е. индивидуальные качества, отличающие одного человека от другого и проявляющиеся в успешной деятельности.

Материал и методы исследования. Развитие коммуникативных способностей необходимо совершенствовать через формирование коммуникативных умений, лежащих в основе профессиональной деятельности. Стихийное формирование коммуникативных умений приводит нередко к авторитарному стилю поведения, возникновению частных конфликтных ситуаций, напряженности в отношениях между педагогом и обучаемыми, снижению успеваемости, нежеланию учиться, психическим травмам и невосполнимым потерям в нравственном воспитании, а нередко и к асоциальному поведению обучаемых.

Следующий аспект – это непосредственно **учебно-исследовательская деятельность** — т.е. деятельность, главной целью которой является образовательный результат, она направлена на обучение студентов, развитие у них исследовательского типа мышления. Её ценность в возможности формирования мыслительных структур научного типа, которые предполагают самостоятельность мышления, креативность и научную рефлексивность, а также способность к исследовательскому поведению. Крайне важно и то, что при организации исследовательской работы школьников происходит смещение акцентов с научной новизны знаний на их субъективность, а также на процесс овладения новыми видами деятельности.

Выводы. Выбор темы исследования — очень серьезный этап, во многом определяющий будущую учебно-исследовательскую работу. Попробуем определить, какой же должна быть хорошая тема.

Хорошая тема интересна исследователю и отвечает задаче развития его личности; интересна научному руководителю;

- опирается на знания, полученные на основе базового образования, углубляет и расширяет их; соответствует принципу научности;

- доступна: соответствует возрасту, знаниям, способностям исследователя;

- полезна по объему и времени, необходимому для ее выполнения; содержит проблему, требующую решения.

Многие педагоги используют научно-исследовательскую деятельность во внеурочной деятельности. Провести учебное исследование на уроке значительно труднее. Но оно становится реальным, когда мы сумеем подготовить к этому уровень работы и себя, и студентов. В этом большую помощь может оказать использование на уроках литературы технологии развития критического мышления, особенностью которой является «конструирование собственного знания в рамках своей собственной поисковой деятельности». Приемы этой технологии помогают понять особенности текста, авторский замысел и, как итог, развивают литературно – творческие способности, то есть именно то, что необходимо для подготовки студентов к экзамену, потому что каждое задание С – это не что иное как исследование, которое наши студенты должны суметь произвести, вооружившись для этого всеми необходимыми инструментами: методами анализа, синтеза, сравнения, моделирования, классификации, обобщения. Вооружить же их должны мы, учителя. Но это уже тема другого исследования.

Литература:

1. Гальскова Н.Д., Гез Н.И. Теория обучения иностранным языкам: Лингводидактика и методика. – М.: «Академия», 2004.
2. Новикова Т. Проектные технологии на уроках и во внеурочной деятельности. // Народное образование, № 7, 2000, с 151-157
3. Особенности организации научно-исследовательской работы с учащимися старших классов по иностранному языку - <http://www.tgl.net.ru/wiki>
4. Савченко Н.А. Метод проектов в обучении английскому языку учащихся среднего этапа обучения общеобразовательной школ. - <http://www.ioso.ru/distant/library>
5. Сергеев И.С. Как организовать проектную деятельность учащихся: Практическое пособие для работников общеобразовательных учреждений. - М.: АРКТИ. 2006.

Ашуриён Ш.Р., Абдураупова Х.Н., Файзуллоев Ғ.

АҒКОРИ ҲУҚУҚӢ ВА СИЁСИИ АКАДЕМИК Ғ.Т. ТОҲИРОВ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Афроде, ки аз сарнавишти миллат, таърихи гузаштаи сарзамин ва марзу буми аҷдодӣ, мероси бойи фарҳангӣ ва расму оини ниёгон, дастовардҳои бузург ва шахсиятҳои оламшумули қавму қабоиلى хеш огоҳӣ надоранд, ҳеҷ гоҳ инсонии комил ва фарзанди барӯманди замони худ шуда наметавонанд. Эмомалӣ Раҳмон

Ҳуқуқшиносии муосири тоҷик имрӯз ба таҳлилу омӯзиши афкори сиёсӣ ҳуқуқии ниёгон рӯ оварда, ҷидду ҷаҳди муҳаққиқон ба он равона шудааст, ки беҳтарин дастовардҳои гузаштагонанон, андешаҳои пешқадами ниёгон, меъёрҳои ҳуқуқии ба муносибатҳои муосир созгорро дарёфт ва барои пешрафти ҷомеаи имрӯзи кишвар истифода намояд. Аз ин сабаб, як заминаи устувори пешрафти илми ҳуқуқи ватанӣ ба маърифати фарҳангии таърихӣ гузаштаи миллати тоҷик, таҷриба ва сабақомӯзӣ ба он така менамояд. Заминаи дигари рушди таълимоти ҳуқуқӣ назария ва таълимоти ҳуқуқшиносони русу Аврупо мебошанд. [3]

Академик Фозил Тоҳирович Тоҳиров яке аз олимони шинохтаи илми ҳуқуқшиносии Ҷумҳурии

Тоҷикистон ва берун аз он, бо асарҳои илмӣ худ дар тамоми ИДМ шуҳрат пайдо намудааст.

Бояд қайд намуд, ки маҳз ба туфайли заҳмату талошҳои академик Ф.Т. Тоҳиров дар илми назарияи ҳуқуқӣ ва таърихӣ-ҳуқуқӣ саҳифаҳои нави марбут ба инкишоф ва ташаккулинизоми ҳуқуқӣ ва қонунгузории Тоҷикистон таҳқиқ ва манзури ҷомеа гаштанд. Академик Фозил Тоҳирович Тоҳиров аввалин муҳаққиқи таърихи ҳуқуқ ва қонунгузории Тоҷикистони аҳди қадим- тошӯравӣ, даврони шӯравӣ ва истиқлолият буда, дар асарҳои хеш маълумоти наву тозаро дар баҳши таҳаввули ҳуқуқи тоинкилобӣ, пасазинкилобӣ ва истиқлолият дар сарзамини тоҷикон, ҳамчунин қонуниятҳо ва самтҳои ҷадиди инкишофи қонунгузории кишвар истифода ва таҳқиқот бурдааст. Аз ҷониби ӯ аз ҷумла маълумоти нави бойгонӣ ва воқеӣ дар бобати инкишофи ҳуқуқ ва қонунгузории Тоҷикистон мавриди истифода ва таҳлил қарор гирифтанд. [4]

Маҷмӯи фаъолияти меҳнатӣ ва кӯшишҳои пайдарпайии академик Фозил Тоҳирович Тоҳиров баҳри омӯзиши таърихи давлат ва ҳуқуқи ниёгони худ, ба роҳ мондани меросият ва идомаи меъёрҳои ҳуқуқӣ, таҳлили таълимоти гузаштагони халқи тоҷик равона шудаанд.

Академик Фозил Тоҳиров аз рӯзи аввалин қадамҳои ба илм гузоштани кӯшиш ба ҳарч додаанд, ки қабл аз ҳама моҳият ва марҳилаҳои рушди ҳуқуқро таҳқиқ намоянд, чунки ақсарияти падидаҳои ҳуқуқӣ таърихи кӯҳан дошта, бе дарки таърихӣ маърифати комили онҳо ҳосил намегардад ва лозим шумориданд, ки ба таҳқиқи таърихи ҳуқуқ ва давлатдорӣ пардозанд. Ҳаминро бояд таъкид дод, ки маърифати масъалаҳои ҳуқуқӣ ва давлатдорӣ тоҷикон, умуман, илми ҳуқуқшиносӣ тоҷик дар тадқиқоти академик Фозил Тоҳиров ҷанбаҳои гуногунро дар бар мегирад.

Фаъолияти илмӣ таҳқиқоти академик Фозил Тоҳирович Тоҳировро ба се давра ҷудо намудан дуруст меояд:

1. Давраи то инкилобӣ (то Шӯравӣ);
2. Давраи Шӯравӣ;
3. Давраи соҳибистиклолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Таҳлили тадқиқоти давраи то инкилобӣ (то Шӯравӣ) баанҷомрасида, дар омӯзиши илми таърихи ҳуқуқ ва давлат, аз омӯзиши давлатдорӣ аввалин оғоз намуда, сарчашмаи муҳимтарини таърихӣ мо Авесто ва ҳуқуқи зардуштия, ҳуқуқи ислом ва сарчашмаҳои он, Сомониён, падидаҳои давлатдорӣ ва ҳуқуқи тоҷикон то таърихи навини ҳуқуқи меҳнатӣ, ҳуқуқи конституционӣ, ҷиноятӣ ва молия ва ғайра, баёнҳои гуфтаҳои зикр-гардида мебошанд [1].

Таҳқиқоти академик Фозил Тоҳиров аз омӯзиши ҳуқуқ ва давлатдорӣ Шарқ оғоз ёфта, хусусан доир ба ҳуқуқ ва давлатдорӣ Миср ба омӯзиши ҳуқуқи ислом ва сарчашмаҳои он, масъалаҳои таърихи навини давлатдорӣ тоҷикон саҳми арзанда гузошта, дар тамоми ҳаводису ҷорабиниҳои таърихӣ марҳилаи наватарини кишвар иштирок варзида, бо пешниҳодҳои мушаххас, бо истифодаи сабақҳои таърихӣ ва натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ, баромад намудаанд. [5]

Аз маънаҳои истифодашуда бармеояд, ки дар солҳои аввали соҳибистиклолии кишвар, ки масъалаҳои ҷиддӣ дар самти ислоҳоти ҳуқуқӣ қонунгузорӣ, аз қабилӣ ислоҳоти бунёдии иҷтимоӣ, иқтисодӣ, сиёсӣ ва таҳкими асосҳои илмӣ давлатдорӣ ба миён омада буд, академик Фозил Тоҳиров дар сарғаҳои олимони фидоие қарор гирифт, ки қарорҳои таҳқиқ ва ҳалли назариявӣ ин ислоҳоти дигаргунӣро дар шароити қомилан нав бар дӯш гирифта буд. Дар заминаи ин дигаргунӣ тағйирот ва ислоҳоти сиёсӣ дар идоракунии давлатӣ зарурати қабули Конституцияи нави кишвар, ташкилутақвияти асосҳои амалии қонунгузорӣ баҳри татбиқи ислоҳоти ҳуқуқӣ, қабули якқатор асноди ҳуқуқӣ меъёрӣ бо мақсади танзими ҳуқуқӣ муносибатҳои ҷадиди ҷамъиятӣ сурат гирифт. Маҳз дар ҳамонсолҳо академик Фозил Тоҳиров ҳамчун парчамбардори илми ҳуқуқшиносӣ амиқияту ҷиддияти тадқиқоти илмӣ проблемаҳои наватарини замони муосирро, ки бар пояи қонунгузорӣ ва меъёрҳои ҳуқуқӣ сурат мегирифтанд, дарк карда, баҳри таъмини оромию амнияти мардум, ҷомеа ва давлат дар атрофи худ муҳаққиқони ҷавон ва иродатмандро бо мақсади пажӯҳишу қарор ва ҳалли проблемаҳои мавҷудай илмӣ ғирдоварда, тамоми кӯшишу талошҳои худро ба он равона намуд, ки илми ҳуқуқ ва ҷанбаҳои назариявӣ амалии меъёрҳои қонунгузориро дар ҷумҳурии таҳким ва тақвият бахшад [2].

Бояд таъкид дод, ки академик Фозил Тоҳиров яке аз аввалинҳо ҳастанд, ки аҳамияти таърихӣ Конституцияи соли 1994 – ро хеле зуд дарк намуданд ва дар баромади мақолаҳои илмӣ инъикос намуданд, аз ҷумла, Историческое значение новой Конституции Республики Таджикистан // Известия АН Республики Таджикистан. Сер.: философия и право. 1995. №3. С.17-23; Таҳиров Ф.Т. Воплощение передовой общественно-политической мысли в новой Конституции Республики Таджикистан // Конституционное развитие Таджикистана и США. Душанбе, 1996. С.5-9. ва ғайра.

Қайд намудан зарур аст, ки таҳқиқи маҳсули илмӣ академик Фозил Тоҳиров моро ба ҳулосае овардааст, ки ӯ дар омӯзиши таърихи давлат ва ҳуқуқи тоҷиконро ҳимӯшкиро тай намуда, бо усулҳои илмӣ, зарра - зарра ҷаҳд ба рақамҳое, ки таърихи давлат ва ҳуқуқи тоҷиконро ҳамаҷаҳда баён ва мукаммал мегардонанд, ҷамъоварӣ намудааст. Китобҳои устод «Ташаккули ҳуқуқи Шӯравӣ дар Тоҷикистон» (Душанбе, 1987, бо забони русӣ), «Низомҳои ҳуқуқӣ ҚШС Тоҷикистон» (Душанбе, 1988, бо забони русӣ), «Инкишофи ҳуқуқ дар Тоҷикистон» (Душанбе, 1994, бо забони тоҷикӣ), «Низоми ҳуқуқи Тоҷикистони то инкилобӣ» (Душанбе, 1998 бо забони русӣ), «Шариат ва танзими муносибатҳои никоҳӣ ва оилавӣ» (Душанбе, 1999 бо забони тоҷикӣ ва русӣ дар ҳаммуаллифӣ), «Таърихи давлат ва ҳуқуқи давлатҳои ҳориҷӣ» (Душанбе, 1999 бо забони тоҷикӣ)... «Проблемаҳои ташаккули системаи ҳуқуқӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон» (мачаллаи «Давлат ва қонун», Душанбе, 1994, №4), «Конституцияи соли 1994 ва баъзе масъалаҳо дар бораи ташкили системаи ҳуқуқӣ» («Ҳаёт ва қонун», Душанбе, 2005, №1), «Давлати тоҷикон ва рушди минбаъдаи он» («Масъалаҳои воқеии давлат ва қонун», Душанбе, 2006), «Тоҷикистон дар роҳи ташаккули давлати ҳуқуқбунёд, демократӣ ва дунявӣ» («Аҳбори Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон», Душанбе, 2006, №3), «Демократиясозӣ ва ташаккули фарҳанги ҳуқуқӣ» (27 март соли 2003), «Ҷанбаҳои ҳуқуқӣ амнияти миллӣ дар заминаи ҷаҳонишавӣ» (Конфронси байналхалқӣ оид ба ҳамбастагии системаи ҳуқуқӣ кишварҳои ИДМ, Душанбе, 2007) баёнҳои услуби устод Фозил

Тоҳиров дар таҳқиқи таърихи давлатдорӣ ва сарчашмаҳои ҳуқуқӣ мебошанд.

Дар фарҷом бояд ҳаминро тазаккур дод, ки таҳлилу баҳодиҳии объективонаи факту рақамҳо аз нуқтаи назари илм, таъба ба сарчашмаҳои таърихӣ бештар бойгонӣ сабаб шудааст, ки китобҳои устод ҳамчун манбаи бозғамимод дар омӯзиши таърихи давлатҳои Осиёи Марказӣ на танҳо аз ҷониби олимони мо, балки Русия ва дигар кишварҳои эътироф гардидааст ва мо тасмим мегирем таҳқиқи маҳсули илмии академик Фозил Тоҳировро дар мақолаҳои дар пешистода рӯйи қоғаз меорем.

Адабиёт:

1. Бобокалонов Ғ.М., Буризода Э.Б. Шахсияти бузург ва олими соҳибмактаб (бахшида ба 80-солагии зодрӯзи академик Фозил Тоҳиров). – Душанбе: Матбааи ДМТ, 2019. – С. 10-11.
2. Эмомалӣ Раҳмон. Тоҷикон дар оинаи таърих. Китоби якум. Аз Ориён то Сомониён. – London & Flint River Editions. Great Britain.
3. Лукашева Е.А. Права человека. - М. - 1999. - 573 с.
4. . Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 20 январӣ соли 2016.
5. Dokuka S.V. Mosaic thinking as phenomenon of the information society //Social sciences and modernity. No. 2. – 2013. – p. 9-11.

Ашуриён Ш.Р., Охмирозев У.А., Давлатзода Ф.Ф

НАҚШИ АКАДЕМИК Ф.Т. ТОҲИРОВ ДАР РУШДИ ПАЖҲУШИ ТАЪРИХИ ДАВЛАТ ВА ҲУҚУҚИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Дар зиндагӣ инсонхое вомехӯранд, ки бо ғайолияти бардавоми судманду муассир, заҳмату кӯшишҳо ва паҳушишу ҷустуҷӯҳои илмӣ назариявии худ, ки ба рушди пешрафти ҷомеа ва бехбудии ҳаёт ва дараҷаи баланди некуахлоқии мардум мусоидат мекунанд, ному қор ва шуҳрати нуфузи хешро бо таври мондагор дар саҳифаҳои таърих сабт менамоянд.

Дар таърихи халқи тоҷик шахсиятҳои маъруфе ҳастанд, ки ҳамчун патриот ва муҳаббат ба Ватан саҳми бузург дар рушди иқтисодиёт, фарҳанг, илм, маърифати Тоҷикистон хидмат намудаанд.[1]

Дар робита ба ин омӯзиши нақши яке аз шахсиятҳои барҷастаи фарзандони барӯманди Ватан, олим-ҳуқуқшинос ва яке аз ташкилотчи мактаби олии ҳуқуқшиносӣ, академик АМИ ҶТ, Фозил Тоҳирович Тоҳиров дар рушди паҳуши таърихи давлат ва ҳуқуқи Тоҷикистон, мувофиқи мақсад аст.

Академик Фозил Тоҳиров аз зумраи ҳамин гуна шахсони сарсупурда ва фидоии ҷодаи илму маърифат маҳсуб меёбанд. Барои Фозил Тоҳиров омӯзишу мутолиа ва ҷустуҷӯҳои таҳқиқӣ илмӣ аз рӯзҳои нахустини қор дар кафедраи назария, таърихи давлат ва ҳуқуқи факултети ҳуқуқшиносии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон (он замон УДТ ба номи В. И. Ленин, солҳои 1967-1972) хидмат намудааст. Ӯ ҳамчун фарди тафаккурманд ва дорои ҷаҳонбинии фароҳ ба донишҷӯён аз қавонину ҷузъиёти нозуки асосҳои илми ҳуқуқшиносӣ, сабақ омӯзонда, ҳамзамон ғайолияти татқиқотии худро дар ин самти илм бо иродату саъйи тамом идома меод. Академик Фозил Тоҳиров амиқу неку медонист ва дарку фаҳм мекард, ки роҳи илм ва паҳушиш осон нест. Дар ин самт заҳмату талош, ранҷу бедорхобҳои шабонарӯзӣ, омӯзишу мутолиаи пайваста нақши муҳим ва ҳалкунанда мебошад. [6]

Аз ин хотир, ӯ ба паҳлуҳои то ба ӯ наомӯхтаву таҳқиқнамудаи илми ҳуқуқшиносӣ, хусусан, пайдоиш ва ташаккули низоми ҳуқуқиву давлатдорӣ дар Тоҷикистон рӯ оварда, кӯшишҳои илмиро дар ин мавзӯ дар меҳвари ғайолияти муҳаққиқии хеш қарор дод. Мусаллам аст, ки мавзӯи мазкур доманадор буда, паҳушишу қорқарди он аз замонҳои қадим то даврони Шӯравӣ ва баъд аз онро дар бар мегирифт. Академик Фозил Тоҳиров то ҷӣ андоза мураккабу мушқил будани мавзӯ ва бо таҳқиқоти тозаю ноби илмӣ рӯшанӣ андохтан ба паҳлуҳои гуногуни масоили ҳуқуқиро, ки ба рушди давлатдории тоҷикон иртиботи зичу ногӯсастанӣ дорад, дарк намуда, ҷиддан ба паҳушиш машғул гардиданд. Дар муддати панҷ соли меҳнату ранҷ, баъди омӯзиши асарҳои бунёдии соҳаи илми ҳуқуқ, таҳқиқи таълифоти олимону мутафаккирони асрҳои гузашта, бардошту андӯхтаҳо аз китобу рисолаҳои муаррихону назариятчиёни илми ҳуқуқшиносии ҳамзамонӣ, ба вижа, маслиҳату пешниҳодоти академикони барҷастаи тоҷик паҳушишгари ҷавон муҳтавою ғояи сохтори давлатдорӣ тоҷикро қор қарда баромад[3].

Ҳароина, таҳқиқи шоҳаҳои идоракунии давлатӣ, моҳияту рисолати ҳуқуқии онҳо, ҷанбаҳои алоқаманд бо ҳаёту шароити зист, урфу одату анъана ва ҳувияти миллии дар паҳнои давлатдорӣ Шӯравӣ сурат мегирифт ва ин маҳдудаи иҷтимоию сиёсӣ ба доираи вуҷъати омӯзишу паҳушиш донишманди ҷавон ғоҳ ноаён ва ғоҳе равшан таъсир мерасонд. Вале муҳим он буд, ки ташаккулу таҳаввули раванди идоракунии дар Тоҷикистон аз ҷониби олими дақиқназар аз нигоҳи ҳуқуқӣ ва талаботи қавонини мавҷуда, ба таври саҳеҳу сарех баррасӣ ва мушаххас гардиданд. [5]

Монографияи дар мавзӯи «Мақомоти олии ҳокимияти давлатии ҶМШС Тоҷикистон» навиштаи ӯ, падидаи нодири илмӣ дар ҷумҳури ба шумор меравад. Ӯ мавзӯи ташаккули марҳалаҳои ҷанбаҳои ҳуқуқии мақомоти идоракунии давлатиро дар Тоҷикистон бо фарогирии масоили иҷтимоию сиёсӣ пайгирӣ қардааст.[4]

Академик Фозил Тоҳиров зимни таҳқиқи кӯшишҳои илмӣ ба паҳлуҳои қонунгузории кишвар аз нигоҳи як озмоишгоҳ (лабаратория)-и ягонаи иҷтимоӣ назар қарда, омилҳои қонуниятҳои мамлақати абарқудрати Россия, арқони шарияти исломӣ ва қонунҳои амалкунандаи дохилии кишварро як- як таҳлил ва рақамзани менамояд. Ба донишманди тавоно муяссар гардидааст, ки дар заминаи омӯзиши сарчашмаи маъхазҳои муътамади илмӣ меъёрҳои ҳуқуқии қонунгузорию дар замони Шӯравӣ мавриди паҳушиш қарор дода, марҳалаҳои ташаккулу тақомули ҷанбаҳои ҳуқуқии идоракунии давлатиро бармало созад. Ӯ барҳақ таъкид менамояд, ки дар рушди соҳаи ҳуқуқию қонунгузорӣ дар давраи Шӯравӣ саҳми миллиати тоҷик низ хеле бузург мебошад. Рисолаи

асарҳои бунёди Ф. Тоҳиров дар соҳаи таърихи ҳуқуқ, қонунгузории таърихӣ ва муосири кишвар дар замони соҳибистиклолӣ пурмухтаво ва дорои ғояву консепсияи фалсафии миллӣ мебошанд. Фаъолияти илмӣ академик Ф. Тоҳиров дар даврони соҳибистиклолии кишвар вусъати тоза ёфта, мавсуф дар қоркарду ташаккул ва пешбурди ислоҳоти низоми ҳуқуқию қонунгузорӣ хидмати арзандае намудааст.[7]

Тавре медонем, бо аз байн рафтани давлати Шӯравӣ ва соҳиби Истиклолияти миллию давлатӣ гардидаи дар низоми ҳуқуқию қонунгузорӣ ҳалои (вакуум)-и меъёрӣ ба вучуд омад, ки мураттабу таҳия ва қоркарди ин меъёрҳо амали сахлу осон набуд. Зарурати таҳқиқоти назариявии раванди ташаккули давлати ҳуқуқбунёд, ҷомеаи шаҳрвандӣ, давлатдорӣ миллӣ, системаи ҳуқуқӣ, қонунгузорӣ, фарҳанги ҳуқуқӣ ва ғайра ба миён омада буд. Академик Фозил Тоҳиров ҳамчун олими масъулиятшинос ба қоркарду роҳандозии меъёрҳои назариявии ҳуқуқию қонунгузорӣ қамар баста, дар ин боб як силсила рисолаҳо ва мақолаю матолиби баланғояи илмӣ таълиф ва ба нашр расонданд, ки ба марҳалаҳои тадриҷии рушду такомули қонунгузорӣ дар Тоҷикистон бахшида шудаанд, ки «Ташаккули ҳуқуқи Шӯравӣ дар Тоҷикистон» (Душанбе, 1987, бо забони русӣ), «Низоми ҳуқуқии ҶШС Тоҷикистон» (Душанбе, 1988, бо забони русӣ), «Инкишофи ҳуқуқ дар Тоҷикистон» (Душанбе, 1994, бо забони тоҷикӣ), «Низоми ҳуқуқи Тоҷикистони то инқилобӣ» (Душанбе, 1998 бо забони русӣ), «Шариат ва танзими муносибатҳои никоҳӣ ва оилавӣ» (Душанбе, 1999 бо забони тоҷикӣ ва русӣ дар ҳаммуаллифӣ), «Таърихи давлат ва ҳуқуқи давлатҳои хориҷӣ» (Душанбе, 1999 бо забони тоҷикӣ)..., «Проблемаҳои ташаккулёбии системаи ҳуқуқии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (мачаллаи «Давлат ва қонун», Душанбе, 1994, №4), «Конститусияи соли 1994 ва баъзе масъалаҳо дар бораи ташкили системаи ҳуқуқӣ» («Ҳаёт ва қонун», Душанбе, 2005, №1), «Давлати тоҷикон ва рушди минбаъдаи он» («Масъалаҳои воқеии давлат ва қонун», Душанбе, 2006), «Тоҷикистон дар роҳи ташаккули давлати ҳуқуқбунёд, демократӣ ва дунявӣ» («Ахбори Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон», Душанбе, 2006, №3), «Демократиясозӣ ва ташаккули фарҳанги ҳуқуқӣ» (27 март соли 2003), «Ҷанбаҳои ҳуқуқии амнияти миллӣ дар заминаи ҷаҳонишавӣ» (Конфронси байналхалқӣ оид ба ҳамбастагии системаи ҳуқуқии кишварҳои ИДМ, Душанбе, 2007) ва ғайра аз ин қабил ба шумор мераванд. [2]

Академик Фозил Тоҳиров дар раванди таҳқиқи масъалаҳои илмӣ аз сабуку шеваҳои нави методологӣ, ҳулола ва дастовардҳои илмҳои муосир, ғояҳо ва таълифоти олимони шинохта огоҳмандона истифода карда, дар пешбурди илми ҳуқуқ, бо қор карда баромадани асосҳои илмию назариявии шинохти мақомоти идоракунии давлатдорӣ миллӣ, бо ба назар гирифтани таҷрибаи давлатдорӣ миллӣ, бо осору мероси адабию илмӣ ва фарҳангӣ маҷмӯи ягонаи афкори илмиро кашф ва пешниҳод намуданд, ки дар илми ҳуқуқшиносии тоҷик бебаҳо ва беназир аст. Дар рисолаю асарҳои илмие, ки дар иртибот ба бунёди давлатдорӣ миллӣ дар замони соҳибистиклолии кишвар аз ҷониби олими сермахсул таълиф гардидаанд, дар доираи омӯзиш ва таҳлили масоили мушкилоти ҳуқуқӣ, консепсияҳои илмӣ ҷаҳонишавӣ, волеияти қонун, заминаҳои ҳуқуқии давлати демократӣ, дунявӣ, арзишҳои ҳуқуқӣ, конститусионӣ, таҳсилоти ҳуқуқӣ, огоҳию иттилооти ҳуқуқӣ ва ниҳоят, фарҳанги ҳуқуқии ҷомеаи муосир мавриди баррасӣ ва баҳогузории илмӣ қарор гирифтанд [4]

Академик Фозил Тоҳиров ба ҳайси олими барҷастаи соҳаи ҳуқуқ роҳу усулҳои таъсис ва рушду таҳаввули давлати ҳуқуқбунёд, демократӣ, дунявӣ, тамоюлҳои мухталифи тараккии инкишоф ва такомули марҳилавии системаи ҳуқуқии мақомоти идоракунии кишварро дар шароити ғуртазоду мураккаби ҷаҳонишавӣ, шакл ва усулҳои таълиму донишҳои ҳуқуқӣ ва баланд бардоштани савияи фаҳмишу тафаккур, ба як ибора, фарҳанги ҳуқуқиро дар ҷомеаи муайян ва мушаххас намуданд, ки дар мақолаҳои минбаъда мавриди таҳқиқ хоҳем қарор дод.

Адабиёт:

1. Ниг.: Бобокалонов Ғ. М., Буризода Э. Б. Шахсияти бузург ва олими соҳибмактаб. Бахшида ба 80 солагии зодрӯзи академик Фозил Тоҳиров. – Душанбе: Матбааи ДМТ, 2019.-64 сах.
2. Таърихи давлат ва ҳуқуқи дунёи қадим Тоҳиров Ф.Т. Душанбе, 2003.
3. Шариат ва танзими муносибатҳои никоҳ ва оила. Тоиров Ф.Т. Душанбе, 1999.
4. Инкишофи ҳуқуқ дар Тоҷикистон Тоиров Ф.Т. Душанбе, 1999.
5. Олими намоён ва инсони наҷиб Тоҳиров Ф.Т. Душанбе, 2002.
6. Таърихи давлат ва ҳуқуқи мамлакатҳои хориҷа. Нашрияти “Ирфон” 2008.
7. Таҳиров Фозил Таҳирович. Душанбе, 2009.

Ашуров А.Т.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИН «ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ» КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Кафедра медицинской биологии и гистологии ТФТМА

Актуальность. Важнейшей задачей медицинского вуза является развитие у студентов способности самостоятельно мыслить в профессиональной деятельности, что в медицине называется клиническим мышлением [1]. Использование ситуационных задач в ходе обучения и контроля полученных знаний способствует развитию клинического мышления у студентов медицинских вузов, существенно дополняет работу с пациентами, расширяет возможности учебного процесса, способствует его оптимизации и повышает мотивацию студентов к изучению данного предмета.

Цель исследования. Целью исследования являлась изучение способов формирования и получения знаний, умений, развитие клинического мышления у студентов медицинских вузов в процессе преподавания фундаментальных медицинских дисциплин.

Материал и методы исследования. На практических занятиях кафедры в процессе обучения и в качестве контроля приобретенных знаний широко используются ситуационные задачи. При разработке ситуационных задач мы учитываем разный уровень подготовки студентов, максимально полные задачи предлагаем для слабо подготовленных,

сокращенные и обобщенные — для хорошо подготовленных. Соответствующие изменения вносим в содержание и в количество задач, моделирующих профессиональную деятельность.

Результаты исследования и их обсуждение. Использование ситуационных задач на занятиях по гистологии, цитологии и эмбриологии способствовало реализации многих целей.

1. Обучающей - так как благоприятствовало усвоению студентами учебного материала;
2. Интегрирующей - поскольку обеспечивало развитие междисциплинарных взаимодействий;
3. Воспитательной и мотивирующей - так как в процессе решения ситуационных задач, не нудные «наставления» преподавателя стимулируют студентов учиться, а сама жизнь заставляет повышать уровень своих знаний;
4. Коммуникативной - поскольку у студентов формируются навыки социальных взаимодействий «врач-пациент», «врач-родственник пациента», «врач-врач коллега».

Решение ситуационных задач традиционно считается методом интерактивного обучения, которая ориентирована на стимуляцию взаимодействия студентов друг с другом, и в несколько меньшей степени — с преподавателем. Использование ситуационных задач также незаменимо в ходе реализации личностно-ориентированного подхода к обучению [2], так как позволяет выявлять творчески мыслящих студентов с активной жизненной позицией и целенаправленно предлагать им задачи повышенной сложности.

Как показал наш опыт, выживаемость знаний, приобретенных студентами в результате решения ситуационных задач, оказалась выше, по сравнению с таковой в группах студентов с сопоставимым уровнем успеваемости, но традиционной формой проведения занятий.

На следующем этапе было проведено анонимное анкетирование студентов 1 (n=28) и 2 курсов (n=26) лечебного факультета и преподавателей (n=10) для оценки удовлетворенности обеих сторон образовательного процесса проведением занятий по дисциплинам «Гистологии, цитологии и эмбриологии» в виде решения ситуационных задач.

Подавляющему большинству опрошенных студентов интересно обучение с использованием ситуационных задач, что мотивирует их к обучению. 88% опрошенных отметили интерес к дисциплинам «Гистологии, цитологии и эмбриологии». На вопрос: «Роль ситуационных задач для развития клинического мышления?» 72% респондентов выбрали вариант ответа «Более легкое и прочное усвоение учебного материала», 20% респондентов выбрали вариант ответа «Позволяет облегчить логическую, несущую в себе все закономерности продуктивного мышления», а остальные 8% респондентов выбрали вариант «Формируется творческая личность студента».

Подавляющее большинство студентов (96%) отметили, что они сталкивались с использованием преподавателями ситуационных задач на практических занятиях, и 100% респондентов относятся к этому положительно, так как этот метод способствует лучшему усвоению учебного материала.

Анализ результатов анкетирования преподавателей кафедры показал их готовность использовать эту форму проведения занятий. Кроме того, по мнению преподавателей кафедры, проведение занятий с использованием ситуационных задач способствует замедлению «эмоционального выгорания» самих преподавателей. Таким образом, использование ситуационных задач на занятиях при преподавании дисциплин «Гистологии, цитологии и эмбриологии» является эффективным и востребованным способом интерактивного обучения студентов, способствующего развитию у них всех групп компетенций и формированию основ клинического мышления.

Выводы. В целом, формирование клинического мышления при решении ситуационных задач у студентов младших курсов медицинского вуза представляется сложным, многофакторным процессом. Осознанно управляемым в обучении студентов должно стать не только приобретение знаний, но и развитие логического компонента клинического мышления врача, а также развитие отдельных мыслительных действий и процессов, посредством которых осуществляется продуктивное мышление.

Применение ситуационных задач по гистологии, цитологии и эмбриологии расширяет возможности учащихся в изучении предмета, позволяет развивать клиническое мышление при освоении медицинской специальности.

Список литературы

1. Ганина Е.Б., Донсков С.А., Шестакова В.Г., Костюничева Н.А. Роль ситуационных задач в процессе обучения дисциплине «Гистология, цитология, эмбриология» //Морфология. – 2017. – № 3. – Т. 151. – С. 63-64.
2. Суровцева, В.А. Ситуационная задача, как один из современных методических ресурсов обновления содержания школьного образования [Электронный ресурс] //Школьная педагогика. – 2016. – №4. – С. 48-57.– Режим доступа: <https://moluch.ru/th/2/archive/42/1266>. – Дата доступа: 15.08.2019.

Ашуров А.Т.

ВИЗУАЛИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ» В ТЕРМЕЗСКОМ ФИЛИАЛЕ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Кафедра медицинской биологии и гистологии ТФТМА

Актуальность. В настоящее время к организации и уровню медицинского образования предъявляются высокие требования [1]. В связи с этим информационные технологии являются важным и перспективным направлением при преподавании гистологии, цитологии и эмбриологии человека. В современном вузе визуализированное обучение с помощью электронной доски становится важным средством управления качеством образования [2].

В этой связи актуальным становится поиск дополнительных возможностей для освоения каждой учебной дисциплины и объективного, унифицированного подхода к оценке знаний обучающихся через новые доступные им современные инновационные технологии, находящиеся на кафедре.

Для преподавания дисциплин «Гистология, цитология и эмбриология», для студентов всех факультетов, в ТФТМА, используются учебные аудитории, которые оснащены таблицами, муляжами, отражающими строение микроскопических структур, комплектами гистологических препаратов, электрическими бинокулярными микроскопами,

в том числе с видеокамерами, и электронной доской для демонстрации, более детального изучения и контроля понимания изучаемых структур.

Цель исследования. Целью исследования являлась оценка эффективности и медицинской направленности преподавания гистологии, цитологии и эмбриологии на основе интерактивного профессионально ориентированного обучения с помощью современных средств и максимального использования ресурсов усвоения и запоминания с мобилизацией всех видов памяти.

Материал и методы исследования. В качестве исследуемых выступали студенты 2 курса лечебного факультета ТФТМА в количестве 56 человек, обучавшихся на кафедре медицинской биологии и гистологии. Оценивание результатов исследования было проведено на основе интервьюирования и собеседования по дисциплине в конце курса обучения.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе подготовки специалиста по направлению лечебное дело на кафедре медицинской биологии и гистологии ТФТМА произошла полная переработка рабочих программ. Для студентов лечебного факультета была создана программа «Инновационные технологии в медицине для визуализированного подхода изучения дисциплины. Гистологическая и микроскопическая техника». Эта программа имеет четкую практическую направленность, так как в дальнейшем именно врачи лечебного направления должны виртуозно владеть микроскопической техникой, знать и владеть этапами обработки биологического материала человека, приемами приготовления и окраски гистологических препаратов, владеть методами для освоения количественного и качественного анализа препаратов. Визуализированные подходы преподавания гистологии на кафедрах медицинской биологии и гистологии позволяют знакомить студентов с инновационными методами изучения биологических объектов, такими как электронная и световая микроскопия, иммуногистохимия. Все это способствует формированию у студентов принципа преемственности знаний и умений, который является одним из главных в структуре высшего медицинского образования и обеспечивает его успешность в целом. Основными задачами программы «Инновационные технологии в медицине для визуализированного подхода изучения дисциплины. Гистологическая и микроскопическая техника» являются:

- роль сетевой электронной доски для визуализированного изучения гистологических микропрепаратов.
- изучение устройства и принципов работы микроскопической техники, основных методов и этапов приготовления гистологических микропрепаратов;
- формирование умения работать с увеличительной микроскопической и гистологической техникой, навыков микроскопирования, анализа гистологических препаратов и электронограмм;
- сокращение разрыва между достижениями гистологической науки и их внедрением в клиническую практику.
- знание методов изучения гистологических препаратов, качественного и количественного анализа гистологических структур микропрепаратов;
- получение практических навыков формирования инновационного процесса.

Учебные цели визуализированного подхода изучения микропрепаратов, вносят вклад в формирование у студентов целостного представления о современных гистологических методиках, их практическом использовании, что побуждает молодых людей к научно-исследовательской и самостоятельной практической деятельности, что согласуется с целями основной учебной дисциплины «Гистология, цитология и эмбриология».

Программа «Инновационные технологии в медицине для визуализированного подхода изучения дисциплины. Гистологическая и микроскопическая техника» требует от преподавателя умения четко и быстро ориентироваться в современном информационном потоке знаний для формирования широкого профессионального кругозора. Кроме того из всего обилия новой информации приоритет получает та, которая имеет сугубо практическую реализацию в дальнейшей профессиональной деятельности обучающихся.

В ходе лекционного курса на кафедре медицинской биологии и гистологии оптимальной является лекция-визуализация, позволяющая студенту наглядно оценить результаты применения различных гистологических методик. Включение в курс лекций-визуализаций с применением электронной доски способствует развитию познавательной деятельности у студентов с последующей активизацией самостоятельной работы в процессе освоения материала. Кроме того, в рамках такой лекции наиболее полно раскрывается современное предназначение лекции-обзора и анализа широкого спектра мнений и инноваций, представленных в данном направлении гистологии. Практические занятия обеспечивают связь между теорией и практикой, содействуют выработке умений и навыков применения знаний в составе компетенций.

В настоящее время только компетентный подход к проведению практического занятия может обеспечить своевременную практическую ориентацию студента. Это в дальнейшем, несомненно, может определить его высокое место в рейтинге врачей лечебного профиля, работающих в практическом здравоохранении. В связи со сложностью и несомненной новизной методики курса, а также для оптимизации образовательного процесса на кафедре медицинской биологии и гистологии ТФТМА студенты лечебного факультета в конце курса обучения посещают одну из лабораторий города Термез. В ходе этого занятия студентов знакомят с полноценным лабораторным комплексом, включающим четыре отделения: биохимии, иммунохимии, гомеостаза, общей клинической диагностики.

Поэтому, проведение экскурсионно-познавательного занятия просто необходимо, поскольку оно расширяет кругозор студентов и способствует повышению их профессиональной мотивации, усиливает их позитивное стремление совершенствоваться в профессиональной сфере в ходе обучения.

Материал программы «Инновационные технологии в медицине для визуализированного подхода изучения дисциплины. Гистологическая и микроскопическая техника» включен в состав промежуточных экзаменационных билетов по гистологии, цитологии и эмбриологии.

Кроме того, мы считаем правильным использование электронной доски, так как это повышает степень индивидуальной ответственности студента за приобретенные знания, увеличивает его личностную мотивацию, расширяет

и структурирует весь объем знаний и навыков, что особенно выражено в ходе подготовки к экзамену.

По результатам экзаменационной сессии более половины студентов показали удовлетворительные знания по дисциплине. Кроме того, в ходе личного интервью 95% студентов подтвердило своевременность использования «Инновационные технологии в медицине для визуализированного подхода изучения дисциплины. Гистологическая и микроскопическая техника» в учебный процесс, и 100% студенты отметили правильность проведения практического занятия с использованием микроскопа и электронной доски.

Выводы. Применение современных педагогических подходов обучения, как совокупности разнообразных методов позволяет: мотивировать студентов к изучению морфологических дисциплин; повышать их заинтересованность, тем самым увеличивая результативность обучения; формировать навыки практической деятельности посредством приближения учебного процесса к реальным жизненным ситуациям; создать условия для осознания личной позиции студента; развить коммуникативные навыки студентов. Таким образом, компетентный подход к освоению гистологии обеспечивается на всех стадиях реализации образовательной программы.

Список литературы.

1. Рыхлик С.В. Современные подходы к преподаванию гистологии, цитологии и эмбриологии. /С.В. Рыхлик //Вестник проблем биологии и медицины. – 2014. – Том 111, № 3. – С. 70-74.
2. Ямщиков Н.В., Тулаева О.Н. Новые подходы к преподаванию вариативных курсов в медицинском вузе согласно требованиям ФГОС //Современные проблемы науки и образования. 2014. №6. URL: <http://www.science-education.ru/127-21329> (дата обращения: 18.02.2018).

Хамроева Х.М.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКЗОГЕННЫХ АНТИОКСИДАНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОГЕННОЙ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В РАСТЕНИЯХ АРАБИДОПСИСА ПРИ КОНТРАСТНЫХ УСЛОВИЯХ СРЕДЫ

Кафедра биохимия ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Стрессорные факторы окружающей среды способствуют сверхпродукции активных форм кислорода (АФК). В обезвреживании клетки от АФК, наряду с антиокислительными ферментами и другими компонентами белковой природы участвует группа не ферментативных антиоксидантов. Особая роль в этой группе принадлежит аскорбиновой кислоте (АК) и α -токоферолу (Е) [1].

Аскорбиновая кислота содержится во всех компартментах клеток различных тканей растений, но наибольшее её количество локализовано в хлоропластах и цитозоле клеток листа [2]. Известно, что оксидоредуктазы, локализованные во всех органелах клетки участвуют в окислении АК, что приводит к изменению редокс-статуса растений. АК может выступать как антиоксидант и как сигнально-регуляторный агент в клетках высших растений. Антиоксидантные свойства, главным образом, связаны с детоксикации H_2O_2 и других активных форм кислорода. В аскорбат-глутатионовом цикле Фойер-Холливела-Асады перекись водорода восстанавливается аскорбатпероксидазой с образованием монодегидроаскорбат-анионного радикала, восстанавливающегося при окислении глутатиона [3]. Как было сказано ранее, АК может выполнять роль кофактора, участвующего в регенерации токоферола – одного из основных протекторов клеточных мембран от окислительного стресса и способствующего сохранению ионного гомеостаза клеток [4].

Показано, что в условиях стрессорного воздействия в хлоропластах растений арабидопсиса окисленная форма токоферола восстанавливается до α -токоферола, что обеспечивает его постоянство в клетках [5].

Целью исследования явилось изучение влияния экзогенных антиоксидантов при контрастных условиях среды на содержание эндогенной аскорбиновой кислоты в растениях арабидопсиса.

Результаты исследования. Определение содержания аскорбиновой кислоты (АК) в листьях 4-х генотипов растений арабидопсиса показали, что пул АК в листьях растений контрольного варианта неодинаков (табл.). У дикого типа арабидопсиса *En* и мутанта *ass* наблюдались более высокие показатели содержания АК, чем у мутантов *cla u flavi* ($P < 0.05$). Добавление в водную среду NaCl привело к уменьшению содержания АК у дикого типа *En* и мутанта *ass* (на 10 и 37%) и к значительному увеличению у мутантов *cla u flavi* (в 3 и 7 раз соответственно). По содержанию АК исследованные генотипы арабидопсиса можно условно разделить на две группы. Первая группа – дикий тип *En* и мутант *ass*, которые характеризовались высоким содержанием АК в контроле, а при добавлении в среду NaCl наблюдалось снижение пула АК на 10-37%. Вторая группа – мутанты *cla u flavi*, имела более низкий пул АК в контроле, который возрастал при добавлении в среду NaCl.

По всей видимости у растений первой группы имеется больший пул АПО, чем у растений 2-й группы, и за счёт увеличения активности фермента АПО в условиях засоления снижается уровень АК в листьях растений.

Наши исследования показали, что добавление экзогенной АК привело к снижению накопления эндогенной АК как у дикого типа, так и у мутанта *ass* на 60 и 45% соответственно в условиях водной среды. При добавлении в среду NaCl и экзогенной АК у растений арабидопсиса дикого типа уровень АК не изменился, а у мутанта *ass* – уровень АК увеличился на 18%. Во второй группе растений добавление в среду АК привело к увеличению экзогенной АК в контроле, тогда как в условиях хлоридного засоления этот показатель снизился на 42-47% (табл.).

При добавлении Е и комплекса АК+Е содержание эндогенной АК в листьях растений арабидопсиса дикого типа *En* снижается на 38% в условиях водной среды. В среде с NaCl добавление Е и комплекса АК+Е приводит к уменьшению экзогенной АК в листьях на 49-50% соответственно относительно контроля, но пул АК остаётся ниже, чем при отсутствии экзогенных антиоксидантов.

У мутанта *flavi* в условиях водной среды наблюдалось увеличение содержания АК на 40% при добавлении Е и почти в 7 раз при использовании комплекса АК+Е. В условиях хлоридного засоления содержание АК у этого мутанта уменьшилось в 3 раза при внесении экзогенного Е, а при добавлении комплекса АК+Е – в 1.6 раза.

Таблица -Влияние экзогенных антиоксидантов на содержание аскорбиновой кислоты у различных генотипов арабидопсиса в условиях хлоридного засоления

Варианты опыта	Содержание аскорбиновой кислоты, мкг/г сыр.массы листа			
	<i>En</i>	<i>flavi</i>	<i>ass</i>	<i>cla</i>
Контроль				
H ₂ O	18.23±1.36	10.59±0.34	16.61±0.23	7.18±0.72
H ₂ O+АК	7.23±0.16	41.59±0.37	9.00±0.22	134.31±5.35
H ₂ O+E	11.32±0.04	6.32±0.17	23.20±1.98	78.18±1.31
H ₂ O+АК+E	11.92±1.60	46.13±2.52	10.91±0.79	15.55±1.37
Опыт (0.05 М NaCl)				
H ₂ O+NaCl	16.27±1.19	41.33±0.11	10.32±0.90	20.94±0.25
H ₂ O+ NaCl +АК	7.16±0.09	21.53±0.56	12.17±0.47	12.05±0.04
H ₂ O+ NaCl +E	8.25±0.29	13.34±0.73	10.43±0.90	62.48±0.35
H ₂ O+NaCl+ АК+E	8.12±0.69	24.62±0.31	32.43±1.46	88.81±3.60

У мутанта *ass* без NaCl содержание АК в листьях при добавлении Е увеличивалось в 1.6 раза, а при использование комплекса АК+Е было на 34% ниже, чем в условиях без использования АК. В условиях засоления экзогенный Е не повлиял на содержание АК, а использование комплекса АК+Е увеличило её содержание в 3 раза.

У мутанта *cla* в условиях водной среды содержание аскорбиновой кислоты возросло при добавлении Е и комплекса АК+Е (в 10 раз и 2 раза соответственно). В условиях хлоридного засоления при использовании Е и комплекса АК+Е также наблюдалось увеличение экзогенной АК в 3 - 4 раза.

Выводы. Можно заключить, что влияние экзогенных антиоксидантов различается и зависит от генотипа растений. Полученные данные свидетельствуют о том, что в процессах детоксикации АФК у различных генотипов арабидопсиса, наряду с различными антиоксидантами, в условиях солевого стресса принимают участие АК и токоферолы.

Список литературы:

1. Колупаев Ю.Е., Ястреб Т.О., Швиденко Н.В., Луговая А.А., Дмитриев А.П. Реакция растений *Arabidopsis thaliana*, дефектных по жасмонатному сигналингу, на солевой стресс // Прикл. Биохимия и микробиология. - 2015. - Т. 51. № 4. - С. 412-416.
2. Прадедова Е.В., Нимаева О.Д., Карпова А.Б., Семенова Н.В., Ракевич А.Л., Нурминский В.Н., Степанов А.В., Салаяев Р.К. // Физиология растений. 2018. Т. 65. № 2. С. 101–110.
3. Войтехович М.А., Кучинская В.А., Новосельский И.Ю., Гриусевич П.В., Самохина В.В., Мацкевич В.С., Соколик А.И., Демидчик В.В. L-аскорбиновая кислота как антиоксидант и сигнально-регуляторный агент в клетках высших растений / Журнал Белорусского Государственного Университета. Биология. - 2018. - № 2. - С. 27-38.
4. Rajendrakumar C. S., Reddy B. V., Reddy A. R. Proline-protein interactions: protection of structural and functional integrity of M4 lactate dehydrogenase // Biochem Biophys Res Commun. – 1994. – Vol. 201. – P. 957-963.
5. Huang M., Guo Z. Responses of antioxidant system to chilling stress in two rice cultivars differing in sensitivity // Plant Biol. – 2005. - Vol. 49. - P. 81-84.

Бобоев М. В., Касимов Ш. М., Мукимов А. М.

ПРОЯВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АРИТМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра патологической физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Метаболический синдром (МС) — одна из актуальных проблем последних лет и является одним из факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний [1]. В цивилизованном мире эта проблема особенно широко распространена в развитых странах и беспокоит многих ученых [2]. В связи с этим были проведены ряд исследований [3]. Метаболический синдром характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые сопровождаются нарушением липидного, углеводного, пуринового обмена и артериальной гипертензией. Распространение болезни уже перешло в пандемию. Генетические факторы играют важную роль в формировании МС [4]. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) также стала важной медико-социальной проблемой [5]. Одна из основных причин синдрома – ишемическая болезнь сердца [6], поэтому в данное исследование включены пациенты с этой этиологией. Наличие у пациентов МС еще больше ускоряет развитие болезни. Высокое артериальное давление, инсулинорезистентность и сопутствующий сахарный диабет у пациентов с ХСН оказывают значительное влияние на течение заболевания [7, 9]. При ХСН вследствие ишемической болезни сердца, в результате органических изменений в сердце, процесса ремоделирования в сердечных камерах, у пациентов возникают различные типы аритмии [10]. Наличие у пациента артериальной гипертензии, сахарного диабета II типа и избыточного веса, еще ускоряет формирование аритмии [8]. Частота встречаемости аритмии у пациентов с МС в некоторой степени изучена. Имеется огромное количество публикаций по частоте развития нарушений ритма при ХСН. Однако аритмии у пациентов с МС и сердечной недостаточностью (СН), а также их частота встречаемости в соответствии с функциональным классом не изучались. Поэтому данное исследование считается актуальным и сегодня.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение частоты встречаемости аритмий у больных с МС и сердечной недостаточностью (ФВЛЖ<50%) в соответствии с функциональными классами СН (1964 г., по классификации NYHA).

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациентов с СН II и III функционального класса (ФК) со сниженной фракцией выброса (ФВЛЖ<50%) и с МС (по классификацию ВОЗ, 1998), получавшие стационарное лечение в ГУ РКЦК РТ. Среди пациентов 17 были с СН II (согласно классификации NYHA), а 13 — с СН III функционального класса. Возраст больных колебался от 36 до 88 лет. Из них 27% были женщины, 63% — мужчины. Больным проведены комплексные клинко-инструментальные и лабораторные обследования. Среди инструментальных обследований были суточный мониторинг электрокардиограммы методом Холтера (с CONTEC, TLC 5000), измерение показателей МС, измерение артериального давления, индекса массы тела ИМТ и лабораторные показатели — уровень сахара в крови, исследование липидного спектра. В исследование были включены пациенты с АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.; ИМТ >30 кг/м²; объем талии >85 см (ж), >90 см (м); ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л; ЛПВП $<1,0$ ммоль/л (ж), $<0,9$ ммоль/л (м) (МС по классификацию ВОЗ, 1998). Были выбраны больные с повышенным уровнем глюкозы натощак ($\geq 6,0$ ммоль/л) + 2 или более из вышеперечисленных факторов. Больные в основном принимали ингибиторы АПФ, БРА, антиагреганты, блокаторы альдостерона, амиодарон, б-блокаторы, петлевые диуретики, тиазидовые диуретики.

Результаты и обсуждение. В результате 24-часового холтеровского исследования ЭКГ у 15 (88,2%) пациентов из 17 с МС и СН II функционального класса обнаруживались желудочковые экстрасистолы (ЖЭ), у 12 (70,6%) — суправентрикулярные экстрасистолы (СВЭ), у 3 (17,6%) — мерцательная аритмия, у 4 (23,5%) — эпизоды пароксизмальной фибрилляции предсердий. У 12 (92,3%) больных из 13 с МС и СН III функционального класса были желудочковые экстрасистолы, у 8 (61,5%) — суправентрикулярные экстрасистолы, у 5 (38,5%) — мерцательная аритмия, у 3 (23,1%) — эпизоды пароксизма мерцательной аритмии, у одного (7,8%) — эпизоды короткой желудочковой тахикардии (табл. 1). У пациентов с СН III ФК степень ремоделирования сердца увеличивается, увеличение размеров правого и левого предсердий приводит к увеличению частоты встречаемости мерцательной аритмии, и соответственно, суправентрикулярные экстрасистолы наблюдаются реже. Результаты исследования показывают, что частота встречаемости желудочковой экстрасистолы среди больных с сердечной недостаточностью III ФК (92,3%) несколько выше, чем у пациентов II ФК (88,2%).

Таблица 1. Частота встречаемости аритмии у больных с метаболическим синдромом и сердечной недостаточностью II и III функционального класса

Показатели	II функциональный класс (n=17)		III функциональный класс (n=13)		Достоверность различия
	абс.	%	абс.	%	
Желудочковая экстрасистолия	15	88,2	12	92,3	p>0,05
Суправентрикулярная экстрасистолия	12	70,6	8	61,5	p<0,05
Мерцательная аритмия	3	17,6	5	38,5	p<0,05
Пароксизмальная фибрилляция предсердий	4	23,5	3	23,1	p>0,05
Кратковременная желудочковая тахикардия	0	—	1	7,8	p>0,05

Однако СВЭ более распространены у пациентов с СН II ФК (70,6%), чем у пациентов III ФК — 61,5%. Мерцательная аритмия у пациентов с сердечной недостаточностью III ФК (23,1%) чаще встречается, чем у пациентов II ФК (17,6%). Почти одинаковые частоты встречаемости эпизодов пароксизмальной фибрилляции предсердий. У одного (7,8%) пациента с III ФК зафиксирован кратковременная желудочковая тахикардия. Количество желудочковых экстрасистол у пациентов также различаются в зависимости от функционального класса. Так, среди 15 больных с МС, СН II ФК у 8 (53,3%) пациентов была обнаружена желудочковая экстрасистолия до 1–100, у 4 (26,7%) — в диапазоне 100–1000, у 3 (20%) — больше 1000. У пациентов с МС, СН III ФК ЖЭ до 100 была обнаружена у 2 (16,7%) пациентов из 12, у 4 (33,3%) — в диапазоне 100–1000, у 6 (50%) — больше 1000.

Обсуждение. Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) увеличивается с $<10\%$ у пациентов с сердечной недостаточностью I функционального класса по классификации Нью-Йоркской Кардиологической ассоциации (NYHA) до, приблизительно, 50% у пациентов с СН IV ФК по (NYHA). Распространенность ФП при ХСН увеличивается с классом NYHA: от 4,2% в классе I по NYHA в исследовании SOLVD prevention trial до 10–15% в классе II–III по NYHA в исследовании SOLVD. VHeFT6 и CHF-STAT; 26–30% в III–IV классах NYHA в DIAMOND CHF и GESICA; и 49,8% в классе IV NYHA в CONSENSUS. В нашем исследовании, в отличие от результатов вышеизложенных, фибрилляция предсердий встречалась сравнительно чаще, от 17,6% у пациентов с СН II ФК до 38,5% у пациентов с СН III ФК. Такая разница может быть обусловлена за счет большего числа пациентов с гипергликемией, представленных в нашем исследовании и, возможно, имевших более низкие показатели фракции выброса левого желудочка, чем в исследованиях, представленных выше. К примеру, в докладе по результатам долгосрочного регистра по сердечной недостаточности европейского общества кардиологов (ESC Heart Failure Long-Term Registry) BarakZafir с соавторами, отмечали большую распространенность ФП среди пациентов с сердечной недостаточностью ФК III–IV, со сниженной фракцией выброса (ФВ<40%) и с сопутствующим СД2 типа, чем среди больных с СН ФК III–IV, с промежуточной (умеренной) фракцией выброса (ФВ 40–49%) с сопутствующим СД2 типа. По данным Гуревич М.К. 2005, более 90% больных ИБС с проявлениями хронической сердечной недостаточности ХСН II–IV ФК, имеют значимые желудочковые аритмии, III–IV градаций, в том числе «пробежки» желудочковой тахикардии, достоверно преобладающие у пациентов с ФВ<40%, что наблюдалось и в нашем исследовании, но в меньшей

степени, возможно, ввиду большего применения ингибиторов АПФ, б-блокаторов и блокаторов альдостерона.

Заключение. По мере увеличения функционального класса СН у пациентов с МС увеличивается как частота ЖЭ, так и МА, и возникают эпизоды желудочковой тахикардии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Engin, A. The Definition and Prevalence of Obesity and Metabolic Syndrome. Adv.Exp.Med. Biol. 2017; Vol.960:1-17. https://doi.org/10.1007/978-331948382-5_1
2. Hoffman E.L., VonWald T., Hansen K. The metabolic syndrome. SD Med. 2015; Spec No:24-8
3. Grundy S. Metabolic syndrome update. Trends. Cardio vasc. Med. 2016; 26(4): 364-373. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2015.10.004>
4. Stančaková A., Laakso M. Genetics of metabolic syndrome. Rev. Endocr.Metab. Disord. 2014; 15(4):243-252. <https://doi.org/10.1007/s11154-014-9293-9>
5. Быкова О. В., Орлова Н. В., Соловьева М. В. Ведение пациентов с хронической сердечной недостаточностью: акцент на анемический синдром. Справ. поликлин. врача. 2018; 1:18-21. [Bykova O.V., Orlova N.V., Solovyova M.V. Management of patients with chronic heart failure: emphasis on anemic syndrome. Ref. clinic. Doctor 2018; 1:18-21. (inRuss.)]
6. Рябихин Е., и соавт. Лечение ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка. Врач. 2017; 8:59-64. [Ryabikhin E. et al. Treatment of coronary heart disease complicated by chronic heart failure with low left ventricular ejection fraction. Vrach. 2017; 8:59- 64. (in Russ.)]
7. Perrone-Filardi P., Paolillo S., Costanzo P. The role of metabolic syndrome in heart failure. European heart journal. 2015; Vol.36, Iss.39:2630–2634. PMID:26242711. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv350>
8. Лычев В.Т., Клестер Е.Б., Плинокосова Л.А. Аритмия у больных хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2–20 типа. Клиническая медицина. 2014; 3:38-42. [Lychev V.T., Klester E.B., Plinokosova L.A. Arrhythmia in patients with chronic heart failure and type 2 diabetes mellitus. Clinical Medicine. 2014; 3:38-42. (in Russ.)]
9. Muhammad Z., Hashmi A. Frequency of diabetic cardiomyopathy among type-2 diabetics presenting as heart failure. J. Coll. Physiciansurg. pak. 2013; 23(8):538-42.
10. Ситникова М.Ю., Лясникова Е.А., Трукшина М.А. Хроническая сердечная недостаточность: эпидемиология и перспектива планирования. сердечная недостаточность. 2012; 74(6):372-376. [Sitnikova M.Yu., Lyasnikova E.A., Trukshina M.A. Chronic heart failure: epidemiology and planning perspective of heart failure. 2012; 74(6):372- 376. (in Russ.)]

Бобоева Г.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЦИДУАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Совершенно не удивительно, что многие ученые стремятся узнать все больше информации о клетках, ведь человек полностью состоит из них. Всего в организме человека насчитывается около 100 триллионов клеток. В организации различных клеток есть сходные черты. Но это не отменяет того, что каждый вид клеточной популяции индивидуален.

Некоторые клетки рыхлой волокнистой соединительной ткани собственной пластинки слизистой оболочки матки развиваются в децидуальные клетки. Это клетки крупного размера и округлой формы, содержащие в своей цитоплазме глыбки гликогена и липопротеиновые включения. Количество децидуальных клеток возрастает, особенно при формировании плаценты в период беременности. Децидуальные клетки обеспечивают полноценное развитие эмбриона. Совокупность таких клеток формирует децидуальную ткань человека. Децидуальная ткань — это специальный вид ткани, который присутствует в женском организме только во время беременности. Она играет важную роль в формировании и поддержании плаценты, а также осуществляет защиту эмбриона в течение всего периода беременности.

Цель исследования. Изучение и анализ литературных данных, посвящённых морфологии и дифференцировке децидуальных клеток.

Материал и методы исследования. В работе были использованы данные литературы и результаты исследований зарубежных авторов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Децидуальные клетки – крупные клетки собственной соединительнотканной пластинки эндометрия, формирующие децидуальную оболочку матки, продуцирующие пролактин и простагландины. Они формируются в начальные недели беременности. Функции децидуальных клеток это поддержание и регуляция развития эмбриона, осуществление регуляции иммунологических отношений матери и плода, защита материнского организма от высокой метаболической активности плода. Осуществление различных функций, возложенных на децидуальную ткань, возможно лишь при наличии в ней нескольких типов клеточных популяций. В децидуальной оболочке человека различают большие децидуальные клетки (БДК), малые децидуальные клетки (МДК) и гранулярные клетки (ГК). Большие децидуальные клетки – это основной компонент децидуальной оболочки, они являются активно секретирующими клетками. Малые децидуальные клетки — это вытянутые веретенообразные клетки длиной до 15-20 мкм с небольшим плотным ядром и базофильной цитоплазмой. Предполагается, что основная функция этих клеток — синтез межклеточного вещества и иммунорегулирующая.

Децидуальные клетки у человека развиваются в эндометрии из клеток-предшественников, локализующихся под

эпителием матки. Децидуальная ткань формируется из нескольких типов клеток, которые образуются в результате дифференцировки, деления и роста клеток-предшественников. Эта ткань характеризуется активным метаболизмом и высокой способностью к синтезу. Она располагается между клетками трофобласта и матки, тем самым выступает в качестве пограничной ткани. Правильность течения процессов в ходе развития плаценты, особенно на стадиях формирования децидуальной ткани, важна для внедрения эмбриона и успешного завершения беременности. К настоящему времени выяснено, что для децидуальных клеток предшественниками являются стволовые клетки эндометрия. В децидуальной оболочке человека морфофункциональную специфичность обеспечивают большие децидуальные клетки, существующие на протяжении всей беременности. БДК характеризуются наличием развитой системы клеточных мембран. О многообразии вырабатываемых БДК продуктах свидетельствуют скопления по периферии цитоплазмы различных по электронной плотности гранул. В своем развитии эти клетки, как и многие другие, проходят через стадии: клеток-предшественников, дифференцирующихся клеток и терминально-дифференцированных клеток, погибающих путем апоптоза. На срезах человека в ранней децидуальной оболочке почти все большие децидуальные клетки находятся в фазе G0 клеточного цикла и обладают способностью к пролиферации. В децидуальной ткани первого триместра беременности доля пролиферирующих клеток достигает 3,5%. БДК эпителиоидной зоны являются наиболее дифференцированными клетками. Они переходят в терминальную стадию дифференцировки и впоследствии погибают. Обнаружение терминальной стадии дифференцировки больших децидуальных клеток связано с анализом синтеза и содержания ДНК. Некоторые клетки, находящиеся в эпителиоидной зоне и прилежащие к эмбриону, перестают синтезировать ДНК. Эти большие децидуальные клетки выделяют как клетки зоны терминальной дифференцировки (тБДК). Давно изученные данные отмечают ступенчатую дифференцировку больших децидуальных клеток. На первых стадиях клетки предшественники матки изменяются в фибробластоподобные клетки периферической зоны децидуальной ткани. В дальнейшем эти клетки активно делятся. Следующей стадией дифференцировки является образование эпителиоидной зоны. Позднее большие децидуальные клетки, располагающиеся в этой зоне, снижают свою способность к делению, а затем и совсем утрачивают способность к пролиферации, тем самым полностью выходят из синтеза ДНК (переход клетки в период G0). Некоторая часть популяции клеток эпителиоидной зоны полностью и необратимо выходит из синтеза ДНК. Это клетки терминальной стадии дифференцировки (тБДК). Так как гибель децидуальных клеток запрограммирована; она является примером естественной запрограммированной гибели клеток (ПГК). На 23-й день менструального цикла вокруг спиральных артерий миометрия наблюдается скопление фибробластов, которые дифференцируются в децидуальные клетки. К 27-му дню цикла в децидуальные клетки превращаются большинство фибробластов стромы, и образуется плотный слой децидуальной ткани. Децидуальная клетка участвует как в образовании, так и в перестройке внеклеточного матрикса, синтезируя гликопротеины, расщепляющие их ферменты, а также диаминоксидазы, полиаминоксидазы, щелочную фосфатазу, пролактин и белок, связывающий инсулинподобный фактор роста. Децидуальные клетки — одни из основных рабочих элементов в плаценте, вырабатывающие биохимические вещества, ответственные за нормальный ход беременности и развитие плода. Децидуальная ткань состоит из различных слоев, каждый из которых выполняет свои функции. Внутренний слой децидуальной ткани называется decidua basalis, который находится на стороне матки и служит для прикрепления эмбриона к стенке матки. Средний слой — decidua parietalis, защищает эмбрион от внешних воздействий и образует плаценту. Внешний слой — decidua capsularis, защищает эмбрион от воздействия внешней среды и формирует стенку плаценты. Децидуальная ткань выполняет несколько важных функций в течение беременности. Во-первых, она обеспечивает плод питательными веществами, которые поступают из крови матери через плаценту. Во-вторых, она вырабатывает гормоны, которые помогают поддерживать беременность и готовят органы матери к родам. Кроме того, децидуальная ткань обеспечивает защиту плода от возможных инфекций. Основные особенности децидуальной ткани:

1. Однородность – децидуальная ткань имеет однородную структуру, состоящую из клеток и межклеточного вещества. Клетки располагаются плотно друг к другу и создают непрерывный слой.
2. Плотность – децидуальная ткань обладает высокой плотностью, что обеспечивает ее прочность и устойчивость к механическим воздействиям.
3. Активность – децидуальная ткань активно взаимодействует с эмбрионом, обеспечивая ему питание, защиту и регулирование развития.
4. Регенерация – децидуальная ткань обладает способностью к быстрой регенерации, что позволяет ей восстанавливаться после родов или абортов. Другая функция децидуальной ткани заключается в защите эмбриона от атаки иммунной системы матери. Она предотвращает отторжение эмбриона материнским организмом, создавая своеобразный барьер между ними.

Выводы. Таким образом, децидуальные клетки играют важную роль в процессе беременности. Они обеспечивают оптимальные условия для роста и развития эмбриона, а также обеспечивают его защиту от внешних воздействий. Понимание особенностей и функций децидуальной ткани помогает врачам следить за нормальным развитием беременности и решать возникающие проблемы.

Список литературы.

1. Гистология, эмбриология, цитология / Ю.И.Афанасьева, Н.А. Юриной, Б.В. Алешин. – М.: ГЭОТАР-Медиа// 2014. –С.727-730.
2. Human decidual stromal cells as a component of the implantation niche and a modulator of maternal immunity / Mourdjeva M, Oreshkova T. // J Pregnancy 2016; 8689436. <https://doi.org/10.1155/2016/868943>
3. Molecular mechanisms of membrane interaction at implantation/ Davidson L M, Coward K // Birth defects Research. 2016;108(1):19-32. <https://doi.org/10.1002/bdrc.21122>
4. Учебно-методическое пособие по дисциплине «Частная гистология» / З.Н. Сохибова // Душанбе – 2020, - 135с.

Варакян М.Дж.
**СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ЗНАНИЙ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ ОБЩЕЙ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ**
Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Современный русский язык характеризуется определенными нормами его употребления, без знания которых человек не может считать себя образованным.

Нарушение языковых норм, речевые ошибки в речи даже очень авторитетного в своей области специалиста субъективно снижают в сознании слушающих или читающих уровень достоверности излагаемой им информации. Психологи предупреждают, что деформация речи может вести к деформации сознания. [3]

Профессиональный уровень специалиста медицинского профиля во многом зависит от степени его владения языковыми нормами, устной и письменной речью. Не секрет, что работники медицинских учреждений концентрируют свое внимание лишь на медицинской стороне лечения пациента и уделяют минимум времени для общения с ним, т. е. лечат заболевание, а не человека. Это приводит к сложностям в установлении контакта между медицинским работником и пациентом, что может негативно сказаться на результатах лечения, психическом состоянии пациента. [5]

Цель. Определить роль языковой и коммуникативной компетенции будущих медицинских кадров. Разработка системы заданий по повышению языковой и коммуникативной компетенции студентов-медиков в процессе обучения русскому языку в медицинском университете.

Материал и методы. Изучено состояние вопроса по различным источникам информации (интернет, печатные издания). Проанализирован личный опыт по систематизации знаний по русскому языку, способствующий формированию общей и профессиональной компетенции.

Результаты. Итоги экспериментальной работы и анализ проведенных исследований показали, что практическая деятельность преподавателей кафедры русского языка открывает потенциал в духовно-нравственном аспекте формирования профессиональной и общей компетенции студентов-медиков.

Еще во времена античности медицинские работники понимали важность речевого воздействия на душу больного, а не только на тело. «Medice, cura aegrotum, sed non morbum!» — Врач, лечи больного, а не болезнь. В высказывании, приписываемом Гиппократу, говорится о личностном подходе к каждому пациенту. Воздействие словом является важным моментом установления контакта врача с пациентом, помогает успешному лечению. [2, 5]

Речевой этикет обладает следующими функциями: коммуникативная, контактоустанавливающая, функции призыва, привлечения внимания, функция вежливости и др. Уровень владения речевым этикетом определяет степень профессиональной пригодности человека к лингвоактивной деятельности. [1, 3]

В настоящее время многие специалисты считают, что необходимо постепенно из процесса общения и лексикона вывести такие понятия, как «больной», заменив, понятием пациент, ввиду того, что само понятие «больной» несёт определённую психологическую нагрузку. А обращения к заболевшим людям типа: «Как ваши дела, больной?», применять недопустимо, и необходимо стараться повсеместно заменять такого рода обращения к пациенту обращениями по имени, имени отчеству, тем более, что само имя для человека, его произношение, является психологически комфортным. Общение с пациентом — важнейший элемент процесса лечения. [3, 25]

Богатством, гибкостью и выразительностью отличается медицинская терминология. С целью повышения языковой компетентности студентов – будущих врачей была разработана система заданий, основной задачей которой стало привлечение внимания и мотивация к языковой и коммуникативной активности в процессе практического занятия по русскому языку в условиях билингвизма.

Учитывая полученные данные, преподавателями кафедры русского языка был разработан план работы со студентами I курса всех факультетов медицинского вуза, который включает ряд заданий. К примеру, создать сборник мультимедийных презентаций на тему «Русские писатели-врачи», разработать мини-словарь-памятку «Говори правильно!», создать трехязычный словарь (латинско-русско-таджикский) «Медицинская терминология», создать памятку «Пиши правильно!»

В рамках воспитательного аспекта русского языка организовать и провести кураторские часы на тему «Роль духовно-нравственного воспитания в формировании будущего профессионала-медика»; «Языковая компетенция будущего медицинского работника»; написать эссе о необходимости повышения языковой и коммуникативной компетенции будущего врача.

Известный русский писатель И. С. Тургенев справедливо отметил: «Во дни сомнений, во дни тягостных раздумий о судьбах моей родины, — ты один мне поддержка и опора, о великий, могучий, правдивый и свободный русский язык!»

Выводы. Результаты экспериментальной работы показали, что грамотное изложение своих мыслей является одним из неотъемлемых направлений формирования профессиональных качеств будущего специалиста-медика.

Следовательно, преподавателям необходимо систематизировать работу по изучению языковой и коммуникативной компетентности будущих медицинских кадров. На практических занятиях по русскому языку и в процессе проведения кураторских часов уделять большое внимание воспитанию языковой компетентности будущих врачей, учитывая при этом междисциплинарные связи; пополнять словарный запас медицинских терминов, принимая во внимание таджикско-русскую студенческую аудиторию.

Литература.

1. Белый В. В., Аксенова Г. Н. Учебно-методическое пособие «Культура речи молодого врача». Минск, БГМУ, 2011
2. Бочкова Л. Г., Наумова Е. В. «Врач — лингвоактивная профессия» // Известие медицинского университета № 4 (80) апрель, 2007.

3. Насретдинова, А. Ф. Формирование языковой компетенции будущих медицинских работников / А. Ф. Насретдинова. // Молодой ученый. — 2017. — № 49 (183). — С. 92-95.
4. Шкуренко Д. А. Общая и медицинская психология. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. — 352 с.
5. 5fan.ru>wievjob.php?id=89176

Варакян М.Дж.

ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ЛЕКСИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность исследования. Расширение международного сотрудничества в экономической, политической, научно-технической, культурной и образовательной областях требует от современного выпускника высшего учебного заведения активного владения иностранными, в том числе русским, языками, что нашло отражение в квалификационных характеристиках специалиста. Одним из требований к уровню подготовки будущего врача является то, что специалист в своей профессиональной деятельности должен применять знания русского языка для профессионального общения (устного и письменного) и работы с оригинальной литературой по специальности.

Одним из способов достижения студентами коммуникативной компетенции считается формирование и совершенствование языковых навыков, которые включают в себя развитие лексического навыка. [3]

В связи с этим актуальность приобретают вопросы изучения русской лексики медицинской сферы студентов-медиков посредством отбора и систематизации корпуса русскоязычных лексических единиц.

Цель исследования заключается в теоретическом обосновании и разработке методики обучения медицинской лексике студентов-медиков. Провести поиск и отбор лексических единиц медицинской сферы, необходимый для обучения студентов-медиков 1 курса на практических занятиях по русскому языку.

Материалы и методы. Проведен теоретический анализ педагогической, лингвистической и методической литературы по проблеме исследования; педагогическое наблюдение и обобщение личного педагогического опыта; опытное обучение в студенческих группах; методы статистической обработки данных, полученных в ходе исследования. Экспериментальная работа проводилась на кафедре русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Для уточнения общего состояния обучения медицинской лексике был проведен опрос (выборочно) студентов-медиков лечебного, педиатрического, стоматологического, медико-профилактического и фармацевтического факультетов первого курса – всего 150 человек. Опытным обучением были охвачены студенты первого курса курсов лечебного (2 группы – 40 студентов) и педиатрического (1 группа – 18 студентов) факультетов – всего 58 человек.

Результаты и обсуждение. Исследование проводилось в 2020 – 2023 учебных годах и включало три этапа: поисково-организационный, экспериментальный, обобщающий.

На первом этапе были изучены современные тенденции в теории и практике обучения русскоязычной лексике профессиональной сферы студентов неязыковых вузов, проводился теоретический анализ научной литературы. Были выявлены характерные трудности, препятствующие овладению русскоязычной медицинской лексикой, разработана методика обучения медицинской лексике студентов-медиков.

Второй этап включал разработку и систематизацию комплекса лексических единиц медицинской сферы; проверена и внедрена методика обучения русскоязычной лексике медицинской сферы студентов 1 курса при обучении русскому языку в медицинском вузе, в ходе которого были проведены диагностирующий, итоговый и отсроченный срезы с целью определения сформированности лексического навыка у студентов при обучении медицинской терминологии.

В процессе заключительного этапа обработаны и обобщены полученные данные, сформулированы выводы, разработана методика обучения медицинской русскоязычной терминосистеме в процессе обучения русскому языку.

Согласно программе по дисциплине «Русский язык», студент по окончании обучения должен активно владеть русским языком как средством формирования и формулирования мыслей в социально-обусловленных и профессионально-ориентированных сферах общения. [2] Однако, практика показывает, что как у студентов, так и у многих преподавателей нет четкого представления о содержании лексического материала, которым необходимо овладеть в течение курса обучения русскому языку. Каждый преподаватель подбирает материал на занятия индивидуально. Следовательно, у студентов не складывается четко структурированный лексический минимум.

Для выяснения причин, препятствующих запоминанию лексики, были разработаны и предложены анкеты, позволяющие определить основные сложности.

По результатам анкетирования установлено, что, во-первых, исходя из мнения студентов и преподавателей возникает необходимость четкого выделения лексических единиц медицинской терминосистемы и определения их количества, необходимого для усвоения в процессе обучения в медицинском вузе; во-вторых прослеживается необходимость систематизации лексического минимума для студентов, который будет отвечать требованиям рабочей программы дисциплины; в-третьих, основными причинами недостаточной изученности лексического материала являются низкий уровень базовой школьной подготовки студентов и невысокая мотивация студентов к изучению русского языка, которая, может быть вызвана однообразием учебного процесса, а также отсутствием четкого представления о требованиях к подготовке специалистов. Следовательно, повышению мотивации студентов к изучению русского языка может способствовать введение в учебный процесс разнообразных личностно-ориентированных заданий и материалов, перекликающихся с основной сферой деятельности студентов.

Также результаты анкетирования показали неспособность студентов работать самостоятельно; следовательно, одной из задач, которые ставятся перед преподавателем, является обучение студентов самостоятельной работе над

лексическим материалом. Основными способами повышения изученности лексического минимума могут стать практика составления и ведения индивидуальных словарей и разработка методических материалов, включающих различные виды аудиторных и внеаудиторных заданий.

Известно, что русский язык является важным средством формирования профессиональной компетенции студентов-медиков. Значительная роль при этом отводится созданию русскоязычной словарной базы, которая представляет собой обширную систему. В методических целях необходимо определить рамки наиболее актуального русскоязычного лексического материала, который включается в лексические минимумы.

В нашем понимании, лексический минимум – тот материал, на отработке которого должен быть сосредоточен максимум усилий и выполнено как можно больше заданий. Кроме того, любой языковой минимум должен быть системным явлением, позволяющим общаться.

Следовательно, для составления лексического минимума для студентов медицинских вузов следует выделить критерии отбора русских лексических единиц и составить корпус данного лексического материала, необходимого для усвоения.

В методике преподавания иностранных языков предпринимались попытки разработать полную типологию лексики с точки зрения легкости / сложности усвоения. [3] В настоящем исследовании мы, исходя из признака легкости / сложности усвоения, делим все лексические единицы на три категории: 1) полностью подобные лексические единицы – в данную категорию были включены такие лексические единицы, которые имеют сходство по графической форме слова и одинаковое значение в трех языках (русском, латинском, английском); 2) частично подобные лексические единицы – в данную категорию вошли такие лексические единицы, которые имеют сходство по графической форме слова в двух языках (в русском и таджикском) и одинаковое значение в трех языках; 3) неподобные лексические единицы – к данной категории были отнесены такие лексические единицы, которые сходны по значению, но различные по графической форме в трех языках, с учетом родного (таджикского) языка.

Структура комплекса заданий для обучения студентов 1 курса русскоязычной медицинской лексике

ЗАДАНИЯ			
Лексически-направленные		Лексически-контекстные	
обучающие	контролирующие	обучающие	контролирующие
языковые		предречевые	собственно речевые
➤ этап презентации тематического блока лексических единиц ➤ этап узнавания лексических единиц ➤ этап сопоставления лексических единиц в русском, латинском, английском языках, с учетом родного (таджикского) языка ➤ этап понимания и запоминания лексических единиц		➤ этап комбинирования новых лексических единиц между собой и с уже известными лексическими единицами	➤ этап употребления лексических единиц в процессе реализации коммуникативных задач

Выводы. На базе представленных выше классификаций может быть решен практический вопрос организации лексического материала, то есть, какими порциями и группами материал должен быть включен в обучение и, какие учебно-методические разработки (например, списки, таблицы) рекомендуется предлагать студентам как опорный материал.

Разработанный комплекс заданий, направленный на обучение русскоязычной лексике медицинской сферы, характеризуется тем, что он обеспечивает усвоение лексических знаний, развитие лексических навыков по сознательному оперированию русской лексикой. В ходе такой работы формируются сложные умения координированного использования произносительных, лексических и грамматических навыков в рецептивных и продуктивных видах речевой деятельности.

Литература.

1. Алгунова Ю.В., Сафонова А.С., Ашырова Г. Методологические подходы в обучении языку специальности иностранных студентов медицинских вузов. Актуальные проблемы изучения и преподавания РКИ в вузе: современные тенденции билингвального образования: материалы Международной научно-практической конференции, 1 - 2 июня, Тверь: ТГУ 2018: 130 - 136.
2. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2021-2030 годы.-Душанбе, 30 августа 2019 № 438.-27с
3. Митрофанова, К.А. Применение активных методов при обучении иностранным языкам в медицинском вузе / К.А. Митрофанова, Е.А. Пенькова // Современные технологии обучения и воспитания в медицинском вузе: материалы 12 межрегион. межвуз. учеб.-метод. конф., Архангельск, 26 апр. 2007 г. / Северный гос. мед. ун-т. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2007. – С. 27–28.
4. Н. В. Сафронова Преподавание русского языка как иностранного студентам-медикам, обучающимся на языке-посреднике: проблемы и пути решения // МНКО. 2019. №6 (79). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prepodavanie-russkogo-yazyka-kak-inostrannogo-studentam-medikam-obuchayuschimsya-na-yazyke-posrednike-problemy-i-puti-resheniya> (дата обращения: 05.10.2023).
5. https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=161&ysclid=lncljyoeln444688060

Гайратова И.Б.1,2, Бекова Ш.Х.2, Файзалиева Г.С.2
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АССОЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ИГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»
ЗГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ СЗН РТ

Актуальность.

Существует много факторов, определяющих риск ишемической болезни сердца (ИБС), включая маркеры крови, распространенный и информативный инструмент для прогнозирования ИБС [1]. Сегодня общеизвестно постулат, что атеросклероз является вялотекущим воспалительным заболеванием. Биомаркеры воспаления играют важную роль в прогнозировании сердечно-сосудистого риска. Сосудистая эндотелиальная дисфункция и воспаление являются признаками сахарного диабета (СД) 2 типа [1, 2]. Повышенная изменчивость глюкозы при СД 2 типа приводит к эндотелиальной дисфункции и ускоренному атеросклерозу, независимо от средних концентраций глюкозы, вероятно, за счет повышенного окислительного стресса. Повышение уровня воспалительных цитокинов способствуют нестабильности бляшек, и считается, что их накопление вызывает повреждение эндотелия и изменение коагуляции у пациентов с СД 2 типа [2].

Ряд исследований сравнили уровни холестерина липопротеина очень низкой плотности (ЛПОНП) между здоровыми людьми и диабетиками с ИБС. Известно, что частицы ЛПОНП более атерогенны из-за их характеристик, которые включают более низкую аффинность связывания с рецепторами ЛПНП, более высокое проникновение в субэндотелиальный слой, более длительный период полувыведения и более низкую устойчивость к окислительному стрессу [2, 3]. Согласно исследованиям, уровень холестерина ЛПОНП в сочетании с уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) приводит к лучшему прогнозированию ИБС у пациентов с диабетом, чем только один уровень холестерина ЛПНП. Примечательно, что возраст и пол влияют на уровень ХС ЛПОНП, поскольку у пожилых людей и у мужчин уровни ХС ЛПНП намного выше [2, 3].

Множество исследований посвящены вопросам возможной связи между атеросклерозом и гликированным индексом. Было показано, что гипергликемия и процесс гликирования структур сосудов predisполагают к развитию атеросклероза. СД 2 типа связан с дислипидемией отдельно или с метаболическим синдромом, тем самым увеличивая риск сердечно-сосудистых заболеваний [3, 4]. Диабетическая дислипидемия обычно характеризуется повышенным уровнем ХС ЛПНП и триглицеридов и снижением уровня холестерина ЛПВП. Известно, что повышенное количество циркулирующих мелких плотных частиц холестерина ЛПНП является признаком дислипидемии и может привести к атеросклерозу. Однако, связь между уровнями ХС ЛПНП в сыворотке крови и ИБС у пациентов с СД 2 типа остается неясной [4].

Кроме того, нет сомнений, что в патогенезе атеросклеротического повреждения сосудов важную роль играют воспалительные маркеры и прокоагулянты, проводящие к развитию хронического воспалительного процесса в эндотелии сосудов. Сегодня СД ассоциирован с повышенной выработкой маркеров системного воспаления, в перечень которых входят С-реактивный белок, цитокины, фибриноген и др.

Цель исследования.

Изучить характеристику показателей липидного спектра и маркеров сосудистого воспаления у больных с ишемической болезнью сердца при наличии и отсутствии сахарного диабета 2 типа

Материал и методы исследования.

Материалом для исследования послужили 175 больных с ИБС госпитализированные в ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ и СЗН РТ за период с января 2023 до июня 2023 года. Для анализа связи между уровнями параметров липидного спектра и маркеров сосудистого воспаления больные с ИБС в зависимости от наличия СД, были распределены на две группы:

I группа – больных с ИБС (n=67)

II группа – больные с ИБС и СД 2 типа (n=108)

Обследуемые группы проходили следующий объем диагностических мероприятий: биохимические параметры липидного спектра (общий холестерин), триглицериды, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), ЛПНП, ЛПОНП; С-реактивный белок, интерлейкин 6 (ИЛ-6); глюкоза крови, гликемоглобин.

Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Средние значения (М) и их ошибки ($\pm m$) применялись для количественных признаков, правильного распределения. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения.

Оценка биохимических показателей в сравниваемых группах представлена в таблице 1.

Таблица 1. Биохимические показатели в сравниваемых группах

Показатель	ИБС без СД 2 типа (n=108)	ИБС+СД 2 типа (n=67)	P
Глюкоза крови натощак, ммоль/л	5,4 $\pm$ 0,78	7,8 $\pm$ 1,99	0,0001
HbA1c, %	5,5 $\pm$ 0,49	8,1 $\pm$ 1,12	0,0001
ОХС, ммоль/л	4,93 $\pm$ 1,22	5,44 $\pm$ 1,12	<0,05
ЛПВП, ммоль/л	1,12 $\pm$ 0,26	1,10 $\pm$ 0,22	>0,05
ЛПНП, ммоль/л	2,90 $\pm$ 1,01	3,02 $\pm$ 0,80	>0,05

ЛПОНП, ммоль/л	0,76±0,28	0,83±,315	>0,05
ТГ, ммоль/л	2,08±0,83	2,24±1,15	>0,05
ИА	3,70±1,19	4,12±1,54	>0,05
вчСРБ, мг/л	3,01±1,9	3,72±1,22	<0,05
ИЛ-6, нг/мл	3,73±2,58	4,34±3,37	>0,05

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей между пациентами ИБС+СД 2 типа и пациентами ИБС без СД 2 типа (по U-критерию Манна-Уитни)

Анализ результатов липидного спектра показал, что уровень общего холестерина в крови во второй группе больных был достоверно выше ($p<0,05$). Известно, что атерогенный потенциал у больных СД 2 типа, наряду с известными количественными изменениями в липидном спектре, характеризуется и качественными сдвигами. Накопление мелких плотных частиц ЛПНП и нарушение их клиренса тесно связано с неферментативным гликозированием апобелков. Вышеперечисленные изменения структуры липопротеинов рассматриваются важной версией прогрессирования атеросклероза при СД 2 типа. Результаты нашего исследования свидетельствуют о повышенном значении ЛПОНП в группах сравнения – $0,76\pm0,28$ и $0,33\pm0,315$ соответственно. Уровень ЛПНП среди пациентов с СД 2 типа (II группа) имели высокое значение – $3,02\pm0,80$ против $2,90\pm1,01$. Уровень ЛПВП в общих группах была равнозначной – $1,12\pm0,26$ и $1,10\pm0,22$ соответственно, гипертриглицеридемия ($>1,75$ ммоль/л) – была обнаружена у – (88%), а в группе пациентов с СД 2 типа были зафиксированы высокие значения ЛПНП ($3,02\pm0,80$ против $2,90\pm1,01$ ммоль/л) соответственно.

Выше представленная дислипидемия среди пациентов ИБС+СД 2 типа расценивается как диабетическая дислипидемия, которая представляет собой специфический феномен атерогенной дислипидемии.

Повышенный высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ) может отражать системное воспаление, но также может непосредственно способствовать атеросклерозу. В одном крупном метаанализе проспективных исследований СРБ был отчетливо связан с риском ССЗ и ишемического инсульта у людей без каких-либо сосудистых заболеваний в анамнезе. Доказано, что более высокие концентрации СРБ в плазме коррелируют с маркерами эндотелиальной дисфункции при СД 2 типа даже при отсутствии ССЗ. Сердечный аутоиммунитет также недавно был связан с воспалением, при этом сердечные аутоантитела связаны как с повышенными уровнями СРБ, так и с сердечно-сосудистыми исходами при СД 2 типа. Сравнительная оценка СРБ в наших исследованиях свидетельствовало о гиперактивации маркера системного воспаления. Так, во II-ой группе уровень СРБ был выше – $3,72\pm1,22$ ($p<0,05$) против $3,01\pm1,09$, а также уровень ИЛ-6 – $3,73\pm2,58$ против $4,34\pm3,37$ нг/мл соответственно.

Выводы.

Таким образом, результаты сравнительных биохимических характеристик (липидограмма, СРБ и ИЛ-6) свидетельствуют о том, что у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа по сравнению с больными ИБС без СД 2 типа, гиперлипидемия влечет за собой гиперактивацию маркеров сосудистого воспаления. Данные изменения на фоне гипергликемии у больных с ИБС и СД 2 типа можно рассматривать как риск развития нежелательных сосудистых осложнений, включая дестабилизацию атеросклеротической бляшки и прогрессирование атеросклероза.

Список литературы.

1. Никитенко Л.В., Кожанова С.А. Сахарный диабет в сочетании с ишемической болезнью сердца /Л.В. Никитенко, С.А. Кожанова // The Scientific Heritage. – 2021. – №69-2. – С. 30-35.
2. Сравнительная характеристика параметров липидного спектра и маркеров сосудистого воспаления в группах пациентов со стабильной стенокардией при наличии и отсутствии сахарного диабета 2 типа /Т.И. Петелина [и др.]// Сахарный диабет. – 2017. – 20(3). – С. 194-200.
3. Табаров А.И. Липидный обмен и свертывающая система крови у больных с острого инфаркта миокарда и метаболическим синдромом / З.В. Гаибова, А.И. Табаров, Ш.Х. Бекова// Вестник академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №1 (21). – С. 92-95.
4. Impact of free fatty acids on prognosis in coronary artery disease patients under different glucose metabolism status / J. L. Jin [et al.]// Cardiovascular Diabetology. – 2019. – 18(1). – p. 134.

Ганиев Х.А.

ЖЕЛЧЕГОННЫЕ СВОЙСТВА СОЧЕТАННОГО ВВЕДЕНИЯ ФЕРАЗО-НА И ЭФИРНЫХ МАСЕЛ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

НИЛ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Заболевания печени и геатобилиарной системы независимо от этиологии и патогенеза как вирусной, так и химической природы в большинстве случаев сопровождаются развитием не только гепатостеатоза или стеатогепатита, но и является циррозом печени, который в итоге становится основной причиной потери профессиональной трудоспособности и инвалидизации определенной части населения [3].

В настоящее время в гепатологии и гастроэнтерологии для лечения и улучшения функции и метаболизма гепатоцитов печени при различных заболеваниях и поражениях назначают гепатопротекторы растительного, природного и синтетического происхождения, способствующие укреплению устойчивости печеночных клеток к различным токсическим, вирусным, химическим воздействиям и улучшающие регенераторные и восстанавливающие функциональные активности органа [1; 2].

Как известно гепатопротекторные средства в зависимости от механизма действия разделяют на следующие группы; гепатопротекторы, обладающие антиоксидантными свойствами; растительные полифенолы-силибинин, фламин, катерген, конвафлавин; Витамины-а-токоферол; тиолы-цистеин, N-ацетилцистеин; средства улучшающие мембраны гепатоцитов-фосфолипиды (эссенциале, фосфоглив); средства стимулирующие регенерацию печеночных клеток- метионин, адеметионин, производные аминокислот –гептрал, гепмерц; Желчные кислоты хенодезоксихолевая и

урсодезоксихолевая кислота [4].

Исходя из этого, нами была поставлена задача выяснить желчегонные свойства полисахарид и полифенолсодержащего средства Феразон, в сочетании с эфирными маслами на морских свинках.

Цель исследования. Изучение желчегонных свойств сочетанного введения феразона и эфирных масел на морских свинках.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, отдела обмена веществ, иммунологии и фармакологии Государственного научно-исследовательского института питания Министерства промышленности и новых технологий РТ, 2016-2021 гг.

Эксперименты проведены на 60 беспородных белых крысах обоего пола массой 180-220г, животные были распределены на 4 группы по 6-8 особей в каждой. Содержание животных соответствовало правилам лабораторной практики доклинических исследований (ГОСТ № 51000.3-96- 51000.4-2008 с соблюдением Международной рекомендации Европейской конвенции по защите позвоночных животных). Желчегонную функцию изучали по Фишеру и Варса (1951). Содержание ОХС, ТГ, суммарные желчных кислот (СЖК) и холевой кислоты (ХК) определяли по общепринятым методам.

Статистическую обработку результатов проводили на персональном компьютере в операционной системе Windows XP с использованием приложения MS Office Excel.

Результаты исследования. Для выяснения желчегонных свойств феразона при сочетанном введении с липовитолом, лимонеолом и карвиолом, а также вызываемыми ими изменения химического состава желчи, дальнейшие исследования были продолжены на 66 морских свинок массой 320-380 г.

У морских свинок, во все сроки исследования, количество выделяемой желчи было намного выше, чем у белых крыс. Это по всей вероятности связано с наличием желчного пузыря у этого вида животного. Среднее количество желчи собранное за три часа у интактных морских свинок составила 4,8 мг/100 г массы за мин.

Согласно полученным результатам (рис.1), однократное введение сочетанное введение феразона, липовитола, лимонеола и карвиола, олиметина и карсила в выше указанных дозах за три часа количество, секреторируемое желчи по сравнению с интактными животными повышалось на 21,1%, 63%, 38%, 43%, 50% и карсил 26% соответственно. В серии получавших комплексные средства феразон+липовитол, феразон+лимонеол, феразон+карвиол, феразон+олиметин и карсил+липовитол количество секреторируемой желчи по сравнению с интактными животными за три часа увеличилось на 98,6%, 64%, 74,6, 60,5% и 67% соответственно.

При сравнительном анализе полученных результатов установлено, что

наибольшим желчегонным эффектом среди испытываемых средств обладают комплекс феразон+липовитол (98,6%), феразон+карвиол (74,6%), которые по эффективности превосходят остальные средства. Необходимо отметить, что комплексное введение испытываемых средств по эффективности превосходят аналогичные свойства карсила и олиметина.

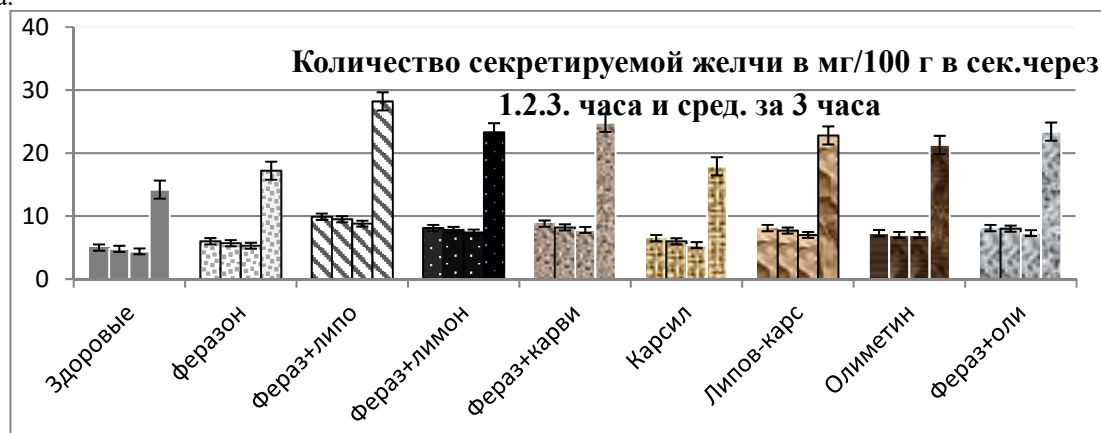


Рис.1. Влияние испытываемых средств на секреторную функцию печени здоровых морских свинок при однократном внутривнутреннем введении

Полученные результаты свидетельствуют о том, что комплексное применение полисахарид и флавоноидсодержащих средств в комплексе с эфирными маслами достоверно усиливают желчегонные свойства, эффективность указанных средств, что по всей вероятности связано с улучшением секреторной функции печени.

В дальнейшем для выяснения влияния испытываемых средств на химический состав желчи, собранной за три часа было проведено исследование количества общего холестерина, холевой кислоты, фосфолипидов, суммарных желчных кислот, билирубина и был вычислен математически холато-холестериновый коэффициент (ХХК)

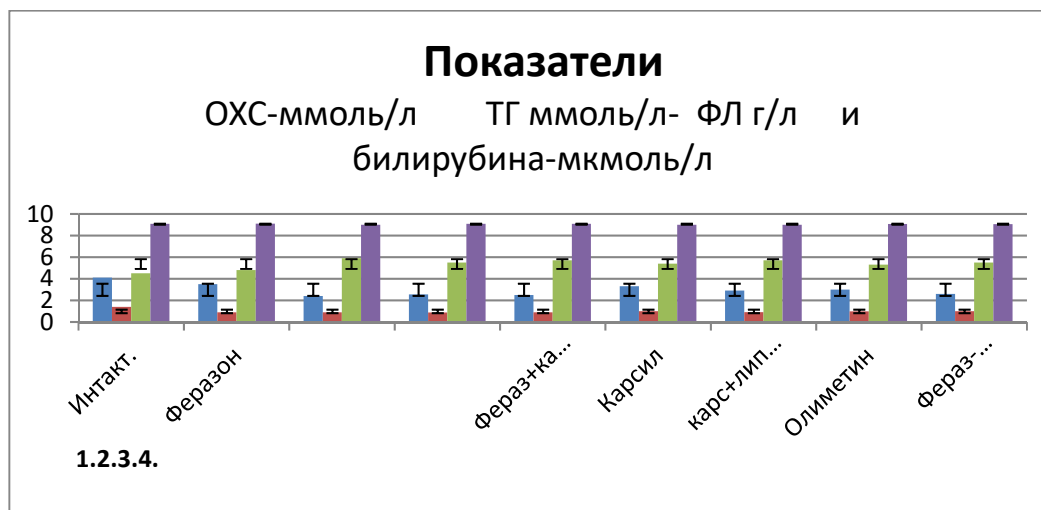


Рис.2. Влияние комплексных испытуемых средств на уровень липидов состава желчи интактных морских свинок (1. холестерин. 2. триглицериды, 3. фосфолипиды, 4. билирубин).

Согласно (рис.2), внутрижелудочное введение комплексных соединений достоверно ($P \leq 0,05-0,001$) изменили химический состав желчи. Выяснилось, что эти изменения были аналогичными в обоих экспериментах, как на крысах, так и на морских свинках. Выявлено снижение холестерина, триглицеридов, холевой кислоты и повышение суммарных желчных кислот, и холато-холестеринового коэффициента (ХХК).

Таблица 1.

Влияние испытуемых средств на показатели желчных кислот состава желчи у интактных морских свинок.

Серия опытов и дозы в г/кг	Показатели в		
	ХК	СЖК	ХХК
Здоровые	8,8±0,5	30,5±1,3	7,43±0,9
Феразон-0,5	6,4±0,1*	38,6±1,2*	11,08±0,85**
Феразон+липовитол 0,5+0,02	5,9±0,1**	49,2±1,1**	20,5±0,44**
Феразон+лимонсол 0,5+0,02	6,0±0,11**	45,5±1,6**	17,84±0,32**
Феразон+карвиол 0,5+0,02	6,1±0,23**	46,5±1,8**	18,67±0,56**
Карсил-0,1	6,8±0,32*	36,6±1,78*	11,0±0,58**
Карсил+липовитол 0,5+0,1	6,5±0,2*	39,4±1,5*	13,6±0,67**
Олиметин 0,02	6,6±0,03*	37,4±1,4*	12,5±0,55**
Феразон+олиметин 0,5+0,2	6,75±0,1*	40,5±1,1*	15,6±0,88**

Примечание: значение Р для опытных животных дано по отношению к интактным животным. $P \leq 0,05^*$ и $P \leq 0,001^{**}$

По силе эффективности испытуемые вещества расположились в таком порядке: Феразон+липовитол, Феразон+карвиол, Феразон+лимонсол, Карсил+липовитол и Феразон+олиметин.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что сочетанное введение испытуемых средств в том числе Феразона+липовитола по сравнению с другими исследуемыми средствами, оказывает наибольшее положительное влияние на секреторную функцию и химический состав желчи, что свидетельствует о наличии гепатопротекторного и желчегонного эффекта испытуемых средств.

Литература.

1. Азонов Д.А. Лечебные свойства гераноретинола и эфирных масел. / (Азонов Д.А. Холов А.К., Розыкова Г.В) // .- Душанбе .- Изд-во «Матбуот».-2011.- 135 с.
2. Венгеровский А.И. Фармакологические подходы к регуляции функции печени/ А.И. Венгеровский// Бюлл. Сибирской медицины.- 2002.-с 25-28 (Text).
3. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита / К.П. Майер.-М.: ГЭОТАР.Мед., 2004.-720с.
4. Zhao, C. Traditional Chinese medicine for treatment of liver diseases: progress, challenges and opportunities/ C.Zhou, Y.Zhou, J.Ping, et al.// J. of Integrative Medicine.-2014.-Vol.12,№5.-P. 401-408.

Ганизода В.А., 1 Эшонова З.Ш., 2 Якубова М.М.2

ВЛИЯНИЕ УДОБРЕНИЙ НА СТРУКТУРУ УРОЖАЯ ПШЕНИЦЫ В РАЗНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

1Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
2Центр инновационной биологии и медицины НАНТ

Актуальность. Одним из важных показателей продуктивности растений является масса 1000 зерен, который определяет технологические критерии качества зерна. Масса 1000 зерен характеризует размер и наполненность зерна.

Также, данный показатель является не только показателем качества зерна, но и характеризует условия выращивания. [1].

Отмечается, что урожайность зерна пшеницы зависит от плодоносящих стеблей и веса зерна в колосе. В свою очередь, названные признаки зависят от ряда других факторов. По норме высева определяется плотность стебля, всхожесть семян, выживаемость растений. Вес зерна на колосе зависит от количества зерен на колосе и веса 1000 зерен. Вышеуказанные показатели пшеницы в общем зависят от природно-климатических условий зоны выращивания растений [2].

Цель исследования. Изучение влияния различных удобрений на структуру урожая сортов и линий пшеницы, в разных контрастно климатических условиях Таджикистана.

Материал и методы исследования. В качестве объекта исследований были использованы районированные сорта мягкой пшеницы Ориён, Сомони и изогенные линии АНК-17, АНК-15.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показали, что по таким показателям как длина колоса, количество колосков, число зерен в колосе, масса зерна с колоса и масса 1000 зерен в условиях богары лучший результат показали сорта Ориён и Сомони. У сорта Ориён при посеве без удобрений (контроль) число зёрен в одном колосе составило 31 шт., вес зерна с одного колоса 0.77г. и вес 1000 зерен составил 31.6г. В варианте с вермикомпостом наблюдалось увеличение этих показателей (число зёрен 41 шт., вес зерна 1.30 г). В варианте с NPK эти показатели были почти одинаковые с вариантом вермикомпост. Что же касается сорта Сомони то они составляли в варианте без удобрений - количество зёрен в одном колосе 39 шт., вес зерна с одного колоса 0.99 г. В варианте с вермикомпостом количество зёрен в одном колосе составило 47 шт., вес зерна с одного колоса 1.44 г., в варианте с NPK количество зёрен в одном колосе составило 49 шт., вес зерна с одного колоса 1.56 г.

В то же время следует отметить, что вес 1000 зёрен у опытных сортов был почти одинаков. У сорта Ориён в варианте без удобрений данный показатель составил 31.6 г. В вариантах с вермикомпостом и NPK наблюдалось увеличение данного показателя на 1.6 – 3.2г. У линий АНК-17 и АНК-15 вес 1000 зерен был сравнительно ниже. Табл. 1.

Таблица 1

Структурный анализ колоса сортов и линий мягкой пшеницы, выращенной в условиях богары (среднее за три года)

Сорта и линии	Варианты	Длина колоса, см	Количество колосков, шт.	Число зерен в колосе, шт.	Масса зерна с колоса, г	Масса 1000 зерен, г
	Без удобрения	8.2±1.0	14.0±0.3	31±1.0	0.77±0.2	31.6
	Вермикомпост, 4т/га	9.5±0.7	16.2±0.3	41±1.2	1.30±0.2	33.2
	N100P60K45	9.8±0.8	13.2±0.3	43±1.0	1.26±0.2	34.8
	Без удобрения	7.8±0.2	12.2±0.5	39±1.0	0.99±0.2	31.5
	Вермикомпост, 4т/га	8.9±0.5	14.2±0.5	47±1.2	1.44±0.2	33.0
	N100P60K45	9.3±0.3	17.2±0.4	49±0.9	1.56±0.2	34.8
	Без удобрения	6.0±0.2	12.2±0.7	28±1.2	0.71±0.2	26.5
	Вермикомпост, 4т/га	7.2±0.3	16.1±0.2	32±0.7	0.90±0.2	28.3
	N100P60K45	8.4±0.8	17.0±0.2	35±1.1	0.96±0.2	28.4
	Без удобрения	7.0±0.9	12.2±0.5	25±0.9	0.55±0.2	23.4
	Вермикомпост, 4т/га	7.9±1.0	13.6±0.6	29±1.0	0.73±0.2	26.4
	N100P60K45	8.6±1.1	14.5±0.7	32±1.0	1.20±0.2	25.4

Структурный анализ колоса сортов и линий пшеницы в условиях полива (табл. 2) позволили выявить, что в этих условиях наблюдалось увеличение показателей у всех сортов и линий пшеницы по сравнению с условиями богары.

Из таблицы 2 следует, что у сортов Ориён и Сомони в варианте без удобрений число зерен в колосе составило 28шт., вес зерна с колоса приравнялся 0.98 – 0.83г., а вес 1000 зерен составил 30.7 – 31.9г. В варианте с вермикомпостом у названных сортов наблюдалось увеличение этих показателей на 12-15 %. По показателю массы 1000 зерен высокое значение наблюдается в варианте с NPK у всех исследованных объектов.

Таблица 2

Структурный анализ колоса сортов и линий мягкой пшеницы, выращенной в условиях полива (среднее за три года)

Сорта и линии	Варианты	Длина колоса, см	Количество колосков, шт.	Число зерен в колосе, шт.	Масса зерна с колоса, г	Масса 1000 зерен, г
	Без удобрения	8.4±0.9	14.2±0.6	28±1.0	0.98±0.3	30,7
	Вермикомпост, 4т/га	8.8±0.3	15.5±0.5	34±0.8	1.37±0.2	33,1
	N100P60K45	9.8±0.4	16.4±0.5	40±1.2	1.52±0.4	35,5
	Без удобрения	7.1±0.3	14.9±0.5	28±1.0	0.83±0.3	31,9
	Вермикомпост, 4т/га	7.9±0.3	15.2±0.4	38±1.1	1.56±0.1	35,3
	N100P60K45	8.8±0.3	16.6±0.4	42±1.1	1.71±0.2	35,6
	Без удобрения	6.6±0.4	12.5±0.4	23± 1.0	0.81±0.2	27,3
	Вермикомпост, 4т/га	6.8±0.4	16.5±0.3	27±0.5	0.89±0.7	29,9

	N100P60K45	8.6±0.4	17.0±0.6	30±1.1	0.97±0.4	29,9
	Без удобрения	6.0±0.2	11.2±0.5	23±1.0	0.86±0.5	27,1
	Вермикомпост, 4т/га	6.8±0.5	12.0±0.7	27±1.1	0.95±0.5	29,9
	N100P60K45	7.5±0.1	13.2±0.4	30±0.9	1.00±0.4	31.0

Результаты структурного анализа сортов и линий пшеницы в условиях высокогорья показали, что структура колоса у изученных объектов, особенно вес 1000 зерен во всех вариантах опыта был высоким, чем в условиях богары и полива. У сорта Ориён в варианте без удобрений вес 1000 зерен составил 39.7г., при внесении вермикомпоста этот показатель увеличился на 3.8г., а в варианте NPK данный показатель был равен 4.9г. Заметное увеличение веса 1000 зерен при внесении вермикомпоста наблюдалось у сорта Сомони, который был близок к варианту NPK (на 7.7г). У линии АНК – 17В и АНК-15 также наблюдалось увеличение показателей колоса при внесении удобрений. Табл. 3.

Таблица 3

Структурный анализ колоса сортов и линий мягкой пшеницы, выращенной в условиях высокогорья (среднее за три года)

Сорта и линии	Варианты	Длина колоса, см.	Количество колосков, шт.	Число зерен в колосе, шт.	Масса зерна с колоса, г.	Масса 1000 зерен, г.
	Без удобрения	5.2±0.4	9.3±0.8	30±1.0	1.27±0.4	39.7
	Вермикомпост, 4т/га	6.0±0.4	12.2±0.7	32±0.9	1.71±0.5	43.5
	N100P60K45	7.4±0.2	13.6±0.5	33±1.2	1.78±0.7	44.6
	Без удобрения	5.8±0.4	10.0±0.3	34±1.0	1.60±0.5	40.5
	Вермикомпост, 4т/га	6.2±0.1	11.0±0.2	38±1.2	2.00±0.3	48.1
	N100P60K45	8.0±0.4	15.2±0.2	43±1.0	2.42±0.4	48.9
	Без удобрения	5.0±0.7	10.6±0.4	26±1.0	1.13±0.2	30.1
	Вермикомпост, 4т/га	6.6±0.2	11.7±0.5	28±1.2	1.30±0.3	32.2
	N100P60K45	6.8±0.4	11.8±0.4	31±1.2	1.43±0.2	33.1
	Без удобрения	4.3±0.3	9.2±0.3	29.0±1.2	1.51±0.1	34.8
	Вермикомпост, 4т/га	5.6±0.3	11.1±0.4	36.1±1.1	1.80±0.2	38.8
	N100P60K45	6.9±0.3	12.0±0.5	35.5±1.2	1.78±0.4	48.6

Выводы. Таким образом, из всего вышеизложенного можно заключить, что при внесении органического удобрения вермикомпоста в норме 4т/га и минерального N100P60K45 наблюдается увеличение структуры урожая, особенно веса 1000 зерен. Следует отметить, что экологические факторы условий высокогорья существенно влияют на вес 1000 зерен независимо от внесения удобрений. В этих условиях у сортов и линий пшеницы во всех вариантах опыта отмечено образование более крупного зерна сравнительно с условиями богары и полива.

Список литературы.

1. Шевелуха, В.С. Важнейшие проблемы продуктивности озимых зерновых культур /В.С. Шевелуха, В.И. Василенко //Повышение продуктивности озимых зерновых.– М.: Колос, 1992. – С. 10-17.
2. Посыпанова, Г.С. Растениеводство / Г.С. Посыпанова. – М.: Колос, 2006. – 612с.

Гелеван И.И. Симонян Р.З.

К ВОПРОСУ О ДОВЕРИИ РОССИЯН ВРАЧАМ В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения ИНО
Курский государственный медицинский университет

Актуальность. Доверие между врачом и пациентом очень важно. Сейчас это называется пациентоориентированностью – взаимодействие медицинского персонала с пациентом, основанное на уважительном и гуманном отношении к пациенту. Тенденция к росту количества выявленных онкологических заболеваний среди населения делает вопрос о доверии врачам особенно актуальным. Количество россиян с онкозаболеваниями на 2021 год составило 3,23 млн. Показатель заболеваемости новообразованиями на 100 тыс. населения России составил 396,3, что на 4,4% выше уровня 2020 г., на 8,5% выше уровня 2011 г. (рис. 1).

Недоверие к врачам, является одной из причин, малоэффективного лечения онкологических заболеваний. Онкология - серьезная медицинская проблема не только для Российской Федерации, но и для всего мира. Россия является одной из ведущих стран в мире как по заболеваемости раком, так и по уровню смертности от новообразований. Поэтому, вопрос доверия врачам больных с онкологическими заболеваниями очень важен.

Цель исследования заключается в выявлении причин недоверия пациентов медицинским работникам, а также поиск возможных путей решения данной проблемы.

Результаты исследования и их обсуждение. За последние годы в России проводилось много социальных опросов, связанных с отношением населения к врачам и к медицине в целом. Например, согласно исследованию, которое проводил научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 60% россиян занимаются самолечением вместо визита к врачу, а 69% опрошенных пугают мысли об онкологических заболеваниях. Однако только каждый второй опрошенный последует совету врача-терапевта получить консультацию у врача-онколога. При возникновении очевидных признаков новообразований, например, появление не заживающих ран

и язв, частые кровотечения, боли, большинство опрошенных обратились бы к врачу. Однако, при потере или наборе веса и других, менее специфичных симптомах, пациенты склонны не обращать на такие явления внимание. Исходя из этих данных, можно сделать вывод о том, что многие люди, просто не знакомы с различными проявлениями онкологических заболеваний, поэтому и не обращаются при наличии симптомов рака к врачам [1].



Рисунок 1. – Виды онкологий в 2020 году

Согласно опросу, проведенному научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента 20% населения предпочитает использовать альтернативные методы лечения и профилактики онкологических заболеваний, вроде методов народной медицины. Так, 46% респондентов обращались за медицинской помощью не к врачам, а к целителям. Несмотря на то, что 86% населения доверяют официальной медицине в стране, в последние десятилетия наблюдается рост популярности услуг представителей нетрадиционной медицины - целителей, знахарей, экстрасенсов и др. Вероятно, именно коммерциализация здравоохранения, превосходство качества платных услуг над теми, что включены в полис ОМС, создают социальный барьер между пациентами и врачами. Проблема качества и доступности бесплатной медицины, ухудшает отношения между врачом и пациентом. Установка, что «пациент всегда прав», также влияет на ситуацию. В наше время каждый человек обладает доступом к медицинской информации, тем не менее, пациенты, не имеющие медицинского образования, не всегда способны объективно оценить те или иные назначения врача. При этом полученные из интернета, поверхностные знания подкрепляют уверенность пациента в том, что прав именно он, а не врач. В случае расхождения мнений относительно стратегии лечения, может возникнуть конфликт, ведущий к недоверию пациента к назначенному врачом лечению.

В обществе существует стереотип о том, что онкологические заболевания не поддаются лечению [3]. Об этом говорят результаты опроса, который проводил аналитический центр НАФИ: 32% опрошенных полагают, что рак не излечим, а 28% участников опроса говорят о том, что онкозаболевания не поддаются терапии. Действительно, поздно выявленная болезнь может вести к смерти, но злокачественная опухоль, обнаруженная на ранней стадии, может быть удалена. Согласно статистическим данным, выживаемость после такого лечения составляет порядка 90-95%.

Вывод. Доверие - важная составляющая выздоровления пациента. В рамках любой модели взаимодействия врача и пациента вера в своего врача имеет большое влияние на эффективность лечения. Для того чтобы повысить доверие населения к медицинским работникам, необходимо просвещать население, в том числе, относительно онкологических заболеваний. Человек, обративший внимание на несущественные, неочевидные симптомы, пройдет обследование и с большей вероятностью сможет вылечиться. Во-вторых, коммерциализация медицины так же подрывает доверие населения к государственной медицине. Важно обеспечить одинаково качественную помощь для каждого гражданина. Кроме того, одной из самых сложных и наиболее необходимых целей нашего здравоохранения является повышение пациентоориентированности. индивидуальный подход к пациенту должен быть приоритетом в деятельности каждого врача. В таком случае доверие населения к медицинским работникам повысится, что будет способствовать качеству и доступности медицинской помощи

Список литературы

1. Правда о российской онкологии: проблемы и возможные решения / Под ред. С.А. Тюляндина, Н.В. Жукова. М.: Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», 2018. 28 с. (дата обращения 01.10.2023).
2. Симонян Р.З. Алфимова К.А. Проблема правового регулирования оказания медицинской помощи пациентам с онкопатологией // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2021. № 11. С. 50-54.
3. Симонян Р.З., Алфимова К.А. Клинические, юридические и финансовые аспекты сопроводительной терапии при лечении онкологической патологии // В сборнике: Университетская наука: взгляд в будущее. Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 87-летию Курского государственного медицинского университета: в 2 т. Курск, 2022. С. 135-138.

Гулбекова З.А.1, Муминзода Б.Г.1., Зарипов Н.А.2
БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

1Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины

2Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гуломов ГОУ «Таджикский гос-ударственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. В настоящее время ранняя диагностика неалкогольной жировой болезни печени (НАБП) при-дается одно из пристальных вниманий, так как она относится к числу одних из распространённых патологий человека [1, 2, 5]. Нередко в качестве скринингового метода исследования НАЖБП, а также как инструмент мониторинга тяже-сти её течения, используются биохимические исследования уровня трансаминаз, липидов, глюкозы и белков [2, 3, 4]. Изменения этих показателей зависит не только от типа клинического течения патологии и стадии функциональных изменений печеночной ткани, но и от ряда других антропометрических показателей [2-5]. В условиях нашего региона довольно актуальным считается исследования уровня биохимических маркеров, показывающих наличие и степень выраженности НАЖБП среди общего населения, чему и посвящена настоящая работа.

Цель исследования – изучить особенности распространенность НАЖБП путем биохимического его скри-нинга среди взрослого населения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. В рамках настоящего исследования у 1304 добровольцев были исследо-ваны уровни общего билирубина (ОБ), аланинаминотрансферазы (АЛАТ), аспартатаминотрансферазы (АСАТ) и об-щего холестерина (ОХС) отражающие степень функциональной активности печени, а также системного метаболизма. Среди них 718 (55,1%) явились лицами женского и 586 (44,9%) мужского пола. Возраст обследованных варьировал от 20 до 84 лет и составил в среднем $41,1 \pm 13,6$ лет, в том числе у мужчин – $39,8 \pm 13,6$ лет, у женщин – $42,1 \pm 13,6$ лет.

У всех обследованных уровень указанных биохимических маркеров НАЖБП были исследованы по стандарт-ным методикам в сыворотке крови в утренние часы натощак.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Для оценки нормальности распределения выборки использовались критерии Шапиро-Уилка и Кол-могорова-Смирнова. Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Пар-ные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились по U-критерию Манна-Уитни, множественные сравнения – по H-критерию Крускала-Уоллиса. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный скрининг показал, что среди всех респондентов избыточное содержание биохимических маркеров имели 263 (20,17%) человек, в том числе 171 (23,81%) женщины и 92 (15,69%) мужчины ($p < 0,001$). Однако, среднее значение исследованных показателей у всей когорты находились в пределах референсных значений (таблица 1).

Таблица 1. - Уровень содержания биохимических маркеров печени по полу респондентов

Показатель	Референсные значения	Все респон-денты	Мужчины (n=586)	Женщины (n=718)	p
Общий холе-стерин (ммоль/л)	3,5-6,0	$4,7 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,1$	$4,8 \pm 1,1$	$=0,008 (Z = -2,66)$
Общий билиру-бин (мкмоль/л)	0,5-20,5	$17,7 \pm 5,2$	$17,5 \pm 5,0$	$17,8 \pm 5,3$	$>0,05 (Z = -0,98)$
АЛАТ (Е/л)	≤ 45 у мужчин ≤ 34 у женщин	$34,2 \pm 20,0$	$33,6 \pm 20,0$	$34,8 \pm 20,0$	$>0,05 (Z = -1,02)$
АСАТ (Е/л)	≤ 37 у мужчин ≤ 31 у женщин	$31,4 \pm 17,5$	$31,0 \pm 17,3$	$31,8 \pm 17,6$	$>0,05 (Z = -0,92)$

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между мужчинами и жениными

Как видно в зависимости от половой принадлежности обследованных отмечается только значимое различие уровня ОХС. Исследование этих показатель в зависимости от возраста обследованных показала совсем иную картину (таблица 2).

Таблица 2. - Показатели содержания биохимических маркеров печени по возрасту респондентов

Показатель	Возраст обследованных (лет)				p
	18-44 (n=820)	45-59 (n=328)	60-74 (n=150)	75-90 (n=3)	
Общий холестерин (ммоль/л)	$4,6 \pm 1,0$	$4,8 \pm 1,2$	$4,9 \pm 1,2$	$5,2 \pm 1,0$	$>0,05 (df = 3; H = 9,75)$
Общий билирубин (мкмоль/л)	$17,5 \pm 5,0$	$18,1 \pm 5,8$	$17,6 \pm 4,7$	$18,3 \pm 5,0$	$>0,05 (df = 3; H = 1,33)$
АЛАТ (Е/л)	$32,9 \pm 20,4$	$36,7 \pm 18,8$ $p1 = 0,001$	$36,2 \pm 19,9$ $p1 > 0,05$ $p2 > 0,05$	$33,2 \pm 20,2$ $p1 > 0,05$ $p2 > 0,05$ $p3 > 0,05$	$=0,001 (df = 3; H = 16,2)$
АСАТ (Е/л)	$30,2 \pm 17,7$	$33,8 \pm 16,7$	$32,9 \pm 17,3$	$31,2 \pm 15,9$	$<0,001 (df = 3; H = 16,2)$

		p1 <0,001	p1 >0,05 p2 >0,05	p1 >0,05 p2 >0,05 p3 >0,05	=18,6)

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми возрастными группами (по критерию Крускала-Уоллиса); post-hoc: p1. – статистическая значимость по сравнению с возрастной группой 18-44 года; p2 – статистическая значимость по сравнению с возрастной группой 45-59 лет; p3 – статистическая значимость по сравнению с возрастной группой 60-74 года (post-hoc – по критерию Манна-Уитни).

В зависимости от возраста обследованных отмечалось значимое увеличение уровня печеночных трансаминаз в сыворотке крови и у лиц среднего возраста по сравнению с молодыми респондентами АЛАТ и АСАТ были повышены на 11,6% (p<0,001) и 11,9% (p=0,001) соответственно. Показатели ОБ и ОХС имел некую тенденцию к повышению или снижению достоверное различие в четырех возрастных группах не имели.

Исследование уровня указанных показателей в зависимости от ИМТ респондентов показало высокую их ассоциацию с избыточной массой тела и наличием ожирения (таблица 3).

Таблица 3. - Показатели содержания биохимических маркеров в зависимости от индекса массы тела респондентов

Индекс массы тела (кг/м ²)	Биохимические показатели			
	Общий холестерин (ммоль/л)	Общий билирубин (мкмоль/л)	АЛАТ (Е/л)	АСАТ (Е/л)
до 18,5 (n=73)	4,5±1,1	16,8±5,2	27,5±19,2	21,6±13,8
18,5-24,9 (n=638)	4,3±1,0 p1 >0,05	16,8±4,3 p1 >0,05	27,5±14,8 p1 >0,05	25,9±13,9 p1 =0,027
25,0-29,9 (n=330)	5,0±0,8 p1 <0,001 p2 <0,001	18,2±5,4 p1 >0,05 p2 =0,003	39,1±21,6 p1 <0,001 p2 <0,001	37,5±17,9 p1 <0,001 p2 <0,001
30,0-34,9 (n=189)	5,1±1,1 p1 <0,001 p2 <0,001 p3 >0,05	19,3±6,3 p1 =0,005 p2 <0,001 p3 >0,05	45,8±19,3 p1 <0,001 p2 <0,001 p3 <0,001	39,0±17,9 p1 <0,001 p2 <0,001 p3 >0,05
35,0-39,9 (n=60)	5,6±1,2 p1 <0,001 p2 <0,001 p3 >0,05 p4 >0,05	19,2±5,6 p1 =0,033 p2 <0,022 p3 >0,05 p4 >0,05	47,7±28,5 p1 <0,001 p2 <0,001 p3 >0,05 p4 >0,05	41,6±23,5 p1 <0,001 p2 <0,001 p3 >0,05 p4 >0,05
40,0 и выше (n=14)	5,8±2,1 p1 >0,05 p2 >0,05 p3 >0,05 p4 >0,05 p5 >0,05	20,1±6,2 p1 >0,05 p2 >0,05 p3 >0,05 p4 >0,05 p5 >0,05	48,5±21,2 p1 =0,001 p2 =0,004 p3 >0,05 p4 >0,05 p5 >0,05	44,6±17,3 p1 <0,001 p2 =0,002 p3 >0,05 p4 >0,05 p5 >0,05
p	<0,001 (df=5; H=203,2)	<0,001 (df=5; H=40,3)	<0,001 (df=5; H=187,8)	<0,001 (df=5; H=210,7)

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми ИМТ (по критерию Крускала-Уоллиса); post-hoc: p1. – статистическая значимость по сравнению с ИМТ до 18,5 кг/м²; p2 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 18,5-24,9 кг/м²; p3 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 25,0-29,9 кг/м²; p4 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 30,0-34,9 кг/м²; p5 – статистическая значимость по сравнению с ИМТ 35,0-39,9 кг/м² (post-hoc – по критерию Манна-Уитни).

Одним из маркеров дислипидемии которая характерно лицам с НАЖБП является ОХС, содержание которого у респондентов с ОЖ 1, 2 и 3 степеней в отличие от респондентов с нормальным весом повышался на 18,6%, 30,2% и 34,9% соответственно имея во всех случаях значимое различие. Однако, среднее его содержание даже у когорты с терминальной стадией ожирения (5,8±2,1 ммоль/л) не выходила за рамки верхней границы референсных значений.

Исследование уровня печеночных трансаминаз отражающие метаболическую активность печени также показало прямую зависимость их изменения от степени избытка жировой массы в организме. Так, если уровень АЛАТ у лиц с нормальным ИМТ составил в среднем 27,5±14,8 Е/л, то в группе с ОЖ 1, 2 и 3 степеней в среднем она повышалась на 66,5%, 73,4% и 76,3% соответственно (p<0,001). Аналогичные изменения также отмечался при исследовании уровня АСАТ, которая у всей когорты обследованных составила 31,4±17,5 Е/л, а у лиц с нормальным весом – 25,9±13,9 Е/л. Повешение его уровня в зависимости от степени ОЖ по сравнению с лицами с нормальным ИМТ составила 50,6%, 60,6% и 72,2% соответственно (p<0,001).

Цепочку биохимических исследований крови у обследованных респондентов замыкала ОБ концентрация которого также увеличилась с увеличением ИМТ и во всех случаях носила значимый характер (p<0,001).

Таким образом, полученные нами данные демонстрируют, что у с нарастанием массы тела отмечается снижение метаболической активности печени по типу нарастания уровня печеночных трансаминаз, общего билирубина и холестерина.

Вывод. Изменение содержания биохимических показателей, отражающих функциональную активность печени, напрямую зависят от наличия и степени избыточной массы тела и ожирения. Повышенное содержание биохимических маркеров НАЖБП отмечалось у 20,2% респондентов, в том числе 23,8% женщины и 15,7% мужчин. С увеличением доли жировой ткани в организме отмечался пропорциональный рост тяжести повреждения печеночной ткани.

Список литературы

1. Алгоритм лечения неалкогольной жировой болезни печени / Д.Б. Цурцумия [и др.] // Фарматека. - 2017. - № 13. - С. 11-16.
2. Бакулин, И.Г. Жирные кислоты сыворотки крови: возможности применения в диагностических целях при неалкогольной жировой болезни печени / И.Г. Бакулин, М.П. Абадиева // Лечение и профилактика. - 2017. - № 3. - С. 84-93.
3. Биохимические маркеры высокого кардиоваскулярного риска, инсулинорезистентность и фиброз печени у больных с ожирением и метаболическим синдромом / Л.В. Чеснокова [и др.] // Уральский медицинский журнал. - 2014. - № 7. - С. 130-138.
4. Значение эндотелиальной дисфункции у больных неалкогольной жировой болезнью печени / Н.И. Гейвандова [и др.] // Доктор.Ру. - 2014. - № 11. - С. 50-53.
5. Распространенность неалкогольной жировой болезни печени среди пациентов амбулаторно-поликлинического звена в Дальневосточном федеральном округе / В.А. Невзорова [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2017. - Т. 10, № 1. - С. 57-65.

Гулзода М.К., Абдуллозода С.М., Усманова Г.М.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ЭМОЦИОНАЛЬНО-ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА У БЕРЕМЕННЫХ ГРЫЗУНОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Анализ литературных данных последних лет показывает необходимость проведения фундаментальных исследований, направленных на изучение особенностей течения метаболических процессов на молекулярном уровне при ожирении (ОЖ) и метаболическом синдроме (МС), что в свою очередь позволяет открыть новые механизмы их развития и тем самым провести соответствующую профилактику и лечение [2, 3].

Большинство «болезней образа жизни» можно отнести к психосоматической патологии, поскольку триггером для их развития является психологический стресс (ПС) [4]. На здоровье молодых людей сильно влияют социальные факторы на личном, семейном и общественном уровне. Именно эти возрастные периоды характеризуются несоответствием адаптивных возможностей человека и интенсивностью воздействия внешних стрессоров, в первую очередь, адресованных центральной нервной системе (ЦНС), что создаёт предпосылки для развития «болезней образа жизни», в том числе и алиментарного ожирения (АО) [1, 5].

При воздействии внешних факторов происходит изменение функционального состояния на клеточном, органном и тканевом уровне. Информация об этом по афферентным проводящим путям поступает в ЦНС. Параллельно происходит выброс биологически активных веществ в кровь, что за счёт гуморального транспорта, так же обеспечивает передачу информации [4]. То есть передача афферентной информации происходит и нервным, и гуморальным путём.

В связи с вышеизложенным, имеется основание для проведения дальнейших научных исследований по выявлению причин развития АО с учётом вовлечения в патологический процесс отдельных органов и систем.

Цель исследования. Изучить влияние острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности на развитие ожирения у потомства в эксперименте.

Материал и методы исследования. В качестве проведения экспериментальной работы по исследованию роли экспериментального острого эмоционально-иммобилизационного стресса (ОЭИС) на развитие ОЖ объектом послужили 20 крольчих-самок линии «Серый великан», у которых исследовали изменения показателей окислительного стресса, фоноэнтерографии (ФЭГИ) и портальной эндогенной интоксикации на фоне моделирования экспериментального алиментарного ожирения (ЭАО). Моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса у беременных грызунов и оценку его патогенетической роли в развитии АО выполняли по разработанной методике. Способ исследования влияния осуществляется следующим образом: после наступления беременности, в течение трёх дней, в каждом триместре моделируют острый эмоционально-иммобилизационный стресс. Сразу после родов, а затем с интервалом в 1 неделю производят регистрацию массы тела у потомства в течение 10 недель и сравнивают их с нормативными показателями и по динамике увеличения веса после моделирования острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности оценивают его влияние на развитие ожирения у потомства.

После регистрации массы тела потомства в заданные сроки, строили вариационные ряды, рассчитывали среднюю арифметическую, ошибку средней арифметической и рассчитывали достоверность различий между группами.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего было проведено 2 серии эксперимента. В I серии у 10 крольчих моделирование ОЭИС не проводили. Количество новорожденных - 74. Во II серии у 10 животных в течение беременности, в середине каждого десятого дня гестации, в течение 3 суток моделировали ОЭИС. Количество новорожденных - 67.

Сравнительный анализ в исследуемых сериях эксперимента массы тела новорождённых показал (таблица 1), что в I серии она была достоверно больше, чем во II, где во время беременности проводили моделирование ОЭИС ($p < 0,05$).

Таблица 1

Динамика массы тела в исследуемых сериях эксперимента после родов

Время исследования	I серия	II серия	p
	M±m (г)	M±m (г)	
После родов	85,4±3,2	68,7±3,8	<0,05
1 неделя	344,3±8,2	193,1±9,3	<0,05
2 недели	516,7±21,3	349,2±17,2	<0,05
3 недели	688,7±20,7	546,7±19,8	<0,05
4 недели	842,6±23,2	782,3±21,6	>0,05
6 недель	1058,8±18,7	998,3±24,8	>0,05
8 недель	1343,7±19,1	1482,3±22,1	<0,05
10 недель	1643,7±22,4	1986,3±26,3	<0,05
12 недель	1941,7±19,8	2395,2±23,2	<0,05

Примечание: p - достоверность различий с показателями без моделирования ОЭИС во время беременности

Как видно из представленных в таблице данных, во время беременности на фоне моделирования ОЭИС развивалась гипотрофия плода, что приводило к значимому уменьшению веса новорождённых ($p<0,05$). Более того, отличительной особенностью динамики массы тела у потомства в исследуемых сериях эксперимента в течение первых 3 недель, когда питание проводилось материнским молоком, являлось увеличение различий массы тела с достоверно большим увеличением веса потомства в I серии эксперимента, где моделирование ОЭИС не проводилось ($p<0,05$). Вероятно, это было связано с уменьшением лактации у крольчих во II серии эксперимента как последствий моделирования ОЭИС в течение беременности.

Соответственно, на фоне дефицита материнского молока создавались предпосылки для достоверного отставания в прибавке веса потомства во II серии эксперимента ($p<0,05$). Особого внимания заслуживает то, что после введения в рацион потомства сбалансированных кормов в виде прикорма через 4 и 6 недель различия между исследуемыми группами стали недостоверными ($p>0,05$), но масса тела потомства во II серии эксперимента была несколько меньше, чем в I, где моделирование во время беременности ОЭИС не проводилось.

Следует отметить, что на фоне перехода к питанию сбалансированными кормами без количественных ограничений их употребления в исследуемых группах при кратности приёма пищи 6 раз в сутки уже через 8 недель масса тела потомства во II серии, где во время беременности моделировали ОЭИС, достоверно превысила показатели в I серии ($p<0,05$). Более того, в более поздние сроки (10-12 недель) различия между группами возрастали и через 12 недель масса тела потомства во II группе более чем на 23% превысила показатели в I, что свидетельствовало о негативном влиянии ПС на формирование пищевого поведения и создавало предпосылки для развития ожирения.

Выводы. Таким образом, предложенный нами механизм развития патогенеза ОЖ и последующего МС гласит, что для современного образа жизни характерна приоритетная адресация запросов стрессоров к центральной нервной системе, т.е. именно психологический стресс (ПС) является триггером, запускающим ответную реакцию организма на внешние воздействия. В то же время отличительной особенностью ПС является отсутствие непосредственной угрозы жизни и здоровью, при этом стрессовая ситуация воспринимается как реальная угроза. Более того, восприятие стрессовой ситуации, как реальной угрозы часто не является конкретной, требующей немедленной ответной реакции. При этом активация адаптивных ресурсов не имеет конкретной адресации немедленного ответа на воздействие, а сохраняется в состоянии готовности реагировать длительное время. Но вызывает безадресную активацию адаптивных ресурсов, поддерживая их длительное время в состоянии готовности реагировать на воздействие. Это приводит к истощению компенсаторно-приспособительных ресурсов организма и создаёт предпосылки для нарушения регуляторной функции ЦНС.

Во время беременности перестройка гормонального фона самки крольчихи сопровождается эмоциональной лабильностью, при параллельном напряжении компенсаторно-приспособительных механизмов организма. При этом любое психологическое воздействие приводит к реагированию как нервной системы, так и активацией симпатоадреналовой системы. В свою очередь, это приводит к периферическому ангиоспазму, нарушению микроциркуляции в стенке матки и гипоксии плода. Параллельно происходит нарушение транспорта с кровью энергетического и пластического субстрата, что в свою очередь создаёт предпосылки для гипотрофии плода и формирования связи «гормоны стресса – голод». Повторяющиеся стрессовые ситуации, инициированные психологическим стрессом в виде условного рефлекса, закрепляют связку «психологический стресс – голод». Соответственно, сигналинг, поступающий в ЦНС при поступлении в кровь стресс-гормонов будет инициировать адекватную реакцию в виде заедания стресса.

Следует отметить, что психологический стресс - перманентный фактор современного образа жизни, воздействующий на человека, многократно усиливает свою интенсивность во время беременности, более того, воздействует не только на будущую мать, но и на плод. Экспериментальное моделирование воздействия ОЭИС на организм будущей матери приводило к гипотрофии плода, дополнительным стрессором являлся дефицит питания на фоне снижения лактации после моделирования ОЭИС во время беременности. Обеспечение после этого возможности без ограничений питаться сбалансированными кормами и следовые реакции ОЭИС формировали пищевое поведение «заедание стресса». В свою очередь это привело к более быстрому набору веса у потомства подвергшихся воздействию ОЭИС беременных животных. Учитывая, что моделирование ОЭИС проводили в течение всей беременности, происходило развитие условного рефлекса «гормоны стресса - голод - заедание стресса».

Таким образом, была подтверждена гипотеза о негативном влиянии психологического стресса на формирование условного рефлекса «заедание стресса», что создаёт предпосылки для развития ожирения и метаболического синдрома в будущем.

Список литературы:

1. Абдоминальное ожирение и другие компоненты метаболического синдрома среди молодого населения г. Новосибирска / Ю.И. Рагино [и др.] // Сибирский медицинский журнал. - 2020;35(1):167-76.
2. Анварова, Ш.С. Краевые особенности проблемы ожирения в Таджикистане, меры профилактики и лечения / Ш.С. Анварова, Н.Ф. Ниязова, М.Э. Музафарова // Авджи Зухал. - 2021. - № 1. - С. 121-124.
3. Голивец, Т.П. Ожирение и ассоциированные с ним заболевания - проблемные вопросы патогенеза и современные стратегии диагностики и лечения / Т.П. Голивец, Д.Г. Дубоносова, С.В. Ликиризон // Актуальные проблемы медицины. - 2023. - Т. 46. - № 2. - С. 123-143.
4. Григорьева, М.Е. Состояние системы гемостаза в условиях иммобилизационного стресса на фоне экспериментального метаболического синдрома / М.Е. Григорьева, Т.Ю. Оберган, А.В. Коробовский // Успехи современной биологии. - 2023. - Т. 143. - № 1. - С. 22-28.
5. Джумагулова, Д.Н. Алиментарное ожирение у женщин репродуктивного возраста / Д.Н. Джумагулова, Л.А. Джаббарова // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2023. - № 2. - С. 143-145.

Гусейнова Т.В.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВЫХ УРОКОВ РУССКОГО ЯЗЫКА В НАЧАЛЬНОЙ ТАДЖИКСКОЙ ШКОЛЕ

Кафедра современного русского языка, Российско-Таджикский (Славянский) университет

Актуальность. Как известно, в структуре начальной школы выделяются несколько этапов: предварительный устный курс, букварный и послебукварный периоды. Каждый из них имеет свои цели.

Предварительному устному курсу отводится в современной программе 34 урока [5], что составляет одиннадцать с лишним недель (по три урока в неделю). Кроме того, для обучения на этом этапе издаётся специальный учебник «Русская речь» [4]. В нём размещены предметные и сюжетные картинки для развития речи, имеется в качестве приложения большой материал для заучивания наизусть, который можно было разместить в отдельном пособии для учителя. Такой подход к организации вводно-фонетического курса сложился в середине XX века, когда в стране были иные социолингвистические условия. В настоящее время он не соответствует лингводидактическим требованиям.

Значительный по времени устный вводный курс - начальный курс обучения неродному (иностранному) языку – сейчас, как и в середине XX века, построен в таджикской школе по принципу разобщённого, раздельного обучения устной речи и чтению. Это попытка реализации принципа устного опережения, которая строится на предположении о том, что овладение устной речью автоматически обеспечивает овладение письменной речью. Однако, как пишут Э.Г. Азимов и А.Н. Щукин, «учащиеся не могут усваивать сколько-нибудь значительный материал только на слух. Длительное разделение устной работы и работы на базе чтения и письма не является эффективным» [1, 382].

Цель. Рассмотреть и проанализировать особенности первых уроков русского (неродного) языка в начальной школе с таджикским языком обучения, которые позволяют решить образовательные задачи начального этапа усвоения неродного языка.

Материал и методы. В исследовании использован анализ методической литературы по теме и многолетний опыт автора.

Результаты. Для современных условий обучения, как справедливо утверждает А.Н. Щукин, достаточно 5-6 устных уроков, а далее в обучение следует включать «Букварь». Обучение грамоте на основе «Букваря» не должно вызывать особых трудностей, потому что письменная форма родного языка учащихся, как и русского, основывается на кириллице. Трудности на уроках русского языка в таджикской школе будет вызывать произношение отдельных звуков, которых нет в таджикском языке, а также, естественно, русская грамматика. Однако уроки обучения грамоте, включающие и обучение произношению отдельных звуков, слогов и слов, позволят решить эту задачу.

Сократить предварительный устный курс необходимо по ряду причин. Во-первых, потому что у большинства людей более развитой является зрительная память, основанная на моторике (пока не напишу, не запомню), при этом у человека может сработать и моторная память. Во-вторых, письменная фиксация изучаемого материала создаёт возможность его многократного повторения, что способствует более прочному запоминанию, развитию и укреплению мотивации. В-третьих, звуковой облик слова, усвоенный первично, вступает в противоречие с письменной формой слова при отсроченном обучении письму и порождает орфографические ошибки, искоренить которые очень сложно. Так, на опыте преподавания русского языка иностранцам, где отсутствуют собственно устные уроки, доказано, что иностранные учащиеся после года обучения пишут по-русски более грамотно, чем таджикские, обучавшиеся 10 лет, именно потому, что начальный этап обучения (обучение произношению русских звуков) происходил на базе обучения чтению и письму.

К примеру, за 34 урока устного курса дети запомнили слова [акно], [вада], [дарога], [мая], но при изучении «Букваря» оказалось, что эти слова пишутся по-другому: *окно, вода, дорога, моя* (кукла). Первичный – звуковой – облик слова закрепился, а письменную форму слова учителю очень трудно обосновать, ведь в родном языке ведущую роль играет фонетический принцип, при котором слово как произносится, так и пишется.

Если знакомство с новыми словами русского языка начинается с восприятия их в письменной форме, то учитель может сразу показать особенности русского произношения и правописания: произношение русских слов зависит от ударения; безударные гласные *о* и *е* произносятся как [а] и [и]. С помощью зрения и моторики (записи нового слова и постановки ударения) графический облик слова останется в памяти, и это будет способствовать развитию орфографических навыков, а также поможет сформировать слухо-произносительные навыки. Всё это свидетельствует о том, что предварительный устный курс должен быть сокращён до 5-6 уроков. Высвободившееся время будет использовано на изучение «Букваря», расширение словарного запаса учащихся, формирование грамматических навыков и навыков

сознательного чтения.

Следовательно, уже на начальном этапе обучения авторам учебников и учителям необходимо исходить из психологических особенностей младших школьников, учитывать особенности русского и родного языка и уделять внимание системному представлению языкового материала русского языка. «Усвоение языка требует знания и понимания системных взаимосвязей языковых явлений. Важность изучения языка как системы особенно актуальна на начальном этапе обучения» [6, 31]. Однако в работе с младшими школьниками сформировать знания о системе неродного языка словесными методами обучения сложно. Здесь надо формировать понятия, опираясь на непосредственное восприятие и механическое запоминание слов и синтаксических моделей (конструкций). Важнейшим условием при этом является чёткое, ясное и правильное произношение учителем слов и предложений на русском языке.

Знакомство с русским языком начинается для маленьких школьников с так называемой «бутербродной» речи и предметной наглядности. «Бутербродная» речь – это предложения, имеющие организационное значение, которые произносятся сначала на русском языке, а потом на таджикском. Например: *Давайте познакомимся!* – «Биёед, шинос мешавем». *Меня зовут Хуршеда Акрамовна.* – «Номи ман Хуршеда Акрамовна мебошад». *Я ваша учительница.* – «Ман муаллимаи шумо мебошам». А как тебя зовут? – «Номи ту чист?» *Откройте тетради!* – «Дафтархоятонро кушоед!» *Повторите!* – «Такрор кунед!» *Произнесите хором. Все вместе!* – «Якчоя талаффуз кунед! Ҳама якчоя!» Учитель может определить сам, когда следует перестать употреблять этот приём. Если дети выполняют действия правильно, по указанию на русском языке открывают тетради, берут в руки карандаши или ручки, следовательно, они поняли и запомнили фразу.

Серия первых уроков посвящается теме «Школа», потому что всё, что есть в классе, легко назвать по-русски без перевода на родной язык. Предметная наглядность в данном случае позволяет непосредственно запечатлеть в памяти слова и понятия: *школа, класс, доска, парта* и другие слова по данной теме. Переводить эти слова на родной язык на уроке нельзя, не нужно, это будет неправильно с точки зрения методики преподавания неродного (иностранного) языка. Параллельно с обучением произношению слов и усвоением их значений усваиваются звуки русской речи, дети привыкают к такому явлению русской фонетической системы, как ударение.

Чтобы даже на этом этапе сделать обучение коммуникативно направленным, надо использовать синтаксические модели: *Это парта. Вот стол. А это доска. Тут стул. Там шкаф.* Такие предложения дети должны повторять хором (все вместе), по рядам, по группам (только мальчики, только девочки) и индивидуально. Используя жесты, учитель доводит до понимания учащихся значения служебных слов: *тут* – «рядом», *там* – «далеко».

На следующем уроке вводятся вопросительные конструкции: «Что это?», «Это парта?» и утвердительные: «Да, это парта». Учитель внимательно слушает произношение и добивается, чтобы дети, повторяя слова и предложения и отвечая на вопросы учителя, произносили слова в предложениях правильно, верно интонировали предложения. Можно ввести игровой момент, например, указывая на дверь, спросить: «Это доска?» Такой приём в педагогической психологии называется ситуацией затруднения. Естественно, что ученик должен дать отрицательный ответ. Возможно, для этого он воспользуется жестами. Тогда учитель предложит ему использовать предложение: «Нет, это не доска, это дверь». Многократное повторение этой учебной ситуации доказывает ученику, что он принимает участие в общении на русском языке. Это укрепляет мотивацию ученика.

На первом уроке уместно разучить с детьми четверостишие, которое соответствует теме «Школа» и содержит изучаемую типовую конструкцию:

Это парта. Это стол.
Вот стена, а это пол.
Вот доска, а это дверь.
Повтори-ка ты теперь.

Чтобы разнообразить урок, можно дать задание школьникам нарисовать отдельные предметы, которые есть в классе, на парте, в портфеле. По рисункам проводится беседа: *Что это? – Это окно. – А что это? – Это карандаш.* Такая беседа организуется в парах, по цепочке, так, чтобы все абсолютно школьники класса составили типовой вопрос и ответ. Подобную работу можно организовать не только на основе рисования, но и на основе лепки из пластилина или изготовления поделок из бумаги. Пока дети работают – рисуют, лепят фигурки людей, предметы или буквы из пластилина, изготавливают что-то из бумаги, – учитель задаёт вопрос «Кто это?», «Что это?», «Какая это буква?» Беседа с учеником во время выполнения им каких-либо действий руками, как доказано экспериментально, способствует более прочному усвоению языкового и речевого материала.

Уже на первых уроках предварительного устного курса нужно вводить названия чисел (количественные числительные). Отрабатывая наименования числительных, мы отрабатываем произношение мягких согласных: *пять, шесть, семь, восемь, девять, десять*. Уместно посчитать предметы, которые есть в классе, но пока без сочетания с существительными. Употребление порядковых числительных с существительными будет отрабатываться после того, как дети усвоят классификацию существительных по родам, чтобы на основе принципов сознательности и последовательности составлять словосочетания: *один класс, одна комната, одно зеркало*. Со временем можно будет ввести в речь словосочетания типа *две девочки, две ученицы, две учительницы, но два мальчика, два окна, два учителя, два моря*. Последовательно, после усвоения числительных *один, два ... десять*, должны вводиться числительные *первый, второй* и т.д. до числительного *десятый*. Работа с числительными в начальной школе обусловлена тем, что, во-первых, они часто встречаются в повседневном общении, а во-вторых, их легко семантизировать с помощью цифр в функциональной таблице:

1	один	первый
2	два	второй
3	три	третий
4	четыре	четвёртый

5	<i>пять</i>	<i>пятый</i>
6	<i>шесть</i>	<i>шестой</i>
7	<i>семь</i>	<i>седьмой</i>
8	<i>восемь</i>	<i>восьмой</i>
9	<i>девять</i>	<i>девятый</i>
10	<i>десять</i>	<i>десятый</i>

Так, поэтапно, пошагово следует отрабатывать запоминание грамматически правильно составленных словосочетаний, используя частое повторение и не забывая о том, что неродной язык – это язык памяти.

В классе должна сложиться доверительная, дружеская и деловая обстановка, чтобы ученики не стеснялись повторять за учителем, отвечать на вопросы и задавать типовые вопросы, выходить к доске, чтобы рассказать о том, что есть в классе. Для этого можно в начале и в конце урока прослушивать один куплет и припев какой-либо детской песни (например, «Чему учат в школе») на русском языке², разучивать с голоса учителя физкультминутку, считалку, чистоговорку или стихотворение, можно провести пальчиковую гимнастику. На уроке следует обязательно проводить физкультминутки (может быть, даже два раза за урок), когда учитель видит, что дети устали и невнимательно слушают учителя.

Можно провести игру «Я знаю свой класс»: один ученик (по желанию) выходит к доске, а остальные по цепочке задают ему вопросы: «Что это?» «Что там?», «Что здесь?», «Где окно?», «Где дверь?» и другие. Ответы должны быть со словами *это, вот, там, тут, здесь*, т.е. типовые. Дети должны запомнить слова по теме: *школа, класс, доска, окно, стена, пол, потолок, лампа, дверь, стол, стул, парта, шкаф, мел, тряпка, сумка, рюкзак, учебник, дневник, тетрадь, пенал, ручка, карандаш, резинка (ластик), линейка, треугольник, циркуль, точилка, экран, проектор, компьютер, занавеска, цветок, ваза, букет* (если они есть в классе). Пока дети не усвоят отрабатываемые синтаксические модели «Это что? Это стол», переходить к следующей модели нельзя. Домашнее задание не даётся, потому что всё обучение на первых уроках должно проходить в классе при непосредственном участии учителя.

На следующем уроке, как и на всех последующих, большой объём времени должен отводиться повторению. Это те же виды и формы работы со словами и типовыми синтаксическими моделями. Так, на втором уроке добавляются только новые слова: *ученик, ученица, учительница, учитель, мальчик, девочка* – и, соответственно, в работу включается вопрос «Кто это?» С этими словами вводится понятие о грамматической категории одушевлённости / неодушевлённости, которая будет конкретизироваться впоследствии.

Так проявляется системный характер и комплексность обучающей работы, которые заключаются «в строгом ограничении набора языковых единиц. Такое ограничение материала позволяет учитывать коммуникативную значимость языковых явлений и предполагает возможность обобщения полученных знаний» [6, 125]. Так, постепенно, в процессе кропотливой работы над каждой синтаксической моделью происходит обучение русскому языку. Эта система типовых синтаксических моделей (конструкций) может использоваться и в дошкольном обучении, и в начальной школе, потому что отражает дидактический принцип от простого к сложному, который важен и в содержании учебного материала, и в изложении его на каждом уровне, и в упражнениях по закреплению умений и навыков и формированию компетенций.

На начальном этапе предложение как единица обучения доминирует, а на продвинутом этапе (в послебукварный период) текст постепенно становится основной единицей обучения. Методическая ценность предложения как речевой единицы заключается в том, что в ней связь всех уровней языка – грамматического, лексического, фонетического – реализуется в простом речевом действии, естественном для языка и речи, удобном для ребёнка.

Выводы. Таковы особенности первых уроков русского (неродного) языка в начальной школе с таджикским языком обучения. Они позволяют решить образовательные задачи начального этапа усвоения неродного языка. Учителю следует помнить, что уже на этом этапе в содержание обучения включаются типичные лексико-грамматические явления и наиболее частотные с точки зрения их применения в речи: категория рода, числа, падежа, времени, вида, наклонения, степени сравнения – без использования грамматических терминов.

Использованная литература

1. Азимов Э.Г., Шукин А.Н. Словарь методических терминов (теория и практика преподавания языков). – СПб.: Златоуст, 1999. – 472 с.
2. Акишина А.А., Каган О.Е. Учимся учить. Для преподавателей русского языка как иностранного. – 9-е изд., стереотип. – М.: Русский язык. Курсы, 2014. – 256 с.
3. Величук А.П., Бажанова Е.А. Русский язык в старших группах национальных детских садов РСФСР: Пособие для воспитателей национальных детских садов. – 2-е изд., дораб. – Л.: Просвещение, 1990. – 240 с.
4. Кострикова М.В. Русская речь: Учебник для 2-го класса школ с таджикским языком обучения. – Душанбе: Офсет, 2011. – 312 с.
5. Программа по русскому языку для общеобразовательных учреждений с таджикским языком обучения (2-11 классы). – Душанбе: POLYGRAF-GROUP, 2008. – 124 с.
6. Русский язык как иностранный. Методика обучения русскому языку: учебное пособие для высших учебных заведений/Г.М. Васильева и др.; под ред. И.П. Лысаковой. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 270 с.

² Песни, разученные учениками со слуха, позволяют не только создать благоприятную обстановку в классе, но и расширяют лексико-грамматические и интонационные навыки учащихся. Дети очень любят петь песни.

Кафедраи фанҳои чомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тоҷикистон

Муваққатан сустшавии сотсиализм вази қувваҳои сиёсиро дар сатҳи байналхалқӣ тағйир дод. Қувваҳои дигари зиёде пайдо шуданд, яъне мансабпарастон, ғоидаҷӯёни бойгарини сайёра, ғоидаҷӯёни миллиардӣ тиллоӣ, ки ба дигар одамони сайёра таъсир расонида онҳоро бараҳмона истисмор мекунанд. Империализм ҳангоми ғурубаш бӯҳронҳои гуногунро ғун мекард, ки хислати ҳамаро фарогирандаи глобалӣ доранд. Ҳодисаҳои гуногуни солҳои охир нишон медиҳад, ки дар олами муосир масъалаҳои глобалии мушкилҳал зиёд шудаанд.

- бартарав ва нобудсозии ҷангҳои ядрои ҷаҳонӣ ва бунёдсозии шароит барои пешрафти муносибатҳои байналхалқӣ бар асоси озоиштагӣ;
- пешрафти иҷтимоӣ ва инкишофи иқтисодӣ дар ҷаҳон;
- истифодаи оқилона ва сарфакоронаи бойгариҳои табиӣ;
- барҳам додани падидаҳои ғушношуниди беинсофона дар рӯи замин;
- аз байн бурдани гуруснагӣ ва қашоқӣ;
- коркард ва амалисозии фаъолияти сиёсати демографӣ ва стратегияи ҳифзи гирду атроф;
- пешрафт додани ҳамкориҳои байналхалқӣ дар соҳаи тадқиқотҳои илмӣ оид ба истифодаи комёбиҳои инқилоби илмӣ-техникӣ;
- масъалаҳои тандурустӣ ва маориф ва ғайраҳо дохил мешаванд.

Солҳои охир бӯҳрони сиёсии тамаддуни муосир дар маркази диққат монда, аз ҷиғар масъалаҳои сиёсӣ пеш гузашт. Ин пеш аз ҳама дар беқурбшавии нақши ташкилотҳои сиёсии байналхалқӣ, ки барои ҳамоҳангино устуворкунии муносибатҳои байналхалқӣ вучуд доранд, ба назар мерасад, ба монанди Созмони Миллалӣ Муттаҳид. Ҳангоме, ки ҳукуматҳои абарқудрати ҷаҳон қонуни ҳар яке аз кишварҳоро вайрон карда, онҳоро чун кишвари “мурда” кӯҳнашуда номида, бо мақсади ба даст овардани бойгариҳои ҷаҳонӣ ва бозори ҷаҳонӣ ҷангҳои тасарруфкунанда анҷом медиҳанд, ки ин муносибат барои тамоми инсоният оқибатҳои мудҳиш дорад.

Тамаддун аз ҷиҳати маънавӣ - ахлоқӣ ба бӯҳрони азиме гирифта аст. Ҷаҳон имрӯз ба таври ором ва одатшуда қонунвайронкунии байни давлатӣ ва дохилидавлатиро паси сар карда истодааст. Инсонҳо ба ҳамаи хатарҳо ва катаклизм (дигаргунии ҷиддии ҳаробиовар), ба падидаҳои неофашизм ҷадид, рисизм (наҷодпарастӣ), натионализм, ки тамоми шахсиятро тобеи худ карда арзишҳои инсониро поймол мекунанд, одат карда истодаанд. Нишонаҳои асосии давраи нав чунин ба назар мерасанд:

Аз 6 миллиард аҳолии рӯи замин фақат як миллиарди тиллоӣ озод аз бенавоӣ, беадолатӣ ва умедворона ба оянда зиндагӣ доранд, вале 5 миллиарди дигар дар ҳолати норасоии маданияти маънавӣ, илму маърифат, хизмати тиббӣ, манзил, гуруснагӣ. Ҳолатҳои фавқуллода зиндагӣ доранд ва аз касали мурда истодаанд.

Мутаасифона, инкишофи бӯронҳои иҷтимоӣ аз эҳтимол дур нест. Дар ҷаҳон ҷараёнҳои бетағйири бисёр таносуби ҷомеа ва табиат, инсон ва олами гирду атроф ба вучуд меоянд. Инсон дар шароити муносибатҳои бозорӣ фиреб хӯрда, роҳгум шудааст. “Агар мо шахсонеро, ки аз ҷумлаи онҳо нестем бад набинем, мо ҳеҷ вақт шахсонеро ки аз ҷумлаи онҳо ҳастем дӯст дошта наметавонем. Ин воқеиятҳои кӯҳнаро, ки мо бо дард аз сари нав мекушоем, баъди дурустгӣ ҳисоб мешавад. Касоне, ки ин ҳақиқатро инкор мекунанд, оилаи худ, мероси худ,

хукуқи таваллуди худ ва шахсан ҳудашонро инкор мекунад ва ин гуна инсонҳоро бахшидан норавост”. [3]

Рӯйхати адабиёт:

1. Н.Яздонӣ. Ҷисму ҷони одамай дар “Маснавӣ”.//Садои Шарқ, №9. Душанбе, 2010.-с.87.
2. Н.Яздонӣ. Ҷисму ҷони одамай дар “Маснавӣ”.//Садои Шарқ, №9. Душанбе, 2010.-с.89.
3. М.Г. Делягин. Глобализация: игры и правило новой эпохи. М., 2015г.
4. Бек У. Что такое глобализация?.-М., 2011
5. Глобальные проблемы и перспективы цивилизации. Философия отношений с природной средой: //Сб.// Отв.ред.А.В.Сагадеев.-М., 1994
- Глобальные проблемы и цивилизационный сдвиг: //Сб.обзоров/ Отв.ред.В.Е.Ермолаева.-М., 2011
6. Глобальные эволюционализм. (Под.Ред.Э.А.Позднякова).-М.,2012
7. Делягин М.Г. Практика глобализации: игры и правило новой эпохи.-М., 2010
8. Назри Яздонӣ. “Ҷисму ҷони одамай дар “Маснавӣ”, //Садои Шарқ, №9. Душанбе, 2010
9. Хантингтон С. Столкновение цивилизаций.-М., 2014

Давлатзода Ф.Ф. Файзулов Г.Ф. Абдураупова Х.Н.

ТАЪЛИМОТИ ТАСАВВУФӢ ВА НАЗАРМИЯИ МАЪРИФАТИИ ҒАЗОЛӢ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тоҷикистон

Таълимоти тасаввуфи Ғазолӣ дар китоби «Эҳсулуми дин «ва» Кимиёи саодат» ба тафсил баён шудаанд. Аз ин осори ӯ маълум мешавад, ки ӯ таълимоти тасаввуфи эътидолиро пазируфта ва инкишоф дода ақоиди тасаввуфи ирфотии ваҳдати вучудиро ба ҳамин рӯҳия таъғир додааст.

Масалан, Ғазолӣ қабл аз ҳама пантеизми (хулулият) суфӣро ифротиро, ки оламро мазҳар иродаи воҳид-илоҳӣ медонистанд, рад намудааст.

Таъбири ӯ ин буд, ки чунин тафсири масъала ба ақидаи ваҳдати зоти Худо ва олам минҷумла Худо ва нафси инсонӣ меоварад, ки ҳилофи ваҳдонияти ислом аст.

Ӯ ҳамчунин ақидаи ҳулул ва идттиҳоди тасаввуфиро бе ҷоя медонад. Ғазолӣ навишта буд... қор ба ҷое мерасад, ки иддае тақрибан гумон мекунад, ки онҳо ҳал мегарданд, умдаеро итиҳод бадаст меояд, бархе гумон мекунад, ки бо ӯ восил мешаванд. Вале ин ҳама иштибоҳ аст.

Муносибати Ғазолӣ ба улуми фалсафи дар «Макосид-ал-фалософа» ва «Таҳфут-ал-фалософа» низ баён гардидааст. Дар китоби «Ал-мунқиз» Ғазолӣ навиштааст, ки улуми фалсафӣ ба шаш қисм тақсим аст: риёзиёт, мантиқ, табиӣёт, илоҳиёт, сиёсат ва ахлоқ.

Муносибати Ғазолӣро бо улуми фалсафӣ ба тариқи зайл метавон ташреҳ намуд: 1) нисбат ба риёзиёт ва мантиқ мувофиқи созишкоронаро ишғол мекунад. 2) Табиӣёт, сиёсат ва ахлоқро меҳодаи шаръӣ созад. 3) Илоҳиётро ҳамчун илм, ки маншои ақсари иштибоҳоти ғайласуфӣ аст, инкор мекунад.

Улуми судманд танҳо он аст, ки ҳеҷ будани дунё ва ҳатари умуро охираш барояш маълум аст. Агар фалсафаи машшоъ моҳияти илмро дар маърифати ашъ ва кӯшиш барои анҷоми умур бинанд, Ғазолӣ вазифаи илмро умдатан барои дар роҳи Худо ҳидоят намудани инсон мебинанд; Машшоъияи бинобар дарки моҳияти улум илмро ба назария ва амалӣ, ки ҳар кадоми онҳо аз ҷандин фасл ва бахш иборатанд ҷудо мекунад. Дар системаи улумӣ онҳо ҷое барои улуми шариат боқӣ намонда.

Ғазолӣ илмро ба шаръӣ (динӣ) ва фалсафӣ ҷудо мекунад. Бар иловаи ӯ улуми шаръиро танҳо улуми ҳақиқӣ ба ҳисоб меоварад. Улуми фалсафиро танҳо то ҷое эътироф мекунад, ки онҳо ба дин мутобиқат доранд.

Иҷтимоӣёт, фалсафаи иҷтимоӣи Ғазолӣ дар осори «Иқтисод» «Насихат-ул-улум» баён шудаанд. Ақдаи умдаи ӯ чунинанд; ҷомеа ҳамонанди тамоми ҷаҳон зодаи хиради илоҳист, низом ва тартиби он аз тарафи Худо қаблан таъин шудаанд.

Шарти асосии вучуди он ҳамкории аъзои он барои пайдо кардани роҳӣ ҳалли масоили зиндагист. Дин ва сиёсат дар пайванди нугусистании тамзимкунадагонии асосии зиндагии ҷомеа мебошанд.

Сарфи назар аз ин Ғазолӣ маърифати таълимӣ ва таҷрибаро инкор намекунад. Аз назари ӯ «ҳосил кардани илм ба тариқи таълим роҳи уламо аст ва ин низ бузург аст. Лекин муҳтасар аст ба изофат барои набуват ва бо илми анбӣё ва алвӣё бевоҳита таълими одамиён аз Ҳазрати иззат бар дилҳои эшон мерезад». [1]

Дар солҳои 1105-1111 назарияи шинохт (маърифатӣ) Ғазолӣ хеле таъғир кард. Яке аз чунин таъғирот интиқоли ӯ ба мавзеи лоардӣ ва шаккокия мебошад, ки дар шубҳаву инқори қуваи маърифати ҷизҳо ва ақл зоҳир гашт ва таври равшан дар васиятномаи фалсафаи ӯ «Ал-мунқиз мин аз-залол» баён шудааст. Решаҳои маърифатии лоадрия ва шаккокияи Ғазолӣ қабл аз ҳама дар таъбири «табиати воқеи маърифат» ниҳон аст. Ӯ дар бораи ин мавзӯи басо мушқил муҳокимаронӣ намуда нигоштааст: «Ба хуб гуфта, ки хости ман илм бар ҳақоқиқи умур аст. Пас, бояд бидонам ки ҳақиқати илм чист? Пас ба ман ошкор шуд ки илми яқин он аст, ки маълум бар толиб ҷунон кашф гардад, ки шаке дар бораи он боқӣ намонад ва имкони ғалат ва пиндор ба ҳеҷ ваҷҳ ба он муқоран набошад ва дил низ бо он гувоҳӣ надиҳад. Илми ... кинӣ ва эмин аз хато бояд ба ҳақде ба яқим муқаран бошад, ки агар касе барои бутлони ӯ бурҳон овард ва масалан сангро ба зар ва асоро ба мор табдил диҳад. Пас вақте ман донистам, ки даҳ аст, ба далели он ки ман асоро мор мегардонам ва ин қорро дар пеши назари ман анҷом диҳад, дар маърифати ман басабаби он шакке падидор нагардад. Шояд таъҷубам ояд, ки ӯ ин қорро чигуна анҷом дод, вале дар он чи донистам шак нахоҳам кард». [2]

Ҳамин тавр яке аз решаҳои муҳимтарини маърифатии лоадрия ва шаккокияи Ғазолӣ мутлақ нашудани ҳудуди байни дониши саҳеҳу ғайри саҳеҳ, байни ҳақиқати мутлақ ва нисбӣ ва ҳилофи ҳам қарор додани дониши саҳеҳ ва ғайри саҳеҳ мебошад.

Аз решаҳои дигари муҳими маърифатии лоадрияи Ғазолӣ ташреҳи масъалаи «иштибоҳи ҳисҳо» аст, ки дар таърихи фалсафа дар иртибот бо назарияи фалсафӣ ва ҷаҳонбинии мутафакирон ё далели лоадрия ва ё

бурхони ақлгарой мегардид; агар хисхо моро фиреб диҳанд ва рочеъ ба ашё маълумоти саҳеҳ наоварад, пас рочеъ ба дониши саҳеҳ ба тоқат суҳан нест. [3]

Дар ин маврид Ғазолӣ ба эътибор нағрифтааст, ки инсон метавонад тавасути ақл ва ғайбиро амалии худ иштибоҳоти хавосро рафъ кунад, маълумотро яким намуна бо дониши саҳеҳ ноил шавад.

Чудо қардани ақл аз ҳис ва ғайбиро амалӣ, ташбеҳи ғайбиро маърифати ба ҳоббинӣ решаи сеюми маърифати лоардияи Ғазолӣ аст. Дар заминаи чунин ташбеҳ ӯ ба натиҷае мерасад, ки далелҳои ақлӣ низ ҳаёли бемаънӣ ва мисли ҳобинӣ мебошанд.[4] Лоардияи Ғазолӣ ҳамчунин натиҷаи инкори аслҳои илмӣ, қонунмандӣ ва иртиботи ҳамагонии падида ҳаст. Дар натиҷа Ғазолӣ ба ин ҳулоса расид, ки танҳо нуре, ки Аллоҳ ба дили инсон равона кардааст, калиде барои касби ақсари улум мегардад ва ҳар шахсе фикр кунад, ки барои кашфи ҳақиқат танҳо истидлол кофи аст, вай атои номаҳдуди илоҳиро маҳдуд месозад. Вале Ғазолӣ таъкид мекунад, ки ин нур аз ғайби илоҳӣ танҳо ба баъзе аз зиндагӣ муяссар мешавад ва бояд интизори он буд ва тавре, ки пайғамбар фармуда: «Дар рӯзҳои сарнавишти мо Худои Таъолои шумо шуморо бо насими фарҳаби мушараф месозад аз шумо худро танҳо дар маъризи ин насим бояд қарор бидиҳед».[5]

Агар ба ин гуфтаҳои Ғазолӣ таъмуқ намояем, ба осони пай мебарем, ки ҳадафи ӯ дар назарияи маърифат аз тақвият додани имон ва исботи ҳақонияти пайғамбарӣ, қаромати Илоҳӣ ва ғайраҳо иборат аст.

Ҳамин тавр Ғазолӣ назарияи маърифати ҳадисиро ба назарияи кашфӣ илоҳӣ ва заминаи назарияи барҳақ будани тақодус, пайғамбарӣ ва қудрати илоҳӣ тадбир медиҳад.

Ибро низ бояд гуфт, ки лоардия ва назарияи илҳом (кашфӣ) Ғазолӣ маршрут бар назария ва амалии тасавуф буд, ки солҳои 90-уми қарни ХІ мутафакир ба он майл намуд. Суфиён қомилан аз умури ин дунёи қанора гирифт дар ҳолати суқр метавонистанд ҷавоҳири рӯҳониро ҳамчун чизи воқеӣ пешӣ назар оранд ва аз он натиҷа мегирифтанд, ки ба олами рӯҳи тамос ҳосил қардан ва ҳақиқатро бевосита мушоҳида қардан имконпазир аст, Ғазолӣ дар 15-20 соли поёни зиндагии худ бо назарияю амалии суфиён машғул буд ва бешак борҳо ба вачу афтоди ва ҷавоҳири рӯҳониро мушоҳида қардааст, ки он итминони ӯро ба ҳадсия ва шӯҳуди илоҳӣ тақвият бахшид.

Моҳияти ҷаҳонбинии назарияи маърифати Ғазолӣ дар таснифи улуми ӯ ба ҳубӣ зоҳир мегардад. Бинобар ин тасниф, улум аз лиҳози мавзӯ ва мақсад ба шаръиёт (динӣ) ва фалсафӣ (ақлия) чудо мешавад. Улуми шаръия қунон, ки Ғазолӣ дар «Кимйи саодат» ва «Эҳё улум ид-дин» таъкид мекунад, улум дар бораи назарияю амалии дин мебошад. Ин улум ду гунаанд: улуме, ки марбути дил ҳастанд ва улуме, ки марбути феъли бадананд. Улуми марбути дилро Ғазолӣ ба як улуми марбути ҳолати дил ва ду улуми марбути имон тақсим мекунад. Дар тавзеҳи моҳияти онҳо Ғазолӣ менигарад: «Аммо он чи ба аҳволи дил тааллуқ дорад, мисоли он ин бувад, ки воҷиб бувад ҳақ, ҳасад ва кибр ҳаром аст... Аммо чинси дуюм, ки ба эътиқод тааллуқ дорад, он бувад, ки дар эътиқод ӯро шакке падида ояд, бар вай воҷиб бувад, ки он шакк аз дил дур кунад».

Аз тавзеҳи мафҳуми «улуми марбути феъли аъзои бадан» бар меояд, ки Ғазолӣ зерӣ ин лафз чунин «улуми диниро аз қабилӣ таҳорат, намоз, рӯза, закот, ҳаҷ, никоҳ» мутаҳид месозад. Ин улум бо ҳам алоқаманданд, вале асоси онҳо улуми имон аст, зеро ин улум мақсад ва маънои зиндагии инсонҳоро таъин мекунад.

Рӯйхати адабиёт

1. Алий Асғар Ҳалабӣ. Таърихи фалсафа дар Эрон ва ҷаҳони исломӣ. Техрон, 2010.
2. Муҳаммад Ғазолӣ. Ал-Мунқиз.
3. Муҳаммад Ғазолӣ. Кимйи саодат. Техрон, 2010.
4. Муҳаммад Ғазолӣ. Насиҳат – ул – мулк. Техрон, 2011.
5. Муҳаммад Ғазолӣ. Эҳё – улуми – ид – дин. Техрон, 2010.
6. Муҳаммад Ғазолӣ. Таҳофут – ул – фалосифа. Техрон, 2008.
7. Муҳаммад Ғазолӣ. Таҳофут – ул – фалосифа. Таҳияи З.Диноршоева. Душанбе, 2010
8. Ибни Сино. Фунуни самоъи табиӣ. Техрон, 2012.
9. Абуали Ибни Сино. Осори Мунтахаб. Ҷилди 1. Душанбе, 2011
10. Шамолов А.А. Ҳуҷҷатулислом Ғазолӣ: андешаҳои иҷтимоӣ ва сиёсӣ. Душанбе, 2014

Давлатзода Ф.Ф. Абдураупова Х.Н. Охмирозев У.А.

МАҚОМИ АҚЛ ВА ИЛМ ДАР ТАЪЛИМОТИ АХЛОҚИИ НОСИРИ ХУСРАВ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

Дунёи мутамаддин имрӯз дунёи намунаҳои ахлоқ аст. Пас агар пешрафтаҳои илмӣ ҳамроҳ бо тарбияти ахлоқӣ ва маънавии инсонҳо набошад ҷӣ сарнавишти талхе дар интизори онҳо хоҳад буд. Аз ин рӯ фарз аст, таваҷҷуҳи ҳешро, пеш аз ҳама, маҳғуф бар масъалаи ахлоқӣ намоем ва Ҳаким Носири Хусрав аз зумраи ҳукамоест, ки таваҷҷуҳи мардуми равшанфикрро ба ин мазӯъ ҷалб мекунад. Назарияи ахлоқии мутафаккир сар то по тараннуми одоби нақуст, ки он башарятро ба яғдигарфаҳмӣ даъват мекунад.

Дар мавриди ахлоқ ақидае роиҷ аст, ки ҳар як дин се таълимотро, ки бо ахлоқ марбутанд, пазируфта маҳғуф меорад, ки онҳо иборатанд аз ҳастии Худо, озодии ирода ва абадияти нафс. Ҳадаф аз озодии ирода нормаҳои ахлоқие мебошанд ва инсон муваззаф аст, ки байни хайру шарр ва ҳўи неку бад таъйин намояд, зеро ахлоқ вижагии инсон аст.

Чун Ҳаким Носири Хусрав яке аз пешвоёни мазҳаби исмоилӣ буд, аз ин лиҳоз таълимоти ахлоқӣ ва фалсафиаӣ, бавижа маншаъ аз ислом гирифтааст. Таълимоти ахлоқии ислом аз сарчашмаи ваҳй ва илҳомии илоҳӣ моя мегирад. Қуръон қарим ва ривояти пайғамбар ва имомони маъсуми оқанда аз усул ва дастуроти ахлоқӣ аст, усул ва дастурот метавонад бар бунёди онҳо саодатбахштарин низомии ахлоқиро пайафканад.

Алон меҳоме доир ба таҳлили таносуби ақл ва илм, ки мавриди диққати асосии мо қарор хоҳад гирифт,

рӯшанӣ андозам. Зеро муҳимтарин таълимоти ахлокии Носири Хусрав, ки инсонро аз олами сутур ба олами фариштагӣ раҳнамоӣ мекунад, ташкил медиҳанд.

Шинохт ва дарки ақл дар низоми фикрии Носири Хусрав бисёр душвору печида аст. Дар назари мо, муҳимтарин нуктае, ки Носири Хусрав диққати ҳешро бар он ҷалб кардааст, дар он аст, ки тавассути ақл инсон метавонад хайру шарро аз ҳам фарқ намояд ва ин ақлро ақли ҷузъӣ номид, ки вижагии инсон аст. Ҳангомаи мутаолиаи китобҳои муҳимтарини Носири Хусрав, аз қабилӣ «Зод-ул- мусофирин», «Хон –ул- ихвон» ва «Ку-шоиш ва раҳиш» маълум шуд, ки фаҳмиши ақл дар ҷаҳонбинӣ ва шинохти Ҳаким маъноӣ яктарафаро дар худ надошта, балки метавонем аз рӯи ақидаи ӯ ақлро ба ду қисм ҷудо намоем. Якеро Ақли Кулӣ ном кард ва дигареро ақли ҷузъӣ. Носири Хусрав ақли инсонро ҷузъи Ақли Кулӣ медонад. Ба фикри Ҳаким Носири Хусрав Куръон аз таъид Ақли Кулӣ аст ба миёнҷии Нафси Кулӣ. Чун ақлу нафс аз амри Худой буд шудааст ва амри Худой Таъоло калима аст ва он калимаро чун иборат карданд. Ақли Кулӣ он аст, ки миёни ҳар мавҷуде аз мавҷудоти сиёсӣ ва ақлӣ ба ӯст ва истилооту ибороти мухталифе роҷеъ ба Ақли Кулӣ изҳор кардаанд. Аз он ҷумла Нур, қалам. зот, руҳ, нукта, мабдаъ, одами маънӣ, иллати аввал ва ғайра. Пас мурод аз Ақли Кулӣ дони-стани Имоми замон мебошад, зеро ҳамеша аз як тан ҳолӣ нест, зеро олам ҳамеша аз як тан ҳолӣ нест. Ин Ақли Кулӣ уқули пайғамбарон ва имомонро дар назар доштааст. Зеро ақли инсон маҳдуд аст ва аз идораи ҳалой оғиз аст, зарраи нури ҳақиқӣ Ақли Кулӣ ба инсон дода шудааст, ки тавассути ақли донишпазир авҷ мегирад. Пас Ақли Кулӣ ба зоти ҳеш гавҳаре бувад аз баҳри он, ки гавҳари ақл нигароништан ва доништан аст. Ҳар чиз к-ӯ доништанда бошад, аз ҳадди қувват ба ҳадаф феъл берун ояд.

Макун дар сунъи масънуот раҳ гум
Ки аз ҷав- ҷав, гандум зи гандум.
Худованди ҷаҳон, доноӣ нодир,
Макун з-инсон аз ин раҳ, ки ин саноеъ.
Шуд аз таъсири ҷаромӣ табоеъ,
Зи аввал Ақли Кулӣро кард пайдо.
Варо арши илоҳӣ гуфт доно, [1]

Доир ба ақл инчунин ақоиди мухталифе аз тарафи файласуфон ва ақли адён гуфта шудааст. Барои мисол Абӯалӣ ибни Сино роҳи Арасту ба қабули ин амр, ки мафҳуми кулӣ аз суварӣ ҷузъӣ нишот мегиранд, ақлро ба умури ҷузъӣ пайванд месозад ва муҳимтар аз ин иҷоза меод, ки ақл ба сурати уқули ҷузъӣ иртисом ва таъсир пазирада. Ҳаким Носири Хусрав ақлро иллати ҳамаи иллатҳо ном ниҳод . Сино бошад , ақлро маълули нахуст ном ниҳод ва ба фикри ӯ, ақл аз ҷиҳати зоти

худ маъмул аст ва аз ҷиҳати мабдаи нахусти худ вучуд дорад.

Пас вақте ки Ҳаким Носири Хусрав мафҳуми ақлро дар фалсафаи ахлокии ҳеш истифода мекард, ҳамеша ақлро ба ду маънӣ ба қор мебард. Яке маъноӣ руҳӣ дошт, дигаре маъноӣ моддӣ. Ва дигар файласуфон низ чун Сино, Форобӣ , Кирмонӣ, Афлотун ва Носири Хусрав дар боло будани маънӣ истифода менамуданд. Зеро ақли инсон дар шинохти муҳимтарин масоили руҳӣ азиз аст. Аз ин рӯ, ҳар яке аз ин файласуфони саъю кӯшиш наму-данд, ки мафҳуми ақлро бо истилооти файласуфонаи худ истифода намоянд. Афлотун ақлро олами эйдосҳо ё мусул ном ниҳод, Арасту онро ҳаракатдиҳандаи аввал, Сичистонӣ ақлро шайати ашъ ва қамоли онҳо номида-аст. Абӯали ибни Сино онро ақли фаъол номид. Пас ба қавли эшон ақл чизе аст мутафовут аз тафаккури инсон. Аммо бояд донист, ки Ҳаким Носири Хусрав ба ҷуз аз Ақли Кулӣ ақли ҷузъиро низ беҳтарин вижаи инсонӣ ҳисобида, доир ба он гуфтааст.

Набинӣ бори аввал дарахти ин ҷаҳон бор,
Магар хумёр мард, ай марди хушёр.
Дарахти ин ҷаҳонро сӯи доно,
Хирадманд аст бору беҳирад хор. [2]

Албатта дар зиндагии моддии инсон ақл наиши муҳимме дорад. Зеро фарде ,ки ақли солим дошта бошад, ба мисли дарахти бебаҳост, ки чун мардум аз мевааш самарае ба даст намегирад, қалбашон нисбати он дарахт зуд хунук мешавад . Масалаи ин гуфтор дар он аст ки, марди беҳирад низ ба мисли дарахти бебор аст. Ҳаким баъзан дар таълимоти ҳеш калимаи ақлро истифода мекунад ва баъзан калимаи хирадро. Аз ин рӯ, имрӯз байни ҳакимон дар ин масъала баҳси илмӣ рафта истодааст. Маълум аст, ки ақл калимаи арабист ва хирад муродифи калимаи форсӣ аст. Аммо новобаста аз ин ақл таърифи мушахасеро ифода мекунад, ки иборат аст аз далелу истидлол ва чунон чаро. Аммо хирад мафҳумеро ифода мекунад, ки илму дониш низ вижагии он бошад. Сичистонӣ низ доир ба ақлу илм мегӯяд.. «Ақл он қонуне аст, ки бар ҳама чиз ҳоким аст ва ҳама чизро назм медиҳад. Боло қамоли ақли илм аст. Дар даруни офариниши он чизе аст, ки дорои назмро ҷаҳон месозад на ошуб ва дар ҳам рехтагӣ» [3]. Ҳаким Носири Хусрав доир ба фарқи байни ақлу илм посухе дод, ки илмро бояд қасб кард ва нафаре, ки хори таълиму омӯхтан нақашадааст, қудрати илмро бояд қасб кард ва нафаре, ки хори таълиму омӯхтан нақашадааст, қудрати илм наёфтааст. Аз ин рӯ, Ҳаким чунин ишора мекунад. Илм феъли ақл аст, ки мардум ба ақл андарёбад маар чизҳоро ҳақиқат андар ёфт». [4] Тавҳили суҳанони Ҳаким Носири Хусрав аз он ибрат буд, ки ақл нафси нотикаро аз ҷиҳати илму дониш қабул намуд. Зеро Нафси Кулӣ дар як вақт буд. Нафси Кулӣ бар мисоли сурати ақл аст, ки аз ҳамдигар ҷудошавандаанд, бар мисоли зоҳиру ботин. Аз ин ҷост, ки Ақли Кулӣ ботин шинохта мешаванд ва Нафси Кулӣ зоҳири он. Нафси Кулӣро ба фаҳмишҳои мухталиф ташреҳ медиҳанд. Барои шинохти фалсафаи ахлокии Носири Хусрав ва маълум гардонидани ин нуктаи ниҳонӣ, ки ҷи гуна ӯ зоҳири динро дар фалсафа ғунҷонида ва румузи динро марҳилаи тақомули

фалсафа донистааст, бояд, пеш аз ҳама, ба ин мафҳум таваҷҷуҳ кард, ки асоси фалсафа – ҷаҳонбинӣ аства файласуфи ҳақиқӣ он касест, ки доир ба пайдоиш оламу одам диққат намояд ва ҷӯяндаи ҳақиқат бошад ва ҳар дам ба худ суол кунад, ки қуллу ҷузъи олам дар оғоз чӣ будааст ва сарнавишти ниҳонӣ ва махфии ҷаҳон ба қучо анҷом меёбад, аз ин ҷиҳат, файласуф бештар ба шинохти ашъи хориҷӣ таваҷҷуҳи хешро зоҳир менамояд. Чун ба таълимоти фалсафаи ахлоқии Носири Хусрав бештар шинос шавем, аён мегардад, ки Ҳақим бештар ба панҷ усули таълими дониш диққати худро равона кардааст, ки аз шинохти ҳақиқати ашъ, робитаи ақлу илм, таносуби ақлу илм ва имон, китоб ва муаллим инсон ва ахлоқ иборатанд.

1. Усули аввалии омӯзиш дар назари Ҳақим ин андеша доир ба ҳақиқати оламу одам аст, то ки инсон тавонад, ки сурати умумии табиат дар назари худ созад, доир ба ҷигунагӣ ва ҷароии он амиқ фикр намояд ва бикӯшад, ки дар ин масъала дониши саҳеҳ пайдо кунад.
2. Робитаи ақлу илм дуввумин усули омӯзишӣ мебошад, ки инсонро аз ҷаҳлу нодонӣ раҳо дода, тавассути ақлу илм ҳақиқати ашъ ошкор гардида, имокон пайдо гардад, ки масъалаҳои мубрами фалсафӣ, илмӣ ва динӣ арзёбӣ гарданд.
3. Усули саввуми омӯзиш - умумият бахшидани байни ақл ва имон мебошад. Бисёре аз руҳониён ва файласуфони пешин фалсафа ва динро ҳам ҷудо кардаанд. Асли масъала аз назари Носири Хусрав ин аст, ки онҳоро аз ҳам ҷудо надониста, балки равобиту ҳамоҳангии байни ин ду роҷа мечӯст, то ки ҳам фалсафа ва ҳам дин ба ҳам оянд ва дар дунёи ботинии инсон сулҳ пойдор гардад.
4. Китоб баҳри омӯхтан ва ёд гирфтан ба мардум фароҳам оварда шудааст, ки то инсон аз суҳанони пайғамбарон ва ташреҳоти онҳо маълумоте бигиранд ва муаллиму раҳнамоён, пайғамбарон ва ҷонишинон мебошанд, ки то ба мо таъвил ва сироти торикӣ ва нофаҳмиҳоро равшан менамоянд.
5. Инсон ва ахлоқ охири усули таълими дониш дар фалсафаи ахлоқии Носири Хусрав мебошад. Ахлоқ вижаи инсон буда, ақлу илм, имон, китоб баҳри инсон падида омадаанд, ки тавассути ин усулҳо худро аз олами ҳайвонот таъйин менамоянд.

Рӯйхати адабиёт

1. Носири Хусрав. Девони ашъор. Ҷ. I. С. 45.
2. Носири Хусрав. Девони ашъор. Ҷ. I. С. 46.
3. Сичистонӣ. Аюқуб. Кашф-ул-махҷуб. С. 56.
4. Носири Хусрав. Ҷомеъ – ул - ҳикматаин. С. 89.
5. Сичистонӣ. Аюқуб. Кашф-ул-махҷуб. С. 56.
6. Таърихи адабиёт дар Эрон ҷ.2 с 443-476, Техрон 2010
7. Назариев Рамазон Социальная философия Душанбе, 2011,-350
8. Назир Арабзода Ҷаҳони андешаи Носири Хусрав Душанбе «Нодир», 2003, 258 с.
9. Назариев Рамазон Назарамонов Шаҳбоз Фарҳанги забони Носири Хусрав Душанбе 2017 780с

Давлатов1 Д.А., Турсунзода2 А.М., Саидов3 Ғ.А.

ТАДБИҚИ ПРЕЗЕНТАТСИЯ ТАВАССУТИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛООТӢ ВА КОММУНИКАТСИОНИ ДАР ДАРСИ ФАНҲОИ ҲАҚИҚ

1. Кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои технологияи информатсионии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон
2. Коллеҷи куҳи метарулгӣ ба номи Соро Юсупов
3. Донишқадаи омӯзгорӣ Тоҷикистон дар шаҳри Панҷакент

Мубрамият. Презентатсия яке аз воситаҳои таълими моддӣ мебошад, зеро он яке аз роҳҳои пешниҳоди иттилоот ба ҳисоб меравад. Мақсади асосии презентатсия-ба шунавандагон расонидани иттилооти мукаммал, ки барои онҳо коркард шудааст, яъне иттилооти ба осонӣ ҳазмшаванда роҷеъ ба объекти пешниҳодшуда мебошад. Вобаста аз ҷои истифода, презентатсияҳо бо баъзе хусусиятҳо фарқ мекунанд.

Ҳадафи таҳқиқот - асосноккунии истифодаи презентатсияҳо ва коркарди онҳо дар раванди таълим баҳри баланд бардоштани сатҳи сифати дониши донишҷӯёни муассисаҳои таҳсилоти олии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Презентатсияи мултимедиявӣ на танҳо барои муаррифии дониш, балки барои назорат, мустаҳкамкунӣ, тақрор, ҷамъбаст, систематикунӣ онҳо низ хизмат намуда, мутаносибан, вазифаҳои дидактиро бомуваффақият иҷро мекунанд [1-4].

Истифодаи презентатсияҳо дар раванди таълим имкониятҳои зеринро фароҳам меорад:

- ба муҳассилин додани маълумоти пурра ва бозғимод дар бораи падидаҳо ва равандҳои омӯхташуда;
- баланд бардоштани нақши намоёнӣ дар раванди таълим;
- қонеъ кардани дархостҳо, хоҳиш ва манфиатҳои муҳассилин;
- сарфаи вақти дарсӣ, нисбат ба кор дар тахтаи синф.

Вазифаҳои зиёди дидактикӣ ва тарбиявӣ бо ёрии презентатсияҳо самаранок ҳал карда мешаванд. Бахусус:

- ҳангоми омӯзиши маводи нав, пешниҳоди иттилооти нав;
- ҳангоми мустаҳкам намудани мавзӯҳои гузашта, таҳкими маҳорат ва маликаи таълимӣ;
- ҳангоми тақрор кардан, татбиқи амалии донишҳо ва малакаи ба даст оварда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар марҳилаи тавзеҳи маводи нав, бояд ба он таваҷҷуҳ кард, ки презентатсия ҷойгузини муаллим ва тахтаи синф нагардад, балки дар презентатсия бояд далелҳои беҳамто мавҷуд бошанд, ки онҳоро на бо суҳан ифода кардан мумкин аст ва на бо дигар воситаҳо. Масалан, сабти видео ва аудиои суҳанронии олимони таҷрибаҳо ва ғайра. Ҳангоми шарҳ додани маводи нав дар дарс, муаллим метавонад маҷмӯаҳои фанӣ (тасвирҳо, аксҳо, портретҳо, пораҳои видеои равандҳо ва падидаҳои омӯхташуда, намоиши

таҷрибаҳо, тӯрҳои видеой), ҷадвалҳо ва диаграммаҳои динамикӣ, моделҳои интерактивӣ, ашёҳои рамзӣ, лоихакаширо бо нишон додан дар экрани калон бо истифода аз LCD- проектор истифода барад. Дар ин ҳангом технологияи тавзеҳот ба таври назаррас тағйир меёбад, муаллим маълумотеро, ки дар экран пайдо мешавад, шарҳ медиҳад ва агар лозим бошад, онро бо тавзеҳот, мисолҳо ва қайдҳои иловагӣ дар тахтаи синф қайд мекунад. Дар чунин дарсҳо мавҷудияти презентатсия матлуб аст, аммо ҳангоми эҷоди он ба принципҳои зерини дидактикӣ таъаққуб кардан лозим аст:

- илмӣ;
- вазеҳӣ;
- дастрас будан;
- мутобиқат ва пайдарпайӣ;
- шуурнокӣ ва ғаёӣ;
- устуворӣ;
- робитаи назария ва амалия;
- интерактивӣ;
- фардӣ;
- пайвастиҳои дарки мураккаби иттилоот.

Натиҷа ва муҳокимаи таҳқиқот. Мақсад ва натиҷаи истифодаи презентатсия ҳамчун ҷузъи таркиби дидактикии дарс ташаккули дониш, малака ва маҳорати донишҷӯён ба ҳисоб меравад.

Презентатсияҳои таълимии мултимедиявӣ барои кӯмак ба омӯзгор тарҳрезӣ шудаанд ва имкон медиҳанд, ки мавод ба таври қулай ва визуалӣ муаррифӣ шавад. Истифодаи ҳатто содатарин абзорҳои графикӣ ниҳоят муассир аст. Муаррифии моҳирона метавонад тавачҷуҳи муҳассилинро ҷалб кунад ва шавқу рағбатро ба дарс бедор намояд. Аммо, набояд ба тарафи зоҳирии презентатсия, ки ба эффектҳои махсус алоқамандаданд, мушторқ шуд ё сӯйистифода кард. Агар аз ҳад зиёд саъй шавад, самаранокии муаррифӣ дар маҷмӯъ коҳиш меёбад. Бояд баъзи маводи пешниҳодшаванда ва эффектҳои ҳамроҳикунанда мувозинуни ёфта шавад. Ин қоида барои ҳама презентатсияҳои мултимедиявӣ дар маҷмӯъ дуруст аст, бахусус барои презентатсияҳои омӯзишӣ. Ҳангоми таҳияи презентатсияҳои мултимедиявӣ таълимӣ, аз як тараф, бояд принципҳо ва усулҳои умумии дидактикии гузаронидани дарс ба назар гирифта шаванд, аз тарафи дигар, имкониятҳои, ки нармалҳои шабакаи телекоммуникатсионӣ ва технологияҳои муосири иттилоотӣ ба мо фароҳам меорад, ҳамаҷаҳа ва пурра бояд истифода бурда шаванд. Зарур аст, ки ҳадафҳо ва вазифаҳои муқарраршудаи дидактикӣ ва маърифатӣ қатъиян риоя карда шаванд, зеро мултимедия ин танҳо як воситаи иҷрои вазифаҳои дидактикӣ ба ҳисоб меравад. Ба ибораи дигар, муваффақияти гузаронидани дарс бо истифодаи чандрасонаӣ ба сифати маводҳои истифодашаванда ва маҳорати тарроҳии омӯзгорон вобаста аст.

Хусусиятҳои асосии методологии ташкили дарсро бо истифода аз ҷузъҳои мултимедиявӣ тавсия додан мумкин аст:

- ❖ дарсҳо бо истифода аз презентатсияҳои мултимедиявӣ дар ҳама синфҳои фаннӣ бо истифода аз проекторҳои мултимедиявӣ гузаронида мешаванд;
- ❖ бояд муносибати инфиродӣ, ки истифодаи васеи маводи иловагии таълимӣ ва рушдкунандаро дар бар мегирад, истифода шавад;
- ❖ баъзи вазеҳи ҳадафи сегонаи дарс;
- ❖ мултимедия ба сифати ҳамроҳии шарҳи маводи таълимӣ амал мекунад, аммо муоширати зинда бо устод ва донишҷӯро дар синф иваз намекунад;
- ❖ интиҳоби васеи маводи тасвирӣ барои ҳамаҷониба ва муфассал шарҳ додани мавзӯи дарс;
- ❖ нақш ва мавқеи чанд расонаӣ дар дарси мазкур, дар ин марҳилаи дарс.

Зарурати истифодаи технологияҳои муаррифии мултимедиявӣ метавонад аз омилҳои зерин вобаста бошад:

- камчини манбаъҳои маводи таълимӣ;
- қобилияти пешниҳоди маводи беназири иттилоотӣ (расмҳо, дастнависҳо, клипҳои видеой, сабтҳои овозӣ ва ғайра) дар шакли мултимедиявӣ;
- зарурати систематизатсия ва пешниҳоди сохтори барномаи таълимӣ;
- визуализатсияи падидаҳо, равандҳо ва муносибатҳои байни объектҳои омӯхташаванда;
- зарурати кор бо моделҳои ашё, падидаҳо ё равандҳои омӯхташуда барои омӯзиши хосиятҳои онҳо.

Хулоса. Презентатсияҳои таълимии мултимедиявӣ нақши технологияҳои иттилоотӣ ва коммуникатсиониро дар рушди эҷодкории донишҷӯён дар дарси фанҳои дақиқ ошкор кард.

Адабиёт

1. *Давлатов Д. А.* Омилҳои асосии рушди эҷодкории донишҷӯён дар раванди омӯзиши фанҳои дақиқ тавассути технологияҳои иттилоотӣ ва коммуникатсионӣ [Матн] / Д. Давлатов // Паёми пажӯҳишгоҳи рушди маориф. – 2021. – №4(36). – С.54-58. – ISSN 2617-5320.
2. *Давлатов Д. А.* Шартҳои таълимии рушди эҷодкории донишҷӯён дар раванди омӯзиши фанҳои дақиқ тавассути технологияҳои иттилоотӣ ва коммуникатсионӣ [Матн] / Д. Давлатов // Паёми пажӯҳишгоҳи рушди маориф. – 2021. – №4(36). – С.54-58. – ISSN 2617-5320.
3. Мезенцев Г. В. Методика проведения семинара-диспута в финансово-экономическом вузе [Электронный ресурс] // Гуманитарные научные исследования. 2013. № 12. URL: <http://human.snauka.ru/2013/12/5227> (дата обращения 02.11.2015).

4. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – Москва: Азбуковник, 1999. – 944 с.

Давлятов И.А., Девонаев О.Т., Менликулов М.Ф.
НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЛИМФОИДНОГО АППАРАТА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХОЛОДОВОГО СТРЕССА

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Литературный анализ показал, что функциональная морфология лимфоидных структур мочевыводящих путей человека, как в норме, так и в эксперименте изучены существенно слабее, чем другие органы иммунной системы человека.

Справедливо мнение Я.А.Рахимова и соавторов, о том, что этот стресс имеет комплексный характер, поскольку в качестве стрессовых факторов выступают гипоксия, общее охлаждение организма, неблагоприятные метеорологические и географические условия. Действие холода как фактора стресса общепризнано, чему посвящено существенное количество специальных экспериментальных исследований.

Структурно-функциональные характеристики мочевыводящих органов, их иммунные структуры, при экспериментальном действии холодового стресса, фактически не описаны с современных позиций.

Цель исследования. В эксперименте при холодовом стрессе мы изучили морфометрические показатели лимфоидных структур мочевыводящих органов у крыс.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования проводились микроанатомическими методами (изучали лимфоидный аппарат правой лоханки, правого мочеточника и мочевого пузыря). Изучались крысы-самцы линии Вистар, в возрасте 2 месяцев к началу эксперимента, массой 170-220г. В качестве экспериментальной биомодели крысы были выбраны в связи с удобством их содержания, малой подверженностью болезням, принципиальным сходством в организации мочеточников и мочевого пузыря с аналогичными органами у человека.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы изучили морфометрические показатели лимфоидных структур мочевыводящих органов у крыс. Как уже указывалось, в стенках почечных лоханок, как в норме, так и в эксперименте определяются лишь единичные клетки лимфоидного ряда. Предварительное отдельное сопоставление особенностей лимфоидных структур в мочеточниках и мочевом пузыре (в контрольных группах между органами, в экспериментальных группах - в сравнении с контролем для каждого органа отдельно) позволило нам привести суммарные (обобщенные) данные размерных характеристик лимфоидных узелков крыс в мочевыводящих органах в целом.

Таблица 1

Некоторые размерно-количественные показатели лимфоидного аппарата мочевыводящих путей крыс при действии холодового стресса

Сроки эксперимента (сут)		п	Длина лимфоидного узелка (мкм)	Ширина лимфоидного узелка (мкм)	Площадь лимфоидного узелка (кв мм 10 ⁻⁴)
	эксперимент	8	110,3 ± 1,19 105 – 114	78,0 ± 0,53 72 – 82	49,4 ± 1,19 43 – 52
	контроль	5	122,5 ± 1,29 118 – 124	82,3 ± 1,07 79 – 84	54,2 ± 1,29 50 – 56
	эксперимент	8	108,5 ± 1,33 102 – 112	75,2 ± 1,33 70 – 80	45,3 ± 1,33 42 – 52
	контроль	5	120,0 ± 1,29 119 – 125	82,0 ± 1,29 78 – 85	54,0 ± 0,86 52 – 56
	эксперимент	8	105,3 ± 2,12 94 – 110	70,0 ± 1,59 62 – 74	45,0 ± 1,06 42 – 50
	контроль	5	126,2 ± 1,72 122 – 130	82,0 ± 1,72 78 – 86	56,2 ± 0,86 51 – 55
	эксперимент	8	100,0 ± 3,59 82 – 113	64,2 ± 1,59 60 – 72	40,0 ± 0,93 34 – 47
	контроль	5	120,0 ± 0,86 118 – 122	84,0 ± 1,93 76 – 87	54,3 ± 0,86 51 – 55
	эксперимент	8	105,6 ± 4,12 82 – 113	74,2 ± 1,06 66 – 78	44,6 ± 1,33 38 – 48
	контроль	5	122,0 ± 1,50 117 – 124	80,0 ± 1,72 78 – 87	52,0 ± 0,86 50 – 54
	эксперимент	8	116,0 ± 3,05 99 – 122	76,4 ± 1,19 74 – 83	48,3 ± 1,06 44 – 52
	контроль	5	122,4 ± 1,72 117 – 125	80,0 ± 1,50 78 – 85	51,2 ± 1,07 49 – 53

Примечание: 1. n – число наблюдений

Согласно нашим данным, у крыс экспериментальных групп размеры, как линейные, так и планиметрические, существенно отличаются от контроля, что связано со сроками эксперимента (табл.1). Так, длина лимфоидного узелка (продольный срез мочевыводящих органов) в 1 сутки опыта в 1,11 раза ($p < 0,05$), на 3 сутки – в 1,13 раза ($p < 0,05$), на

7 сутки – в 1,20 раза ($p < 0,05$), на 14 сутки – в 1,2 раза ($p < 0,05$), 21 сутки – в 1,15 раза ($p > 0,05$) и на 28 сутки – 1,06 раза ($p > 0,05$) меньше соответствующих этим срокам контрольным данным. Ширина лимфоидного узелка в 1 сутки в 1,06 раза ($p > 0,05$). 3 сутки – в 1,09 раза ($p > 0,05$), на 7 сутки – в 1,17 раза ($p < 0,05$), на 14 сутки – в 1,31 раза ($p < 0,05$), на 21 сутки – в 1,08 раза ($p < 0,05$) и на 28 сутки – в 1,05 раза ($p > 0,05$) меньше контрольных показателей. Площадь лимфоидного узелка на срезе в эксперименте в 1 сутки с его начала в 1,09 раза ($p > 0,05$), на 3 сутки – в 1,19 раза ($p < 0,05$), на 7 сутки – в 1,25 раза ($p < 0,05$), на 14 сутки – в 1,36 раза ($p < 0,05$), на 21 сутки – в 1,17 раза ($p < 0,05$), на 28 сутки опыта – в 1,06 раза ($p > 0,05$) меньше, чем контрольные данные.

Крайние индивидуальные показатели на всем протяжении эксперимента при холодном стрессе меньше контроля, что наиболее заметно на 7-14 сутки опыта.

На микроанатомических срезах мочевыводящих путей (продольных) мы изучили особенности плотности расположения клеток лимфоидного ряда при холодном стрессе у экспериментальных животных, сопоставив полученные данные с контролем (табл.2). Несмотря на одинаковые размеры на срезе, в мочеточниках и мочевом пузыре крыс, как контрольных групп, так и экспериментальных, плотность локализации клеток лимфоидного ряда в составе лимфоидных узелков и диффузной лимфоидной ткани в этих двух органах разная. Что дало основание для их раздельного рассмотрения в данной таблице 2.

Согласно полученным цифровым материалам, у крыс экспериментальных групп, однако, как в стенках мочеточника, так и мочевого пузыря, данный показатель на протяжении эксперимента существенно отличается от контрольных данных.

Таблица 2

Плотность расположения клеток лимфоидного ряда в органах мочевыводящих путей экспериментальных (э) и контрольных (к) крыс при действии холодного стресса

Сроки эксперимента (сут)		n	Диффузная лимфоидная ткань		Лимфоидный узелок	
			мочеточник	мочевой пузырь	мочеточник	мочевой пузырь
	Э	8	16,5± 0,93 10 – 19	20,2± 0,79 17 – 23	24,2± 0,79 20 – 26	26,4± ,06 20 – 28
	К	5	24,2± 1,29 20 – 26	28,6± 0,86 26 – 30	30,2± 1,08 28 – 32	32,4± ,29 30 – 36
	Э	8	14,2± 1,06 8 – 16	18,5± 0,79 14 – 20	20,0± 0,79 16 – 24	24,2± 1,19 18 – 26
	К	5	24,3± 0,86 21 – 25	28,8± 0,86 26 – 33	30,1± 1,29 28 – 34	32,6± 0,86 30 – 34
	Э	8	10,3± 0,79 7 – 13	16,4± 0,93 11 – 19	18,3± 1,33 14 – 24	20,1± ,19 17 – 26
	К	5	24,0± 0,86 21 – 25	29,2± 1,72 27 – 33	30,0± 0,86 27 – 31	34,0± 0,86 31 – 35
	Э	8	7,4± 1,33 5 – 15	14,3± 0,93 10 – 17	15,4± 1,20 11 – 20	19,0± 1,19 15 – 24
	К	5	24,2± 1,29 20 – 26	28,9± 1,72 26 – 32	32,2± 0,86 29 – 33	34,0± ,08 30 – 35
	Э	8	15,4± 0,93 10 – 17	17,5± 0,67 14 – 19	18,8± 1,33 12 – 22	25,5± ,19 18 – 29
	К	5	22,5± 1,08 20 – 25	29,0± 1,29 27 – 33	30,0± 0,64 29 – 31	34,2± ,86 31 – 35
	Э	8	17,2± 0,67 14 – 17	22,4± 0,79 18 – 24	22,8± 1,20 15 – 26	29,3± ,06 24 – 32
	К	5	23,6± 1,29 20 – 26	28,9± 1,29 25 – 31	30,0± 1,08 29 – 34	34,2± 1,52 29 – 36

Примечание: 1. n– число наблюдений

Так, плотность расположения клеток диффузной лимфоидной ткани в мочеточниках крыс экспериментальных групп, по сравнению с контрольными группами, снижается в 1 сутки опыта в 1,47 раза ($p > 0,05$), 3 сутки – в 1,71 раза ($p < 0,05$), на 7 сутки – в 2,33 раза ($p < 0,05$), на 14 сутки – в 3,26 раза ($p < 0,05$), на 21 сутки – в 1,47 раза ($p > 0,05$) и на 28 сутки – в 1,37 раза ($p > 0,05$).

В мочевом пузыре крыс экспериментальных групп данный показатель в 1 сутки опыта для диффузной лимфоидной ткани в 1,42 раза меньше ($p < 0,05$), на 3 сутки – в 1,56 раза меньше ($p < 0,05$), на 7 сутки – в 1,78 раза меньше ($p < 0,05$), на 14 сутки – в 2,02 раза меньше ($p < 0,05$), на 21 сутки – в 1,66 раза меньше ($p > 0,05$) и на 28 сутки – в 1,29 раза меньше ($p > 0,05$) контроля.

В лимфоидных узелках мочеточника экспериментальных групп плотность расположения клеток лимфоидного ряда меньше контроля в 1,25 раза ($p > 0,05$) в 1 сутки, на 3 сутки – в 1,51 раза ($p > 0,05$), 7 сутки – в 1,70 раза ($p > 0,05$), 14 сутки – в 2,09 раза ($p < 0,05$), 21 сутки – в 1,60 раза ($p > 0,05$) и на 28 сутки – в 1,36 раза ($p > 0,05$).

В лимфоидных узелках мочевого пузыря данный показатель в 1 сутки опыта меньше контроля в 1,23 раза ($p > 0,05$), на 3 сутки – в 1,35 раза ($p > 0,05$), 7 сутки – в 1,69 раза ($p > 0,05$), 14 сутки – в 2,20 раза ($p < 0,05$), 21 сутки – в 1,34 раза ($p > 0,05$) и на 28 сутки – в 1,17 раза ($p > 0,05$).

Выводы. Крайние индивидуальные показатели плотности расположения клеток лимфоидного ряда в лимфоидных образованиях мочеточника и мочевого пузыря на протяжении всего срока эксперимента меньше, чем в контроле, что особенно выражено в период 7-14 суток опыта.

Список литературы

1. Макро-микроскопическая анатомия лимфоидных узелков мочевыводящих органов у людей разного возраста / С.В. Ключкова, О.Т. Девонаев, Д.Б. Никитюк // Журнал анатомии и гистопатологии. – Воронеж. 2022. - №1(11). – С.44-48.
2. Лимфоидные структуры мочеточников у крыс в норме / А.Д Махмуджонова [и др.]. // Материалы конф. молодых ученых. 2021. С.84-85.

Давлатов С.А.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОФАЗНЫХ СХЕМ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ВЫСШИХ ГАРМОНИК ТОКА

Кафедра медицинской физики и информатики им. С.Ситамова ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Актуальность. При передаче и распределении электрической энергии (ЭЭ) по электрическим сетям синусоидальная форма кривой напряжения искажается. Это связано с наличием в составе электроэнергетической системы (ЭЭС) электрооборудования (ЭО) и электроприёмников (ЭП) ЭЭ с нелинейной вольтамперной характеристикой (ВАХ) [1]. Такими ЭП являются полупроводниковые элементы, мощные преобразовательные установки, электроника, газоразрядные источники света и т. п.

С другой стороны, в электроэнергетических системах (ЭЭС) функционируют ЭП и ЭО, которые восприимчивы к ухудшению показателей качества электроэнергии (ПКЭ) и уровня высших гармоник тока (ВГТ) [2]. Примером такой энергосистемы является ЭЭС Республики Таджикистан (РТ) (рис. 1), в которой основным источником ЭЭ являются гидроэлектростанции (ГЭС), а основным потребителем является государственное унитарное предприятие «Таджикская алюминиевая компания» (ГУП «ТАЛКО»). Поэтому для устранения отрицательного влияния ГУП «ТАЛКО» на ЭО ЭЭС целесообразно применять ряд мероприятий для компенсации ВГТ в электрических сетях РТ.

Цель исследования. Применение многофазных схем преобразования для компенсации высших гармоник тока. Известно, что ЭП с нелинейными ВАХ генерируют ВГТ, что в конечном итоге приводит к нагреву ЭО сверх допустимых величин. Такую картину можно наблюдать особенно в автономных ЭЭС, где мощность ЭП с нелинейными ВАХ соизмерима с установленной мощностью генераторов системы.

Материал и методы исследования. На сегодняшний день разработан ряд способов обеспечения КЭ и компенсации ТВГ [3 – 5]. Согласно [1, 2] из всех существующих способов для снижения уровня ВГ в СЭС можно разделить на следующие группы:

- схемное решение;
- использование фильтровых устройств;
- применение многофазных преобразователей.

Применение фильтрокомпенсирующих устройств (ФКУ) для снижения уровня ТВГ в ЭЭС РТ рассмотрена на работах [3]. Поэтому в данной работе рассмотрено применение МСП для компенсации ТВГ на выводах 10 кВ преобразовательного трансформатора (ПТ) ГУП «ТАЛКО». После этого оценён эффект от действия МСП в других узлах энергосистемы (рис.1).

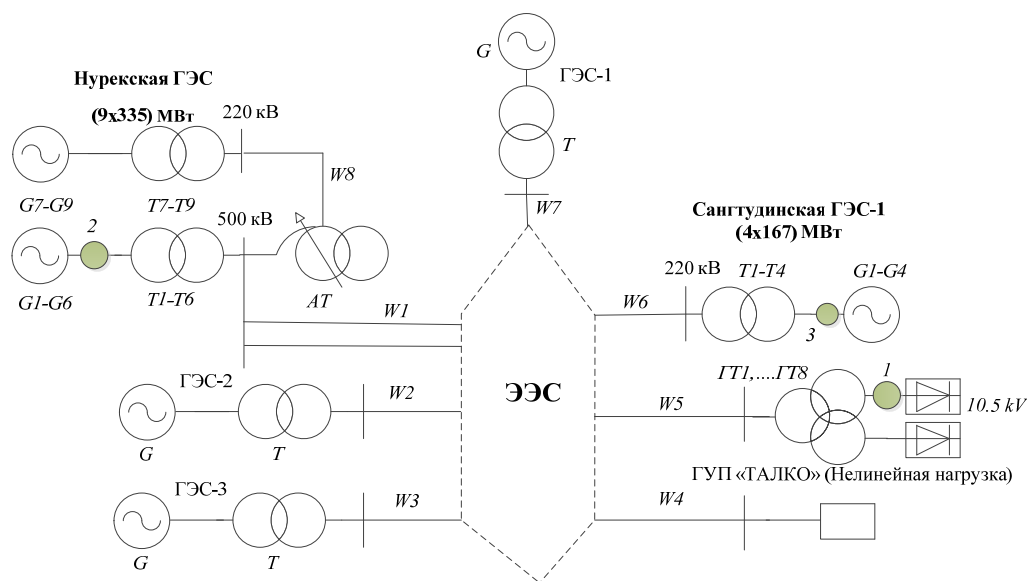


Рис. 1. Электроэнергетическая система Республики Таджикистан

Многофазные схемы преобразования. В системах электроснабжения алюминиевых заводов широко используются многофазные преобразования. В преобразовательных трансформаторах таких предприятий применяются 6, 12, 18, 24, 36 и 48-фазные схемы преобразования. Характеристика таких видов предприятий приведена в [1, 2, 4].

Порядок ВГТ, вырабатываемых преобразовательными установками, определяется в соответствии с уравнением

$n = p \cdot k \pm 1$. При увеличении фазности преобразователя часть из ВГТ компенсируется, порядок высших гармоник можно определить по выражению:

$$n = \frac{p}{2} \cdot (2 \cdot k - 1) \pm 1, \quad (1)$$

где p – пульсность преобразователя; $k = 1, 2, 3, \dots$ – число.

Уравнение (1) показывает, что 6-пульсный преобразователь генерирует нечетные гармоники (за исключением гармоник кратных трем), начиная с 5-ой, 12-пульсный – начиная с 11-ой. Наряду с этим гармоники порядка 5, 7, 17, 19, 29 и 31-я компенсируются в схеме преобразователя.

Компенсация ВГТ происходит каскадно (таблица 1), то есть на низшей ступени преобразования применяются 6-пульсные схемы, из которых формируются 12-пульсные. Этот процесс позволяет компенсировать ВГТ согласно выражению (1). Практика использования многофазных схем преобразования показала, что значения некомпенсированных ВГТ при 6-пульсной и 12-пульсной схеме достаточно высоки. Для снижения некомпенсированных ВГТ на металлургических предприятиях применяют 18-, 24-, 36- и 48-фазные схемы преобразования. Применение многофазных схем преобразователей позволяет компенсировать ВГ порядка $n = 11, 13, 23, 25$ для 18- и 36-фазной, а порядок $n = 35, 37$ для 48-фазной.

Для компенсации ВГТ с помощью многофазных схем преобразования используются специальные преобразовательные трансформаторы. Компенсация осуществляется за счет обеспечения фазовых сдвигов углов токов. Подробное объяснение приведено в [1]. Фазовый сдвиг ТВГ вычисляется следующим образом:

$$\alpha^{(n)} = -\alpha^{(1)} \cdot (1 \pm n), \quad (2)$$

где $\alpha(1)$ – фазовый сдвиг основной гармоники тока; n – порядок гармоники; знак « $\pm$ » – зависит от последовательности гармоник тока («+» – для токов прямой последовательности 4 «-» – для токов обратной последовательности).

Каскадная компенсация ТВГ с помощью многофазных схем преобразования приведена в таблице 1.

Таблица 1

Эффективность компенсации ВГ тока в m -фазных схемах преобразователей

Схема преоб/ния	Порядок гармоник тока											
	5	7	11	13	17	19	23	25	29	31	35	37
6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
12	-12	-12	+	+	-12	-12	+	+	-12	-12	+	+
18	-18	-18	-18	-18	+	+	-18	-18	-18	-18	+	+
24	-12	-12	-24	-24	-12	-12	+	+	-12	-12	-24	-24
36	-12	-12	-36	-36	-12	-12	-36	-36	-12	-12	+	+
48	-12	-12	-24	-24	-12	-12	-48	-48	-12	-12	-48	-48

Условное обозначение:

«+» – гармоники присутствуют в сетевой обмотке преобразовательного трансформатора;

«-» – гармоники отсутствуют в сетевой обмотке преобразовательного трансформатора;

12 – пульсность схемы, за счет которой достигается компенсация ВГ.

Для оценки эффективности компенсации ВГ используется коэффициент некомпенсированности $k_{ВГ}$, определяемый для каждой гармоники выражением:

$$k_{ВГ} = \frac{\sum_{k=1}^n I_k^{(n)}}{\sum_{k=1}^n |I_k^{(n)}|} \quad (2)$$

$$\sum_{k=1}^n I_k^{(n)} = 0 \quad \text{и} \quad k_{ВГ} = 0$$

Тогда при полной компенсации . В целом, в зависимости от схемы преобразования,

$$0 \leq k_{ВГ} \leq 1$$

. Подробное объяснение компенсации ВГ в многофазной схеме преобразования приведена в [1, 3].

В качестве примера для компенсации ВГ в многофазной схеме преобразования приводим – 36-фазную схему. В схеме, приведённой на рисунке 2, три группы кремниепреобразовательной подстанции (КПП), каждая из которых образована двумя КПП (1 и 2, 3 и 4, 5 и 6), имеющими одинаковые схемы соединения обмоток трансформаторов преобразователей. При этом фазовый угол между группами ветвей составляет $\alpha = 10^\circ$ ($\alpha_1 = -10^\circ$, $\alpha_2 = 0^\circ$, $\alpha_3 = +10^\circ$). Тогда для гармоник, образующих прямую последовательность, угол $ak(n)$ поворота вектора n -ой $ak(n) = -\alpha_0 \cdot (1-n)$, а для гармоник, образующих обратную последовательность, $ak(n) = -\alpha_0 \cdot (1+n)$. Здесь $\alpha_0 = ak$.

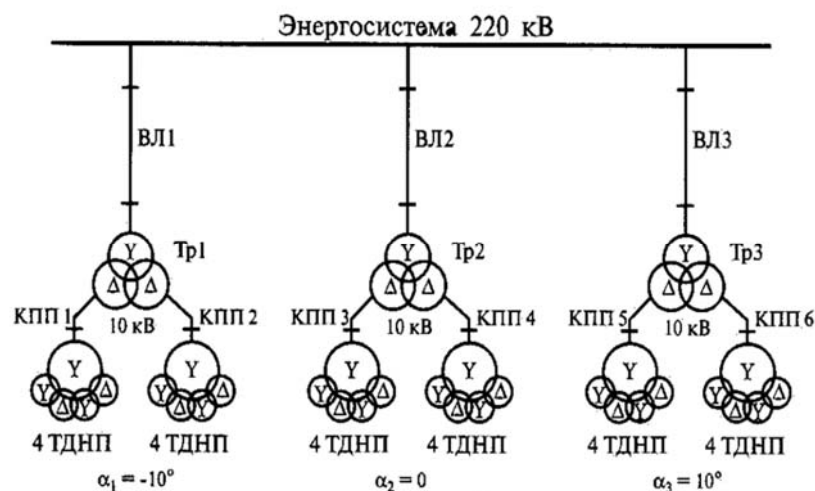


Рисунок 2. Фрагмент системы электроснабжения при 36-фазной схеме преобразования. При этом коэффициент нескомпенсированности согласно (2):

$$k = \frac{\sum_{i=1}^3 I_{-i}^{(n)}}{\sum_{i=1}^3 |I_{-i}^{(n)}|} = \frac{I_{-1}^{(n)} + I_{-2}^{(n)} + I_{-3}^{(n)}}{I_1^{(n)} + I_2^{(n)} + I_3^{(n)}} = \frac{I^{(n)} \cdot (\cos \alpha_1 + \cos \alpha_2 + \cos \alpha_3)}{3 \cdot I^{(n)}} = \frac{1}{3} \cdot (\cos \alpha_1 + \cos \alpha_2 + \cos \alpha_3)$$

Например, при $n = 5$

$$k = \frac{1}{3} \cdot [\cos(-60^\circ) + \cos 0 + \cos(60^\circ)] = \frac{1}{3} \cdot (0,5 + 1 + 0,5) = 0,667$$

Векторная диаграмма токов в сетевых обмотках преобразовательных трансформаторах показана на рисунке 3.

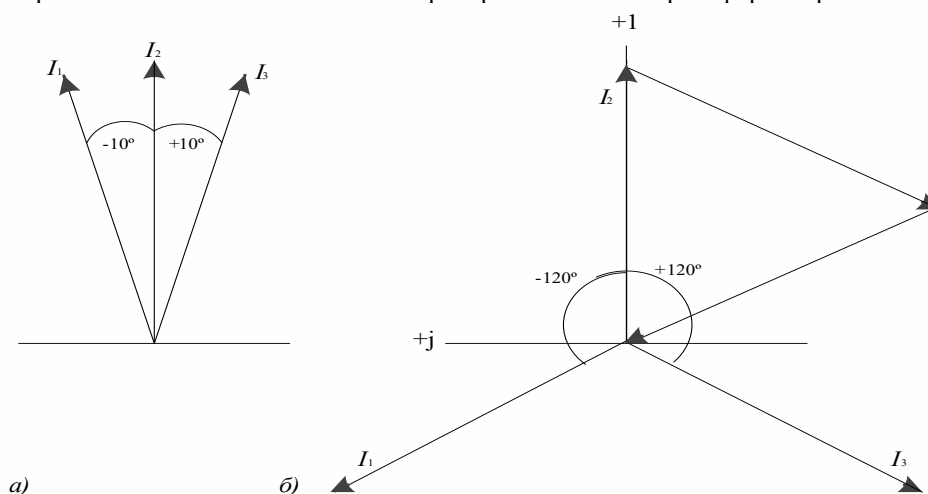


Рисунок 3. Векторная диаграмма токов основной частоты (а) и 11-ой гармоники (б) при 36-фазной схеме преобразования.

Из векторной диаграммы (рисунок 3) видно, что при 36-фазной схеме преобразования токи 11-ой гармоники компенсируются ($k(11) = 0$).

Результаты исследования и их обсуждение. С увеличением фазности преобразовательной установки значения коэффициента KI в других точках контроля уменьшается. Так, например, при 18 – фазной схеме преобразования в точке контроля 2 значение $KI = 2,35 \%$, а при 24 – фазной $KI = 0,75 \%$. Однако при 36 – фазной схеме значение $KI = 0,95 \%$ увеличивается. Это связано с тем, что при 36 – фазной схеме в основном токов ВГ порядка $12 \cdot n \pm 1$ полностью компенсируются, а токов ВГ других порядок компенсируются частично или вообще не компенсируются. При этом в 24 – фазном – за исключением токов ВГ порядка $24 \cdot n \pm 1$, остальные полностью компенсируются (см. таблица 1). При 48 – фазной схеме ВГТ практически полностью компенсируются. Поэтому целесообразно применять 48 – фазную схему преобразования.

Выводы.

1. Для компенсации ВГТ в ЭЭС РТ рекомендовано применение многофазной установки средств компенсации высших гармоник на выводах 10 кВ групп трансформаторов ГУП «ТАЛКО», и показана эффективность применяемых способов компенсации ТВГ.

2. Показана эффективность применяемых способов компенсации ВГТ. Результаты расчетов показывают, что с увеличением фазности преобразовательной установки значения коэффициента KI на выводах генераторов электростанций уменьшаются, например, на выводах генераторов Нурекской ГЭС (ТК 2):

- при 18 – фазной схеме преобразования – $KI = 2,35 \%$;
 - при 48 – фазной – $KI = 0,0001 \%$.
- На выводах генераторов Сангтудинская ГЭС-1 (ТК 3):
- при 18 – фазной схеме преобразования – $KI = 0,76 \%$;
 - при 48 – фазной – $KI = 0,0001 \%$.

Литература

1. Карташев И.И. Управление качеством электроэнергии / И.И. Карташев, В.Н. Тульский, Р.Г. Шамонов, Ю.В. Шаров, Р.Р. Насыров. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательский дом МЭИ, 2017. – 346 с.
2. Жежеленко И.В. Высшие гармоники в системах электроснабжения промпредприятий / И.В. Жежеленко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Энергоатомиздат, 2009. – 160 с.
3. Джураев Ш.Дж. Разработка алгоритма снижения влияния токов высших гармоник на режим работы гидрогенераторов: дис. ... канд. техн. наук: 05.14.02 / Джураев Шохин Джураевич. – М. 2018. – 180 с.
4. Joao Afonso L. Active Filters for Power Quality Improvement / Joao L. Afonso, H.J. Ribeiro and Julio S. Martins. // 2001 IEEE Porto Power Tech, 10-13 Set. – Porto, Portugal. – P. 1 – 8.
5. Venkata Ramana B. Analysis of Active and Passive Power Filters For Power Quality Improvement under Different Load Conditions / B.Venkata Ramana, S.Dayasagar Chowdary, G.Venkata Ratnam. // International Journal of Advanced Research in Electrical. – Electronics and Instrumentation Engineering, Issue 8. – August 2014. – P. 11102 – 11115.

1Давлатова Г.М., 2Одинаев Ш.Т., 1Қураева М.Қ.

ХУСУСИЯТҲОИ ҚАРЗДИҲӢ БА ҚОРҲОНАҲОИ КИШОВАРЗӢ ДАР ИҚТИСОДИ МУОСИР

1Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТХ”. Тоҷикистон.

2Институти иқтисодиёт ва таҳқиқи системавии рушди кишоварзӣ. Тоҷикистон.

Мухимият. Хидматрасонии бонкӣ барои қорхонаҳои кишоварзӣ дар рушди соҳа ҳамчун як баҳши иқтисодиёти миллӣ муҳим аст. Дар айни замон, қорхонаҳои кишоварзӣ метавонанд тамоми хидматрасониҳои бонкиро дастрас намо-янд:

- маблағгузорӣ дар шаклҳои гуногун (қарзҳо, қафолатҳо, векселҳо);
- ҳама шаклҳои ҳисоббаробаркунии ғайринақдӣ бо сомонӣ ва асъори хориҷӣ;
- қабул ва супоридани пули нақд бо сомонӣ ва асъори хориҷӣ;
- лоиҳаҳои қортҳои музди меҳнат;
- ҳисоббаробаркунии шабонарӯзӣ дар системаи "Мизоч-Бонк";
- амалиёти конверсионӣ бо ҳама намуди асъор;
- сармоягузориҳои фондҳои озодаи қорхонаҳо ба арзишманд векселҳо (векселҳо, шаҳодатномаҳо) ва пасандозҳо.

Фаъолияти бештари қорхонаҳои кишоварзӣ дар робита бо истифодаи маблағҳои қарзӣ - қарзҳои шакл ва наму-дҳои мухталиф зоҳир шудааст. Аз ин рӯ, қарз як падидаи табиист, ки ба таври объективӣ зарурияти қорхонаҳои кишо-варзиро ба истифодаи маблағҳои қарзӣ инъикос мекунад [1].

Мақсади тадқиқот. Омӯзиш ва пешниҳоди тавсияҳои назариявӣ методӣ ва амалии илман асоснокшуда, ҷиҳати тақмили усулҳо ва воситаҳои пешниҳоди сармоягузориҳо ба соҳаи кишоварзӣ бо мақсади беҳтарсозии вазъи молиявӣ хоҷагидорӣ қорхонаҳои кишоварзӣ.

Объекти таҳқиқот қорхонаҳои кишоварзӣ, хоҷагиҳои деҳқонӣ (фермерӣ), ҷамъиятҳои саҳҳомӣ, кооперативҳои тичоратӣ ва дигар шаклҳои хоҷагидорӣ мебошад, ки ҷараёни беҳтар кардани қарздиҳиро барои ҷалби захираҳои сармоягузорӣ ба соҳаи кишоварзӣ бо истифода аз қорхонаҳои кишоварзии вилояти Хатлон, инчунин дигар иштирокчиёни мустақим ё ғайримустақими ин равандро танзим мекунад.

Натиҷаҳои тадқиқот. Қариб ҳамаи кишварҳои тараққикарда системаи махсуси кредитии соҳаи кишоварзӣ доранд. Ин бо як қатор хусусиятҳо вобаста аст.

Хусусияти аввалини истеҳсоли маҳсулоти кишоварзӣ бо хавфҳои қарзӣ, ки ба тағйирёбии нархи маҳсулоти кишоварзӣ ва захираҳо, инчунин аз омилҳои табиӣ ва иқлимӣ вобастагии сахт дошта, муайян карда мешавад. Ин қафолати қарзҳоро ба истеҳсолкунандагони маҳсулоти кишоварзӣ кам мекунад, ки дар натиҷа бонкҳои тичоратӣ омодаанд чунин қарзҳоро танҳо бо гавари баланд диҳанд. Аммо, агар мо дар бораи амволи ғайриманкул сӯҳбат накунем (додани қарзи ипотека барои қарзҳои мавсимӣ истифода намешавад), хусусияти худро дар баҳши кишоварзӣ доранд.

Омилҳои табиӣ, ки ба истеҳсолоти кишоварзӣ таъсири манфӣ доранд, одатан на ба истеҳсолкунандагони алоҳида, балки ба тамоми минтақаҳо таъсир мерасонанд. Ҳамзамон, арзиши гавари таҷҳизоти махсус коҳиш меёбад, зеро татбиқи он хароҷоти назаррасро барои ғамлу нақд ба минтақаҳои дигар талаб мекунад.

Хусусияти дуввум аз сабабҳои таърихӣ ва иҷтимоӣ вобаста аст, ки қорхонаҳои кишоварзӣ ва хусусан фермерон аз бисёр ҷиҳатҳо аз дигар муштариёни бонк фарқ мекунад. Ин ба он вобаста аст, ки принсипи бознишастагӣ танҳо дар охири солҳои 90-ум ба қор сар кард. То он вақт қарзи истеҳсолкунандагони кишоварзӣ аз ҳисоби давлат сабук карда мешуд.

Хусусияти сеюм дар нақши анъанавӣ баланди танзими давлатӣ дар соҳаи маблағгузориҳои соҳаи кишоварзӣ ифода ёфтааст, ки ба фаъолияти ташкилотҳои қарзии тичоратӣ таъсири худро мегузорад.

Ҳаҷми қарздиҳӣ ба соҳаи кишоварзӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хурд буда, ба эҳтиёҷоти соҳа ба захираҳои мо-лиявӣ ҷавобгӯ нест. Сабабҳои зиёд барои маблағгузориҳои нокифоямебошанд. Аммо онҳоро аз рӯи ду нуқтаи асосӣ ғуруҳбандӣ кардан мумкин аст: аз як тараф ин сабабҳо дар соҳаи пешниҳоди захираҳои кредитӣ ва аз ҷониби дигар дар соҳаи истеъмоли онҳо.

Ғайр аз он, соҳаи кишоварзӣ бо моҳияти мавсимии истеҳсолот ва гардиши нобаробари сармояи қорӣ тавсиф карда мешавад. Корхонаҳои ин соҳа иқтисодии гуногунранг мебошанд, аз ин рӯ гардиши сармоя вобаста ба хусусиятҳои технологияи соҳаҳои асосии истеҳсол давраҳои гуногуни гардишро дорад. Мисол, давраи истеҳсолот дар истеҳсоли ғалладонагӣ ва зироатҳои техникӣ 8-10 моҳ, дар қорводорӣ гуштии 1-2 сол ва ғайра ташкил медиҳад.

Дар соҳаҳои зироатпарварӣ дар нимсолаи аввали соли қорӣ мунтазам болоравии хароҷоти истеҳсоли ба назар мерасад, ки аз ҳисоби истеҳсоли маҳсулоти тайёр пӯшонидани намешавад. Ин сабаби асосии пайдоиши талаботҳои қалон ба сармояи қарзӣ мебошад. Мисол, ҳангоми истеҳсоли зироатҳои ғалладона, давомнокии хароҷот аз 1 то 6 моҳ буда, ҳиссаи онҳо аз рӯи марҳилаҳои истеҳсолот аз 6% (чуфти) то 35% (кишти зироат) мебошад. Дар айни замон, афзоиши хароҷот хеле нобаробар аст. Пас аз шудгор қардан дар заминҳои бӯғдор ва хунук, қор амалан иҷро намешавад ва бо фарорасии баҳор, ҳаҷми онҳо то 40% меафзояд (ба ақидаи Саидзода С.Т.) [2].

Дар соҳаи қорводорӣ сармоягузориҳои қалон ба хариди қорво ва қойгиронии онҳо ва таъмини захираҳои зарурии ҳӯроқворӣ алоқаманд мебошанд.

Ғайр аз он, хоҷагӣ барои таъмири биноҳо, техникаи кишоварзӣ ва таъминоти он бо сӯзишворӣ ва равангҳои молидани доимо маблағ талаб мекунанд.

Тафовути мавсимӣ байни хароҷоти истеҳсоли ва даромади умумии маблағ дар нақшаҳои молиявии қорхонаҳои инъикос карда мешавад. Нақшаҳои молиявӣ барои як сол бо тақсироти симоҳа таҳия карда мешаванд. Бонқҳо таъмин менамоянд, ки барзиёдии хароҷот нисбат ба даромад дар нимсолаи якуми соли қорӣ бо гардиши пули нақд дар нимсолаи дууми сол пӯшонидани шавад. Танҳо дар ин сурат мумкин аст, ки барои саҳмияҳои захираҳо ва хароҷоти истеҳсоли қарз пешниҳод шавад. Бидуни ин ҳолат, сармоягузориҳои қарзҳои бонқӣ метавонанд боиси талафоти қарзҳои дермонии музмин бошад.

Монанди дигар соҳаҳои истеҳсолоти моддӣ, сармояи қардони қорхонаҳои кишоварзӣ дар захираҳо, истеҳсолоти нотаом, хароҷотҳо

барои давраҳои оянда гузошташуда, маҳсулоти тайёр ва пули нақд дар ҳисоббаробарқунии қойгир қарда шудаанд. Сохтори қорой ва объектҳои қарздиҳии бонқӣ аз хусусиятҳои соҳавии қорхона вобаста аст.

Дар соҳаи растанипарварӣ объектҳои асосии қарздиҳӣ тухмиҳо, нуриҳои органикӣ ва минералӣ, воситаҳои ҳифзи кимии растанӣ, маҳсулоти зироати соли қорӣ, молҳо дар роҳ барои қаридорон (молҳои қаристодашаванда), маводи сохтмон, қисмҳои эҳтиётии техникаи кишоварзӣ, сӯзишворӣ, банду баст, сӯзишворӣ, мавод ва дигар арзишҳо мебошанд. Дар соҳаи қорводорӣ, иншооти он қорой чунин намудҳои қоройҳо буда, зиёд мешаванд: ба мисли қорвои серғизо, иловаҳо ба ҳӯроқи қорво ва воситаҳои ҳифзи ҳайвонот.

Монанд ба саноат, қоройҳои моддӣ дар соҳаи кишоварзӣ чунин ба ҳисоб қарифта мешавад:

- а) бо нархи қарид;
- б) арзиши асли;
- в) бо нархи қурӯш.

Дар натиҷа, ҳама арзишҳои моддӣ ва хароҷоте, ки истеҳсолти кишоварзӣ, қурӯши маҳсулот ва муттасилии қардиши сармояро таъмин мекунанд, тавассути қарзи бонқ қардохт қарда мешаванд.

Дар баъзе ҳолатҳо, бонқҳо барои таъмини захираҳо ва ҳосили соли оянда қарз медиҳанд. Ба онҳо арзиши хароҷоти кишти заминҳои кишоварзӣ зери бӯғи, зироатҳои зимистонӣ, алафҳои бисёрсола ва дигар зироатҳо дохил мешаванд. Шартҳои асосии ба ҳисоб қарифтани ин гуна захираҳо ва хароҷот ин қардохти саривақтии қарзҳо аз ҳисоби қурӯши ҳосили соли додашуда мебошад.

Одатан, бонқҳо барои маҳсулоти зироатие, ки қурӯхта нашудааст ва ба соли оянда монда шудааст, қарз на медиҳанд. Ин ба он вобаста аст, ки нигоҳдории чунин маҳсулот беҳатарии он ва сифатҳои зарурии тиҷоратиро қаролат намедиҳад [3].

Санҷиши истифодаи мақсадноки қарзҳои бонқӣ дар асоси маълумотҳои тавозунӣ ва боздид аз қой гузаронидани мешавад. Дар сурати вайрон қардани истифодаи сармояи қарзқарифта, бонқҳо ҳуқуқ қоранд қордани қарзро бозқоранд ва барқардонидани онро пеш аз мӯҳлат анҷом диҳанд. Қарздиҳӣ ба қорхонаҳое, ки аз ҳисоби маблағҳои қаблӣ дар шароити номӯсоиди обу ҳавоқарздор шудаанд, танҳо бо қарори мақомоти идорақунии бонқ ва комиссияҳои қарлатӣ ба таври истисноӣ амалӣ қарда мешавад. Қордани қарзҳои нав барои пӯшонидани қарзҳои мӯҳлаташ гузашта ва "қлиринг" -и дебиторӣ танҳо бо қаролати бучаҳои маҳаллӣ ва қумҳуриявӣ қорда мешавад.

Аз сабаби хусусиятҳои раванди тақрористеҳсолқунии, кишоварзӣ наметавонад танҳо аз ҳисоби маблағҳои худ қаролат қунад.

Вай ба дастқирии молиявӣ ва қарзии қарлат ниёз қоранд. Дар қурнамои пешбинишаванда, Стратегияи миллии рушди Қумҳурии Тоҷикистон барои қарвай то соли 2030 боварӣ қомил аст, ки қарлат барои рушди соҳаи кишоварзӣ маблағи қойӣ қайдо намуда самаранокии соҳаи кишоварзӣ ва зиёд намудани саҳми он дар таъмини амнияти озуқаворӣ бо назардошти қизои қомил баланд бардошта шавад. Маблағҳои худ қорхонаҳои кишоварзӣ ҳатто барои қорҳои мавсимӣ, ҳисоббаробарқунии бо буча ва маош қифоя нестанд, инчунин барои қариди таҳқизоти кишоварзӣ, нуриҳо норасоҳои молиявӣ ба мушоҳида мерасад.

Ягона манбаи воқеии имқонпазирӣ маблағқузорӣ барои хароҷоти мавсимӣ ва сармояқузориҳои асосӣ ин қарз мебошад.

Аммо агар дар кишварҳои тараққикарда асоси қарзи кишоварзӣ қарзҳои бонқӣ бошад, пас дар кишварҳои рӯ ба тараққӣ ва кишварҳои қорой иқтисоди гузариш, ба гуфтаи Обидов Ф. С., шаклҳои ғайрибонқии қарз аҳамияти қалон қоранд: қарзҳои молӣ, шаклҳои гуногуни иҷора ва ғайра [4].

Хулоса. Қредити молӣ яке аз намудҳои қадимтарини қарз буда, аз амалиёти савдо ба вучуд меояд. Шаклҳои гуногуни қарзҳои молӣ мавҷуданд. Вариантҳои соддаи қархелаи он пешниҳоди захираҳои мавсимӣ барои кишоварзӣ аз қаравӣ ҳосили оянда иборат аст. Бо системаи муқаммалӣ қарздиҳии бонқӣ, қарзи моқиро бо истифодаи суратҳисоби қушод анҷом қордан мумкин аст. Қарзи молӣ ҳамон вақт самарабахш аст, ки истеҳсолқунандаи маҳсулоти кишоварзӣ

ба қарзҳои бонкӣ эҳтиёҷнадоранд. Ин шакли қарз одатан ҳамгироии намудии истеҳсолиро дар комплекси агросаноатӣ ҳамроҳи мекунад.

Пас дар давраи муосир ташаккулёбии муносибатҳои қарзии кишоварзӣ ин ҳавасмангардонии ғайолияти қорхонаҳои кишоварзӣ тавасути чунин фишангҳо ба монанди қарз, андоз, лизинг ҳисобида мешавад.

Адабиётҳо

1. Комилов С.Дж., Гафаров Ф.М. Развитие кредитных организаций как условие активизации инвестиционных процессов в регионах // Таджикистан и современный мир / Вестник ЦСИ при Президенте Республики Таджикистан. - Душанбе: КВД «Точикдипсервис», 2017. - № 2(57). - С.149-157.
2. Саидзода С.Т. Рекомендации по возделыванию зерновых культур в Республике Таджикистан. Душанбе: МСХ, 2000. 25 с.
3. Муродов Ҷ.Қ., Абдуллоев А.Х. Рушди маблағгузорӣ ба комплекси кишоварзӣ саноати Чумхурии Тоҷикистон [Матн] Ҷ.Қ.Муродов, А.Х. Абдуллоев //Маводи конференсияи ҷумхуриявии илмӣ-амалӣ дар мавзӯи «Мукаммалёбии механизмҳои молиявӣ қарзии Чумхурии Тоҷикистон дар шароити муосири иқтисодӣ» бахшида ба 70-солагии профессори кафедраи молияи ДМТ Раҳимов З.А. (15-уми феввали соли 2014). Душанбе, Матбааи ДМТ, 2014, саҳ. 298-299.
4. Обидов Ф.С. Деньги, кредит, банк / Ф.С. Обидов, Д.А.Худоиназаров. —Душанбе: Ирфон, 2010. —100 с.

Давлатов И.А., Курбонов С., Асанбекова С.Х.

АДАПТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время заболевания ЩЖ, особенно ДТЗ, относятся к категории самых распространенных эндокринных заболеваний, в частности, в Республике Таджикистан, являющейся эндемичным регионом, где отмечается неуклонный рост числа пациентов с ДТЗ, что составляет от 23,3% до 70% от общего числа заболеваний эндокринной системы, а это делает ее значимой медико-социальной и одной из приоритетных проблем практического здравоохранения республики (Кахаров А.Н. с соавт., 2016; Гулов М.К. с соавт., 2017; Курбонов С. и др., (2018;).

Однако в Республике Таджикистан в настоящее время в научной литературе очень мало информации по вопросам структурно-функциональной организации ЩЖ при ДТЗ, имеющиеся краткие сведения в значительной степени лишены количественных оценок.

Одним из перспективных в этом плане направлений может быть потребность разработки морфометрических показателей ЩЖ, определяющих прогноз оперативного вмешательства при диффузном токсическом зобе, особенно, у людей во втором периоде зрелого возраста. Вышеуказанное обусловило цель нашего исследования.

Цель исследования. Морфометрическая оценка адаптивных преобразований микроциркуляторного русла ЩЖ при ДТЗ зобе.

Материал и методы исследования. Нами исследована щитовидная железа у 96 больных с диффузным токсическим зобом, которые были оперированы в Городской клинической больнице №5 на базе кафедры общей хирургии №1. В работе применялись гистологические методы окраски препаратов гематоксилином - эозином и по Ван-Гизону и морфометрические (количественное измерение, диаметр фолликулов, высота тиреоидного эпителия, индекс Брауна и площадь фолликулов). Для определения функционального состояния щитовидной железы по морфологическим признакам использовали индекс Брауна (в основе чего лежит зависимость между диаметром фолликулы и высотой тиреоидного эпителия). Статистический анализ полученных данных проведен методом вариационной статистики с помощью программы «Statistica 6,0» с подсчетом средних величин и ошибки средней ($M \pm t$).

Дисперсионный анализ для сравнения нескольких выборок, а для парного сравнения независимых выборок применялся U-критерий Манна-Уитни. Нулевая гипотеза отвергалась при $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования при ДТЗ были обнаружены все основные признаки микроциркуляторных гемодинамических расстройств, происходящих по двум основным морфофункциональным направлениям: мобилизация резервов, возрастных путей кровотока и гемодинамики, в дальнейшем эти преобразования переходят в дистрофические процессы. Мелкие кровеносные сосуды расширены ($24,3 \pm 0,2$ мкм) и особенно расширены капилляры (до $12,2 \pm 0,3$ мкм) и вены (до $30,0 \pm 0,3$ мкм), которые содержали большое количество эритроцитов, нередко в капиллярах и венах наблюдался стаз форменных элементов крови. Резко расширенные, переполненные эритроцитами кровеносные капилляры имели неровные контуры. По ходу артериол, капилляров и венул отмечены периваскулярные скопления лимфоидных клеток и плазматическое пропитывание их стенок, окруженных крупными лимфоидными клетками. В артериолах и прекапиллярах наблюдается утолщение базальной мембраны эндотелиальных клеток. Капиллярная сеть, т.е. каждый фолликул окружен собственной системой капилляров, контуры неровные, некоторые из капилляров локально расширены. В участках межфолликулярного строения расширенные капилляры переплетались между собой очень сложным образом, образуя клубочковые структуры.

Соответственно для ДТЗ, особенно у женщин, находящегося в состоянии резчайшего напряжения, более выгодно образование мельчайших, быстро функционирующих элементов (клубки, озера, варикозности) артериоло-венулярных анастомозов, а также преобразование структур венозного русла (мышечных, эластических и пучков коллагеновых волокон), что свидетельствует о временной компенсации ЩЖ при данной патологии.

ДТЗ характеризовался поражением микроциркуляторного русла на всем протяжении, но наиболее выраженные

изменения отмечались в капиллярах и посткапиллярах усилением адгезионных свойств эндотелия. Адгезионные свойства эндотелиальных клеток при экстремальных состояниях выражены в различных отделах микроциркуляторного русла неодинаково. Наиболее активно ведут эндотелиальные клетки посткапилляров и венул.

Результаты морфометрического исследования свидетельствуют о расширении просвета всех звеньев путей микроциркуляторного русла по сравнению с группой контроля ($P<0,05$).

На препаратах ЩЖ сфинктерные устройства находились в фазе дилатации. При ДТЗ значительно чаще наблюдается феномен извилистости, т.е. происходит увеличение количества и глубины зигзагов капилляров и посткапилляров. Извилистость капилляров и посткапилляров существенно интенсифицируется в процессе газообмена за счёт возникновения вторичных скоростей в поперечном сечении их. Как известно, интенсивность обмена в этих условиях может быть в сто раз больше, чем в случаях с прямым сосудом.

Рассматривая результаты нами изученных микропрепаратов ЩЖ, следует указать, что, по данным гистологического и морфометрического анализа выявлено, наряду с гемодинамическими нарушениями, сочетание явлений эксудативного и пролиферативного процессов, которые характеризовались однотипными изменениями у мужского и женского пола, отличающиеся преимущественно степенью распространенности морфофункциональных перестроек структуры органа. Для оценки распространенности паренхиматозных повреждений мы оценили степень очагов дегенеративного поражения и морфометрические характеристики параметров компонентов железы и стромных образований.

Выводы. Соединительно-тканевые преобразования ЩЖ при ДТЗ и характер патоморфологических перестроек взаимосвязаны с гемодинамическим нарушением кровообращения в звеньях микроциркуляторного русла.

Список литературы

1. Кахаров А.Н. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения доброкачественного узлового и многоузлового зоба / А.Н. Кахаров, Г.Х. Ибодова // Здоровоохранение Таджикистана. -2016.-№1. – С.77-82.
2. Клинико–морфологическая картина многоузлового эутиреоидного зоба / М.К. Гулов, А.Г. Расулов, З.М. Нуров [и др.] // Вестник Авиценны.-2017.-Т.19.-№1.-С.46-49.
3. Курбонов С. Комплексное изменение структуры щитовидной железы при диффузном токсическом зобе / С. Курбонов, М.К. Гулов, И.А. Давлатов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. М.-2018. -№9.- С.46-49. Вариант участия – только публикация.

Давронзода И., Ҳафизова Б.М., Одинаева Л.М.

АҲАМИЯТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИРОЯТИ ВНМО АЗ РҶӢИ СИННУ СОЛ (АЗ 10 ТО 70 СОЛА) ДАР НОҲИЯИ РӢДАКӢ

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ё.К. МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Моҳимият Ҳолатҳои аввалини бақайдгирии сироятҳои ба сирояти ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 1991 оғоз гардида, то соли 2003 ин сироят дар байни аҳолии кам воমেҳурданд. Аз соли 2003 ба шарофати пурзӯр намудани марказҳои мубориза ба ВНМО/БПНМ шумораи зиёди ҳолатҳои нави сирояти ВНМО ғайилона ошкор ва ба қайд гирифта шуданд. Ин пеш аз ҳама ба афзоиш ёфтани шумори марказҳои пешгирии ва мубориза бо БПНМ, дастрасӣ ба машваратҳои ихтиёрий ва ташхиси роӣгон, таъсиси озмоишгоҳҳо вобаста аст, ки ба афзоиши теъдоди муоинашудаи ВНМО мусоидат кардааст [2, 5].

Аз руи маълумотҳои ЮНЭЙДС, шумораи умумии ШВНМОЗ дар тамоми ҷаҳон дар охири соли 2020-37,7 миллион нафарро ташкил медиҳад. Аз шумораи умуми онҳо 36,0 млн нафарро калонсолон ва 1,7 млн нафарро кӯдакони аз синни 0-14 сола дар бар мегирад. Ва шумораи ҳолатҳои нави сироятҳои аз ВНМО дар соли 2020 тақрибан 1,7 млн нафарро ташкил медиҳад [1].

Рушди раванди эпидемияи вируси норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи масунияти одам дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳоли ҳозир дар марҳилаи мутамаркази эпидемия қарор дорад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 1991 то охири соли 2019 ҳамагӣ 11986 нафар бақайд гирифта шудааст. Аз ҳисоби умумии сироятёфтагон 3915 нафар аз беморҳои марбут ба БПНМ ғайтиданд. То соли 2021 дар қайди табоати зидди ретровируси 13992 нафар қарор доштанд [3].

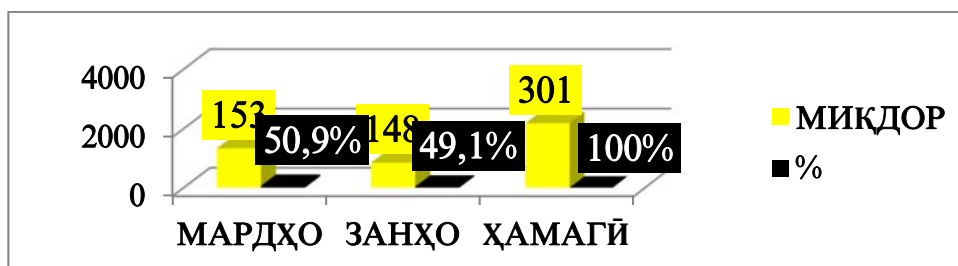
Паҳншавии он асосан дар гурӯҳҳои осебпазири аҳолии бо ВНМО/БПНМ ба қайд гирифта мешавад. Дар даъсолаи охир раванди сироятҳои ВНМО дар байни аҳолии каме тағирёфта на танҳо ба гурӯҳҳои осебпазири аҳолии балки тавонистааст ба тамоми кишрҳои аҳолии таъсири ҳудро расонад. Дар ҶТ сатҳи муҳочирати меҳнати дар байни аҳолии дар сатҳи баланд қарор дорад ва ин ҳолатҳо вазъияти эпидемиологиро нисбати ин масъалаи сироятҳои ба ВНМО ва дигар беморҳои зиёд менамояд [4]. Сирояти ВНМО бе табоат муддати 3 то 20 сол идома ёфта, бо марги шахси аз ВНМО сироятёфта хотима меёбад [1].

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани аҳамияти эпидемиологии сирояти ВНМО дар байни аҳолии ноҳияи Рӯдакӣ аз рӯи синну соли аз 10 то 70 сола дар қараёни солҳои 2010-2020 .

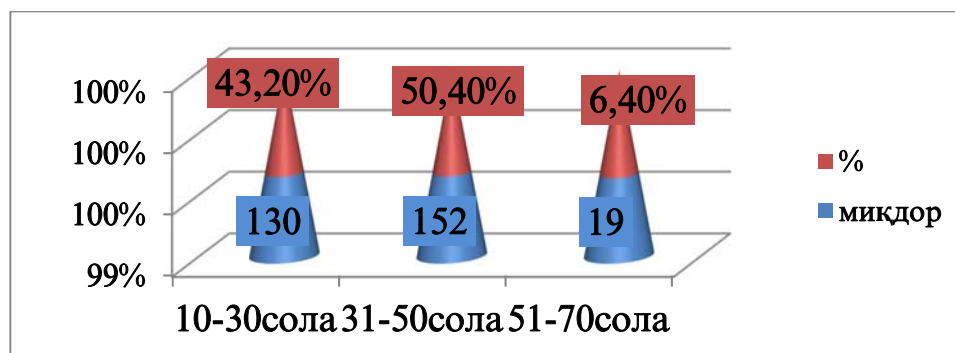
Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Маводҳо аз Муассисаи Давлатии Маркази пешгирии ва мубориза зидди вируси норасоии масунияти одами ноҳияи Рӯдакӣ, аз соли 2010 то 2020 гирифта шудааст. Шумораи умумии сироятёфтагон синну соли 10 то 70 сола дар ин муддати 301 нафарро ташкил медиҳад. Инчунин варақаҳои тафтишотии эпидемиологӣ онҳо дастрас шуда, таҳлил гузаронида шуд. Маводҳо тавассути барномаи компютери MS Excel ва усулҳои омории эпидемиологӣ қоркард шудааст.

Натиҷаҳои таъқиқот ва баррасии он. Маълум гашт, ки шумораи умуми сироятёфтагон расман ба қайд гирифташудаи ВНМО аз синни 10 то 70 сола дар ноҳияи Рӯдакӣ дар 10 соли охир 301 (100%) нафарро ташкил медиҳад, аз ин миқдор 153 (50,9%) нафар мардҳо ва 148 (49,1%) нафарашон занҳо мебошанд (Расми 1).

Шумораи умумии сироятёфтагони синну соли 10-30 сола 130 (43,2%) нафарро дар бар мегирад, ки аз ин миқдор мардҳо 82 (63,1%) занҳо 48 (36,9%) нафар буданд; синну соли 31-50 сола 152 (50,4%) нафар, аз ин мардҳо 93 (61,2%) ва занҳо 59 (38,8%) дар бар мегирад; синну соли 51-70 сола 19 (6,4%) нафар, аз ин мардҳо 12 (63,1%) ва занҳо 7 (36,9%) нафарро ташкил медоданд (Расми 2).



Расми 1. Шумораи мутлақи пурсишшудагон вобаста ба ҷинс



Расми 2. Шумораи умумии беморон вобаста ба синну сол (бо %)

Аз ин миқдор дар марҳилаи якуми беморӣ 102 (33,8%) нафар ба қайд гирифта шуд; дар марҳилаи дуюми беморӣ 98 нафар (32,5%); дар марҳилаи сеюми беморӣ 78 нафар (25,9%); дар марҳилаи чоруми беморӣ 23 нафар (7,8%) (Ҷадвали 1). Чуноне ки малум шуд, беморонро бештар дар марҳилаи якум дарёфт карданд.

Ҷадвали 1

Шумораи умумии беморон ва марҳилаи инкишофи онҳо (бо %)

Марҳилаҳои инкишофи бемори	Миқдор	%
марҳилаи якум	102	33,8%
марҳилаи дуюм	98	32,5%
марҳилаи сеюм	78	25,9%
марҳилаи чорум	23	7,8%

Хулоса. Таҳлили маълумотҳо нишон медиҳад, ки сироятёбӣ ба ВНМО дар ноҳияи Рӯдакӣ дар синну соли аз 31 то 50 сола (50,9%) нисбат ба дигар синну солҳо бештар дида мешавад. Аз рӯи ҷинс бошад, бештар дар байни мардон воқеъ мешавад. Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, аз ВНМО бештар гурӯҳи ҷавонҳо аҳоли сироят меёбад. Дар тули ин солҳо аксарияти сироятёфтагон дар марҳилаи якум вадуюми беморӣ дарёфт карда шудаанд. Ин аз он шаҳодат медиҳад, ки дар кишвар пайвасти нақша чорабиниҳои Вазорати тандурустӣ барои пешгирии ВНМО, таҳлили хун барои ин вирус ба навхонадоршавандагон, онҳое ки ба қор қабул мешаванд, натиҷаи худро додааст ва пайдо намудани миқдори сироятёфтагон дар марҳилаи аввал беморӣ маҳсули ин чорабиниҳо мебошад.

Рӯйхати адабиётҳо:

1. Голиусов А.Т. Актуальность профилактики ВИЧ-инфекции в России. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции / А.Т. Голиусов, Е.Ф. Бочаров // Сб. материалов научно-практической конференции. – Спб., 2017. – С. 52-53.
2. Государственная Программа по развитию услуг добровольных к молодым людям в области здоровья в Республике Таджикистан на 2006-2010.
3. Должанская Н.А. Социальные факторы и отношение студентов к проблеме наркотиков и ВИЧ-инфекции / Н.А. Должанская, Е.Д. Безносюк // СПИД, рак и родственные проблемы. III Международная конференция. – Спб., 2015. – С. 33.
4. Олимова С.К. Поведенческое исследование среди трудовых мигрантов и членов их семей в Таджикистане / С.К. Олимова, Р.А. Курбанова // «СПИД Фонд Восток-Запад». Материалы конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – М., 2006, 15-17 мая. – С. 89.
5. Турсунов Р.А. Научное обоснование роли полового пути передачи в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Таджикистане / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2014. – Т. 58. – №1. – С. 105-109.

Девонаев О.Т., Менликулов М.Ф., Саломзода Н.Р.
НЕКОТОРЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ВНЕПЕЧЁННЫХ ЖЕЛЧЕ-
ВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
 ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Желчь, поступающая в желчный пузырь из печени накапливается в нем, взаимодействует с его слизистой оболочкой. В просвет внепечёчных желчевыводящих путей могут проникать микроорганизмы, которые попадают в них восходящим путем из двенадцатиперстной кишки. Поэтому оправдано наличие в стенках этих органов лимфоидной ткани, структурные характеристики которой почти не исследованы.

Р.Э. Абирова, исследовавшая лимфоидную ткань в стенках пузырярного, общего печеночного и общего желчного протоков в условиях физиологической нормы, выявила, что она в основном представлена внутриэпителиальными лимфоцитами, диффузной лимфоидной тканью и скоплениями клеток лимфоидного ряда (лимфоидными узелками), находящимися, преимущественно, в толще слизистой оболочки органа. Однако макро-микроскопические исследования, позволяющие оценить количество, плотность расположения, размеры лимфоидных узелков автор не проводила.

Целью исследования явилось изучение длины и ширины лимфоидных узелков в различных отделах стенки внепечёчных желчевыводящих путей в возрастном аспекте.

Материал и методы исследования. Гистологическими методами длина и ширины лимфоидных узелков внепечёчных желчевыводящих путей исследованы на трупах практически здоровых при жизни людей, умерших и погибших от случайных причин (травмы, асфиксия). Срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали гематоксилином-эозином, пикрофуксином по ванГизону и Хельману. Морфометрический анализ включал вычисление средне-арифметических показателей и их ошибок.

Результаты исследования и их обсуждение. На тотальных препаратах внепечёчных желчевыводящих путей методом макро-микроскопии после элективной окраски лимфоидных узелков мы изучили длину и ширину этого анатомического образования и выявили возрастную их изменчивость.

Согласно полученным данным, длина лимфоидных узелков в стенках пузырярного протока имеет максимальное значение на протяжении постнатального онтогенеза в раннем детском возрасте, когда значение этого показателя в 1,7 раза ($p < 0,05$) больше, чем у новорождённых детей. По сравнению с периодом раннего детства, данный показатель уменьшается у подростков в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,7 раза ($p < 0,05$), в пожилом возрасте, старческом и у долгожителей – в 2,1 раза ($p < 0,05$).

Длина лимфоидных узелков в стенках общего печеночного протока, по сравнению с новорождёнными детьми, увеличивается в 1,4 раза ($p < 0,05$), достигая онтогенетического максимума. По сравнению с ранним детством, данный показатель уменьшается у подростков в 1,4 раза ($p < 0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,6 раза ($p < 0,05$), у пожилых людей, в старческом возрасте и у долгожителей – в 2,2 раза ($p < 0,05$).

Длина лимфоидных узелков в стенках общего желчного протока по сравнению с новорождёнными детьми, в раннем детстве, достигая максимума, увеличивается в 1,1 раза ($p < 0,05$). Сравнительно с последним возрастным периодом, данный показатель у подростков уменьшается в 1,1 ($p < 0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,3 раза ($p < 0,05$), у пожилых людей, в старческом возрасте и у долгожителей – в 1,6 раза ($p < 0,05$).

Длина лимфоидных узелков у желчевыводящих путей в целом, по сравнению с новорождёнными детьми, в раннем детском возрасте увеличивается в 1,4 раза ($p < 0,05$). Сравнительно с последним возрастным периодом, данный показатель уменьшается у подростков в 1,4 раза ($p < 0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,6 раза ($p < 0,05$), в пожилом и старческом возрастах, у долгожителей – в 1,8 раза ($p < 0,05$).

Индивидуальные минимум и максимум длины лимфоидных узелков на протяжении всей стенки желчевыводящих путей увеличиваются от периода новорождённости к раннему детскому возрасту, и уменьшаются далее к зрелому, пожилому, старческому возрастам, периоду долгожительства.

Разрыв между индивидуальными максимумом и минимумом этого показателя у новорождённых детей несколько меньше, чем у людей пожилого, старческого возраста и у долгожителей.

На тотальных препаратах внепечёчных желчевыводящих путей после элективной окраски лимфоидных узелков методом макро-микроскопии мы изучили ширину узелка в разных отделах этих органов, выявили возрастную изменчивость этого анатомического образования.

В стенках пузырярного протока данный показатель достигает максимума в раннем детском возрасте, когда он больше, чем у новорождённых детей в 1,8 раза ($p < 0,05$). Далее ширина лимфоидных узелков начинает снижаться и, по сравнению с ранним детским возрастом, она у подростков и в 1-м периоде зрелого возраста уменьшается – в 1,8 раза ($p < 0,05$), у пожилых людей, в старческом возрасте и у долгожителей – в 2,3 раза ($p < 0,05$).

Таблица 1.

Длина лимфоидных узелков в различных стенках внепеченочных желчевыводящих путей у человека в постнатальном онтогенезе

Возраст	n	Длина лимфоидных узелков, отдел внепеченочных желчевыводящих путей			
		Пузырный проток	Общий печеночный проток	Общий желчный проток	Желчевыводящие пути в целом
Новорожденные	9	0,09±0,01 0,07-0,11	0,08±0,01 0,06-0,10	0,07±0,01 0,05-0,09	0,08±0,01 0,06-0,10
Грудной	8	0,12±0,01 0,08-0,14	0,09±0,01 0,05-0,12	0,08±0,01 0,05-0,12	0,10±0,01 0,05-0,12

Ранний детский	9	0,15±0,01 0,08-0,18	0,11±0,01 0,07-0,14	0,08±0,01 0,05-0,13	0,11±0,01 0,08-0,15
1-й детский	9	0,12±0,01 0,07-0,17	0,10±0,01 0,08-0,13	0,08±0,01 0,05-0,12	0,10±0,01 0,08-0,13
2-й детский	9	0,11±0,01 0,07-0,16	0,10±0,01 0,07-0,13	0,08±0,01 0,05-0,11	0,10±0,01 0,07-0,13
Подростковый	8	0,09±0,01 0,06-0,01	0,08±0,01 0,06-0,12	0,07±0,01 0,05-0,10	0,08±0,01 0,06-0,12
Юношеский	8	0,09±0,01 0,06-0,14	0,08±0,01 0,06-0,11	0,07±0,01 0,05-0,10	0,08±0,01 0,06-0,01
1-й период зрелого возраста	9	0,09±0,01 0,06-0,13	0,07±0,01 0,05-0,11	0,06±0,01 0,05-0,10	0,07±0,01 0,05-0,10
2-й период зрелого возраста	9	0,08±0,01 0,05-0,13	0,07±0,01 0,05-0,12	0,05±0,01 0,03-0,09	0,07±0,01 0,05-0,10
Пожилой	11	0,07±0,01 0,05-0,13	0,05±0,0 0,04-0,12	0,05±0,01 0,03-0,09	0,06±0,01 0,04-0,10
Старческий	11	0,07±0,01 0,05-0,12	0,05±0,01 0,03-0,09	0,05±0,01 0,03-0,09	0,06±0,01 0,03-0,10
Долгожители	11	0,07±0,01 0,0-0,12	0,05±0,01 0,03-0,09	0,05±0,01 0,03-0,09	0,06±0,01 0,03-0,10

Примечание: n – число наблюдений

В стенках общего печеночного протока, в сравнении с новорожденными детьми, ширина лимфоидных узелков возрастает в 1,4 раза ($p<0,05$), а, по сравнению с последними, уменьшается у подростков в 1,4 раза ($p<0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,7 раза ($p<0,05$), у пожилых людей, в старческом возрасте и у долгожителей – в 2,5 раза ($p<0,05$).

В стенках общего желчного протока ширина лимфоидных узелков, по сравнению с новорожденными детьми, в раннем детском возрасте увеличивается в 1,2 раза ($p<0,05$), а, по сравнению с последними, уменьшается у подростков в 1,2 раза ($p<0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,4 раза ($p<0,05$), у пожилых и старых людей, у долгожителей – в 1,8 раза ($p<0,05$).

В стенках желчных путей в целом ширины лимфоидного узелка, сравнительно с периодом новорожденности, в раннем детстве увеличивается в 1,4 раза ($p<0,05$), а далее, по сравнению с последним возрастным периодом, снижается у подростков – в 1,4 раза ($p<0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,7 раза ($p<0,05$), в пожилом, старческом возрастах и у долгожителей – в 2,0 раза ($p<0,05$).

Индивидуальные минимум и максимум ширины лимфоидного узелка внепечёночных желчевыводящих путей увеличиваются от периода новорожденности к раннему детскому возрасту, а далее постепенно снижаются к пожилому, старческому возрастам, периоду долгожительства, когда эти показатели принципиально не отличаются друг от друга.

В стенках пузырного протока данный показатель достигает максимума в раннем детском возрасте, когда он больше, чем у новорожденных детей в 1,8 раза ($p<0,05$). Далее ширина лимфоидных узелков начинает снижаться и, по сравнению с ранним детским возрастом, она у подростков и в 1-м периоде зрелого возраста уменьшается – в 1,8 раза ($p<0,05$), у пожилых людей, в старческом возрасте и у долгожителей – в 2,3 раза ($p<0,05$).

В стенках общего печеночного протока, в сравнении с новорожденными детьми, ширина лимфоидных узелков возрастает в 1,4 раза ($p<0,05$), а, по сравнению с последними, уменьшается у подростков в 1,4 раза ($p<0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,7 раза ($p<0,05$), у пожилых людей, в старческом возрасте и у долгожителей – в 2,5 раза ($p<0,05$).

В стенках общего желчного протока ширина лимфоидных узелков, по сравнению с новорожденными детьми, в раннем детском возрасте увеличивается в 1,2 раза ($p<0,05$), а, по сравнению с последними, уменьшается у подростков в 1,2 раза ($p<0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,4 раза ($p<0,05$), у пожилых и старых людей, у долгожителей – в 1,8 раза ($p<0,05$).

В стенках желчных путей в целом ширина лимфоидного узелка, сравнительно с периодом новорожденности, в раннем детстве увеличивается в 1,4 раза ($p<0,05$), а далее, по сравнению с последним возрастным периодом, снижается у подростков – в 1,4 раза ($p<0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,7 раза ($p<0,05$), в пожилом, старческом возрастах и у долгожителей – в 2,0 раза ($p<0,05$).

Выводы. Индивидуальные минимум и максимум ширины лимфоидного узелка внепеченочных желчевыводящих путей увеличиваются от периода новорожденности к раннему детскому возрасту, а далее постепенно снижаются к пожилому, старческому возрастам, периоду долгожительства, когда эти показатели принципиально не отличаются друг от друга.

Таким образом, индивидуальные минимум и максимум длины и ширины лимфоидного узелка внепеченочных желчевыводящих путей в преимущественном большинстве возрастных групп уменьшаются в проксимодистальном направлении.

Список литературы

1. Девонаев О.Т. Количественные данные лимфоидных узелков внепеченочных желчевыводящих путей у людей разного возраста. / О.Т. Девонаев, А.А. Алиев. //Вестник Авиценны, № 2, 2010.- стр. 87-89
2. Сапин М.Р. Иммунная система, стресс и иммунодефицит / М.Р. Сапин, Д.Б.Никитюк. - М., АПП «Джангар», 2000.- 184с.

Джонмахмадова Г.Ш.1, Хотамова С.А.2, Тошбоева Г.Ю. 2
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

1 Академия образования Республики Таджикистан
2 Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В настоящее время в полилингвальных и поликультурных условиях развития высшего медицинского образования диалогическая речь специалиста приобретает новое значение и качество, выступая основным принципом коммуникативного общения, потому что поликультурное общество, насыщенное многообразными коммуникативными отношениями, предполагает не только налаживание взаимоотношений сотрудничества, взаимопонимания, но и возникновение противоречий, различных полемических споров. В связи с этим квалифицированные специалисты должны уметь вести продуктивный эффективный диалог в профессиональной деятельности. Это все говорит об актуальности данной темы, которая обусловлена недостаточной разработкой теоретического и практического аспектов обучения профессионально ориентированной диалогической речи студентов медицинских вузов.

Цель исследования состоит в разработке и реализации эффективной методической системы обучения студентов-медиков диалогической речи в полилингвальной образовательной среде при совершенствовании русской профессиональной речи в рамках подготовки высококвалифицированного специалиста, способного быть активным участником в деловых ситуациях поликультурного взаимодействия, проявлять профессионально-коммуникативные умения, владеть культурой русской профессиональной речью.

Материалы и методы исследования. Необходимо уточнить, что в настоящее время коммуникативный подход, основу которого определяет положение о том, что формирование речевых умений должно происходить в условиях, приближенных к условиям естественной коммуникации, **предопределяет достижение языковой коммуникации, в частности её реализации, например, в диалогической речи, при обучении русскому языку, и считается общепризнанным.** Коммуникативный подход, который, как следует из его названия, направлен на практику общения. Необходимо отметить, что **формирование речевых навыков студентов-медиков будет односторонним и неполным, если не коснуться вопросов диалогической речи. Профессия врача подразумевает постоянное контактирование с пациентами, с их родственниками и с коллегами.**

Отсюда возникает необходимость обучения профессиональному диалогу, который, естественно, имеет свою специфику, существенно отличаясь от бытового диалога. Совершенно справедливо утверждают исследователи, что **«диалогическая речь – форма речи, при которой происходит непосредственный обмен высказываниями между двумя или несколькими лицами. Условия, в которых протекает диалогическая речь, определяют ряд ее особенностей: краткость высказывания, широкое использование неречевых средств общения (мимика, жесты), интонации, разнообразие предложений неполного состава, свободное от строгих норм книжной речи синтаксическое оформление высказывания, преобладание простых предложений, непосредственность восприятия, активная роль адресанта и др.»** [1, 66]

Вопросы обучения диалогу по специальности нашли достаточно полное обоснование в современных лингводидактических и методических исследованиях, а также получили конкретную разработку в методических пособиях по развитию речи.

Результаты. Нельзя не согласиться с точкой зрения Е.И. Мотиной, которая утверждает, что «организация материала по обучению диалога в сфере специальности должна рассматриваться с позиций той роли, которую играет монологическая и диалогическая речь в их соотношении. Диалогические формы общения по теме специальности не выглядят как самоцель, т.е. конечная цель обучения, они строятся на материале тех же тем, что и монологические сообщения, и выступают как необходимое звено обучения, которое готовит обучаемого в конечном счёте к самостоятельному монологическому высказыванию по данной теме». [2, 91]

Однако СВЭ более распространены у пациентов с СН II ФК (70,6%), чем у пациентов III ФК – 61,5%. Мерцательная аритмия у пациентов с сердечной недостаточностью III ФК (23,1%) чаще встречается, чем у пациентов II ФК (17,6%). Почти одинаковые частоты встречаемости эпизодов пароксизмальной фибрилляций предсердий. У одного (7,8%) пациента с III ФК зафиксирован кратковременная желудочковая тахикардия. Количество желудочковых экстрасистол у пациентов также различаются в зависимости от функционального класса. Так, среди 15 больных с МС, СН II ФК у 8 (53,3%) пациентов была обнаружена желудочковая экстрасистолия до 1–100, у 4 (26,7%) – в диапазоне 100–1000, у 3 (20%) – больше 1000. У пациентов с МС, СН III ФК ЖЭ до 100 была обнаружена у 2 (16,7%) пациентов из 12, у 4 (33,3%) – в диапазоне 100–1000, у 6 (50%) – больше 1000.

Медицинский диалог отличается от бытовой терминологии целенаправленностью в плане выяснения болезни.

К примеру, выяснение паспортных данных требует навыков отработки речевых моделей в вопросительной форме (ответы больного - в утвердительной), наполняемых общеупотребительной лексикой, что не вызывает особых затруднений у студентов. Однако в этом случае корректирующая роль преподавателя-русиста должна быть направлена на выработку навыков, четких и правильных с точки зрения норм русского литературного языка вопросительных предложений (аналогично - на родном языке).

Вопросы врача:	
Как ваша фамилия?	Фамилию шумо чист?
Как ваше имя?	Номатон чист?
Сколько вам лет?	Шумо чандсолаед?
Где вы проживаете?	Шумо дар кучо истикомат мекунед? и т.д.

Наша практическая деятельность показывает, что в качестве источника для развития навыков диалогической речи может быть также использован текст по специальности. Текст, избранный в качестве основы обучения диалогической речи, должен дать четкое и ясное представление о том, что явится предметом разговора. Этот текст должен быть в меру насыщен специальной лексикой и синтаксическими конструкциями научной речи. В связи с этим профессиональный диалог занимает значительное место в системе заданий по развитию профессионально ориентированной речи, особенно для студентов медицинского факультета.

Ролевая игра-диалог является одним из активных методов обучения, стимулирующих учебный процесс в направлении развития речевой деятельности. Проведение ролевой игры в аудиторных условиях оказывает большую практическую помощь в формировании у студентов медицинского университета навыков общения в естественных условиях клинической практики, стимулирует языковую подготовку и речевое развитие.

На примере учебного текста «У больного ревматизм» [4] попытаемся доказать ряд компонентов системы обучения диалогической речи, представленных в виде учебно-тренировочных заданий. Содержание текста составляют сведения о заболевании и причинах его возникновения на основе жалоб больного и осмотра его врачом. После ознакомления студентов со специальной лексикой, служащей опорой в тексте, студентам предлагаются задания, направленные на отработку навыков диалога врача с пациентом, цель которых — составление вопросов по содержанию текста и получение на них ответов. Эти задания могут быть такими:

Задание. Запишите жалобы пациента в историю болезни, используя слово «жалуется». По словам больного, он чувствует недомогание. По словам больного, у него повышается температура. По словам больного, он быстро утомляется.

Задание. Сформулируйте вопросы больному со словом «беспокоить»: Больной жалуется на недомогание, повышение температуры. Больной жалуется на сердцебиение, одышку. Больной жалуется на разнообразные болевые ощущения в области сердца, быструю утомляемость.

На практических занятиях по русскому языку в процессе совершенствования русской устной и письменной речи студентов следует научить их продуцированию речи по следующим интенциям: паспортные данные больного, основные жалобы в связи с данным заболеванием, характер и локализация боли, развитие заболевания, история жизни больного (бытовая, трудовая), влияние бытовых факторов и вредных привычек на возникновение заболевания и его динамику.

Вопросы врача по поводу возникшего заболевания, характера болей, их локализации представлены речевыми конструкциями, лексическая наполняемость которых наряду с общеупотребительной лексикой требует использования медицинских терминов.

Обучение монологической и диалогической речи в сфере профессионального общения должно осуществляться на специально отработанном учебном материале, сконцентрированном в текстах медицинского профиля, учебных пособиях, словарях

Весь материал, в том числе и система коммуникативных заданий, в комплексе, позволяет строить иноязычное высказывание профессиональной направленности в определенной речевой ситуации по предлагаемым речевым образцам. Эти образцы насыщены узкоспециальной медицинской лексикой.

И это уже вопрос языковой компетенции и обучения ей. То есть студенты должны в очень существенной мере знать лексические единицы изучаемого языка, особенно терминологию своей специальности.

Задание. Пользуясь материалом текста, ответьте на вопросы:

Каковы причины возникновения ревматизма?

На что жалуются больные ревматизмом?

В каком возрасте дети часто болевают ревматизмом?

К чему приводит ревматическое поражение клапанов сердца?

Каковы результаты осмотра больных ревматизмом?

Что является определяющим фактором в лечении больных ревматизмом?

В процессе работы над устной и письменной речью со студентами при обучении диалогической речи преподаватель ведет работу по объединению ситуативных речевых единиц в тематические единства, развивает (на материале диалога) навыки правильного употребления глагольных временных форм, отглагольных существительных, формирует умение сжатого ответа, решает другие лексико-грамматические задачи, в числе которых формирование вопросительных, побудительных и утвердительных предложений.

Выводы. Все приведённые примеры заданий являются лишь отдельными образцами учебных действий, направленных на речевую диалогическую подготовку студентов-медиков. Предложенные задания, входящие в большой комплекс заданий, формулирующих навыки ведения профессионального диалога с больным и оформление записи в медицинской карте, обеспечивают развитие всех видов речевой деятельности. В рамках одной статьи, имеющей, прежде всего, характер постановки изучаемой проблемы и способов ее решения на уроках русского языка, нет возможности охарактеризовать все формы и средства, направленные на совершенствование коммуникативных умений студентов средствами учебного диалога. Описание лингвометодических условий каждого из таких приемов (способов, средств и т. д.) может стать предметом цикла статей, объединенных общей тематической направленностью в аспекте совершенствования коммуникативно-диалогических умений студентов при изучении русского языка.

Литература

1. Азимов Э.Г., Щукин А.Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). – М.: Издательство ИКАР, 2009. – 448 с.
2. Мотина Е. И. Язык и специальность: Лингвометодические основы обучения русскому языку студентов-нефилологов. – М., 1983; 2-е изд., испр. – М., 1988.

3. Программа по русскому языку для студентов 1 курса медицинского, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино / Составители У.Р. Юлдошев и другие. – Душанбе, 2023.
4. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов медицинского университета/Сост. У.Р. Юлдошев и др. - Душанбе, «Маориф» 2017. -228 с.
5. Юлдошев У.Р. Лингводидактические основы обучения русскому языку в профессиональной подготовке студентов-медиков в условиях таджикско-русского двуязычия. Душанбе: Ирфон, 2000. —138 с.

Джумаева Г.С.

ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ К ИЗУЧЕНИЮ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В статье рассматривается вопрос значимости изучения иностранного языка в неязыковом вузе, как одного из основных элементов системы профессиональной подготовки специалистов и эффективность использования приемов образовательной технологии развития критического мышления в повышении мотивации к овладению иностранным языком.

Цель исследования. Потребности в специалистах, способных осуществлять иноязычное языковое общение для решения задач профессиональной деятельности. В связи с этим остро стоит вопрос повышения мотивации к изучению иностранного языка студентов неязыковых вузов.

Материалы и методы исследования. Учебная деятельность студентов имеет определенную структуру и, согласно классификации Д.Б. Эльконина, включает в себя ряд компонентов (мотивация, учебные задачи, учебные операции, контроль), согласованная взаимосвязь которых обеспечивает успешность учебно-познавательного процесса. В основе мотивов лежат познавательная потребность и потребность в личностном саморазвитии, самосовершенствовании. Это интерес, как к содержательной стороне учебной деятельности, так и к способам решения поставленных задач. Отсутствие мотивов учения неизбежно приводит к снижению успеваемости. В процессе решения учебных задач у студентов выстраивается определенная система наиболее общих способов действия и конкретных операций, необходимых для решения частных задач. Контроль включает в себя руководство преподавателя и самоконтроль. Деятельность без мотива или со слабым мотивом является крайне неустойчивой и находит выражение в способах деятельности, в отношении студентов к своей значимости. Высокая мотивация обеспечивает активное включение студентов в процесс познания [1].

Использование данной технологии на занятиях по иностранному языку позволяет формировать навыки работы индивидуально и в паре, осваивать эффективные способы критического мышления, графически изображать новый и пройденный материал, творчески передавать информацию, распределяя по степени значимости, сложности и новизны. У студентов в ходе работы появляется интерес, направленность на самореализацию и самосовершенствование, удовлетворение от самоутверждения, осуществляется рефлексия собственной деятельности и выработка индивидуальной траектории обучения.

Моделирование контекста будущей профессиональной деятельности способствует созданию условий для профессионально-личностного роста, самоопределения и самореализации будущих специалистов медицинских учреждений. Приемы: зигзаг, эффективная лекция, шесть шляп мышления. К анализу позволяют включить студентов в коллективную деятельность через организацию работы в группах и парах, создать проблемные ситуации через анализ, сравнение, обобщение, моделирование и совместное разрешение проблемы и противоречий. Студент медицинского вуза учится фиксировать значимое и выделять главное, вести критические дискуссии, проявлять исследовательские и доказательные навыки.

Специфика профессиональной деятельности врача ориентирует студентов медицинских вузов на овладение иностранным языком как средством общения. Однако учебный процесс в данном случае может сопровождаться противоречиями между выдвигаемыми требованиями учебных планов и уровнем владения иностранным языком на этапе поступления в вуз. Следовательно, необходимо создать комплекс мотивационных мер, направленных на формирование у студентов медицинских вузов стремления к углубленному изучению иностранного языка. Федеральный государственный образовательный стандарт третьего поколения ставит главной целью повышение качества образования, развитие личности учащегося и отличается усилением требований к активному и грамотному использованию технологий обучения. Включение в учебный процесс современных технологий и интерактивных методов обучения позволит развить заинтересованность в результатах своего труда, способность к инновационной деятельности, самосовершенствованию и профессиональной активности, развить навыки самостоятельной работы и сформировать сознательное отношение к изучению иностранного языка[2].

Системно-терминологический принцип обучения обеспечивает прочную мотивационную базу для учебно-познавательной деятельности студентов. Достижение этих целей осуществляется на основе применения учебных технологий, которые содействуют развитию навыков самостоятельного мышления, умения излагать свои мысли в письменной и устной форме, овладению методологией творческого подхода к решению задач. Преподавание иностранных языков в неязыковом вузе формируется и развивается в процессе освоения иностранного языка. Проблемно-поисковые ситуации побуждают к субъектной деятельности и требуют самостоятельного поиска информации, где у студента появляется возможность применить полученные знания на практике и проявить собственную креативность. Научно-методическое сопровождение развития критического мышления на занятиях по иностранному и латинскому языкам в

медицинском вузе осуществлялось внедрением разработанных практических занятий с использованием приемов технологии развития критического мышления. Использование приемов технологии развития критического мышления на занятиях по иностранному языку помогает активизировать основные составляющие «блоки» мотивации: эмоционально-волевой, мотивационно-целевой и познавательный ситуации успеха через выполнение заданий посильными способами; изучение нового материала с опорой на старые знания; рефлексия через оценку собственной деятельности и деятельности других способствуют положительному эмоциональному настрою.

Результаты. В современной высшей вузе вопрос о мотивации учения, которая оказывает большое влияние на продуктивность учебного процесса, без преувеличения может быть назван центральным, так как мотив является источником деятельности и выполняет функцию побуждения и смыслообразования.

Знание иностранного языка (английский, немецкий, латинский) в медицинском вузе помогает студентам подготовиться к следующим уровням высшего медицинского образования, закладывает лексикографическую базу и обеспечивает становление терминологически грамотного специалиста.

Это достигается в результате использования в учебном процессе следующих приёмов технологии развития критического мышления: кластеры, дерево предсказаний, верные и неверные утверждения, инсерт. Задача по актуализации мотивационно-целевой сферы реализуется посредством следующих приёмов: чтение с остановками, дневники и бортовые журналы, «толстые» и «тонкие» вопросы. Данные приемы технологии развития критического мышления через создание ситуации дефицита знаний и незавершенности процесса стимулируют к работе и к самостоятельному определению целей последующей деятельности, предоставляя право выбора собственной образовательной траектории. Практическая направленность реализуется через соотнесение учебного материала с конкретной жизненной ситуацией и определение значимости изучаемого материала.

Выводы. Приемы технологии повышения мотивации к изучению иностранного языка студентов неязыковых вузов и адаптированные в соответствии с особенностями преподаваемых дисциплин и требованиями кафедр, могут быть использованы в учебном процессе различных вузов. Таким образом, освоение приемов развития технологии и их использование на занятиях по иностранному языку позволяет показать студентам различные формы коллективной и индивидуальной работы, заинтересовать и вовлечь их в учебно-исследовательскую работу. Применение данной технологии способствует развитию умений определять оптимальную стратегию поиска и работы с информацией, осуществлять рефлексивно-оценочный анализ собственной деятельности, добиваться успешности в обучении, что повышает мотивацию к изучению иностранного языка.

Список использованной литературы:

1. Эльконин, Б.Д. Психология развития / Б.Д. Эльконин // Учебное пособие для ВУЗов. – М.: Академия ИЦ Серия «Высшее профессиональное образование». 2007.
2. Алексеева, Т.Д. Проблемы теории и методики языковой подготовки в ВУЗе. Модульный принцип обучения иностранному языку в условиях разноуровневой системы высшего образования / Т.Д. Алексеева // Вестник Российского государственного университета им. И. Канта. 2009. Выпуск № 2. С. 69 -74.
3. Хабарова, Т.С., Коровина, И.А. Реализация технологии развития критического мышления у студентов медицинского вуза на занятиях по латинскому языку / Т.С. Хабарова, И.А. Коровина // Учебно-методическое пособие, Оренбург: ООО ИПК «Университет», 2015. – 149 с.
4. Денина, О.О. Условия повышения мотивации при изучении иностранного языка у студентов лингвистических направлений подготовки / О.О. Денина// Вестник Оренбургского государственного университета. 2016. Выпуск № 1 (189). С 16-18.

Джумаева Г.С.

КУЛЬТУРА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТИ ИНТЕРНЕТ В СОВРЕМЕННОЙ ОБЩЕСТВЕ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В начале XXI в. поведение человека и развитие его творческого потенциала полностью зависят от широкого распространения новейших информационных и телекоммуникационных технологий.

В процессах реформирования и модернизации информационной сферы особое место занимает Интернет. Благодаря универсальности и демократичности, за короткий исторический срок он стал лидером в удовлетворении информационных запросов, которые являются фундаментальными потребностями человека, тем самым создавая качественно новую информационную среду жизнедеятельности человека, все больше завоевывает доверие мирового сообщества, особенно молодого поколения. Интернет превращается в культурную ценность гражданина, семьи и общества в целом.

Цель. Понятие интернет-культура у пользователя должна ассоциировать духовность и безопасность виртуального мира, позитивное использование сетей, недопущение злоупотребления свободой доступа в Интернет. Культура для Интернета должна служить как инструмент саморегулирования, а для пользователя — как внутренняя самооценка.

Уместно подчеркнуть, что происходящие позитивные и негативные факторы на пространстве Интернета поставили человека на такую грань, где явно видно, что человек впервые сталкивается с форматами, которыми его психика и разум не сталкивались и не встречались в биологической жизни. В данном контексте, в условиях глобализации, особую тревогу вызывают негативные аспекты, особенно усиление тенденции злоупотребления свободой доступа к сети Интернет, преследуя корыстные и антиобщественные цели.

Распространение в сетях негативных идей, противоправной информации, детских игр в жанре насилия и жестокости, а также использование сетей для совершения мошенничества — все это в итоге подрывает репутацию Интернета и доверие пользователей к его системе и завтрашнему дню. Необходимо усилить осуществление информационно-психологического воздействия на общество, особенно подрастающее поколение, направленное на сохранение

традиций, устоев, культуры, ценностей.

Основатель мира и национального единства, Лидер нации, Президент Республики Таджикистан уважаемый Эмомали Рахмон на встрече с представителями общественности страны подчеркнул, что «сегодня Интернет, к сожалению, используется террористами и экстремистами для вербовки молодежи для экстремистской пропаганды»

Республика Таджикистан и компетентными органами принимается немало усилий по защите информационных прав и свобод граждан, особенно молодого поколения, в плане законодательного, технологического, образовательного, воспитательного характера.

Результаты исследования. Сегодняшние реалии подталкивают на мысль активного участия институтов гражданского общества касательно усиления культурного воспитания пользователя Интернетом, чтобы культурное самосовершенствование пользователя стало частью его потребностей, тем самым обратив особое внимание на активную часть пользователей в плане их воспитания и внушения чувства социальной ответственности как за создание, распространение, потребление контента, так и иного использования возможностей сетей.

Почему именно культурное воспитание пользователя, а не меры по регулированию правового, технологического и организационного характера?

Отклоняясь от темы, хотелось бы заострить внимание на одну аналогию. В биологическом мире рисков для жизни человека немало, есть и серьезные проблемы в межличностном отношении, этическом и духовном плане. Виртуальный мир в проекции отражает как позитивные, так и негативные действия человека. Данная аналогия как зеркало отражает проблемы, корни которых исходят от человеческого фактора. Учитывая, что биологический и виртуальный мир — это взаимно сообщающиеся сосуды, где первый является первичным, человеческий фактор находится в эпицентре проблем двух миров.

Интернет способствует развитию культуры в двух направлениях. Первое связано с размыванием национальных границ культуры, преодолением языковых барьеров, разрушением перегородок между такими формами культуры, как наука, искусство, образование, досуг и т.д. Второе связано с тем, что в этой культуре для каждого человека возникает возможность не только пассивно воспринимать содержание культуры, но и влиять на мир культуры. С приходом Интернет подрываются основы монологического начала в культуре, что означает закат культур "закрытых", несущих в себе потенциал всевозможных конфликтов на межэтнической, конфессиональной, национальной или партийной почве.

Таким образом, Интернет возвещает о рождении культуры глобального диалога (культуры как диалога культур), "открытой" культуры, в которой каждый из участников имеет свой голос, ведет свою партию, может присоединить свой голос к голосу других или влиять на общее звучание.

Ожидаемых позитивных результатов в виртуальном мире можно получить, воспитав и качественно улучшив культурные качества человека в биологическом мире как в быту, так и в обществе в целом. Именно культурное воспитание гражданина (пользователя), позитивные достижения в этой области являются краеугольным камнем основ духовности и безопасности всего информационного пространства как в биологическом, так и виртуальном мире.

Культура — как система ценностей, имея такие функции, как коммуникативную, адаптационную, творческую, познавательную, регулятивную, преемственную, взаимодействие и другие компоненты, в трансформации с Интернетом может и должна занять передние позиции, чем иные механизмы регулирования. Интернет как феномен модерна и культуры, как опора человеческой цивилизации, сотрудничая в одном векторе, в сплаве образовав единую платформу — интернет-культуру, должен идти в опережение событий.

В целом, интернет-культура призвана участвовать в решении двуединой задачи, а именно, с одной стороны, в воспитании и формировании современного пользователя, формировании культурной коммуникационной среды, обеспечении духовности, нравственности и демократичности Интернета, а с другой стороны, противостоять антикультурным и агрессивным контентам в сети. Здесь важным фактором выступает развитие интернет-культуры, где особую значимость имеет многообразие, релевантность, насыщенность ресурсами национального сегмента Интернета.

Известно, что культура эволюционно трансформировалась во все сферы общественной жизни, в итоге сформировались такие институты, как «политическая культура», «правовая культура», «торговая культура», «технологическая культура», «информационная культура», «духовная культура», «компьютерная культура», «предпринимательская культура», «медиа культура», и другие. На фоне их можно сделать вывод, что интернет-культура косвенно превращается в надсистему. С этой точки зрения интернет-культура — это целая наука, требующая более глубокого научного развития и практической модернизации, а повышение культурных качеств пользователя будет более актуальной задачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимова, О. С. (2013) Трансформация ценностных ориентаций культуры постсоветского общества : автореф. дис. ... к. филос. н. Ростов н/Д. 21 с.
2. Алгулиев, Р., Махмудов, Р. (2013) Интернет вещей // Информационное общество. № 3. С. 42-48.
3. Русакова, Ю. (2011) Проблемы современной культуры в информационном обществе // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. № 3. С. 106-108. 05.06.2019 г.

Джумаева Г.С.

СТРУКТУРНЫЕ МОДЕЛИ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Латинский язык в силу известных исторических событий стал основой формирования терминосистем разных сфер науки и техники для многих европейских языков. В становлении медицинской терминологии

роль латинского языка трудно переоценить, так как до настоящего времени он используется как универсальная система, способствующая взаимопониманию медиков всего мира благодаря сложившейся единой терминологической базе, которая, несмотря на факт «смерти» латинского языка как языка общения, тем не менее продолжает функционировать в рамках стремительно развивающейся медицинской науки.

Цель исследования. В этом смысле рассмотрение системы анатомических терминов латинского языка, ее ресурсов, лексических средств, а также собственно инвентаря разных структурных моделей терминов представляется актуальным как для лингвистики в целом, в которой не так много внимания уделяется латинскому языку, так и для терминоведения в частности. Достижение цели предполагает решение следующих задач: – отбор инвентаря терминологических единиц анатомической терминологии латинского языка; – классификация терминов по структурным моделям; – установление типологических моделей терминов внутри многокомпонентных моделей; – выявление преобладающих частеречных структур анатомических терминов латинского языка.

Методы и материал исследования стали терминологические единицы латинской анатомической терминологии. Предметом исследования явились структурные особенности анатомических терминов, на основе которых была составлена типология структурных моделей анатомических терминов латинского языка. Источником материала стало авторитетное издание, включающее в себя параллельные списки терминов на трех языках: латинском, русском и английском, – Международная анатомическая терминология (под редакцией Л. Л. Колесникова) [3], утвержденная XV Международным анатомическим конгрессом в Риме в 1999 г. В ходе работы были использованы такие методы исследования, как описательный метод в совокупности его приемов анализа, синтеза в процессе отбора и классификации фактического материала, метод структурного анализа и элементы количественного метода при выявлении и подсчете представленности различных структурных моделей в системе анатомической терминологии латинского языка.

Собственно понятие «термин» являлось предметом обсуждения разных наук: лингвистики, философии, ономастологии, логики. При этом до настоящего момента нет единого мнения относительно сути данного понятия, а число определений термина еще в прошлом веке достигло 19 [5]. Однако общее, что можно выделить в разных определениях термина – это то, что термин представляет собой элемент терминосистемы или слово/словосочетание, обозначающее понятие какой-либо специальной отрасли знания [2]. Статус терминов-словосочетаний также нельзя назвать определенным в современной лингвистике, так как в зависимости от количества компонентов термины-словосочетания называют двух- и многокомпонентными. При этом основная дискуссия разворачивается именно вокруг двухкомпонентных терминов, которые одни лингвисты относят к многокомпонентным [5], другие – рассматривают как отдельную группу.

Далее все термины были проанализированы с точки зрения частеречной принадлежности терминов (в случае с однокомпонентными терминами) и их компонентов (для двух- и многокомпонентных терминов) для выявления типологических структурных моделей терминов-словосочетаний в латинском языке. При этом были введены следующие обозначения: N (Nomen) – существительное; Adj (Adjectivum) – прилагательное; Part (Participium) – причастие; Num (Numeralium) – числительное. Среди однокомпонентных терминов преобладают термины, выраженные именами существительными, лишь малую часть составляют термины – имена прилагательные.

Стоит уточнить, что модель Adj + N не является характерной для латинского языка, так как первую позицию в словосочетаниях всегда занимает существительное. В данном случае примеры, приведенные выше, являются исключениями и встречаются лишь в анатомической терминологии. Что касается многокомпонентных терминов (далее МКТ) латинской анатомической терминологии, то в результате анализа терминов Международной анатомической терминологии под редакцией Л. Л. Колесникова [3] было выявлено 2835 МКТ с разной структурой, состоящих из трех и более компонентов. Трехкомпонентные латинские анатомические термины в нашем исследовании составили 28,53% от общего числа исследуемых терминов и представлены 13 структурными формулами.

Результаты. Наиболее распространенной моделью трехкомпонентных терминов является модель N + Adj + Adj, которая отражает типологические характеристики латинского языка с характерной постпозицией определения по отношению к определяемому слову. Напротив, препозиция прилагательного существительному не свойственна латинскому языку, поэтому модели Adj + N + Adj, Adj + N + N скорее являются исключениями и представлены единичными примерами (0,27% и 0,15% соответственно). Четырехкомпонентные термины составили 6,73% от общего числа латинских анатомических терминов. Структурные модели данной группы представлены в Таблице 5. Самыми распространенными моделями при этом являются модель N + Adj + N + Adj (31,42%), представляющая собой соединение двух сочетаний существительного и прилагательного в разных падежах, модель N + Adj + Adj + Adj (22,6%), содержащая главное слово, выраженное существительным, и три постпозиционных определения, выраженных прилагательными, уточняющими главное слово, и сходная с последней модель N + N + N + Adj (13,98%), в которой в постпозиции к главному слову-существительному находятся определяющие его слова, выраженные существительными и прилагательными.

Вывод. Таким образом можно сказать, что одно- и двухкомпонентные термины составляют значительную часть лексики анатомической терминологии в латинском языке. Это можно объяснить тем, что подобные термины являются оптимальным решением номинации анатомического объекта, явления и т.п. Среди многокомпонентных терминов самая многочисленная группа – трехкомпонентные термины, они составляют 28,53% от общего количества терминов. Трехкомпонентные термины представлены 13 структурными формулами. Самой распространенной формулой является N + Adj + Adj, она составила 58,17% от общего количества трехкомпонентных терминов. Трехкомпонентные термины, с одной стороны, являются достаточно краткими, с другой стороны, позволяют более точно и емко охарактеризовать именуемый объект и при этом не вызывают трудностей восприятия и понимания. Романские языки 213 Четырехкомпонентные термины представлены 16 структурными формулами и составляют 6,73% от общего числа терминов. Наиболее употребительной структурной формулой среди четырехкомпонентных терминов является N + Adj + N + Adj, которая встречается в 31,42% всех четырехкомпонентных терминов. Пятикомпонентные термины составляют 1% от общего количества терминов и представлены 17 моделями. Среди них самой распространенной является

модель N + Adj + N + Adj + Adj, которая отмечается в 34,61% всех пятикомпонентных терминов. Шести- и семикомпонентные термины составили менее 1% от общего числа терминов и оказались представлены единичными моделями, основной задачей которых является наиболее четкое указание на местонахождение анатомического объекта. Ограниченность случаев употребления многокомпонентных терминов, особенно состоящих из четырех и более компонентов, можно объяснить их нагроможденностью и сложностью для понимания. Тенденция развития языков заключается в постоянном упрощении, поэтому встретить многокомпонентные термины, состоящие из более чем 4 компонентов, достаточно сложно. Существительное является наиболее употребительным компонентом в составе анатомического латинского термина, его доля среди других частей речи составила 53,4%, что обусловлено стремлением терминосистемы анатомической терминологии к номинализации. Компонент, выраженный именем прилагательным, составил в нашем исследовании 45,6%. Компоненты, выраженные причастием и числительным, малочисленны. Они составляют 0,8% и 0,2% соответственно.

Список источников

1. Авербух К. Я. Общая теория термина. Иваново: Иван. гос. ун-т, 2004. 252 с.
2. Васильева Н. В., Виноградов В. А., Шахнарович А. М. Краткий словарь лингвистических терминов. М.: Рус. яз., 1995. 175 с.
3. Володина М. Н. Теория терминологической номинации. М.: Изд-во МГУ, 1997. 180 с.
4. Гринев С. В. Введение в терминоведение. М.: Моск. Лицей, 1993. 309 с.
5. Коваленко А. Я. Общий курс научно-технического перевода. К.: ИНКОС, 2003. 320 с.
6. Кудинова Т. А. Структурно-семантические особенности многокомпонентных терминов в подязыке биотехнологий: на материале русского и английского языков: дисс. ... к. филол. н. Орел, 2006. 245 с.

Джураев Д.Р.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПИЛОРИЧЕСКИХ ХЕЛИКОБАКТЕРОВ (НР) НА ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА

Кафедра гистологии Самаркандского Государственного медицинского университета. Узбекистан.

Актуальность. Колонизация слизистой оболочки желудка пилорическими хеликобактерами (НР) является триггером, запускающим острый воспалительный процесс в желудке. Чаще всего он подвергается хронизации. А при хроническом гастрите (ХГ) контаминацию слизистой оболочки желудка (СОЖ) разными формами НР (извитыми, палочковидными и кокковидными) выявляют в 65-85% случаев. Названные формы НР являются биологически активными из-за наличия в них «островка патогенности», насчитывающего 9 различных генов, которые синтезируют разные типы белков, являющиеся агрессивными. Эти белки инициируют поражение СОЖ и слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (СОДПК), вызывая в них развитие разных типов хронического гастрита и хронического дуоденита. В ходе развития патологического процесса НР превращаются в палочковидные и кокковидные формы с потерей части генов «островка патогенности», что приводит к снижению агрессивности этих форм НР.

Цель исследования. Изучить степени морфологических изменений в слизистой оболочке желудка при НР-ассоциированных хронических гастритах и определить по данным биоптатов слизистой оболочки желудка влияние НР на слизистую оболочку различных отделов желудка.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе городской больницы Самарканда у 18 больных (12 мужчин и 6 женщин, средний возраст 48 лет) с НР-ассоциированным хроническим гастритом. Верификацию диагноза проводили эзофагогастродуоденоскопией с прицельной биопсией и быстрым уреазным тестом. Всем больным была проведена прицельная биопсия из 5 точек желудка (2 из тела, 2 из антрального отдела и 1 из малой кривизны желудка и сделаны гистологические исследования). Оценку морфологической картины проводили по системе OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment).

Результаты исследования и их обсуждение. Гистологическим и гистобактериоскопическим методами изучены 90 биоптатов слизистой оболочки из 5 отделов желудка, полученные с диагностической целью при проведении эзофагогастродуоденоскопии у 18 больных с диагнозом: Хронический гастрит неатрофического (3 больных) и атрофического (15 больных). Из них у 10 больных морфологическая картина согласно системе OLGA соответствовало атрофии 1 степени, 3 больных атрофии 2 степени и у 2 больных атрофии 3 степени. Выявление атрофических процессов в слизистой оболочке желудка у 83% больных и причем выраженной атрофии 2 и 3 степеней у 27,8% больных делает актуальной проведение гистологических исследований желудка при НР-ассоциированных хронических гастритах.

Исходя из проведенного исследования у нас сложилось устойчивое мнение о том, что диагноз гастрита должен быть верифицирован морфологически. Основным гистологическим признаком заболевания являются инфильтрация собственной пластинки воспалительными клетками и структурные изменения железистого аппарата слизистой желудка. При гистологическом исследовании гастрит подтверждается наличием нейтрофилов или мононуклеарных клеток 2-й степени по крайней мере в одном участке биопсии желудка либо нейтрофилов или мононуклеарных клеток 1-й степени по меньшей мере в двух участках. Воспалительный инфильтрат представлен лимфоцитами, плазматическими клетками, гистиоцитами и гранулоцитами, расположенными диффузно или в виде скоплений в собственной пластинке СО, иногда — внутри желез. Активность воспалительного процесса определяется степенью инфильтрации полиморфно-ядерными лейкоцитами (нейтрофилами и ацидофильными гранулоцитами) собственной оболочки (lamina propria) слизистой желудка.

Прогрессирование заболевания сопровождается замещением собственных железистых структур lamina propria фиброзной тканью (неметапластическая атрофия) или заменой желез метапластическими железами. Метапластическая

атрофия может иметь два фенотипа: кишечная метаплазия (КМ), поражающая слизистые железы, и псевдопилорическая метаплазия, которая также известна как метаплазия псевдопилорических желез. Система позволяет оценить стадию гастрита по шкале прогрессирующего увеличения вероятности развития рака желудка — риск от самого низкого (стадия 0) до самого высокого (стадия IV). Таким образом, под степенью гастрита подразумевается выраженность суммарной воспалительной инфильтрации (нейтрофильными лейкоцитами и мононуклеарными клетками), под стадией — выраженность атрофии. Такая система дает достаточно полную характеристику гастрита и отражает его динамику.

Выводы . Таким образом, инфекция *H.pylori* — основная причина вторичной атрофии слизистой оболочки желудка. Атрофические изменения (как метапластические, так и неметапластические) в образце биопсии из угла и антрального отдела в первую очередь следует рассматривать как доказательства хеликобактерного гастрита. На поздних стадиях атрофии, связанной с хронической инфекцией *H.pylori*, как в теле, так и в антральном отделе наблюдается обширное замещение КМ, связанной с развитием гипохлоргидрии. По мере распространения КМ количество бактерий *H. pylori*, обнаруживаемых в желудке, уменьшается, так как *H. pylori* исчезает из участков метапластического эпителия. Особое значение этой проблеме придает то, что атрофический гастрит является начальной ступенью каскада изменений слизистой оболочки, приводящего к злокачественному новообразованию желудка (каскад Корреа). Вероятность развития рака желудка возрастает по мере нарастания тяжести атрофии слизистой, и этот риск находится в прямой зависимости от степени атрофических изменений, выявляемых в антральном отделе и в теле желудка, в особенности при наличии метаплазии.

Список литературы:

1. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы. М.: Геотар-Медиа, 2009. 416 с.
2. Ткаченко Е.И., Суворов А.И. Дисбиоз кишечника. Руководство по диагностике и лечению. Под редакцией Е.И. Ткаченко, А.Н. Суворова. С.-Петербург: Информ-мед., 2009. 276 с.
3. Барышникова Н.В., Суворов А.Н., Ткаченко Е.И. и др. Роль генетических особенностей *Helicobacter pylori* в патогенезе заболеваний органов пищеварения: от теории к практике. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. № 1. С. 12-19.
4. Dixon M.F., Genta R., Jardley I. et al. Classification and grading of gastritis. Am. J. Surg. Pathol. 2006. № 22. С. 1161-1181.
5. Аруин Л.И., Исаков В.А. Методы оценки обсемененности слизистой оболочки желудка *HP*. Архив патологии. 2015. № 3. С. 75-76.

Джурсева Н.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НЕЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В МИРЕ

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Глобализация, как общемировая тенденция, влияет не только на торговлю, финансы, науку, окружающую среду, преступность и терроризм, но также на здоровье и медицинскую помощь. Влияние изменений на здоровье населения и медицинское обслуживание под воздействием процессов глобализации не может быть недооценено. В дополнение к внутренним проблемам все национальные системы здравоохранения должны теперь заниматься международной передачей рисков и возможностей для здоровья. Исторически, благодаря миграционным процессам среди населения и торговле между странами, появилась возможность передачи инфекции. На сегодня новым является масштаб так называемого «микробного трафика», который расширился в результате взрывного роста торговли и путешествий, благодаря современным технологиям. Глобальное распространение инфекционных заболеваний связано с серьезными изменениями в нашей окружающей среде и образе жизни. Но из одной страны в другую путешествуют не только люди и эпидемии, нездоровый образ жизни также экспортируется. Курение и ожирение являются примерами возникающих рисков для здоровья, связанных с глобализацией. Нездоровый образ жизни обуславливает появление так называемых «болезней цивилизации» в странах, где употребление еды из «фаст-фудов» приобрело огромную популярность в связи с ее низкой стоимостью.

Несмотря на то, что в древнем мире также практиковалась продажа уличной еды быстрого приготовления, исторически фаст-фуд начал приобретать большую популярность в начале 20 века, когда рестораны в США стали предлагать новое фирменное блюдо под названием гамбургер. Очень скоро употребление в пищу еды быстрого приготовления стало распространяться по другим странам, поскольку значительно экономило время на приготовление еды, а развивающиеся коммуникации и рынки сбыта способствовали этому. Если в 1970-х годах среднестатистический взрослый человек в США (в возрасте 18–65 лет) употреблял фаст-фуд менее 10% дней, то в 2017–2018 годах эта цифра выросла до 40,7% дней. Среди участников опроса в США в возрасте 12–39 лет в 2017–2018 годах 45,7% ежедневно потребляли фаст-фуд, что составляет 40,6% суточной нормы калорий. Во всем мире расходы на фаст-фуд росли поразительными темпами за последние три десятилетия: от 80-кратного увеличения в Китае и 97-кратного увеличения в Южной Африке до трехкратного увеличения в странах с более высокими доходами, таких как Великобритания и Германия. В 2019 году в США люди потратили >2578 долларов на душу населения на еду вдали от дома [1]. В качестве места для покупки появились международные точки фастфуда (например, Kentucky Fried Chicken, McDonald's, PizzaHut), которые имеют свои представительства почти в каждой стране мира.

На сегодня к фаст-фуду можно отнести широкий ассортимент продуктов, во-первых, это блюда, которые предлагаются в ресторанах и передвижных киосках (картофель фри, картофель с наполнителями, гамбургеры, хот-доги, разогретая пицца, шаурма и другие подобные блюда), во вторых это блюда, которые можно просто развести водой (лапша, картофельное пюре, супы и каши), в третьих это мелкие закуски, так называемые снеки (чипсы, сухарики,

орешки, печенье, попкорн) [2].

Таблица 1. Продукты быстрого приготовления и их влияние на организм человека.

№ №	Название	Вещества, входящие в состав	Воздействие на организм
11	Чипсы	Сухое пюре, 70-80 % кукурузного крахмала, ароматизаторы, красители и консерванты, акриламид, технический жир.	Онкологические заболевания, негативное влияние на центральную нервную систему.
12	Газированная вода	Вода, сахар (или его заменитель), кислота, подсластитель (аспартам), яблочная и лимонная кислоты, немного реже ортофосфорную – Е338, углекислый газ.	Уменьшение чувства голода на некоторое время, ожирение, развитие сахарного диабета, разрушение эмали, возбуждение желудочной секреции, повышение кислотности желудочного сока, метеоризм.
33	Лапша «Дошираку»	Эмульгаторы - загустители и крахмал, соль, глутамат натрия, соевого соуса, и ароматизаторов.	Расстройство пищеварительной системы, такие как гастрит и язвенная болезнь.
44	Гамбургер	Листья салата, консервы, помидоры, низкосортное мясо, многократно используемое масло, канцерогены.	Ожирение и нарушение обмена веществ, сахарный диабет, бесплодие, ишемия и другие сердечно-сосудистые заболевания, а также ухудшают состояние ЖКТ, иммунной и нервной систем.
55	Хот-дог	Сахар, вредные жиры, пищевые разрыхлители, ароматизаторы и красители.	Разрушение нервных тканей, повреждение структуры мозга и запуск воспалительных процессов, избыток воды в такой области мозга, как миндалевидное тело, и сокращение самого мозга, то есть уменьшение орбитофронтальной коры.

Источник: С.Н. Аббасова, Л.И. Шелудкова. Влияние фаст-фуда на организм человека.

К числу преимуществ фаст-фуда кроме экономии времени и разнообразия ассортимента, еще можно отнести доступность, обусловленную большим количеством ресторанчиков быстрого питания, агрессивный маркетинг данных продуктов, высокую калорийность, которая позволяет быстро насытиться. Все эти преимущества имеют негативное влияние на организм человека. В Китае было обнаружено, что плотность ресторанов фаст-фуд в буферной зоне радиусом 0,5 мили вокруг дома была значимо связана с увеличением на 7% (95% ДИ: 1–14%) шансов иметь избыточный вес или ожирение среди этой группы населения [3]. (Growing fast food consumption and obesity in Asia: Challenges and implications). «Фастфуд» не всегда относится только к ресторанам быстрого питания. Полуфабрикаты можно приобрести в магазинах на углу, в магазинах повседневного спроса, на заправочных станциях и в продуктовых магазинах, и это перечислены лишь некоторые из них [4].

Продажи фаст-фуда стимулируются маркетингом фаст-фуда. В 2008 году около 280 миллионов долларов было потрачено на маркетинг здоровых продуктов питания, а около 1,7 миллиарда долларов было потрачено на маркетинг нездоровых продуктов питания, что указывает на существенную разницу. Маркетинг среди детей преимущественно ориентирован на нездоровую пищу [4].

В таблице 1 приведены состав отдельных блюд быстрого приготовления и их негативное влияние на организм. В доступной литературе утверждается, что фаст-фуд ничем не лучше другой вредной пищи и что он является ключевой причиной роста числа неинфекционных заболеваний, связанных с питанием, от избыточного веса и ожирения до гипертонии, диабета, кардиометаболических заболеваний и т. д. и наиболее распространенных видов рака и даже повышенной смертности [2]. Систематический обзор 43 исследований по нездоровому питанию показал, что в 37 исследованиях отмечен как минимум 1 неблагоприятный исход. Ни в одном исследовании не сообщалось о связи между нездоровой едой и благоприятными последствиями для здоровья [5].

Заключение. Литературные источники предлагают меры по снижению зависимости от фаст-фуда путем как сокращения доступа к этим нездоровым продуктам питания, так и расширения доступа к здоровым продуктам. На уровне семьи пищевое поведение родителей может повлиять и значительно сократить потребление фаст-фуда у детей. На политическом уровне было проведено исследование для оценки эффективности федеральной политики, связанной с акцизными налогами на сахаросодержащие напитки и запретами на телевизионную рекламу фаст-фуда, ориентированную на детей, которое позволило предположить, что налоги на сахаросодержащие напитки могут оказывать наиболее сильное влияние на распространенность ожирения [4].

Литература.

1. Popkin BM. Does excessive fast-food consumption impair our health?/ BM.Popkin //Am J Clin Nutr.- 2022.- Jul 6;116(1). – P.11-12. doi: 10.1093/ajcn/nqac110.
2. Аббасова С.Н., Шелудкова Л.И. Влияние фаст-фуда на организм человека/ С.Н. Аббасова, Л.И. Шелудкова// Актуальные вопросы современной науки: теория, технология, методология и практика. Сборник научных статей по материалам V Международной научно-практической конференции/ Уфа. -2021.-С.229-234
3. Growing fast food consumption and obesity in Asia: Challenges and implications. /Yang Wu [et al.]// Soc Sci Med.- 2021 - Jan;269. - P.113601. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113601.
4. Fulkerson A Jayne . Fast food in the diet: Implications and solutions for families /Jayne A Fulkerson //Physiol Behav. – 2018. - Sep 1;193(Pt B). – P.252-256. doi:10.1016/j.physbeh.2018.04.005.
5. Ultra-Processed Food Consumption and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies /Lane MM [et al.]//Nutrients. – 2022. -Jun 21;14(13). - P.2568. doi: 10.3390/nu14132568.

ЗНАНИЯ, ОТНОШЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Актуальность. Антибиотикорезистентность в мире достигла высокого уровня во всех странах. Все больше инфекций – например пневмонию, туберкулез, заражение крови, гонорея, заболевания пищевого происхождения – становится труднее, а иногда и невозможно лечить из-за снижения эффективности антибиотиков[1]. Причиной растущей антибиотикорезистентности микроорганизмов является бесконтрольное назначение антибиотиков и также в ряде стран свободный доступ к ним в аптечной сети. В глобальных масштабах в мире растет угроза роста заболеваемости и смертности от заболеваний, которые раньше легко поддавались антибиотикотерапии. В мае 2015 г. Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила Глобальный план действий по устойчивости к противомикробным препаратам, включающий и устойчивость к антибиотикам. Одним из направлений плана действий является повышение информированности и понимание устойчивости к противомикробным препаратам.

В этой связи, наше исследование было проведено с целью изучения знаний студентов медиков в отношении использования антибиотиков.

Материалы и методы исследования. Для оценки знания, отношения и использования антибиотиков среди студентов медицинского вуза использовалась анкета ВОЗ, переведенная на русский язык. В исследовании участвовали студенты 6 курса медицинского факультета ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, будущие врачи, имеющие достаточные знания по клиническим дисциплинам. Объем выборки составил 282 респондента. Из них было 143 студента мужского пола (50,7%), 139 студентов женского пола (49,3%). Основная доля респондентов были городские жители 59,6%, 24,1% живут в районах, и 16,3% живут в селах. Средний возраст составил 22,1 год.

Результаты исследования. Большая часть респондентов в последний раз принимали антибиотики в прошлом месяце – 35,1% и в последние полгода (19,5%). 6,4% никогда не принимали антибиотики. Из тех, кто принимал антибиотики, 63,5% -м респондентов они были назначены врачом и 67% получили консультацию врача как их принимать. 88,7% респондентов приобрели антибиотики в аптеке и 1,1% сохранили их с прошлого приема.

По мнению 70,9% респондентов прием антибиотиков следует прекратить в соответствии с назначением после приема всех антибиотиков, что является правильным подходом. 21,6% респондентов, считают, что необходимо прекратить прием, как только почувствуют себя лучше. Такой подход к лечению способствует появлению устойчивых микроорганизмов.

Утверждение «Можно использовать антибиотики, которые были назначены другу или родственнику, если они использовались для лечения одной и той же болезни» 77,3% участников респондентов расценили как неверное и 17,7% как верное. Одна из рекомендаций ВОЗ: никогда не давать свои антибиотики другим лицам или не использовать оставшиеся антибиотики. Другое утверждение «Можно купить (принимать) те же антибиотики, которые вам помогли выздороветь при аналогичных симптомах» 38,7% расценили как верное и 51,1% респондентов – как неверное. Как показывает практика население в целом использует уже имеющиеся антибиотики занимаясь самолечением, однако рекомендуется использовать антибиотики строго по назначению врача.

Таблица 1. Соотношение правильных ответов по оценке знаний об устойчивости к антибиотикам.

Утверждения	Верно	Неверно	Не знаю
1. Устойчивость к антибиотикам возникает тогда, когда ваш организм становится устойчивым к антибиотикам и они перестают действовать	70,2%	25,5%	4,3%
2. Многие инфекции становятся устойчивыми к лечению антибиотиками	84,4%	11,0%	4,6%
3. Если бактерии устойчивы к антибиотикам, лечить вызываемые ими инфекции может быть очень сложно или невозможно	73,0%	18,4%	8,5%
4. Устойчивость к антибиотикам – это проблема, которая может повлиять на меня или на мою семью	58,5%	28,7%	12,8%
5. Устойчивость к антибиотикам – это проблема только для людей, регулярно принимающих антибиотики	56,0%	35,5%	8,5%
6. Устойчивость к антибиотикам – это проблема в других странах, но не у нас	13,8%	72,0%	14,2%
7. Бактерии, устойчивые к антибиотикам, могут передаваться от человека к человеку	43,3%	47,2%	9,6%
8. Устойчивые к антибиотикам инфекции могут сделать медицинские процедуры, такие как хирургия, трансплантация органов и лечение рака, гораздо опасными	55,3%	28,0%	16,7%

Большинство респондентов отметили нижеследующие заболевания и состояния, которые можно лечить антибиотиками из 10 перечисленных: инфекции мочевого пузыря и мочевыводящих путей (82,6%), гонорея (73,4%), кожная или раневая инфекция (69,9%), боль в горле (53,5%), простуда и грипп (51,8%), малярия (50,4%), диарея (48,9%). 66% респондентов ответили, что головная боль не лечится антибиотиками, равно как и боли в теле (58,5%) и ВИЧ/СПИД (67,4%).

96,8% студентов знают, что такое устойчивость к антибиотикам. Термин «Супербактерия» знаком 79,4% респондентов. Также большинство респондентов слышали о термине «Устойчивость к противомикробным препаратам» (88,8% случаев) и «Антибиотикорезистентность» (92,9% случаев), «Устойчивость к лекарствам» (96,5% случаев), «Бактерии, устойчивые к антибиотикам» (93,3% случаев). Основные источники информации во всех случаях были медицинские работники и знания, полученные в университете.

Также студентам было предложено выбрать насколько верные или неверные нижеследующие утверждения.

Несмотря на то, что большинство студентов правильно отметили утверждение 1,2,3,4,5 и 8 как «верное», в среднем одна четвертая, а в 7 утверждении 47,2% опрошенных отметили как «неверное», что свидетельствует о нечетком представлении проблемы. Устойчивость к антибиотикам может затронуть любого человека, в любом возрасте и в любой стране. Устойчивые микроорганизмы могут передаваться от одного человека к другому, даже если он не принимал антибиотики. В тех случаях, когда инфекции не поддаются более лечению антибиотиками первой линии, приходится назначать антибиотики последнего поколения, которые более дорогие и имеют больше побочных эффектов. Из-за большей продолжительности болезней и лечения, часто в больницах, возрастают медицинские расходы, а также экономическое бремя, которое ложится на семьи и общество [1]. Кроме того, устойчивость к антибиотикам ставит под угрозу достижения современной медицины. В отсутствие эффективных антибиотиков для профилактики и лечения инфекций значительно возрастает риск трансплантации органов, химиотерапии и хирургических операций, например, кесарева сечения.

Заключение. Таким образом, уровень осведомленности студентов об антибиотикорезистентности можно оценивать как удовлетворительный, однако требующий дополнительного обучения как специалистов медиков. При растущей устойчивости микроорганизмов и в отсутствие неотложных мер мы можем прийти к тому, что некогда распространенные инфекции и незначительные травмы вновь могут стать смертельными.

Литература:

1. Устойчивость к антибиотикам. Доступно на: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.

Дмитрикова Д.С., Симонян Р.З.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБРАЗА ВРАЧА СТУДЕНТАМИ МЕДИКАМИ И ОБЩЕСТВА В ЦЕЛОМ

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Курск.

Актуальность.

Работники сферы здравоохранения несут огромную ответственность перед обществом за физическое и душевное состояние больного человека, следовательно, их основная деятельность заключается в обеспечении, сохранении, и укреплении общественного здоровья [2]. На состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему врача. Система ценностей специалиста-медика придает определенную направленность его деятельности, определяет потребности и интересы, выступая при этом одним из важнейших мотиваторов медицинской деятельности. Это выражается в его автономности, независимости и готовности к активному терапевтическому взаимодействию на различных уровнях [1]. Если пациент доволен, например, беседой с врачом, который его внимательно выслушал, в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению. Образ является ценной частью действий человека, направляя его в определенных условиях жизни [3]. Для того чтобы наладить контакт с пациентом нужно изучить аспекты, которые для них наиболее важные в образе врача. Данный вопрос и определяет главную задачу данного исследования.

Цель исследования.

Выявить критерии, которые являются ведущими в становлении образа идеального врача.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования послужило анонимное анкетирование, проведенное среди студентов медицинского университета, а также среди населения, которое не связано с медицинской деятельностью. В качестве анализируемого материала были использованы данные, полученные от респондентов. Для достижения поставленной цели и решения задач настоящей работы использовался комплекс общенаучных теоретических методов (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование, индукция, дедукция) и метод анкетирования.

Результаты исследования и их обсуждения.

В результате онлайн анкетирования нами было опрошено 150 человек. Одним из первых стоял вопрос о том, связана ли сфера деятельности опрашиваемых с медициной. Анализируя результаты, было выявлено, что среди респондентов были как студенты медики, составившие 66,7%, так и люди, чья деятельность не относится к медицине - 33,3%. Дальнейший анализ позволяет понять, что в опросе принимали участие люди различных социальных статусов. Так, 75% составили учащиеся и студенты, меньшее количество респондентов, пришлось на работающих - 17%, затем 5% составили пенсионеры и наименьшую группу составили безработные, на долю которых пришлось 3%. Эти данные говорят о том, что в опросе участвовали люди разных социальных категорий, имеющих разное мнение и разный жизненный опыт, что позволяет получить более глубокие и точные результаты в ходе исследования. В следующем вопросе респондентам предлагалось выбрать наиболее значимые качества для врача. Наиболее популярными при выборе стали следующие качества: ответственность - 81%, вежливость - 69,3%, доброта - 46%, любовь к профессии - 64%. Наименее

важными качествами, по мнению респондентов, являются сострадание - 38%, грамотное построение диалога с пациентом - 34,7%, чувство долга - 31,3%. Данные результаты позволяют наглядно увидеть какие черты характера и качества для социума важны в образе врача, а какие они относят на второй план. Одним из очень спорных вопросов является вопрос об умении врача владеть навыками пользования компьютером. С одной стороны в развивающемся мире современных технологий, таких как, например электронная запись, врач должен владеть этими навыками, можно сказать, что это некоторое требование современного общества. С другой стороны, врач может быть прекрасным профессионалом, но не владеть навыками пользования компьютером, что не говорит о том, что это плохой врач. Наши респонденты в большинстве считают, что это обязательный критерий - 71,3%, и лишь 21,7% считают данный критерий необязательным. Так же неоднозначным является вопрос о том, должен ли вести врач здоровый образ жизни. Большинство пациентов считают, что если врач агитирует к этому пациента, то значит, он должен сам этого придерживаться. Но здоровый образ жизни – это индивидуальное решение каждого, а врач в силу своей профессии обязан призывать пациентов таким образом улучшать свое здоровье и поддерживать его на оптимальном уровне. По результатам анкетирования 28% все же считают, что врач обязан вести здоровый образ жизни, 54% убеждены, что это личное дело каждого, 13,3% решили, что данный критерий не имеет значения. Самым ключевым вопросом данного исследования является вопрос о том, каким образом формируется образ идеального врача. Ответ на данный вопрос был открытым, респондентам предоставлялась возможность самостоятельно написать ответ. Из полученных ответов, можно сказать, что на формирование образа влияют следующие факторы: личный опыт, мнение окружающих, СМИ, имеющиеся знания, стереотипы, медиа, пункты, которые каждый человек выделяет важными для себя, сравнения поведения различных врачей, а также существующие нормы и стандарты в обществе.

Выводы.

В ходе проведения практической части исследования были изучены мнения различных групп населения. Исходя из наиболее частых ответов респондентов можно составить образ врача. Таким образом, идеальный врач должен быть ответственным, вежливым, добрым, коммуникабельным и отличаться большой любовью к своей профессии. Врач должен следить за своим внешним видом и выглядеть опрятно, владеть умением пользоваться компьютером, однако пол врача не выделяют как важный критерий, а идеальный возраст для врача респонденты определяют в пределах от 30 до 40 лет, так же специалист должен иметь широкий кругозор и вести правильный образ жизни. Стоит отметить, что медицинские работники нуждаются в повышении навыков общения с пациентами и умением мирно урегулировать конфликт.

Список литературы.

1. Дуброва В.П., Елкина И.В., Образец идеального врача в представлениях студентов высшей медицинской школы В. П. Дуброва, И. В. Елкина Психологическая наука и образование. – 2000. – № 4. – С. 50—59
2. Осипова Н.Г., Семина Т.В., Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации / Н.Г. Осипова, Т.В. Семина // Вестник Московского университета. – 2017. – №18. – С.4-29.
3. [Электронный ресурс]- Режим доступа: https://studwood.net/2540018/psihologiya/obraz_mira_obraz_zhizni_cheloveka_sistemnye_harakteristiki (Дата обращения 23.09. 2023)

Должикова В.А.З, Абдуллаева Т.М. 1, Тошбоева Г.Ю. 2

МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННО-ИНТЕРАКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕЧИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

1Кафедра методики преподавания русского языка и литературы ТНУ

2Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

3Кафедра иностранных языков ХГМУ. Дангара. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время в полилингвальном и поликультурном образовательном пространстве совершенствование профессиональной речи студентов-медиков на занятиях по русскому языку, основанное на использовании интерактивных форм обучения, является одним из актуальным и инновационных направлений подготовки будущих специалистов-медиков. Практика показывает, что проведение круглых столов со студентами на занятиях по русскому языку позволяет формировать коммуникативные компетенции, содействует совершенствованию русской профессиональной речи студентов-медиков.

Цель. Разработать рекомендации по организации эффективной системы использования интерактивно-инновационных технологий обучения русскому языку в процессе совершенствования профессиональной речи. Внедрить данную систему в учебный процесс на практических занятиях по русскому языку.

Материалы. В процессе обучения русскому языку в языковых вузах, в частности в медицинском университете, используются и активно внедряются такие понятия как полилингвальное и поликультурное пространство, интерактивные и инновационные технологии обучения и другие. В связи с вышеизложенным, рассмотрим, опираясь на исследования ведущих учёных методистов, такие понятия как полилингвальное образование, поликультурное образование, полилингвальная личность, интерактивно-инновационных технологий обучения.

Результаты. Согласно изученным источникам, «полилингвальное образование – это целенаправленный процесс обучения, воспитания и развития полилингвальной личности на основе овладения социально значимого опыта человечества, воплощенного в языковых знаниях и умениях, языковой и речевой деятельности». [1, 101] Исследователи утверждают, что в результате, воспитывая и обучая полилингвальную личность как активного носителя нескольких языков, владеющей речевой деятельностью, формируется языковая и коммуникативно-культурологическая компетенция, совершенствуется полилингвальное мышление. [3, 140]

«Поликультурное образование» исследователи трактуют, как образование, которое опирается на две и более

культурные традиции в их динамическом сопряжении и обеспечивает формирование у учащихся образы культуры и самих себя как результат творческого межкультурного взаимообогащения. [2,140]

Заметим, что некоторые инновационные методы основаны на применении интерактивной системы обучения.

«Интерактивный («Inter» – это взаимный, «act» – действовать) означает взаимодействовать, находиться в режиме беседы, диалога с кем-либо. И в отличие от активных методов, интерактивным характерно более свободная коммуникативная взаимосвязь студентов как с преподавателем, так и друг с другом, при превалировании активности студентов в процессе обучения. На интерактивных занятиях роль преподавателя состоит в том, чтобы направить деятельность студентов к достижению целей занятия. План занятия разрабатывается преподавателем (интерактивные задания и упражнения, в процессе выполнения которых студент осваивает материал)». [5, 9]

К методам интерактивного обучения могут быть отнесены: дискуссия, «мозговой штурм», «круглый стол», проведение конференции, «деловая игра», «методика клиники», творческие задания и другие. [4, 48]

Из приведенных методов в процессе обучения студентов рассмотрим метод «круглого стола», предполагающий «обсуждение в ходе дискуссии одной-двух проблемных, острых ситуаций по заданной теме. Желательно, чтобы он был действительно круглым, то есть процесс коммуникации, общения, происходил «глаза в глаза», расположение участников должно быть лицом друг к другу, а не в затылок, как на обычном занятии, что в совокупности приводит к возникновению активности, увеличению числа высказываний, возможности личного включения каждого студента в обсуждение, повышает мотивацию студентов». [4, 49-50]

Практическое овладение языком необходимо, прежде всего, для слушания лекций, чтения литературы, устных выступлений на семинарах, подготовки и сдачи зачётов и экзаменов. Говоря о формировании речевых навыков студентов-медиков, необходимо коснуться вопросов диалогической речи. В диалогической речи используются речевые стереотипы, характерные для той или иной сферы профессионального общения. К примеру, студентам предлагается прочитать текст в лицах "Диалог врача с больным" с последующей формулировкой темы профессионального диалога.

На примере текста «У больного сахарный диабет» [6,144-146] покажем, как осуществляется работа по формированию профессиональной русской устной и письменной речи студентов-медиков.

Преподаватель ведёт работу по объединению ситуативных речевых единиц в тематические единства, развивает (на материале диалога) навыки правильного употребления глагольных временных форм, отглагольных существительных, формирует умение сжатого ответа, решает другие лексико-грамматические задачи, в числе которых формирование вопросительных, побудительных и утвердительных предложений.

Подготовительные задания предполагают работу с раздаточным материалом, фрагментами текста, живую коммуникацию. Использование интерактивных методов на данном этапе нацелено на извлечение основной и второстепенной информации из его содержания.

Обычно задания организационного характера признаются наиболее плодотворными и реализуемыми в интерактивном плане этапов. Как показывает наша педагогическая деятельность, прочитанный студентами текст является базой для создания новых текстов. В качестве интерактивных заданий на организационном этапе на основе информации текста студентам предлагается подготовить и разыграть диалоги, выступить перед сокурсниками с сообщением на тему прочитанного текста, задать вопросы по содержанию текста, составить диалоги или организовать ролевые игры. Таким образом, интерактивные методы работы, применяемые поэтапно, дают студентам возможность совершенствоваться не только языковые навыки и умения, но также позволяют им использовать русский язык как средство общения.

На следующем этапе (на этапе реализации) студентам предлагается задание обсудить вопросы, связанные с той или иной медицинской темой, например, «У больного сахарный диабет», на встрече за «круглым столом» по проблемам данного заболевания (или любого другого).

Таким образом, «Круглый стол» — это метод активного обучения, позволяющий закрепить полученные ранее знания студентов, восполнить недостающую информацию, сформировать умения решать проблемы, укрепить позиции, научить культуре ведения дискуссии. Характерной чертой «круглого стола» является сочетание тематической дискуссии с групповой консультацией. Основной целью проведения «круглого стола» является **выработка** у студентов профессиональных умений излагать мысли, аргументировать свои соображения, обосновывать предлагаемые решения и отстаивать свои убеждения. При этом происходит закрепление информации и самостоятельной работы с дополнительным материалом, а также выявление проблем и вопросов для обсуждения». [5, 49]

Студентам предлагаются следующие задания.

Задания. Для подготовки «круглого стола» составьте сценарий его проведения. Подготовьте свои доклады. Разыграйте сценарий круглого стола по ролям, определив, кто выступит в роли председателя, докладчиков или участников. Для подготовки докладов используйте материал учебного пособия и дополнительную литературу. Дополнительную литературу может предложить преподаватель или студент сам осуществляет поиск.

Круглый стол открывает ведущий (преподаватель или студент). Он представляет участников, направляет ход обсуждения, следит за регламентом, обобщает итоги. Студенты выступают с докладами по подготовленным вопросам. Выступления обсуждаются и дополняются. Задаются вопросы, студенты высказывают свои мнения, дискутируют, аргументируют свои точки зрения.

Следует подчеркнуть, что доклад является одним из наиболее популярных заданий для студентов высших учебных заведений. Обязательное условие его успешного выполнения – публичное выступление, которое подводит итог всей практической работе докладчика. Предстоящую речь необходимо тщательно продумать и подготовиться к ней заранее.

Преподаватель знакомит студентов с образцом сценария проведения «Круглого стола».

Задания после знакомства со сценарием: 1. Определите точку зрения каждого из участников диалога. 2. Скажите, с чем вы можете согласиться, а что вызывает у вас возражения? 3. Сформулируйте свою позицию.

Выводы. Таким образом, на основе вышеизложенного, отметим, что совершенствование профессиональной речи студентов-медиков на практических занятиях по русскому языку в условиях полилингвального и поликультурного образовательного пространства имеет эффективные результаты при использовании инновационных и интерактивных технологий, которые способствуют активизации познавательной деятельности студентов. Интерактивное обучение построено не только на взаимодействии студентов в группе, но и с учебной средой. Технология интерактивного обучения русскому языку студентов-медиков определяется как специальная система, которая реализуется через систему диалогов. Этот метод способствует вовлечению студентов в активный процесс получения и переработки знаний путём диалогового взаимодействия. Вышеприведенные задания помогают организовать выполнение отдельных или последовательных операций интерактивного обучения в процессе речевой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Р., Каже Н. Билингвальное образование. Теория и практика. - Рига: Retorika a, 2005. - 384 с.
2. Бабочиева С.С. Всероссийская научно-практическая конференция «Полилингвальное образование в школах России (19 ноября 2021 года, Саранск) [Электронный ресурс]: Сборник материалов. Саранск. с. 43
3. Баяндина З.К. Полилингвальное обучение в качестве одного из факторов полной социализации в современном обществе// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2014. -№ 8 - С. 140-142
4. Ермолаева М.Г. Интерактивные методики в современном образовательном процессе. М.: Просвещение, 2014. 42 с.
5. Интерактивные методы обучения. Учебно-методическое пособие для преподавателей, студентов, клинических интернов и ординаторов. ТГМУ им. Абуали ибни Сино-//Составители Курбонов У.А. и другие, - Душанбе. 2012 -109 с.
6. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи студентов (для студентов 2 курса медицинского университета). - Душанбе, 2017г-226 с.

Езепчик О.А., Сурмач М.Ю.

АНАЛИЗ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
УО «Гродненский государственный медицинский университет». Беларусь

Актуальность. Результаты научных исследований указывают на тревожную ситуацию в отношении состояния здоровья белорусских детей и подростков: за период с 2002 г. по 2016 г. уровень общей заболеваемости детей до 14 лет увеличился на 19,0%, старших подростков – на 46,9% [1]. Опубликованы данные, свидетельствующие, что с увеличением возраста и «стажа» обучения уменьшается число здоровых детей: с 18,9% в 5 классе до 5,1% в 11 классе. При этом число лиц с компенсированной и декомпенсированной хронической патологией к концу обучения в школе возрастает почти в 2 раза [2]. Вследствие этого, представляют научный интерес сведения о заболеваниях и патологических состояниях, отягощающих состояние здоровья подросткового контингента. Наиболее информативным источником таких данных являются результаты комплексных медицинских осмотров, так как полученные таким методом сведения отражают не только наличие той или иной, имеющей клиническую симптоматику патологии, но и асимптоматических патологических состояний (патологическая поражённость).

Цель исследования: изучить уровень и этиологическую структуру патологической поражённости подростков, проживающих на территории Республики Беларусь, посредством сравнительного анализа установить возрастные особенности заболеваемости, выявляемой при комплексных медицинских осмотрах подростков.

Материал и методы исследования. В соответствии с целью исследования в 2022 г. сформирована выборочная совокупность лиц в возрасте 10-18 лет. Возраст подростков определялся как полное количество лет на момент проведения комплексной оценки состояния здоровья. В исследование было включено 1118 подростков (574 юношей и 544 девушек), из них лица в возрасте 10-14 лет – 650 человек, в возрасте 15-18 лет – 468 человек.

Данные о патологической поражённости подростков и распределении их по группам здоровья получены методом выкопировки из первичной медицинской документации (История развития ребенка – форма №112/у) в детских поликлиниках и детских отделениях в составе поликлиник для взрослого населения. Сведения о заболеваниях, выявленных на момент медицинского осмотра, были систематизированы согласно МКБ-10.

Для оценки распространенности патологического процесса среди подростков рассчитывали интенсивные показатели патологической поражённости по общепринятой методике (число выявленных при медицинских осмотрах заболеваний и патологических состояний / общее число осмотренных×1000 (в ‰)). Этиологическая структура патологической поражённости (вклад конкретного заболевания) рассчитывалась как число случаев выявления при медицинских осмотрах данного заболевания / общее число выявленных при медицинских осмотрах заболеваний×100 (в ‰). Проведен сравнительный анализ показателей в группах 10-14-летних подростков (младший подростковый возраст) и 15-18-летних подростков (старший подростковый возраст). При сравнении групп использовали критерий χ^2 (с поправкой Йетса для случаев малых частот). Различия считались достоверными при $p<0,05$. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы SPSS 20.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что интенсивный уровень патологической поражённости в общей группе подростков составил 1568,87 случаев патологии на 1000 человек. В среднем на 1 подростка приходится 1,57 заболеваний (1,43 в возрасте 10-14 лет и 1,76 в возрасте 15-18 лет). В ходе исследования было установлено, что у 74,87% лиц подросткового возраста по результатам комплексных медицинских осмотров регистрируются те или иные заболевания или функциональные отклонения, из них у 28,09% – выявлено 1 патологическое состояние, у 24,87% – 2 заболевания, у 13,15% – 3 заболевания, более 3 – у 8,77% подростков. Лишь у 25,13% 10-18-летних подростков не выявлено патологии.

При анализе патологической поражённости по отдельным классам заболеваний выявлены следующие результаты. Лидером явились болезни глаза (H00-H59 по МКБ-10) с уровнем показателя, равным 395,35 случаев на 1000 подростков. Заболевания данного класса зарегистрированы у каждого третьего подростка в возрасте 10-18 лет (35,51%). На втором месте расположились заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) – 258,50%, которые выявлены у каждого пятого подростка (22,90%). Уровень патологической поражённости подростков по классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99) составил 164,58 случаев на 1000 подростков, занимая третье ранговое место в ряду патологических состояний (15,83%). Уровень болезней органов пищеварения (K00-K59) составил 163,69%. Замыкают пятерку лидеров болезни органов дыхания (J00-J99) с уровнем 149,37%. Далее следуют болезни системы кровообращения (I00-I99) – 110,02%; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90) – 85,87%; болезни мочеполовой системы (N00-N99) – 55,46%. Следующие позиции занимают симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99) с уровнем 27,73% и болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99) – 21,47%. Патологическая поражённость по классу психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) составила 20,57 случаев на 1000 подростков; по классу травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98) – 17,89 случаев на 1000 подростков. Почти таким же выявлен показатель патологической поражённости по классу новообразования (C00-D48) – 17,00 случаев на 1000 подростков. Уровень болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (D50-D89) составил 9,84%; уровень болезней уха и сосцевидного отростка (H60-H95) – 8,95%. Патологическая поражённость некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (A00-B99) составила 0,90 случаев на 1000 подростков.

При сравнении уровня патологической поражённости в возрастных группах установлено, что в группе 15-18-летних подростков он достоверно выше, чем среди лиц младшего подросткового возраста (1756,41% и 1433,85% соответственно, $\chi^2=26,47$; $p=0,002$). Следует отметить, что сравнительный анализ уровня патологической поражённости по отдельным классам заболеваний выявил достоверно более высокие значения показателя у 15-18-летних подростков по сравнению с группой 10-14-летних подростков по следующим классам заболеваний: болезни нервной системы (85,47 против 44,62 на 1000 подростков, $\chi^2=7,11$; $p=0,029$), болезни системы кровообращения (153,85 против 78,46 на 1000 подростков, $\chi^2=12,50$; $p=0,006$), болезни костно-мышечной системы (322,65 против 212,31 на 1000 подростков, $\chi^2=13,43$; $p=0,001$), болезни мочеполовой системы (322,65 против 212,31 на 1000 подростков, $\chi^2=7,03$; $p=0,030$).

Кроме того, имеют место некоторые возрастные особенности этиологической структуры патологической поражённости подростков. Так, наибольший вклад в патологическую поражённость, как у младших подростков, так и у лиц старшего подросткового возраста вносят болезни глаза и его придаточного аппарата с удельным весом 25,75% и 24,57% соответственно. На втором месте – заболевания костно-мышечной системы (14,81% среди лиц 10-14 лет и 18,37% среди 15-18-летних подростков). Третье ранговое место у младших подростков занимают болезни органов дыхания (11,48%), у старших подростков – врожденные пороки развития (10,34%). Далее следуют болезни органов пищеварения, занимая четвертое ранговое место как в группе 10-14-летних подростков, так и подростков в возрасте 15-18 лет (10,94% и 9,85% соответственно). У младших подростков на пятом ранговом месте находятся врожденные аномалии (10,62%), у лиц старшего подросткового возраста – болезни системы кровообращения с удельным весом 8,76%. На указанные классы болезней приходится более 70% всей выявленной патологии (73,60% у 10-14 летних подростков и 71,89% у 15-18-летних подростков).

Выводы. Полученные результаты исследования свидетельствуют о высоком уровне патологической поражённости белорусских подростков. На 1 подростка в среднем приходится 1,57 заболеваний. Наиболее значимыми составляющими патологической поражённости подростков являются такие патологические состояния, как болезни глаза, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, врожденные аномалии, болезни органов пищеварения, болезни органов дыхания.

Достоверно более высокий уровень патологической поражённости в группе лиц старшего подросткового возраста по сравнению с 10-14-летними подростками в значительной степени обусловлен более высоким уровнем у них болезней костно-мышечной системы (в 1,5 раза), болезней нервной системы (в 1,9 раза), болезней мочеполовой системы (в 1,9 раза) и болезней системы кровообращения (в 2 раза).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости научно-обоснованного дифференцированного подхода к планированию профилактических мероприятий среди подростков разных возрастных групп.

Список литературы

1. Копыток, А.В. Показатели заболеваемости и первичной инвалидности детского населения Республики Беларусь / А.В. Копыток // Здоровье для всех: материалы VII Международной научно-практической конференции, УО "Полесский государственный университет", г. Пинск, 18 – 19 мая 2017 г. / Министерство образования Республики Беларусь [и др.]; редкол.: К.К. Шебеко [и др.]. – Пинск: ПолесГУ, 2017. – С. 139-142.
2. Солтан, М. М. Состояние здоровья современных школьников на примере г. Минска / М. М. Солтан, А. П. Чичко // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики: рецензир. сб. науч. трудов / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; редкол.: А. В. Сикорский, В. Я. Хрыщанович. – Минск : ГУ РНМБ; БГМУ, 2018. – Вып. 8. – С. 186-190.

ПОРТРЕТНОЕ ОПИСАНИЕ ГЕРОЕВ В РОМАНЕ Ф. МУХАММАДИЕВА "УГЛОВАЯ ПАЛАТА" В ПЕРЕВОДЕ С ТАДЖИКСКОГО ЯЗЫКА НА РУССКИЙ ЯЗЫК

Факультет русской филологии Таджикского национального университета

Актуальность. Актуальность данной темы обусловлена повышенным вниманием к развитию вопроса портрета в литературных произведениях. Таким образом в романе Ф. Мухаммадиева "Угловая палата" портретное описание и портретная характеристика является одним из средств характеристики художественного образа, используемым наряду с иными художественными средствами: описанием настроений и мыслей героев, развитием действия в сюжете, описанием обстановки, диалогом персонажей.

Цель исследования данной работы заключается в рассмотрении портрета как стороны художественного образа в романе Ф. Мухаммадиева "Угловая палата". Литературный персонаж представляет собой отдельную личность, неповторимую индивидуальность, отличающуюся от иных индивидов своей среды.

Типы портрета в художественной литературе разнообразны. Они могут быть динамическим и статическим, развернутым и фрагментарным, психологическим, отражающим момент психологической характеристики героя, а также внешним, представляющим собой описание черт внешности персонажа. [2, 54]

Материал и методы исследования. Проблеме литературного портрета посвящена обширная научная литература. Так, В. Е. Хализев к портрету относит не только описание наружности героя, но и все то в облике человека, что сформировано социальной средой, индивидуальной инициативой, культурной традицией. Для анализа портретной характеристики, был использован роман Ф. Мухаммадиева «Угловая палата» и его перевод на русском языке, переводчиком которого является А. Шокало. В данной работе использовали сравнительно-сопоставительный метод и методы описания.

С одной стороны, художественный персонаж показывается чаще всего как исторический и социальный человек (Иброгимджон, Носир-Аббос, дядя-Ивон и др.), представляющий конкретную социальную эпоху, класс или классовую группу. Их внешний вид, манеры, движения, жесты обычно характеризуют ту общественную среду, которую автор обобщает в своем произведении и идеологически оценивает. С другой стороны, литературный персонаж представляет собой отдельную личность, неповторимую индивидуальность, отличающуюся от иных индивидов своей среды. Путем отбора и сочетания индивидуальных черт портрета героя автор в то же время выражает личное отношение к той общественной группе, представителем которой является персонаж. [1, 123]

В романе "Угловая палата" портреты персонажей характеризуются реалистичностью и типичностью. Герои романа (Иброгимджон, Носир-Аббос, Каримджон, дядя-Ивон) изображаются в качестве типичных представителей своей среды в повседневной обстановке. В портрете персонажей обычно выделяются бытовые черты, не заключающие в себе ничего необычного и исключительного. Любой портрет является характерологичным, при этом он может снабжаться авторским комментарием (портрет Ивон-амак), а может и действовать самостоятельно, в последнем случае портрет требует большой читательской активности.

Наиболее простой и обычной формой портретной характеристики является портретное описание, состоящее в передаче портретных деталей, порой с авторскими комментариями или обобщающим выводом, иногда автор выделяет в портрете одну-две ведущих детали. Основными видами портретной характеристики являются портретное описание, портрет-сравнение, портрет-впечатление и психологический портрет.

Более сложный вид портретной характеристики в романе "Угловая палата" представлен в портрете-сравнении. При помощи портрета автор формирует у читателя то или иное впечатление от внешности героя. Примером может служить портрет Хиромон из романа "Угловая палата" с переводом на таджикский. [2, 113]

Оригинал (Ф. Мухаммадиев).

Духтари зебост Хиромон. Дуструй, хушруй, фаттону дилрабо. Аммо агар, чунон ки дар китобҳои кадима менавиштанд, чамилаи даврон бигуед, муболиғаи нодаркор мешуд. Вай мисли он нозаниноне нест, ки дар фото-суратҳои арзони ранга акс меёбанду на аз Ховарзамин буданишон маълум, на аз Бохтарзамин. Монанди он паривашион "сарвади симинтан" нест, ки чашии чоду, "руи чун гул, муи сунбул" доранду ччун намунаи хусну чамол овоза пайдо кардаанд, вале бо вучуди ин агар ба андомашон андаке беиштар зехн монед, мебинед, ки дар чехраашон чизе хаст, ки рағбати шуморо аз дубора чашии духтан мекохонад.

Хиромон мисли навнихолест, ки дар боғи бархаво қад барафрохтааст. Навнихоле, ки чи дар айёми гулу шукуфаю хангоми боровари ва чи фасли тирамоху дар чиллаи зимистон ба як зайл назаррабою дилпазир аст. Чаро ки вай худ таҷассуми ҳаёт, ҳайкали зиндаи зиндагонист. Чи гуна метавон ба ин гуна як дилрабою дилнабохт? [4, 27-28]

Перевод (А. Шокало).

«Красивая девушка Хиромон. Милая, нежная, очаровательная и привлекательная. Но если назвать её, как писали в древности, красавицей всех времён, то это будет преувеличением. Она не похожа на тех красивеньких девушек, изображенных на недорогих цветных открытках, о которых и не скажешь, откуда они, то ли с Востока с Запада. Она не похожа на тех гурий, у которых "стан-кипарис" и "лицо-нарцисс", у которых "глаза словно у косуль", а "волосы словно сунбул" и которых выдают за эталон красоты, но когда взглядишься в них повнимательней, то в выражении лица и во взгляде обнаружишь нечто такое, после чего тебе сразу тебе расхочется на них смотреть.

Хиромон похожа саженец в прекрасном саду. Она- как молодое деревцо, всегда очаровательное, и когда осыпано цветами или отягачено плодами, и когда сбрасывает листву или стоит замеченное снегом. Ибо она воплощение жизни, тонкое его творение. Убережешь ли сердце от такой манящей силы». [3, 172]

Однако самую сложную разновидность портрета представляет **портрет-впечатление**. Его особенность про-

является в том, что в нем отсутствуют портретные черты и детали как таковые, остается лишь впечатление от внешности персонажа, производимое на какого-либо другого персонажа произведения или на стороннего наблюдателя. Например:

Оригинал (Ф. Мухаммадиев).

Зардодхон накл мекарду аз андомаи хувайдо буд, ки худро дар палатаи бемористон ба сифати нокил чандон соз хис намекунад. Хар сафедпуш аз дари хона нигоҳ кунад, даме лаб фуру мебаст ва муддате хавоси парешон-гашташиро аз нав чамъ менамуд.

Тасаввур кардан лозим аст, ки марде ба тарозуи бозор даҳ ва ё понздаҳ кило санг монда, чуству чолок гандум бар мекашад. Дигаре яктахи сафед дар тан дар лабораторияи озодае ҳамон андумро барои озмоише ё дигар нияти илмию тадкики ба тарозуча сабуки заргари дона-дона бармекашад. Нутки орому як қадар ҳаёмези духтур ба ана ҳамин гуна донабаркаш монанд буд дар муқобили нутки нургулгула, чарангоси ва бозътимод, нутки оташини лектороне ки онхоро гурғи борондида меноманд ва қораширо ба тарозудори кордидаи сари бозор шабохат додан мумкин аст. [4, 39]

Перевод (А.Шокало).

Зардодхон рассказывал, и по его лицу было видно, что он чувствует себя не совсем удобно в роли популяризатора медицинских знаний, да ещё и в больнице. Каждый раз когда кто-нибудь заглядывал в дверь, он замолкал, а потом, прежде чем говорит дальше, ему необходимо было время, чтобы собраться с мыслями.

На базаре ловкий торговец взвешивает пшеницу на весах двадцатикилограммовыми гириями. А учёный в лаборатории взвешивает ту же пшеницу для исследований на точных весах при помощи миллиграммовых гирек. Так спокойный, немного смущённый разговор врача похлж был на работу человека в лаборатории в отличии от крикливого, самоуверенного лекторского выступления, смахивающего на ловкую торговлю с пудовыми гириями. [3, с.179].

Результаты исследования и их обсуждение. Данные материалы могут быть использованы при развитии навыков и умений анализировать художественный текст (роман Ф.Мухаммадиева "Угловая палата"). Путем отбора и сочтения индивидуальных черт портрета героя (Иброгимджон, Носир Аббос, Каримджон, дядя Ивон) автор в то же время выражает личное отношение к той общественной группе, представителями которой являются эти герои.

Выводы. На основании изученного материала, был сделан вывод о том, что Ф. Мухаммадиев использовал портрет-сравнения и портрет-впечатления для раскрытия характеров героев, их душевного состояния. И перевод А. Шокало соответствует оригиналу.

Список литературы

1. Гиршман М. М. Проза художественная // Введение в литературоведение. - М.: Высшая школа, 2005. - С. 308-310.
2. Есин А. Б. Принципы и приемы анализа литературного произведения. - М.: Флинта; Наука, 2000. -248 с.
3. Мухаммадиев Ф.А. Угловая палата: Роман. Повесть. Пер.с тадж. (А.Шокало) Советский писатель, 1989.-368с.
4. Мухаммадиев Ф.А. Палатаи кунчаки: Роман.: нашриети Ирфон, Душанбе 1974. -366с.
5. Хализев В. Е. Теория литературы. - М.: Высшая школа, 2004. - С. 180-183.

Жаксыбай З.А., Курмангалиева С.С., Бактикулова К.Б.

ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМОМ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии НАО «ЗКМУ им. Марата Оспанова». Республика Казахстан.

Актуальность.

Состояние после COVID-19 является распространенной и вызывающей интерес проблемой у клиницистов и ученых всего мира. У переболевших коронавирусной инфекцией в 10-30% случаев были выявлены долгосрочные последствия. В сентябре 2020 года термин «Состояние после COVID-19» был введен в Международную Классификацию Болезней (МКБ-10) для дальнейшего использования клиницистами в практике. На сегодняшний день нет ясного ответа о формировании иммунной защиты при постковидном синдроме. Изучение гуморального звена иммунитета обеспечит понимание патогенеза и развития постковидного синдрома для решения ряда эпидемиологических, социальных, экономических проблем.

Цель исследования.

Целью данной работы является анализ уровня Ig G у пациентов с состоянием после COVID-19 среди населения г. Актобе. Анализ показателей Ig G по отношению к возрасту, полу и клиническим вариантам состояния после COVID-19.

Материал и методы исследования.

В исследовании приняли участие 94 пациента - 15 (16%) мужчин и 79 (84%) женщин с диагнозом «Состояние после COVID-19» в возрасте от 18- до 77 лет. Рекрутинг пациентов произвели в 7-ми поликлиниках г. Актобе. Диагноз: «Состояния после COVID-19» ставился согласно протоколу РК №178 от 30 января 2023 года. Выборка: сплошная. Дизайн исследования: одномоментное поперечное. В проекте соблюдены этические нормы и стандарты работы с человеческим биоматериалом. Использование человеческого биологического материала было одобрено Локальной Этической Комиссией при НАО «ЗКМУ им М. Оспанова». Все участники исследования заполнили и подписали информированное согласие на участие в исследовательском проекте и публикацию результатов. Все данные пациентов конфиденциальны.

Методом ИФА определили наличие и количества нейтрализующих Ig G к S- белку коронавируса SARS-CoV-2 в сыворотке крови. Результаты количественного содержания анти SARS-CoV-2 Ig G в сыворотке представлено в единицах BAU/мл (binding antibody units/ml) в соответствии с референсным значением 7,1 = BAU/мл».

Статистический анализ

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы STATISTICA 10, SPSS 25. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости принимался $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Все пациенты участвовавшие в исследовании перенесли коронавирусную инфекцию с 2020 года по 2022 год, легкой, средней и тяжелой степени тяжести, меньше 30% были госпитализированы и получали лечение в стационарах, однако ни у кого из них критических случаев не было зафиксировано. Уровень Ig G к S белку не показал значимых различий по половому признаку, но исходя из результатов исследования, достоверно постковидный синдром чаще наблюдался у женщин чем у мужчин. В целом, в мировой литературе есть данные клинических исследований имеющие схожие результаты. Ниже идет описание уровня Ig G к S- белку по отношению к полу.

Таблица 1 - Титр IgG к S белку в зависимости от пола

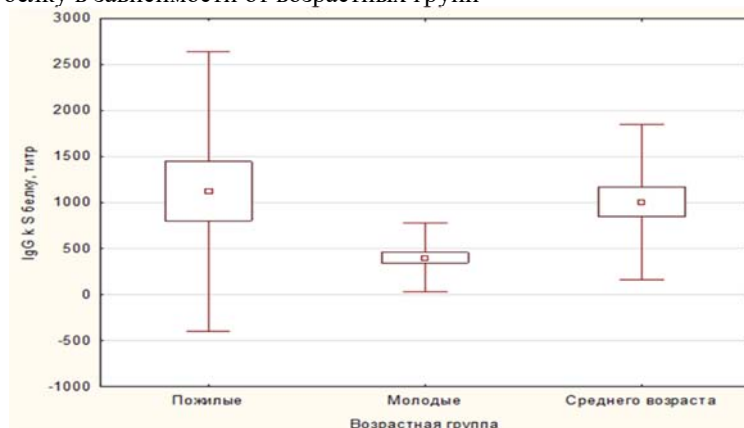
Показатель	Пол	N набл.	Среднее	Медиана	Минимум м	Максим.
IgG к S белку, титр	женский	79	722,1400	412,9100	36,27000	5606,690
	мужской	15	909,4387	412,3400	110,7000	2898,550

Описание характерных особенностей для разных возрастных групп. Мы разделили участников согласно классификаций ВОЗ на три группы:

- 1 группа: 18-44 лет молодые люди 44
- 2 группа: 45-59 лет средний возраст 28
- 3 группа: 60-77 лет пожилые люди 22

Больше всего пациентов распределилось в 1 группе: 44 человек, молодые люди и примерно одинаковое количество в 2 и 3 группе. Для сравнения между возрастными группами и титра Ig G применялся U-критерий Манна-Уитни, ниже представлено в виде диаграммы размаха или ящичных диаграмм, где обнаружено, что повышение возраста пациентов ведет к повышению титра антител.

Таблица 2 - Титр IgG к S белку в зависимости от возрастных групп



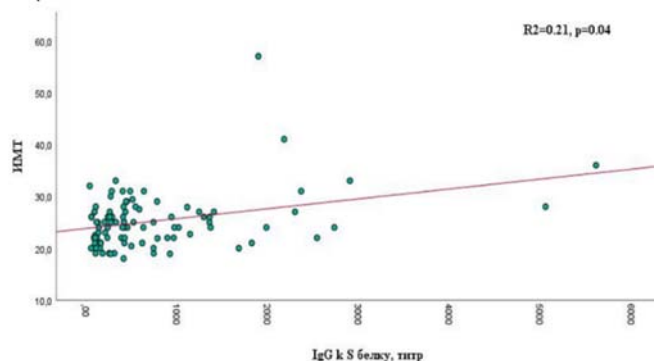
Следующим этапом исследования мы изучили Индекс массы тела (ИМТ) у пациентов страдающих постковидным синдромом и разделили их по половому признаку. У большинства числа пациентов среди женщин превалировал нормальный вес: 49%, в то время как среди мужчин оказалось больше пациентов с избыточной массой тела: 47%. Также в обеих группах имело место случаи с ожирением 1 степени. Ожирение 2,3 степени у женщин составило 3 случая, в то время как у мужчин таких случаев не наблюдалось. См. ниже представлено в таблице 3.

Таблица 3 - Результаты ИМТ участников по половому признаку

ИМТ	Женщины		Мужчины	
Нормальный вес	39	49%	6	40%
Избыточный вес	30	38%	7	47%
Ожирение I ст.	7	9%	2	13%
Ожирение II ст.	1	1,5%	0	-
Ожирение III ст.	2	2,5%	0	-

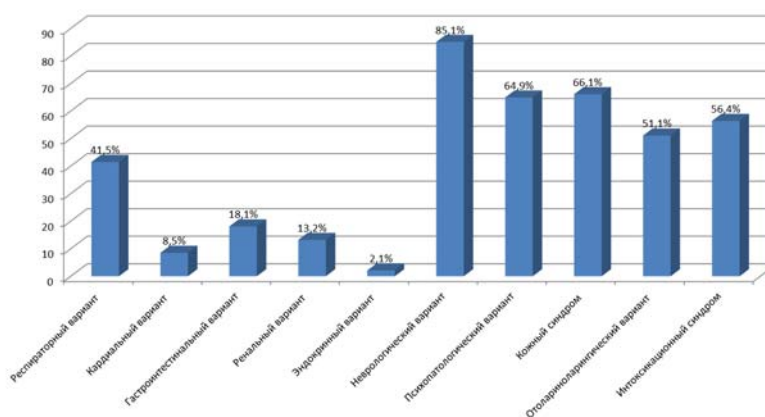
Распределив пациентов по ИМТ, далее определили корреляционную связь титрами IgG к S белку в зависимости от

ИМТ с помощью критерия Спирмена. Иллюстрирована в виде диаграммы рассеяния в Таблице 4. Диаграмма 1 - Титр IgG к S белку в зависимости от ИМТ



Завершающим этапом исследования, выявлена частота клинического варианта постковидного синдрома. Согласно протоколу «Состояния после COVID-19» РК №178 от 30 января 2023 года, известно 10 клинических вариантов постковидного синдрома. Результаты сформированы с данных Индивидуальной регистрационной карты участников, предоставленные врачами, входящих в клиническую группу исследователей проекта. Частота клинического варианта постковидного синдрома представлена ниже в виде гистограммы в процентном соотношении в таблице 5. Хотелось бы отметить, что все варианты могут встречаться у одного и того же пациента в комбинации с другими вариантами или изолировано. Как оказалось, лидирующую позицию среди симптомов занимает неврологический вариант с 85,1%, на второй позиции расположился кожный синдром с 66,1%, сразу за ним идет психопатологический вариант с 64,9%. Меньше всего пациентов, 2,1% жаловались на симптомы эндокринного варианта, где было диагностировано «Впервые возникший сахарный диабет» после перенесенной коронавирусной инфекции. Немаловажное значение пришлось на долю интоксикационного синдрома, оториноларингологического варианта, а также респираторного.

Таблица 4 - Частота клинического варианта постковидного синдрома



Выводы.

Выработка Ig G к S белку наблюдается у всех пациентов с состоянием после COVID-19.

При исследовании взаимосвязи Ig G к S белку в 3-х возрастных группах отмечалось нарастание титра с увеличением возраста.

При анализе Ig G и ИМТ определилась слабая корреляционная связь, равна 22.

В отношении взаимосвязи антител между полом и клиническим вариантом постковидного синдрома статистических значимых различий не обнаружено.

Данная работа может рассматриваться как перспективное направление в иммунологии к проведению более стандартизированного масштабного исследования.

Список литературы

1. Определение клинического случая состояния после COVID-19 консенсусом Delphi/ Джоан Б. Сориано, Шринивас Мурти, Джон К. Маршалл, Прянка Релан, Джанет Ви Диаз; Рабочая группа ВОЗ по определению клинического случая состояния после COVID-19. //Lancet Infect Dis. –2022 апрель; 22 (4): e102-e107. doi: 10.1016/S1473-3099 (21)00703-9. Epub 2021 от 21 декабря.
2. Особенности гуморального иммунитета после перенесенного COVID-19 / Е.В. Семенова, В.В. Павлюк, М.А. Уварова, А.В. Иванов // Медицинская иммунология. - 2022. - №2 (24). – С.337-350.
3. Сопоставление гуморального и клеточного иммунитета у переболевших COVID-19 / А.П. Топтыгина, Е.Л. Семикина, Р.Ш. Закиров, З.Э. Афридонова // Инфекция и иммунитет. - 2022. - №3. – С.495–504.
4. Адаптивный иммунитет к SARS-CoV-2 и COVID-19 / Alessandro Sette, Шейн Кротти // Cell. - 2021. - №184 (4). – С.861-880.
5. Систематический обзор и мета-анализ долгосрочных последствий COVID-19 через 2 года после заражения SARS-CoV-2: призыв к действию для неврологических, физических и психологических наук/ Масуд Рахмати, Рафаэль Удех, Дон Кеон Ен, Сын Вон Ли, Ксения Доля-Гор, Марк Макэвой, Тони Кенна, Луи Джейкоб, Guillermo F López Sánchez, Ай Коянаги, Чжэ Иль Шин, Ли Смит // J Med Virol . - 2023. - № 9.

ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ФРАКЦИИ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Кафедра морфофизиологии, Южно-Казахстанская медицинская академия

Цель исследования. Изучить состояние функционирования митохондрий при сочетанной кардиоваскулярной патологии представляется перспективным направлением.

Материал и методы исследования. В исследовании использовали нормотензивных белых беспородных крыс-самцов массой 120-140г (n=10), а также спонтанно гипертензивных крыс-самцов массой 120-140г (n=30).

Первая экспериментальная группа состояла из крыс линии (n=10), которая моделировала сахарный диабет путем однократного внутрибрюшинного введения стрептозоцина в дозе 50мг/кг, разведенного extempore в 1мл 0,1 М цитратного буфера после 12 часового голодания. Вторая экспериментальная группа представлена крысами (n=20), которым моделировали атеросклероз путем ежедневных пероральных введений гиперлипидогенной смеси на протяжении 20 суток, состоящей из масляного раствора холестерина в дозе 40 мг/кг и эргокальциферола в дозе 350000 Ед/кг и твина - 80 в дозе 10мг/кг, третья группа интактных крыс.

Результаты исследования. Установлено что в митохондриях миокарда крыс с сахарным диабетом более высокая интенсивность митохондриально индуцированной окислительной модификации белков (ОМБ) вероятнее всего обусловлена нарушением реакций пентозофосфатного шунта дефицитом, необходимого для нормального функционирования глутатионного звена тиол-дисульфидной системы.

Выводы. Степень открытия митохондрий достоверно выше у спонтанно гипертензивных крыс по сравнению с контролем, прогрессивно увеличиваясь на фоне экспериментального сахарного диабета и атеросклероза.

Завадская А.В., Пожидаева А.С.

ОБЗОР ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

кафедра русского языка ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия

Актуальность. Стремительное развитие телекоммуникационных технологий, повышение уровня технического обеспечения, массовая цифровизация всех отраслей жизни, вынужденный переход на дистанционный формат обучения во время пандемии стали причинами бурного развития инновационных методов и технологий в образовании. Медицинские вузы, пожалуй, в меньшей степени оказались подвержены данным влияниям, что, безусловно, связано со спецификой подготовки специалистов. Так, при изучении специальных дисциплин в образовательном процессе доминируют классические методы обучения. Однако, когда речь идет о преподавании дисциплин общегуманитарного блока, то здесь можно наблюдать использование достаточно большого количества инновационных методов и подходов.

Цель данной статьи – продемонстрировать инновационные методы, которые могут быть использованы при обучении студентов дальнего зарубежья русскому языку как иностранному. Данные методы и приемы успешно применяются преподавателями кафедры русского языка Оренбургского государственного медицинского университета при работе с индийскими студентами.

Результаты исследования и их результаты. Как отмечает Т.Н. Таранова, «современный этап в методике преподавания РКИ можно охарактеризовать такими словами, как инновация, развитие, движение вперед» [5, с. 59]. Это свидетельствует о том, что появляющиеся инновационные методы и подходы способствуют повышению эффективности учебного процесса при изучении русского языка.

Манету Н., Нгуен В.Х., Грунина Е.О, изучив все многообразие работ, посвященных инновационным методам и технологиям в обучении РКИ и опубликованных до 2020 г. в сборниках по результатам конференций МАПРЯЛ и РОПРЯЛ, а также в ведущих журналах, освещающих проблемы преподавания РКИ, сделали следующие выводы:

1. Применение инновационных технологий в обучении РКИ помогает решать различные задачи современной методики преподавания РКИ, в частности, организации процесса обучения, создания языковой среды, определения роли преподавателя на занятиях, подбора эффективных способов представления информации.

2. В процессе преподавания выделяются как положительные, так и негативные стороны использования инновационных технологий.

3. Инновационные технологии многочисленны и применимы во многих областях знаний, для разных профилей образования, уровней подготовки [2, с. 20].

Мы обратились к работам последних лет, посвященных рассмотрению тех или иных инновационных методов и подходов, и заметили, что исследователи достаточно часто называют инновационными методы, которые таковыми не являются, например, использование языка-посредника при обучении русскому языку (Н.В. Гончаренко, О.Н. Алтухова, О.П. Игнатенко). Однако перевод и раньше использовался в практике преподавания иностранного языка при работе со студентами в мононациональных группах (грамматико-переводной метод). Постепенно методика преподавания РКИ сместила фокус своего внимания к прямым методам обучения, доказавшим более высокую эффективность.

Еще одним распространенным методом обучения, который в научной литературе описывается как инновационный, считается дистанционное обучение. Возможно, до пандемии данный метод и выступал как инновационный. Но когда в 2020 г. все вузы вынуждены были перейти на данный формат работы, то многие увидели, что дистанционное обучение базируется на классической системе работы. Отличием является лишь то, что привычное обучение прово-

дится не в стенах аудитории, а на той или иной Интернет-платформе. Поэтому, на наш взгляд, правомерно рассматривать дистанционное обучение не как инновационный метод или технологию, а как особый формат обучения.

Параллельно с понятием «инновационные методы» в педагогике существует и другие: «интерактивные методы», «информационно-коммуникационные методы». Зачастую данные понятия отождествляются. Мы же считаем, что интерактивные и информационно-коммуникационные методы обучения являются компонентами инновационных методов. Именно на них мы остановим наше внимание.

Использование интерактивных методов позволяет студентам самостоятельно управлять процессом обучения, инициировать новые идеи, приобретать знания. Е.В. Сенченкова к интерактивным методам обучения РКИ в медицинском вузе относит «мозговой штурм», кластеры, ролевые игры, кроссворды, метод «кольца» [4, с. 96]. Мы считаем, что данный ряд может быть дополнен, и включаем сюда метод квеста, игровые методы, проектные методы. В качестве примеров использования метода кластеров (кластер – группа слов, объединенных общей темой) со студентами медицинского вуза можно назвать задания следующего типа: *Назовите термины, которые обозначают компоненты череп; выберите слова и словосочетания, называющие симптомы гастрита* и др.

Одной из разновидностью инновационных методов учеными называются игры. Различные варианты использования игр со студентами-медиками мы показывали в статье «Игровые приемы при изучении языка специальности в медицинском вузе» [1]. Так, большим интересом у индийских студентов, обучающихся в ОрГМУ, пользуется игра «Данетки». Это разновидность игры в загадки. В классическом варианте один игрок описывает странную ситуацию, а угадывающие должны выяснить ее, задавая уточняющие вопросы. При угадывании можно задавать вопросы, ответом на которые могут быть только слова «да» или «нет». Переложив данный формат на специфику изучаемого лексико-грамматического материала в медицинском вузе, мы проводим ее следующим образом. К примеру, преподаватель загадывает название того или иного органа, а студенты, задавая вопросы, отгадывают его. Например, преподаватель загадал слово «почки». Студенты могут задать следующие вопросы: *Этот орган находится в грудной полости? Он имеет конусовидную форму? Этот орган выполняет функцию образования и фильтрации мочи?* и т.д.

Также вариантом игровых методов являются ролевые и деловые игры. Их положительные моменты в освоении языка отмечаются многими учеными. Поскольку в научной и методической литературе подробно описан механизм их проведения мы не будем останавливаться на них. Отметим лишь, что в своей практической деятельности преподаватели ОрГМУ также часто обращаются к подобному формату.

Несомненно, инновационным методом в методике преподавания РКИ следует считать метод «мобильное видео», разработанный И.И. Просвиркиной, А.М. Фроловой [5]. Данный термин называется «метод, позволяющий в процессе обучения использовать современные технологии и формировать устойчивые навыки говорения, аудирования, чтения и письма, а также делающий учебный процесс интерактивным, захватывающим и увлекательным» [3, с. 88]. Поскольку этот метод может быть использован при работе со студентами, владеющими русским языком в объеме не ниже уровня В-1, он успешно применяется нами при изучении студентами-медиками дисциплин «Клиническая терминология в терапии», «Основы работы с медицинской документацией».

Выводы. Таким образом, современная методика преподавания русского языка как иностранного является достаточно гибкой. Она впитывает в себя все те изменения и новшества, которые происходят в образовательном процессе в целом. Использование инновационных методов и приемов при проведении занятий способствует повышению эффективности учебного процесса, а также росту мотивации к изучению русского языка иностранными студентами.

Список литературы

1. Завадская А.В. Игровые приемы при изучении языка специальности в медицинском вузе // Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации. Сборник научных трудов VII Международной научно-методической онлайн-конференции, посвященной 87-летию Курского государственного медицинского университета. Курск, 2022. С. 281-287.
2. Манету Ндай, Нгуен Ву Хыонг Ти, Грунина Е.О. Инновационные технологии в преподавании русского языка как иностранного // Русистика. 2020. Т. 18. № 1. С. 7–38.
3. Просвиркина И.И., Куликова Е.Ю., Фролова А.М., Яхно М.Д. Модель обучения синтетическим видам речевой деятельности с применением метода «мобильное видео» // Вестник Оренбургского государственного университета. 2022. № 4. С. 83-92.
4. Сенченкова Е.В. Интерактивные формы обучения русскому языку как иностранному в медицинском вузе // Педагогическое образование в России. 2016. № 11. С. 86-99.
5. Таранова Т.Н. Современные информационные и коммуникативные технологии в обучении иностранных студентов русскому языку // Наука и образование сегодня. 2017. С. 59-62.

Закревский В.В., Подорванов А.А.

ПРОИЗВОДСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ, КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ МИНИМИЗАЦИИ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

Кафедра гигиены питания ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России

Актуальность.

Главными преимуществами органического сельскохозяйственного производства по сравнению с традиционным, являются позитивные показатели для окружающей среды и биоразнообразия территорий, сохранение культурного ландшафта и более качественные, и безопасные для здоровья человека продовольственное сырье и пищевые продукты. Анализ современного законодательства Евросоюза и России по производству органической пищевой продукции, а также отечественной и зарубежной научной литературы позволяет констатировать, что производство органических продуктов содействует сохранению и восстановлению биоразнообразия, плодородия почв, предохранению от

загрязнения почв и водных ресурсов и таким образом является одним из альтернативных механизмов снижения негативного влияния на окружающую среду.

Цель исследования.

Методом литературного исследования научных публикаций и законодательство в сфере производства органической пищевой продукции определить механизмы, снижающие негативное влияние на окружающую среду.

Материал и методы исследования.

В работе использовался метод литературного исследования и анализа законодательства России по производству органической продукции, а также современной отечественной и зарубежной научной литературы по теме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение.

В России экологическая проблема стоит очень остро. По оценке Министерства природных ресурсов РФ, на 15% территории страны, где проживает около 60% населения России и сосредоточены основные производственные мощности, экологическая обстановка уже не соответствует нормативам, определяющим уровень экологической безопасности людей. По данным социологических опросов экологическая ситуация волнует почти 50% населения страны. На законодательном уровне Россия еще в 1996 году закрепила свои экологические приоритеты, провозгласив переход к устойчивому развитию и поставив перед собой цель развития рынка экологически чистой продукции.

Органическое сельское хозяйство – производственная система, которая улучшает экосистему, сохраняет плодородие почвы, защищает здоровье человека и, принимая во внимание местные условия и опираясь на экологические циклы, оберегает биологическое разнообразие, не используя компоненты, способные нанести вред окружающей среде [3].

Минимизация негативного воздействия на окружающую среду производителями органической продукции обеспечивается посредством: предотвращения загрязнения поверхностных и подземных вод, повышения качества воды в загрязненных водных объектах, восстановления водных экосистем; эффективного использования природных ресурсов; предотвращения деградации земель и почв; внедрения инновационных и экологически чистых технологий, развития экологически безопасных производств; развития системы эффективного обращения с отходами производства и потребления, создания индустрии утилизации, в том числе повторного применения, таких отходов; строительства и модернизации очистных сооружений, а также внедрения технологий, направленных на снижение объема или массы выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух и сбросов загрязняющих веществ в водные объекты; проведения мероприятий по предотвращению и ликвидации негативных экологических последствий; осуществления эффективных мер по сохранению и рациональному использованию природных ресурсов, в том числе лесных, охотничьих и водных биологических ресурсов, по сохранению экологического потенциала лесов [5].

В России первым нормативным документом, являющимся терминологическим базисом в области производства органических пищевых продуктов, стал ГОСТ Р 56104-2014 «Продукты пищевые органические. Термины и определения» [1], введенный в действие 1 марта 2015 г. ГОСТ Р 57022-2016 «Продукция органического производства. Порядок проведения добровольной сертификации» [2], введенный в действие 1 января 2017 г., устанавливает порядок осуществления добровольной сертификации органического производства. Межгосударственный стандарт ГОСТ 33980-2016 «Продукция органического производства. Правила производства, переработки, маркировки и реализации» [3] действует на территории России, Армении, Грузии, Киргизии, Таджикистана и Узбекистана с 1 января 2018 г. В ГОСТ Р 59425-2021 «Продукция органическая из дикорастущего сырья. Правила сбора, заготовки, переработки, хранения, транспортирования и маркировки» [4] определены понятия «органическое дикорастущее сырье» и «органическая продукция из дикорастущего сырья», установлены требования к территориям и участкам сбора и сборщикам сырья, правила сбора, заготовки, первичной и глубокой переработки, хранения, транспортирования и маркировки органической продукции, полученной из дикорастущего сырья.

С 1 января 2020 г. введен в действие Федеральный Закон РФ от 03.08.2018 № 280-ФЗ «Об органической продукции и о внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ». В статье 4 (п. 1) этого Федерального Закона и Межгосударственном стандарте ГОСТ 33980-2016 «Продукция органического производства. Правила производства, переработки, маркировки и реализации» изложены основные требования к производству органической продукции. Непосредственными требованиями, снижающими риски загрязнения окружающей среды, при ведении органического растениеводства являются следующие:

- не допускается использование синтетических гербицидов, фунгицидов, инсектицидов и других пестицидов;

- не допускается применение синтетических регуляторов роста и синтетических красителей;

- применение для борьбы с вредителями, болезнями растений и животных средств биологического происхождения, а также осуществление мер по предупреждению потерь, наносимых вредными организмами растениям или продукции растительного происхождения, которые основаны на защите энтомофагов;

- использование в растениеводстве методов обработки почвы, направленных на сохранение ее естественного сложения, предотвращение развития деградационных процессов и поддержание биоразнообразия экосистем;

- применение минеральных азотных удобрений не допускается;

- Общее количество внесенных в почву в хозяйстве органических удобрений на основе отходов животноводства не должно превышать 170 кг азота в год на один гектар сельхозугодий;

- запрет на применение методов генной инженерии, генно-инженерно-модифицированных и трансгенных организмов;

- запрет на использование упаковки, потребительской и транспортной тары, которые могут привести к загрязнению окружающей среды;

- в случае использования ловушек и/или диспенсеров (за исключением ловушек и диспенсеров с феромонами) необходимо предупреждать выбросы веществ, содержащихся в ловушках и/или распылителях, в окружающую среду.

Непосредственными требованиями, снижающими риски загрязнения окружающей среды, в органическом животноводстве являются следующие:

запрет на применение антибиотиков, стимуляторов роста и откорма животных, гормональных препаратов; для очистки и дезинфекции зданий, сооружений, помещений, в которых содержатся животные, а также оборудования и инструментов в животноводческих помещениях допускается применение только специальных средств, разрешенных в органическом производстве;

для устранения насекомых и других вредителей в зданиях и других объектах, где размещаются животные, допускается использование только специальных инсектицидов, родентицидов (только для применения в ловушках) и средств.

В настоящее время органическим сельским хозяйством в мире занимаются 179 стран и более 2 млн. производителей. Рынки с высокой покупательской способностью органической продукции – это страны ЕС, США, Китай, Япония. Сектор органического сельского хозяйства в ЕС быстро развивается на основе нового законодательства. В последние годы прирост производства этой продукции составляет 12-15% и, по прогнозам экспертов, такие темпы сохраняются до 2025 г.

Для большей эффективности снижения неблагоприятного воздействия на природу возможно при создании сельскохозяйственных предприятий по производству органической пищевой продукции с замкнутым циклом питательных веществ, как это уже происходит в некоторых странах. Просто отказаться от применения минеральных удобрений, химических пестицидов, методов генной инженерии уже недостаточно. Сельскохозяйственные предприятия должны работать в соответствии с экологическими принципами: возобновляемые источники и энергии, замкнутые циклы, биоразнообразие. Реально существующие фермы в регионе Балтийского моря свидетельствуют, что органическое земледелие, основанное на замкнутых циклах энергии и ресурсов, использующее органические удобрения и севообороты, включающие генерирующие гумус, симбиотически фиксирующие азот злаково-бобовые многолетние травы, может восстановить плодородие почвы, уменьшить изменяющую климат эмиссию парниковых газов и обеспечить высокую ценность продуктов питания [3]. Доказано, что показатели почвенного плодородия на органических участках ферм были выше, чем в хозяйствах с традиционным земледелием [3].

Выводы.

Сельское хозяйство мира в ближайшей перспективе, по-видимому, не станет полностью органическим, но оно будет продолжать развиваться в этом направлении. Это обусловлено, в первую очередь, минимальным причинением вреда окружающей природной среде при их производстве и пользой органических продуктов питания для здоровья населения. Вместе с тем люди должны следовать законам, способствующим сохранению окружающей среды и природных экосистем, чтобы использовать ресурсы, предоставленные Природой. Органическое сельское хозяйство обладает гораздо большими перспективами по сравнению с традиционными методами производства сельскохозяйственной продукции по минимизации негативного влияния процессов производства на окружающую природную среду. Необходимо создавать сельскохозяйственные предприятия по производству органической пищевой продукции с замкнутым циклом питательных веществ, что уже имеет место в настоящее время в ряде стран. Сельскохозяйственные предприятия должны работать в соответствии с экологическими принципами, обеспечивающими на длительную перспективу сохранение природной среды.

Список литературы.

1. ГОСТ Р 56104–2014. Продукты пищевые органические. Термины и определения.
2. ГОСТ Р 57022-2016 Продукция органического производства. Порядок проведения добровольной сертификации.
3. ГОСТ 33980-2016 Продукция органического производства. Правила производства, переработки, маркировки и реализации.
4. ГОСТ Р 59425-2021 «Продукция органическая из дикорастущего сырья. Правила сбора, заготовки, переработки, хранения, транспортирования и маркировки»
5. Стратегия развития производства органической продукции в Российской Федерации до 2030 года. Распоряжение Правительства РФ № 1788-р от 04.07.2023 года.

Зардиева С. Н.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ «НАРЕЧИЕ» НА ОСНОВЕ СИСТЕМНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА

*Кафедра перевода и межкультурной коммуникации,
Таджикский национальный университет Таджикистан, Душанбе*

Актуальность. Важно отметить, что соотношение системного и функционального подходов к изучению наречия предполагает триединство «язык - речь - коммуникация» и методическую организацию учебного материала по трём направлениям: от формы к значению, от значения к форме, от формы и значения к текстовой функции. При изучении наречия на основе названного подхода необходимо обращать внимание на содержательное, семантическое пространство языка, так как наречие является значимой частью речи, обладающей совокупностью морфологических, синтаксических и семантических признаков.

Цель исследования заключается в тщательной проработке формирования навыков изучения темы «наречие» на основе системно-функционального подхода на занятиях русского языка в таджикской аудитории.

Материал и метод исследования. Проблемой изучения наречия как самостоятельной части речи занимались Н. А. Лавров, Л. Г. Ларионова, Л. В. Соловьёва и Л. К. Чикина, М. В. Фёдорова и др. Анализ работ, посвященных системно-функциональному подходу, а также исследования в области преподавания наречия с использованием данного подхода, позволили сделать ряд выводов, которые будут представлены в настоящей статье.

В XIX веке лингвисты рассматривали наречие как синтаксическую категорию, учитывая его «поведение» в составе словосочетания и функциональную нагрузку в предложении. Синтаксическая характеристика наречия определялась тем, что ему свойственно значение вторичного признака.

Развитие лингвистической науки обусловило более глубокое изучение наречия и, соответственно, появление новых представлений о его лексико-грамматической природе.

Еще в 1831 году А. Х. Востоков на логико-семантической основе выделил среди наречий три основные группы:

- наречия обстоятельств, к которым он относил не только обстоятельственные наречия (в современном понимании), но и определительные;
- наречия подлинности, которые включали модальные и вводные слова (в современном понимании);
- наречия, обозначающие меру качества, куда относились наречия меры, степени, а также формы суперлатива с приставкой *наи-*. С точки зрения синтаксической функции, наречия, по его мнению, относились к так называемым «определятельным словам».

Академик А. А. Шахматов в группу наречий включил не только собственно наречия как морфологический класс, но и слова типа *нет, чу, баста, небось, вишь, ишь, бывало, глядь, может быть* и другие, которые он считал (синтаксически) наречиями, а также функциональные им единицы других уровней типа *полна голова* (то есть «много»), *какими судьбами* (то есть «как»).

А. А. Шахматов выделил следующие группы наречий: качественные наречия (*стыд, срам, хорошо* и др.); наречия места (*вправо, влево, туда, сюда, куда* и др.); наречия времени (*вчера, когда, тогда* и др.); видовые наречия: *силком, сразу, впотмах, всячески, так, сяк* и др.); количественные наречия (*сила, страсть, масса, много, столько* и др.); наречия бытия, состояния (*вероятно, должен, крышка, авось* и др.).

В. В. Виноградов считал, что наречия соотносительны с именами, местоимениями и глаголами. Так, ученый выделял: 1) наречия предметно-обстоятельственные, соотносительные с именами существительными и по корневому, и по суффиксальным морфемам; 2) наречия качественные или качественно-относительные, связанные с именами прилагательными; 3) наречия числовые, количественные, соотносительные с именами числительными; 4) наречия процессуальные, действительные, соотносительные с глаголом.

По мнению В. В. Виноградова, наречия могут переходить из одной группы в другую. На наш взгляд, данный процесс обусловлен употреблением наречий в том или ином контексте в зависимости от поставленной коммуникативной задачи.

Другая классификация наречий представлена Г. А. Битехтиной, которая выделила их функционально-семантические разряды на основании не только собственно лексических значений, но и общности некоторых грамматических признаков. Так, среди определительных наречий были выделены следующие группы: качественные: оценочные (благополучно) и характеризующие (горько); качественно-количественные, или интенсивные: меры (гораздо) и степени - непредельные (очень) и предельные (совсем); количественные наречия экстенсивные: суммарные (дважды) и кратные (часто); модальные (действительно); предметно-относительные: ограничительные (физически), способа действия (описательно), образа действия (вкрутую) [1, 252].

Анализ уже имеющихся классификаций наречий и их текстовых функций позволил нам выделить следующие ЛСГ наречий: (1) характеризующие наречия: царственно, пленительно, логично и др.; (2) наречия оценки: хорошо, плохо, неодобрительно и др.; (3) количественные наречия включают лексемы, выражающие значение количества или обозначающие интенсивность проявления признака: неоднократно, чудовищно (сильно), слишком и др.; (4) пространственно-временные: бескрайне, глубоко, бесконечно и др.; (5) наречия с национально-культурным компонентом: свято, божественно, церковно и др.

Результаты исследования и их обсуждения. При реализации системно-функционального подхода к изучению наречия ведущими принципами считаем:

- принцип системности и последовательности: в соответствии с ним изучение наречия рассматривается в системе: форма - значение - синтаксическая и текстовая функции; принцип системности применительно к наречию, дополненный таким понятием, как «лексико-семантические группы наречий», позволил уточнить содержание понятия «наречие как самостоятельная часть речи»;
- принцип функциональности: опора на него позволила целенаправленно дополнить содержание программы материалом о текстовых функциях наречий; введение подобных сведений способствует формированию коммуникативной компетенции семиклассников, так как рассматривается форма, грамматическое значение и функции (синтаксическая и текстовая) наречий в их единстве;
- принцип обучения на текстовой основе: взаимосвязь грамматических характеристик и текстовых функций наречий можно проследить только в тексте.

В соответствии с принципами обучения нами были выделены организационно-познавательные этапы изучения наречия.

Первый этап - актуализации и приращения знаний. Его цели - повторение имеющихся у студентов знаний о наречии и умений узнавать наречия в словосочетании и предложении; закрепление в памяти определения наречия и грамматических признаков этой знаменательной части речи, её синтаксической функции и словообразовательных особенностей; развитие прогностических потенций студентов в процессе определения семантических значений наречий.

На этом этапе используются языковые аналитические и обобщающие упражнения, сравнительно-аналитические и лексико-грамматические задачи, комментированные упражнения на вставку, замену и конструирование дидактического материала, словарно-орфографические упражнения с привлечением орфографических и толковых словарей и т. д.

Второй этап - понятийно-аналитический. Цель его - осознание и усвоение понятия «наречие» как самостоятельной части речи, имеющей свои отличительные лексико-грамматические, структурно-семантические, синтаксические и функциональные особенности. На данном этапе важное место занимают упражнения, развивающие логические способности обучающихся, их использование позволяет наглядно показать комплекс свойств определённого понятия в их иерархических связях.

Третий этап - системно-расширительный. Цель - углубление системы знаний о наречии как части речи за счёт знакомства с лексико-семантическими группами и их текстовыми функциями. На данном этапе используются упражнения на редактирование, творческое списывание, творческий диктант. Выполнение подобных упражнений способствует развитию ассоциативной памяти школьников, творческого мышления, а также языкового чутья.

Четвёртый этап - функционально-коммуникативный. Цель - пополнение знаний семиклассников о текстовых функциях ЛСГ наречий, их информационной и выразительной роли в текстах различных типов и жанров. При этом большое внимание уделяется условно-речевым и коммуникативным упражнениям и задачам.

На пятом - контрольно-обобщающем - этапе осуществляется систематизация знаний о наречии и его функционировании в устной и письменной речи, даётся оценка достигнутого уровня знаний учащихся.

На данном этапе используем следующие виды упражнений: вопросно-ответные, ситуативные, дискуссионные, композиционные (устное выступление по предложенной теме, импровизации, драматизации), игровые.

Выводы. Следует сказать, что этапы усвоения наречия позволяют создать наиболее эффективную систему упражнений и заданий в соответствии с организационно-познавательными этапами изучения наречия как самостоятельной части речи.

Отметим, что сначала студенты знакомятся с определённым явлением в языковой системе (в системе знаний о наречии), накапливая конкретный опыт в понимании термина «лексико-семантическая группа наречий»; следующий этап характеризуется рефлексивным наблюдением за ЛСГ наречий с другими значениями, после чего происходит концептуализация результатов наблюдения и формирование теоретических понятий, которые впоследствии проверяются и закрепляются на основе практического применения в различных языковых, речевых и условно-речевых упражнениях и коммуникативных задачах.

Таким образом, изучение наречия на основе СФП позволяет грамматический материал вводить на основе триединства «язык - речь - коммуникация»; знания о текстовых функциях наречий и их лексико-семантических группах включать в содержание обучающей программы; систему упражнений, построенную с учётом организационно-познавательных этапов обучения наречию, основывать на взаимодействии формы, значения и функции, что развивает логическое мышление и расширяет смысловое поле сознания студентов.

Список литературы

1. Битехтина Г. А. Семантико-синтаксические разряды определительных наречий в русском языке и условия их функционирования: диссертация кандидата филологических наук: 10.02.01 / Г. А. Битехтина. - Москва, 1979. - 252 с.
2. Виноградов В. В. Русский язык (Грамматическое учение о слове): учебное пособие для вузов / В. В. Виноградов. - Москва: Высшая школа, 1996. - 640 с.
3. Горобец Л. Н. Системно-функциональный подход как основа формирования коммуникативных универсальных учебных действий в процессе изучения наречия / Л. Н. Горобец, Т. Н. Крамская // Преподаватель XXI век. - 2015. - № 4. - С. 207-211.
4. Мартиросян А. Г. Системно-функциональный подход к обучению иностранных студентов способам выражения определительных отношений в русском языке: автореферат кандидата педагогических наук / А. Г. Мартиросян. - Белгород, 2008. - 23с.

Зияева З.Ж., Умарова Т.Х.

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК И ТКАНЕЙ ПРИ СТАРЕНИИ

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность темы. В настоящее время проблема старения приобрела чрезвычайно важное значение, поскольку за счет увеличения средней продолжительности жизни населения в последние годы наблюдается прогрессирующее старение населения [Анисимов В.Н и соавт 1993, 2003]. При старении в организме происходят комплексные изменения с нарушением структурно-функциональной организации органов и систем. В основе этого лежит нарушение координационных связей между нервной, иммунной и эндокринной системами, которые, по современным представлениям, осуществляют регуляцию гомеостаза через единые сигнальные молекулы, координирующие межклеточные взаимодействия эндокринным, нейрокринным и паракринным путем [Пальцев М А, Кветной И М, 2006].

Цель исследования. Целью данного обзора явилась систематизация научных данных о молекулярных и морфологических механизмах клеточного старения. Проведен анализ основных зарубежных и отечественных источников по базам данных PubMed/Medline, РИНЦ/elibrary.

Результаты исследования и их обсуждение. В стареющем организме возрастает количество клеток с полиплоидией, появляются дву- и многоядерные клетки, увеличивается число ядрышек. Возрастание количества ядер в клетке ведет к повышению содержания в ней ДНК, что имеет адаптивное значение. Ядра могут увеличиваться в объеме и приобретать неровные контуры и разнообразную конфигурацию за счет складок и выпячиваний ядерных мембран. Это приводит к увеличению площади поверхности ядерных мембран и рассматривается как признак компенсаторных процессов, направленных на поддержание ядерно-цитоплазматических отношений в клетке. В цитоплазме клеток при старении происходят изменения органелл и наблюдаются сдвиги во взаимоотношениях между ними. Ранним признаком структурных перестроек являются нарушения в состоянии митохондрий, обеспечивающих биоэнергетические процессы в клетке. Митохондрии характеризуются неравномерным расположением и выраженным полиморфизмом.

Часть митохондрий резко набухает, матрикс в них просветляется и вакуолизируется, кристы фрагментируются, межкристные промежутки расширяются. В деструктивно измененных митохондриях не обнаруживается цитохромоксидазная и снижается АТФ-азная активность. Наряду с мелкими встречаются крупные и гигантские митохондрии, что является признаком адаптации в ответ на редукцию части органелл. При этом средний диаметр митохондрий в цитоплазме клетки может значительно не меняться. Площадь поверхности гладкого и гранулярного эндоплазматического ретикулаума сокращается, просветы канальцев расширяются. Уменьшается концентрация рибосом и отмечается их неравномерное распределение в цитоплазме. Во многих клетках при старении увеличивается содержание лизосом, в них активируется ряд гидролитических ферментов. Наряду с этим возрастает число вторичных лизосом и остаточных телец, нагруженных пигментом липофусцином. Пигмент липофусцин («липо» — жир, «фусцин» — темный) впервые был обнаружен Ходжем в 1894 г. в цитоплазме нейронов старых организмов. Образование липофусцина в остаточных тельцах цитоплазмы относится к наиболее постоянным морфологическим признакам, наблюдаемым при старении в нейронах, кардиомиоцитах, гепатоцитах, в клетках эндокринных желез, в саркоплазме мышечных волокон, в остеобластах, остеоцитах, эндотелиоцитах и других клетках. Липофусцин не метаболизируется и возрастание его количества в цитоплазме клетки существенно снижает ее функциональный потенциал. Плазмолемма в отдельных клетках при старении характеризуется очаговыми уплотнениями и утолщениями. Грубые повреждения и значительные разрывы клеточной мембраны ведут к гибели клеток, и такие клетки элиминируются из общей популяции. Изменения плазмолеммы сказываются на межклеточных контактах, ограничивают активный и пассивный транспорт метаболитов, приводят к сдвигам рецепции клетки. Вместе с тем складчатость плазмолеммы, глубокие инвагинации в цитоплазму и выступы в интерстициальное пространство увеличивают площадь ее поверхности, что имеет адаптивное значение. Клеточное старение — реакция клеток на повреждение в виде стойкого выхода из клеточного цикла, изменение активности сигнальных путей и секреторной активности, ассоциированных со старением. В зависимости от индуцирующего фактора выделяют несколько видов клеточного старения, однако независимо от причины, вызвавшей данный процесс, они имеют схожий морфологический и молекулярный профиль. Стареющие клетки секретируют ряд биологически активных веществ, которые, действуя краткосрочно, способствуют пролиферации клеток и регенерации органов и тканей. Длительное присутствие этих клеток, наоборот, способствует ингибированию пролиферации и синтетической активности клеток, поддержанию провоспалительной среды, что негативно отражается на структуре и функции тканей, приводит к развитию хронических заболеваний, в том числе атеросклероза, гипертонической болезни, остеоартрита и других, а также онкологии. Обнаружение стареющих клеток в тканях затруднено в связи с отсутствием характерной морфологии этих клеток при проведении стандартной световой микроскопии и требует проведения комплексных гистохимических и иммуногистохимических исследований с использованием нескольких антител. В настоящее время активно изучаются различные способы регуляции числа и секреторной активности стареющих клеток. Можно выделить два основных направления: сенолитическая и сеноморфная терапия. Первая направлена на селективное инициирование апоптоза в стареющих клетках, вторая — на снижение синтетической активности в них. Клеточное старение, независимо от инициирующего фактора, имеет схожие морфологические, биохимические и молекулярные изменения со стороны подверженных ему клеток и оказывает серьезное воздействие на тканевые структуры. Углубление знаний о клеточном старении позволит разработать универсальные патогенетические препараты для профилактики и лечения множества заболеваний, при которых наблюдается персистирование клеток с фенотипом старения.

Выводы. Таким образом, в субмикроскопических структурах клеток при старении происходят сложные и разнонаправленные изменения. Морфологическим выражением приспособительных процессов в клетках являются полиплоидия, увеличение числа ядер и ядрышек, а также площади поверхности ядерной и клеточной мембран, гипертрофия отдельных органелл. Клеточное старение реакция клеток на повреждение в виде стойкого выхода из клеточного цикла, изменение активности сигнальных путей и секреторной активности, ассоциированных со старением. В зависимости от индуцирующего фактора выделяют несколько видов клеточного старения, однако независимо от причины, вызвавшей данный процесс, они имеют схожий морфологический и молекулярный профиль.

Список литературы.

1. Dierick J.F., Eliaers F., Remacle J., Raes M., Fey S.J., Larsen P.M., Toussaint O. Stress-induced premature senescence and replicative senescence are different phenotypes, proteomic evidence. *Biochem Pharmacol.* 2002; 64 (5–6): 1011–7. [https://doi.org/10.1016/s0006-2952\(02\)01171-1](https://doi.org/10.1016/s0006-2952(02)01171-1)
2. Zhu H., Blake S., Kusuma F.K., Pearson R.B., Kang J., Chan K.T. Oncogene-induced senescence: From biology to therapy. *Mech Ageing Dev.* 2020; 187: 111229. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2020.111229>
3. Childs B.G., Gluscevic M., Baker D.J., Laberge R.M., Marquess D., Dananberg J., van Deursen J.M. Senescent cells: an emerging target for diseases of ageing// *Nat Rev Drug Discov.* 2017. - 16 (10): 718–35.
4. Эрнандес-Сегура А., Неме Дж., Демария М. /Признаки клеточного старения// Тенденции *Cel Biol* . 28, 436-453. 10.1016/j.tcb.2018.02.001
5. Фанг Э. Ф., Шейбье-Кнудсен М., Чуа К. Ф., Маттсон М. П., Крото Д. Л., Бор В. А. / Повреждение ядерной ДНК, передающее сигналы митохондриям при старении// *Nat. Rev. Cel Biol* 17, 308-321. doi: 10.1038/nrm.2016.14

Зияева З.Ж., Умарова Т.Х.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТИМУСА И ИММУНОБИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность темы. На рубеже XX-XXI веков проблема иммунодефицитов у населения стала одной из самых острых и актуальных в медицине. Ухудшение экологической обстановки, множество стрессогенных факторов привели к росту заболеваемости, увеличению инфекционных, аллергических, аутоиммунных и других патологий. Изменилось

и клиническое течение заболеваний, возрос процент атипичных и стертых форм, чаще отмечается хронизация процесса, увеличилось число заболеваний, резистентных к общепринятым методам лечения. Стремительное развитие иммунологии и лабораторных технологий позволило прийти к выводу, что практически все заболевания и процессы в организме в той или иной степени связаны с различными звеньями иммунной системы. Поэтому всестороннее изучение патогенеза иммунодефицитных состояний на организменном и клеточном уровнях, а тем более выявление возможных способов их профилактики и лечения является наиважнейшей задачей медицины.

Цель работы. Проведен анализ основных зарубежных и отечественных источников по базам данных PubMed/Medline, РИНЦ/library.

Результаты исследования и их обсуждение. Интерес к детальному изучению иммунитета на тканевом уровне в последние десятилетия значительно вырос. Это связано, во-первых, с ростом числа врожденных и приобретенных форм иммунодефицитов, во-вторых, с открытием новых рубежей и возможностей исследования иммунной системы на молекулярном уровне при использовании современных технологий с высокой разрешающей способностью. Иммунная система с точки зрения морфолога - это совокупность клеточных элементов (от полипотентной стволовой кроветворной клетки до эффекторной клетки, находящихся в процессах пролиферации, дифференцировки, миграции, кооперации и гибели), стромальных элементов и межклеточного вещества. Гистологические процессы в иммунной системе достаточно автономны, но подвержены влиянию нервной, эндокринной систем, факторов внешней среды и внутренними метаболическими сдвигами. Однако иммунная система сама по принципу обратной связи способна воздействовать на нервную и эндокринную системы, а через них на весь организм (Корнева Е. А. и др., 1982; Riley V., 1981). В.А. Труфакин с соавт. (2002) считает, что морфогенетические процессы в иммунной системе пролиферация, дифференцировка, миграция, кооперация и апоптоз генетически детерминированы, обусловлены метаболизмом, экспрессией рецепторов и продукцией цитокинов, синхронизированы с факторами внешней среды, взаимодействуют с нервной и эндокринными системами, регулируются внутренними факторами, поддерживаются микроокружением, отличаются фазностью и динамичностью и создают оптимальный баланс популяций лимфоцитов. Помимо эндокринной и нервной систем, в регуляции гистофизиологических процессов иммунной системы участвуют «внутрииммунные» регуляторные факторы - гормоны тимуса, биогенные амины, цитокины. Учитывая вышесказанное, в последнее время сформировалась новая интегративная дисциплина нейроиммуноэндокринология, объектом изучения которой являются механизмы, лежащие в основе взаимодействия нервной, иммунной и эндокринной систем. Кроме того, в последние десятилетия многими исследователями уделяется большое внимание новому разделу в гистологии - тимологии. Тимус является важным звеном кооперации нейроэндокринной и иммунной систем. Он рассматривается как «полигон», на котором посредством биологически активных пептидов формируются приобретенный и естественный иммунитет (Ахмаев И.Г., 2001). Анализ литературных данных показал, что к числу структур, участвующих в создании биоаминного микроокружения на территории лимфоидных органов, могут быть отнесены люминесцирующие аминокислотосодержащие структуры красного костного мозга, тимуса, селезенки, лимфатических узлов. Проведенные исследования показали, что у интактных крыс всегда четко очерчены дольки тимуса с заметным корковым и мозговым веществами. На границе кортикостероидной зоны располагается ряд гранулированных люминесцирующих клеток, условно названных премедуллярными клетками. Обычно это яркие клетки с желтовато-белыми гранулами, ограничивающие мозговое вещество в виде кольца или ободка. По периферии дольки выявляются более мелкие беспорядочно расположенные субкапсулярные клетки с беловато-желтыми включениями в цитоплазме. Из литературы известно, что люминесцирующие клетки внутренней кортикальной зоны являются морфологическим субстратом, создающим биоаминное микроокружение лимфоцитов тимуса, и содержат в своих гранулах серотонин и катехоламины, а также гистамин и простагландины. В экспериментах с введением вегетотропных веществ (норадреналин, адреналин, адреноблокаторы и адреномиметики, серотонин) обнаружено, что премедуллярные клетки проявляют свойства местных аминоподуцентов. Возможно, их аналогами являются внутрифолликулярные макрофаги периферических лимфоидных органов. На периферии долек в субкапсулярной зоне локализованы люминесцирующие клетки с мелкими гранулами зеленовато-желтого свечения. Микрофлуориметрически в них также выявляются катехоламины, серотонин, гистамин и простагландины. Эти клетки во многом сходны с премедуллярными, но отличаются отсутствием признаков, свидетельствующих о синтезе в них биогенных аминов. Известно, что при введении экзогенных биоаминов количество и размеры клеток субкапсулярной зоны увеличиваются, в то время как численность и интенсивность свечения медиаторов в премедуллярных клетках снижается. Это позволило предположить, что последние, являясь продуцентами, снижают синтез биоаминов по принципу обратной связи. Применение вегетатропных веществ дает возможность квалифицировать субкапсулярные клетки, как клетки с аминокислотопоглотительными свойствами, возможно макрофагальной природы, обладающие способностью связывать нейромедиаторы. Вместе с премедуллярными клетками они составляют систему, обеспечивающую местный нейрогуморальный гомеостаз тимуса. В этих же клетках выявляется фермент МАО, связанные фосфолипиды, кислые гликозамногликаны. В премедуллярной зоне тимуса обнаруживаются альдегид-фуксин положительные клетки. Использование иммуногистохимического метода на дендритные клетки позволило зарегистрировать и идентифицировать большую часть премедуллярных и субкапсулярных клеток. Поэтому вопрос о гетерогенности люминесцирующих клеток тимуса пока остается открытым, не исключается совмещение АПУД и макрофагальных свойств этими клетками. Известно, что ДК располагаются в эпидермисе и дерме, в слизистых, в подслизистой клетчатке полых органов, в интерстиции паренхиматозных органов, в мозговом веществе тимуса, в маргинальных зонах белой пульпы селезенки, в Т-клеточных зонах и герминативных центрах вторичных лимфоидных органов. В организме ДК существуют в двух состояниях незрелом и зрелом. Незрелые ДК выступают в роли сенсоров тканевого стресса они мигрируют в места инвазии инфекционных возбудителей, опухолевого роста и некроза тканей, где поглощают антигенный материал и под действием местных факторов претерпевают сложный процесс созревания. Зрелые ДК перестают захватывать новые антигены, но приобретают способность представлять ранее поглощенный антигенный мате-

риал и индуцировать Т-клеточный ответ, что связано со значительным повышением экспрессии антигенов НБА и стимуляторных молоч кул. Зрелые ДК мигрируют в Т-клеточные зоны регионарных лимфоузлов или селезенки, где образуют пул интердигитирующих клеток и активируют наивные антигенспецифические Т-хелперы.

Выводы. Таким образом, ДК играют роль связующего звена между врожденным и адаптивным иммунным ответом. Для распознавания антигенов ДК используют рецепторный аппарат врожденной иммунной системы. Сосредотачивая и представляя антигены на своей поверхности, продуцируя цитокины, ДК запускают и регулируют адаптивный иммунный ответ. Это ставит ДК на ключевую позицию в иммунном ответе. Также выявлено, что в строме железы и среди люминесцирующих клеток тимуса всегда выявляются тучные клетки. Они отличаются от других стромальных клеток по величине, форме, количеству гранул и размерам ядра. Параллельное окрашивание срезов по методу Унна и альциановым синим с сафранином дает возможность идентифицировать эти клетки как тучные. В цитоплазме клеток гранулы формазана располагаются плотным кольцом вокруг ядра. Тучные клетки также дают положительную реакцию на фосфолипиды при окраске Суданом черным "В" содержат субтильные гранулы сероватого оттенка в цитоплазме.

Список литературы.

- 1.Абрамов В.В. Интеграция иммунной и нервной систем // иммунология, 1999 -№3 -С. 62-64.
2. Агеева В. А., Самусов Р. П. соотношение коркового и мозгового вещества тимуса в пренатальном периоде онтогенеза // Морфология, 2000 Т 117 - №3 - С 10
- 3.Белецкая Л.В., Гнездицкая Э.В. Изучение эпителиальной ткани тимуса мктодом иммунофлуоресценции // Вопросы иммунологии 1994 - №6 - С 124
- 4.Бочкарев В.А., Гордон Д.С., Андреев С.Н. Возрастной спектр тучных клеток // Морфология и гистохимия тканей в норме, патологии и эксперименте Чебоксары. - 1992 - С 98-103.
- 5.Быков В. Л. Развитие и гетерогенность тучных клеток // Морфология, 2000 -№2 С 86-92

ЗоидоваМ.Т., ЗоидоваМ.

СИНТЕЗ И УСТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ 2-S-ПРОИЗВОДНЫХ 5-БРОМ-6-(4-БРОМФЕНИЛ)ИМИДАЗО[2,1-b][1,3,4]-ТИАДИАЗОЛА

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Имидазо[2,1-b][1,3,4]тиадиазольное кольцо является биоизостерическим, каковая структура встречается, к примеру, в составе такого лекарственного препарата, как тетраимизол, который обладает противоглистогонными свойствами. Тиадиазольное кольцо с имидазольным циклом, как в отдельности, так и в бициклической форме привлекает интерес исследователей благодаря наличию ценных биологических свойств, таких, как иммуностимулянтные, противовоспалительные, анагетические и противораковые.

Анализ литературы показывает, что до настоящего времени, хотя и были проведены синтезы в области 2-RS-6-(4-бромфенил) имидазо[2,1-b][1,3,4]-тиадиазолов, а также более или менее изучены физико-химические свойства данного цикла, практические данные по синтезу, изучению свойств и применению в качестве биологически активного соединения 2-RS-5-бром-6-(4-бромфенил) имидазо[2,1-b][1,3,4] тиадиазола отсутствуют. Исходя из этого, нами была поставлена задача получить новые 2-S-производные 5-бром-6-(4-бромфенил) имидазо[2,1-b][1,3,4] тиадиазола с последующим переходом к исследованию биологической активности синтезированных соединений.

Цель исследования. Синтез и установление структуры 2-S-производных 5-бром-6-(4-бромфенил) имидазо[2,1-b][1,3,4]тиадиазола

Материал и методы исследования. Спектры ¹H- и ¹³C-ЯМР измерялись в приборе BruckerAMX-400: AC-300, AM-400, AMX-400 и 600 с рабочими частотами 300, 400 и 600 МГц. Химические сдвиги были измерены относительно тетраметилсилоксана (ТМС), как внутреннего стандарта.

ИК-спектры веществ снимали на приборе UR-20 в таблетках с KBr тонким слое в концентрации 1:200 мг, на приборе «Perkin-Elmer Spectrum-65» (в интервале 400-4000 см⁻¹). Чистоту полученных соединений контролировали тонкослойной хроматографией на стандартных пластинках «Silufol UV-254» в системах бензол: спирт (2:1), спирт: хлороформ (3:1).

Чистота полученных соединений и ход прохождения реакций контролировали тонкослойной хроматографией на стандартных пластинках «SilufolUV-254» в системах дибутиловый эфир - бутанол-1 (2:1); дибутиловый эфир – этилацетат - диэтиловый эфир (1:1); дибутиловый эфир - изопропанол (5:1); дибутиловый эфир - этанол (3:1). Пятна на хроматографической пластинке рассматривали в камере с ультрафиолетовым излучением с длиной волны 150-300 нм.

Результаты исследования. С целью расширения класса тиопроизводных имидазо-тиадиазолов и введением новых функциональных групп в получении 5-((5-амино-1,3,4-тиадиазол-2-ил)тио)-6-(4-бромфенил)имидазо[2,1-b][1,3,4]-тиадиазол-2-ил(фенилсульфонил)карбаомодитиола (**3**) нами был проведен ряд реакций циклоконденсации 5-амино-1,3,4-тиадиазол-2-ил-фенил-сульфонил)-карбаомодитиолата(**1a**) с *n*-бромфенацилгалогенидом. Последующим введением тиоциановой группы в присутствии молекулярного брома в среде ледяной уксусной кислоты к продукту 6-(4-бромфенил) имидазо[2,1-b][1,3,4] тиадиазол-2-ил-(фенилсульфонил)карбаомодитиолата(**2d**) получен 6-(4-бромфенил)-5-тиоцианатимидазо[2,1-b][1,3,4]тиадиазол-2-ил-(фенилсульфонил)карбаомодитиолат(**2**), выход которого составлял80%.

Далее используя метод окисления с пероксидом водорода в среде уксусной кислоты при комнатной температуре получен5-((5-амино-1,3,4-тиадиазол-2-ил)тио)-6-(4-бромфенил)имидазо[2,1-b][1,3,4]тиадиазол-2-ил (фенилсульфонил) карбаомодитиол(**4**) с хорошим выходом 74% (рисунки 1 и 2).

Реакция протекает по следующей схеме:

Схема 1

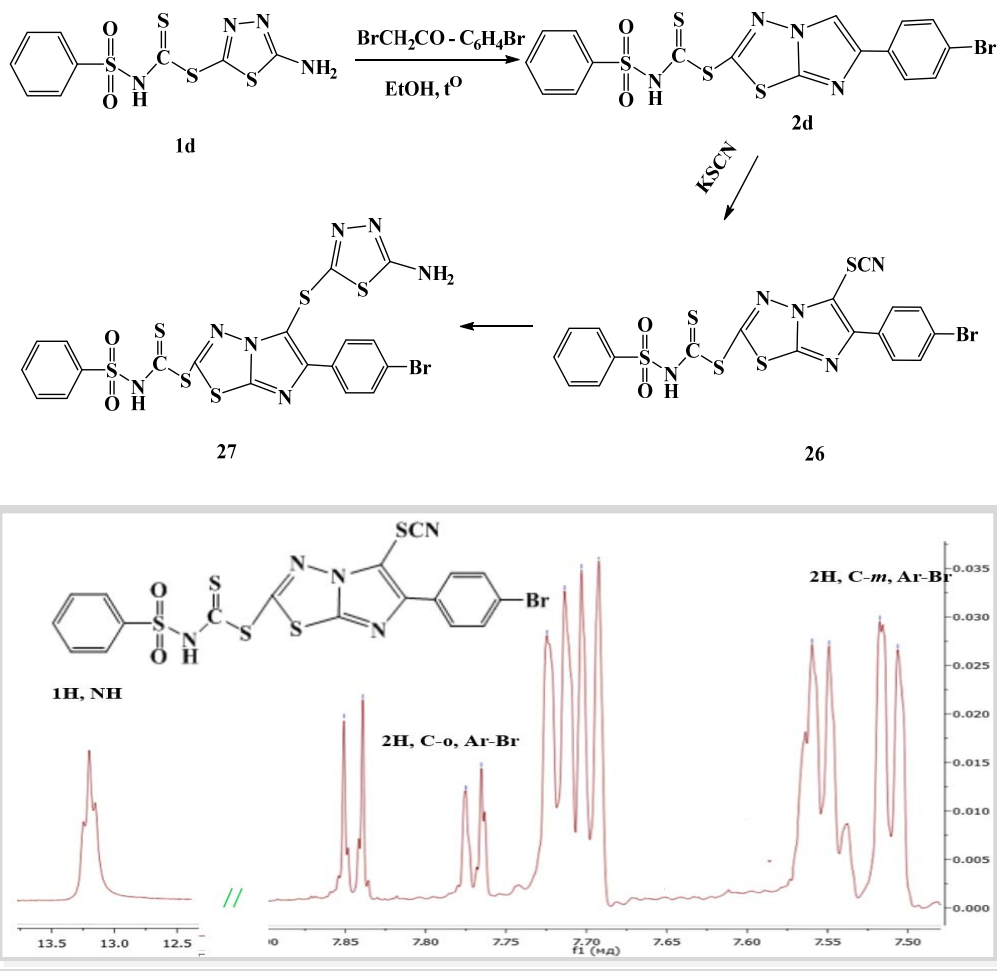


Рисунок 1-6-(4-бромфенил)-5-тиоцианатимидазо[2,1-*b*][1,3,4]тиадиазол-2-ил-(фенилсульфонил)-карбамодитиолат (3).

Соединения (3-4) представляют собой желтые кристаллические вещества, легко растворимые в горячем ДМСО или ДМФА, нерастворимые в воде, ацетоне и неполярных растворителях. Строение соединений (3-4) установлено методом ИК-, ¹H-, ¹³C-ЯМР и элементным анализом.

В ¹H-ЯМР-спектрах соединения (3) обнаруживаются характерные сигналы NH - и 6-*n*-Br-C₆H₄-протонов при 13.18 (s, 1H, NH), 7.71 (d, 2H, C-o, Ar-Br), 7.42 (d, 2H, C-*m*, Ar-Br), 7.66 (d, 1H, C-4, Ar-H), 7.49 (d, 2H, C-3, Ar-H), 7.80 (d, 2H, C-2, Ar-H) (рисунок 1).

По сравнению с соединением (3), у соединения (4) характерные сигналы NH - и 6-*n*-Br-C₆H₄-протонов обнаружены при 13.21 м.д. (s, 1H, NH), 7.75 м.д. (d, 2H, C-o, Ar-Br), 7.46 м.д. (d, 2H, C-*m*, Ar-Br), 7.65 м.д. (d, 1H, C-4, Ar-H), 7.51 м.д. (d, 2H, C-3, Ar-H), 7.79 м.д. (d, 2H, C-2, Ar-H) и для аминогруппы 7.21 м.д. (d, 2H, NH₂).

Выводы.

1. Разработаны методы синтеза 5-((2-бром-6-(4-бромфенил)имидазо[2,1-*b*][1,3,4]тиадиазол-5-ил)тио)-1,3,4-тиадиазол-2-амин, ключевого продукта для синтеза серии производных исследуемого цикла.
2. Синтезированы и модифицированы новые производные 5-((2-бром-6-(4-бромфенил)имидазо[2,1-*b*][1,3,4]тиадиазол-5-ил)тио)-1,3,4-тиадиазол-2-аминов и их 2-алкил/ариламино- и 2-алкил/арилсульфид-производных. Показана реакция рециклизации циановой группы 2-бром-5-тиоциан-6-(4-бромфенил)имидазо[2,1-*b*][1,3,4]тиадиазола.
3. Изучены спектры ¹H- и ¹³C-ЯМР 5-((2-бром-6-(4-бромфенил)имидазо[2,1-*b*][1,3,4]тиадиазол-5-ил)тио)-1,3,4-тиадиазол-2-аминов и их производных.

Список литературы

1. Wei, T.B. Microwave promoted efficient synthesis of 2,5-disubstituted 1,3,4-тиадиазоле / T.B. Wei, H. Liu, J.H. Hu // Indian Journal of Chemistry. -2006. -V.45. -P. 2754-2756.
2. Lamani, R.S. Synthesis and antimicrobial studies of novel methylene bridged benzisoxazolyimidazo[2,1-*b*][1,3,4]-тиадиазоле derivatives / R.S. Lamani, N.S. Shetty, R.R. Kamble, I.A. Khazi // European Journal of Medical Chemistry. - 2009. -V.44(7). -P. 2828-2833.
3. Malleshappa, N.N. 2, 6-Disubstituted imidazo[2, 1-*b*][1, 3, 4]-тиадиазолах: Search for anticancer agents / N.N. Malleshappa, Harun M. Patel, Sarita Kamboj [et al.] // European Journal of Medicinal Chemistry. -2012. -V. 56. -P.56-69.
4. Fan, Z. Synthesis, Crystal Structure, and Biological Activity of 4-Methyl-1,2,3-тиадиазоле-Containing 1,2,4-Triazolo[3,4-*b*][1,3,4]-тиадиазолах / Z. Fan, Z. Yang, H. Zhang [et al.] // J. Agric. Food Chem. - 2010. - V.58. - №5. - P. 2630-2636.
5. Kumar, S. Synthesis and antiproliferative activity of imidazo[2,1-*b*][1,3,4]-тиадиазоле derivatives / S. Kumar, V. Gopalakrishnan, M. Hegde [et al.] // Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters. - 2014. -V. 24(19). -P. 4682-4688.

Зокиров Р.Х., Менликулов М.Ф., Давлатова М.Б.
МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ПЕРФОРИРУЮЩИЕ ВЕТВИ МЕЖДОЛЬКОВЫХ АРТЕРИЙ ПОЧКИ В УСЛО-
ВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность проблемы. Любой вопрос, касающийся проблемы высокогорья, в настоящее время необходимо отнести к числу актуальных. Это связано с продолжающимся процессом миграции в горы различных слоёв населения, а вместе с ним сельскохозяйственных и домашних животных. Для Таджикистана, 93% территории которого занимают горы и где проживает значительная часть населения республики, проблемы высокогорной физиологии и морфологии имеют первостепенное значение.

Целью исследования. Изучение комплекса гистологических, гистохимических и морфометрических характеристик приспособительных изменений в почке, обуславливающих перестройку сосудов микроциркуляторного звена органа при адаптации организма к факторам высокогорья.

Материал и методы исследования. Морфометрическое исследование извитых канальцев проксимального и дистального отделов нефрона изучено на 35 половозрелой собаке обоего пола массой 10-15 кг. 15 собак служили в качестве контроля (г. Душанбе, 820 м над ур. м.). Оставшиеся (20) были подняты в горы (пер. Анзоб, 3375 м над ур. м.). Всех животных содержали на стандартном пищевом рационе. Опыты в горах проводили в летние месяцы (июнь, июль). Подопытные животные содержались под навесом на фоне действия факторов высокогорья.

Результаты исследования и их обсуждение. Многочисленные перфолирующие ветви междольковых артерий, кровоснабжающие основную часть фиброзной капсулы, уступают своими размерами капсулярным артериям. Прободающие артерии диаметром 40-150 мкм вместе с венами коркового вещества транзитно проходят через внутреннюю пластинку фиброзной оболочки к её наружному слою, где разветвляются по магистральному или рассыпному типу.

Порядковые артерии и артериолы, расположенные в толще фиброзной капсулы, сопровождаются парными и непарными венулами-спутницами, анастомозируют между собой и формируют первичную крупнопетливую сеть. Ячейки этой сети имеют овальную, треугольную и полигональную формы, размеры которых колеблются от 7х9,5 до 120х190 мкм. Артериолы и прекапилляры с ровными контурами имеют слегка извитый ход. Диаметр артериол равен 19,1±0,29 мкм, а прекапилляров – 12,2±0,2 мкм. Стенки артериол содержат один ряд спирально расположенных гладкомышечных клеток, при сокращении которых просвет артериолы сужается, а при расслаблении – расширяется.

В начальных отделах прекапилляров также выявляются скопления гладкомышечных клеток, выполняющих, очевидно, роль сфинктеров и осуществляющих регуляцию местного кровотока. От прекапилляров постепенно по рассыпному и магистральному типу отходят капилляры. Диаметр артериальных звеньев капилляров равен 7,1±0,17 мкм, а венозных – 9,0±0,16 мкм.

На препаратах, импрегнированных серебром, в капсуле почки выявляются растущие капилляры, в основании которых отмечается концентрация ядер эпителия. Растущие капилляры имеют вид слепых выростов различной длины (30 - 210 мкм).

Они образуются из эндотелиальных клеток самих капилляров, посткапилляров и венул путём почкования. За счёт последовательного слияния венозных капилляров образуются посткапилляры диаметром 15,9±0,22 мкм, следующие самостоятельно.

В свою очередь, посткапилляры формируют венулы, диаметр которых равен 29,9±0,55 мкм. Посткапилляры и венулы сливаются в порядковые венозные сосуды капсулы, которые вместе с артериями образуют крупнопетливую сеть.

На уровне внутриорганных кровеносных русел фиброзной капсулы почки выявляются различные микроциркуляторные структуры, участвующие в регуляции кровотока. К ним относятся многочисленные артериоло-венулярные анастомозы различного типа и строения, а также клапаны в мелких венозных сосудах.

В целом венозные звенья кровеносного русла фиброзной капсулы почки характеризуются значительным разнообразием структур. Причём ёмкость и протяжённость венозных сосудов больше артериальных, что обуславливает их дренажную функцию.

Выводы. Таким образом, во внутриорганных сосудистом русле почки собаки выявляются 5 порядков артерий и вен. Терминальные отделы кровеносной системы почки и её фиброзной капсулы обладают всеми компонентами, отвечающими структурным и функциональным потребностям органа. Обилие кровеносных сосудов и капилляров в фиброзной капсуле предопределяет их резервную функцию. Являясь депо крови, они служат источником добавочного кровоснабжения паренхимы почки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Валишин Э.С. Морфология внутриорганных сосудистого русла почки, её роль в патогенезе нарушения почечного кровообращения. Дисс. ... канд. мед. наук. – Казань, -1966. -186 с.
2. Жуков С.Г. Морфология печени в условиях больших высот Памира. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. –Новосибирск, 1985. - 21 с.
3. Курбанов С. Динамика изменения площади почечного тельца в условиях высокогорья // Влияние природно-климатических факторов на организм человека и животных. – Душанбе. - 1987. – С. 20-21.
4. Пантелеев С.М. Морфометрическая оценка динамики роста и дифференцировки почечных телец нефронов различных генераций в онтогенезе человека // Сб. науч. трудов, посвящ. 30-летию Тюменского мединститута. – Тюмень. - 1993. – С. 92-107.
5. Каюмов А.К., Махмадалиев Б.У. Изменение климата и его влияние на состояние здоровья человека. –Душанбе.- 2002.-172 с.

Мубраӣ. Ончунон ки аз мурури иҷмолӣ перомуни ҳавзаи интишори забонҳои эронӣ (тақрибан 87 адад, бо фарогирии 200 млн. нокил) [<https://ru.m.wikipedia.org>] дар Ҳинду Покистон бармеояд, масъалаи миқдори забонҳои эронӣ, нокилони ин забонҳо, ҷиғунагии робитаи ин забонҳо байни ҳуду лисонҳои ҳамсоя ва ғайра то кунун норӯшан боқӣ мемонад. Албатта, зимни ин нигошта ҳамаи паҳлуҳои мавзӯи мазкур ба далели дар дастрас набудани маводи қобили мулоҳиза то поён баррасӣ нахоҳанд шуд ва кӯшиши мо ба ҳукми як тарҳ ё мусаввадаи матлаб ҷилва хоҳад намуд, то як мақолаи комилиёр.

Мақсади таҳқиқ. То ин дам дар мавриди ҳузури забонҳои пашту, балучӣ ва ғӯйиши форсии ҳазораҳо дар Покистон, инчунин мавқеи пайравони ойини зардуштӣ дар Ҳиндустон баъзе ёфтаҳо дар дастраси мо қарор доштанд. Аммо оид ба мавқеъ доштани тоҷикҳо дар Покистон то чанд соли пеш ҳеҷ касе иттилоӣ дархӯри ниёз надошт.

Мавод ва усули таҳқиқ. Ба манзури рӯшанӣ андохтан бар рӯйи ин мавзӯ инчониб баъзе маводи ҷопӣ ва мадорики марбут ба Интернетро ба доираи таҳқиқ кашидам, ки ҳузури тоҷикон дар Покистон нуктаи меҳвари ин саъю талошро ташкил медиҳад. Забонҳои дигари эронӣ ва нокилонашон дар қаламрави Ҳиндустану Покистон то ин дам маълум буданд, нуктае, ки дар мавриди онҳо то кунун шубҳабарангез боқӣ мемонад, шумори дақиқи нокилон хоҳад буд.

Натиҷаи таҳқиқ ва муҳокимаи он. Нимҷазираи Ҳиндустан ба далелҳои гуногун зимни давраи сеюми рушду тараккии забонҳои эронӣ яке аз қонунҳои муҳимми адабӣ, илмӣ ва ҳунарий ба забони форсӣ ба ҳисоб мерафт, то ин ки дар миёнаи асри XVIII вуруди истеъморгарони англис ба ин хиттаи афсонавӣ чунин нақши назаррабои забони форсиро ба ҷониби тирагӣ кашонид. Истеъморгарони англис дар ин замина то ҷое пеш рафтанд, ки ба соли 1837 бо содир намудани дастуре ҳузури забони форсиро ночнозу мамнӯъ эълон сохтанд. Беҳтарин намуна барои намоёндани нақши забони форсӣ дар ин хитта зиндагиномаи Аллома Иқбол (1877-1938) ба ҳисоб меравад, ки баъзе паҳушигарон аз ӯ ба унвони охири намоёндаи адабиёти аҳди қадим ёд мекунанд.

Нахустин намоёндагони қавмҳои эронӣ, ки бевосита тақрибан пас аз ғӯрӯпошии Эрони сосонӣ дар қарни VII ва имтидоди қарнҳои баъдӣ [<https://ru.m.wikipedia.org>; kulturologia.ru] вориди минтақаи мазкур шуданд, пайравони ойини зардуштӣ ба ҳисоб мераванд, ки ҳамлаи арабҳо оноро водор ба ҷунин иқдом сохт. Порсиён ё зардуштиён дар айни ҳол беш аз 300 000 (0,03 дар сади аҳолии Ҳиндустан)-ро ташкил дода, робитаашон бо Эрони муосир бартар аз оғеши бо қавмҳои гирду пеш дар Ҳиндустан аст, зеро дар Эрон ҳанӯз оташқадаҳои муғон дам аз рӯшноӣ мезананд. Аммо зардуштиёни имрӯзаи Ҳиндустан забони форсиро ҳамчун унсӯри муошират аз ёд бурдаанд ва ягона имтиёзашон бақоргирии матни Авасто мебошад (занд-авасто, ки бар пояи матни паҳлавӣ бунёд ёфтааст). [<https://ru.m.wikipedia.org>; kulturologia.ru.]

Дувумин қавми эронии таъсиргузор дар ин хитта паштуҳо буда, асосан дар Покистон (тақрибан 240 млн. нуфус дорад) умр ба сар мебаранд ва ин забон ба шоҳаи шарқии забонҳои эронӣ тааллуқ мегирад. Дар бораи шумори дақиқи онҳо санади бозътимод дар дастрас қарор надорад, вале ба асоси фарзу гумонҳо ин гурӯҳ 24 дар сади аҳолии Покистонро ташкил медиҳад, ки чандон омори боварибахш нест. Шумори умумии пуштунҳо низ дар минтақа 60 млн. [<https://ru.m.wikipedia.org>] тахмин мезананд, ки аз ҳақиқат дур менамояд, зеро то соли 2017 зимомдорони Афғонистон пуштунҳо аксари мутлақ муаррифӣ мекарданд, ки пас аз оморгирии намоёндагони Амрико ва Англия ин омор қомилан ба нақши рӯйи об табдил ёфт. Тамаркузи бештари онҳо дар Вазиристони Ҷанубӣ, сарҳадоти озодаи байни Покистону Афғонистон ба назар мерасад. Тибқи баъзе ривоятҳо, зодбуми аслии паштуҳо нишемани қаторқӯхҳои Сулаймон ба ҳисоб меравад, ки тахти тасарруфи Ҳиндустан кунун қарор дошта, ғӯё минбаъд аз ин ҷо вориди Афғонистони имрӯза гаштаанд [<https://ru.m.wikipedia.org>].

Қавми севумин балучҳо (шумори умумияшон дар тамоми ҷаҳон 10 млн. аст) ба ҳисоб омада, ғолибан дар Балучистони тахти тасарруфи Покистон умр ба сар мебаранд [<https://ru.m.wikipedia.org>]. Ин забон низ аз шоҳаи шимолу ғарбии забонҳои эронӣ [3:556] мебошад.

Илова бар ин, бахше аз ҳазораҳо низ сокинони бумии Покистон буда, ирқан муғулнаҷод, аммо ба лиҳози забонӣ форсигӯӣ мебошанд. Онҳо аз нигоҳи эътиқодот шиимазҳабу суннимазҳаб буда метавонанд.

То чанд соли пеш перомуни ҳузури тоҷикҳо дар Покистон ягон матлаби ҷиддие дар расонаҳо ва ҳатто доираҳои илмӣ ба миён намеомад. Аммо ҳудуди 15-20 соли пеш дар ин кишвар созмоне ба исми «Тоҷик қавмӣ мубин» бо марказият дар қаламрави Балучистон таъсис ёфт, ки мақсади аслии он зери як ҷатри воҳиди фарҳангӣ гирд овардани ҳамтаборон ба ҳисоб мерафт. Дар ҳоли ҳозир ҳизби сиёсӣ ба исми «Тоҷик миллий иттиҳод» дар ҳоли шаклгирист, ки ҳадафи аслии он ба доираи сиёсати расмӣ кашонидани пойи тоҷиктаборон мебошад. Дар бораи шумораи воқеии тоҷикон ягон мадраки расмӣ вучуд надошта, нуфуси онҳо 4-5 миллион тахмин мезананд, шояд аз ин ҳам бештар бошад. Мушкилии қор дар он аст, ки сукунати тоҷикҳо ба сурати пароканда буда, баъзе гурӯҳҳои онҳо дар мадори ҷамоатҳои панҷобӣ, балучӣ, паштузабон ва ғайра омехта шудаанд. Дар баъзе маҳаллаҳо ҷамъан то 100 хонавода будубош дошта, ҳузурашон дар Сувод, Дир, Болоқанд, Панҷоб, Карочи, Балучистон (мушаххасан

қабилани порсизабони Дехвор), ҳамчунин дар марзи байни Покистону Афғонистон назаррастар мебошад [<https://ru.m.wikipedia.org>].

Хулоса. Тавре ки аз баррасии мавод дида мешавад, будубоши қавму миллатҳои эронитабар як унсури омада ба ҳисоб нарафта, аз дер замоне онҳо дар ин минтақа умр ба сар мебаранд ва эҳёи дубораи тоҷикон дар қаламрави Покистон моро барои зинда гаштани анъанаҳои деринаи адаби, илмӣ, хунари ва хувиятии ҳамтаборонамон дилғармтар месозад.

Адабиёт:

1. Эделман Д.И. Сравнительная грамматика восточноиранских языков. Фонология. М.: «Наука», 1986
2. Энциклопедияи миллии тоҷик. Сарредаксияи илмӣ ЭМТ. Ҷ. 6. Д.: 2017.–664 сах.
3. <https://ru.m.wikipedia.org>
4. <https://hellolanguage.ru>.
5. kulturologia.ru.

Зухурова П.М., Истамова З.Х., Раджабова Н.Х

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЛЮКОЗЫ И КОРТИЗОЛА В РАЗЛИЧНЫЕ ТРИМЕСТРЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Многочисленными исследованиями показано, что количественный и качественный состав слюны зависит от влияния на организм различных эндогенных и экзогенных воздействий [1, 4, 5]. Увеличение содержания глюкозы в слюне осуществляется преимущественно посредством симпатической нервной системы, которая вызывает усиленную секрецию адреналина надпочечниками.

Адреналин же действует на печень и мышцы, вызывая мобилизацию гликогена. С другой стороны адреналин влечет за собой увеличенное поступление из печени в кровь глюкозы, которая используется организмом при экстремальных физических и психических нагрузках.

Активация симпатoadреналовой системы, наблюдаемая при различных стрессах, усиливает секрецию адреналина мозговым слоем надпочечников. Поступающий в кровь адреналин действует на гипоталамус, вызывая образование в некоторых его клетках полипептида - кортиковывсвобождающего фактора, способствующего образованию в передней доле гипофиза адрено- кортикотропного гормона. Этот гормон является фактором, стимулирующим выработку надпочечниками глюкокортикоидов. Некоторые авторы (Бабский Е.Б, Зубков А. А., 1972) считают, что при недостаточной секреции глюкокортикоидов, к каковым относится кортизол, понижается сопротивляемость организма различным вредным влияниям. Мы предполагаем, что повышение концентрации кортизола в слюне обследованных лиц является адекватной реакцией их организма на воздействие любого стресса.

Цель исследования. Целью настоящей работы явилась определение динамики концентрации глюкозы и кортизола в слюне у женщин в различные сроки беременности.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 90 женщин в разные сроки беременности (I, II, III триместры по 30 в каждой группе). Средний возраст обследованных составил 26,6 лет (от 18 до 42 лет). Определение концентрации глюкозы в слюне с помощью глюкозооксидазного метода (Дубова Л.И., 1990). Определение концентрации кортизола в слюне с помощью радиоиммунологического метода с использованием отечественных наборов Стерон-Т125 -I и Стерон -К 1251-М (Малов Ю.С., Карпов В.А., 1994).

Результаты исследования и их обсуждение. По концентрации глюкозы и кортизола в слюне нами было выделено три группы: с низкой концентрацией (глюкозы 10-15 ммоль/л, кортизола 0,05-0,06 ммоль/л), умеренной (глюкозы 15,1-20 ммоль/л, кортизола 0,07-0,1 ммоль/л) и с высокой (глюкозы более 20 ммоль/л, кортизола 0,11 ммоль/л и более). Результаты сравнительного анализа концентрации глюкозы в зависимости от срока беременности отражены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ концентрации глюкозы в слюне в различные триместры.

Конц. Глюкозы (ммоль/л)	I	II	III
10-15	43%	37%	30%
15,1-20	47%	57%	53%
20,1 и более	9%	6%	19%

Из таблицы видно, что количество обследованных лиц с низкой концентрацией глюкозы уменьшается по мере увеличения срока беременности (с 43% в I триместре до 30% в III триместре), а количество обследованных с высокой концентрацией глюкозы увеличивается (с 9% в I триместре до 19% в III триместре). Динамика изменения концентрации кортизола отражена в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ концентрации кортизола в слюне в различные триместры

Конц. кортизола (ммоль/л)	I	II	III
0,05-0,06	47%	40%	27%
0,07-0,1	43%	54%	57%
0,11 и более	10%	7%	16%

Из таблицы видно, что количество лиц с низкой концентрацией уменьшается по мере увеличения срока беременности (с 47% в I триместре до 27% в III триместре), а количество обследованных с высокой концентрацией кортизола увеличивается (с 10% в I триместре до 16% в III триместре).

Выводы. Таким образом, анализ концентрации глюкозы и кортизола в слюне женщин с различным сроком беременности выявил ряд закономерностей. По мере увеличения срока беременности уменьшается число обследованных лиц с низкой концентрацией глюкозы и кортизола и увеличивается количество обследованных с высокой концентрацией глюкозы и кортизола. Эти данные свидетельствуют о возможности использования динамики концентрации глюкозы и кортизола в слюне для оценки степени активности симпатоадреналовой системы у беременных женщин и своевременно проводить профилактические мероприятия по благоприятному исходу родов.

Наши исследования показывают, что динамика концентрации глюкозы и кортизола в слюне - это удобный и надежный тест для определения степени напряженности симпатоадреналовой системы во время беременности.

Список литературы.

Денисов А.Б. Слюнные железы. Слюна. / Денисов А.Б. - М., 2000. - 219 с.

Дубова Л.И. Определение содержания глюкозы в слюне глюкозооксидазным методом как показателя психоэмоционального напряжения в стоматологии // Лабораторное дело. 1990. №4. С. 70-71.

Малов Ю.С. Взаимосвязь уровней кортизола и тестостерона в крови и слюне. / Малов Ю.С., Карлов В.А., Кучмин А.К. // Клиническая

Лабораторная диагностика. - 1993. - № - С. 10-14.

Aydin S. A comparison of ghrelin, glucose, alpha-amylase and protein levels in saliva from diabetics. J Biochem Mol Biol. 2007 Jan 31 ;40(1):29-35.

Chaudieu I, Beluche I, Norton J, Boulenger JP, Ritchie K, Ancelin ML. Abnormal reactions to environmental stress in elderly persons with anxiety disorders: evidence from a population study of diurnal cortisol changes. J Affect Disord. 2008 Mar;106(3):307-13. Epub 2007 Aug 28.

Изатов К. 1, Саидов С.Б.1, Холматова М.А.2

ПОЛИКУЛЬТУРНОСТЬ ПОСЛОВИЦ ПРИ ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1Кафедра русского языка Таджикского аграрного университета имени Шириншо Шотемура

2Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Русские пословицы, как особый лингводидактический материал в преподавании русского языка, являются важным компонентом при формировании русской речевой компетентности у студентов-медиков, помогая студентам познать смысл народной мудрости, направляя студентов к постижению важности использования образных выражений для того, чтобы речь стала более яркой и выразительной.

Цель. Методика преподавания русского языка в медицинском университете в условиях полилингвального и поликультурного пространства выдвигает требования, обусловленные функциональным подходом описания языкового материала, к необходимости разработки и создания методической системы работы на практических занятиях по русскому языку в медицинском университете над специальной лексикой, направленной на обогащение и совершенствование русской речи студентов-медиков.

Материал и методы. Пословицы, наряду с крылатыми выражениями, фразеологизмами и др. выразительными средствами, занимают особое место в различных функционально-речевых стилях русского языка, благодаря их большой коммуникативной и информативной значимости. Эти устойчивые единицы русского языка обладают национально-культурной спецификой. Именно поэтому их применение при обучении языку чрезвычайно важно для более глубокого и адекватного понимания национально-культурного своеобразия русского языка.

В условиях полилингвального образования на практических занятиях по русскому языку использование пословиц позволяет удачно сочетать лексико-грамматическую и речевую практику с воспитательной деятельностью, что служит обогащению словарного запаса студентов.

Результаты. Практика показывает, что правильное толкование пословиц и уместное их использование в речи развивает у студентов лингвистическое чутье, чувство бережного отношения к слову, способствует обогащению словаря и повышению уровня речевой культуры. Понятие «пословицы» в широком смысле трактуется, как «краткие народные изречения, имеющие одновременно буквальный и переносный (образный) смысл или только переносный смысл, и составляющие в грамматическом отношении законченное предложение». [1, 4]

Известно, что русские классики отражали жизнь русского народа в своих произведениях, используя яркость и многообразие русских пословиц. Изучая русскую литературу, встречая в них такие пословицы, как: «Белые ручки чужие труды любят», «Согласную семью и горе не берет», «Материнская ласка конца не знает», литературный материал понимается более зримым, эмоциональным, что помогает понять образ жизни русского народа того времени.

Безусловно, задача преподавателя русского языка заключается в обеспечении необходимых условий для приобщения личности студентов к культуре разных национальностей, обучающихся в медицинском университете, к разноречивой культуре, учитывая при этом его подготовку к продуктивному участию в диалоге культур. В связи с этим, преподавателю русского языка в билингвальной образовательной аудитории, изучающей русский язык, особое внимание стоит уделять таким формам занятий, которые стимулируют русское речевое общение студентов.

Следовательно, учитывая, что пословицы обладают лексико-грамматической насыщенностью, их следует применять не только при изучении грамматики и фонетики, но также при изучении различных лексических тем. При этом словарный запас студентов становится богаче. Благодаря сжатой, лаконичной форме пословиц, новые незнакомые слова лучше запоминаются, а затем используются студентами в собственных высказываниях. Пословицы можно применять как смысловую опору на интерактивных занятиях при реализации игровых заданий, таких как «Последняя пословица за мной». При этом, в группах с высоким уровнем коммуникативной компетенции, пословицы могут стать темой для самостоятельного высказывания или выступления.

Практика показывает, что методически правильно разработанная работа по обогащению русского лексического запаса путем использования наиболее употребительных пословиц русского языка должна рассматриваться как составная часть учебного процесса, как и работа над лексикой и фразеологией. Усвоение русских пословиц нерусскими студентами предполагает точное понимание их семантического содержания и ситуации, в которой они употребляются. Это означает, что при обучении данным языковым единицам, обладающим национально-культурным компонентом значения, на первое место выдвигается задача их семантизации. Так как в пословицах любого народа глубоко запечатлелись черты социально-экономической жизни, общественного и семейного быта. Довести их до студентов с соответствующими комментариями, с поисками аналогий в родном языке – благородная и благодатная задача для любого преподавателя. «Пословицы обладают большим дидактическим потенциалом в формировании межкультурной коммуникативной компетенции студентов. Поэтому так важно уметь анализировать пословицы таджикского и русского языков, понимать, какими событиями в судьбе народа, особенностями менталитета они вызваны. Подобный культурологический анализ и интерпретация таджикских и русских пословиц в процессе изучения русского языка способствует формированию общей культуры обучающихся, пониманию культурных истоков этноса, осознанию своей культурной идентичности, воспитанию эмпатического отношения к представителям иного лингвосоциума» [3; 25].

Отбор пословиц для практической работы по русскому языку в медицинском университете производится с учётом их воспитательной ценности, доступности для восприятия и соответствия изучаемой лексико-грамматической тематики. В этом отношении в качестве показательного примера выступает «Учебное пособие для практических занятий по русскому языку». [4, 203] В данном пособии достаточно полно и целенаправленно осуществлено учебно-воспитательное применение народных пословиц, а также представлены практически все виды заданий с использованием пословично-поговорочного материала.

Для обогащения лексического запаса студентов-медиков на практических занятиях в условиях таджикско-русского двуязычия нами используются следующие виды заданий.

Задание. Спишите пословицы, объясните их смысл, скажите, какие из них являются многозначными: *Труд кормит, а лень портит. Книга – ключ к знанию. Слава сына – отца отрада. Язык наш – враг наш. Корень ученья горек, да плод его сладок. Дитя хоть криво, да отцу и матери мило* [4, 18].

Задание. Прочитайте пословицы. Раскройте смысл каждого изречения: *Язык хлебом кормит и дело портит. Язык что осиновый лист: во всякую погоду треплется. Языком гладок, а душою гадо. Длинный язык — короткие мысли. Ешь пироги с грибами, а язык держи за зубами. За её языком не поспеешь и босиком. Мал язык, да всем телом владеет. Не давай волю языку во пиру, а сердцу во гневе.*

Задание. Прочитайте данные пословицы, объясните их смысл: *Не в коня корм. Нет дыма без огня. Ни богу свечка, ни черту кочерга. Ни пава, ни ворона. Пуганая ворона куста боится. Сухая ложка рот дерет.* [2, 280]

Следует отметить, что русские пословицы, являясь частью русской культуры и ее народной мудрости, отражают опыт и знания предыдущих поколений, выражают сложные и глубокие мысли в коротком предложении.

Следовательно, пословицы необходимо использовать на различных этапах занятия, соблюдая принцип коммуникативной направленности. В совокупности система презентации преподавателем любой темы должна быть направлена на создание у студентов мотивированной потребности в русской речевой деятельности. И в данной работе использование пословиц способствует более эффективно решать основную задачу – научить студентов читать, писать и говорить по-русски, приобщить их к духовному богатству русского народа. Использование пословицы в процессе занятия повышает интерес к русскому языку, помогает развить языковую интуицию, закладывает умение думать лингвистическими понятиями. Особенно важно, что многие пословицы интернациональны, и в таджикском языке можно найти аналогичные русским пословицы.

Вышеприведенные задания с пословицами малая часть того пословично-поговорочного материала, который используют преподаватели на занятиях по русскому языку для развития и расширения страноведческих знаний студентов-медиков о традициях и национальных особенностях русского и таджикского народов.

Выводы. Таким образом, пословицы являются не только средством формирования и развития языковой коммуникативной компетенции, позволяющей осуществлять межличностное и профессиональное общение с представителями иной лингвокультуры, но и механизмом овладения языком как важным компонентом культуры страны изучаемого языка.

Особую роль при этом играет профессионализм преподавателя, который методически грамотно может организовать практическое занятие по русскому языку, где использования русских пословиц позволит совершенствовать не только профессиональную русскую речь студентов, но и общие коммуникативные компетенции, необходимые для формирования полилингвальной и поликультурной языковой личности.

Литература

1. Жуков В.П. Словарь русских пословиц и поговорок// 3-е изд., стереотип. М.1968. -368 с. -Душанбе: 1980. - 85 с.
2. Розенталь Д.Э. и Теленкова М.А. Словарь справочник лингвистических терминов. Пособие для учителей. Изд.2-е испр. и доп. М., «Просвещение».1976
3. Рыбникова М.А. Русские пословицы и поговорки АН СССР. Институт мировой литературы имени А.М. Горького. — М.: Издательство АН СССР, 1961. — 231 с. Архивная копия 27 ноября 2020 на Wayback Machine
4. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете// Составитель У.Р. Юлдошев. –Второе издание, переработанное. -Душанбе, 2023. -203.
5. Фелицына В.П., Прохоров Ю.В. Русские пословицы и поговорки и крылатые выражения: Лингвострановедческий словарь/ Ин-т рус. яз. им. А.С. Пушкина; под ред. Е.М. Верещагина, В.Г. Костомарова. Рус.яз.,1988. -269 с.

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ СИНТАКСИСА РУССКОГО ЯЗЫКА В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКСКО-РУССКОГО ДВУЯЗЫЧИЯ

Отдел филологии Института развития образования имени А. Джами
Академии Образования Таджикистана

Актуальность темы. В настоящее время, когда в мире активно протекают процессы глобализации, развивается международное сотрудничество, увеличиваются миграционные потоки, знание иностранных языков оказывается одной из важнейших составляющих успешности дальнейшей жизни молодого человека – выпускника среднего общеобразовательного и высшего учебного заведения. В связи с этим, введение в школьное обучение компетентного подхода как положения об усилении практической направленности в преподавании языковых дисциплин в общеобразовательных учреждениях усилило требование реализации принципа коммуникативной направленности в обучении русскому языку. Однако теоретико-методологическую базу компетентного подхода, особенно в рамках изучения отдельных грамматических тем, нельзя считать детально разработанной, поскольку решение общих вопросов не позволяет качественно реализовать этот подход в обучающую практику учителей, преподающих конкретную учебную дисциплину с учётом всех особенностей этого учебного предмета. Разработка предлагаемой темы исследования предполагает решение проблемы с помощью реализации компетентного подхода на материале изучения учащимися конкретного раздела грамматики русского языка и является актуальной и своевременной в условиях таджикско-русского двуязычия.

Цель исследования заключается в дальнейшем теоретическом обосновании и экспериментальной проверке методической системы, направленной на овладение синтаксисом русского языка учащимися-таджиками с учётом внедрения компетентного подхода на занятиях русского языка. Как известно, русский язык и родной язык обучающихся являются разно системными языками, следовательно, построение словосочетаний и предложений, а также порождение текстов на русском языке у школьников будет вызывать существенные сложности, которые объясняются интерференцией. Новые методические решения данной проблемы будут способствовать преодолению речевых ошибок и достижению обучающимися коммуникативной компетенции на русском языке на достаточном уровне.

Материал и методы исследования. Новая «Программа по русскому языку для общеобразовательных учреждений с таджикским языком обучения» [5] выдвинула и реализовала в своём содержании интегрированный принцип обучения. В ней определение целей и задач обучения ориентировано на формирование коммуникативной компетенции. Программа утверждает: «Компетенция – это совокупность знаний, навыков и умений, формируемых в процессе обучения, и способность к выполнению деятельности, связанной с данным учебным предметом... Коммуникативная компетенция – это способность человека адекватно ситуации общения организовать свою речевую деятельность в её продуктивных и непродуктивных (рецептивных) видах». [5,12]

Практическая цель, т.е. задача научить речи, выдвигается перед преподавателем как основная, но перед ним ставятся также общеобразовательная и воспитательная цели. Общеобразовательная цель обучения предполагает «повышение общей культуры учащихся, расширение их кругозора и знаний о стране изучаемого языка, её культуре, науке, литературе, искусстве и вообще о мире, совершенствование культуры общения, приёмов умственного труда, развитие познавательных интересов и способности к логическим выводам и умозаключениям. Воспитательная цель в преподавании русского языка включает реализацию таких задач, как воспитание гуманистических черт личности, самостоятельности, воспитание интереса к русскому языку, потребностей в его изучении, овладении русским речевым этикетом, воспитание толерантности, развитие мировоззрения, совершенствование мышления, памяти, системы нравственных и эстетических взглядов, потребности в дальнейшем самообразовании и воспитании». [5,12] В «Программе по русскому языку для средних общеобразовательных учреждений с таджикским языком обучения» обобщены современные лингвометодические идеи, по-новому описаны содержание обучения и методы его организации на практических занятиях по русскому языку.

Результаты исследования их обсуждения. Необходимо отметить, что в практической деятельности преподавателя в процессе обучения русскому языку в условиях таджикско-русского двуязычия в общеобразовательных учреждениях вышеназванная Программа закрепила положение о том, что основной единицей обучения русскому (неродному) языку является текст, а учебная коммуникативная деятельность должна строиться на основе текста, включая лексико-семантическую, лексико-орфографическую, лексико-грамматическую работу, работу по формированию коммуникативной компетенции. Изучению грамматики в программе отведена вспомогательная роль: она помогает понять то, что ученик слышит и читает на русском языке, помогает школьнику осмысленно выстраивать собственное суждение о прочитанном и услышанном тексте, т.е. важнейшей целью урока стало формирование коммуникативной компетенции во всех видах речевой деятельности: говорении и аудировании, чтении и письме.

Нужно подчеркнуть, что лексика для активного усвоения описывается в программе также по-новому: она выведена в конце каждого раздела из литературных и познавательных текстов, которые предложены в учебнике для овладения их информационным содержанием и их интерпретации. В процессе интерпретации содержания текстов происходит овладение русским языком.

Работа с учебным текстом, который школьники читают или воспринимают на слух, усиливает значение практического усвоения синтаксических понятий и категорий, а также грамматики русского языка в целом. Характерной чертой преподавания русского (неродного) языка стала *комплексность* – отработка на уроке не только умений и навыков, связанных с изучаемой грамматической темой, а комплексная работа по формированию умений и навыков во всех видах речевой деятельности, обеспеченная изучением учебного текста. Комплексность в работе с текстом на уроке

русского языка явилась средством практической реализации частно методического принципа функциональной взаимосвязи видов речевой деятельности.

Определяя роль синтаксиса в реализации образовательных задач, мы отталкиваемся от мысли о том, что язык – основное средство общения людей. Он тесно связан с мышлением и сознанием человека. Свои мысли и внешне выраженную речь человек одевает в слова и предложения. Знания и понятия, приобретённые в процессе трудовой и интеллектуальной деятельности, закрепляются в языке – в словах и словосочетаниях, которые входят в предложение. Предложения, в свою очередь, составляют тексты, и всё общение осуществляется в форме текстов. Именно поэтому в процессе формирования коммуникативной компетенции на русском (неродном для учащихся) языке такое большое внимание уделяется текстам. [6]

Следовательно, текст стал главным организующим элементом содержания обучения русскому (иностранному) языку. Эти положения как нельзя лучше сочетаются с реализацией компетентного подхода, вводимого в школьное обучение в соответствии с реформой системы образования Республики Таджикистан. На основе текста, который сам является продуктом речевой ситуативно организованной деятельности, можно создать значительное количество учебных речевых ситуаций, в которых учащимся, работающим в малых группах, будет над чем подумать, сформулировать средствами изучаемого неродного (русского) языка оригинальную идею и выразить её, если надо – поспорить, т.е. учиться владеть языком на практике. Такие задания могут быть разного уровня, в том числе с учётом индивидуальных возможностей детей при реализации инклюзивного обучения.

Текст как «результат говорения или письма, продукт речевой деятельности; основная коммуникативная единица, которой человек пользуется в процессе речевой деятельности» [1, 352], является синтаксически организованной единицей дискурса.

Чтобы его правильно понять и чтобы на основе его информации построить свой текст, школьнику необходимо практически владеть синтаксическими законами русского языка: уметь правильно составлять сочетания слов различного типа (согласование, управление, примыкание), строить из словосочетаний предложения в соответствии с законами русского языка, логически объединять их в связный продукт речевой деятельности так, чтобы этот продукт – текст – «обладал единством темы и замысла, относительной законченностью, связностью, цельностью, внутренней структурой – синтаксической (на уровне сложного синтаксического целого и предложения), композиционной и логической, определяемой целенаправленной и прагматической установкой» [1, 352]. Эти задачи в большей мере должны реализовать изучение раздела «Синтаксис» в 9 классе средних общеобразовательных школ с таджикским языком обучения, поскольку обучение на данном этапе представляет собой завершение усвоения учебного материала на уровне основной школы. Кроме этого, само лингвистическое понятие «предложение» как способ выражения мысли уже соотносится с текстом, основной задачей которого является передача суммы смыслов, складывающейся из мыслей, высказанных в предложениях.

В изучении синтаксиса как раздела грамматики существенное значение имеет соблюдение обучающих принципов, среди которых принцип связи в обучении синтаксису и морфологии, принцип связи с выразительным чтением и принцип опоры на связный текст при овладении грамматическими категориями. Именно поэтому освоение синтаксических категорий в общеобразовательных учреждениях на практических занятиях по русскому языку на литературной основе не противоречит перечисленным выше принципам. Причём для преподавателя, если он стремится реализовать в своей обучающей деятельности принцип коммуникативности и связанный с ним принцип компетентного подхода, важно знать, как механизмы порождения, так и механизмы понимания текста. Рассмотрим некоторые важнейшие положения из области указанных знаний.

Задачей не только лингвиста-исследователя, но и методиста, является определение механизма порождения текста, особенностей его восприятия и интерпретации. В этом механизме заключена одна из текстуальных функций языка – функция создания текста. Интерпретация любого высказывания осуществляется в определённом контексте. *Текст* и *контекст* составляют неразрывное единство и являются комплементарными (дополнительными) по отношению друг к другу. Эти понятия имеют важное значение в обучении синтаксису, потому что изучать данный раздел грамматики неродного языка вне его связи с развитием речи, с формированием навыков построения текста неверно. В контрольных и экспериментальных классах для этого был предложен текст «Из воспоминаний И. Панаева о М.Ю. Лермонтове». Выбор текста для проведения тестирования объясняется тем, что он связан с литературным содержанием изучаемого по учебнику русского языка для 9 класса школ с таджикским языком обучения, в котором представлен на исторической основе интегрированный курс русского языка. В данном учебнике параллельно с языковой теорией о синтаксисе русского языка изучается в монографической форме творчество русских писателей первой половины XIX века – А.С. Пушкина, Н.В. Гоголя и М.Ю. Лермонтова.

Задание. Прочитайте текст – отрывок из воспоминаний известного общественного деятеля И. Панаева о Лермонтове и выполните тестовые задания. Автор текста был современником поэта.

Данный текст был выбран для проведения контрольного этапа экспериментальной работы в силу ряда причин: 1) по времени проведения он совпал с изучением на уроках интегрированного курса русского языка монографической темы «Жизнь и творчество русского поэта М.Ю. Лермонтова», сопровождавшейся грамматической темой «Сложноподчинённое предложение с придаточными времени, цели, причины»; 2) текст содержит интересную информацию о личности поэта, дополняющую материалы учебника, поэтому, несмотря на значительный объём, вызовет интерес учащихся; 3) в тексте литературно-разговорного стиля имеется лексика, которая используется в переносном значении, понять которую, исходя из контекста, достаточно легко, например: *не драпировался*; 4) текст имеет познавательное и культурологическое значение, т.е. способствует формированию социокультурной и страноведческой компетенции.

Контрольные задания по данному тексту были рассчитаны на самостоятельную работу учащихся, что также имеет большое значение в деле овладения неродным языком. Так, задания в тестах, основанные на определении (уточнении) лексического значения, предполагали умение опираться на контекст и умение подбирать синонимы.

Поскольку синтаксис как вершина грамматической теории включает в себя все более мелкие единицы языка, понимание которых служит пониманию текста в целом, правомерными считаются в системе контрольных заданий, нацеленных на выявление уровня понимания текста, не только сугубо синтаксических заданий, но и лексических, и морфологических.

Выводы. Таким образом, установлено непосредственное позитивное влияние изучения синтаксиса по предлагаемой экспериментальной методике на развитие коммуникативной компетенции на русском (неродном) языке учащихся. Если сравнить количественные показатели уровня развития устной и письменной речи в экспериментальных классах, то можно заметить, что навыки устной речи значительно преобладают. Это объясняется тем, что устная речь всегда формируется раньше и является базой для развития навыков письменной речи. Сами же коммуникативные умения и навыки (коммуникативная компетенция) формируются не сразу и требуют длительной и целенаправленной работы учителя и учащихся. Кроме того, для развития письменной речи как на родном, так и на неродном языках необходима специальная система упражнений, а эта задача перед нашим исследованием не стояла. Поэтому полученные результаты следует считать достоверными. Они не противоречат лингводидактической теории и свидетельствуют о правомерности предложенной в исследовании методики обучения синтаксису в условиях интегрированного обучения русскому языку на основе изучения текстов литературоведческого характера и художественных.

Важным выводом в результате проделанной работы является мысль о том, что преподаватель русского языка в современных условиях является практически единственным источником русскоязычной речевой среды для обучающихся (особенно в отдалённых районах республики, где отсутствует русскоязычная речевая среда), и это накладывает на него особую ответственность: он должен хорошо и правильно говорить, чётко и выразительно читать и правильно писать на русском языке, использовать каждую возможность для общения с учащимися на русском языке. Следовательно, методически правильно организованная работа по изучению синтаксиса русского языка является гарантией успешного решения кардинальной задачи обучения – формирования коммуникативной компетенции обучающихся.

Литература

1. Азимов Э.Г., Щукин А.Н. Словарь методических терминов (теория и практика преподавания языков). – СПб.: Златоуст, 1999. – 472
2. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2004-2014 годы. – Душанбе, 2003. – 38 с.
3. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2015-2020 годы» от 03.06.2014 г., №427.
4. Гусейнова Т.В. Формирование коммуникативной компетенции учащихся на уроках русского языка. – Душанбе: РТСУ, 2019. – 270 с.
5. Программа по русскому языку для общеобразовательных учреждений с таджикским языком обучения (2-11 классы). – Душанбе: POLYGRAF-GROUP, 2008. – 124 с.
6. Русский язык: Синтаксис. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://ruskiiyazyk.ru/sintaksis> (Дата обращения 18.04. 20).
7. Ходжамуродова Ш.Р. О переводе «Бустана» Саади Шерози на китайский язык// Актуальные проблемы филологии и лингводидактики: Материалы Международной научно-практической конференции. – Душанбе: РТСУ, 2020

Имамбердиева М.А., Шераков А.Нь.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Проблема стресса стала актуальной во второй половине прошлого века, когда на фоне научно-технического прогресса расширилась деятельность человека. В настоящее время под стрессом понимают состояние, возникающее при действии на организм раздражителей, называемых стрессорами, и приводящее к напряжению его неспецифических механизмов. Физиологический смысл указанной реакции заключается в адаптации организма к стрессору. Симпатoadреналовая и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая структуры составляют стресс-реагирующую систему, секретирующую под действием стрессоров адреналин, норадреналин и кортизол, которые действуют на рецепторы нервных, эндокринных и иммунных клеток, включая гранулоциты. Активированные гормонами лейкоциты выходят в кровоток и перераспределяются по организму, избирательно накапливаясь в тканях, подвергнутых агрессии стрессора, и стимулируют иммунные реакции.

Цель исследования. Изучить влияние стресса на иммунную систему организма человека.

Материал и методы исследования. В настоящей работе были использованы данные научной литературы и результаты исследования зарубежных авторов.

Результаты исследования и их обсуждение. Важнейшую роль в стрессовой мобилизации играют нейроиммунно-эндокринная система – головной мозг, тимус, лимфатические узлы, костный мозг. Формирующиеся в организме адаптивные реакции на действие стрессора направлены на предупреждение развития патологических изменений и нарушений гомеостаза. Стрессоры различной природы вызывают сходную ответную реакцию организма, на который они направлены. Если стрессор недостаточно силен, а резистентность организма высокая, то указанные изменения могут не выявляться. При длительном воздействии стрессора возникает адаптивная реакция организма, названная общим адаптационным синдромом, который протекает в три стадии: тревоги, резистентности и истощения. В первую стадию благодаря гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе срабатывают срочные механизмы адаптации. При стрессе гипоталамус увеличивает выработку кортиколиберина, который стимулирует продукцию АКТГ, а он стимулирует надпочечник к продукции катехоламинов. Также в кровь поступает большое количество глюкокортикостероидов (ГСК). Стадия резистентности является одним из видов адаптации к постоянно действующему стрессору. В ее

основе лежат клеточные механизмы адаптации и формирования соответствующей функциональной системы. При постоянном действии стрессора на организм адаптация угнетается, и наступает последняя стадия – стадия истощения. Она выявляется только при воздействии сильного или длительном действии слабого раздражителя, превышающего функциональные резервы нейроэндокринного аппарата человека. При действии стресса наряду с увеличением надпочечников, происходит уменьшение массы и размеров тимуса. Это явление инволюции тимуса. Оно происходит как при инфекционных заболеваниях, так и в результате ряда воздействий на человека (травм, голодания, переохлаждения, физической нагрузки и др.). Исследования показали, что этот процесс развивается не случайно, а закономерно, случайной же является только причина, вызвавшая инволюцию тимуса.

Иммунная система, представленная красным костным мозгом, тимусом, селезенкой и лимфатическими узлами, поддерживает генетическую целостность и постоянство внутренней среды организма, выполняя функцию распознавания чужеродных веществ. Все эти органы функционируют как единое целое благодаря нейрогуморальным механизмам регуляции, а также процессам миграции и рециркуляции клеток по сосудам. Главными клетками, осуществляющими иммунные реакции, являются: Т лимфоциты, В лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, а также взаимодействующие с ними тучные клетки, эозинофилы. Лимфоциты, постоянно перемещаясь, осуществляют «иммунный надзор». Они способны распознавать чужие макромолекулы и осуществлять специфическую защитную реакцию. Общее свойство всех лимфоцитов – участие в **иммунной толерантности** – способности иммунной системы распознавать и не атаковать собственные ткани.

Основной задачей В-лимфоцита является выработка антител. При контакте с антигеном они превращаются в плазматическую клетку, которые образуют антитела класса IgM, IgG, IgA или IgE. Помня о встрече с антигеном, В-лимфоциты превращаются в клетки памяти. При повторной встрече с антигеном, клетки памяти быстро преобразуются в плазматические клетки и сразу секретируют большое количество антител. Повторная встреча с антигеном нередко протекает незаметно для организма, так быстро и эффективно развивается иммунный ответ.

Предшественники Т-лимфоцитов переходят в тимус, для дальнейшей дифференцировки. Существует несколько типов Т-лимфоцитов, им принадлежит ключевая роль в формировании клеточного или гуморального ответа. Т-хелперы активируют фагоцитирующие клетки и клетки-киллеры, выделяют ИФН-гамма, ИЛ-2, ФНО-альфа, активно участвуют в выработке антител В-лимфоцитами, выделяют интерлейкины, обуславливают формирование приобретенного гуморального иммунного ответа, участвуют в противопаразитарном и аллергическом иммунном ответе. Т-лимфоциты супрессорные – способствуют завершению иммунного ответа благодаря особым молекулам ИЛ-10, ИЛ-13 и другим, подавляющим иммунную реакцию. Т-лимфоциты цитотоксические и естественные Т-киллеры – необходимы для уничтожения внутриклеточных патогенов, в частности, вирусов. Т-лимфоциты распознают не антиген как таковой, а «измененное свое». В тимусе они приобретают Т-клеточный рецептор (TCR) и поверхностные маркеры. Небольшая часть пре-timoцитов, не имеющих необходимых рецепторов или имеющих рецепторы к антигенам собственного организма, погибает в тимусе путем апоптоза. В условиях стресса акцидентальная инволюция тимуса отражает подавление его функции. Ведущее значение в развитии акцидентальной инволюции играют ГКС, вызывающие нарастающую альтерацию кортизол-чувствительных лимфоцитов, составляющих 70–80% от общего числа тимоцитов. Под влиянием ГКС в таких лимфоцитах активируются определенные системы, что приводит либо к гибели части лимфоцитов путем апоптоза, либо к быстрой дифференцировке и уменьшению чувствительности к стероидным и тимическим гормонам. Под влиянием ГКС уже в остром периоде инфекционного процесса в тимусе развивается акцидентальная инволюция. Стресс сопровождается формированием у индивида иммунодефицита. В большинстве случаев иммуносупрессию при стрессе связывают с увеличением концентрации в крови ГКС и перераспределением лимфоцитов. Имеющиеся к настоящему времени сведения о взаимоотношениях между корой надпочечников и тимусом позволяют утверждать, что снижение сопротивляемости организма при воздействии различных стрессоров связано не столько с повышением уровня ГКС, сколько с недостаточностью функциональной активности тимуса. ГКС и функциональные возможности тимуса находятся в антагонистических отношениях.

Исследование периферической крови при стрессе выявило наличие нейтрофильного лейкоцитоза и лимфоцитопении. Эти изменения обуславливаются перераспределением клеточных элементов между лимфоидными органами, циркулирующей кровью и костным мозгом. Причиной возникновения измененного состава крови является общая мобилизация организма для противодействия повреждающему фактору. Количество лимфоцитов и нейтрофилов при остром и хроническом стрессе в крови различно. При хроническом стрессе количество нейтрофилов и лимфоцитов не выходит за пределы их нормы. При остром стрессе в стадии тревоги отмечаются повышенная пролиферация клеток миелоидного ряда и увеличение количества нейтрофилов. Это связано с поступлением в кровоток зрелых костномозговых клеток, а также в результате выхода в кровеносное русло нейтрофилов из расположенного в сосудах пристеночного пула. Лимфоцитопения выявляется в стадии тревоги и в стадии истощения. Стадия истощения характеризуется практически полной атрофией тимуса. В таком случае в тимусе выявляется сеть ретикулоэпителия, не заселенная лимфоцитами. Существует две группы факторов, способных вызвать индуцированное стрессом подавление иммунитета. Во-первых, такая ситуация способна возникнуть из-за увеличения продукции гипоталамусом кортиколиберина (CRH). К этой группе принадлежит воздействие на организм токсических веществ и эмоционального стресса. Во вторых она может произойти при инфекционных болезнях и несбалансированном питании.

Вывод. Таким образом, при стрессе гуморальные иммунные реакции, направленные против экзогенных («не своих») структур, усиливаются, а клеточные иммунные реакции, направленные против эндогенных («своих измененных»), ослабевают. По уровню лимфоцитов, можно диагностировать стресс в целом и его стадии в частности. В качестве скрининг-теста целесообразно оценивать лейкоцитарную формулу хотя бы в первые, 2–3-и и 7–10-е сутки после воздействия стрессора, а в последующем – определять количество и соотношение лимфоцитов.

Список литературы

- 1 Documenting stress in sepsis by histone modification / Childs Y.R., Flynn Sh.I., Remaley A. // *Advances in protein and structural biology*.-2017.-P.1-10
- 2 Acute social stress-induced immunomodulation in pigs high and low responders to ACTH / Bacou E., Mignot G // *Physiol-Behav.*-2017.-Vol.169.-P.1-8
- 3 Glucocorticoid receptor signaling in health and disease / Kadmiel M., Cidlowski J.A. // *Trends Pharmacol Sci.*-2013.-Vol. 34(9).-P.518-530

Имамбердиева М.А., Шераков А.Н.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Исходом хронических поражений печени разной этиологии является фиброз печени. В его развитии принимают участие активированные фибробласты, источником которых являются звёздчатые клетки Ито. Это жирозапасующие клетки печени, расположенные в перисинусоидальном пространстве. Клетки Ито впервые были описаны К. Купффером в 1876 году и названы им звёздчатыми клетками Ито, обнаружив в них капли жира. Кроме того эти клетки являются местом депонирования витамина А.

Цель исследования. Изучить особенности строения и функционирования звёздчатых клеток печени.

Материал и методы исследования. В настоящей работе были использованы данные научной литературы и результаты исследования зарубежных авторов.

Результаты исследования и их обсуждение. Звёздчатые клетки Ито (ЗКИ) расположены в пространстве Диссе в карманах между клетками печени и эндотелиальными клетками, имеют достаточно длинные отростки, которые глубоко проникают между гепатоцитами. ЗКИ имеют контакт с эндотелиальными клетками через компоненты базальной мембраны. Источником развития этих клеток является мезенхима. В печени человека ЗКИ составляют 5-15%, являясь одной из 4-х разновидностей синусоидных клеток, имеющих мезенхимное происхождение: клетки Купффера, эндотелиоциты, Pit клетки. Цитоплазма звёздчатых клеток Ито содержит включения жира с ретинолом, холестерином, фосфолипидами, жирными кислотами. ЗКИ могут находиться в спокойном неактивном, переходном и длительно активированном состоянии. Клетки Ито в неактивном состоянии имеют округлую, чуть вытянутую форму, крупное ядро и капли жира, содержат ретинол. Количество капель жира в неактивной клетке более 30 и они прилежат друг к другу, при этом отнесены ядро на периферию. У большинства покоящихся звёздчатых клеток довольно малое количество цитоплазматического матрикса, бедного митохондриями и гранулярной эндоплазматической сетью, умеренно развитым комплексом Гольджи. Переходный тип ЗКИ приобретает выпуклую форму, количество жировых включений уменьшается, объём цитоплазмы увеличивается, хорошо развиты гранулярная ЭПС, рибосомы и митохондрии, отмечается гиперплазия аппарата Гольджи, которая связана со способностью фибробластов синтезировать молекулы коллагена и моделировать их путем гликолизирования. В норме звёздчатые клетки печени находятся в состоянии покоя, охватывая отростками синусоидный капилляр. Отростки этих клеток подразделяются на два типа: перисинусоидальные (субэндотелиальные) и интергепатоцеллюлярные. Первые располагаются вдоль капилляра, охватывая его ответвлениями. Второй тип отростков преодолевает пластинку гепатоцита, достигнув соседнего синусоидного капилляра, делится на несколько выростов. При поражениях печени активизируются звёздчатые клетки и процессы фиброза, в котором выделяют три фазы: инициация, пролонгация и резолуция. Непосредственными их активаторами являются гепатоциты, клетки Купффера, эндотелиоциты, лейкоциты, тромбоциты, продуцирующие цитокины. На данном этапе процесс активации ЗКИ может завершиться за счет стимуляции образования ими противовоспалительных цитокинов, которые ингибируют макрофаги в зоне повреждения, что приводит к сокращению количества клеток Ито и процессы фиброза в печени не развиваются. В фазе пролонгации звёздчатые клетки превращаются в миофибробластоподобные клетки и осуществляют синтез внеклеточного коллагена. Для активированного типа клеток Ито характерны пролиферация, хемотаксис, потеря запасов ретинола. У этого типа клеток количество капель жира уменьшается до 1-3, при этом они расположены на разных полюсах клетки. Форма клеток становятся вытянутой, аппарат белкового синтеза очень хорошо развит. В 2007 году ЗКИ были впервые названы стволовыми клетками печени. Миофибробласты, которые отсутствуют в нормальной печени, имеют три источника, первый – во время внутриутробного развития печени, второй – при поражении печени они образуются за счет портальных мезенхимных клеток и покоящихся ЗКИ. По данным литературы имеется связь пролиферации овальных клеток с пролиферацией синусоидных клеток, а также возможность дифференцировки ЗКИ в клетки печени, которая называется мезенхимно-эпителиальная трансформация перисинусоидальных клеток. В состоянии фиброгенной активации миофибробластоподобные ЗКИ наряду с уменьшением числа и исчезновением липидных капель, характеризуются очаговой пролиферацией и формированием перичеселлюлярных коллагеновых волокон в пространстве Диссе. Иницирующим фактором фиброгенной трансформации звёздчатых клеток является повреждение паренхиматозных клеток печени. Различные цитопатические воздействия приводят к уменьшению количества гепатоцитов и дисфункции микроокружения паренхиматозных клеток с последующей гибелью гепатоцитов и развитием фиброза и цирроза органа.

Вывод. Таким образом, звёздчатые клетки Ито представляют собой не статичную, а динамичную популяцию в меняющейся в зависимости от функциональной активности тканевого микрорайона печени. А накопление соединительной ткани в этих пространствах нарушает метаболизм между кровью и гепатоцитами, препятствуя клиренсу циркулирующих макромолекул, изменяя межклеточные взаимодействия и приводя к дисфункциям клеток печени.

Список литературы

- 1 Hepatic stellate cells and portal fibroblasts are the major cellular source of collagens in normal liver / M. Perepelyuk // *American journal of physiology*. -2013. - P.304

- 2 Hepatic stellate cells contribute to progenitor cells and liver regeneration / C. Korders, I. Sawitzka // The journal of clinical investigation. - 2014. - V.124, №12-P.5503-5515
- 3 The type of hepatic myofibroblasts contributing to liver fibrosis of different etiologies. / J.Xu, X. Liu, Y. Koyama // Front Pharmacol. – 2014. - P.-167
- 4 Клиническая морфология печени: Фиброз / Цыркунов В.М., Андреев В.П. // Журнал Государственного медицинского университета г. Гродно Беларусь. - 2016(4). - С.-90-99

Имамбердиева М.А., Шераков А.Н.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОКАЛОВИДНЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Желудочно-кишечный тракт находится под постоянным действием различных физических и химических факторов. В тонком кишечнике контакт микроорганизмов с эпителиоцитами в значительной степени зависит от слизи, секретируемого бокаловидными клетками эпителия слизистой оболочки. Бокаловидные клетки это клетки слизистой кишечника, расположенные на ворсинках. В их задачу входит накопление слизи для поддержания водно-солевого баланса, продвижении химуса, а также участвует в процессах пристеночного пищеварения и защите от механического повреждения и формировании микробиоты кишечника.

Цель исследования. Изучить морфофункциональную характеристику бокаловидных клеток слизистой оболочки кишечника.

Материал и методы исследования. В настоящей работе были использованы данные научной литературы и результаты исследования зарубежных авторов.

Результаты исследования и их обсуждение. Желудочно-кишечный тракт одним из первых начинает реагировать на экзогенные воздействия различного генеза. Эпителиальные клетки находятся в постоянном контакте с чужеродными антигенами, поступающими с пищей к так называемым биологическим барьерам, основной задачей которых является поддержание гомеостаза организма. Необходимая для этого целостность эпителия обеспечивается интенсивными процессами клеточной регенерации. Слизистая оболочка кишечника выстлана однослойным призматическим эпителием, который состоит из следующих клеток: абсорбирующих энтероцитов, бокаловидных клеток, клеток Паннета и нейро-эндокринных клеток, которые непрерывно обновляются.

Среди клеток эпителия кишечника выделяют особую группу клеток – бокаловидные клетки. Они относятся к одноклеточным железам, которые секретируют слизь. Их название соответствует форме клеток. Эти клетки имеют узкое основание и широкую верхушку, продолговатое ядро, расположенное в базальной части, в апикальной части много секреторных гранул и имеется несколько коротких микроворсинок, а в надъядерной области расположен аппарат Гольджи с базально локализованной гранулярной эндоплазматической сетью. Секрет этих клеток необходим в защите и смазывании стенки тонкого кишечника, а также в его иммунной защите, так как секретируют антитела класса IgA. Бокаловидные клетки, путем эндоцитоза, поглощают IgA, секретируемый В-лимфоцитами, лежащими в подлежащей соединительнотканной пластинке, и это обеспечивает основной источник защиты от микроорганизмов в просвете кишечника, количество которых увеличивается по направлению к дистальному отделу тонкой кишки. Так как кишечник постоянно подвергается воздействию неблагоприятных факторов, которые приводят к гипоксии, то в нем происходят деструктивные изменения, а также изменения адаптивного характера, в том числе и изменения клеточного соотношения, что необходимо для поддержания адекватного функционирования. Гипоксия вызывает изменения со стороны всех компонентов кишечной стенки. Происходит нарушение целостности эпителиальной выстилки ворсинок, увеличение количества бокаловидных клеток и замещение в них нейтральных муцинов на кислые сиаломуцины. Развивается отек в слизистой, мышечной оболочках и подслизистой основе, разрастается грубоволокнистая соединительная ткань, что нарушает морфофункциональное единство системы «крипта-ворсинка». В результате внутренних и внешних изменений снижается регенераторный потенциал и прочность кишечного барьера. Бокаловидные клетки образуют основную линию защиты слизистой оболочки кишечника, основанную главным образом на секреции муцина-2. Несмотря на то, что бокаловидные клетки выполняют секреторную роль, имеются данные о том, что клетки в разных отделах кишечника реагируют на различные воздействия и принимают активное участие в поддержании гомеостаза кишечника. При этом изменение состава нормальной микрофлоры может приводить к изменению гомеостаза и неблагоприятным последствиям для организма. Эти клетки специализируются на секреции слизи, которая служит доэпителиальным уровнем защиты в кишечном барьере, предотвращая непосредственный контакт антигенов, токсинов и бактерий с клетками эпителия. Эпителиальные клетки кишечника, в том числе бокаловидные клетки, непрерывно обновляются за счет стволовых клеток в основании крипты с периодичностью 3–7 дней. Стволовые клетки дают начало всем эпителиальным клеткам. Хотя данные о клеточной биологии бокаловидных клеток все еще ограничены, есть сведения о нескольких типах бокаловидных клеток, которые функционируют по-разному. В тонком кишечнике бокаловидные клетки, прилежащие к энтероцитам, секретируют бикарбонаты, обеспечивающие оптимальную среду для выработки муцина. Деструктивные изменения защитного барьера, то есть слизистого барьера, который включает в себя слой слизи и бикарбонатов, слой поверхностных эпителиальных клеток и секреторных эпителиоцитов желез, играет основную роль в этиологии и патогенезе язвенной болезни.

Тонкий кишечник играет огромную роль в процессе переваривания и всасывания употребляемой пищи, кроме того принимает участие в выведении микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности. Слой слизи, который секретируется бокаловидными клетками, способствует выведению содержимого кишечника и обеспечивает первую линию защиты от разрушающего влияния физических и химических факторов, вызванных потребляемой пищей, микро-

бами и их токсинами. Микробы и микробные токсины распознаются сенсорной системой эпителиальных клеток кишечника и иммунных клеток, активируя защитную систему кишечника.

Вывод. Таким образом, значение бокаловидных клеток в производстве слизи, в защите эпителия кишечника от бактерий и пищевых масс определяется их функциональной активностью. Под влиянием физических и химических факторов в бокаловидных клетках происходит ряд изменений, которые указывают на вовлечение данного ряда клеток в компенсаторно-приспособительные возможности организма.

Список литературы

- 1 Гистология / Шукурова Д.А.// учебник по гистологии.- 2019.- С.240
- 2 Микробное сообщество пристеночного муцина в различных отделах желудочно-кишечного тракта человека / Воробьев А.А., Литвицкий Е.М.// Вестник РАМН. - 2004(4).- С.23-8
- 3 Синтез муцинов бокаловидными glanduloцитами двенадцатиперстной кишки на различных этапах онтогенеза / Могильная Г.М., Пейливаньян Э.Г.// Астраханский медицинский журнал.-2013(1).- С.158-60
- 4 Time of appearance of goblet cells in human small intestine / Pfoze K., Rajshree H. // Journal of evolution of Medical and Dental Sciences.- 2018.- P.103

Имомназарова В.Ш., Шераков А.Х.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Нормальное функционирование зрительной системы ребенка — необходимое условие не только для обеспечения самого зрительного процесса, но и для развития всех органов и систем организма, т. к. глаз — это не только орган зрения, но и «потребитель» световой энергии. Свет стимулирует выработку в организме гормонов гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, половых желез и др. Быстрая адаптация организма новорожденного к внешним условиям, его правильное развитие и рост зависят от правильного функционирования зрительной системы. Именно поэтому зрительный анализатор у детей формируется достаточно быстро.

Цель исследования. Изучить особенности строения зрительной системы у детей.

Материал и методы исследования. В настоящей работе были использованы данные научной литературы и результаты исследования зарубежных авторов.

Результаты исследования и их обсуждение. Рост и развитие глаза у ребенка в основном завершаются к 2–3 годам, а в последующие 15–20 лет происходит меньше изменений, чем за первые годы. Особенно важным для дальнейшего нормального функционирования зрительной системы ребенка является правильная закладка и развитие органа зрения еще до рождения. Существуют критические периоды развития, когда закладка того или иного органа становится особенно чувствительной к различным повреждающим факторам. В результате наблюдений были сделаны выводы, что нарушения в развитии глаза могут вызываться: авитаминозом А (слепота), влиянием хлорида лития (циклопия, анофтальм) и роданида натрия (гидрофтальм), гипоксией (катаракта, недоразвитие), диагностической рентгенографией беременных (микрофтальм, катаракта, слепота), инфекционными болезнями, избыточным или длительным введением препаратов при сахарном диабете (аплазия зрительного нерва, слепота, катаракта). На момент рождения глаз ребенка имеет все оболочки, но существенно отличается по размерам, массе, гистологическому строению, физиологии и функциям от глаза взрослого.

Глаз новорожденного имеет значительно более короткую переднезаднюю ось (около 16–18 мм) и, соответственно, более высокую (80,0–90,9D) преломляющую силу. С возрастом переднезадний размер глазного яблока ребенка увеличивается и к 20–25 годам составляет примерно 24 мм. Величина и форма глазного яблока зависят от вида и величины того или иного вида рефракции (нарушения рефракции — миопия, гиперметропия, нормальная рефракция — эметропия). Размеры глазного яблока у детей играют важную роль при оценке вида и стадии глазной патологии (врожденная глаукома, близорукость и др.). Как правило, у новорожденных и детей младшего возраста глаз имеет гиперметропическую рефракцию — дальнозоркость. Степень дальнозоркости составляет в среднем 2,0–4,0D. По мере роста глаза его рефракция смещается в сторону нормальной. В течение первых трех лет жизни ребенка происходит интенсивный рост глаза, а также уплощение роговицы и особенно хрусталика.

Роговица относится к диоптрическому аппарату глаза. Ширина (или горизонтальный диаметр) роговицы у новорожденных в среднем 8–9 мм, к году — 10 мм, к 11 годам — 11,5 мм, что почти соответствует диаметру роговицы у взрослых. Рост роговицы, увеличение ее размеров происходит за счет растягивания и истончения ткани. Толщина центральной части роговицы уменьшается в среднем с 1,5 до 0,6 мм, а по периферии — с 2,0 до 1,0 мм. Радиус кривизны передней поверхности роговицы новорожденного равен в среднем 7,0 мм, с возрастом происходит некоторое ее уплощение и к 7 годам кривизна составляет в среднем 7,5 мм, как и у взрослых (кривизна роговицы может варьироваться от 6,2 до 8,2 мм, в зависимости от вида и величины рефракции глаза). Преломляющая сила роговицы изменяется в зависимости от возраста обратно пропорционально радиусу кривизны: у детей первого года жизни она составляет в среднем 46–48 D, а к 7 годам, как и у взрослых, — около 42–44 D. Сила преломления роговицы в вертикальном меридиане на 0,5 D больше, чем в горизонтальном, что является причиной "физиологического" астигматизма. После рождения у ребенка роговица малочувствительна, так как функциональное развитие черепных нервов еще не закончилось. Поэтому в этот период особенно опасно попадание в конъюнктивальный мешок инородных тел, которые не вызывают раздражения глаз, боли и беспокойства ребенка, что может привести к тяжелым повреждениям роговицы (кератиту) вплоть до ее разрушения. В дальнейшем чувствительность роговицы повышается и у годовалого ребенка она почти такая же, как и у взрослого.

Радужная оболочка является частью сосудистой оболочки глаза, образует вертикально стоящую диафрагму с

отверстием в центре — зрачком, который регулирует поступление света внутрь глаза в зависимости от внешних условий. Радужная оболочка может иметь различную окраску. Цвет ее зависит от количества пигмента меланина: чем больше пигмента, тем темнее радужная оболочка, при отсутствии или малом количестве пигмента эта оболочка имеет голубой или светло-серый цвет. У детей в радужной оболочке мало пигмента, поэтому у новорожденных и детей первого года жизни она голубовато-сероватая. Окончательно цвет радужки формируется к 10–12 годам. У детей грудного возраста зрачок узкий (2–2,5 мм) так как плохо развиты мышечные волокна, расширяющие зрачок. В возрасте трех лет зрачок приобретает размеры, характерные для взрослых (3–3,5 мм).

Хрусталик — часть аккомодационного аппарата, который изменяет свою кривизну и приспособливает глаз к ясному видению предметов, расположенных на различных расстояниях. Форма и величина хрусталика существенно меняется с возрастом. У новорожденных форма хрусталика приближается к шаровидной, его толщина составляет примерно 4 мм, диаметр — 6 мм, кривизна передней поверхности — 5,5 мм. В зрелом и пожилом возрастах толщина хрусталика достигает 4,6 мм, а диаметр — 10 мм. Соответственно меняется и преломляющая сила хрусталика: если у детей она составляет порядка 43,0 D, то у взрослых — 20,0 D.

Сетчатка это сложнейшая структура, которая воспринимает свет, обрабатывает и трансформирует световую энергию в нервный импульс, а он далее передается в зрительные центры коры головного мозга, где и происходит восприятие и переработка зрительной информации. Сетчатка является внутренней оболочкой глазного яблока, выстилающей глазное дно. **У новорожденного сетчатка состоит из 10 слоев:** пигментного эпителия, слоя палочек и колбочек, наружной пограничной мембраны, наружного ядерного слоя, наружного сетчатого слоя, внутреннего ядерного слоя, внутреннего сетчатого слоя, слоя ганглиозных клеток, слоя нервных волокон, внутренней пограничной мембраны. После первого полугодия и по мере роста глаза растягиваются и истончаются не только наружные, но и внутренние слои сетчатки. В связи с этим значительные изменения претерпевает сетчатка в макулярной и особенно фовеолярной (центральной) области: здесь остаются лишь 1-й, 2-й, 3-й и 10-й слои, что и обеспечивает в будущем высокую разрешающую зрительную способность этой зоны.

К моменту рождения ребенка передняя камера глаза уже сформирована, однако по форме и размерам она значительно отличается от камеры у взрослых. Это объясняется наличием короткой передне-задней оси глаза, своеобразием формы радужной оболочки и шаровидной формой передней поверхности хрусталика. У новорожденного глубина передней камеры в центре достигает 2 мм, а угол камеры острый и узкий, к году камера увеличивается до 2,5 мм, а к 3 годам она почти такая же, как у взрослых, т. е. около 3,5 мм; угол камеры становится более открытым. Во внутриутробном периоде развития угол передней камеры закрыт мезодермальной тканью, но на момент рождения эта ткань рассасывается. Задержка в обратном развитии мезодермы может привести к повышению внутриглазного давления еще до рождения ребенка и развитию гидрофтальма (водянка глаза).

Вывод. Таким образом, нормальное функционирование зрительной системы ребенка необходимое условие не только для обеспечения самого зрительного процесса, но и для развития всех органов и систем организма, так как глаз это не только орган зрения, но и потребитель световой энергии. Адаптация новорожденного к внешним условиям, его правильное развитие и рост зависят от правильного функционирования этой системы.

Список литературы

- 1 Неонатальная офтальмология / В.В. Бржеский, Д.О. Иванов // Руководство.-2021.- С. 288
- 2 Офтальмология детского возраста / В.В. Бржеский, Д.О. Иванов, О.А. Коникина // Руководство по педиатрии. – 2022.- том 11.- С.344
- 3 Детская офтальмология / Нельсон Л.Б. // Цветной атлас и краткое руководство по клинической офтальмологии, перевод с англ. под ред. Л.А. Катаргиной.-2021.- С.304
- 4 Избранные разделы детской клинической офтальмологии / Е.Е. Сомов // Детская офтальмология.-2016.- С. 308

Индираи Абдулсамад, Баратова Н.Г.

ВЛИЯНИЕ АСКОРБАТ ПЕРОКСИДАЗЫ НА ХЛОРОПЛАСТЫ БАТАТА (PROMOEABATATAS) ПРИ СТРЕССЕ

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Кислород является одним из основных метаболических соединений в клетке. При стрессе в результате одного электронного восстановления молекулы кислорода происходит генерация супероксидного радикала (O_2^-) и под действием супероксиддисмутазы (СОД) происходит образование большого количества перекиси водорода (H_2O_2). Наиболее эффективным механизмом детоксикации перекиси водорода (H_2O_2) в клетках растений связано с активностью других ферментов таких как: аскорбатпероксидазы и гваяколпероксидазы. В связи с этим, было интересно узнать действие засухи на функционирование данных антиоксидантных ферментов.

Основную протекторную функцию играют антоцианы. Антоциан богатый клон №13 оказался менее чувствительным к засухе, чем антоциан бедный клон №3. В условиях засухи активность фермента АПО клон №3 был значительно ниже. Совокупность полученных результатов говорит об участии антоцианов в реализации стресс-протекторной активации антиоксидантных ферментов. В ответ на различные внешние воздействия, возможны перегруппировки формы пероксидазы. Таких как свободные, лабильные и мембраносвязанные формы, в хлоропластах растения батата.

Цель работы. Оценить влияние полиэтиленгликоля (ПЭГ) на активность фермента аскорбатпероксидазы растений батата, отличающиеся по содержанию антоцианов в условиях *in vitro*.

Методы исследования. В качестве объектов исследования использовали растения-регенеранты батата, которые выращивались в условиях *in vitro*. Использовали клоны №3 и №13, различающиеся по содержанию антоцианов. Растения получены нами из Международного центра картофеля (CIP, Перу) и культивируются в условиях *in vitro* в Институте ботаники, физиологии и генетики растений НАН Таджикистана.

Растения – регенеранты переносили среду в условиях *invitro* и выращивали с добавлением полиэтиленгликоля (ПЭГ) (6000мм) в концентрации 10% в течение 24ч, а затем использовали для экспериментов.

Результаты исследования. Результаты исследования показали (табл.№1), что в контрольном варианте (без ПЭГ) активность пероксидазы (АПО) у обоих клонов батата имела разный уровень. Клон №13 (антоциан богатый) активностью гвожкопероксидазы (ГвПО) был выше, чем клон №3 (антоциан бедный) и превосходил на 33%. Общая активность фермента клон №3 составила 16,8мкмоль/г, а клон №13-22,4 мкмоль/г сырой массы. Добавление полиэтиленгликоля (ПЭГ)(6000мм) в концентрации 10% в среду выращивания (*invitro*) впервые часы экспозиции (6ч) наблюдалось небольшое увеличение активности фермента у обоих клонов, и составило у клон №3- 9%, а у клон №13-8%. Отрицательный эффект полиэтиленгликоля (ПЭГ) был наиболее заметным через 24ч обработки растений ПЭГ-ом.

Так, у клон №3 падение активности аскорбатпероксидазы (АПО) было значительно выше и составило 67% от контрольного варианта. У клон №13 было меньше и составило 74% от контрольного варианта.

Если у клон №3 (антоциан бедный) общая активность аскорбатпероксидазы (АПО) в контрольном варианте составила 16,8мкмоль/г на 24ч обработки ПЭГ-ом был меньше и составило 11,3 мкмоль/г сырой массы. (Табл.1)

Под влиянием полиэтиленгликоля (ПЭГ) также отмечали уменьшение активности аскорбатпероксидазы (АСП) у клон №13 (антоциан богатый) и через 24ч обработки наблюдали некоторое уменьшение и составляло 16,7мкмоль/г по сравнению с контрольным вариантом, где активность была значительно выше 22,4 мкмоль/г сырой массы.

Как показывают полученные результаты (табл.2) разные формы пероксидазы существенно претерпевают изменения в условиях засухи (вариант ПЭГ) у обоих изученных генотипов (клон №3 и клон №13). В контрольном варианте присутствуют все три формы пероксидазы (АПО) у обоих генотипов. При не длительной временной экспозиции у клон №3 с ПЭГ (6ч) обнаружено только две формы: свободная, и ионно-связанная. А, при экспозиции в течение 24ч обнаруживается только одна форма-свободная. Две другие формы не были обнаружены.

У клон №13 (антоциан богатый) обнаружены все три формы фермента. Так, при кратковременной экспозиции с ПЭГ (6ч) обнаружены все три формы как в контроле (3 формы). При экспозиции в течение 24ч ПЭГ-ом обнаруживается две формы: свободная и ковалентно-связанная, не обнаружено ионно-связанной формы АПО.

Общая активность АПО в контрольном варианте клон №13 выше чем клон №3. Добавление в среду выращивания (*invitro*) ПЭГ, у обоих клонов в первые 6ч экспозиции несколько стимулирует активность фермента. В то время как, при экспозиции 24ч этот агент резко подавляет активность антиоксидантного фермента-аскорбатпероксидазы. Необходимо отметить, что падение активности аскорбатпероксидазы коррелируется содержанием в субстрате аскорбиновой кислоты. Падение содержания аскорбиновой кислоты также связано с присутствием в среде выращивания ПЭГ. Выявлено, что у клон №13 (богатый антоцианом) его содержание коррелируется содержанием аскорбиновой кислоты. Так, клон бедный антоцианами содержание аскорбиновой кислоты составляет 1,636 ммоль/г сырой массы, а у клон №13 богатый антоцианом несколько больше и составляет 2,353 ммоль/г сырой массы. Возможно высокая активность фермента в условиях стресса - засухи (вариант ПЭГ) у клон №13 связана с наличием аскорбиновой кислоты в клетках растений. Из этого следует, что падение аскорбиновой кислоты в условиях засухи (вариант с ПЭГ) стимулирует падение активности фермента аскорбатпероксидазы, и является одним из механизмов адаптации растений к стрессу. Очевидно, определяется наличием пула субстрата с аскорбиновой кислотой. Поскольку падение пула аскорбата в обоих вариантах опыта существенно уменьшается при стрессе (вариант+ПЭГ).

Активность аскорбатпероксидазы батата в условиях засухи (+ ПЭГ) ммоль/г сырой массы.

Таблица 1.

Варианты	Клоны			
	№3	%	№13	%
Контроль	16,8	100	22,4	100
+ ПЭГ	18,4	109	24,2	108
	(6ч+экспозиция)		(6ч+экспозиция)	
	11,3	67	16,7	74
	24 экспозиция		24 экспозиция	

Локализации формы аскорбатпероксидазы хлоропластов в условиях засухи (+ ПЭГ)

Таблица 2.

Варианты	Формы фермента			Суммарная активность	Аскорбиновая кислота ммоль/г с.м.	%
	Свободная	Ионо-связанная	Ковалентно-связанная	Ммоль/г сырой массы		
№3						
Контроль	+	+	+	5,63	1,636	100
+ПЭГ (время экспозиции 6ч)	+	+	—	7,44	0,930	56,8
+ПЭГ (время экспозиции 24ч)	+	—	—	9,13	0,165	10,1
№13						
Контроль	+	+	+		2,353	100
+ПЭГ (время экспозиции 24ч)	+	+	+		1,610	68,4

экспозиции 6ч)						
+ПЭГ (время экспозиции 24ч)	+	–	+		0,975	41,4

Так показано, что падение содержания аскорбата у антоциан бедного клона батата (№3) уменьшается примерно в 10 раз при стрессе, а у антоциан богатого клона (№13) только в два раза. Видимо, содержание аскорбата в растении, также является важным эндогенным фактором усиливающим устойчивость растений.

Выводы.

Реализации стресс-ингибиторного эффекта ПЭГ, который является достаточно надёжным методом на засухоустойчивость. Активность аскорбатпероксидазы зависит от наличия антоцианов в клетках растения. Увеличение активности аскорбатпероксидазы в растениях клона №13 (антоциан богатый) может быть связана с повышением концентрации аскорбиновой кислоты в субстрате, которое приводит к активации фермента. При воздействии ПЭГ на растение клона №13 содержание аскорбата уменьшается в два раза, а у клона №3 в 10 раз, что отражается на активности фермента при стрессе (вариант ПЭГ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Mittler R. Oxidative stress. Antioxidants and stress Tolerance. Trends plant sci. 2002.v.7. p. 405-410.
2. Мерзляк, М.Н. Активированный кислород и жизнедеятельность растений. Соросовский образовательный журнал. 1999. - № 9. с. 20 - 26.
3. Лукаткин А.С. Голованова В.С. Интенсивность перекисного окисления липидов в охлажденных листьях теплолюбивых растений. – Физ.раст., 1988, т.35, вып.4, с.773-780.
4. Норкулов Н.Х.З.Б. Давлятназарова, М.Л. Азимов, З. Киёмова, Алиев К. Роль антиоксидантных ферментов в развитии устойчивости растений к стрессорному воздействию. Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. 2014. № 1–2 (130).с. 167–173.
5. Норкулов. Н.Х. Биохимические показатели разнотолерантных генотипов картофеля при воздействии стрессоров. автореф. дис. Душанбе, 2017. 40с.
6. Nakano Y., Asada K. Hydrogen peroxide is scavenged by ascorbate-specific peroxidase in spinach chloroplast, Plant cell physiol. 1981. V. 22. P. 867-880.

Иргашева Дж.З., Шукуров Ф.А., Халимова Ф.Т.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Клеточная терапия в последние годы стала одним из наиболее перспективных методов лечения различных заболеваний. Однако вопросы, связанные с психологическим состоянием пациентов до и после проведения данной процедуры, до сих пор остаются малоисследованными [1]. Понимание психологического состояния пациентов важно не только для оценки эффективности терапии, но и для определения дополнительных психотерапевтических и реабилитационных мер, которые могут потребоваться пациентам в процессе лечения. Кроме того, психологическое состояние пациента может оказывать влияние на процесс восстановления и качество жизни после лечения [2]. В связи с этим изучение психологического состояния пациентов до и после клеточной терапии является актуальной и важной задачей современной медицинской психологии.

Цель. Анализ и оценка психологического состояния и качества жизни у пациентов до и после клеточной терапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в рамках проекта Национального центра научных исследований Франции и Парижского университета имени Пьера и Марии Кюри. Эксперименты осуществлялись в лабораториях ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Таджикистан). Процедура включала трансплантацию аутологических стволовых клеток (CD133+). Все исследования соответствовали Декларации Хельсинки. Обследовано 62 пациентов (53 мужчины, 9 женщин), средний возраст 62 ± 3 года, длительность заболевания 4.8 ± 0.6 лет до и после клеточной терапии. Диагностику психологического состояния выполняли на компьютерном комплексе "НС-Психотест" (ООО "Нейрософт", г. Иваново). Текущие психические состояния изучали с помощью методики "Самооценка тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности (по Айзенку)" (ТФАР). Оценку физических и психологических показателей качества жизни проводили по методике ShortFormhealthsurvey 36, (SF-36). Анализировали физический компонент здоровья (PhysicalFunctioning (PF) - физическое функционирование; Role-Physical (RP) - ролевое функционирование; BodilyPain (BP) - болевая шкала; GeneralHealth (GH) - общее состояние здоровья) и психологический компонент здоровья (Vitality (VT) - жизнеспособность; SocialFunctioning (SF) - социальное функционирование; Role-Emotional (RE) - эмоциональное состояние; MentalHealth (MH) - психическое здоровье). Статистический анализ результатов выполняли при помощи программы Statistica13.0 с учётом половых различий. Определяли медиану (Me) и 25-й, 75-й перцентили (Q25, Q75). Распределение значений отличалось от нормального, в связи с этим для оценки различий количественных показателей между выборками мужского и женского пола использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (U), качественных показателей - критерий χ^2 , в том числе χ^2 Макнемара для сравнения значений в динамике. Динамику показателей оценивали с помощью критерия Вилкоксона (W). Значимыми считали различия при $p < 0.05$.

Результаты и обсуждение. Динамика психологических показателей и качества жизни больных до и после лечения с учётом половой принадлежности представлены в таблице 1.

Из таблицы видно, что у мужчин после проведения клеточной терапии наблюдается значительное снижение

уровня тревожности ($p=0,000$). Это может указывать на то, что терапия оказала положительное воздействие на психоэмоциональное состояние пациентов, возможно, за счет улучшения их физического состояния или благодаря психотерапевтическому эффекту самого процесса лечения. Аналогичная динамика наблюдается и в отношении уровня фрустрированности ($p=0,002$). Снижение этого показателя может свидетельствовать о том, что пациенты стали лучше справляться со стрессовыми ситуациями, возможно, благодаря улучшению их общего состояния здоровья. Уровень ригидности также снизился после терапии ($p=0,000$). Это может говорить о том, что пациенты стали более гибкими в своем поведении и мышлении, что, в свою очередь, может способствовать лучшей адаптации к изменяющимся жизненным обстоятельствам.

Таблица 1

Психологические показатели и качество жизни пациентов до и после клеточной терапии, Ме[Q25,Q75]

Показатели	Мужчины $n=53$		Женщины $n=9$		U-критерий-Манна-Уитни $p1p2$	W-критерий-Вилкоксона $рмрж$
	до	после	до	после		
Тревожность, у.е.	7.00[5.50; 8.50]	5.00 [3.00; 8.50]	6.00[5.00; 6.00]	6.00[2.00; 9.00]	$p1=0,072$ $p2=0,770$	$рм=0,000$ $рж=0,679$
Фрустрированность, у.е.	4.00[2.00; 5.00]	1.50 [0.50; 5.50]	2.00[2.00; 8.00]	5.00[3.00; 8.00]	$p1=0,000$ $p2=0,000$	$рм=0,002$ $рж=0,011$
Агрессивность, у.е.	8.00[6.00; 8.50]	8.50 [3.50; 10.00]	5.00[4.00; 14.00]	3.00[3.00; 4.00]	$p1=0,771$ $p2=0,072$	$рм=0,863$ $рж=0,000$
Ригидность, у.е.	7.00[5.00; 9.50]	5.00 [1.50; 7.50]	6.00[4.00; 7.00]	7.00[5.00; 8.00]	$p1=0,135$ $p2=0,035$	$рм=0,000$ $рж=0,079$
Общая сумма, у.е.	27.00 [25.00; 32.50]	22.50 [13.50; 30.50]	25.00[20.00; 32.00]	23.00 [17.00; 30.00]	$p1=0,232$ $p2=0,658$	$рм=0,001$ $рж=0,851$
Качество жизни (SF-36)						
PF, у.е.	50.00 [30.17; 66.00]	65.00 [57.50; 70.00]	40.00 [35.00; 60.00]	60.00 [50.00; 45.00]	$p1=0,482$ $p2=0,000$	$рм=0,004$ $рж=0,813$
RP, у.е.	45.00 [33.00; 60.00]	57.50 [30.00; 60.00]	20.00 [20.00; 53.00]	60.00 [25.00; 70.00]	$p1=0,272$ $p2=0,887$	$рм=0,177$ $рж=1,000$
BP, у.е.	30.00 [21.00; 60.00]	51.00 [37.00; 70.00]	32.00 [21.00; 48.00]	21.00 [21.00; 21.00]	$p1=0,434$ $p2=0,000$	$рм=0,015$ $рж=0,002$
GH, у.е.	32.00 [20.00; 42.00]	34.50 [31.00; 58.50]	47.00 [47.00; 47.00]	32.00 [20.00; 52.00]	$p1=0,000$ $p2=0,134$	$рм=0,001$ $рж=0,009$
VT, у.е.	30.00 [20.00; 50.00]	50.00 [25.00; 55.00]	25.00 [31.00; 40.00]	15.00 [15.00; 40.00]	$p1=0,098$ $p2=0,006$	$рм=0,040$ $рж=0,029$
SF, у.е.	32.50 [32.00; 50.0]	51.25 [38.34; 70.00]	45.00 [32.00; 45.00]	32.50 [20.00; 45.00]	$p1=0,819$ $p2=0,051$	$рм=0,094$ $рж=0,178$
RE, у.е.	23.33 [13.33; 34.67]	46.67 [40.00; 55.34]	46.00 [33.33; 68.00]	46.67 [33.33; 66.67]	$p1=0,327$ $p2=0,457$	$рм=0,001$ $рж=0,605$
MH, у.е.	42.00 [30.00; 50.00]	46.00 [34.00; 52.00]	38.00 [26.00; 42.00]	32.00 [24.00; 42.00]	$p1=0,389$ $p2=0,006$	$рм=0,000$ $рж=0,214$

Примечание. Уровень статистической значимости различий показателей: $p1$ - мужчины и женщины до терапии; $p2$ - мужчины и женщины после терапии; $рм$ - мужчины до и после терапии, $рж$ - женщины до и после терапии

В то время как большинство психологических показателей улучшилось после терапии, уровень агрессивности остался практически без изменений ($p=0,863$). Это может свидетельствовать о том, что агрессивность является более устойчивым психологическим показателем, который сложнее корректировать с помощью медицинских методов. Также это может указывать на необходимость дополнительных психотерапевтических методов коррекции

для снижения уровня агрессивности у пациентов. В целом, данные свидетельствуют о положительном воздействии клеточной терапии на психологическое состояние мужчин. Это может быть связано с индивидуальными особенностями психологической адаптации мужчин к изменениям в своем состоянии здоровья. Общая сумма психологических показателей улучшилась ($r_m=0,001$). Мужчины могли получать больше социальной поддержки от своих близких и друзей во время и после терапии, что способствовало улучшению их психологического состояния. При анализе данных по женской группе пациентов было выявлено, что после проведения клеточной терапии уровень тревожности остался примерно на прежнем уровне ($r_{ж}=0,679$). Это может говорить о том, что, несмотря на проведенное лечение, женщины продолжают испытывать определенные психоэмоциональные трудности или стрессовые факторы, которые могут влиять на их уровень тревожности. Наблюдается увеличение уровня фрустрированности после терапии ($r_{ж}=0,011$). Это может указывать на возникновение новых проблем или трудностей в их жизни, которые могли возникнуть после лечения или быть связаны с самим процессом терапии. Уровень агрессивности у женщин снизился после терапии ($r_{ж}=0,000$). Это положительный показатель, который может свидетельствовать о том, что женщины стали лучше справляться со своими эмоциями и реакциями на окружающую среду. Исследованиями качества жизни (SF-36) показали, что по большинству показателей: PF, RP, BP, GH, VT, RE, MH ($r_m=0,004$, $r_m=0,177$, $r_m=0,015$, $r_m=0,001$, $r_m=0,040$, $r_m=0,001$, $r_m=0,000$) у мужчин наблюдается улучшение после терапии, в то время как у женщин картина менее однозначная: некоторые показатели улучшились: BP, GH, VT, MH ($r_{ж}=0,002$, $r_{ж}=0,009$, $r_m=0,040$) а некоторые остались без изменений (RP, SF, RE). В целом, данные показывают, что клеточная терапия может оказывать разное воздействие на психологическое состояние и качество жизни мужчин и женщин. Это подчеркивает необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту и дополнительных исследований для определения оптимальных методов лечения для разных групп пациентов.

Выводы. В целом клеточная терапия демонстрирует более положительные результаты в отношении психологического состояния и качества жизни мужчин. Однако у женщин результаты менее однозначные. В представленной выборке мужчин было значительно больше ($n=53$) по сравнению с женщинами ($n=9$). Это может влиять на статистическую значимость и интерпретацию результатов, что может потребовать дополнительных исследований для выявления причин такой динамики и определения оптимальных подходов к терапии для женской популяции.

Литературные источники.

1. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / В.Н. Амирджанова, Д. В.Горячев, Н.И. Коршунов, А.П.Ребров, В.Н.Сороцкая // Научно-Практическая Ревматология. – 2018. – №1. – С.36-48
2. Расулов М.Ф. Оценка качества жизни оперированных больных / М.Ф.Расулов // Тихоокеанский мед.журнал.- 2021.-№1 (15).- С. 7-9.

Иргашева Дж.З., Шукуров Ф.А., Халимова Ф.Т.

ДИНАМИКА ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПРИ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжает оставаться одной из основных причин смертности и инвалидности населения во многих странах. Традиционные методы лечения ИБС, хотя и демонстрируют определенную эффективность, не всегда способны обеспечить стабильное и долгосрочное улучшение состояния пациентов. В связи с этим активно исследуются новые подходы к терапии, в частности, применение клеточных технологий [1,2]. Клеточная терапия, основанная на использовании стволовых клеток, открывает новые перспективы в восстановлении поврежденных участков миокарда и улучшении функции сердца. Однако вмешательство в иммунную систему пациента, связанное с введением стволовых клеток, может вызвать ряд изменений в иммунном статусе. Понимание этих изменений, их динамики и последствий для организма пациента является крайне важным для безопасности и эффективности клеточной терапии [3,4]. Таким образом, изучение динамики иммунного статуса у пациентов с ИБС в контексте клеточной терапии представляет собой актуальную и важную задачу современной медицинской науки.

Цель исследования. Оценка эффективности клеточной терапии на иммунный статус у пациентов с ИБС.

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках проекта Национального центра научных исследований Франции и Парижского университета имени Пьера и Марии Кюри. Эксперименты осуществлялись в лабораториях ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Таджикистан). Процедура включала трансплантацию аутологичных стволовых клеток (CD133+). Иммунный статус определялся методом проточной цитофлуориметрии на анализаторе Collibur (Германия). Все исследования соответствовали Декларации Хельсинки. Обследовано 45 пациентов с ИБС, средний возраст 62 ± 3 года, длительность заболевания $4.8 \pm 0,6$ лет. Критерии включения: подтвержденный диагноз ИБС (по ЭКГ, эхокардиографии, коронарографии), стабильное состояние в течение 5 месяцев, отсутствие других тяжелых заболеваний, осведомленное согласие на участие. Исключены пациенты с острой сердечной недостаточностью, нестабильной стенокардией, тяжелой аритмией и другими противопоказаниями. Иммунный статус изучался с помощью проточного цитофлуориметра BD FACSCanto II, используя комплект MKAT BD Multitest 6-Color TBNK Reagent. Этот комплект позволял определить содержание различных лимфоцитов в крови. Оценка иммунного статуса проводилась при первичной госпитализации и через 3 месяца после введения стволовых клеток. Статистическую обработку информации проводили с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 17.0.

Результаты и обсуждение. Результаты показателей иммунного статуса у больных с ишемической болезнью сердца до и через три месяца после клеточной терапии отражены в таблице 3.

Из таблицы видно, что через три месяца после клеточной терапии у больных с ИБС происходит улучшение иммунного статуса, о чём свидетельствует достоверное увеличение: Т-лимфоцитов (CD3+) (от 60.8 до 80 %); Т-хелперов (CD3+CD4+) от 45.7 до 60%; цитотоксических Т-лимфоцитов (CD3+CD8+) от 35.8 до 45 % и ЕКТ (CD3+CD56+) от 13

до 20 %, Однако, не все показатели иммунного статуса демонстрируют статистически значимые изменения. Уровни естественных киллеров, В-лимфоцитов и В1-лимфоцитов практически не меняются, но имеют тенденцию к повышению. Изменения показателей через три месяца после введения CD 133+ у больных ИБС свидетельствуют об улучшении активности иммунного статуса после клеточной терапии. Стволовые клетки CD133+ могут способствовать активации Т-хелперов, усиливая их функции в иммунном ответе, особенно в восстановлении поврежденных тканей сердца; повышает способность Т-лимфоциты (CD3+CD8+) уничтожать поврежденные клетки сердца и инфекционные агенты; усиливает способность ЕКТ (CD3+CD56+) уничтожать инфекционные агенты и поддерживать иммунный ответ; активизирует естественные киллеры (CD16+CD56+, повышая их способность уничтожать инфекционные агенты; повышает способность В-лимфоцитов (CD19+) синтезировать антитела и участвовать в иммунном ответе на инфекцию и повреждение сердечной ткани; способствуют активации В1-лимфоцитов (CD19+CD5+), которые имеют возможность быстро регенерировать и развиваться в поврежденной сердечной ткани. Из вышесказанного следует, что стволовые клетки CD133+ могут восстанавливать поврежденную ткань сердца не только через механизмы прямого регенерирования, но и через активацию и модуляцию различных подпопуляций Т- и В-лимфоцитов, что способствует регуляции иммунного ответа и ускорению процессов ремоделирования сердца при ишемической болезни. В целом, эти данные подтверждают, что клеточная терапия способствует улучшению иммунного статуса у пациентов с ИБС. Увеличение ключевых показателей иммунной системы может способствовать более быстрому восстановлению и лучшему исходу лечения.

Таблица 3

Показатели иммунного статуса у больных с ИБС до и через три месяца после клеточной терапии

Лабораторные показатели	До клеточной терапии (%) (n=45)	Через три месяца после клеточной терапии (%) (n=45)	<i>U</i> -критерий Манна-Уитни <i>p1p2</i>	<i>W</i> -критерий-Вилкоксона <i>mrж</i>
Т-лимфоциты (CD3+), %	60.00 [56.00; 62.00]	80.00 [74.00; 86.00]	p=0,000	p=0,000
Т-хелперы (CD3+CD4+), %	48.00 [44.00; 50.00]	62.00 [58.00; 66.00]	p=0,072	p=0,002
Цитотоксические Т-лимфоциты (CD3+CD8+), %	38.00 [36.00; 42.00]	46.00 [44.00; 48.00]	p=0,072	p=0,009
ЕКТ (CD3+CD56+), %	15.00 [13.00; 17.00]	22.00 [20.00; 24.00]	p=0,035	p=0,000
Естественные киллеры (CD16+CD56+), %	16.00 [15.00; 17.00]	20.00 [18.00; 22.00]	p=0,658	p=1,000
В-лимфоциты (CD19+), %	24.00 [22.00; 26.00]	28.00 [26.00; 30.00]	p=0,457	p=0,178
В1-лимфоциты (CD19+CD5+), %	6.00 [5.00; 7.00]	8.00 [7.00; 9.00]	p=0,389	p=0,605

Примечание. Уровень статистической значимости различий показателей: p—до и после 3 месяца терапии

Выводы. Наше исследование подтверждает гипотезу о том, что стволовые клетки CD133+ активируют иммунную систему, способствуя усилению иммунного ответа и восстановлению поврежденных тканей сердца. Особое внимание следует уделить тому, что стволовые клетки CD133+ модулируют активность различных подпопуляций Т- и В-лимфоцитов. Это может играть ключевую роль в процессе ремоделирования сердечной ткани и регулирования иммунного ответа при ИБС. Сравнительный анализ данных до и после терапии показал, что основные показатели иммунного статуса, такие как Т-лимфоциты, Т-хелперы, цитотоксические Т-лимфоциты и ЕКТ, значительно увеличиваются. Это свидетельствует о положительной динамике и эффективности применения клеточной терапии в лечении ИБС. В то же время другие показатели, такие как естественные киллеры, В-лимфоциты и В1-лимфоциты, остаются практически неизменными, но показывают тенденцию к небольшому росту. Таким образом, результаты исследования подтверждают перспективность и эффективность применения клеточной терапии в комплексном лечении ишемической болезни сердца.

Литературные источники.

1. A. Abdel-Latif. Adult Bone Marrow-Derived Cells for Heart Repair: A System Review and Meta-Analysis / A. Abdel-Latif, R. Bolly, I. M. Tleijehet, et al., // Archives of Internal Medicine. -2021.- V. 167. - P. 989–997
2. Chen L. The multifunctional role of menstrual blood stem cells in regenerative medicine / Chen L, Qu J, Xiang C. // Stem cells Res Ther.- 2019;10:1. doi: 10.1186/s13287-018-1105-9. [PMC Free Article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Ding H-R, Wang J-L, Tang Z-T, Wang Y, Zhou G, Liu Y, et al. Mesenchymal stem cells improve glycometabolism and liver regeneration in the treatment of liver failure after hepatectomy / Ding H-R, Wang J-L, Tang Z-T, Wang Y, Zhou G, Liu Y, et al. // Front Physiol. 2019;10:412. doi: 10.3389/fphys.2019.00412. [PMC Free Article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Fitzpatrick E, Mitri RR, Dhawan A. Human hepatocyte transplantation: state of the art. /Fitzpatrick E, Mitri RR, Dhawan A. // Intern Med. 2019; 266:339–357. doi: 10.1111/j.1365-2796.2009.02152.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Исаева В.А., Католикова А.С., Погодина Е.И.

СОСТАВ И УСТОЙЧИВОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ КРИПТАНДА[2.2.2] С ИОНАМИ Ni²⁺ И Cu²⁺ В ВОДНОМ РАСТВОРЕ

Ивановский государственный химико-технологический университет, Россия

Актуальность.

Криптандалы – объемные макроциклические мультидентантные лиганды с узловыми атомами азота или углерода и донорными атомами кислорода, серы или азота в составе циклов. Криптандалные комплексы демонстрируют наибольшую устойчивость при геометрическом соответствии размера трехмерной полости макроцикла и катиона металла. Способность макроциклических соединений селективно связывать, переносить, разделять катионы определяет практическое применение криптандалов. Криптандалы используются в качестве экстрагентов для металлов, высокоселективных сорбентов, как контрастные агенты для магнитно-резонансной томографии в качестве катализаторов межфазных процессов, применяются в электрохимии, в хроматографии, для синтеза супрамолекулярных полимеров [1, 2]. Активное применение на практике криптандалов и их комплексных соединений стимулирует исследования, связанные с определением термодинамических и кинетических параметров процессов образования криптандалов металлов как в водных растворах, так и неводных средах.

Цель исследования.

Константы устойчивости в водном растворе комплексов криптандала[2.2.2] состава 1:1 определены с ионами Ni²⁺, Co²⁺, Zn²⁺, Cu²⁺, Cd²⁺, Hg²⁺, Pb²⁺ [3, 4].

В данной работе поставлена задача рассмотреть возможность формирования в растворе протонированных и биядерных комплексов никеля(II) и меди(II) с криптандалом[2.2.2] и установить их константы устойчивости.

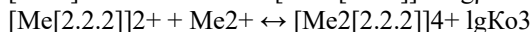
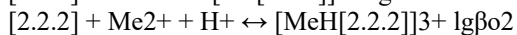
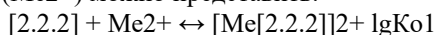
Методы исследования.

Константы устойчивости криптандалов никеля(II) и меди(II) определены методом потенциометрического титрования при температуре 298K и ионной силе растворов I→0 с использованием пары стеклянный-хлорсеребряный электроды. Расчет констант образования криптандалов никеля(II) по данным потенциометрических титрований проводили при значениях констант протонирования криптандала[2.2.2], равных lgK_{o4} = 9.87, lgK_{o5} = 7.23 [5]. Константы образования криптандалов никеля(II) рассчитывали также по данным спектрофотометрического титрования, проведенного с использованием двухлучевого спектрофотометра Shimadzu UV1800 в диапазоне длин волн 350–1100 нм.

Результаты исследования и их обсуждение.

В трехмерной объемной молекуле криптандала[2.2.2] узловые атомы азота соединены тремя оксиэтиленовыми цепочками, каждая из которых содержит два эфирных атома кислорода: N(CH₂CH₂OCH₂CH₂OCH₂CH₂)₃N.

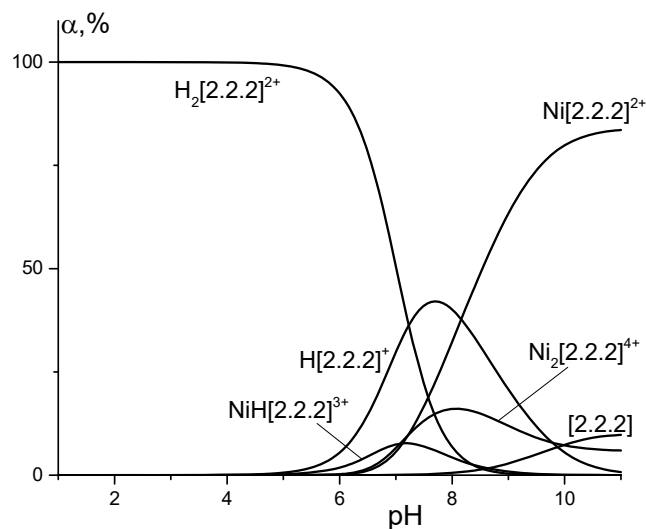
Изучаемую схему координационных равновесий с участием криптандала[2.2.2] с ионами металлов Ni²⁺ и Cu²⁺ (Me²⁺) можно представить:



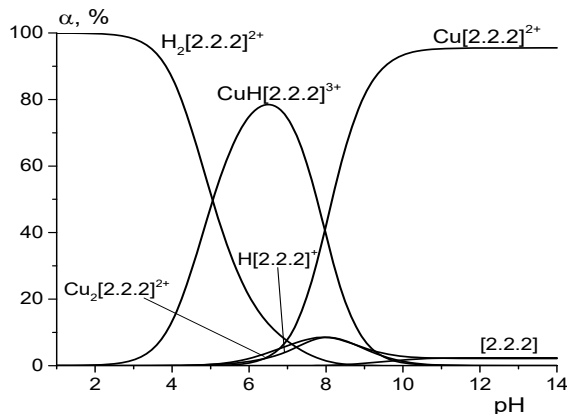
Имеющиеся в литературе значения констант устойчивости моноядерного комплекса Ni²⁺ с криптандалом[2.2.2] значительно отличаются друг от друга (lgK ≤ 3.5 (I = 0.1(Et₄NClO₄)) [3], lgK = 4.4 (I = 0.05((CH₃)₄NClO₄)) [4]). Значения констант устойчивости [Ni[2.2.2]]²⁺ в водном растворе, полученные нами потенциометрическим (lgK_{o1} = 4.58) и спектрофотометрическим (lgK_{o1} = 4.25) методами согласуются между собой и с более надежными литературными данными [4]. Константа образования моноядерного комплекса меди(II) с криптандалом[2.2.2] в водном растворе (lgK_{o1} = 6.68), которую определили в данной работе потенциометрическим методом, хорошо согласуется с литературным данным (lgK = 7.1 (I = 0.05(Et₄NClO₄)) [4] и lgK = 6.81 (I = 0.1(Et₄NClO₄)) [3]).

Полученные значения констант образования в водном растворе протонированных и биядерных комплексов криптандала[2.2.2] с никелем(II) (lgβ_{o2} = 11.7, lgK_{o3} = 2.5 (потенциометрический метод), lgK_{o3} = 2.71 (спектрофотометрический метод)) и медью(II) (lgβ_{o2} = 14.65, lgK_{o3} = 3.42) сравнить не с чем в виду отсутствия в доступной литературе даже оценочных значений этих величин.

Используя полученные для водного раствора константы образования криптандалов меди(II) и никеля(II), а также константы протонирования криптандала[2.2.2] [5] построили диаграммы долевого распределения частиц в зависимости от pH раствора при соотношении металл : лиганд равном 1:1 (рис. 1(а, б)). Диаграммы показывают, что максимальный выход протонированных криптандалов металлов находится в диапазоне pH ≈ 6 ÷ 8. При сдвиге в щелочную область преобладают в растворе непротонированные формы криптандалных комплексов.



(a)



(б)

Рисунок 1. Диаграммы долевого распределения частиц в водном растворе в зависимости от pH при мольном соотношении $\text{Me}^{2+} : \text{криптан}[2.2.2]$ равном 1:1 (Ni^{2+} (а), Cu^{2+} (б)).

Выводы.

Таким образом в работе рассмотрены координационные равновесия в водных растворах переходных металлов меди(II) и никеля(II) с криптаном[2.2.2] в условиях образования моноядерного, протонированного и биядерного криптантных комплексов. Потенциометрическим и спектрофотометрическим методами уточнено численное значение константы устойчивости в водном растворе моноядерного комплекса никеля(II) с криптаном[2.2.2], а также определены константы устойчивости протонированных и биядерных криптантов никеля(II) и меди(II).

Исследование проведено с использованием ресурсов Центра коллективного пользования научным оборудованием ИГХТУ (при поддержке Минобрнауки России, соглашение № 075-15-2021-671).

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-23-00526, <https://rscf.ru/project/23-23-00526>.

Список литературы.

1. Bailey, M. D. Rational Design of High-Relaxivity EuIII-Based Contrast Agents for Magnetic Resonance Imaging of Low-Oxygen Environments / G-X Jin., F. Carniato, M. Botta, M.J. Allen// Chem. A Europ. J. - 2021. - **V. 27, № 9**. - P. 3114 - 3118. <https://doi.org/10.1002/chem.202004450>
2. Li, A. Practical Applications of Supramolecular Extraction with Macrocycles / H. Zhai, J. Li, Q. He // Chem. Lett. - 2020. - **V. 49**. - P. 1125 - 1135. doi:10.1246/cl.200409
3. Amaud-Neu, F. Stabilité en solution aqueuse de complexes de métaux lourds avec des ligands diaza-polyoxamacrocycliques / B. Spiess, M.J. Schwing-Weill // Helv. Chim. Acta. - 1977. - Vol. 60, № 8. - P. 2633 - 2643. <https://doi.org/10.1002/hlca.19770600815>
4. Buschman, H-J. Complex formation between heavy metal cations and diazacrown ethers and cryptands in aqueous solution / E. Cleve, E. Schollmeyer // J. Coord. Chem. - 1997. - Vol. 42. - P. 127 - 130. <https://doi.org/10.1080/00958979708045285>
5. Исаева, В. А. Влияние растворителя вода-этанол на константы протонирования криптанда[2.2.2] / В.А. Шарнин В. А. // Журн. физич. химии. - 2018. - Т. 92, № 4. - С. 600 - 603. doi: 10.7868/S0044453718040131

Исламов Ш.Э., Мардиева З.А.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

Кафедра патологической анатомии Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В современном мире отмечен постоянный рост числа пожаров в жилых и производственных помещениях, на транспорте, что приводит к травмированию и нередко к летальным исходам [4].

К настоящему времени достаточно подробно изучены причины, патогенез, патоморфоз, клинико-морфологические особенности, эпидемиология термической травмы, сочетанное воздействие термического фактора и угарного газа, повреждения от механического воздействия падающих частей горящего сооружения и различных предметов [3].

Повреждения, возникшие от термической травмы и допускаемые при этом дефекты диагностики и лечения часто приводят к смерти, либо к инвалидности [1].

В связи с большим значением проблемы гибели людей от термической травмы, существует потребность разработки морфологических критериев оценки повреждений, методики определения соответствия обстоятельств и условий травмы результатам судебно-медицинской экспертизы трупа [2,5].

Цель исследования – выявление судебно-медицинских критериев ожоговой травмы.

Материалы и методы исследования. Наши исследования выполнены на практическом судебно-медицинском материале. Все они являются результатами судебно – медицинских экспертиз, проведенных в Самаркандском областном филиале Республиканского научно-практического центра судебно – медицинской экспертизы. В ходе исследования проведен анализ актов судебно-медицинского исследования живых лиц и заключений экспертов, а также освидетельствование живых лиц. Исползованный материал в основном является собственным наблюдением, и проведены совместно с другими экспертами. Макроскопическое исследование выполняли, используя традиционные методики. Также проводилось исследование больных, находившихся на стационарном лечении в отделении комбустиологии Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра экстренной медицины, с изучением историй болезни.

Из общего числа освидетельствованных при термической травме лиц – 60 случая, из числа которых 21 исследованы в судебно-амбулаторном отделе (I группа), остальные в отделении комбустиологии (II группа). Среди них было 19 женщин и 41 мужчин в возрасте от 6 до 69 лет.

Во всех исследуемых случаях, констатированы термическая травма с несмертельным исходом. При данном виде травмы отмечалось преобладание повреждений головы, шеи, грудной клетки, верхних и нижних конечностей. Все лица были освидетельствованы в судебно-амбулаторном отделе в сроки более 1 суток и больше после травмирования, отдельные после прохождения стационарного лечения. В отделении комбустиологии освидетельствование проводилось в разные сроки нахождения на стационарном лечении.

По анамнестическим данным все освидетельствованные до травматизма считались здоровыми и трудоспособными людьми. Заболевания, которые были обнаружены у живых лиц отмечались у пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении комбустиологии Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра экстренной медицины.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди всех наблюдений термической травмы отмечено 32 случая от пламени (53,3%) и 13 случаев травмы от воспламенения горючей жидкости (25,0 %). Также были выявлены электроожоги 6 (10,0%) и контактные 4 (6,7%). В 6 наблюдениях травма от воспламенения горючей жидкости наступила на производстве, в 4 наблюдениях (13,95 %) — дорожно-транспортные происшествия, при которых отмечалось воздействие горючих жидкостей (бензин) и в 5 случаях в быту. Травмированные от термической травмы первой группы в 12 наблюдениях (63,8 %) проживали в сельской местности, а в 9 случаях (36,2 %) в городской местности.

В 41 наблюдениях (66,5 %) на теле выявлена особая кольцевидная форма ожогов с лепестками, ориентированными параллельно или перпендикулярно длиннику тела. Ожоги часто занимали площадь от 25 до 80 % поверхности тела.

В небольшой части (3) стационарных наблюдений отмечено сочетание термической травмы с механическими повреждениями, которые не могли быть причинены самими погибшими. При таких обстоятельствах проводилась отдельная оценка степени тяжести телесных повреждений.

При исследовании выявлено, что количество больных с общей площадью ожога распределилось следующим образом: 20-29% - 10 (16,7%), 30-39% – 8 (13,3%), 40-49% – 11 (18,3%), 50-59% – 13 (21,7%), 60-69% – 9 (15,0%). При этом площадь глубоких ожогов выглядела в следующем порядке: 10-19% - 12 (20,0%), 20-29% – 10 (16,7%), 30-39% – 16 (26,7%), 40-49% – 9 (15,0%), 50-59% – 8 (13,3%).

При выявлении особенностей отмечено, что у лиц I группы общая площадь ожога в 5 случаях (23,8%) составила до 10%, в 6 случаях 31-40% (28,6%). Также необходимо отметить, что в 5 случаях (23,8%) в заключении площадь ожога не указана.

Освидетельствуемые I группы по степени ожога распределились следующим образом: I-я степень ожога наблюдалась у 2-х лиц (9,5%), I-II и III-я, III АВ степень по 4 (19,0%). II-III и II-III степень по 3 (14,3%).

При анализе нахождения пациентов I группы в стационаре выявлено следующее: до 10 дней 9 лиц (42,9%), 11-20 дней – 5 (23,8%), 21-30 дней – 1 (4,8%), свыше 30 дней 2 (9,5%), не обращались за медицинской помощью 4 (19,0%).

При анализе структуры локализации ожогов выявлены следующие особенности. Так у освидетельствуемых лиц I группы они распределены в следующем порядке : голова, шея (19,0%), туловище, конечности (19,0%), верхние конечности (19,0%), нижние конечности (14,3%). А у больных II группы, находившихся в стационаре распределены следующим образом - туловище, конечности (30,8%), голова, конечности (28,2%), туловище (15,4%), нижние конечности (12,8%).

При непосредственном анализе локализации повреждений отдельно по областям у лиц I группы они распределены в следующем порядке : голова (15,6%), шея (10,0%), верхние конечности – плечо (11,1%), локоть (14,4%), кисть - (10,0%), туловище – грудная клетка (10,0%), область живота (5,6%), нижние конечности - бедро (10,0%), голень (8,9%), стопа (2,2%), ягодичная область (2,2%).

При освидетельствовании лиц I группы отрицали наличие или развитие сопутствующей патологии и их осложнений. В частности, при освидетельствовании лиц II группы выявлены следующие патологии - общий атеросклероз, коронарокардиосклероз (15,4%), гипертоническая болезнь (25,6%), ИБС (12,8%), сахарный диабет (17,9%), хронический бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз (12,8%), туберкулез легких (2,6%), заболевания ЖКТ (язвенная болезнь ДПК и желудка, хронический гастрит) (12,8%).

В более позднем посттравматическом периоде среди непосредственных осложнений чаще всего встречаются пневмония, сепсис, почечно-печеночная недостаточность, ДВС-синдром, кровопотеря в результате кровотечения из острых язв желудка, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких и головного мозга и т. д.

При определении степени тяжести телесных повреждений у освидетельствуемых лиц в I-й группе отмечено следующее - легкие телесные повреждения без расстройства здоровья у 2-х лиц (9,5%), легкие с расстройством здоровья у 7-х лиц (33,3%), средней тяжести 1 (4,8%), тяжкие 10 (47,6%). В одном случае (4,8%) степень тяжести не указана.

Выводы. Таким образом, полученные данные исследования свидетельствуют о том, что термическая травма в основном возникает из-за воздействия высокой температуры (пламени, горючей жидкости), в гендерном отношении преобладает у мужчин работоспособного возраста. Для определения площади поражения необходимо учитывать площадь ожоговой поверхности можно определить (в процентах к поверхности тела); при этом нужно отдельно определять площадь глубины поражения. Степень тяжести телесных повреждений вследствие действия высоких температур необходимо оценивать по длительности расстройства здоровья или размеров стойкой утраты общей трудоспособности. Выявленные при термической травме сопутствующие патологии (заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет и т.д.) приводят к замедлению заживления ожоговой поверхности, развитию осложнений (нагноение и т.д.), а также обострению вышеуказанных заболеваний. Поэтому эти особенности необходимо учитывать при определении степени тяжести телесных повреждений, особенно по критерию длительности расстройства здоровья.

Список литературы.

1. Гиясов З.А., Исламов Ш.Э. Установление мест допущения дефектов медицинской помощи// Судебная медицина. - 2019. - №1. - С. 29-32.
2. Пиголкин Ю.И., Солодовников В.И., Кислов М.А., Оганесян Н.С. Сравнительная эпидемиология термической травмы и гипотермии. //Судебно-медицинская экспертиза. - 2021. №64(2). - С.4-9. <https://doi.org/10.17116/sudmed2021640214>
3. Хайруллаев А.П., Давронов С.Ф., Мухаммадиев Ф.Н. Судебно-медицинские аспекты термической травмы//Проблемы медицины и биологии, часть 2, 2019, Кемерово, С. 214-216.
4. Хакимов Э.А. и др. Полиорганная недостаточность при ожоговой болезни: проблемы диагностики, профилактики и лечения.//Клиническое руководство. Самарканд, - 2018. - 233 с.
5. Jonsson A., Bergqvist A., Andersson R. Assessing the number of fire fatalities in a defined population. //J. Safety Research. - 2016. - № 55. - P. 99-103. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042156.109>

Исмоилова М.А., Мамадаминов О.Н., Расулов Р.Н.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЕЙ *ALLIUM OSCHANINII* O. FEDTSCH, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН К *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*.

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Институт фундаментальной медицины. Таджикистан.

Актуальность. Род *Allium L.* - один из крупнейших родов среди однодольных растений, в состав которого входит более 800 видов. В пределах этого рода много экономически важных овощных культур, включая чеснок, лук порей, лук репчатый, шалот, батун, шнитт, а также виды, используемые в качестве лекарственных и декоративных растений. По мнению автора учения, о центрах происхождения культурных растений, генетика и селекционера Н.В. Вавилова, первичным очагом происхождения луков являются горные районы Центральной Азии [4]. W. Stearn (1944, 1946) отмечает, что в Средней и Малой Азии произрастает максимальное число видов лука. Главный редактор книги «Флора Таджикской ССР» Овчинников П.Н. (1963) указывает, что в среднеазиатской флоре Памиро-Алая, т.е. в Таджикистане имеется наибольшее количество видов из рода *Allium* [3].

Лук - многолетнее растение (в культуре — двулетнее). Луковица до 15 см в диаметре, плёчатая. Наружные чешуи сухие, жёлтые, реже фиолетовые или белые; внутренние — мясистые, белые, зеленоватые или фиолетовые, расположены на укороченном стебле, называемом донцем. На донце в пазухах сочных чешуек находятся почки, дающие начало дочерним луковицам, образующим «гнездо» из нескольких луковиц, трубчатые, сизо-зелёные. Луковицы содержат 8-14 % сахаров (фруктоза, сахароза, мальтоза, полисахарид инулин), белки (1,5-2 %), витамины (аскорбиновая кислота), флавоноид кверцетин, ферменты, сапонины, минеральные соли калия, фосфора, железа, фитонциды. В зелёных лука содержатся сахара, белки, аскорбиновая кислота. В луковицах их имеется эфирное масло, придающее им специфический запах и острый вкус, серосодержащие соединения, йод, органические кислоты (яблочная и лимонная), слизи, пектиновые вещества, гликозиды. Лук стимулирует выделение пищеварительных соков, оказывает мочегонное и некоторое успокаивающее действие. Фитонциды лука определяют бактерицидное и антигельминтное свойства растения [2].

Образцы лука Ошанина (*Allium oschaninii* O. Fedtsch) II года жизни обеспечили в среднем урожайность зеленых перьев на уровне - 2,85-3,86 кг/м². Корреляционный анализ показал, что высокая урожайность зеленого пера формируется, прежде всего, за счет числа ложных стеблей ($r = 0,909$). Значительное влияние оказывают такие признаки как число листьев ($r = 0,633$), длина листа ($r = 0,630$) и длина ложного стебля ($r = 0,604$). Пищевая ценность лука Ошанина

(*Allium oschaninii* O. Fedtsch.) обусловлена наличием аскорбиновой кислоты (19,2-32,6 мг%), каротина (14,9-26,1 мг%) и биологически активных веществ, в том числе флавоноидов (251-325 мг%), гидроксикоричных кислот (155-194 мг%). Содержание сухого вещества в образцах двух изученных видов лука составило 10,3-12,7%, сахаров – 2,8-4,2%. Содержание нитратов не превышало 170 мг%. Перспективные по комплексу хозяйственно ценных признаков образцы №1, №3 и №6 лука Ошанина могут быть рекомендованы для использования в селекции на продуктивность, качество и устойчивость к пероноспорозу [1].

Цель исследования. Изучение антибактериальной, фунгицидной активности *Allium oschaninii* O. Fedtsch., произрастающего в различных природно-климатических регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Использовали различные органы (луковица, стебель, цветки или семена) видов семейства лука Ошанина (*Allium oschaninii* O. Fedtsch.). Изучено бактерицидная и фунгицидная активность лука Ошанина (*Allium oschaninii* O. Fedtsch.), по отношению к музейным – стандартным и госпитальным штаммам микроорганизмов.

Изучение противогрибковой активности растительного экстракта методом дисковой диффузии в агаре. Для этого анализа 10 мкл суспензий исследуемых штаммов микроорганизмов вносили в центр чашки Петри с соответствующей питательной средой и стерильным шпателем, распределяли по его поверхности. Диски, пропитанные экстрактом растения определенного типа, помещали на поверхность питательной среды на расстоянии 2,5 см от центра чашки по кругу среды, инкубировали 24-48 часов в термостате при температуре 36°C. Использовали бумажный диск в качестве положительного контроля, пропитанный раствором антибиотика. Было условно принято, что диаметр ингибирования роста микроорганизма более 15 мм представляет собой высокую противогрибковую активность (3), 10-15 мм - умеренную противогрибковую активность (2), 6-10 мм - низкую противогрибковую активность (1), нет ингибирования - нет противогрибковой активности.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее распространённым ВБИ в последнее десятилетие, в большинстве стационарах являются различные варианты *Klebsiella* spp., для которых характерно выраженное разнообразие механизмов резистентности к противомикробным препаратам. Также ускоренное распространение полирезистентных штаммов. В этой связи, очень важным представляется поиск, естественных источников соединений, обладающих противомикробным эффектом в отношении данного патогенного агента. При сопоставлении результатов бактерицидной активности экстрактов данного растения выявлено, что все выжимки из семян *Allium oschaninii* O. Fedtsch произрастающих в различных регионах Республики Таджикистан обладали низкой антимикробной активностью: село Ворух, Исфара (7,40±0,16мм), и Гиссарский хребет правого берега реки Варзоб (ущелье Кондара (7,40±0,16мм). Ущелье Ромит (правый берег реки Сорбо) кишлака Яфрак – восточный склон (10,20±0,20мм), Ботанический сад, ГБАО (8,00±0,15мм), кроме луков *Allium oschaninii* O. Fedtsch произрастающий в Южном склоне Гиссарского хребта, бассейн реки Варзоб(8,20±0,13мм), что можно приравнять как средняя степень бактерицидности. (Рисунок 1)

При сравнении противомикробной активности экстрактов из листьев исследуемых растений установлено, что в отношении *Klebsiella* низкую степень противомикробной активности демонстрируют все экстракты, *Allium oschaninii* O. Fedtsch произрастающих в различных регионах Республики Таджикистан: село село Ворух, Исфара и Гиссарский хребет правого берега реки Варзоб (ущелье Кондара) и Хушёри, Варзобское ущелье демонстрировали одинаковые результаты (7,20±0,13мм).

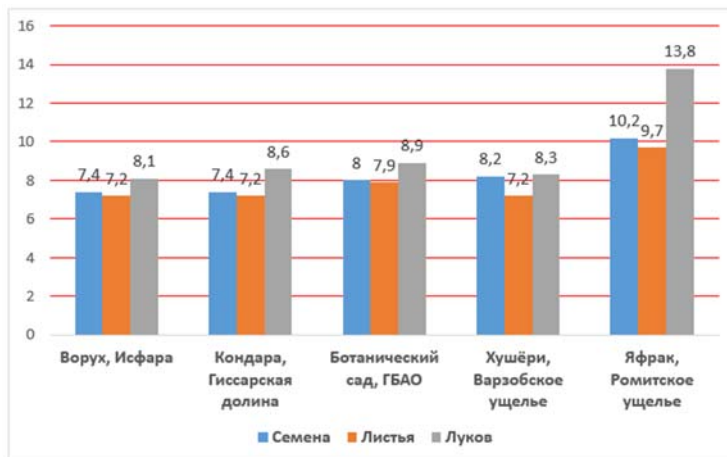


Рисунок 1. Антибактериальная активность экстрактов, полученных из различных частей *Allium oschaninii* O. Fedtsch. на *Klebsiella pneumoniae*.

Ущелье Ромит (правый берег реки Сорбо) кишлака Яфрак – восточный склон (9,70±0,21мм), за исключением *Allium oschaninii* O. Fedtsch произрастающие в Ботаническом саду, ГБАО (7,90±0,18мм) что статистически не значимо по сравнению с аналогичными показателями других видов. Бактерицидное действие средней степени активности на эталонный штамм *Klebsiella* оказали экстракты луковицы *Allium oschaninii* O. Fedtsch. Экстракты луковиц обладали значительно более высокой антимикробной активностью, чем экстракты из других органов данного растения. Диаметр зоны ингибирования роста вокруг диска, содержащего экстракт луковицы *Allium oschaninii* O. Fedtsch произрастающий в Ботанический сад, ГБАО) составлял 8,90±0,28мм, а в южном склоне Гиссарского хребта, бассейна реки Варзоб составлял 11,10±0,31мм. Экстракты луковиц *Allium oschaninii* O. Fedtsch произрастающих в Гиссарском хребте, правого берега реки Варзоб (ущелье Кондара) и в селе Ворух, Исфара проявили несколько низкие результаты 8,10±0,18мм и 8,60±0,13 мм соответственно.

Слабым антимикробным эффектом в отношении данного эталонного штамма обладал экстракт луковицы *Allium*

oschaninii O.Fedsch произрастающий в ущелье Ромит (правый берег реки Сорбо) кишлака Яфрак – восточный склон. Зона подавления роста вокруг дисков с экстрактами составлял $13,80 \pm 0,20$ мм.

Выводы. Полученные данные показывают, что полученный экстракт луковицы *Allium oschaninii O.Fedsch* проявляет сравнительно высокую антимикробную активность к *Klebsiella pneumoniae*, чем экстракты из других органов данного растения. Выраженный фунгицидный эффект изучаемого лука позволяет рекомендовать его как природный источник при разработке противогрибковых препаратов.

Список литературы.

1. Урожайность и качество продукции лука Ошанина (*allium oschaninii o. fedtsch.*) при выращивании в центральном регионе сельско – хозяйственных / А.Ф. Бухаров [и др.] // Овощи России. 2018.- (3).-С.- 32 -35.
2. Сатторов С.С., Мирзоева Ф.Д. Скрининговое исследование антибактериальной активности экстрактов различных видов рода *Allium*, произрастающих в Таджикистане /С.С. Сатторов, Ф.Д. Мирзоева //“Вестник Авиценны. -2021. – Т. 23. – №. 2. – С. 216-234.
3. Содержание эссенциальных элементов в листьях и луковицах лука афлатунского (*allium aflatunense f.*) в условиях нечерноземной зоны /Середин Т. М. [и др.] //Биогеохимия - научная основа устойчивого развития и сохранения здоровья человека. – 2019. – С. 93-95.
4. Comparative characteristics of antibacterial activity of plants growing in the central part of the Republic of Tajikistan //Satorov S. et al. //Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21. – №. 4. – С. 643-654.

Исмоилова М.А., Мамадаминов О.Н., Урманова З.Х.

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ СПЕКТРА АНТИБИТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЗЕВА У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Институт фундаментальной медицины. Таджикистан.

Актуальность. Одним из основных направлений деятельности здравоохранения ВОЗ признает создание и укрепление системы повышения безопасности пациентов и улучшение качества медицинской помощи и одним из критериев качества оказания медицинской помощи является показатель заболеваемости внутрибольничными ГВЗ[1].

По мнению ряда авторов, наибольший удельный вес в микробном пейзаже госпитальных инфекций в 80-90 годы занимал стафилококк. С ним связаны многие заболевания – от фолликулитов до стафилококкового сепсиса. Здоровое носительство *S. aureus* было и остаётся одним из важнейших факторов в эпидемиологии инфекций, вызываемых этими микробами [4]. Носители патогенных стафилококков среди медицинских работников хирургических клиник и родильных домов являются основным источником *S. aureus*, вызывающих нередко послеоперационные и послеродовые осложнения [1,5]. Антибиотикотерапия внесла отрицательные коррективы в клинику и эпидемиологию инфекционных заболеваний. В результате взаимодействия между микробами и антибиотиком возникли и распространились такие госпитальные инфекции, которые до эры антибиотиков были неизвестны или встречались редко. К таким заболеваниям относятся колимидиспсия, клебсиеллёз, стафилококковые инфекции, так же инфекции, вызванные синегнойной палочкой, протеем и т.д. Как правило, возбудители этих заболеваний циркулируют в больничных стационарах и отличаются полирезистентностью к антибиотикам [3].

Таким образом, частота устойчивости бактерий к определенному антибиотику возрастает с его более частым применением. Кроме того, полирезистентные штаммы микроорганизмов более вирулентны. Такие штаммы выживают в инфицированных, пораженных тканях и передаются от одного больного другому.

Цель исследования. Изучение спектра антибиотикочувствительности микрофлоры зева у больных детской челюстно-лицевой хирургии.

Материал и методы исследования. Для выполнения работы было проведено бактериологическое исследование больных с различными гнойно-воспалительными заболеваниями отделений детской челюстно-лицевой хирургии. В качестве контрольной группы были обследованы 148 больных отделения детской челюстно-лицевой хирургии с различными врожденными аномалиями челюстно-лицевой области (дефекты губ и верхнего неба) без признаков воспаления. У этой категории больных бактериологическое исследование было проведено до проведения оперативных вмешательств.

Материалом для исследования были слезы из зева у больных отделения детской челюстно-лицевой хирургии.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении микробного пейзажа микрофлоры зева у детей отделения детской челюстно-лицевой хирургии с врожденными аномалиями губ и мягкого неба, до проведения пластической операции выявлена, что лидирующими возбудителями являются стрептококки и стафилококки. У выделенных штаммов кокковой флоры была определена чувствительность к следующим антибиотикам, широко применяемым в практической медицине: ампицилину, амоксицилину, амоксиклаву, цефазолину, цефтриаксону, гентамицину, амикацину, морфоциклину, имепенем, азитромицину, цефтазидиму, стофексим, ципрофлоксацину, офлоксацину. Изучение антибиотикограммы выделенных штаммов стрептококков показали следующие результаты (таблица 1).

Высокие показатели чувствительности стрептококков выявлены к цефтазидиму – 55,3%, к цефтриаксону – 52,9%, к стофексиму – 48,2%, цефазолину – 44,7%. Показатели средней чувствительности к этим антибиотикам составили – 44,7%; 42,4%; 41,2%; 49% соответственно.

К антибиотикам фторхинолонового ряда – ципрофлоксацину высокая чувствительность выявлена в 30,6%, средняя – 25,9%; к морфоциклину высокая чувствительность – 37,6%; средняя – 31,8%; к офлоксацину высокая степень проявления в 34,1%, средняя в 37,6% случаев.

Из препаратов пенициллинового ряда к ампицилину высокая чувствительность выявлена в 24,7% случаев, к амоксицилину в 37,6%, к амоксиклаву в 22,4% случаев.

Таблица 1. Спектр антибиотикочувствительности стрептококков, выделенных из зева больных отделения детской челюстно-лицевой хирургии

Спектр действия антибиотиков	ампициллин	амоксациллин	амоксиклав	цефазолин	цефтриаксон	стофексим	цефтазидим	гентамицин	амикацин	морфошклин	офлоксацин	ципрофлоксацин	тименем	Азитромицин
S	24,7	37,6	22,4	44,7	52,9	48,2	55,3	16,5	18,8	37,6	34,1	30,6	36,5	0
I	30,6	24,7	28,2	49,4	42,4	41,2	44,7	29,4	24,7	31,8	37,6	25,9	41,2	1,2
R	44,7	37,7	49,4	5,9	4,7	10,6	0 -	54,1	56,5	30,6	28,3	43,5	22,3	98,8
Всего	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

Наибольшая резистентность стрептококков отмечена к действию следующих антибактериальных препаратов: азитромицину (98,8%), амикацину (56,5%) и гентамицину (54,1%).

Таким образом, по отношению выделенных штаммов стрептококков из зева можно рекомендовать следующие антибиотики: цефтазидим, цефтриаксон, стофексим и цефазолин.

Выводы. Полученные данные показывают, что у больных отделения детской челюстно-лицевой хирургии по отношению выделенных стрептококков высокие показатели чувствительности выявлены к цефтазидиму (55,3%) и цефтриаксону (52,9%). Эти показатели намного ниже чем, у стрептококков выделенные в предыдущих отделениях. Это может быть связано тем, что стрептококки у данной категории больных чаще высеваются в ассоциации со стафилококками, и это может способствовать увеличению количества штаммов резистентных ко многим антибиотикам. В отделении детской челюстно-лицевой хирургии доминируют стрептококки в монокультуре и в ассоциации со стафилококками и грибами рода Candida.

Список литературы.

1. К вопросу антибиотикорезистентности этиологических агентов гнойно-воспалительных заболеваний у пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии многопрофильного стационара /Митрофанова Н.Н. [и др.]/Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2017. – №. 3 (43). – С. 49-56.
2. Подсвинова И. А. Микробиологический мониторинг патогенов гнойно-воспалительных заболеваний в хирургических отделениях и отделении реанимации и интенсивной терапии в многопрофильном стационаре //Дисс. к. м. н. – 2014.
3. Кенджаева И. А., Пардаева Г. С., Лохутшо А. Влияние резистентности организма на внутрибольничное инфицирование / И. А. Кенджаева, Г.С.Пардаева, А. Лохутшо //Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. – С. 449.
4. Нестеров А.В., Лебедев М.В., Захарова И. Ю. Частота и структура гнойно - воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (по материалам 1. 2. отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко) /А.В. Нестеров, М.В. Лебедев, И. Ю. Захарова. // Вестник Пензенского государственного университета. - 2017.-№1 (17).-С. 65-72.

Исроилов Р, Холбекиён М.Ё., Хомиджонова Д.Х.,

АНАЛИЗ РОДОСЛОВНЫХ ТАБЛИЦ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра медицинской биологии с основами генетики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Генеалогический метод представляет собой изучение родословных, в которых указан тип родственных связей между членами родословной, и установления типа наследования того или иного признака или заболевания в ряду поколений.

В медицинской генетике генеалогия известна как клиническая генеалогия, поскольку пациенты и их родственники обследуются клинически. Она широко используется для решения теоретических и прикладных задач.

Доказательство влияния наследственной предрасположенности отражены во многих исследованиях в научных трудах. Под влиянием факторов риска детерминируются гены, способствующие развитию нарушений углеводного обмена[1,2]. Несмотря на научно-технический прогресс, частота наследственной предрасположенности в семьях варьирует в широких пределах, и составляет 4-30,6% и тем самым подтверждают этиологическую значимость наследственности в развитии заболевания. Контингент людей с отягощённым семейным анамнезом относят в группу с повышенным риском, с заболеваемостью в 15 раз чаще[3,4,5].

Цель исследования. Определение количества больных мультифакториальными заболеваниями с наследственным путем передачи, выявление контингента людей, находящихся в группе риска и разработка методов, предупреждающих передачу заболевания по наследству.

Для влияния наследственного фактора, сбор семейного анамнеза и генеалогических данных проводились среди

30 диспансерных больных эндокринологического отделения городского медицинского центра №1 имени К. Ахмедова города Душанбе. Критериями являлись жалобы, лабораторные данные и диагнозы, поставленные родственникам больных в медицинских учреждениях.

По результатам исследования у 17 больных была выявлена отягощённая наследственность, из них 56,6% составляют люди зрелого возраста, у 82,9% исследуемых встречается сахарный диабет, 17,1% на диспансеризации по другим эндокринным патологиям. 53,2% от общего числа доминантным фактором развития эндокринной патологии было ожирение, у 29,7% тиреоидные нарушения.

С наследственными факторами риска 69,4% исследуемых, по критериям выявления у родственников нарушений жирового, тиреоидного обменов и их заболеваний. В большинстве случаев та же патология передавалась по наследству. 72,7% из числа исследуемых с отягощённой наследственностью страдали избыточной массой тела.

У лиц, болеющих сахарным диабетом с отягощенным семейным анамнезом, при условии, если у одного из родителей сахарный диабет, то влияние наследственного фактора одинакова, несмотря на то, что ген передается от мамы или папы. При заболевании одного из родителей сахарным диабетом, риск развития заболевания у потомства в 10 раз выше, чем у потомства, оба родителя которого имеют сахарный диабет.

Во время беременности у женщин имеющих эндокринные нарушения не диабетического генеза в 52,2% случаях переходят в стадию обострения и попадают в группу повышенного риска по развитию сахарного диабета, у 9% которых в итоге приводит к развитию сахарного диабета.

По сравнению с сахарным диабетом бронхиальная астма в настоящее время не имеет предикторов при наследственных путях передачи, что могло бы помочь в разработке методов предупреждающих распространение болезни среди уязвимых контингентов людей.

Исследуемые 80 пациентов пульмонологического отделения городской больницы №5 города Душанбе прошедших стационарное лечение по 2018-2023 года, из них 30 болеют бронхиальной астмой. Кроме 30 больных устно материалы для исследования были собраны 185 родственников в 3 последних поколениях.

Количество пробандов в основной группе 72 человека, из них 23 мужчины и 49 женщин, со средним возрастом 46,93±1,74 лет. Из 185 родственников мужчин 64, женщин 121, со средним возрастом 30,81±1,13 лет. Среди пробандов и их родственников количество женщин в 2 раза больше, чем мужчин.

По состоянию здоровья родственники пробандов были разделены на подгруппы: здоровые — средний возраст 29,60±1,67 лет, с бронхиальной астмой — средний возраст 37,33±2,9 лет, с другими аллергическими заболеваниями — средний возраст 29,34±1,66 лет.

Бронхиальная астма наиболее часто встречалась у пробандов в возрасте 40-49 лет (34,7%) и у родственников в возрасте 20-29 лет (24,7%) и 20-39 лет (по 27,7%), а также другие аллергические заболевания. Когда обследованные родственники были разделены на три подгруппы, большая часть из них имела аллергические заболевания-23,1% в возрасте до 19 лет. Также была высокая доля здоровых людей-31,0% в возрасте до 19 лет, 28,7% в возрасте 20-29 лет, 18,4% в возрасте 30-39 лет.

Из пробандов 51 человек был физически измерен, из них 15 мужчин и 36 женщин, средний возраст 48,33±1,95 лет (16-72 года). Половой состав родственников пробандов был следующим: 49 мужчин и 104 женщины, средний возраст-31,3±1,3 года (16-62 года). Родственники пробандов были разделены на три под группы: здоровые: средний возраст 29,66±1,92 года; бронхиальная астма: средний возраст 34,61±3,15 года; другие аллергические заболевания: средний возраст 29,34±1,79 года. Больные бронхиальной астмой и их родственники были отнесены к одной группе при дополнительном подсчете.

Физические измерения были проведены у 180 пациентов: 89 пробандов (35 мужчин и 54 женщины, возраст от 19 до 75 лет, средний возраст 49,20±0,84 года) и их родственников с I и II степенью, возраст от 16 до 76 лет, средний возраст 36,07±1,30 года, 61 мужчина и 131 женщина, в то время как контрольные группы были бронхиальными астиками. не имели клинических признаков астмы. Основная и контрольная группы не различались по возрастным критериям.

У 3 (4,2%) пробандов и 20 (10,8%) родственников встречается аллергический ринит. В 100% случаев у больных с бронхиальной астмой предшествовал аллергический ринит. У 2 (2,8%) пробандов и 2 (1,1%) родственников встречается полипозный гайморит. Также у 24 (13,0%) родственников были диагностированы крапивница и у 2 (1,1%) отек Квинке.

По данным исследования из 185 родственников больных с бронхиальной астмой у 33 (17,8%) аналогичное заболевание, что доказывает предрасположенность к генетическому семейному накоплению, что значительно превышает популяционную частоту заболеваемости.

Наибольшее число родственников у пробандов с бронхиальной астмой-это родственники первой степени родства -24 (18,3%), второй степени родства- 6 (12,2%) и третьей степени родства

Риск развития бронхиальной астмы у родственников первой степени родства имеют матери (26,7%), отцы (40%), сестры (16%), братья (28,6%), дочери (16%) и сыновья (13,8%).

Высокая частота встречаемости у родственников больных бронхиальной астмой подтверждает гипотезу о генетической детерминированности заболевания.

Генеалогический анализ пробандов основной группы имеющих артериальную гипертонию показал, что заболеваемость родственников основной группы пробандов в 2-3 раза выше, чем родственников контрольной группы. Артериальная гипертония среди детей встречается в большей степени в семьях где родители страдают данной патологией. У лиц молодого возраста с отягощенной наследственностью более раннее развитие заболевания. Пробанд с артериальной гипертонией считается с отягощенной наследственностью, если среди его родственников встречались следующие нозологические единицы: внезапная сердечная смерть, артериальная гипертония, инсульт, инфаркт миокарда, сердеч-

ная недостаточность. Артериальная гипертония у лиц с отягощенной наследственностью часто протекает злокачественно, плохо поддается лечению и профилактике. При наследственной подверженности близнецов артериальной гипертонией, высокая конкордантность в заболеваемости у однояйцевых близнецов, чем у разнояйцевых. У лиц с одинаковой наследственной отягощенностью но разным характером трудовой деятельности заболеваемость неодинакова, тем не менее работники умственного труда больше подвержены сердечно-сосудистой патологией, чем работники физического труда.

Выводы. Результаты исследований по анализу родословных таблиц позволили выявить частоту встречаемости родственных браков, как по линии самого пробанда, так и в роду всего поколения, у них же было выявлено процентное количество степени родства. Также необходимо отметить, что высокую встречаемость приобрели мультифакториальные заболевания с наиболее частым проявлением сахарного диабета, гипертонических болезней и бронхиальной астмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исроилов Р. Гипертонические болезни с наследственным предрасположением у жителей города Душанбе. [Текст] / Р. Исроилов // Международный научно-исследовательский журнал "Endless Light in Science. Алма-Ата-2023. С.135-137.
2. Иванов В.П. Эколого-генетические аспекты социально значимых болезней человека. [Текст] / В.П. Иванови др // журнал генетики и окружающие среды. -2014. С.384-392.
3. Рахмонов Р.А. Наследственные болезни нервной системы на территории Гиссарского района Таджикистана [Текст] / Р.А. Рахмонов, Т.В. Мадаминава // Вестник Авиценны. – 2014. – №1(58). – С. 94-97.
5. Ходжаев Ф.А. Наследственные болезни нервной системы - актуальные проблемы в Таджикистане [Текст] / Ф.А. Ходжаев, Р.А. Рахмонов // - Здоровоохранение Таджикистана. – 2012. – №1. – С.11-19.

Калбагаева Ж.Е., Аманбаев Н.К., Хисметова З.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра «Общественного здоровья», НАО Медицинский Университет Семей. Казахстан.

Актуальность. Наиболее ярко весь спектр социальных проблем, влияющих на репродуктивные установки женщины, проявляется в период беременности, так как именно в данный период изменяется жизненный мир женщины. В период ожидания ребенка обостряются все противоречия, обусловленные воздействием социальной среды на женщину, это и тендерная дискриминация на рынке труда, и потеря экономической самостоятельности, и вынужденный отказ от участия в общественной жизни, и изменения во внутрисемейных отношениях. Необходимость решения данной проблемы уже осознается на государственном уровне и становится одним из приоритетных направлений социальной политики, в рамках которой создан проект помощи материнству. Принимаемые меры в рамках данного проекта носят в основном экономический характер и направлены на материальную поддержку материнства, что безусловно, является важным и значительным шагом на пути стимулирования рождаемости. Сегодня несмотря на наличие, довольно большого количества работ по социологии, посвященных изучению статуса и карьеры женщины в различных сферах современного общества выполненных в рамках тендерной теории, ощущается недостаток в исследованиях, которые бы учитывали перечисленные ранее факторы и давали бы комплексную оценку влияния социальных факторов на репродуктивное поведение женщины.

Цель исследования. Выявить социальные факторы, воздействующие на репродуктивное поведение женщины, а также проанализировать их влияние на состояние физиологического, психологического и социального благополучия в период беременности.

Материалы и методы исследования. -проанализировать беременность как медико – социальную ситуацию -выявить особенности социального статуса беременной женщины, влияющие на процесс адаптации к новой социальной роли- роли матери -показать влияние социальной поддержки на течение беременности и здоровье новорожденных, раскрыть основные проблемы, характерные для беременных женщин

Результаты исследования. Осуществление репродуктивной функции относится к базовым социальным потребностям, поэтому беременность представляет собой не только предмет заботы медицины, как института поддержки здоровья, но и семьи как основного института воспроизводства населения. При этом тип семьи и соответствующего ему отношения к беременной женщине зависит от конкретной социокультурной среды, в которой присутствуют различные способы влияния – поощряющие, регулирующие, контролирующие воспроизводство жизни, а также различные агенты влияния на уровне микросоциума, что обобщенно можно отнести к социальным факторам. Среда социальных факторов, воздействующих на репродуктивное поведение женщины, ее здоровье и рождение здорового ребенка, существуют более и менее значимые. Наиболее значимым является фактор социальной поддержки со стороны ближайшего окружения, семьи или малой группы, в которой происходит понимание и принятие женщиной ее новой социальной роли-роли матери.

Выводы.

1. В различные исторические периоды место и роль женщины в обществе были неоднозначны, однако беременностью и последующее материнство повышали как ее личностный, так и социальный статус сегодня, в связи с глобальными изменениями, возникшими на рубеже, а различных сферах нашего общества, произошло как резкое падение социального статуса женщины, так и явное снижение престижа материнства, негативно повлиявшее на ее репродуктивные установки.
2. Наиболее важными для женщины в период беременности являются факторы социальной поддержки со стороны семьи и наличия социальных гарантий на производстве у работающих женщин. Поддержка государства и материальные факторы, выделяемые многими специалистами как наиболее значимые оказывают минимальное воздействие на репродуктивные установки женщин.

3. Отсутствие социально-психологической поддержки со стороны малой группы, повышение внутрисемейной конфликтности, обусловленной необходимостью освоения новых социальных ролей всеми ее членами, ведет к осложнениям беременности, негативно сказывается на состоянии здоровья будущих детей, часто является причиной отказа от последующего деторождения.

Список литературы.

1. Антология гендерных исследований. / Гапова Е.И., Усманова А.Р. // Минск 2000.-274с.
2. Социальная психология / Андреева Г.М. // Аспект Пресс. 2003 – 375 с.
3. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией / Айвозян Е.Б. // Вестник Московского университета им.Ломоносова 2002.3 -3-11с.
4. Возрастная психология / Абрамова Г.С. // учебник для студентов вузов. Екатеринбург 2000 – 625с.

Калбагаева Ж.Е., Амирханов Р.М.

УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра Общественного здоровья, НАО Медицинский Университет Семей. Казахстан.

Актуальность.

Человек, его жизнь и его здоровье являются важнейшим направлением определяющими ценности и другие достижения общества. Эти ценности являются важными для охраны здоровья общества, в том числе определяют необходимость правовой охраны. Качество медицинской помощи является ведущим влияющим фактором для здоровья каждого и для здоровья общества. Как показывает практика, оценка качества оказания медицинской помощи больному является одним из важных проблем, стоящих перед организаторами здравоохранения. Контроль и оценка качества медицинской помощи занимает ведущее место в перестройке системы здравоохранения и упорядочивается многими нормативными актами, а именно начиная с Кодекса Республики Казахстан «Здоровье народа и система здравоохранения» и другими правительственными нормативными документами. Среди них за последние годы широко распространение получила оценка службы учреждений здравоохранения при помощи рейтинга. Оценка медицинских лечебных учреждений при помощи рейтинга дает возможности для оказания услуг потребителям в условиях свободного выбора для получения медицинской помощи, для выбора медицинской организации соответствующего решения; для определения статуса с целью неотложного принятия управленческого решения как:

- изменение объема оказываемой медицинской помощи;
- выпуск издательских программ соответственно заболеваемости и по состоянию смертности;
- нормализовать бюджетное обеспечение, развивать систему повышения заработной платы и другие.

Цель исследования.

Оценка медицинских лечебных учреждений здравоохранения на основе рейтинга этих областей и системный анализ и совершенствование управления учреждений.

Материалы и методы исследования

Для оценки качества организаций оказания стационарной медицинской помощи используются следующие индикаторы:

1. По основным болезням сравнительное влияние случаев смерти при плановой госпитализации.
2. Показатели смертельных случаев стационарных больных до одних суток.
3. Случаи смерти при плановой госпитализации после операции.
4. Показатель внутрибольничной инфекции
5. Сравнительное влияние случаев после операционных гнойно-септических процессов
6. Показатель рецидивов (по одной болезни за месяц)

Результаты исследования

Для примера оценки рейтинга медицинской лечебной деятельности проводилось по примеру больницы города Семей «Почечный центр». Для этого по названному медицинскому учреждению сравнивались начальные и жёне счетная информация. Применяя вышеуказанные индикаторы, по больнице посчитали по основной болезни сравнительное влияние случаев смерти при плановой госпитализации.

Показатели смертельных случаев стационарных больных до одной сутки по оценке рейтинга стационара при оценке его лечебной деятельности еще одним показателем указанного нами анализа. Количество выписавшихся больных и процент смертельных случаев стационарных больных до одной сутки, т. е. количество смертельных случаев стационарных больных до одной сутки $\times 100$ / число, равное на учетный период выписавшихся из стационара больных (выписавшиеся больные + смертельных случаев).

Один из индикаторов важности оказания стационарной помощи - случаи смерти при плановой госпитализации после операции. Он вычисляется в учетный период сравнительное число все случаи смерти при плановой госпитализации после операции на все случаи умерших после операции, в стационаре. В рамках диссертационного исследования этот показатель тоже исследовался в течении 3 лет.

Для многих гнойно-септических процессов его основными механизмами являются контактные и аэрозольные механизмы. Поэтому, в больнице города Семей «Почечный центр», где проводились исследования, индикатором оценки качества рейтинга является сравнительное влияние случаев после операционных гнойно-септических процессов.

Показатель повторного поступления больных в стационары зависит от организации лечебно- профилактических и обеспеченности отделения специалистами, наряду с этим от нозологических форм болезней. Поэтому по ходу исследования одним из показателей рейтинга по одной болезни в течении месяца показатель нового поступления. Эта

цифра вычисляется из процента общего количества выписавшихся из стационара пациентов на количество вновь поступивших.

Сбор статистических сведений и совершенствование современных методов в основе использования в введении оценки системы рейтинга в организациях и учреждениях здравоохранения дает возможности для оценки и анализа лечебно-хозяйственной деятельности, определения тенденции направления развития и предсказания управленческих стратегических решений и их принятия.

Подводя итоги, оценка рейтинга в области здравоохранения возможно применение ее в медицинской помощи, в управлении различными уровнями этой области. Система оценки рейтинга дает возможность для систематизации работы организаций здравоохранения, для рассмотрения дальнейшего совершенствования лечебно- хозяйственных механизмов организации, тем самым увеличить качество здоровья и улучшить общественное здоровье.

Выводы.

1. Особенности медицинской в области здравоохранения на качество деятельности и для ее оценки имеет значительное значение.
2. В соответствии с Законом о здравоохранении защита здоровья населения является главным делом всех организаций государственного управления, работодателей, должностных деятелей.
3. Оценка на основе рейтинга рассматривает теоретические и методические основы совершенствования управленческого метода и организации деятельности учреждений здравоохранения.
4. Для оценки качества уровня медицинской деятельности КУД (качество уровня деятельности) используются его показатели. В сборе показателей частоты повторения по лечебным учреждениям города Семей по определению лечебного качества проводились на основе совершенствования статистических информационных и применяя принятые в Республике Казахстан показатели системы рейтинга.

Список литературы :

1. Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. / Столяров С.А. // Барнаул: Аз Бука, 2015. – 269 с.
2. Толковый словарь русского языка / Ожегов С.И.// – М.: АЗЪ, 2001. – 960 с.
3. Теоретические основы и практика развития новых экономических отношений в здравоохранения Республики Казахстан. / Рахыпбеков Т.К. // : 2001. 48 с.
4. Анализ здравоохранения с позиций социального маркетинга / Муминов Т.А., Камалиев М. А. // Алматы. 2013. с.160.
5. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / Васильева О.С., Филатов Ф.Р. // "Академия", 2001. 352с.

Калонova М.Ч., Шарипов Ш.Р.

ФАККИ ИЗОФАТ ВА ҚОЛИБҲОИ КАЛИМАСОЗИИ ОН ДАР АШЌОРИ ШОИРОНИ АСРИ XIV

МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Академияи идоракунии давлатии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тоҷикистон

Мубрамияти мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки калимасозӣ яке аз қисматҳои муҳими илми забоншиносӣ ба шумор рафта, омӯзиши сохтори калимаҳо аз масоили муҳим дар назди муҳаққиқону забоншиносон қарор мегирад.

Мақсади таҳқиқот аз он иборат аст, ки факки изофат ва қолибҳои калимасозии исмҳои мураккаб дар ашъори Ҳофизӣ Шерозӣ, Камоли Хучандӣ, Салмони Соваҷӣ муайян карда шуда, бо қолибҳои калимасозии забони адабии имрӯза муқоиса карда шаванд.

Мавод ва методи таҳқиқот. Маводи таҳқиқоти моро “Девон”-и Ҳофизӣ Шерозӣ, Камоли Хучандӣ, Салмони Соваҷӣ ва осори илмӣ ташкил карда, дар раванди таҳқиқ ба методи таҳлили сохторӣ ва муқоисавӣ таъкид карда шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Мисли ҳар як забони дар муддати ҳазорсолаҳо ташаккулифта пайкараи забони миллии мо - забони форсии дари тоҷикиро вожаҳои дар тули замон шакли маънигирифта созмон медиҳанд, ки маҳз онҳо тамоми иттилооти фароҳи хотираи миллии моро дар худ нигоҳ медоранд ва дар сурати зарурӣ аз тарафи шахсони соҳибсухану соҳибхона ба ҳамзабонон ва халқҳои дигари ҷаҳон муаррифӣ ва пешниҳод мешаванд.

Баррасии сохти вожаҳои забони тоҷикӣ, тавре ки забоншинос Қосимов О. қайд мекунад, «имкон медиҳанд, ки паҳлуҳои гуногуни маънии калимаҳо, тобишҳои мазмуниву фарҳангии онҳо, маъниҳои нодир ва ё фаромӯшшудаи калимаҳо, паҳлуҳои ба услуби ин ё он суҳанвар хоси воситаҳои баён таҳқиқу ошкор гарданд. Дар ин маврид омӯзишу мушоҳидаи тағйири шакли маънии калима дар раванди рушди инкишофи забони адабӣ, маҳфуз мондани шакли маънии матруки онҳо дар ғуйишҳои забони тоҷикӣ (форсӣ), вижагиҳои қорбурди онҳо дар осори адибон, хусусан, дар навиштаҳои адибоне, ки дар сарғаҳи сухани форсӣ, дарӣ ва тоҷикӣ қарор доштанд, барои нигоҳи тасвири мукаммали забони миллии мо нақши муҳиму созандае доранд» [2,143].

Бинобар ин, дар мақолаи мазкур мақсад гузошта шуд, ки қолабҳои калимасозии шоирони асри XIV дар мисоли шеърӣ Ҳофизӣ Шерозӣ, Камоли Хучандӣ ва Салмони Соваҷӣ муайян карда шаванд.

Дар асари “Исм”-и Ш. Рустамов, “Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик” ва дигар осори илмӣ, маҷмуан, се ғурӯҳи сохташавии исмҳои мураккаби тобеъ муайян карда шудааст, ки онҳо, дар навбати худ, боз ба қолибҳо [1,122] ҷудо мешаванд. *Ғурӯҳи I факки изофат буда, ҷузъи дуҷум асосӣ, ҷузъи якум тобеъ аст* ва дорои се қолиби калимасозист: 1) исм+исм; 2) исм+сифат; 3) ; исм+ сифати феълӣ; дар *ғурӯҳи II ҷузъи якум асосӣ, ҷузъи дуҷум тобеъ* буда, чор қолиб дорад: 1) исм+исм; 2) сифат+исм; 3) шумора+исм ; 4) ; исм+сифати феълӣ; дар *ғурӯҳи III таркиббӣи исмҳои мураккаби тобеъ бо ибораҳои феълӣ ҳамнибат буда, дар онҳо бештар*

муносибати амал бо ашӯ мушоҳида мешавад ва соҳиби панҷ қолиби калимасозист: 1) исм+асоси замони ҳозираи феъл; 2) исм+асоси замони гузаштаи феъл; 3); сифат+асоси замони ҳозираи феъл ва қолибҳои чоруму панҷумро, ки бо сифатҳои феълианд, ба инобат нагирифтем.

Вале забоншинос Раҳматуллозода С. дар шеваи ҷанубӣ ва ҷануби шарқӣ чор гурӯҳи калимасозӣ [3,129-161]-ро нишон додааст: **гурӯҳи I факки изофат, ки ҷузъи аввал асосӣ, ҷузъи дуюм тобеъ** буда, дорои 6 қолиби калимасозист: 1) исм+исм; 2) исм+сифат; 3) исм+шумора; 4) исм+феъл; 5) исм+сифати феълӣ; 6) зарф+исм; **гурӯҳи II ҷузъи дуюм асосӣ, ҷузъи аввал тобеъ** буда, дорои 7 қолиб аст: 1) исм+исм; 2) исм+сифат; 3) исм+сифати феълӣ; 4) исм+зарф; 5) сифат+исм; 6) шумора+исм; 7) зарф+исм; **гурӯҳи III ба ҳамнишинии калимаҳо вобаста аст, ки аз онҳо калимаҳои мураккаби тобеъ сохта мешаванд** ва дорои 5 қолибанд: 1) исм+феъл; 2) сифат+феъл; 3) зарф+феъл; 4) сифати феълӣ+феъл; 5) қолибҳои гуногун (шумора+феъл, ҷонишин+феъл, феъл+исм); **гурӯҳи IV аз ҷумлаҳо сохтани калимаҳои мураккаби тобеъ мебошад**, ки бо истифода аз асоси замони ҳозираи феъл, асоси замони гузаштаи феъл исмҳои мураккаби ифодакунандаи шахс ва мафҳумҳои мухталиф месозад.

Қолибҳои калимасозии пешниҳодкардаи муҳаққиқ Раҳматуллозода С. таваҷҷуҳи алоҳида меҷаҳанд, зеро агар дар забони адабии тоҷикӣ се қолиби калимасозии факки изофат қайд шуда бошад, мавсуф дар шеваҳои шаш қолибро муайян кардааст, ки ин аз таъсири шеваҳои дар ташаккули лексикаи забони адабӣ дарак медиҳад. Инчунин, ӯ дар қолиби сеюми гурӯҳи якум: исм+шумора танҳо як вожаи “**миразор/мириҳазор**” [3,132]-ро мисол оварда, аз архаистӣ будани он ишора мекунад. Ба назари мо, бо як мисоли архаистӣ ба гурӯҳи факки изофат ворид кардани қолаби исм+шумора эҳтиҷе нест, вале шояд ба ҷуз аз шеваи ҷанубӣ ва ҷануби шарқӣ, ки объекти таҳқиқи забоншинос Раҳматуллозода С. аст, дар дигар шеваҳои Тоҷикистон бо ҳамин қолиб сохтани исмҳои гурӯҳи факки изофат ба назар расад, зеро шеваҳои лаҳҷаҳои фароғири ганҷинаи бузурги суҳан буда, дар ташаккули таркиби луғавии забони тоҷикӣ саҳми арзанда доранд.

Раҳматуллозода С. дар қолиби 5) исм+сифати феълӣ лексемаҳои **палакмӯрда** (полакмурда-К.М.) (харбузае, ки бутташ пеш аз вақт пажмурда шудааст), **паръшикаста/паршикаста** (зан, ҳамсар) ва **пошъкаста** (пошикаста-К.М.) (оне, ки пояш шикастааст)-ро мисол меорад, ки дар забони адабӣ сифат ба шумор рафта, дар шеваҳои исро ифода кардаанд.

Аз қолибҳои пешниҳодкардаи Раҳматуллозода С. диққати моро **қолиби исм+феъл, ки дар гурӯҳи III** (исмҳои мураккаб ба ҳамнишинии калимаҳо вобаста аст, ки аз онҳо исмҳои мураккаби тобеъ сохта мешаванд) ҷалб намуд, чунки дар гурӯҳи мазкур мисолҳои ба назар мерасанд, ки ба андешаи мо, ҳоси гурӯҳи I ва II мебошанд ва аз ибораҳои изофиву ғайриизофӣ ташкил шудаанд. Масалан, лавпеч аз ибори лаби печида (аз ибори изофӣ –К.М.); ойиладор//ойладор - дорандаи оила; бачадор – дорандаи бача; наберадор// нъверадор – дорандаи набера (аз ибори ғайриизофӣ- К.М.) [3,156-158] сохта шудаанд.

Аз рӯйи қолибҳои муайянкардаи олимони чунин қолибҳои калимасозии исмҳои мураккаби тобеъро дар ашъори шоирони асри XIV пайдо кардем.

Ба гурӯҳи I исмҳои мураккаби тобеъ шомил мешаванд, ки бо усули факки изофат (афтодани изофат) сохта шуда, ҷузъи якуми онҳо асосӣ буда, ҷузъи дуюм тобеъ мебошад:

1.Исм+исм. Исми мураккаби қолиби якум аз исми таркиб меёбад. Ин қолиби сохтани дар забони адабии ҳозираи тоҷикӣ сермаҳсул ба ҳисоб равад ҳам, дар ашъори шоирони асри XIV каммаҳсултар аст. Зеро дар ғазалиёти шоирон миқдори исмҳои мураккаби бо ин қолиб сохтани башуморанд. Агар ҷузъҳои асосӣ ва тобеи исмҳои мураккаби тобеи ин қолибро, аз рӯйи он ки ба кадом забон мансубанд, баррасӣ намоем, маълум мегардад, ки вожаҳои *сарчашма*, *сарзамин*, *сармоя*, *саранҷом* ҳар ду ҷузъашон калимаи аслан тоҷикӣ, калимаҳои *сарманзил*, *сарҳалқа* ҷузъи аввал тоҷикӣ ва ҷузъи дуюм арабӣ, калимаҳои *соҳибхабар*, *соҳибғараз*, *соҳибтолеъ*, *соҳибназар*, *соҳибҳиммат* ҳар ду ҷузъ арабӣ ва лексемаи *соҳибдил* аз ҷузъи асосӣ арабӣ ва ҷузъи тобеъ тоҷикӣ мебошанд.

Дархӯри рӯйи нақӯи ту зи соҳибназарон

Покбозӣ ба ҳама рӯйи замин мебоист [6,96].

Мешавад ҳар рӯз толеъ 3-он гиребон офтоб,

Бар бадан пероханат, ё Раб, чӣ соҳибтолеъ аст! [6,101].

Дар хирка ҷу оташ задӣ, эй солики ориф,

Ҷаҳде куну сарҳалқаи риндони ҷаҳон бош! [8, 283].

Исми мураккаби тобеи *сарҳалқа* аз вожаи тоҷикии *сар* – ҷузъи асосӣ ва калимаи арабии *ҳалқа* – ҷузъи тобеъ таркиб ёфта, аслан, аз ибори *сари ҳалқа* сохта шуда бошад ҳам, маънои *огозу саршавии ҳалқаро*, ки мисли *сар* якҷанд маъно доштаву маънои чорумаш маҷозан “гурӯҳе, ки дар ҳам ҷамъ мешаванд; анҷуман, маҳфил” [7,170] аст, надорад. Зеро ин ҷо *сар* низ ба маънои шашум “раис, сардор” [7,206] омада, ҳарду ҷузъ дар якҷоягӣ дар таркиби ибори “сарҳалқаи риндон”-и байти болои Ҳофизи Шерозӣ маънои *пешвои ҷамоати озодадешонро* ифода кардааст. Ин аст, ки Ш. Рустамов таъкид менамояд, ки “таҳлили дурусти грамматикӣ калима бошад, танҳо вақте имконпазир мегардад, ки маънои ҷузъҳои он муайян карда шавад” [4,148].

Таҳлили вожаҳои мураккаб нишон медиҳанд, ки дар ашъори шоирони мавриди таҳқиқ бо истифода аз ду вожаи арабиасл як исми мураккаби тобеъ сохтан бештар маъмул будааст:

Эй беҳабар, бикӯш, ки соҳибхабар шавӣ,

То роҳрав набошӣ, кай роҳбар шавӣ ? [8, 487].

Хуш бувад мавъизаву ҳикмати соҳибнафасон,

Нағмаи най шунав, ар ғӯши дилат бар панд аст [6,136].

Сӯфиён, гар ҳиммате доред, ҷоме даркашед,

3-он хуми сӯфӣ, ки соҳибҳимматонро машраб аст [5,61].

Тавре аз исмҳои мураккаби тобеъ: *сарҳалқа*, *соҳибдил*, *соҳибғараз*, *соҳибҳиммат*-и дар абёти шоҳиди мазкур омада, пайдост, онҳо аз ҷиҳати маъно, аслан, сифати барҷастаи шахси мавриди назари шоирон буда, дар матни шеър ҷойи он шахсро иваз кардаанд.

2. **Исм+сифат.** Қолиби дуҷуми гурӯҳи I – факки изофат аз исму сифат таркиб ёфтааст. Ин қолибро дар забони адабии ҳозираи тоҷикӣ ҳам бемаҳсул [4,151] ва ҳам каммаҳсул гуфтаанд [1,122]. Ш. Рустамов пеш аз овардани 11 вожа таъкид мекунад, ки миқдори калимаҳои бо ин қолиб таркибёфта он қадар зиёд нестанд [4,152]. Дар “Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик” бошад, ғайр аз 10 вожаи дар “Исм” омада (*ҷомакуҳна* наёмадааст), 5 исми мураккаби тобеи дигар ҳамроҳ кардаанд, ки дар миёни онҳо *сипоҳсолор* [1,121] на бо усули факки изофат, балки бо усули ибораҳои ғайриизофӣ ташаккул ёфтааст. Чунки ибори *сипоҳи солор* маънои сарлашқарро намедихад, чи тавре ки ин мазмун аз ибори *солори сипоҳ* (сардори лашқар) берун меояд. Ҳамчунин, исми мураккаби “сипоҳсолор”-ро бояд ба ин гурӯҳ шомил надонем, зеро калимаҳои “сипоҳ ва солор” ҳарду мансуби исманд ва дар пайвастагӣ ба қолиби якуми гурӯҳи аввали қолиби сохташавии исмҳои мураккаби тобеъ тааллуқ дорад.

Ин қолиби ташаккули исмҳои мураккаби тобеъ дар забони шеърӣ Ҳофизӣ Шерозӣ, Камоли Хучандӣ ва Салмони Соваҷӣ низ бемаҳсуланд. Исмҳои мураккаби бо ин қолиб ташаккулёфтаи ашъори шоирон ба тариқи зайланд: *номасиёҳ, чигарташна*.

Калимаи *номасиёҳ*, ки дар он исми *нома* сифати *сиёҳ*-ро ба худ тобеъ кардааст, дар байти зерин баъди исмҳои содаи *ринду маст* исми мураккаби тобеъ маҳсуб меёбад:

Ман арчи ошиқаи ринду масту номасиёҳ,

Ҳазор шукр, ки ёрони шаҳр беғунаҳанд [8, 201].

Зеро калимаи *номасиёҳ* дар байти боло ба саволи исм (Ман агарчи кӣ ҳастам?) кӣ ҷавоб мешавад.

Исми мураккаби тобеи *чигарташна* аз исму сифат таркиб ёфтааст:

Намекунам гилае, лек абри раҳмати дӯст,

Ба киштзори чигарташнагон надод наме [8, 471].

Калимаҳои *номасиёҳ, чигарташна* исмҳои мураккаби тобеанд, ки ҳарду ҷузъашон калимаҳои тоҷикӣ ба шумор мераванд.

Оморгирии ҷузъҳои таркибии исмҳои мураккаби қолиби дуҷуми таркибёбии гурӯҳи I – факки изофат нишон медиҳад, ки шоирон дар ин навъи калимасозӣ бештар бо калимаҳои, аслан, тоҷикӣ сару кор дошта, аз калимаҳои арабӣ низ, баъзан, истифода бурдаанд. Аксари исмҳои мураккаби тобеи ин қолиб таркибёбӣ, аслан, сифат буда, дар ашъори шоирон исм шуда омадаанд.

3. **Исм+сифати феълӣ.** Чунин қолиб дар ашъори Ҳофизӣ Шерозӣ мушоҳида нашуд, вале бо чунин қолиб Камоли Хучандӣ калимаи “дилхаста”-ро зикр мекунад. Исми “дилхаста” аз ибори исми “дили хаста” таркиб ёфта, дар матн осори классикон аксар ба вазифаи сифати феълӣ меояд, вале дар байти зер ҳамчун исм ба кор рафтааст:

Дилхаста нашуд ошиқ аз он тирӯ наёзурд,

Дил хаста аз он шуд, ки ба рӯзи дигар андохт [6,147].

Хулоса, натиҷаи паҷӯиш нишон дод, ки факки изофат ва қолибҳои калимасозии он дар ашъори шоирони асри XIV серистеъмол буда, шоирон дар ниғаҳдории қолибҳои калимасозии забони тоҷикӣ саҳмгузор буда, кӯшидаанд, ки бо риоя аз меёрҳои забони адабӣ ва қолабҳои калимасозии он вожаҳои вижаи худро сохтаанд.

Адабиёт:

1. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. Ҷилди 1. Душанбе: Дониш, 1985.- 358 с.
2. Қосимов О. Вожаи “бӯй” дар ашъори Рӯдакӣ ва Шайх Камоли Хучандӣ // Маводи конференсияи байналмилалӣ «Камоли Хучандӣ: ташаккули адабиётшиносӣ ва равобити адабӣ» (Хучанд, 28-29 октябри соли 2016).-Хучанд: Ношир, 2016.-С.143-149
3. Раҳматуллозода С.Р. Калимасозии исм (дар асоси маводи шеваҳои ҷанубӣ ва ҷануби шарқии забони тоҷикӣ)/ С.Р. Раҳматуллозода. Душанбе, МН “Дониш” 2019.-226 с.
4. Рустамов Ш. Исм./ Ш. Рустамов.- Душанбе: Дониш, 1981.- 219 с.
5. Соваҷӣ С. Девон./ С. Соваҷӣ. Бо кӯшиши Аҳмад Карамӣ. Техрон, 1371.- 856 с.
6. Хучандӣ К. Девон. Таҳия ва тасҳеҳи матн аз Абдучаббори Сурӯш ва Саидумрон Саидов./К. Хучандӣ.- Хучанд: Андеша, 2011.- 632 с.
7. Ҳасан А. Фарҳанги форсии Амид. / А. Ҳасан. Ҷ.1. Техрон: Амири кабир, 1381.-С. 848-1381
8. Шерозӣ Ҳ. Девон./ Ҳ. Шерозӣ. (бар асоси нусхаи Халҳоӣ ва муқобила бо нусхаи Бодлиёну Панҷоб, бо тасҳеҳи Б. Хуррамшоҳӣ). Техрон: Дӯстон, 1385.- 668 с.

Калонova М.Ҷ., Шарипов Ш.Р. САЙРИ ТАЪРИХИИ ВОЖАИ «СОВА»

МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Академияи идоракунии давлатии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тоҷикистон

Мубрамияти мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки топонимика яке аз қисматҳои муҳимми илми забоншиносӣ ба шумор рафта, омӯзиши қисматҳои он: ойконимия, лимнонимия, потамономия ва амсоли инҳо аз масоили муҳим дар назди муҳаққиқону забоншиносон қарор мегирад.

Мақсади таҳқиқот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи луғатҳои муътабари форсии тоҷикӣ ба сохтору этимологияи лексемаи “Сова” рӯшанӣ андозем.

Мавод ва методи таҳқиқот. Маводи таҳқиқоти моро фарҳангҳои боэътимоди форсӣ-тоҷикӣ ташкил карда, хангоми таҳқиқот ба методи таҳлили сохторӣ ва муқоисавӣ таъя карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Ойконим, аслан, номи нуқтаи маскунӣ ва аз ин ҷо ойконимия маҷмуи номҳои мавзёҳои ҷуғрофӣ аст, ки ба навъҳои нуқоти маскунӣ марбутанд ва ба чунин мавзёҳои ҷуғрофӣ чудо мешаванд: шаҳр, ноҳия, ҷамоатҳо, маҳалла, кӯча, гузар ва ғ. Аз миёни номвожаҳои ҷуғрофӣ номи шаҳрҳо дар эҷодиёти адибону шоирон зиёд ба назар мерасад. Лексемаи “Сова” аз ҷумлаи чунин ойконимҳо маҳсуб ёфта, соҳибони каломӣ мавзун кӯшидаанд дар назми худ бо зикри ин ном зебогиву азамати онро нишон диҳанд.

Муҳаққиқони ватаниву хориҷӣ дар шарҳи вожаи “Сова” талоши худро кардаанд, ки албатта, назари онҳо гуногун аст. Муаллифи «Фарҳанги шаҳру устонҳои Эрон» Эраҷ Афшори Систонӣ бо тақия ба фарҳангҳои муътабари форсӣ, сараввал, чор маънии вожаи «Сова»-ро овардааст: (1) Сова ӯ Совашоҳ паҳлавони тӯронӣ аз хешони Қомусшоҳ аст, ки дар ҷанг бо Рустам кушта шуд; (2) Сова ӯ Сов зари ҳолиси шикаста ва реза-реза, буридаи тилло ва буттаи заргариро гӯянд. Гуфтаанд ба далели ҳосилхезии заминҳои Сова ба ин ном ҳаммонанд шудааст; (3) Сова номи машҳур дар аҷам ва гӯянд дарёчае дар он ҷо буд, ки ҳар сол як касро дар он ғарк мекарданд, то аз селон эмин монанд ва дар шаби валодати ҳазрати Муҳаммад (с) он дарёча хушк шуд; (4) Вожаи «Сова» кӯчакшудаи «се ов», яъне «се об» аст, дар баробари руstoi «Ова», ки дар он ҷо чашмаи об ва корез будааст. Пас аз зикри андешаи луғатнигорон, Э.А.Систонӣ андешаи худро чунин меорад: «Дар бораи номи «Сова» боистӣ аз «Ова» ва ӯ «Овач» бахши Ҷаъфарободи шаҳристони Қум, ки дар 30 км Бохтаршаҳри Қум бар канори Заринарӯд қарор дорад, ки бо сухани юнонӣ ба гунаи «Обахина» ӯ «Обакина» навишта шудааст. Ба гуфтаи Тумашк, «Ова» дар паҳлавӣ «avaka» ӯ «Обака» ва «Опак» ва гунаи пешинаи он «Овакаина» будааст. Сипас, мегӯянд, ин ном ҳаммонанди номҳои модист. Гунаи форсии бостон ӯ моддии номи Ова ӯ Оба, ки дар навиштаҳои Шуш Дориюши Ҳахоманишинӣ ба гунаи «Оваҳана» навишта шуда ва ба мафҳуми ислоҳии даҳ барои нуқтаи маскунӣ ба қор рафта, ки ба гуфтаи Даёкунов, бо «Ова»-и арманӣ санҷида мешавад. Даёкунов навиштааст: «Ба ақидаи бархе аз муҳаққиқон, ин калима мафҳуми шаҳрии санъатӣ ва бозаргониро мерасонад ва ба ақидаи бархеи дигар, ба маънои «истгоҳи Чопор» аст. Ҳамчунин, ин калима аз мавриди нуқоти маскунӣ ғайризаронӣ ба қор рафтааст». Аз баъзе муқаддимон ҳикоят аст, ки «Оба» дарёяке будааст. Яке аз подшоҳони аҷам, ки бар он бигзашт, дар канори он дарёча сайд кардан хуш ёфт, бифармуд, то он обро бикӯшоданд ва кӯшке бад-он мавзеъ сохтаву ба болои он баромад, осори қуҳна ва қадима дид. Он чи аз ин достони қуҳан бар-меояд, ҳамон аст, ки Қуме аз Оба маънии «бар об, обгирӣ обгоҳ, ӯ шояд ободу ободон»-ро хостааст. Решаи вожагони паҳлавӣ ва форсии «обод»-у «оподон» ҳам вожаи «ападана»-и модӣ ӯ форсии бостон аст, ки ба маънии «коҳ ӯ айвон» аст ва «ападана» дуруст дар мафҳум ва ҳам гуфтаи пешин «ободона ӯ ободӣ» таркиб ёфта, аз оп - об ва дон - пасванди макон аст, яъне ободон аст ва ҷойи обод, на коҳу айвон, ҳарчанд ки коҳ ва айвон ҳам ҷойи ободу ободгардида аст. Бархе аз забоншиносон вожаи «обод» ва «оподон»-ро таркибшуда аз «О» нафӣ+ «по-тан» гирифтаанд ва гунаи дигар барои вожаи «Оба» ҳам ин аст, ки шояд онро гунаи форсии «опӣ»-и модӣ ва ӯ форсии бостон донист, ки ба маънии *дар об ӯ андар об* аст.

«Пас аз гуфтугӯ дар бораи Овакаина ва санҷидани он бо Овакаина мавҷуд бар рӯи навиштаи Путингароё, ошкор аст, ки ин вожагон дар пасванди «-каина»-и модии пешин ва форсии миёна аст, ки пасванди макон ӯ нишонпазириву вобастагӣ аст ва ба яқин, гунаи модӣ ӯ форсии бостон вожагони *савокаина, совокаина ӯ овокаина*и юнонӣ навишта шуда, дар катибаҳои юнонӣ, *савогон, совагон, совагин, овагин* будааст, ки пас аз андохтани пасванди «-гон» ва «-гин» он чи мемонад, пораи нахуст ва решаи онҳо: «Соваг ва Оваг» хоҳад буд. Ҳарфи «г» дар забони паҳлавӣ низ ҳамон «х»-и ғайригуфтаи форсии миёна аст, ки бад-ин сон «Сова ва Ова» ба даст меояд. Ҳамин «г»-и паҳлавӣ аст, ки бо «ч»-и арабӣ арабӣ мешавад ва Соваҷ ва Оваҷ ба даст меояд. «Ҳо»-и ғайригуфта дар таркиб ӯ пасванди вобастагӣ ва нишонпазирӣ низ таъдил ба «г» мешавад, монанди вожаи «бора - асб» дар таркиб бо «ё»-и вобастагӣ таъдил ба «г» шудааст. Бинобар ин, гунаи баёни ҷадиди «Сова ва Ова» ҳукм мекунад, ки баёни пешини онҳоро «Соваг ва Оваг» бо пасванди «-он» ӯ «-ин» бидонем. Чунонки дар рӯзгори бостон Совагон/Овагон ӯ Совагин/Овагин мегуфтанд ва ҳамон гуна, ки гузашт, пораи «-гон» ӯ «-ин» дар юнонӣ ба гунаи «каина» баён мешудааст. Дар гузари садаҳо Совагон/Овагон ва Совагин/Овагин ҷузъи пасванди «-он» худро дар аз ҳам фаро гирифтани мардумон аз даст дода, ба гунаи Сова гузаштааст [3,862-866]. Луғатшиносии эронӣ Алиакбари Деххудо решаи «Сова»-ро зари судаву резарезашуда [1,13374] медонад.

Хулоса, лексемаи “Сова” аз номҳои ҷуғрофие ба ҳисоб меравад, ки таърихи қадима дошта, то ба имрӯз дар хусуси этимологияи он андешаи дақиқ иброз нашудааст ва дар ин маврид, мо андешаи муҳаққиқони эронӣ Афшори Систонӣ ва Алиакбари Деххудо нисбатан ҷонибдорӣ намуда, чунин андешаи дорем, ки шояд исми “Сова” маънии “Сова ӯ Сов зари ҳолиси шикаста ва реза-реза, буридаи тилло ва буттаи заргариро гӯянд”.

Адабиёт:

1. Деххудо А. Луғатномаи Деххудо. Ҷ.9. Техрон, 1379.- С. 13177-14464
2. Систонӣ Э. А. Фарҳанги шаҳрҳо ва устонҳои Эрон. Ҷ.1. Техрон: Созмон, 1392.- 744 с.
3. Систонӣ Э. А. Фарҳанги шаҳрҳо ва устонҳои Эрон. Ҷ.2. Техрон: Созмон, 1392.- 744 с.
4. Ҳасан А. Фарҳанги форсии Амид. Иборат аз 3 ҷилд. Ҷ.1. Техрон: Амири Кабир, 1381, 848 с.

Калонова М.Ҷ., Шарипов Ш.Р.

МАВҶЕИ БАҲРИ ҲАЗАҶ ДАР ҶАЗАЛИЁТИ ЗУҲУРИИ ТУРШЕЗӢ

МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Академияи идоракунии давлатии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тоҷикистон

Мубрамияти мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки рукни муҳими сохтори осори ғиноӣ вазни шеърӣ буда, маҳз ҳамин вазн пояи каломӣ мавзун ва офарандаи мусиқияти шеър аст ва шоирони қудратманд то ҷое ифодаи маъноро низ дар он ғунҷоиш додаанд.

Мақсади таҳқиқот аз он иборат аст, ки мавҷеи авзони шеърӣи Зухурии Туршезӣ, бахусус, баҳри ҳазачро муайян намоем.

Мавод ва методи таҳқиқот. Маводи таҳқиқоти моро “Девон”-и Зухурии Туршезӣ ташкил карда, ҳангоми таҳқиқот ба методи таҳлили сохторӣ ва муқоисавӣ тақия карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Интиҳоби вазни шеърӣ, ки бояд ба муҳтаво ва отифат муртабит бошад, дар ғазал, аксаран, аз ҷониби шоир ноогоҳона сурат мегирад, агарчи “дар мавриди достонсароӣ ва мавзӯпардозӣ шоир вазиро мутаносиб бо мавзӯи интиҳоб мекунад”.

Ҷиҳати муайян намудани мақоми Зухури дар тақомули ғазали асрҳои XVI-XVII баррасии авзони ашъори

ӯ муҳим буда, ба пиндори Парвиз Нотили Хонларӣ “аз қадимтарин замоне, ки истилоҳи шеър ё муодили он дар забонҳои дигар ба яке аз анвои ҳунар итлоқ шуда, ҳамеша мафҳуми он бо мафҳуми вазн мулозима доштааст”.

Шукуфа Дорой дар мавриди қорбурди авзони шеърӣ дар ғазалиёти Зухурии Туршезӣ гуфтааст, ки “баҳрҳои рамал, ҳаҷаз ва мучтас басомадтарин бухуре ҳастанд, ки вай аз онҳо баҳра бурдааст” ва ҳамин муҳаккиқ 500 ғазали шоирро ба тариқи интиҳоб аз ҷиҳати вазни шеърӣ мавриди баррасӣ қарор дода, ба ҳулосае омадааст, ки Зухурӣ “аз 8 баҳри арӯзӣ истифода кардааст, ки ба тартиби басомад аз рамал (34/3%), ҳаҷаз (20/3%), мучтас (19/2%), мунсарех (8/2%), музореъ (8/3%), хафиф (6/8%), раҷаз (2/1%) ва мутақориб (1/3%)” иборатанд [3, 135, 152].

Агарчи Шукуфа Дорой бар он аст, ки Зухурӣ аз 8 баҳри арӯзӣ истифода кардааст, баррасии мо нишон медиҳад, ки бухури мавриди баҳра қарордодаи шоир ҳудуди ин теъодро убуру мекунад.

Аз ин ҷо, метавон бар он пиндор омад, ки қорбурдатарин авзон шеърӣ дар осори адибони сабки ироқӣ ва ҳиндӣ ҳаҷазу раҷазу рамал будаанд. Ғазалҳои зерини Зухурӣ дар баҳри ҳаҷаз мусаммани солим (мафойлун, мафойлун, мафойлун) V - - - / V - - - / V - - - / V - - - / суруда шудаанд:

Кас аз ман қоронтар нест, ноқомист қом ин ҷо,
Надонам бастатар аз ҳеш, озолист қом ин ҷо[4, 30].

Ва:

Димоғам барнаматобад фусуни пиру барноро,
Ҷунуне қу, ки дар занҷир печам қӯху саҳроро[4, 31]?

Ва ё:

Зи беморӣ ҷӣ ҳосил паҳлуи бистарпарастонро,
Мабодо захми марҳам синаи ханҷарпарастонро[4, 33].

Аз навъҳои баҳри ҳаҷаз, ки ҳушӯҳангу мутантан аст, дар девони Зухурӣ баҳри ҳаҷаз мусаммани солим бештар қорбурд дорад. Вазн дар ғазалиёти Зухурӣ ба муҳтаво ва отифат мутобиқат дошта, шоир авзонро баргузидааст, ки бо муҳтаво ва ҳолати инфӣзлии ғазалаш ҳамоҳанг аст:

Ҷу шукраш ҳар/ замон ҳоҳам/, ки бедодаш/ фузун бошад,
Хушо роҳат/, ки озори/ қасе ўро/ шугун бошад[4, 289].

Зи тарқи ул/фаташ қонам/, ба тан улфат/ намедонад,
Зи шавқи суҳ/бати ў хил/валӣ хилват/ намедонад[4, 292].

Ба гулгашти/ қаман рафтӣ/, қаман сарви/ равон дорад,
Хиҷил шуд бо/ғбон, пиндош/т, боғаш ар/ғувон дорад[4, 298].

Дил аз андешаи васли ту оӣ қарда ҳимматро,
Тамошо дар тамошои ту ҳайрат қарда ҳайратро[4, 33].

Ҳаҷаз мусаддаси аҳрабу мақбузу мақсур (мафъӯлу мафойлун, мафойл) - - V / V - V - / V - ~ (2 бор):

Нам дар қигар аз тағи дарун нест,
Аз ғия баромадем, ҳун нест[4, 162].

Ва:

Қу дида, ки дидаи зарур аст,
Қу дил, ки тағидани зарур аст[4, 148].

Дар баъзе байтҳо ба қойи қуқни оқирини мақсур – мафойл маҳзуф – фаълун (V - -) меояд:

Бар ёди ту заҳрҳо шақарҳо,
Бо қўии ту шомҳо шақарҳо[4, 24].

Ё

Ё Раб, асаре дуои қоро,
Сабре дили муқталои қоро[4, 26].

Ҳаҷаз мусаддаси мақсур (мафойлун, мафойлун, мафойл) V - - - / V - - - / V - ~ :

Ба заҳр олада ҳар қо анғубин аст,
Ҳасак дорад ба қайб, ар ёсумин аст[4, 172].

Ва:

Ҷу ҳиҷрон душмани қамфурсате нест,
Ду қўи дўстонро муҳлате нест[4, 142].

Ҳаҷаз мусаддаси маҳзуф (мафойлун, мафойлун, фаълун) V - - - / V - - - / V - - :

Ҳулоса, ҳар яке аз вазни шеърӣ дар ғазалҳои Зухурӣ дорои муқӣ ва ҳолати ҳосест, ки барои осонтар шудани ифодаи маъно қорбасти шудааст. Қорбурдатарин вазни Зухурии Туршезӣ ҳаҷаз буда, вазн дар ғазалиёти Зухурӣ ба муҳтаво ва отифат мутобиқат дошта, шоир вазнҳоро интиҳоб кардааст, ки бо муҳтаво ва ҳолати ғазалаш ҳамоҳанг аст.

Муаллифон ақида доранд, ки Зухурӣ вазнҳои муносиб ва табииро интиҳоб нақарда, онҳо ба ғазалиёти шоир ноғоғона ҳамоҳанг шудаанд.

Адабиёт

1. Азизов, С.С. Авзони ғазалиёти Қамали Ҳуҷандӣ / С.С. Азизов // Фаслномаи илмӣ-адабии Қамали Ҳуҷандӣ. – Ҳуҷанд: Ношир, 2020. – №2(22). – С. 66-86.
2. Азизов, С.С. Баъзе мулоҳизаҳо роҷеъ ба поэтикаи ғазалиёти Низомӣ. / С.С. Азизов // Номаи Донишгоҳи давлатии Ҳуҷанд ба номи академик Б.Ғафуров: илмҳои қомеашиносӣ. – Ҳуҷанд: Нури маърифат, 2018. – № 4 (57). – С. 114-123.
3. Дорой, Шукуфа. Таҳлили вежағҳои сабки ғазалиёти Зухурии Туршезӣ//Баҳористони суҳан. - №49. 1399. –

4. Туршезӣ, Зухурӣ. Девони ғазалиёт. Бо таҳқиқ ва тасҳеҳи дуктур Асғари Бобосолор/ Зухурии Туршезӣ. – Техрон: Китобхона, музей ва маркази асноди маҷлиси Шӯрои исломӣ, 1390. – 1622 с.

Камолова Р.Р.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЙ АУДИТОРИИ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Во все времена и на всех этапах развития любого общества вопросы совершенствования подготовки специалиста остаются актуальными. В современной системе образования, при ее модернизации, с учетом экономических предпосылок эти вопросы приобретают особую важность.

В период глобальных реформ высшего образования особое внимание уделяется обеспечению высокого качества профессионального обучения и развития личности.

Профессионально ориентированное обучение русскому языку как средство получения специальности опирается на коммуникативные потребности студентов, прежде всего, в профессиональной (учебно-профессиональной и научно-профессиональной) сфере общения. Обучение в этом случае направлено на формирование и развитие у них коммуникативных компетенций при выполнении различных социально-коммуникативных ролей в таких актуальных ситуациях общения, как лекция, практическое занятие, семинар, коллоквиум, зачет, экзамен, библиотека, выступление на научной конференции, защита курсовой, дипломной или диссертационной работы и т.п. Основным мотивом изучения русского языка как средства получения специальности, как показывает анкетирование, является желание быстро и качественно овладеть будущей специальностью [4].

В соответствии со сложившейся в обществе экстралингвистической ситуацией, т.е. определенным социальным заказом, в настоящее время перед преподавателями русского языка стоят две задачи, которые необходимо объединить в одну систему профессионально ориентированного обучения: обучение русскому языку как средству получения специальности и обучение русскому языку как средству профессионального делового общения.

Актуальными ситуациями общения при этом являются деловые беседы разных уровней, совещания, переговоры, написание деловых профессиональных бумаг, писем и т.п.

Цель. Обосновать эффективность профессионально-ориентированной системы обучения, направленной на формирование у студентов потребности и умений использовать в дальнейшем русский язык для решения профессиональных задач. При данном подходе кафедра готовит «специалиста» профессионала, который умеет пользоваться языковыми средствами в своей учебе, а в дальнейшем и в профессиональной деятельности.

Материал и методы. Реформирование высшего медицинского образования проходит в условиях существенного дефицита учебных часов, отводимых на изучение предметов, вследствие большой дифференциации учебных дисциплин. Относительно русского языка можно согласиться с мнением специалистов, что две системы профессионально ориентированного обучения: обучение русскому языку как средству получения специальности и обучение русскому языку как средству профессионального делового общения — являются параллельно существующими. Профессионально ориентированный подход реализуется нами в каждодневной преподавательской деятельности, благодаря которой создан целый учебный комплекс, состоящий из Учебного пособия для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете: для студентов 1 курса [6] и Рабочей тетради для самостоятельных работ студентов 1 курса.

Результаты. Реализация профессионального общения невозможна без наличия у обучаемых определенных общеобразовательных, стратегических, информационно-компьютерных умений, а также специальных (профессиональных) знаний и умений общения. Такой расширенный состав компонентов позволяет говорить не столько о содержании, сколько о так называемой «лингвопрофессиональной обучающей среде», которая представляет собой комплекс условий, неотъемлемых для формирования профессиональной коммуникативной компетенции специалиста.

Особенно важным профессионально ориентированное обучение русскому языку представляется в медицинском вузе. С позиций компетентностного подхода целью высшего медицинского образования является формирование всех составляющих профессиональной компетентности и личности будущего врача, обеспечивающие его готовность к профессиональной деятельности [1]. Профессионально ориентированное обучение русскому языку должно реализовываться, по нашему мнению, путем интеграционных, междисциплинарных связей через сотрудничество преподавателей-русистов с преподавателями-предметниками, преподавателями клинических дисциплин. Оно должно учитывать мотивацию студентов и требования работодателей к выпускникам медицинских вузов.

Каждое практическое занятие разделено на теоретическую и практическую части. Занятия строятся по принципу этапности. Практическая часть проходит в два этапа: 1 этап — коммуникативная компетенция формируется и развивается на общеупотребительном материале, 2 этап — коммуникативная компетенция формируется и развивается на материале медицинской терминологии.

Для формирования и развития профессионально значимых лингвистических и коммуникативных компетенций используются языковые и речевые упражнения: за наблюдением языкового факта следует его анализ, самостоятельный поиск аналогичного языкового факта, творческое задание.

В качестве примеров приведем малую часть заданий Профессионального этапа, построенных на основе медицинской терминологии.

Профессиональный этап раздела «Орфоэпия» имеет, например, следующие задания:

Прочитайте данные слова, учитывая правильное ударение и запишите их в алфавитном порядке, разделив в два столбика — одушевленные/ неодушевленные.

Образец:

Одушевленные	Неодушевленные
Врач Гинеколог	Анатомия Биология

университет, колледж, уролог, врач, студент, медицина, компьютер, сканер, медсестра, декан, провизор, термограф, эпидемиология, терапевт, куратор, хирург, факультет, остеосклероз, фармацевт, биология, мастер, лекция, экзамен, информатика, стоматолог, заявление, вода, наука, невропатолог, терапевт, гигиена, офтальмолог, физик, преподаватель, анатомия, языковед, диета, лаборатория, язва, сессия, гинеколог, анатомия, декан, терапия, остеопороз. [6]

В каждой тройке слов одно неродственное. Вычеркните его.

1. Лес, лестница, лесничий.
2. Честный, чесночный, чеснок.
3. Смешной, смешать, смешить.
4. Дивный, удивительный, диванный.
5. Левый, лев, налево.
6. Водичка, водитель, водяной.
7. Сожаление, сочувствие, жалость. [6]

Приведем примеры заданий, включенных в раздел изучения лексики.

Подберите необходимый пароним:

1. Заболевание — болезнь: ... бронхитом может начинаться с острого респираторного заболевания. — Острый бронхит — опасная ...
2. Заложен — обложен: Язык больного был ..., нос был ...
3. Покашлять — откашлять: Больному нужно ..., чтобы врач выслушал дыхание. — Больному нужно ... мокроту, чтобы врач определил ее консистенцию.
4. Недолеченный — невылеченный: Бронхит остался ..., поскольку больной не завершил курс лечения. — Больной с ... бронхитом стал источником инфекции».

Подберите синонимы к данным глаголам. Анализировать, локализоваться, внедрять, покупать, обучить, привлекать, удалять, притворяться.

Образец: анализировать – исследовать.

Найдите соответствие медицинских значений (левый столбик) и медицинских терминов (правый столбик). Запишите в тетрадь, объединив два соответствия в предложение по типу: Механизм развития болезни, или патогенез.

Возобновление болезни	диагностика
Распознавание заболевания	ригидность
Напряженность мышц	рецидив
Судорожное сжатие сосудов	причина
Медицинская биография больного	спазм
Этиология	анамнез жизни

При изучении грамматики в рамках профессионально-ориентированного обучения предлагаем следующие задания.

Например, вместо точек напишите слово лаборатория в нужном падеже, где надо добавьте предлог. Ученый руководит (чем?) ... Ученый работает (где?) ... Ученый задержался (где?) ... Ученый возглавил (что?) ...

Просклоняйте следующие существительные: поликлиника, больница, аптека, университет, профессор, лекарство, воспаление.

Напишите глаголы, обозначающие указанные изменения цвета и состояния, придумайте с ними несколько предложений.

Образец: становиться красным – краснеть. Стеснительный человек всегда краснеет.

Становиться красным, белым, темным, черным, синим, теплым, холодным, голодным.

Согласуйте числительные с существительными. Запишите словосочетания:

4 (студент), 2 (студентка), 43 (операция), 1 (очки), 24 (час), 3 (сутки), 8 (занятие), 6 (окно).; 2) И. П. Павлов — 1 из известнейших физиологов мира.

В соответствии с системой профессионально ориентированного обучения — обучение русскому языку как средству получения специальности — студентам предлагаются задания на формирование и развитие определенных видов речевой деятельности и необходимых для обучения в вузе жанров. Например, даются рекомендации по записи лекций, определяются особенности конспекта, аннотации, реферата и т.п.; даются образцы оформления разных жанров, а также требования к оформлению и образцы оформления официально-деловых бумаг.

В рамках обучения русскому языку как средству профессионального делового общения особого внимания заслуживает деловая беседа, или в нашем случае — общение врача пациентом, которое должно быть личностно-ориентированным и которое должно быть построено с учетом индивидуальных и социально-культурных особенностей пациентов: темперамента, характера, возраста, отношения к болезни, тяжести заболевания, гендерных различий, социально-культурных различий (этнос, национальность, религия, социальное и экономическое положение, образование).

Нарушения в коммуникации врача и пациента влияют на эффективность лечения.

Успешное обучение русскому языку как средству профессионального делового общения способствует корректному формированию коммуникативной компетенции при общении врача с пациентом. Данный вопрос решается в

нашей практике посредством диалогов коммуникативно-компетентностной направленности. Наши усилия по профессионально ориентированному обучению русскому языку в рамках решения двух задач: обучение русскому языку как средству получения специальности и обучение русскому языку как средству профессионального делового общения — имеют неплохие результаты.

Выводы. Таким образом, профессионально-ориентированный подход при обучении русскому языку будет иметь эффективные результаты, если обучение русскому языку в полилингвальной студенческой аудитории будет строиться в тесном сотрудничестве преподавателей-русистов с преподавателями-предметниками, преподавателями клинических дисциплин. При этом необходимо учитывать мотивацию студентов и требования современного рынка труда к выпускникам медицинских вузов. Система обучения должна соответствовать двум системам профессионально ориентированного обучения: обучение русскому языку как средству получения специальности и обучение русскому языку как средству профессионального делового общения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Молчанов А.С. и соавт. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
2. Мушников Д.Л., Орлова Е.В., Гареева О.Д. Филологическая культура медицинского персонала как фактор обеспечения качества медицинских услуг // Материалы X Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке; Инновационные технологии в биологии и медицине», 9—12 декабря 2009 г. — М., 2009. — С. 245—248.
3. Орлова Е.В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентностный подход: монография. — М.: Форум, 2012.
4. Орлова Е.В. Русский язык и культура речи для медицинских вузов. — Ростов н/Д: Феникс, 2011.
5. Орлова Елена Владимировна Профессионально ориентированное обучение русскому языку и культуре речи в медицинском вузе // Полилингвальность и транскультурные практики. 2012. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/>
6. Юлдошев У. Р. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете: для студентов 1 курса, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. — Душанбе. «Хикмат», 2020. - 194с

Камолова Х.

ФАРҲАНГИ ЧОМЕАИ МУОСИР ВА ТАЪСИРИ ҶАҶОНИШАВӢ

Кафедраи фанҳои чомашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тоҷикистон

Дар таърихи тамаддуни ҷаҳонӣ ҳар як халқу миллат бо офаридаҳои моддию манаҷиаш саҳми арзандаи худро мегузорад. Аз ин рӯ, омӯзиши тамаддуни ҳар як халқ, аз як тараф, ба бою ғанӣ гардидани тамаддуни башарӣ, ки аз маҷмӯи тамаддуноҳои халқҳои ҷаҳон иборат аст, мусоидат мекунад, аз тарафи дигар, ташаккули инкишофи маданияти ин ё он халқро дар масири таърих муайян карда, саҳифаҳои дар зери ғубори фаромӯшӣ мондаи онро таҷдид менамояд ва аз бархӯрди маданиятҳо наслҳои баъдиҳо огоҳ менамояд ва дар маҷмӯи сатҳи ҳудодоҳӣ ва худшиносии миллӣ ва умумибашарию вусъат мебахшад. [1]

Миллати тоҷик аз замонҳои давлатдорӣ Қуруши Кабир ҳамчун миллати тамаддунофар маълум буд, зеро рушди илм ва фарҳанг дар сиёсати давлатдорӣ тоҷикон дар мавқеи аввал меистод. Имрӯз низ дар асоси дастовардҳои гузашта, миллати тоҷик бо сарвари Пешвои миллат Эмомалӣ Раҳмон сиёсати маорифпарварона ва тамаддунпарваронаро идома дода, анъанаҳои маданияти қадимаи тоҷиконро идома медиҳад.

Аммо вазъияти ҷаҳонӣ глобалӣ шаҳодат аз он медиҳад, ки таҳдидҳо барои фарҳанги кишварҳо арзи вучуд доранд ва дар маркази ин ҳатарҳо пеш аз ҳама тамаддуни миллӣ ва фарҳанги миллӣ меистад. Дар ин масир, ҳифзи арзишҳои миллӣ аз таъсири манфии ҷаҳонишавӣ вазифаи аввалиндараҷаи далаат ва халқ ҳисоб мешавад.

Яке аз омилҳои манфӣ, ки ба фарҳанг ва тамаддуни қадимаи тоҷикон таъсир мерасонад, ин афзоиши фарҳанги ба ном «оммавӣ» мебошад, ки тавассути ВАО, интернет ва дигар воситаҳои рақамӣ байни ҷавонон паҳн мешавад.

Аз тарафи дигар ҳаракатҳои динӣ, ки дар ҳориҷа ҷойгир шудаанд, кушиш мекунанд, ки фарҳанги миллии мор обо фарҳанги бегона иваз намоянд. Маҳз аз дасти чунин «диндорон» академияи Гундишопур, китобхонаи Сомониён, асарҳои Сино, Берунӣ ва ҷандин олимони бузурги форсу тоҷик нобуд гардида, тамаддуни тоҷикон ба даҳсолаҳо ақиб партофта шуд. Имрӯз низ дар Афғонистон аз тарафи ҳукумати муллоҳо фарҳанги тоҷикзабонон поймол мегардад ва боз тамоми ин амалҳо аз номи дин содир мешаванд. **Вобаста ба ин таҳдидҳо, ки ҳавфи паҳншавии фарҳанги бегонаро дар мамлакат зиёд мекунанд, Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон тадбирҳои амалӣ андешида истодааст.**

Дар муддати кӯтоҳ вобаста ба ҳифзи арзишҳои фарҳангии миллӣ, як қатор санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ, аз ҷумла Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи танзими анъана ва ҷашну маросимҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва «Дар бораи масъулияти падару модар дар таълиму тарбияи фарзанд», Барномаи давлатии тарбияи ватандӯстии ҷавонон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, қабул гардиданд, ки татбиқи онҳо боиси хеле боло гардидани фарҳанги миллӣ дар ҳаёти чома гардид. Дар баробари санадҳои меъёрии ҳуқуқии соҳавӣ як қатор қонунҳо, консепсияҳо ва барномаҳо дар соҳаҳои фарҳанги миллӣ қабул ва амалӣ шуданд, ки ба ҳифзи фарҳанги миллӣ равона шуданд.

Дар шароити ҷаҳонишавӣ таҳдид ба фарҳанги миллӣ дар шаклҳои мухталиф арзи вучуд дорад ва аз ҳамин лиҳоз маҳз давлат таассути амалӣ намудани барномаҳои худшиносии миллӣ метавонад тарбияи фарҳангии насли наврасро дар амал татбиқ намояд. Давлат ҳамчун танзимгари асосии муносибатҳои чома, барномаҳоро дар самти тарғиб ва паҳн кардани арзишҳои миллӣ, танзими фарҳанги рафтору ахлоқ дар чома, ҷаҳонбинии миллӣ ва дигар равияҳои фарҳангӣ амалӣ намуда, бо ҳамин роҳ миллатро ҳамчун созандаи давлати

миллӣ дар атрофии мақсадҳои сиёсӣ, фарҳангӣ ва иқтисодӣ муттаҳид намоёнд.

Вобаста ба ҳамин вазифаи асосие, ки ҳалли ҳудро талаб мекунад, ин аст, ки давлати соҳибистиклол бояд дар муқобили таасуроти ҳаматарафаи ҷаҳонишавӣ ба монанди таъсири шабакаҳои интернетӣ, иқтисоди ҷаҳонӣ, фарҳанги ҷаҳонӣ ва дигар зухуроти манфии раванди ҷаҳонишавӣ ҳудро ҳифз карда тавонад.[3] Агар агар мо замони ҷаҳонишавиро таҳлил кунем, мушоҳида мекунем, ки он на танҳо маҳсулоти моддиро дар назар дорад, балки қисми муҳими онро тарғиби маънавият ва фарҳанги Ғарб ташкил медиҳад. Аломатҳои ин тарғибот дар синамо, воситаҳои ахбори омма, телевизион, интернет ва дигар шаклҳои фаъолияти инсонро дар бар мегирад.[5]

Аз ҳамин лиҳоз таъсиси сарҳадҳои маънавӣ ва милликунории ҷаҳони маънавии миллат дар мадди аввали барномаҳои давлат қарор дорад. Пешвои миллат Эмомалӣ Раҳмон дар асари «Нигоҳе ба таърих ва тамаддуни ориёӣ» қайд намуданд, ки тамаддуни тоҷикон дар муқолаи фарҳангӣ бо дигар тамаддуноҳои ҳамҷавори худ дар аҳди бостон ва асрҳои миёна буда, гоҳ дар дохили тамаддуноҳои дигар ҳамчун ҷузъи таркибии он амал кардааст ва гоҳе ҳам дигар тамаддуноҳоро тобеъ ва дар таркиби худ ҷой дода, ба ҳаёти созандаи ҷомеа мусоидат намудааст.

Аммо дар асл решаи он аз ориёӣҳо манша мегирад. Дар асрҳои миёна донишмандону мутафаккирони Шарқ – Фирдавӣ дар «Шоҳнома»-и безаволи худ, Табарӣ дар «Таърихи табарӣ», Муҳаммади Шаҳристонӣ дар «Ал-милал ва-л-ниҳал», Ибни Ҷавзо дар «Ал-фарқ байн-ал-фирақ», Ибни Надим дар «Ал-фехрист» баъзе масъалаҳои таърихӣ, фарҳангӣ ва афкори маънавии ориёӣҳоро мавриди баррасӣ қарор дода буданд.

Омӯзиши тамаддуноҳои аҳди бостон, аз ҷумла тамаддуни қадимаи ориёӣ бояд дар асоси дастовардҳои бостоншиносон сурат пазирада. Дар Панҷакенти бостонӣ (маданияти давраи сангу миси Саразм), доманақӯҳи Кабудтоғи Туркменистон (маданияти давраи нави сангии Ҷайтун), Олтинтеппа (маданияти ҳавзаи Мурғобу Марв), Намозгоҳтеппа (қисмати ғарбии дарёи Тачан), тамаддуни археологӣ Марғуш-Бохтар, бошишгоҳҳо ва маҳалҳои аҳолинишин дар резингоҳи рӯди Мурғоб (Балхоб, Самангонрӯд, Ҷағанрӯд, Шерободу Ому), соҳилҳои миёнаи рӯди Ому, Сафолтеппа, Ҷарқутан, Даштлӣ, маданияти давраи неолити Хоразми қадим (Ҷон-бозқалъа, Ҷакил, Оқчадар, Бӯрли), бошишгоҳи Сарғозон дар наздикии Самарқанд, Теппаи Ҷозиёни Ҳисор ва водии он – Тутқавул, Норақ, Соии Сайёд, Дараи Шӯр, Кангурт, Бӯлғи Поёни ноҳияи Данғара ва Кӯлоб далел аз онанд, ки фарҳанги тоҷикон таърихи хеле бой дорад. То замоне, ки ҳомилони воқеии ҳар тамаддун вучуд доранд, тамаддуни он халқ низ аз байн нахоҳад рафт. Бинобар он баъди ҷорӣ шудани дини ислом тамаддуни ориёӣ на фақат боқӣ монд, балки он бо унсурҳои тозаии «тамаддуни исломӣ» ғанӣ гардид ва дар навбати худ, ба тамаддуни исломӣ таъсири муассире расонид.[1]

Дар шароити ҷаҳонишавӣ ва таъсири равандҳои геополитикӣ ҳар як давлат ниёз ба қувваҳои дорад, ки тавонони муттаҳид кардани халқро дар роҳи ҳалли масоили давлатӣ дошта бошанд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омилҳои муҳимтарини муттаҳидсозии миллат ин Президенти мамлакат Эмомалӣ Раҳмон мебошад, ки аз рӯзҳои аввали сарвари давлат даст ба қорнамоҳои бузург ниҳод ва бо ҳамин шухрати халқи Тоҷикистон, минтақа ва ҷаҳониро соҳиб гардид. [4]

Маҳз шахсияти Пешвои миллат Эмомалӣ Раҳмон ва сиёсати маърифатпоарваронаи вай яке аз омилҳои рушди фарҳанги бойи тоҷикон дар замони истиқлолият гардид. Дар самти ҳифзи фарҳанг ва арзишҳои миллӣ, халқи Тоҷикистон бояд аз қасду ниятҳои бадхӯҳони миллат огоҳ бошад, зиракии сиёсиро аз даст надиҳад ва ба ҳеҷ вазҳ рӯҳафтада нагардад. Баръақс, бо шукргузорӣ аз соҳибдавлат будани ҳеш ва бо андеша дар микёси даҳсолаҳои фаъолияти созандагиву бунёдкориро ба нафъи Ватани маҳбӯб, ба нафъи наслҳои оянда дилпуруна идома диҳад. [2].

Ҳамин тавр ҳулоса қардан мумкин аст, ки Ҷумҳурии Тоҷикистон сиёсати фарҳангӣ ва маданияро татбиқ карда, рушди арзишҳои миллиро қафолат медиҳад. Фаъолияти давлат оид ба таъминсозии фарҳанги миллӣ ҷорабиниҳои гуногунро тақозо мекунад, ки онҳоро давлат мунтазам дар амал татбиқ карда истодааст.

Дар баробари ҳамин, нақши институтҳои иҷтимоиро низ бояд ба назар гирифт, зеро тарбияи фарҳангӣ аз оила сар мешавад ва аз ин ру давлат, ҷомеа ва волидайно зарур аст, ки дар ин самт қори ҳудро фаъол намоёнд, то ки насли наврас аз синни хурдсолӣ ба эҳтироми фарҳанги миллӣ омӯхта гардад. Ин самти тарбия бахусус дар шароити имрӯза бештар муҳим мебошад, зеро ки таҳдидҳо ба фарҳанги миллӣ ру ба афзоиш доранд ва моро зарур аст, ки муташаққилона дар ҳифзи арзишҳои фарҳангӣ саҳми ҳудро гузорем.

Адабиёт

- 1.Раҳмонов Эмомалӣ, Нигоҳе ба таърих ва тамаддуни ориёӣ, Душанбе: Ирфон, 2006 - с. 372
- 2.Паёми Президенти ҶТ Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси Олии ҶТ, Душанбе соли 2011
- 3.Сафаралиев Б.С., Из истории духовной культуры таджикского народа.- Монография, Челябинск 2011.-С. 7
- 4.Фархундапай, Шарифзода А., Заробиддини Қосим, -Душанбе 2014.-С. 89 (336 с.)
- 5.Jjma Nazary, Post-soviet chaos.Violence and Dispossession in Kazakhstan.- London 2002 www.plutobooks.com/

Қамоллова Х.

ФАРҲАНГИ МИЛЛӢ ВА МАДАНИЯТИ ТАЪРИХӢ ҲАМЧУН ВОСИТАИ ШИНОХТИ

Қафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Қино» Тоҷикистон

Халқи тоҷик дорои фарҳанги қӯҳан ва арзишҳои бузурги моддӣу маънавӣ мебошад. Дар тули ҳазорсолаҳо аҷдодони тоҷикон дар ғанӣ гардонидани фарҳанги ҷаҳон саҳми арзандае гузоштаанд ва фарҳанги имрӯзаи миллат яке аз аломатҳои қӯҳанбунёдии тоҷикон маҳсуб мешавад. Давраи нави инкишофи ҳаёти фарҳангии мамлакат аз замони ноил гардидан ба истиқлолияти давлатӣ оғоз мегардад. Ҳуқумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯзҳои аввали ба даст овардани истиқлолияти сиёсӣ, соҳаи фарҳангро яке аз соҳаҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии давлат дониста, барои пешрафти он тамоми тадбирҳои заруриро амалӣ намуд. [3]

Дар доираи маданияти таърихӣ, ҳар як миллат аз маънавият ва мероси моддӣи худ ифтихор мекунад, ки он фарҳанги миллиро ташкил медиҳад. Бинобар муҳимияти фарҳанг, давлат дар амалӣ намудани барномаҳои

фарҳанги миллий нақши асосӣ дорад.

Дастовардҳои фарҳанги миллий инчунин муарифгари миллат дар арсаи ҷаҳонӣ мебошанд ва ҳамвора саҳми миллатро дар фарҳанги ҷаҳонӣ нишон медиҳанд. Дар баробари ҳамин фарҳанги миллий барои худшиносии миллий зарурат дорад, ки қисми муҳими онро фарҳанги миллий ташкил медиҳад. Фарҳанги мардуми тоҷик аз тамаддуни оиреӣҳои қадим сарчашма мегирад ва бо мақсади тарғиби фарҳанги қадимаи тоҷикон, ҳамасола дар сатҳи шахру ноҳияҳо, вилоятҳо ва ҷумҳуриявӣ чорабиниҳои адабӣ ба монанди «Фуруғи субҳи доноӣ», хонишҳои бадеӣ, вохӯрӣ бо шоирон ва дигар чорабиниҳои гузаронида мешаванд.

Дар амалӣ кардани тарбияи маданияти сиёсӣ, ҷои асосиро функсияи сохторҳои таълими мегиранд. Таълим ва тарбия дар самти тарбияи маданияти сиёсӣ омӯзиши системаи фарҳанг, арзишҳо, маданият, ахлоқ, урфу одат, расму оин, анъана ва дигар дастовардҳои миллатро дар бар мегирад. Тавассути тарбия ва таълими фарҳанг дар мактаб ва донишқадаҳо инсонҳо аз дастовардҳои бехтарини ҷаҳонӣ дар самти маънавият бархурдор шуда, таҷрибаи гузаштагонро бо дарназардошти шароити кунунӣ амалӣ менамоянд.

Аз лиҳози муҳимияти ин марказҳо барои тарбияи фарҳангӣ, бо сиёсати маорифпарваронаи Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон шумораи онҳо сол аз сол зиёд шуда истодааст. Агар соли таҳсили 1991 – 1992 дар ҷумҳурӣ шумораи умумии муассисаҳои таҳсилоти умумӣ 3229 адад, бо 1.325,4 ҳазор нафар талабагон бошанд, пас дар соли таҳсили 2005 – 2006 шумораи он муассисаҳо 3804 адад, бо 1.682 ҳазор нафар талабагон, соли таҳсили 2009 – 2010 шумораи муассисаҳо 3780 адад, бо 1.694,9 ҳазор нафар талабагон расидааст. Дар миқёси ҷумҳурӣ дар солҳои 1992 – 2010 ҳамагӣ 949 бинои мактаб барои 244.253 ҷойи нишаст, бо маблағи 469.361 ҳазор сомонӣ сохта ба истифода дода шудааст, ки ин суръат аз суръати сохтмони мактабҳо дар солҳои 80 – ӯми асри XX – 1,6 маротиба зиёд аст. [5]

Ташаккули фарҳанги ҷомеа бо арзишҳои миллий алоқаи зич дорад ва аз ҳамин ҷиҳат ахлоқ, маърифат, урфу одат, анъана ва дигар боигарӣҳои маънавии халқ қисми тарбияи фарҳанги миллиро ташкил медиҳанд. Чунин арзишҳои миллий ба монанди росткорӣ, ҳурмату эҳтироми калонсолон, ҷавонмардӣ фарҳанги маънавии миллатро инъикос менамоянд.

Дар ин масир ахлоқ ва масъалаи худшиносии шахсият аз тарафи олимони ҳамчун синоними адаб, одоб, озодамард, ҷавонмард таҳия шуда, рафтори ҳамида ва разиларо ҳамчун намунаи рафтор тавсияи мешуморад. Ҳамвора категорияи ахлоқ ҳамчун яке аз шаклҳои шуури ҷамъиятӣ воситаи асосии муносибати байни шахсиятҳо ва ғайрияти яқояи одамон дар баробари урф, одат, маросим, муқаррарот, меъёрҳо танзимгари асосии ин муносибатҳо доништа мешавад.

Маданият бошад, ҳамчун падидаи ҳосил инсоният маҷмуи ахлоқ, дастоварди моддӣ ва маънавиятро дар бар мегирад. Барои ҳамин ҳам дар таълими фарҳанг ва маданият диалектикаи маданияти маънавий ва моддӣ, маданияти ахлоқӣ шахсият, унсурҳои маданиятнокии шахс, маданияти ахлоқӣ-ҳуқуқӣ, маданияти суҳан, маданияти муошират, маданияти рафтор, тақсимбандӣ шудаанд, ки ҳар кадоми онҳо самти алоҳидаи фарҳангро ташкил медиҳад. [4]

Бо ташаббуси Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон фарҳанги миллии қадимаи тоҷикон имрӯз боз аз сари нав эҳё шуда истодааст. Тавассути эълон кардани соли ҳунарҳои мардумӣ ҳунармандон аз сари нав ин самтро ҳамчун манбаи даромад ва илҳом истифода меkunанд.

Ҳунарҳои мардумӣ падидаи ҷолиб ва мураккабе дар фарҳанги бисёрҷабҳаи ҳар як халқу миллат аст, ки он аз сапедаҳои таърих бо сарнавишти мардум гиреҳ хурдааст. Он падидаи гуногунпаҳлу буда, навъҳои мухталифро фаро мегирад, ки перомони ҳар навъи он метавон дахҳо китобро тадвин намуд. Ин намунаи ҳунар бо номи «Чакан», «Зардӯзӣ», «Гулдӯзӣ», «Колинбофӣ», «Ҷомадӯзӣ» “Чуроббофӣ”, “Тоқидӯзӣ”, “Муҳрабофӣ”, “Кандакорӣ” ва ғайраҳо шӯҳрат дорад, ки аз даврони қуҳан то имрӯз ҳамчун тимсоли дониш ва шинохти ҷаҳон боқӣ монда, таърихи хеле қадима дорад.[3]

Дар раванди сиёсати фарҳангии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳунарҳои меъморӣ, кандакорӣ, кашададӯзӣ, чуроббофӣ ва дигар ҳунарҳои даврҳои қадим зинда шуданд. Масалан дар дар кашададӯзии мардуми кӯҳистони Дарвоз усулҳои ба худ ҳосил маъмули ростакӣ, сарак, мойра, молак, қайқ, паскук инчунин усулҳои қадимаи сияҳдӯзӣ ва чаппадӯзӣ муайян шуданд, ки онро олимони ҳамчун аломатҳои ориёӣ муаррифӣ мекарданд. Мантиқи ин идея дар он буд, ки аввал ягон монандӣ ёфта мешуд ва баъд онро бо қаблаҳои хиндуориёӣ пайваста, пас миёни ин монандиҳои замони мо ва гузашта муқоисаҳо мегузарониданд. [2]

Тоҷикон яке аз миллатҳои қадимаи дунё ва дорои таърихи беш аз 6000 – сола буда, ҳанӯз аз даврҳои бостонӣ соҳиби саводу қалам, девону дафтар, илмдӯсту адабпарвар, давлатсозу давлатдор, меъмору шахрсоз, шахрдору шахрнишин, яъне фарҳангиву тамаддунсоз ва ободкору созанда ба шумор мераванд. Тоҷикистон, барҳақ, ватани Наврӯз, Сада, Тиргон ва Мехргон аст. Ҳар кадоме аз ин ҷашнҳо таърихи беш аз 6000 – сола дорад.

Халқи шарафманди тоҷик нангу номуси ватандорӣ ва ҳисси баланди миллий дорад ва бо чунин хислатҳои неку созандаи худ метавонад иқдомоти аз имрӯза ҳам бештарро амалӣ карда, Ватани муқаддаси худро ба кишвари ободу пешрафта ва ҳамқадами ҷаҳони муосир табдил диҳад. Тоҷикон фарҳанги бисёр ғани ва таърихи басо пурифтихори бостонӣ доранд. Масалан, танҳо таърихи 5500 – солаи Саразм, ки аз ҷониби олимони сатҳи ҷаҳонӣ, марказҳои муътабари илмӣ дунё ва созмони бонуфузи байналмилалии ЮНЕСКО эътирофу тасдиқ шудааст, далели раднопазир ва бебаҳси қадимӣ будани миллати тоҷик мебошад.

Арҷ гузоштан ба фарҳангу таърихи бостонии миллат ва омӯхтани он, инчунин, аз худ кардани мероси ҷовидонаи садҳо ва ҳазорон нафар фарзандони фарзонаи халқамон, яъне шоирону адибон ва олимону мутафаккирони барҷастаи миллат вазифаи ҳар як соҳибватан мебошад. Мо ба хоҳири ҳифзи ёдгориҳои таърихӣ ва таъмиру нигоҳдории онҳо хеле қорҳои созандаро оғоз кардаем ва кӯшиш дорем, ки тавассути созмонҳои бонуфузи байналмилалӣ мероси моддӣ ва ғайримоддӣ кишварамонро ба аҳли олам ҳарчи бештар муаррифӣ намоем.[1]

Хамин тавр хулоса кардан мумкин аст, ки фарҳанг шакли зоҳирии арзишҳо ва маънавиёти ҷомеаро инъикос мекунад ва маданият бошад дунёи моддӣ ва иаънавиро дар маҷмӯъ ҳамчун зинаи тараққиёт дар бар мегирад. Ҳар дуи ин категория хувияти миллий ва худшиносии миллиро раванқ медиҳанд ва аз ҳамин лиҳоз ҳифзи онҳо, омӯзиши онҳо ва тарғиби онҳо вазифаи шаҳрвандон ва ниҳодҳои давлатӣ мебошад.

Адабиёт

1. Паёми Пешвои миллат. Моҳияти асосӣ.-Душанбе, 2021.-23 с.
2. Акризов М. А.Бобринской таққотҷии Помир.- Диссертатсия барои гирифтани унвони номзади илми таърих.-Душанбе 2021.- 190 с.
3. Абдурахмонова П. Ҳаёти фарҳангии ВМКБ дар солҳои 1991-2016.- Диссертатсия барои гирифтани унвони номзади илми таърих.-Душанбе 2016.- 195 с.
4. Зиёев И. Ғ. Барномаи таълими аз ғанни «Ахлоқ ва зебоишиносӣ» (барои муассисаҳои таҳсилоти олии касбӣ) Душанбе, 2018. 72 с.
5. Ҳотамов Н, Довуди Д, Муллоҷонов С, Исоматов М. Таърихи халқи тоҷик – Душанбе: -, 2011.- 583 с.

Каримов С.С., Усманова Г.М., Солиев А.А.

ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. ВИЧ/СПИД в настоящее время рассматривается экспертами ВОЗ, как угроза безопасности жизнедеятельности человечества и представляет угрозу национальной безопасности многих стран мира [4]. Инфекционная болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека – ВИЧ-инфекция, в финале которой развивается смертельный синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД) реально угрожает перспективам человеческого развития и экономическому росту, может привести к катастрофическим последствиям [2].

С 2016 года начался отсчёт Повестки дня в области устойчивого развития - Цели в области устойчивого развития (ЦУР) на период до 2030 года, принятой на саммите ООН 25 сентября 2015 года. Одной из задач Цели 3 ЦУР является положить конец эпидемии СПИД во всём мире к 2030 году.

В 2016 году была принята Стратегия Объединённой программы ООН по ВИЧ и СПИД (ЮНЭЙДС) на 2016-2021 годы «Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа». Стратегия является важным этапом на пути окончанию эпидемии СПИД к 2030 году. Целью 1 Стратегии для достижения её к 2021 году является 90-90-90: 90% ЛЖВ (взрослые и дети) знают о своём статусе; 90% ЛЖВ, знающих о своём статусе, получают антиретровирусную терапию (АРТ) и 90% ЛЖВ, получающих АРТ, достигают подавления вирусной нагрузки (подавление ВИЧ).

Учитывая существование определённой уязвимости детей ВИЧ и продолжение регистрации в немалом числе новых случаев данной инфекции среди детей [1], одной из ключевых сфер Стратегии, в контексте с Целью 3 ЦУР, является достижение элиминации новых случаев ВИЧ среди этой группы населения. По ЦУР и Стратегии большое значение имеют вопросы гендерного равенства, защиты сексуального и репродуктивного здоровья девочек и женщин, снижения уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, продолжающих ещё иметь место в учреждениях здравоохранения, в том числе относящихся к первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Стигма и дискриминация препятствуют обращению людей за помощью, для тестирования на ВИЧ.

Существующая в настоящее время ситуация в вопросе развития эпидемии ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии, в том числе в Республике Таджикистан, особенности эпидемического процесса, а также клинические и экономические аспекты эпидемии требуют активизации усилий по противодействию дальнейшему распространению названной инфекции на всех уровнях [3]. Одной из существенных особенностей ВИЧ эпидемического процесса в стране является заметное прогрессирование в последние годы полового механизма передачи инфекции [5]. Таджикистан является приверженным Политическим декларациям ООН по ВИЧ и СПИДу 2001, 2006, 2011 и 2016 годов, принял Цели в области устойчивого развития на период до 2030 года, присоединился к Стратегии ЮНЭЙДС. В Национальной программе по противодействию эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан на 2017-2020 годы учтены положения ЦУР и Стратегии ЮНЭЙДС.

В Таджикистане в 2018 году, в соответствии с рекомендациями ВОЗ – 2016, начата интеграция предоставления услуг в связи с ВИЧ в учреждениях ПМСП (в пилотном формате). Учитывая сказанное выше, актуальным является выявить основные факторы, обусловившие интеграцию услуг, в связи с ВИЧ, в учреждения первичной медико-санитарной помощи Таджикистана, особенно в связи с заметным прогрессированием в последние годы полового пути передачи инфекции, и наметить неотложные задачи службы ПМСП страны для повышения эффективности противодействия ВИЧ.

Цель исследования. Выявить основные факторы, обусловившие интеграцию услуг, в связи с ВИЧ, в учреждения первичной медико-санитарной помощи Таджикистана.

Материалы и методы. Проведён сравнительный в динамике анализ официальных статистических данных по ВИЧ-инфекции (ВИЧ) Государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Изучены ежегодные отчёты страны в рамках Глобального мониторинга эпидемии СПИД. Анализ полученных данных проводился посредством метода описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. В 2021 г. тестированием на ВИЧ в Таджикистане выявлено 922 новых случая инфекции. Основной путь инфицирования ВИЧ – половой – 83,7%. Доля людей в возрасте старше 50 лет (не из ключевых групп в подавляющем большинстве) среди новых случаев ВИЧ – 12,3% (2017 г. – 1205; 65,6% и 8,3% соответ-

ственно). Среди новых случаев ВИЧ-инфекции доли людей, обследованных из групп – «трудовые мигранты» и «по клиническим показаниям», составляют 24,7% и 24,5% соответственно.

Число людей, живущих с ВИЧ, знающих свой ВИЧ-статус (ЛЖВ), составляет в стране на 31.12.2021г. – 10077 человек. Получают антиретровирусную терапию (АРТ) – 8740 (87%) ЛЖВ, из них 14,2% – пациенты в возрасте старше 50 лет. Подавление вирусной нагрузки (ВН) наблюдается у 88% пациентов (2017 г. – 7516; 4942; 66%; 7,7% и 65% соответственно).

Общая смертность (преимущественно от заболеваний, связанных с ВИЧ) среди ЛЖВ в 2021 г. – 3,1% (2017 г. – 6,7%).

Уровень выполнения на 31.12.2021 г. (в %) целей 95-95-95 (Глобальная стратегия по СПИД на 2021-2026гг.) равен 74-87-88 (в 2017 г. по целям 90-90-90 – 50-66-65 соответственно).

В учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) страны (15 городских центров здоровья г. Душанбе) на 31.12.2021 г. наблюдаются и получают услуги, в связи с ВИЧ – 1155 ЛЖВ, из них 183 (15,8%) человека старше 50 лет.

Приведённые выше данные показывают, что в стране в динамике наблюдаются: 1) уменьшение количества регистрируемых новых случаев ВИЧ-инфекции на фоне продолжавшейся в 2021 г. пандемии COVID-19; 2) прогрессирование полового пути передачи ВИЧ-инфекции (увеличение в 1,3 раза); 3) увеличение доли лиц старше 50 лет среди новых случаев ВИЧ (в 1,5 раза); 4) увеличение доли лиц старше 50 лет среди пациентов, получающих АРТ (в 1,8 раза); 5) уменьшение общей смертности среди ЛЖВ, более чем в два раза. Около 50% среди новых случаев ВИЧ составляют обследованные из групп «трудовые мигранты» и «по клиническим показаниям».

В динамике заметно увеличиваются: 1) число ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус; 2) охват ЛЖВ АРТ; 3) увеличение доли стабильных пациентов среди получающих АРТ (имеющих подавленную ВН – менее 1000 копий/мл). На уровне ПМСП интегрированные услуги в связи с ВИЧ получают 11,5% от всех ЛЖВ в стране, знающих свой ВИЧ статус.

Выводы. Увеличение доли лиц старше 50 лет среди новых случаев ВИЧ и среди пациентов, получающих АРТ, указывает на появление фактора старения при ВИЧ. Развитию последнего способствует также уменьшение в результате АРТ смертности среди ЛЖВ. В результате АРТ увеличивается количество стабильных пациентов и продолжительность их жизни.

У пациентов старше 50 лет имеется больший риск появления различных неинфекционных заболеваний (НИЗ), чем у молодых, и им необходима соответствующая лечебно-профилактическая помощь от НИЗ, которую они могут получить, в первую очередь, в учреждениях ПМСП.

Прогрессирование полового пути передачи ВИЧ и большая доля среди новых случаев ВИЧ людей, обследованных из групп «трудовые мигранты» и «по клиническим показаниям», указывают на факт продолжающегося распространения инфекции в общей популяции, члены которой в целом при различных недомоганиях обращаются, прежде всего, в учреждения ПМСП, где по инициативе медработников могут быть, при необходимости, обследованы на ВИЧ.

Таким образом, одними из основных факторов, которые обусловили в 2018г. начало интеграции услуг в связи с ВИЧ в ПМСП страны (в том числе как упреждающая мера), можно считать следующие: 1) старение при ВИЧ; 2) увеличение числа стабильных пациентов; 3) распространение ВИЧ в общей популяции.

Список литературы:

1. Башкатова, С.А. Современные подходы к профилактике ВИЧ-инфекции у детей / С.А. Башкатова, Е.О. Клестова, С.Н. Стронина // Молодой учёный. 2016; 4:257-9.
2. Беляков, Н.А. Половой путь передачи ВИЧ в эпидемии / Н.А. Беляков, Т. Виноградова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. – 2011. – Т. 3. – № 4. – С. 7-20.
3. Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан / Р.М. Нуров [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. – 2014. – №2. – С. 118-23.
4. Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ/ ВОЗ. – июнь 2015. – 189 с.
5. Турсунов, Р.А. Научное обоснование роли полового пути передачи в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Таджикистане/ Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2014. – Т. 58. – № 1. – С. 105-109.

Каримов С.С., Усманова Г.М., Шарипов Э.Ш.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕРЕНОСЧИКОВ МАЛЯРИИ ЧЕЛОВЕКА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Малярия — это глобальная проблема здравоохранения, от которой ежегодно страдают миллионы людей во всём мире, приводя к смерти тысячи людей. Она является наиболее распространённым инфекционным заболеванием в теплых регионах мира, с глобальным уровнем инфицирования более трёх миллиардов человек и ежегодным уровнем смертности в один миллион человек [3].

Малярия является одной из самых распространённых в мире инфекционных болезней: она уступает только синдрому приобретенного иммунодефицита - СПИД и туберкулёзу, а среди трансмиссивных инвазий занимает первое место [3].

На большей части территории стран СНГ климатические условия допускают как устойчивое существование переносчиков - комаров рода *Anopheles*, так и развитие малярийных паразитов в организме переносчиков [1].

На территории Таджикистана среди обширного комплекса кровососущих двукрылых насекомых, важное место занимают кровососущие комары [2]. Переносчиками возбудителей малярии являются комары рода *Anopheles*, которые включают в себя 9 видов комаров, из которых наибольшую опасность представляют 5 видов: *An. artemievi*, *An. claviger*,

An. hyrcanus, *An. superpictus* и *An. pulcherrimus*, которые выплывают в относительно чистых, богатых растительностью водоёмах и рисовых чеках [2].

29 марта 2023 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально подтвердила, что в Азербайджане и Таджикистане больше нет малярии. Эта победа – результат последовательных столетних усилий двух стран по искоренению этой болезни. Сертификация ликвидации малярии – это официальное признание ВОЗ статуса страны, свободной от малярии. Сертификат выдается, если страна продемонстрировала, что цепочка распространения малярии комарами *Anopheles* прервана на всей территории в течение как минимум трёх последних лет. Страна также должна продемонстрировать способность предотвратить возобновление передачи инфекции.

К основным факторам влияния на кровососущих комаров следует отнести температурный режим, который на разных широтах различный. Методология прогнозирования воздействия возможных изменений климата, в основном повышение температуры воздуха в приземном слое, на кровососущих комаров ещё недостаточно разработана, большинство работ о воздействии повышения температуры на различные живые организмы выполнено не биологами и медиками, а специалистами по компьютерному моделированию, географами, математиками и экономистами [4].

Практически отсутствуют прямые наблюдения по изменению ареалов комаров под влиянием климатических факторов, так как за последние 100 лет не происходили климатические изменения, подобные сверхбыстрому подъёму температуры. Поэтому в основном прогнозы строятся на логических допущениях, подкрепляемых математическими расчётами [5].

Цель исследования. Оценить особенности влияния климатических и экологических факторов среды на распространение и развитие переносчиков и возбудителей малярии человека и выявить масштабы климатогенных изменений их потенциальных ареалов на территории Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Влияние факторов среды, в том числе климатических, на развитие личинок переносчиков оценивалось по результатам экспериментов, проведённых в лабораторных контролируемых условиях. Требования имаго к условиям среды обитания, в частности, к климату были получены с помощью анализа и обобщения данных полевых исследований. Воздействие температурного режима в приземном слое атмосферы и осадков на возможность устойчивого существования популяций переносчиков и развитие возбудителя малярии в организме переносчика оценивалось с помощью математических моделей.

Результаты исследования и их обсуждение. Прямым следствием повышения температуры станет подъём уровня мирового океана. В результате ряд низменностей может быть затоплен, а на морских побережьях и в дельтах рек образуется большое число новых водоёмов. Такие условия (в дельтах рек) в Таджикистане окажутся благоприятными для распространения кровососущих комаров. Если произойдет более широкое распространение *An. superpictus*, то, безусловно, возрастёт риск распространения трёхдневной и тропической (*P. vivax* и *P. falciparum*) малярий.

Наибольшее влияние изменения климата должно проявиться в предгорных и горных местностях при появлении заражённых людей и наличии эффективных переносчиков. Отсутствие условий для передачи малярии на территории востока Горно-Бадахшанской Автономной области (ГБАО) сдерживается низкими температурами и отсутствием переносчиков, но при потеплении климата высотная граница распространения переносчиков может переместиться на большие высоты над уровнем моря.

При составлении прогнозов изменения распространения комаров, вследствие возможного изменения климата следует учитывать большое число других факторов, кроме температуры. Немаловажную роль играют антропогенные изменения территории. Например, более широкое распространение *An. superpictus* на территории Таджикистана и нарастание численности *An. pulcherrimus* в равнинных зонах республики вследствие рисосеяния создало благоприятные условия для местной передачи тропической малярии в конце 90-х годов прошлого столетия.

Ветер является одним из способствующих факторов в распространении комаров. Достоверно показано, что ветер способен переносить комаров на расстояние в 100-150 км, а при особенно благоприятных обстоятельствах, даже на расстоянии более 650 км. Поэтому, на территории Таджикистана существует риск залёта зараженных спорозонтами комаров из Исламского государства Афганистан.

Огромное экологическое значение имеет влияние температуры на водный баланс комара. Это влияние нельзя рассматривать отдельно от других факторов, определяющих водный баланс – от влажности и движения воздуха. В иссушающей атмосфере (низкая относительная влажность, высокая температура) комары комплекса *An. maculipennis* при отсутствии питья или добычи быстро погибают. Однако комары этого комплекса также погибают при 98-100% относительной влажности. Поэтому даже при установлении температуры, обеспечивающей выживание экзотических видов комаров, причиной сдерживания их проникновения в Европу может стать недостаточная влажность воздуха на фоне повышения температуры.

Устойчивость существования популяций переносчиков определяется целым комплексом экологических факторов, действующих на всех стадиях развития особей. На стадии личинки приоритетное значение имеют такие факторы, как скорость течения в водоёме, его глубина, кислотность, солёность, жёсткость, температура водоёма, характер водной растительности. На стадии имаго приоритетное значение имеют такие факторы, как температура и влажность, условия охоты, наличие убежищ, условия зимовки.

Температура среды и плотность личинок оказывают существенное влияние на их чувствительность к бактериальным инсектицидам. Предполагаемое изменение климата в числе прочих эффектов может повлечь за собой и изменение чувствительности переносчиков к инсектицидам, применяемым для борьбы с ними.

Выводы. Прогноз фаунистического состояния популяций комаров в отношении маляриологической ситуации – задача сложная и ответственная. Она должна быть составной частью программ эпиднадзора за малярией и конечным результатом маляриологического мониторинга. Решение этой задачи требует знания современных методов многофакторного анализа. Прогноз составляют на основании ретроспективного и оперативного анализов на данной территории. Допускаются два варианта прогноза: благоприятный или ухудшение ситуации по сравнению с исходной.

Эпидемии малярии должны быть предсказаны и предупреждены. Если это невозможно, то они должны быть распознаны достаточно рано, чтобы было время мобилизовать необходимые силы и ресурсы для их подавления на начальной фазе развития.

Список литературы:

1. Званцов, А.Б. Переносчики малярии Содружества Независимых Государств / А.Б. Званцов, М.Н. Ежов, М.М. Артемьев // – 2013. - №3. - С.11.
2. Кадамов, Д.С. Кровососущие комары (Culicidae) Гиссарской долины Таджикистана: автореф. дисс...канд. биол. наук. / Д.С. Кадамов. – Душанбе, 2010. – 24 с.
3. Кондрашин, А.В. Малярия в мире и глобальная стратегия борьбы с ней / А.В. Кондрашин // Женева, 2007. – С. 80.
4. Фолланд, К. Мониторинг глобального климата и оценивание изменений климата / К. Фолланд, Д. Паркер // Всемирная конференция по изменению климата. – М., 2004. – С. 76-90.
5. Climate change and human health / World Health Organization. Document WHO/EHG // Geneva, 2016.

Каримова И. С.

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ПОЧВЕННОЙ ЗАСУХИ НА ПАРАМЕТРЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ПРОДУКТИВНОСТИ РАСТЕНИЙ ХЛОПЧАТНИКА

Кафедра медицинской биологии с основами генетики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Почвенная засуха, следствием которой является острая нехватка доступной растениям воды, сопровождается нарушением их метаболизма, снижением продуктивности и даже гибелью растений. Основная стратегия адаптации растений к засухе направлена на поддержание водного баланса за счет более экономного расходования воды и повышения водопоглотительной деятельности корня. (Губанова Н.Г., Джуроев О.Д., Санаев Н.Н. и др. 2012). Подобная стратегия реализуется с помощью целого ряда физиологических и молекулярных механизмов, таких как быстрое ингибирование роста молодых листьев или сбрасывание части листьев у закончивших рост растений и сокращение, тем самым, площади водоиспаряющей поверхности, закрывание устьиц, аккумуляция совместимых осмолитов, обеспечивающих защиту макромолекул и поддержание градиента водного потенциала между почвенным раствором и клетками корня в условиях прогрессирующего водного дефицита, что сохраняет способность корня поглощать почвенную влагу при засухе. (Rampino, Pataleo, Gerardi, etal, 2014).

Почвенная засуха, следствием которой является острая нехватка доступной растениям воды, сопровождается нарушением их метаболизма, снижением продуктивности и даже гибелью растений. Основная стратегия адаптации растений к засухе направлена на поддержание водного баланса за счет более экономного расходования воды и повышения водопоглотительной деятельности корня. Подобная стратегия реализуется с помощью целого ряда физиологических и молекулярных механизмов, таких как быстрое ингибирование роста молодых листьев или сбрасывание части листьев у закончивших рост растений и сокращение, тем самым, площади водоиспаряющей поверхности, закрывание устьиц, аккумуляция совместимых осмолитов, обеспечивающих защиту макромолекул и поддержание градиента водного потенциала между почвенным раствором и клетками корня в условиях прогрессирующего водного дефицита, что сохраняет способность корня поглощать почвенную влагу при засухе (Жолкевич, 1988; Kramer, 2000; Blum, 2010)

Цель исследования. Цель настоящей работы состояла, в изучении влияния продолжительной почвенной засухи на физиологические процессы у хлопчатника различных сортов и линий в период генеративного развития.

Материал и методы исследования. В качестве объекта исследования использовали растения средневолокнистого хлопчатника (*Gossypium hirsutum* L.) сортов Гулистон, Мехргон и перспективные линии Л-15 и Л-53 выращенных на экспериментальном участке Институт ботаники, физиологии и генетики растений Академии наук Республики Таджикистан (г. Душанбе).

Контрольные растения постоянно находились в условиях оптимальной влажности почвы (78-80% от ППВ), опытные растения с фазы начала цветения и до раскрытия коробочек находились в условиях недостатка почвенной

№	Сорт, линия	Масса хлопка-сырца*, г/растений	Масса сырца 100 долек, г	Количество полноценных и недоразвитых семян из 100 долек (улюк)	Масса волокна из 100 долек, г	Масса семян из 100 долек, г
Контроль (78-80% от ППВ)						
1.	Гулистон	54.1	120.7	652 (33)	47.0	73.8
2.	Мехргон	46.9	123.0	714 (50)	45.0	72.8
3.	Л-15	44.8	115.1	706 (18)	42.2	74.0
4.	Л-53	45.7	124.2	696 (21)	43.6	78.0
Опыт (54-56% от ППВ)						
1.	Гулистон	28.4 г	111.7	674 (43)	34.2	63.2
2.	Мехргон	23.6	105.0	710 (46)	32.5	59.2
3.	Л-15	26.6	103.0	682 (18)	35.4	64.6
4.	Л-53	29.7	112.1	712 (56)	36.8	67.0

влаги (54-56% от ППВ).

Таблица 1.

Влияние почвенной засухи на параметры хозяйственной продуктивности

Примечание: * - среднее из 10 растений.

Все эксперименты проводились в основном в фазах от начала цветения до массового плодообразования, так как этот период является наиболее чувствительным к недостатку воды и растения чаще подвергаются действию водного стресса (Эргашев, 1997).

Хлопчатник выращивали в полевых условиях согласно агрорекомендациям Министерства сельского хозяйства Республики Таджикистан (Научно - обоснованная система земледелия Таджикской ССР, 1984). Микрополевые опыты закладывались в трёхкратной повторности на делянках размером 25 м².

Результаты исследований и их обсуждение. В наших экспериментах (табл.1) при оптимальном водоснабжении масса 100 долек сырца была больше у линии Л-53 - 124,2 г. Меньшая масса 100 долек сырца была у линии Л-15 - 115 г, а у сорта Гулистон и Мехргон - 120,7 и 120 г соответственно. В целом, при водном стрессе у всех изученных сортов происходило снижение массы 100 долек хлопка-сырца, однако большее снижение этого показателя наблюдалось у сорта Мехргон (15,0%).

Общее количество полноценных и недоразвитых (улюк) семян у изученных сортов и линий оказалось почти равным. Вместе с тем, при водном дефиците у сорта Гулистон и линии Л-53 происходило увеличение как полноценных, так и недоразвитых семян. У сорта Мехргон и линии Л-15 эти различия между контрольными и опытными образцами оказались незначительными. При оптимальном водоснабжении растений соотношение волокна к семенам оказалось практически одинаковым - на уровне 35,1-36,7% волокна. Однако при нарастающей почвенной засухе наблюдалось значительное снижение доли волокна у сорта Мехргон и линии Л-15. У сорта Гулистон и линии Л-53 этот показатель оставался без существенных изменений.

Уровень водообеспеченности растений в период формирования репродуктивных органов оказывает существенное влияние на индекс листовой поверхности (ИЛП) и удельную поверхностную плотность листа (УППЛ).

Данные табл.2 показывают, что в условиях достаточного водообеспечения ИЛП посева сортов и линий средневолокнистого хлопчатника находится на одном уровне и составляет 4,25-4,39 м²/м². При дефиците почвенной влаги ИЛП посева у всех сортов и линий сокращается (на 10,3-12%). Особенно заметно это происходит у сорта Мехргон - на 16,6%.

УППЛ листа при оптимальном водном режиме находится в пределах 0,701-0,792 г/дм², однако в условиях засухи УППЛ заметно увеличивается у всех изученных сортов и линий средневолокнистого хлопчатника. Однако здесь можно наблюдать, что у сортов Гулистон и Мехргон этот показатель достигает 12-16,6% в сравнении с контрольным вариантом.

Таблица 2.

Индекс листовой поверхности (ИЛП) и УППЛ листа (УППЛ) при разных условиях водоснабжения сортов и линий средневолокнистого хлопчатника

Сорт, линия	Контроль (78-80% от ППВ)		Опыт (56-56 % от ППВ)	
	ИЛП, м ² /м ²	УППЛ, г/дм ²	ИЛП, м ² /м ²	УППЛ, г/дм ²
Гулистон	4.25±0.16	0.701±0.06	3.74±0.15	0.779±0.04
Мехргон	4.34±0.14	0.756±0.07	3.62±0.12	0.796±0.08
Л-15	4.39±0.18	0.784±0.05	3.82±0.11	0.832±0.06
Л-53	4.36±0.12	0.792±0.07	3.91±0.13	0.844±0.07

Выводы. В условиях продолжительной почвенной засухи у хлопчатника всех изученных сортов и линий происходит сокращение площади листьев и увеличение удельной поверхностной плотности листа. Уменьшается биологическая и хозяйственная продуктивность: уменьшается число и масса коробочек, число и масса полноценных семян, увеличивается количество недоразвитых семян («улюк»), все это приводит к снижению урожайности хлопка-сырца на 17,3-20,8 %.

Список литературы

- 1.Губанова Н.Г., Джураев О.Д., Санаев Н.Н., Садикова З.Ю., Хасанов Р.К. Метод межвидовой гибридизации в селекции хлопчатника //Вестник аграрной науки Узбекистана. - Ташкент. 3-4 (4950). 2012. - С.38-42.
- 2.Эргашев А. Физиолого-биохимические процессы в листьях хлопчатника при неблагоприятных факторах внешней среды // Депонир. рукопись. НПИЦентрМинэкономвнешсвязиРТ.-Душанбе, 1997, № 1 (1039), ТА-97.-27 с.
- 3.Жолкевич В.Н. Энергетика дыхания высших растений в условиях водного дефицита.- М.: Наука, 1988.-230 с.
- 4..Blum A. Crop Responses to Drought and the Interpretation Adaptation//Plant Growth Regul. 2010. v.20. 135-148.
- Kramer P.I., Boyer J.S. Water Relations of Plants and Soils. New York: Academic. 2000. 495 p.
- 5.Rampino P., Patalco S., Gerardi C., Mita G., Perrota C. Drought Stress Responses in wheat; Physiological and Molecular Analysis of Resistant and Sensitive Genotypes// Plant, Cell Environ. 2014. V.29. P.2143-2152.

Каримова А.Р.

САБАБҲО ВА ОҚИБАТҲОИ БА АМАЛ ОМАДАНИ ТАҒИРЁБИИ ИҚЛИМ ВА ОБШАВИИ ПИРЯҲҲО .

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносииМДТ “ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.Тоҷикистон

Истилоҳи тағирёбии иқлим ба тағирёбии ҳарорати умумиҷаҳонӣ, майлу суръати бод ва микдори боришот тааллуқ дорад. Ин тағирот натиҷаи гармшавии атмосфераи замин, гоҳо гармшавии глобалии замин номида мешавад. Иқлими замин тадричан дар давоми садсолаҳо тағйир ёфта то ба имрӯз идома дорад. Давраҳои хунок ба давраҳои гарм иваз мешуданд. Вале вақтҳои охир ин тағирот ба суръати баланд ва оқибатҳои дахшатнок ба амал меоянд.[2]

Боиси ифтихор ва сарфарозии аст, ки ташаббуси навбатии Сарвари давлат Эмомалӣ Раҳмон оид ба ҳифзи

пиряххо, ки ба рушди устуворӣ чомеа таъсири мусбӣ расонида метавонад аз ҷониби чомеаи ҷаҳонӣ ҳамовозӣ пайдо намуд. Дар Паёми шодбошии худ Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон аз 16 декабри соли 2022 қайд намуданд, ки «14-уми декабри соли 2022 Маҷмаи умумии Созмони Милали Мутаҳид ташаббуси панҷуми моро дар соҳаи об якдилона бо қабули қатъномаи махсуси худ тасдиқ намуд. Тибқи ин қатънома аввалан, «Соли 2025 ҳамчун соли байналмилалӣ ҳифзи пиряхҳо» эълон карда шуд. Дуюм ин ки аз оғози соли 2025 минбаъд ҳар сол 21 март ҳамчун «Рӯзи ҷаҳонии пиряхҳо» таҷлил карда мешавад». Ин рӯйдоди иқдоми муҳим ва таърихӣ Сарвари давлат идомаи ташаббусҳои навбатӣ дар рушди устувори об ва ҳифзи пиряхҳо мебошад. [4]

Қайд кардан ба маврид аст, ки тибқи сарчашмаҳои таърихӣ солҳои 80-ум ва 90-уми асри гузашта аз ҳама даҳсолаи гармтарин ба ҳирсб иноавад. Олимон қайд мекунанд, ки гармшавии иқлим дар натиҷаи фаъолияти инсон ба амал меояд.

Атмосфераи замин гармиро, ки аз руи замин ба амал меояд нигоҳ медорад. Дуоксиди карбон яке аз газҳои атмосфера буда, бо осони гармиро нигоҳ медорад. Ҳамзамон баъзе газҳои гармхонагӣ, ки ҳамарӯза аз гармхонаҳо ба атмосфера мераванд. Дуоксиди карбон ба атмосфера аз растаниҳои пусида ва сухтаҳои ҷангалзорҳо ҳориҷ мешаванд ва ба ҳавои атмосфера ва саломатии инсон таъсири манфӣ мерасонанд.[6]

Дар гузашта аз ҷониби мутахассисон раванди табиӣ микдори газҳои гармхонагӣ ҳориҷшавандаро танзим карда, мувозинати заруриро таъмин мекарданд. Вале даҳсолаи охир беш аз пеш сӯзишвории маъданро истифода карда микдори ҷангалҳо каму раванди табиӣ ҳодисаҳои вайрон мекунанд. Имрӯз газҳои гармхонагӣ дар натиҷаи ривочи истеҳсолот, партовҳои мошинҳо, заводу фабрикаҳо, марказҳои гармкунакҳои деҳхонагӣ ҳосил мегарданд. Чунин микдори газҳои гармхонагӣ дар атмосфера номувозинатиро ба амал меоварад. Микдори зиёди ҷангалҳо бо мақсади васеи истеҳсоли чубу тахта ва заминҳои қорам решақан мегардад. Дар натиҷа микдори дарахтоне, ки қобиляти фуру бурдани дуоксиди карбонро доранд кам мешаванд. Дар атмосфера микдори гармӣ пайваста боло рафта, ҳар қадар гармӣ бештар бошад, ҳамон қадар андозаи замин гармтар мешавад.[8]

Тағирёбии иқлим масъалаи умумиҷаҳонӣ ҳалталаби экологӣ ба шумор меравад. Сабаби асосии тағирёбии иқлим дар сайёра ифлосшавии атмосфера дар натиҷаи фаъолияти инсон аст. Ифлосшавии ҳаво бо ашёҳои гуногун ба амал меоянд ва аз ҳама бештар чунин омилҳо зарар меоваранд:

Дуоксиди сулфур. Яке аз сабабҳои ба атмосфера, паҳншавии он сухтани сузишворӣ дар истгоҳҳои барқӣ аловӣ мебошад.

Оксиди нитроген. Бештар дар газҳои ҳориҷкардаи автомобилҳо мушоҳида карда мешавад.[10]

Оксиди карбон, (гази карбонат) ба ҳаво аз ҳисоби пурра насухтани сузишворӣ ҳориҷ мешавад.

Дудайи сиёҳ ва ҷанг(зарҳаҳои муаллақ), ки дар таркибашон пайвастаҳои чунин металлҳо ба мисли қадими ва сурб дораду ҳангоми сузонидани сузишвории гуногун ба вучуд меояд.

Дар давоми 20 солаи охир оксиди карбон дар натиҷаи сузонидани сузишвории маъдани нест кардани ҷангалзорҳо ва фаъолияти инсон дар атмосфера қариб 30% афзудааст. Ба ин нигоҳ нақарда одамон ангиштро фаъолон истифода мекаранд. Аз таъсири газ, нафт ва гушаҳои дастраси табиат нест карда мешаванд. Масоҳати раванди мазкур чунон васеъ аст, ки ба тағироти умумиҷаҳонӣ, гармшавии глобалии иқлим оварда мерасонад.[1]

Дар натиҷаи гармшавии умумиҷаҳонӣ ҳарорати сайёра 0.8-2.4 дараҷа баланд мешавад, ки ба аксари силсилаҳои биологӣ зарар мерасонад, оқибатҳои он баъзе нуктаҳои саёраро ба ҳалокат оварда мерасонад. Боришоти сел дар фасли баҳор, обшавии пиряхҳо, давраи гулкунӣ ва афзоиши растаниҳо, лонасозии парандагон, тухмгузори моҳиҳо ва муҳочирати ҳайвоноту парандагон тағйир меёбад. Оқибатҳои чунин равандро пешгӯи кардан душвор аст. [3]

Солҳои охир тағиротҳои гуногуни глобалӣ махсусан гармшавии иқлим сабаби обшавии пиряхҳо гардида аст. Тибқи пешгӯии олимон даҳсолаҳои наздик қуҳҳои Ҷимолой, Алп, Тиён-Шен ва ғайра аз руйкашҳои барфиашон маҳрум мегарданд. Масалан ғарбии пиряхҳои Ҷимолой ҳар як сол 10-15 метр кам мешаванд. Дар натиҷа сатҳи оби 7 дарёи осӣи якраг боло рафта, пас аз даҳҳо сол якбора пас мешавад. Ин пеш аз ҳама ба дарёи "Зарди" Ҷитой- Янцзи ҳамчунин Ҳинду Ганг дахл дорад. Дар ҳолати омадани хушки ҳаҷми зарари иқтисодиро муайян кардан ғайри имкон мегардад, чунки аксари қулли аҳолии маҳалӣ аз ҳисоби кишоварзӣ умр ба сар мекӯрад ва доимо ба обёрӣ заминҳо эҳтиёҷ доранд.[5]

Мувофиқи барномаи тағирёбии иқлим ки олимони тоҷик пешгӯи мекунанд ба ҳисоби миёнаи афзоиши ҳарорат дар ҷумҳури соли 2050 ба 1.8- 2.9 градус ташкил медиҳад. Афзоиши ҳарорат махсусан фасли гармии сол эҳсос шуда, дар баъзе ноҳияҳо ба 4.9 градус мерасад. Нисбати пешгӯии боришот бошад аз сабаби мушкилиҳои рельефи қуҳи доштани минтақа номуайяниҳо мавҷуданд. Мувофиқи маълумоти ахбори нахустини милли оид ба тағйирёбии иқлим соли 2050 дар ҷумҳури боришоти солона 3-5% меафзояд.

Муайян шудааст, ки тағирёбии иқлим ҳам дар ҳаҷми глобалӣ ва ҳам маҳали оқибатҳои мусбӣ ва манфӣ ҳоҳад дошт. Он ба муҳити атроф ва системаи иҷтимоии иқтисодӣ иҷтимоӣ таъсир расонида, оқибатҳои манфиаш ҳам ҳамон қадар зиёд мешаванд.

Баландшавии ҳарорат ба 2-3 градус дар оянда раванди талафшавии яҳбандиҳо метезонад. Мувофиқи пешгӯиҳои дар Тоҷикистон ҳазорҳо пиряхҳои майда нест мешаванд. Ҳаҷми умумии яҳбандиҳои мамлакат 20% микдори яҳ бошад 25-30% кам мешавад. Дар ибтидо обшавии пиряхҳо боиси зиёд шудани шохобҳо гашта ва сатҳи оби дарёҳо якбора паст меравад.

Захираҳои оби Тоҷикистон дар оянда имкон дорад, ки дар баъзе ноҳия ва минтақаҳо (Помири ғарбӣ) афзуда, дар баъзе ноҳияҳои дигар (ҳавзаи дарёи Зарафшон, Қофарниҳон ва ғ.) аз ҳисоби баланд шудани ҳарорат талафшавии яҳбастаҳо ва зиёд гаштани бухоршавӣ кам мегардад.[7]

Эҳтимол аст, ки ҳаҷми фалокатҳои стихиявии махсусан селу обхезиҳо зиёд шаванд. Раванди тағирёбии иқлим ба микдор ва сифати захираҳои об таъсир мерасонад. Дар як вақт қонуниятҳои ташаккули шохобу маҷроҳо, ҳаҷм ва ҳусусияти тақсироти солона дигаргун мешавад, ки ба экология ва соҳаҳои нисбатан заифи иқтисодӣ

Тоҷикистон ва тамоми минтақаҳои Осиёи маркази ҷаҳони гидроэнергетика ва об таъминкуни таъсир мерасонад. Дар силсилаи экологии - Тоҷикистон, ки гуногуншакли биологии бой дорад тағироти ҳудуди вертикалии пахншавии растаниҳо ва олами ҳайвонот ба амал меояд. Гармшавии иқлим ба растаниҳои алафи таъсир мерасонад. Дар чарогоҳҳои баландкӯх ва марғзорҳои Алпи шояд таъсири ҳуб дошта, баробари ин дар чарогоҳҳои зимистона ва даравгоҳҳо бо сабаби гармшавии боришоту баландшавии ҳарорат таъсири бад ҳоҳад расонд. Имкон дорад, ки ба кам шудани маҷрои дарёҳо ва баландшавии ҳарорату таъсири рӯзафзуни антропогени тугайзорҳо танозул ёбанд. Дар натиҷаи хушкӣи тулонӣ аз сабаби гармшавии иқлим дар инкишофи растаниҳои чубию буттагӣ ва алафҳо дигаргун ба амал омада, муҳити муҳоҷирати паррандаҳо низ таъғир меёбад.

Тағирёбии иқлим ба соҳаи кишоварзӣи ҷумҳурии метавонад таъсири манфӣ расонад. Дар давраи солҳои 1991-2000 талафоти аз офатҳои табиӣ гидрометеорологӣ ва омилҳои ба он алоқамат 1/3 ҳиссаи тамоми талафотро ташкил дод. Давраҳои нисбатан тулонии хушкӣ ва ҳарорати баланди баҳорию тобистонии ҳаво метавонад ҳатари инкишофи раванди биёбоншавиро дар ноҳияҳои марказӣ ва ҷанубӣ афзун кунад. Нест кардан олами набототу ҳайвонот ҷомеаро саҳт ба ташвиш меоварад. Инчунин ҳодисаҳои кам гардидани захираҳои энергетикӣ, раванди биёбоншавӣ, шуршавӣ ва эрозияи заминро тезонад.[9]

Оянда инкишофи соҳаи нақлиёти ҷумҳурии ба шароитҳои табию иқлими номусоид маҳдуд карда мешавад. Ҳарорати баланди тобистон дар минтақаҳои кӯхӣ ва наздиқӯхӣ вайроншавию тағири шакли роҳҳои автомобилгард мешавад. Боронҳои шадид ва обҳезиҳои оби дарёҳо, боришоти боронҳои сел, ки ҳудуди васеъро фаро мегиранд, даҳҳо километр роҳро шуста мераваду иншоотҳои зиёдро аз қор мебароранд. Умуман ҳама-сола зиёда аз ҳазорҳо км роҳҳои автомобилгард дучори ҳодисаҳои табиӣ ғайриҷашмдошт мешаванд, ки дар байни онҳо омилҳои иқлимӣ нақши асосӣ мебозад.

Адабиётҳо:

1. Конституцияи ҚТ Моддаи 44 . Душанбе, Ирфон 2006
2. Паёми шодбошии Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон аз 16 декабри соли 2022
3. Тағирёбии иқлим. Маркази экологии ҷавонон. Душанбе-2007
4. Ҳифзи муҳити зист дар 15 соли соҳибистиклобият –Душанбе-2006 с.
5. Кисилёв К.Н. «Основи экологии»- Минск -2002 с 77
6. Рӯномаи «Ҷумҳурият», 29.04. 2023.№ 88-89
7. Рӯномаи «Наврӯзи Ватан» №36, соли 2004.
8. Салимов М., М. Сафаров М. «Пайванди наслҳо», Душанбе-2006.
9. Додобоева М.Н. рӯномаи Адабиёт ва санъат «Нақши анъанаҳои миллӣ дар эҳёи хунароҳ»
10. Рӯномаи Наврӯзи Ватан» №143.соли 2003.Маводҳои конференсияи байналмилалӣ илми-амалӣ» дар мавзӯи «Помир-сарчашмаи обҳои тоза».

Каримова А.Р.

ЛЕДНИКИ ТАДЖИКИСТАНА И ИХ РОЛЬ В СИСТЕМЕ ОРОШЕНИЯ В СРЕДНЕЙ АЗИИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Ледники Таджикистана составляют движущиеся естественные скопления льда, которые образованы в результате атмосферных осадков в высокогорном рельефе, где они отлагаются из-за прохладного климата. В силу своей массы и с учетом склона горной местности, ледники Таджикистана имеют тенденцию двигаться вниз а вода из тающего ледника стекает по долинам и равнинам Средней Азии. Стоит отметить, что основную массу ледников Таджикистана составляют так называемые долинны ледники, такие например как ледник Федченко на Памире, длина которого составляет 77 км. Общая же расстояние ледников Таджикистана составляет 1430 кв. км[5]. В условиях засушливого климата Средней Азии, значительную часть речных потоков составляют ледниковые воды. Однако резкие колебания погоды и глобальное потепление климата приводят к катастрофическим таяниям ледников. За последние 10 лет в Таджикистане растаяли около 1000 ледников и эта тенденция продолжает расти, что непосредственно угрожает сельскому хозяйству региона Средней Азии. Таяние ледников происходит со скоростью до сотен метров в сутки и эта заметно не только в Таджикистане, но на Кавказе, в Альпах, на Тянь-Шане, Камчатке, в Исландии, Чили и в других горных системах мира. Движение ледников Таджикистана впервые было обнаружено учеными в 1963 году, когда в верховье реки Вандж на Памире начал двигаться ледник Медвежий и это движение ледника составило 1,6 км. В 1973 году данный ледник продолжил своё движение в последующие годы было заметно отступление ледника от периода таяния [5]. В связи с ростом таяния ледников, в Таджикистане создана специальная научно-практическая структура по их исследованию - Государственное научное учреждение «Центр изучения ледников Национальной Академии наук Таджикистана», деятельность которого направлена на изучение ледников Таджикистана и их роль в системе водных ресурсов Средней Азии. В результате проведенных исследований, ученые Центра изучения ледников проводят регулярно оценок современного состояния ледников, в условиях изменения климата. В частности ими проведена оценка состояния ледника Федченко за период 1977-2020 годов с помощью снимков спутника Landsat – 2, 7 и Sentinel – 2A. На леднике Федченко была проведена оценка состояния ледника и ретроспективный анализ начиная с 1933 года. Это было первое исследование в данном направлении за последние 50 лет, связанное с ходом глобального потепления. Исследования показали, что в зоне абляции наблюдается серьезная деградация и выявляются крупные ледниковые озера. Прогнозы на основе моделей вызывают озабоченность резким таянием ледника и поэтому необходимо возобновить систематические экспедиционные и стационарные изучения ледника Федченко[2].

Также учеными Государственного научного учреждения «Центр изучения ледников Национальной Академии наук Таджикистана» проведен анализ погодных условий и их связь с возникновением стихийных бедствий в Таджикистане. Изучение связи стихийных бедствий с изменением основных метеорологических параметров показали, что в

горной местности по сравнению с долинами, где осадки незначительны, регистрируются значительные осадки, в результате которых сходят крупные селёвые потоки, которые становятся причиной значимого экономического ущерба, а иногда и человеческих жертв. В частности исследования показали, что процесс изменения температуры воздуха совпадает с возникновением селёвых потоков в зонах ледников и этот процесс можно рассматривать как предшественник ледниковых селёвых потоков [3].

Проблема таяния ледников и угроза сельскохозяйственным угодьям Средней Азии составила основу выступления Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона на проходившем 21 декабря 2016 года сессии Генеральной Ассамблеи ООН, которая единодушно одобрила резолюцию A/RES/71/222 под названием «Международное десятилетие действий «Вода для устойчивого развития» 2018-2028 годы». Проект резолюции поддержали 177 государств-членов ООН. Инициатива о провозглашении Международного десятилетия действий «Вода для устойчивого развития» впервые было выдвинуто со стороны Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмон, в ходе 7-го Всемирного Водного Форума, в апреле 2015 года, проходивший в городе Сеул, Корейской Республики. В соответствии с принятой резолюцией период 2018-2028 годы было объявлено Международным десятилетием действий «Вода для устойчивого развития». Президент Республики Таджикистан в своём выступлении на Форуме, подчеркнул, что современные глобальные вызовы и угрозы, требуют мобилизации усилий мирового сообщества с целью принятия соответствующих мер для предотвращения глобальной катастрофы. В рамках Международного десятилетия действий «Вода для жизни» в 2010, 2013 и 2015 годах были проведены три интерактивных диалога Генеральной Ассамблеи. Также был проведен обзор хода проведения Международного десятилетия действий «Вода для жизни» в июне 2010 года, Международная конференция высокого уровня по водному сотрудничеству в августе 2013 года и Международная конференция высокого уровня по итогам реализации Международного десятилетия действий «Вода для жизни» в июне 2015 года. Целью Международного десятилетия действий «Вода для устойчивого развития» является управление водными ресурсами, расширение сотрудничества стран по реализации целей и задач, связанных с водными ресурсами [4].

14 декабря 2022 года, Генеральная Ассамблея ООН приняла специальную резолюцию, согласно которому 2025-й год объявляется Международным годом сохранения ледников. В связи с этим начиная с 2025-го года и в последующем, дата 21 марта ежегодно будет отмечаться как Всемирный день ледников. Также, создается Трастовый целевой фонд по сохранению ледников. Заключительные мероприятия по этой инициативе будут проходить в 2025 году в городе Душанбе [1].

Очередным этапом решения водных проблем стало проходивший в период с 22 по 24 марта 2023 года в городе Нью Йорк Конференции ООН по проблемам водных ресурсов. На этой Конференции, Президент Республики Таджикистан был выбран в качестве Председателя этой конференции. В ходе Конференции было отмечено, что быстрый рост населения и таяние ледников, в скором времени приведет к глобальной нехватки водных ресурсов в масштабе региона и всего мира. Благодаря инициативе Лидера Нации по программе водных ресурсов обозначены основные направления финансирования проектов, сохранения и рационального использования водных ресурсов, реализации энергетических проектов, зеленого климата и других направлений.

Таким образом, можно прийти к выводу о том, что ледники Таджикистана в системе орошения сельскохозяйственных угодий Средней Азии играют ключевую роль. Именно ледники Таджикистана составляют основную массу рек движущиеся по равнинам Средней Азии до Арала. Исследование рек Таджикистана показывает их высокую зависимость от накопления и таяния ледников и с учетом их исчезновения важно сохранить водные запасы в рамках гидроузлов, строительство которых позволило бы обеспечить возможность орошения в низовьях Амударьи на территории Узбекистана и Туркменистана сотни тысяч га новых земель. Эти вопросы занимают одно из главных мест в повестке дня Совета по энергетической политике при интеграционном Комитете Евразийского экономического сообщества. В ходе заседания этого комитета в частности были рассмотрены вопросы подготовки предложений по совместному использованию водно-энергетических ресурсов бассейнов рек Амударьи и Сырдарьи а также сохранение Аральского моря. Учитывая глобальный масштаб таяния ледников, Таджикистан регулярно ставит обсуждение данного вопроса на различных площадках на уровне встреч мировых лидеров. Деятельность Государственного научного учреждения «Центр изучения ледников Национальной Академии наук Таджикистана» позволяет провести регулярный анализ состояния ледников и предотвращение связанных с их таянием стихийных бедствий в Таджикистане. Проблема таяния ледников как реальная угроза сельскохозяйственным угодьям Средней Азии составляет основу инициатив Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона, принятых на уровне ООН и реализация которых поможет сохранить баланс водных ресурсов в регионе Средней Азии.

Список литературы.

1. Поздравительное послание Лидера нации, Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона 15.12.2022 19:10, город Душанбе // Послания и выступления Основателя мира и национального единства - Лидера нации, Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона // www.president.tj, Режим доступа: 7 октября 2023 года
2. Каюмов А.К. современное состояние и перспективы изучения ледника Федченко в условиях изменения климата // Государственное научное учреждение «Центр изучения ледников Национальной Академии наук Таджикистана», 2023, Criosphere.tj Режим доступа: 7 октября 2023 года
3. Каюмов А.К., Шоматмадов А.М., Сафаров А.М. Анализ погодных условий и их связь с возникновением стихийных бедствий в Таджикистане в 2021 году // Государственное научное учреждение «Центр изучения ледников Национальной академии наук Таджикистана», 2023, Criosphere.tj Режим доступа: 7 октября 2023 года
4. Международные водные инициативы Республики Таджикистан, Посольство республики Таджикистан в Азербайджанской республике.- 30.07.2021/сайт посольства РТ в АР, Режим доступа: 7 октября 2023 года
5. Lingvo - Большая советская энциклопедия. - www.lingvo.ru.

Как одно из важнейших отраслей производства в Советском обществе, сельскому хозяйству уделялось большое внимание, поскольку от ее развития зависело обеспечение страны продукцией земледельческой и животноводческой деятельности. Особенностью советской системы сельского хозяйства было его разделение на территориальные производственные зоны, при котором каждому региону поручалось определенная культура выращивания. Еще в 30-е годы XX-го века, Таджикская комплексная экспедиция под руководством Коммунистической академии, ссылаясь на дореволюционные исследования[3], поставила перед собой задачу определить ряд вопросов развития народного хозяйства Таджикистана в годы второй пятилетки. В частности в задачу группы входило изучение состояния хлопководческой, хлопко-обрабатывающей, маслособойной промышленности, а также кустарных промыслов и промысловой кооперации.

Исследованиями сельского хозяйства Таджикистана руководили профессора Щукин, Абрамзон, Маслов а общее руководство социально-экономической группой из 25 человек осуществлял профессор А. И. Лозовой. Согласно рекомендациям экспедиции в Таджикистане стало развиваться хлопководство в качестве сырьевой базы для развития промышленного хлопкового комплекса в Таджикистане. Еще академик Н.И. Вавилов внес предложение о необходимости получения таджикских сортов тонковолокнистого хлопка на базе скрещивания американских и египетских сортов хлопчатника. Создание хлопковой сырьевой базы привело к бурному развитию предприятий хлопкоочистительной промышленности. Таджикистан начал превращаться в крупного поставщика хлопкового волокна для текстильной промышленности Советского Союза [4].

При разделении производства на зоны прежде всего учитывались климатические особенности, наличие пастбищ, наличие материальных и трудовых ресурсов, средства производства, техническое оснащение, особенности рельефа, специализация производства, плодородия почвы и другие особенности региона. Таким образом, в соответствии со специфическими условиями каждого региона, применялась система земледелия и животноводства, которая по мнению ученых соответствовало данному сельскохозяйственному району Советского Союза. Учитывая то, что до 1917 года сельское хозяйство было раздробленным и низко продуктивным, первые меры советского государства носили характер укрупнения мелких хозяйств и их превращение в большие производственные комплексы, начальным этапом которого стала коллективизация сельского хозяйства. Коллективные хозяйства были разделены на государственный сектор (опытные хозяйства, совхозы, птицефабрики) и на кооперативный сектор в которую входили колхозы и межколхозные предприятия.

В соответствие с разделением производства, основными районами по производству зерна были Поволжье, Северный Кавказ, Центральнo-чернозёмный район, Урал, Западная и Восточная Сибирь. Также на этом производстве специализировались Украинская ССР и Казахская ССР, которые по плану государства сдавали урожай государству. Таджикистан в этой системе был специализирован на производства хлопка-сырца, также как и другие республики Средней Азии. Чай производили в Грузии, Азербайджане и в Краснодарском крае. Районами мясо-молочно-гопроизводства были Казахская ССР, Киргизская ССР, Северный Кавказ (Ставропольский край), Ростовская область и другие районы обладающими богатыми кормовыми базами.

Несмотря на то, что 93% территории Таджикистана занимают горы, между хребтами гор расположились плодородные долины, которые обладали идеальным субтропическим климатом, пригодный для выращивания хлопка. Так например Гиссарская, Нижне-Кафирниганская и Вахшская долины с влажным воздушным потоком и с осадками до 1600 мм в год давали большие урожаи по сбору хлопка-сырца.

В результате признания республики как хлопководческой были созданы хлопкоочистительные заводы, научно-производственные центры, полевая авиация, наладилось сборка хлопкоуборочных комбайнов, производства минеральных удобрений, химических препаратов и выполнены другие работы по развитию этой отрасли. В 1931 году, в городе Ленинабаде был открыт первый в Таджикистане сельскохозяйственный институт, который в 1944 году был перебазирован в город Душанбе. Уже к 1975 году, в составе этого учебного заведения действовали такие факультеты как агрономический, ветеринарный, зоотехнический, механизации сельского хозяйства, экономический, гидромелиоративный, повышения квалификации специалистов сельского хозяйства. Все эти меры способствовали тому, что в сельском хозяйстве республики увеличилась производительность труда, отрасль укрепились квалифицированными кадрами агрономов и механизаторов, а соединение отрасли с наукой привело к внедрению новых высокоурожайных сортов и освоению прогрессивной технологии в системе милиорации. Аграрные преобразования в республике были заметными в 60-70-е годы XX-го века, когда в хлопководческих хозяйствах начали применять принцип междуреспубликанского разделения труда.

В 1955 году, в Таджикистане было собрано около 400 тысячи тонн хлопка-сырца, что было рекордным показателем на тот период времени. Так, за 1959-1965 гг. производство хлопка-сырца планировалось увеличить в 1,3 раза, валовой сбор преимущественно тонковолокнистых сортов довести до 500-600 тыс. тонн. Такого увеличения производства хлопка планировалось достигнуть за счет повышения урожайности, а также за счёт расширения посевных площадей на вновь осваиваемых землях. Капиталовложения на развитие орошаемого земледелия составляли 280 млн. руб. Колхозы и совхозы должны были получить 14 тыс. тракторов (в 15-кратном исчислении), около 9 тыс. грузовых автомашин, 1700 комбайнов, около 8 тыс. культиваторов и другую необходимую технику[2].

Определенную роль в подъеме экономики колхозов и совхозов республики сыграло Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 15 марта 1963 г. «О повышении закупочных и сдаточных цен на хлопок-сырец и о продаже хлеба хлопкосеющим колхозам». Повышение закупочных цен на хлопок позволило колхозам укрепить свою экономику, увеличить накопления для расширенного воспроизводства. Эти меры сыграли определенную роль в укреп-

лении и улучшении структуры кадров в колхозах и совхозах, в развитии производства сельскохозяйственной продукции. Другим характерным моментом в развитии хлопководства республики являлось дальнейшее развитие ирригационных и мелиоративных работ. На севере Таджикистана в 1965 году, было завершено сооружение Катта-Сайского водохранилища. Тысячи гектаров выжженных зноем массивов Голодной степи превращались в хлопковые плантации, сады и огороды новых кишлаков. На вновь орошаемых землях создавались, как правило, совхозы. Только за годы семилетки здесь было организовано девять крупных хлопководческих совхозов. Если учесть, что и на старопашотных землях многие колхозы преобразовывались в совхозы, то становится понятным, что из года в год увеличивался их удельный вес в общем объеме производства сельскохозяйственной продукции. Колхозы и совхозы получали большое количество разнообразной техники, минеральных удобрений, ядохимикатов[2].

В 1974 году, площадь орошаемых земель выросла по сравнению с 1913 годом с 211 тысяча гектара до 568 тысячи гектара. В 70-е годы были построены Большой Гиссарский канал, Дилварзинский канал и Вахшский канал, в результате было освоено новые земли в Самгарском, Кумсангирском, Голодностепском, Ходжабакирганском и Дилварзинской степях. По данным на 1974 год, Таджикистан занимало первое место по урожайности хлопчатника и 3-е место по валовому сбору хлопка[2].

В 70-е годы в Таджикистане также в Гиссарской и Вахшской долинах культивировалась герань, масличные культуры, зерновые культуры, шелководство, однако в 80-е годы в погоне за новыми рекордами по сбору хлопка значительно сократились поля по вынашиванию пшеницы, а на их место были посажены хлопковые культуры. Стоит отметить, что Таджикистан в 1980 году производил 1 миллион тонн хлопка, но для этого пришлось сократить огромные поля для выращивания пшеницы[1]. Кроме этого из-за роста сельского населения, заметно снизился доходность работников сельского хозяйства, что привело к оттоку населения в большие города [5].

Таким образом, в период Советского Союза основное звено сельскохозяйственного производства Таджикистана составляло выращивание хлопка. Это способствовало росту смежных предприятий промышленности по обработке хлопка, что заложило основу для современного агропромышленного комплекса Республики Таджикистан.

Список литературы.

1. Давлатбеков Н., Курбонова Ш. Таърихи сиёсии халқи тоҷик .- Душанбе: Маориф ва фарҳанг, 2008.- 273 с.
2. История таджикского народа. Том VI. (Новейшая история) – Душанбе: «Империял-Групп», 2011. – 688 стр.
3. Массальский В.И. Хлопковое дело в Средней Азии и его будущее.- КнигоГид.ру, Москва, 1892.- 90 с. Knigogid 2023
4. Самиев А.М. Географические исследования Памира конца 19 и начало 20 в.в. и их значение для развития науки и экономики современного Таджикистана.-дисс. на соискание ученой степени канд. геогр.наук, Душанбе, 2010.-167с.
5. Ётоамов Н, Довуди Д, Муллоҷонов С, Исоматов М. Таърихи халқи тоҷик–Душанбе, 2011.- 470 с.

Каримова М.Д.

ВРАЧ-ПЕДАГОГ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность исследования. Переход к рынку медицинских услуг и необходимость повышения качества медицинской помощи требует подготовки конкурентоспособных врачебных кадров на основе радикального обновления процесса обучения с учётом меняющихся запросов общества и работодателей. В этой связи возрастает потребность в социологическом анализе проблем формирования нового статуса и социальной роли врача-педагога, в изучении его динамически меняющихся профессионально важных качеств, в анализе его новых функций как высококлассного специалиста. Национальные проекты «Здоровье» и «Образование» включили эту проблему в число приоритетных для решения, ориентируют на принятие мер по повышению качества медицинских и образовательных услуг. Этим определяется и задача по выполнению стандартов медицинского образования, ключевую роль в котором играет врач-педагог. Данная задача конкретизируется в процессе перехода к инновационным методам подготовки специалистов медицинского профиля.

Цель исследования - определить сущность и содержание социальной роли врача-педагога в отечественной медицине, выявить закономерности ее формирования и разработать рекомендации по повышению статуса врачей-педагогов в современном таджикском обществе.

Методы и материал исследования. Проблема социальной роли врача-педагога недостаточно изучена в рамках социологии, не достигнуто терминологического единства в трактовке понятия «врач- педагог», само понятие «врач - педагог» в номенклатуре врачебных специальностей отсутствует, не существует целостного представления о многоуровневом процессе его деятельности в современном обществе. Тем не менее, различные стороны процесса становления, развития и формирования личности врача и личности педагога привлекали к себе внимание исследователей и порождали различные концепции относительно социальной роли врача - педагога. В понимании социологических механизмов воздействия различных сфер культуры на медицину сыграли работы М.Фуко; научные труды и исследования классиков психоанализа Э. Фромма и К.Г. Юнга; исследования проблемы социокультурной динамики медицины Дж. А. Райла; работы С. Блума, отмечающие обусловленность значения социокультурных факторов в обеспечении здоровья, Л. Хендерсона о роли медицины и медицинской профессии, К.Дернера, предлагающего различать фигуры «медика» (технического исполнителя научных достижений) и «врача», имеющего дело с индивидуальным больным, Г. Спенсера, Г. Лебона о необходимости применения инновационных методов в обучении, Н.Кареева, Е.А.Шуклиной о роли самообразования. Различные аспекты процесса профессионализации, интеграция которых в ходе трансформационных процессов системы медицинского образования выявляет в ней статусные характеристики врача-педагога, раскрывается на примере врачебной профессии в Великобритании Дж. Олсопом и К. Джонсом. Термин «ролевая дистан-

ция», предложенный И. Гоффманом, даёт возможность понять сущность отделённости самого индивида от той социальной роли, которую он исполняет.

Становление обучающихся медицинского вуза в профессиональном и личностном смысле, овладение ими в процессе обучения основами культуры врачебной деятельности и профессионального общения опираются на пласты общей культуры общества, которые отражены в педагогике.

В высшем медицинском образовании педагогика представляет собой необходимый компонент данного образования; педагогика – это искусство врачевания и общения с пациентом, искусство, которому необходимо научить обучающихся; педагогика также является комплексом разнообразных методических рекомендаций по разработке учебных планов и программ, учебных пособий, задач, тестов.

Результат. Владение материалом (знания), умение его преподавать (навыки и умения), личностные качества и ценностные ориентации. Подчеркнуто, что врачам-педагогам, которые, как правило, имеют лишь диплом высшего медицинского учебного заведения, необходимы дополнительные компетенции в области социологии медицины, психологии и педагогики. Совокупность личностных качеств и ценностных ориентаций врача-педагога позволяют осуществлять конструктивный диалог относительно врачебной профессии, формировать атмосферу сотрудничества в ходе усвоения общих и специальных знаний, полномасштабно включать студентов в образовательный процесс, обуславливая формирование инновационного образовательного пространства, которое подразумевает включение в научную работу студентов на добровольной основе, а также приоритет личностно-творческих концепций, профессионально-личностную самореализацию и индивидуальный стиль. В рамках данного пространства полнее реализуются личностные, креативные и рефлексивные компоненты врача-педагога. Полученные в ходе исследования результаты использовать в практике организации и проведения циклов обучения при формировании групп и подборе форм и методов обучения. Если у испытуемых мотивация к успеху высокая, то в таких группах целесообразнее проводить общие конференции, презентации стендовых докладов, где можно шире и полнее раскрыть возможности и проявить способности слушателей. Если группа в целом настроена на избегание неудачи, тогда сделать акцент на то, что неудачи можно рассматривать как опыт для развития личности и обосновать возможность еще раз вернуться и обогатиться новыми знаниями.

Вывод. Роль педагогических знаний в профессиональной деятельности врача трудно переоценить. Педагогическая подготовка помогает врачу правильно организовывать лечебный процесс и связанный с ним процесс обучения, который должен быть ориентирован на потребности и возможности пациентов. В практике лечебных учреждений существует множество различных ситуаций, в которых врач выступает в роли передающего или перенимающего знания, опыт. Это касается как отношений «врач – врач», «врач – медицинский персонал», так и отношений «врач – пациент», «врач – родственники пациента». Под профессиональной компетентностью врача-педагога нами понимается его способность эффективно осуществлять свою профессиональную деятельность; профессиональная компетентность врача-педагога представляет собой сложное динамическое целое и проявляется только во взаимодействии с окружающей средой. Её можно характеризовать как высший этап интернализации медико-педагогической профессии, включая интеллектуально-педагогическую, коммуникативную и регулятивные компетентности.

Список использованной литературы

1. Белогурова В.А. Научная организация учебного процесса (Учебн. лит. для слушателей системы последипломного образования). М.: Медицина, 2003.-296 с.
2. Вербицкий А.А., Калашников В.Г. Категория «контекст» в психологии и педагогике: монография. М.: Логос, 2010.
3. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. - № 3.
4. Ефименко С.А. Методика исследования роли пациента в системе здравоохранения-М.: ММА им. И.М.Сеченова, 2007.
5. Ефименко С.А. Социальный портрет участкового врача-терапевта/ Под ред. Академика РАМН А.В. Решетникова. Монография. М.: Здоровье и общество. 2005.- С.24

Касирова С. Х., Мирзоева Ш.Ю., Нарзуллозова М.Дж.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Проведенные исследования педагогической работы показали, что обучение иностранным языкам сегодня невозможно без инновационной составляющей. В свете современных требований к целям обучения иностранному языку меняется статус как обучаемого, так и преподавателя, которые переходят от схемы «преподаватель – студент» к инновационным технологиям.

Цель исследования. Преподаватели иностранного языка в неязыковом вузе призваны выполнять социальный заказ общества – подготовить в короткий срок специалиста, хорошо владеющего иностранным языком. Добиться поставленной задачи – научить студента в течение ограниченного учебными рамками периода говорить, понимать, извлекать информацию различного характера из оригинальных источников – можно, сочетая традиционные и инновационные методы обучения, опираясь на принципы коммуникативного общения.

Традиционное обучение иностранному языку в неязыковом вузе было ориентировано на чтение, понимание и перевод специальных текстов, включая изучение грамматических особенностей научного стиля. В настоящее время акцент решительно переместился на развитие навыков и умений устной коммуникации. Устная речь включает в себя слушание или чтение, понимание и репродуктивное воспроизведение прослушанного или прочитанного как в устной (диалогической или монологической), так и в письменной форме.

Материал и методы исследования. Схема обучения устной речи по специальности может строиться с учетом следующих положений: определения моделей коммуникации; определения коммуникативных признаков устной речи

и средств их выражения; сопоставления средств выражения и отбора моделей для пассивного и активного использования; выработки системы упражнений; анализа текстов ориентированных на коммуникацию по специальности и разработки эффективной системы упражнений для тренировки отобранных структурных единиц; отбора словообразовательных, лексических и грамматических структур, необходимых для чтения, понимания, аудирования и говорения; использования аудио- и мультимедийных средств для осуществления устной коммуникации с применением задач проблемно-поискового характера.

Преподаватель иностранного языка в неязыковом вузе должен учитывать особенности научных и технических текстов по изучаемой специальности, а именно, наличие специальной терминологии, особой обобщенной лексики, специфической служебной лексики, тех или иных сложных грамматических конструкций.

Для реализации коммуникативных возможностей говорения тексты различают: по средству передачи (устные и письменные); по характеру изложения (описание, сообщение, рассуждение – аннотации, рецензии); по степени отношения к специальности (исследовательские – монографии, научные статьи и обучающие – тексты из учебников, справочников и словарей).

Начинать следует с простейших описаний и характеристик, обрабатывая их в монологической форме, а затем использовать более сложные по структуре и стилю тексты, которые помогут выработать у студентов алгоритм деятельности в режиме коммуникации преподаватель/аудио и мультимедийные средства – студент и студент – студент. Учебный материал должен быть профессионально релевантным с учетом предварительных знаний обучаемого по языку и специальности, цели и вида коммуникации, а также ступени обучения.

Результаты исследования и их обсуждения. Коммуникативно-ориентированные на устную речь упражнения, должны включать следующее: наличие (предъявление) исходного материала или модели; объяснение материала или модели (не обязательно условие); имитация модели; воспроизведение модели различными способами; собственная коммуникация. Главное состоит в умении выделить основную тему проблемы, правильно описывать, формулировать и высказывать суждения.

При развитии навыков устной речи монологический элемент не уступает диалогическому, поэтому, постепенно увеличивая объем монологической реплики в диалоге, позднее переходить к чисто монологическим формам устной речи – резюме, реферирование, аннотирование, описание схемы, явления или процесса с дальнейшей записью услышанного.

Таким образом, инновационные технологии преподавания иностранных языков в неязыковом вузе заключаются в сочетании традиционных и интенсивных методов обучения, основанных на функционально-коммуникативной лингводидактической модели языка, и разработке целостной системы обучения речевому общению на профессиональные темы.

Сегодня, когда компьютерные технологии охватили все сферы человеческой деятельности, появилась необходимость совершенствования процесса обучения иностранному языку, поскольку владение иностранным языком является одним из факторов, влияющих на конкурентоспособность молодого специалиста на мировом рынке труда.

Под усовершенствованием процесса обучения понимается использование новых методов, в частности, внедрение в процесс обучения современных инновационных технологий – компьютерных и сетевых средств.

Выводы. Реализация внедрения современных инновационных технологий в процесс обучения иностранному языку может быть достигнута путем использования Интернет технологий.

Многообразие информационных ресурсов Интернета позволяет студентам выполнять различного рода заданий поискового и исследовательского характера.

Кроме того, Интернет предоставляет студентам уникальную возможность визуального общения с носителями языка в режиме реального времени, что способствует правильному восприятию живой речи на основе аутентичных звуков, мимики и жестикуляции. Еще одним преимуществом использования Интернета в процессе обучения является проверка усвоения студентами пройденного материала посредством тестирования в режиме реального времени.

Преподаватель должен не только мотивировать студентов к использованию современных инновационных технологий в выполнении некоторых заданий, но и активно применять эти технологии, постоянно повышая свою квалификацию.

Список литературы:

1. Андронкина Н.М. Проблемы обучения иноязычному общению в преподавании иностранного языка как специальности // Обучение иностранным языкам в школе и вузе. СПб., 2001. С.150-160
2. Комарова Э.П. Структурно – композиционные характеристики научного текста // Новейшие методы преподавания иностранного языка студентам неязыковых специальностей вуза / М.: МГУ, 1991. С.15

Касирова С.Х., Мирзоева Ш.Ю., Махмудова С.С.

МЕТОД ПРОЕКТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В современных условиях быстрого развития науки, стремительного обновления информации невозможно научить человека на всю жизнь; важно заложить в нём основы языковых знаний, развить интерес к их накоплению и к непрерывному самообразованию.

Цель исследования. Одна из целей, которую ставит перед собой преподаватель – сформировать личность учащегося будущего специалиста, способного к само-регуляции именно в сфере непрерывного образования, следовательно, возникает вопрос о качестве профессиональной подготовки студентов.

Материал и методы исследования. По словам А.А. Вербицкого, ситуация, когда учащийся выступает «объектом» обучающих воздействий, не обеспечивает условий для развития активной позиции обучающегося в учебно-познавательной деятельности, затрудняет процессы его профессионального самоопределения. И так как в реальной профессиональной деятельности специалист постоянно сталкивается с различными проблемами, его задача – непосредственно реагировать на них самостоятельно решать их. Именно этому, как полагает А.А. Вербицкий, и нужно научить учащегося за время учёбы в вузе, сделав упор на перенос акцента с обучающей деятельности преподавателя на познавательную деятельность учащегося. Одним из методов, который предоставляет учащимся возможность самостоятельно приобретать знания в процессе решения практических задач или проблем, для чего нужны не только знания иностранного языка, но и интеграция знаний из различных предметных областей, является метод проектов. Ряд авторов относят его к методам и соответственно к технологиям личностно-ориентированного подхода в обучении иностранным языкам, согласно которому также в центре обучения должен находиться студент, а не учитель, деятельность познания и, исходя из этого, следует развивать способность получения знаний.

Результаты исследования и их обсуждения. Ориентация на результат, продукт деятельности. Продукт может принимать различную форму, это или вебсайт, или powerpoint-презентация, телефонный разговор, записанный на касету, выставка, акция, экскурсия, праздник, дискуссия, ток-шоу, плакат, викторина, коллаж, брошюра и т.д.

Социальная направленность учебного процесса. Для достижения поставленной цели, для решения проблемы и представления результатов деятельности учащиеся должны работать совместно, что предполагает развитие таких социально важных качеств как взаимопонимание, тактичность, умение высказывать и принимать критику, необходимо уметь устанавливать и придерживаться определённых правил поведения, разрешать конфликтные ситуации.

Существует огромное разнообразие типов проектов. По продолжительности различают мини проекты в рамках одного учебного занятия, а также те проекты, что длятся от нескольких дней до года или более и выходят за рамки учебного процесса. По характеру контактов проекты можно разделить на внутренние и международные. Последние предполагают поиск партнёров по проектной работе в стране изучаемого языка, что даёт возможность для непосредственной межкультурной коммуникации. По доминирующему методу или виду деятельности: исследовательские, творческие, ролево-игровые, практико-ориентированные. По количеству участников: индивидуальные, парные, групповые.

Работа над проектом делится на следующие этапы: общее планирование преподавателем проекта в рамках темы; инициирование идеи проекта преподавателем; принятие решения о теме проекта, опираясь на учебный материал, профессиональную ориентацию и интересы студентов; и сбор идей. Разработка структуры проекта, общего плана; определение идеи проекта в письменной форме; обмен идеями, выражение интересов и желаний; сбор информации; выяснение того, что учащиеся уже знают по данной теме, и какую информацию необходимо собрать; составление плана по распределению времени, материалов; обсуждение возможностей совместной работы и т.д.

Работа в группах по реализации проекта: планирование презентации проектной работы; составление пошагового плана проектной работы (кто, как, что, почему?); поиск и обработка необходимого материала; обсуждение промежуточных результатов проделанной работы; корректировка со стороны преподавателя ошибок в употреблении языковых единиц; подготовка презентации проектной работы. Представление результатов проекта: рефлексия ответ на вопрос достигнута ли поставленная цель; обсуждение совместной работы, учебного процесса, успехов, собственного участия в работе группы; выдвижение предложений по улучшению дальнейшей работы. Хотелось бы обратить внимание на завершающий этап проектной работы, рефлексии. Рефлексия имеет огромное значение в проектной работе, при этом очень важно, чтобы учащиеся сами брали на себя функцию оценки результатов деятельности. Немецкие методисты предлагают ряд следующих вопросов, которые помогают учащимся оценить процесс и результат проектной деятельности:

Что мы делали?

Как мы это делали?

Зачем мы это делали?

Какие компетенции потребовались для этого?

Какую роль мы принимали на себя в проектной работе?

Какой опыт был приобретён мной лично и в работе группы?

Что можно было бы сделать иначе?

Проектное обучение обладает большим образовательным потенциалом, так как мотивирует учащихся в получении дополнительных знаний, способствует развитию социальных и деловых компетенций (планирование, поиск информации, принятие решений, систематизация, общение в группе, дискуссии, сотрудничество, презентация результатов, оценка и т.д.).

Выводы. Метод проектов удовлетворяет потребность в активном, самостоятельном, практически ориентированном обучении и даёт возможность проявить себя и достичь успеха и более слабым учащимся. Так как иностранный язык используется в максимально приближенных к реальности ситуациях, в том числе, профессионально ориентированных, студенты на практике видят целесообразность применения иностранного языка. Используя аутентичные источники из интернета, они получают информацию об аспектах, связанных с будущей профессиональной деятельностью, не только в рамках собственной культуры, но и культуры страны изучаемого языка.

Список литературы:

1. Вербицкий А.А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. М., 1991
2. Зимняя И.А. Психология обучения иностранным языкам в школе. М.: Просвещение, 1991
3. Полат Е.С. Метод проектов на уроках иностранного языка// Иностранные языки в школе. – 2000. – № 2, 3.
4. Белогрудова В.П. Об исследовательской деятельности учащихся в условиях проектного метода// Иностранные языки в школе. – 2005. – № 8.
5. Wicke R. vom Text zum Projekt. – Berlin: Cornelsen, 1997.
6. HAUS DaF im Beruf – Baustein 3. www.goethe.de/beruf

Актуальность. Невозможно рассуждать о роли английского языка в современном мире, развитии, не зная истории его происхождения. Кроме этого, узнавать историю изучаемого языка всегда крайне интересно, интересно познать, как именно тот, или иной язык появился на свет. А в отношении английского языка интересным фактом является то, как же именно данный язык завоевал симпатию всего мира и стал таким популярным.

Цель исследования. На формирование языка повлияло вторжение феодалов-норманнов, которые существенным образом изменили язык и внесли в него многочисленные выражения и слова, которые составляют значительный языковой пласт. Германское влияние оказалось настолько сильным, что вскоре на территории почти всей страны от кельтского и латинского языков почти ничего не осталось. Только в отдаленных и труднодоступных районах Британии, которые остались не захваченными германцами (Корнуолл, Уэллс, Ирландия, Горная Шотландия), сохранились местные валлийский и галльский языки. Эти языки сохранились и сегодня: они называются кельтскими языками, в отличие от германского английского языка. Затем в Британию из Скандинавии пришли викинги со своим древнеисландским языком. Когда в 1066 году Англию захватили французы, начинается среднеанглийский период. Французский язык целых два века был языком английской аристократии, а старый английский применялся простым людом.

Материал и методы исследования. Этот исторический факт весьма существенно сказался на английском языке: в нем появилось множество новых слов, словарь увеличился почти вдвое. Поэтому именно в лексике расщепление на два варианта английского - высокий и низкий, соответственно французского и германского происхождения, - можно довольно явственно ощущать и сегодня. Благодаря удвоению словаря английский язык и сегодня имеет множество одинаковых по значению слов - синонимов, возникших в результате одновременного использования двух разных языков, пришедших от саксонских крестьян и от нормандских хозяев. Яркий пример такого социального разделения - это различия в названии домашнего скота, происходящее от германских корней. Несмотря на все внешние влияния, ядро языка осталось англосаксонским.

Что касается третьего периода в истории английского языка - новый английский период, то он длится и в настоящий день, а его начало приходится на момент начала книгопечатания, когда английский язык начал свое литературное формирование. Это произошло в XIV веке, когда английский становится литературным языком, а также языком права и школы. Также именно этот период началась массовая эмиграция из Британии в Америку, язык, привезенный туда переселенцами, продолжил изменяться в новом направлении, часто сохраняя свои корни в британском английском, а иногда весьма существенно меняясь. Но Соединенные Штаты создали эмигранты не только из Великобритании. В эту страну потянулись люди со всей Европы и из других стран. Новой нации нужен был объединяющий элемент, который бы помог преодолеть национальные и языковые различия. Эту роль выполнил английский язык.

Но, несмотря на это, родные языки эмигрантов смогли трансформировать исходный английский язык, сделав его более гибким и открытым к изменениям. Этот новый язык, который обычно называют «американским английским», пересек Атлантику и вернулся обратно в Европу в XX веке, в основном после второй мировой войны. Если рассматривать каким образом происходит формирование английского языка в настоящий момент, то можно увидеть, что именно два вышеуказанных диалекта становятся все более ярко выраженными и при этом делят весь процесс изучения английского языка на две направляющие.

Результаты исследования и их обсуждения. Англия распространила свой язык во всех завоеванных странах, бывших колониях Британской империи. Образно выражаясь, Англия протянула культурный и языковой мост через океан, соединив континенты. Где бы мы ни оказались на земном шаре - мы наверняка везде услышим английскую речь. А ведь еще полвека назад английский был всего лишь одним из международных языков, наравне с другими принятым в числе языков общения в Организации Объединенных Наций.

300 лет назад существовал один-единственный вариант английского языка. Тот, на котором говорили в Британии. Этот язык и был принесен британцами в новые земли. Америка, Австралия, Новая Зеландия, Индия, Азия и Африка заговорили по-английски. В каждом из этих мест английский язык развивался по-своему, обогащаясь и эволюционируя. И по неизбежной закономерности возвращался на родину - с эмигрантами, товарами, технологиями, коммуникациями.

Так что начнем с того, что современный британский английский, во-первых, неоднороден, во-вторых, далек от классического английского языка, существовавшего 3 века назад. Внутри британского английского выделяются три языковых типа: консервативный английский (conservative - язык королевской семьи и парламента), принятый стандарт (received pronunciation, RP - язык СМИ, его еще называют BBC English) и продвинутый английский (advanced english - язык молодежи). Последний тип - самый подвижный, именно он активно вбирает в себя элементы других языков и культур. Advanced English больше всего подвержен общей тенденции к упрощению языка. Изменения происходят, прежде всего, в лексике английского языка, одной из самых мобильных его частей: возникают новые явления, которые надо назвать, а старые приобретают новые названия. Новая лексика приходит в британский английский (молодежный) язык и из других вариантов английского, в частности, американского английского.

Выводы. Английский, который изучаем мы, так называемый национальный стандарт, - это язык образованного населения центра и юго-востока Англии. Отличительными чертами британского английского языка являются более строгие грамматические правила. А англичане, как законопослушные граждане, законы соблюдают. Они очень трепетно относятся к своей культуре, гордятся своим языком и не видят необходимости намеренного упрощения английского языка. Также британский английский язык отличается более четкое произношение, множество интонационных моделей.

Мы рассматриваем этот диалект английского языка, потому что он имеет непосредственное влияние на тот

английский, который является международным языком современного мира. Иногда даже сами британцы уверены, что те или иные слова и выражения являются родными, «британскими», в то время как они пришли из «американского английского».

Итак, в течение трех столетий Британский колониализм разбросал английский язык по всем континентам мира. Распространение американского английского в двадцатом веке еще больше увеличило число говорящих на английском языке.

Список литературы:

- 1.Иванова И.П. История английского языка / И.П.Иванова, Л.П. Чахоян, Т.М. Беляева — СПб. Издательство “Лань”, 1999. стр.91
2. Качалова К. Н. Практическая грамматика английского языка / К. Н. Качалова, Е. Е.Израилевич — М.: “ЮНБЕС”, 2001.стр. 35
3. Ярцева В. Н. Лингвистический энциклопедический словарь / В. Н. Ярцева — М.: Сов. энциклопедия, 1990. стр.45-46

Каюмов Х.Б., Худжагельдиева З.У.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ГУ НИИ профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность исследований. Ранняя этиологическая диагностика инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей является наиболее сложной и трудной задачей. Трудность обусловлена особенностями клинических проявлений и характером микрофлоры, а также быстрым развитием острой дыхательной недостаточности у больных с бронхиальной астмой.

Цель исследования. Провести клиническое обследование и бактериологическое исследование микрофлоры дыхательных путей и аллергический анализ у больных с бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. В обследование включены 24 пациента с бронхиальной астмой, госпитализированные в аллергическое отделение ГУ ГМЦ №1 г. Душанбе, в возрасте от 20 до 75 из них: 14 - мужчины, 10-женщин. Материалом для бактериологического исследования явилась мокрота и аллергический анализ (иммуноглобулин Е). Бактериологическое исследование проведено в лаборатории бактериологии НИИ профилактической медицины по общепринятым стандартам ВОЗ, а аллергический анализ проведен в лаборатории Диамед.

Результаты исследования и их обсуждение. Основные клинические особенности бронхиальной астма являются часто приступы удушья, периодические затруднение дыхания, кашель, который становится более выраженным ночью, снижение физической активности, длительное рассасывание воспалительного инфильтрата легких. Общая высеваемость культур из материалов, взятых у обследованных при обычном культивировании в аэробных условиях, составила 52 культуры микроорганизмов. Общее количество культур стрептококка составило 13 колоний, что составляет 25% от общего количества выращенных культур. Далее по частоте интенсивного роста регистрируется стафилококк, рост которого в общем количестве составил 9 колоний (17,3%) от общего количества культур. Проведённое биоморфологическое исследование биологических свойств стрептококка, выделенного у обследованных, показало, что (11,5%) 6 культур микроорганизмов имели высокую способность роста на питательных средах, а также способность коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз, что свидетельствует о высокой степени их вирулентности. На фоне проведенной аллергический анализ у 18 больных повышается уровни иммуноглобулин Е.

Однако во всех ассоциациях характерно присутствие грамположительной кокковой флоры с преобладанием ассоциации стафилококка и стрептококка. Результаты проведенных бактериологических исследований свидетельствуют, что в 42,3% случаев наблюдается рост микроорганизмов и 75% аллергический анализ.

Выводы. Клиническое и бактериологическое исследование выявило, что у больных с бронхиальной астмой протекает атипично. Среди наиболее часто встречающихся микроорганизмов наибольший удельный вес составляют виды стрептококка (13 колоний) и стафилококка (9 колоний). На основании наших исследований выделенные штаммы стафилококка и стрептококка (25% и 17,3% соответственно) можно отнести к высоко патогенным и вирулентным, что подтверждается способностью коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз. Это обстоятельство позволяет отнести их гетерогенным метициллин-устойчивым штаммам, и 75% повышается уровень иммуноглобулин Е.

Литература

1. Мустафакулова Н.И. Ошибки в диагностике бронхиальной астмы /Н.И. Мустафакулова// Вестник Авиценны, 2008.- № 3 .- С. 68.
2. Махмудова Д.Х. Опыт применения сумамеда в условиях Ташкентского городского пульмонологического центра // Материалы 4 Евро-Азиатского респираторного общества Симпозиум: Внебольничные пневмонии, 7 мая, 2008 г.
3. Игнатъев В.А. Пневмония у пациентов пожилого и старческого возраста В.А. Игнатъев, Е.А. Киселева, И.А. Зарембо // Клиническая геронтология, 2008.- № 6.- Т. 14.- С. 23.
4. Диагностика болезней внутренних органов том 3 М.2007 г. Москва «Медицинская литература под редакцией А.Н.Окрокова.

Каюмова М.А.
СИНОНИМИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В ТАДЖИКСКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность.Синонимы в терминологии – слова и словосочетания, которые имеют различную фонетическую и графическую форму, но обозначает одно научное понятие в пределах определенной микросистемы.

Цель исследования. Развивающий и незамкнутой системой является медицина которого характерно усовершенствование терминологического аппарата. Можно отметить, что проблема синонимии большим образом проявляется в сфере клинической медицины, в меньшей степени относится к анатомической терминологии. Для этого можно объяснить интенсивным развитием информационных технологии и их внедрением в клиническую практику и научно – исследовательскую работу.

Материал и методы исследования. Анатомическая терминология вступают в синонимические отношения английские слова и термины греко-латинского происхождения, например, лаковая кровь –хунилой, хунизулолӣ, шаффоф, хуниакиқранг,ранги хунбаъди об шуданиэритроситҳо – hemolysis, лигофилия – торикпарастӣ,ториктароӣ,торикхоӣ, иштиёкибеморгун ба торикӣваёлюёиторик – lygophilia, мутация – мутатсия, таъаввул,тағйирёбӣ, табаддул,тағайур,вайроншуданиовозинаврасон дар аёми ба балоғат – mutation, инсенсibilidad – беъиссӣ, ноъассосӣ, беъушӣ, аз ӯшрафтан,лоқайди,бешавкӣ,беъавасӣ,бепарвоӣ,беъавасмандӣ – insensibility, гигрометр – намсанъ,рутубатсанъ,заъсанъ,андозагиринамӣ,абзорбароисанъиданинамиинъаво- hygrometer, ацидофильный – туршифатробоосонӣ ба худгиранда, дармуъититуршнағзрушдкунанда – acidophiic, acidophilous, возрождение – эъё,таъдидиъаёт,умри навгирифтан, аз навбарпошавӣ, аз нав ба вуъудоварӣ – regeneration, rebirth, revival вағайра.

Словообразовательные функции при этом выполняет эквивалент английского языка: cranial – косахонаисар, spinalcolumn – сутунмӯъра, cervical – гарданӣ, кафасисина- thoracic, lumbar – камарӣ, sacral – устухоничорбанд, vertebra – мӯъра, соссух – думғоза, arch – камон, cartilage – тағояк, pelvis – устухони кос, ligament – пай, пайвандак, bone – устухон, skull – косахонаисар, trunk – тана, тан, chest – кафасисина, rib – кабурға, данда. Английские термины подобные греко-латинского происхождения репрезентируют интернациональные термины: гетераденция – гетераденция, но барлоии бофтаиғаддудӣ, ихтилоли рушди бофтаиғаддудӣ – heteradenia, асаб – nerve, muscle – мушак, mycobacterium – микробактерия, rectum – рӯдаи рост, arterial – артериявӣ, шараёнӣ, duodenum – рӯдаи дуводангушта, esophagus – сурхрӯда, jejunum – рӯдаи борик и таким образом, облегчая коммуникативный процесс, в отличие от их эквивалентов в таджикском языке, для которого часто характерен уход адаптации классических языков и использование таджикских корней: сарак, гарданак, косахонаисар - skull, устухонирон- pelvis, кафасисина - chest.

Классификация синонимов является предметом исследования длительного периода времени. Например, академик Бабиц Г.Н. выделяет три типа синонимов: идеографические – слова обозначают одно понятие, но отличаются в оттенках значений например: physician – doctor, practitioner – medical – physician – medical, стилистическое - слова имеют отличные стилистические характеристики которого имеют слова amblyopia – lazyeye абсолютные – слова совпадают во всех оттенках значений и стилистических характеристиках tointend – tobegoingto, toreturn – tocomeback, toappoint – tofix, tohappen – tooccur, nervous – excited, toreceive – toget, force – strength, faithful – true.

Результаты исследования и их обсуждения.Преимуществом таких терминов является их семантически ёмкая структура, позволяющая создать объемные по содержанию определения. Именно поэтому многосоставные термины особенно типичны для английской терминологии, в том числе для терминологии медицины. Благодаря сложной многокомпонентной структуре таких терминов создается оптимальная номинация специального понятия, мотивированного необходимым количеством соответствующих признаков.

В структурном отношении такое словосочетание представлено в первом случае в двухкомпонентном словосочетании – простым словосочетанием, зависимое слово которого также словотермин, во втором (в многокомпонентном словосочетании) – сложным, или комбинированным словосочетанием, построенным на базе простого.

Термин выражен именем существительным, номинирующим обобщающее, родовое понятие, например, closedrupture «шикастипӯшидаи устухон, шикастбевайроншавии умумии рағноии хунгарди бопӯштида, – закрытый перелом без нарушения целостности кожных покровов над областью повреждения кости».

В современном информационном обществе все больше внимания уделяется изучению процессов получения, переработки, передачи и хранения информации. В связи с этим повышается интерес к вопросам номинации, формирования и развития синонимии, в частности.

Проблема синонимии неотделима от вопроса связи языка, мышления и действительности, тождества и различия, симметрии и асимметрии. В практическом плане рассмотрение этой проблемы определяется важной ролью владения человеком синонимическими средствами, позволяющими выбрать из словаря и грамматической системы языка именно те средства, которые точно выражают его мысли и чувства. Явление синонимии неотъемлемая часть любого живого языка, любой его подсистемы, включая и терминологию.

Терминология является неотъемлемой частью лексической системы любого языка и развивается по тем же законам, что и всякая другая лексическая система, входящая в состав общелитературного языка. Следовательно, терминологической системе присущи все те характеристики, которыми обладает каждая подсистема, в том числе и синонимия.

Синонимия в терминологии – явление нежелательное, но, вероятно, неизбежное. Наличие синонимов в терминологической системе делает ее громоздкой, не способствует точности выражения и описания научных понятий, что, в свою очередь, затрудняет коммуникацию между учеными разных стран, ставит определенные трудности при переводе научных медицинских монографий, статей, тезисов с одного языка на другой.

Результаты исследования и их обсуждения.Медицина и медицинская терминология существуют с древнейших времен, и ее понятийный, а соответственно и терминологический состав имеют большую историю.

Так, термины абляция от лат. *ablatio*, эвакуация от лат. *evacuatio*, эксцизия от лат. *excisio*, резекция от лат. *resectio*, экстирпация от лат. *exstirpatio*, ампутация от лат. *amputatio* несут в себе значение удаления.

Выводы. В лингвистической литературе нет единого мнения о терминологической синонимии. Одни языковеды исследователи признают наличие терминов-синонимов, другие отрицают их существование. Хотя синонимия не является в терминологии желательным явлением, факт её существования признается многими учеными.

Возрастание терминологической синонимии препятствует стандартизации медицинской терминологии, созданию точной медицинской документации, не позволяет обеспечить точный и эффективный обмен медицинской информацией. Подобное неблагополучие в медицинской терминологии прежде всего сказывается на человеке, как объекте медицинской науки.

Список литературы:

1. Толикина Е.Н. Некоторые лингвистические проблемы изучения термина // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. М., 1970. С. 53–67.
2. Троянская, Е.С. Особенности стиля научного изложения. / Е.С. Троянская -М., 1976. 264 с.
3. Уфимцева, А.А. Слово в лексико-семантической системе языка. / А. А. Уфимцева - М.: Наука, 1968. 272 с.
4. Федоров, А.В. Введение в теорию перевода. / А.В. Федоров-М., 1953. 374 с.
5. Филатова, Л.А. О характере семантических соотношений в интернациональной лексике научной литературы (На материале английского и русского языков). // Язык научной литературы. /Л. А.Филатова - М.: Наука, 1975. - С.112-131.
6. Фридман, Л.А. Английские заимствования в медицинской терминологии. / Л.А.Фридман // Автореф. дис. канд. филол. наук. -М., 1968. 23 с.

Каюмова М.А.

ЗАИМСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Древнее медицинское целительство в области человеческой формирование, происходило одновременно с появлением *Homo sapiens*. «Медицинская практика так же стара, как и первый человек», - отметил в своей работе И.П. Павлов. В развитии медицины в частности в хирургии он внес свой вклад, придав импульс разработки новой эпохе.

Цель исследования. Общество требовало более эффективных система измерений борьбы с болезнями, сохранение медицинских знаний выделит определенной степени, научных доказательств, основанных на практике. Не менее важным было составление профессиональных групп, главной задачей которых было лечение болезней и спасение жизней.

Последующее развитие медицины, состояние раннего средневековья, достижения эпохи Возрождения, развитие Старого и Нового веков во многом основывались на фундаменте древних цивилизаций Запада и Востока [10]. с. 340].

В нашем сознании Средние века часто ассоциируются с мрачным периодом, когда жестокость посягала на доброжелательность, а общий дух коррупции подавлял высокие духовные идеалы.

Этот период, особенно раннее Средневековье, до сих пор считается «темным» периодом в истории мировой культуры, и это распространяется на историю медицины и хирургии. Современные ученые иногда называют раннее средневековье в Западной Европе «темными веками» - унижительным термином, обозначающим период, культурное значение которого для последующего развития Европы было отрицательным.

Однако этот период не может быть исключен из истории европейской культуры. Именно в раннем Средневековье обозначилась главная задача определения будущего средневековой культуры – «закладка основ подлинно европейской культуры».

Именно тогда в медицине, развивавшейся под влиянием прогрессирующего естествознания, сформировались два направления опытного знания ятрохимия и ятрофизика.

Материал и методы исследования. Медицина становилась клинической, хотя и робко, но все же начала брать на вооружение данные физики, механики, физиологии, а во врачебной практике начали использоваться новые методы обследования и новые лекарственные средства.

В то время под влиянием развивающихся естественных наук развивались две экспериментальные отрасли знаний в медицине – анатомическая химия и анатомическая физика. По мере того как фармакология становится наиболее клинической и включает в себя данные из биологии, физики и анатомии, в медицинской методике используются новейшие тесты и новейшие лекарства.

Результаты исследования и их обсуждения. Греческие термины по анатомии и физиологии разбросаны по самым ранним древнерусским текстам. Эти термины взяты из трудов Галена и византийских врачей, а также из сочинений Аристотеля. Впервые были записаны в «Кодексе Гиппократов» («*Corpus Hippocratum*»). Непосредственные заимствования из греческого и латинского языков включают, например, названия различных заболеваний (кариес из греко-лат. *caries*, диабет из греко-лат. *diabetes*) и анатомических форм (артерия из греко-лат. *arteria*, капсулы из греко-лат. *capsula*). Например, названия воспалительных и невоспалительных заболеваний (холецистит: от греко-латинского; *cholecystitis*; мастит, воспаление молочной железы, от греко-латинского; *mastitis*). Существует несколько групп таджикских медицинских терминов:

1) образование название древние слова, обозначающие на английском и таджикском языках: thigh – рон, сон, back - тахтапушт, hair - муй, head - сар, lip - лаб, teeth - дандон, face - руй, urine - пешоб, nose - бини, nail - нохун, kidney - гурда, cancer - харчанг, hand - даст, heart - дил, ear - гуш и т.д.;

2) заимствование из международных языков в классическое образование слов, но адаптированных в процесс

имеющий различное произношение и очертаниям: abortion appendicitis bronchitis bacillus vaccine gingivitis infection lymph retina rectoscopy и т.д.;

3) западноевропейские языки в заимствования таким же образом, в различной степени в английском и таджикская языках:

Чарроҳӣ – илм дар бораи амали дастӣ, **sugery**.

Чарроҳӣ – чараёи шадидаи чиркини фолликулаи мӯй, ғадуди рағған ва бофтаи атроф – **furuncul acute purulent inflammation of the hair pouch, sebaceous gland and surrounding tissue**.

Инфексия – бемории сироятӣ – **acute purulent process requiring surgical infection**.

Антисептикҳо маълуми тадбирҳои, ки барои нест кардани микробҳои захм нигаронида шудаанд. - **anticeptics a set of measures aimed at destroying in a wound**.

Фурункул илтиҳоби шадидаи чиркини фолликулаи мӯй, ғадуди рағған ва бофтаи атроф – **furuncul acute purulent inflammation of the hair pouch, sebaceous gland and surrounding tissue**.

Карбункул – илтиҳоби шадидаи чиркини фолликулаҳои мӯй, ғадудҳои рағған ва бофтаи зерӣ пӯст - **caruncle acute purulent inflammation of several hair of the hair pouch, sebaceous gland and surrounding tissue**.

Гидраденит – илтиҳоби шадидаи чиркини ғадудҳои арақ - **hydradente acute purulent inflammation of the sweat glands**.

Абсцесс – дар бофтаҳо ҷамъшавии маҳдуди чирк - **abscess limited accumulation of pus in tissues**.

Флегмона – илтиҳоби шадидаи чиркини фосилаҳои ҳуҷайра – **flegmona acute inflammation of cellular spaces**.

Эрисипелас – илтиҳоби шадидаи серозӣ ҳуди пӯст, камтар аз луобпардаҳо - **echinococcosis - parasitic disease caused by echinococcus**.

Эритема – сурхшавии пӯст ё сурхчаҳои ҳук, бемории сироятӣ, ки аз микробҳои сурхи ҳук ба вучуд омадааст - **eritema, redness of skin**.

Лимфагоит – илтиҳоби шадидаи рағҳои лимфатикӣ - **lymphadenitis acute inflammation of the lymph vessels**.

Лимфаденит – илтиҳоби шадидаи гиреҳи лимфа - **lymphadenitis acute inflammation of lymph node**.

Заимствования из других языков представлены в редких случаях, например: малярия (итальянский), москит (комары) (испанский).

4) непосредственными копированиями из греческого и древнегреческого диалектов являются, например: наименования болезней разной сущности (анемия – *anaemia* от греко-лат. малокровие; агония-*agonia* от греко-лат. борьба), а также наименования анатомических систем (аорта-*aorta* от греко-лат. главная артерия, капсула – *capsula* от греко-лат. коробочка или футлярчик) [8].

В таджикском медицинском глоссарии, помимо полного заимствованного слова, встречается полукалькарек – термин, состоящий частично из примитивного и частично иноязычного материала, который по морфологической структуре соответствует своему аналогу в оригинале (супрамедиял от латинского *supramedialis*).

Фразеология заимствование терминологии в английском языке заимствует не только значение, но и способ сочетания слов. Синтаксические ссылки приводят к образованию новых фраз в языке. Например, «drug picture» - «тавсифи дору (ворӣ)» (тавсифи аломатҳои дар ихтиёри ё носолим мушофида шуда, ки таъсири маводи муайяни дорувориро аз сар гузаронидаанд) - «описание лекарства» (описание симптомов, наблюдаемых у здоровых добровольцев, испытывавших на себе действие определенного лекарства) и «natural selection» - «интиҳоби табиӣ» - «естественный отбор», «unconscious selection» - «интиҳоби беихтиёрона»-«бессознательный отбор», «struggle for existence, struggle for life»- «рақобат барои зиндамондан, рақобат барои ҷаёт» - «конкуренция за выживание, конкуренция за жизнь» и т.д.

Выводы. Английский язык необходимо не только врачам, медикам, но и представителям современного общества других профессий: *Persona non grata, status quo, terra incognita* – примеров на латинский выражений и клише, которые мы видим каждый день. Знания невозможно представить себе современных интеллигентных людей без латыни, выражения на латинских, клише и пословиц.

Различные заимствования из других языков, все возможной терминологической системе, помимо в сочетаниях терминов, сформировавшийся из других языков, созданные в латинской и греческой формах. Наука в медицине является известной человечеству с древнейших времен, ход развития области медицинских подходящий к совершенствованию и нетрудности терминологии, имеющей свои признаки.

Список литературы:

1. Авербух К.Я. Общая теория термина / К.Я. Авербух. – Иваново: Изд-во Ивановского ГУ, 2004. – 252 с.
2. Алексеева Л.М. Медицинский дискурс. Теоретические основы и принципы анализа / Л.М. Алексеева, ред. С.Л. Мишланова. – Пермь: Изд-во Пермского ГУ, 2002. – 200 с.
3. Арнольд И.В. Лексикология современного английского языка / И.В. Арнольд. – М.: Высшая школа, 1973. – с. 220-235.
4. Арнольд И.В. Стилистика современного английского языка. Стилистика декодирования / И.В. Арнольд. – Л.: Просвещение, 1973. – с. 68-95.
5. Бугорская Н.В. Проблема термина и терминологические проблемы: монография / Н. В. Бугорская. – Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2007. – 388 с.
6. Виноградов С. Н. Термин как средство и объект описания (на материале русской лингвистической терминологии) / С. Н. Виноградов. – Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2005. – 229 с.
7. Лукоянова Т.В. Когнитивное терминоведение как одно из направлений современной лингвистики / Т.В. Лукоянова // *LinguaMobilis*. Научный журнал / гл. ред. А.А. Селютин. – 2014. – № 3 (49). – С. 75–80 (0,2 п.л.).
8. Лукоянова Т.В. Понятие «Термин» в когнитивном терминоведении / Т.В. Лукоянова // Современные проблемы лингвистики и лингводидактики: концепции и перспективы: материалы Пятой заочной Междунар. научно-методич. конф. г. Волгоград, 30 апреля 2015 г. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2015. – с. 68–73.

Каюмова М.А. Раджабов Р.Р. Махмудова С.С.
ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ЗАИМСТВОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Медицинская терминология характеризуется довольно сложным семантическим характером заболеваний, что является довольно трудным для читателя, который не представляет конкретного содержания английских терминов, что объясняется недостаточной точной интеграцией с данной сферой. В основе этого явления лежит тот факт, что в медицинской терминологии присутствуют функциональные компоненты: узкоспециальная лексика, являющаяся принадлежностью только данной терминологии; профессиональная медицинская лексика, к которой относятся термины, функционирующие в нескольких медицинских дисциплинах; общемедицинская лексика, т.е. термины, обозначающие понятия, общие для всех медицинских дисциплин.

Сочетание всех этих функциональных компонентов приводит к такому состоянию терминологической системы, при котором резко возрастает терминологическая синонимия, препятствующая адекватному восприятию научной информации, адекватному переводу научной медицинской литературы. Например, *upper – distal; lower – proximal; palpation – touching; removal – amputation, ectomy, resection; essential hypertension – arterial hypertension; coronary heart disease – isch(a)emic heart disease; cholelithiasis – chronic cholecystitis*.

Цель исследования. На морфологическом уровне имеет место заимствование аффиксов, которые начинают появляться только когда иностранный язык становится настолько хорошо знаком носителям языка что они подсознательно заменяют исконные аффиксы на иноязычные и это происходит в том случае, если эти иноязычные элементы становятся частью грамматической системы носителей языка.

Материалы и методы исследования. С точки зрения способа проникновения в английский язык морфемы заимствовались либо непосредственно из латинского языка, либо через французское посредство. Напрямую были заимствованы префиксы *ab- / abs-* (лат. *ab-*), *co- / con- / com- / col- / cor-* (лат. *co-*), *dis-* (лат. *dis-*) / *di-* (лат. *dī-*), суффиксы *-an* (лат. *-ānus*), *-ary* (лат. *-ārius*), *-fic* (лат. *-ficus*), *-itious* (лат. *-ītīōsus*) и др.; через французское посредство – суффиксы *-able* (лат. *-ābilis*), *-ation* (лат. *-ātiōnem*), *-ence* (лат. *-entia*) / *-ance* (лат. *-antia*), *-ion* (лат. *-iō(n-)*) и др.

Некоторые латинские аффиксы тоже проникали в английский язык как напрямую, так и через французское посредство. Это объясняется тем, что, как известно, аффиксы не заимствуются изолированно, «а приходят в язык сначала просто в составе оформляемых ими заимствуемых иноязычных слов, т.е. как неотделимые морфемы этих последних»; соответственно, ряд аффиксов пришел в английский язык как в составе непосредственных заимствований из латыни, так и опосредованных латинизмов. К числу таковых относятся префиксы *bi-* (лат. *bi-*), *de-* (лат. *dē-*), *per-* (лат. *per-*), *semi-* (лат. *sēmi-*), суффиксы *-ate* (лат. *-ātus/-at-*), *-ian* (лат. *-iānus*), *-ic* (лат. *-icus*), *-ular* (лат. *-ulāris*) и др. Помимо этого, имеются такие аффиксы, чью этимологию доподлинно установить не представляется возможным. Иными словами, неизвестно, какой язык служил языком-источником для заимствованных аффиксов – французский (старофранцузский) или латинский: например, префикс *pre-* (фр. *pré-* или лат. *præ-*), суффиксы *-ine* (фр. *-in*, *-ine* или лат. *-īnus*, *-īna*), *-ious* (фр. *-ieux* или лат. *-iōsus*), *-iuous* (фр. ст.-фр. *-iuous* или лат. *-iōsus*) и др.

Результаты исследования и их обсуждения. Влияние латинской грамматики на английскую оценивается больше логикой в построение предложения и вносит большую ясность в соединение составляющих его элементов. Они широко распространены во всех отраслях науки, а также употребляются в общенародной речи.

Например, *anemia* (лат. *anaemia*), *appendicitis*, *bronchitis*, *pediatry*, *oncology*, *aspirin*, *insulin*, *antibiotics*, *infection* (лат. *infectio*), *operation* (лат. *operatio*, *observation* (лат. *observation*), *tremor* (лат. *tremor*), *trauma* (лат. *trauma*), *venom* (лат. *venēnum*), *skeleton* (лат. *skelēton*), *diaphragm* (лат. *diaphragma*), *lymph* (лат. *lymp̄ha*), *chorda* (лат. *chorda*), *thymus* (лат. *thymus*), *thalamus* (лат. *thalāmus*) *nerve* (лат. *nervus*), *cell* (лат. *cellūla*), *vena* (лат. *vena*), *sense* (лат. *sensus*), *organ* (лат. *orgānum*), *embryo* (лат. *embryo*), *species* (лат. *species*), *worm* (лат. *vermis*), *chromosome* (лат. *chromosōma*) и др.

Выводы. Проблема изучения медицинского языка и специфики перевода медицинских текстов стала интересовать лингвистов и людей, не связанных с филологией. Но именно сейчас она становится особенно актуальной, так как все больше людей стремятся к здоровому образу жизни. Медицинский справочник, будучи одним из основных составляющих культурной компетенции, должен, таким образом, эффективно выполнять свою роль языка общения врача со своей целевой аудиторией. Вербальный компонент медицинских текстов чаще всего преобладает или, по крайней мере, являет собой неотъемлемую часть комплекса средств воздействия на читателя.

Таким образом, внимание к вопросу языка вообще и медицинского языка в частности поможет повысить значение коммуникативной компетенции в обществе. Именно динамичность, необходимость постоянного совершенствования языка медицинских справочников делает необходимым углубленно продолжать исследования этой части речевой активности. Перспективы дальнейшего анализа этого аспекта не ограничены и составляют сферу деятельности дальнейшей научной работы.

Список литературы:

1. Особенности лингвистического и логико-понятийного аспектов изучения медицинских терминов / Г.Н.Аксенова, Н.Е.Кожухова, А.А.Шарапа // <http://www.bsmu.by/bmm/04.2004/42.html>.
2. Андрианов С.Н. Некоторые вопросы построения словарей специальной терминологии / С.Н.Андрианов // Тетради переводчика. - Вып. 2. - М.: Международные отношения, 1964. - С. 78-91.

Каюмова М.А.
ЗАИМСТВОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ
Кафедра иностранных языков ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Республика Таджикистан

Цель исследования. Медицина и целительство – самые древние области человеческой практики, возникшие одновременно с появлением *Homo sapiens*. «Медицинская практика так же стара, как и первый человек», – писал великий русский физиолог И.П. Павлов. Он также внес свой вклад в развитие медицины и хирургии, придав новый импульс той эпохе плодотворными разработками.

Впоследствии возникающие и развивающиеся общества требовали более эффективных мер борьбы с болезнями, накопления медицинских знаний и, в определенной степени, научных доказательств, основанных на практике.

Не менее важным было формирование профессиональных групп, главной задачей которых было лечение болезней и спасение жизней.

Материал и методы. Медицина становилась клинической, хотя и робко, но все же начала брать на вооружение данные физики, механики, физиологии, а во врачебной практике начали использоваться новые методы обследования и новые лекарственные средства.

В то время под влиянием развивающихся естественных наук развивались две экспериментальные отрасли знаний в медицине – анатомическая химия и анатомическая физика. По мере того как фармакология становится наиболее клинической и включает в себя данные из биологии, физики и анатомии, в медицинской методике используются новейшие тесты и новейшие лекарства.

Анализ приведенных выше примеров показывает, что в таджикской медицинской терминологии чаще используются описания. Это объясняется не только характером терминологии, где специалисты сознательно выбирают языковые средства для выражения медицинских понятий, но и тем, что калькирование является основным методом перевода медицинских терминов, делая получаемые эквиваленты краткими, простыми и четко связанными с оригинальным текстом. Кроме того, одним из основных требований современной терминологической номенклатуры является «международное признание», обеспечиваемое международным характером формы и содержания термина. По подсчетам, это подразумевает международный характер содержания термина при сохранении его национальной формы, что особенно важно при переводе медицинских терминов.

Результаты исследования. В условиях ускоренного научно-технического прогресса терминология приобретает особое значение. Она является и источником информации, и инструментом для овладения профессией. Каждая область науки и техники находит свое выражение в терминологии. Действительно, нет такой области знаний, которую можно было бы освоить, не зная терминологии.

Медицина – одна из древнейших областей человеческого знания, поэтому неудивительно, что медицинская терминология имеет множество качественных особенностей, связанных с историей ее становления и развития.

Выводы: В любой терминологической системе, помимо терминов, созданных на родном языке, можно встретить различные заимствования из других языков, особенно термины, созданные в греческой и латинской формах. Поскольку медицина является наукой, известной человечеству с древнейших времен, процесс развития медицинских знаний закономерно привел к совершенствованию и упрощению терминологии, имеющей свои особенности.

Список использованной литературы

1. Авербух К.Я. Терминологическая вариативность: теоретические и прикладные аспекты // Вопр. языкознания. 1986. № 6. С. 38–49
2. Акуленко, В. В. Вопросы интернационализации словарного состава языка. /В.В. Акуленко-Харьков, 1972. -215 с.
3. Ахманова, О.С. Словарь лингвистических терминов. /О. С. Ахманова -М., 1966, 606 с

Кенджаева И.А., Холбобоев Дж.К., Уманов И.Г.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ S.AUREUS БОЛЬНЫХ ВЗРОСЛОЙ УРОЛОГИИ И ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Актуальность. Стафилококки являются одним из самых распространенных микроорганизмов, которые обнаруживаются в различных биотопах человека [1,3].

Они также являются причиной развития различных гнойно-воспалительных инфекций, в том числе нагноения операционной раны (52%), нагноение шва - в 17,8%, послеоперационных пневмоний - в 6,6%, гнойно-септических инфекций -от 0,5% до 15%. [1,4].

По данным исследователей США и Великобритании в этиологии ГВЗ преобладают патогенные стафилококки, в том числе *S.aureus* (20,0%) [2,5].

ВРФ из очагов воспаления в 34-41,5% случаев выделяют патогенные стафилококки, высеваемость *S.aureus* 28,0% [2,5].

Литературные данные последних лет показывают, что в настоящее время, особенно в условиях РТ *S.aureus* не потерял своё господство и часто является этиологическим агентом ГВЗ у определенной категории больных, также часто встречается в ассоциации с энтеробактериями и грибами рода *Candida* [3].

Цель исследования. Изучение этиологической значимости *S.aureus* в развитии ГВЗ у больных взрослой урологии и ЛОР-отделения.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования были - у больных взрослой урологии – 78 клинических образцов мочи, у 72 больных ЛОР-отделения - гнойное отделяемое из ушей и носа. Исследования проводились на базе бактериологической лаборатории Национального медицинского центра (ныне ш. «Шифобахш»).

Забор гноя из ушей и носа производили стерильным одноразовым ватным тампоном.

Забор средней утренней порции мочи осуществлялся в одноразовые стерильные пластиковые флаконы с крышкой, после тщательного мытья наружных половых органов.

Посев гноя и мочи в дифференциально–диагностические и элективные питательные среды. Посев производился на кровяной агар, желточно-солевой агар с маннитолом, на среду Эндо и агар Сабуро и посевы инкубировали в термостате при +370С, в течении 18-24 часов

Идентификация *S. aureus* производилась на основании следующих морфологических признаков: наличия грамположительных кокков, которые располагались в виде «гроздьев винограда»; культуральных свойств, то есть наличия S- колоний среднего и мелкого размера, появления золотистого пигмента у колоний; по наличию зоны гемолиза на кровяном агаре; проявлением фермента лецитовителлазы, плазмакоагулирующей активности и разложении маннита на желточно-солевом агаре с маннитолом.

Штаммы *S. hemoliticus* не обладали плазмокоагулазной активностью. Фермент лецитовителлаза выявлялся у незначительного количества штаммов стафилококка. Эти штаммы расщепляли маннит и обладали выраженной гемолитической активностью на кровяном агаре.

Результаты исследования. Для изучения этиологической значимости *S. aureus* в развитии ГВЗ в отделении ЛОР были обследованы 72 образца гноя, взятых у больных с хроническими воспалительными заболеваниями ЛОР органов.

Поэтому изучение этиологической роли *S. aureus* в развитии ГВЗ у больных ЛОР - отделения показали следующие результаты (Таб. 1).

Таблица 1

Высеваемость *S. aureus* при ГВЗ у больных ЛОР отделения.

Вид микрофлоры	абсол. число	в % соотношении
1. <i>S. aureus</i>	19	26,4
2. <i>Str.pyogenes</i>	11	15,3
3. <i>Str. hemoliticus</i>	9	12,5
4. <i>S. aureus</i> + <i>Str.pyogenes</i>	14	19,4
5. <i>S. aureus</i> + <i>Str. hemoliticus</i>	3	4,2
6. <i>Klebsillae</i> + <i>Str.pyogenes</i>	4	5,6
7. <i>Ps. aeruginosae</i> + <i>Str.pyogenes</i>	8	11,2
8. <i>Proteus</i>	4	5,6
Всего	72	100

У этой категории больных высеваемость *S. aureus*, в монокультуре составила 26,4 %, в ассоциации со *Str.pyogenes* 19,4 %, с *Str. hemoliticus* 4,2%.

Удельный вес *S. aureus* в структуре ГВЗ у больных с хроническим отитом и ринитом составило 50%, из них 26,4 % высеян в виде монокультуры и 23,6 % в ассоциации со стрептококками.

Наряду с этим высеваемость стрептококков в виде монокультуры составила 27,8 %. Также отмечается рост ассоциации стрептококков с представителями грамотрицательной флоры, что этот показатель составил 22,4%.

Также у больных с хроническими заболеваниями ЛОР органов отмечен рост бактерий рода *Klebsillae*, высеваемость которых равна 5,6%. Отмечен также рост синегнойной палочки со стрептококком, что составило 11,2%.

При исследовании высеваемости *S.aureus* из мочи больных взрослой урологии установлены следующие показатели.

Проводились качественные и количественные бактериологические исследования мочи.

Таблица 2-Высеваемость *S.aureus* из мочи больных взрослой урологии

Виды микрофлоры	абсол. число	в % соотношении
1. <i>S. aureus</i>	10	12,8
2. <i>Klebsillae</i>	14	17,9
3. <i>Proteus</i>	4	5,1
4. <i>E. coli</i>	16	20,0
5. <i>Ps. aeruginosae</i>	2	2,6
6. <i>S. aureus</i> + <i>Str.pyogenes</i>	3	3,8
7. <i>Str.pyogenes</i>	12	15,4
8. <i>Str. fecalis</i>	11	14,1
9. <i>S.aureus</i> + <i>E. coli</i>	4	5,1
10. <i>S. aureus</i> + <i>Klebsillae</i>	2	2,6
Всего	78	100

В результате анализа полученных данных (табл. 2) выявлено, что удельный вес *S. aureus* в общей этиологический структуре возбудителей ГВЗ у этой категории больных составил 24, 4%, то есть выделено у 19 больных. Из них в 12,8% случаев *S. aureus* был выделен в виде монокультуры и в 11,6 % случаев в ассоциации с *Str. pyogenes* (2,6%), с *E.coli*(5,1%) и с бактериями рода *Klebsillae* (2,6%).

Из представителей кокковой флоры также лидируют стрептококки, высеваемость которых составила 29,5%. Также отмечается возрастание высеваемости представителей грамотрицательной флоры – клебсиелл, кишечной палочки, *Ps. aeruginosae* и бактерии рода *Proteus*. В данном случае их общая высеваемость составила 46,1 %.

Количественное изучение обсемененности мочи в данном случае дополняет показания качественного бактериологического исследования. Степень бактериурии (КОЭ/мл) исследованных образцов мочи для *S. aureus* составило

10⁵ КОЭ/мл, то есть у 95,7 % больных микробное число составила более 100 тысяч микр. единиц в 1 мл мочи.

Для сравнения с этим анализированы соотношения микробной обсемененности для представителей грамотрицательной флоры.

Для эшерихий, клебсиелл, протей, синегнойной палочки степень бактериурии был равен 106-107 КОЭ/мл.

Выводы. 1. В этиологической структуре ГВЗ ЛОР отделения преобладают представители кокковой флоры в монокультуре и в виде ассоциации. Среди них удельный вес *S. aureus* в общем составляет 50%, из них 26,9% в виде монокультуры и 23,6% в ассоциации с другими микроорганизмами.

2. Удельный вес *S. aureus* в моче урологических больных составило 24,4%. При количественном исследовании мочи, степень бактериурии для *S. aureus* составило 10⁴-10⁵ КОЭ/мл.

Литература

1. Акатов А.К. Лекарственная устойчивость госпитальных штаммов *S. aureus*, относящихся к разным биологическим типам / А.К. Акатов., М.Л. Хатаневвер // Антибиотики. 2012.-С.518.
2. Брусина Е.Б. Эпидемиологическое значение внутрибольничных инфекций в хирургии и роль различных источников инфекции / Е.Б. Брусина, И.П. Рычагов // Главная медицинская сестра. -2007.-№ 9. -С. 97-102.
3. Усманова Г.М. Автореферат Эпидемиологические особенности внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля и система их профилактики в Республике Таджикистан: дис. 2012. С.47-39
4. Мониторинг штаммов *Staphylococcus aureus*, изолированных при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и мягких тканей / С.В. Жилина [и др.] // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье" -2009. -№1. -С. 51-55.
5. Role of transfusions in the development of hospital-acquired urinary tract-related bloodstream infection among United States Veterans / M. T. Greene [et al.] // American journal of infection control. – 2019. – Т. 47. – №. 4. – С. 381-386.

Кенчазода М.С.

ВИЖАГИҲОИ ҶУМЛАҲОИ СОДАИ ЯКТАРКИБАИ УНВОНӢ ДАР ЗАБОНИ ТОЧИКӢ

Коллеҷи омӯзгории ДДХ ба номи академик Бобочон Ғафуров

Муҳимияти мавзӯ. Масъалаи омӯзиши ва таҳқиқи ҷумлаҳои сода дар забоншиносии тоҷик хеле барвақт таваҷҷуҳи муҳаққиқонро ба худ ҷалб карда буд ва ҳанӯз баъзе вижагиҳои ҷумлаҳои сода мавриди пажӯҳиш қарор нагирифтаанд. Дар баробари ин, баъзе масъалаҳои ҷумлаҳои сода бо ҷойи аъзоҳои он, иштироки аъзоҳои ҷумла ҳамчун ҷузъи сохтори он алоқамандӣ доранд, ки ҳангоми таснифоти ҳелҳои ҷумла таваҷҷуҳи махсус меҳоянд.

Мақсад ва вазифаҳои тадқиқ. Мақсади тадқиқоти мазкур аз баррасии хусусиятҳои грамматикӣ ва сохтории ҷумлаҳои содаи забони тоҷикӣ иборат мебошад. Адибони муосир бо осори гаронбаҳои худ дар рушди забони адабӣ саҳми нотақдор гузоштаанд. Бинобар ин омӯзиши мероси адабии онҳо дар такмили таркиби луғавии забони тоҷикӣ, сохтори калимасозию ҷумлабандӣ ва услуби забон дорои аҳамияти беандоза аст.

Маводи тадқиқоти мазкур насри бадеии адабиёти муосир буда, он чун эталони давраи нави инкишофи забони тоҷикӣ маҳсуб меёбад.

Маълум аст, ки баёни фикр танҳо бо сарҳади ҷумлаҳо маҳдуд намегардад, аммо муносибати мантиқиро дар ифодаи мақсад маҳз қолаби ҷумлаҳо муайян мекунад. Ҷумла чун воҳиди асосии нутқи инсон, қолабҳои нахвӣ ба ҳам алоқамандӣ дорои хусусияти сохторӣ ва маъноӣ мебошад. Дар ҷумла махсусияти муҳимтарин хусусияти маъноӣ мебошад, ки тавассути муносибати предикативии байни сараъзоҳои ҷумла ифода мегардад. Ба ғайр аз ин, ҷумла дорои аломатҳои сохторие мебошад, ки пеш аз ҳама, оҳанги типӣ гуногуни ҷумлаҳо, тартиби калима, навъҳои воситаи грамматикӣ алоқаи калимаҳо ташкил медиҳанд.

Забоншиносон ҷумлаҳои унвониро ба гурӯҳи ҷумлаҳои яктаркибаи номӣ шомил намудаанд. Дар мавриди ҷумлаҳои содаи яктаркибаи номӣ, хусусият ва тафовути онҳо аз ҷумлаҳои содаи яктаркибаи феълӣ забоншинос Б. Камолиддинов чунин зикр намудааст: «*Ҷумлаҳои яктаркибаи номӣ муносибати предикативиро ифода мекунад, вале имконияти ифодаи ин муносибат дар онҳо маҳдудтар аст, чунки дар ҷумлаҳои яктаркибаи номӣ шаклҳои феълӣ ба қор бурда намешаванд. Муносибати предикативӣ дар онҳо бо ёрии категорияҳои модалит ва замон ифода меёбад. Тарзу воситаҳои грамматикӣ ифодаи ин категорияҳо низ фарқ мекунад: агар дар ҷумлаҳои яктаркибаи феълӣ ин категорияҳои нахвӣ бо ёрии сифаҳо ва шаклҳои замони феъл ифода ёбанд, дар ин ҷумлаҳои яктаркибаи номӣ ба воситаи интонатсия, матн ва мавриди сухан ифода мешаванд. Воқеияти аломат дар ҷумлаҳои яктаркибаи номӣ ба замони ҳозира далоят мекунад, аммо баъзан вобаста ба замони амалу ҳолати хабари ҷумлаҳои дигар матн ба замонҳои гузашта ва оянда ҳам далоят карда метавонад*». [2010, 18].

Ҷумлаҳои унвонӣ ба гурӯҳи ҷумлаҳои содаи яктаркибаи номӣ дохил мешаванд. Онҳо аз лиҳози мазмун, маъноӣ шакли грамматикӣ, сохтори нахвиашон аз ҷумлаҳои дигар фарқ мекунад. Ҷумлаҳои унвонӣ хусусияти тасвирий доранд, бинобар ин бештар дар тасвири манзараю ҳодисаҳои табиат, замону макон ва ғайра ба қор бурда мешаванд. Чунин нахвӣ ҷумлаҳои сода танҳо аз таркиби мубтадо иборат буда, ягон ашё, ҳодиса, ҳолат, ҷой замонро номбар мекунад ва дар баробари ин мавҷуд будани он чизи номабар қардашонро тасдиқ менамоянд. *Ҷумлаи унвонӣ*, -қайд қардаанд забоншиносон М. Норматов ва Ш. Рашидов, - *предметро номбар мекунад, ки гуянда аз ҳама пеш фақат мавҷудияти он, ҳастии он, вуҷуд доштани онро нишон доданӣ, маълум қарданӣ ва ё фаҳмонданӣ. Ин мақсад, ки бо номбар қардани худ предмет ҳосил мешавад, ба баёни ҳаракату ҳолат, макону воситаҳои маҷғулияти он ҳоҷат намемонад. Ба ин маънӣ аъзои марказии ҷумлаи унвонӣ дорои сифати мубтадо мебошад. Вале аз мубтадои ҷумлаи дутаркиба фарқ дорад: иҷрокунандаи амал, предмети дорои*

аломатро номбар намекунад [1988, 122].

Муҳаққиқон ҷумлаҳои унвонино вобаста ба вазифааш ба ду гурӯҳ ҷудо намудаанд: 1. Ҷумлаҳои унвонино тасвирӣ; 2. Ҷумлаҳои унвонино ишоратӣ; Ҷумлаҳои унвонино тасвирӣ дар ҷунин ҳолатҳо истифода мешаванд:

1. Дар вақти тасвир кардани ягон предмет, ҳодиса, ҷой ва ғайра барои алоҳида қайд кардани мавҷудияти онҳо, барои ифода кардани ҳодисаҳои табиат, ки вақт, замони амалиёти персонажҳо ва ҳолати метеорологии табиатро мефаҳмонад; *Э офтоби оламтоб. Агар офтоби олам дуру дароз рӯйи худро нанамояд, ҳамаи мавҷудоти ҷондор афсӯрда шуда мемиранд (СА. Ё. с. 444).*

2. Барои номбар кардани манзара, ки ҷойи амалиёти персонажҳо ва ё предмети тасвиршаванда мебошад: *Деҳаи Соктаре. Ин деҳа аз тобеоти райони Ғиждувон буда, як фарсах – 8 километр дуртар аз маркази район ва дар тарафи шарқии он дар канори дарёи Зарафшон воқеъ аст (СА. Ё. 9); Деҳаи Маҳаллаи Боло. Ин деҳа дар якфарсахӣ (8 километрӣ)-и ғарби шимолии қалъаи Ғиждувон дар доираи хоки туман (район)-и Шофирком, аз ҷумлаи деҳоти Деҳнави Абдуллоҷон, дар доманаи реги равоне, ки ба дашти Қизил мепайвандад, воқеъ шудааст. Қаротегин... Ин ҷӣ гуна харобаи зулмобод буд, ки ба шумии арбобкамолҳои он Одина аз маҳбубаи дилороми худ абадӣ ҷудо шуда буд (СА. А.).* 3. Барои ифода кардани ҳар хел ҷамъомадҳо, барои тасвир кардани ҳолат, ки ба замон ва ҷойи амалиёт вобастагӣ дорад;

4. Барои ҳар хел ҳодисаҳои овозиро номбар кардан ва барои ифодаи якҷанд маъниҳо ҷумлаҳои унвонино тасвирӣ ба кор бурда мешаванд: Ҷунончи: – *Э маъсумаи покдомани ман! Агар хурсандии ту бо нест шудани ман муяссар мешуда бошад, ман тайёрам дарҳол худро ҳалок намуда нест кунам, ҳеч набошад, ҳамин ҳоли ҳозир сарамро гирифта аз ин ҷоҳо ғойиб шавам, ба тарзе, ки баъд аз ин ҳеч кас ному нишони маро аз ин ҷоҳо наёбад ва агар мурда хок шавам, гарди ман ба домони поки ту нанишинад...* (СА. Ё. с. 456)

Ҷумлаҳои унвонино ишоратӣ. Ҷумлаҳои унвонино ишоратӣ ба ҳастии предмети номбаркардааш ишора карда, диққатро ба он ҷалб мекунад. Гӯянда барои нишон додани предметҳои дуру наздик ин хел ҷумлаи унвонино истифода мебарад. Ҷумлаҳои унвонино ишоратӣ ҳиссаҷадор ва беҳиссаҷа мешавад.

Ҷумлаи унвонино ҳиссаҷадор бо оҳанги махсус, ба воситаи имо ва ҳиссаҷаи ишоратӣ ба ҳастии предмет ишорат мекунад. – *Мана, Восеъ. Мана ин хати ҷаноби амлоқдор. (СУ. В. 109); Ана, тақсир, арзи ман (СУ. В. С. 333); – Ана ҳаминаҳо ғазалҳои домуллои акаат (СА. Ё. 132); – Ана инаш ледина... Ана инаш ях ... (СА. Ё. 278);*

Ҷумлаи унвонино ишоратии беҳиссаҷа. Ҷумлаи унвонино ишоратии беҳиссаҷа вақте ба кор бурда мешавад, ки гӯянда ягон ашёро ногаҳон дида, ба шавқ омадааст, хурсанд шудааст, ё дар воҳима афтодааст ва бо ҳамин ҳолат ба касе мавҷудияти онро нишон индиҳад. Имо ва оҳанги талаффуз ба ҳар як кас имконият медиҳад, ки ба воситаи ҷунин ҷумлаи унвонӣ ҳастии предметро нишон диҳад: *"Позарезон! Позарезон!" Ин садо аз тарафи як гурӯҳи мардум бо шодигӯна баланд шуд (160);*

Ҷумлаҳои унвонӣ яке аз шаклҳои хеле одӣ ва содаи ифодаи фикр мебошанд. Бо ин хусусияти худ аз ҷумлаҳои дигар фарқ мекунанд. Ҷумлаи унвонӣ шакли муъҷазӣ тасвир намудани табиат, муҳиту ҳолат ва инчунин ҳолати ботинии инсон мебошад. Онҳо шакли хеле қулайи ифодаи таъсирот ва хотироти худ мебошанд. Ҷумлаҳои унвонино бо тарзи ифода, сохту таркиб, ҷойгиршавии аъзоҳо ва ифодаи фикр аз ҷумлаҳои дигари яктаркиба фарқ мекунанд. Ҷунончи: *Дар ҷустуҷӯи хӯрок. Решачӣ. Ба умеди алав (Б.Ф. Аз арзто фарш. С. 142); Аспдавонӣ. Аспдавонино ҳам медонем. Бе вай ҳам ҷони аспҳо баромада мондагӣ (Р.Ҷ. ОҶ. С. 114);*

Ҳолатҳоро мушоҳида кардан мумкин аст, ки ҷумлаҳои унвонӣ паси ҳам омада, ҳар яке аз онҳо як фикри ҷудогонар ифода мекунад: *Столи корӣ. Диван. Рафи китоб. Портретҳои гуногун. (ФА. Имтиҳон.); Шом. Садои карнай ва сурнай. Издиҳони мардум. Доду ғиҷони қудакон (Ҷархи гардун. 2017).*

Хулоса. Ҷумлаи содаи унвонӣ бо матн муносибати зичи семантикӣ дорад. Аксар фикре, ки дар ҷумлаи унвонӣ ифода меёбад, дар ҷумлаҳои дигар шарҳу эзоҳ меёбад ва ё бо ёрии ҷумлаҳои дигар пурра мегардад. Аксари ҷумлаҳои унвонӣ мафҳум ва ё фикри тоза, чизи навро ифода мекунад.

Дар ҷумлаҳои унвонӣ матлаб на ҳамеша беғаразона ва мӯътадил ифода меёбад. Онҳо эҳсосоти гуногуни гӯянда, муносибати салбию эҷобӣ нисбат ба предмет, ҳодиса, вақеаи зикршаванда ва баҳои ўро низ дар бар мегиранд. Тасвири табиат худ эҳсосоти лирикиро дар қалби нигоранда ва хонанда бедор мекунад. Агар бар болои он муносибатҳои дигари гӯянда зам гардад, ҷумлаҳои унвонӣ ба воситаи услубии пурҷозибӣ баён кардани фикр табдил меёбад. Предмером бурда, ба муҳокимаи умум во гузошта бо ин васила мақсадро возеҳу пуртаъсир ифода кардан яке аз омилҳои имконоти услубии ин воҳиди нахвии забон ба шумор меравад: *Дари Ниҳон! Дар ин асно қўҳе ба назараш омад, ки дараи онро “Дараи Ниҳон” меғуфтанд (СА. Ғ. С.); Қаротегин. Ин ҷӣ гуна харобаи зулмобод буд, ки ба шумии Арбоб Камолҳои он Одина аз маҳбубаи дилороми худ абадӣ ҷудо шуда буд (СА. О. С.)*

Хуллас, масъалаи доир ба моҳияти ҷумлаҳои яктаркиба дар илми забоншиносӣ баҳсбарангез аст. Ин сохтор дар ҷорҷӯбаи равияи мантиқӣ ва равонӣ баҳо дода мешуд. Нуқтаи назар нисбат ба вазифаи сараъзое, ки дар ҷумлаи яктаркиба мавҷуд аст, яке аз масъалаҳои баҳснок мебошад ва дар ин ҷода басо ихтилофи назар мушоҳида мешавад. Баъзе забоншиносон диққати асосиро ба хабар ва баъзеи дигар ба мубтадо равона кардаанд. Ба аъзои асосии ҷумлаҳои номӣ набояд аз рӯйи мавқеи морфологӣ баҳо дод, ҷунки исм аз рӯйи нақши нахвиаш сервазифа аст. Бинобар ин нақши нахвии исмро набояд аз рӯйи нишондодҳои грамматикӣ муайян намуд. Зарур аст, ки хусусияти фикри ифодашуда ва вазифаи коммуникативии ҷумларо ба инобат гирифт. Аъзои асосии ҷумлаи номӣ аз рӯйи нишондоди махсуси предикативӣ муайян карда намешавад. Набудани аломатҳои муҳими ҷумла дар баъзе ҷумлаҳои номӣ имкон намедиҳад, ки ба онҳо мақоми ҷумла дода шавад.

Адабиёт:

1. Богданова Е.Н., Морозова Ф.Н., Альтшулер Ф.М. Грамматика русского языка. Синтаксис: Пособие для групп выших учебных заведений с. Таджикским языком обучения. – Душанбе: Ирфон, 1966, -148с.
2. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. Ибора ва синтаксиси ҷумлаҳои сода.-Душанбе: Дониш, 1986.-

Ч.2. -368с.

3. Камолиддинов Б. Нахви забони тоҷикӣ.-Душанбе, 2010.-231с.
4. Норматов М. , Рашидов Ш. Омӯзиши ҷумлаҳои содаи яктаркиба. Душанбе: Маориф, 1988. 152с.
5. Норматов М. , Рашидов Ш. Омӯзиши ҷумлаҳои содаи яктаркиба. Душанбе: Маориф, 1988. 152с.

Керимзаде Г.Э., Мовсумов Н.Т.

РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ВЕРХУШКОЙ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА И ШИЛОСОСЦЕВИДНЫМ ОТВЕРСТИЕМ РАЗНЫХ ФОРМ СУХИХ ЧЕРЕПОВ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомии человека и медицинской терминологии Азербайджанского Медицинского Университета

Актуальность исследования.

В последние годы в литературе встречается ряд научных исследований по изучению топографии шилососцевидного отверстия, являющимся местом выхода лицевого нерва из лицевого канала (4). Этот участок часто используется при блокаде лицевого нерва (блокада Надбата) при ее невралгиях. Однако, как отмечают авторы, для снижения риска повреждения нерва и эффективности проведения блокады важное значение имеет знание топографии этого отверстия, его ориентиров по отношению к окружающим костным образованиям (3). Одним из таких ориентиров в связи с ее прощупыванием у живого человека является сосцевидный отросток. Несмотря на немалое количество работ по изучению расстояния между сосцевидным отростком и шилососцевидным отверстием, мы практически не встречали работы, посвященные исследованию данного параметра в зависимости от формы черепа – его длины, ширины и высоты.

Цель исследования.

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования было проведение статистического анализа показателей расстояния между сосцевидным отростком и шилососцевидным отверстием у сухих черепов с различными ее формами.

Материал и методы исследования.

Исследования проводились на 159 сухих черепов, взятых из хранилища костного музея кафедры анатомии человека и медицинской терминологии Азербайджанского Медицинского Университета. Все черепа были подразделены на группы как по поперечному (соотношение ширины на длину) индексу, так и по индексу высоты (соотношение высоты на длину). По поперечному индексу черепа были подразделены на брахиокраны (широкий), долихокраны (длинный) и мезокраны (средний); а по индексу высоты на хамекраны (низкий), гипсикраны (высокий) и ортокраны (средний) (2). Расстояние от верхушки до середины шилососцевидного отверстия измеряли при помощи электронного штангенциркуля (рис.1 и рис.2) как справа, так и слева. Полученные данные были запротоколированы и подверглись статистической обработке. При анализе показателей для вариационных групп определялись средняя арифметическая (M), стандартная погрешность ($\pm m$), минимальные и максимальные показатели ряда, средняя структура – Me (median), квартили (Q1, Q3), 95% доверительный интервал (95% ДИ). Разница между показателями групп оценивалась определением F-Fisher, между парами – определением Student-Bonferroni. Результаты при сравнении 2-х групп оценивались непараметрическими методом U-Mann-Whitney, а для 2-х и более - H-Kruskal-Wallis. При статистической достоверности $p < 0,050$ гипотеза “0” отрицалась (1).



Рис.1. Расстояние между верхушкой сосцевидного отростка и шилососцевидным отверстием (6,65 mm) с мезокранной, гипсикранной формой черепа



Рис.2. Расстояние между верхушкой черепа и шилососцевидным отверстием (15,43 mm) с долихокранной, ортокранной формой черепа.

Результаты исследования и их обсуждение.

Полученные нами данные и их статистический анализ показали, что расстояния между сосцевидным отростком и шилососцевидным отверстием отличаются у черепов в зависимости от их формы (линейных параметров).

В таблице 1 представлены результаты статистического анализа расстояния между верхушкой сосцевидного отростка и шилососцевидным отверстием у сухих черепов, разделенных по черепному (поперечному) индексу. Как видно из таблицы сравнение этого расстояния между тремя группами показало достоверные различия. При этом как справа, так и слева самое короткое расстояние наблюдается у брахиокранов, а самое дальнее расстояние у долихокранов. При сравнении двух групп достоверные различия наблюдались с обеих сторон между брахиокранами и долихокранами, слева между долихокранами и мезокранами, а между брахиокранами и мезокранами существенных различий не обнаружено.

При анализе полученных результатов по группам, разделенных по индексу высоты, исследуемый параметр показал достоверное различие ($PU=0,031$) при сравнении хипсикранов ($12,2\pm0,2$ мм, min-max - 6,0-19,0; 95%ЕІ AS-YS - 11,8-12,7) с ортокранами ($12,1\pm0,5$ мм, min-max - 5,0-19,0; 95%ЕІ AS-YS - 11,1-13,1).

Таблица 1.

Статистический анализ расстояния (мм) между верхушкой сосцевидного отростка и шилососцевидным отверстием у сухих черепов с различным черепным индексом.

Тип черепа	n	сторона	$M\pm m$	Min-Max	Me	Q1	Q3	PH	PU1	PU2
		правая	$11,3\pm0,4$	5,0-19,0	12,0	9,0	14,0	0,030	0,012	
		левая	$11,4\pm0,4$	4,0-17,0	12,0	9,0	14,0	0,007	0,004	
		правая	$12,8\pm0,3$	9,0-18,0	13,0	11,0	14,0	0,030	0,012	
		левая	$13,1\pm0,2$	9,0-16,0	13,0	12,0	14,0	0,007	0,004	0,021
		правая	$12,4\pm0,3$	6,0-19,0	13,0	11,0	14,0	0,030		
		левая	$12,2\pm0,3$	8,0-15,0	12,0	11,0	14,0	0,007		0,021

Примечание: здесь и в следующей таблице n – количество исследований, M – средний арифметический показатель, $\pm m$ – стандартное отклонение, Min – минимальный показатель ряда; Max – максимальный показатель ряда, Me – медиан, Q1 – первый квартиль, Q3 – третий квартиль, PH – достоверность различий между группами, PU – достоверность различий между двумя группами.

Мы также сгруппировали черепа с различными индексами (по ширине и высоте). Было установлено, что данный показатель у брахиокранов с высоким черепом (справа $-12,0\pm0,5$ мм, min-max - 6,0-19,0; 95%ЕІ AS-YS - 11,1-13,0; слева – $12,1\pm0,5$ мм, min-max - 4,0-17,0; 95%ЕІ AS-YS - 11,0-13,2) по сравнению брахиокранами с низким черепом слева ($10,3\pm0,6$ мм, min-max - 7,0-14,0; 95%ЕІ AS-YS - 9,6-11,6; $PU=0,031$) и с брахиокранами средней высоты справа ($10,0\pm0,8$ мм, min-max - 5,0-14,0; 95%ЕІ AS-YS - 8,2-11,8; $PU=0,041$) длиннее и выявляют достоверные различия. У долихокранов и мезокранов достоверных различий в зависимости от высоты черепа обнаружены не были.

Достоверные различия между группами по индексу ширины в зависимости от высоты черепа представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, у черепов с низким индексом высоты достоверные различия наблюдаются слева. При этом расстояние короче у брахиокранов. У ортокранов этот показатель с обеих сторон меньше у брахиокранов и существенно больше у долихокранов. У черепов с высоким индексом между группами, сравнение исследуемого показателя достоверных различий не выявило.

Надо также отметить, что расстояние между сосцевидным отростком и шилососцевидным отверстием имели одинаковые значения у хакекранов и брахиокранов, у хипсикранов и долихокранов, а также у ортокранов и мезокранов.

Таблица 2

Статистический анализ расстояния (мм) между верхушкой сосцевидного отростка и шилососцевидным отверстием у сухих черепов с различным черепным индексом.

Типы черепов	N	сторона	$M\pm m$	Me	Q1	Q3	PH	PU1	PU2
		правая	$10,5\pm0,7$	12,0	8,0	13,0			
		левая	$10,3\pm0,6$	11,0	8,0	12,0	0,019	0,039	0,015
		правая	$12,4\pm0,7$	13,0	12,0	13,0			
		левая	$12,6\pm0,5$	13,0	12,0	13,0	0,019	0,039	
		правая	$12,1\pm0,8$	12,5	10,0	14,0			
		левая	$12,8\pm0,6$	12,5	12,0	14,0	0,019		0,015
		правая	$12,0\pm0,5$	12,0	10,5	14,0			
		левая	$12,1\pm0,5$	13,0	10,0	15,0			
		правая	$12,8\pm0,4$	13,0	12,0	14,0			
		левая	$12,8\pm0,3$	13,0	12,0	14,0			
		правая	$12,1\pm0,3$	12,0	11,0	13,0			
		левая	$12,0\pm0,3$	12,0	11,0	13,0			
		правая	$10,0\pm0,8$	9,0	8,0	13,0	0,022	0,014	0,024
		левая	$10,5\pm1,1$	10,0	8,0	12,0	0,017	0,015	
		правая	$13,0\pm0,7$	12,5	11,0	16,0	0,022	0,014	
		левая	$13,7\pm0,4$	14,0	12,0	15,0	0,017	0,015	0,037
		правая	$13,3\pm0,7$	13,0	11,0	14,0	0,022		0,024
		левая	$12,2\pm0,6$	12,0	11,0	14,0	0,017		0,037

Несмотря на наличия некоторую асимметрию нам не удалось выявить четкую зависимость при сравнении полученных данных как слева, так и справа.

Полученные нами данные несколько созвучны с работами Т. Кутоглы с соавторами (2021), которые, проводя исследования на височной кости, установили 3 типа расположения шилососцевидного отверстия и различия дистанции от окружающих костных ориентиров. Вероятно, этим можно объяснить зависимость расстояния между сосцевидным отростком и шилососцевидным отверстием от линейных параметров черепа.

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований нами было установлено, что показатели

расстояния от шиловосцевидного отверстия до верхушки сосцевидного отростка отличаются в зависимости от формы черепа по черепному индексу. При этом она становится достоверно больше у длинных и высоких черепов. Выявлено, что у хамакранов и брахиокранов, у хипсикранов и долихокранов, а также у ортокранов и мезокранов исследуемые статистические параметры полностью соответствуют друг другу.

Список литературы

1. Гафаров, И.А. Биостатистика / И.А. Гафаров. – Баку, 2021. – 238 с.
2. Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т., Гусейнов Б.М., Шадлинская С.В. -Анатомия человека (том 1) Баку: Издательство «Муаллим», 2020. 656 с.
3. Hemanth Ragav N V, Yuvaraj Babu K. Морфометрический анализ шиловосцевидного отверстия. Biosc. Bio-tech. Res. Comm. Special Issue Vol 13 No 8 2020 Pp-108-111 Doi: <http://dx.doi.org/10.21786/bbrc/13.8/120>
4. Serdar B., Rohat., Evren B., Mustafa D. The Precise Location of the Stylomastoid Foramen and Clinical Implication for Facial Nerve Block. Med Records-International Medical Journal 2022;4(3):355-60 DOI: 10.37990/medr.1102477
5. Tunç Kutoğlu, Murat Çetkin, Ömer Turan, Selin Bayko, İlda Sinem Yarkan Morphometric and Topographic Features of Stylomastoid Foramen and its Clinical Significance in Facial Nerve Block. J Neurol Surg B Skull Base 2021; 82(S 03): e271-e277 DOI: 10.1055/s-0040-1701530

Кизоркин И.В., Бистаякина А.А., Елисеев Н.А.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Кафедра диетологии, эндокринологии, гигиены с курсом неонатологии ФГБОУ ВПО «МГУ. им. Н.П. Огарёва»

Актуальность.

В современном обществе все чаще возникает интерес к вопросу о здоровье и защите детей школьного возраста. Особое внимание уделяется физическому развитию и его укреплению в школьных учреждениях, где активно проводится физическое воспитание, которое ориентировано на духовное и физическое совершенствование детей. Физическое развитие школьников является одним из показателей здоровья, отражает общий уровень социальных и гигиенических условий жизни. Чем больше отклонений в физическом развитии ребенка, тем более увеличивается вероятность возникновения различных заболеваний. [1] Однако, в настоящее время, мы наблюдаем резкое ухудшение состояния здоровья детей. Достижения научно-технического процесса, развитие электронных и компьютерных технологий, появление средств связи привело к резкому падению физической активности среди населения, особенно детского, по сравнению с предыдущими поколениями. [2] Это может негативно отразиться на их сердечно-сосудистой системе и привести к возникновению различных заболеваний. В связи с этим, развитие и совершенствование физических качеств детей школьного возраста становится особенно актуальным.

Цель исследования.

Оценка физического развития детей младшего школьного возраста, проживающих в Республике Мордовия.

Материал исследования.

Исследование проводилось 5 мая 2023 г. на базе районных средних общеобразовательных школ Республики Мордовия. В исследовании приняли участие 75 школьников (36 девочек и 39 мальчиков) 10–11 лет, законные представители которых дали согласие на участие в исследовании. Для оценки физического развития школьников проводились измерения основных антропометрических параметров: вес (кг), рост (см), окружность грудной клетки (см). Измерения проводились в первой половине дня в медицинских кабинетах школ с комфортным температурным режимом. В ходе измерений использовали такие стандартные инструменты, как электронные медицинские весы, медицинский ростомер и сантиметровые ленты. Для определения уровня физического развития был использован индекс Кетле или ИМТ и Программа ЭВМ: Anthro-prof «Программа оценки физического развития школьников»: <http://gig.iuh.su>

ИМТ или Индекс Кетле представляет собой простой показатель отношения веса к росту и рассчитывается индивидуально по формуле: индекс Кетле (кг/м^2) = вес (кг): рост² (м^2). Значения ИМТ представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Значения ИМТ

Категории	ИМТ
Недостаток в весе	16,5-18,4
Нормальный вес	18,5-24,9
Избыточная масса тела	25-30
Ожирение I степени	30,1-34,9
Ожирение II степени	35-40
Ожирение III степени	Более 40

Результаты исследования и их обсуждение.

Полученные в ходе исследования данные отражают низкий уровень физического развития школьников. Индекс Кетле или ИМТ выявил, что дефицит массы тела развивается у половины опрошенных школьников- 38 (50,6% от общего числа детей), избыточная масса тела наблюдается у 8 школьников (10,6%), а нормальная масса тела у 29 школьников (38,6%). Результаты исследования представлены в Таблице 2.

Таблица 2. Результат исследования в отдельных районах Республики Мордовия

Категории	% от общего числа школьников		
	Р.п. Атяшево	С. Б-Березники	С. Пензятка
Недостаток в весе	16	16	18,6

Нормальный вес	10,6	14,6	13,3
Избыточная масса тела	6,6	2,6	1,3
Ожирение I степени	0	0	0
Ожирение II степени	0	0	0
Ожирение III степени	0	0	0

Выводы.

В результате проведенного исследования было установлено, что большинство детей школьного возраста в Республике Мордовия имеют дефицит массы тела, что может быть обусловлено влиянием как домашнего, так и школьного питания, токсического воздействия окружающей среды, генетических и других факторов.

Список литературы.

1. Сердюков В.Г. Социально-гигиенические особенности условий жизни, как факторы риска для здоровья детей / В.Г. Сердюков, А.А. Антонова, Г.А. Яманова и др. / Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции ученых и специалистов Роспотребнадзора / Астрахань. - 2019. - С. 71-76.
2. Яманова, Г. А. Гигиеническая оценка эффективности физического воспитания школьников / Г. А. Яманова, Д. В. Давыденко, А. А. Антонова // Неделя науки - 2016 : Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием, Ставрополь, 17–18 ноября 2016 года. – Ставрополь: Ставропольский государственный медицинский университет, 2016. – С. 460-463.

Қодириён Анӯша КОРБУРДИ ИФОДАҲОИ МАҶОЗӢ ДАР ЗАБОНИ ВАО Кафедраи забони тоҷикӣи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Муҳимияти мавзӯ. Матбуот дар маҷрои инкишофи забони адабии тоҷик равиши тозааст, ки дар ибтидои қарни гузашта ба миён омада, такмил ёфтааст ва чун як ҷанбаи ҳосаи услуби забон тадриҷан шакл мегирад. Аз ин рӯ, омӯзиш ва таҳқиқи воситаҳои забонӣ аз манфиат ҳолӣ нест.

Мавод ва методҳои таҳқиқ. Азбаски объекти таҳқиқи мо забони ВАО, хусусан, матбуот интиҳоб гардидааст, мо барои баррасии мавзӯ ҷамчун объекти таҳқиқ матбуоти даврии интиҳоб намудем. Ҳангоми таҳқиқи мавзӯ адабиёти илмӣ методиро роҷеъ ба мавзӯ омӯхта, ҷамчун сарчашма ба онҳо ҳам аз ҷиҳати назарӣ ва ҳам амалӣ таъя намудем. Аз методҳои фаъоли забоншиносӣ-таҳлил, муқоиса истифода намудем.

Натиҷаи таҳқиқ. Калимаҳои маҷозӣ як роҳи ифоданокии матлаб мебошанд. Онҳоро нависандагон қаламқашон, рӯзномагон соҳибзабонон ҳангоми навиштану тасвирҳои бадеӣ, муассир баён намудани матлаб истифода менамоянд. Ба андешаи М.Саломов, ки яке аз муҳаққиқони истилоҳи **маҷоз** дар илми забоншиносӣ ба ҳисоб меравад, калимаҳои маҷозиро калимаҳои маънии ғайриаслидоштае, ки истифодашон ҳам дар забон ва ҳам дар адабиёт роҷеъ аст, зикр мекунад ва дар мавриди дигар қайд мекунад, ки агар дар услуб дараҷаи истифода шудани санъатҳои бадеӣ баррасӣ шавад, дар муассирии сухани суханвар маҷозу васоити забонӣ хидмат мекунад.

Ифодаҳои маҷозӣ ё метафорӣ воситаи ороиши сухан ва таъсирбахш ифода кардани фикр ба шумор меравад. Ифодаҳои маҷозӣ ё метафорӣ хусусияти тару тозагӣ доранд. Бинобар ин ҳангоми шунидан диққати касро ба худ ҷалб мекунад, ба назар чун сухани тоза менамоянд ва завқи бадеӣ мебахшанд. Сабаб ин ки ду калимаи тамоман гуногунро ба ҳамдигар васл мекунад, ки он, аслан, ғайритабиист

Ибораҳои маҷозии **рӯйпӯш кардан, роҳи чизеро гирифтан, сар задан, аз даст надодан, пушти по задан** ибораҳои маҷозие мебошанд, ки дар рӯзномаҳо зиёд вомерӯанд. Ибораи рӯйпӯш кардан ба маънои пинҳон доштани чизе, сире, роҳи чизеро гирифтани –пешгирӣ намудани коре, амале, сар задан ба маънои ба миён омадан, ба вучуд омадан, аз даст додан-имкониятро з даст додан, пушти по задан-беэътиборӣ кардан омадааст: - *Хеле аламовар аст, ки бархе аз ҷавонони мо нисбати калонсолон, бахусус падару модарони худ беҳурматӣ мекунанду онҳо муносибати бади фарзандонашонро рӯпӯш мекунад. Саривақт роҳи онро гирифтани лозим аст. Дар зиндагӣ бисёр омилҳои ҳастанд, ки боиси сар задани ин гуна нохушиҳо мешаванд. Волидон бояд ҳар рафтори фарзандонро назорат созанд ва дар ҳама ҳолат зиракиро аз даст надиҳанд. Аз он навори чанд рӯз қабл паҳншуда бармеояд, ки бархе ҷавонон тамоми арзишҳои пушти по мезананд* (Ҷавонон, 2022).

Бо калимаи рӯз ибораҳои маҷозии зиёде дар истифодаанд: рӯзи сиёҳ рӯзи бад, рӯзи пурғаму кулфат ва маҳрумӣ; **ба рӯзи сиёҳ афтодан** ба саҳтию маҳрумӣ ва ба азобу уқубат дучор шудан; **ба касе рӯз нишон надодан** касеро ҳама вақт азоб додан, дар саҳтӣ нигоҳ доштан; **рӯзи равшан надидан** ҳамеша дар саҳтию бадбахтӣ рӯз гузаронидан; *Қайд кардан зарур аст, ки волидайн бояд ҳамеша барои пешгирии ҳамаи амалҳои номатлуби фарзандашон саривақт хабар диҳанд, то ба чунин рӯзҳои сиёҳ рӯ ба рӯ нашаванд*, - илова кард равоишинос (Ҷавонон, 2022).

Ибораи маҷозии тақдирӣ шикаста камистеъмол аст ва ноомадии бахт истифода гардидааст: **Тақдирӣ шикастаи садҳо нафар ҷавонону оилаҳои тоҷик, ки бинобар сатҳи пасти дониши сиёсӣ, психологӣ ва динӣ фирефтаи ақидаҳои тундравона ва ифротӣ гаштаанд, моро водор месозад, ки сари ин мавзӯ ба таври ҷиддӣ андеша ронем ва роҳҳои ҳалли онро пайдо намоем** (Ба қулҳои дониш. 2015).

Дар мисоли зерин воҳидҳои фразеологӣ **даст доштан, даст задан, ба даст овардан** корбаст гардидаанд,

ки ҳам дар услуби бадеи ва ҳам публисистӣ фаровон истифода мешаванд.

Ибораи фразеологӣ *даст доштан* дар *даст доштани касе дар коре* а) маҳорат доштан дар коре, аз кору касбе огоҳ будан; б) даҳолат доштани касе дар коре [ФТЗТ. Ҷ. 1. 440] шарҳ ёфтааст.

Ибораи фразеологӣ *даст доштан* дар мисоли мазкур ба маънои иштирок доштан, ширкат варзидан дар корҳои зишт ва манфӣ, яъне *куштор ва дуздӣ* корбаст шудааст:

Бархе аз фаластиниҳо низ мӯътакидан, ки Исроил дар марги ӯ даст дорад (Чархи гардун, 01, 01, 2014). Истиқоматкунандаи наҳияи Восеъ Умаров Хайруллои 41- сола, падари се фарзанд барои даст доштан дар ҷинояти дуздӣ боздошт шуд. (Чархи гардун, 01, 03, 2014).

Дар забони ВАО имрӯз ибораи рехтаи *даст задан* хеле серистеъмол гардидааст, вале ин воҳиди фразеологӣ на ҳамеша бемаврид, балки бемавқеъ кор фармуда мешавад. Ибораи фразеологӣ *даст задан* маънои манфӣ дорад. он ба маънои *даст задан а) даст расондан ба чизе; б) машғул шудан бо коре; аз пайи коре шудан* истифода мешавад:

Вай иқрор кардааст, ки дар ин синну сол тавонеро надорад, ки даст ба таъмири манзили худ занад (Чархи гардун, 2014).

Дар мисоли зикршуда ба таъмир *даст задан* бемавқеъ аст. *Даст задан* ба чизе маънои манфӣ дуздӣ кардан, ба ягон кори ношоиста ҳамроҳ шудан, ё анҷом расонидани кори манфиро мефаҳмонад. Дар ин ҷумла чанд нуқсон мушоҳида гардид: аввалан, феълӣ таркибии *иқрор кардааст* ғалат буда, шакли дурусти он *иқрор шудан* аст. Рӯзноманигор дар ин ҷумла бемантик ибораи рехтаи *даст заданро* истифода кардааст, зеро ба таъмири хона даст наметананд, балки таъмиро сар мекунад, мепардозанд.

Дар ин маврид профессор Б. Камолиддинов ҷунин менависад: «Ибораи рехтаи *ба коре баст задан* обурангӣ ҳиссии манфӣ дорад ва ба амали номатлуб ё кирдори ношоиста далолат мекунад: Вале реаксияи дохилӣ ва ҳомиёни империалистии онҳо аз вусъату инкишофи баромадҳои халқӣ тарсида, дар моҳи августи соли 1953 *даст* ба табaddулотӣ ҳарбӣ-реаксионӣ (? - ҳарбии иртиҷой) *заданд*; Ин маҷмӯа гувоҳи он буд, ки ба адабиёт ҷавони воқеъбинӣ ҳассосе *даст задааст*. Дар матни аввал таъбири *даст задан* бамавқеъ, вале дар матни дуюм бемавқеъ кор фармуда шудааст» [Камолиддинов 2001, 60].

Ибораҳои фразеологӣ *ба даст овардан, зери даст гирифтаанд, забон ёфтан, аз даст додаанд* чи дар ВАО, ва чи дар гуфтугӯ серистеъмол гардидааст. Он ба маънои *ба даст даровардан (овардан)* ба тасарруфи худ даровардан, соҳиб шудан истифода мегардад.: *Эдугон пас аз дидор бо Абдулло Гул, раиси ҷумҳури он кишвар ва ба даст овардани мувофиқати ӯ дар конфронси хабарӣ дар Анкара номҳои даҳ тан аз вазирони нави қобилаи худро эълон кард (Чархи гардун, 2019). Толибон бо қумандонҳои саҳронӣ тоҷики Афғонистон, ки мавзеи Панҷшерро зери даст гирифтаанд, забон ёфта ҳукмронӣ мекунад (Чархи гардун, 2021). Мақсади толибон ҷанг ва ё ҳучум ба кишварҳои Осиёи Миёна нест, мақсади онҳо ба даст овардани ҳукумате, ки чанд сол пеш аз даст додаанд, ҳамон аст (Чархи гардун, 2021).*

Дар мисолҳои боло ибораҳои *ба даст овардан, зери даст гирифтан, забон ёфтан, аз даст додан* истифода гардидааст, ки ибораи *ба даст овардан* ба маънои ба чизе соҳиб шудан, муваффақ ва қомеъ гардидан омада, серистеъмол аст. Ибораи фразеологӣ *ба зери даст гирифтан* ба маънои чизе ё касеро ба тобеи хеш даровардан омадааст, ки бештар маънои манфӣ дорад. Воҳиди фразеологӣ забон ёфтан умумистеъмол буда, ба сулҳ омадани ду кас, дили касеро моил кардан омадааст [ФТЗТ, 77]. Воҳиди фразеологӣ *аз даст додан* антоними ибораи рехтаи *ба даст овардан* мебошад.

Ибораи маҷозии *барҳам хӯрдан* дар ФТЗТ ба маънои *аз байн бурдан, парешон, пароканда, несту нобуд кардан, маҳв кардан* шарҳ ёфтааст [ФТЗТ, 342]: *Шояд ба барҳам хӯрдани ин вазорат дар охири соли 2016 ҳамин омил сабаб шуда бошад. (Чархи гардун, 2021).*

Дар забони ВАО як қатор ибораҳои маҷозӣ ва ибораҳои рехта серистеъмол гардидаанд, ки бештар дар хабарҳои криминалӣ истифода мегарданд. Ба ин гурӯҳ ибораҳои фразеологӣ *даст доштан, даст задан* - ро шомил кардан мумкин аст. Воҳиди фразеологӣ *даст доштан* дар Фарҳанги забони тоҷикӣ ба маънои аз касе ё чизе 1) *даст кашидан аз касе ё чизе, худдорӣ кардан*; 2. *Кордор нашудан ба касе ё чизе, ба ҳоли худ гузоштан*; 3. *Дар коре огоҳ будан, ҳабардор будан, маҳорат доштан дар коре* омадааст [ФТЗТ, 79]. Аммо дар мисоли зерин ба маънои иштирок кардан ба коре, ҷиноят содир кардан корбаст шуда, маънои манфӣ дорад:

Кормандони ШВҚД дар шаҳри Истаравшан шаҳрванд Ёқубов Дилшоди 29-соларо барои даст доштан дар ҷиноят боздошт намуд (Чархи гардун, 2019). Зеро пас аз марги Саъдӣ, волидони Сорбон ба хонаи мо омада ҳамдардӣ баён карданд ва гуфтанд, ки қотили писари шумо ҳамроҳи чор рафиқи хунхораш дар марги ғӯрамарги мо ҳам даст доранд (Чархи гардун, 2019).

Ибораи рехтаи *бар дӯш доштан* ба маънои дар ӯҳдаи хеш доштани чизе, масъулият омадааст, ки ҳоси услуби китобист ва серистеъмол аст. *Алмосбек Атамбоев гуфтааст, ки ҳоло дар кишвараш низоми парлумонӣ ҷорӣ буд, вале ҷавобгарӣ тасмимҳои онро бештар ҳукумат ва раисҷумҳури он бар дӯш доранд (Чархи гардун,, 23, 10, 2013).*

Ибораи рехтаи *ба зиндон кашидан* ба маънои суд кардан, ҳабс кардан омадааст, ки ҳоло дар ВАО серистеъмоласт. Ин ибораи рехта солҳои охир дар ВАО зиёд корбаст мешавад:

..Роҳбарони хоҷагҳои деҳқонӣ аз ноҳияи Турткули Қарақалпоқистон як ҳафта қалб аз тарси он ки онҳоро *ба зиндон мекашанд, бо Русия ва Қазоқистон фирор* карданд. (Чархи гардун,, 23, 10, 2018).

Воҳиди фразеологӣ *ба боло гирифтор шудан* дар тамоми услубҳои забон баробар кор фармуда мешавад. Ин ибораи рехта ба маънои манфӣ ба ғаму кулфат, мусибат, бадбахтӣ гирифтор шудан омадааст: *Агар Пушкин намебуд, ба ин боло гирифтор намешудем,- гуфт бо ҳасрат, -гумонбари аввали Шарифхӯча. (Чархи гардун,, 23, 10, 2018).*

Ибораи серистеъмоли дағар *бӯйи чизеро баровардан* мебошад, ки ҳам дар услуби гуфтугӯӣ, ҳам бадею публисистӣ баробар истифода мешавад. Ин ВФ дар мисоли зерин ба маънои сиреро ошкор кардан омадааст:

Бӯйи амалиёти ришван Ҳасанов Шарифхӯч ва Шарофов Афзалшоро аризат қорафтада Ҳамроев Ш

баровард. (Чархи гардун, 23, 10, 2018). Хуаш низ дар маърақа бологузар шуда дигаронро месӯзонд, **кордаш болои рӯған мешавад** (Чархи гардун, 1, 01, 2014).

Хулоса. Дар забони матбуоти даврии тоҷик ҳодисаи сермаъноӣ, ба миён омадани таркибу ибораҳои маҷозӣ ба назар мерасад. Ин, албатта, ба вазъи имрӯзаи забон вобаста аст, зеро забон дар баробари ҷамъият пеш меравад. Забони матбуот инъикоси рӯзгори ҳаррӯзаи ҷомеа буда, дар таҳаввулот он омилҳои иҷтимоӣ таъсир мерасонанд.

Адабиёт:

1. Камолиддинов, Б. Сухан аз баҳри дигарон гӯянд. – Душанбе, 2001. – 134с.
2. Камолиддинов, Б. Ҳусни баён. Қ.1. Хусусиятҳои фонетика, лексика, фразеология/ Б.Камолиддинов, Душанбе: Маориф, 1989. – 120 с. С.
3. Маҷидов Ҳ. Забони адабии муосири тоҷик. Қ.1. Луғатшиносӣ./ Ҳ. Маҷидов - Душанбе, 2007. – 242с.
4. Саломов.М. Қ. Вижагиҳои савтӣ, маъноӣ ва маҷозӣ фразеологияи забони шеърӣ тоҷикӣ.-Душанбе: Пойтахт, 2017.-266
5. Фарҳанги тафсири забони тоҷикӣ: Иборат аз ду ҷилд \ Дар зери таҳрири С. Назарзода, А. Сангинов, С. Каримов, Мирзо Ҳасани Султон.– Душанбе: Пажӯҳишгоҳи забон ва адабиёти Рӯдакӣ, 2008.

Комилов А.Ф.

ТЕХНОЛОГИЯИ СИЁСӣ ВА ДЕМОКРАТИЯ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Дар таърихи сиёсии ҷаҳон шаклҳои мухталифи давлатдорӣ арзи вучуд доранд ва яке аз онҳо демократия мебошад, ки ҳамчун дастоварди кишварҳои Ғарб дониста мешавад. Ин шакли давлатдорӣ дар Юнони қадим пайдо шуда, дар давраи асрҳои миёна аз системаи давлатдорӣ дур гардид, аммо бо мурури фарорасии давраи нав - дар асрҳои XVII- XVIII, аз сари нав дар давлатҳои Аврупо руи қор омад. Аврупоиҳо манфиати ин сохти идоракунии давлатдориро дарк намуда, аз идоракунии асримиёнагии дорои ҳуруфоти динӣ даст кашиданд [3]. Аллақай дар асри XVIII дар Аврупо Волтер идеяи ҳокимияти ҷумҳуриявиро дар асараш «Ақидаҳои республикавӣ» пешниҳод кард, ки асоси онро иштироки фаъоли мардум дар идоракунии давлат ташкил меод [2]. Ин эҳёи идеяҳои мутафаккирони Юнони қадим (Сократ, Афлотун, Арасту, Эпикур ва дигарон) оиди демократия ва маданияти сиёсӣ гардид, ки дар доираи шароити нави таърихӣ мавриди амал қарор гирифтанд. Инкишофи демократия ҳамчун интиҳоби ҳокимияти сиёсӣ, таъмини озодии сухан, озодии иштирок дар интиҳобот ва таҷзияи ҳокимияти сиёсӣ дар кишварҳои Ғарб зина ба зина дар давоми 300 сол амалӣ гардид. Аввалан, **ин** шакли давлатдорӣ таълимотҳои нави сиёсӣ ва ҳаракатҳои ҳизбиро руи қор овард, ки барои сохтмони ҷомеаи демократӣ заминаи назариявӣ омода намуданд. Омили дуввум, ки барои рушди демократияи Ғарб мусоидат кард, ин ҷудо кардани дин аз давлат буд. Дар асри XIII, вақте, ки дар Шарқ тохтӯзи мугулҳо дар авҷ буд, дар Ғарб - дар донишгоҳҳои Италияи шимолӣ — Падуе, Мантуе, Ферраре, Болонье идеяи ҷудо кардани дин аз давлат ба миён гузошта шуд. Тарафдорони ақидаи ҷудо кардани дин аз давлат номи мактаби Падуанро гирифтанд ва онҳо ба марҳилаи дуввуми сохтмони демократия – ҷудо кардани дин аз давлат асос гузоштанд. Ҷудо кардани дин аз давлат барои пешрафти демократия аз он ҷиҳат зарур аст, ки таъсири уламои дин ба иродаи мардум бартараф карда мешавад ва мардум танҳо дар он вақт метавонад ба таври мустақил дар интиҳоботи озод иштирок намояд. Омили саввуми сохтмони демократия – ин ҷорӣ кардани системаи парламентӣ буд, ки он дар асри XIII бори аввал дар Англия амалӣ гардид. Дар давраи инкилобҳои асрҳои XVI – XVIII дар Аврупо системаи сиёсии давлатҳои Ғарб ташаккул ёфта институтҳои парламентӣ ва иҷроия аз ҳам ҷудо гардиданд, ки ин аломати ба охир расидани давраи эҳёи демократия ва ҳукмрон гардидани он ба ҳисоб мерафт. Ҳамин тавр, раванди демократикунории ҷомеаи Ғарб 500 сол давом кард. Таҷрибаи нишон медиҳад, ки бидуни фарҳанги сиёсӣ ҷорӣ кардани демократия аз манфиати халқ дур аст, зеро бо роҳи ҳизбҳои сиёсӣ тартиб додани ҳокимияти сиёсӣ ва ҳайати парламент намояндагии пурраи халқро таъмин намекунад ва ҳизбҳои сиёсиро бо муқовимати байниҳамдигарӣ банд месозад[1].

Вақтҳои охир дар арсаи сиёсии давлатҳои мусулмон зери ниқоби демократия падидаи нави рӯи қор омадааст, ки мазмуни онро иштироки ташкилот ва ҳаракатҳои сершумори дорои характери динӣ дар муборизаи сиёсӣ ташкил медиҳанд. Дар доираи ин раванд бархе аз ба ном «сиёсатмадорон» дар хориҷ аз кишвар ташкилотҳои гуногуни сиёсиро сабти ном мекунанд ва аз ҳисоби маблағгузори хориҷӣ ба фалаҷ гардондани авзои сиёсии давлат даст мезананд, ки ин аз характери экстремистӣ доштани ин ҳаракатҳо шаҳодат медиҳад. Дар аксарияти мавридҳо ин ташкилотҳо аъзо ҳам надоранд, аммо бо вучуди надоштани аъзо ва тарафдорон, ҳомиёни онҳо барои чунин ташкилотҳо маблағ ҷудо мекунанд, то ки ташвиқоти зиддавлатиро тавассути онҳо ба роҳ монанд. Аз тарафи дигар ба арсаи ҷомеаи интернетӣ ворид шудани ин гуна ташкилотҳои беаъзо ба он оварда мерасонад, ки таъсисдиҳандагони онҳо зери номи ҳизбу ҳаракатҳо меҳоянд, «сиёсатмадори» худро барои мардум муаррифӣ намоянд ва ҳар ҷи бештар инсонҳоро ба доми фиреби худ дароранд. Ин як усули технологияи сиёсӣ мебошад, ки шахси алоҳидаро ҳамчун ҳаракат ё ҳизби бузург барои мардум муаррифӣ менамояд. Бори аввал истифодаи технологияи сиёсӣ дар роҳи сиёсати зидди давлат дар давраи ҷанги Иттиҳоди Шӯравӣ дар Афғонистон солҳои 1980-1989 ба мушоҳида мерасид. Дар ин давра дар Эрон, Покистон, ИМА, Англия ва дигар кишварҳо ҳизбу ҳаракатҳои динӣ таъсис шуданд, ки мақсади онҳо ба ҷуз ноором кардани вазъияти давлати Афғонистон дигар ҷизе набуд. Маҳз дар ҳамаи давра дар хориҷ аз Афғонистон ҳизбҳои сершумори динӣ таъсис ёфтанд ва ба муқобили давлат ҷанг оғоз карданд. Аз тамоми кишварҳои ҷаҳон террористони шадид барои «кумак» ба ҳизбу ҳаракатҳои динӣ ба Афғонистон ворид шуданд. Натиҷаи «ҳамкорӣ» ва «дустӣ» миёни ҳизбҳои динӣ ва террористон ба он овард, ки Афғонистон ба алангаи оташ гирифтанд. Аз талабҳои сершумори Президенти Афғонистон Начибулло дар бораи қатъ кардани ҷанг ва таъсис додани интиҳоботи озод ин ҳизбҳо саркашӣ намуданд ва ҳамаи тавр давлати Афғонистонро ба вартаи

чанги тулонӣ кашиданд. Таҷрибаи Афғонистон нишон дод, зеро никоби ташкилотҳои сиёсӣ ба ин кишвар гуруҳҳои сершумори террористӣ ворид шуданд, ки сиёсати онҳо бар зидди оромӣ ва суботи Афғонистон равона карда шуд ва мардуми ин кишвар гаравгони ташкилотҳои террористӣ гардид ва ҳар як кушиши барпо кардани сулҳ аз тарафи ин гуруҳҳо маҳв карда мешавад. Толибон, Ал-Қоида, Ихвон-ул-муслимин, Лашкари таййиба, Сипоҳи саҳҳоба, Ҷайш-ул-Ислам, ДОИШ ва даҳҳо гуруҳҳои дигар имрӯз сарзамини Афғонистонро ба пойгоҳи низомии худ табдил дода, озмоишҳои қатли мардуми бегуноҳро амалӣ карда истодаанд. Мутобиқи маълумотҳои дафтари СММ дар Афғонистон дар соли 2020 ҳар ҳафта аз дасти террористон беш аз 600 тан кушта ва захмӣ мегардиданд. Аз он ҷумла дар нимсолаи аввали соли 2020 зиёда аз 3458 нафар аз ҷумлаи сокинони озоишта кушта ва захмӣ гардиданд, ки тамоми ин амалиётҳо толибон ҷиҳад намуданд. Дар мисоли ҳаракати толибон мо ҳуб мебинем, ки ҷи гуна гуруҳҳои террористӣ бо истифода аз технологияи сиёсӣ ҳокимияти қонуниро ғасб мекунанд.

Бо дарназардошти ин равандро, дар Тоҷикистон «Қонун дар бораи мубориза бар зидди терроризм» (16-уми ноябри соли 1990) қабул гардид, ки дар он мафҳуми терроризм ва таҳдиди истифодаи он барои ҷомеа муайян карда шуд. Таҳлилҳои терроризм нишон медиҳад, ки барои паҳид омадани ин хатар шахсони алоҳида, ташкилотҳо ва давлатҳои манфиатдор сабаб мебошанд. Ҳомии терроризм дар роҳи амалӣ кардани нақшаҳои зиддиинсонии худ давлатҳо ва минтақаҳоеро интиҳоб мекунанд, ки дар онҳо ба вазъи сиёсии ноором ва ё ҷанги шаҳрвандӣ гирифта шудаанд[5]. Дар ҷунин шароит ҳар гуна муноқишаи дохили давлатӣ, байнидавлатӣ дар минтақа ва ба ҳусус ҷангҳои минтақавӣ барои афзоиши гуруҳҳои террористӣ «хизмат» мекунанд.

Омили аз ҳама хатарноктарин дар ин ҷода мафкураи қўхнаи бунёдгароӣ ва фанатизми динӣ мебошад, ки ба миллату давлат ва истиқлолияти давлат таҳдиди беамон меорад. Дар ин равандро роҳи ягона ин таъсиси идеяи миллии мебошад, ки дар доираи он ҷомеа ва ҳар як шаҳрванд дар фазои ватандӯстӣ ташаккул меёбад ва бидуни идеяи миллии пешрафт ва ноил гардидан ба ҳувият ё дастовардҳои, бузургии миллии ғайриимкон аст[4].

Аммо давлат дар ин самт роҳи баробарии ақидаҳо роҳро пазируфта, ақидаҳои диниро аз давлат ҷудо эълон намудааст. Давлат мувофиқи қонун ба дин ва мансубияти динӣ дахлат намекунад ва ба зиммаи иттиҳодияҳои динӣ низ иҷрои вазифаҳои мақомоти ҳокимияти давлатиро намегузорад.

Ҳамин тавр ҳулоса кардан мумкин аст, ки демократия ва технологияи сиёсӣ дар системаи сиёсии ҷаҳон дар шаклҳои мухталифи давлатдорӣ дида мешавад. Аммо дар замони муосир шаклҳои радикалӣ ва экстремистии ҳаракатҳои сиёсӣ руи қор омадаанд, ки зеро пардаи «демократия» ҷинҳон шуда, дар асл даст ба вайронкорӣ, ҷанг, ғасби ҳокимият, қуштори одамон мезананд. Бинобар ҳамин муборизаи беамон бо ин падида вазифаи ҳар як шаҳрванд мебошад.

Рӯйхати адабиёт

1. Лейпхарт А. Демократия в многосоставных обществах, М., 1997.- 285 с.
2. Соколов В. В., Вольтер. Общественно-политические, философские и социальные воззрения, М., 1956.-357 с.
3. Яковлев А.Н. Реализм – земля перестройки,- М., 1990 – 543 с.
4. Махмудов. А, Муқаддимаи идеяи миллии. Душанбе,-ЭР-граф, 2013.- 312 с.
5. Мачидзода Ҷ.З., Н.Назаров., Ҷинояткории муташаккил ва трансмиллӣ.-Душанбе. 2014. – 290 с.

Комилов А.Ф.

ЗНАЧЕНИЕ СФРАГИСТИКИ В ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ СРЕДНЕВЕКОВЫХ ГОСУДАРСТВ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В исторической науке, исследование геральдики и печати занимает особое место и поэтому изучение этой отрасли со стороны историков уделяется большое внимание. В связи с этим необходимо отметить связь исторической науки с наукой сигиллогией (отлат. sigillum—печатьигреч. gráphō—пишу) или более известной как сфрагистика-вспомогательная историческая дисциплина, которая изучает печати, штампы, матрицы, оттиски и другие формы печати. Данное направление являясь отдельной отраслью науки, вместе с этим все больше связана с наукой истории и еще более близко к науке геральдика – (позднелат. язык heraldica - глашатай), которая изучает знаки, символы, герб и другие знаки политической власти государства, частью которых также является печать. Эти две направления исторической науки, определяют дату определенного знака и печати, его автора, принадлежность, культурный код и другие свойства артефакта. Нельзя исключать также связи этих наук с генеалогией, нумизматикой, палеографией и другими отраслями исторической науки. Печати имеют древнюю историю, поскольку уже первые правители периода рабовладельческого общества имели свои печати, с помощью которых они отмечали письма, обеспечивали безопасность курьеров, удостоверяли грамоту послов и другие документы. Отраженные на печати символы обозначали власть, но также они несли в себе духовные и культурные ценности определенного народа. По мнению ученых, символы и знаки несут в себе закодированную информацию и служат как средство накопления, хранения и передачи этой информации. Они также отражают внутренний мир человека, посредством которого могут влиять на поведение и сознание людей, воплотившись в материальную форму [3].

Впервые для подтверждения документа, печать был использован в Шумере и Египте. Оно имело форму цилиндра, в котором были изображены символы государства. Связь печати с другими символами власти отражается на цветовой оформлении оттиска печати. Так например золотая печать означало богатство и силу а серебряная печать – невинность.

Предметом нашего исследования является использование печати в период средневековья. В результате археологических раскопок, ученые нашли много артефактов подтверждающих высокую роль печати правителей в период средневековья. Так например по результатам экспедиции 1890 года во главе с В.В. Радлова в местечке Орхона в Северо-Восточной Монголии на территории мемориала был обнаружен храм (10,25 x 10,25), в центре которого находилось святилище. Здесь же был найден документ правителя Кюль-тегинаи его брата Бильге-кагана, в котором они обратились к китайскому императору с просьбой прислать мастеров и художников для строительства храма и создания скульптур и

обелиска. Император Сюаньцзун исполнил просьбу. Он «отправил полководца ЧжанЦюй-и и сановника ЛюСяна с эдиктом за государственной печатью. Было указано шести известнейшим художникам отправиться к тюркам. Согласно легенде Рашидудина, у Огуз-хана (мифологическая личность — предок всех тюрков) было 6 сыновей (Гюн, Ай, Йылдыз, Гёк, Даг, Дениз). У каждого из них было по 4 сына. Каждое огузское племя названо по имени одного из внуков Огуз-хана. В состав Бозоков входили племена: Кайи, Байат, Алкаэвли, Караэвли, Языр, Додурга, Дёгер, Япарлы, Авшар, Кырык, Бегдили, Каркын. В состав Учоков — племена: Байындыр, Бичина, Чавулдур, Чепни, Салгур, Эймур, Алаюнтлу, Юрегир, Игдир, Бюгдюз, Йива, Кынык. Каждое племя имело свое клеймо, печать (damga). Это клеймо ставилось на оружии, домашнем скоте, имуществе.

Печать как символ государственной власти в период средневековья получил наибольшее развитие в период государства Сельджуков, территория которых простиралась от Средней Азии до берегов Средиземного моря. Согласно принятым нормам Сельджуков, все исходящие документы от имени султана закреплялись печатью султана. Сразу после победы над Гезневидами в 1048 году, в городе Рей была изготовлена личная печать (тугра), на котором был изображен лук и выгравированы имя и титулы Тугрула. Так был образован «Диванитуграваинша», основной задачей которого была подготовка текстов указов султана, других документов, имевших государственное значение, ведение дипломатической переписки, переписки с правителями вассальных государств, с губернаторами провинций и т.д. Документы обретали законную силу после того, как скреплялись печатью (тугрой) султана. Хранителем печати являлся возглавлявший диван сановник - туграй. Реформа системы управления и делопроизводства в государственной системе пришлось на период правления Малишаха (умер в 1092 году) и его прославленного визиря Низамулмулка. Именно благодаря заслугам визиря Низамулмулка, получило своё развитие система управления государством и документооборот в салтанате. В дальнейшем клеймо или печать султана ставили на особо важные товары принадлежащие двору султана. Так например в Османской империи вплоть до султана Сулеймана I на пушках ставилось клеймо племени Кайи, к которому принадлежал род Османа [1].

Печать как символ власти передавался новому правителю, но в большинстве случаев новый правитель всегда имел свою печать, которую внедрял как подтверждение своей власти. Так например в государстве Аббасидов, в день коронации халиф собственноручно прикреплял своё знамя к древку и принимал халифскую печать. Согласно традиции правители держали своё слово, если оно было прикреплено их печатью. По информации Бейхаки, Гардизи, а также Ибн ал-Асира, султан Масъуд вскоре после своей коронации в Нишабуре в 1030 году, прибыл в Балх и первым делом занялся формированием состава своего двора. Его выбор пал на опального визиря Ахмеда ибн Хасана, который находился в заключении. По приказу Масъуда Ахмед ибн Хасан был освобожден из заключения и доставлен в Балх. По свидетельству Бейхаки, Ахмед ибн Хасан, ссылаясь на свой преклонный возраст, отказался занять должность визиря. Однако султан Масъуд упорно настаивал, чтобы именно он занял этот должност. В конце концов Ахмед ибн Хасан согласился стать визирем при условии, что эмир Масъуд даст согласие на его условия службы и скрепит эти условия своей печатью. Историк Бейхаки подробно описывает церемонию подписания соглашения между Ахмедом ибн Хасаном и эмиром Масъудом. По его словам, Ахмед ибн Хасан сам составил соглашение и дворцовые чиновники БуСахль и БуНасротнесли его эмиру Масъуду, а он поставил в нем свою печать. Для особо важных людей из числа доверенных правителю, изготавливались перстни в форме печати султана, которые подтверждали неприкосновенность человека и то, что обладатель перстня находился под защитой султана [2].

Были также печати, которыми закрывали место открытия письма или документа. Эти печати в странах Западной Европы и Византии называли «вислые» и они оттискивались на специальных матрицах золотом (хрисовул), серебром (аргировул), свинцом (моливдовул), воском, сургучом и т. д. и закреплялись на привешенном к документу шнуре [5]. Печать всегда имел значение при назначении на должность и предъявителю приказа (ферман) ссылался на печать правителя, в котором обычно говорилось: «Когда будет приложена действительная, славная, высочайшая печать, пусть верят» [4].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что сфрагистика и история имеют большую связь, которая способствует более глубокому исследованию печати средневековых государств. Исходя из этого, в исторической науке создано специальное направление для исследования печати, которым занимается наука сигиллография. Необходимо в исследованиях развития государств, проводить анализ печати разных правителей, поскольку на печати всегда изображались знаки и символы имеющих значение для народов и правителей, что поможет исследователям достичь более глубоких знаний об исследуемом объекте.

Список литературы.

1. Запорожец В.М. Сельджуки. — М., Воениздат, 2011. — 295 с.
2. Хусенов Ф.Р. История развития дворцовых церемоний в Моварунахре и Хорасане (IX-начало XIII вв.), Специальность 07.00.02. — Отечественная история (исторические науки), диссертация на соискание учёной степени кандидата исторических наук, Худжанд – 2016.- 170 с.
3. Каверин Б.И., Демидов И.В. Философия / Под.ред. д.ф.н., проф.Б.И. Каверина - М.: Юриспруденция, 2001. - 272 с.
4. Холов М.Ш., Каюмова Х.А. Метрология и хронология Восточной Бухары и Западного Памира (втор.полов. XVIII - начало XX вв). — Душанбе: «Дониш», 2013. - 212 с.
5. Lingvo - Большая советская энциклопедия. - [www.http//Лингво.py](http://Лингво.py).

ГЕНДЕРНОЕ РАЗЛИЧИЕ В УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СОСТОЯНИЕМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ НА ПРИМЕРЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность.

Поступательная тенденция роста пожилого населения Республики Беларусь показывает рост численности пожилых людей [1]. В связи с демографическими процессами, происходящими в обществе, на первый план выходят вопросы удовлетворенности состоянием своего здоровья и качеством жизни населения категории 60 лет и старше [2,3].

Цель исследования.

Установить характер взаимосвязи удовлетворенности состоянием своего здоровья и качества жизни возрастной категории 60 лет и старше на примере Гродненской области.

Материалы и методы исследования.

В нашем пилотном исследовании принимали участие 300 лиц городского и сельского населения возраста 60 лет и старше Гродненской области. Анкетирование проводилось на базе лечебных учреждений Гродненской области. Каждому опрашиваемому перед опросом в заглавной части доводились правила опроса: анонимность, добровольность участия, оценка данных в обобщенном виде. Опрос проводился с помощью разработанного авторского опросника «Качество жизни, связанное со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше». Статистическая обработка материалов проводилась при помощи программ Microsoft Excel (2010) и STATISTICA 6.1.

Для определения гендерного различия проводились попарные сравнения по точному критерию Фишера с поправкой Холма по категориям между распределениями мужчин и женщин.

Средний возраст опрашиваемых составил $67 \pm 0,3$ года. Количество опрашиваемых мужского пола составило 112 человек (37%), городское население мужского пола составило 72 человека (64,8% от мужской части выборочной совокупности), сельское население мужского пола составило 39 человек (35,1% от мужской части выборочной совокупности). Количество опрашиваемых женского пола составило 188 человек (63%), городское население женского пола составило 126 человека (67% от женской части выборочной совокупности), сельское население женского пола составило 63 человека (11,1% от женской части выборочной совокупности). Территориальное распределение выборки, территориальная обработка соответствовали среднестатистическим данным для лиц пожилого возраста в Гродненской области.

Результаты исследования и их обсуждение.

Опрашиваемым респондентам, касаясь данного исследования, предлагалось ответить на два вопроса:

1. Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? На данный вопрос предлагались варианты ответов: очень плохо; плохо; ни хорошо, ни плохо; хорошо; очень хорошо.
2. Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? На данный вопрос предлагались варианты ответов: очень не удовлетворен; не удовлетворен; ни то, ни другое; удовлетворен; очень удовлетворен.

Полученные результаты. На вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» получены ответы:

- «очень плохо» ответили всего 3 человека (1%);
- «плохо» ответили всего 30 человек (10%);
- «ни хорошо, ни плохо» ответили всего 120 человек (40%);
- «хорошо» ответили всего 129 человек (43%);
- «очень хорошо» ответили всего 18 человек (6%), (рисунок 1).

Таблица 1. Оценка респондентами качества жизни (абсолютные цифры, %, данные корреляции).

	Очень плохо	Плохо *	Ни хорошо, ни плохо	Хорошо **	Очень хорошо	Всего
М	1{0.89(0.1;7.17)%}	18{16.07(9.08;26.86)%}	51{45.54(34.01;57.57)%}	36{32.14(22.05;44.23)%}	6{5.36(1.97;13.74)%}	112 (100%)
Ж	2{1.06(0.21;5.26)%}	12{6.38(3.12;12.62)%}	69{36.7(28.24;46.07)%}	93{49.47(40.26;58.72)%}	12{6.38(3.12;12.62)%}	188 (100%)

* уровень статистически значимых различий по столбцу соответствует $p=0,0336$

** уровень статистически значимых различий по столбцу соответствует $p=0,0165$

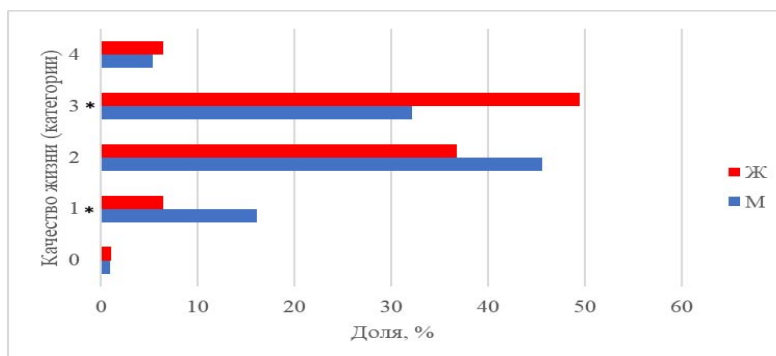


Рисунок 1.

Обозначение к рисунку 1: 0 – «очень плохо»; 1 – «плохо»; 2 – «ни хорошо, ни плохо»; 3 – «хорошо»; 4 – «очень хорошо».

На вопрос «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» получены ответы:

- «очень не удовлетворен» ответили всего 11 человек (3,6%);
- «не удовлетворен» ответили 72 человека (24%);
- «ни то, ни другое» ответили 116 человек (39%);
- «удовлетворен» ответили 93 человека (31%);
- «очень удовлетворен» ответили 8 человек (2,4%), (рисунок 2).

Таблица 2. Оценка респондентами удовлетворенности состоянием своего здоровья (абсолютные цифры, %, данные корреляции).

	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен	Всего
М	3 {2.73(0.69;10.14)%}	24 {21.82(13.44;33.4)%}	47 {42.73(31.34;54.95)%}	33 {30(20.15;42.13)%}	3 {2.73(0.69;10.14)%}	110 (100%)
Ж	8 {4.21(1.76;9.76)%}	48 {25.26(18.07;34.12)%}	69 {36.32(27.93;45.62)%}	60 {31.58(23.64;40.76)%}	5 {2.63(0.88;7.58)%}	190 (100%)

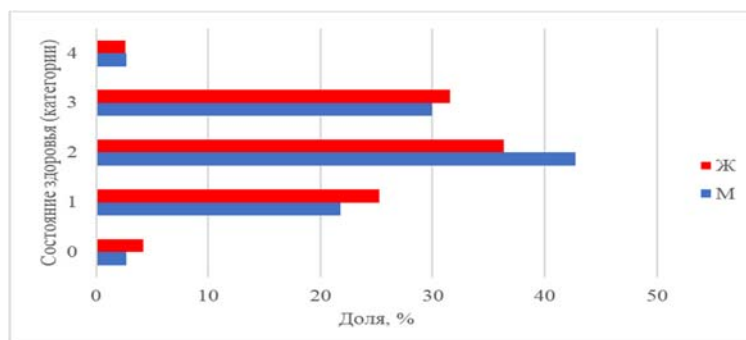


Рисунок 2.

Обозначение к рисунку 2: 0 – «очень не удовлетворен»; 1 – «не удовлетворен»; 2 – «ни то, ни другое»; 3 – «удовлетворен»; 4 – «очень удовлетворен».

Обнаруживается тенденция респондентов при ответах на вопросы качества жизни к более частому выбору ответа «хорошо» женщинами и ответа «ни хорошо, ни плохо» мужчинами. При этом, статистически достоверных различий по полу в оценке удовлетворенности состояния своего здоровья не выявляется.

Выводы.

Проведенное пилотное исследование показало: наибольшее количество населения возраста 60 лет и старше, на вопрос об оценке качества жизни дали ответ в положительном ключе (ни хорошо; ни плохо; хорошо; очень хорошо), преобладал ответ «хорошо». В то же время мужчины чаще, чем женщины выбирали ответ «плохо», женщины же напротив, чаще выбирали ответ «хорошо» [таблица 1].

В оценке удовлетворенности состоянием своего здоровья статистически достоверных гендерных различий не выявляется, преобладает ответ «ни то, ни другое».

Список литературы.

1. Демографическая и социальная статистика [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://dataportal.belstat.gov.by/Indicators/Search?code=1063066>. – Дата доступа: 06.10.2023.
2. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Республики Беларусь, 19 января 2020 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028>. – Дата доступа: 06.10.2023.
3. The Jakarta Declaration : on leading health promotion into the 21st century [Electronic resource] // World Health Organization. – Mode of access: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-4ICHP-BR-97.4>. – Date of access: 06.10.2023.

Кравченко Е.О.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Курский Государственный Медицинский Университет

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования
Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р. З.

Актуальность. Одной из значимых проблем, над ликвидацией которой трудятся многие врачи, является высокая смертность от неизлечимых заболеваний. По данным ведомства, на территории Российской Федерации проживает около 3,7 млн. пациентов, страдающих от онкологических болезней. Помимо этого, важным фактором является постоянное увеличение числа больных при том же уровне развития медицины в данной сфере из-за отсутствия новых эффективных медикаментов. По этой причине перед государством ставится цель предоставления паллиативной медицинской помощи нуждающемуся в этом населению[1].

Цель исследования – проанализировать уровень паллиативной помощи в России, сформулировать актуальные в данной сфере правовые проблемы, а также предложить возможные пути их устранения.

Материалы и методы исследования. В ходе данного исследования применялся метод анонимного анкетирования с последующим анализом. Тестирование проходило среди студентов 3 курса лечебного факультета КГМУ. Всего было опрошено 470 студентов. Социологический опрос был выполнен с помощью платформы YandexForms.

Результаты исследования. В настоящее время является затруднительным дать точное определение термина «паллиативная помощь». Это связано с использованием понятий, отсутствующих в законодательстве. Данный факт приводит к различному толкованию одного и того же определения, формированию искаженного представления. Поэтому для формирования полноценного и верного понимания термина стоит внести в определение, представленном в статье 36 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, некоторые поправки, помогающие решить данную проблему [2]. Согласно данным, полученным из социального анкетирования, из 470 опрошенных студентов понимание термина паллиативной помощи имеют только 436 (92,8%) человек, 34 же студента (7,2%) не имеют верного представления о данном понятии.

Помимо этого, в законодательстве отсутствуют четкие критерии по определению годности к оказанию медицинской помощи. В ФЗ упоминается, что помощь оказывается неизлечимо больным гражданам. Однако пункты, по которым можно было бы определить возможность и необходимость оказания медицинской помощи, отсутствуют. Ведь неизлечимых заболеваний много, но не все они приводят к угрозе жизни больного [2]. Согласно проведенному социологическому опросу, 80,6% опрошенных (379 из 470) согласны с необходимостью введения новых критериев, которые помогли бы в определении лиц, которым необходимо предоставлять паллиативную помощь.

В настоящее время паллиативная помощь оказывается чаще всего лицам, страдающим от онкологии. Однако на этом перечень неизлечимых заболеваний не останавливается. Согласно ответам студентов, они знают следующие заболевания, при которых показана паллиативная помощь: различные формы онкологии, врожденные или приобретенные поражения ЦНС, неоперабельные врожденные пороки развития, деменция, прогрессирующий ВИЧ/СПИД и другие.

Самым обсуждаемым вопросом является легализация эвтаназии для неизлечимых больных в России. Согласно проверенному опросу, 275 студентов (58,5%) считают правильным легализацию эвтаназии, в это же время 195 опрошенных (41,5%) категорически против эвтаназии.

Один из вопросов был направлен на достижение поставленной цели - анализ уровня оказываемой паллиативной помощи в России. Согласно полученным данным:

- 264 опрошенных (56,2%) считают качество предоставляемой помощи неизлечимо больным удовлетворительным;

- 153 опрошенных (32,6%) – хорошим;

- 40 опрошенных (8,5) – ужасным;

- 13 опрошенных (2,8%) – отличным.

Выводы. Таким образом, исходя и полученных ответов, на данный момент студенты оценивают качество оказываемой паллиативной помощи как «удовлетворительное». Помимо недостаточной подготовки кадров, стоит рассматривать такие правовые проблемы, как проблемы с терминологией определения «паллиативная медицинская помощь» который выступает как один из возможных факторов не соблюдения прав паллиативных больных, а также правовые проблемы, связанные с назначением наркотических препаратов для неизлечимо больных граждан.

Список литературы

1. Понкина Александра Александровна Проблемы правового регулирования паллиативной медицинской помощи // Вестник РУДН. Серия: Юридические науки. 2011. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemny-pravovogo-regulirovaniya-palliativnoy-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 09.10.2023);
2. Царева, Е. И. Правовые проблемы паллиативной помощи в России и пути их законодательного урегулирования / Е. И. Царева, А. И. Малышева // Медицинское право: теория и практика. – 2018. – Т. 4. – № 2(8). – С. 220-225. – EDN YTVVWP (дата обращения: 09.10.2023).
3. Симонян Р.З. Изучение качества медицинской помощи при оценке технологий здравоохранения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - №8-2. - С. 185-187.
4. Пашина И.В., Симонян Р.З. Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №4. - С. 414.

Курбонбекова П.К., Рустамова Л.М., Мукимов А. М.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПИОДЕРМИЙ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра патологической физиологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Пиодермии представляют собой группу многообразных по этиологии и клиническим проявлениям поражений кожи. По данным разных авторов частота встречаемости составляет от 17 до 43% в общей структуре кожной патологии [1].

В развитых странах кожная инфекция составляет 1/3 от всех инфекционных заболеваний.

Пиодермиями часто страдают дети, и частота заболеваемости составляет 25–60% от общего числа всех дерматозов. У взрослых пиодермия встречается значительно реже — в 12,5% случаев, из них 60–70% пациентов — мужчины в возрасте 45–60 лет [2].

Показано, что основными возбудителями пиодермий являются стафилококки и стрептококки, патогенность и вирулентность которых зависят от биотопа, т.е. места обитания микроорганизма [3].

Нарушения нормальных физиологических процессов (нейроэндокринной регуляции, иммунитета, адаптации

и др.), ожирение, сахарный диабет дисбаланс витаминов, быстро приводят к активации условно-патогенных, непатогенных микробов и развитию пиодермий [4].

К ряду причин, влияющих на возникновение пиодермии, относятся неблагоприятные факторы внешней среды – условия труда, гигиенические навыки, переохлаждение или перегревание кожи, бытовые или производственные воздействия на кожу раздражающих веществ, загазованность, запылённость, сырость, сквозняки, плохое освещение.

Некоторые авторы предрасполагающими причинами пиодермий считают микротравмы, бритьё тупой бритвой, мацерацию кожи, ссадины, порезы, уколы, укусы, расчёсы, ожоги, биопсии и др. [5].

Цель исследования. Изучить распространенность и этиологию пиодермий у жителей различных природно-климатических высот Таджикистана.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели подворным целевым медицинским осмотром по обращаемости больных в кожно-венерологические учреждения Таджикистана было обследовано население, проживающее в различных климато-географических регионах: долине, среднегорье, высокогорье. Всего осмотрено 3531 человек в возрасте от 6 мес до 83 лет, в том числе в высокогорье – 980 человек, в среднегорье – 1281, в долине – 1270. Выявлено 190 больных с различными формами пиодермий, которым проведено комплексное обследование.

Материалом для установления этиологической структуры возбудителей пиодермий служило гнойное или серозное отделяемое из очагов поражения больных пиодермией (53 – жители среднегорья и 137 – долины). Забор гноя производили из очагов поражения стерильным ватным тампоном одинаковой величины. После тщательного суспензирования в 1 мл сахарного бульона, делали высевы калибровочной петлёй в чашки Петри с желточно-солевым агаром. После инкубации в термостате (37°C) в течение 24 часов, определяли цвет и количество выросших колоний, готовили мазки для дифференциальной окраски по Грамму. Затем проводили выделение чистой культуры микроорганизмов путём повторных посевов на желточно-солевой агар.

Результаты исследования. В высокогорье (пос. Мургаб, 3700 м.над ур.м) к целевому медицинскому осмотру было привлечено 980 человек в возрасте от 1 года до 83 лет. Лиц мужского пола было 402 (41,2%), женского – 578 (58,98). Среди осмотренных случаев заболеваемости пиодермией не выявлено.

В среднегорье (г. Хорог, 2200 м.надур.м.) осмотрено 1281 человек в возрасте от 1 года до 80 лет. Выявлено 53 больных пиодермиями, в том числе, стафилодермии составили 47,2% (25 человек), стрептодермии – 32,1% (17 человек), микробная экзема – 20,7% (11 человек). Больные мужского пола составили 54,7% (29 человек), женского – 45,3% (24 человек). Среди стафилодермий чаще регистрировались вульгарные и конглобатные угри, заболеваемость карбункулами составила 3,2%, фурункулами 2,6%, гидроаденитом – 2,6%. Из группы стрептодермий превалировало стрептококковое импетиго 3,7%, простой лишай лица составил 3,2%, щелевидное импетиго – 2,1%.

Следует отметить, что не все формы стафилодермий регистрировались в среднегорье, так не было выявлено ни одного случая заболеваемости стафилококковым сикозом, фурункулёзом и псевдофурункулёзом, а из группы стрептодермий – импетиго ногтевых валиков. Популяционная частота заболеваемости пиодермиями в условиях среднегорья составила 4,1%.

В условиях долины (районы республиканского подчинения и г. Душанбе, 850 м.надур.м.) осмотрено 1270 человек в возрасте от 6 месяцев до 68 лет, среди которых выявлено 137 (62 – в г. Душанбе, 75 – РРП) больных пиодермией, в том числе, стафилодермия составила 51,1% (70 человек), стрептодермия 33,6% (46 человек), микробная экзема – 15,3% (21 человек). Больных мужского пола было 78 (56,9%), женского 59 (43,1%). Из 62 больных, выявленных в г. Душанбе, стафилодермия составила 45,2 (28 человек), стрептодермия – 35,5% (22 человека), микробная экзема – 19,3% (12 человек). Среди стафилодермий превалировали вульгарные и конглобатные угри (8 человек), гидроаденит (7 человек) и фурункулы (6 человек). Больных фурункулёзом было 2, карбункулом – 2, псевдофурункулёзом – 2, вульгарным сикозом – 1.

Среди стрептодермий чаще наблюдался простой лишай лица (8 человек) и стрептококковое импетиго (9 человек).

В РРП заболеваемость пиодермиями была выше по сравнению с г. Душанбе в 1,2 раза (39,5% против 32,6%). Что касается нозологических форм, то они были идентичны. Популяционная частота заболеваемости в условиях долины составила 10,8%.

Штаммов стафилококков, выделенных из патологического материала больных стафилодермий показало, что, как у жителей долины, так и среднегорья стафилодермии в 100% случаях обусловлены золотистым стафилококком (*S.aureus*). При этом, у жителей среднегорья штаммы золотистого стафилококка в 77,1% случаях высевались в монокультуре, а в 22,9% - ассоциации с эпидермальным стафилококком. У жителей долины - соответственно 75,5% и 24,5%. Внутривидовая дифференцировка возбудителей стрептодермий показала, что все штаммы стрептококков, выделенных в г. Хороге, характеризовались как стрептококки группы А, в г. Душанбе и РРП в 90,7% случаях ведущими возбудителями являлись стрептококки группы А, а в 9,3% - стрептококки группы С. В среднегорье микробная экзема в основном была ассоциирована со стафилококками (87,5%), лишь в 12,5% случаях - со стрептококками группы А. У жителей долины соответственно 77,1% и 22,9%.

Выводы. Из 3531 осмотренных жителей долины, средне-и высокогорья выявлено 190 больных пиодермиями. У жителей высокогорья случаев заболеваемости пиодермией не зарегистрировано. Среди жителей среднегорья распространенность пиодермий в 2,6 раза ниже, чем среди жителей долины (популяционная частота соответственно 4,1% и 10,8). Как у жителей среднегорья, так и долины стафилодермии регистрируются в 1,5 раза чаще, чем стрептодермии (50,1% против 33,1%).

При анализе этиологической структуры, микрофлоры очагов поражения у больных пиодермией, жителей среднегорья и долины, выраженного различия не наблюдалось. Примерно одинаково часто высевались золотистый и эпидермальный стафилококки и стрептококки группы А.

Список литературы

1. Круглова Л.С., Яковлев А.Б. Пиодермия. /Л.С. Круглова, А.Б. Яковлев. //Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. — М., - 2020. — 39 с.
2. Кубанова А.А., ред. Дерматология. Физпатрика в клинической практике. Том 3 / пер. с англ. В. П. Адасевич, под общ. ред. А. А. Кубановой. — М.: Изд-во Панфилова. — 2013. — С. 1847–1863.
3. Плиева Л.Р. К терапии поверхностных пиодермий. /Л.Р. Плиева //Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2015; 18.-№1. -С.37-39.
4. Самцов А.В. Топическая терапия пиодермии /А.В.Самцов. //Вестник дерматовенерология. Том 96. -2020. -№5.- С.59-64.
5. Тамразова О.Б., Шмелева Е.А., Миронова А.К., Дубовец Н.Ф. Современный взгляд на этиопатогенез, клинические проявления и лечение пиодермий у детей. / Тамразова О.Б., Шмелева Е.А., Миронова А.К., Дубовец Н.Ф. // Медицинский совет. — 2020. -№1. - С.118-129.

1Курбонов С., 1Девонаев О.Т., 2Алиев А.А., 2Боронов Х.А.

РАЗЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИНЫ

НАЧАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛЁЗ В СТЕНКАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ

1Кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я. А. Рахимова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

2Кафедра патологической анатомии, судебной медицины и гистологии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время назрела необходимость в изучении анатомии и топографии желёз желчного пузыря и пузырного протока человека. В частности, в последние годы значительно расширились научные представления о физиологическом значении желёз пищеварительной системы, расположенных в стенках её полых органов [1].

Существенное значение желчного пузыря и пузырного протока в жизнедеятельности человека, высокий уровень его патологии определяют актуальность изучаемого материала. Заболевание желчного пузыря и пузырного протока в настоящее время представляет собой существенную медико-социальную проблему в связи с частым развитием грозных осложнений с риском высокой летальности и усугубляющих течение основного заболевания [2]. Несмотря на функциональную значимость желчного пузыря и пузырного протока, в настоящее время в литературе отсутствуют данные по сравнительной характеристике длины начальных отделов желёз в стенках этих органов.

До настоящего времени отсутствуют точные сведения длины начальных отделов желез в стенках желчного пузыря и в пузырном протоке.

Одни авторы утверждают, что они отсутствуют, вторые указывают на небольшое количество, третьи выявили большое количество желез [3]. По мнению некоторых авторов [4], железы располагаются преимущественно в проксимальной части органов. Некоторые авторы установили, что железы равномерно распределены по периметру обоих органов, по 2-4 железы вместе.

Анализ данной информации позволяет предполагать, что железы в стенках желчного пузыря и в пузырном протоке многообразны по форме, однако, возможно, представленные отображают лишь стадии развития одной железы. Известно, что форма желёз меняется на протяжении постнатального онтогенеза. Причем в стенках полых внутренних органов наибольшее разнообразие желез по форме наблюдается в 1-м периоде зрелого возраста [5].

Цель исследования. Получение различительные характеристики о структуре и закономерностях длины начальных отделов желёз в стенках желчного пузыря и пузырного протока человека в норме.

Материал и методы исследования. Гистологическими методами проводили исследование на трупах в стенках желчного пузыря 118 и пузырного протока 130 умерших в возрасте от новорожденности до 103 лет на базе НМЦРТ «Шифобахш» в гистологическом отделении с 2007г. по 2021г.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования нами была изучена анатомия желёз на тотальных препаратах желчного пузыря и пузырного протока людей разного возраста методом макро-микроскопии после их электрокраски метиленовым синим по Р. Д. Синельникову. На окрашенных препаратах железы имеют вид тёмных (чёрных, темно-синих) образований.

Макро-микроскопический анализ показал, что железы являются постоянными структурами стенки этих органов располагаются одиночно или небольшими группами, а также образуют короткие, прерывистые ряды, направление которых соответствует длиннику органа (проксимо-дистальное направление). Такие ряды наиболее характерны для пузырного протока.

При изучении длины начальных отделов желёз пузырного протока полученные результаты измерений позволили выявить возрастную и регионарную изменчивость этого показателя (таблица 1.).

В стенках пузырного протока, длина начального отдела желез увеличивается по сравнению с новорождёнными детьми: в раннем детском возрасте в 1,3 раза, у подростков – в 1,8 раза, в 1-м периоде зрелого возраста - в 2,3 раза и достигает максимальной величины, затем длина начального отдела желез уменьшается по сравнению с 1-м периодом зрелого возраста: у пожилых людей в 1,8 раза, в старческом возрасте и у долгожителей – в 2,3 раза.

Таблица 1. Длина начального отдела желез внепечёночных желчевыводящих путей в постнатальном онтогенезе человека

Возраст	n	Длина начального отдела желез
		Пузырный проток
Новорождённые дети	11	0,19±0,01 0,16-0,22
Грудной период	11	0,22±0,01 0,19-0,25
Ранний детский возраст	10	0,25±0,01 0,19-0,27
1-й детский возраст	11	0,29±0,01 0,23-0,32
2-й детский возраст	11	0,23±0,01 0,23-0,35
Подростковый период	9	0,35±0,02 0,29-0,39
Юношеский возраст	9	0,39±0,02 0,27-0,40
1-й период зрелого возраста	12	0,44±0,01 0,35-0,48
2-й период зрелого возраста	12	0,32±0,01 0,24-0,35
Пожилой возраст	12	0,25±0,01 0,18-0,32
Старческий возраст	11	0,19±0,01 0,12-0,24
Долгожители	11	0,19±0,01 0,12-0,25

Примечание: n-число наблюдений.

Мы также изучали длину начальных отделов желёз в различных участках стенок желчного пузыря людей разного возраста и выявили возрастную изменчивость данного показателя (таблица 2.)

Так, в проксимальной трети желчепузырной стенки данный показатель у новорождённых детей минимален (74,5мкм). По сравнению с этим показателем в раннем детстве его значение возрастает в 1,51 раза, у подростков – в 1,85 раза, в 1-ом периоде зрелого возраста – в 3,03 раза, а в поздние возрастные периоды снижается – в пожилом возрасте в сравнении с 1-м периодом зрелого возраста по сравнению со старческим возрастом – не изменяется.

В средней трети стенки желчного пузыря по сравнению с новорожденными детьми в раннем детстве показатель данного параметра возрастает в 1,37 раза, у подростков – в 1,92 раза, в 1-м периоде зрелого возраста – в 3,16 раза, снижаясь в последующие возрастные периоды. По сравнению 1-м периодом зрелого возраста у пожилых людей – в 1,17 раза, в старческом возрасте – в 1,22 раза.

Таблица 2. Длина начальных отделов желез в стенках желчного пузыря у людей разного возраста.

Возраст	Длина начального отдела (мкм), отдел желчного пузыря.				
	n	Прокси-мальная треть	Средняя треть	Дистальная треть	Орган в целом
Новорожденные	10	74,5±1,7 64,2-79,9	60,2±1,6 54,3-68,9	50,3±1,5 42,1-56,3	61,7±1,3 55,0-67,2
Грудной	10	92,1±2,7 80,0-105,3	74,2±3,2 67,2-96,4	54,3±1,5 42,1-58,4	73,6±2,0 64,7-83,2
Ранний детский	10	112,3±3,7 94,2-128,3	82,2±4,6 69,5-112,2	62,5±2,7 42,1-67,2	85,7±3,3 69,2-100,0
1-й детский	10	125,8±2,6 108,3-132,2	94,2±5,5 74,2-125,4	70,3±3,5 54,1-86,2	96,8±3,0 83,6-111,1
2-й детский	10	128,6±4,2 108,3-147,2	106,3±5,6 78,6-130,1	84,2±5,1 58,0-105,1	106,0±3,9 84,2-120,0
Подростковый	8	138,4±4,8 115,3-151,1	115,6±7,6 85,2-142,2	92,5±6,0 62,1-108,2	115,5±5,4 89,2-130,0
Юношеский	8	184,8±11,0 128,3-211,3	145,5±11,2 108,2-192,1	105,2±9,0 74,2-142,1	145,2±8,6 105,1-170,0
1-й период зрелого возраста	10	225,4±18,4 145,3-315,1	190,1±17,3 140,2-300,0	126,8±11,1 86,3-189,1	180,8±13,5 128,6-254,2
2-й период зрелого возраста	10	210,3±20,5 115,3-305,7	184,3±21,1 104,9-300,0	105,6±10,5 85,0-182,1	166,7±14,9 104,2-242,3

Пожилой	10	200,7±19,8 105,3-289,1	162,7±19,6 100,0-282,1	105,8±9,1 80,0-164,1	156,3±14,6 98,2-233,1
Старческой	11	194,3±17,6 103,6-280,2	156,4±17,6 87,5-264,2	150,0±7,9 75,2-154,2	166,9±12,7 92,4-220,0
Долгожители	11	194,0±17,9 105,8-185,4	185,2±17,4 90,2-164,2	150,0±7,9 75,2-154,2	167,4±13,4 92,4-226,2

Примечание: n- число наблюдений.

Выявлена тенденция к увеличению показателей данного параметра у долгожителей по сравнению со старческим возрастом (в 1,02 раза).

В дистальной трети стенки желчного пузыря по сравнению с новорожденными детьми данный показатель увеличивается в раннем детстве в 1,24 раза, у подростков – в 1,84 раза, у людей 1-го периода зрелого возраста – в 2,52 раза. По сравнению с 1-м периодом зрелого возраста у пожилых людей он уменьшается в 1,20 раза, в старческом возрасте и в период долгожительства увеличивается в 1,18.

В органе в целом длина начальных отделов желёз, по сравнению с периодом новорожденности, в раннем детстве увеличивается в 1,39 раза, у подростков – в 1,87 раза, в 1-м периоде зрелого возраста – в 2,93 раза. По сравнению с 1-м периодом зрелости, этот показатель у пожилых людей уменьшается в 1,16 раза, в старческом возрасте и у долгожителей – в 1,08 раза.

Выводы. Таким образом, мы установили, что индивидуальные показатели минимума и максимума длины начальных отделов желёз в стенке желчного пузыря и пузырного протока увеличивается от периода новорожденности к 1-му периоду зрелого возраста и в поздние возрастные периоды снижаются. У долгожителей по сравнению со старческим возрастом крайние индивидуальные значения этого параметра фактически не изменяются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбанов С. С. Морфологическая характеристика желёз ректосигмоидального отдела кишечника человека в постнатальном онтогенезе / Курбанов С. С. // автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М. – 2002. - С. 35.
2. Дадвани С. А. Желче-каменная болезнь / С.А. Дадвани [и др.] // М. – Видар. - М. – 2000. – С. 139.
3. Хэм А. Гистология / А. Хэм, Д. Кормак – М., Мир, 1983-Т.4.-С. 132-152.
4. Левина С.И. О генезе сфинктера Люткенса в свете новых данных о возрастной структуре стенки желчного пузыря / С.И. Левина. - архив патол.-1971.-Вып.10.-С.58-64.
5. Филонова К.С. Железы желчного пузыря человека и некоторых животных / К.С. Филонова. - К макро-микроскопии вегетат. нервн. системы и желез слизистых оболочек и кожи. -М., медгиз, 1948.-С.291-300.

Курбанов С., Ишмирзоев Р.Э., Кодирова Ф.Р.

ВАРИАЦИОННОСТЬ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова

ГОО ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Воспалительные заболевания ЖП, в частности ХХХ, остаются наиболее распространенной патологией гепатобилиарной системы [Никитин И.Г. с соавт., 2020; Леонтьева М.С. с соавт., 2022]. В тоже время проблемы диагностики и лечения ЖКБ по-прежнему остаются актуальными, поскольку результаты до настоящего времени не могут быть признаны удовлетворительными, а иногда их недостаточно [Мухиддинов Н.Д. и др., 2019]. В диагностике заболеваний желчновыводящих систем, в частности при хронических камennых и безкамennых холециститах, обструкции билиарной системы в повседневной практике важную роль играет УЗИ органов брюшной полости [Изранов В.А. с соавт., 2020; Latenstein C. S.S. et al., 2019]. Наиболее эффективным, качественным и безопасным методом изучения нормативных анатомических параметров ЖП и его патологии является использование УЗИ, которые могут дополняться другими методами исследования, такими как КТ, МРХПГ, ЭРХПР и др.

Патология ЖП многообразна и могут затрагивать как размеры, формы органа и качество структуры стенки пузыря (увлечения плотности и толщины стенки, увеличение объема полости органа, присутствие камней). При этом значимым критерием является возраст субъекта и его соматотип, что требует дальнейшего изучения с целью доработки существующих стандартов диагностики и лечения, а также совершенствования профилактических подходов.

Цель исследования. Морфологическая оценка изменений вариационности ЖП при ХХХ у людей второго периода зрелого возраста по данным УЗИ.

Материал и методы исследования. Возможность точного определения размеров ЖП посредством УЗИ открыла широкие перспективы для его использования при профилактических осмотрах населения. Известно, что в развитии положения органа, размера, формы и патологии ЖП неотъемлемую роль играют многие факторы: пол, возраст, питание и некоторые антропометрические показатели, а именно вес, рост, индексы массы тела и т.д. Нами исследована и сопоставлена ультразвуковая анатомия органа, не имеющего камней в ЖП, 254 человека обоих полов во втором периоде зрелого возраста, из них 127 мужчин и 127 женщины без признаков воспалительных процессов в желчновыводящих путях, печени и поджелудочной железе, постоянно проживающих в городе Душанбе. Также у 254 пациентов с ХХХ, из них 127 мужчин и 127 женщин. При визуальном и количественном анализе параметров ЖП при УЗИ оценивали: форму, размеры, длину и ширину, и их соотношение, состояние полости, толщину стенки органа, объем полости пузыря. Сонография (УЗИ) ЖП проводилась в амбулаторных условиях медицинского центра Мадади Акбар при помощи ультразвукового диагностического сканера SonoAceR3 в комплекте с конвексным и линейным датчиками частотой 3,5 – 7,5 МГц.

Статистическую обработку цифрового материала проводили с учетом принципа доказательной медицины.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученными исследованиями установлено, что во втором периоде зрелого возраста у мужчин в норме длина ЖП достигает от 65 до 95 мм, в среднем - $84,0 \pm 0,8$ мм, ширина органа колебалась в пределах от 25 до 35 мм, в среднем - $29,7$ мм, а толщина стенки пузыря составляла от 2 до 3 мм, в среднем - $2,72 \pm 0,2$ мм. Объем ЖП варьирует от 35 до 60 мл, в среднем - $46,8 \pm 0,4$ мл. В тоже время соотношение длины и ширины в пределах 1,2 до 3,5 мм, в среднем $2,82 \pm 0,02$ мм. Были проведены аналогичные обследования у женщин во втором периоде зрелого возраста в норме, которые имели следующие параметры: длина органа от 60 до 90 мм, в среднем - $73,5 \pm 0,8$ мм, ширина пузыря колебалась от 22 до 35 мм, в среднем - $28,3 \pm 0,4$ мм, толщина её стенки составляет от 1,6 до 2,5 мм, в среднем - $2,05 \pm 0,3$ мм. Объем ЖП варьирует от 30 до 50 мл, в среднем - $40,4 \pm 0,7$ мл. Соотношение длины и ширины в пределах от 2,2 до 2,0 мм, в среднем - $2,63 \pm 0,04$ мм.

Данные показатели характеризуют, что линейные параметры ЖП по данным УЗИ имеют значительные различия между полом в данном возрастном периоде (табл.1).

Выявление закономерностей ультразвуковых параметров ЖП у людей различных соматических типов при ХКХ, такие как длина ЖП, ширина и ее соотношение, толщина стенка органа и его объем позволили выделять следующие значения. В ходе исследования установлено, что среди всех изученных больных ($n=254$) размеры ЖП значимо ($p<0.05$) выше, чем в группе сравнения.

Таблица 1. - Ультразвуковые параметры желчного пузыря в норме и при ХКХ у мужчин и женщин ($M \pm SE$), $n=127$

Параметры ЖП по УЗИ	Мужчины			Женщины		
	контрольная группа	ХКХ	p	контрольная группа	ХКХ	p
Длина, мм	$84,0 \pm 0,8$	$91,5 \pm 1,5$	$<0,001$	$73,5 \pm 0,8$	$82,2 \pm 1,5$	$<0,001$
Ширина, мм	$29,7 \pm 0,2$	$38,2 \pm 0,6$	$<0,001$	$28,3 \pm 0,4$	$35,7 \pm 0,5$	$<0,001$
Соотношение длины и ширины	$2,82 \pm 0,02$	$2,4 \pm 0,03$	$<0,001$	$2,63 \pm 0,04$	$2,3 \pm 0,04$	$<0,001$
Объем, мл	$46,8 \pm 0,4$	$61,4 \pm 1,1$	$<0,001$	$40,4 \pm 0,7$	$52,5 \pm 0,9$	$<0,001$
Толщина стенки, мм	$2,72 \pm 0,02$	$3,15 \pm 0,7$	$<0,001$	$2,05 \pm 0,03$	$3,9 \pm 0,05$	$<0,001$

Примечание: p- статистическая значимость различий показателей между мужчинами и женщинами (по U-критерию Манна-Уитни).

У пациентов мужчин с ХКХ в сравнении со здоровыми контрольной группы имело место достоверное увеличение параметров ЖП при УЗИ длина $91,5 \pm 1,5$ мм вместо $84,0 \pm 0,8$ мм, что на 8,2% больше, ширина $38,2 \pm 0,6$ мм (контроль $29,7 \pm 0,2$ мм), - на 28,6%, толщина стенки $3,9 \pm 0,05$ мм, (в норме $2,72 \pm 0,02$ мм) - 43,3%, объем пузыря $61,4 \pm 1,1$ мл вместо $46,8 \pm 0,4$, таким образом, перечисленные параметры ЖП при ХКХ достоверно увеличены ($p<0.05$), что отражает снижение показателя соотношения длины и ширины на 17,5%, то есть $2,4 \pm 0,03$, а в контроле ($2,82 \pm 0,02$).

Мы получили также достоверные изменения ($p<0.05$) у пациенток женщин при данной патологии, так длина органа равна $82,2 \pm 1,5$ мм в место ($73,5 \pm 0,8$ мм) на 11,8% больше, ширина пузыря $35,7 \pm 0,5$ / в контрольной группе ($28,3 \pm 0,4$ мм) на 26,1% больше, толщина стенки соответствует $3,15 \pm 0,07$ мм (вместо $2,05 \pm 0,03$ мм) на 53,3% больше, что обусловило снижение показателя соотношения длины и ширины $2,3 \pm 0,04$, а контрольной группы ($2,63 \pm 0,04$), уменьшен - 13,6%. Объем органа увеличился на 29,2% (см. табл.1). При ХКХ в независимости от типа телосложения и пола наиболее часто встречается грушевидная - 60%, цилиндрическая 35% и 5% - овальная форма ЖП

Выводы. Выявленные закономерности анатомической вариабельности параметров ЖП наиболее значимо зависят от пола, а также типа телосложения, что целесообразно использовать при УЗИ органов гепатобилиарной системы, что позволит избежать ошибок при интерпретации полученных результатов.

Список литературы

1. Изранов, В.А. Ультразвуковая анатомия желчного пузыря и желчевыводящих путей / В.А. Изранов, Н.О. Крюкова // Оперативная хирургия и клиническая анатомия.- 2020.- 4(3).- С. 44-50.
2. Миниинвазивные методы диагностики и хирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой / Н.Д. Мухиддинов, Н.Н. Салихов, Х.С. Рабиев [и др.] // Вестник академии медицинских наук Таджикистана.-2019.-Т.9.-№3.-С. 278-284.
3. Леонтьева, М.С. Желчнокаменная болезнь. Осложнения желчнокаменной болезни. / М.С. Леонтьева, Ю.Б. Майорова // Учебно-методическое пособие.-Москва.-2022.-73с.
4. Никитин, И.Г. Желчнокаменная болезнь: эпидемиологические данные, ключевые аспекты патогенез и коморбидности актуальные терапевтические мишени / И.Г. Никитин, А.В. Волнукин // РМЖ, Медицинское обозрение.- 2020.- №5.- С. 290-296.
5. Prevalence of dyspepsia in patients with cholecystolithiasis: a systematic review and meta-analysis/ C.S.S. Latenstein, J.J. Jong, J.J. Eppinc, M.A. Lantiga [et al.] // J. Gastroenterol Hepatol.-2019.-31(8): -P.-128-34. doi: 10. 1097/Med. 0000000000001463

Қиматзода Р.С., Рачабов У.Р., Қодирова М.М.
ТАШАККУЛИ САЛОҲИЯТИ КАСБИИ ТАБИБОН-ДОРУСОЗОНИ ОЯНДА БО ЁРИИ ҲАЛЛИ
МАСЪАЛАҲОИ ХИМИЯВӢ.

Кафедраи химияи биоорганикӣ ва физколлоидии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Мубрамияти мавзӯ: Мақолаи мазкур ба он вобаста аст, ки солҳои охир дар ҳамаи зинаҳои таҳсилот аз он ҷумла дар муассисаҳои таҳсилоти олии касбӣ низ муносибатҳои нав нисбат ба таълим яъне муносибати босалоҳият қорӣ гардида истодааст.

Мақсади таҳқиқот: Дар мақола кӯшиш намудем, ки як навъи ҳалли масъалаҳои таҳассусиро пешниҳод намоем, ки боиси баланд шудани салоҳиятнокии донишҷӯён махсусан дорусозони оянда мегардад.

Чуноне, ки Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои муаззами миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар Паёми навбатиашон (21.12.2021.) таъкид карданд: “Мо чунин мешуморем, ки бунёди миллат аз маориф оғоз меёбад ва ғамхорӣ нисбат ба маориф ин рушди неруи инсонӣ ва ояндаи ободии давлат ва Ватан мебошад”. Аз ин рӯ Вазорати маориф ва илми Ҷ.Т. бо мақсади ба меъёрҳои байналмилалӣ ва стандартҳои ҷаҳонӣ мутобиқ гардондани низомии таҳсилоти миллии кишвар ва қорӣ намудани муносибатҳои нави таълим дар таҳсилот тадбирҳои мушаххас ва судманд андешида истодааст. Яке аз онҳо ин аст, ки мутобиқи тамоюлоти ҷаҳони муосир на танҳо ба дониш, балки ба салоҳиятнокии низ таъя бояд кард, яъне ба донишҷӯён имконияти аз худ намудани салоҳияту малакаи асосии иҷтимоиро, ба монанди банақшагирии пешравӣ дар касб, илмомӯзӣ дар давоми тамоми ҳаёт, тайёрии касбии дар бозори меҳнат талаботдошта, донишу малакаи барои худтакмилдиҳӣ зарур, малакаи тарзи ҳаёти солим ва арзишҳои ҷомеаи шаҳрвандиро омӯзонидан лозим аст. Дар ин раванд истифодаи масъалаҳои таҳассусӣ нақш бозида метавонад. Барои мисол роҳҳои ҳалли якчанд масъалаҳои пешкаш менамоем.

Масъалаи № 1. Меъдаи инсон дар як шабонарӯз зиёда аз 800 мл шира ҷудо мекунад ($\rho = 1,065 \text{ г/см}^3$). Массай хлориди натрийро, ки барои ҳосилшавии кислотаи хлорид лозим аст ҳисоб кунед, ҳиссаи массаи он дар таркиби шираи меъда ба 0,5% баробар аст.

Ҳал: $v = 800 \text{ мл}$

$P = 1,065 \text{ г/мл} \cdot m = 800 \cdot 1,065 = 852 \text{ г}$ маҳлули кислотаи хлорид.

852г-----100%

X-----0,5% $x = 4,26 \text{ г HCl}$

NaCl-----HCl

58,5 -----36,5

X-----4,26 X = 6,82г

(Ҷавоб 6,82 г)

Масъалаи №2. Дорусоз супориш гирифт, ки доруи ҷашм (глазные капли) тайёр кунад. Вай бояд аз маҳлулҳои сульфати руҳи 0,25%-а ва кислотаи борати 2%-а истифода барад. Барои тайёр кардани дору аз 200мл оби муқаттар (дистиллят) истифода бурд. Ёбед, ки дорусоз аз ZnSO_4 ва H_3BO_3 чанд грамм бояд гирад?

Ҳал:

1) Миқдори ҳалшавандаҳоро дар маҳлул меёбем: $2\% + 0,25\% = 2,25\%$

$100\% - 2,25\% = 97,75\%$ об. Массай об маълум аст—200г. Акнун массай ҳалшавандаҳоро меёбем:

200г-----97,75%

Xг-----2,25% X = 4,603г.

Сипасмассаймаҳлул ва ҳиссаи массаи ҳар як компонентро муайян менамоем:

$200 + 4,603 = 204,603 \text{ г}$ маҳлул

204,603г-----100%

Xг-----2% X = 4,092г H_3BO_3

204,603г-----100%

Yг-----0,25% Y = 0,51г ZnSO_4

Масъалаи №3. Хокаи регидрон барои пешгирии хушкшавии организм истифода бурда мешавад. Як бастаи (пакети) ин хока 3,5г хлориди натрий 2,5г хлориди калий, 2,9г ситрати натрий ва 10г глюкоза дорад. Пеш аз истифодабарӣ бастаро дар 1 литр об ҳал мекунам. Ҳиссаи массаи ҳар як ҷузъи таркибии регидронро бо фоиз дар маҳлули ҳосилшуда ҳисоб кунед.

Ҳал:

$3,5 \text{ г (NaCl)} + 2,5 \text{ г (KCl)} + 2,9 \text{ г (ситрати натрий)} + 10 \text{ г (глюкоза)} = 18,9 \text{ г}$ ҳалшаванда. Массай маҳлулро меёбем: 1литр = 1000мл = 1000г.

$1000 + 18,9 = 1018,9 \text{ г}$ маҳлул.

A) 1018,9-----100%

3,5г-----X% X = 0,34% NaCl

B) 1018,9-----100%

2,5г-----Y% Y = 0,25% KCl

B) 1018,9 -----100%

2,9 -----Z% Z = 0,28% ситратиNa

Г) 1018,9 -----100%

10г-----Q% Q = 0,98% $\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6$

Эзох: Ситрат гуфта намакҳои кислотаи лимӯ-ро меноманд.

$\text{HOOC}-\text{CH}_2-\text{C}(\text{OH})-\text{CH}_2-\text{COOH}$

COOH

Масъалаи 4. Ба рағи варидии (венагии) бемор барои пешгирӣ аз аллергия 10мл маҳлули 30% -и тиосульфати натрийро, ки зичиаш 1,2 г/мл аст, ворид мекунамд. Ёбед, ки дар ин маврид чӣ қадар иони натрий ба организми бемор дохил мешавад?

ҲАЛ:

$V = 10\text{мл}$

$P = 1,2\text{г/мл}$ $m = p \cdot v = 1,2 \cdot 10 = 12\text{г}$.

100г-----30г

12г-----Xг $X = 3,6\text{г}$

Тиосульфатинатрий $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$

$\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$ -----2Na+

248г-----12,04*1023

3,6г -----X $X = 0,174 \cdot 1023$

Масъалаи №5. Ҳангоми бемории захми меъда ба беморон нӯшидани маҳлули 0,05%-аи нитрати нукраро тавсия медиҳанд. Меъёри шабонарузии нитрати нукра 0,1г-ро таъкил медиҳад. Ёбед, ки 2 литр маҳлули 0,05% -аи нитрати нукра барои чанд рӯз кифоя аст? Зичии ин маҳлуло баробари зичии об қабул намоед.

ҲАЛ:

$V = 2\text{ литр}$ ё 2000мл $p = 1\text{г/мл}$ $m = 2000\text{мл} \cdot 1\text{г/мл} = 2000\text{г}$

2000г-----100%

Xг-----0,05% $X = 1\text{ г AgNO}_3$

1рӯз -----0,1г

Xрӯз -----1г $X = 10\text{ рӯз}$.

Масъалаи №6. Дар вақти паст будани кислотанокии шираи меъда ба беморон маҳлули сероби кислотаи хлориди 8,2%-аи зичиаш 1,04г/мл тавсия медиҳанд. Дар дорухонаҳо онро аз маҳлули 37%-аи зичиаш 1,19г/мл тайёр мекунамд. Ҳаҷми маҳлули сероби HCl – ро, ки аз 20 мл маҳлули 37% -а тайёр кардан мумкин аст, ёбед.

ҲАЛ:

$V = 20\text{ мл}$

$P = 1,19\text{г/мл}$ $m = V \cdot P = 20 \cdot 1,19 = 23,8\text{г}$

100г -----37г

23,8г -----Xг $X = 8,806\text{г}$

8,806г -----8,2%

Xг -----100% $X = 107,4\text{ г маҳлул}$

$m = 107,4\text{г}$

$P = 1,04\text{г/мл}$ $V = m/p = 107,4 / 1,04 = 103,27\text{ мл}$

Хулоса: Мақолаи мазкур ба таҳқиқоти фаъолияти тадқиқоти донишҷӯён дар дарсҳои химия бо методи салоҳиятнок бахшида шудааст. Агар омӯзгорон пайваста дар машғулиятҳо аз мисолу масъалаҳои, ки ба таҳассуси дорусозони оянда саҳт алоқамандӣ дорад, истифода баранд, қобилияти мустақилона фикр кардани онҳо баланд мегардад.

Адабиётҳо:

1. Б.Н.Степаненко. Курс органической химии. (для студентов медицинских институтов. Изд - 3. 2013. “ Высшая школа”.
2. Г.П.Хомченко, И.Г. Хомченко. Сборник задач по химии. Москва .Новая Волна . 2015.
3. Глушенко Н.Н. Фармацевтическая химия. Учебник для МедВузов. Москва изд -4, 2019 .
4. Общая химия. Биофизическая химия. Химия биогенных элементов. Учебник для медицинских вузов. Ю.Ф. Ершов, В.Ф. Попков, А.С. Берлянд. Высшая школа. 2014, 560 стр,
5. Химия. Эффективный курс самоподготовки к ЕГЭ. И.Н. Степанов, О.И. Овчинникова. Москва 2020.» Издательство « Эксмо» 592 стр.

Қосимов Олимҷон, Насиматзода Фарҳунда

ТАВЗЕҲИ ЧАНД МАФҲУМИ ТИББӢ ДАР ФАРҲАНГИ ТАҒСИРИИ УСТОД АЙНӢ

Кафедраи забони тоҷикии МДТ “ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”;

Филиали МГУ дар ш. Душанбе

Талошҳои созандаи Устод Айнӣ баҳри ҳифзи асолати забони миллӣ ва сарвати вожагонии он, риояи меъёрҳои забони адабӣ ва пойдор доштани услуби зебову шеваи забони тоҷикӣ, сарчамъ овардани таркиби луғавии забони миллии мо чун заминаи тавоноӣ ва қудратмандии он аз он самту ҳадафҳо будаанд, ки Устод барои расидан ба он нерӯву андешаву вақти худро дарег надоштааст.

Устод Айнӣ аз зумраи он фарзонагонест, ки дар тамоми ҷанбаҳои илми адаби тоҷик аз худ самарае мерос гузоштааст. Ӯ ба иловаи таълифи асарҳои бадеиву таърихӣ ба ҳайси як донишманди

нотакрор дар бораи забони адабӣ ва шеваҳои он, забони осори классикӣ ва шеваи баёни адибон, рочеш ба алифбо, расмолхат, таҳқиқи таркиби луғавӣ ва вожашиносӣ, истилоҳсозӣ ва фарҳангшиносӣ дахҳо рисолаву мақолаҳо таълиф намуда, номи неку муътабар аз худ боқӣ гузоштааст.

Осори сершумору нотакрори Устод Садриддин Айний, саҳми бузурги ӯ дар устувор гаштани эътибору мақоми забони тоҷикӣ, таҳқиқоти асили ӯ дар адабу фарҳанги тоҷик, қаҳрамоноҳои фидокоронаи ӯ дар шинохти миллий ва ҳифзу истиқрори арзишҳои бунёдии он аз мартабаву манзалати ин маорифпарвари бузурги миллат ба мо гувоҳӣ медиҳад. Асосгузори сулҳу ваҳдати миллий, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Э.Раҳмон саҳми “Қаҳрамони миллии тоҷик” С.Айниро дар таҳқиқи масъалаҳои забони тоҷикӣ ёдовар шуда, ӯро аз аввалин касоне донистааст, ки рочеш ба забони миллии мо ва этноними тоҷик мақолаи муфассали илмӣ навиштааст (6. 85)

Устод Айний ҳамчун як забоншиноси босалоҳияту барҷаста дар қори омӯзишу таҳқиқи интишори калимаҳои забони тоҷикӣ, таҳияи луғату фарҳанг саҳми арзанда гузоштааст. Ӯ дар даврони гуногуни фаъолияти эҷодии хеш мураббӣ ва муҳаррири аввалин “Луғати мукаммали русӣ-тоҷикӣ” (Сталинобод, дар 2 ҷилд, с. 1933-1934, 650с.), муаллифи аввалин фарҳанги тафсирии муосири “Луғати нимтафсилии тоҷикӣ барои забони адабии тоҷик” (соли 1938 тадвин шуда, с. 1976 ба ҷоп расидааст), муҳаррири “Луғати терминҳои коргузори” (Сталинобод-Ленинград, 1934, муаллиф Мирбадалова В.В.) будааст.

Тавачҷӯи Устод Айний ба масоили вожашиносӣ ва фарҳангшиносии забони тоҷикӣ хеле густурда буда, андешаҳои бунёдии ӯ дар рисолаву мақолаҳои бахшида ба забони тоҷикӣ ва ному хостҳои он, муносибати забони тоҷикӣ бо форсӣ, сабуку забони осори классикӣ, пеш аз ҳама “Шоҳнома”-и Фирдавсӣ, забон ва услуби тарҷумаҳои адабиёти бадеӣ, сифати китобҳои дарсӣ ва ғ. дарҷ ёфтаанд.

Дар байни осори соҳаи забоншиносии Устод Айний “Луғати нимтафсилии тоҷикӣ барои забони адабии тоҷик” мавқеи хосаеро соҳиб аст. Ин луғат, ки аз тадвини он то нашраш 38 сол сипарӣ шудааст ва дар бораи сарнавишти талхи он чандин мақолаҳо ба таъъ расидаанд, яке аз фарҳангҳои ҷолиби тафсирии даврони навини фарҳангшиносии тоҷикӣ ба шумор меравад. Дар муқаддимаи луғат Устод Айний ҳадафи тадвини онро чунин тавзеҳ додааст: “Ман хостам ба оммаи меҳнаткашони босаводшудаи тоҷик ва ҷавонони советии таҳсили ибтидоӣ, миёна ва олидаи ӯ китобе диҳам, ки барои мутолиаи онҳо адабиёти нафисаи тоҷикро ва ҳам барои истифода кардани онҳо аз адабиёти классикии тоҷик, кам ҳам бошад, ба онҳо ёрмандӣ расонад ва инчунин барои ҷавонони ҳаваскори нависандагӣ хидмати материали забониро адо кунад” (2.19). Дар мақбӯе, ки ба директори “Нашириёти давлатии Тоҷикистон” Пулодов аз 02.07.1938с. навиштааст, Устод Айний таъкид мекунад, ки “Қори асосии луғат ҳамин сол тамош шуд, ҳамагӣ 629 саҳифа (бо саҳифаҳои иловагӣ), тақрибан 11400 луғат ҷамъ гардид...” (2.21). Нуктаи ҷолиби дигар ин аст, ки Устод Айний 50 ғоизи вожаҳои ин луғатро аз китобу фарҳангҳои классикӣ аз қабилӣ “Ғиёс-ул-луғот”, “Бурҳони қотеъ” интихоб карда, 50 ғоизи дигари онро “...аз забони зиндаи халқ аст, ки дар умри он қадар кӯтоҳнабудаи ҳудам дар дафтари хотири ҳудам ғун шудаанд” гуфтааст (2.19). Чунин ба назар мерасад, ки Устод Айний дар баробари таҳияи “Намунаҳои адабиёти тоҷик” ва таълифи осори адабиаш дар сар андешаи таҳияи чунин як фарҳанги тафсириро парваридааст, ки ҳадафаш дар боло аз забони ҳудӣ ӯ зикр гардид.

Нуктаи дигари ҷолиб ин аст, ки вожаҳои ин луғати нодири тафсирий доираи васеи мавзӯҳоро фаро мегирад ва як самти муҳими он калимаҳои марбути тиббу тандурустӣ мебошад. Устод Айний дар “Луғати нимтафсилии тоҷикӣ барои забони адабии тоҷик”, тибқи мушоҳидаҳои мо, миқдори фаровони вожаву истилоҳоту ибораҳои марбути тибро тафсиру тавзеҳ дода, дониши мукаммалу мушоҳидагари хешро дар мавриди падидаҳои соҳаи тандурустӣ ошкор намудааст. Аз он ҷумла, дар ин фарҳанг истилоҳоти соматикӣ, номҳои бемориҳо, ҳолати ҷисмониву рӯҳӣ, номи гиёҳҳои табобатӣ, доруворӣ ва дигар вожаҳои ин мавзӯ тафсиру тавзеҳ ёфтаанд. Ҳамзамон, миқдори зиёди ин калимаҳоро Устод Айний аз забони мардум дар қору рӯзгори муқаррари хеш пайдову сабт намудааст.

Тавзеҳоти муфассале дар мавриди вожаву истилоҳоти *ришта, саръ, зуком, қайсари ноҳуна, сиркангубин, сир, зардоб, барас, реш, сомеа, сипурз, хафақон, сӯхта, сӯхтанӣ, ноҳуна, судда, судӯъ, парда, пардаи инабӣ, сафеда, саффо* ва дахҳо калимаҳои дигар аз тавачҷӯи хосаи Устод Айний ба истилоҳоту ифодаҳои тиббӣ дарак медиҳанд.

Масалан, Устод Айний вожаи *судда* –ро чун калимаи омонимӣ шинохта (дар ҳар ду маврид бо син), ба маънии аввал онро “остона” тавзеҳ додааст. Гунаи дувуми ин калима истилоҳи вижаи тиббӣ буда, ба маънии “ғадуде, ки дар даруни рӯдаҳо ё рағҳо пайдо шуда, рохро банд мекунад” тафсир шудааст (2.357).

Возеҳ аст, ки ин истилоҳро Устод Айний дар сарчашмаҳои классикӣ дучор омадааст ва ӯ шарҳи мухтасари онҳоро интихоб кардааст. Ин шеваи тафсиру тавзеҳи калимаҳо як сабаби “Луғати нимтафсилии забони адабии тоҷик” ном гирифтани ин фарҳанги нодири Устод аст. Дар асл калимаи *судда* ба маънии аввал дар сарчашмаҳои лексикографӣ “*пешгоҳ; даргоҳ, остон, остона*” маънӣ шудааст, ки байти зерини Анварӣ далели равшани он мебошад:

Бод бар суддаи ту ҳам нарасад,

Боди фикрат, на боди хокпареш (5).

Судда ҳамчун истилоҳи тиббӣ ба якҷанд гуна беморӣ ишорат мекунад, ки дар меҳвари онҳо тафсири Устод Айний ба ифодаи “ғадуде, ки ... пайдо шуда, рохро банд мекунад” қарор дорад. Ин беморӣ “*гирифтагии бинӣ; бемориест, ки ба бинӣ устувор шавад ва соҳиби он нафас натавонад зад; монеи нуфузи шайъ аз бинӣ ба ҳалқ ва аз ҳалқ ба бинӣ...*” тафсир шудааст. Аммо варианти тафсиркардаи Устод Айний низ муфассал таъкид мегардад: “*манъе, ки дар маҷрои гизо воқеъ шавад, то фузул убур натавонад кард*”. Ин тавзеҳот бо мисолҳо аз “Захираи Хоразмшоҳӣ” ва байти зерини Ҳоқонӣ устувор шудаанд:

Соилонро зи неъматӣ чудаи,

Дар ҷигар суддае гарон бастанд (5).

Истилоҳи ҷолиби дигар, ки Устод Айни овардааст, *сӯхтанӣ* мебошад. Дар мавриди ин калима низ муаллифи ин луғат тавачҷуҳи хосса зоҳир карда, маъниҳои онро ҷустуҷӯ ва сабт кардааст. Дар муқоиса бо вожаи омонимии *судда* Устод Айни ин калимаро чун калимаи сермаъно шинохта, онро аввал ба маънии тиббиаш ва сипас ба маънии маъмулиаш тафсир намудааст. Чун истилоҳи тиббӣ он тавзеҳи зеринро пайдо кардааст: *“бемориест, ки ба тарзи гармича дар бадани одам пайдо мешавад, агар дар вақташ бо оҳани тафсон доғ карда нашавад, ё ягон чораи тиббӣ дигар дида нашавад, одамро ҳалок мекунад”*. Ба маънии маъмулӣ он *“чизест, ки барои сӯхту сӯз ба кор меравад (ҳезум, ангишт, карасин, бензин ва монанди инҳо)”* (2.364).

Гумони ғолиб ин аст, ки *сӯхтанӣ* ба маънии беморӣ аз он гурӯҳи калимаҳоест, ки Устод Айни аз забони мардум шунида ё дар рӯзгори хеш дидаву сабт кардааст. Дар фарҳангҳои маъмулу маъруф ин калима ба ин маънӣ дучор намеояд, вале гунаи дигари он – *сӯхта* – бо тафсири *“онки ҷигараш аз ҳарорат фосид шуда бошад (7), касе ки дар ҷигари вай илтиҳоб бувад”* ба мушоҳида мерасад.

Дар тафсири калимаи *ғамбода* дар ин луғат Устод Айни пас аз сабти калима ба хатти форсӣ овардааст: *“бемориест, ки ба сабаби бисёрӣ ғаму ғусса пайдо мешавад”*. Ба ҳамин монанд, дар шарҳи калимаи *ғамдида* чун вожаи ин соҳа Устод Айни ҳолати рӯҳии инсонро бо ифодаҳои *“алами дарунӣ кашида, мотамзада, андӯҳдида”* тасвир намуда, тафсири худро бо байти Ҳофизӣ Шерозӣ устувор намудааст (2.499). Қобили зикр аст, ки дар фарҳангҳои классикӣ гунаи дигари ин калима – *ғамбора* – ёдоварӣ шудааст, ки бо унсури *бор/бора* ба маънии *“зиёд, фаровон, маҷмӯъ”* сохта шудааст (ба монанд *ҷӯйбор, рӯдбор, хушкбор*) ва *–вор/-ворӣ* низ гунаи он маҳсуб мегардад.

Сазовори таҳсин аст, ки Устод Айни ба инъикоси истилоҳоти тиббӣ дар ибораҳои рехта низ нигоҳи вижа равон сохта, бо ин роҳ чанде аз мафҳуми истилоҳоти байни мардум мураввачро дар *“Луғати нимтафсилии тоҷикӣ”* дарҷ кардаву тафсир намудааст. Масалан, маҳз тавассути ин луғати нодири Устод Айни решаи иборати рехтаи *“аз қайсараки нохун гузаронидан”* –ро ба маънии *“сахт тафтиш кардан, бо азият пурсуҷӯ кардан”* пайдо намудан мумкин аст. Устод Айни дар моддаи луғати *нохуна* дар бораи мавҷуд будани *“беморие дар аспу хар”* бо ин ном маълумот медиҳад (2.270). Ва дар мавриди тафсири калимаи *қайсар* пас аз ишораи се маънии ин вожа иборати *қайсару нохуна* –ро сабт карда, онро низ *“аз бемориҳои аспу хар”* шарҳ медиҳад. Дар *“Бурҳони қотей”* калимаи *нохуна* тафсири муфассали худро пайдо кардааст: *“нохуна - маразест аз амрози чашм ва он ғӯште бошад, ки дар ғӯшаи чашм ба ҳам мерасад ва ба тадриҷ тамоми чашмро мегирад..., ва он чи дар чашми одамӣ ба ҳам мерасад, агар илоҷ накунад, зиёда гардад, ва ончӣ дар чашми аспу астар ба ҳам расад, агар дарсоат набуранд, ҳалок созад”* (7). Қисми аввали таркиби *қайсару нохуна* дар фарҳанги Устод Айни ба маънии истилоҳи тиббӣ шарҳ наёфтааст, вале равшан аст, ки маъхази Устод сарчашмаҳои лексикографии классикӣ тоҷик будаанд. Фарҳангҳои классикӣ аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки шакли дурусти ин калима *қайсарӣ* *قايسري* буда, муродифи он *جعل* *ҷуъал* аст, ва аз маъниҳои сершумори ин калима зоҳиран ба ҷонвари (ҳашароти болдори) *“саргинғалтон, саргингардон”* мансуб будани ин мафҳум ошкор мешавад (7), ки сабабгори бемории маҳсуси чорпо мегардад.

Устод Айни дар *“Луғати нимтафсилии тоҷикӣ”* иттилооти ҷолибе ба шакли истилоҳоти тиббӣ пешниҳод кардааст. Масалан, дар шарҳи калимаи *парда* ӯ ибораҳои *пардаи чашм, пардаи ғӯш* –ро оварда, ба ҳайси намуна бо ин калима таркиби *“пардаи ангурӣ”* – пешниҳод месозад ва, дар навбати худ, барои шарҳи он чун истилоҳи тиббӣ ба гунаи омехтаи тоҷикиву арабии он *“пардаи инабӣ”* рӯҷӯ менамояд: *“Пардаи ангурӣ - нигоҳ кун. ба пардаи инабӣ. Пардаи инабӣ* яке аз пардаҳои чашм” (2.286).

Ба ин тариқ, *“Луғати нимтафсилии тоҷикӣ”*-и Устод Айни яке фарҳангҳои ҷолиби давраи нави фарҳангшиносӣ аст, ки бо риояи беҳтарин суннатҳои луғатшиносии тоҷик тадвин гардида, дар бораи соҳаҳои гуногуни қору рӯзгор, ва аз он ҷумла, роҷеъ ба вожаҳои истилоҳоти соҳаи тиббу тандурустӣ ба мо маълумоти фаровони нодиру ҷолиб медиҳад.

Ин нигоштаи нодири фарҳангшиносии тоҷик аз беҳтарин фарҳангҳои тафсирии даврони шӯравӣ буда, наشري он ҳам барои соҳаи тандурустӣ, ва умуман, барои ҷаҳати фарҳангии Тоҷикистон як рӯйдоди муҳим ба ҳисоб меравад.

Тадвину таҳияву интишори ин луғат як далели дигари қудрату тавоноии Устод Айни дар забон ва шеваи баён аст. Шарқшиноси маъруфи советӣ Е.Э.Бертелс ин луғатро, ки муҳаррираш будааст, *“шоҳкори нав”*-и Устод Айни дониста, меафзояд: *“Ин китоб як ганҷинаест аз ҷавоҳири гаронбаҳо молотомол, як асарест, ки ҳазорон мардум метавонанд солҳои дароз аз он истифода баранд. Ман, ки чанд сол аст қор мекунам, то як луғатчаи тоҷикӣ ба русӣ тартиб кунам, хуб метавонам ташхис кунам, чӣ қадар маълумот ва чӣ ранҷ боист бурда шавад, то чунин асар ба анҷом расад”* (2.10). Назар ба мутолиоти профессори забоншинос Т.Ваҳобов, ҳамин шарқшиноси муътабари ҷаҳонӣ ба забондонии Устод Айни чунин баҳо додааст: *“Дар тамоми ҷаҳон чун рафиқ Айни дарёфтани донандаи забони тоҷикӣ аз имкон берун аст”* (4. 199)

Ин андешаҳо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки Устод Айни дар ташаккули рушди фарҳангшиносии муосири тоҷикӣ, аз он ҷумла вожашиносии тиббӣ забони тоҷикӣ саъми арзандаву сазоворе гузоштааст. Нигоштаи мазкур моро ба чунин андешае мерасонад, ки дар ин амр устод Айни бо осори мондагори хеш, бо роҷаҳои, маслиҳату дилсӯзӣ ва дарки нозуки хусусиятҳои забони миллии мо дар мазҳари маънавияти тоҷик нақши рангину нотакроре боқӣ мондааст.

Адабиёт:

1. Айнӣ С. Мунтахаби асарҳои илмӣ. Дар 2 ҷилд. Ҷ.1. Айнӣ ва забони адабӣ. Душанбе: «Дониш», 2008.- 256 саҳ.
2. Айнӣ С. Кулӣёт. Иборат аз 15 ҷилд. Ҷ.12. Душанбе: «Ирфон». -1976.- 564+206 саҳ.
3. Брагинский И.С. Исследования по таджикской культуре. М., «Наука», 1977.- 288с.
4. Ваҳодов Т. Ҳақиқат зодаи баҳс аст. Маҷмӯаи мақолаҳо. Хурсон, Хучанд, 2010. -287с.
5. Деххудо Алиакбар “Луғатномаи Деххудо”. – Техрон.- Интишороти Донишгоҳи Техрон. -Техрон.– 2006. – Ривояти электронии № 4.
6. Раҳмон Эмомалӣ. Забони миллат – ҳастии миллат. Китоби 1. Ба сӯйи пояндагӣ. – Душанбе: “Эр-граф”, 2016.- 516 с.
7. Табрэзӣ Муҳаммадхусайн ибни Халаф. “Бурҳони қотей”.- Техрон. -1338х. -1278с.

Қураева М.Қ., Давлатова Г.М., Шералиев Б.Р.

ПРЕЗИДЕНТ ҲАМЧУН ҲОМИИ ҲУҚУҚ ВА ОЗОДИҲОИ ШАХС ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Истиқлолияти давлатӣ волотарин дастовард ва падидаи сиёсӣ дар таърихи халқи тоҷик маҳсуб ёфта, оғози эҳёи нави ин миллати тамадунсоз ва рушди суннатҳои аҷдодии давлатдорӣ ба шумор меравад.

Бояд қайд кард, ки дар иҷлосияи 16-шӯрои Олӣ ғояи давлати демократии ҳуқуқбунёд тва дунявӣ ҳамчун самти стратегияи инкишофи ҷомеаи Тоҷикистон эълон гардид. Ҷиҳати амалӣ намудани қарорҳои Иҷлосияи таърихӣ ва мурочиатномаи Сарвари давлат ба мардуми кишвар, ки дар заминаи онҳо Тоҷикистон ба марҳилаи сифатан нави таърихӣ инкишофи худ ворид мегардид, дар мамлакат ислоҳоти конститутсионӣ ба миён гузошта шуда, зарурати зудтар қабул намудани конститутсия бо дар назардошти арзишҳои байналмилалӣ ба миён омад.

Дар ин муддат 6-ноябри соли 1994 –ум Конститутсияи навини Ҷумҳурии Тоҷикистон қабул гардида, ба он се маротиба солҳои 1999, 2003 ва 2016 тағйиру иловаҳо ворид карда шуданд. Ҷумҳурии Тоҷикистон давлати соҳибхитӣ, демократӣ, ҳуқуқбунёд, дунявӣ ва ягона эълон гардид. Сохтори ҳокимияти давлатӣ низ мутобиқи талаботи Конститутсияи нав ташкил карда шуд. Ҷи тавре маълум аст, институти интиҳоботи Президенти таъсис дода шуд.

Асоси сиёсӣ ҳуқуқи таъсиси мансаби Президент дар Тоҷикистон Ёломияи истиқлолияти ҶШС Тоҷикистон аз 24 августи соли 1990, қарори Шӯрои Олии ҶШС Тоҷикистон аз 9 сентябри соли 1991 “Дар хусуси дохил кардани тағйироту иловаҳо ба Ёломияи истиқлолияти ҶШС Тоҷикистон”, изҳороти Шӯрои Олии ҶШС Тоҷикистон дар бораи истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 9 сентябри соли 1991 гардиданд. Дар онҳо эълон гардид, ки ҳокимияти давлатӣ дар Тоҷикистон тавассути мақомоти қонунгузорӣ, иҷроия ва судӣ ба амал бароварда мешавад. Кӯшиши татбиқи усули таҷзияи ҳокимияти давлатӣ ба таъсиси мансаби Президент дар Тоҷикистон замина гузошт [1].

Дар ҳамин асос Қонун “Дар хусуси таъсиси вазифаи Президенти ҶШС Тоҷикистон ва тартиби интиҳоби ӯ” аз 29 ноябри соли 1990 қабул карда шуд, ва дар меъёрҳои он оварда шудааст, ки ба мақсади таъмини вуҷудати минбаъдаи дигаргунсозиҳои сиёсӣ ва иқтисодӣ дар ҷумҳурӣ, таҳкими сохти конститутсионӣ, ҳифзи ҳуқуқ, озод ва амнияти шаҳрвандон вазифаи Президенти Тоҷикистон таъсис дода шавад [2]. Бояд таъкид кард, ки мувофиқи меъёрҳои ин қонун Президенти Тоҷикистон сарвари Ҷумҳурии Тоҷикистон буда, синнаш аз 35 кам набояд, интиҳоб шуда метавонад. Дар ҳамин асос Президенти аввалини Тоҷикистонро на бо роҳи интиҳоби умумӣ, балки бо овоздиҳии пинҳонӣ Шӯрои Олии Тоҷикистон аз ҷумлаи вакилони халқ ба мӯҳлати салоҳияти худ интиҳоб карданд.

Ҳамин тавр мувофиқи Қонуни интиҳоботии номбаршуда 24 ноябри соли 1991 якумин интиҳоботи умумӣ оид ба интиҳоботи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд [3].

Таърих гувоҳ аст, ки сарнавишт дар айёми бедорӣ ва қадамҳои нахустини мустақилона тоҷиконро ба имтиҳони сахту сангине рӯ ба рӯ гузошт. Дар чунин шароити душвори сиёсӣ шаҳрвандони ҷумҳурӣ тавассути вакилони худ дар Шӯрои Олии кишвар масъулияти бузург ва беназири давлатдорӣ хешро ифода сохта, ба он қомеъ шуданд, ки барои аз нав барқарор намудани асосҳои давлатдорӣ, таъмини қонуният, сулҳ ва ризоияти миллий 16-уми ноябри соли 1992 дар қасри Арбоби шаҳри Хучанд Иҷлосияи 16 Шӯрои олии Ҷумҳурии Тоҷикистон баргузор гардид.

Дар ҳамин асос ва маълумотҳои дар боло зикр гардида таъсиси институти президентиро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ду марҳила ҷудо намудан мумкин аст:

Марҳилаи аввал баъд аз қабули Ёломияи Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон 24 августи соли 1990;

Марҳилаи дувум баъд аз қабули Конститутсияи соҳибистиқлоли Ҷумҳурии Тоҷикистон 6 ноябри соли 1994.

Бояд қайд кард, ки баъд аз қабули Конститутсияи соҳибистиқлол ва бо тағйиру иловаҳои солҳои 1999, 2003, 2016 Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз тарафи шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси ҳуқуқи интиҳоботии умумӣ, баробар ва мустақим бо овоздиҳии пинҳонӣ интиҳоб мешавад. Шаҳрванди Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки синнаш аз 30 кам нест, забони давлатиро медонад, камаш 10 соли охир дар Тоҷикистон зиндагӣ карда, дорои ҳуқуқи интиҳоботӣ мебошад, Президент интиҳоб шуда метавонад. Вайрон кардани талаботи ин модда боиси безътибор доништа шудани интиҳоботи Президент мегардад.

Дар интиҳоботи Президенти ҷумҳурӣ шахсоне ҳуқуқи иштирок карданро доранд, ки синнашон ба 18 расидааст. Дар интиҳоботи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон шахсоне ҳуқуқ надоранд иштирок кунанд, ки суд онҳоро ғайриқобили амал донистааст ё бо ҳукми суд аз озодӣ маҳрум карда шудаанд.

Интиҳоботи Президент яке аз ҷорабиниҳои муҳими сиёсӣ дар ҳаёти давлат ба шумор меравад. Конститутсияи ҶТ ҳатмӣ будани интиҳоботи Президенти ҶТ-ро пешбинӣ карда, муқаррароти умумии алоҳидани баргузори интиҳоботи сарвари давлатро мустақам мекунад (м. 65) ва имкон медиҳад, ки қонунгузорӣ паҳлуҳои муҳими интиҳоботи Президенти ҶТ дар низоми интиҳоботиро муайян намояд [4].

Солҳои охир дар ҷумҳурӣ ба масъалаҳои институти интиҳоботи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва тақмили

низоми он ҳар чӣ бештар диққати махсус дода шуда истодааст. Дар нахустин рӯзҳои Истиқлолияти давлатӣ масъалаи ҳифзи тамомияти арзии давлат ҳам яке аз вазифаҳои аввалиндараҷаи мо буд, зеро дар он рӯзҳои мудҳиш баъзе нерӯҳои дохилӣ ва хориҷӣ аллакай нақшаи тақсими Ҷумҳурии Тоҷикистони ягона ва аз таркиби кишвари мо ҷудо намудани вилояту ноҳияҳои алоҳидаро дар сар доштанд. Ин ҳатари ҷиддӣ ба шарофати ваҳдати ҳамдиҳӣ ва дастгирии мардуми шарифи кишварамон баргараф гардид.

Бояд гуфт, ки давлату давлатдорӣ як мафҳуми назариявӣ набуда, он маҳз бо мавҷудияти рукҳои амалии давлат маъно пайдо мекунад. Шохидон дар ёд доранд, ки дар он рӯзҳои вазнини мудҳиш тамоми ниҳодҳои марказӣ ва маҳаллии давлатдорӣ мо пурра фалаҷ гашта, низоми идоракунии давлатӣ барҳам хӯрда буд. Бинобар ин, барқарор кардани аркони амалии давлат талошу заҳмати зиёдро талаб мекард. Мо тавонистем дар қўтоҳтарин замон ниҳодҳои асосии давлатдориро эҳё ва барқарор намоем. Мо, ки худ шохиди бевоситаи раванди барқарорӣи рукҳои асосии давлатдорӣ ва ташкили ниҳодҳои бунёдии сиёсӣ ва қудратии кишвар будем, фаромӯш намекунем, ки ҳар як ниҳоди давлатӣ, хусусан, мақомоти ҳифзи ҳуқуқи Ҷумҳурии Тоҷикистон бо чӣ мушкilot ва ҳисси масъулият ташкил ёфта буданд [5].

Бояд хотирнишон намуд, ки Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон соли 1994 ба таври комил асосҳои ҳуқуқии интихоботи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистонро муқаррар намудааст. Асосҳои ҳуқуқии интихоботи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун падидаи сиёсӣ-ҳуқуқӣ - аз тарафи олимони ватани таҳқиқ карда шудааст. Дар ин самт саҳми Имомов А.И., Гадов Б.С., З.Ализода, С.Ю. Алимов, А.М. Диноршоев, Ф.Т. Тоҳиров ва С.Н. Якубова. ва дигарон саҳми арзанда доранд. Амали гардидани падидаи институти президентӣ ва интихоботи президентӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун шакли ташкили ҷомеаи демократии воқеӣ, устувории тартиботи конститусионӣ, таъмини ҳамаҷонибаи риояи ҳуқуқи инсонро дорад.

Ҳамин тариқ интихоботи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистонро дар **ҷаласаи якҷояи Маҷлиси миллий ва Маҷлиси намояндагонии Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон** на дертар аз ду моҳ ба итмом расидани ваколатҳои Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон таъин карда мешавад.

Адабиёт

1. Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 6 ноябри соли 1994 (бо тағйири иловаҳо аз 26 сентябри соли 1999, 22 июни соли 2003 ва 22 майи соли 2016).
2. Қонун “Дар хусуси таъсиси вазифаи Президенти ҶШС Тоҷикистон ва тартиби интихоби ӯ” аз 29 ноябри соли 1990.
3. Имомов А.И. Ҳуқуқи конституционии Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе, 2017. – 670с.
4. Сулаймонов Манучеҳр Субхоналиевич. Конституционно-правовой статус президента Республики Таджикистан [матн]: автореф. дисс. ... диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук: 12 00 02 – 12.00.02 – Конституционное право; конституционный судебный процесс; муниципальное право (юридические науки) / Сулаймонов М. С. – д., 2018. – 28с.
5. Эмомалӣ Раҳмон. Уфӯқҳои Истиқлол.-Душанбе: “ғанчи нашриёт”, 2018. – 436-8. Саҳ.

Кураева М.К., Шералиев Б.Р., Кучакшоева М.С.

ШАРТ ВА ҲУҚУҚҲОИ ДАВЛАТДОРӢ АЗ НИГОҲИ МИР САӢИД АЛИИ ҲАМАДОНӢ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ яке аз донишмандони соҳаи давлатдорӣ ва сиёсатмадорӣи асрҳои миёна мебошад. Ақидаҳои сиёсии Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ, асосан дар “Захират -ул-мулк” ҷой гирифтаанд. Маҷмуи аллома Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ дар китобхонаҳои калонтарини ҷаҳон, аз ҷумла Эрон, Ёзбекистон, Инглистон, Русия, Амрико ва инчунин нусхаи беш аз садсолаи “Захират-ул-мулк” дар хазинаи Осорхонаи мероси адабӣ ва осори хатии ба номи Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ маҳфуз мебошад. Зикр бояд кард, ки ақидаҳои иҷтимоӣ сиёсии Алии Ҳамадонӣ ҷиҳатҳои хоси худро доранд. Хусусан дар боби сиёсат, оини давлатдорӣ, усулҳои идоракунии ва муносибат бо раият андешаҳои ҷолиби диққате дорад, ки имруз ҳам моҳияти худро гум накардаанд ва костагӣ дар оҳ ба ҷашм намерасад. Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ донандаи бузургии фалсафаи ислом ақоиди худро дар боби сиёсат маҳз дар пайвастагӣ ва таълимоти ислом ва пайравӣ аз усулҳои ҳокимиятдорӣи уламои расмӣ дин ва дигар сиёсатмадорони мусулмон созмон додааст. ӯ ҳамчун донандаи бузургии фалсафаи ислом ақоиди худро дар боби сиёсат маҳз дар пайвастагӣ ва таълимоти ислом ва пайравӣ аз усулҳои ҳокимиятдорӣи уламои расмӣ дин ва дигар сиёсатмадорони мусалмон созмон додааст. Инчунин ақоиди иҷтимоӣ сиёсии Алии Ҳамадонӣ ҷанбаи динӣ ахлоқӣ доранд, яъне ҳали ҷамағуна масоили сиёсиро аз мавқеи дин ва ахлоқ баррасӣ менамоянд. Маҳз дар ҳамаи замина ва талаботи маъмурӣ файласуфӣ бузург аз подшоҳон ва ҳокимони зинаҳои гуногун иҷроиши шартҳои талаб мекунад, ки дар риштаи сиёсату салтанат заруранд ва бидуни риояи онҳо подшоҳ аз ҳуқуқи ҳукмронӣ ба раият маҳрум аст ва гирифтори азоби охират хоҳад гашт [1].

Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ тарзи ҳокимияти хилофат, подшоҳӣ ва салтанатро, ки ба ислом пайравӣ мекунад, эътироф менамояд. Дар байни мансабҳои набуват ва ҳокимӣ фарқ мегузорад. Ҳокимӣ аз рӯи манфиатҳои қонун ва ҷомеа бармеояд. ӯ Одами алайҳисаломро дар мансабҳои набувват ва салтанат эътироф менамояд. Мансаби салтанат ва ҳоким ба хоҳиши ҳоким вобаста аст. Аз ин хотир ақидаи мутафаккир аз пешгузаштагон ва ҳамзамонони худ дар ин хусус ба қулӣ фарқ менамояд, яъне ӯ подшоҳиро пазируфтаи Худо намехисобад. Шохонеро, ки ба раият хайрхоҳ нестанд ва бадкирдоранд ба “халифи Иблис” шабоҳат медиҳад.

Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ ҳокимонро ба 4 ғурӯҳ тақсим менамояд:

- а) ҳокимони соҳиби ақлу заковати Худодод,
- б) ҳокимони бефаросату иблисонӣ замон,
- в) ҳокимоне, ки майли донишомӯзӣ доранд, аммо мардум онҳоро аз ин амал дур медоранд,
- г) ҳокимоне, ки раиятро ба роҳи дуруст ҳидоят менамояд, аммо худ

золиманд. Барои ин раият низ гунаҳкор аст, зеро онҳо ба ин амал муросо менамоянд.

Дар замони ҳукмронии Аврангзеб (1658-1707) фатвои оламгирӣ ба вучуд омад. Офарандагони вай ҳокимияти подшоҳиро эътироф намуда, ҳатто ба имоми бе адолат итоат намудани мусулмононро шарт ва зарур медонистанд.

Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ бошад, мусулмононро ба итоати бе чуну ҷарои ҳокими мусулмон даъват намекунад. Зидда аз ин ба ҳоким шартҳо мугузорад. Салтанат ва подшоҳиро ба даҳ шарт вобаста медонад: дар ҳар сурат ҳоҷатбарор будан; иҷрои ҳоҷати мусулмон; дар ҳурдан ва пӯшидан пайравӣ бо сифати хулафои рошидин кунад ва нафсро ба таомҳои хуш хурдан ва ҷомаҳои ботакаллуф пӯшидан накунонад; дар ҳукм сухан бо мадор гӯяд; дуруштии накунад; аз шунидани ҳуҷҷати бисёр малул нагардад ва аз сухан гуфтан бо мискинон ва заифон нанг надорад; ба ҷиҳати ризои халқ дар ҳукм сӯстӣ накунад ва барои хушнудии ҳар кас муҳолифатӣ ва шартӣ раво надорад; бидонад, ки ҳосияти ҳукумат он аст, ки пайваста ҳамаи халқ нохушнуд бошад, зеро ки ҳасро бо халқ хушнуд тавон кард, аз хатари ҳукумат ва вилоят ғофил набошад ва яқин донад, ки мансаби иморат ва ҳукумат олате аст ва олат ҳам таҳсили саодат ва неқномии охираш метавон кард ва ҳам шақоват (бадбахтӣ) ва гирифтори бадномии абадӣ бад-он ҳосил мешавад; ба зиёрати аҳли фазл ва уламои рошидин роғиб(моил) бувад, агарчи ин қавм, ин рӯзгор камёфт ва азизанд; аз сӯҳбати ҷоҳилони дачҷолсират ва фосиқи солехсурат, ки дар замон худро ба халқ менамоянд ва ҳар ҳасиси золимо ба тамаъ сано мегуянд, эътироз кунад, ки ин тоифа вайронкунадагони динанд; бо сабаби таҷаббур (ғурур) ва таҷаббур халқро аз худ дур нагардонад; аз ҷустуҷӯи хиёнати наввоб аз зулми аммор ғофил набошад ва дар сиёсати подшоҳӣ сӯстӣ наменамоянд; подшоҳ бофаросат бошад.

Дар **”Захират-ул-мулк”** ба одамон ба инобат гирифтани ва риоя намудани бист хели ҳуқуқҳо ва шакли рафтор пешниҳод мегардад, ки иҷроиши онҳо низ ба ҳоким ва подшоҳ вочибанд. Ба ин ҷумла асосан, масъалаҳои адлу инсоф ва одобу рафтор дохил мешавад. Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ ба **”муслим”** ва **”мўъмин”** низ нигоҳи хосса дорад, ки аз дасту забони ӯ муслим дигар осеб набинад. Мўъмин бошад дар маънои истифода мешуд, ки ба шарофати шахс бандагони дигар дар озолиштагӣ умр ба сар мебаранд [2].

Таълимоти Мир Саид Алии Ҳамадонӣ бо як қатор хусусиятҳои худ аз афкори мутафаккирони дигари исломӣ фарқ менамояд. Аз ҷумла, шарту шароитҳои подшоҳӣ, ҳуқуқҳои мусулмон ва ғайраҳо. Файласуфи бузург оид ба адл ва инсофи ҷомеаи сухан ронда, дар он ҳуқуқи раиятро низ баррасӣ ва муайян намудааст. Дар таълимоти ӯ ҳуқуқи раият ба ду навъ ҷудо мешавад ва раият низ ба ду гурӯҳ табақабандӣ шудааст, ки миёни онҳо аз ҷиҳати ҳуқуқӣ муҳолифат вучуд дорад ва зимни раият пайдо кардааст. Файласуф дар назди подшоҳону ҳокимон шартҳои мегузорад, ки зимни муошират ва наздикии бо мардум риоя мешуданд ва онҳо бистоянд;

- риоя намудани фурутанӣ ва ҳоксорӣ, дур намудани кибру ғурур зимни сӯҳбат бо мусулмон, зеро фармудаан, ки **”Дар бихишт дарнаоянд, ҳар ки дар дили ӯ заррае кибр бувад”**;

- аз сухани фосикон ва соҳибғаразон, ки оқибаташ фитнаи надомат аст, ҳазар кунад ва ҳар он чи мардум дар ҳақи яқдигар бигӯянд нашнавад **”...зеро, ки таммоъ (яъне бисёр тамаъкунанда) халқиятро дар тамаи ноне биранҷонад ва ҳасуд ҷумлаи хунаҳоро айб донад”**;

- гуноҳи мусулмон бибахшад;

- қулли мардумро аз адлу инсофи худ бархурдор созад ва дар ин қор миёни аҳли ноаҳл тафовут нагузорад, зеро ки **”...фозилтаррин ақл...дӯстӣ қардан аст бо халқ ва неқӣ қардан бо неқон ва бадон”**.

- ба манзили мусулмон аз рӯи ғурури ҳавобаландӣ нигоҳ накунад ва бе иҷозат ба он ворид нашавад;

- дар муносибат бо мардум бо ҳар кас аз рӯи дараҷаю мартабаи ӯ муомила кунад, аз ҷоҳилону авбошон гуфтори неқ интизор нашавад, аз рӯ ба рӯ шудан бо афроди мухталиф паҳрез накунад;

- ҳурмати пиронро дар маҷлис ба ҷо биёрад ва ба қўдақон ба ҷашми шафқат нигарад;

- ба мусулмононе дуруғ нагӯяд ва ҳар он чӣ ваъда қард иҷро наояд, яъне аз мунофиқӣ дурӣ бичӯяд, чунки **”...нишонаи мунофиқ се ҷиз аст: Ҷун сухан гуяд дуруғ гӯяд ва ҷун ўро амин ваъда қардонад, хиёнат кунад”**.

- дар муносибат ба мардум инсоф ва шафқатро риоя кунад на **”...бо мусулмонон ҷунон муомила кунад, ки агар онҳо ба ӯ муомила кунад, писандад”**;

- қўшиш кунад баҳри нобуд сохтани ҳусумат байни мусулмонон ва раво набинад таваккуфро дар оштии намудани онҳо;

- дар ҷустуҷӯи гуноҳи мусулмон набошад ва айбҳои мардумро пӯшида дорад ва баҳри нафъи онҳо бикӯшад;

- аз қорҳои номашруъ худдорӣ наояд то раият аз думболош ба ҷунин аъмол даст назанад. Чунки мардум дар салоҳ ва фасод, яъне дар неқию бадӣ пайравӣ подшоҳанд. Агар бинанд, ки подшоҳ ба неқӣ майл дорад, раият низ ба неқӣ медарояд, **”... ва агар аз ӯ фасод мушоҳида кунад, яъне он подшоҳ ва ҳоким фосиқ бошанд, ҳама мардумон дар фиску фасод қўшанд...”**.

- ҳуқуқи манфиатҳои мардуми заифро аз ашхоси тавоно ва мискину камбағалро аз ашрофон ҳимоя кунад ва бештари вақти худро дар сӯҳбати фўқаро аз аҳли илм сарф кунад;

Чи хеле ки дидем, файласуф барои идоракунии кишвар шартҳои гузоштааст, ки дар он ҳуқуқи манфиатҳои мусулмон ба зерӣ ҳимоя гирифта шудааст ва файласуф иҷроиши ин шартҳоро боиси пойдеории давлату осудагии раият ва иҷро нашудани онҳоро боиси фаноӣ давлат ва мусибати раият мешуморад [3].

Дар фалсафаи Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ агар ҳоким нисбат ба шахрвандон даҳ имтиёз дошта бошад, шахрвандон дар нисбати ҳокимон ду баробар бештар, яъне дорои бист имтиёз мебошанд. Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ, барои ҳилофи ақидаи расмӣ замони худ, ҳамаи ҳокимону халифаҳоро сояи Худо дар руи замин намешуморад. Ба ақидаи ӯ, он ҳокимоне, ки аз тариқати адлу эҳсон берун мераванд ва ба бандагони ҳақ шафқат намекунанд ва тобеи нафсу ҳавои худ ҳастанд, душмани Худо ва расули ӯ мебошад [4].

Хулоса, Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ суботи ҷомеаро дар озолишу тифоқ дониста, ҳамеша хостори сулҳу ваҳдат будааст. Дар доираи ҳамин андешаҳо мутафаккири бузург, мо бояд на танҳо ба хоҳири расидан ба ваҳдати қомил талош кунем, балки ба муқобили ҳама гуна зухуроти номатлуб мубориза бурда, ҷавобонро аз хатарҳои

дахшатбори муосир, мисли ҳамроҳшавӣ ба ҷангҳои давлатӣ ба номи исломӣ ва ҳаракатҳои тундрав ҳифз намоем.

АДАБИЁТ:

1. Махмадов А.Н., Қурбонов А. Ш. Сиёсат ва оини давлатдорӣ аз нигоҳи Мир Сайид Али Ҳамадонӣ “Аҳбори инстиуту фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А.Баҳоваддиновии АМИ Ҷ.Т. № 3, Душанбе. 2015.
2. Мир Сайид Али Ҳамадонӣ. Захират-ул-мулук. Лоҳур. 1905.
3. Нақше ба ёдгор гузоре. Суханрониҳои Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар ҷашнвораҳои ба бузургдошти Мир Сайид Али Ҳамадонӣ бахшида шуда”.
4. Ҷеҳраҳои мондагор.

Саидов С.Б.1, Махсүтшоева Н.М.1, Лысых И.А. 2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РУССКИХ ПОГОВОРОК В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

1Кафедра русского языка Таджикского аграрного университета имени Шириншо Шотемира

2Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Формирование умений связано изложить мысли в устной и письменной форме, анализировать и совершенствовать написанное, умение грамотно высказать мнение по обсуждаемому вопросу – одно из самых важных направлений в развитии речемыслительной деятельности студентов. Русские поговорки играют важную роль в преподавании русского языка в условиях поликультурного образовательного пространства, ибо являются особыми лингводидактическими единицами языка. В процессе совершенствования и обогащения русского словарного запаса студентов-медиков поговорки помогают им постичь глубинный смысл народной мудрости, подводят студентов к пониманию того, как важно использовать эти меткие, образные выражения в определенных ситуациях, чтобы сделать свою речь более богатой и красочной.

Цель. Обосновать необходимость использования такого языкового материала, как поговорки в процессе преподавания русского языка в медицинском университете в условиях полилингвального образовательного пространства. Организовать и внедрить в процессе практических занятий систему работы со специальной лексикой по русскому языку, обеспечивающей обогащение и совершенствование русской речи студентов-медиков.

Материал и методы. В числе устойчивых единиц русского языка, обладающих национально-культурной спецификой значения, поговорки занимают специальное нишу, так как обладают особой коммуникативной и информативной значимостью и имеют стилистическое разнообразие речевых функций в языке. В процессе межкультурного диалога использование поговорок играет существенную роль для более глубокого и адекватного понимания национально-культурного своеобразия языка.

В процессе практических занятий по русскому языку преподаватели кафедры русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино осуществляют планомерную и систематическую работу в рамках лексико-грамматической и речевой практики студентов с использованием поговорок для обогащения их словарного запаса. В работе над освоением поговорок реализуется содержание речевых тем.

Результаты. Исследователи, выделяя особую роль русских поговорок на практических занятиях, отмечают, что «поговорки – это образное, иносказательное выражение, метко определяющее какое-либо жизненное явление, лаконичное по форме, в отличие от пословицы не заключающее в себе прямого поучительного смысла, с чем часто связана синтаксическая незаконченность. Например: Вот где собака зарыта. Из молодых, да ранний. Мир не без добрых людей». [1, 18]

Учитывая коммуникативную роль поговорок, преподаватели кафедры русского языка используют их для приобщения личности студентов, обучающихся в медицинском университете в условиях двуязычия, к культуре русского народа, делая акцент при этом на подготовку студентов-билингвов к продуктивному участию в диалоге культур. В связи с этим, преподаватели русского языка особое внимание уделяют таким формам занятий, которые активизируют русскую речевую компетенцию через коммуникативное общение.

Русские поговорки, наряду с другими образно-выразительными средствами языка, можно использовать как при освоении грамматических и фонетических, так и при изучении различных лексических тем. При этом лексических запас студентов становится богаче.

Лаконичная форма поговорок позволяет лучше запоминать новые незнакомые слова, а затем использовать их студентами в собственных высказываниях. Поговорки можно применять как смысловую опору при словарной работе.

Практика показывает, что усвоение новых языковых единиц через поговорки предполагает усвоение их содержания и употребительных ситуаций. Что в итоге служит материалом по обогащению русского лексического запаса.

Поговорки – это отражение жизни, традиций и культуры, в целом, любого народа. Довести их до студентов с соответствующими комментариями, с поисками аналогий в родном языке – благородная и благодатная задача для любого преподавателя. Как отмечают специалисты, поговорки обладают большим дидактическим потенциалом в формировании межкультурной коммуникативной компетенции студентов. Поэтому так важно уметь анализировать их, понимать, какими событиями в судьбе народа, особенностями менталитета они вызваны. Подобный культурологический анализ и интерпретация русских поговорок в процессе изучения русского языка способствует формированию общей культуры студентов-медиков, пониманию культурных истоков этноса, осознанию своей культурной идентичности, воспитанию эмпатического отношения к представителям иного лингвосоциума. [2; 25]

Отбор поговорок для практической работы по русскому языку в медицинском университете производится с учётом их воспитательной ценности, доступности для восприятия и соответствия изучаемой лексико-грамматической

тематики. В Учебном пособии для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете [4,203] достаточно полно и целенаправленно осуществлено учебно-воспитательное применение пословично-поговорочного материала, а также представлены практически все виды заданий с их использованием.

В качестве примера продемонстрируем следующие виды заданий.

Задание. Прочитайте поговорки. Раскройте смысл каждого изречения. выпишите поговорки, в которых говорится о языке: *Язык разум открывает. Не в коня корм. Язык у сплетницы длиннее лестницы. Нет дыма без огня. Ни пава, ни ворона. После дождика в четверг. Языком гладок, а душою гадок. Сухая ложка рот дерет. Держи язык короче. Пуганая ворона куста боится. Длинный язык — короткие мысли. На язык пошилины нет. Остёр топор, да язык острее.*

Задание. Прочитайте данные поговорки, которые содержат мудрость и опыт предыдущих поколений. Объясните их значения: *Кто рано встает, тому Бог подает. Век живи, век учись. Не говори гоп, пока не перепрыгнешь. В тихом омуте черти водятся. Что посеешь, то и пожнешь. Век живи – век учись, да не забудь и отдохнуть. Лучшие один раз увидеть, чем сто раз услышать.*

Задание. Прочитайте поговорки, объясните их значение и переведите на родной язык: *Молчание – золото. Друзья познаются в беде. Утро вечера мудренее. Делу время, потехе час. Не все то золото, что блестит. Как снег на голову. Поживём увидим.*

Отметим, что русские поговорки, как часть русской культуры, выражают сложные и глубокие мысли в нескольких словах или коротком предложении. В целом, поговорки играют важную роль в культуре и народной мудрости, помогая студентам понять и ценить историю, традиции и ценности изучаемого языка.

Безусловно, поговорки могут применяться на различных этапах занятия. Соблюдая принцип коммуникативной направленности, использование поговорок на занятиях русского языка не должно ограничиваться несколькими приемами. В целом, использование поговорок на практических занятиях по русскому языку способствует повышению интереса к изучению русского языка, развитию речевой активности. Особенно важно, что поговорки способствуют развитию творческого мышления, расширяют страноведческие знания студентов-медиков о традициях и национальных особенностях русского народа.

Выводы. Таким образом, можно констатировать, что поговорки как средство развития межкультурной коммуникативной компетенции, играют важную роль в формировании межличностного и профессионального общения с представителями иной языковой культуры. Это наглядно осуществляется в процессе овладения языком как важным компонентом культуры через поговорки и др. языковые средства страны изучаемого языка.

Следовательно, методически грамотно построенное занятие по русскому языку на основе изучения и освоения русских поговорок позволяет совершенствовать не только русскую речь студентов и их коммуникативные компетенции, но и профессионально-ориентированную речь, необходимую для успешной работы на стезе выбранной профессии врача.

Литература

1. Розенталь Д.Э. и Теленкова М.А. Словарь справочник лингвистических терминов. Пособие для учителей. Изд.2-е испр. и доп. М., «Просвещение».1976
2. Рыбникова М.А. Русские пословицы и поговорки АН СССР. Институт мировой литературы имени А.М. Горького. — М.: Издательство АН СССР, 1961. — 231 с. Архивная копия 27 ноября 2020 на Wayback Machine
3. Учебная программа по русскому языку (для студентов неязыковых вузов)//Составители: Нагзибекова М.Б. и другие. -Душанбе, 2018- 33 с.
4. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете// Составитель У.Р. Юлдошев. –Второе издание, переработанное. -Душанбе, 2023. -203.

Лысых И.А.

СРЕДСТВА ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Мотивация, как процесс побуждения человека к совершению действий и поступков, стала объектом исследований, начиная с первой половины XX века.

Студент – не ученик школы, которому можно сказать “так надо”, студенту необходимо объяснить каким образом знания ему пригодятся в будущем.

Студент приходит в профессиональное учебное заведение, чтобы стать хорошим специалистом в своей области. Поэтому преподавателю необходимо доказать студентам, что его предмет действительно будет полезен в их будущей деятельности.

Практика показывает, что среди первокурсников одинаковый уровень знаний и успехов отсутствует. Проблема такого «расслоения» существовала всегда. Каждый преподаватель может привести примеры, когда слабоуспевающий в школе студент показывал отличные результаты учебы в вузе и наоборот.

По-видимому, такая ситуация является следствием внутреннего стремления студента к получению знаний и саморазвитию. А это полностью зависит от его мотивации.

Цель. Обосновать некоторые методы обучения русскому языку, способствующие мотивировать студентов-медиков к развитию своего языкового потенциала.

Материал и методы. Рассмотреть и проанализировать научную литературу по данной теме.

Результаты. Мотивация является главной движущей силой в поведении и деятельности человека, в том числе и в процессе формирования будущего профессионала. Поэтому особенно важным становится вопрос о стимулах и мотивах учебно-профессиональной деятельности студентов. [5]

Согласно литературе, мотивация бывает внешней и внутренней. Внешняя мотивация, осуществляемая преподавателем и окружением студентов, может перейти в мотивацию внутреннюю. Последняя характеризуется тем, что студент самостоятельно прилагает усилия для развития и совершенствования своих знаний.

Однако, современные реалии последних лет характеризуются небольшим процентом высокомотивированных студентов, все чаще преобладают студенты с малой мотивированностью. В связи с этим многие преподаватели осуществляют поиск методов, позволяющих повысить мотивированность студенческой аудитории. И на основе имеющегося опыта в данной статье рассмотрим некоторые рекомендации.

Преподавание русского языка маломотивированным студентам сложный процесс, особенно, из-за их нежелания прилагать усилия. Без усилий не выучить новую лексику, не запомнить грамматических правил. Поэтому повышение мотивации студента фактически сводится к преодолению его лени.

Продemonстрируем ряд механизмов повышения мотивации.

Наилучшего результата можно добиться, применяя их в разных комбинациях, тем самым делая учебную деятельность более разнообразной.

- 1) Повышение мотивации при изучении лингвострановедческого материала. Студенты начинают интересоваться русской культурой, историей, традициями, и, как следствие, языком изучаемой страны. Этот метод больше характерен для формирования социальных и познавательных мотивов, особенно, если сопоставить русские и национальные (таджикские) традиции. Данный метод позволяет успешно осуществлять работу по обучению говорению (например, задание: сделать небольшое сообщение о русской культуре, русских народных обычаях, о литературе, климате, достопримечательностях, сопоставив их с таджикскими). Также можно организовать студенческую конференцию, посвященную биографии известных ученых-медиков, писателей-врачей. Данный метод рассчитан на внеаудиторную работу студентов, поэтому можно добиться хороших результатов. Использование студенческих конференций тем более актуально, что первокурсники уже готовятся выступать перед аудиторией.
- 2) Подражательный мотив. Многие стремятся быть похожими на преподавателей (сознательно или несознательно), поскольку преподаватели оказывают большое влияние на молодое поколение, потому зачастую знания самого преподавателя оказывают положительное мотивационное влияние. Если преподаватель показывает свою заинтересованность предметом, велик шанс, что студент поступит также и углубится в изучение языка. Можно применить, например, хорошее произношение, умение произносить скороговорки, благодаря чему студенты заинтересуются фонетической стороной речи. Недостатком данного мотива можно считать его «непроизвольность». Невозможно искусственным образом повысить свой авторитет и направить уважение студента в нужное русло.
- 3) Метод сравнения. Говоря о заинтересованности конкретным аспектом речи, можно сказать, что для того, чтобы заинтересовать студентов фонетической стороной речи, нужно чаще использовать метод заучивания стихотворения, таким образом, их можно заинтересовать звуковой красотой языка. Например, преподаватель вначале выразительно читает стихотворение сам, затем с группой, прорабатывая некоторые сложности в произношении или постановке ударений. Подобным образом, апеллируя к омонимам, к многозначным словам (спутник, мир), можно заинтересовать и лексическим аспектом. С той же целью можно акцентировать внимание на разнице в парах слов, как, например, «зАмок-замОк». Можно использовать метод перевода – исходя из интересов студентов подбирать тексты. Заинтересовать грамматическим аспектом можно, указывая на сходство некоторых аспектов таджикского и русского языков, таким образом, упрочить понимание материала (например, при изучении одушевленности/неодушевленности существительных, при изучении рода существительных/прилагательных). Добавить сравнение с родным языком студентов, осознанный классифицированный материал будет лучше усвоен и легче применён.
- 4) Целевая мотивация напрямую связана с тем, что студенты стремятся добиться хорошего знания русского языка. Они активно участвуют в процессе обучения. Здесь задействованы как социальные мотивы, так и познавательные. Ситуация, когда язык выступает самоцелью, не бывает продуктивной. Студенты должны уяснить, что язык – только средство достижения некоей цели, например, получение профессионального образования. Данный метод скорее применим к студентам, которые планируют продолжить образование в России или работать там в будущем.
- 5) Мотивация успеха. Студенты должны получать реальный результат, который они ощущают. Следовательно, со стороны преподавателя должна присутствовать конструктивная критика, положительно влияющая на студента. Мотивация при изучении языка возрастает, если результаты этих знаний применяются не только на занятиях по русскому языку, но и на занятиях по другим предметам, а также во внеаудиторных мероприятиях. На занятиях необходимо создавать ситуацию успеха, это является стимулирующим фактом преподавания русского языка в вузе.
- 6) Высказывания на заданную тему, возможность обдумать и высказать своё мнение по какому-то конкретному вопросу может служить мотивационным механизмом для студентов со слабым и средним уровнем знаний русского языка. Студенты учатся мыслить самостоятельно, делать логические выводы, слушать собеседника, им становятся интересны задания-дискуссии, они не боятся получить неудовлетворительную оценку, следовательно, снимается психологический барьер. Для проведения подобных занятий следует готовить занятия-дискуссии, круглые столы, мини-конференции. Студенты будут заинтересованы сравнительно новой формой работы, сулящей возможность обдумать некоторые жизненные явления с разных точек зрения. Дискуссионная форма работы не относится к традиционным методам обучения, она начала набирать обороты недавно, в школьной практике почти не используется. В связи с чем студентам она будет интересна. Кроме того, такая форма работы на занятиях по русскому языку нацелена на развитие навыков аудирования и говорения, на развитие логического мышления, на развитие умения говорить (поскольку в школе на уроках русского языка фактически не учат умению выступать и отстаивать свою точку зрения, следовательно, необходимо восполнить этот пробел). Также уменьшается коммуникативный барьер, поскольку общение идёт между сокурсниками, преподаватель только направляет беседу, поэтому высвобождается

потенциал каждого студента. Такой вид работы развивает словарный запас, позволяет выразить свое мнение, выслушать мнение других, сопоставить и проанализировать разные точки зрения. При проведении таких занятий преподаватель должен соблюдать определённые правила их реализации. Данный метод приобретает особую актуальность в рамках профессионально-ориентированного обучения и общей нацеленности на развитие межпредметных связей.

- 7) Инструментальная мотивация. Данный вид мотивации базируется на потенциальных возможностях студентов, позволяя проявить себя в том аспекте, который удаётся лучше всего. Один студент владеет навыками аудирования лучше, другой – хорошо знает грамматику, третий – перевод. Когда студент имеет возможность продемонстрировать свой потенциал в том, что ему даётся, у него появляется ощущение, что язык ему доступен, соответственно, рушится психологический барьер, мешающий освоению языка. Разумеется, не надо забывать про остальные аспекты деятельности, которые тоже надо развивать [4].
- 8) Внеаудиторная работа. Делая акцент на внеаудиторной самостоятельной работе, особенно, если она ведётся на должном уровне, и студенты активно в ней участвуют, можно добиться больших результатов в силу того, что студенты смогут реализовать самостоятельный поиск информации, тем самым расширяя свой кругозор. Студент начнёт интересоваться тем, что лежит за пределами программы обучения, тем самым становясь самообучаемым и приобретая познавательные мотивы, относящиеся к разным отраслям знания, в том числе и к русскому языку.
- 9) Игровая мотивация. Несомненный плюс игрового занятия в том, что игра, в отличие от стандартного занятия, на первый взгляд (с точки зрения студентов) не имеет очевидной обучающей цели. В игре для участников больше важен сам процесс, чем результат. Также стоит сказать о том, что, в отличие от практического занятия (которое чаще всего проводится как классическое занятие в форме «вопрос-ответ»), все обучающиеся находятся в процессе активной коммуникации. В процессе учебной игры студенты получают некоторые необходимые навыки в рамках будущей профессии, проигрывая некоторые рабочие ситуации. Идею игры можно сформулировать следующим образом: обучающийся играет потому, что развивается и развивается потому, что играет – практика развития является игрой. Студенты учатся, играя, то есть в игровую деятельность вносится новый элемент – русский язык, который они принимают и начинают использовать. Преподаватель должен построить правила игры таким образом, чтобы игра носила выраженный обучающий характер, иначе они могут стать самоцелью и заслонить внешней стороной обучающий подтекст.

Выводы. Комбинирование мотивационных механизмов и их максимальное разнообразие способны стимулировать студента к более углубленному изучению русского языка. Говоря о мотивации в целом, необходимо сказать, что это движущая сила изучения любого предмета, и задача преподавателя – создать, развить и направить потенциал студента в нужное направление, и контролировать в случае необходимости. Очевидно, что, если студент сам поддерживает мотивацию на высоком уровне, это оптимально. Основной задачей вуза является стимулирование интересов к обучению таким образом, чтобы целью студентов стало не просто получение диплома, а диплома, который подкреплён прочными и стабильными знаниями, опирающимися на практику. Мотивация студентов – это один из наиболее эффективных способов улучшить процесс и результаты обучения.

Литература

1. Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирования личности. — М., 1976.
2. Выготская Л. Л., Нечаева Е. В. Содержание понятия мотивации в преподавании русского языка как иностранного (теория и практика). «Русский язык за рубежом», № 1/2016.
3. Егорова Л. В. Способы повышения мотивации к изучению французского языка в школе // Иностранные языки в школе. — 2008. — № 3. — С. 68–73.
4. Маркова А. К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте: пособие для учителя. — М.: Просвещение, 1983. — 96 с.
5. Мормужева, Н. В. Мотивация обучения студентов профессиональных учреждений / Н. В. Мормужева. — Текст: непосредственный // Педагогика: традиции и инновации: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, декабрь 2013 г.). — Т. 0. — Челябинск: Два комсомольца, 2013. — С. 160-163. — URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/98/4633/> (дата обращения: 12.08.2023).
6. Приставка Татьяна Александровна Профессиональная мотивация учебной деятельности студентов: структура и сущность // Социально-гуманитарные знания. 2013. №8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-motivatsiya-uchebnoy-deyatelnosti-studentov-struktura-i-suschnost> (дата обращения: 12.08.2023).

Лысых О.А.

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Современный процесс обновления всех сфер общественной жизни, научно-технический прогресс выдвинули новые требования и задачи перед педагогической наукой и практикой, особенно в сфере специального обучения. Основная особенность современного процесса обучения по-прежнему заключается в том, чтобы за короткий срок дать обучаемым максимально большое количество необходимой им информации и научить их тому, что нужно в практической деятельности. В условиях же рыночной экономики и научно-технического прогресса главным направлением обучения должно стать развитие у студентов способностей самостоятельно приобретать максимально большое количество действительно нужных им для деятельности знаний в единицу времени. Реализацией этого направления служит интенсификация процесса обучения. Под интенсификацией процесса обучения понимается

система технологических приёмов, позволяющих задействовать резервные возможности личности обучаемого для повышения эффективности учебно-познавательного процесса [5].

В практике обучения русскому языку студентов-билингвов выявляется многообразие сфер учебного и научного общения, структурные особенности которого предполагают такую методическую организацию обучения, при которой в равной мере вырабатываются навыки устной и письменной профессиональной речи студентов медицинского высшего учебного заведения.

Цель. Установить теоретические основы обучения устной и письменной речи путём интенсификации процесса обучения на занятиях по русскому языку, разработать методическую систему обучения студентов-медиков устной и письменной профессиональной речи.

Материалы и методы. Проведен анализ научной и педагогической литературы (учебные пособия, учебники), касающейся интенсивного обучения, и исследований проблемы повышения качества образования.

Чтобы эффективно организовать развитие устной и письменной профессиональной речи студентов при интенсификации процесса изучения русского языка, главной задачей преподавателя является последовательное увеличение у студентов-медиков запаса знаний, их упорядочение и систематизация.

В процессе своей деятельности преподаватели русского языка кафедры русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино для развития устной и письменной профессиональной речи студентов-медиков используют различные методики, применяя задания и упражнения как в организованной, так и в свободной образовательной деятельности студентов.

Результаты. С внедрением в процесс изучения русского языка в высшей медицинской школе элементов интенсификации каждый преподаватель должен осознать, что в своей профессиональной деятельности он обучает студентов не только специальным предметным знаниям, но и современным знаниям в области медицины.

Н.А. Половникова считает, что интенсификация учебного процесса позволит оставить прежние сроки обучения даже при увеличении, нарастании информации в связи с новыми достижениями науки и техники, если будут найдены средства, обеспечивающие усиление психических и физических сил участников учебно-воспитательного процесса [2]. По мнению С. Н. Архангельского, интенсификация реализуется путем использования активизирующих средств, форм и методов обучения при одновременном снижении временных затрат [1].

Пути интенсификации учебного процесса являются реализация идей педагогики сотрудничества и использование игровых методов обучения [3]. При этом отметим, что неоценимую роль в интенсификации обучения языку специальности студентов-медиков играют разработанные учебные комплексы, представляющие собой организованную и целенаправленную систему, подтверждающие эффективность их использования в практике преподавания русского языка в медицинском вузе.

Современное обучение русскому языку для практического решения речевых задач в медицинском вузе требует ежегодного обновления специальных учебно-методических материалов, в информативном плане приближающихся к учебным материалам по специальным дисциплинам.

В этой связи преподаватели кафедры русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино постоянно обновляют и совершенствуют процесс обучения русскому языку путем введения современного профессионально-ориентированного текстового материала и терминологии медицинского профиля.

В основу данного подхода положен принцип коммуникативной направленности в обучении русскому языку, что отражается в содержании текстового материала (информативность и проблемность текстов, побуждающих к общению) и в системе заданий. Разнообразные виды заданий предназначены для выработки у студентов навыков устной и письменной речи с опорой на текст. Для развития речевой компетенции преподаватели русского языка используют задания, направленные на расширение активного словаря студентов, а также на выработку у них умения выбирать из своего словарного запаса для выражения мысли те слова, которые наиболее соответствуют содержанию высказывания и делают его правильным, точным и выразительным.

Виды словарных работ: определить понятие медицинского термина (например, «артерии» - кровеносные сосуды, несущие кровь от сердца к органам, в отличие от вен, в которых кровь движется к сердцу («центрипетально»); «лапаротомия» - чревосечение; «анамнез» - совокупность сведений о больном и развитии заболевания, получаемых при опросе самого больного и знающих его лиц); пословицы (объяснить смысл русской пословицы, подобрать смысловой вариант таджикской пословицы, можно с переводом); выписать слова из задания учебного пособия в алфавитном порядке (данное задание можно также использовать в виде соревнования – кто быстрее и правильнее его выполнить); выписать слова в несколько столбиков: по родам; по числам; по склонениям; одушевленные или неодушевленные предметы; назвать или записать слова по ассоциациям (например, подобрать прилагательные к существительному «терапия» - лекарственная, долгая, лазерная и т.д., или подобрать слова, ассоциирующиеся со словом «больница» - врач, палата, пациент, больной, лечение, болезнь и т.д.); составление предложений из группы слов (таблица); составление устного или письменного рассказа по картине (преподаватель показывает иллюстрацию картины известного русского либо таджикского художника, студенты описывают ее); дописать предложение (в предложении пропущено одно или несколько слов); устное задание «по цепочке» - образование единственного числа из множественного или наоборот (преподаватель называет существительное в ед. числе, студент – во мн. числе, например, врач – врачи, студент – студенты, или наоборот, скальпели – скальпель, болезни – болезнь); образование причастий от глаголов (двигать – двигающийся, оперировать – оперированный, пылать – пылающий) или замена причастий глаголом и словом «который» (например, парящий – который парит, бегущий – который бежит); определить видовые понятия нескольких слов (медсестра, хирург, терапевт, врач, офтальмолог, уролог – медицинский персонал).

Таблица конструирования предложений

Когда	Кто	Глагол связка	Что делает (времена гл.)	Что	Когда Во сколько	Где
Обычно Иногда Сегодня Вчера В субботу По втор- никам Каждую среду и т.д.	они хирург ты Зарина Зафар терапевт пациент друг немцы я	хотеть лю- бить начать начинать закончить заканчивать	изучать покупать решать работать отдыхать ужинать делать учить читать и т.д.	русский язык анатомия правила пицца задание книга учебник операция	рано поздно утром днем вечером в час в 8 часов утра в 9 вечера ночью	в университете в магазине в больнице на рынке дома на работе в операционной в Варзобе и т.д.
Примерные предложения, составленные студентами: Обычно врач начинает работать утром. Каждую среду Зарина любит покупать пиццу. В субботу вечером мы любим отдыхать дома у телевизора.						

**Составлена автором. Подобные таблицы-тренажеры, правильно скомпонованные преподавателем по теме, могут помочь студентам и в составлении рассказа.*

При интенсификации процесса обучения задача преподавателя – помочь студенту более полное овладеть системой русского языка: уметь полно и последовательно излагать свои мысли, четко строить сложные развернутые предложения, логически обосновывать свои высказывания, свободно пересказывать тексты и отвечать на вопросы, правильно произносить звуки сложных слов. Чтобы эти функции своевременно и полноценно реализовывались, важно чтобы они находили применение в практической деятельности.

В процессе работы над текстом студентам предлагаются задания устного и письменного характера, что позволяет выявить навыки чтения и речевого развития и уровень владения письменной речью.

Для оценивания речевых умений студентам предлагаются задания.

Задания устного характера. Прочитайте текст и перескажите его содержание. Ответьте на вопросы по содержанию текста. Выявите основную информацию текста. Разделите текст на части, озаглавьте каждую из них.

Задания письменного характера. Найдите в тексте глаголы повелительного наклонения (или в прошедшем/настоящем/будущем времени), выпишите их, установите неопределённую форму глагола, от которой они образованы.

Опираясь на текст, закончите предложения. К примеру, «Если ребёнок доношенный, его можно кормить...», «Посмотрите в зеркало: в порядке ли у вас волосы, их надо...».

Подобные задания направлены преимущественно на решение лексико-грамматических задач и грамматическое конструирование словосочетаний и предложений.

Выводы. Таким образом, интенсификация выражается и в методически рациональной организации занятия, при которой каждая минута учебного времени должна быть использована продуктивно для достижения поставленной цели; и в мотивированной деятельности студентов, в разнообразии приемов и форм работы, используемых с учетом индивидуальных особенностей студентов; и в широком использовании современных технических средств, органически включаемых в учебный процесс в тех случаях, когда они могут дать максимальный эффект по сравнению с «механическими средствами»; и во внедрении в практику обучения интенсивных образовательных программ во всех случаях, где они позволяют не только интенсифицировать, но и индивидуализировать процесс обучения. Приведённые примеры заданий являются всего лишь отдельными образцами учебных действий, направленных на подготовку студентов медицинского вуза. Каждое занятие строится с учётом уровня знаний и индивидуальных особенностей студентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадмаев Б.Ц. Психология и методика ускоренного обучения. М.: Владос, 2002.
2. Половникова Н.А. Система воспитания познавательных сил школьников. Казань: Изд-во Казанского университета, 1975.
3. Гончарук Н.П. О некоторых путях интенсификации учебного процесса в техническом вузе. Иваново: ИЭИ, 1990.
4. Одинцов, А. И. Проблема интенсификации процесса обучения в современной педагогической науке / А. И. Одинцов. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2015. — № 3 (83). — С. 829-831. — URL: <https://moluch.ru/archive/83/15174/> (дата обращения: 10.08.2023).
5. Технология интенсификации процесса обучения. – Интернет-публикация. Кривошеина Е.Ю.
6. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов медицинского университета // Составители У.Р. Юлдошев и др. Душанбе, 2018

Лысых О.А.

ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОЦЕССА ИЗУЧЕНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Подготовка высококвалифицированных кадров и гармоническое развитие личности являются приоритетом в образовательном направлении современного мира.

Следовательно, и Таджикистан в условиях многонациональности в своей политике в области образования уделяет большое внимание обучению русскому языку. Чтобы успешно реализовать данную задачу необходимо учитывать ряд факторов, в том числе более глубокое использование методического потенциала.

Изучение в современной педагогической литературе проблем билингвизма и развивающих условий билингвальной среды в последнее время получило новый импульс. [1] В условиях формирования открытого общества и интеграции в глобальное культурно-образовательное пространство, к которым стремится Таджикистан, актуальную значимость получает исследование образовательного потенциала билингвальной среды и методов его применения. [5, 390]

Цель. Обосновать методы совершенствования коммуникативных компетенций студентов в процессе обучения русскому в ракурсе практического их использования в учебной деятельности.

Материал и методы. Изучены работы ряда отечественных и российских исследователей, в которых отражаются критерии коммуникативного процесса при личностно-ориентированном подходе к диалогической его составляющей. Характерные особенности методики формирования компетенций языкового общения в процессе обучения русскому языку освещены в научных работах Е.А. Астаховой, Л.П. Павловой, Т.В. Гусейновой, С.Э. Негматова, Г.Б. Мухаметова и мн. др.

Результаты. В совокупности проведенный анализ современной научной литературы по методике преподавания русского языка в неязыковом вузе позволяет констатировать актуальность исследования вопросов обучения русскому языку в рамках профессионально-ориентированного подхода.

Речь является основным необходимым видом коммуникативного общения при совместной деятельности индивидов, в их социальной жизни, при получении и обмене информацией, в познавательной и образовательной деятельности.

Высокий уровень знания языка отмечается, когда студент и понимает русскую речь, и может говорить сам. Язык – это, прежде всего, средство коммуникации, это система форм, позволяющая говорящему продуцировать осмысленные предложения.

Итак, коммуникативная компетентность — это способность адекватно осуществлять речевое общение «в новых социальных структурах, знание культурных норм и ограничений в общении, знание обычаев, традиций, этикета, воспитанность, ориентация в коммуникативных средствах, присущих национальному, сословному менталитету и выражающихся в рамках данной профессии» [2].

Соответственно, важным является практический аспект процесса изучения русского языка.

Для этого на занятиях преподаватели используют специальные задания для развития практических навыков в виде беседы-диалога «врач-пациент», диспуты в группе, монологи-рассуждения о врачебной этике и профессионализме, гуманности в деятельности врача. [4, 88]

А пополнению словарного запаса будущих врачей служат задания, в содержание которых входят выразительные средства языка – пословицы, поговорки, фразеологические обороты. Несомненным успехом пользуются стихотворения и цитаты выдающихся личностей русского и таджикского (в русском переводе) народов.

Например, задание подобрать к фразеологизму синонимичное слово:

в час по чайной ложке (медленно), действовать на нервы (раздражать), прикусить язык (замолчать) и др.

Задание-тест. 1) Определите фразеологизм по его лексическому значению:

Зарина не могла дожидаться, крутилась на стуле и думала, когда же закончится прием у врача, чтобы выбежать из кабинета, так она боялась уколов.

А) Беречь старые раны В) Вставлять палки в колеса С) Как на иголках.

2) Определите предложение, в котором встречается фразеологизм.

а) Рефери поднял руку российского боксёра.

б) Он протянул руку, чтобы поздороваться.

в) *Ответь мне положи руку на сердце.*

Задание. Составьте предложения с данными фразеологически устойчивыми выражениями времени, поясните их значение [3, 237-239]: *с минуты на минуту; изо дня в день; со дня на день; из года в год; чуть свет; ни свет, ни заря; на ночь глядя; время от времени.*

Показателем восприятия студентами изучаемого языкового материала может служить устная речь. Высокий уровень употребления устной речи и обширный словарный запас способствуют прогрессу в освоении языка, таким образом, увеличивают мотивационную составляющую и пробуждают больший интерес к овладению русской речью.

Основная цель такой работы – вызвать у студентов интерес к получению новой информации, научить употреблять новую информацию в точном соответствии с ее содержанием и смыслом, таким образом, обогащая свой словарный запас.

Нельзя недооценивать эффективность проведения подобного вида занятия по русскому языку в вузах медицинского профиля как наиболее познавательного метода. Ибо данный метод способствует формированию самостоятельной исследовательской активности студентов. Так как, если в процессе аудиторной практической работы студент получает определенные знания, то воспроизвести эти знания, поделиться ими, а также укрепить и обновить их новой информацией у него есть возможность именно в процессе игры.

При изучении синонимии и антонимии можно использовать русские пословицы:

Задание. Вставь пропущенные антонимы в пословицы.

Труд лечит, а ... калечит.

Много говоришь – ... творишь.

В мороз заснуть легко, проснуться –

Долог век, да час

Меньше говори, да ... делай.

Степень коммуникативной активности студентов имеет прямую зависимость от степени участия в этом процессе преподавателя. Преподаватель должен быть и эталоном произношения, и основным участником в общении со студентами на каждом занятии. [2, 177-182]

Чтобы правильно сформировать и постоянно совершенствовать коммуникативные компетенции студентов в процессе обучения русскому языку преподаватель должен системно усложнять задания.

Выводы. Из наших практических наблюдений можно резюмировать, что основной задачей обучения русскому языку в медицинском вузе является практическое освоению речевых навыков.

Методическая система работы над текстовым материалом способствует прочному усвоению знаний.

При обучении студентов-медиков русскому языку следует определить методический потенциал заданий, ориентированных на профессиональную подготовку будущего специалиста. Учитывая, что совершенствование речевой активности студентов медицинского вуза – задача не из легких, в процессе занятий по русскому языку преподаватели осуществляют значительную работу по формированию и развитию коммуникативных способностей именно профессиональной направленности.

Литература.

1. Боченкова М.Ю. Билингвизм и билингвальная среда как социокультурный и психолого-педагогический феномен. <http://elibrary.ru>
2. Куницына, В. Н. Межличностное общение / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В. Погольша. - СПб., 2001. – 544 с.
3. Лысых О.А. Деятельность научного студенческого общества в рамках дисциплины «Русский язык» / Сборник материалов 68-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, 27 ноября 2020, т.3, с. 237-239
4. Лысых О.А., Бахриддинова Г.М., Назарова М.Р., М.К. Шодиматова. Важность изучения русского языка в медицинских вузах Таджикистана Роль и место инновационных технологий в современной медицине//Материалы 66-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящ. Году развития туризма и народных промыслов, 23 ноября 2018. Т.2, стр. 87-88.
5. О.А.Лысых, Семинар как метод совершенствования устной речи на занятиях по русскому языку в билингвальном пространстве/ Медицинская наука в XXI века – Взгляд в будущее//Материалы 67-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посв. Году развития туризма и народных промыслов» 29 ноября 2019, т.3, стр.390

Ляпина С.А., Семелева Е.В., Плигина Е.В.

ПРОПАГАНДА ОСНОВ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ, КАК ФАКТОР УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Актуальность. Рациональное питание играет огромную роль в жизни ребенка. Известно, что наибольшая заболеваемость наблюдается среди грудных детей, неправильно вскармливаемых [1]. Это обязывает детские лечебно-профилактические учреждения наряду с повышением качества медицинского обслуживания детей проводить целенаправленную пропаганду гигиенических знаний среди родителей по вопросам грудного вскармливания и рационального питания детей.

Цель исследования. Цель работы – привлечь внимание медицинских и научных работников к необходимости широкого распространения среди родителей знаний об основах рационального вскармливания ребенка и изыскания для этого разных форм пропаганды.

Материал и методы исследования. В работе применялся метод опроса в двух вариациях – беседа и анкетирование, которые проводились среди матерей по проблеме исследования, имеющих детей первого года жизни.

Результаты исследования и их обсуждение. В последние годы усилилось внимание педиатров, участковых сестер, акушерок к популяризации вопросов грудного вскармливания и рационального питания детей среди родителей. Проводятся групповые и индивидуальные беседы, групповые профилактические приемы, посвященные этим темам.

Массовые средства санитарного просвещения – фильмы, телевидение, интернет-порталы, печать также включают в свои программы темы о рациональном питании детей. Между тем практика показывает, что родители еще допускают ошибки.

Результаты опроса 300 матерей, имеющих детей первого года жизни, показали, что в рацион ребенка очень мало включается овощей и фруктов в сыром и вареном виде (пюре). В 50 % случаев родители не знают правил кулинарной обработки овощей и фруктов, способствующих сохранению витаминов и минеральных солей, необходимых для правильного развития и роста ребенка. Более 60 % родителей не используют овощные и фруктовые консервы, выпускаемые промышленностью для детского питания, и отдают предпочтение молочным смесям. Многие родители не представляют себе, какой вред приносит ребенку нарушение режима кормления.

Это свидетельствует о необходимости более целенаправленно популяризовать эти вопросы среди родителей.

Практические врачи-педиатры и научные работники занимающиеся этими вопросами, постоянно ощущают необходимость широкого распространения среди родителей знаний об основах рационального вскармливания ребенка и изыскивают для этого разные формы пропаганды.

Органы новорожденного ребенка еще не совершенны и имеют ряд особенностей как по строению, так и по функциям [1,2]. С первых же дней рождения ребенку приходится приспосабливаться к новым условиям существования. Обеспечить малышу самые лучшие условия жизни в окружающей среде помогают родители, от гигиенических знаний и навыков которых во многом зависит здоровье ребенка.

Материнское молоко удовлетворяет все потребности растущего организма, предохраняет его от заболеваний, так как содержит защитные вещества, которые помогают ему бороться с заразными заболеваниями. В состав молока женщины входят белки, жиры, углеводы в виде молочного сахара, необходимые ребенку минеральные соли, витамины и, наконец, вода. Таким образом материнское молоко содержит все необходимые ребенку питательные вещества [3,4].

Ребенок, получающий грудное вскармливание, реже болеет, а если и заболевает, то легче переносит различные заболевания [3].

Установлено, что при естественном вскармливании удвоение веса детей наблюдается к трем месяцам почти на 65 % случаев, тогда как при искусственном вскармливании – только в 12,5 % [1,4].

У ребенка должен быть строгий режим кормления с первых дней его жизни. Известно, что желудок ребенка освобождается от молока через 3-3,5 часа. Таким образом, каждое новое кормление возможно не ранее этого срока. Более частое кормление ведет к перегрузке желудка, который не в состоянии переварить большее количество молока [4].

Часто после возвращения из родильного дома мать нарушает режим кормления и это отрицательно сказывается как на здоровье ребенка, так и на лактации матери.

Часы кормления устанавливаются в зависимости от бытовых условий семьи и образа жизни матери, но они должны быть постоянными, с обязательным ночным перерывом в кормлении не менее 6 часов. При беспорядочном кормлении в желудке и кишечнике ребенка скапливается большое количество непереваренной пищи, которая начинает бродить, вызывая образование газов и боль в животе [5].

Нельзя забывать, что некоторые дети уже с первых месяцев жизни получают недостаточное количество материнского молока и нуждаются в смешанном вскармливании. Этот вопрос разрешит только врач.

Для кормления ребенка следует пользоваться молочными смесями, приготовленными в детских молочных кухнях или в домашних условиях с соблюдением всех норм и правил кулинарной обработки продуктов.

При смешанном вскармливании, как и при грудном, необходимо обеспечить достаточное количество витаминов.

Как уже указывалось, особенно большое место в питании детей следует уделять овощам, фруктам и ягодам. Наша пищевая промышленность в избытке выпускает разнообразный ассортимент консервов, предназначенных для детского питания. Методы кулинарной обработки овощей весьма совершенны.

Расстройство аппетита у детей нередкое явление. Оно доставляет родителям и врачам много забот и волнений. Чтобы бороться с плохим аппетитом, надо знать причину этого и постараться ее устранить. Нельзя забывать, что снижению аппетита способствует однообразное питание [5].

Устранение причин, вызывающих плохой аппетит у детей, во многом зависит от родителей. При правильном педагогическом подходе к ребенку и изменении обстановки, в которой он живет, можно добиться улучшения аппетита.

Лучшими советчиками для родителей являются медицинские работники, в частности участковый врач-педиатр. От него всегда родители могут получить советы о питании и режиме питания.

Выводы. В настоящее время в большинстве городских детских поликлиник созданы «комнаты здорового ребенка», или «комнаты молодой матери». Здесь приобретаются основные навыки по уходу за ребенком, его вскармливанию и воспитанию.

Было бы целесообразно в этих комнатах проводить открытые приемы матерей с детьми первого года жизни. Хотелось бы, чтобы была возможность не только рассказать женщинам о правильном вскармливании детей, но и многое показать: научить готовить овощные соки, пюре.

Расширение выпуска специальных консервированных продуктов детского питания помогает разнообразить и витаминизировать детское питание в зимне-весеннее время. Педиатры должны убедить родителей в пользе консервированных продуктов детского питания и необходимости широко внедрять их в рацион ребенка.

Особое внимание надо уделять пропаганде способов приготовления прикорма и докорма детям, живущим в сельской местности. На селе молочные кухни еще не получили должного развития.

Проводя беседы о питании грудного ребенка, надо больше заострять внимание на необходимости давать ребенку с 1,5-2 месяцев фруктовые соки, позже – овощные соки, овощное пюре, бульоны, а также тертые фрукты и овощи.

Недостаточная осведомленность матерей в этих вопросах обязывает медицинских работников подробно объяснять, как приготовить соки или овощные пюре и как их давать.

Следует также пропагандировать воспитание у детей гигиенических навыков, связанных с приемом пищи: мытье рук перед едой, пользование ложкой, вилкой, салфеткой, навыки самостоятельной еды.

Улучшение качества пропаганды основ рационального вскармливания и питания детей можно добиться серьезного и сознательного отношения родителей к этому важному фактору укрепления здоровья их детей.

Список литературы.

1. Влияние социально-гигиенических факторов на формирование пищевого статуса детей и подростков / Е. С. Богомоллова [и др.] // Гигиена и санитария. 2016. Т. 95, № 9. С. 847-853. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sotsialno-gigienicheskikh-faktorov-na-formirovanie-pischevogo-statusa-detey-i-podrostkov.pdf>
2. Основы рационального питания : учебное пособие / М. М. Лапкин [и др.] ; под ред. М. М. Лапкина. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 304 с.
3. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской П78 Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: б. и., 2019. — 112 с.
4. Питание детей раннего возраста / Файзуллина Р.А., Самороднова Е.А., Пикуза О.И., Шошина Н.К. – Казань: КГМУ, 2014 г. – 124 с.

5. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей школьного возраста: проблема нерационального питания. Ляпина С.А., Семелева Е.В. Ваякина О.В. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2023. № 1. С.211-216.

Маджидзода А.Р.

ПРИСТАВОЧНЫЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫЕ С ПРИСТАВКОЙ ПО- В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Кафедра русского языка для нефилологических факультетов, Таджикский национальный университет. Таджикистан, Душанбе

Актуальность. Словообразование представляет собой единство процесса создания производного слова и результат этого процесса. Если рассматривать словообразование как процесс, то основной единицей словообразовательной системы следует считать «деривационный шаг», то есть присоединение словообразовательного форманта к производящей основе.

В процессе словообразования в производном слове, по сравнению с производящим, происходят изменения и в семантике, и в структуре единиц, что обусловлено присоединением к производящей основе словообразовательного форманта.

Словообразование прилагательных (или адъективное словообразование) – процесс образования производных прилагательных от разных частей речи. Различают несколько видов образования прилагательных: аффиксные и безаффиксные (смешанные) [1].

Цель исследования. Обращение к названной теме обусловлено тем, что комплексного исследования словообразования прилагательных в диахроническом аспекте проведено не было. Поэтому целью данной статьи является презентация словообразовательной структуры прилагательных с исторической точки зрения. Данная наша статья посвящена приставочному (или префиксальному) способу словообразования имен прилагательных с приставкой ПО- в русском языке.

Материалы и методы. Материалом для нашего исследования послужили прилагательные, извлечённые из Национального корпуса русского языка.

У имён прилагательных в современном русском литературном языке обнаруживаются «следующие способы словообразования: суффиксация, префиксация, сложение, сращение, а также смешанные способы: префиксально-суффиксальный, суффиксально-сложный, сращение в сочетании с суффиксацией» [5, 269]. Таким образом, в академических грамматиках идет речь о морфологическом способе словообразования и его разновидностях, являющихся синхронными способами.

Под морфологическим способом имеются в виду все способы образования производных слов путем аффиксации. Аффиксальные способы словообразования очень разнообразны, с их помощью создается основной массив производных слов. Эти способы разграничиваются исходя из того какие аффиксы принимает участие в выражении деривационного значения, с другой точки зрения различав смешанные и несмешанные аффиксальные способы словообразования. В аффиксальных способах в качестве форманта используется один средство (суффикс или префикс).

Результаты исследования и их обсуждения. Использование приставок для образования новых форм прилагательных (кроме не- и без-) не является в полном смысле слова словообразовательным. Приставки не меняют основного значения прилагательного, а вносят только смысловые нюансы. Часть приставок носит ясно выраженный словоизменяющий характер, как пре- и наи-, используемые или с прилагательными в превосходной степени (пре- и наи-) или как лексические синонимы превосходной степени (пре-).

Большинство других приставок вносят усилительный оттенок в основное значение прилагательного. Это в равной степени относится и к интернациональным приставкам. К таким приставкам принадлежат: а-, анти-, архи-, интер-, ультра-, экстра-, все-, про-, раз-, со-, сверх-.

Приставки не- и без- при присоединении к прилагательному изменяют его значение на противоположное и, следовательно, могут рассматриваться как словообразующие. Что касается близкой к не- приставки небез-, то она лишь указывает на отрицание предполагаемого недостатка качества, выраженного прилагательными, образованными с приставкой без- (безошибочный - небезошибочный, безопасный - небезопасный) [3].

Как известно, качественная характеристика предметов в русском языке выражается при помощи определенной группы слов, которая образует особый грамматический разряд – имя прилагательное. Благодаря наличию характерных окончаний, форм словоизменения и форм словообразования, в русском языке выделение прилагательных в самостоятельную часть речи происходит без всяких затруднений.

При префиксальном способе словообразования русских имен прилагательных, как показывает Русская грамматика (1980), приставка ПО- наиболее продуктивна в какой-либо определённой терминологии и здесь зафиксированы 3 значения приставки ПО- с именами прилагательными:

1) Слова со значением «расположенный близ или вдоль того, что названо словом, которым, в свою очередь, мотивировано суффиксальное мотивирующее прилагательное»: *подунайский, повислянский, поволжский, подорожный, поднепровский, пограничный*, (расположенный по Дунаю, вдоль берегов Дуная). Например: По дороге, густо заросшей **подорожными** травами, медленно шагает Прохор Обухов; Лейтенант Вредный с небольшой **поверхностной** раной на левом плече ушел в перевязочный пункт; Кони прыгали через поваленный полосатый **пограничный** столб;

2) Слова со значением «производимый, измеряемый, распределяемый в соответствии с тем, что названо словом, которым мотивировано суффиксальное мотивирующее прилагательное»: *повзводный, поземельный, поквартальный, подходящий; построчная, почасовой; поурочный, пооперационный; побатальонный* (распределяемый по батальонам). Например: Там, где для мужчины надо поставить **поверстный** столб с надписью, ей довольно прошумевшего ветерка, трепетного, едва уловимого ухом сотрясения воздуха (Гончаров И.А., 1859); Я забыл сказать, что 200 десятин

земли в Степановке представляли как раз **поземельный** ценз для гласного... (Фет А.А., 1862); Но выслушав это, он, видимо, не понял и потрёс головой; тогда я точась дал ему **построчный** перевод на немецком языке, сделанный доктором Гопфенгаузом (Черкасов А.А., 1884). Данный тип продуктивен в сфере спец. терминологии.

3) Слова со значением «совершившийся после того, что названо словом, которым мотивировано суффиксальное мотивирующее прилагательное»: *посмертный, пореформенный, повойенный, пореволюционный, пополуденный*. Данный тип является малопродуктивным. Например: Чайка Красноватый огонь сквозь закопченное стекло освещает их **поблеклые** землистые лица Серафимович Преступление; День был жаркий, час **пополуденный** в четыре, когда вязкое пекло и из камня выдавливает влагу и приглашает порывы (Распутин В., 2003); Никогда за всю историю, даже в великолепный и демократичный **пореформенный** период, Россия не делала такого рывка вперед, как за эти годы войны (Семенов Ю., 1968) [5].

Выводы. Префиксальный способ используется при образовании прилагательных от прилагательных же. При образовании прилагательных от существительных и глаголов чаще всего употребляются суффиксы или приставки и суффиксы.

Итак, мы можем сделать вывод о том, что словообразовательная структура прилагательных, как в синхронии, так и в диахронии практически идентична. Соотношение между производными и непроизводными основами ранжируется соответственно в среднем 60 % на 40 %, сложнопроизводные основы составляют низкий процент.

Как видим из приведённых примеров, в «Грамматике русского языка» (1980) приставочные прилагательные с приставкой ПО- чаще всего употребляются с суффиксами –н, -ов- и –ск-, т.е. нет ни единого примера данных приставочных прилагательных без суффиксов.

Список литературы

1. Виноградов В.В. Русский язык. (Грамматическое учение о слове). М.: Русский язык, 2001. 720 с.
2. Лопатин В.В. Русская словообразовательная морфемика. Проблемы и принципы описания. М., 1977. 315 с.
3. Маджидзода А.Р. Русские имена прилагательные с приставкой по- и их эквиваленты в таджикском языке // Вестник университета (Российско-Таджикский (Славянский) университет). 2019. № 2 (66). С. 204-212.
4. Маджидзода А.Р. Способы передачи русских имен существительных с приставкой по- на таджикский язык (на материале РТС) // Вестник Таджикского национального университета. Серия филологических наук. 2018. № 6. С. 59-64.
5. Русская грамматика. В 2-х т. – М., 1980. – Т. 1. – 783 с.
6. Шрам, А.Н. Структурные типы лексических значений слова на материале качественных прилагательных / А.Н.Шрам. // Филологические науки. 1981. – №2. – С. 58-64.
7. <https://ruscorpora.ru/new/>

Макарова Е.А.

ОТНОШЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ “МОУ БОЛЬШЕЕЛХОВСКАЯ СОШ” К ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ

Кафедра диетологии, эндокринологии, гигиены с курсом неонатологии

Актуальность. Здоровье человека складывается из самых разнообразных компонентов. Одним из них является питание. Оно играет большую роль в нашем организме, потому что способствует его росту и развитию, нормальному функционированию физиологических процессов, протеканию биохимических явлений. Однако не каждое питание может приносить пользу человеку. Оно должно быть обязательно здоровым и только в этом случае окажет положительное действие на существование организма.

Термин «здоровое питание» впервые начали использовать в Японии в 90-х годах. Он означает, что питание должно не только удовлетворять потребность организма в пищевых веществах и энергии, но и оказывать профилактику в возникновении различных мультифакторных заболеваний алиментарного неинфекционного характера, обеспечивая тем самым сохранение здоровья. В основе современных представлений о здоровом питании лежит концепция оптимального питания, предусматривающая необходимость полного обеспечения организма не только энергией, эссенциальными макро- и микронутриентами, но и целым рядом жизненно важных минорных компонентов пищи [1].

Здоровое питание – главные составляющие детского организма. Такой вывод мы сделали неспроста. Организм ребенка очень уязвим. Это связано с тем, что у него начинают закладываться и постепенно закрепляться правильно протекающие процессы жизнедеятельности, позволяющие перестроиться в взрослый организм. Именно поэтому необходимо следить за питанием детей. Причем данное суждение будет касаться не только родителей, но и многие организации, работающие с ребенком. Например, школа. Учебные организации вносят большой вклад не только в умственный план, но и с позиции здоровья. Детям в данных заведениях должно предоставляться полноценное и сбалансированное питание, чтобы восполнить энергозатраты, повысить свою работоспособность и успеваемость, оказать влияние на физическое развитие ребенка, а также на его иммунную систему, профилируя таким образом многие заболевания.

Цель исследования. Статья раскрывает отношение детей к соблюдению здорового питания. Основное внимание автор работы уделяет здоровому питанию, которое является важным составляющим в росте и развитии детского организма. Статья строится на анализе анкет учащихся 5-8 классов МОУ “Большеелховская СОШ”. Цель статьи – выяснить отношение школьников к здоровому питанию. Методы, используемые в работе: анализ научной литературы по теме исследования, анкетирование, анализ данных. Результат исследования: понимание роли и значимости здорового питания в жизни школьников.

Материалы и методы исследования. Мы провели анкетирование среди учеников 5-8 классов “МОУ Большеелховская СОШ”. В исследованиях с нами работало 30 учеников.

В ходе данного опроса были получены ответы, касающиеся питания школьников как дома, так и в учебном учреждении. Рассмотрим их подробнее.

Первое, что мы узнали у школьников – какое количество приемов пищи для них оптимально. В ходе опроса учащихся было выявлено, что большинство школьников предпочитают 2-3 разовое питание (57,1%), 3-4 разовое питание (14,3%), однако есть дети, которым достаточно 1-2 приемов пищи (19%). 9,5% учеников отметило, что может питаться столько раз, сколько считает нужным.

Следующий наш вопрос заключался в продолжительности интервалов между приемами пищи. Большая часть учеников “МОУ Большеелховская СОШ” (38,1%) старается сохранять интервалы между приемами пищи в 3 часа. Совсем немного они опережают по процентным данным обучающихся, которые делают интервалы в 4-5 часа (28,5%). Интервалы 1-2 часа между приемами пищи наблюдаются у 19%, а более 5 часов у 14,3%.

На вопрос, принимают ли дети пищу в специально организованном месте (столовая, кухня), ребята ответили следующим образом:

Вы принимаете пищу в специально организованном месте (столовая, кухня)?

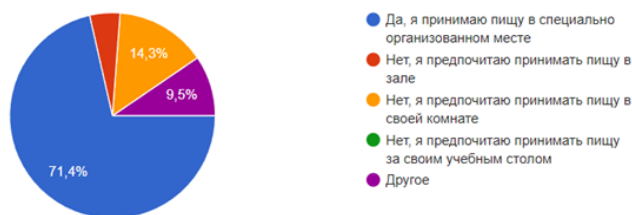


Рис. 1

У детей “МОУ Большеелховская СОШ” присутствует культура питания.

Нас заинтересовало, совмещают ли дети прием пищи с дополнительными занятиями. Поэтому следующий вопрос мы сформулировали так: “Просматриваете ли Вы YouTube, телевизор, соц.сети, читаете книгу и др. во время приема пищи?”. Ответы представлены перед вами:

Просматриваете ли Вы YouTube, телевизор, соц.сети, читаете книгу и др. во время приема пищи?

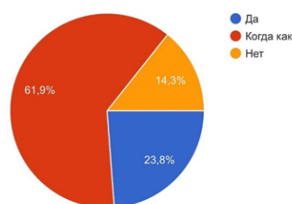


Рис. 2

Следующий вопрос для школьников “МОУ Большеелховская СОШ” звучал так: “Завтракаете ли Вы перед школой?”. Большая часть учеников Лямбирского района ответила, что завтракает утром перед школой (60%). К сожалению, 35% обучающихся иногда может пренебречь завтраком. Процент школьников, которые не питаются утром, равен 5. Можно сделать вывод, что присутствуют дети, которые не знают о роли завтрака как о самом главном приеме пищи. Им необходима беседа с родителями и учителями, чтение соответствующей литературы.

Довольно интересный вопрос мы решили задать учащимся. Просим обратить на него внимание и проанализировать ответы ребят:

Чем Вы обычно завтракаете?

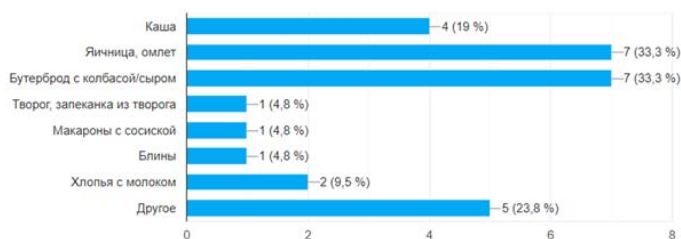


Рис. 3

На вопрос, обедают ли ученики в школе, большая часть респондентов ответила “да” 66,7%. 19% опрошенных не предпочитает обедать в данном заведении, а 14,3% детей выбрали ответ “когда как”. Мы считаем, что нужно более подробно узнать причину, по которой дети не едят в школьной столовой. У нас есть некоторые предположения. Возможно, у ребенка присутствует любовь к одним продуктам, и отсутствует к другим, поэтому он питается избирательно

и выбирает ответ “когда как”. Детям, которые не питаются в столовой, может не нравится пища, предоставляемая не обед.

Мы заинтересовались тем, какие группы продуктов предпочитают дети Лямбирского района, поэтому решили узнать, как они относятся к молоку и молочнокислым продуктам, мясу и мясным продуктам, рыбе и рыбным продуктам, овощам и фруктам. Ответы детей представлены на следующих фото:

Как часто Вы употребляете молоко и молочнокислые продукты?

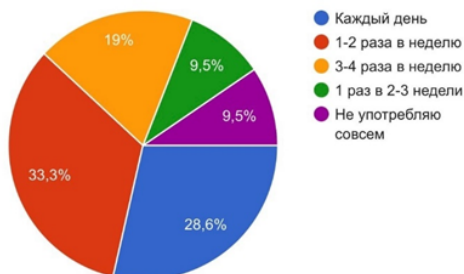


Рис. 4

Как часто Вы употребляете мясо и мясные продукты?

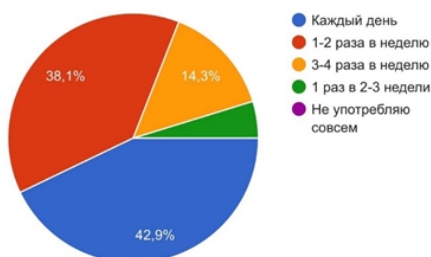


Рис. 5

Как часто Вы употребляете рыбу и рыбные продукты?

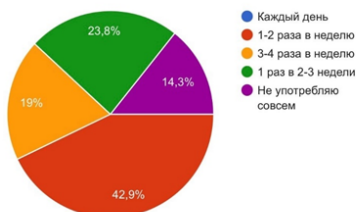


Рис. 6

Как часто Вы употребляете овощи и фрукты?

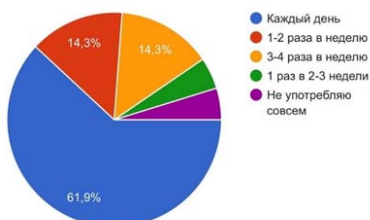


Рис. 7

Затем мы решили узнать у школьников про перекусы между приемами пищи, которые они выбирают. Большинство ответило на данный вопрос “да, предпочитаю кондитерские изделия (конфеты, шоколад) 38,1%. Второе место по процентному соотношению занимает ответ “да, предпочитаю хлебобулочные изделия” (28,6%). Очень радует, что 19% среди всех опрошенных детей Лямбирского района выбирает в качестве перекуса фрукты, ведь они намного полезнее для нашего организма. 9,5% детей не перекусывают вообще. Стоит сказать, что среди возможных ответов был такой: “да, предпочитаю чипсы и сухарики”, но на него никто не ответил. Это довольно хороший показатель, ведь фаст-фуд оказывает негативное влияние на организмы. Его нельзя использовать не только в качестве перекуса, но и

самостоятельного приема пищи.

Следующий вопрос был очень интересным, поскольку мы решили узнать отношение учащихся к фаст-фуду. Вопрос звучал так: “Как часто Вы употребляете продукты из разряда фаст-фуд (бургеры, картошка фри, пицца, шаурма и т.д.)?”. 61,9% ответили, что потребляют фаст-фуд, но стараются делать это редко, например, 1-2 раза в неделю. 19% не употребляют его вообще. Это является хорошим показателем. Небольшая доля детей питается фаст-фудом каждый день. Это не является нормой, необходимо данным детям внести коррективы в культуру питания.

Предпоследний вопрос был направлен то, чтобы ученики оценили питание в школе по пятибалльной шкале. Большая часть среди учащихся Лямбирского района оценила еду в столовой на 5 баллов (42,95%), на 4 балла – 38,1%, на 3 балла – 9,5%. Есть дети, которые оценили еду, приготовленную в столовой на самый низкий балл.

Последний вопрос звучал так: “Известны ли Вам принципы рационального питания? Если да, то с каких преимущественно источников была получена информация?”. Ответы представлены ниже в процентах:

**Известны ли Вам принципы рационального
питания? Если да, то с каких преимущественно
источников была получена информация?**

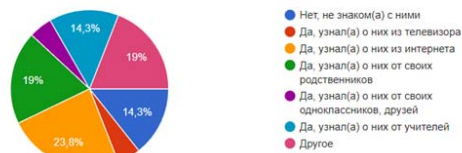


Рис. 8

Большая часть опрошенных знает основные правила рационального питания благодаря самым разнообразным источникам. Но мы можем заметить, что есть дети, которые не знают данные правила. На них приходится 14,3%. Это довольно большой процент, который говорит о том, что с данными детьми должна проработать основы питания школа, либо донести информацию о ней должны родители.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализируя полученные результаты проведенного нами исследования, мы сделали следующие выводы:

1. Кратность приёмов пищи.

При анализе режима питания школьников было выявлено, что ученики МОУ “Большеелховская СОШ” преимущественно 2-3 раза в день. Это не является нормой, поскольку для детей приветствуется частое питание, например, 3-4 раза в день. Детский организм затрачивает довольно много энергии. Она тратится на процессы жизнедеятельности, физическую и умственную активность, ускоренный рост и развитие. Частое питание способствует восстановлению энергетических затрат, а также является источником необходимых для пластических процессов соединений.

2. Интервал между приёмами пищи.

Школьники МОУ “Большеелховская СОШ” чаще придерживаются 3-часового интервала между приемами пищи. Таким образом, преимущественное количество школьников знает о регламентированной продолжительности интервалов между приемами пищи, которая составляет 3 часа.

3. Присутствие в рационе основных групп продуктов.

Школьники МОУ “Большеелховская СОШ” отдают предпочтение в своем рационе мясу, фруктам и овощам. Рыбу, молоко и молочные продукты дети потребляют 1-2 раза в неделю. Мясо богато макро- и микроэлементами, которые необходимы для протекания биохимических и физиологических процессов организма. Кроме этого не стоит забывать, что именно мясные продукты являются источником витамина B_{12} , который выполняет кроветворную функцию. При его гиповитаминозе возникает анемия. Ежедневное потребление мяса является профилактическим средством данного заболевания. Очень радует, что ученики Лямбирского района употребляют в своем рационе данный продукт. Овощи и фрукты – кладёз многих витаминов и минералов, которые не выполняют энергетической и пластической функции, но при этом являются необходимыми компонентами питания, поскольку позволяют протекать процессам жизнедеятельности правильно. Частое потребление данных продуктов также положительно сказывается на здоровье детей. А вот потребление рыбы, к сожалению, не частое. Это очень плохо, поскольку в рыбных продуктах много белка, эссенциальных жирных кислот, микроэлементов, например, фосфора и йода. Потребление рыбы желательно увеличить для того, чтобы принести пользу организму. Молоко и молочные продукты также необходимы для нормального роста и развития. Поэтому их потребление в рационе детей Лямбирского района необходимо увеличить.

4. Структура приёмов пищи.

Ученики МОУ “Большеелховская СОШ” завтракают каждый день перед школой и отдают предпочтение питанию в столовой.

5. Перекусы между основными приёмами пищи.

Школьники “МОУ Большеелховская СОШ” предпочитают перекусывать кондитерскими и хлебобулочными изделиями. Рекомендуем детям немного пересмотреть свои взгляды в выборе перекуса. Например, им стоит обратить внимание на фрукты. Данный перекус принесет намного больше пользы, чем кондитерские и хлебобулочные изделия.

6. Употребление «фаст-фуда».

Большая часть опрошенных проголосовало за то, что не употребляет фаст-фуд на постоянной основе. Школьники могут его потребить 1-2 раза в неделю. Это хороший результат, поскольку фаст-фуд вреден любому организму, несмотря на возраст.

7. Культура питания.

Школьники МОУ “Большеелховская СОШ” принимают пищу в специализированном месте, однако, они не против совмещать прием с просмотром видео или другими видами развлечений.

8. Знание принципов рационального питания.

Большинство детей ознакомлено с принципами рационального питания. Основным источником информации стал интернет, родственники. Некоторая часть учащихся узнала ее от своих учителей. Некоторые дети отметили, что ознакомление с культурой питания произошло благодаря другим источникам. К сожалению, среди детей 14,8% ответило, что про правила питания не знает вообще.

Выводы. У учеников “МОУ Большеелховская СОШ” имеются отклонения в пищевом поведении. Это проявляется в кратности питания, его качестве, интервалах между приемами пищи, присутствии неправильных пищевых привычек. Чтобы помочь школьникам разобраться более подробно в данном вопросе, мы рекомендуем вести с ними беседу родителям, школе, сверстникам. Довольно много полезной информации на тему здорового питания можно найти в интернете, например, в некоторых социальных сетях или видеоканалах. Кроме этого мы рекомендуем чтение соответствующей литературы, которая позволит пополнить свои знания о пищевом поведении.

Список литературы.

1. Герасименко Н.Ф., Позняковский В.М., Челнакова Н.Г. Здоровое питание и его роль в обеспечении качества жизни // Технологии пищевой и перерабатывающей промышленности АПК – продукты здорового питания. – 2016. – № 4. – С. 52-56.

Макарцева К.П., Симонян Р.З.

ПРОБЛЕМА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения Института непрерывного образования ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск.

Актуальность.

Актуальность исследования обоснована тем, что заболеваемость онкологическими новообразованиями считается одной из самых серьезных проблем нашего здравоохранения. Показатель смертности от онкологии занимает второе место после заболеваний кровообращения. По этой причине немаловажно знать о факторах риска развития онкозаболеваний. Количество больных со злокачественными новообразованиями увеличивается в городах и регионах, где есть большое количество заводов и фабрик. Прогрессирующий рост заболеваемости, а также смертности от онкологии доказывает отсутствие эффективных путей первичной профилактики, говорит о проблеме поздней диагностики и недостаточной осведомленности населения о факторах развития данного заболевания[2].

Факторы, оказывающие большое воздействие на развитие онкологической заболеваемости можно разделить на три группы:

- 1) Осуществление генетической программы роста и развития организма;
- 2) Осуществление программы гормональной половозрастной регуляции жизнедеятельности организма;
- 3) Осуществление действий факторов внешней среды [1]

Цель исследования.

Изучить факторы, влияющие на развитие онкологических заболеваний и проанализировать степень осведомленности людей о том, какие факторы увеличивают риск развития онкологии. На основе полученных данных сделать вывод об уровне знаний обучающихся, о причинах заболевания онкологией, а также разработать рекомендации о мерах профилактики онкологических новообразований и изучить важность коммуникации с пациентами, которые больны онкологией.

Материал и методы исследования.

В ходе исследования был применён метод анонимного анкетирования с использованием авторской анкеты, которое позволило изучить знания студентов о факторах развития онкологии и проанализировать каким рискам и факторам развития онкопатологии они могут быть подвержены. Тестирование участников данного социологического исследования и подсчёт результатов производились с помощью программы YandexForms.

Результаты исследования и их обсуждения.

В опросе приняло участие 282 человека, из них 74,5% (210 человек) женского пола и 25,5% (72 человека) мужского пола. Возраст респондентов составлял: меньше 18 4,3% (12 человек), 18-25 лет 92,9% (262 человека), старше 25 2,8% (8 человек).

Данное исследование проводилось среди студентов Курского государственного медицинского университета с 1 по 6 курс.

По результатам исследования, подавляющее число респондентов, проживает в городе (91,1% - 257 человек) и лишь малая часть в сельской местности (8,9% - 25 человек).

Студентам был задан вопрос: «Были ли у Ваших родственников злокачественные новообразования?», 54,5% (152 человека) ответили «да» и 45,5% (127 человек) ответили «нет». Далее был задан вопрос: «Какие факторы способствуют развитию онкозаболеваний?», подавляющее число считает, что больше всего появлению онкопатологии способствует излучение (83% - 232 человека), курение (81% - 225 человек), алкоголь (68,6% - 190 человек), инфекции (47,7% - 132 человека), и лишь небольшое количество опрошиваемых считает, что развитию онкопатологии способствует питание (46,9% - 130 человек), лишний вес (35,4% - 98 человек), отсутствие физической активности (24,2% - 67 человек). По мнению опрошиваемых, экология, генетика, стрессы, Covid-19, частые нервные расстройства, так же негативно влияют на организм человека, вызывая развитие злокачественных новообразований.

Один из вопросов анкеты звучал следующим образом: «Как Вы считаете, канцерогенные факторы могут способствовать развитию онкологии?». Почти все респонденты согласились (275 человек) и только 6 человек дали отрицательный ответ. Далее предлагался вопрос: «Контактировали ли Вы когда-либо с канцерогенными факторами?», ответы разделились почти поровну, 52,1 % участников опроса имели контакт с канцерогенными факторами и 47,9% контакта не имели.

Респондентам был задан вопрос: «Курите ли Вы?», по результатам оказалось, что большая часть не имеет данной вредной привычки (66% -186), иногда курят 16,3% (46 человек) и курят 17,7% (50 человек).

Так как алкоголь относится к факторам риска развития рака, был предложен вопрос: «Как часто Вы употребляете алкоголь (в том числе пиво и иные слабоалкогольные напитки)?» и получили следующие ответы: 1-2 раза в неделю 6%, 1-2 раза в месяц 26,2%, изредка 42,9% и не употребляют 24,8%.

Спровоцировать появление злокачественной опухоли могут: радиация, рентгеновские лучи и ультрафиолетовое излучение. Такие виды излучений повреждают ДНК клеток, вследствие чего, это приводит к их гибели, но также может вызывать злокачественное перерождение. У радиоволн, которые используются в мобильной связи и Wi-Fi, количество энергии меньше, тем самым ее недостаточно для повреждения ДНК клеток. В ходе исследования было отмечено, что 63,8% участников считают, что гаджеты (смартфоны, планшеты и т.д.) не влияют на развитие онкологии и 36,2% считают, что риск развития злокачественных новообразований есть. Стоит отметить, что 70,2% опрошиваемых, не имели когда-либо контакт с радиационным ионизирующим облучением и 29,8% подвергались когда-либо. 74,5% (210 человек) считают, что солярий влияет на развитие онкологии, а 25,5% (72 человека) придерживаются противоположного мнения. Тем не менее, 95% (267 человек) солярий не посещают и лишь 5% (14 человек) посещают данную процедуру.

Выводы.

На основании проведенного анонимного анкетирования, следует отметить, что проведенный анализ помог оценить знания респондентов о факторах риска развития онкологии, что является очень важным в настоящее время, так как с каждым годом заболевание онкологией, к сожалению, растет.

Исходя из этого, важно понимать, что предупреждение формирования злокачественных новообразований крайне необходимо. С целью поддержания здоровья и устранения факторов, способствующих появлению онкологических заболеваний, существует несколько рекомендаций: устранить табакокурение, употреблять здоровую пищу на основе продуктов растительного происхождения и с низким содержанием жиров, систематически заниматься спортом и поддерживать оптимальный вес, придерживаться правильного распорядка дня, уменьшить влияние солнечных лучей на организм.

Важно осуществлять коммуникацию во время оказания помощи онкобольным, так как это способствует психосоциальной реабилитации пациента. Однозначно, хорошая коммуникация влияет на повышение приверженности лечению, тем самым облегчает психоэмоциональное состояние больного и его родственников, что снижает необходимость искать дополнительную информацию в непроверенных источниках и делать поспешные выводы. Так же коммуникация имеет большое значение в принятии решений в ходе лечения совместно с пациентом, что играет большую роль, так как это позволяет вовлечь больного в процесс принятия решений, тем самым снижая груз ответственности врача.

Во время информирования пациента, важно не нагружать его слишком большим объемом негативной информации, так как это может повлечь за собой ухудшение состояния больного. Предоставлять информации надо объективно, что касается и негативных сторон, это обусловлено тем, что чрезмерное количество положительной информации может привести к отвержению рака и не принятия целостной картины за истинность. Пациент может отрицать свою болезнь, избегать негативные эмоции, что может привести к недоверию врачам и отказу от лечения.

Список литературы.

1. Сиразеева, А.А. Динамика онкологической заболеваемости в регионах Российской Федерации/ А.А.Сиразеева//научной статьи по специальности «Наука и здоровье». -2012. -№4. -с.156-162.
2. Состояние онкологической помощи населению в 2021 году/ Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В. -М.: МНИОИ им. П.А.Герцена, 2022. -239 с.

Мананова П. И.

НАИМЕНОВАНИЯ ЛИЦ ПО ПРОФЕССИИ В МЕДИЦИНЕ
Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В последние годы в лингвистической литературе все больше внимания уделяется проблеме изучения научных языков как категории особых функциональных режимов и особых языковых средств. Это связано, прежде всего, с прогрессом научного знания, усложнением научных исследований и развитием новых самостоятельных научных направлений, что было бы невозможно без обмена информацией внутри отдельных языковых групп и на уровне международных контактов. Словарный состав научных языков, как и всех других общих языков, не является однородным. В его составе можно выделить три относительно самостоятельных пласта, в большей или меньшей степени:

- 1) Неязыковая лексика (общелитературные обозначения и служебные слова;
- 2) общенаучная лексика (специальная лексика общенаучного общения);
- 3) терминологическая лексика (специальные слова определенной терминологической системы). Эти слои характеризуются рядом особенностей, каждое слово имеет свою роль в научном языке. Терминологическая лексика - это совокупность специальных наименований, объединенных в терминологические системы. Каждая терминологическая система отражает понятийный аппарат конкретной науки или научного направления. Терминология является ключевой особенностью лексики научных языков. Они являются наиболее информативной

частью словарного состава научного языка.

Терминология может определяться семантически (термины называются только для специальных понятий, каждое из которых уникально по своему содержанию), функционально (термины выполняют в науке как номинативную, так и дефиниционную функцию), по объему (некоторые термины обладают определенной "доступностью" для широкого круга носителей литературного языка, а многие термины происходят изнутри литературного языка только при условии, что они из этого языка) и принципиально отличается от лексики письменных языков в целом. Как известно, категории и понятия любой области знания, выступающие как результат обобщения реальных фактов языка и речи, фиксируются в соответствующем метаязыке.

Цель исследования. Терминология отражает стремление человека к максимальной рационализации коммуникации, будь то письменная или устная речь. Проблема роста терминологии и ее интернационализации является весьма актуальной. Это связано с ускоряющейся научно-технической революцией, которая привела к лавинообразному росту информации во всех областях знаний, промышленности и научной деятельности, сопровождающемуся появлением огромного количества новых понятий и связанных с ними названий.

Термины и терминологические системы призваны выполнять те же функции, что и другие лексические единицы языка, однако сфера их использования ограничена рамками науки, в которой они служат. Именно эта особенность придает терминологии специфические характеристики, которые отражаются в терминологии. Терминология должна функционировать в рамках узкоспециализированной терминологической системы, раскрывая при этом все свои структурные, семантические и функциональные особенности. Однако узкоспециализированная область, в которой функционирует термин, не является раз и навсегда определенной.

Материал и методы исследования. Формирование современной медицинской терминологии связано не только с исходной лексической базой и содержанием соответствующих понятий, но и с социальными изменениями, происходящими в мире в целом и в отдельных странах, имеющих медицинские школы. Являясь важной частью медицинского метаязыка, медицинская терминология имеет много общего с терминологией других естественных наук. Однако, несмотря на большое количество сходств, с терминами из естественных наук, медицинская терминология имеет свои уникальные особенности.

Результаты исследования и их обсуждения. Перевод английской медицинской терминологии на русский язык и составление англо-русских англо-таджикских и русско-английских медицинских словарей являются одними из основных задач терминологических исследований. Перевод английский и таджикский языки представлен специализированным, полуспециализированным и элементарным языком общения, где важны характер ситуации, специальное образование участников общения и знание ими технических терминов.

Профессиональный уровень характеризуется использованием специфических лексических единиц и синтаксических конструкций, что также характерно для медицинского перевода. Это язык совещаний, советов, презентаций, отчетов и т.д. На полупрофессиональном уровне (общение врача с пациентом) эффективность общения снижается, поскольку один из участников не обращается к медицине, в результате чего возникают такие барьеры, как семантическая коммуникация, психологическая коммуникация, культурная коммуникация, стилистическая коммуникация [Васина 2006: 6].

Перевод можно разделить на перевод медицинских документов, таких как истории болезни, диагностические формы, рецепты, амбулаторные карты, операционные дневники, процедурные карты и письма-направления, и перевод научных исследований, таких как статьи, обзоры, описания исследований, тематические исследования в специальной литературе, отчеты и учебники. Для него характерны деперсонализация, косвенные особенности вербального выражения, отсутствие эмоциональной личностной оценки и оценочных суждений. Она основана именно на материале клинических исследований, то есть исследований, проводимых с участием людей.

Выводы. Подводя итог обзору материала о трудностях медицинского перевода, следует отметить, что современные исследователи проявляют большой интерес к данной проблеме.

Список литературы:

1. Авербух К.А. Терминологическая вариантность: терминологический и прикладной аспекты // Вопросы языкознания. -1986. № 6. - С.38-49.
2. Адамский В.И. Лингвистическая и экстралингвистическая обусловленность дивергентного развития военной лексики современного немецкого языка: Автореф. дис. канд. филол. наук. Киев, 1988. - 21с.
3. Будагов Р.А. История слов в истории общества. М.: Просвещение, 1971. - 270 с.
4. Виноградов В.В. Словообразование в его отношении к грамматике и лексикологии. -М.,1952.-450с.
5. Гвишиани Н.Б. Семантика термина в свете когнитивной теории // Проблемы функциональной семантики: Межвуз. сборник научных трудов. / отв. ред. В.И. Заботкина. — Калининград: Изд-во Калининградского унта, 1993. с. 41-50.

Мананова П.И.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНЫХ ИМЕН В ЯЗЫКЕ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Вопрос терминологического описания как системы общелитературных терминов в контексте лексико-семантических и грамматических категорий и процессов остается нерешенным в научной литературе. Исследования в этой области позволили выявить общие черты терминологии и общеупотребительного языка предложения и выделить то, что характерно для терминологии и отличает ее как подсистему.

Термин - это слово (или словосочетание), обозначающее строго определенное философское, научное, медицинское или иное понятие. Латинское terminus - предел, граница;

1. в формальной логике понятие, выражаемое словом;
2. слово, являющееся именем строго определенного понятия.

Терминология - слово или сочетание слов на специальном (научном, медицинском и т.п.) языке, созданное (принятое, заимствованное и т.п.) для точного выражения специального понятия или обозначения специального предмета [4.с.474].

Цель исследования. Термин - это особое слово, ограниченное конкретным значением, слово, которое стремится быть однозначным как точное выражение названия понятия или вещи.

Термин - слово или выражение с конкретным значением, особенно используемое для обозначения определенного предмета или типа языка.

Термин - слово или выражение, используемое по отношению к определенному предмету, например, официальная или медицинская терминология.

Термин - это слово или сочетание слов (образованное на основе подчинительных отношений), которое имеет специализированное значение, выражает и формирует специализированное понятие и используется в процессе распознавания и усвоения определенных объектов и отношений между ними, применительно к определенной профессии.

Материал и методы исследования. Все приведенные выше определения терминов - лишь малая часть от общего количества определений, присутствующих практически во всех исследованиях по специальной лексике.

Терминология конкретной области знания определяется, как терминологическая система определенной научной или производственной области и связана с понятийной системой соответствующей области знания.

Результаты исследования и их обсуждения. Номинация - это сложное явление речи, в котором происходит вербализация мыслительных процессов, направленных на отображение окружающей действительности путем выявления ее характерных признаков. Вопрос в том, всегда ли можно достаточно точно и научно обоснованно установить характер того или иного вида номинации - первичной, вторичной или повторяющейся. Эти явления можно четко разграничить только в том случае, если все они происходят в одном и том же пространстве (например, в сознании одного языкового индивида) и при одном и том же способе коммуникативной деятельности. В номинации лишь вторично то, что происходит в системах опыта разных говорящих и их результаты объединяются в единую лексическую систему.

Выводы.

Таким образом, язык является средством концептуализации этой реальности и создания языкового образа мира. Языковой образ мира специфичен для членов данного культурно-исторического сообщества и понимается как образ мира и человека, отраженный в языковых единицах.

Список литературы:

1. Авербух К.Я. Общая теория термина. / К.А. Авербух // - Иваново: Изд-во Ивановского гос. ун-та, 2004.- 252 с.
2. Алексеева Л.М. Проблемы термина и терминообразования. / Л.М. Алексеева // Пермь: Изд-во Пермского ун-та, 1998. - 120 с.
3. Англо-русский и русско-английский медицинский словарь. [Текст] Болотина А.Ю. 1999 – 544 с.
4. Ахманова О.С. Словарь лингвистических терминов, -изд. 2-е - М.: Сов. энциклопедия, 1969. - 608 с.
5. Беженарь Г.И., Кучук Н.Г. Структурно-семантическая характеристика медицинских терминов и их роль в обогащении общенародного французского языка. / Г.И. Беженарь, Н.Г. Кучук // Кишинев: Штиинца, 1990. - 46 с.

Мананова П.И.

ЛИНГВОСТРАНОВЕДЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Главными принципами обучения иностранным языкам являются знание специфики страны изучаемого языка и страноведческий подход.

Процесс усвоения лингвострановедческого материала имеет огромное значение для методической базы учебных заведений. В наше время необходимо и престижно знание одного или нескольких иностранных языков. Появилось множество методик ускоренного, но не всегда эффективного изучения иностранных языков. Поэтому необходимо, чтобы уровень преподавания иностранных языков повысился, а для этого следует искать новые методы преподавания. Лингвострановедческий материал является сильным рычагом для создания и поддержания интереса к изучению иностранных языков. Отсюда следует, что мотивация увеличится и станет прочнее, если мы будем вводить элементы лингвострановедческого характера. «Лингвострановедение (от лат. lingua + страноведение) – аспект в практическом курсе иностранного языка и теоретическом курсе методики его преподавания.

При включении национально-культурного компонента в содержание обучения иностранному языку нужны адекватные средства для его усвоения. Такими средствами могут быть прежде всего аутентичные материалы: литературные и музыкальные произведения, предметы реальной действительности и их иллюстративные изображения, которые больше всего могут приблизить учащегося к естественной культурологической среде. Сообщение знаний о культуре, истории, реалиях и традициях способствует воспитанию положительного отношения к иностранному языку, культуре народа носителя данного языка.

Цель исследования. Иноязычная культура как цель обучения имеет наряду с социальным, педагогическим и психологическим содержанием - лингвострановедческое. Сложность и многогранность проблемы повышения мотивации обучающихся подчеркивают многие методисты и в соответствии с этим предлагают различные подходы к решению этой проблемы. Пути и их решения:

1) созданием специально разработанной системы упражнений, выполняя которые учащиеся ощущали бы результат своей деятельности;

2) вовлечение эмоциональной сферы в процесс обучения;

3) характером педагогических воздействий учителя, в частности наличием стимулов и подкреплений;

4) использованием на уроках аудиовизуальных средств;

5) использованием личностной индивидуализации;

6) разработкой системы внеклассных занятий, усиливающих мотивационную сторону изучения языка.

Так же благодаря наблюдениям можно сказать, что повышение мотивации идет через:

1) вовлечение учащихся в самостоятельную работу на уроке;

2) проблемность заданий и ситуаций;

3) контроль знаний умений и навыков;

4) использование познавательных игр;

5) страноведческий материал и, конечно, доброжелательное отношение к учащимся.

Материал и методы исследования. Согласно психологическим исследованиям мотивации и интереса при обучении иностранному языку усилия учителя должны быть направлены на развитие внутренней мотивации учения школьников, которая исходит из самой деятельности и обладает наибольшей побудительной силой. Внутренняя мотивация определяет отношение обучающихся к предмету и обеспечивает продвижение в овладении иностранным языком. Из вышесказанного мы видим, что в настоящее время имеется достаточное количество исследований в психологии и методике преподавания иностранных языков, позволяющих использовать их в дальнейших поисках решения проблемы и осуществить ценностный подход в ее рассмотрении.

Результаты исследования и их обсуждения. Реалиями следует считать слова, не имеющие понятийных соответствий в сопоставляемых языках (из-за отсутствия самих обозначенных предметов), а фоновой лексикой - слова, различающиеся своими фонами из-за несовпадения отдельных семантических долей (их иногда еще называют второстепенными признаками). Эти отдельные семантические доли часто играют решающую роль в отнесении слова к данной культуре, т.к. именно в этой частности заложена национальная самобытность обозначаемого тем или иным словом явления.

Выводы. Благодаря приобщению обучающихся к национальной культуре немецкого народа, популяризации иностранного языка путем знакомства с текстами музыкальных композиций, с лингвострановедческими понятиями повышается мотивация обучения иностранному языку, т.к. с психологической точки зрения мы любим то, что нам близко и понятно. Но лингвострановедение - это всего лишь часть процесса обучения, который не стоит на месте и ищет новые пути эффективного познания. И лингво-страноведение в совокупности с новыми, прогрессивными методиками сможет дать и достичь того результата, которого требует наше общество на данной ступени развития, т.е. личности способной и желающей участвовать в межкультурной коммуникации и готовой самостоятельно совершенствовать свою иноязычную речевую деятельность.

Список литературы

1. Азимов, Э.Г. Словарь методических терминов (теория и практика преподавания языков). / Э.Г. Азимов, А.Н. Щукин – СПб., 2004, с. 139.
2. Верещагин, Е. Язык и культура. / Е. Верещагин, В. Костомаров. Три лингвострановедческие концепции: лексического фона, рече-поведенческих тактик и сапиентимы. Москва 2005.
3. Нефедова, М.А. Страноведческий материал и познавательная активность учащихся. / М.А. Нефедова, Т.В. Лотарева // Иностранные языки в школе. № 6, 2007.
4. Чеканова А.Э. Коммуникативный подход в методике развития сорвесо-логического мышления студентов при обучении английскому языку / А.Э. Чеканов // Педагогическое образование в России. – 2012. - №1. Стр. 23-36.

Махмадалиев М.М., Сафаров Б.Б., Мавлонова Х.С.

МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТОЧНЫХ НАУК

Кафедра медицинской и биологической физики с основами информационных технологий
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность исследования. Информатизация общества, внедрение и развитие новейших информационных и телекоммуникационных технологий, подготовка кадров по новым специальностям привели к существенным изменениям в сфере образования.

Моделирование как метод исследования сегодня широко распространено в различных научных отраслях и направлениях. Педагогика позаимствовала его из области технического знания, благодаря чему педагогический процесс стал технологичным. Педагогическое моделирование является также связующим звеном педагогической теории и практики.

Однако необходимо учитывать, что моделирование специалиста как элемент выработки стратегических целей профессиональной подготовки не всегда дает ожидаемый результат на уровне тактических решений. Систему проектируемых компетенций, какой бы полной она ни была, невозможно абсолютно точно сформировать в каждом выпускнике. Противоречие между стандартами подготовки и индивидуальным развитием личности может быть разрешено путем гуманизации образования и воспитания - сложного, открытого и динамичного процесса, позволяющего каждому студенту развиваться как индивидуальности на основе выбора своих личностно значимых целей и задач самовоспитания из совокупности заданных обществом образцов [1].

Разработка любой модели специалиста базируется на определении общекультурных и профессиональных компетенций, которые необходимо сформировать в процессе обучения. Но их состав постоянно изменяется, поэтому, учитывая сегодняшние тенденции развития высшего образования и влияние процессов информатизации общества на профессиональную подготовку, считаем целесообразным уточнить структуру общекультурных и профессиональных компетенций специалиста (в частности, медицинского профиля).

Цель исследования. Разработка и экспериментальная проверка модели и дидактические основы формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук.

Материал и методы исследования. Как метод научного познания моделирование в настоящее время имеет широкую сферу применения.

Во-первых, оно используется для построения новой или развития уже существующей, но неполной теории, когда:

1. нет достаточных знаний об объекте исследования;
2. необходимо предсказать поведение объекта в будущем;
3. существующие средства теории оказываются непригодными для изучения того или иного аспекта действительности;
4. необходимо интерпретировать результаты теории в действительности, которую она описывает;
5. необходимо установить связи между различными теориями для более полного их описания.

Во-вторых, моделирование привлекается для осуществления практической деятельности человека:

- при проверке некоторых положений, непосредственное подтверждение которых нельзя осуществить;
- при невозможности экспериментальной работы с очень большими или малыми объектами;
- при необходимости снизить затраты на ту или иную деятельность.

Результаты исследования и их обсуждение. В философском словаре моделирование трактуется как воспроизведение характеристик некоторого объекта на другом объекте, специально созданном для его изучения, который называется при этом моделью.

Существует множество трактовок понятия модели и моделирования, вот некоторые из них:

«Модель - в логике и методологии науки - аналог (схема, структура, знаковая система) определенного фрагмента природной и социальной реальности, продукта человеческой культуры, концептуально-теоретического образования и т. д. - оригинала модели. Этот аналог служит для хранения и расширения знания (информации) об оригинале, его свойствах и структуре, для преобразования и управления ими... Независимо от того, какой член отношения «объект - модель» рассматривается в качестве модели, последняя всегда выполняет познавательную роль, выступая средством объяснения, предсказания и эвристики» [2].

«Под моделью понимается такая мысленно представляемая или материально реализуемая система, которая, отображая или воспроизводя объект исследования, способна замещать его так, что ее изучение дает нам новую информацию об этом объекте» [3].

В понятие модели современная наука вкладывает гораздо более широкое и глубокое содержание, уделяя основное внимание моделированию скрытых внутренних свойств объекта.

Формы моделирования, применяемые в научном познании, разнообразны и зависят от сферы их применения. По характеру моделей различают предметное и знаковое моделирование; по способу применения – модели исследовательские и дидактические; по характеру отображаемой стороны структурные и функциональные модели.

В педагогическом моделировании чаще всего востребованы структурно-функциональные модели, при построении которых объект рассматривается как целостная система, включающая составные части, компоненты, элементы, подсистемы. Части системы связываются структурными отношениями, описывающими подчиненность, логическую и временную последовательность решения отдельных задач.

В научных исследованиях структуру категории «информационная компетентность» представляют как многокомпонентную.

Первое направление моделирования формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук - это описание основных подходов формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук. В нашем исследовании были определены общие подходы формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук. К первому направлению в процессе формирования информационной культуры у студентов медиков относятся: **культурологический подход, компетентностный подход, гуманистический подход и индивидуальный подход.**

2. Второе направление моделирования формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук - это описание основных принципов формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук.

Выводы. Модель формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук представляет собой описание подходов, принципов, педагогических условий, применяемых форм, методов и средств, компонентов формирования коммуникативной культуры студентов при изучении точных наук, показателей, этапов, уровней и результата сформированности информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук.

Литература

1. Крылова Н. Б. Формирование культуры будущего специалиста. М.: Высшая школа, 1990. 142 с., с. 42
2. Штоф В.А. Моделирование и философия. - М.: Наука, 1966.
3. Лебедев О.Е. Компетентностный подход в образовании /О.Е. Лебедев //Школьные технологии. – 2004. – №5. – с. 3–12.
4. Розенберг Н. М. Информационная культура в содержании общего образования/Н.М. Розенберг// Советская педагогика. 1991. № 3. С. 33–38.

Мухимият. Ба ҳамагон маълум аст, ки ҳолатҳои фавқулодда бе огоҳӣ яку-якбора ба амал омада оқибатҳои нохушро меоваранд. Дар натиҷаи риоя накардани қоидаҳои бехатарӣ ҳангоми ҳолатҳои фавқулодда, талафоти ҷонӣ ба қайд гирифта мешавад. Ҳамасола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳодисаҳои фавқулодда ба монанди заминҷунбӣ, боронҳои сел, шомолҳои сахт, ва сӯхтор ба мушоҳида мерасад. Ҳангоми риоя накардани қоидаҳои зиддисӯхторӣ дар биноҳои таълимӣ боиси сар задани сӯхтор ва зарарбинии ҳайати шахсӣ аз маҳсулоати нопуррасӯхта ва гази карбон мегардад ва лозим бармеояд, ки ҳайати шахсӣ ба минтақаи бехатар саривақт эвакуатсия карда шавад [1-5].

Мақсади таҳқиқот. Фаҳмидани аҳамияти зинапояхҳои дар шаклҳои гуногун сохташуда дар биноҳои таълимӣ, ҳангоми эвакуатсияи донишҷӯён ва кормандон дар ҳолатҳои фавқулодда ва офатҳои табиӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои таҳлилии манфиатнокии зинапояхҳои биноҳои таълимӣ шаш ошёна ва бинои асосии нӯх ошёнаи ДДТХ, ҳангоми рух додани ҳолатҳои фавқулодда ва офатҳои табиӣ, ҷиҳати эвакуатсияи донишҷӯён, гурӯҳи донишҷӯён ва кормандон аз ошёнаи сеюми бинои таълимӣ, барои ба минтақаи бехатар эвакуатсия намудани онҳо санҷиши амалӣ гузаронида шуд.

Дар бинои таълимӣ зинапояхҳо дар шакли “камоншакл” ва шумораи зинапояхҳо 55 адад бо паҳноии 1,30 см сохта шудаанд (барои санҷиш интиҳоб карда шуданд). Бо ишораи бонги ҳатар, ҳамаи донишҷӯён ба минтақаи бехатар, ки пешақӣ маълум шуда буд, интиқол дода шуданд. Дар натиҷа аз ошёнаи сеюм шумораи муайян намудаи донишҷӯён ба муддати 27 сония мавқеъро тарк намуданд (зинапояхҳо ҳолӣ буданд). Дар мавриди дигар, ки зинапояхҳо дар шакли “Л” дар бинои асосӣ сохта шудаанд, шумораи зинапояхҳо 55 ва паҳноии 1,30 см-ро қарор доштанд, интиқоли донишҷӯён ба ҳамин масофа ба роҳ монда шуд. Дар натиҷа донишҷӯён дар ҳолатҳои фавқулодда дар муддати 18 сония бинои таълимӣ ДДТХ-ро тарк карда тавонистанд (зинапояхҳо қисман ҳолӣ буданд).

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимви онҳо. Дар натиҷаи таҳқиқот маълум гардид, ки зинапояхҳои дар бинои таълимӣ, ки дар шакли «камоншакл» - сохта шудаанд, ҳангоми эвакуатсияи шумораи бештари донишҷӯён дар ҳолатҳои фавқулодда манфиати камтарро нишон доданд, тамбашавӣ ва суръати сусти эвакуатсия мушоҳида гардид. Ҳангоми санҷиш дар зинапояхҳои «Л»-шакл, ки масофаи яхселаро ташкил медоданд дар натиҷаи ишораи бонги ҳатар ҳамаи донишҷӯён, зудтар (бо қисман тамбашавӣ нигоҳ накарда) ба майдони бехатар ҳозир шуда тавонистанд.

Хулоса. Тадқиқот дар биноҳои таълимӣ ДДТХ, ки ба дараҷаи 9 балли шкалаи Рихтер баҳогузурӣ карда шудаанд, гузаронида шуданд. Дар натиҷаи гузаронидани тадқиқот, байни зинапояхҳои бинои таълимӣ ДДТХ, ки дар шакли «камоншакл» сохта шудаанд ва зинапояхҳои бинои асосии ДДТХ, ки дар шакли «Л» сохта шудаанд, чунин натиҷа дод. Ҳангоми бонги ҳатар, ба интиқоли ҳайати шахсӣ нақши муҳимро зинапояхҳои «Л»-шакл нисбат ба зинапояхҳои сохташудаи бинои нав ба шакли «камоншакл» бештар манфиатнок будани худро нишон доданд. Ҳайати шахсӣ зудтар дар ҳолатҳои фавқулодда аз ошёнаҳои то сеюм ба мавзеи бехатар интиқол дода шуданд. Хулосагuzурӣ менамоям, ки сохтани поймонакҳои «камоншакл» дар биноҳои таълимӣ кам манфиатар будаанд ва ҳангоми интиқол тамбашавии ҳайати шахсӣ мушоҳида мешавад. Бинобар ин сохтани ин гуна поймонакҳо бо дарназардошти қобилияти тобоварии бинои таълимӣ ба дараҷаҳои заминҷунбӣ, ва эҳтимолияти ба амал омадани ҳолатҳои фавқулода ва офатҳои табиӣ бояд ба инobat гирифта шаванд.

Адабиётҳо.

- 1.Конуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи бехатарӣ аз сӯхтор». (АМОҚТ с. 2008, №3, мод.184; с.2010, №12, мод.808).
2. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи тасдиқи Низомномаи ҳадамоти МГ» аз 3 июни соли 2006, № 229.
- 3.Конуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи муҳофизати граждани». 28 феввали соли 2004.
- 4.Конуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи ҳифзи аҳоли ва худуд аз ҳолатҳои фавқулодаи дорои хусусияти таби ива техногенни», 15 июли соли 2004, №53.

Махмудзода К.Н.1, Султанова Д.Х. 2, Шодимотова М.К. 2

ВОСПИТАНИЕ НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ТАДЖИКИСТАНА НА ПРИМЕРЕ ГУМАНИСТИЧЕСКИХ ИДЕЙ ВЕЛИКОГО МЫСЛИТЕЛЯ, ВРАЧА-ЭНЦИКЛОПЕДИСТА АБУАЛИ ИБНИ СИНО

1Кафедра общественных дисциплин Кулябского медицинского колледжа.

2Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. На современном этапе развития высшего медицинского образования проблемы воспитания нравственных качеств личности на примере педагогических взглядов и трудов выдающегося таджикского мыслителя, врача, философа, учёного-энциклопедиста Абуали ибни Сино в студенческой молодёжи являются актуальными и своевременными, потому что в течение учёбы студенты не только получают профессию, но и формируются как личность.

Цель. Изучить, обобщить, систематизировать и разработать рекомендации по использованию педагогических взглядов выдающегося таджикского мыслителя, врача, философа, учёного-энциклопедиста Абуали ибни Сино о воспитании нравственных качеств личности студентов-медиков на практических занятиях в медицинских учебных заведениях.

Материалы и методы исследования. Следует отметить, что труды Абуали ибни Сино принадлежат к числу выдающихся творений, обогативших сокровищницу мировой культуры. Абуали ибни Сино прославился и как мудрый

педагог и наставник, не жалеющий времени и здоровья для своих учеников. Идея использования богатого наследия мыслителей и учёных персидско-таджикской медицины всегда находилась в центре внимания исследователей, педагогов, психологов, философов нашей республики.

Результаты. Преподаватели в медицинских учебных заведениях Республики Таджикистан на практических занятиях используют адаптированные тексты, описывающие основные факты из биографии и трудов известного таджикского энциклопедиста и врача Абуали ибни Сино, который оставил нам богатое и бесценное наследие, обогатившее не только культуру таджикского народа, но и мировую культуру, как пример духовно-нравственного воспитания студенческой молодежи, которое имеет большое воспитательное значение.

Исследователи таджикской медицины утверждают, «будущий врач должен знать, что недопустим отрыв исторического изучения тех или иных проблем от задач настоящего. Прошлое мы берем, какое бы оно не было, но рассматриваем его глазами нашей эпохи, с позиций современного мировоззрения, являющегося итогом и обобщением всего предшествующего исторического развития человеческого общества. Поэтому нам дороги как те достижения медицинской науки и практики, которые имели место в тех или иных условиях, так и деятельность выдающихся ученых, поднявшихся из гущи народа». [5,10]

На практических занятиях студенты знакомятся с биографическим материалом о жизнедеятельности Абуали ибни Сино, который был необыкновенно одаренным, с феноменальной памятью, с безукоризненным аналитико-синтетическим умом, человеком огромного трудолюбия.

По мнению исследователей, Абуали ибни Сино был «одарённым, будучи 10-летним мальчиком он, успешно освоив Священный Коран, завершив обучение преподававшихся ему словесных предметов, начинает изучать логику, философию, математику, геометрию, астрономию, богословие и вызывает всеобщее удивление тем, что он превзошел своих учителей. Его врачебная деятельность свидетельствует о его гениальности, поскольку уже через год после начала изучения медицинской науки в 16-летнем возрасте становится лейб-медиком султана, а в 17-летнем - известным врачом, излечившим тяжело больного правителя Бухары Нуха II ибни Мансура, которого долгое время безуспешно лечили многие опытные врачи. В виде вознаграждения он получил право пользоваться знаменитым, богатейшим книгохранилищем правителя («Хранилище мудрости»), что сыграло большую роль в его дальнейшем самообразовании. К 18 годам ибни Сино становится выдающимся ученым своей эпохи. Абуали ибни Сино был глубоко убежден, что без науки движение вперед и прогресс общества невозможны. Наука была его всепоглощающей страстью, он считал, что науке надо посвятить всего себя, без остатка. Как известно, насыщенный талант Абуали ибни Сино особенно проявился в области медицины. В своих трудах он дал довольно четкое определение таких медицинских наук, как анатомия, физиология, хирургия, фармакология, психопатология и др. Медицина была его специальностью, поэтому какую бы он должность не занимал (даже когда был везиром — министром) и где бы ни находился, он всегда оказывал врачебную помощь и постоянно совершенствовал, обогащал медицинскую науку и практику. Медицинским наследием ибни Сино является 59 книг, 9 из которых написаны в поэтической форме, что было под силу только человеку с незаурядными способностями, 23 из них написаны на его родном языке - таджикском, его научное наследие охватывает буквально все стороны Средневекового Востока: от знания астрономии до медицины, от теории музыки до литературоведения.

Среди медицинских трудов важнейшим творением, принесшим ему многовековую мировую славу, где наиболее полно изложены его медицинские взгляды, является «Канон врачебной науки»; его он написал на основе 20-летнего собранного и систематизированного материала и закончил примерно в 1020 году». [1, 64-68]

В духовно-нравственном совершенствовании человека гуманистическое качество его души имеет определяющую и направляющую роль. Настоящий гуманизм в его понимании проявляется и развивается в духовно-нравственной красоте человека. Гуманизация осуществляется путём очеловечивания на основе самосознания, формирования и развития нравственных качеств человека. Педагогические вопросы мысли, трактовки содержат много полезных советов по обучению, нравственному и физическому воспитанию человека.

Яркий талант ибни Сино в области педагогики проявился в его трудах о воспитании здорового и больного ребёнка. Так, в разделе «Канона», посвященном воспитанию детей, поражают своей глубиной, правильной трактовкой сложные проблемы воспитания детей. Чётко определяется его целенаправленность в воспитании твёрдого характера, понимании взаимной зависимости духовного и физического развития ребёнка. Следует отметить, что педагогические взгляды Абуали ибни Сино складывались в процессе личной педагогической, врачебной и общественной деятельности ученого. Они отражены в ряде его следующих поэтических произведений: «Рисолат ут тайр» («Послание о птице»), «Хай ибн Якзан» («Живой сын Бодрствующего»). «Саламон и Абсаль», имеющих огромное воспитательное значение. Характеризуя методику педагогического процесса, Абуали ибни Сино рекомендовал обучение начинать с запоминания правил грамматики и овладения в совершенстве разговорной речью. Наряду с морально-волевым качеством педагог должен в совершенстве знать свой предмет и владеть искусством его преподнесения. Только в этом случае он может пробудить интерес своих учеников к занятиям наукой, ремёслами, литературой и так далее.

Одним из первых учёных Востока ибни Сино даёт стройную систему и описание приёмов воспитания. Эти вопросы излагаются в трактатах «Тадбири Манзил», где есть глава, посвящённая образованию.

Его педагогические взгляды не потеряли своей большой значимости сегодня, потому что в них заложена истина, они не подвластны времени. [4,34]

Как показывает практика, чтение адаптированных текстов из жизни деятельности известных врачей, таких как Абуали ибни Сино, на практических занятиях оказывает огромное влияние на нравственное и этическое воспитание студенческой молодёжи.

На кафедрах медицинских учебных заведений республики в процессе обучения и воспитания студентов проводится большая учебно-методическая работа по формированию у студентов-медиков врачебной этики.

На основании вышеизложенного, необходимо отметить, что, используя педагогические труды, наставления великого учителя, в частности разделы из его многотомных классических творений «Книга исцеления», «Канон врачебной науки» и других, мы вырабатываем у студентов такие ценные человеческие качества, как человеколюбие, трудолюбие, чувство долга, чуткость, отзывчивость, добропорядочность, принципиальность, самокритичность, объективность, справедливость, честность.

Выводы. Таким образом, воспитание нравственных качеств личности студентов-медиков на примере гуманистических идей великого таджикского мыслителя-учёного, врача и педагога Абуали ибни Сино, основанное на его бесценных произведениях и педагогических взглядах, на практических занятиях в медицинских учебных заведениях республики в процессе обучения студентов-медиков имеет большое научное и практическое значение в подготовке будущих высококвалифицированных врачебных кадров, наследников великого Абуали ибни Сино. Яркий пример трудолюбия ибни Сино оказывает решающее влияние на развитие положительных духовно-нравственных качеств личности студенческой молодёжи, его научное наследие, рекомендации, высказывания способствуют воспитанию подрастающего поколения в духе благородства, человечности, гуманности и любви к Родине, Земле. Гуманист, педагог, просветитель – очень дорог народам всего мира.

Литература

1. Исхаки Ю.Б., Таджиев Я.Т. Очерки истории медицины Таджикистана// (спец.ред. Т. Кадири). Душанбе. ТГМУ-1993. - 136 с.
2. Абу Али ибн Сина «Канон врачебной науки», том 1. 2-е изд. Изд. АН Узбекской ССР, Издательство «Фан», Ташкент, 1981. – 550с.
3. Антология педагогической мысли таджикского народа/ Сост.: М. Лутфуллоев С. Сулаймони; Х. Афзалов; Ю.С. Мальцев, К. Айни -Душанбе: Матбуот, 2009. - 448 с.
4. Влияние взглядов Абуали ибни Сино на воспитание врача. Тезисы докладов и конференции, 4 февраля 1980 г. Ответственный ред. – профессор Л.Е. Этинген. Душанбе, -1980, 40
5. Исхаки Ю.Б. Абуали ибни Сино и медицинская наука. - Душанбе, «Ирфон, 1984. -176 с.

Махмудова Л.Б., Саидахмедова. Д.Б.

СИТУАЦИЯ ПО ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Научно-исследовательский институт микробиологии, вирусологии. инфекционных и паразитарных заболеваний им. Л.М. Исаева при Сам.ГМУ. г. Самарканд.

Актуальность. Паразитарные заболевания встречаются фактически во всех странах мира, причем во многих регионах распространенность их достигает весьма высокого уровня. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется до 4,5 млн случаев [6].

Гельминты являются причиной многообразных патологических изменений в организме хозяина. Они механически воздействуют на окружающие органы и ткани, вызывают интоксикацию и сенсибилизацию макроорганизмов продуктами собственного обмена веществ, поглощают питательные вещества и кровь, нарушают витаминный баланс. Часто гельминты отягощают течение других заболеваний, оказывая неблагоприятный эффект на формирование и состояние иммунитета к инфекционным болезням (иммунодепрессантное действие), способствуют проникновению инфекционных агентов в ткани хозяина [1].

Оздоровление детей от гельминтозов будет способствовать успеху в борьбе с рядом инфекционных и соматических заболеваний, для которых инвазия является отягощающим фактором [5].

Эти заболевания способствуют ухудшению здоровья и снижению благосостояния бедных слоев населения стран мира. (WHO. Report of the third global meeting of the partners for parasite control. Dewormingfor Healthand Development Geneva, 29-30 November 2004). В резолюции данной встречи было отмечено, что негативное влияние болезней, вызываемое паразитами на здоровье и социальное развитие общества сопоставимо с влиянием таких заболеваний как туберкулез, малярия и ВИЧ/СПИД. Было признано, что основной группой риска таких заболеваний являются дети школьного и младшего возрастов [5,6].

Гельминтозы широко распространены во всем мире. По данным ВОЗ. Более 20% населения мира заражено гельминтами, из них 644,4 млн. аскаридами и 335,1 млн. власоглавом. В Европе 32 млн. инвазированы аскаридами, 34млн. власоглавами, 62 млн. острицам [3].

В странах СНГ зарегистрировано около 65 видов гельминтов, из них часто встречаются 18-20 видов, которые имеют медицинское значение [2,3]. Паразитарные заболевания являются одним из наиболее распространенных заболеваний в Узбекистане. Ежегодно в республике регистрируется около 300 тыс. больных гельминтозами. В 2015 г. гельминтозы составили 89,5% всей паразитарной заболеваемости в республике. Широкое распространение имеют энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, трихоцефалез, тениаринхоз. Истинное число больных паразитогами превышает официальную статистику в несколько раз [4].

Распространенность отдельных видов гельминтов различаются по регионам. Энтеробиоз и гименолепидоз распространены по всеместно. Очаги аскаридоза регистрируются в горных предгорных районах Ферганской, Наманганской и Сурхандарьинской областей.

Узбекистан относится к регионам эндемичным по эхинококкозом. По данным авторов последние годы в республике явная тенденция к росту заболеваемости к эхинококкозу[4].

Несмотря на то, что в Республике большое внимание уделяется на проведение плановых противопаразитарных мероприятий, паразитарные заболевания занимают значительный удельный вес в краевой патологии человека и являются актуальной проблемой науки и практики здравоохранения в Республике.

Цель исследования. Изучить современную ситуацию по паразитарным заболеваниям в Самаркандской области

2020гг.

Материалы и методы. - данные Республиканского Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора по заболеваемости паразитарными болезнями в Узбекистане;

- отчеты Самаркандского областного Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора по гельминтозам.

- истории болезней больных;

- результаты изучения пораженности детского населения кишечными паразитами в детских учреждениях г. Самарканда:

Результаты обсуждения. Самаркандская область расположена в центральной части Узбекистана, в Зеравшанской долине (бассейне среднего течения р. Зеравшан).

Область граничит на северо-западе с Навоийской, востоке – Джизакской, юге – Кашкадарьинской областями и юго-востоке – с Таджикистаном. Территория области 16,8 тыс. кв. км, это 3,8% от общей территории Республики Узбекистан. Население области 2,78 млн человек, в т.ч. сельского населения – 2,06 млн и городского – 0,72 млн человек, плотность населения 165 человек на 1 км².

К общей характеристике следует добавить также и то, что Самаркандская область – старейший район шелководства, табаководства и виноградарства. Кроме овцеводства, здесь получили развитие и другие виды животноводства.

Общая орошаемая площадь области составляет 376,7 тыс. га, в т.ч. для сельскохозяйственных целей используется 255,6 тыс. га, пастбищ – 796,7 тыс. га, приусадебных участков – 62,4 тыс. га, многолетних насаждений – 53,3 тыс. га.

Климат Самаркандской области один из главнейших компонентов природы и представляет значительный научный интерес в краевой гельминтологии.

С климатическими особенностями и географическим положением местностей непосредственно связаны сроки сохранения жизнеспособности яиц гельминтов во внешней среде и распространенность гельминтозов в различных природно-климатических условиях.

По географическим и термическим условиям, а также по режиму увлажнения территория Самаркандской области относится к зоне внутритропических пустынь с большой продолжительностью солнечного сияния, сухим жарким летом, влажной и умеренно мягкой зимой.

Отличительной чертой климата области является его ясно выраженная континентальность, проявляющаяся в разных колебаниях метеорологических элементов, как в межсезонном, так и в годовом и суточном ходе. Наиболее важной в континентальности климата является годовая амплитуда температуры воздуха – разность между температурами самого жаркого и самого холодного месяцев.

Минимальная температура воздуха по многолетним данным составляет – 25,40С. Максимальная температура в летний период достигает +40С. Основным источником питьевого водоснабжения г. Самарканда и районов области являются подземные воды. В области действует 17 коммунальных водопроводных хозяйств, которые обеспечивают водой город и районы области.

Централизованным водоснабжением охвачено 81% населения области. Водопотребление на одного жителя в среднем по области приходится 315 л/сут.

В области действуют 5 очистительных сооружений для канализационных стоков, общей мощностью 58,9 млн м³ стоков воды в год. В том числе: в г. Самарканде – 51,4 млн м³/год, охвачено 64,5% населения; в г. Каттакургане – соответственно 7,2 млн м³/год и 55,9%; в г. Булунгуре – 0,25 млн м³/год и 3,2%. В остальных поселениях и районах очистных сооружений нет.

Влияние природных факторов на эпидемический процесс при гельминтозах. Известно, что гельминтозы чаще встречается в странах с теплым климатом. Чем севернее местность, тем реже он встречается. Этот факт указывает на существенное влияние природных условий на ход эпидемического процесса при гименолепидоза.

Плохой состав воздуха (Нурабадский и Иштыханский районы) и плохое водоснабжение (Каттакурганский район) понижают защитные силы организма, способствуют распространению кишечных паразитов.

В Самаркандской области среди паразитарных заболеваний наиболее распространены гельминтозы.

Анализ заболеваемости гельминтозами в областях за 2020 год показывает, что наиболее часто встречаются гельминтозы, было выявлено 6228 (интенсивный показатель 18,1) инвазированных. Из них наиболее часто встречаются энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, тениаринхоз и эхинококкоз (Табл.1). Среди инвазированных гельминтозами дети до 14 лет составили 89,8%. Среди инвазированных детей энтеробиоз выявлен у 4498 (92,1%), гименолепидозом 1169 (83,9%).

Пораженность детей гельминтозами в школах составила 40,1%, из них 94,8% - учащиеся младших классов. Среди детей ДДУ пораженность энтеробиозом составило до 35,5%, гименолепидозом 6,9% после трёхкратного обследования.

У 26,2% инвазированных встречается смешанное паразитарная инвазия: сочетание гельминтозов с лямблиозом (энтеробиоз + лямблиоз; лямблиоз + гименолепидоз).

Анализ заболеваемости гельминтозами по районам Самаркандской области показал, что наибольшее количество инвазированных гельминтозами в 2020 году детей в возрасте от 2-14 лет выявлено в Нурабадском районе – 1153 человек, в Самаркандском районе – 461 человек, в Пайарыкском районе – 440 человек, в Ургутском районе – 1113 человек. Наименьшее количество инвазированных выявлено в городе Каттакурган – 130 человек, в Каттакурганском районе – 144 человек, в Пастдаргомском районе – 144 человек.

В 2020 году по области не было выявлено ни одного случая трихоцефалеза. Аскаридоз был выявлен всего у одного больного из Джамбайского района.

Среди выявленных простейших лямблиоз зарегистрирован у 1326 человек, из них у 1225 у детей от 2-14 лет, что составило 19,7% от всех инвазированных

Таблица 1.

Пораженность детей от 2 до 14 лет яйцами гельминтов Самаркандской области за 2020г.

Области	Выявлено инвазированных													
	всего	%	аскаридами		быч.цеп.		карлик.цеп.		острицами		власоглав.		эхинококкоз	
			абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
г. Самарканд	243	1,0	0	0,0	0	0	59	0,2	184	0,8	0	0	0	0,0
г. Каттакурбан	106	0,8	0	0,0	0	0	14	0,1	92	0,7	0	0	0	0,0
Акдарья р	224	3,7	0	0,0	0	0	36	0,3	188	3,1	0	0	0	0,0
Булунгур р	257	3,4	0	0,0	0	0	19	0,1	238	3,1	0	0	0	0,0
Джамбай р	343	2,9	1	0,3	0	0	149	3,5	193	16,5	0	0	0	0,0
Иштихан р	134	2,7	0	0,0	0	0	37	0,3	97	2,0	0	0	0	0,0
Каттакурбан р	134	1,3	0	0,0	0	0	25	0,1	109	1,0	0	0	0	0,0
Кушрабад р	224	5,4	0	0,0	0	0	2	0,03	222	5,3	0	0	0	0,0
Нарпай р	181	2,4	0	0,0	2	0,03	2	0,03	177	2,3	0	0	0	0,0
Нурабад р	1153	8,8	0	0,0	0	0	511	3,1	642	4,9	0	0	0	0,0
Пайарик р	411	2,8	0	0,0	1	0,4	100	0,4	310	2,1	0	0	0	0,0
Пасдаргом р	170	0,8	0	0,0	0	0	8	0,1	162	0,8	0	0	0	0,0
Пахтачи р	191	1,2	0	0,0	0	0	120	0,6	71	0,4	0	0	0	0,0
Самарканд р	433	3,1	0	0,0	0	0	0	0	433	4,4	0	0	0	0,0
Тайлак р	359	4,3	0	0,0	5	0,06	5	0,06	349	4,1	0	0	0	0,0
Ургут р	1113	15,9	0	0,0	1	0,01	82	0,5	1030	8,8	0	0	0	0,0
итого	5675	3,3		0,0	9	0,01	1169	0,4	4497	2,6	0	0	0	0,0

Таблица 2.

Показатели заболеваемости гельминтозами в Самаркандской области 2020гг

Название	2020	
	абс	Инт.п
Энтеробиоз	4786	122
Аскаридоз	3	0,1
Трихоцефалез	0	0
Гименолепидоз	1386	35,5
Тенраринхоз	24	0,6
Эхинококкоз	25	0,4
Итого	6,227	18,0

абс – абсолютный показатель

Инт.п – интенсивный показатель

Выводы. 1. Таким образом паразитарные заболевания являются одним наиболее распространенных заболеваний в Самаркандской области. Наиболее широко распространены гельминтозы. Общая пораженность населения гельминтозами составила 2,1%.

2. Природно-климатические факторы существенно влияют на распространенность гельминтов. Длительные, высокие температуры в летнее время года ухудшают состав кишечной микрофлоры, что ведёт к сниженной устойчивости организма.

Плохой состав воздуха (Нурабадский и Иштиханский районы), водный фактор способствуют быстрому распространению гименолепидоза и лямблиоза.

3. Наиболее часто болеют дети 75,9%. Пораженность детей до 14 лет энтеробиозом – 92,15 и гименолепидоз – 83,9% в структуре кишечных гельминтов. Наибольшее количество инвазированных зарегистрировано в Нурабадском, Самаркандском, Пастдаргомском и Ургутском районах.

4. Лямблиоз составляет 19,7% от общей пораженности паразитарных заболеваний. У 22,6% инвазированных кишечными паразитами встречаются смешанные кишечные паразитарные инвазии (энтеробиоз + лямблиоз, гименолепидоз + лямблии).

Литература

1. Миропольская Н.Ю. Влияние кишечных паразитозов на соматическое состояние здоровья детей. //Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2015. № 29. С. 101 – 104.
2. Абрамов И. А. Чернявская О.П. Методика оценки риска развития неблагополучной эпидемической ситуации по

- энтеробиозу в субъектах Российской Федерации: научное издание // Медицинская паразитология и паразитарные болезни: научно-практический журнал / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Всероссийское общество эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. - Москва: ООО "С-ИНФО". - 2020. - N 3. - С. 16-24 (Шифр М15/2020/3). -
3. Бобырева Н. С., Корнеева Я.А., Дегтева Г.Н. Анализ заболеваемости паразитогами в Ненецком автономном округе: научное издание // Гигиена и санитария. - М., 2016. - Том 95 N2Г5016. - С. 157-162.
 4. Л.У. Анварова, Л.Б. Махмудова – Особенности распространения диагностики, клиники и лечения кишечных нематодозов на современном этапе. НОВОСТИ Дерматовенерологии и репродуктивного здоровья Центральноазиатский научно-практический журнал. 2022. №1-2 Стр. 31-3
 5. Ходжахан А.Б., Козлов С.С. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Учебное пособие. 2014г
 6. (WHO. Report of the third global meeting of the partners for parasite control. Deworming for Health and Development Geneva, 29-30 November 2004).

Махмудова С.С., Хамроева С.К.

ПРОБЛЕМА МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОММУНИКАЦИИ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В последнее время в связи с гуманитаризацией и демократизацией образования большое внимание уделяется поиску наиболее эффективных методов и форм работы с учащимися. Специфика предмета «Иностранный язык» предполагает овладение учащимися коммуникативной компетенцией как межкультурному общению на иностранном языке (ИЯ).

Цель исследования. Все это невозможно без привлечения культуроведческого компонента. Тесная связь и взаимозависимость преподавания иностранных языков и межкультурной коммуникации настолько очевидны, что вряд ли нуждаются в пространном разъяснении. Каждый урок иностранного языка – это перекресток культур, это практика межкультурной коммуникации, потому что каждое иностранное слово отражает иностранный мир и иностранную культуру, за каждым словом стоит обусловленное национальным сознанием представление о мире.

Материал и методы исследования. Преподавание иностранных языков переживает ныне, как все остальные сферы социальной жизни, тяжелейший и сложный период коренной перестройки, переоценки ценностей, пересмотра целей, задач, методов, материалов и т.п., не имеет смысла говорить сейчас об огромных переменах в этой сфере, буме общественного интереса, о взрыве мотивации, о коренном изменении в отношении к этому предмету повсильно определенным социально-историческим причинам – это все слишком очевидно.

Новое время, новые условия потребовали немедленного и коренного пересмотра, как общей методологии, так и конкретных методов и приемов преподавания иностранных языков. Эти новые условия – «открытие», ее стремительное вхождение в мировое сообщество, безумные скачки политики, экономики, культуры, идеологии, смешение и перемещение народов и языков, изменение отношений, абсолютно новые цели общения – все это не может не ставить новых проблем в теории и практике преподавания иностранных языков.

Небывалый спрос потребовал небывалого предложения. Неожиданно для себя преподаватели иностранных языков оказались в центре общественного внимания: нетерпеливые специалисты в разных областях науки, культуры, бизнеса, техники и всех других областей человеческой деятельности потребовали немедленного обучения иностранным языкам как орудию производства. Их не интересует ни теория, ни история языка – иностранные языки, в первую очередь английский, требуются ими исключительно функционально, для использования в разных сферах жизни общества в качестве средства реального общения с людьми из других стран.

Все это предполагает фундаментальную и разностороннюю подготовку по языку. Уровень знания иностранного языка студентом определяется не только непосредственным контактом с преподавателем. Для того чтобы научить иностранному языку как средству общения, нужно создавать обстановку реального общения, наладить связь преподавания иностранных языков с жизнью, активно использовать иностранные языки в живых, естественных ситуациях. Это могут быть научные дискуссии на языке с привлечением иностранных специалистов и без него, реферирование и обсуждение иностранной научной литературы, чтение отдельных курсов на иностранных языках, участие студентов в международных конференциях, работа переводчиком, которая как раз заключается в общении, контакте, способности понять и передать информацию. Необходимо развивать внеклассные формы общения: клубы, кружки, открытые лекции на иностранных языках, научные общества по интересам, где могут собираться студенты разных специальностей.

Проблема межкультурной коммуникации в изучении иностранных языков в том, что между преподаванием иностранных языков и межкультурной коммуникацией есть единая, взаимодополняющая связь.

Каждый урок иностранного языка, где бы он ни проходил – это практическое столкновение с иной культурой, прежде всего через ее основной носитель – язык.

Результаты исследования и их обсуждение. Максимальное развитие коммуникативных способностей – во-первых, перспективная, но очень нелегкая задача, стоит перед преподавателями иностранных языков. Для ее решения необходимо освоить и новые методы преподавания, направленные на развитие всех четырех видов владения языком, и принципиально новые материалы, с помощью которых можно научить людей эффективно общаться. При этом, разумеется, было бы неправильно броситься от одной крайности в другую и отказаться от всех старых методик: необходимо бережно отобрать все лучшее, полезное, прошедшее проверку практикой преподавания.

Каждое иностранное слово отражает иностранную культуру, за каждым словом стоит субъективное, обусловленное только данной языковой культурой, своеобразное впечатление об окружающем мире.

Иностранные языки в Таджикистане, и их преподавание сегодня очень востребовано, так как возникает насущная потребность использования подобных знаний в повседневной жизни. Это, безусловно, оказывает влияние и на методы преподавания. Увеличивающийся спрос на преподавание иностранных языков, диктует в свою очередь и свои условия.

Теперь, никого не интересуют грамматические правила, а тем более, сама история и теория языка. Современные условия жизни требуют от изучения иностранного языка, прежде всего функциональности. Теперь язык хотят не знать, а использовать как средство реального общения носителями других культур. В связи с этим потребовалось кардинально изменить взгляд на преподавание иностранного языка с учетом большего внимания и уклона на лингвистику и межкультурную коммуникацию.

Основная задача преподавания иностранных языков в современном Таджикистане – это обучение функциональной стороне иностранного языка и более практическое его применение.

Решение этой прагматической задачи возможно только при одном условии – что будет создана довольно прочная фундаментальная теоретическая база. Для ее создания необходимо, прежде всего: 1) приложить результаты теоретических трудов по филологии к практике преподавания иностранных языков; 2) теоретически осмыслить и обобщить огромный практический опыт преподавателей иностранных языков. При традиционном подходе к изучению иностранных языков, главная методика преподавания заключалась в чтении текстов на иностранном языке. И это казалось бы не только школьного уровня образования, но и высшего, вузовского. Тематика бытового общения была представлена теми же самыми текстами, только касающиеся предметов повседневного общения, однако, мало кто из подобных специалистов, начитавшись подобных текстов, мог адекватно повести себя в реальной ситуации, которая потребовала бы применения знаний практического иностранного языка, а не его масштабной литературной стороны.

Теперь, преподаватели стремятся научить практически, использовать имеющийся в запасе лингвистический материал. Сейчас на базе высшего образования преподавание иностранному языку воспринимается именно как средство повседневного общения с носителями другой культуры.

Задачей высшего образования – является формирование широкообразованного человека, который имеет в своем арсенале фундаментальную подготовку не только по узким специализациям, но и в широком плане, например, как изучение иностранного языка без ориентиров на выбранную профессию, то есть технические специалисты должны владеть не только и не столько техническим английским, или другим иностранным языком, но и уметь его применять, прежде всего, подобными же специалистами, только говорящими на другом иностранном языке.

Выводы. В самом понятии межкультурной коммуникации заложен равноправное культурное взаимодействие представителей различных лингво-культурных общностей с учетом их самобытности и своеобразия, что приводит к необходимости выявления общечеловеческого на основе сравнения иноязычной и собственной культур. Современное преподавание иностранного языка невозможно без привития учащимся иноязычной культуры. Большинство методистов ставят во главу угла современное состояние теории и практики обучения иностранного языка с ярко выраженной коммуникативной направленностью, что способствует всестороннему развитию личности, развитию духовных ценностей учащихся. Обучение межкультурной коммуникации не может существовать без включения лингвострановедческого аспекта в процесс обучения. В свете современных требований целям обучения меняется статус и роль страноведческой информации, представленной таким образом, чтобы соответствовать опыту, потребностям и интересам учащихся и быть сопоставленной с аналогичным опытом их ровесников в стране изучаемого языка.

Список литературы

1. Бобкова В.Н. Страноведение как форма привития интереса к изучению иностранных языков // ИЯШ. – 2006. – № 5.
2. Веденина Л.Г. Теория межкультурной коммуникации и значение слова // Иностранные языки в школе. – 2000. – № 5.
3. Грушевицкая Т.Г., Попков В.Д., Садохин А.П. Основы межкультурной коммуникации. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002.
4. Гудков Д.Б. Теория и практика межкультурной коммуникации. – М.: ИТДГК «Гнозис», 2003.
5. Леонтович О.А. Россия и США: Введение в межкультурную коммуникацию. – Волгоград: Перемена, 2003.
6. Тер-Минасова С.Г. Язык и культура. – М., 2000.

Махмадова Майсара

ТАБЛИҒИ ХУСУСИЯТҲОИ МИЛЛӢ ВА ХУДШИНОСИИ МИЛЛӢ ДАР ОЧЕРКИ ТАЪРИХИИ САДРИДДИН АЙНӢ «ҚАҲРАМОНИ ХАЛҚИ ТОҶИК ТЕМУРМАЛИК»

Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Яке аз василаҳои эҳёи худшиносӣ ва ҳудӯҳои миллӣ дар публитсистикаи давраи Чанги Бузурги Ватанӣ таваҷҷуҳ ба тасвири симоҳо ва хислатҳои миллӣ дар ин гуна осор мебошад. Симои хос ва хислатҳои миллии тоҷикон дар шароити ҳоси таърихӣ, иҷтимоӣ фарҳангӣ ва табиӣ шакл гирифта, тағйир ва таҳаввул ёфтааст. Ба андешаи Г.И. Ломидзе, «Хусусиятҳои ба истилоҳ умумӣ дар ҳар маврид дар пеши назари мо бо намуди ҳоси худ ҳамчун хусусиятҳои пайдо мешаванд, ки дар як вақт ҳам умумӣ ва ҳам хосанд. Барои фаҳмидани хислатҳои миллии ин ё он халқи алоҳида на танҳо зухуроти ҳоси умумӣ, балки хусусияти таҷрибаи ҳоси аз ин халқи мушаххас тавлид ёфтаро муайян кардан зарур аст» [3, 64].

Дар фарогирӣ, таҷассум ва интишори сиришти инсонӣ, ҳуё хислат ва ҳувияти тоҷикӣ публитсистикаи нимаи асри XX мақоми хос дорад. Дар ин давра устод Айнӣ аз пешгоме буд, ки дар осори публитсистиаш симои шахсиятҳои таърихӣ ва фарҳангӣ, ҳуё хислати афроди миллатдӯстро бо камоли диққат ва муҳаббат ба миллат офарид. Чехраву характерҳои офаридаи устод Айнӣ конуни ахлоқи ҳувиятсози миллӣ дар публитсистикаи замони ҷанг мебошад.

Устод Айнӣ дар очерки адабӣ-таърихӣ «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик» симои таърихӣ қаҳрамонро бо диди ғайрисинфӣ «иттиҳоди миллӣ» таҷассум мекунад [5, 118]. Ҳамин тамоюли публитсистӣ

дар шинохт ва таблиғи ҳайсиати чехраҳои таърихӣ миллӣ дар навиштаҳои С. Улуғзода, ба хусус дар варақаҳои ҷангие, ки ӯ хангоми дар майдони ҷанг буданаш интишор меод, равшан ба назар мерасад.

Образҳои ҷанговарони «қодирандозу қадарандоз» дар очерки устод С. Айни «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик», силсилаи образҳои хоинони миллат ва ватанфурӯшон, аз ҷумла Султон Муҳаммад, сарбозону фармондеҳони ҷингизӣ, лаҳзаҳои набарди сарбозони ҷанги Хучанд, тасвири эҳсоси ватанхоӣ Темурмалик ва ҳамроҳони ӯ, ҳиссиёти миллӣ ва ватанхоӣ ҳудӣ нависанда, ки паси ҳар сатр ҷорист, [4, 31].

Таҳлили очеркҳои бадеӣ-таърихӣ устод Айни «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик» ва «Исёни Муқаннаъ» нишон медиҳад, ки дар муқоиса бо таблиғоти илмӣ - назариявӣ дар ин асарҳо унсурҳои образҳои бадеӣ нақш ва ҷойгоҳи хос дошта, хусусияти тафсилӣ ва ташаккулифта доранд. Онҳо фақат нақши тафсири надошта, ифодагари маънӣ, гоя ва шакли хоси миллӣ мебошанд. Хонанда ба пайдарҳамии мантиқии нақли муаллиф сеҳн монда, метавонад итминон пайдо кунад, ки тасвири образҳо, қушодани хилқати инсонии онҳо таъсири таблиғотии ин гуна асарро афзоиш додаанд. Тасвири гоҳҳо батафсил мақсади нависандаро барҷастатар ифода кардааст. Агар дақиқтар назар кунем, дар очерки устод Айни «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик» «образҳои назариявии тасвири» ва «аҳбори образнок» аз рӯи қоида баъди шарҳи ҳолати пеш аз ҷангии Мовароуннаҳр омадааст, ки заминаи гоявӣ, таблиғотӣ ва миллии асарро афзудааст. Ин таҷрибаи устод Айни моро вомедорад, ки дар боби ҷойгоҳи унсурҳои бадеӣ дар ин асар ва, умуман, публицистика дақиқтар фикр кунем. Нуктаи дигарро низ зимнан меболяд ёдрас шавем, ки ин тарзи нигоҳи устод Айни дар офариниши образҳо ва ҳислатҳои миллӣ дар асарҳои зикршудаи ӯ нақши судманд дорад.

Образҳо ва ҳислатҳои миллӣ дар публицистикаи ин давра маҳсули шароити иҷтимоӣ сиёсӣ ва миллӣ мебошад. Онҳо дар заминаҳои мушаххас ҳам арзиши миллӣ ва ҳам умумибашарӣ пайдо карда, тафовутҳои синфӣ, иҷтимоӣ ва миллиро як сӯ гузошта, ҳалли инсонии мушкilotро ҳадафи аввал қарор додаанд.

Дар очерки адабӣ- таърихӣ «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик» ва ҳам «Исёни Муқаннаъ» хусусияти таблиғотӣ дошта, заминаҳои маънавӣ ва миллии образҳо ва характерҳои миллиро таъкият бахшидааст.

Образи асосии ин асар, ки қаҳрамони миллӣ низ шинохта шудааст, ба сабаби фаъолиятмандии иҷтимоӣ нависанда ва дар тарсими он мақоми муҳим доштани фардияти ӯ чехраи мушаххаси миллӣ дорад, ки идеали ҳам муаллиф ва ҳам замонаро ифода мекунад. Аз ин ҷиҳат, чунин мушоҳидаи М. Раҷабӣ дуруст аст, ки нависанда - «сабабҳои дар душвортарин вазъият аз ҷиҳати рӯҳиву маънавӣ устувор будани онҳоро тадқиқ карда, он ҳама шакку шубҳаҳои халқро нисбат ба Темурмалик ва, умуман, муносибати халқ ва сардори муборизаро (ки аз ҷиҳати баромади иҷтимоӣ аз ашроф аст) нишон дода, асосҳои реалистии асар, заминаҳои ҳаётии тасвири як қорномаи бузурги халқи тоҷикро мустақкам кардааст. Инҳо имкон надодаанд, ки образи халқ ба анбӯхи берӯху бесимо ва образи Темурмалик пурра ба образи қаҳрамони асарҳои афсонавӣ монанд шавад» [5,119]. Дар ин замина ин равиши эҷодии нависанда бо ҳифз ва таъкияти хусусиятҳои миллии образ ва ҳислати афроди ҷудогонаи осори ӯ мусоидат кардааст, ки бунмояи мундариҷаи миллӣ омили асли ва таъсиргузор аст.

Солҳое, ки устод Айни симои хос ва ҳислатҳои миллии қаҳрамони халқи тоҷикро офарид, назарияҳои гуногун ва пурзиддияте дар ин замина маъмул буд. Дар образҳо ва характерҳои офаридаи устод Айни фазилатҳои таърихӣ ва суннатии рӯҳия, тасаввурот, ҳислатҳои анъанавӣ ва навиҳое, ки дар шароити ҷанг ба вучуд омадаанд, унсури созанда мебошанд. Ҳислати характери чехраҳои очеркҳои зикршудаи Айни, асосан, дар заминаи қоидаи асли ва суннатии ҳулкиёти миллии тоҷикӣ шакл гирифтааст. Консепсияи асосии нависанда дар заминаи шинохт ва шаклдиҳии шахсиятҳо ва характерҳои миллӣ бар чунин назария асос ёфтааст, ки қарияҳои ибтикор, тамоили доимӣ ба ҷунбучӯш, кӯшиш барои кашфи эҳсоси солими ватанхоӣ, ки манбаи ғоида барои ҳудӣ шахс ва ҳамватанон бошад, ҳамаи онҳоро нависанда аз ҳислатҳои фаъол ва пурҷунбучӯш сохтааст.

Дар шинохт ва мушаххас сохтани чехра ва ҳислатҳои миллӣ очерки «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик» маводи фаровон медиҳад. Воқеан, ин асар ва очерки таърихӣ-тадқиқӣ «Исёни Муқаннаъ» кашфи тадқиқотчи моҳири таърихӣ тоҷикон аст. Дар ин ду асар на фақат характерноктарин лаҳзаҳои зиндагии ондавраннаи миллати тоҷик тавассути образҳо ва рангубори миллӣ шакл гирифтааст, балки фоҷиаҳои сарнавишти миллат аз нуктаи назари як нафар нависандаи публицист ва донандаи таърихӣ тоҷикон ҷамъбаст шудааст.

Хусусияти ҷолиби асарҳои публицистии устод Айни дар интиҳоби қаҳрамон ва офаридани симои ҳислати миллии онҳо зоҳир мешавад. Бо ин усул нависанда ба ҳақиқати таърих, аввалан, мазмуни тоза мебахшад, дигар ин ки, решаҳои миллии муборизаи халқро дар замони гуногун кашф ва мӯяи ибрат менамояд.

Дар он рӯзгор устод Айни тавонист аз воқеият ва шахсиятҳои таърихӣ миллӣ ва ривой дар контексти иҷтимоӣ - сиёсӣ тавре истифода кунад, ки армонҳои миллӣ ва умумиинсонӣ бо ёрии ҳамдигар хидмати замонаро иҷро кунанд. Аз ин мавқеъ образи шахсиятҳо ва ҳислати онҳоро дар осори публицистии устод Айни аз назар гузаронида, мо ғайриинтиҳор ба муҳити иҷтимоӣ ва моҳияти миллии ин масъала сари қор мегирем, ки дар ин равиш ҳофизаи таърихӣ дар тафаккури бадеии устод Айни нақши хос дорад.

Устод Айни танҳо «бо мақсади фаҳмотар шудани вазъияти давр» пеш аз он, ки чехраи аслии қаҳрамони халқи тоҷикро тасвир кунад, лозим донидааст, ки «дар бораи аҳволи онрӯзаи Мовароуннаҳр, Хуросон ва Хоразм ва дар хусуси ҳодисаҳои, ки пеш аз ҳуҷуми Чингизхон дар он сарзаминҳо рӯх додаанд, ба тарзи қутоҳ» [2,7] маълумоти диҳад ва диққати муосиронаш, аз ҷумла ҷанговаронро ба гузашта мутамаркиз созад.

Дар нигоҳи устод Айни ҳатто шахсияти Султон Санҷар, Муҳаммади Хоразмшоҳ, Ҷалолуддин, Темурмалик, ҳудотҳо, пеш аз ҳама, аз ҷиҳати хусусияти ҳулку ҳӯи онҳо ҷун сарлашқар ва ҷанговар (на ҷун шоҳ, ҳаким) аҳамият пайдо карда, аз ҳамин мавқеъ арзёбӣ шудааст. Ҳуҷуми фашистон ба кишвари шӯроҳо чунин заминаи фикрии бе ғароиши синфиро барои устод Айни муҳайё сохта буд. Ин шахсиятҳо дар шароит ва замоне тасвир шудаанд, ки ба мамлакат душман ҳамла карда, осоиши мардум ва ободии кишварро барҳам задааст. Устод Айни новобаста ба сиёсати синфитароии давлати Шӯравӣ ба шахсиятҳои асарҳояш на аз рӯи баромади иҷтимоиашон, балки аз рӯи нақш ва ҷойгоҳи таърихиашон баҳо додааст.

Садриддин Айни дар очерки адабӣ-таърихии «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик» ва ҳам «Исёни Муқаннаъ» дар симои қаҳрамононаш масъалаи нақши роҳбар ё худ сарлашкарро дар ҷанг хеле васеъ ва ҷиддӣ ба миён мегузорад. Аз ҷумла дар очерки таърихӣ-тадқиқии «Исёни Муқаннаъ» ҷаҳордаҳ шӯриши хурду бузурги зиди муҳочимини арабро тасвир мекунад. Нависанда дар ин асар ҷеҳраи шахсиятҳои таърихию новобаста аз тааллуқоти синфӣ дар заминаи фазилатҳои ҷанговарию ватандӯстиашон ба тасвир мегирад. Дар шинохт ва тафсири сифатҳои инсонии ҷунин шахсиятҳо меъёри назари устод Айни танҳо истеъдод ва ҳамияти инсонии афрод аст.

Нависанда дар тасвири ҷеҳраҳои миллии таърихии очерки «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик» низ ҷунин равишро пеш гирифта, ба фаъолияти қаҳрамононаш танҳо аз нуқтаи назари манфиати миллат ва ватан баҳо додааст. Ҷеҳраи таърихии Темурмалик дар назари устод Айни ба сабаби он ки бо халқ мепайвандад ва манфиатҳои Ватанро аз ҳар ҷири дигар авло медонад, ҷеҳраи миллии ба тасвир омадааст ва ба ҳамин далел нависанда ба ӯ унвони «Қаҳрамони халқи тоҷик» - ро сазовор донистааст.

Устод Айни ба шахсияти Ҷалолуддин ва Темурмалик вобаста ба фазилатҳои инсонии онҳо баҳо медиҳад: ӯ, пеш аз ҳама, шефтаи далерӣ, нотарсӣ, ватандӯстӣ ва ниҳоят фидокорӣ онҳост ва ба далели охир онҳоро қаҳрамонони миллии низ унвон мекунад. Барои устод Айни ҷанг, ҳимояи Ватан ва мавқеи инсон дар ин қорзор маҳак ва меъёри арзёбии сифатҳои инсонӣ - аз сарбоз сар карда то сарлашкар мебошад. Моҳияти фикри публицистии устод Айниро дар ҳар ду очерки қиршуда сифатҳои ҳуё хислати шахсиятҳо муайян мекунад. Шахсиятҳо на аз рӯи баромади иҷтимоияшон, балки дар асоси хислатҳои инсонӣ, миллии ва ватандӯстӣ шинохта ва қадр карда мешаванд. Ҷунин моҳияти андешаи публицистӣ ва ҳунарии устод Айниро аз рӯи манфиатҳои ватанхоҳӣ ба ҳам муқобил гузоштани ҷеҳраҳои писар ба падар - Ҷалолуддин ва Муҳаммад Хоразмшоҳ муқобил, гузошта шудани ҳокими Хучанд - Темурмалик ошкор месозад.

Ҷунин тарзи шинохт ва арзёбии ҷеҳраҳои шахсиятҳои таърихӣ ифодагари ҳам диди инсонпарварӣ, ҳам ватанхоҳии устод Айни аст, ки зери таъсири воқеияти замони ҷанг шакл гирифта, аҳамияти ҳоси миллии ва умумиинсонӣ касб карда буд. Темурмалик ва Ҷалолуддинро манфиати Ватан ба майдон андохта, танҳо ба озодии Ватан гаравидаанд. Ҳатто вақте зану фарзандони Темурмалик дар асорат аст, ӯ дар бораи манфиатҳои худ намеандешад ва ба муҳотабонаш мегӯяд: «Ман аз он вақт боз, ки ҷанг сар шудааст, ҳеҷ гоҳ зану фарзанди худро аз аҳли хонаводаи дигарон фарқ кунонида, барои онҳо ғамхорӣ чудагона накардаам. Ба ин қори ман худи шумо шохид ҳастед» [2, 52].

Устод Айни дидаву дониста, бо назари ояндабин ва миллатдӯстонаву ватанхоҳона, Темурмаликро дар вазъиятҳои гуногуни душвор ва ғарбаҷула гузошта, дараҷаи муҳаббати ӯро ба Ватан ва халқи он ва халқро ба ӯ инъикос мекунад ва бо ин усул садоқати қаҳрамононашро ба идеалҳои олии ватандӯстонаи миллии, ки реша дар суннатҳои миллии ватанхоҳӣ дорад, ба хонанда нишон медиҳад.

Қаҳрамонони очерки «Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик», асосан, одамони ҳушёр, ватандӯст ва дар заминаи анъанаҳои гузаштагон парваришёфта мебошанд. Одамони ҷиддӣ ва камгап буда, фақат дар бораи озодии ватан аз ҷингизӣ хунхор меандешанд. Устод Айни хислати қаҳрамононаш (Темурмалик ва Ҷалолуддин)-ро идеализатсия накардааст, балки дар офаридани симо ва хислати онҳо зиёдтар ба сарчашмаҳои таърихӣ таъя карда, дар ҳар ду очерк низ барои равшан кардани вазъияте, амалу ҳолате аз аҳбори «Равзатуссафо», «Таърихи Наршахӣ» ва дигар сарчашмаҳо истифода кардааст.

Хулоса. Устод Айни муваффақ шудааст, ки ҷеҳраи ба ҳақиқати таърих асосёфтаи Темурмаликро ба унвони сипаҳсолори қордону ботачриба мӯҳассам созад.

Нависанда барои таблиғи саҳеҳ ва фаҳмиши дурусти вижагиҳои худшиносии миллии тоҷикон ба маънии муваҳхид омадани мафҳуми тоҷикро ҳамчун исми миллат дар заминаи ҳуҷҷатҳои таърихӣ сабт мекунад.

Адабиёт:

1. Абдуллаев, М.А. Идея национального самосознания в таджикской публицистика XX век. М. А. Абдуллоев. - Душанбе: РТСУ, 2011. - 111 с.
2. Айни, С. Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик. Исёни муқаннаъ. /С. Айни.-Душанбе: Маориф, 1978 - 167 с.
3. Ломидзе, Г. Ленинизм и судьбы национальных литератур. /Г. Ламидзе. - Москва: «Современник», 1982.- 286с.
4. Прохоров, Е.П. Публицистика в жизни общества. /Е. П. Прхоров. - Изд. Московского университета, 1968. - 101 с.
5. Раъбаӣ, М. Қиссаи марғи баном // Садои Шарқ 1990, - № 4.- С.117-122.

Маҳмадова Майсара

ИНЪИКОСИ ХУДШИНОСӢ ВА ҲУВВИЯИ МИЛЛӢ ДАР “ПАЁМ АЗ БУХОРО”-И АСАД ГУЛЗОДА БУХОРОӢ

Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Ашъори шоири ширинсухану суҳанпардоз Асад Гулзода Бухороӣ сар то сар аз меҳру муҳаббат нисбат ба Ватан, модар, ёру дӯстони мушфиқ, табиати нотакрори сарзамини биҳиштосои Душанбеу Бухорои шариф мебошад. Асад Гулзода Бухороӣ ҳамчун як фарзанди бурунмарзии Тоҷикистони азиз доимо дар андешаи ободиву гулгудшукуфои он буда, дар нигоштаҳои ба ҷон пайванд будани ҳешро ҷаззобу дилписанд ба риштаи назм қашидааст. Як аз самтҳои асосии фаъолияти шоир ин тавсифи Тоҷикистони азиз, осудагиву ободии хони миллати тоҷик мебошад. Шоир доимо ғами миллат ва ҳар сангу хор, ҳоки ин кишвари қуҳанбунёдро меҳӯрад.

Шоир дар шеъри “Дарди миллат” тамоми ҳисси ватанпарстиву миллат дӯстӣ ва худшиносии ҳешро бо як эҳсосоти баланд тасвир намуздааст. Ҷанги бародаркуш на танҳо мардуми Тоҷикистон, балки тамоми тоҷикони бурунмарзиро ноорому ҷиғархун карда буд. Фарзанди бовафо дар қадом ғӯшаи олам ҳаёт ба сар барад, ғами Ватану миллат ӯро ором намегузорад, ки ин ҳолатро дар байти зерини Асад Гулзода Бухороӣ мушоҳида қардан мумкин аст, ки шоир ҳамчун фарзанди вафодор ва меҳанпарастӣ тоҷик бо алам баён мекунад:

Чӣ шуд бар ту диёрам, Тоҷикистон?

Ба ҳолат дидаву дил гашта гирён.

Ҳамчун фарзанди миллати тоҷик ифтихор аз он мекунад, ки Тоҷикистон маскан, хона, чону рӯҳи тоҷикон аст, душман наметавонад ба муқобили ин миллати куҳанбунёд истодагарӣ кунад, доимо мағлуб мегардад:

Барои тоҷикон ҷисмат бувад ҷон,

Ту якто дар ҷаҳон, эй Тоҷикистон!

Ба ҳифзат мо ҳама аз ҷон гузаштем,

Ҷаҳон дар ҷашми душман торикистон.

Шоир аз қудратмандии миллати сарбаланди тоҷик ифтихор намуда, қудратмандии онро ба шер ва душмани бадҳохи халқи тоҷикро ба мӯр ташбеҳ намуда, менависад:

Мадад бар мо бувад арвоҳи Рустам,

Ба майдон шуд равон Раҳиш Таҳамтан.

Қучо бар ҷанги шере тоқати мӯр?

Надида инчунин ҷанг аҳли олам.

Яқин дон, миллате ҳаргиз намирад,

Зи душман интиқоми худ бигирад .

Дар шеъри “Кишвари ҷон” шоир аз сарсабзиви гулгулшукуфой, ободиву осудагии Тоҷикистони азиз ба вачд меояд ва ҳамчун фарзанди ин миллати сарбаланд он васф карда, аз осудагиву гулгулшукуфои он ба вачд меояд, эҳсоси хешро ба риштаи назм қашида чунин сурудааст:

Диёри дилрабоям, Тоҷикистон,

Диёри дилкушоям, Тоҷикистон!

Саросар гаштай ту боғу бўстон,

Ба сӯят пар кушоям, Тоҷикистон.

Шоир доимо бо ҳаёли кишвари дилҳо Тоҷикистон зиндагонӣ мекунад ва чун фарзанди вафодор аз дурии хоки ин сарзамин ба дард омада, пазмон шудани хешро дар байни зерин чунин ифшо намудааст:

Шудам пазмони ту , эй кишвари ҷон,

Шавам меҳмони ту, эй кишвари ҷон.

Дарат бозу маро дар интизорӣ,

Ба дидорат расам эй кишвари ҷон.

Шоир дар суруди “Душанбе” пойтахти Тоҷикистон Душанберо тавсиф намуда, онро ҳамтой Бухоро медонад. Душанберо қалби диёри тоҷикон номида, бо ифтихор меғӯяд:

Аё шахрам, Душанбеи дилоро,

Барои ман ту ҳастӣ чун Бухоро.

Ту қалби беқарори давлати ман,

Барои тоҷикон ҳасти гуворо.

Душанбешаҳр барои тамоми тоҷикони дунё “Дили Втан” маҳсуб менамояд. Душабе дарвоқеъ, зебову қашанг, хушбоду ҳаво, мардумонаш сарбаланду меҳмоннавозанд. Дар байти зерин симои воқеии Душанбешаҳр шоирона тасвир ёфтааст:

Шаҳри ҷавонӣ ҳастӣ, Душанбе,

Баҳри дамоне ҳастӣ, Душанбе,

Дар синаи ту сад кони ганҷ аст,

Ганҷи гароне ҳасти Душанбе.

Зи ту дурам, диёрам Тоҷикистон,

Диёри ғамбарорам, Тоҷикистон!

Ба мислат мулки зебое надидам,

Саросар кӯҳсорам, Тоҷикистон!

Фарзанди фарзонаи миллат ватану забонашро ҳомиву пуштибон аст. Яке аз мавзӯҳои осори Асад Гулзода Бухорӣ васфи забони модарист. Асад Гулзода Бухорӣ ҳомӣ ва пуштибони забони ноби тоҷикӣ-форсӣ бо як ҳисси меҳанпарастӣ ва миллатдӯстӣ ифтихор аз он мекунад, ки эҷодкори забон аст. Агар Низомии Ганҷавӣ бо забони ноби тоҷикӣ сухан гуфтани эҷод қарданро бо ифтихор дар байти зерин тавсиф карда бошад:

Низомӣ ки назми дари кори ўст,

Дарӣ назм қардан сазовори ўст

Асад Гулзода Бухорӣ дар шеъри “Эҷодкори забонам” ифтихормандии хешро баён намуда, забони ноби тоҷикӣ – форсиро сарват, давлат, зиннат, шӯҳрати хеш медонад:

Сарвати ман ту ҳастӣ,

Давлати ман ту ҳастӣ,

Зинати ман ту ҳастӣ,

Шӯҳрати ман ту ҳастӣ,

Забони модарии ман,

Форсии дарии ман.

Шоир дуруст баён қардаст, ки забони тоҷикӣ-форсӣ мақому эътибори баланд дорад ва имрӯз дар симои сарвари кишвари тоҷикон Эмомалӣ Раҳмон пуштибони хешро дарёфтааст. Имрӯз ин забон мақоми давлатӣ гирифта, баъди садсолаҳо боз ба курсии зарини худ, чун забони дарбор, давлату давлатдорӣ, илму адаб ништаст. Шоир шӯҳратмандии хешро дар забони модарии худ дарёфта бо ифтихор менависад:

Эътиборат баланд аст,

Мақомат бегазанд аст,

Шӯҳратат ҳам дучанд аст,
Хаёлам бар ту банд аст,
Забони модарии ман,
Форсии дариин ман
Дар хотимаи ин шеър босо рамзӣ ва дуруст зикр намудааст, ки имрӯз ва ояндаи забони тоҷикӣ-форсӣ дурахшон аст. зеро дар кишвари азизамон, Тоҷикистон мақому эътибори забони тоҷикӣ баланд аст.

Ояндаат дурахшон,
Симоят ҳам нурафшон,
Чун ҳумо ту парафшон,
Дар Хучанду Бадахшон.
Забони модарии ман,
Форсии дариин ман
Дар шеъри “Ифтихор” шоир чун фарзанди барӯманди миллати тоҷик изҳори хушнудӣ аз ободиву озоиштагӣ, сарсабзиву гулгулшукуфоии Тоҷикистони азиз намуда, онро басо шоирона тавсиф намудааст:

Тоҷикистон, кишвари зебои ман,
Ҳасти ту имрӯзи ман, фардои ман.
Мисли кӯҳат нест кӯҳе дар ҷаҳон,
Қомати ман, ту сари болои ман.
Аз ту бошад эътибору қадри ман,
Ҳоки покат давлату тиллои ман.
Тоҷиконро гавҳари ноёбӣ ту,
Баҳри халқи сарбаланд маъвои ту.
Тоҷикистон манзил, маскану маъвои томоми миллати сабаланду тамадунофарӣ тоҷик мебошад ва доимо тайёр аст, ки фарзандонашро ба қанори гарму биҳиштосӣ хеш бигирад. Асад Гулзода Бухорӣ эҳсоси замири хешро дар порчаи шеъри зерин бо як маҳорати баланд ифшо намудааст, ки он изҳори дили ҳазорон фарзандони бурунмарзии миллати тоҷик аст:

Ман надорам ғайри ту ҷойи дигар,
Манзили ман, маскану маъвои ман.
То ки бошӣ давлати подори ман,
Ҷон фидоят модарӣ яқтои ман!
Фарзани миллат дар қучо маскану зиндагонӣ, қору ғайрият дошта бошад ҳам, доимо бо ӯ хоки Ватан ҷонпайванд, ғамшарику шодшарик аст. Асад Гулзода Бухорӣ дар порчаи зерин ҳамчун фарзанди бурунмарзи изҳори Андеша намудааст:

Обу ҳоқат баҳри ман бегона нест,
Тоҷики берун зи ту беҳона нест.
Давлати ман Тоҷикистон асту бас,
Мурғи берун аз қарас бедона нест.
Мову ту парвардаи як кишварем,
Мову ту ҳам зодаи як модарем,
Дар порчаи зерин ба қуҳанбунёд будани миллати тоҷик ишора намуда, таъкид мекунад, ки қасе китоби “Тоҷикон”-ро ҳонад, гузаштаи ин миллати бузургманишро бидонад. Ифтихор аз гузаштагон, Тоҷикистон ва миллати тоҷик мекунад:

Тоҷикистон, то ҷаҳон бошад, ту бош,
Ғар набошӣ, бе ту зорам, эъ Ватан.
Ҳар қасе ҳонад китоби “Тоҷикон”,
Мебарад ангушти худро бар даҳон,
Пас биғаҳмад асли мо, авлоди мо,
Ифтихори ворисони ин ҷаҳон.
Хулоса, осори шоири ширинбаёни тоҷик Асад Гулзода Бухорӣ гуногунмавзӯ ва мазмун буда, як самти ашъори шоир ба васфи Ватану миллат, ободиву осудагии тоҷикон, ташаккулу тақомули забони ноби тоҷикӣ, ифтихор аз Ватану ватандорӣ, меҳанпарастиву забандорӣ баҳшида шудааст.

Адабиёт:

1. Айни, С. Модар-Ватан // Тоҷикистони сурх, 1942, 26-уми сентябр.
2. Айни, С. Қуллиёт. - Ҷ. VI. /С. Айни. - Душанбе: Нашрдавтоҷ, 1962. - 415 с.
3. Гулзода. А.Б. Паёме аз Бухоро. Душанбе: Эр-граф, 2022. 340 с.
4. Ҳусейнзода, Ш. Суханҳои ватанпарварӣ ва ҷанговарӣ. /Ш.Ҳусейнзода.- Сталинобод: Нашрдавтоҷ. 1942. - 11с.

Маҷидова Б.

БАЪЗЕ ВИҶАҒИҶОИИ ҶИДАШАВИИ САРАЪЗОҶО ДАР ОҶЕРКҶОИ ТАЪРИХИИ САДРИДДИН АЙНӢ

МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамияти мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки ҷидашавии аъзоҳои ҷумла ва роҳу воситаҳои он яке аз масъалаҳои мубрами илми забоншиносӣ ба ҳисоб рафта, омӯзиши он масоили муҳим дар назди муҳаққиқону забоншиносон қарор мегардад ва он метавонад ба масъалаҳои баҳсноки наҳви ҷумлаҳои сода равшанӣ андозад.

Мақсади таҳқиқот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи очеркҳои таърихӣ Садриддин Айний вижагиҳои ҷида шудани сараъзоҳоро муайян намоем.

Натиҷаи таҳқиқот. Ҷумлае, ки дар он аз ду зиёда мубтадо, хабар, муайянкунанда, пуркунанда ё ҳол бо алокаи пайваст омада, бо аъзои дигаре муносибати якхелаи маъноӣ грамматикӣ пайдо мекунад, ҷидааъзо ном дорад.

Аъзоҳои ҷидаи ҷумла ҳамеша ба як аъзои дигар алоқаманд мешаванд, дар ин сурат ҳар як аъзои ҷида мустақилона ба он аъзо муносибати грамматикӣ пайдо мекунад. Дар байни аъзоҳои ҷида алокаи пайваст вучуд дорад, ки он бо ёрии интонатсияи пайваст ва ё интонатсияю пайвандакҳои пайвасткунанда (пайҳам, ҳилофӣ ва ҷудой) ифода меёбад. Аъзоҳои ҷида интонатсияи махсуси «шумур» доранд ва бо як зарб пайи ҳамдигар омада, бо фосилаи якхелаи ист аз якдигар ҷудо карда мешаванд. Дар ифодаи аъзоҳои ҷида таносуби сухан, алокаи маъноии калимаҳо аҳамияти калон пайдо мекунад.

Профессор Камолиддинов Б. чунин хусусиятҳои ҷумлаҳои ҷидааъзоро зикр намудааст:

“Хулоса, аломатҳои зерин моҳияти аъзоҳои ҷидаи ҷумларо дар бар мегиранд:

1. Аъзоҳои ҷидаи ҷумла ҳамеша як аъзои дигарро шарҳ медиҳанд. Хабарҳои ҷида ба як мубтадо тобеъ шуда, онро аз як ҷиҳат ё аз ҷиҳатҳои гуногун эзоҳ медиҳанд.

2. Сарфи назар аз будан ё набудани мубтадо, хабарҳои ҷида ҳамеша ба як шахсу шумора далолат мекунанд.

3. Аъзоҳои ҷидаи ҷумла бо ҳамдигар муносибати муайяни грамматикӣ дошта, ҳамеша бо ёрии интонатсияи пайваст ва ё ба воситаи интонатсияи пайвасту пайвандакҳои пайваст (пайҳам, ҳилофӣ ва ҷудой) алоқаманд мешаванд. Гарчи ҳар кадоми хабарҳои ҷида нисбатан мустақиланд, байни онҳо ҳамеша муносибати муайяни замонӣ вучуд дорад. Хусусан, дар сурати бо шакли замони гузаштаи сифати феълӣ ифода ёфтани хабарҳои ҷидаи пешомада алокаи грамматикӣ байни аъзоҳои ҷида кавитар мегардад.

4. Дар байни аъзоҳои ҷида ҳамеша як навъ робитаи маъноӣ ва таносуби сухан риоя мешавад, бинобар ин ҳар гуна исм, сифат ва феълҳоро дар вазифаи аъзоҳои ҷида оварда, ба тарзи сунъӣ ба ҳам пайвастан имконнопазир аст.

5. Дар тартиби пайҳам омадани аъзоҳои ҷида низ низоми муайян риоя мешавад [Камолиддинов Б. Наҳви забони тоҷикӣ. Душанбе. 2010, саҳ. 69].

1. Мубтадоҳои ҷида. Дар очеркҳои таърихӣ сершумории мубтадоҳои ҷида характернок аст. Нависанда ашӯ, ҳодиса ва воқеаҳои гуногунро ба таври ҷида оварда, имконоти муайяни услубии онҳоро ифода намудааст. Бо оҳанги махсуси “шумур” хонда шудани якчанд мубтадои якхела ҷиҳати муассирии матнро зиёд карда, боиси диққатҷалбкунанда ифода ёфтани ашӯи тасвир гаштааст. Воситаҳои грамматикӣ пайвасткунандаи мубтадоҳои ҷида дар асар гуногунанд. Дар аксарияти онҳо пеш аз калимаи охирин пайвандакӣ пайвасткунандаи пайиҳами “ва” омада, ҷидашавии калимаҳо чун қулфу калид маҳкам шуда, ба он ишора мешавад, ки дигар имкони давом додан нест. Чунончи:

Оқибат беозуқагӣ ва бекоҳу алафӣ аҳолии шаҳр ва аспони лашкариёни Шарикро ба ҷон расонид (саҳ. 136).

Чунончи Бухоро, Самарқанд, Нахшаб (Насаф-Қаршӣ), Кеш (Шаҳрисабз), Шумон (ё ин ки Шомон) ва дигарҳо мамлакатҳои мустақил буда, худотҳои ҷудогона доштанд (саҳ. 94).

Дар баробари ин, дар очеркҳо мубтадоҳои ҷидае дучор мешаванд, ки бе ҳеҷ пайвандак бо ҳам алоқаманд шудаанд ва дар ин ҳолат нақши оҳанг (интонатсия) хеле калон аст. Чунончи:

Мовароуннахр, Хуросон, Хоразм дар он замонҳо ободтарини мамлакатҳои Шарқи ислом буданд (саҳ. 3). Дар Мовароуннахри онрӯза, хусусан, дар Бухоро ва музофоти он **бофандагӣ, пойафзордӯзӣ, заргарӣ, ҳайкалтарошӣ, наққошӣ** бисёр ривоч ёфта буд. (саҳ. 97).

С. Айний ҳангоми дар таркиби аъзоҳои ҷидаи ҷумла овардани исмҳо ҳар яки онҳоро дар шакли ҷамъ кор мефармояд, ки дар натиҷа нутқ як навъ оҳанги мутантан гирифта, ба ҳиссиёти хонанда бештар таъсир намуда, завқӣ ўро бедор мекунад. Яке аз ҷиҳатҳои махсуси тарзи ифода дар ин асарҳо бо ҳар яке аз мубтадоҳо такрор шудани пасванди ҷамъбандии “-ҳо” ва “-он” мебошад. Дар шакли ҷамъ такрор шуда омадани мубтадоҳо бо ғарази услубӣ корбаст шудаанд. Бо ин роҳ муаллиф бисёрии миқдори ашӯро махсус таъкид намудааст:

Киштзорҳо, гулзорҳо, боғу бўстонҳо ва марғзорҳо сар то сар хароб карда шуда буданд (саҳ. 68). Дарёҳо, нахрҳо ва ҷӯйҳо дар ҳама тарафҳои ин сарзаминҳо равона буда, қариб ҳамаи заминҳои қобили кишту кор кошта мешуданд (саҳ. 3). Ин бутҳо ва бозичаҳоро ҳайкалтарошон, заргарон, наққошон ва дуредгарони Бухоро бо қандакорӣҳо, бо нақшу нигорҳои гуногун ва нигинакорӣҳо сохта мебароманд. (саҳ. 99).

Дар асар ин гуна мубтадоҳо бо калимаи хулосакунанда оварда шудаанд. Дар ин мисолҳо ҷонишини “ҳама” ба тариқи такрор оварда шуда, бо аъзои ҷида мутобиқат намуда, маъноӣ таъкидро пурқувват кардааст:

Қасрҳо, кӯшкҳо, кохҳо, саройҳо, карвонсаройҳо, растаҳо, бозорҳо, тимҳо, мадрасаҳо, китобхонаҳо, мунораҳо, масҷидҳо – ҳама ва ҳама сӯхта хокистар гардида буданд. (саҳ. 69). Дар роҳ деҳаҳо ва ҷойҳои аҳолинишин -ҳама ва ҳама ҳолӣ буданд (саҳ. 51).

2. Хабарҳои ҷида. Ҷида шуда омадани хабарҳо яке аз роҳҳои зухур кардани имконоти услубии онҳо мебошад. Имконоти услубии хабарҳо дар баёни ҳамаатарафаи аломати мубтадо ва оҳанги нутқ ифода мегардад. Чунончи: Муқаннаъ бо 36 тан аз наздикони худ ба наздикиҳои об **омада**, дар он ҷо **пинҳон шуда**, барои гузаштан аз об фурсати муносиборо **мунтазир шуд** (саҳ. 153).

Хабарҳои ҷида дар асар ҳам бо пайвандак ва ҳам бе пайвандак истифода шудаанд. Дар асар хабарҳое, ки бо ёрии пайвандакҳои пайвасткунанда ҷида шуда омадаанд, хеле зиёданд: Яздигурд ба ин ҳол **пай бурда гурехт** ва ба дасти як осиббон **кушта шуд** (саҳ. 101). Аҳолии ўро ҳам **мағлуб карданд** ва лашкарашро **куштанд, шикастанд ва пароканда карданд** (саҳ. 191).

Аз паҳлӯи хабари охирин лағв шудани пайвандаки пайваस्तкунанда боиси такроран истифода шудани оҳанги пайваस्तкунанда шудааст: Ман падари худро **надидаам**, кӣ будани ўро ҳам **намедонам** (саҳ.84). Муғулон бо шунидани ин сухани Темурмалик ба чунбиш омаданд, ҳамаашон шамшерҳошонро аз ғилофҳо кашида, ба Қатағанўғлон нигоҳ карда, мунтазири фармони ў шуда истоданд. (саҳ. 91).

Ваҳшонияти беамсоли лашкари Чингиз ва муборизаи пуршиддати темурмаликиён ба муқобили онҳо, ки ҳама аз ҳодисаҳои фоҷиавии ивазшаванда иборатанд, ба тарзи хеле фаровон кор фармуда шудани хабарҳои чидаро тақозо кардаанд. Дар ин маврид хабарҳои чидаро баробари иҷрои вазифаи грамматикӣ як навъ хусусияти муассирӣ низ зоҳир намуда, ҳамчун градасия бо савти тантанавии худ оҳанги ҷумларо хеле ҷиддӣ ва таъсиргузори онро дуболо кардаанд. Чунончи:

Чингизӣни ваҳшӣ баъд аз тороҷ шаҳрро **сӯхта ва вайрон карда**, ба замин яксон намуданд (саҳ. 66). Чавон... бо лабҳои аз ҳаяҷон **хушкида** кафи пойи пуробилаи ўро **мебӯсид** ва ҷашмони пур аз ашки шодии худро бар рӯи пойи аз пири хушкидаи вай **мемолид** (саҳ. 81).

Дар объекти таҳқиқотии мо хабарҳои чидаро, асосан, ба ду вазифа – барои ифодаи амалҳои ҳамзамон ва пайҳамзамон омадаанд. Нависанда дар ифодаи амалҳои ҳамзамон аз хабарҳои номӣ ва феълии бо шаклҳои тасрифии феъл ифодаёфта ғолиб борад:

Ў бо ҳамлаҳои паёпай чингизӣро **сар мезад, даст мебурид, по мешикаст ва сина медарид** (саҳ. 65). Мувофиқи ин аҳднома сафедҷоман аз қалъа **баромада**, аз хандақ гузашта, ба лашкароҳи араб **рафтанд** (саҳ. 159). Чавон дар пешгоҳи кулба пӯстакеро **пахн карда**, қаландарро бар рӯи вай **пинонд** ва аз нону таоми тайёри худ ба пеши **ӯ кашида**, ўро **зиёфат кард**. (саҳ. 83).

Айни дар асар ба вазифаи хабарҳои чидаро ду воҳиди фразеологӣ ва дар баъзе ҷумлаҳо як воҳиди фразеологӣ ва як ибораи озода нахви овардааст, ки бо ин амал диққати хонандаро ҷалб намуда, завқи эстетикӣ ўро бедор кардааст. Дар мисолҳои зерин дар ҷумлаи якум ду воҳиди фразеологӣ ва дар ҷумлаи дуюм як воҳиди фразеологӣ ва ибораи озода нахвӣ ба вазифаи хабарҳои чидаро истифода шудаанд. Чунончи:

Улоқнуён бар ҳилофи умеди Яланғумалик ва ваъдаи худ дар навбати аввал ўро бо тамоми навқаронаш **аз дами теғ ва неши тир гузаронид** (саҳ.41). Аммо дар сохтани як газ роҳи хушкӣ **сари чандин муғул ба бод ва танааш ба об мерафт** (саҳ. 49).

Хулоса. Айни хабарҳои чидаро барои қушода додани характери одамон низ истифода намудааст, ки бо ин восита ҳисси норозигӣ ва қаҳру ғазаби хонандаро нисбат ба персонажи манфӣ бедор мекунад:

Ў афкори оммаро ба **назар намегирифт**, ба муҳаббат ва нафрати оммаи мардум **этибор намедод** (саҳ.19). Адабиёт:

1. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. Ибора ва синтаксиси ҷумлаҳои сода.–Душанбе: –Дониш, 1986. Ҷ.2. –368с
2. Забони адабии ҳозираи тоҷик. Синтаксис. Барои студентони факултетҳои филологии мактабҳои олӣ. – Душанбе : Ирфон, 1970.–167с.
3. Камолиддинов, Б. Нахви забони тоҷикӣ/ Б.Камолиддинов. –Душанбе, 2010.–231с.
4. Норматов М. Ҷумлаҳои сода дар забони адабии ҳозираи тоҷик/ М.Норматов.–Душанбе, 2015. –234 с.
5. Раҳматова С. Хабарҳои чидаро ва баъзе хусусиятҳои онҳо / С.Раҳматова // Забоншиносии тоҷик. – Душанбе : Дониш, 1980. – С.185-191.

Мачурашвили М.Л., Симонян Р.З.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА)

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Курск.

Актуальность.

Показатель удовлетворенности населения качеством медицинской помощи используется в качестве основного критерия общественной оценки деятельности здравоохранения. Такой элемент обратной связи позволяет выявить имеющиеся пробелы в данной сфере и использовать полученные данные для повышения эффективности работы. Особое значение это имеет для первичной медико-санитарной помощи, так как в соответствии со статьей 33 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», первичная медико-санитарная помощь является неотъемлемой частью системы оказания медицинской помощи и охватывает всё население [1].

Цель исследования.

Оценить удовлетворенность населения медицинской помощью, проанализировать полученную информацию и выявить положительные и отрицательные аспекты по данной теме, определить проблемы, с которыми на постоянной основе сталкиваются пациенты.

Материал и методы исследования.

В ходе работы были использованы методы анонимного социологического анкетирования и статистической обработки данных с помощью программы «Yandex Форма». В данном исследовании приняло участие 311 респондентов, среди которых 228 (74%) женщин и 80 (26%) мужчин.

Результаты исследования и их обсуждение.

Возраст респондентов составил 18-21 (94,2%), остальные: до 18 лет (1,6%), 22-24 (3,9%) и более 26 (0,3%). 163 человека дали оценку состояния своего здоровья, как «хорошее», что составляет 52,4%, 141 (45,3%) охарактеризовали, как «удовлетворительное» и 7 (2,3%) отметили «слабое» состояние своего здоровья. У 58 из 311 опрошенных есть

заболевания нервной системы, 48 респондентов из исследуемой группы страдают от нарушений работы эндокринной системы, 76 человек имеют проблемы, связанные с расстройством питания. Кроме того, 39 респондентов отметили, что у них были выявлены нарушения опорно-двигательного аппарата, 20 – болезни костно-мышечной системы, 11 – болезни крови и кроветворения, остальные заболеваний не имеют.

Один из факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов, – соблюдение этики и деонтологии медицинским персоналом. Более половины опрошенных (52%) отметили доброжелательность, а 53,1% подчеркнули вежливость медицинских работников. Внимательность со стороны персонала была отмечена 50,5% респондентов. Однако 27,7% опрошенных сообщили о неуважительном обращении к пациентам, 26% отметили невнимательность, а 9,6% высказались о безответственном выполнении медицинским персоналом своих обязанностей. Таким образом, пациенты изредка сталкиваются с несоблюдением персоналом медицинских учреждений медицинской этики и деонтологии, что требует систематической работы.

Доверие к врачу строится из умения медицинским персоналом доходчиво разъяснять, рекомендовать и назначать лечение. Так, 137 (44,7%) человек довольны данными показателями и только 6 (1,9%) участников опроса крайне не удовлетворены.

Исследование показало, что 177 (57,5%) респондентов частично удовлетворены условиями ожидания пациента в поликлинике: наличием свободных мест для ожидания, чистотой помещения, наличием туалета и питьевой воды; 15,1% – полностью удовлетворены, 18,3% – скорее не удовлетворены, а 9% – полностью не удовлетворены условиями ожидания приема.

По вопросам удовлетворенности длительностью ожидания приема врача более 30 минут – 117 респондентов, что составляет 37,6%, не более 25 минут – 30 (9,6%), остальные – не более 20 минут.

Более половины опрошенных – 216 человек довольны работой скорой медицинской помощи; 225 (72,3%) респондентов оценили качество амбулаторной помощи как среднее, 60 (19,3%) как высокое и 26 (8,4%) человек как низкое. Что касается качества работы стационарной помощи, то абсолютное большинство оказались удовлетворены – 212 (68,2%) человек.

Положительная динамика наблюдается в отношении критерия «маршрутизация в поликлиниках». По результатам опроса, 193 (62,1%) человека отметили высокую организацию разделения потока пациентов, слаженную работу регистратуры, создание четких схем ориентирования. Но 118 (37,9%) респондентов недовольны маршрутизацией в поликлиниках.

Данные анонимного социологического анкетирования показывают, что наибольшая доля респондентов (58,6%) считают дистанционную медицинскую консультацию доступной, а 41,5% – нет.

Выявлена высокая удовлетворенность доступностью для пациентов медицинской помощи пациентам на дому. 80,7% респондентов указали, что помощь была оказана на дому вовремя; 19,3% – помощь была оказана позже, чем требовалось.

Неотъемлемой частью жизни каждого человека является обращение за медицинской помощью с проблемами различного характера. Анализ анонимного социологического анкетирования показывает необходимость совершенствования многоплановой работы лечебно-профилактических служб и выявляет достоинства медицинских услуг.

Уровень удовлетворенности медицинской помощью на июнь 2023 года достиг 47,1%, как заявил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, что следует из лекции о безопасности пациентов.

В пресс-службе Минздрава подчеркнули, что благодаря усилиям здравоохранения и медицинскому персоналу в период пандемии, уровень удовлетворенности населения медицинской помощью увеличивался.

В условиях развития информационного общества стратегически обоснованным представляется использование мнения населения для привлечения его к активному участию в охране здоровья. Данный процесс начинается с определения медицинских потребностей, выявления приоритетных направлений и завершается оценкой эффективности принимаемых мер по укреплению общественного и индивидуального здоровья. [2].

Анализируя полученные данные можно сказать о том, что существенным недостатком системы здравоохранения являются ограничения в доступности дистанционной медицинской консультацией, среднее качество амбулаторной и стационарной помощи, удовлетворительное соблюдение персоналом медицинской этики и деонтологии, длительное ожидание приема врача. Пациенты удовлетворены доступностью медицинской помощи на дому, работой скорой помощи, маршрутизацией в поликлиниках.

В области здравоохранения в России давно используются социологические методы исследования. В период СССР, начиная с 1970-х годов, проводились крупномасштабные социологические исследования с целью оценки качества медицинского обслуживания. В то время основное внимание уделялось положительным аспектам советской системы здравоохранения. Однако к концу 1980-х годов начали появляться публикации, в которых анализировались жалобы, поступающие от населения, что стало первым шагом в выявлении недостатков в системе здравоохранения. В 1990-е годы в сфере здравоохранения наблюдается тенденция оценки удовлетворенности пациентов, основанная на социологических исследованиях. Ее целью является разработка универсального коэффициента, который сможет адекватно отражать уровень удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием. Для этого принимаются во внимание три основных аспекта: результаты лечения, наличие и доступность необходимых медицинских услуг и качество обслуживания.

Выводы.

Таким образом, ответы на анонимный социологический опрос подтверждают, что население отмечает как достоинства, так и недостатки, которые имеются в системе здравоохранения, существующих в связи с недостатком медицинского персонала и вытекающих из этого проблем. Желание пациентов в настоящее время обуславливает значимость телемедицины. Респонденты испытывают необходимость в осуществлении дистанционных медицинских услуг, которые не требуют фактического присутствия пациентов на приеме у врача.

Существует необходимость в постоянном контроле оценки качества и доступности медицинской помощи, что позволит своевременно отследить и исправить несовершенства нашей системы здравоохранения.

Список литературы.

1. Общественное мнение о здравоохранении: основные факторы повышения удовлетворенности населения медицинской помощью / Ю. В. Михайлова, Т. А. Сибурина, И. М. Сон [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 231-236.
2. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью / Г. В. Шнайдер, И. А. Деев, О. С. Кобякова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 4. – С. 4.
3. Кайланич, Г. А. Взгляд современного пациента стационара на качество медицинских услуг и качество жизни / Г. А. Кайланич, В. А. Лопухова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 4.

Меликова Н.Х., Косимов Ш.М. Бобоев М.В.

ЛИЧНОСТНЫЕ КРИТЕРИИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ

Кафедра патологической физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Адаптация- процесс приспособления организма к изменившимся условия среды (функционирования). В основе адаптации человека лежит выработанная в процессе его эволюционного развития совокупность морфофизиологических изменений, направленных на сохранение относительного постоянства его внутренней среды-гомеостаза.

Студенты составляют особую социальную группу, объединенную определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни. Здоровье студента - это процесс сохранения и развития физических, биологических и психических функций, оптимальной трудовой и социальной активности при максимальной продолжительности активной творческой жизни. Поступив в ВУЗ, студент оказывается в новых социально- психофизиологических условиях(Н. А. Агаджанян, А. И. Воложин, Е. В. Евстафьева).

Труд студента требует напряжение памяти, устойчивости и концентрации внимания. Непрерывный рост научной и социально-экономической информации, ограниченное время на ее переработку (особенно во время экзамена), заучивание огромного материала перегружает мозг студента, что порождает развитие невротических состояний. Определенный уровень тревожности – является естественным и обязательным, что способствует повышению активности личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Значительное отклонение от уровня умеренной тревожности требует особого внимания. Высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у студента в ситуации оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование уверенности в себе. Личностные характеристики студентов играют существенную роль в моделирующем влиянии сигнализации о достижении конечного результата на мотивационную основу деятельности и его ценностные характеристики. В процессе учебной деятельности важна не только количественная сторона сигнализации о достижении результата, но также качество сигнала, в плане совпадения модели и действительного результата деятельности. Диссоциации последних может оказаться стимулом к обучению для студентов с высоким уровнем общих способностей. Для студентов с низким уровнем способностей подобная диссоциация - источник психоэмоционального напряжения и снижение мотивации к обучению (DeLongisA, FolkmanS, LazarusRS).

Цель исследования. Определение у всех обследованных состояние АНС по показателям математического анализа сердечного ритма (МАСР). Для оценки уровня реактивной и личностной тревожности использовали тест Спилберга, адаптированный Ю.Л. Ханиным (1981). Известно, что независимо от формы стресса всегда отмечается состояние тревоги (СТ), когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию, как несущие в себе актуально или потенциально, элементы опасности, угрозы, вреда (WatsonD. ClarkL.A.). Под тревожностью понимается особое эмоциональное состояние, часто возникающее у человека с проявлениями беспокойства и опасениями, что препятствует нормальной деятельности или общению с людьми. Под личностной тревожностью (ЛТ) понимается индивидуальная черта личности человека, отражающая его предрасположенность к эмоционально отрицательным реакциям на различные жизненные ситуации, несущие угрозу для своего Я (самооценки, уровня притязаний, отношения к себе и т.п.). ЛТ это стабильная склонность человека реагировать на подобные социальные ситуации повышением тревоги и беспокойства. Ситуационная тревожность или реактивная тревожность (РТ)определяется как временное, устойчивое в определенных жизненных ситуациях состояние тревожности и возникает как привычная эмоциональная и поведенческая реакция на определенные ситуации (например, могут быть переговоры, разговоры по телефону, экзаменационные испытания).

Методы и характеристика обследований. Нами обследовано 480 студентов в возрасте от 18 до 25 лет. У каждого студента личностная и ситуационная тревожность развиты в различной степени и определены методикой Спилберга– Ханина (1981).

Результаты и их обсуждение.

Результаты исследования личностной тревожности (ЛТ).

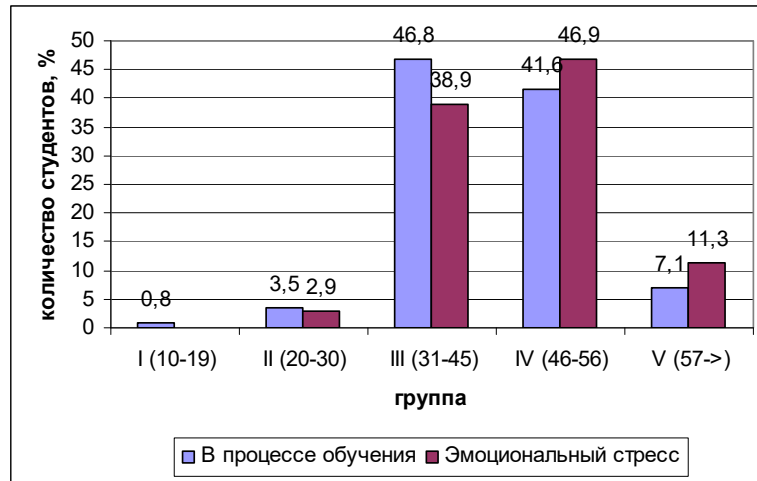


Рис 1. Личностная тревожность студентов на фоне обучения и стресса

Из рисунка видно, что наибольшее количество обследованных (46,8%) с умеренным уровнем тревожности - это лица адаптированные в себе и стабильные в достижении своей цели. Высокий уровень ЛТ отмечается у 41,6% обследованных, что свидетельствует о склонности к невротическим срывам. Низкий уровень ЛТ отмечено у 3,5% обследованных студентов. Незначительную часть обследованных студентов составили лица с очень низкой и очень высокой тревожностью – соответственно 0,8% и 7,1%.

При эмоциональном стрессе большая часть обследованных составляют студенты с высоким (46,9%) уровнем ЛТ. Следует отметить, что у каждого десятого из обследованных отмечается очень высокий уровень тревожности. Таким образом, 58,2% обследованных по показателям ЛТ при эмоциональном стрессе проявляют склонность к невротическим срывам. У 38,9% обследованных отмечается умеренная степень ЛТ, что свидетельствует об адекватной стабильности и уверенности в своих действиях. У незначительной части обследованных (2,9%) отмечается низкий уровень ЛТ, что свидетельствует о низкой мотивации данных студентов.

Результаты исследования РТ в процессе обучения.

рис 2.

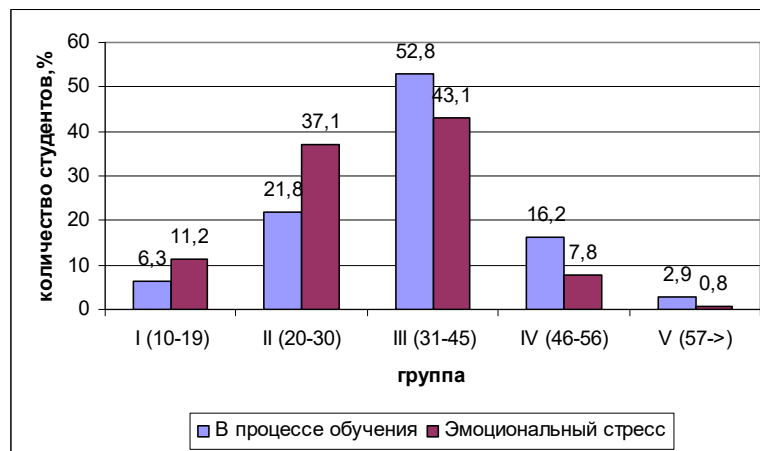


Рис 2. Реактивная тревожность студентов на фоне обучения и стресса

Из рисунка видно, что у большинства обследованных (52,8%) отмечается умеренная РТ, что свидетельствует о стабильности и уверенности студентов в достижении мотивационной деятельности. Эти студенты имеют адекватную реакцию на эмоциональный стресс. Незначительная часть обследованных (6,3%) студентов, имеют очень низкую РТ, что свидетельствует об отсутствии реакции на стресс. Наиболее низкий процент (2,9%) с очень высокой РТ. Для этих студентов характерна низкая мотивация в достижении цели. У большей части обследованных на фоне эмоционального стресса (43,1%) отмечается умеренный уровень РТ, что свидетельствует об уверенности студентов, их адекватной реакции на стресс и стабильности физиологических процессов. Следует отметить, что у 8,6 % обследованных отмечается высокий уровень РТ, то есть у каждого 12-го студента отмечается низкая мотивационная деятельность.

По данным среднеквадратичного отклонения нами выделено 4 группы:

1гр. - 0,03 и менее; 2гр. - от 0,04 до 0,05; 3гр. - от 0,06 до 0,07; 4 гр. – 0,08 и более.

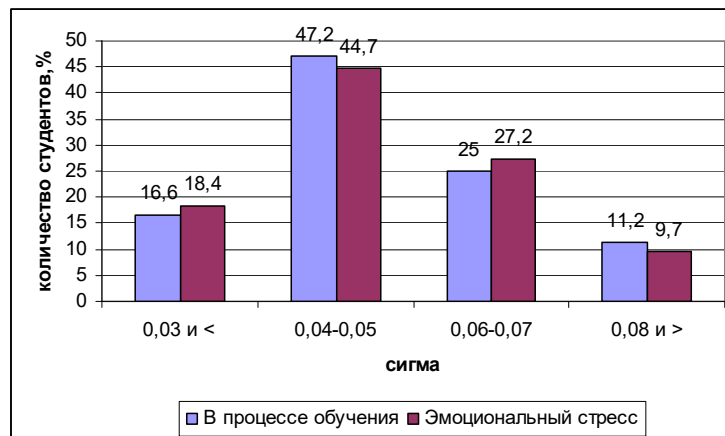


Рис 3. Среднеквадратичное отклонение в процессе обучения и стресса.

Из рисунка видно, что наибольшее количество студентов со значением среднеквадратичного отклонения в пределах 0,04 - 0,05 (47,2%) на фоне обучения и при стрессе (44,2%). У каждого шестого студента (16,6%) на фоне обучения и у каждого пятого не фоне стресса наблюдалась высокая степень напряжения регуляторных механизмов, о чем свидетельствует значение δ - 0,03 и меньше. В наиболее неблагоприятной зоне по степени эмоционального напряжения на фоне обучения находятся 36,1% обследованных, а при стрессе – 27,4% со значением δ - 0,06 до 0,07.

По значению моды нами выделено пять групп: 1гр. со значением моды 1,0с и более; 2гр. – 0,86-0,99; 3гр. – 0,75-0,85; 4гр. – 0,67-0,74; 5гр. – 0,66 и менее.

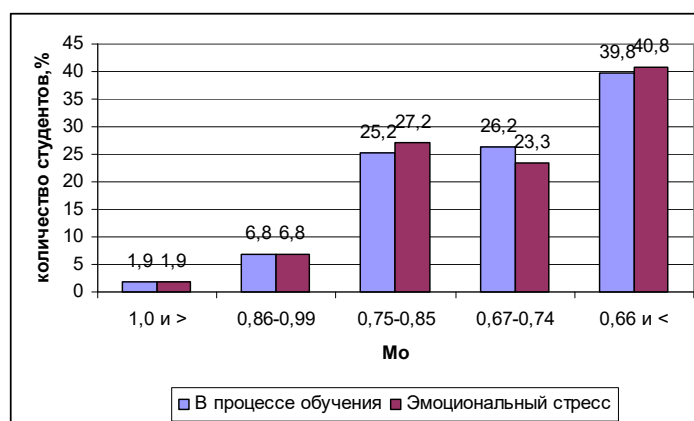


Рис 4. Значение моды в процессе обучения и на фоне стресса.

Из рисунка видно, что в благоприятной зоне на фоне обучения и на фоне стресса находятся 8,6% обследованных студентов. При эмоциональном стрессе у 23,3% обследованных отмечается высокая, а у 40,3% -очень высокая степень напряжения регуляторных механизмов, тогда как на фоне обучения они составляют 39,8% обследованных.

Выводы. Разработка и использование методов управления процессами адаптации студентов к эмоциональному стрессу является необходимым условием сохранения их здоровья и повышения эффективности учебного процесса. Работы Кэтелла и Спилберга показали, что состояние «тревожности» характеризуется иначе, чем «тревожность», как черта личности, хотя они не различаются по качеству (содержанию) переживания. «Эмоциональное состояние» может варьировать в широком диапазоне длительностей (от нескольких секунд до нескольких часов) и интенсивностей. «Эмоциональная черта» является характерологической чертой индивида.

Анализ наших исследований показал, что 46,8% обследованных с умеренным уровнем ЛТ - это лица адаптированные, уверенные в себе и стабильные в достижении своей цели. Почти такое же количество обследованных (48,7%) отмечается с высоким уровнем, что свидетельствует о склонности к невротическим срывам. При эмоциональном стрессе у 58% обследованных отмечается высокий уровень ЛТ и лишь 38,9% с умеренным уровнем ЛТ.

Нами выявлено, что большинство обследованных (52,7%) с умеренным уровнем РТ - это свидетельствует о стабильности и уверенности студентов в достижении мотивационной деятельности. При действии эмоционального стресса, выявлено, что каждый второй студент (53%) имеет низкую мотивацию к деятельности и склоны к срывам. Лишь каждый шестой студент (16%) уверен в себе, у которых отмечается стабильность нервных процессов, адекватная реакция на любой стресс и высокая степень самооценки мотивационной деятельности.

Литература:

1. Шукуров Ф.А. Индивидуальные особенности реакции кардиореспираторной системы у человека при адаптации к высокогорью // Физиология человека. – 1991.- Т.17. №4.-С.32.
2. А.Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы Р и ЛТ Ч.Д. Спилберга. Л., Линитек. 1981, с.70-85.
3. А. И. Воложин, Е. В. Евстафьева. Экология человека и концепция выживания: Учеб. пособие для студ. мед.и фармац. вузов. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 240с.
4. Изард К.Э. Психология эмоций.- СПб: Питер, 2002.-464с.
5. Van Dijk W.C., Verbrugh H.A., Peters R., Van Der Toll M.E. Peterson P.K., Verholf J. Echerichia Colli K Antigen in Relation to Serum Induced Lysis and Phagocytosis // J. Med. Microbiol., 1979.- Vol.12, №1-Р.123-130.

Меъроҷиддини Насридин, Наврузбекова М.А.
РАВАНДИ ДИПЛОМАТИЯИ МУОСИРИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи дипломатия ва муносибатҳои байналмилалӣ Академияи идоракунии давлатии назди Президенти
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дипломатия ҳамун ҷаҳлияти давлат дар соҳаи муносибатҳои берунӣ ва қисми таркибии таърихи муносибатҳои байналмилалӣ буда, дар тури таракқиёти таърихи худ як қатор тайғиротҳои гуногуни ҷамъиятиро пайи ҳам аз сар гузаронидааст. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон баъди эълон гардидани истиқлолияти давлатӣ яке аз самтҳои асосии ҷаҳлияти Ҳукумати мамлакат дар муносибатҳои байналмилалӣ ин қори ҷаҳлияти қорпуси дипломатии кишвар гардид, ки дар самти амалисозии сиёсати қоричии Тоҷикистон дар ҷаҳон саҳми босазо мегузорад. Бо назардошти муносибатҳои давлатҳо дар минтақаи Осиёи Марказӣ ва ҷаҳон вобаста ба равандҳои бархурди абарқудратҳо, Тоҷикистон сиёсати «дарҳои қушод»-ро пеша намуда, ҳамзамон бо давлатҳои ҷаҳон баробар ҳамқорӣ менамояд. Истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон марҳилае аст, ки дар таърихи халқи тоҷик давраи нави муносибатҳои байнидавлатиро ба роҳ мемонад[9]. Дар баробари ҳамин ҶТ дар доираи ҳамқорӣ бо давлатҳои ИДМ, аз усулҳои дипломатии превентивӣ (андешидани тадбирҳои эҳтиётӣ) истифода бурда, маҷмӯи қорабиниҳоеро барои муайян намудани сабабҳо ва пешгирии баҳсҳои байналмилалӣ истифода мебарад[11]. Дар ин самт ҶТ дар самти ташкили машваратҳо ва гуфтушунидҳои қонибҳои муқобил, қустуқӯ намудан ва ташкил қардани фазои ҳусни тафохум, баргузорӣ ва амалисозии ташаббусҳои байналмилалӣ ро роҳ мемонад.

Муваффақияти бузурги дипломатии муосири Тоҷикистонро ташаббусҳои Пешвои миллат дар самти сиёсати таъмини аҳолии сайёра бо оби тоза ташкил медиҳад. Ба шарофати қушишҳои Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон мавзӯи «об» ба рӯзномаи байналмилалӣ масъалаҳои ҷалталаб ба таври доимӣ дохил гардид. Маҷмаи умумии СММ пас аз натиҷагирӣ аз «Соли байналмилалӣи оби тоза», ки он ҳам бо ташаббуси Ҷумҳурии Тоҷикистон эълон гардида буда, ба асоси иттифоқи назар ба тарафдорӣ 141 кишвар, яъне аз се ду ҳиссаи аъзои СММ қарор дар бораи «даҳсолаи байналмилалӣ ҷаҳлияти «Об барои ҳаёт (2005-2015)»-ро қабул намуд. Ба хотири амалӣ қардонидани он бо пешниҳоди қумҳурий моҳи майи соли 2005 дар Душанбе Конфронси байналмилалӣ «ҳамқорӣи минтақавӣ дар ҳавзаҳои дарёҳои сарҳадгузар» гузаронида шуд.

Қунонҷӣ дар доираи ин ташаббусҳо рузҳои 21-24 марти соли 2023 дар дафтари СММ дар шаҳри Нью - Йорк ИМА Конференсияи байналмилалӣи оби тоза таҳти раёсати Пешвои миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон баргузор гардид. Таҳдидҳои дарпешистода ки бо норасоии оби ошомиданӣ ва обшавии пирияҳо алоқамандӣ доранд, саривақтӣ ва дорои қарактери стратегӣ будани ташаббусҳои Пешвои миллатро исбот намуданд. Дар баробари ин Конференсияи мазқур омили муттаҳидқунандаи мардуми ҷаҳон дар роҳи ҳифзи манбаҳои об ва истифодаи оқилонаи об дар сар то сари ҷаҳон даъват гардид. Дар якҷоягӣ бо тамоми ташкилотҳо, давлатҳо, сохторҳои СММ, Пешвои миллат зина ба зина вазифаҳои дар пешии барномаи Рушди устувор истодаро дар самти таъмини оби тоза дар сатҳи байналмилалӣ ба муҳокима гузошта, дар Конференсияи соли 2023 онро ҳамқун барномаи байналмилалӣи амал муаррифӣ қард. Таҷрибаи давлатҳои ҳамсоии дур ва наздикро таҳлил намуда, Ҷумҳурии Тоҷикистон роҳи инкишофи сиёсат дар раванди сохтмони саноат ва энергетикаи «сабз» ҳамқун роҳи ҳифзи пирияҳоро пеш гирифта, ҷаҳонӣро ба ҳамроҳшавӣ ба қуни муносибат бо табиат даъват менамояд, ки омили муҳими таъмини аҳолии сайёра бо об дониста мешавад. Қуноне, ки Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ- Пешвои миллат Президенти мамлакат Эмомалӣ Раҳмон зимни суҳанронии ҳеш дар қаласаи Конференсияи Нью Йорк иброз доштанд танҳо ҷаҳлияти муштараки давлатҳо бо роҳбарии СММ метавонад, барои ҳалли таъмини аҳолии ҷаҳон бо оби тоза мусоидат намоад. Ҳамин тавр, давраи муайяни қушишҳо, иқдом ва ташаббусҳои Пешвои миллатро таҳлил қарда, гуфта метавонем, ки дар самти амалисозии Барномаи рушди устувор қидду қаҳди Пешвои миллат дар дохили Тоҷикистон ва дар арсаи байналмилалӣ нақши қалидиро бозид, зеро ин ташаббусҳо асоснок, саривақтӣ ва аз қихати илмӣ исботшуда буданд ва миллионҳо нафар соқинони дунё ва қомеаи қаҳонӣ онҳоро қазирuft ва аз рӯи онҳо барномаҳои рӯи қор оварданд.

Яке аз равияҳои муҳими ҷаҳлияти дипломатиро инқунин ҳамқорӣи Тоҷикистон бо давлатҳои дуру наздик дар самти мубориза бо терроризм ва экстремизм дар шароити қаҳонишавии муносибатҳои иқтимой, иқтисодӣ, маданӣ ва сиёсӣ ташкил медиҳад. Раванди қаҳонишавӣ дар худ имқониятҳои бузурги пешрафт ва дар айнаи замон таҳдидҳои қиддиро ба ҳаёти башарият омезиш додааст [10]. Дар баробари мусоидат ба рушди бозорҳои қаҳонӣ, ин раванд инқунин ба дунёи маънавии халқу миллатҳо таъсир мерасонад, ки дар шакли зиёдаравӣ ва радикализми сиёсӣ мушоҳида мешавад, ки қавононро ба доми қиреби худ гирифторменамояд [7]. Бо тарафдорӣи ҳамақонибаи Тоҷикистон, ҳанӯз дар санаи 25 январӣ соли 2000 барномаи давлатҳои ИДМ «Дар бораи муқовимат бо терроризми байналмилалӣ дар доираи саммити Истамбули САҲА» қабул гардид. Соли 2001 СММ бо моддаи 6 Резолютсияи Шурои Амният давлатҳои аъзоро вазифадор намуд, ки дар муайян қардани захираҳои молиявии террористон бо ташкилотҳои байналмилалӣи мубориза бар зидди экстремизм ва терроризм ҳамқори намоанд[3]. Дар соли 2001 СММ инқунин резолютсияи навбатиро таҳти рақаи №1373 қабул меқунад, ки аз мувофиқи давлатҳои қаҳон мебоист муштарақ бо терроризм мубориза баранд [5].

Моҳи октябри соли 2002 дар шаҳри Кишинев роҳбарони давлатҳои Россия, Белоруссия, Қирғизистон, Арманистон, Қазоқистон ва Тоҷикистон Шартномаи амнияти дастаҷамъиро таъсис доданд, ки он бо номи Созмони аҳдномаи амнияти дастаҷамъӣ (СААД) маълум гардид. Худи ҳамин сол, лоихаи нави ҳамқорӣи давлатҳои Осиёи Миёна бо номи ташкилоти зиддитеррористии «Ҳамқорӣи Осиёи Марказӣ» таъсис гардид[7]. Мақсад аз таъсиси ин ташкилотҳо дар таъмини сулҳ, амният ва ҳифзи ҳудуди давлатҳо- аъзои ин созмон аз таҳдидҳои террористӣ дониста шуд. Соли 2004 давлатҳои ИДМ сохтори навро барои мубориза бар зидди экстремизм ва терроризм таъсис доданд, ки он бо номи Сохтори зиддитеррористии минтақавӣ (СЗМ) бо маркази он дар шаҳри Тошқент ба қори худ оғоз намуд [5].

Соли 2009 бо ташаббуси Тоҷикистон гурӯҳи «чоргонаи Душанбе» таъсис шуд, ки ба ҳайати он Тоҷикистон, Россия, Афғонистон ва Покистон дохил гардиданд. Дар воҳӯрии сарони ин давлатҳо соли 2009 дар шаҳри Душанбе масоили бехатарии минтақа муҳокима гардид. Соли 2010 роҳбарони давлатҳои «чоргонаи Душанбе» дар шаҳри Сочи ва соли 2011 дар Душанбе воҳӯриҳои судманд гузарониданд[8]. Бояд қайд намуд, ки воҳӯрии ду давлати аъзои СААД ва ду давлати тавлидкунандаи терроризму экстремизм имкон дод, ки ҳар ду тараф манфиатҳои минтақавӣ ва геополитикии худро изҳор намоянд ва роҳҳои ҳалли пешгирӣ ва аз байн бурдани омилҳои террористиро ҳаллу фасл намоянд. Дар солҳои 2011-2014 давлатҳои минтақа дар самти ҳамкорӣ дар мубориза бо ҷиноятҳои дорои характери террористӣ корҳои муайяно ба сомон расониданд, ки дар натиҷаи онҳо, сатҳи ҷунин ҷиноятҳо кам гардид[1]. Аз он ҷумла ҷунин шаклҳои нави мубориза бар зидди экстремизм ба мисоли таъсиси марказҳои ягонаи ахборотӣ, бехатарии ахборот ва таъсиси системаи ягонаи ҷустуҷӯ ба роҳ монда шуд [4].

Ҳамин тавр таҳлили дипломатияи муосирро ба итмом расонида, қайд кардан ба маврид аст, ки Тоҷикистон дар ин самт ба муваффақиятҳои беназир ва назаррас ноил гардид. Дипломатияи давраи истиқлолият тавонист дар системаи ҷаҳонии муносибатҳои байнидавлатӣ мавқеи Тоҷикистонро ба дараҷаи сазовор муаррифӣ намояд.

Рӯйхати адабиёт.

1. Алиева Р.Р. Становление и развитие межгосударственных отношений Республики Таджикистан и Российской Федерации в конце XX – начале XXI вв. Специальность 07. 00. 15 —История международных отношений и внешней политики (историческая наука), диссертация на соискание ученой степени доктора исторических наук, Душанбе — 2018.-320 с.
2. Ахбори шабакаи телевизионии «Мир-24» аз 5-6 январи соли 2022
3. Из резолюции Совета безопасности ООН № 1373 (2001).
4. К вопросу о международной информационной безопасности // У.С.Саидов Вестник ТНУ, №3/5(173) Душанбе: Сино 2015.- С.144 -146
5. Каримов Ш.К. Терроризм и особенности его проявления в современных условиях РТ, специальность: 23.00.02 – политические институты, процессы и технологии (политические науки), на соискание ученой степени кандидата политических наук,- Душанбе, 2015.- 167 с.
6. Казанцев А.А.«Большая игра» с неизвестными правилами: Мировая политика и Центральная Азия Москва 2008.-282 с.
7. Мусурманкулов Ф.У.Аспекты молодежной политики в эпоху глобализации //Молодой учёный. -2013.-№17.- С.3 - 6
8. Региональная интеграция Центральной Азии: проблемы и перспективы.- Ниятбеков В.А. Интеграция стран Центральной Азии в рамках ШОС для обеспечения региональной безопасности.- С.58-67
9. Раҳматуллоев А., Сатторов Х., Точов Н. Таърихи ҳалқи тоҷик./ Душанбе, 2008. С.151.
10. Таърих зехни миллат аст // Маҷмуи мақолаҳо/ Пайшанбиева С. М. Адабиёт, фарҳанг, илм ва нақши он дар таъмини амнияти давлат / Душанбе 2019.-150 с.
11. Холмуродова М.Б. Таърихи раванди оштии миллии тоҷикон дар ҷанги шаҳрвандӣ (солҳои 1991-2001).- барои дарёфти дараҷаи илмӣ доктори фалсафа (PhD), доктор аз рӯи ихтисоси 6D020300 – Таърих.- Кӯлоб – 2020

Мирзоева Г.Х., Ортикова С.М., Хамроева С.К.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХ ЯЗЫКОВ В ПРОЦЕССЕ КОММУНИКАЦИИ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Имеются две полных стадии в изготовлении компьютеров, а именно изготовитель комплексного оборудования, и проект, и трансляция (блок) законченных компьютерных систем.

Интегральные схемы разработаны (предназначены) и разработаны инженерами электроники, и изготовлены высоко квалифицированными рабочими, использующими сложное(искусственное) оборудование. Компьютеры используются в проекте, изготовлении и испытании этих схем.

Полный проект нового компьютера, или ряда компьютеров, находится в руках компьютерных архитекторов. Современные компьютеры разработаны(предназначены), и от аппаратных средств и программной точки зрения. Соответственно, программисты систем, кто записывают программное обеспечение систем для компьютера, также включены в процесс проекта.

Цель исследования. Высоко квалифицированные промышленные рабочие ответственны за различные стадии конструкции и трансляции (блока) модулей. Поточные линии не используются. Вообще, группа рабочих назначена брать модуль через все стадии конструкции и исчерпывающего испытания.

Одно из самого высокооплачиваемого задания в вычислении - таковой компьютерного продавца. Продавцы работают в сильно конкурентоспособной среде, где их уровень платы зависит до некоторой степени от их коммерческих чисел(рисунков). Процесс saling большая компьютерная система может брать несколько месяцев.

Наладчики ответственны за инсталляцию и ввод в действие новых компьютерных модулей, и обслуживания и ремонта систем в операции. С многими компьютерами, выполняющими 24 часа в день, этот тип работы часто включает, заходит в несоциальные часы.

Имеются две законченных стадии в изготовлении компьютеров, а именно изготовитель комплексного оборудования, и проект, и сборка законченных компьютерных систем.

Интегральные схемы спроектированы и разработаны инженерами-электронщиками, и изготовлены высоко ква-

лифицированными рабочими, использующими сложное оборудование. Компьютеры используются в проекте, изготовлении и испытании этих схем.

Полный проект нового компьютера (или ряда компьютеров) находится в руках разработчиков компьютерной архитектуры. Современные компьютеры разработаны в соответствии с аппаратными средствами и особенностями программного обеспечения. Соответственно, системные программисты, пишущие системное программное обеспечение для компьютера, также участвуют в проекте.

Высоко квалифицированные рабочие ответственны за различные стадии производства и сборки узлов. Поточные линии не используются. В основном, группа рабочих проводит модуль через все стадии сборки и исчерпывающего испытания.

Специалисты по эксплуатации ответственны за установку и ввод в действие новых компьютерных узлов, и обслуживания и ремонта систем в действии. С многими компьютерами, работающими круглосуточно, этот вид деятельности часто требует работы сверхурочно.

При работе с данным программным продуктом были обнаружены следующие погрешности при переводе текста. Лексический анализ текста показал, что PROMT по большей части адекватно переводит простые части речи, но допускает ошибки в переводе падежей, принадлежности прилагательных, речевых оборотов, построения предложения.

Недостатком переводчика является неточность перевода слов, имеющих несколько значений. Для более адекватного перевода в перспективе можно предложить более глубокий эвристический анализ грамматического построения предложения, с улучшением качества перевода различных частей речи и их грамматических характеристик, а также исключить конфликт словарей при переводе специализированных текстов.

Грамматический анализ текста показал, что электронный переводчик справляется с переводом слов во множественном и единственном числе, но имеется определенная трудность в переводе падежей и постановки глаголов в нужное число. Это объясняется различной интерпретацией падежей в русском и английском языках: в русском – через окончание, в английском – через предлоги.

Материал и методы исследования. Как известно, условия рыночной экономики вызвали форсированное развитие рекламы как социального института и области профессиональной деятельности сотен тысяч людей в нашей стране. Из дилетантского торгового предложения реклама превращается в изощренный механизм воздействия на потребителя. Современные средства массовой информации дали толчок распространению международной рекламной деятельности. Сегодня перевод рекламы сделался не только необходимым, но и повседневным явлением жизни мирового сообщества. При этом знание теоретических основ процесса являются не только обязательным условием, но и гарантией качества перевода.

Перевод рекламного текста, в отличие от перевода художественной литературы, в которой переводчик обязан передать художественно-эстетические достоинства оригинала, несколько отличается по форме, языковым средствам, а также ярко выраженной коммуникативной направленностью. В процессе перевода таких текстов, переводчику приходится решать, как чисто языковые, лингвистические проблемы, обусловленные различиями в семантической структуре и особенностями использования двух языков в процессе коммуникации, так и проблемы социолингвистической адаптации текста.

Переводчику нередко приходится искать особые средства для передачи смысловых и стилистических составляющих оригинала. В таком случае достигается прагматическая эквивалентность между оригиналом и переводом, что и определяет коммуникативный эффект рекламы. Нас интересует именно коммуникативная функция перевода рекламных текстов, а не художественно-содержательная.

В данной работе, в процессе исследования рекламных текстов, мы предполагаем, что целевая аудитория говорит на ином языке, а также имеет иные специфические особенности социокультурной среды. В связи с этим, прагматическая адаптация – это изменения, вносимые переводчиком в текст перевода с целью добиться необходимой реакции со стороны целевой аудитории, другими словами, следует правильно передать основную коммуникативную функцию оригинала.

Результаты исследования и их обсуждения. Переводчики рекламных текстов сталкиваются с существенными трудностями при передаче прагматического потенциала оригинала. В частности, это связано с переводом в рекламном тексте фактов и событий, связанных с культурой данного народа, различными национальными обычаями и названиями блюд, деталями одежды, и т.д.

Вывод. Сегодняшние реалии заставляют нас более внимательно относиться к переводу рекламных текстов, также и с точки зрения их психологического влияния на массовую аудиторию. Тексты рекламного объявления должны содержать четкие фактические данные; они должны быть исчерпывающе изложены и поэтому точно поняты. При переводе рекламных текстов переводчик должен учитывать: цель текста, характер потребителя, языковые качества текста оригинала, культурные и индивидуальные возможности языка в культурном аспекте потребителя и многое другое. Перевод текстов рекламы может определяться как близкий к «адекватному». Такой тип перевода вызван его практической необходимостью. Данный подход требует хорошего знания переводчиком предмета, о котором идет речь в оригинале, что хотел сказать автор рекламного текста, т.е. коммуникативное намерение рекламного текста. Перевод рекламного текста при изменении словесной формы должен быть, вместе с тем, точно передан по смыслу.

Список литературы:

1. Бархударов Л. С. Уровни языковой иерархии и перевод. // Л. С. Бархударов – Тетради переводчика. – 1969. – № 6. – М. С. 8-9
2. Бархударов Л. С. Язык и перевод. №2-М.С 3-4 / Л. С. Бархударов Л.С. Международные отношения, 1975. №7-М. С. 11-12
3. Комиссаров В. Н. Слово о переводе. / В. Н. Комиссаров – М.: Международные отношения, 1973. №3-С. 20-22
4. Dyer G. Advertising as Communication. / Dyer G. – London. 1995. Стр 30-31

Мирзоев А.С., Азимов Г. Дж., Рахмоналиев О.Б.
ПОЛИОМИЕЛИТ В КОНТЕКСТЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины”

Актуальность. Период эффективной борьбы человечества с полиомиелитом насчитывает около 50 лет, когда были созданы вакцины, изготовленные из инактивированных [1] и живых ослабленных [2,3] вирусов полиомиелита.

Первые мероприятия по реализации программы ликвидации полиомиелита в Республике Таджикистан стали проводиться в период 1994-1995 гг. в рамках Национальной целевой программы иммунопрофилактики, а с 1995 г. - в рамках «Национального плана действий по ликвидации полиомиелита к 2000 году» - стала осуществляться комплексная многоплановая работа по достижению поставленной цели.

В реализации указанных программ было предусмотрено совершенствование эпидемиологического надзора. В Республике Таджикистан накоплен большой опыт в деле организации и проведения эпидемиологического надзора за полиомиелитом.

Цель исследования. Оценка эпидемиологической ситуации полиомиелита и ответ на вспышки полиомиелита за последние годы в Республике Таджикистан.

Материалы и методы. Изучение эпидемиологической ситуации, характеристика отдельных вспышек полиомиелита в Республике Таджикистан и анализ противоэпидемических мероприятий в ответ на вспышки.

Результаты и их обсуждение. В течение последнего десятилетия Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита (ГИЛП) планомерно продвигалась к достижению цели по ликвидации этого заболевания. В 2015 и 2019 гг. было объявлено о ликвидации диких полиовирусов типа 2 и 3 (ДПВ2 и ДПВ3), соответственно; в 2014 г. свободным от полиовируса был провозглашен Регион Юго-Восточной Азии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ); и совсем недавно, в августе 2020 г., сертификат территории, свободной от дикого полиовируса (ДПВ), получил Африканский регион ВОЗ. Однако заключительные шаги на пути к ликвидации полиомиелита оказались самыми трудными.

В 2010 г. произошло импортирование дикого полиовируса типа 1 в Европейский регион ВОЗ. В Таджикистане зафиксирована крупная вспышка полиомиелита. Число случаев полиомиелита в Таджикистане составило 49% от числа случаев, связанных с диким полиовирусом типа 1 в мире (458 из 940). Последние случаи полиомиелита в Таджикистане были зарегистрированы в 1994 г. В 2002 г. Таджикистан вместе со всем Европейским регионом ВОЗ был сертифицирован на отсутствие циркуляции диких вирусов полиомиелита.

Возрастной состав случаев зарегистрированных ОВП приходилось в основном среди детей до 6 лет (Рисунок 1).

Рисунок 1. Доля случаев ОВП по возрастам в 2010 году в Республике Таджикистан

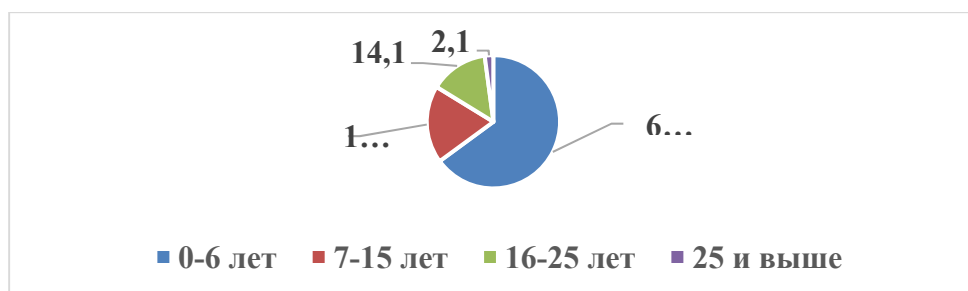
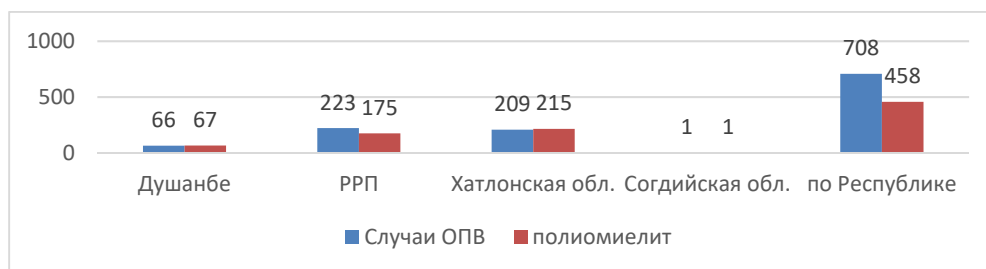


Рисунок 2. Количество зарегистрированных случаев ОВП и подтвержденных случаях паралитического полиомиелита в 2010 году в Республике Таджикистан



Подтвержденные случаи паралитического полиомиелита были выявлены в 35 из 61 административно-территориальных единиц, которые включали 58 районов и 3 города – Душанбе, Бохтаре (бывший Курган-Тюбе) и Худжанд. Дети до 1 года составили 19%, дети 1–5 лет – 49% от числа заболевших. На детей 6–14 лет пришлось 19%, на лиц 15 лет и старше – 12% от всех лабораторно подтвержденных случаев полиомиелита. Необходимо отметить, что имели место летальные исходы инфекции – 29 случаев из 458 лабораторно подтвержденных (6,3%). Последний случай полиомиелита, вызванного диким полиовирусом серотипа 1, зафиксирован в Таджикистане 4 июля 2010 г.

Более чем в половине лабораторно подтвержденных случаев полиомиелита отсутствовали сведения о вакцинации. Сложившаяся ситуация свидетельствовала о грубых нарушениях в проведении вакцинации детей против полиомиелита на протяжении ряда лет и о низком качестве надзора за полиомиелитом и ОВП.

Дикий полиовирус типа 1 был импортирован в Таджикистан из Индии. Выявлено филогенетическое родство дикого полиовируса серотипа 1, вызвавшего вспышку в Таджикистане, и полиовирусов, циркулирующих в Северной Индии,

показано, что имело место единичное импортирование дикого полиовируса. Для прекращения вспышки в 2010 году в Таджикистане были проведены 6 раундов Национальных дней иммунизации, сначала 4 раунда моновакциной ОПВ типа 1, а затем 2 раунда трёхкомпонентной ОПВ.

Правительство Республики Таджикистан поддерживая Стратегии ликвидации полиомиелита и инфекции управляемые иммунизациями своим постановлением утвердил «Национальную программу иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годов», «Национальную программу иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2016-2020 годы» и «Национальную программу иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы» на уровне Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ было принята «Стратегия реагирования при завозе дикого полиовируса». Эти стратегические документы лежали в основу усиления эпидемиологического надзора за ОВП, сохранения статуса Республики Таджикистан, как страны свободной от полиомиелита (прекращение завоза дикого полиовируса из вне) и циркуляции «дикого» штамма вируса.

Несмотря на усиления системы эпидемиологического надзора полностью превратит завоз инфекции из страны с высоким циркуляции вируса (Индия, Пакистан, Афганистан) не удалось. В конце 2020 и вес период 2021 года по Республике Таджикистан было зарегистрировано очередная вспышка полиомиелита. Всего было зарегистрировано более 178 случаев острого вялого паралича, из которых в 34 случаях подтвержден циркулирующий вакцино-родственный полиовируса типа 2 (цВРПВ2). Случаи были зарегистрированы в одиннадцати районах Хатлонской области (Дж. Балхи, Вахш, Шартуз, Кабадиан, Дусти, Пяндж, Кушониён, Хуросон, Джайхун, Яван и г.Бохтар), тремя городами и районами республиканского подчинения (Гисар, Вахдат, Рашт) и городом Душанбе.

В ответ на вспышке незамедлительно была проведена подчищающая кампания против полиомиелита с использованием вакцин ИПВ среди детей в возрасте до 5 лет в районах Дж.Балхи и Вахш. Был организован расширенный сбор образцов у всех контактных лиц по месту проживания случая ВРПВ2, у населения люди проживающих в районе случая, выборочно у детей, находившихся в контакте с ВРПВ2 в больницах, выборочно у детей до 5 лет по всей стране.

Для выявления всех видов энтеровирусов в окружающей среде, по рекомендации ВОЗ страна впервые установила эпидемиологический надзор за циркуляции вируса в окружающей среды в виде сбора сточной воды в городе Душанбе, самом густонаселенном регионе страны. В аккредитованные лаборатории ВОЗ в Исламабад и в Амстердам было отправлено 32- проб сточной воды, в 20 из которых был выделен циркулирующий ВРПВ2.

На период с мая по июль месяц 2021 года были проведены два общенациональных раунда дополнительных дней иммунизации с использованием новой оральной полиомиелитной вакцины 2-го типа (НОПВ2) среди детей в возрасте 0-65 месяцев, охват которого в первом раунде составлял 99,2%, и во втором раунде 99,1%. С 30 августа по 12 сентября 2021 года был проведен субнациональный раунд дополнительных дней иммунизации в городе Душанбе, в районах республиканского подчинения и в Хатлонской области с использованием НОПВ2 среди детей 0-56 месяцев охват которого составлял 99,6%.

Выводы. По итогам оценки мер реагирования на вспышку, проведенной ВОЗ в период с 11 по 15 апреля 2022 г., был сделан вывод, что циркуляция полиовируса в Таджикистане прекратилась. Соответственно, стране было рекомендовано официально объявить о завершении вспышки, которая началась в январе 2021 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Salk, J.E. Consideration in the preparation and use of poliomyelitis virus vaccine / J.E. Salk // JAMA. – 1955. – V. 148. – P. 1239–1248.
2. Sabin, A.B. Properties and behavior of orally administered attenuated poliovirus vaccine / A.B. Sabin // JAMA. – 1957. – V. 164. – P. 1216–1223.
3. Sabin, A.B. Oral poliovirus vaccine: history of its development and use, and current strategies to eliminate poliomyelitis from the world / A.B. Sabin // J. Infect. Dis. – 1985. – V. 151. – P. 420–436.
4. Смородинцев, А.А. Иммунопрофилактика детских вирусных инфекций: актовая речь / А.А. Смородинцев. –Л., 1979. – 36 с.
5. Чумаков, М.П. Некоторые итоги работ по массовой иммунизации населения Советского Союза против полиомиелита живой вакциной из штаммов Альберта Б. Сэбина / М.П. Чумаков [и др.] // Полиомиелитная пероральная живая вакцина. – М., 1961. – С. 12–26.

Мирзоев А.М. 1, Бозорова Л.М. 1, Хотамова С.А. 2

РОЛЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ РУССКОМУ ЯЗЫКУ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ

1Кафедра русского языка, факультет русского языка и литературы Таджикского международного университета иностранных языков им. Сотима Улугзаде

2Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Практика показывает, что роль преподавателя в процессе совершенствования обучения профессиональному общению зависит, прежде всего от мастерства педагогического общения, от умелого сочетания педагогического руководства и применения современных технологий обучения. Но, к сожалению, большинством преподавателей не осознается значимость педагогической речи в формировании речевых умений студентов. Вместе с тем, педагогическая деятельность преподавателя имеет важную особенность: к ней нельзя подготовиться раз и навсегда во время учебы в вузе, в аспирантуре – творческий педагог должен постоянно самосовершенствоваться. В силу этого актуальной становится задача формирования и совершенствования речевой культуры преподавателя русского языка, в частности, работающего в неязыковых учебных заведениях нашей республики.

Цель исследования заключается в теоретическом обосновании и практической разработке методики совершенствования профессионализма преподавателя в процессе обучения студентов коммуникативному общению путём использования современных технологий обучения на языковых кафедрах.

Материалы и методы исследования. В настоящее время в педагогической, психологической и методической литературе последних лет большое внимание уделяется проблеме совершенствования роли преподавателя в подготовке высококвалифицированных кадров к профессиональному общению путём использования современных технологий обучения. В высшей школе преподаватель передает студентам предметные знания из какой-либо области науки, а также общепринятые нормы и стандарты поведения.

В обязанности преподавателя входит объективная оценка успехов обучения каждого студента. Преподавателям вузов необходимо систематически развивать и совершенствовать коммуникативную культуру, поскольку в деятельности педагога заложены две обязательные составляющие: специальная и педагогическая. В процессе передачи подрастающему поколению своих знаний и опыта, совершенствуя русскую речь студентов на практических занятиях, преподаватель высшей школы проявляет все свое творческое педагогическое мастерство.

Результаты. От качества реализации всех основных функций преподавателя конструктивной, организаторской, коммуникативной и исследовательской – в известной степени, зависит уровень овладения студентами русским языком, медицинской терминологией, и, в частности, языком своей будущей специальности.

«Технология обучения – это способ реализации содержания обучения, предусмотренного учебными программами, механизм, представляющий систему форм, методов и средств обучения, обеспечивающий наиболее эффективное достижение поставленных целей». [4, 137-138]

В технологии обучения содержание, методы и средства обучения находятся во взаимосвязи и взаимообусловленности. «Педагогическое мастерство преподавателя состоит в том, чтобы отобрать нужное содержание, применить оптимальные методы и средства обучения в соответствии с программой и поставленными педагогическими задачами». [4, 134]

Задача преподавателя русского языка заключается в том, чтобы в процессе повседневной своей работы со студентами-медиками обращать особое внимание на правильность произношения и ударения при выборе грамматических конструкций, сочетаемости и правильного употребления слов и выражений – суть которых является неотъемлемое качество речевой культуры.

Важным педагогическим фактором, влияющим на результативность и управление данным процессом, является педагогическое мастерство, творческий подход к определению оптимальных путей, средств и методов воспитательной работы, характер индивидуального воспитательного стиля, свойства и качества личности преподавателя. К основным компонентам педагогического мастерства преподавателей относятся представление о собственной профессиональной роли в целостном образовательном процессе, знание и практический опыт работы, уровень теоретической и методической подготовленности, педагогические способности и степень практического овладения всем арсеналом средств, приемов и методов работы, особенностей воздействия на мотивационную сферу личности обучаемого. [1, 136]

Хорошая устная речь педагога — важнейшая составляющая его профессиональной характеристики, помогающая ему в решении широкого спектра учебных и воспитательных задач. Выразительная речь преподавателя при любой коммуникации со студентами способствует созданию атмосферы коллективного творчества, сопереживания и взаимопонимания. Студенты оказываются включенными в эстетику той или иной науки, проявляют неподдельный интерес к предмету изучения только тогда, когда преподавателю удастся отойти от тяжеловесного, бесстрастного языка многих учебников, от объемных или шаблонных конструкций, типичных для письменной формы речи. В педагогическом дискурсе опытного преподавателя индивидуально сочетаются все коммуникативные качества речи: правильность, коммуникативная целесообразность, точность высказывания, логичность, ясность и доступность изложения, чистота и выразительность речи, разнообразие средств выражения, эстетичность и уместность.

Впечатление от речи и соответственно её носителя может быть непоправимо испорчено именно нарушением в ней литературных норм. Профессиональное мастерство педагога неразрывно связано с применением чтения как инструмента реализации технологии межпредметных связей.

Именно работа с текстом – стержневой вид деятельности в образовании, а чтение – тот инструмент, который помогает открыть окно в мир. «Большинство слушателей, - справедливо замечает Поль Сопер, - и даже те из них, которые сами допускают грамматические погрешности, не упустят случая отметить наиболее очевидные ошибки в языке оратора. К тому же вас никогда не оставит чувство уверенности, пока не будете твёрдо знать, что ваша речь правильна. Только полная уверенность в этом отношении даст возможность при произношении речи сосредоточиться не на словах, а на её содержании». [2, 67-68]

Для работы над правильностью речи студентам рекомендуется следующее задание.

Задание. Прочитайте текст «Как научиться говорить?» и подготовьте свое выступление, используя некоторые рекомендации, данные в тексте.

«КАК НАУЧИТЬСЯ...ГОВОРИТЬ?»

Считается, что говорить мы все умеем. Но почему, когда нам приходится выступать на собраниях, диспутах, митингах, отстаивать свои идеи на различных совещаниях или сдавать экзамены, даже при хорошем знании предмета, мы теряемся? Значит, все-таки не умеем... Есть мнение, что владеть этим искусством четко, ясно, эмоционально излагать мнение, логически отстаивать идеи, убеждать словами можно, если, прежде всего, научиться молчать, потом – слушать, и затем уже учиться говорить. Да, все это так. Но главное заключается в другом. Научиться хорошо говорить можно только при том условии, что вы научитесь ясно мыслить. А для того, чтобы ясно мыслить, нужно быть образованным человеком, уметь размышлять, анализировать, уметь эмоционально убеждать. Конечно, техника речи важна, но главное – мысль. Техника речи – это форма. Без содержания форма - ничто.

Запомните некоторые правила, которые помогут вам хорошо говорить:

1. Стремитесь, как можно больше читать книг, журналов, газет. Это сделает Вас знающим человеком, интересным собеседником.
2. Газеты читайте каждый день. Они расскажут о важных событиях, происходящих в стране и в мире. Обращайте внимание на непонятные слова и выражения, узнайте их значение.
3. Точно установите, о чём будете говорить.
4. Старайтесь передать прочитанное своим товарищам, при этом рассказывайте так, чтобы вызвать у них интерес.
5. Учитесь говорить без бумажки. Это возможно, когда вы хорошо понимаете обсуждаемый вопрос. Определите главное в своём сообщении. Расскажите о нём подробно, обстоятельно. Не увлекайтесь малозначимыми частностями.
6. Хорошо, когда при обсуждении проблем возникают споры, но надо уметь отстаивать свою точку зрения спокойно, убеждать, аргументировать высказанное положение.
7. Подумайте, как лучше начать своё выступление, как закончить, какие выводы сделать.
8. Слушая радио или смотря телевизор, внимательно вслушайтесь в речь говорящих, выступающих, и, если употребление или произношение какого – либо слова вызовет у вас сомнение, обращайтесь к словарям». [6, 89-90]

Современный преподаватель вуза должен понимать основные теоретико-педагогические проблемы, владеть педагогическим понятийным аппаратом, ориентироваться в педагогических технологиях, основных составляющих педагогического процесса (цель, содержание, метод, средство, контроль и т. д.).

Осуществляя организаторскую функцию, преподаватель не только вовлекает студентов в различные рода деятельности, но и стимулирует изучение языка, направляет и управляет им.

В методической работе по развитию культуры речи нами используются, как правило, задания комплексного характера по разработанному на кафедре пособию.

Педагогическое воздействие должно быть систематическим и непрерывным, переходя от учебно-ориентированного к научно-поисковому, от официально-регламентированного к неофициально-доверительному общению.

Практика показывает, что роль преподавателя в процессе совершенствования обучения профессиональному общению зависит, прежде всего, от мастерства педагогического общения, от умелого сочетания педагогического руководства и применения современных технологий обучения.

Выводы. Таким образом, для эффективного речевого воздействия на студенческую аудиторию чрезвычайно важно, чтобы преподаватель всегда заботился о создании своего целостного образа (внешний вид, пластика, речевой паспорт, выбранная дистанция общения со студентами, доступность звукового и визуального восприятия речи). Все это способствует успешному осуществлению всего образовательного процесса

ЛИТЕРАТУРА

1. Киселев А.М. О роли педагогического мастерства преподавателя в процессе профессиональной подготовки курсантов ведомственных вузов правоохранительных органов // В сборнике: Наука сегодня: глобальные вызовы и механизмы развития сборник материалов международной научно-практической конференции. 2019. С. 137-138.
2. Михальская А.К. Основы риторики. 10 – 11 кл. Учебник для общеобразовательных учреждений. – 3 –е изд. Стереотип. - М.: Дрофа, 2002.
3. Ожегов С. И. Лексикология. Лексикография. Культура речи. - М., 1974.
4. Педагогика и психология высшей школы. – Ростов-на-Дону, «Феникс». 1998. 544 с.
5. Программа по русскому языку для студентов 1 курса медицинского, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов ГОУ им. Абуали ибни Сино / Составители У.Р. Юлдошев и другие. – Душанбе, 2023
6. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете. У.Р. Юлдошев. ГОУ им. Абуали ибни Сино / . – Душанбе, 2023, 285 с.

Мирзоев Ғ.Ҷ., Сафарова М. Ҷ.

ДОИР БА МУШКИЛОТИ ДАВЛАТСОЗИИ МИЛЛӢ ВА АӢАМИЯТИ ВАӢДАТИ МИЛЛӢ ДАР ПОЙДОРӢ ВА РУШДИ ОН

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Таҳлилҳои ҷомеашиносӣ нишон медиҳанд, ки ҷаҳони муосир дар давоми ду даҳсолаи ахири асри ХХI босуръати бисобиқа пеш меравад ва тағйир меҷӯрад. Муносибатҳои сиёсӣ ва иҷтимоии кишварҳои алоҳида ва гурӯҳи созмонҳои байналмилалӣ низ аз равиши пешина ва анъанавии худ берун рафта, хусусияту моҳияти дигарро касб менамоянд. Кишварҳо ва блокҳои дар гузаштаи на чандон дурҳампаймону шарикҳои стратегӣ ба ҳамдигар душману рақиб мегарданд ва дар ҷои онҳояттиҳоду созмонҳои ҳампаймони иҷтимоӣ сиёсии навба вучуд меояд. Давлату минтақаҳои алоҳидаи осебпазир ба майдони бархурди дигар кишварҳо мубаддал гашта, дар муносибатҳои байналмилалӣ, махсусан муносибати кишварҳои абарқудрат ба кишварҳои дигар сиёсатҳои духӯра роҳандозӣ мешаванд. Дар ҷунин шароити танҳо самтҳои амалияи кишвардорӣ, балки назарияҳои маъмули илмӣ сиёсиву давлатдорӣ низ ба мушкилоту нофаҳмиҳо дучор шуда, шакку шубҳаҳои дар худ ба вучуд меоранд. Аз ин рӯ, вобаста ба ҷунин тағйирот барои кишварҳои тозаистиклол ҷиҳати ҳифзи манови миллию давлатии худашон мувофиқ ба воқеияти ҷомеабознигарӣ, асоснокунӣ ва такмили илмиву назариявӣ ҷунин таълимотзарурат пеш меояд. Яке аз ҷунин таҳқиқот ва таҳлилҳои, ки махсусиятҳои ҳифзи давлати миллий, бақои миллат ва манфиатҳои давлати миллий, махсусан давлатдорӣ мо тоҷиконро дар ин раванди тағйироти ҷаҳонӣ ва минтақавӣ ба риштаи таҳқиқ қашидааст, ин мақолаи тозашри илмӣ узви вобастаи АМИТ, профессор С. Ятимов «Эҳёи миллат - бақои давлат» мебошад, ки рӯзи

24- уми августи соли чорӣ дар рӯзномаи “Ҷумҳурият” ба нашр расидааст[6].

Муаллиф илман ва мантиқан мушкилоти ҷомеаҳои тозаистиклолро дар самти таҳкими пояҳои давлатдорӣ миллӣ аз ҷиғунагии шаклгирӣ ҷаҳонбинии шаҳрвандонашон вобаста доништа, дуруст қайд мекунад, ки соҳти идораи давлати миллӣ, ки маҳз ба хотири он кишвар номниҳод гаштааст, натиҷаи изҳори озои иродаи халқ эътироф шудааст, бо кулли имконот ҳуқуқ ва уҳдадорӣ интиҳоб, коркард, пуштибонӣ ва пешбурди ҷаҳонбинии мувофиқ ба низоми конституциониро дорад. Хунуқназарӣ, духӯрагӣ, саҳланигарӣ дар мавриди муайянкунандагӣ, ҳимоя ва амалкарди ҷаҳонбинии сиёсӣ, маъноӣ ба бӯҳрон ворид кардани давлат ва зерӣ суол бурдани онро дар назар дорад. Таҷрибаи байналхалқӣ низ ҳамин ҳулосаро исбот мекунад.

Бо таъкиди Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон, ки дар яке аз паёмҳояшон ба Маҷлиси Олӣ иброз дошта буданд: «Мо бояд аз истиқлолияти озоӣ ва соҳибватанӣ соҳибдавлатӣ шукрона кунем, шукронаи Ватани соҳибхитӣро маҳбубамонро ба ҷо орем, онро сидқан дӯст дорем, ба давлати соҳибистиклоламон содиқ бошем, ҳамаи саъю талоши худро ба хотири пешрафту нерӯманд гардонидани он ва дар арсаи байналмилалӣ боз ҳам баланд бардоштани нуфузу эътибори Тоҷикистони азизамон равона кунем»[1]. Ин андешаҳо ро идома дода, Сарвари давлат дар баромадашон ду сол пеш ҳам ба истиқболи Рӯзи Ваҳдати миллӣ дуруст зикр намуданд: «Имрӯз мардуми шарифи Тоҷикистон хуб дарк кардаанд, ки амалӣ гардидани ҳамаи омули орзу ва нақшаи ниятҳои ҳар фарди ҷомеа, пешрафту тараққиёти давлат ва ободии Ватан маҳз ба сулҳу оромӣ, суботи комили сиёсӣ ва ваҳдати миллӣ вобаста мебошад»[7].

Ба ҳамагон маълум аст, ки дар раванди таърих ва пешрафти имрӯзаи Тоҷикистон ваҳдати миллӣ - ҳамчун омил таъсиррасон нақши асосӣ дорад. Чун аз таърихи навини Тоҷикистон ба мо равшан аст, ҷумҳурий дар баробари ба даст овардани истиқлоли давлатӣ ба вартаи даргириҳои ҷанги таҳмили шаҳрвандӣ кашида шуда, тамоми соҳаҳои ҳаёти ҷамъият ба таври ҷиддӣ фалаҷ гашта буд. Дар ин раванди мураккаб ва душвор бадҳоҳои миллати тоҷик талош менамуданд, ки давлати тозаистиклолро ба нобудӣ баранд ва аҳолии мамлакатро парешон намоянд. Дар ҷунин лаҳзаи сарнавиштсоз зухури пешвои арзанда ва хирадманду ҳасур аз байни миллат ба хотири сарҷамъиву ваҳдатофаринӣ барои миллату давлати Тоҷикистон ҳадаи бузурге буд, ки эътиқоду боварӣ ва умеди шаҳрвандонро ба ояндаи нек қавӣ намуд. Замоне, ки ҷанги таҳмили шаҳрвандӣ ва дасисаҳои сиёсии гурӯҳҳои манфиатҳои суботи оромии ҷомеаро аз байн бурда буданд, Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон бо андешаи барқарорӣ сулҳу ваҳдат барои сарнавишти мардум ба саҳнаи сиёсат омада, фаъолияти навишонашро бо эълони “Ман ба шумо сулҳ меорам” оғоз намуд ва ин нияту ормонашон ҷомеаи амал пӯшид [3].

Ҷаҳду талошҳо ва сарсупурдагиву ҳасорати он кас омиле гардид, ки суботи ҳамгироии миллӣ барқарор гардид, ваҳдати миллӣ тантана ёфт. Имрӯз дар фазои субот, ҳамгирӣ ва ваҳдату яқмаромӣ рушд намудани Ҷумҳурии Тоҷикистон самараи фаъолияти сулҳофаринии маҳз ҳамин давраи ин шахсият аст.

Мафҳум ва истилоҳи худшиносии миллӣ, ки дар мақолаи профессор С.Ятимов ба таври ҷиддӣ ба он таъкид шудааст [5], дар илмҳои иҷтимоӣ истилоҳи нисбатан тоза буда, маҳсули муносибатҳои замони сармоядорӣ, даврони ба вучуд омадани миллатҳо ҳамчун умумияти иҷтимоии одамон ва ҳосатан марбут ба қаринаи бунёидавлати миллӣ мебошад. Худшиносии миллӣ пеш аз ҳама маҳсусияти робитаи байни аъзои ҷомеа, байни кулл ва ҷузъи он мебошад. Ин робита, аниқтараш самти муайянро соҳиб буда, аз ҷузъ ба ҷуи кулл ва баръакс аз кулл ба ҷуи ҷузъ сураи мегирад. Он характери объективӣ дошта, тасодуфӣ намебошад, бештар ҳусусияти оғоҳона, ҷун ҳудогоҳии шахсият ва заминаи ақлонӣ дорад. Ҷузъ ҳешро узви лоянфаки кулл, яъне ҷудонашаванда доништа, дар он зоҳир шудани моҳият ва ҳусусияти зотияшро дарк менамояд ва эътироф мекунад, ки бо ҷудо шудан аз он, сифати аслии ҳешро, ки моҳияти ҳудашро ташкил медиҳад, гум хоҳад кард. Кулл бошад, барои ҷузъ фазои васеътари амалӣ намудани қобилиятҳо ва имкониятҳо ро муҳайё месозад ва онро воситаи таҷалии ҳеш медонад.[9]

Иттиҳоди миллӣ метавонад ба вучуд омада бошад, аммо ваҳдати миллӣ ва ҷузъи он худшиносии миллӣ фақат дар заминаи баъдинаи ин умумият пайдо хоҳад шуд ва вазифаи он иттиҳоди пуқувваттар ва мустаҳкамтари ин умумиятро ба вучуд овардан аст. Худшиносии миллӣ барои миллат шароите муҳайё менамояд, ки ҳудро дар равандҳои иҷтимоӣ ҳамчун субъекти ягонаи том дарк намуда, дар ҳалли масъалаҳо ва проблемаҳои гуногун, ки вазъи ҳозираи таърихӣ ҳар гуна давлати миллӣ пеш овардааст, пуқтавантар ва бӯҳронҳои маънавӣ сиёсиро осонтар пушти сар намояд. Он падидаи соф иҷтимоӣ мебошад, ки бештар заминаи маънаӣ дорад. Худшиносии миллӣ оғоҳии ҳама тарафа аз ҳастии худ, таъриху фарҳанги ҳеш, маданияту маънавиёт ва дастовардҳои илмиву фарҳангиро дар бар гирифта, дар айни замон ҳудро масъули бурду бохтҳо ва шикасту музаффариятҳои миллат ва давлати худ доништа аст. Худшиносии миллӣ пеши роҳи таассуби милливу мазаҳабӣ, маҳалӣ ва ихтилофу зиддиятҳои доҳилиро мегирад. Дар ташаккули он омилҳои гуногун ҳамчун омилҳои маънаӣ, таърихӣ, иқтисодӣ, ҷуғрофӣ ва ғайраҳо нақши муҳим мебозанд. Мафҳуми миллат бошад, ҳамчун умумияти ҳоси одамон, ҷунончи қайд намудем, дар замони муносибатҳои сармоядорӣ дар асрҳои ахир ба вучуд омадааст. Аммо худшиносии миллӣ дар қаринаи умумияти миллӣ бо он маъно ва мустаҳае, ки дар ҷомеаи мо роиҷ мебошад, хоҳ нохоҳ аз шуури иҷтимоии халқ таъсироти зиёде мегирад. Зеро, ҷунончи зикр шуда буд, худшиносии миллӣ арзиши иҷтимоист, ки зербинои давлати миллиро ташкил намуда, бештар ҷанбаи маънаӣ ва ҳудогоҳӣ дорад.

Вобаста ба ин мулоҳизаҳо мобояд ба ин падидаву арзишҳои ҷамъиятӣ муносибати муайян дошта бошем. Зеро давлати миллӣ, ки асли онро ваҳдати миллӣ, худшиносии миллӣ ва манфиатҳои миллию давлатӣ ташкил медиҳанд, падидаҳои сифатан ба ҳам наздике мебошанд, ки сабаб ва ноҳии ҳамдигаранд. Ин нуктаи муҳимро профессор С.Ятимов дар таҳқиқоти саривақтии худ ҷиддан таъкид намуда, зикр мекунад, ки дарки манфиат, аз ҷумла манови миллӣ муҳимтарин вазифаи маорифи саросарии кишвар, воситаи моил намудани омма ба арзишҳои тамаддунӣ, сиёсӣ, иқтисодӣ, иҷтимоӣ, фарҳангӣ, маънаӣ ва ба ин восита пешгирӣ кардани бархӯрди омма бо ҳатари эҳтимолии фочиаи умумимиллӣ мебошад[8].

Воқеан, арзишҳои номбурда барои манфиатҳои миллӣ ва рушду пешрафти миллат муҳим буда, барои бақои давлати миллӣ заминаи асосӣ мебошанд.

Адабиёт

1. Абдуллоҳи Раҳнамо. Исломи ва амниятимилли дар Тоҷикистон. - Душанбе: «Ирфон», 2011.
2. Абдуллоев Ш. Нақши Эмомалӣ Раҳмон дар ҷидаҳои модели нави давлати дунявӣ // «Набзи Замон» №2 - Душанбе, 2013
3. Каримов М. Таҳдиди ҷаҳонишавӣ ба фарҳанги оимилӣ. Минбари халқ, №7 (882); 14.02.2013.
4. Мирзоев Ғ. Ҷ. Моҳият ва аҳамияти авлати дунявӣ ва омилҳои осебрасони он // «Ахбор» - и Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳукуки АИ Ҷумҳурии Тоҷикистон. – 2020. - № 2. – С. 68 - 72.
5. Эмомалӣ Раҳмон. Тоҷикондаро инаитаърих. - Душанбе, нашриёти «Шарқиозод», 2013. - 671с.
6. Ятимов С. С. Эҳёи миллат - бақои давлат // Ҷумҳурият. № 310.(061). 28. 08.2023
7. [http:// President.tj/ ru./node/15552](http://President.tj/ru/node/15552)
8. [http:// www.itar-tass.com/c1/276420/html](http://www.itar-tass.com/c1/276420/html).
9. [http:// www/Бармаду суҳанронихои Президенти Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон](http://www/Бармаду суҳанронихои Президенти Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон).
10. [http:// www.itar-tass.com/c1/276420/html](http://www.itar-tass.com/c1/276420/html).

Мирзоева Г.Х., Хамроева С.К., Ортиқова С.М.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ НА УРОКЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА
Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В современных условиях обучение основам деловой коммуникации, владение деловым английским является актуальной задачей в сфере подготовки студентов лингвистического факультета. Несомненно, что многие выпускники мечтают найти работу в престижных отечественных и зарубежных компаниях. Таким образом, студенты лингвистического факультета, имея в своем расписании курс делового английского языка, получают прекрасную возможность заложить основы своей успешной карьеры еще в вузе. В данной работе мне хочется осветить один из вопросов в обучении бизнес-английскому языку, а именно рассмотреть некоторые технологии при работе с фильмом. Современное преподавание делового английского языка невозможно себе представить без широкого и активного использования технических средств. В связи с этим хочется рассмотреть, как можно использовать ресурсы кино в подготовке специалистов.

Цель исследования. Преподавателю необходимо учитывать, прежде всего, интересы обучающихся, чтобы повысить их мотивацию и подбирать те видеоматериалы, которые максимально отвечают деловым запросам и уровню лингвистической подготовки студентов.

Материал и методы исследования. К числу достоинств использования фильмов на занятии стоит отнести то, что обучаемые могут не только увидеть действующих лиц, а не только слышать, как происходит при аудировании. Наблюдение за невербаликой персонажей, окружающей обстановкой, внешним видом собеседников помогает быстрее и качественнее понять ситуацию. Недостатками использования видео на уроке может служить то, что обучаемые могут отнестись к просмотру как к просмотру ТВ, некритично и расслабленно. Поэтому преподавателю надо так настроить и подготовить студентов, чтобы они были активно вовлечены как в просмотр, так и в содержание того, что просматривается.

Результаты исследования и их обсуждения. При работе с видеоматериалами можно использовать следующие виды заданий:

1. Пройграть видео без звука: обучаемые и учитель обсуждают, что они видят на экране и как это помогает им понять происходящее. Затем им предстоит догадаться, о чем действительно могут говорить персонажи. В заключении можно проверить, насколько удачными были высказанные предположения.

2. Пройграть звуковой ряд сюжета, исключив изображение. Вовремя прослушивания сюжета студенты должны догадаться, где находится герой фильма, что происходит вокруг них, чем они занимаются и т.п. Обсудив вышеупомянутые вопросы, учитель может включить видеоряд вместе со звуком, группа имеет возможность проверить себя.

3. Использовать стоп-кадр. Учитель нажимает на кнопку паузы и спрашивает обучающихся, что может произойти дальше. Студентам необходимо спрогнозировать дальнейшие события и тот языковой материал, который может использоваться в сюжете.

4. Разделить группу обучающихся на 2 подгруппы. В ходе данного задания половина группы сидит лицом к экрану, вторая – спиной к экрану. Первая группа описывает визуальные образы для второй подгруппы. В добавлении к выше сказанному хочется отметить методическое мастерство авторов в подготовке видеокурса к учебному пособию Market Leader Intermediate, с которым мне приходилось работать. Данный курс позволяет обучающимся не только наблюдать за использованием изучаемого им лексико-грамматического материала, но и сформировать представление о различных ситуациях, возникающих в деловом общении. Каждый раздел данного пособия построен систематически и включает в себя следующие виды заданий:

1. Briefing. На данном этапе обучающиеся вникают в деловую ситуацию, основные вопросы, основной словарь к фильму, который предстоит просмотреть. Здесь могут быть представлены статьи, интернет-страницы, рекламные объявления, электронные письма и т.д., т.е. те материалы, которые помогают понять суть проблемы.

2. Talking points. Студенты должны высказать свою точку зрения по рассматриваемым деловым вопросам.

3. Video on. В данном виде работы представлены задания, которые помогают студентам понять язык и содержание фильма.

4. Characterassessment. Обучаемые должны дать оценку персонажамфильма, отношениям, деловой коммуни-
кации, показанной ввидеоматериале.

5. Videovocabulary предполагает более детальный разбор лексики изфильма и активную работу с ней, с непре-
менным выводом ее в речьобучаемых.

6. Businessassignment дает возможность студентам проигратьролевые игры на основе просмотренного фильма.
При этом обучаемыеполучают возможность практиковать такие базовые деловые навыки, какведение переговоров,
презентаций, деловых встреч и пр.

Выводы.В заключении хочется сказать, что использование видеоматериаловна занятии позволяет решить це-
лый ряд обучающих задач, таких каковладение лексическим материалом бизнес-коммуникации и деловыми навыками,
без которых немисливо представить себе деловуюкоммуникацию и успешную карьеру в компании.

Список литературы:

1. Jeremy Harmer. How to teach English. Pearson Longman. 2007
2. Market Leader Vidoe. Market Leader Intermediate New Edition Course Book. PearsonEducation.

Мирзоева Г.Х.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАНЯТИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Общеизвестно, что среди основных задач в высших учебных заведениях при обучении
иностранного языка ведущее место занимает повышение эффективности учебно-воспитательного процесса, и важным
звеном совершенствования учебно-воспитательной работы по иностранным языкам, является знание и ясное понима-
ние каждым преподавателем целей обучения, овладение содержанием учебно-методических комплексов, системой
обучения и приемами, заложенными в комплексах, творческое использование учебного, методического, воспитатель-
ного и развивающего потенциала их компонентов.

Материал и методы. Проблема правильной организации, совершенствование приемов, способов и методики
работ для достижение поставленных целей решает занятие как форма организации обучения, которая обеспечивает
активную и планомерную учебно-познавательную деятельность, направленную на решение вышеупомянутых задач.

Прежде чем говорить о пути повышения эффективности занятияиностранного языка, хотелось, бы остано-
виться на:

1. Что из себя представляет занятие иностранного языка;
2. Чем он отличается от других изучаемых предметов;
3. Какие требования ставятся перед занятием иностранного языка на современном этапе.

Урок — это сложный комплекс практических, образовательных, воспитательных и развивающих задач обуче-
ния иностранному языку в учебных заведениях, которое реализуется в системе разнородных организационных форм:
на занятиях основного курса и занятия по совершенствованию языковой подготовки обучающихся, в процессе лабо-
раторных работ и внеаудиторной работы. [1. с.174]

Урок — это деятельность двух сторон – обучающего и обучаемого, при которой учебные занятия проводятся
преподавателем с группой обучающихся постоянного состава, одинакового возраста и уровня подготовки в течение
определенного времени и по установленному расписанию. [2. с.211]

Урок – это законченный отрезок учебной работы, на протяжении которой осуществляется достижение опреде-
ленной практической, общеобразовательной, воспитательной и развивающей целей путем выполнения заранее спла-
нированных упражнений индивидуального и индивидуально-группового характера на основе используемых препода-
вателем средств и приемов обучения. [3. с.321]

Результаты исследования. Занятие иностранного языка сильно отличается от других предметов. Специфика
занятия иностранного языка, прежде всего, заключается в его практической речевой коммуникативной направленно-
сти, в основе которого лежит мотивационно-мыслительная деятельность, которая осуществляется при помощи крат-
ковременной и долговременной памяти и хорошо сформированных навыков.

Рассматривая ход занятия иностранного языка, можно выделить следующие отличительные черты занятия ино-
странным языком от других учебных предметов.

Например:

1. Организация аудитории и речевая подготовка т.е. приветствие, беседа с дежурным, речевая зарядка, повто-
рение пройденного лексического, грамматического материала, т.е. подготовка к дальнейшей самостоятельной речевое
деятельности, другими словами, вести обучающихся в языковой среде.
2. Проверка домашнего задания (индивидуальная, групповая, фронтальная форма работа).
3. Презентация нового материала и первичная автоматизация (30 % времени дается на объяснение 70% на пер-
вичную автоматизацию закрепления.
4. Домашнее задание - не просто объявить упражнение 2 стр. 5 или писать на доске, но и объяснить и показать,
как выполняется упражнение, что не обязательно делать на других занятиях.
5. Подведение итогов - сообщение баллов по каждому пункту занятия и их комментирование. Даже во взрослой
аудитории, обучающиеся с нетерпением ждут своих баллов\оценок.

Учитывая специфику предмета иностранного языка, можно следующим образом сформулировать требования к
занятию.

- Основной целью занятия не должно быть сообщение знаний как часто случается на практике, а формирование
речевых навыков и умений в использовании нового материала.

- Необходимо планировать занятие с учетом коммуникативной направленности, которая должна осуществляться в ходе реализации практической цели обучения иностранному языку (овладение устной и письменной речью).

- Занятие должно иметь воспитательную, общеобразовательную и развивающую направленность т.е. должен развивать познавательную активность обучающихся, логическое мышление, память, воображение, интеллектуальную, мотивационную, эмоциональную сферы личности и расширять их кругозор, осуществлять идейно-политическое воспитание.

- Учитываются индивидуальные способности каждого обучающегося (наклонностей, интересов, их отношений друг к другу и т.д.).

- Занятие должно проводиться на иностранном языке в доступных для понимания обучающимися формах.

- Занятие должно вызывать у обучающихся мотивацию изучения иностранного языка, вовлечением каждого в активную речемыслительную деятельность по овладению языком.

- Занятие должно готовить обучающихся к самостоятельной работе и в урочное, и во внеурочное время.

- Необходимо создавать благоприятный психологический климат для изучения языка на занятиях.

В настоящей статье делается попытка, с учетом вышесказанного, подробнее рассмотреть некоторые возможности повышения эффективности занятия иностранного языка в современных условиях.

Повышение эффективности занятия и поиски оптимальной его организации предоставляют большие возможности для совершенствования учебного процесса и улучшения качества всей учебно-воспитательной работы.

Практика показывает, что организации именно таких форм работы повышает интерес, мотивирует их к выполнению задач, которыми они заинтересованы, особенно на старшем курсе на факультете международных отношений. Например:

- Разговор «по душам» действует практически безотказно. Намного интереснее вместо традиционного «запишите тему занятия» поговорить с преподавателем о насущных событиях или проблемах происходящих в стране и за рубежом, к которым студенты делают сообщения, высказывают свои мнения, аргументируют, спорят и т.д.. Главное начать беседу с особым интересом: «at last our president managed to solve the border problem between Kirgizstan and Tajikista n!» or «Just fancy! Our group has recently won the championship».

Выводы. Итак, обязательное выполнение таких заданий (приветствие, беседа с дежурным, речевая зарядка, решение спорных вопросов) повышает интерес, мотивирует к высказыванию и стимулирует даже слабого студента попытаться что-то говорить, но не забыть похвалить студентов и в конце занятия огласить оценки и охарактеризовать работу каждого студента. В условиях личностно-ориентированного обучения преподаватель выступает в роли организатора познавательной деятельности обучающихся, используя разнообразные приемы и методы.

Список литературы

1. Миролубов А.А., Парахина А.В. Урок иностранного языка. Общая методика преподавания иностранных языков в средних специальных учебных заведениях. – М.: Высшая школа, 1978. - 264 с.
2. Педагогика. под редакцией Бабанского Ю.К. Урок – основная форма организации обучения. – М.: Просвещение, 1983. -С. 214-224.
3. Гез Н.И., Ляховицкий М.В., Миролубов А.А., Фоломкина С.К., Шатилов С.Ф. Урок иностранного языка. Методика Обучения иностранным языкам в средней школе. – М.: Высшая школа, 1982. - С. 320-323.
4. Рогова Г.В. О повышении действенности урока иностранного языка. Журнал «Иностранные языки в школе». - №4\ 86. -С.18- 22.

Мирзоева С.Р., Тагайкулов Э.Х., Гадоева М.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗ И ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Кафедра патологической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность исследования. Научный интерес к железам слизистых оболочек полых (трубчатых) внутренних органов не ослабевает, что имеет и медико-биологические предпосылки и клиническую обусловленность. Не является случайным, введение в научную литературу термина «морфологическая экзокринология», обозначающего раздел анатомии, направленный на выяснение общих закономерностей и структурных особенностей железистого аппарата организма [1].

Современный интерес к железам дыхательных путей значительно возрос в связи с развитием оториноларингологии и появлением новых технологий. Железы, находящиеся в стенках органов дыхания, играют важную роль в обеспечении жизнедеятельности организма. Они выделяют секрет, который увлажняет и согревает воздушную струю, а также обладает бактерицидным действием на микроорганизмы [2,3].

До настоящего времени большое внимание было уделено изучению структурно-функциональных характеристик желез слизистой оболочки стенок носовой полости. Вместе с тем ощущается явный дефицит анатомических исследований, посвященных морфологическим характеристикам желез гортани человека. В литературе мало сведений о клеточном составе желез, их локальной и возрастной специфике, о размерно-количественных показателях желез, половых особенностях их строения, их взаимоотношениях с лимфоидной тканью этого органа. Лимфоидный аппарат гортани с анатомических позиций почти не изучен.

В последние годы в мире отмечается увеличение разнообразных патологических поражений органов дыхания, включая гортань. Железы этого органа могут быть вовлечены в развитие неспецифических воспалительных заболеваний, аденом, ретенционных кист и псевдодивертикулов. Кроме того, эпителий желез может стать источником возникновения аденокарцином-железистого рака гортани[4,5]

В литературе отсутствует данных о структурно-функциональных характеристиках желез и лимфоидной ткани гортани при действии факторов высокогорья и что явилось изучением данного исследования.

Целью исследования. Изучение морфологических особенностей желез и лимфоидных образований гортани крыс в эксперименте в условиях высокогорья.

Материал и методы исследований. Материалом исследования явился железы и лимфоидные образования гортани крыс.

Методами макро-микроскопии и морфометрии мы изучили структурные особенности желез и лимфоидные образования гортани крыс. Мы изучили на поперечных срезах гортани (подголосовая полость) структурные характеристики желез и лимфоидной ткани гортани крыс, находящихся на протяжении разных сроков (до 2-х месяцев) в условиях высокогорья.

Полученные материалы после эксперимента для проведения патоморфологических исследований, гистологические срезы (срезы толщиной 7-8 мкм) окрашивали гематоксилином-эозином, азури-2 и эозином по Браше. Работа была проведена в морфологической лаборатории ЦНИЛ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Для оценки результатов морфологических исследований использовали, систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа микропрепараты изучили под микроскопом model Olympus CX 21 FS 1. Камерой DigitalMicroScopeCameraSpecificationMC-DO 48U (E), при различных увеличениях. (ок. 18, объективы 4, 10, 40, 100). Морфометрические исследования структуры желез и лимфоидной ткани гортани крыс проводили в 10 полях зрения микроскопа. После проведения морфометрических исследований, полученные данные обработали с учетом рекомендаций Автандилова Г.Г. (1990).

Результаты и их обсуждение. По нашим данным, у крыс, как контрольных групп, так и экспериментальных, гортань имеет развитый железистый и лимфоидный аппараты. Начальные отделы желез у крыс контрольных групп всегда определяются в толще слизистой и волокнисто-хрящевой оболочек гортани. Средой микроокружения для них является хрящевая и рыхлая волокнистая неоформленная соединительная ткань, клетки лимфоидного ряда. У крыс контрольной группы контуры начальных частей хорошо очерчены, четко определяются glanduloциты, апикальная поверхность которых ограничивает полость.

Лимфоидная ткань гортани крыс (как контрольной, так и экспериментальных групп) представлена лимфоидными узелками (без центров размножения), и диффузной лимфоидной тканью, расположенными в слизистой оболочке и подголосовой полости, преимущественно возле желез, в их строме, около выводных протоков.

В лимфоидных образованиях гортани определяются преобладающие количественно малые, средние лимфоциты, ретикулярные клетки, имеются плазматические клетки, макрофаги, бластные формы (лимфобласты), клетки с картиной митоза, дегенеративные клетки (как в контроле, так и в экспериментальных группах).

По мере увеличения срока эксперимента наблюдаются морфологические изменения, как желез, так и лимфоидной ткани гортани крыс. Они наиболее выражены на 10 и, особенно 15 сутки экспериментальных воздействий факторов высокогорья. Начальные части желез приобретают неправильную (преимущественно многоугольную форму), в контроле - округлые, овальные. На 10 и 15 сутки эксперимента наблюдается расширение и деформация выводных протоков желез стенок подголосовой полости (Рис.1.).

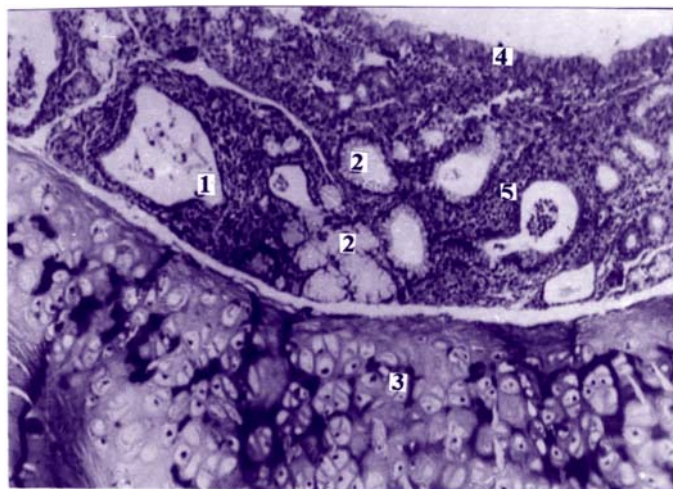


Рис.1. - Расширение выводных протоков желез, отсутствие лимфоидных узелков в стенках гортани крысы в условиях высокогорья; 15 сутки эксперимента.
Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x100.

Протоки желез образуют кистозные структуры, особенно на 15 сутки воздействий. Расширенные выводные протоки желез содержат клетки лимфоидного ряда, среди которых значительно количество дегенеративных и деструктивных клеток. Венолы возле начальных отделов желез и выводных протоков становится полнокровными, наблюдается стаз (Рис.2.).

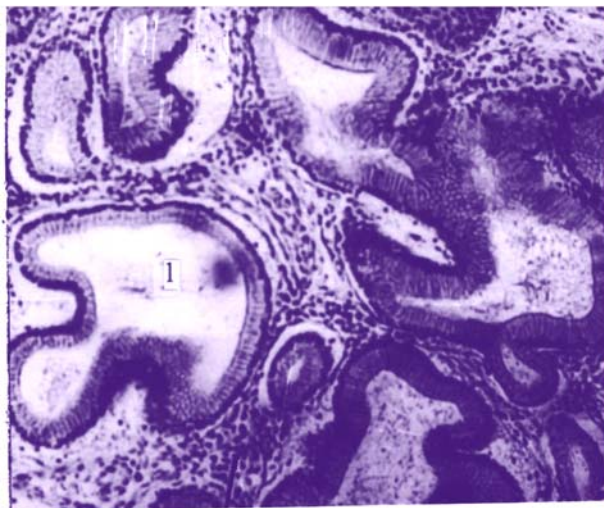


**Рис.2. - Кистозно расширенные выводные протоки желез в слизистой оболочке гортани крысы в условиях высокогорья в 15 сутки эксперимента, (в поперечном срезе).
Окраска гематоксилином-эозином. Ув. х300.**

Лимфоидные узелки, постоянно определяемые на ранних сроках эксперимента на 10 и 15 сутки единичны. Определяются скопления клеток лимфоидного ряда, не имеющие четких периферических контуров. Клетки лимфоидного ряда возле венул (всегда многочисленные у крыс контрольных групп) почти не определяются. В составе диффузной лимфоидной ткани, скоплений клеток лимфоидного ряда преобладают малые и средние лимфоциты, ретикулярные клетки, многочисленные макрофаги, деструктивные (дегенеративные) клетки. На 30 и 60 сутки эксперимента описанные изменения визуальны (без проведения морфометрии) выражены меньше, но сохраняются.

Выводы. Полученные морфологические данные показывают что длина, толщина начального отдела желез, содержания в его составе стромы, площади на срезе выводного протока у крыс, помещенных в условия высокогорья, отличаются от контрольных показателей. Размерные параметры лимфоидных структур гортани в условиях нахождения экспериментальных животных на протяжении разных сроков при действии высокогорных факторов указывают, что по сравнению с контрольными показателями длина лимфоидного узелка в стенках гортани (задняя стенка подголосовой полости) на 1 сутки эксперимента в 1,1 раза меньше ($p < 0,05$). На 2 сутки данный показатель также в 1,1 раза меньше контроля ($p < 0,05$), на 5 сутки – в 1,2 раза меньше ($p < 0,05$), на 15 сутки - в 1,4 раза меньше контроля ($p < 0,05$), на 30 сутки - в 1,3 раза меньше ($p < 0,05$), на 60 сутки - в 1,2 раза меньше контрольного показателя $p < 0,05$.

Литература

1. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем.-М.-Элиста, АПП «Джангар», 2001.-135с.
2. Хушгадамов З.К. Структурная характеристика лимфоидного аппарата ректо-сигмоидального отдела кишечника человека в постнатальном онтогенезе.- Автореф.канд. дисс., Душанбе, 2004.- 29с.
3. Шевчук И.В. анатомия и топография желез гортани человека в постнатальном онтогенезе.- Автореф.канд.дисс.-М., 1998.-17с.
4. Cerato M.C., Colella E., Ferraresi V., Diodoro M.G. Tonachella R. Report of two cases of quintuple primary malignancies and review of the literature // Anticancer Res.-2008.-Vol.28, N5.-P.2953-2958.
5. Mehrota R., Pandya S., Singha M., Srivastava D., Singh M. Spectrum of malignancies in Allahabad, North India: a hospital-based study // Asian PacJ Cancer Prev. - 2008.-V.9,N.3.-P.

Раджабов Р.Р. Касирова С.Х.

ВИДЫ И ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Процесс обучения является очень объемным и многоплановым. Трудно представить, что все принципы могут быть значимы для всего процесса. Подпринципами обучения принято считать основные положения, определяющие характер процесса обучения, которые формируются на основе избранного направления и соответствующих этому направлению подходов. Совершенствуется по мере овладения языком, приближаясь к системе изучаемого языка; принцип коммуникативной компетенции (communicative competence) в процессе обучения иностранному языку.

Цель исследования. В методике не существует единого мнения относительно классификации принципов обучения. В отечественной методике многие описанные выше понятия рассматриваются в рамках лингвистических или психологических основ обучения и не считаются принципами, поскольку термин «принцип» чаще всего применим к дидактическим и методическим основам обучения.

Материал и методы исследования. Общедидактические принципы отражают положения, которые используются при обучении любому предмету. В качестве основных можно назвать: принцип сознательности, активности, систематичности, наглядности, прочности, доступности и другие. Принцип сознательности: а) сознательность заключается в сознательном сопоставлении родного и иностранного языков для более глубокого проникновения в их структуру; б) сознательность есть постижение теории и умение применять ее на практике; в) сознательность – это понимание содержания речи. г) сознательность – не только понимание содержания речи, но и осознание в процессе овладения тех

единиц, из которых она состоит, и способов их использования; д) сознательность заключается в понимании того, почему надо учиться. У сторонников интенсивного обучения иностранным языкам данный принцип получает следующее определение: «... он рассматривается как более широкий принцип, предполагающий оптимальное сочетание различных на разных этапах обучения, осознаваемого и неосознаваемого в обучении. Это сочетание предполагает рациональную, осознаваемую преподавателем дозировку обрабатываемых операций и действий; сознательное участие обучаемого в общении; не всегда и не вполне осознаваемое участие обучаемого в развертке и усвоении языковой системы. Это последнее положение не исключает из процесса обучения на определенных его этапах осознание студентами и анализ с помощью преподавателя средств языковой коммуникации.

В изучении неродного языка следует различать *интеллектуальную, эмоциональную, речевую* активность, которая в совокупности способна обеспечить благоприятные условия для овладения языком. Интеллектуальная активность студентов достигается постановкой проблемных вопросов, которые ставят студентов перед необходимостью подумать, проанализировать, сравнить, обобщить, подключить мышление студентов. Особенную роль призвана сыграть эмоциональная активность, которая проявляется в том, что студенты небезразличны к выполняемой им деятельности и если положительные эмоциональные переживания обеспечивают внутреннюю, внешнюю активность, следовательно, и успех, то отрицательные эмоциональные переживания затормаживают активность и плохо сказываются на успехах. Однако, у определенных категорий студентов, наделенных сильными волевыми качествами, отрицательные эмоции вызывают неудовлетворение невыполненными заданиями, могут стимулировать активность в нужном направлении.

Результаты исследования и их обсуждения. Проблем дидактики, имеющей огромное методологическое значение, является проблема обучения и развития, когда процесс овладения знаниями способами деятельности должен служить средством всестороннего развития личности. Известно, что обучение создает зону ближайшего развития, т.е. вызывает у студента интерес к жизни, пробуждает и приводит в движение целый ряд внутренних процессов развития. Таким образом, правильно организованное обучение студента способствует умственному развитию, вызывает к жизни такие процессы развития, которые вне обучения вообще сделались бы невозможными. Следует, однако, подчеркнуть, что процессы развития идут вслед за процессами обучения, создающими зоны ближайшего развития, и между процессом развития и процессом обучения устанавливаются сложнейшие динамические зависимости, которые нельзя охватить единой, переданной априорной умозрительной формулой.

Применение этих принципов требует, чтобы обучение осуществлялось на уровне возможностей детей, чтобы они не испытывали непреодолимых трудностей. Доступность обеспечивается, как самим материалом, его организацией, так и методикой работы с ним на занятии. Конкретное свое выражение данный принцип находит в строгом отборе языкового и речевого материала и преподнесении его в структурах, речевых единицах, соотносенных с ситуациями общения, близкими и понятными студентам, построении учебного процесса языка, исходя из реальных возможностей, что находит выражение в объеме предполагаемого материала и уровня усвоения. Посильность проявляется в темпе продвижения изучения материала. Принцип прочности выражается в том, что вводимые в память студентов слова, структуры должны в ней сохраняться, чтобы студенты могли извлечь из нее нужные единицы всякий раз, когда возникает необходимость. Прочность усвоения обеспечивается путем: яркого преподнесения материала при ознакомлении с ним студентам, когда у них возникают живые образы, ассоциации; тренировки в воспроизведении материала, сразу после ознакомления и на последующих занятиях, с включением различных анализаторов; самостоятельного творческого применения, при котором данный материал используется для передачи необходимого материала, когда внимание ученика сосредоточено на содержании, а не на его форме; системного контроля усвоения пройденного, что создает благоприятные условия для удержания материала в памяти.

Выводы. Представители различных методических систем выдвигают разные принципы относительно родного языка обучаемых. Так, сторонники прямого и натурального методов провозглашают принцип исключения родного языка студентов из процесса обучения. Другие выдвигают принцип опоры на родной язык, третьи – принцип учета родного языка обучаемых. Принцип опоры на родной язык предполагает, что на занятии студенту все время необходимо сравнивать формы двух языков, анализировать их сходство и различие с целью детального постижения строя языков. Принцип учета родного языка направлен на практическое овладение иноязычной речью. Этому служит, такая организация речевого материала, которая способствует предотвращению интерференции со стороны родного языка; осуществлению принципа способствует соответствующая организация процесса усвоения иноязычных форм (лексических единиц).

Список литературы:

1. Бим И.Л. Методика обучения иностранным языкам как наука и проблемы школьного учебника. – М.: русский язык, 1977.
2. Методика интенсивного обучения. Жинкин Н. И. Язык. Речь. Творчество // Избр. тр. – М., 1998.
3. Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. – М., 1975. иностранным языкам. М.: Высшая школа, 1986. М.: Просвещение, 1981. — 191 с.
4. Основные направления в методике преподавания иностранных языков в XIX – XX / под редакцией И.В.Рахминова. – М.: «Педагогика», 1972. С.267.
5. Старков А.П. Обучение английскому языку в средней школе. М., 1978.
6. Пассов Е.И. Программа-концепция коммуникативного иноязычного образования. Концепция развития индивидуальности в диалоге культур. 5-11 классы. М., 2000.

Мирзоева Ш.Ю., Нарзуллозода М.Дж., Касирова С.Х.
ВАЖНОСТЬ ПЕРЕВОДА ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ С АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА РУССКИЙ ЯЗЫК

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Передача на английский язык фразеологических единиц очень трудная задача. В силу своего семантического богатства, образности, лаконичности и яркости фразеология играет в языке очень важную роль. Она придает речи выразительность и оригинальность. Особенно широко фразеологизмы используются в устной речи в художественной и политической литературе.

Цель исследования. При переводе фразеологизма переводчику надо передать его смысл и отразить его образность найдя аналогичное выражение в английском языке и не упустив при этом из виду стилистическую функцию фразеологизма. При отсутствии в английском языке идентичного образа переводчик вынужден прибегать к поиску приблизительного соответствия.

Материал и методы исследования. Фразеологические эквиваленты могут быть полными и частичными.

Полными фразеологическими эквивалентами являются те готовые английские эквиваленты, которые совпадают с переводом на основе частичных фразеологических эквивалентов отнюдь не означает, что при этом в переводе значение и образность фразеологизма передаются не полностью; под этим термином следует иметь в виду то, что в предлагаемом на английском языке эквиваленте возможны некоторые расхождения с русским. Другими словами, для переводчика при переводе фразеологии важно прежде всего передать образ фразеологизма, а не языковую структуру. Частичные фразеологические эквиваленты можно разбить на три группы.

К первой группе относятся фразеологизмы, совпадающие по значению, стилистической окраске и близкие по образности, но расходящиеся по лексическому составу: *сулить золотые горы*-to promise wonders, to promise the moon, *в гостях хорошо а дома лучше* East or West, home is best, *купить кога в мешке*-to buy a pig in a poke, *первая ласточка*- the first portent (sign), *овчинка выделки не стоит*-the game is not worth the candle, *притча во языцех*-the talk of the town.

Некоторые из таких оборотов переводятся с помощью уже упомянутого выше антиметрического перевода, т. е. отрицательное значение передается переводчиком с помощью утвердительной конструкции или, наоборот, положительное значение передается с помощью отрицательной конструкции: *цыплят по осени считают*- don't count your chickens before they are hatched.

Ко второй группе относятся фразеологизмы, совпадающие по значению, образности, лексическому составу и стилистической окраске, но отличающиеся по таким формальным признакам, как число и порядок слов, например: *играет на руку кому-л* to play into smb.'s hand (здесь расхождение в числе); *не все то золото, что блестит*-all is not gold that glitters (расхождение в порядке слов); *за деревьями не видеть леса*-not to see the wood for the trees (расхождение в порядке слов).

Одной из особенностей словарного состава любого языка является способность вступать в различные сочетания. Те сочетания, которые постоянно употребляются как готовые стереотипы, называются **устойчивыми**, а те, которые могут постоянно меняться, называются **свободными**. Частотные устойчивые сочетания постепенно перерастают в клише. Переводчику следует хорошо знать устойчивые сочетания, поскольку они придают речи идиоматический характер.

Вот некоторые примеры перевода свободных и устойчивых русских словосочетаний на английском языке.

Свободные словосочетания	Устойчивые словосочетания
железный забор - iron fence	железная воля - cast-iron will
вооружённый отряд - armed detachment	вооружённый до зубов - armed to the teeth
протопренный путь - blazed trail	протопренная дорожка - beaten track
волчий инстинкт - wolf's instinct	волчий аппетит - voracious appetite
отдавать деньги - to give money	отдавать жизнь - to devote one's life
покончить с беспорядком - to end with disorder	покончить с жизнью - to commit suicide
сделать снежную бабу - to make a snowman	сделать ляпсус - to commit a blunder
точить коньки - to sharpen the skates	точить лясы - to talk hot air
горький на вкус - tastes bitter	горькая ирония - bitter irony
благодарить за любезность - to thank for kindness	благодарить свою судьбу - to bless one's lucky star
деревенский кузнец - village blacksmith	кузнец своего счастья - architect of one's own

Часто русские и английские фразы полностью совпадают: семантически, стилистически, а также в эмоциональном плане, что значительно облегчает задачу переводчика. Например: *суть вопроса* – the heart (the essence) of the matter; *одним словом* – in a nutshell, in a world, *невосполнимая утрата* - an repairable loss.

Результаты исследования и их обсуждения. При отсутствии в английском языке эквивалентна для устойчивого сочетания приходится прибегать, к примеру, *свободного перевода*. Возможны два типа свободного перевода устойчивых сочетаний: *калькирование* и *описательный перевод*.

Калькирование - это дословный перевод, при котором в языке перевода сохраняются семантические и сти-

листические признаки оригинала. Калькирование применяется в тех случаях, когда в английском языке (языке перевода) эквивалентная лексическая единица отсутствует, а более или менее дословный перевод русского сочетания, особенно метафорического, будет в целом понятен и в известной степени станет передавать образность. Например, словосочетание *незрелая мысль* передается на английский язык как **green idea**, *правлящая клика* как **ruling clique** и т. д. Кроме того этот способ иногда применим в тех случаях, когда в английском языке важно передать национальную окраску русского оборота (ср.: *Государственная дума-State Duma*)

Выводы. При *описательном переводе* переводчик раскрывает значение (понятие) описательным путем. Например, словосочетание *видное место* (в газете) можно передать как терминологически – **prominent place, front page**, так и описательным путем: *поместить на видном месте to feature a story*.

В отличие от перевода, основанного на подборе готового эквивалента, и от выборочного перевода, описательный способ перевода требует от переводчика изобразительности и находчивости при решении возникших переводческих проблем. Разумеется, возможны и другие примеры перевода, если этого потребует контекст.

Список литературы:

1. В.Н. Крупнов Английский язык. Курс перевода.
2. Longman Dictionary of phrasal verbs
3. Л.С. Бархударова, Крупнов В.Н. Общественно-политическая лексика. – Курс перевода.

Мирзоева Г.Х.

УСУЛҲОИ МУОСИР ДАР ОМУЗИШИ ЗАБОНҲОИ ХОРИҶӢ

Кафедраи забонҳои хориҷии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мухимият. Имрӯзо донишҷӯи забонҳои хориҷӣ на танҳо аз ҷумлаи нишонаҳои инсонӣ бофарҳанг, балки яке аз шартҳои муҳими ғаёлияти бомувафакқияти ӯ низ ба шумор меравад. Маълум аст, ки вақт, дар дунёи босуръат тараққиқунанда омилҳои асосии иқтисодӣ ба ҳисоб меравад, яъне касе наметавонад барои омӯзиши забон солҳои зиёд умрашро сарф намояд.

Мақсад. Ба андешаи мо донишҷӯён бояд аввал забони модаринашонро хуб омӯхта, баъд ба омӯзиши забони дигар машғул шаванд, чунки донишҷӯи забони модарӣ барои дарки забони хориҷӣ ёрӣ медиҳад ва имконияти муқоиса карданро фароҳам меорад. Дар он ҳолат, ки омӯзиши забони модарӣ хуб ба роҳ монда шудааст, аз худ кардани забони хориҷӣ осонтар мегардад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар айни замон донишҷӯи забонҳои хориҷӣ на танҳо яке аз аломатҳои инсонӣ бофарҳанг, балки яке аз шартҳои муҳими ғаёлияти муваффақи ӯ мебошад. Фаҳмост, ки вақт омилҳои асосии иқтисодӣ дар ҷаҳони босуръат рушдбанд аст, яъне ҳақ кас наметавонад солҳои зиёди умри худро ба омӯзиши забон сарф кунад.

Дар ҷунин шароит масъалаи сифатан беҳтар намудани системаи маорифи кишвар мустақиман бо таҳияи усулҳои нисбатан мукамал ва аз ҷиҳати илмӣ асоснокшудаи идоракунии ғаёлияти таълимӣ-маърифатӣ иртибот дорад, ки қобилияти эҷодии шахсиятро сафарбар мекунад. Дар робита ба масъалаи маърузаи таҳияи назария ва ба таври васеъ дар амалия татбиқи намудани шаклҳои мухталифи таълими интеренсивии забонҳои хориҷӣ мубрам ба шумор меравад. Муваффақияти ноил шудан ба мақсади асосии таълими забони англисӣ яъне мақсади ҳосил намудани малакаи ва маҳорати муошират аз истифодаи методҳои гуногуни таълими забони хориҷӣ вобастагии хеле калон дорад. Вале барои омӯзгор донишҷӯи танҳо методика қифоя нест, зеро дар ин ҳусус Г.В.Рогова ва И.Н.Верещагина ҷунин зикр кардаанд: «Методика ин психологияи амалӣ нест, зеро донишҷӯи танҳо гузариши ҷараёнҳо ба монанди дар хотир нигоҳдорӣ, фикрронӣ, ҷи гуна ташаккули маҳорат ва малакаи қифоя набуда, зарур аст, ки ғайри омӯзонидашаванда, яъне забони англисӣ аз тарафи омӯзгор хуб аз худ карда шуда бошад». Инчунин А.Пэнлоуш гуфтааст: «Методҳои хуб ва бад вучуд надоранд, балки муаллимони хуб ва бад мавҷуданд». Дар ҳақиқат муаллимони бояд ғайр аз методикаи таълими забони хориҷӣ ғайри тадрисшавандаро низ хеле хуб азбар карда бошанду тавонанд, ки заминаи хубе баҳри таҳлили минбаъдаи омӯзиши забони англисӣ фароҳам оранд.

Дар паёмҳои ҳарсолаи худ Пешвои миллат, мухтарам Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон ибрози менамоянд, ки тақмили таълим ва омӯзиши забонҳои русиву англисӣ васеъ ба роҳ монда шавад. Агар мо хоҳем, ки бо ҷомеаи пешрафтаи башар баробар қадам гузорем, бояд ба ин масъала эътибори ҷиддӣ диҳем.

Таълими забони хориҷӣ таълими салоҳияти муоширатӣ ба ҳисоб меравад, яъне қобилият ва омодагии донишҷӯёро муоширати байнифардӣ ва байнифарҳангии забони бегона ба амал мебарорад.

Ҳадафи асосии усулҳои таълим, ба монанди усулҳои дигари таълим, дар марҳилаи муосири рушди маориф – амалишавии муносибати иртиботии таълими забони хориҷӣ ба ҳисоб меравад, яъне таълими салоҳиятноки муоширатӣ қобилияти барқарор ва нигоҳ доштани робитаи зарурӣ бо шахсони дигар. Баъзе шахсон барои боло бурдани натиҷаҳои дилхоҳашон ба ташкилотҳои гуногун муроҷиат мекунанд, дарсҳои иловагӣ мегиранд ва мустақилона ба тақмили додани малакаи нутқи хаттӣ ва шифоҳии худ машғул мешаванд. Ба таври васеъ татбиқи намудани усули таълим дурнамоҳои нав ба навро боз мекунад, зеро амалан барои дар муддати кӯтоҳ аз худ намудани забонҳои бегона ба таълимгирандагон мусоидат менамояд.

Раванди таълим–раванди ниҳоят мураккаби ҳақиқати объективист, ки ба ғумони ғолиб метавонад танҳо аз раванди тарбия ва инкишоф ақиб монда, дар айни ҳол ҷузъи таркибии онҳо шумурда мешавад. Он микдори зиёди робита ва муносибатҳои мухталиф, омилҳои бешумори тартиб ба табиаташон гуногунро дар бар мегирад.

Усули таълим системаи пайдарпай, ғаёлияти робитаҳои дучонибаи омӯзгор ва донишҷӯён буда, барои аз худ намудани мухтавои таълим, инкишофи қувваҳои зеҳнӣ ва қобилият, аз худ намудани воситаҳои худомӯзӣ ва таълимдиҳии хусусӣ мусоидат менамояд.

Хулоса. Ноғуфтамонад, кивобаста ба ҳадафитаълимусултаълиминтиҳоб карда мешавад. Омӯзгор дар фаёлияти амалии худ усултаълимро интиҳоб карда, онрода сурихадафу мухтавои тадрискарор медиҳад. Баъдан муносибати усултаълимро бо вазифаи мушаххаси педагогӣ муайян намуда, вазияти таълими ро таҳлил ва дараҷаи пешрафти хонандагон аз ташаккули биину мумии омӯзиш ва ҳаммаҳорати хусусиро дар онҳо муайян менамояд. Усулҳои таълим худ ба худ хуб ва ё бадбудана метавонанд. Усулҳои таълиме, ки тавассути он хонандагони таҷрибадор ҳосил мешаванд, ба таври принципалии қелематонанд, вобаста аз шароити вазияти беохирча раёнираванди таълим ба таври беохирта ғайримеёбанд ва муносибатимазкурбарои дар хонандагон ташаккулёфтани дарки маънӣ ва фаҳми дақиқ забони бегона, инчунин аз худ намунаи маводи заборбаро сохтани тукӣ баёншударовона карда мешавад. Зимни омӯзиши забонҳои хориҷӣ, муносибати иртиботӣ, пеш аз ҳама барои дар муҳити забонҳои озода насарфаҳм рафтани донишҷӯён, инчунин мувофиқан воқуни нишон додан дар вазияти ҳамогунии забонҳои ноҳамешавад. Инчунин, яке аз шартҳои асосии муваффақияти истифодаи усулҳои таълим, дар амалия, фароҳам овардани фазоимсоидкорӣ ва муносибатҳои бозғийтимодмиёни усту душогирд ба ҳисоб меравад. Муносибатимазкурбаро инкишофефтани ҳосотимусбатмусоидатнамуна, ҳиссиҳаста шавиро қоҳишмедихад ва ба рушди ҳавасмандии таълим мувофиқа менамояд. Агар дар ташкили чунин омӯзиш як зумраи хусусияти ҳоро яна гарданд, натиҷаи дилхоҳ ҳосил намешавад. Ҳамин тавр, касбияти баланди омӯзгор, ҳавасмандии баланди донишҷӯён, ҳайати бодикқатинтиҳобгардида, хусусияти гуруҳи таълимӣ ва ғайрашартиҳатмиемебошанд, қиса маранокии машғулияти ҳамадилхоҳ ротаъмин хоҳанд сохт.

1. Азимов, Э.Г. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам) / Э.Г. Азимов, А.Н. Шукин. - М.: Икар, 2009. - 448 с.
2. Верещагина, И.Н. Пособие для учителей общеобразовательных учреждений и школ с углубленным изучением англ. Языка [Текст] / И.Н.Верещагина, К.А.Бондаренко, Н.И.Максименко—М.: Просвещение, 2012. —98 с.
3. Шукин, А.Н. Обучение иностранным языкам: Теория и практика: Учебное пособие для преподавателей и студентов / А.Н. Шукин. - М.: Филоматис, 2006. - 480 с.
4. Гальскова, Н.Д. Теория обучения иностранным языкам. Лингводидактика и методика :учеб.пособие для студ. лингв. ун-тов и фак. ин. яз. высш. пед. учеб. заведений[Текст]/ Н.Д.Гальскова, Н.И. Гез. —4-е изд., стер. —М.: Издательский центр «Академия», 2007. —336с.

Кафедраи забонҳои хориҷии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

1. Тағйироти фонетикӣ.

Дар забони англисӣ шумораи омонимҳо хеле зиёд мебошанд дар муқоиса бо дигар забонҳо. Пеш аз ҳама онро зикр кардан зарур аст, ки сарчашмаҳои асосии он забони қадимаи англиси аст. Қисми зиёди омонимҳои луғавӣ дар натиҷаи тағйироти фонетики–морфологии сохти калима, дар раванди ташаккулёбии таърихи забони англисӣ рӯй меоданд, пайдо шуданд. Тағйироти фонетики дар таркиби калима баъзан бо сабаби иваз шудани ҷой зада ба вачуд меояд:

address – to ad’dres, home address суроғаи хона; **to address a letter to smb** – мактубро ба касе фиристодан;
important – муҳимият, аҳамият;
important – аҳамият додан, зарур/муҳим будан;
it imports us to know that... - зарур аст донем, ки...[4,425].
Export – содирот, интиқол, борфирист.

Spain grows oranges for export.

Испания афлесунро барои содирот парвариш мекунад;

export bank – содирот бонк;

export – содир кардан, интиқол додан;

The country exports many kinds of machinery.

Ин кишвар лавозимоти зиёди техникро содир мекунад [4,304].

Аз мисолҳои мазкур бармеояд, ки дар натиҷаи дигар шудани ҷойи зада, яъне шакли талаффузи фонетики на танҳо калимае пайдо мешавад, ки маънои дигар дорад, балки калима ба дигар ҳиссаи нутқ табдил меёбад ва онҳо омоним мешаванд. Раванди фонетики дар даврҳои гуногуни таърихи забони англисӣ ба амал омада, сабаби пайдоиши вожаҳои зиёди омонимии шудаанд.

Чунончи **sea – see, write – right, whole – hole, knew – new, dear – deer, bear – bare.**

The good old priest taught Tom how to read and write [7,7].

–У ба Том хондану навиштанро омукта буд.

It is his right to sit in the presence of his king. [7,96].

– Ин ҳаққи сазовори вай аст.

Дар ду ҷумлаи боло калимаҳои **write** ва **right**, бо вучуди тағйироти фонетики талаффузи якхела дошта, шаклан гуногунанд. Дар забони англисӣ **wear** ва **where** низ аз зумраи онҳост:

And you will wear a costume that nobody else must wear [7,97].

– Доништа бошед, ки либосе, ки у пушидааст, факат ба шахси ҳудаш махсус мебошад ва ҳеҷ кас ихтиёр надорад, ин ҳел либос пушад.

Баъзе калимаҳои гуногун дар натиҷаи тағйироти фонетики дар асрҳои XV – XVI ба вучуд омадаанд, боиси он гардид, ки калимаҳои гуногун аз рӯи талаффуз ва аз рӯи навишт бо ҳамдигар монан шаванд. Чунон чи калимаҳои қадимаи англисӣ **sunne** – офтоб ва **sunu** – писар; дар забони муосири англисӣ шаклан тағйир ёфта, дар шакли **sun** – *офтоб*, **son** – *писар* омоним шуда омаданд.

Knight [nait] – паҳлавон калимаи қадимаи англиси аст ва **niht** – шаб дар забони муосири англисӣ **knight** – паҳлавон; **night** – шаб омадааст.

Қисми дигари омонимҳо бошад ё дар натиҷаи ҷудошавии як маънои калимаҳои сермаъно ба намуди як воҳиди мустақил, ё бо сабаби истифода шудан барои истифодаи нав дар мавқеи зарури пайдо шудаанд.

Мисол, **game** [geim] – *бози мусобиқа*;

game [geim] – *ҷонвари шикоршаванда, сайд*.

Дар ин ҳол ҳодисае шикор кардан ҳамчун як намуди шугли варзишӣ дида мешавад. Роҳи дигари пайдоиши калимаҳои омоними иқтибос аз забонҳои дигар аст. Иқтибос шудани калима дар зинаи охири мувофиқшавии фонетики метавонад бо талаффуз ва навишти калимаи асл ё вожаи иқтибосии дигар монанд шавад: **wright** (асл) – **rite** (лотини ritus), **bank** (сохил, асл) – банк; (муассиса, итоляни).

Калимаи асли бо калимаи иқтибоси омоним мешавад. Масалан: **arch archbridge** пули камоншакл; **arch-enemy** душмани ашадди; **matriarch** модарсолор (зан сардори хона), **patriarch** падарсолор.

Омоними морфологи – дар ҳар ду забон омонимҳое мебошад, ки шаклан як ҳел буда, ба ҳайси нутки гуногун таалук доранд.

Мисол, **bear** (n) – *хирс*, **Bear** (v) – *бурдан*;

Cross (n) – *салиб*, **Cross** (adj) – *бадқаҳр, ҳашмгин*;

Натиҷа ва баррасии таҳқиқот. Омонимҳои лексикӣ-грамматики – ин нави омонимҳо дар ҳарду забон ҳам хусусияти гурӯҳи якум ва ҳам хусусияти гурӯҳи дуумро доранд, ки аз як реша бо роҳи конверсия, аз як ҳиссаи нутқ ба дигар ҳиссаи нутқ мегузаранд. Ин омонимҳо микдоран кам буда дар натиҷаи конверсия ба амал меоянд.

Мисол, **found** [faund] – *пайдо кардан, ёфтан*, **found** – *таъсис додан*.

Дар забони ҷокии бошад ба монанди калимаи:

Гузар маҳал ҷой; гузар – феъли фармоиш аз гузаштан.

Зан – ҷисми муқобили мард; зан – феъли фармоиш аз задан.

Конверсия яке аз муҳимтарин усули калимасозии забони англисӣ дар садсолаи охир, махсусан дар сохтани феълҳо аз исм ва баръакс меравад. Шабеҳияти бисёри калимаҳое, ки ба ҳиссаҳое гуногуни нутқ таалук дорад конверсия мебошад.

Ба монанди: **pale** – *рангпарида*; **to pale** – *рангпарида шудан*, **water** – *об*, **to water** – *об додан*, **butter** – *равған*, **to butter** – *равған молидан*, **comb** – *шона*; **to comb** – *шона задан*, **dress** – *либос*, **to dress** – *либос пушидан*.

Хулоса. Дар хулоса, чунин қайд намудан лозим аст, ки муҳақиқон омонимҳои лексикӣ ба гурӯҳи омонимҳои пурра дохил намудаанд ва ба гурӯҳи омонимҳои нопурра бошад омонимҳои морфологи, лексикӣ-грамматикӣ ҳам дохил намудаанд. Аммо чунин гурӯҳбанди ҳам дар забони ҷокии вучуд дорад ва низ фарқкунанда вучуд нашоудааст, аз ҷиҳати пайдоиш омонимҳоро бошад, дар ҳарду забон ба сабабҳои таърихи, ҷудошавии як маънои алоҳида аз калимаҳои сермаъно, иқтибос ва конверсия низ мебошад.

1. Мамадназаров А. Фарҳанги англисӣ-тоҷикӣ/ А. Мамадназаров. – Душанбе: Эр-граф, 2015. – 1015с.
2. С. Махкамов, Ш. Досимова. Забони давлатӣ (тоҷикӣ)//Китоби дарсӣ барои синфи XI - Душанбе: «Сомон-имкон», 2010.- 154 с.

**Абдурахмонов З.В., Мирзошарифзода И.М., Мамадносирова Ш.Қ.
МУХТАСАРЕ АЗ ТАЪРИХИ ТИББИ ҚАДИМИ ЧИН, ҲИНД ВА ЮНОН**

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Кафедраи фалсафа ва фанҳои гуманитарии Академияи идоракунии давлатии низди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон

Тадқиқи аслии таърихи тиб нишон медиҳад, ки дониши тиббӣ аз ибтидо хусусияти таҷрибавӣ дошт. Одамони ҷамоаи ибтидоӣ дониши тиббиро дар натиҷаи шиносоии бевосита бо ашёи муҳити зист ҳосил мекарданд. Духтурӣ аз ибтидо чун тибби мардумӣ (мардумпизишкӣ) таҷассум ёфтааст. Инкишофи шароити моддии ҳаёт сабаби аслии пайдоиш ва вусъати пизишкӣ мебошад. Ба ҳамин шароит на меҳр ба наздикон ва на савқи табиӣ (инстинкти) худмуҳофизӣ ҳеҷ гоҳ амалан ҷорӣ намегашт, ҳамчунин пизишкӣ инкишоф намеёфт [1].

Одамони ҷамоаи ибтидоӣ баъзе табдирҳои ҷарроҳӣ (чоки кайсар, нағзакканӣ ва ғ.)-ро офариданд, ки минбаъд дар тамоми тиб ҷорӣ гардидаанд. Одамони он замон бисёр доруҳои нав (бештар рустанигӣ) -ро кашф карданд [1].

Одамони ибтидоӣ усулҳои аввалини табобат ва маълумоти тибиро аз ҳайвонот омӯхтаанд, ки савқи «модарзодӣ» доранд на табиатан хешро нигоҳдорӣ мекунад ва давомҳои зарурро ҳини ин ё он касалӣ пайдо мекунад. Ин таҳрифи мисоли ҳайвонот як навъ боқимондаи ҳосаи «тотемизм»- парастии илоҳии ҳайвонот мебошад. Инсон пеш аз ҳама таҷрибаи хеш ва пешгузаштагонашро истифода кардааст. Маҳз ҳамин таҷрибаи инсонӣ ба ӯ бадӯ нек, судбахш зараровар ва шифобахш марговарро омӯхт. Аммо шубҳае нест, ки дар баъзе ҳолатҳо рафтори ҳайвонот низ боиси ғайӣ гаштани таҷрибаи инсон ва мавриди истифода қарор гирифтааст.

Дар тамаддуни ҳосаи Чин тиб мавқеи муҳим дошт; нағзакканӣ (ба одамони сиҳат чечакканӣ қардани моеъи обилаи нағзак бо мақсади пешгирии ин беморӣ), ки дар Шарқ то милод маълум буд, хеле интишор дошт.

Аз муҳимми пешгирии бемориҳо дар тибби қадими Хитой панди мутафаккирон, ки дар феҳрасти бостонии қоидаҳо ва насихатҳои тиббӣ омадааст, шаҳодат медиҳад: «Тиб аз март раҳонда наметавонад, вале қудрати дароз қардани умр ва мустаҳкам қардани давлат ва халқро бо маслиҳатҳои хеш дорост». Дар миёни ин маслиҳатҳо, «хиради бозътидол», тартиби дурусти қор, истироҳат, ҳоб, алалхусус истеъмоли бомизони хурок диққати махсус дода шудааст: «Даромадҳои беморӣ даҳон аст» [1].

Дар таърихи тибби қадим инчунин маҷмуаи «Ячурведа» қадимтарин ёдгории адабиёт ва сарчашмаи тадқиқи таърихи тибби Ҳиндустон (а. I I I то милод) нақши калонро бозӣ мекунад. Мазмуни «Ячурведа» нақши тибб қохинӣ (маъбадӣ)-ро дорад; қисмати зиёди он қувваи иллоҳиву фавқуттабиаро таъсиф менамояд. Баробари он «Ячурведа» дорои унсурҳои самарабахши тиббист, ки ба таҷрибаҳои бисёрасраи пизишкони мардумӣ асос ёфтаанд. Баробари ғазали Худо тағйири иқлим, обу ҳаво, бенизомии хӯрокхӯрӣ, беҳдошти сиҳатии шахсӣ ҳам сабаби беморӣ ҳисоб мешуд. Бемориро бо роҳи пурсуҷӯӣ, муоина ва бармосидаи ташхис мекарданд; ба рангу ҳарорати пӯст ва ҳолати забон диққат меоданд; ранг, бўй ва хусусиятҳои дигари ихроҷи беморро таҳқиқ мекарданд. Дар «Ячурведа» аломатҳои беш аз 150 амрози шадид ва музмин, бемориҳои муштарак ва ҷузъии мағзи сар, дил, шикам, аъзои пешоб, узвҳои таносул, бандҳо, пӯст ва дигар аъзои бадан, аз ҷумла нағзак, саромос, вабо, қандқасалӣ, тарбод, саръ (дарди гирак) шарҳ ёфтааст. Дар баробари тарзҳои табobati парҳезӣ ва табиӣ 760 доруи наботӣ, ҳайвонӣ ва маъданӣ тавсиф шудааст, онҳоро аз рӯи таъсир ба гурӯҳҳои арақрон, қачовар, мушқили нашъаовар, ангезанда, пешоброӣ ҷудо кардаанд тарзи истифодаи онҳо низ ақс ёфтааст. Ҳангоми таъин намудани табобат мавсими сол, обу ҳаво, сиришт (банду басти бадан), мизоҷ, синну сол, ҷинс, хусусияти беморӣ ва ғ.-ро ба ҳисоб гирифтаанд.

Бино ба маълумоти «Ячурведаҳо» бемориро аз рӯи нобаробар пайваст шудани панҷ (бо андешаи дигар се) хилти бадани инсон мутобиқан ба унсурҳои панҷгонаи табиӣ – ҳок, об, оташ, ҳаво ва бихур шарҳ меоданд.

Ҳаммутобиқати ин панҷ унсурро шароите меҳисобиданд, ки бе он тандурустӣ буда наметавонад. Нукси хӯрок, майпарастӣ, пуршиддати ҷисмонӣ, гуруснагӣ ва оқибати бемориро аз ҷумлаи омилҳои сабабгори амроз медонистанд. Ба вазъи саломатӣ тағйири иқлим, синну сол, рӯҳияи мариз, ғаму андӯх, ҳашму ғазаб ва тарсу ҳарос таъсир мерасонанд. Дар «Ведаҳо» аломатҳои безгак (малярия) сӯхтани, исхоли хунин возеҳ тафсир ёфтаанд. Бемориҳои маълум буданд, ки имрӯз онҳоро сиёҳтаб ё лейшманнози дарунӣ (Қала-Азар), добулфил, табларзаи арақону ҳемоглобинпешобӣ мешумориданд. Ва бо яке бемориҳои бадтарин ҳисоб меёфт, тоун ва маҳавро ҳам медонистанд. Заҳрзании мори газо дарди бедаво буд, ки аз тақдир медонистанд [1].

Дар Юнони қадим соҳаи тиб бо номи Ҷолинус маълум аст. Ҷонинишони Ҷолинус [129-199 мелодӣ] нишон доданд; ки аслан ба заҳматҳои лозим барои ҷустуҷӯҳои шахси тамоиле надоранд ва фақат хостори он хастанд, ки Ҷолинусро ҳокими мутлақ ва соҳиби гуфтаҳои дуруст ва тағйирнопазир бидонанд ва кӯр-кӯрона аз ӯ пайравӣ кунанд. Ақнун давраҳои пуршӯб фаро расид ва илм дар рукуди қомиле қарор гирифта буд. Агар муаррихони илми пизишкӣ дар 4-5 қарн пас аз марги Ҷолинус дар ҷустуҷӯии пизишке, ки навоарӣ аз худ боқӣ гузошта бошад ё ҷустуҷӯкунандае, ки соҳиби афкори шахсӣ бошад, бароянд, амале беҳуда анҷом додаанд. Гарчӣ дар ин давраи ханӯз пизишкони ботаҷриба дар сарзамини Рум вучуд доштанд ва боз ҳам китобҳои дар риштаи пизишкӣ навишта мешуд, дар воқеъ қасоне, ки китобҳои пизишкӣ навиштанд, фақат ба қори нусхабардорӣ мебардохтанд ва барои нусхабардорӣ аз осори Ҷолинус имтиёзи бештаре қоиладор буданд» [2].

Олими Юнонӣ Букрот барои табибон савгандро эҷод кард, ки таҳияи он то ба имрӯз мавриди истифодаи табибон қарор дорад. Матни ин савгандномаи Букрот ҷунин омадааст: «Ба Аполони шифо... савганд меҳӯрам,

ба Искулоп савганд мехӯрам, ба Хиҷе савганд мехӯрам ба Паноса савганд мехӯрам ва тамоми худоёну олихаго-нро гувоҳи мегирам, ки нуқоти зеро бо тамоми тавоноӣ ва биноиям дар мадди назар дошта бошам ва бо он амал кунам: касе, ки ин фанро ба ман омӯхт чун падару модарам гиромӣ ва азиз дорам, бо ӯ мушоракат зиндагӣ кунам ва дар сурати лузум андӯхтаи худро бо ӯ тақсим намоям, ба бачаҳои ӯ ба чаши бародарӣ нигарам, ин фанро дар сурати тамоили онҳо ба онҳо биёмузам, бидуни он ки ҳаққи заҳмат ё навиштае аз онҳо бихоҳам, қавонину омӯзишҳои лозимаро фақат ба писарони худ ва писарони устои худ ва шогирдоне, ки барои ин хурфа сабти ном карда, муқаррароти ин хурфаро пазируфтаанд, таълим диҳам. Ман барои хайру хубии беморонам, то ҳадди тавоноии худ ва райи дақиқи худ дастури ғизоӣ ва режим таҷвиз хоҳам кард ва ҳаргиз ба касе латма ва зараре нахоҳам зад. Ба дастур ва барои хушоянди аҳаду-н-носе доруи кушанда ба касе нахоҳам хӯронд ва ба касе ёд нахоҳам дод, роҳеро, ки мунҷар ба маргаш шавад, нахоҳам гуфт. Дар ихтиёри ҳеҷ зане василаи сақати чанинро нахоҳам гузошт. Ман хулуси зиндагӣ ва фанни худро хифз ва сиёнат хоҳам кард. Ман барон хориҷ кардани санг аз бадани бемор бадани ӯро нахоҳам шикафт, ҳатто агар нишонаҳои вучуди ин беморӣ дар бемор зоҳир бошад. Балки ин, корро ба мутахассиси он вогузор хоҳам кард. Дар ҳар хонае фақат ба хоҳири хайру салоки беморонам пой хоҳам гузошт, худро аз ҳар кори бади амдӣ ва аз ҳар гуна гулзани ва фиребандагӣ ва бахусус аз лаззатҷӯӣ ва муошиқа бо занону бо мардон дур нигоҳ хоҳам дошт. Тамоми он чиро, ки дар чараёни кор ё хориҷи кор ё дар мушаратҳоям бо мардум ба ғӯшам мехӯрад ва набояд ба хориҷ дард пайдо кунад, махфӣ нигоҳ хоҳам дошт ва ҳаргиз он асрорро фош нахоҳам кард. Агар ба ин савгандҳо вафодор БИМОНАМ мумкин аст аз зиндагӣ лаззат бибарам ва дар хирфаам муваффақ ва ҳамвора мавриди эҳтироми ҳама бошам, вале агар аз он удул кунам ё онро нақз кунам, шикаст насибам бод» [1].

Таълифоти Букрот ваъзи тибби Юнони Қадимро дар замони ӯ инъикос менамояд. Онҳо ба масъалаҳои гуногуни тиб бахшида шудаанд, аз ҷумла ба маҳорати пизишкӣ, табиати (сохт ва вазифаҳои) инсон ва моҳияти бемориҳо, парҳез, («Дар боби парҳез»), пешгӯӣ («Пешгӯӣҳои Кос», «Пешгӯӣҳо» ва ғ.), чарроҳия («Дар боби ҳуҷраи пизишк», «Дар боби фишанг», «Дар боби бавосир», «Дар боби ҷароҳат ва заҳмҳо»), амрози занон ва момой («Дар боби амрози занон», «Дар боби занҳои безуриёт» ва ғ.), амрози кӯдакон («Дар боби босира»), масъалаҳои гуногуни муолиҷаи умумӣ, беморишиносӣ ва муолиҷаи ҷузъӣ («вогирӣ», «дар боби ранҷу азобҳо»), «дар боби бемориҳо») [1].

Баъдан китобҳои юнониён ба Рум оварда шуданд. Дар давраи арабҳо, Халифа Маъмун номае ба подшоҳи Рум фириристода, аз ӯ хост, то интиҳобшудаҳои аз илмҳои қадимӣ дар шаҳрҳои Рум захирашударо барои вай бифиристад ва подшоҳи Рум пазируфт. Намояндагони халифа Маъмун ба он шаҳрҳо рафта, ончиро писандиданд, ҷамъоварӣ карда, назди Маъмун фириристодад ва Маъмун, ки бо пуштибонии қудрати модии дастгоҳи хилофат бузургтарин тарҷумонҳоро гирди ҳеш ҷамъ карда буд, асоси мактаби мутарҷимонро бино ниҳод [2].

Гуфтан мумкин аст, ки Хитой қадим, Юнони қадим ва Ҳинд дар баробари эронӣ қадими замони «Авесто» аввалин бунёдгузори соҳаи илми тиб маҳсуб мешаванд, зеро онҳо тавонистанд таҷрибаҳои тиббии худро дар шакли китобҳо ва дастнависҳо мураттаб сохта онро ҳамчун мероси гаронбаҳо то ба наслҳои имрӯза боқӣ гузоранд. Гарчанде, ки ин тамаддунҳо бо ҳам алоқаи илмӣ надоштанд, аммо дар алоҳидагӣ онҳо маданияти умумиҷаҳонии тибро таҳия намуданд, ки он то ба имрӯз ҳамчун тибби мардуми дар истифодаи табибон қарор дорад.

Рӯйхати адабиёт.

1. Искоҳӣ Ю.Б., Тоҷиев Я.Т. -Таърихи тиб, Душанбе, 1997.- 245 с.
2. Ҳамид Ризо Тавассули.-Табиби худ бош, - Душанбе 2010.

Мукушева А.А., Искакова З. С.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ССМП В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭПИДЕМИО-ЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

НАО «Медицинский университет Семей» кафедра общественного здоровья Семей, Казахстан

Актуальность: Скорая медицинская помощь (СМП) является одним из важнейших видов медицинской помощи, т.к. позволяет оказывать пациентам экстренную квалифицированную помощь, своевременное и надлежащее оказание, которой сокращаются сроки лечения больных, снижает вероятность возможной инвалидизации, а порой спасается жизнь. Достаточно сказать, что по данным ВОЗ, в мире около 20% людей гибнут из-за отсутствия квалифицированной помощи на догоспитальном этапе. Сегодня СМП в системе общего медицинского обеспечения населения Казахстана имеет характер приоритетного развития и модернизируется по мере социально-экономических преобразований происходящих в нашей стране, в обществе и медицине. Вместе с тем СМП, как вид медицинской помощи, резко отличается от других видов помощи по структуре, организации, требованиям к квалификации медицинских кадров, срокам начала ее оказания и условиями, в которых она оказывается. Персонал станций скорой медицинской помощи (ССМП) подвергается действию ряда специфических вредных и опасных производственных факторов социально-гигиенической природы не типичных для других групп медицинских работников. Эти факторы могут оказывать негативное влияние на здоровье персонала. Скорая медицинская помощь – это государственная, доступная, бесплатная и единственная гарантированная круглосуточная медицинская помощь. Этой службой осуществляется более 50 млн. вызовов в год, а ежедневно выполняется более 60 тыс. вызовов. За последние годы доля больных, госпитализированных в экстренном порядке, возросла в 3 раза, более 90 % больничной летальности связано с экстренным характером госпитализаций. По оперативным данным информационных систем Министерства здравоохранения РК, в 2020 году было совершено 7 193 333 вызовов скорой медицинской помощи (за 2019 год – 8 219 395), в том числе 1-3 категории срочности — 4 481 672, 4 категории срочности — 2 711 661. Вместе с тем СМП, как вид медицинской помощи, резко отличается от других видов помощи по структуре, организации, требованиям к

квалификации медицинских кадров, срокам начала ее оказания и условиями, в которых она оказывается. Персонал выездных бригад подвергается действию ряда специфических вредных и опасных производственных факторов социально-гигиенической природы не типичных для других групп медицинских работников. Эти факторы могут оказывать негативное влияние на здоровье персонала.

Цель работы – Изучить новые подходы к организации медицинской помощи на уровне станций скорой медицинской помощи (ССМП) в неблагоприятных эпидемиологических условиях и разработать рекомендации по ее оптимизации.

Методы исследования: Дизайн исследования – ретроспективный и поперечный. По первой задаче будет проведен аналитический обзор статистических данных по Казахстану и за рубежом. Для проведения анализа мнения медицинских работников скорой медицинской помощи на организацию условия труда и факторы, сопровождающие в период оказания медицинской помощи в неблагоприятных эпидемиологических условиях использовать метод интервьюирования медицинского персонала ССМП.

Результаты исследования: Проведенный литературный обзор показал что население мира быстро стареет. За период с 2015 по 2050 год доля пожилых людей в мире, по оценкам экспертов ВОЗ, удвоится примерно с 12% до 22%. В абсолютном выражении ожидается увеличение числа людей старше 60 лет с 900 миллионов до 2 миллиардов человек. Пожилые люди сталкиваются с особыми проблемами в плане физического и психического здоровья, которые необходимо признать. Сегодня более 20% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психическими или неврологическими расстройствами, а 6,6% всей зарегистрированной инвалидности. На эти нарушения здоровья среди пожилого населения приходится 17,4% лет жизни, прожитых с инвалидностью (ЛПИ). Самыми распространенными нейропсихиатрическими расстройствами в этой возрастной группе являются деменция и депрессия, затрагивающие, соответственно, около 5% и 7% пожилого населения мира.

Заключение:

Условия труда, набор, степень выраженности и время воздействия вредных факторов производственной среды и трудового процесса, воздействующи на персонал выездных бригад СМП, различаются в зависимости от рабочего места – станция СМП, салон автомобиля, место первичного пребывания больного или пострадавшего (дом, улица или пр.).

2. Персонал выездных бригад СМП подвергается воздействию комплекса вредных производственных факторов, ведущим из которых является психо-эмоциональная нагрузка. Высока опасность травматизма, связанная с дорожно-транспортными происшествиями и криминальным фактором. Социально-бытовые условия персонала выездных бригад не на всех станциях СМП организованы в соответствии с современными требованиями, а во время работы на выезде не организованы совсем.

3. В структуре заболеваемости персонала выездных бригад СМП преобладают хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, неврозы.

4. Персонал СМП недооценивает роль здорового образа жизни в сохранении своего здоровья, склонен к самолечению. Среди мужчин до 90%, среди женщин до 80 % курят.

5. Разработанная комплексная межведомственная программа профессиональной реабилитации персонала выездных бригад СМП за год ее реализации позволила снизить уровень их заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 0,2% в случаях и на 6,1% в днях потери трудоспособности. Уровень производственного травматизма на 2,6%. Уменьшить общую сумму выплат пособий по всем видам временной нетрудоспособности в 1,1 раза, а по случаям травматизма - в 1,9 раза.

Список использованной литературы:

1. Данилец А.В. Эргономика рабочих мест и эффективность труда персонала. – СПб.: Изд. СПбУЭФ, 2015. – 180 с.
2. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство - М.: Медицина, 2014. - 449 с.
3. Сорокун В.И. Здоровьесберегающие технологии в здравоохранении. - Челябинск, 2012. - 240 с.
4. Шестаков Г.С. Скорая медицинская помощь: состояние, проблемы, пути решения. - М., 2014. - 87 с.
5. Стационарное отделение скорой медицинской помощи СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова [и др.]. Текст: непосредственный//Скорая медицинская помощь. - 2012. - № 4. - С. 72-74.

Мукушева А. А., Исакова З. С.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

НАО «Медицинский университет Семей» кафедра общественного здоровья
Семей, Казахстан

Актуальность: Современное общество любой развитой страны постоянно сталкивается с проблемой здоровья и социальной адаптации пожилых людей. ВОЗ в 1963 году ввел единую классификацию возрастных этапов человека, согласно которой пожилым считается возраст 60–74 года, старческим 75–89 лет, а от 90 лет и старше долгожителями. Ежегодно во всех развитых странах отмечается постепенное возрастание доли пожилых людей в возрастной структуре населения. Каждый день около 200 тысяч человек на планете преодолевают 60-летний рубеж. И по прогнозам к 2025 году доля лиц пожилого и старческого возраста будет составлять до 20 % и более от общего населения каждой страны. В Казахстане также происходит увеличение людей данной категории, и уже сейчас доля лиц пожилого и старческого возраста составляет 17,7 % . Все страны мира отмечают, что быстро прогрессирующее старение населения – это государственная проблема. Как известно, организм любого человека от рождения до смерти претерпевает различные анатомо-физиологические изменения, и, достигнув пожилого возраста, постепенно происходит

морфофункциональные изменения организма (физические, психические возможности), которые являются индивидуальными для каждого человека, и все это влияет на снижение его жизнедеятельности. И как только пожилой человек начинает отмечать хотя бы частичное ухудшение здоровья, то это сразу начинает способствовать к отказу от активной жизненной позиции в позднем возрасте.

Поэтому общество пытается найти различные способы, способствующие снизить заболеваемость, уменьшить частоту их обострений, тем самым повлиять на продление активной и полноценной жизни лиц пожилого и старческого возраста. Зачастую все мероприятия, как у врачей, так и у самих пожилых людей сводятся к приёму большого количества медикаментозных средств, которые не всегда помогают по причине возрастных особенностей фармакодинамических эффектов, а иногда и ухудшают состояние организма.

К сожалению, абсолютное большинство людей забывают о том, что существует простой, действенный, а самое главное – недорогой и доступный для всех способ, способствующий сохранению и улучшению функциональных возможностей организма, особенно у пожилых людей – это занятия физической культурой. Проведенное масштабное исследование американских ученых выявило, что ведение активного образа жизни за счет регулярной физической активности позволило увеличить на 1,5–3,7 года продолжительность жизни мужчин старше 50 лет. Причем, даже ежедневные пешие прогулки по 30 минут оказывали заметное положительное воздействие на организм пожилых людей.

В связи с этим занятия физическими нагрузками или лечебной физической культурой (ЛФК) лицами данной возрастной группы должны носить преимущественно оздоровительный и лечебно-профилактический характер и осуществляться не только в специально созданных группах здоровья под контролем специалистов, но и регулярно в домашних условиях.

В пожилом и старческом возрасте надо как можно больше двигаться. В процессе движения усиливается выработка гормонов, которых недостаточно в пожилом возрасте. Физическая активность поддерживает хорошее кровообращение во всем организме, уменьшает потери костной массы и приводит даже к некоторому ее росту. Например, ходьба повышает плотность костей позвоночника и бедра. Рациональная двигательная активность, преимущественно на свежем воздухе, дозированные физические нагрузки (различные виды гимнастики, в том числе и дыхательной), минимум получасовая ежедневная ходьба и комфортные водные процедуры укрепляют здоровье и продлевают жизнь. Проблема укрепления здоровья пожилых людей становится приоритетным направлением работы с молодежью и входит в число приоритетных задач социального и экономического развития нашей страны, что обуславливает актуальность теоретической и практической ее разработки, а также необходимость научных исследований и выработку методических и организационно-педагогических подходов к сбережению и укреплению здоровья, формированию здорового образа жизни. Современный человек знает о здоровье достаточно много, как и о том, что надо делать для его поддержания и достижения. Однако для того, чтобы эти накопленные человечеством знания начали давать результат, необходимо накапливать знания и анализировать данную ситуацию.

Цель работы – сформировать рекомендации по организации ЗОЖ у пожилых людей.

Методы исследования: информационно – аналитический (литературный обзор), социологический метод (анкетирование)

Результаты исследования: Проведенный литературный обзор показал что население мира быстро стареет. За период с 2015 по 2050 год доля пожилых людей в мире, по оценкам экспертов ВОЗ, удвоится примерно с 12% до 22%. В абсолютном выражении ожидается увеличение числа людей старше 60 лет с 900 миллионов до 2 миллиардов человек. Пожилые люди сталкиваются с особыми проблемами в плане физического и психического здоровья, которые необходимо признать. Сегодня более 20% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психическими или неврологическими расстройствами, а 6,6% всей зарегистрированной инвалидности. На эти нарушения здоровья среди пожилого населения приходится 17,4% лет жизни, прожитых с инвалидностью (ЛПИ). Самыми распространенными нейропсихиатрическими расстройствами в этой возрастной группе являются деменция и депрессия, затрагивающие, соответственно, около 5% и 7% пожилого населения мира.

Заключение:

Медицинские работники и сами пожилые люди не уделяют должного внимания проблемам психического здоровья, а стигма, связанная с психическими болезнями, обуславливает нежелание людей обращаться за помощью. На состояние здоровья людей зрелого и пожилого возраста влияют многие факторы. Это и наследственная предрасположенность к различным заболеваниям или наоборот, долгожительству, и образ жизни и ее условия. Большинство исследований показывает, что человек живет меньше времени, отпущенного ему природой. Однако правильное отношение к старению, комфортное психологическое состояние и грамотный уход за престарелыми способны значительно улучшить качество жизни пожилых людей.

Список использованной литературы:

6. Запорожченко В.Г. Образ жизни и вредные привычки.- М.: Медицина.
7. Исакова Е. Возлюби ближнего как самого себя. Формирование у детей навыков здорового образа жизни // Дошкольное воспитание. –2014. – № 3. – С. 13-16.
8. Каневская Л.Я. Питание школьника.- М.: Медицина, 2015
9. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения.- СПб.: ДЕАМ, 2013.
10. Коршунова Н. 5 составляющих здорового образа жизни.// Здоровье.- 2014 - 2.- с. 5-8.

Мукушева А.А., Хисметова З. А., Исакова З.С.
ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕМАТРАНСФУЗИОННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

НАО «Медицинский университет Семей» кафедра общественного здоровья
Семей, Казахстан

Актуальность. Успех лечения больных с опухолевой патологией в настоящее время определяется радикализмом проведенной операции, возможностями химио- и лучевой терапии, а также возможностями так называемой терапии поддержки, важной частью которой является гемокомпонентная терапия. Гемокомпонентная терапия в онкологической практике выполняет, прежде всего, заместительную функцию у больных анемией, тромбоцитопенией, нейтропенией, при дефиците факторов свертывания и иммуноглобулинов посредством применения компонентов и препаратов крови. Основными задачами гемокомпонентной терапии, кроме того, являются: купирование нарушений гемостаза: синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, геморрагических осложнений; восстановление кислородно-транспортной функции крови; ликвидация дефицита объема циркулирующей крови и восстановление системы микроциркуляции; восстановление белкового баланса в организме. В клинической картине опухолевой патологии довольно часто развиваются изменения гемореологического статуса, состояние белковой недостаточности, синдром эндогенного токсикоза, анемический синдром, гиповолемия. Сочетание этих патогенетических факторов определяет тяжесть общего состояния пациента, течение заболевания, а иногда и прогноз. Современная инфузионно-трансфузионная терапия как метод коррекции нарушений гомеостаза и управления функциями организма посредством изменения свойств, состава и объема циркулирующей крови внутрисосудистым введением трансфузионных средств является ведущим методом сопроводительной терапии в комплексном лечении онкологических больных.

При составлении трансфузионных программ лечения в каждом конкретном случае врачу необходимо знание реальных возможностей трансфузионной терапии, а также четкое обоснование показаний к ней. Реальные возможности инфузионно-трансфузионной терапии заключаются в том, что она своими средствами и методами изменяет реологические, коллоидно-осмотические, буферные, газотранспортные и защитные свойства крови в нужном для больного направлении. Из тринадцати патогенетически обоснованных показаний к трансфузионной терапии, по крайней мере, десять характеризуют общий патофизиологический фон при злокачественных опухолях.

Цель исследования: разработать пути оптимизации организации гематрансфузионной службы или помощи при паллиативной терапии у онкологических больных..

Методы исследования: социологический, аналитический, статистический.

Результаты исследования: Лица, осуществляющие уход за тяжелобольными пациентами не достаточно осведомлены о подходах к оказанию помощи данной категории больных (большинство респондентов (43,5%) считает, что больных необходимо продолжать активно лечить и 6,5% респондентов считают, что им нужно помочь уйти из жизни) и нуждаются в информировании по некоторым аспектам организации паллиативной помощи. Лицам, осуществляющим уход за пациентами в терминальных стадиях заболеваний, необходима психологическая помощь и помощь в организации ухода за больными, при этом необходимо использовать любые возможности привлечения помощи для ухода за данной категорией пациентов (привлечение волонтеров, представителей религиозных конфессий (священнослужителей), сестер милосердия и других. Почти половина опрошенных (43,5%) считают, что возможно искусственно прервать жизнь больного, страдающего тяжелым неизлечимым заболеванием (через отказ от лечебных мероприятий, введение смертельной дозы препаратов, др. формы эвтаназии), что свидетельствует о снижении моральных устоев общества и требует внимания со стороны социально-психологической службы и органов социальной защиты в организационном плане, а в некоторых случаях и в материальной поддержке лиц, осуществляющих уход за больными в терминальной стадии заболеваний. 1/5 часть опрошенных (19,6%) оценили уровень оказания паллиативной помощи, как неудовлетворительный.

Заключение:

Актуальность исследования обусловлена в первую очередь тем, что существующая на сегодняшний день в нашей стране система оказания паллиативной помощи не может удовлетворить постоянно растущую потребность. В этой связи паллиативная помощь медсестер способна снять часть нагрузки с системы здравоохранения в этой области. Во-вторых, как показали результаты исследований, в настоящее время имеет место социальный заказ на ценностно-ориентированную помощь инкурабельным больным. Современная система здравоохранения характеризуется утратой основополагающих духовных ценностей и идеалов. Следствием этого является деформация ценностных позиций среднего медицинского персонала. Это особенно негативно сказывается на качестве жизни пациентов, так как именно медицинские сестры проводят с пациентами наибольшее количество времени. В этой связи институционализация паллиативной помощи медсестер может оказать существенное положительное влияние на возрождение духовных основ медицины. Это особенно важно потому, что в процессе оказания паллиативной помощи особое значение имеет духовная составляющая. Анализ отечественного и зарубежного опыта использования духовной составляющей в системе паллиативной помощи показывает ее эффективность в формировании современной модели оказания помощи инкурабельным больным. Значение этой составляющей в жизни тяжело и безнадежно больных обусловлено тем, что таким пациентам свойственны особые переживания и переоценка фундаментальных жизненных ценностей. Таким образом, дальнейшее развитие организаций сестер милосердия способно решить множество проблем системы паллиативной помощи и в значительной мере удовлетворить социальный заказ на ценностно-ориентированную помощь инкурабельным больным.

Список использованной литературы:

1. Сисигина, Н. Н. Роль страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи / Н. Н. Сисигина, Л. С. Мельникова, В. С. Назаров // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2015. - № 1(19). - С. 43-

2. Тайницкая, Э. В. Рейтинговая оценка деятельности врача-педиатра участкового в системе управления качеством медицинской организации / Э. В. Тайницкая // Заместитель главного врача. - 2011. - № 8. - С. 58-66.
3. Татарников, М. А. Оценка удовлетворенности потребителей медицинских услуг в системе управления здравоохранением / М. А. Татарников, Г. М. Вялова, Г. Глухова // Экономика здравоохранения. - 2011. - № 3-4. - С. 29-35.
4. Управление качеством скорой медицинской помощи / М. А. Курбанов, Д. Л. Мушников, Б. А. Поляков [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. - 2015. - Т. 17. - № 4. - С. 206-213.
5. Успенская, И. В. Внедрение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / И. В. Успенская, Е. В. Манухина, С. В. Юрина // Наука молодых - Eruditio Juvenium. - 2017. - Т. 5. - № 4. - С. 427-439.

Мукушева А.А., Хисметова З. А., Исакова З.С.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЛЕКАРСТВ С НЕДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕМЕЙ

НАО «Медицинский университет Семей» кафедра общественного здоровья
Семей, Казахстан

Актуальность: Большинство населения в нашей стране зачастую сталкиваются с различными заболеваниями и ходом его решения находят за прилавками аптечной организации. Обширность и распространенность пользования лекарств с недоказанной эффективностью каждым днем растет. Во всем мире есть многотысячные препараты с международными непатентованными наименованиями действующих веществ. Все они имеют свои торговые наименования. Соответственно врачам, и пациентам часто сложно понять в таком большом количестве лекарств, какими из них можно пользоваться, а какими – нежелательно. Еще десятки лет назад объем лекарств было крайне мало, но сегодня мы можем сказать, что лучше всего пользоваться препаратами с доказанной эффективностью.

Лекарственные средства с недоказанной эффективностью либо фуфломицины — лекарственные средства, не имеющие доказательной базы на уровне мировых стандартов. Согласно принципам доказательной медицины, который обосновал Шотландский врач Альчибард Кокрейн (1909-1988) медицинская помощь должна правильно изучена, спланирована и эффективна.

Доказательная медицина – это использование результатов лучших клинических исследований для выбора лечения определенного пациента, интеграция лучших научных доказательств с клиническим опытом и результатом.

Эффективность лекарственного средства должна доказываться многочисленным рандомизированным контролируемым и многоэтапным клиническим исследованиям. Для этого потребуется много времени и ресурсов.

Цель работы – изучить распространенность использования препаратов с недоказанной эффективностью.

Методы исследования: информационно – аналитический (литературный обзор), социологический метод (анкетирование)

Заключение:

В наше время препаратов с недоказанной эффективностью становится каждым днем больше. Эти препараты не проходили достаточное количество качественных испытаний. Это актуальность не только в нашей стране, также неоднократно касалось интереса Членов общества специалистов доказательной медицины и других странах.

Тут стоит большой вопрос, почему же тогда эти препараты выходят на рынок? По мнению членов ассоциации во многих странах законодательство разрешает к использованию препаратов на основании экспертного анализа научных данных. Качество этих научных данных никак не прописано. Согласно этого выходит новый вопрос, если препарат не эффективен, почему его часто используют в простом народе? Это незнания людей или маркетинговый ход компании для повышения финансового уровня? Делая опрос родителей и изучая данный вопрос, можно найти направление на ответ данной ситуации. Использование препаратов с недоказанной эффективностью не был изучен и не проводился мет-анализ. Результаты исследования могут быть полезны для эффективного лечения пациентов. Полученные результаты исследования могут дать новые статистики для дальнейшего изучения данной темы. Также планируется дальнейшее изучение частоту использования препаратов с недоказанной эффективностью. После изучить и провести новое исследование по определенному препарату.

Список использованной литературы:

1. Алеева Г.Н., Полторанов В.В., Конюшкова А.Н. Основные принципы проведения клинических исследований лекарственных средств // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2011. № 4. С. 41–45.
2. Белоусов Д.Ю. Пострегистрационные клинические исследования // Качественная клиническая практика. 2017. № 1. С. 20–23.
3. Зурдинова А.А. Проблемы рационального использования лекарственных средств: ситуация в Кыргызстане // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. 2018. Т. 16. № 2. С. 57–61. DOI: 10.17816/RCF16257-61.

Мукушева А.А., Хисметова З. А.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

НАО «Медицинский университет Семей» кафедра общественного здоровья Семей, Казахстан

Актуальность. В период проведения реформ и введения многочисленных инноваций, в том числе перехода и становления системы медицинского страхования в стране, проблема управления качеством медицинской помощи приобрела первостепенную значимость. Среди функций управления качеством в лечебно-профилактических учреждениях особо выделена роль контрольных функций и планирования. Среди многих методов, применяемых в управлении и

медицине, первостепенное значение имеет экспертный метод, основанный на заключениях высококвалифицированных специалистов. До настоящего времени не выработаны единые методологические принципы проведения экспертизы качества медицинской помощи, в достаточной мере не обоснованы единые требования к специалистам, занимающимся экспертной деятельностью, а также не разработаны методические рекомендации по организации совместной экспертной деятельности ЛПУ и внешних субъектов контроля.

Почти за десятилетие не произошли изменения в приоритетах КЭР заведующих лечебными отделениями и заместителей главных врачей ЛПУ: преобладают объемы работы по экспертизе временной нетрудоспособности и экспертизе медико-социальных проблем. В условиях проведения реформ предполагается изменить механизмы финансирования ЛПУ, при этом роль результатов клинико-экспертных оценок руководителями подразделений резко возрастет. Поэтому необходимо своевременно разработать организационно-методические, социально-профессиональные и психологические основы деятельности заведующих лечебными отделениями, заместителей главных врачей ЛПУ, что значительно улучшит качество медицинского обслуживания населения. В настоящее время складывается необходимость создания новых методических подходов к определению приоритетов деятельности руководителей подразделений ЛПУ, их нагрузок, а также оценок влияния факторов на успешность клинико-экспертной деятельности.

Цель исследования: научно обосновать модель развития клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений для улучшения качества медицинского обслуживания населения.

Методы исследования: социологический, аналитический, статистический.

Результаты исследования: Экспертиза КМП показала, что основными дефектами оказания медицинской помощи населению являлись погрешности в ведении медицинской документации в 27,3% случаев, недостатки в проведении диагностических мероприятий – в 25,4% случаев, проблемы при обследовании и лечении пациента – в 18,2% случаев.

Количество дефектов, выявленных при экспертизе в динамике, оставалось на одном уровне. Коэффициент совместительства врачей амбулаторно-поликлинических учреждений варьировал от 1,2 у врачей до 2,5 врачей-специалистов (гастроэнтерологов, врачей функциональной диагностики, инфекционистов). Так же имеет место низкая обеспеченность компьютерами рабочих мест врачей (за исследуемый период 43,4-46,9 на 100 врачей). Разработанные медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование экспертизы качества первичной медико-санитарной помощи, включали: разработку балльной оценки комплексной экспертизы качества медицинской помощи населению; разработку алгоритма для создания автоматизированной системы управления для системного анализа и контроля КМП детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях; обеспечение АПУ информационно-коммуникационным оборудованием. Применение экспертной карты, балльной оценки и автоматизированной системы управления позволило сократить число дефектов КМП, в частности при оформлении медицинской документации – на 19,1%, при проведении диагностических мероприятий – на 14,2%, при постановке диагноза – на 8,4%, при проведении лечебно-профилактических, консультативных и организационных мероприятий – на 8,9%, 32,5% и 11,3% соответственно. В структурном распределении итоговых оценок КМП доля «отличных» результатов экспертиз выросла с 30,9% до 52,8% «хороших» с 20,6% до 28,5%. Количество «удовлетворительных» экспертных карт снизилось с 23,5% до 16,2% и «неудовлетворительных» – с 25,0% до 2,5%. Итоговая (интегрированная) оценка качества медицинской помощи увеличилась с 3,85 балла в 2020 г. до 4,53 балла в 2022 г. Проведенный литературный обзор показал что население мира быстро стареет. За период с 2015 по 2050 год доля пожилых людей в мире, по оценкам экспертов ВОЗ, удвоится примерно с 12% до 22%. В абсолютном выражении ожидается увеличение числа людей старше 60 лет с 900 миллионов до 2 миллиардов человек. Пожилые люди сталкиваются с особыми проблемами в плане физического и психического здоровья, которые необходимо признать. Сегодня более 20% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психическими или неврологическими расстройствами, а 6,6% всей зарегистрированной инвалидности. На эти нарушения здоровья среди пожилого населения приходится 17,4% лет жизни, прожитых с инвалидностью (ЛПИ). Самыми распространенными нейropsychиатрическими расстройствами в этой возрастной группе являются деменция и депрессия, затрагивающие, соответственно, около 5% и 7% пожилого населения мира.

Заключение:

Амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие медицинскую помощь, являются основным звеном здравоохранения, имеющим значительное влияние на характер и эффективность работы всех звеньев терапевтической службы. При этом недостаточно исследований, посвященных экспертизе качества медицинской помощи в детских поликлиниках. Актуальность проведенного исследования и практическая значимость определяются тем, что оно способствует совершенствованию экспертизы качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. За 2015-2017 гг. по разработанной методике проанализированы результаты 2257 экспертиз законченных случаев медицинской помощи при заболевании в детских поликлиниках. Электронная экспертная карта, балльная оценка и автоматизированная система управления экспертизой КМП дали возможность комплексно анализировать все случаи оказания медицинской помощи в детской поликлинике.

Анализ динамики результатов профилей индикаторов и итогового показателя КМП в поликлинике свидетельствует о снижении числа дефектов. Оценка качества ведения документации увеличилась с 3,24 балла в 2020 г. до 3,82 балла в 2022 г. В 2020 г. проведение диагностических мероприятий было оценено на 4,22 балла. Доля «неудовлетворительных» экспертных карт составляла 24%. В 2022 г. оценка данного блока повысилась до 4,84 баллов, и доля экспертных карт, оценённых «неудовлетворительно», составила всего 4%. Оценка экспертов блока С (постановка диагноза) в 2020 г. составила 3,96 балла, доля экспертных карт, оценённых в этом блоке «неудовлетворительно», составляла 32%. В 2022 г. эксперты блок С оценили на 4,61 балла, удельный вес «неудовлетворительных» экспертных карт уменьшился до 11%. Блок Д (лечебно-профилактические мероприятия) в 2020 г. получил 3,95 балла, в 2022 г. оценка

блока увеличилась до 4,65 балла. Оценка консультативной работы лечащего врача в 2020 г. составила 4,0 балла, удельный вес экспертных карт, оцененных «неудовлетворительно», составил 33%. В 2022 г. оценка блока увеличилась до 4,84 баллов, а доля экспертных карт, оцененных «неудовлетворительно», составила всего 5%. Лечебно организационные мероприятия (блок М), проводимые в поликлинике, в 2020 г. оценены на 3,88 балла, «неудовлетворительно» оценены 35% экспертных карт. В 2022 г. оценка возросла до 4,55 балла, доля «неудовлетворительных» экспертных карт снизилась до 15%. Положительная динамика оценок процессуальных индикаторов обеспечила увеличение итогового (интегрированного) показателя качества оказания медицинской помощи (Е) в детской поликлинике с 3,85 до 4,53 балла.

Список использованной литературы:

6. Сисицина, Н. Н. Роль страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи / Н. Н. Сисицина, Л. С. Мельникова, В. С. Назаров // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2015. - № 1(19). - С. 43-49.
7. Тайницкая, Э. В. Рейтинговая оценка деятельности врача-педиатра участкового в системе управления качеством медицинской организации / Э. В. Тайницкая // Заместитель главного врача. - 2011. - № 8. - С. 58-66.
8. Татарников, М. А. Оценка удовлетворенности потребителей медицинских услуг в системе управления здравоохранением/М.А.Татарников, Г. М. Вялкова, Г.Глухова //Экономика здравоохранения. - 2011. - № 3-4. - С. 29-35.
9. Управление качеством скорой медицинской помощи / М. А. Курбанов, Д. Л. Мушников, Б. А. Поляков [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. -2015. - Т. 17. - № 4. - С. 206-213.
10. Успенская, И. В. Внедрение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / И. В. Успенская, Е. В. Манухина, С. В. Юрина // Наука молодых - Eruditio Juvenium. -2017. - Т. 5. - № 4. - С. 427-439.

Муллоджонова Ф.М.1, Шарипова Ф.Р.1, Тагаева М.Дж.2

МЕТОДИКА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РУССКОЙ УСТНОЙ И ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКСКО-РУССКОГО ДВУЯЗЫЧИЯ

1Кафедра языков Медико-социального института Таджикистана

2Кафедра языков ГОУ Бохтарский медицинский колледж. Таджикистан

Актуальность. На современном этапе развития высшего медицинского образования в Республике Таджикистан перед педагогами поставлена важная задача – подготовить квалифицированных медицинских специалистов Республики Таджикистан. И знание русского языка поможет специалисту овладеть навыками межкультурного общения, использовать современные информационные технологии, ориентироваться в потоке научно-инновационных достижений мировой науки, оперативно включиться в различные сферы поликультурного взаимодействия в профессиональной деятельности.

Цель исследования. Разработать систему формирования русской устной и письменной речи студентов-медиков на занятиях по русскому языку в условиях таджикско-русского двуязычия. Задача данного исследования заключается в том, чтобы выявить методические пути активизации речи и разработать методическую систему работы по совершенствованию русской устной и письменной профессиональной речи студентов-медиков на занятиях по русскому языку в условиях таджикско-русского двуязычия путём использования текстов по специальности.

Материал и методы исследования. Следует отметить, что при совершенствовании русской устной и письменной профессиональной речи студентов-медиков на занятиях по русскому языку в условиях таджикско-русского двуязычия, прежде всего, необходимо опираться на специфику аспектуальной системы русского языка, не игнорируя при этом принципа учёта родного языка студентов-медиков. В связи с тем, что сегодня, к большому сожалению, большинство студентов-первокурсников не владеют в достаточной степени русской устной и письменной речью, предусмотренной школьной программой, на которую можно было бы опереться в профессиональном общении и особенно при работе над текстом по специальности на занятиях по русскому языку, вопрос отбора лексического материала и текстов в методике преподавания русского языка в медицинском учебном учреждении до сих пор остается одним из важных; именно лексическое наполнение определяет характер текстов по специальности для совершенствования устной и письменной речи.

Результаты. Необходимо отметить, что устная речь – это «речь в устной форме, состоящая из комплексного умения понимать звучащую речь и умения производить речь в звуковой форме. Устная речь осуществляется при непосредственном контакте собеседников или может быть опосредована техническим средством (телефоном, магнитофоном и т.п.), если общение происходит на большом расстоянии. Для устной речи характерны: 1) избыточность (наличие повторов, уточнений, пояснений); 2) использование невербальных средств общения. Требования к уровню владения устной речью формулируются в программах обучения, а способы проверки уровня обучения — в специальных пособиях. [1]

В медицинских учебных заведениях Республики Таджикистан проделана значительная работа в области улучшения преподавания русского языка, тем не менее знания студентов медиков не всегда соответствуют требованиям, предъявляемым учебной программой. Нередко это происходит из-за сильного воздействия фонетической системы родного языка на русскую речь студентов. Изучение нормативного произношения играет существенную роль в овладении русским языком. Фонетические законы требуют соблюдения определенных норм и правил литературного произношения, ибо «отклонения от литературного орфоэпического произношения почти так же мешают языковому общению, как неточности в области лексики и грамматики». [4, 23]

Влияние родного языка на второязычный лексикон билингва возникает неизбежно, но в процессе обучения преодолевается подобно тому, как преодолевается межъязыковая интерференция на других языковых уровнях. В связи с

этим, одной из серьёзных причин, мешающих организации учебного процесса в неязыковом вузе, снижающих эффективность обучения, является разноуровневая подготовка студентов неязыковых вузов, очень серьезная причина - это различие в грамматических системах русского (синтетического) и таджикского (аналитического) языков, влияние межъязыковой интерференции в условиях двуязычия как результат существенных различий между фонетическими и лексико-грамматическими системами русского и таджикского языков, порождающих ошибки на всех уровнях языковой системы. «Для носителя таджикского языка особую трудность в усвоении языковой системы русского языка, а, следовательно, и в совершенствовании русской речи представляет жесткая иерархия системы связи в русском языке: связь слов на уровне словосочетаний и предикативных центров; частей простых и сложных предложений; связь предложений в контексте». [3, 4]

Известно, что учёт родного языка при изучении второго языка – один из важнейших лингводидактических принципов, формирование которого следует отнести к периоду становления и развития сознательно-сопоставительного метода.

Современная методика преподавания русского языка в нефилологическом вузе при совершенствовании устной и письменной русской речи студентов-медиков на занятиях по русскому языку в условиях таджикско-русского двуязычия выдвигает главное требование — обеспечение прочных навыков и умений практического использования языка в той или иной коммуникативной сфере.

Необходимо подчеркнуть, что при подборе текстов по медицине мы обычно консультируемся со специалистами-медиками.

Важным руководством в практической работе по развитию устной и письменной русской речи студентов для нас является «Учебное пособие для по русскому языку» [5, 3], позволяющее наиболее оптимально решать лингвистические и коммуникативные задачи обучения русскому языку.

По своему содержанию, структуре и заданиям названное пособие соответствует программным требованиям по развитию устной и письменной речи студентов. Основным его компонентом является текст, на материале которого осуществляются все виды устных и письменных заданий, направленных на выработку речевых навыков.

На примере текста «*Возможно ли преодолеть иммунологический барьер?*» [5, 156-158], продемонстрируем форму работы по развитию русской письменной речи студентов-медиков. Выполнению письменных заданий обычно предшествует чтение текста с целью уяснения его общего смысла и основной информации. Задания по названному тексту могут быть следующими:

Задание. Прочитайте текст «*Возможно ли преодолеть иммунологический барьер?*» Разделите текст на смысловые части.

Задание. Выпишите из текста незнакомые слова, опорную и терминологическую лексику; объясните с помощью словарей и по контексту значение слов и словосочетаний: *отторгаться, иммунитет, иммунологический барьер, реципиент, донор, идентичный, сенсация, иммунодепрессанты, антигены, аутоиммунные заболевания, иммунные реакции*.

Задание. Дайте письменные ответы на вопросы.

1. Почему не удастся пока пересаживать органы и ткани человеку так, чтобы они со временем не отторгались?

2. Какими механизмами лимфоидные клетки реципиента разрушают клетки донора?

3. Почему рано или поздно пересаженные органы отторгаются?

В связи с тем, что развитию письменной речи способствует и выработка навыков составления различных планов по содержанию текста, то студентам предлагаются задания составления планов вопросного и тезисного характера.

Здесь необходимо отметить, что коммуникативные задачи, особенно в сфере учебно-профессионального обучения, связанные с устной и письменной формами выражения мыслей, довольно велики. Поэтому необходимо уделять большое внимание всесторонней разработке теоретических проблем письменной коммуникации и учебным действиям, способствующим формированию навыков и умений письменной речи. Письменная речь — наиболее сложная форма речевой деятельности. Совершенно справедливо известный психолог Л.С. Выготский назвал ее алгеброй речи. Трудности при овладении этой формой речи вызываются тем, что по сравнению с устной речью письменная более абстрактна; мотивы письменной речи более абстрактны, интеллектуалистичны, волюнтаристичны, отдаленнее от потребности: письменная речь стоит в ином отношении к внутренней речи. [2, 60]

Следующим видом работы по обучению студентов-медиков является написание аннотации данного текста. В первых, необходимо ознакомить студентов со словом аннотация. Как утверждают исследователи, существует много видов аннотаций, которые различаются по содержанию, целевому назначению, объему, литературному оформлению. [1, 3]

По мнению учёных, аннотация есть «конденсированный текст, в котором кратко излагается структура исходного текста и на основе высокой степени абстрагирования и обобщения его основное содержание» [3,31]. Так как аннотация – это краткое, обобщенное содержания статьи, то аннотирование, следовательно, представляет собой процесс оставления кратких сведений о печатном произведении. Характерной чертой аннотирования является обобщение на базе аналитико-синтетической переработки текста.

Работа над словом. На доске записываем следующие слова и словосочетания из текста: *иммунитет, иммунологический барьер, организм, реципиент, орган, донор, клетки, лекарства, отторжение, вирус, реакция, антигены, пересадка, почки, нефрит, препараты, бактерия, клетки, сопротивление*. Отрабатывается произношение этих лексем, определяется их значение путём актуализации опорных слов, подбора синонимов, антонимов, составления словосочетаний, предложений, перевод на родной язык с помощью учебного словаря сочетаемости. В ходе беседы по вопросам уясняются понятия тема текста, идея текста, выделяются смысловые части текста (*начало, основная часть, заключе-*

ние). Студенты определяют, о чём говорится в каждой из них. Далее студенты работают над текстом. Студентам предлагаются задания, направленные на активизацию лексики. Такие задания являются подготовительными для написания аннотации.

Задание. Подобрать согласованные и несогласованные определения к существительным: *барьер, организм, реципиент, бактерия, вирус, пересадка, пациент, инфекция, лечение, палата, реакция, почки.*

Задание. Подобрать дополнение к глаголам: *разрушать, вылечить, освободить, распознать, исключить, препятствовать, оберегать, отторгаться, пересаживать.*

Задание. Запомните ряд словосочетаний, которые помогут в написании аннотации:

- В статье под заглавием "...", помещенной в журнале «...» №... за... год, излагаются взгляды кого на что (проблемы, вопросы) ...
- В статье (в книге) можно выделить (могут быть выделены) две части; в статье (в книге) рассматривается (что?) ...; анализируется (что?); даётся анализ (обзор, обобщение, описание (чего?); раскрывается (освещается) вопрос...; обобщается (что?) ...
- В подтверждение своей точки зрения автор приводит (что) доказательства (аргументы, ряд доказательств, ряд аргументов, примеры, иллюстрации, конкретные данные, результаты наблюдений) ...

Далее студенты составляют аннотацию более простого – справочного, а затем и описательного характера. Приведём один из образцов аннотации, предложенной студентам в качестве примера.

Аннотация текста «Возможно ли преодолеть иммунологический барьер?»

Статья называется «Возможно ли преодолеть иммунологический барьер?». В статье приводится фрагмент научного исследования учёных-медиков относительно поисков преодоления иммунологического барьера, препятствующего пересадке органов и тканей человеку. Автор отмечает, что лимфоидные клетки реципиента в пересаженную ткань разрушают её. Во всех случаях со временем пересаженные органы отторгаются. Лекарства «иммунодепрессанты» могут подавлять иммунитет реципиента. Однако при этом, считает автор, следует оберегать пациентов от инфекции, так как они снижают сопротивление организма ко всем вредным воздействиям.

Автор приходит к выводу, что если медики научатся управлять иммунологическими реакциями организма, то станет беспрепятственно осуществима трансплантация органов и тканей и даже, по мнению учёных, побеждена лейкома.

Статья представляет интерес для студентов медицинского факультета.

Выводы. Таким образом, вышеназванные задания по формированию русской устной и письменной речи на практических занятиях по русскому языку в медицинских учебных учреждениях, в совокупности представляют методически организованную систему, которая включает: целесообразную презентацию необходимых учебных единиц; специально подобранные учебные тексты по медицине. Предложенная технология формирования коммуникативной компетенции студентов-медиков в устной и письменной речи представляет собой систему методических приёмов, направленных на поэтапное развитие коммуникативных умений с опорой на специальные тексты. Как показывает практика обучения, постепенное овладение предлагаемой системой способствует выработке навыков речевой деятельности в соответствии с целями и задачами медицинского вуза.

Литература

1. Азимов Э. Г., Щукин А. Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). — М.: Издательство ИКАР, 2009. 448
2. Выготский Л.С. Из записных книжек Л.С. Выготского // Вестник Московского университета. Серия 14, Психология, 1982, № 1, с. 60—61
3. Рахматуллин. Организация обучения русскому языку в таджикском вузе. - Душанбе, 1987. -86с
4. Успенская Л. В. Сопоставительная характеристика звуковых систем русского и таджикского языков. Сб. «В помощь учителю русского языка в таджикской школе», 1961, №2.
5. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов медицинского университета/Сост. У.Р. Юлдошев и др. - Душанбе, «Маориф», 2017. -228 с.

Муминова Ш.И., Зарипов И.А.

ҲАҶФИ Ҳ (ИПСЕЛОН) ДАР ЗАБОНИ ЛОТИНӢ, ВА МАВҶЕИ ОН ДАР ДИГАР ЗАБОНҲО ВА СОҲАҲО

Кафедраи анатомии нормалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Фонетика ин як баҳши илми забоншиносӣ ба ҳисоб рафта тартиби овозҳои нутқро меомӯзад. Доир ба фонетикаи забонҳои Аврупо, аз ҷумла забони англисӣ, забони русӣ, забони тоҷикӣ бисёр тадқиқотҳои илмӣ, гузаронида шудааст. Ин мавзӯ то ҳол зери тадқиқотҳои муҳокима қарор дорад. Ҷунки забон ин илмест, ки доимо рушду инкишоф мекунам.

Мақсади мо ин пешниҳод намудани маълумотҳо оид ба мавҷеи ҳарфи ипселон ва тарзи хониши он дар забонҳои гуногун мебошад. Маъно ва нақши он дар илмҳои риёзӣ, кимиё ва ҳусусан дар илмӣ тибро мавриди баррасӣ қарор додем.

Забони лотинӣ (*lingua latina*) забони қabilaи латинҳои Латсии қадим буда, онҳо дар қисмати ғарбии Итолиё зиндагӣ мекарданд. Он яке аз шоҳаи забонҳои хиндааврупоӣ буда, забони мурда ба ҳисоб меравад. Хати лотиниро дар забонҳои романӣ, германӣ, финӣ, прибалтиқӣ ва дар як қатор забонҳои ҷануби славянӣ низ истифода мебаранд. Дар асоси алифбои забони лотинӣ алифбои байналмиллалии фонетикӣ ташкил шуда буд. Тақрибан тамоми забонҳо асоси хаташон дигар ҳам бошад, дорои стандартҳои муқарраршудаи романӣ ҳастанд. Ин забон дар соҳаи тиб барои омӯзиши истилоҳоти тибӣ ва фармсевтӣ пешниҳод шудааст. Фонетика як қисмати муҳим ва ҷудонапазири т забони лотинӣ ба ҳисоб меравад. Мақсади асосии омӯзиши ин илм ин талаффузи овозҳо мебошад. Пайдоиши ҳуруфоти забони лотинӣ

аз рӯи дастнависҳои қадим тақрибан ба асри V пеш аз мелод рост меояд. Аз базки забони латинӣ забони мурда аст, барои омӯзиши фонетикаи ин забон ҳамзамон ягон меъёрҳои фонетикӣ муқаррарӣ мавҷуд нест. Оид ба пайдоиши алифбои забони латинӣ ду фарзия мавҷуд аст. Аз рӯи фарзияи якум пайдоиши хати латинӣ пурра аз ҳарфҳои юнонӣ аст, ақидаи дигар бошад сабаби пайдоиши алифбои латиниро аз алифбои этрусӣ (яке аз забонҳои Баҳри Миёназамин, ки таърихи даҳхазорсола дорад) меҳисобанд. Асоси ҳуруфоти нави забони латинӣ ин қисмати шарқии Юнон мебошад. Хониши хати латинӣ бори аввал аз тарафи рост ба чап баъдан баъди сатр аз чап ба рост (хати бутрофедон) буд. Алифбои забони латинӣ имрӯз дорои 25 ҳарф буда ҳарфи Y 24 –ум ҳарфи забони латинӣ ва 20-ум ҳарфи забони Юнон ба ҳисоб меравад. Забони латинӣ мисли дигар забонҳои даврони зиёдеро аз сар гузаронидааст. Давраи классикӣ забони латинӣ ҳарфи Y (ипселон)- ро упселон ном мебуданд, ки он аслан аз забони юнонӣ гирифта шудааст. Сараввал ин алифбо аз 20 ҳарф иборат буд. Ҳарфи Y (ипселон) баъди забти Юнон аз тарафи Рим дар алифбои латинӣ дар асри I пайдо шудааст. Ин ҳарф барои навишти калимаҳои иқтибосӣ аз забони юнонӣ пешниҳод гардида буд. Дар забони латинӣ мутобиқ ба ҳарфи Y овоз вучуд надошт. Аз ҳамин сабаб барои ҳарфи I И- ро фарқ кардан ин ҳарф Y «и –и юнонӣ» ном мебуданд. Ҳарфи U ипселон дар Юнони қадим ҳамчун у хонда мешуд, баъдан овози й, дар охир й дароз таллафуз карда мешуд. Тағйиротҳои кулӣ дар забони Юнон ба амал омада, дар забонҳои муосир ҳарфи Y (ипселон) метавонад якчанд овозхоро диҳад. Ин ҳарф дар алифбои забонҳои Аврупо то ҳол истифода бурда мешавад, чунки асоси бисёри забонҳои Аврупо ҳамин забон ба шумор меравад. Аз асрҳои миёна то инҷониб асоси забонҳои Аврупо, як қисмати забонҳои Африқо, Амрико ва якчанд забонҳои Осиёро забони латинӣ ташкил медиҳад. Пайдоиши ин ҳарф дар алифбои забони фаронсавӣ игрес (igres), дар забони испанӣ игриэго (igriego) дар забони англисӣ уай (wai), дар забони албанӣ ҳамчун ю (y) таллафуз карда мешавад. Дар бисёр забонҳои дунё ин ҳарф бо мазмуну хусусиятҳои гуногун омадааст. Дар илми риёзӣ ҳарфи (ипселон) игрес ҳамчун бузургии тағйирёбанда истифода бурда мешавад. Ипселон Y дар илми кимиё низ мафҳуми худро дорад. Дар таблитсаи Менделеев элементи Иттрий –ро (yttrium) гуруҳи сеюм даври панҷум рақами атомаш №39 бо ҳарфи Y ипселон ишора мекунад. Ин метали рангаш нуқрагини равшан яке аз металҳои нодир дар ҷаҳон ба ҳисоб меравад. Маънии Y(ипселон) дар илми генетика бо мафҳуми кутоби Y-хромосомаҳо (хромосомаҳои чинии бисёре аз ҳайвоноти ширхора) аз ҷумла одам муайянкунандаи чини мардонаи организм низ меояд. Дар генетикаи маҳалӣ ҳарфи Y (ипселон) бо мафҳуми гаплогурӯҳои Y(гуруҳҳои одамоне, ки гузаштагонашон як ҳастанд) истифода бурда мешавад. Дар забони латинӣ оид ба омӯзиши ин ҳарф якчанд қоидаҳои фонетикӣ мавҷуд аст ва доир ба он маълумот медиҳем. Ҳарфи Y(ипселон) дар забони латинӣ бештар дар калимаҳои иқтибосӣ аз юнонӣ меояд. Ҳангоми талаффуз ҳамчун и хонда мешавад. Масалан калимаи embryo (эмбрион), tympanum (тимпанум), oryza-ориза, butyrum-бутирум ва ғайра.

Асоси фонетикаи забони латинӣ аз даврони қадим мавҷуд буда, то ин замон ба тағйиротҳои зиёде дучор гаштааст. Дар ҳар як соҳа ҳарфи Y (ипселон) -ро бо роҳҳои гуногун истифода карда, он вариантеро ба ҳуди талаботи соҳа мутобиқ буд, интиҳоб намуданд. Ҳарфҳо, пайвастиҳо ва таърих тавонистанд, талаффузи ин ҳарфро дигар карда, онро ба сиситемаи алифбои забонҳои гуногун ворид созад. Тамоми илмҳои замони муосир дорои навоариҳо мебошанд, ва забоншиносӣ низ як илмест, ки талаффузу ҳарфҳо дар калимаҳои ворид шуда гуногун ба ҷашм мерасад.

Адабиётҳо

1. М.А.Бондаренко Латинский язык и основы медицинской терминологии издательство ТулГУ - 2005
2. А.М.Морохов -Большой Энциклопедический словарь. 1991.
3. Сафаров О.И.- Забони латинӣ барои табии оянда. ҚДММ «Андалеб». - 2015.
4. Соболевский С.И. Грамматика латинского языка. -1947.
5. Дрингер Д .Алфавит, пер.с.анг Москва - 1963

Муминджонов С.А., Алиназарова Ш.М., Бекмуродова Ш.Ф.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В. ANTHRACIS И ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ОТ ДРУГИХ ВИДОВ РОДА BACILL

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Институт фундаментальной медицины. Таджикистан.

Актуальность. Сибирская язва – серьезное заболевание животных и человека, вызываемое грамположительной палочковидной неподвижной эндоспорообразующей бактерией *Bacillus anthracis* [1,2]. *Bacillus anthracis* вызывает у человека острые и часто смертельные заболевания, такие как кожная, кишечная и легочная формы сибирской язвы [3]. Люди могут заразиться этим заболеванием тремя путями: кожная инокуляция через порез или ссадину, проглатывание загрязненного мяса или вдыхание спор [1]. Кожная форма сибирской язвы может быть самоизлечивающимся заболеванием, но у 20% пациентов развивается септицемия. Желудочно-кишечная и легочная формы сибирской язвы обычно прогрессируют до фатальной бактериемии и токсемии с уровнем смертности более 80% [2]. Спорообразование происходит в условиях голодания, очевидно, вызванное свободным кислородом [4,5]. Инфекции *Bacillus anthracis* предварительно идентифицируются классическими микробиологическими методами, такими как окрашивание по Граму, морфология колоний и биохимические характеристики [5]. В настоящее время для подтверждения часто используются дополнительно или даже исключительно молекулярные методы. *Bacillus anthracis* принадлежит к группе *B. cereus*, которая включает несколько филогенетически родственных видов *Bacillus*, таких как *B. cereus* и *B. thuringiensis*. Споры этих видов обычно встречаются в почве. *Bacillus anthracis*, изолированная на кровяном агаре в качестве питательной среды, образует крупные негемолитические колонии от белого до серого цвета с возможной курчавой формой роста по краям колонии с неравномерно суженными выростами (вид «головой Медузы») [2], в то время как типичный *B. cereus* а также *B. thuringiensis* гемолизуют эритроциты и растут без «головой Медузы». *Bacillus subtilis*, известная как

сенная бактерия, также является распространенным видом *Bacillus* в окружающей среде. В зависимости от патогенности для млекопитающих виды подразделяются на разные уровни биобезопасности (BSL). Более безвредные виды, такие как возбудители насекомых как *B. thuringiensis* и *B. subtilis*, отнесены к группе риска 1, тогда как *B. cereus*, вызывающий пищевые отравления, отнесен к группе риска 2, а вредный *B. anthracis* обычно к группе риска 3 по международной классификации. Патогенность *B. anthracis* зависит от двух плазмид вирулентности: pXO1, кодирующей токсин, и pXO2, кодирующей синтез капсулы [1]. Отсутствие одной или обеих плазмид (pXO1-, pXO2-) снижает патогенность. Споры *B. subtilis*, *B. cereus* и *B. thuringiensis* часто используются в качестве модельных агентов или заменителей *B. anthracis* в научных исследованиях, особенно в тех, которые связаны с дезинфекцией или обеззараживанием [4].

Цель исследования. Изучить микробиологические и биохимические свойства *B. Anthracis* в сравнении с другими штаммами рода *Bacill*

Материалы и методы. В качестве тест-штаммов были выбраны *Bacillus anthracis* CDC 1014 (pXO1-, pXO2-), *B. cereus* ATCC 12826, *B. cereus* BW-B, *B. thuringiensis* DSM 350 и *B. subtilis* ATCC 33608. Рост, морфологию и биохимические свойства колоний оценивали и сравнивали с использованием колумбийского кровяного агара с добавлением триметоприма, сульфаметоксазола и полимиксина В (обозначаемого как «Cereus Blood agar»), также называемый Anthrax Blood agar [2] или агаром с кровью и триметопримом), Cereus Ident Agar (CEI) (Heipha, Германия) и Cereus Selective Agar. Cereus Blood agar и Cereus Selective Agar были приготовлены в Институте Роберта Коха. Агар CEI содержит хромогенное вещество X-миоинозитол-1-фосфат, которое расщепляется фосфолипазой С. Ферментативное высвобождение хромофора Х приводит к образованию колоний бирюзового цвета. Cereus Selective Agar (VWR, Германия) содержит 10 г/л маннита, 100 мл/л яичного желтка, 0,025 г/л фенолового красного и полимиксин В (добавка; Merck, Германия). На степень активности лецитиназы указывает ореол осадка вокруг колоний или осадок только под колониями. Ферментация маннита меняет цвет агара с розового на желтый.

Вегетативные бактерии указанных штаммов, хранившиеся при температуре -80°C в системе Криобанк (Mast Diagnostica, Германия), высевали на триптический соевый агар (ТСА) и инкубировали при температуре 37°C. Через 24 часа отдельные колонии каждого штамма отбирали и субкультивировали на полуселективном агаре. Характеристики роста определяли после инкубации при 37°C в течение 24 часов.

Результаты исследования. В таблице 1 представлен обзор роста бактерий, наблюдаемого у исследованных штаммов на полуселективной агаровой среде после инкубации в течение 24 часов при 37°C. Хотя антибиотики полимиксин В, триметоприм и сульфаметоксазол эффективны против грамотрицательных и грамположительных бактерий, представители группы *B. cereus* обычно устойчивы к ним. Таким образом, все штаммы группы *B. cereus* были способны расти на агаре Ceus Blood и агаре CEI и образовывали обильные колонии через 24 часа при 37°C. Однако антибиотики, добавленные в обе агаровые среды, ингибировали рост *B. subtilis*, тогда как на селективном агаре *Cereus*, который содержит только полимиксин В, рост бактерий не ингибировался.

Таблица 1. Рост бактерий на различных питательных средах

	<i>B. anthracis</i> CDC 1014	<i>B. cereus</i> BW-B	<i>B. cereus</i> ATCC 12826	<i>B. thuringiensis</i> DSM 350	<i>B. subtilis</i> ATCC 33608
Cereus Selective agar	+	+	+	+	+
Cereus Ident agar	+	+	+	+	-
Cereus Blood agar	+	+	+	+	-

В таблице 2 представлены характеристики роста штаммов на полуселективных питательных средах. На агаре CEI *B. anthracis* росла колониями от белого до кремового цвета. Активность фосфолипазы С, на которую указывают колонии бирюзового цвета, не обнаруживалась через 24 часа при 37°C. Лишь на участке, где было инокулировано большое количество бактерий, наблюдалась светло-бирюзовая окраска. После инкубации в течение 48 часов при 37°C у изолятов *B. anthracis* часто можно наблюдать светло-бирюзовое изменение цвета. Через 24 часа при 37°C колонии *B. cereus* ATCC 12826 и *B. thuringiensis* выросли в виде колоний бирюзового цвета. В отличие от этого бирюзовые колонии не были обнаружены у *B. cereus* BW-B после этого времени. В этом отношении рост штамма BW-B был аналогичен росту *B. anthracis*. Из собственного опыта мы установили, что колонии *B. cereus*, выделенные из почвы, иногда лишены активности фосфолипазы С и поэтому растут без бирюзового окрашивания после 24 ч инкубации при 37°C. Явное подавление роста *B. subtilis* характерно, как правило, для видов *Bacillus*, отличных от группы *B. cereus*.

Таблица 2. Биохимические свойства исследованных штаммов

	<i>B. anthracis</i> CDC 1014	<i>B. cereus</i> BW-B	<i>B. cereus</i> ATCC 12826	<i>B. thuringiensis</i> DSM 350	<i>B. subtilis</i> ATCC 33608
Lecithinase	+	+	++	++	-
Mannitol fermentation	-	-	-	-	+
Beta-hemolysis	-	-	+	+	-
PI- Phospholipase C*	-	-	+	+	-

На Ceus BloodAgar *B. anthracis* CDC 1014 рос серо-белыми колониями без гемолиза. На этом агаре колонии *B.*

anthracis могут быть серого, белого или кремового цвета и всегда негемолитические. Колонии *B. anthracis* также могут быть желтыми, если они растут в гемолитической зоне соседних колоний других видов *Bacillus* spp. [2]. Несмотря на высокую токсичность *B. anthracis*, этот вид не продуцирует гемолизины, разрушающие эритроциты, тогда как эта ферментативная активность обычно обнаруживается у *B. cereus* и безвредных штаммов *B. thuringiensis*. Гемолитическую активность определяли у *B. cereus* ATCC 12826 и у штамма *B. thuringiensis* по четкой почти бесцветной зоне вокруг бактериальных колоний. Этот полный гемолиз эритроцитов также известен как бета-гемолиз. Из собственного опыта мы установили, что размеры зон гемолиза могут варьировать при непосредственном выделении колоний *B. cereus* из почвы. У штаммов *B. anthracis* гемолитическая активность не обнаруживается через 24–48 ч и более. Даже на кровяном агаре *B. cereus* BW-V реагировал так же, как *B. anthracis*, и не проявлял гемолиза. Однако этот штамм имеет некоторые дополнительные микробиологические характеристики, которые четко отличают его от *B. anthracis* [5]. Через 24 часа при 37°C роста *B. subtilis* ATCC 33608 на агаре Ceus Blood не наблюдалось.

Рост на *Cereus Selective Agar* был одинаковым для всех штаммов группы *B. cereus*. Все штаммы группы *B. cereus* продуцировали лецитиназу, о чем свидетельствуют мутные зоны преципитации вокруг и под колониями (видимые, когда колонии удалялись петлей), возникающие в результате гидролиза липидов. Все штаммы были неспособны ферментировать маннит. Ферментация маннита отчетливо обнаруживалась у *B. subtilis*, растущей на этой среде. Продукты кислого брожения изменили цвет агара с розового на желтый. Активность лецитиназы не наблюдалась у *B. subtilis*.

Выводы. Таким образом, для дифференциации используются рост и морфология колоний, а также метаболизм питательных веществ. Идентификация *B. anthracis* или дифференциация видов группы *Bacillus cereus* традиционными микробиологическими методами иногда является сложной задачей и требует достаточного опыта. Поэтому в этом случае и в случае *B. cereus* BW-V для однозначного обнаружения полезен молекулярный анализ. По крайней мере, молекулярные методы, такие как обычная ПЦР или ПЦР в реальном времени с использованием специфических праймеров, могут четко идентифицировать подозрительные колонии как *B. anthracis* или подтвердить присутствие *B. anthracis* в образцах. Кроме того, эти методы способны обнаруживать токсин и капсульные плазмиды и, следовательно, вирулентность штамма *B. anthracis*.

Список литературы

1. Characterisation and profiling of *Bacillus subtilis*, *Bacillus cereus* and *Bacillus licheniformis* by MALDI-TOF mass fingerprinting / Fernández-No I. C. [et al.] // Food microbiology. – 2013. – Т. 33. – №. 2. – С. 235–
2. Ehling-Schulz M. The *Bacillus cereus* group: *Bacillus* species with pathogenic potential / M. Ehling-Schulz, D. Lereclus, T. M. Koehler // Microbiology spectrum. – 2019. – Т. 7. – №. 3. – С. 10.1128/microbiolspec. gpp3-0032-2018.
3. A novel diagnostic real-time PCR assay for quantification and differentiation of emetic and non-emetic *Bacillus cereus* / Dzieciol M. [et al.] // Food Control. – 2013. – Т. 32. – №. 1. – С. 176–185.
4. Molecular signatures for *Bacillus* species: demarcation of the *Bacillus subtilis* and *Bacillus cereus* clades in molecular terms and proposal to limit the placement of new species into the genus *Bacillus* / Bhandari V. [et al.] // International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology. – 2013. – Т. 63. – №. Pt 7. – С. 2712–2726.
5. Detection and identification of *Bacillus cereus*, *Bacillus cytotoxicus*, *Bacillus thuringiensis*, *Bacillus mycoides* and *Bacillus weihenstephanensis* via machine learning based FTIR spectroscopy / Bağcıoğlu M. [et al.] // Frontiers in microbiology. – 2019. – Т. 10. – С. 902.

Муминджонов С.А., Воснева Н.Ю., Шоев Б.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Институт фундаментальной медицины. Таджикистан.

Актуальность. Сибирская язва — древнее зоонозное заболевание, поражающее в основном травоядных животных и людей. Хотя все это происходит естественным образом, это остается проблемой для здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода [2,4,5]. Возбудителем заболевания является *B. anthracis* — грамположительная неподвижная эндоспорообразующая бактерия. Название бактерии происходит от греческого слова «anthrakis», «уголь», так как сибирская язва у людей вызывает черные, похожие на уголь поражения на коже в месте инокуляции [3]. Микроорганизм существует в двух физических формах: биологически активной вегетативной форме и биологически инертной споровой форме. Это вегетативная форма, которая наблюдается в тканях инфицированных людей и отвечает за патологию, связанную с болезнью. Когда животное погибает от инфекции, вегетативная форма превращается в инертные, устойчивые споры, которые служат спасательной лодкой для организма до тех пор, пока он не сможет заразить нового хозяина. Относительная устойчивость спор *B. anthracis* к условиям окружающей среды, таким как засуха, жара, дождь, холод, радиация и дезинфицирующие средства, является одной из причин, по которой этот организм изучается в качестве потенциального боевого биологического агента. Основными факторами вирулентности *B. anthracis* являются: трехкомпонентный токсин и антифагоцитарная полипептидная капсула, гены которых находятся на двух плаزمиде, обозначенных как pX01 и pX02 соответственно. Потеря любой из этих плазмид снижает вирулентность организма. Трехкомпонентный токсин включает защитный антиген (РА), летальный фактор (LF) и фактор отека (EF). Роль РА заключается в транспортировке LF и EF внутри клеток-мишеней, где они взаимодействуют с основными клеточными путями. Токсины выделяются при размножении вегетативной формы *B. anthracis* и вызывают характерные симптомы сибирской язвы [1,4,5].

Данный микроорганизм заражает травоядных при контакте с зараженной почвой и/или водой. Люди заражаются при контакте с больными или мертвыми животными и их зараженными продуктами [5]. Попав в организм хозяина, споры прорастают в активную форму бактерии и начинают быстро размножаться внутри животного. Затем

бациллы могут распространяться по всему организму хозяина, используя токсин и образование капсулы для защиты от иммунитета. Как только инфекция становится системной, хозяин умирает от шока и кровотечения кровью и другими телесными жидкостями. После смерти вегетативные клетки подвергаются воздействию воздуха, вызывая спорообразование, и споры возвращаются в почву для следующего хозяина [3,5].

Форма сибирской язвы проявляется в одной из трех классических клинических форм: кожной, желудочно-кишечной и ингаляционной. В последние годы имеется информация об инъекционной форме среди наркоманов [1]. Тяжесть инфекции зависит от врожденного и специфического иммунитета больного, вирулентности и количества поражающих бактерий [3,4].

Для диагностики сибирской язвы используют бактериологический, иммунологические и молекулярно-генетические методы. В виду того, что бактериологический метод требует специальной лаборатории-3-го уровня биобезопасности по международным стандартам, не у всех учреждений, занимающихся особоопасными инфекциями имеется в распоряжении данного рода лаборатория. Следовательно, остаётся иммунологические и молекулярно-генетические методы диагностики сибирской язвы [1].

Цель исследования. Определить степень эффективности и практичности современных методов диагностики кожной формы сибирской язвы.

Материалы и методы. В течение 2016 по 2018 года у пациентов с кожной формой сибирской язвы были взяты мазки для лабораторной диагностики. 17 образцов у пациентов были собраны в 2016, 23 в 2017 и 15 образцов в 2018 годах. Все пациенты являлись жителями районов республиканского подчинения, кроме одного пациента, который поступил в стационар из г. Душанбе. Собраны мазки из язв у всех больных. Выделение ДНК проводили с использованием набора для выделения ДНК Qiagen. Обычную с гель электрофорезом и качественную реал тайм ПЦР проводили с использованием праймеров groV, PA, и capV, которые свидетельствуют о наличии факторов вирулентности. Для контроля качества взятия пробы использовали праймер смус, характерный только для людей. В качестве положительного контроля использовали ДНК штаммов *B. anthracis* Pasteur и *B. anthracis* Sterne. Проведен иммунологический тест-Вестерн блот полосками, адсорбированными антигеном *B. anthracis*. Для подтверждения результатов Вестерн блот был проведен ИФА.

Результаты исследования. Результаты образцов 2016 года показывают, что из 17 при проведении обычного метода ПЦР с последующим использованием системы гель электрофореза, получили только 5 положительных тестов указывающие на наличие протективного антигена и капсульного антигена. Кровь данных пациентов была исследована на наличие антител методом вестерн блота и иммуноферментным методом. При проведении данных иммунологических методов, тоже были получены 5 положительных результатов. Надо отметить, что не у всех пациентов которые дали положительный результат при проведении ПЦР, были получены аналогичные иммунологические результаты. Тоже самое, с иммунологическими методами, т.е. не у всех положительных было выявлено аналогичный результат при проведении ПЦР. У всех образцов был положительный результат на наличие гена *c-mus*.

Из 23 образцов полученных в 2017 году, при проведении реал тайм ПЦР положительный результат были получены только у 10. Надо отметить, что у 90 процентов отрицательных образцов не был обнаружен ген *c-mus*, что указывает на некачественный забор исследуемого материала. При проведении иммунологического метода- Вестерн блота положительные результаты были получены только у 8 образцов.

При проведении лабораторной диагностики образцов 2018 года, при проведении ПЦР были получены 5 положительных результата на протективный и капсульный антигены *B. anthracis* и 2 положительных результата на наличие антител к данному возбудителю.

Выводы. Таким образом, исходя из нашего исследования можно истолковать следующее: необходимо строго следовать протоколу взятия исследуемого материала из язвы во избежание ложноотрицательных результатов; нужно учитывать при проведении молекулярно-генетических и иммунологических методов анализа, давность заболевания; необходимо проведение комплексных методов диагностики для более точной информации.

Список литературы

1. Егорова И. Ю., Селянинов Ю. О., Ковалева Е. Н. Оценка эффективности и практической пригодности современных методов экспресс-индикации возбудителя сибирской язвы //Russian Journal of Agricultural and Socio-Economic Sciences. – 2016. – Т. 2. – С. 3-13.
2. Bakhteeva, I.; Timofeev, V. Some peculiarities of Anthrax epidemiology in herbivorous and carnivorous animals. *Life* 2022, 10, 870
3. Booth, M.; Donaldson, L.; Cui, X.; Sun, J.; Cole, S.; Dailsey, S.; Hart, A.; Johns, N.; McConnell, P.; McLennan, T.; et al. Confirmed *Bacillus anthracis* infection among persons who inject drugs, Scotland, 2009–2010. *Emerg. Infect. Dis.* 2014, 20, 1452–1463.
4. Doganay M. et al. Human anthrax: Update of the diagnosis and treatment //Diagnostics. – 2023. – Т. 13. – №. 6. – С. 1056.
5. Doganay, M. Anthrax. In *Infectious Diseases*, 4th ed.; Cohen, J., Powderly, W.G., Opal, S.M., Eds.; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2017; pp. 1123–1128.

Муратова Ч.Ч

ОМУЗШИИ ФАНҲОИ ТАБИАТШИНОСӢ ВА РИЁЗӢ ДАР МУАССИСАҲОИ ОЛИИ КАСБӢ-ТИББӢ

Кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои технологияи информатсионии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» Тоҷикистон

Мухимияти мавзӯи таҳқиқшаванда: Фанни физикаи тиббӣ ва биологӣ омузиши ҳодиса ва равандҳое, ки дар организми зинда мегузаранд, истифодаи қонунҳои физикӣ ҳангоми ташхис ва табобат ва сохтори асбобҳои тиббӣ,

ки дар тибби муосир истифода шавандаанд, дар бар мегирад.

Мақсади таҳқиқот: Бо донишҷуёни донишгоҳҳои олии тиббӣ омӯхтани асосҳои илми физика ва инкишоф додани маҳорат зимни тадқиқи амалии донишҳо дар самти тиб мебошад. Ривоч додани чузъҳои асосии масъала дар ҳалли мустакилонаи корҳои амалӣ ва масъалаҳо.

Мавод ва методи таҳқиқот: Маводи масъалаи мазкурро «Курси лексия аз физикаи тиббӣ» ва дигар асарҳои илмӣ физикаи тиббӣ ташкил медиҳанд.

Натиҷаи таҳқиқот: Дар шароити имруза ва талаботи беинтиҳои бозори меҳнат ба мутахассиси рақобатпазир моро водор месозад, ки дорои дониши мушаххас дар касби интихобкардаи худ бошем.

Дар паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси олии дониш маърузаи соҳаи маориф аз 23 декабри соли 2023 чунин омада аст: «Мақсад аз амалӣ сохтани тамоми идороти дар самти рушди илму маориф, баланд бардоштани сатҳи саводнокиву маърифатнокии миллат, мунтазам беҳтар гардонидани сатҳи сифати таълим ва тарбияи кадрҳои ба талаботи замона ҷавобгӯ мебошад» [2]

Барои амалигардонии «Бистсолаи омӯзиш ва рушди фанҳои табиатшиносӣ, дақиқ ва риёзӣ дар соҳаи илму маориф» дар асоси дастури ҳидоятҳои Пешвои миллат бо ҳар роҳи усул сатҳи сифати таълими фанҳои табиатшиносиро баланд бардошта, нақши омузгорро ҳамчун интиқолдиҳандаи дониш ба талаботи замони мувофиқ гардонидан зарур мебошад.

Омӯзиши фанҳои табиатшиносӣ дар муассисаҳои олии тиббӣ барои баланд бардоштани сатҳи маърифатнокии донишҷуён саҳми босазо гузошта, барои баланд бардоштани тафаккури мантиқии мутахассисони соҳаи тандурустӣ ниҳоят зарур мебошад.

Вақте ки донишҷӯи донишгоҳи тиббӣ дар солҳои аввали хониш бо донишҳои риёзӣ ва табиатшиносӣ мусаллаҳ мегардад, барои ӯ аз бар намудани фанҳои тахассуси осон гардида, барои аз худ намудани онҳо таваҷҷуҳ зоҳир мекунад.

Аз ин лиҳоз, дар муассисаҳои олии тиббӣ ҳангоми таълими фанҳои табиатшиносӣ ва риёзӣ диққати асосиро ба равиҳои тарбияи тиббии фанҳои дақиқ равона кардан лозим аст.

Дар машғулиятҳои лексионӣ, амалӣ, семинарӣ ва мустакилона аз фанҳои табиатшиносӣ ва риёзӣ лаҳзаҳои асосии машғулиятҳоро ба корҳои амалӣ ва ҳалли масъалаҳои мазмунӣ тиббидошта равона кардан лозим аст.

Фанҳои табиатшиносӣ – ин маҷмуи илмҳо дар бораи ҳодисаҳо ва қонунҳои табиат мебошад. [1]

Физикаи тиббӣ ва биологӣ – ин илмест, ки барои омӯзиши як қатор фанҳои муҳими тиббӣ замина гузошта, дар вобастагии табиати зинда ва ғайризинда, тараққиёти тиб роли ҳалкунанда мебозад.

Ҳангоми гузаштани мавзӯҳои алоҳидаи фанҳои физикаи тиббӣ ва биологӣ дар машғулиятҳои лексионӣ ва амалӣ ба донишҷуён аҳамияти тиббии онро фаҳмонидан аз манфиат холӣ нест.

Масалан, ҳангоми гузаштани мавзӯи «Термодинамикаи системаҳои биологӣ» ба донишҷуён фаҳмондан лозим аст, ки қонунҳои асосии термодинамика қонунҳои фундаменталии табиатанд аз ин рӯ, ҳам барои макроолам ва ҳам барои микроолам тадқиқшавандаанд ва аҳамияти тиббӣ доранд.

Аҳамияти муҳими тиббӣ доштани мавзӯи «Термодинамикаи системаҳои биологӣ» -ро дида мебароем.

Барои дар мувозинат нигоҳ доштани ҳарорат дар организми зинда бояд, ки дар байни организм ва муҳити атроф мубодилаи гармӣ гузарад. Ин гуна мубодила ҳамон вақт мегузарад, ки дар организм манбаи энергия бошад. Мубодилаи гармӣ ё талафоти эргия ба муҳити атроф дар шароити муътадил ба муҳити атроф 1700 ккал дар як шабонаруз мебошад, ки ин барои дар мувозинат нигоҳ доштани ҳарорати организм хизмат мекунад. Аз рӯи таърифи қонуни бақои энергия чунин ҳисобидан мумкин аст, ки энергия ҳеҷ гоҳ гум намешавад, танҳо аз як ҳолат ба ҳолати дигар мегузарад. [4]

Чи тавре ки дар боло зикр кардем, ривоч додани ҳалли масъалаҳо бо мақсади ташаккул додани маҳорату малакаи донишҷуён яке аз роҳҳои баланд бардоштани сифати таълим буда, ба рушди фаъолияти фикронии мантиқии онҳо мусоидат намуда, донишҷӯро водор месозад, оид ба ҳодисаҳои мушоҳидакардааш бошурӯна фикр кунад ва онҳоро таҳлил намояд. [3]

Ҳалли масъалаҳо нишон медиҳад, ки фанҳои физика барои ташхис ва табobati бемориҳо нақши муҳим мебозад. Аз рӯи ин гуфтаҳо чунин масъалаҳои физикиро дида мебароем:

Ҳангоми табobat ба воситаи дастгоҳи гальванизатсия чараёни аз дасти бемор гузаранда ба 8 мА баробар буд. Агар ба дастгоҳ шиддат 20 В дода шавад, муқовимати бофтаҳои дасти беморро ёбед?

1. Дода шудааст:

$$I=8\text{мА}$$

$$U=24\text{В}$$

$$R=?$$

Ҳал: Барои ҳалли ин масъала аз қонуни Ом истифода мебарем:

$$I=\frac{U}{R}=\frac{24\text{В}}{8\cdot 10^{-3}\text{А}}=3000\text{ Ом. Муқовимати бофтаҳои дасти бемор }3000\text{ Омро дар бар мегирад.}$$

2. Ҳаракати чоришавии хун дар рағҳо муайян карда шавад, агар радиуси рағҳои хунгард 2 см суръати хун $0,5\frac{\text{м}}{\text{с}}$, часпакии хун $4\cdot 10^{-3}\text{ Па}\cdot\text{с}$, зичии хун $1050\frac{\text{кг}}{\text{м}^3}$ бошад?

Ҳал: Адади Рейнолдс баробар аст

$$Re=\frac{\rho v d}{\eta}=\frac{1050\frac{\text{кг}}{\text{м}^3}\cdot 0,5\frac{\text{м}}{\text{с}}\cdot 2\cdot 10^{-3}\text{м}}{4\cdot 10^{-3}\text{Па}\cdot\text{с}}=1300. \text{ Ин нишон медиҳад, ки ҳудуди турбулентӣ кам буда, чоришавӣ ламинарӣ аст.}$$

Барои талаботи “Бистсолаи омӯзиш ва рушди фанҳои дақиқ ва риёзӣ” дар соҳаи илму маорифро пурра иҷро кардан, пеш аз ҳама, баланд бардоштани сатҳи дониш ва ҷаҳонбинии илмӣ омузгорони фанҳои дақиқ омили пешрафт ва асосӣ ба шумор меравад.

Таҷрибаҳо дар муассисаҳои олии касбӣ нишон медиҳанд, ки донишҷӯёни соли аввал ба мафҳумҳои асосии фанҳои табиатшиносӣ, аз он ҷумла физика сарфаҳм намераванд. Барои ин моро зарур аст, бо мақсади баланд бардоштани сатҳи сифати таълим аз дастурҳо ва воситаҳои методии душворфаҳм дар асоси маслиҳати омӯзгорони таҷрибадор истифода намоем.

Хулоса: Барои тайёр кардани мутахассисони соҳибкасб дар самти тиб фанҳои табиатшиносӣ мавқеи устувор дошта, барои расидан ба қомеъҳои афзалиятнок аз ҳамаи самтҳои самаранок истифода бурдан ба маврид аст.

Адабиётҳо

1. Мачидов Ҳ. Маводи конференсияи илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ дар мавзуи «Нақши илмҳои табиатшиносӣ дақиқ ва риёзӣ дар оморасозии кадрҳои муносири илмӣ, омӯзгорӣ ва муҳандисӣ». Душанбе .2021 3 с
2. Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси олии аз 22 декабри соли 2022
3. Умаров У.С., Бобониёзова Г.А., Рачабов У.Х., Практикуми ҳалли масъалаҳои физикӣ Душанбе .13 с3..
4. Шерматов Д.С., Туйчиев А.А. Курси лексия аз физикаи тиббӣ. Душанбе. 2016.119 с

Муродов В.М., Нуралӣзода М.А., Халимова Ф.Т.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬЮ

Кафедра нормальной и патологической физиологии Хатлонского государственного медицинского университета. Таджикистан.

Актуальность. Современное образование должно не только давать знания, но и формировать мотивацию к профессии, особенно для будущих медиков из-за высоких требований их работы [1]. Понимание связи мотивации и эффективности у студентов медицинских вузов поможет создать методы обучения, повышающие их мотивацию и результативность. Академическая деятельность может вызывать стресс, который при умеренности может улучшить концентрацию, а при избытке негативно влиять на учебу и здоровье студента [2].

Цель исследования. Определить влияние дополнительной мотивации и обратной связи на результативность деятельности психофизиологические показатели.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 студентов Хатлонского государственного медицинского университета, в возрасте от 18 до 21 года, правши. Время тестирования не ограничивалось, задание считалось выполненным при 50% правильных ответов. После 30 вопросов результат отображался на экране. На первом этапе: студенты не получали обратной связи, и мотивационных преимуществ. На втором этапе (при промежуточном контроле) студенты получали дополнительную мотивацию и обратную связь: при успешном выполнении 50% и более задания, получали "отлично", после каждого ответа студенты видели результат, а в конце - итог теста. Тестирование совпадало с днем сдачи промежуточного контроля по физиологии. В обоих этапах, до и после промежуточного контроля измерялись результативность и психологические характеристики. Выполнение тестов меньше 50% были включены в группу с низкими результатами (низкорезультативные студенты - НРС) и больше 50% в группу с высокими результатами (высокорезультативные студенты - ВРС). Для оценки мотивации использовали модифицированную шкалу AMS [Vallerand R.J. et al., 1992; Гордеева Т.О. и др., 2014]. Оценивали уровни личностной и ситуационной тревожности по Спилбергеру, психофизиологические особенности по Айзенку. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ «StatSoft-Statistica 8.0».

Результаты и обсуждение.

Влияние мотивации и обратной связи на результативность студентов отражено в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика результативности в зависимости от мотивации и обратной связи

Показатели	1 этап		2 этап	
	НРС	ВРС	НРС	ВРС
Результативность, %	33,8+++±8,6	53,3*±6,2	39,2+++±5,4	75,8±11,4
Время выполнения теста, сек	657,7±74,7	571,7±151,1	660±88,3	549±95,1

Примечание. * – $p < 0,05$ при сравнении с соответствующим показателем серии-2; + – $p < 0,05$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа; +++ – $p < 0,001$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа.

Как видно из таблицы 1, на 1 этапе НРС показали результативность на уровне 33,8% с отклонением ±8,6%, в то время как ВРС достигли 53,3% с отклонением ±6,2%. На 2 этапе, при наличии дополнительной мотивации и обратной связи, результативность НРС увеличилась до 39,2% с отклонением ±5,4%, а ВРС показали значительное улучшение, достигнув 75,8% с отклонением ±11,4%. Время выполнения теста показали, что на 1 этапе НРС в среднем тратили на выполнение теста 657,7 секунд с отклонением ±74,7 секунды, в то время как ВРС завершили тест за 571,7 секунд с отклонением ±151,1 секунды. На 2 этапе время выполнения теста НРС немного увеличилось и составило 660 секунд с отклонением ±88,3 секунды, в то время как ВРС сократили время до 549 секунд с отклонением ±95,1 секунды. Таким образом, дополнительная мотивация и обратная связь оказали положительное влияние на результативность выполнения теста среди всех студентов, но особенно выраженный прогресс замечен среди ВРС. Эти данные подтверждают важность мотивационных факторов и обратной связи в обучении и выполнении заданий.

На основе представленных данных было проведено исследование влияния мотивации и обратной связи на психофизиологические показатели среди студентов разной результативности, которая представлена в таблице 2

Таблица 2

Характеристика параметров психофизиологических показателей в зависимости от мотивации и обратной связи

Показатели	1 этап		2 этап	
	Низкорезультативные студенты (НРС) 20 студентов	Высокорезультативные студенты (ВРС) 20 студентов	НРС 20 студентов	ВРС 20 студентов
Экстраверты	14(87,5%)+	10(62,5%)	14(87,5%)+	11(68,75%)
Интроверты	2(12,5%)	6(37,5%)	2(12,5%)	5(31,25%)
Эмоциональная устойчивость	10(62,5%)	10(62,5%)	11(68,75%)	10(62,5%)
Эмоциональная неустойчивость	6(37,5%)	6(37,5%)	5(31,25%)	6(37,5%)
Личностная тревожность:				
• Низкая	9(56,25%)	10(62,5%)	11(68,75%)	8(50%)
• Умеренная	7(43,75%)	6(37,5%)	4(25%)	7(43,75%)
• Высокая	0	0	1(6,25%)	1(6,25%)
Ситуационная тревожность:				
• Низкая	8(50%)	11(68,75%)	11(68,75%)	10(62,5%)
• Умеренная	8(50%)	5(31,25%)	4(25%)	6(37,5%)
• Высокая	0	0	1(6,25%)	0

Примечание. +++ – $p < 0,001$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа.

Как видно из таблицы, в первой серии эксперимента среди НРС преобладали экстраверты (87,5%), в то время как среди ВРС их доля составляла 62,5%. Во второй серии эксперимента ситуация не изменилась для НРС (87,5%), но среди ВРС доля экстравертов увеличилась до 68,75%. Анализ эмоциональной устойчивости показал, что в обеих этапах эксперимента среди НРС и ВРС примерно одинаковое количество людей обладали эмоциональной устойчивостью (около 62,5-68,75%). Анализ личностной тревожности показал, что в первой серии эксперимента большинство НРС имели низкий уровень личностной тревожности (56,25%), в то время как среди ВРС этот показатель был выше (62,5%). Во второй серии эксперимента ситуация изменилась: среди НРС испытуемых увеличилась доля тех, кто имеет низкий уровень тревожности (68,75%), в то время как среди ВРС этот показатель снизился до 50%. Показатель ситуационной тревожности показал, что в обеих сериях эксперимента большинство испытуемых в обеих группах имели низкий уровень ситуационной тревожности. Однако стоит отметить, что в первой серии эксперимента среди ВРС этот показатель был выше (68,75%) по сравнению с НРС (50%). Таким образом, мотивация и обратная связь влияли на психофизиологические показатели, особенно на личностные характеристики и тревожность. Это подтверждает необходимость индивидуального подхода при создании мотивационных программ. Психофизиологические особенности влияют на эффективность выполнения задач, что важно учитывать в обучении.

Далее было проведено исследование влияния мотивации и обратной связи на умственную работоспособность студентов разной результативности, что отражено в таблице 3. Как видно из таблицы, простая сенсомоторная реакция (PSR sred) на 1 этапе у НРС показали значение 261,3 мс, что было ниже, чем у ВРС (277,0 мс). Однако на 2 этапе обе группы показали схожие результаты: 256,9 мс у НРС и 257,9 мс у ВРС. Амплитуда моды PSR (PSR Ampl.moda) показала небольшие различия между группами на обоих этапах, оставаясь примерно на одном уровне. Реакция на движущийся объект (RDO sred) показал, что на 1 этапе НРС показали значение 1012,8 мс, что было выше, чем у ВРС (994,5 мс). На 2 этапе значения были ближе: 1003,2 мс у НРС и 993,4 мс у ВРС. Амплитуда моды RDO (RDO Ampl.moda) у НРС была выше на обоих этапах по сравнению с ВРС. Особенно это было заметно на 1 этапе, где НРС показали значение 39,1, в то время как у ВРС это значение составило 29,1. Таким образом, мотивация и обратная связь улучшили умственную работоспособность студентов. НРС улучшили свои результаты на 2 этапе, приближаясь к ВРС. Отклик НРС на движущийся объект был более выражен.

Таблица 3.

Характеристика результативности и параметров умственной работоспособности в зависимости от мотивации и обратной связи

Показатели	1 этап		2 этап	
	НРС	ВРС	НРС	ВРС
Простая сенсомоторная реакция (PSR sred), мс	261,3±15,6+	277,0±19,5*	256,9±23,7	257,9±27,1
PSR Ampl.moda	30,4±6,6	27,6±5,3	30,6±7,6	30,9±6,1
Реакция на движущийся объект (RDO sred), мс	1012,8±58,5	994,5±15,5	1003,2±15,0	993,4±15,8
RDO Ampl.moda	39,1±1,4+	29,1±7,6	32,3±8,1+	25,8±5,4

*Примечание. * – $p < 0,05$ при сравнении с соответствующим показателем серии-2; + – $p < 0,05$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа*

Выводы. Исследование показало, что мотивация и обратная связь улучшают результативность студентов, особенно у ВРС. Психофизиологические особенности влияют на производительность, что подчеркивает важность индивидуального подхода в обучении. Мотивационные факторы и обратная связь имеют ключевое значение в обучении, но их воздействие зависит от особенностей студента.

Список литературы

1. Руженкова В.В. Влияние учебного стресса на проявление тревожных и тревожно-фобических расстройств у студентов-медиков 1 курса / В.В. Руженкова, В.А. Руженков, И.Ю. Шкилева и др. // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. – 2020. – Т. 41, № 2. – С. 305–316.
2. Герасимова, О.Ю. Эмоционально-психологические отклонения в здоровье студентов на этапе получения ими образования / О.Ю. Герасимова, А.Ю. Маркина // Теория и практика современной науки.–2021.–№ 1 (19).–С. 251–254.

Муродова М.Қ.

ТАҲЛИЛИ СОҲТОРИЮ СЕМАНТИКИИ ИСТИЛОҲОТИ ТИББИИ ФАРОНСАВӢ, КИ АЗ АФФИКСҲО ТА-ШАККУЛ ЁФТААНД

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимов, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тоҷикистон

Муҳиммият. Муайян намудани хусусиятҳои сохторию семантикии истилоҳот бо унсурҳои истилоҳотии юнонию лотинӣ ва истилоҳоти яхела.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои сохторию семантикии истилоҳоти тиббӣ бо унсурҳои истилоҳотии юнонию лотинӣ ва истилоҳоти яхела дар забони фаронсавӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Инкишофи тиб сол то сол зиёд шудани истилоҳотро ба вучуд меоварад. Дар тиб ҳазорҳо мафҳумҳои нав пайдо шуданд, ки ҳазорон истилоҳоти навро тақозо мекунанд. Аз ин рӯ, масъалаи истилоҳоти тиббӣ таваҷҷӯҳи зиёд дорад, забоншиносону табибони сершумор ба омӯзиши он машғуланд.

Истилоҳоти тиббӣ нисбат ба дигар истилоҳот то андозае бештар бо вожаҳои маъмулӣ алоқаманд аст. Бо сабаби шумораи зиёди маҷаллаҳои тиббии дар Фаронса нашр шуда, инчунин дар матбуоти даврӣ инъикос намудани як қатор проблемаҳои тиббӣ бисёр истилоҳҳои тиббӣ ба таври умум маълум гардиданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Омӯзиши истилоҳоти тиббӣ нишон дод, ки истилоҳот мисли ҳар як калимаи забони адабии умумӣ метавонад чандзабона бошад ва аксар вақт дар истилоҳоти тиббӣ як мафҳуми махсус бо чанд муродиф ифода мешавад.

Аз нуқтаи назари мо сермаъноӣ, омонимия ва синонимияи истилоҳот, воқеяҳои объективии фаъолияти истилоҳоти тиббист, ки аз қонуниятҳои умумии инкишофи луғати истилоҳот ва маъмул сарчашма мегирад.

Омӯзиши матнҳо ва луғатҳои тиббӣ нишон медиҳад, ки аффиксатсия дар истилоҳоти фаронсавӣ як роҳи ҳеле зинда ва ғарбӣ калимасозист. Агар масъалаи маъсулнокии калимасозии пасвандӣ тавалъуни аксари мунаққилонаи забони муосири фаронсавиро ба худ кашад, пас масъалаи маъсулнокии калимасозии пешояндӣ нисбатан кам таъкиқ карда шудааст, аз ҷумла, модельҳои пешоянди истилоҳот сушт таъкиқ шудаанд.

Забоншиносони фаронсавӣ аксар вақт дар бораи тавлиди калимаҳои пасвандӣ дар забони фаронсавии муосир андешаҳои зиддиятҳои баён мекунанд.

Албер Доза дар тадқиқоти сершумори худ борҳо ба масъалаи калимасозӣ дахлат мекунад. Баъзан ӯ дар бораи маъсулнокии ин усули калимасозӣ дар забони фаронсавии муосир фикру ақидаҳои зиддиятҳои дорад. Албер Доза маъсулнокии пасвандро танҳо дар соҳаҳои маҳдуди луғати фаронсавӣ, аз ҷумла дар истилоҳот эътироф мекунад.

Дар китоби Ж.Дюбуа ҷадвали ҷолиби пасвандҳое, ки дар истилоҳоти тиббӣ истифода мешаванд, оварда шудааст. Аммо баъзеи онҳоро, ба назари мо, пасвандҳои ҳақиқӣ ҳисоб кардан мумкин нест, зеро дар ин истилоҳот озодона ҳамчун истилоҳоти мустақил амал мекунанд: phobie, spasme, stenose, therapie, tonus ва ғайра.

Агар роҳи тайкардаи забоншиносони фаронсавиро дар таҳияи масъалаҳои калимасозӣ ҷамъбаст кунем, мебинем, ки қариб ҳамаи онҳо пасвандро бо роҳи калимасозӣ мефаҳманд. Пешванд одатан ба ибора пайваست карда мешавад ё ба қисми мустақил ҷудо карда мешавад.

Ба вазифаи калимасозии як қатор пасвандҳои ҳоси истилоҳоти тиббӣ, ки дар забони омма каммаҳсуланд, менигарем.

Ташаққули истилоҳоти тиббии фаронсавиро бо пасванди - ose (аз юнонӣ - osis) баррасӣ мекунем. Бо ёрии ин пасванд аз исмҳои дигар исмҳои чинси занона сохта мешаванд. Маънои калимасозии онро семантикаи асоси тавлидкунадае, ки ба он пайваст шудааст, муайян мекунанд. Ҳамин тавр, пасванди ose, ки барои сохтани исм хизмат мекунад, як маъноӣ грамматикӣ дошта бошад ҳам, вале метавонад якчанд маъноҳои калимасозӣ дошта бошад, ки дар таркиби калимаи сохтанида ба амал бароварда шаванд. Калимаҳои сохтанида бо ин пасванд метавонанд маъноӣ:

- беморие, ки характери илтиҳобӣ надорад, масалан: dermatosclerose, f - ғафшавии пӯст, саҳтшавии пӯст, склеродермия; nephrosclerose, f – зичшавӣ ва чиншавии гурда аз сабаби зиёдшавии бофтаи пайвандкунанда, нефросклероз;

- бемории илтиҳобӣ: tuberculose, f - сил; brucellose, f - бруцеллёз;

- ҳолати дарднок, ки дар натиҷаи нарасидани чизе дар бадан ба вучуд меояд, дар ин маврид ҷолиб он аст, ки маънои истилоҳи сохтанида бештар ба пешванди гипо- вобаста аст, масалан: hypovitaminose, f - ҳолати дарднок, ки дар натиҷаи миқдори нокифояи витамин дар бадан, гиповитаминоз;

- ҳолати дарднокии як узв ё тамоми организм: lipomatose, f - липоматоз, липомаҳои зиёд;

- деформатсияи сутунмӯҳра (дар натиҷаи рахит, сил, остеомиелит) cyphose, f – кифоз, қачшавии сутунмӯҳра

бо пайдоиши дунгӣ;

- маводи кимиёвӣ ва фармaceutӣ: glucose, f; cellulose, f;

Омӯзиши адабиёти тиббӣ ба забони фаронсавӣ нишон дод, ки истилоҳотҳои бо пасванди -ose сохташуда дар тамоми соҳаҳои тиб: карроҳӣ, дерматология, офталмология, неврология ва ғ. васеъ истифода бурда мешавад.

Сохтори калимасозиро бо ёрии пасванди -ite (аз юнонӣ -itis) сохта шудаанд, ки ба мисли -ose дар соҳаи тиб хеле сермахсул аст, дида мебароем.

Пасванди -ite аз исмҳои дигар исмҳои занонаро бо асосҳои хеле гуногун месозад. Дар истилоҳоти тиб пасванди -ite чунъи истилоҳотест, ки равандҳои гуногуни илтиҳобии узвҳои ифода мекунад. Муқоиса: gingivite, f - гингивит, илтиҳоби милки дандонҳо; gastrite, f - гастрит, илтиҳоби пардаи луобии меъда.

Пасванди -ite истилоҳоти мутлақи тиббиро ташкил медиҳад, ки илтиҳоби пардаи узвҳои ифода мекунад: perihepatite, f - илтиҳоби ғилофаи чигар; perimetrite, f - периметрит, илтиҳоби пардаи серозии бачадон. Дар ин ҷо пешванди peri- низ нақши муҳим мебозад. Баъзан сухан дар бораи пардаи дохилии узв меравад: endocardite, f - илтиҳоби пардаи дохилии дил, эндокардит; endometrite, f - эндометрит, илтиҳоби пардаи дохилии бачадон.

Дар баъзе мавридҳои истилоҳоти мутлақи тиббӣ бо пасванди -ite илтиҳоби бофтаи атрофи узвҳои ифода мекунад: paranephritis, f - паранефрит, илтиҳоби бофтаи атрофи гурда; parametrite, f - параметрит, илтиҳоби бофтаи атрофи бачадон ва ғайра. Дар ин ҷо боз ба ташаккули парасинтетикӣ дучор мешавад, ки дар он маънои пешванд нақши муҳим мебозад.

Дар тӯли таърихи забони фаронсавӣ пасванди -ite дар ташаккули истилоҳоти тиббӣ самаранок мебошад. Мисли пасванди -ose ба фонди байналмилалӣ воситаҳои калимасозӣ дохил мешавад.

Хулоса. Маводи мавриди тадқиқшуда инчунин нишон медиҳад, ки маънои калимасозии пасванд аз рӯи семантикаи асоси ӯсилкунанда, ки ба он пайваст шудааст, муайян карда мешавад.

Аз сабаби он, ки мафҳуми сохтори калимасозӣ аз асос ва пасванд иборат аст, таҳлили асоси дар раванди омӯзиши пасвандҳо аҳамияти калон дорад.

Донишҷӯи маънои калимасозии пасвандҳои истилоҳоти метавонад барои дарк ва тарҷумаи истилоҳоти тиббӣ мусоидат кунад. Таҳлили сохтори семантикӣ нишон дод, ки пасвандҳо дар байни роҳҳои ташаккули истилоҳоти тиббӣ дар забони фаронсавӣ ҳозира мавқеи муҳимро ишғол мекунад.

Адабиёт.

1. Лейчик В.М. Терминоведение. Предмет, методы, структура. 2022.
2. Беженарь Г.И., Беженарь В.Ф., Якушева Е.О. Русско – французский медицинский словарь. Москва, 2009.
3. Аянот Н.А. Все правила современного французского языка. Изд. «Бао-Пресс», 2009
4. Григорьев В.П. О границах между словосложением и аффиксацией. Вопросы языкознания. 1956. №4.

Муродова Т.А.

БО ВОЖАИ ХОНА СОХТА ШУДАНИ ИСМҲОИ МУРАККАБ И ИФОДАКУНАНДАИ МАКОН ДАР ОСОРИ ЛИРИКИИ БАДРИДДИН ҲИЛОЛӢ

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино

Мубрамиати мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки калимасозии калимаҳои мураккаб яке аз масъалаҳои мубрами илми забоншиносӣ ба ҳисоб рафта, омӯзиши роҳи воситаҳои калимасозӣ масоили муҳим буда, он метавонад ба масъалаҳои баҳсноки истилоҳсозиву вожасозӣ равшанӣ андозад.

Мақсади таҳқиқот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи осори лирикии Бадриддин Ҳилолӣ мавқеи калимасозии лексемаи “хона”-ро муайян намоем.

Натиҷаи таҳқиқот. Калимасозии калимаҳои мураккаб дар забони адабии тоҷикӣ яке аз усулҳои ғаъл ва муҳим ба шумор меравад. Нависандагон ва шоирон аз имконоти калимасозӣ истифода намуда вожаҳои нав меофаранд ва ба ин васила таркиби луғавии забонро бой мегардонанд.

“Беҳтарин хусусияти ғазалиёти Бадриддин Ҳилолӣ он аст, ки онҳо бо забони сода, услуби раван ва таркибҳои басо латифу ҷозибадор эҷод шудаанд. Бадриддин Ҳилолӣ дар ғазалиёташ аз истифодаи калимоти душворфаҳм, кинояҳои сарпечу ташбеҳоти мураккаб худдорӣ намуда, бар он кӯшидааст, ки ибораи таркиб ва санъати шеърӣ ӯ баробари осонфаҳму ҳаётӣ будан, хонандаи шунавандаро ба вачд оваранд. Ин аст, ки ғазалиёти ӯ хушоҳангу рӯҳбахш ва самимия дилнавозанд ва дар “Шашмақом”-и мусиқии классикии мо ва таронаҳои халқӣ мақоми ҳосеа доранд” [1985, 7].

Бояд зикр намуд, ки ҳар як хонанда ва муҳаққиқи осори шоирро забони содаву раван, муассиру босалолати шоир ба худ ҷалб менамояд. Алии Муҳаммадии Хуросони ин маъниро дар сарсухани девони шоир чунин баён намудааст: Ниҳоят, арзишмандтарин хусусияти эҷодиёти Бадриддин Ҳилолӣ, дарбаробаритараннумишқипок, андешаҳои шробозабонисодаву раванованобифорсидаи тоҷикӣ ҷаззобу латифу зебо баён кардани ӯст. Дар забони баёнмаву суфкалимау таркибу ибороти ғайрамубаназар мерасад.

Шоир сарояндаи ишқизамини аз кинояву ташбеҳоти мураккаб душворфаҳм ва худдорӣ намуда, ашъори дилписандаи шробадили мардумназдиқ эҷод кардааст. Ҳаминаст, ки азамони эҷодтобаи мӯрӯз ғазалҳои дилошӯби ӯро ҳифзонбанаҳои «Шашмақом»-и ҷӯрнамудаме сарояндаи шунавана ндагонаҳои ҳазратҳои маънавий мебардоранд [14].

Бадриддин Ҳилолӣ осори рангину боғановае дорад, ки забони сода, раван, фасеҳ мебошад ва омӯзиши баррасии таркиби луғавӣ, фразеологӣ, вижагиҳои калимасозиву ибораорӣ ва грамматикӣ он метавонад ба ҳалли масъалаҳои мухталифи забони адабӣ мусоидат намояд.

Калимасозӣ яке аз васоити асосии ғанӣ гардидани таркиби луғавӣ забони адабӣ ба шумор меравад.

Дар забони адабии тоҷик ба ҷузъи хона сохта шудани исмҳои мураккаби ифодакунандаи макон маъмул мебошад. Бадриддин Ҳилолӣ дар осори хеш бо ин қолаб вожаҳои ба қор бурдааст, ки маъниву мафҳумҳои гуногунро ифода мекунад.

Дар асар бо вожаҳои май ва хона исми мураккаби майхона сохта шуда, 11 маротиба истифода гардидааст. Майхона ҷойи майфурӯшӣ ва макони майнӯшӣ. Синоними калимаи майкада мебошад :

Ғаҳнамакрэзабҳум, ғаҳбишканадпаймонаро,
Муҳтасибтоҷандаршӯрорадамайхонаро? [32].

Аз ғушаимайхонабуруной, Ҳилолӣ,
Шояд, ки бибинем бути чилвагареро[32].
Аз дари хонақаҳумадрасакорамнакушуд,
Баъд аз ин хокнишини дари майхонашавам[195]
Соқӣ, майхонадарёест, пур 3-оби ҳаёт,
Чаҳдкун, токиштихудодрондарёкашем[202].

Исми мураккаби бандахона аз исмҳои банда ва хона таркиб ёфта ба маъноии маҷозии хонаи ишқ омадааст. Вожаи бандахона дар “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” чунин ташреҳ ёфтааст: **Бандахона** **بندخانه**. хонаи ғулум. 2. Хонаи ман, хонаи камина (*шахси ғӯянда аз рӯи хоксорӣ истеъмол мекунад*)[131]. Вожаи ишқ исми маънӣ мебошад ва шоир ба маъноии киноя аз хонаи маъшӯқ ба маъноии маҷозӣ ба қор бурдааст:

Чу хуш фитод Ҳилолӣбандохонаишқ,
Бар ғулумииинхонадонмуборакбод![32].

Калимаи ғамхонабамаъноии “хонае, ки дар он ғам ҳукмфармост, ғамкада, кулбаи эҳзон” [374] истифода мегардад. Шоир ба макони хеш ишора намуда, ба маъноии маҷозӣ истифода намудааст. Имрӯз низ ин вожа дар гуфтугӯ серистеъмол буда, хонаеро, ки дар мотам, ғаму дард аст, мефаҳмонад:

Гуфтам ба давриишқитусозамсароинайш,
Ғамхонаекидоштам, онҳамхаробшуд[89].
Дар он ғамхонахарсоатғамедошт,
Зи ғамҳоиҷудоймотамедошт[89].

Дар маводи мо вожаи меҳнатхона мушоҳида гардид, ки дар сарчашмаҳои дигар ба назар нарасиданд. Вожаи мураккаби меҳнат+хона офаридаи шоир буда, ба маъноии макони ранҷу азоб омадааст:

Ба майдонмуттасилвайронаебуд,
Дар он вайронамеҳнатхонаебуд.[468].
Бувад олам ҳаминвайронаечанд,
Ба ҳарвайронамеҳнатхонаечанд [474].

Бояд зикр намуд, ки яке аз роҳҳои маъмули пайдо шудани калимаҳои мураккаб ибора маҳсуб меёбад. Забоншинос Ш. Рустамов тамоми хусусиятҳои калимаҳои мураккаб, хусусан исмҳои мураккабро ба эътибор гирифта чунин қайд кардааст: «Тадқиқоти исмҳои мураккаб нишон медиҳад, ки бештари исмҳои мураккаби тобеъ аз ибораҳои гуногун сохта мешудаанд шояд ҳамин ҷиҳати калимаҳои мураккаб ва муносибати ҷузъҳои онҳоро баъзеҳо калимасозии морфологӣ-синтаксисӣ номида бошанд» [13. 45].

Ҳаминро бояд қайд кард, ки дар калимасозӣ хусусиятҳои хоси ҳар як забон бештар зоҳир мешавад. Масалан, калимасозии «факки изофа» хоси забони тоҷикӣ буда, дар забонҳои ки изофат истифода намешавад, мавҷуд будани ин қолаб аз имкон дур аст. Вале калимасозии «факки изофа» назарияи аз ибораҳо сохтани исмҳои мураккабро дар мисоли калимасозии забони тоҷикӣ бори дигар тасдиқ менамояд. Яъне дар хусусияти ибораҳо сохтани калимаҳои мураккаб олимони забоншинос хеле барвақт маълумот додаанд. Забоншинос Рустамов Ш, ки дар баҳши калимасозии забони тоҷикӣ таҳқиқоти ҷиддиеро ба сомон расонидааст, дар бобати калимасозии калимаҳои мураккаби тобеъ чунин менависад: «*Заминаи асосии калимаҳои мураккаб воҳидҳои синтаксисӣ, пеш аз ҳама ибора мебошад. Аз ҳамин ҷиҳат калимасозии исмҳои мураккаб маънаҳои муносибати исмҳои мураккаб ва ибораро ба миён меорад*»[13. 57].

Вожаи мураккаби хонасиёҳ аз иборати “хонаи сиёҳ” таркиб ёфтааст ва дар сарчашмаҳо шарҳ наёфтааст. Дар байти зерин хонасиёҳ ба маъноии исми макон, балки он чун сифат ба маъноии бадбахт, бетолер омадааст:

Ин ҳаманола, киман мекунам аз дарди фироқ,
Ҳечмотамзадаи хонасиёҳенакунад[107].

Калимаи бутхона синоними калимаи маъмули буткада мебошад. Бутхона ибодатгоҳи бутпарастон аст:

Эй хоҷа, машавсокинибутхонаисурат,
Берун раву дар олами маънӣсафарекун[216].
Дар ин бутхона моро қиблагохест,
Дили ҳарбуткибинӣ, сангирохест[471].

Калимаи мураккаби хилватхона аз исми маънии хилват ва исми модии хона таркиб ёфта, ба маъноии “ҷои хилват, ҷойтанҳо ва ҳоли аз бегонагон. 2. ҷои осоиш” [ФТЗТ. Ҷ.2. 435].

Биёроям ба хилватхонаи фикр
Арӯсификрро чун шоҳидибикр[407]

Вожаи хонахароб аз исми хона ва сифати хароб таркиб ёфта, ба маъноии: “1. хонавайрон, муфлисӣ дарбадар. 2. хонасӯхта; **хонахароб** **кардан** касеро бехонаву ҷой, бечизу дарбадар кардан; **хонахароб** **шудан** дарбадар ва бехонаю ҷой шудан, хонавайрон гардидан”[ФТЗТ. Ҷ.2. 449] :

Мо хонахаробему надорем паноҳе,
Вайронаи моро дару девор набошад [88].

Шаҳрвайронкунамазашкихуд, эйганчимурод,

То дам аз ишқитухархонахаробеназанад [106].

Хулоса. Бадриддин Ҳилолӣ дар сохтани исмҳои мураккаби лексемаи “хона”-ро ба кор бурда, вожаҳои сохтааст, ки қисме аз онҳо ба маънои асли ва қисми дигар ба маънои маҷозӣ қорбасти шудаанд, ки бархе нааввожаҳо буда, дар сарчашмаҳо шарҳ наёфтаанд: меҳнатхона, бандахона.

Адабиёт:

1. Бадриддин Ҳилолӣ. Девон.– Душанбе, «Адиб», 2016, –480 с..
2. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. - Душанбе: Дониш, 1985.-қисми I: Фонетика, Морфология.-356 с.
3. Рустамов Ш. Калимасозии исм дар забони адабии ҳозираи тоҷик. Ш. Рустамов -Душанбе: Дониш, 1972.-79 с.
4. Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ. -Душанбе, 2008.қ.1 - 949с қ.2. -944с.
5. Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ. -Душанбе, 2008.қ.2 . - 944с.

Муродова Ф., Холбекиён М.Ё

ОМУЗИШИ ФАЪОЛИЯТИ РЕФЛЕКСИ ШАРТӢ ДАР ҲАШАРОТХҶҶҶҶҶ (HEMIECHINUS AURITUS) ДАР ШАРОИТИ ГУНОГУНИ ФИЗИОЛОГӢ

Муҳимияти мавзӯ. Яке аз масъалаҳои муҳими кам омӯхташудаи нейробиология ва нейрофизиологияи муосир, ин омӯхтани равандиҳои мутобиқшавӣ ба муҳити атроф, таъқиқоти механизмҳои физиологияи мутобиқшавӣ ба шароити табиӣ, баҳодихӣ ба ҳолатҳои пластикӣ ва ноустувории системаҳои физиологияи ҳайвоноти пайдоишашон аз ҷиҳати филогенетикӣ гуногун ва экологӣ махсус мебошад. Дар байни онҳо таъқиқоти физиологияи гибернатсия ва эстиватсия таваҷҷӯҳи хоса доранд, ки барои баъзе муҳрадорон мутобиқшавии экологияи аз ҷиҳати таҳаввулотӣ пешрафта рафта буда, барои рафъи омилҳои номусоиди табиӣ муҳити атроф ба ҳисоб мераванд.

Физиологияи ҳоби ҳайвонот муддати тӯлонӣ омӯхташуда истодааст [1,2,3] ва то имрӯз, маълумоти эътимоднок дар бораи тағйироти хусусиятҳои морфологӣ ва функционалӣ дар ҳолати ҳоби зимистонӣ ва тобистонии ҳайвонҳо ба даст оварда шудааст.

Оиди мушкilotи эстиватсия ва гибернатсия олимони тоҷик низ саҳми назаррас гузоштанд [4,5]. Аз ҷумла, онҳо баъзе хусусиятҳои физиологӣ ва биохимиявии ҳазандаҳо (суствори хокистаранг) ва ширхӯрон (юрмон), ки дар минтақаҳои камоби Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд, ошкор карданд.

Бояд қайд кард, ки омӯзиши маҷмаавӣ механизмҳои муқоисавии физиологияи фаъолияти олии асаб дар ҳайвонот ва алоқамандии нейрорептиди дерморфин ва гиппокамп дар танзими онҳо ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст. Аз ин ҷиҳат, омӯзиши масъалаҳои нишондиҳандаҳои дар боло овардашуда дар ҳайвоноти зимистон ва тобистонхобраванда муҳим аст.

Мақсади таъқиқот. Омӯзиши фаъолияти рефлексии шартӣ дар хорпуштҳои гӯшдароз дар шароити гуногуни физиологӣ.

Вазиғаи таъқиқот. Омӯзиши махсусияти ҳосилшавии реаксияҳои шартӣ дар хорпуштҳои гӯшдароз дар давраи ба ҳолати гибернатсия рафтан.

Мавод ва усули таъқиқот: Таъқиқотҳо дар лабораторияи ОМИТ-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар 3- марҳила гузаронида шудаанд: марҳилаи 1-ум дар давраи фаъолияти ҳаётӣ; марҳилаи 2-юм дар давраи гибернатсия; марҳилаи 3-ум дар давраи бедоршавии табиӣ аз ҳоби зимистона

Таҷрибаҳо дар намоёндаи ширхӯрон, хорпушти гӯшдароз (*Hemiechinus auritus*) -30 фард, ки ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуда буданд ва ҳар як гурӯҳ аз 10 фард иборат буд, бо истифодаи усулҳои классикӣ ҳосил намудани рефлексҳои шартӣ мусбат ва манфӣ, ки аз тарафи академик Сафаров Ҳ.М., гузаронида шуд.

Ба сифати ангезандаи мусбати шартӣ «**фурузонаки рост**» бо шиддати 25Вг, ва ба сифати ангезандаи манфӣ (дифференсиалӣ) «**фурузонаки чап**» бо ҳамон шиддат истифода шудааст. Ба сифати мустаҳкамкунандаҳои ғайришартӣ барои бахтурҳо пораҳои гушти хом ё тухми обҷӯши мурғ, барои сангпуштҳо – баргҳои қарам ва чинор, инчунин юнучқа истифода шуданд. Вақти таъсири ангезандаи шартӣ дар ҳар як таҷриба 15-30 сония буд; ҳар рӯз 6-10 ҳисоб бо фосилаи 3-5 дақиқа барои ҳар як таҷриба истифода карда мешавад.

Таҷрибаҳо оид ба омӯзиши шаклҳои модарзодии рафтор дар хорпуштҳо бо усули рефлексҳои шартӣ дастраскунии ҳӯрок дар камераи махсуси тарҳрезиишудаи андозааш ба 80х50х40см аз плексиглос сохта шудааст, баробар буда гузаронида шуданд. Камераи додашуда низ аз ду қисм иборат буд, ки дар қисми қалонаш ҳӯрокдонҳо ва ангезандаҳои шартӣ – фурузонаки рост ва чап насб шуда буданд. Қисмҳои камераро дариҷаи ҳаракаткунандаи махсус ҷудо карда шудааст, ки хорпуштҳо пеш аз озмоиш қарор доштанд.

Натиҷаҳои таъқиқот. Дар давраи фаъоли ҳаёт, рефлексҳои қабули ғизо бо истифодаи "фурузонаки рост" пас аз 11,3 истифодаи ангезандаи шартӣ пайдо шуда, пас аз 62,4 таркиб мустаҳкам шуданд (ҷадвали 3). Вақти латентӣ 13,0 сония, вақти наздикшавӣ ба ҳӯрокдон 14,1 сония ва вақти баргаштани хорпуштҳо ба ҷойи нишаст ба 19,1 сония буд. Фоизи ҷавобҳои дуруст ба 80,2% баробар буд. Ҳангоми мустаҳкам шудани рефлексии шартӣ, як роҳи муайяни устувори наздикшавӣ ба ҳӯрокдонҳо ташаккул ёфт. Ҳангоме ки ангезандаи шартӣ дода шуд, ҳайвонҳо аз ҷойи нишаст баромада, бо ин роҳ ба сӯи ҳӯрокдон ҳаракат мекарданд ва пас аз гирифтани ҳӯрок, бо ин роҳ ба ҷойи нишаст бармегаштанд.

Дар рӯзи якуми таҷриба дурустии иҷрои реаксияҳои шартӣ 20% -ро ташкил дод; дар рӯзи дуюм, вай ба 45% расид; дар рӯзи сеюм ба 68%; дар рӯзи чорум ба 80% баробар шуд. Баъдан, рефлексии шартӣ ба эътидол омад ва дар сатҳи бадастомада монд. Боздории фарқкунанда баъд аз 15,2 зоҳир шуд ва баъд аз 53,3 истифодаи сигнали шартӣ бидуни мустаҳкамкунӣ устувор шуд. Рафтори ҳайвонҳои таҷрибавӣ фаъол буд, онҳо ҳудро дар тамоми давраҳои таъқиқот дар камера нигоҳ медоштанд, инчунин иҷрои дурусти ҳаракатҳо ҳангоми наздик шудан ба

хӯрокдон мустаҳкам буд ва ҳамавакт ба таъсири ангезандаҳои шартӣ ҷавоби дурӯст меоданд.

Ҳамин тариқ, дар давраи фаъоли ҳаётӣ, дар ҳашаротхӯрон ба осонӣ намудҳои гуногуни рефлексҳои шартӣ мусбат ва манфӣ ҳосил мешавад, аммо аз сабаби серҳаракатӣ ва талабот ба ғизо, дар ҳайвонот раванди мустаҳкамкунии рефлексҳо устувор нест ва барои ташаккули онҳо омӯзиши доимӣ лозим аст.

Давраи воридшавӣ ба ҳоби зимистона давраи духафтинаи дарозмуддат (продромалӣ) мебошад, ки дар он пастшавии фаъолияти ҳаракат ва боздории талабот ба ғизо дар ҳайвонот ба назар мерасад. Баъдан фаъолияти рефлектории шартӣ ва ҷавоби хорпуштҳо ба ангезандаҳои шартӣ, пас ба ангезандаҳои ғайришартӣ, суст мешаванд. Рефлексҳои шартӣ мусбат пас аз 21,2 ҳосил шуда пас аз 85,1 мустаҳкам шуданд. Вақти латентии аксуламали ҳаракат нисбат ба давраи фаъоли ҳаётӣ кам шуда, ба ҳисоби миёна ба 23,1 сония баробар буд. Вақти наздикшавӣ ба хӯрокдон 25,3 сония, вақти бозгашт ба ҷойи нишаст хеле дарозтар буд ва ба ҳисоби миёна ба 53,2 сония баробар буд. Фоизи ҷавобҳои дуруст 65,1% -ро ташкил дод. Дар давраи воридшавӣ ба гибернатсия, боздории фарқкунанда ба таъсири ангезандаҳои равшанӣ пас аз 18,2 пайдо шуд ва пас аз 75,3 теъдоди истифодабарии ангезандаҳои шартӣ ба мустаҳкамкунӣ устувор мешавад.

Ҳамин тариқ, дар ҳашаротхӯрҳо, давраи гузаштан ба ҳоби зимистона ба тағйироти амиқи вазифаҳои фаъолияти олии асаб оварда мерасонад. Зиёдшавии миқдори таркибҳои барои ҳосилшавӣ ва мустаҳкамшавии рефлексҳои мусбат ва манфӣ, инчунин афзоиши нишондиҳандаҳои муваққатии фаъолияти умумии рафтор нисбат ба давраи фаъоли ҳаёт ба назар мерасад.

Баъди бедории табиӣ аз ҳоби зимистона, дар хорпуштҳои таҷрибавӣ тарзи ҳаёти фаъол мушоҳида гардид; дар ин вақт барқароршавии пайвастаи шаклҳои модарзодии рафтор ба назар мерасид: афзоиши фаъолияти ҳаракатӣ, афзоиши талабот ба ғизо ва нӯшокӣ, барқарорсозии реаксияҳои интиҳоби ҷой хангоми тадқиқот, муносибатҳои зоосотсиалӣ; ба эътидол овардани шаклҳои ба дастамадаи рафтор қайд карда шуд. Ҳамин тариқ, ҳосилшавии рефлексҳои мусбати шартӣ пас аз ҳоб бедор шудан (баъди 8-12 рӯз) баъд аз 10,0 ҳосилшуда, пас аз 61,1 ҳисоби ангезандаи шартӣ ба ғайришартӣ мустаҳкам шуд.

Аҳамияти вақти латентӣ ба ҳисоби миёна 10,2 сония, вақти наздикшавӣ ба хӯрокдон 12,1 сония ва вақти бозгашт ба ҷойи нишаст 20,2 сонияро ташкил дод. Рефлекси шартӣ манфӣ пас аз 8,7 пайдо шуд ва пас аз 54,8 истифодаи ангезандаи шартӣ ба мустаҳкамкунӣ ҳосил шуда устувор гардид. Фоизи ҷавоби дуруст ба таъсири ангезандаҳои равонӣ дар рӯзи 8-уми пас аз бедоршавӣ ба 86,2% расид. Натиҷаҳои фаъолияти умумии рафтор эҳтимолан нисбат ба давраи фаъоли ҳаётӣ хеле кӯтоҳ буда, нисбат ба давраи фаъоли ҳайвоноти наомӯзонида нисбатан айён буд, ки дар он вақти латентӣ ба 15,1 сония, вақти ба хӯрокдон рафтан 17,1 сония ва вақти бозгаштан ба ҷойи нишаст ба 23,0 баробар аст.

Натиҷаҳои ба дастамада нишон медиҳанд, ки дар ҳашаротхӯрҳо (хорпӯши гӯшдароз) рефлексҳои пешакӣ ҳосилшуда (пеш аз ҳоби зимистон) ва мустаҳкамшуда бо ғизо дар давоми 8-12 рӯз пас аз ҳоб табиӣ бедор шудан пурра барқарор ва ба эътидол омаданд - нисбат ба ҳайвоноти омӯзонида нашуда, ки (16-18 рӯз давом ёфт.).

Хулоса. Пеш аз ҳоби зимистона рафтан ҳашаротхӯрон давраи фаъоли дарозмуддат бо фаъол шудани механизмҳои боздории ибтидоӣ ва паст шудани ҳарорати бадан пешгирӣ карда мешавад. Дар ин давраҳо, ҳама шаклҳои фаъолияти рафтор тағйир меёбанд ва вазифаҳои нафаскашӣ ва гардиши хун суст карда мешаванд, яъне. Бадан ба речаи дигари фаъолият - пойкilotермияи мутабокишавӣ мегузарад.

Адабиётҳо

1. Lebl, K. Survival rates in a small hibernator, the edible dormouse: a comparison across Europe [Text]/K. Lebl. [et al.]/Ecography.-2011.-34.- № 4.-P.683-692.
2. Клевезаль, Г.А. Особенности записи зимней спячки на поверхности резцов хомячков рода *Allocricetulus* [Текст]/Г.А. Клевезаль, Н.Ю. Феоктистова, Д.В. Щепоткин, А.В. Суров // Зоологический журнал. - 2015. - Т. 94. - № 2. - С. 259-272.
3. Рутовская, М.В. Динамика температуры тела белогрудого ежа (*Erinaceus roumanicus*) во время зимней спячки [Текст]/ М.В. Рутовская [и др.]/ Зоологический журнал. - 2019. - Т. 98. - № 5. - С. 556-566.
4. Холбеков, М.Ё. Эколого-физиологические механизмы торпидности в сравнительном ряду позвоночных [Текст]/ М.Ё. Холбеков, Э.Н.Нуритдинов, М.Б.Устоев. - Душанбе, Эр-граф, 2016. - 200 с.
5. Нуритдинов, Э.Н. Главные этапы критического развития нервной деятельности животных [Текст]/ Э.Н. Нуритдинов // Бюллетень ООН «Сохраним жизнь на Земле». - Душанбе, 2012. - С. 27.

Мусозода М.А., Юсуфов А.И.

УНСУРҲОИ ИСТИЛОҲСОЗ ҲАМЧУН АСОСИ ТАСНИФИ ИСТИЛОҲОТИ ТИББӢ

Маркази тарҷумаи адабиёт ва истилоҳоти соҳавӣ ва кафедраи забони тоҷикӣ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Масъалаи танзими истилоҳоти тиббӣ дар забон яке аз масъалаҳои муҳиму баҳсталаб ба шумор меравад. Истилоҳот дар тамоми соҳаҳои илм ва техника барои дақиқ ифода кардани мафҳум аҳамияти асосӣ доранд, чунки воситаи маърифат маъсуб шуда, имконияти ғанӣ гардонидани далелҳои илмӣ, афзудани донишно ва интиқоли онҳоро ба наслоҳои минбаъдаи олимони таъмин менамоянд.

Зарурати риояи мақсадҳои муайян хангоми номгузории терминологӣ, эътиёлотӣ мушаххаси ономашиологӣ барои ифодаи забонии мафҳумҳои интиҳоб кардани усулҳои муносибро, ки маъниҳои махсусро ифода карда метавонанд, тақозо мекунад.

Барои номгузории истилоҳҳо воҳидҳои забонии сатҳҳои гуногун: морфемаҳо, калимаҳо, ибораҳо, инчунин мунтазам тақрор ёфтани воситаҳои истилоҳоварӣ бо ҳадафи ифодаи мафҳумҳои алоқаманди соҳаи муайяни касбӣ ва илмӣ муҳиманд.

Мо мавзуи мазкурро дар асоси унсурҳои истилоҳсозӣ дар истилоҳоти тиббии иқтибосӣ аз забонҳои ҷунонӣ ва

лотинӣ таҳлил кардем.

Мухимият. Дар системаҳои истилоҳоти забони тиб ба сифати яке аз унсурҳои истилоҳсозӣ морфема - воҳиди махсуси забон баррасӣ мешавад, ки ҳамчун аломати хурдтарин таъриф гардида, дар шакли муайяни фонетикӣ (ифодакунанда) мазмун ё маънӣ (ифодашаванда)-ро баён мекунад ва ба шаклҳои фонетикии хурдтар тақсим намешавад¹. Аммо вазифаи унсури истилоҳсозӣ ё терминоэлементро на ҳамаи морфемаҳои дохили истилоҳ, балки танҳо он морфемаҳое иҷро мекунанд, ки ба истифодаашон ягон нишонаи мафҳуми истилоҳӣ боис шудааст.

Морфемаҳое, ки дар истилоҳҳои иқтибоси латинию юнонӣ барои ин мақсадҳо истифода мешаванд, маъниҳои муайяни хоси тибро ифода мекунанд ва дар асоси онҳо аҳамияти ин гуна унсурҳои истилоҳсозиро мушоҳида кардан мумкин аст. Шинохти маъниҳои мазкур дарки мазмуни истилоҳот ва дар маҷмӯъ матнҳои тиббиро барои мутахассисон, донишмӯзон ва дар умум истифодабарандагони забон саҳлу осон мекунад.

Бояд боз тазакурр дод, ки ошноӣ бо мавзӯ ба масъалаи танзими истилоҳоти тиббии забони тоҷикӣ ҳангоми интиҳоби истилоҳҳои мувофиқ метавонад таъсир дошта бошад.

Мақсад ва вазифаи таҳқиқот муайян кардани баъзе унсурҳои серистифодаи истилоҳсозии забонҳои юнонӣ ва лотинӣ ва мавқеи онҳо дар ғайи гардонидани системаи истилоҳоти тиббии забони тоҷикӣ мебошад.

Дар раванди таҳқиқ ба морфемаҳое таваҷҷуҳ мекунем, ки барои сохтани истилоҳҳо дар ин забонҳо истифода мешаванд ва маъниҳое, ки онҳо ифода менамоянд, шарҳу тафсир медиҳем.

Мо гурӯҳи унсурҳои морфемавии истилоҳсоз ва ё ба ифодаи дигар терминоэлементҳои микросистемаҳои истилоҳиро дар таркиби номҳои бемориҳои кардиологӣ ва пулмонологӣ дида мебароем, ки майдонҳои мушаххаси семантикиро ташкил медиҳанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои таҳқиқи мавзӯ ба якҷанд сарчашма, аз ҷумла луғату феҳристҳо барои дарёфти номҳои бемориҳои кардиологӣ ва пулмонологӣ рӯ овардем ва аз онҳо гурӯҳи истилоҳҳои ба мақсад мувофиқро интиҳоб кардем. Дар ин раванд аз усули таҳқиқотии муқоисавӣ истифода гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар системаи истилоҳоти кардиологӣ яке аз мавқеъҳои асосиро морфемаи решагии **“кард”** - “дил” ишғол мекунад. Ин морфема асос барои сохтани истилоҳоти гурӯҳи доминантии майдони семантикии **«бемориҳо ва равандҳои патологияи кардиология»** мебошад, ки дар онҳо ҳамеша ишора ба нишонаи мафҳуми дил мавҷуд аст. Масалан: **стенокардия, перикардит, кардиомиопатия** ва ғайра.

Вазифаи терминоэлементҳои асосии майдони семантикии зикршударо дигар морфемаҳои решагии юнонӣ-лотинӣ низ иҷро карда метавонанд. Масалан: **мио-** (юн., «мушак»), **пат-** (юн., «беморӣ, азият»), **бради-** (юн., «суст, оҳиста»), **тахи-** (юн., «зуд»), **пери-** (юн., «берунӣ»), **стено-** (юн., «тангшавӣ») ва ғайра. Онҳо дар таркиби калимаҳои мураккаб – доминантҳои истилоҳҳои сохта васеъ ва баъзан якҷоя истифода мешаванд. Масалан: **кардиомиопатия, брадикардия, стенокардия** ва ғ.

Дар системаи истилоҳоти пулмонологӣ низ гурӯҳи терминоэлементҳои морфемавии махсус барои сохтани истилоҳоте, ки бемориҳо ва равандҳои патологиро номбар мекунанд, истифода мешаванд. Масалан, морфемаҳои решагии **пневм** - шуш, **бронх** - нойи нафас, **плевра** - пардаи шуш.

Ин морфемаҳо асос барои ташаккули истилоҳҳои доминантии гурӯҳи семантикии **«бемориҳо ва ҳолатҳои патологияи дастгоҳи бронху шушҳо»** мебошанд. Дар онҳо ишора ба аломати мафҳуми анатомии дастгоҳи бронху шушҳо мавҷуд аст. Вазифаи унсурҳои истилоҳсозии асосии ин гурӯҳи истилоҳоти доминантиро морфемаҳои решагӣ ҳам, ба монанди **мио-** (юн., «мушак»), **эктас-** (юн., «васеъшуда»), **склеро-** (юн., «сахтшуда») илро карда метавонанд.

Аз унсурҳои истилоҳсозии морфемавӣ калимаҳо ва дар асоси онҳо истилоҳоти мураккаб сохта мешаванд. Истилоҳвожаҳои аз унсурҳои истилоҳсоз-морфемаҳо сохташуда дорои якҷанд нишонаи мафҳум мебошанд. Масалан, **бронхоэктаз', бронх** - юн., морфемаи решагӣ, **“нойи нафас”, эктаз** - юн., морфема решагӣ, **«васеъшавӣ»**, аз ин **бронхоэктаз-васеъшавии қитъаҳои маҳдуди бронхҳо; эндокардит: эндо** –юн. морфемаи решагӣ, **«дарун», кард** - юн. морфемаи решагӣ, **«дил», ит** -юн. морфемаи пасвандӣ бо маънии **«раванди илтиҳобӣ»**, аз ин ҷо **эндокардит** - илтиҳоби пардаи дохилии дил.

Ин морфемаҳои решагӣ ба ҳам пайваста, дар таркиби вожа-истилоҳҳои мураккаб истифода мешаванд, масалан: **пневмосклероз, бронхоэктаз, плеврит** ва ғ.

Ҳангоми баррасии морфемаҳои решагӣ ҳамчун унсурҳои истилоҳсозии системаҳои истилоҳии кардиологӣ ва пулмонологӣ - номҳои бемориҳо ва равандҳои патологияи дил ва дастгоҳи бронху шушҳо гуногунии семантикии онҳо қайд карда мешавад.

Масалан, агар морфемаи решагии **кард-** ё **пневм-** мафҳуми анатомии ифодакунандаи узверо ном барад, ки ба бемории он системаи таҳқиқшаванда алоқаманд аст, морфемаҳои дигари решагӣ (**мио-, бради-, тахи-, стеноз-, эктазия-, склероз-**) на ба узв, балки ба бофта, ҳолат, сифат, хусусияти вобаста ба дуршавӣ аз меъёр дар фаъолият ё сохтори узв ишора мекунанд.

Онҳо унсурҳое мебошанд барои ифодаи мафҳумҳои соҳаи патологияи умумӣ, ки дар ин системаи истилоҳот мафҳумҳои умумии вобаста ба аломатро ифода мекунанд.

Барои ифода кардани раванди патологӣ дар узв на танҳо морфемаҳои решагӣ, балки морфемаҳои пасвандии юнонӣ-лотинӣ низ истифода мешаванд. Морфемаи пасвандии юнонии **-ит-** дар терминологияи тиббӣ ба маънои **“раванди илтиҳобӣ”** истифода мешавад. Масалан: **миокардит** (илтиҳоби миокард – мушакҳои дил), **эндокардит, бронхит, плеврит** ва ғ.

Морфемаи пасвандии юнонии **-оз-** маъниҳои ҳолати патологияро медиҳад, ки хусусияти илтиҳобӣ надорад. Масалан: **миокардоз** (номи умумии бемориҳои мушакҳои дил), **алвеококкоз** ва ғайра.

Морфемаи пасвандии юнонии **-ома-** қатъан мазмуни **«навташкила, омос»**-ро медиҳад. Масалан: **лейомиома, саркома** ва монанди инҳо.

Ҳамчун унсурҳои истилоҳсозӣ, ки ба мавҷудияти раванди патологӣ дар узв ишора мекунанд, морфемаҳои юнонӣ ва лотинӣ бо маънои **«надоштани аломат ё сифат»** - юнонии **а-** ва латинии **ди-** (масалан, **аритмия** -

вайроншавии назм), юнонии **дис-**; (масалан, **дистрофия** – *ихтилол дар гизоистеъмолкунӣ*) истифода мешаванд.

Дар истилоҳоти тиббӣ на танҳо қатъиян барои як маъно истифода шудани як унсури истилоҳсози муайян, балки дар дохили истилоҳ танҳо дар мавқеи мушаххас омадани он низ қайд мешавад^{2,3}. Вобаста ба мавқеъ баъзе муҳаққиқон унсурҳои истилоҳсозиро ба ибтидоӣ, миёна ва ниҳойӣ чудо мекунад².

Аз нигоҳи семантикӣ кулли воҳидҳои рехтаро ҳамчун натиҷаи ин гуна муносибатҳои тарафайни маъниҳои унсурҳои қаблӣ ва баъдӣ тавсиф кардан мумкин аст, ки дар он унсури истилоҳсози дуум мафҳуми заминавиरो ташкил медиҳад, унсури пеш аз он бошад ба ҳислат, зеркатегорияи ин мафҳуми заминавӣ ишора мекунад.

Терминоэлементҳои қаблӣ (якум) ишора ба аломати он раванд, падидае мекунад, ки терминоэлементи дуум номбар кардааст.

Дар системаҳои истилоҳотии мавриди таъкиқ унсурҳои истилоҳсозе, ки бо морфемаҳои решагӣ ва аффиксӣ муаррифӣ шудаанд, дар семантикаи вожа-истилоҳи доминантӣ якранг нестанд. Унсури истилоҳсоз дар мавқеи ниҳойӣ мафҳуми асосии равандро ташаққул медиҳад. Масалан, унсури **-ит** дар таркиби истилоҳҳои доминантӣ **перикардит, бронхит**.

Дар истилоҳҳои мазкур морфемаи суффиксии **-ит**, ки юнонист, маънии устуворшудаи *“раванди илтиҳобӣ”*-ро дошта, ҳамаи истилоҳҳои зикршударо ба як гурӯҳи мафҳумӣ бо маънии *“ба раванди илтиҳобӣ дахлдор”* муттаҳид мекунад. Ин мафҳум, ки маънии асосиро ифода мекунад нишонаҳои инфиродиро аз ҳисоби унсури истилоҳсозе соҳиб мешавад, ки аломатҳои анатомияи дил ва дастгоҳи бронху шушъоро ифода менамояд. Дар мисоли мазкур ин морфемаи решагӣ **перикард-** (назидиқӣ) ва морфемаи решагӣ **бронх-** (наӣи нафас) мебошад. Унсури истилоҳсози решагӣ дар ин ҳолат вазиғаи мушаххассозиро иҷро мекунад.

Ба ин тариқ, унсурҳои истилоҳсози иқтибосоти тиббии юнонӣ ва латинӣ ҳамчун омили муҳими мураттабсозии системавии истилоҳоти соҳаи ҷудогона хизмат мекунад. Дарки вазиғаҳои онҳо дар таркиби калимаҳои овардашуда ба фаҳмидани маънии истилоҳҳо, қорбасти онҳо дар забони илмӣ тиббии тоҷикӣ ва дарку тақмили роҳҳои истилоҳсозӣ мусоидат мекунад.

Рӯйхати адабиёт

1. Казарина С.Г. О типологических исследованиях в терминоведении //Филологические науки. 1998. Вып. 3. С. 81-83.
2. Маслов Ю.С. О некоторых расхождениях в понимании термина «морфема» //Проблемы языкознания. М., 1961. С. 10-17.
3. Ф.А.Абдураъмонов, Убайдулло Қурбон, А.И.Юсупов. Истилоҳоти анатомӣ (зиёда аз 6500 истилоҳ) «Ҷикмат», Душанбе с.2015, 203 саъ.
4. Фатхуллоев Т., Юсуфов А.И., Шехов А.М. // [мақола]. Истилоҳоти тиббии забони тоҷикӣ дар шароити кунунӣ. <http://www.vestnik-ipovszrt.tj>
5. Чернявский М.Н. Краткий очерк истории и проблемы упорядочения медицинской терминологии //Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3 т. Т. III. М., 1984. С. 415;
6. Казарина С.Г. О типологических исследованиях в терминоведении И Филологические науки. 1998. Вып. 3. С. 81.

Мухамеджанова А.Ш., Ануархан А., Самарова У.С.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г.СЕМЕЙ РАБОТОЙ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра общественного здоровья НАО «Медицинский университет Семей». Казахстан.

Актуальность. Сегодня в мировом сообществе происходят глобальные изменения, вызванные внедрением информационных технологий во всех сферах жизни. Данные изменения меняют уклад жизни людей и составляют фундамент и материальную базу для перевода к информационному обществу, обществу с высоким политическим, социально-экономическим и культурным развитием. В связи с этим вопросом оценка эффективности мероприятий по информатизации отрасли является актуальным и с научной и практической точки зрения.

На данный момент в мире происходят следующие тенденции:

- 1) изменение сфер общественной деятельности на всех уровнях под влиянием ИКТ;
- 2) стремление к формированию развитой информационной среды, адекватной задачам социально-экономического развития страны;
- 3) прогресс всех отраслей разработки, производства и внедрения современных технологий;
- 4) обеспечение равноправного гарантированного доступа населения к информационным ресурсам;
- 5) подготовка граждан, общественных институтов и органов государственной власти всех уровней в целом к жизни в условиях информационного общества.

Существует опасность, что в дальнейшем не будет достигнуто существенных благоприятных изменений в деятельности частных медицинских организаций (МО) и системы в целом. В результате подтверждено представление о затратности проекта массового использования медицинских информационных систем (МИС), в связи с чем вопрос оценки эффективности мероприятий по информатизации отрасли является актуальным с научной и практической точек зрения.

Цель исследования. Изучить удовлетворенность медицинских работников г.Семей работой медицинской информационной системы и разработать рекомендации по повышению эффективности МИС.

Материалы и методы исследования: поиск источников проводился по следующим базам: Pubmed, Medline, CyberLeninka, Academy Google.

Критериями включения являлись: отчеты об одномоментных поперечных исследованиях, статьи на английском и русском языках.

Критериями исключения являлись: отчеты о рандомизированных и когортных исследованиях, материалы, не

имеющие доказательной базы, материалы, опубликованные до 2010 года.

Результаты исследования.

Развитие информатизации здравоохранения в Казахстане. Современное состояние.

Информатизация здравоохранения - процесс проведения комплекса мероприятий, направленных на своевременное и полное обеспечение участников того или иного вида деятельности в области здравоохранения необходимой информацией, которая в той или иной форме переработана и при необходимости реорганизована.

В 2013 году в рамках проекта Всемирного банка швейцарский институт общественного здравоохранения (Swiss Tropical and Public Health Institute) провел оценку информационных систем МЗ РК. В том же году Указом Президента РК № 464 принята государственная программа "Информационный Казахстан-2020", в которой введен термин "Электронное здравоохранение" и определены пути дальнейшего развития информатизации здравоохранения. По итогам программы разработана концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 годы (приказ министра здравоохранения РК от 3 сентября 2017 года №498), в которой предусмотрены вопросы отказа от устаревших технологий, пересмотра целей и приоритетов.

В Послании Президента РК "Стратегия Казахстан - 2050": новый политический курс состоявшегося государства отмечается, что «Здоровье нации - основа нашего успешного будущего». Одним из основных приоритетов является внедрение услуг "смарт-медицина", дистанционной профилактики и лечения, "электронная медицина".

В настоящее время граждане РК активно используют мобильные приложения, позволяющие записаться на прием, вызвать врача на дом, получить доступ к результатам анализов и другой медицинской информации.

С началом вакцинации от Covid-19 запущена интерактивная карта с информацией о вакцинации пациентов. Эта карта также помогает онлайн-работникам и контрольным группам просматривать данные о вакцинированных рабочих.

В 2020 году на медицинские информационные системы в РК было израсходовано порядка 1 млрд тенге. В настоящее время в Казахстане функционируют 40 различных медицинских систем, 16 из которых активно работают. Проблема состоит в том, чтобы объединить их и скопировать данные из одной системы в другую. В связи с этим можно отметить комплексную медицинскую информационную систему (КМИС) от центра информационных технологий "Даму". КМИС - полностью отечественный продукт, созданный для наших условий и специфики работы. Это определяет его высокую адаптируемость и, прежде всего, совместимость с государственными информационными системами здравоохранения. С другой стороны, КМИС - это очень гибкая система, которая работает как в частной медицинской организации, так и во всем регионе. В 2017 году комплексная медицинская информационная система DamuMed стала победителем престижного Московского международного конкурса "Лучшее IT-решение для здравоохранения 2017" Конгресса информационных технологий в медицине, который принимал участие в проектах России, стран Восточной Европы и Средней Азии.

В целях обеспечения доступности специализированной медицинской помощи сельскому населению Министерством здравоохранения Республики Казахстан в рамках Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" создана и успешно функционирует Национальная телемедицинская сеть Республики Казахстан (далее-НТМК) в 14 областях, городах Астана и Алматы.

Сегодня информационные технологии становятся неотъемлемой частью медицины и здравоохранения Казахстана. Внедрение информационных технологий в сфере здравоохранения Казахстана началось гораздо позже, чем за рубежом, вследствие чего появляется возможность более внимательно изучить не только опыт успешного внедрения, но и текущие задачи, являющиеся следствием ошибок, допущенных на начальном этапе информатизации.

Информатизация в развитых и развивающихся странах.

В настоящее время темпы информатизации здравоохранения резко ускорились, поскольку информационные технологии (ИТ) позволяют улучшить качество медицинской помощи, что актуально в связи с постоянным ростом числа пожилых людей и пациентов с хронической патологией.

Главной задачей информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении является обеспечение безопасности пациента. Исходя из этого, информатизация здравоохранения в странах Европейского Содружества идет по пути создания систем поддержки врачебных решений и новой информационной среды, позволяющей обращаться к профессиональным информационным ресурсам (информационно-справочные системы и тематические форумы), осуществлять навигацию между профессиональными сообществами и известными экспертами.

Компьютерные системы поддержки врачебных назначений позволяют сократить количество врачебных ошибок при назначении лекарств на 80% и снизить побочные реакции на 55%. В некоторых странах врач не может получить лицензию на профессиональную деятельность без надлежащих знаний в области информационных технологий (например, в Нидерландах).

При обращении за медицинской помощью за пределами Швейцарии информация о личном состоянии здоровья должна автоматически предоставляться в любую клинику, работающую по данной программе.

Мировая практика интеграции медицинской информации основывается в первую очередь на использовании международного стандарта хранения медицинских данных и обмена ими с HL7 (Health Level Seven). Стандарт формализует интерфейсы между различными системами обмена информацией о пациенте, включая данные анализа, назначения, результаты лечения, оплату и т. д.

Одной из самых актуальных IT-тем в медицине является создание единой системы электронных медицинских карт. В США и ряде европейских стран эта задача успешно решается и в большинстве случаев решается. В качестве примера можно привести проекты медицинской интеграции Oracle в Министерстве обороны США, Швеции, регионе Стокгольм, Испания, интеграционный портал норвежской компании CSAM International в Осло, объединяющий множество клиник страны.

Исследования, проведенные в норвежских клиниках, показали, что внедрение электронных медицинских карт привело к сокращению времени медсестер на 10%.

Такую экономию времени можно использовать по-разному. Например, для улучшения качества обслуживания клиентов; с целью увеличения количества обслуживаемых пациентов без снижения качества оказываемых услуг; для сокращения штата медицинского персонала с целью снижения затрат.

Медицинские работники в Китае рекомендуют пациентам использовать технологии для независимого мониторинга артериального давления и других показателей здоровья, чем их сверстники на Западе – если в Китае этот показатель составляет 60%, то средний показатель среди всех 15 опрошенных стран составляет 44%. В России, Саудовской Аравии, Индии и Китае доля медицинских работников, использующих цифровые технологии здравоохранения или мобильные приложения здравоохранения, колеблется от 81% до 94%. В Германии, Великобритании, Австралии и США этот диапазон составляет от 64% до 76%.

Вопросы информатизации

Внедрение медицинской информационной системы сопряжено со многими препятствиями. В медицинской организации можно выделить информационные системы для ведения кадров и бухгалтерского учета, медицинские информационные системы, а также различные вспомогательные информационные системы. Однако использование многих информационных систем, которые не интегрированы друг с другом, может привести к различным проблемам, таким как необходимость многократного повторения одной и той же информации, появление ошибок и снижение качества медицинского обслуживания.

С точки зрения трудностей и препятствий, сопровождающих внедрение МИС, Johnson K.B. его работа особенно интересна, она изложена в медицинской литературе и резюмирует важные препятствия для педиатрической практики.

Конечно, цифровизация здравоохранения сопряжена с рядом рисков: возможность утечки информации, сбои в работе из-за технических сбоев, компьютерные лаги и т.п. остро стоит вопрос безопасности персональных данных и их защиты от хакерских атак.

Согласно исследованиям удовлетворенности медицинскими информационными системами, проведенным в США, стимулы к принятию новшеств в области ИТ зависят от наличия или отсутствия опыта работы с ИТ и компьютерной техникой, социального статуса респондентов. На этот процесс не влияет профессиональная специализация.

Bruner J. соавторами (2006) были изучены 110 факторов, способствующих успешному функционированию электронного здравоохранения, и 27 факторов, препятствующих его полному развитию. Наиболее распространенными и труднопроходимыми факторами, встречающимися в каждой стране, где внедряются ЭМК, являются факторы, связанные с организацией внедрения и использования МИС, а также с принятием инноваций (адаптация к новому инструменту обработки информации).

В целом, цифровизация здравоохранения в Казахстане создает серьезные проблемы для экспертов. Пандемия Covid-19 четко выявила проблемы в отрасли. В первую очередь – это электронный паспорт пациента и консолидация информации о нем в различных ИС.

Выводы: Здравоохранение – это область, в которой требования к точности и эффективности информации особенно высоки. Информационные технологии могут восполнить имеющиеся недостатки и оптимизировать процессы получения, хранения и представления медицинских данных, то есть значительно упростить работу медицинского персонала и значительно улучшить качество обслуживания. Оценка эффективности внедрения медицинской информационной системы является актуальной и требует дальнейшего совершенствования.

Список литературы.

1. Государственная программа "Ақпараттық Қазақстан – 2020".
2. С. С. Бурков, «Информационные технологии и их роль в мировой инновационной экономике», научно-практический журнал Журнал «МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2013. - №1. - С. 108-111.
3. Титов В.А., Цыганов С.Н. Проблемы информатизации системы здравоохранения. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016;(3 – 3):500
4. Информатизация здравоохранения в России и за рубежом: 50 главных событий года [Электронный ресурс] /. М., 2013. — 18 с. – URL: <http://www.aksimed.ru/products/Resource/reviews.php>.
5. Автоматизированная система поддержки решений врача-дерматолога [Текст] / Н. М. Агарков и [др.] // Врач и информационные технологии. - 2013 - №3.

Мухторова И.1, Камолова Р.Р. 2, Шарипова З.И. 2

ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ В ПОЛИКУЛЬТУРНОМ ОБРАЗОВАНИИ

1Отдел филологических дисциплин Института развития образования имени А. Джами Академии образования Таджикистана 2Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В настоящее время проблемы формирования этико-деонтологических качеств у студентов – будущих врачей на занятиях по русскому языку в поликультурном образовательном пространстве являются актуальными, ибо деонтология считается неотрывной частью обучения и воспитания будущих квалифицированных кадров для медицинских учреждений, врачей, посвятивших себя медицинской науке.

Цель. Обосновать научно-практическую эффективность методической системы совершенствования профессиональной русской речи, учитывающей изучение аспектов деонтологии на занятиях по русскому в процессе воспитания поликультурной личности.

Материалы и методы исследования. Для успешного формирования межкультурного общения необходима

четко организованная система педагогической работы в профессиональной образовательной организации, направленная на формирование поликультурной личности. Данным исследованием установлено, что благодаря русскому языку открывается доступ к источникам информации и значительно расширяются возможности профессионального общения.

Результаты. Сегодня уделяется большое внимание вопросу преподавания русского языка в высших медицинских учебных заведениях в условиях поликультурного образования.

В связи с вышеизложенным, «поликультурность стала важной частью современного образования, и её сущность и содержание заключаются в усвоении знаний о собственной культуре и о культурных ценностях других народов, в воспитании подрастающего поколения уважительного и толерантного отношения к представителям другой культуры с позиций поликультурного подхода» [2,8]

Формирование этико-деонтологических качеств у студентов-медиков на занятиях по русскому основывается на общих задачах разностороннего воспитания молодёжи. Процесс обучения в высшей школе имеет большие возможности для формирования ценных моральных качеств будущего врача. Он является главным элементом системы воспитания этики студента-медика. Нравственные основы воспитания этических взаимоотношений людей отразились в концепциях гуманистического воспитания, где ведущее место отведено потребностям и интересам личности, в качестве субъектов деятельности.

Тема врачебной этики и медицинской деонтологии считается неотрывной частью дела обучения и воспитания лиц, посвятивших себя врачебному делу. Она привлекала и привлекает внимание врачей всех времён и всего мира, ибо ни одна другая специальность так не нуждается в особом воспитании, как профессия врача. Выдающиеся представители древнегреческой медицины Гиппократ, Гален и другие, а также прославленные врачи эпохи Саманидского государства, как Закарийё Рози, Ибни Сино, Аббас Азвози и многие другие, посвящали этому вопросу специальные публикации и наставления, где высказывали ценнейшие мысли.

Известно, что медицинская этика и деонтология рассматривают вопросы врачебного гуманизма. Проблемы долга, чести и совести медицинских работников в процессе лечения. Медицинская этика отражает моральные нормы в таких системах как «врач – больной», «врач-родственники больного», «врач – медицинский коллектив» и др.

Следует указать, что проблема этических отношений в сфере медицины имеет свою специфику, хотя и опирается на общечеловеческие моральные ценности.

Один из известных гуманистов, немецко-французский философ, врач, доктор медицины, лауреат Нобелевской премии мира А. Швейцер считал, что мыслящий человек становится этической личностью, когда он благоговейно относится к жизни не только своей, но и к другой. А. Швейцер писал: «Этика заключается, следовательно, в том, что я испытываю побуждение высказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к моей воле к жизни, так и по отношению к любой другой». По его мнению, этика возможна не как знание, а как действие, индивидуальный выбор, поведение. Он полагал, что истинная этика начинается там, где перестают пользоваться только словами [5, 218, 221]

Сам термин «деонтология» (от греч. deontos - должное) был введен в советскую медицинскую науку в 40-х годах XX века профессором Н.Н. Петровым. Деонтологическая модель врачебной этики - это совокупность «должных» правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Н.Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии» выделял следующие правила: «хирургия для больных, а не больные для хирургии»; «делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека»; «для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после»; «информирование больного», которое должно включать упоминание о риске, о возможности инфекции, побочных повреждений» [3, 346].

Вопросы профессионального воспитания при чтении литературных текстов могут решаться только в единстве с эстетическим воспитанием и образованием студентов, с учётом специфики литературы как искусства слова. Медицинской этике и деонтологии мы начинаем обучать наших студентов на уроках русского языка уже с первого курса.

Преподаватели кафедры используют текстовый материал из произведений известных русских писателей, многие из которых занимались врачебной деятельностью. При отборе учебных текстов учитываются следующие требования: а) текст должен быть небольшого объёма; б) интересного содержания, медицинской направленности.

Так, например, при работе с художественным произведением «Драматическая медицина», автором которого является бывший военврач, профессор Гуго Глязер, впоследствии ставший литературным деятелем, наши студенты с напряжением и замиранием сердца узнавали о смертельных опытах, которые проводили на себе врачи всего мира с целью борьбы с инфекционными болезнями ради здоровья и спасения миллионов людских жизней. В этом произведении есть такие слова, которые должны запомниться завтрашним медикам: «История героизма врачей никогда не закончится». [4,157].

Студенты с большим интересом читают, анализируют поступки, ситуации врачей, высказывая своё мнение, давая высокую оценку, восхищаясь героическими подвигами врачей, оставляя в своём сердце их имена.

Однако встречаются в текстовой ткани и такие отрицательные, неприглядные персонажи из мира врачей, которые вызывают у студенчества неприязнь и осуждение. При чтении художественных произведений на практических занятиях по русскому языку студенты-медики критически подходят к оценке литературных персонажей, высвечивая не только прекрасную сторону врачебного характера, но и критикуя, осуждая такие отрицательные черты характера, которые несовместимы с врачебной деятельностью, а именно: равнодушие, жестокость, грубость, безучастность по отношению к больным.

Таким студентам видят доктора А.Е. Рагина (А.П.Чехов «Палата № 6»). Автор рассказа, будучи сам врачом, осуждает тех, кто попал в лекари не по призванию, а случайно, кто не борется за здоровье больных. А. П. Чехов осуждает и бездарность, врачебную некомпетентность, отсутствие медицинского профессионализма и мастерства. Это и

фельдшер Курятин («Хирургия»), измучивший пациента, но так и не сумевший полностью удалить больной зуб и оказать соответствующей медицинской помощи.

Большинство литературных персонажей представлено писателями с самыми лучшими человеческими качествами, которыми должен обладать врач – страж и спаситель здоровья людей. С таких героев-врачей, как Осип Дымов (А.Чехов «Попрыгунья»), доктор Кирилл Ярош (И. Шемакин «Сердце на ладони»), доктор-психиатр Семён Пекарев (П. Проскурин «Судьба») и сотни тысяч прекрасных врачей, подобных перечисленным, служат примером высочайшего врачебного долга для наших студентов-медиков. [4]

Именно такие персонажи русской литературы учат студентов этическим нормам поведения, профессиональному долгу и обязанностям врача. В жизни человек руководствуется убеждениями.

Отметим, что этико-деонтологическое воспитание будущих врачей приобретает ныне особое значение и оно должно проводиться не только в рамках отдельных медицинских дисциплин, но и стать задачей воспитательной работы кафедр медицинского вуза.

Отсюда возникает необходимость, чтобы в процессе обучения получаемые студентами знания превращались в убеждения и потребность реализовать их на практике. Нравственно-эстетическое воспитание личности будущего врача, основанное на принципах деонтологии, должно обеспечить всестороннее обогащение его духовного мира, сознательное отношение к общественному долгу, развитие чувства прекрасного.

Выводы. Влияние изучения русского языка на формирование этико-деонтологических качеств и свойств личности, необходимых во врачебной деятельности: человеколюбия и милосердия, благородства и внимания, жалости и сострадания, совестливости и порядочности, чуткости и отзывчивости, бескорыстия и коммуникабельности, находчивости и решительности, вежливости и любви к больному, повышает уровень моральной воспитанности студентов-медиков. Глубоко продуманная эффективная система заданий по формированию и совершенствованию врачебной этики, использование оптимальных методов и приёмов подачи учебного материала позволяют выработать у студентов-медиков навыки грамотного и точного выражения своих мыслей, совершенствуют культуру русской речи студентов, их языковое чутьё, речь студентов становится логичной, ясной, точной.

Литература

1. Азимов Э. Г., Щукин А. Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). — М.: Издательство ИКАР, 2009-670 с.
2. Макажанова Ж.М. Феномен поликультурного образования во взаимосвязи с мультилингвизмом. Vestnik of Tuvan State University Issue 4. Pedagogical sciences, № 4 (71), 2020c/
4. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л.: Медгиз, Ленинградское отделение, 1956, -387 с.
5. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов 2 курса медицинского университета. - ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино// Составители Юлдошев У.Р. и др. Душанбе, 2020. 240 с.
6. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. М.: Прогресс, 1992. 280 с.
7. Юлдошев У.Р. Значение русского языка в профессионально-ориентированном полилингвальном медицинском образовании Таджикистана <https://www.tajmedun.tj/ru/novosti/universitet/>

Мұхтарова М., Сахариев Е., Искакова Н.С.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ГОРОДА СЕМЕЙ

Кафедра общественного здоровья, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан.

Актуальность.

Как известно, с 1949 по 1989 годы на Семипалатинском полигоне было испытано более 450 сложных атомных и термоядерных взрывов, в подземном, надземном и воздушном отношении. Эти взрывы имели последствия для экологии с высокой радиационной силой. Эти радиационные вещества сохраняются в почве, в воздухе на протяжении сотен лет. К экологическим проблемам города Семей относятся не только взрывы на вышеуказанном полигоне, а также в различные вредные вещества присутствуют содержащихся во многих заводских отходах, выхлопных газах автомобилей.

Цель исследования.

Изучить отношение населения к экологической ситуации города Семей.

Материалы и подходы.

Для выявления экологической ситуации с использованием метода поперечного обследования среди 106 жителей города Семей Абайской области старше 18 лет был проведен социологический опрос.

Результаты исследования.

В ходе исследования получены следующие результаты: 58,9% опрошенных жителей составляли женщины, 41,1% мужчины. 55,7% респондентов отмечают, что экология города Семей негативно влияет на их здоровье. 68,3% опрошенных демонстрируют, что могут проявить активность, чтобы положительно повлиять на экологическую ситуацию города Семей. Жителям задали вопрос о последствиях Семипалатинского ядерного полигона, из них 54,7% обеспокоены тем, что последствия ядерного полигона по-прежнему негативно сказываются на их здоровье.

Выводы.

Как видно из исследовательской работы, 55,7% респондентов указывают на то, что экология города Семей негативно влияет на их здоровье. Для преодоления этой экологической ситуации необходимо еще раз обеззараживать ядерный полигон, модернизировать фабрики, заводы. Не останавливаясь на достигнутом, необходимо проводить массовые городские субботники, высаживать деревья и убирать мусор.

Список литературы

1. https://kk.wikipedia.org/wiki/Семей_полигоны

2. <https://stud.baribar.kz/20591/atmosferanyh-lastanu-zhane-qorshaghan-ortagha-aseri>
3. <https://stud.baribar.kz/22205/sudynh-lastanu-maselesi/>
4. <https://ppt-online.org/204836>

Наврузшоев Б. Х.

РОҲҶОИ ТАРҶУМАИ ВОҲИДҶОИ ФРАЗЕОЛОҶИ ДАР ЗАБОНҶОИ АНГЛИСӢ ВА ТОҶИКӢ

Кафедраи забони англисӣ ва типологияи муқоисавии факултаи забонҳои Осиё ва Аврупои ДМТ

Муҳимият. Забони ҳар миллат дар баробари ҷамъияти худ гом мебардорад. Баъзе калимаву таркибҳо кӯҳна гашта, ҳамзамон бо пешрави соҳаҳои гуногуни ҳаёт калимаву таркиб ва ибораҳои нав пайдо шуда, барои ифодаҳои гуногун истифода мешаванд. Силсилаи муродифоти луғавӣ ва фразеологӣ маҳз дар услуби бадеӣ мукамал истифода мешаванд. Дар адабиёти бадеӣ қариб тамоми фразеологизмҳои соҳаҳои гуногун истифода мешаванд ва пайваста ба ин онҳоро аз як забон ба забони дигар тарҷума мекунанд.

Мақсади таҳқиқот аз он иборат аст, ки ба роҳҳои тарҷумаи вф дар забонҳои муқоисашаванда рӯшанӣ андозем.

Методи таҳқиқот. Ҳангоми таҳқиқот ба методи таҳлили сохторӣ ва муқоисавӣ ва анъанавӣ истифода шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Забони тоҷикӣ яке аз забонҳои ғановатманди ҷаҳон ба ҳисоб меравад, сохтори он ба чанд самтҳои мустақил ҷудо шуда, ҳар яке аз онҳо маҷмӯи воҳидҳои хоси бинокории ин воситаҳои муҳимро дар бар мегирад. Яке аз ҳамин гуна сатҳҳои баҳсноки онро фразеология ташкил медиҳад, ки воҳидҳои онро ба истилоҳоти фразеологизмҳо, таъбироти фразеологӣ, воҳидҳои фразеологӣ ва амсоли инҳо низ будаанд.

Масъалаи мубрами воҳидҳои фразеологӣ нишонаҳои фарқкунандаи онҳо мебошад. Дар забоншиносии муосир оид ба нишонаҳои воҳидҳои фразеологӣ ақидаҳои гуногун мавҷуданд: Масалан, забоншиносии шветсари Ф. Де Сасюр, Шарл Балли, А.В.Кунин, академики рус В.В. Винаградов, О.С.Ахманова, А.М. Бабкин ва бисёр муҳаққиқони тоҷик дар ин бобат ақида изҳор намудаанд. Фикру ақидаҳои ин олимони барҷаста ба ташаккули ақидаҳои фразеологии забонҳои миллий, аз ҷумла забони тоҷикӣ боис гаштаанд.

Фразеологияи забони тоҷик хусусиятҳои барҷастаи баҳуд хос дорад ва бо ин хусусиятҳои худ аз фразеологияи забонҳои дигар, ҳатто аз фразеологияи забони форсӣ фарқ мекунад. Хусусиятҳои фарқкунандаи фразеологияи тоҷик пеш аз ҳама дар инъикос намудани ҳаёт ва муҳити реалии халқи тоҷик мебошад. Онҳо ба тафаккури халқи тоҷик забон, таърих, маданият ва маишати он вобастагии зич доранд. Фразеологияи забони тоҷик дар асоси имкониятҳои забони тоҷик сохта шуда, хусусиятҳои онро дар бар гирифта садҳо сол маъно ва мавқеи худро гум накарда, то имрӯз вирди забон шудааст.

Масалан, муқоисаи ибораҳои рехтаи тоҷикии **паймон шикастан** ва англисии **to break a promise** (айн вада шикастан) бо маънои умумии “вадашилофи кардан”, ё ки ибораҳои тоҷикии **бо оташ бозӣ кардан** англисӣ **to play with fire** (айн бо оташ бозӣ кардан), ё ин ки мисолҳои тоҷикии **оби даҳони касе рафт**, англисӣ **smb mouth does water** (айн даҳони касе об кушод) ва мисолҳои дигари ба ҳаминҳо монанд чунин фарзияи ба вучуд овардаан метавонад.

Дар як гурӯҳ воҳидҳои фразеологии қадима, ки муодилҳои онҳо дар тоҷикӣ низ маҳфуз мондаанд, на фақат воқеияти зиндагии мардуми умумияти Ҳиндуаврупоӣ дошта ҳамчунин тасаввуроти онон нисбат ба олам ғазо, замон ва монанди инҳо акси худро ёфтааснд. Ин унсурҳо ба хусус, дар воҳидҳои фразеологӣ, ки яке аз ҷузъҳои рақам мебошад, раванди равшан истифодаи рақамҳо дар таркиби воҳидҳои фразеологӣ ба ақидаҳои асосии мардуми Ҳиндуаврупоӣ алоқаманданд дорад.

Албатта ин хусусиятҳои хоси ҷудогонаи забони бо фразеологияи забони форсӣ ва дар баъзе мавридҳо бо фразеологияи забонҳои дигар умумиятҳои доранд, ки онҳо бояд муқарар карда шаванд.

Ибораҳои рехтаи фразеологии воҳидҳои устувор тағйирёбанда, қисми аз ҳама пуробуранги воҳидҳои фразеологияи тоҷикро ташкил медиҳад. Семантикаи ибораҳои рехта бисёр вақт бо мо маънои калимаҳои онро ташкилдиханда мувофиқат намекунад. Масалан, семантикаи ибораҳои “Without a hitch” “бе гуфтугӯ”, “to take the horns” “аз ҷои ҷон қапидан” аз калимаҳои таркибии онҳо барнамеоянд.

Хусусияти фарқкунандаи идиомаҳо, ки онҳоро аз дигар гуруҳҳо ҷудо маънои маҷозӣ меоянд, ба маънои аслии худ омада наметавонанд. Баръакс, дар гуруҳи дигари гуруҳи фразеологии ё худ фразимаҳо яке аз ҷузъҳои таркиби ҳатман ба маънои аслии худ меояд.

Ифодаҳои фразеологӣ ҳам монанди идиомаҳо пуробуранг ва таъсирбахш мешавад, таркибан рехтаву устувор ба дигар забонҳо қариб тарҷума намешавад. Масалан: “To pull smb’s leg” “ҷашми касеро тарсондан” “to have a heart talk” “суҳбати самими доштан” “how much water has flown”

Қисми асосии ибораҳои фразеологии образнок ва пуробуранг мебошад. Масалан, ибораи “be constantly on the go” “чун мурча меҳнат кардан, дар ташвиш будан” ба яке аз одатҳои ақидаи халқи тоҷик асос ёфтан. Монанди ҳамин дар заминаи ибораҳои “A good deed is never lost” “муҳнат кунӣ роҳат мебинӣ”, образҳои гуногунӣ пайдо шудаанд [2 с. 26]

Дар забоншиносии тоҷик қайдҳои аввалин доир ба қалами Абдулғани Мирзоев таалуқ дорад. Ӯ дар мавриди таҳлили забони асарҳои Сайдои Насафӣ, дар хушӯи ибораҳои халқии осори ин шоир таваққуф намуда, истифодаи шудани “сар додан”, “қад-қад паридан”, “ҳамаи бепул”, “пешпо хурдан”, “бе ресмон бастан”, “пушти даст газидан” барин ибораҳои рехтаро нишон медиҳанд.

Ибораҳои рехтаи фразеологӣ дар “Фарҳанги ибораҳои рехтаи забони ҳозираи тоҷик” ба маъноҳои гуногун хеле васеъ зикр шудаанд, ки онҳоро мо чи дар гуфтугу ва чи дар тарҷумаҳои асарҳои бадеии қорҳои

илмиямон бо забони англисӣ фароҳам истифода мебарем, ки аз ҷумла инҳоянд: “to keep a still tongue in one’s head” “лаб фуру бастан” “to the bottom of one’s heart” ~ “аз самими қалб”, “to get on smb nerves”, “ба асаби касе расидан”, “like two peas (in a pod)” ~ “ҳамчун себи дукафон”, “feel quite at home” ~ “чун моҳи дар дарё(озод)”, first think then speak” ~ “аввал андеша в-он гоҳ (баъд) гуфтор”, “not to abate smb” ~ аз гапи касе баромадан”, “to get aware of the matter” ~ “аз гап беҳабар гаштан”, “to make a mountain out of a molehill” ~ “аз пашша фил сохтан”, “to show smb up in his true colors” ~ “ниқоби касеро аз рӯй кашидан, рӯй об баровардани касе” [5, с.276].

Мафҳуми образ, образноки на фақат мавзӯи баҳси забоншиносӣ аст бо ин масъала адабиётшиносӣ, назарияи маърифат, семиотика ва равоншиносӣ барин илмҳо ҳам машғуланд.

Масъалаи актуалии омӯзиши воҳидҳои фразеологӣ масъалаи тарҷумаи онҳост. Дар миқёси «тарҷуманашаванда» ё «тарҷумааш душвор» воҳидҳои фразеологӣ қариб ҷои аввалро ишғол мекунанд: «ғайритарҷума» будани фразеологизмҳо ҳам мутахассисон дар байни хусусиятҳои хоси воҳидҳои устувор қайд мекунанд. Аз ин рӯ масъалаи тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ дар илми тарҷума аҳамияти хоса пайдо мекунад. Хусусияти забонҳо, ки дар таркиби луғавӣ ва сохти грамматикӣ онҳо ифода ёфтаанд, номувофиқ будани системаҳои мафҳум дар байни халқҳои гуногун, тарзҳои гуногуни баён инкишофи таърихӣ ва шароити воқеияти онҳо, тафовути маданият ва ҷаҳонбинии онҳо дар тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ душвориҳои муайянеро ба миён меоранд.

Тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ аз як забон ба забони дигар душвориҳои зиёд ба бор меорад. Ин аз он сабаб аст, ки бисёри онҳо хосиятҳои равшанӣ, ифоданокӣ, образнокӣ, мухтасарӣ, норавшанӣ доранд. Дар вақти тарҷума на танҳо маънои воҳиди фразеологиро ифода кардан, балки нишон додани образнокӣ, вазифаи услубӣ ва хусусиятҳои контекстӣ он низ аҳамияти калон дорад.

Омӯзиши масъалаи тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ Я.И. Ретскер мегӯяд, ки «тарҷумон бояд маъноҳои гуногуни воҳидҳои фразеологиро барраси карда, вазифаҳои эмотсионалӣ ва экспрессивии онҳоро ироа намояд ва илова бар ин, масъалаҳои асосии назариявии фразеологияро дарк намояд» [4, с.145]. В.Л. Архангельский ба душвориҳои тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ ишора мекунад:

имкониятҳои нобаробари фразеологии ду системаи забон;

- бисёрмаъноии воҳидҳои фразеологӣ;

- номутобикати байни тобишҳои услубӣ ва эмотсионалии воҳидҳои фразеологии аз ҷиҳати таркибӣ ва - маъноӣ якхела дар забонҳои гуногун;

- идеологӣ.

Илова бар ин, ба гуфтаи муаллиф, ҳангоми тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ омилҳои зеринро бояд ба назар гирифт:

- хусусиятҳои ранги миллии воҳидҳои фразеологӣ;

- истифодаи образнокии воҳидҳои фразеологӣ;

- қабатҳо ва ассотсиатсияҳои хоси иҷтимоӣ-таърихӣ, ки дарк ва истифодаи воҳидҳои алоҳидаи фразеологиро муайян мекунанд [6, с.76].

Ҳамин тариқ, ҳангоми кор бо воҳидҳои фразеологӣ мутарҷим бояд на танҳо аз ҳарду забон огоҳ бошад, балки ҷанбаҳои услубӣ ва фарҳангии таърихӣ матни сарчашмаро таҳлил карда тавонад, хусусияти тарҷума ва маънои воҳидҳои фразеологиро донанд.

Одатан, эквивалентҳо барои воҳидҳои фразеологии байналмилалӣ интихоб карда мешаванд ва барои тарҷумон душворӣ намеоранд. Аммо ҳангоми интихоби эквивалентҳо бояд дар хотир дошт, ки воҳидҳои фразеологии як шакл на ҳамеша аз ҷиҳати маъно мӯвофиқат мекунанд. Пас, масалан, идиомаи англисии "wind in the head" аз ҷиҳати шакл ба тоҷикӣ "wind in the head" шабоҳат дорад, аммо идиомаи англисӣ ба

Аналоги фразеологӣ воҳиди фразеологии дорои маънои маъноӣ "мағрурӣ, ҳаёли ҳолӣ" аст, дар забони тоҷикӣ ба маънои "беэҳтиётӣ, сабукиӣ" аст. якхела, вале ба образи дигар асос ёфтааст. Аналог ҳангоми пайдо кардани муодили он имконнопазир аст, истифода шавад.

Истифодаи ин усул сатҳи ба қадри кофӣ баланди эквивалентиро таъмин мекунад. Воҳидҳои фразеологии англисӣ ва тоҷикӣ, ки аналогӣ мебошанд, оварда шудаанд.

to cry on smb's shoulder дар китфи касе гиря кардан

to make hay while the sun shines ба камарбанди касе гиря кардан

to work one's fingers to the bone бо ангуштони устухон кор кардан

to hit smb. where it hurts ба ҷои дардкарда задан.

Ҳангоми истифодабарии аналогҳо ба хусусиятҳои зерин диққат додан лозим аст: воҳидҳои фразеологии аз ҷиҳати маъно якхела буда метавонанд тобишҳои гуногуни эмотсионалӣ дошта бошанд. Масалан, барои тавсифи шахсе, ки ба корҳои гуногун қодир аст, "Jack of trades" ва "jack of all trades" истифода мешавад, аммо нусхаи англисӣ тобиши манфӣ ва тоҷикӣ маънои мусбат дорад; баъзе воҳидҳои фразеологӣ ранги миллии доранд, ки бо ранги миллии кишвари дигар иваз кардани он ғайриқобилият аст.

Пайравӣ тарҷумаи асли буда, дар ҳолати ғайриимкон будани истифодаи эквивалентҳо ва аналогҳо истифода мешавад. Барои ин усул ду талабот вучуд дорад:

- образнокии воҳидҳои фразеологӣ бояд озодона аз ҷониби хонанда қабул карда шавад;

– бояд тамоми меъёрҳои забони таълими риоя карда шаванд.

to put the cart before the horse аробаро пеш аз асп гузоштан

liars must have good memory дурӯғгӯён бояд хотираи хуб доштан

Тарҷумаи тавсифи на тарҷумаи ҳуди воҳиди фразеологӣ, балки шарҳи он мебошад. Тарҷумаи тавсифӣ

тавассути шарҳҳо, муқоисаҳо, тавсифҳо анҷом дода мешавад.

Тарҷумаи тавсифии воҳидҳои фразеологгии англисӣ

a skeleton in the cupboard скелет дар ҷевон

to give a wide berth сипри оилавӣ

Баъди таҳлили усулҳои тарҷума ду намуди тарҷумаи воҳидҳои фразеологиро ҷудо кардан мумкин аст:

-тарҷумаи фразеологӣ – тарҷума аз рӯи воҳидҳои фразеологӣ (аналогҳо ва муодили онҳо);

– тарҷумаи ғайрифразеологӣ – тарҷума бо воситаҳои дигар (пайравӣ, тарҷумаи тавсифӣ).

Хусусиятҳо ва усулҳои тарҷумаро баррасӣ намуда, ба хулосае омадан мумкин аст, ки дар тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ муносибати ягона вучуд надорад. Интиҳоби усул ба чунин омилҳо, аз қабили забони тарҷума, контекст, ранги услубӣ, эмотсионалӣ ва миллии тарҷума, мавҷудияти воҳидҳои фразеологгии ба ҳам монанд дар забони адабӣ ва ғайра вобаста аст. Донишмандони фарҳанги хориҷӣ низ дар ин ҷо нақши муҳим мебошад. Таҷриба ва маҳорати тарҷумонӣ.

Тарҷумони соҳибхитос бояд дар арсенали худ миқдори кофӣи эквивалентҳо ё аналогҳои воҳидҳои фразеологӣ гуногун дошта бошад, зеро ҳамаи воҳидҳои фразеологӣ дар забони мавриди ҳадаф мувофиқати устувор доранд. Мушкilot дар тарҷумаи воҳидҳои фразеологӣ аз он сабаб ба вучуд омада метавонанд, ки дар асл ин ё он ҳодисае номӯда мешавад, ки дар фарҳанги қабулкунанда вучуд надорад ё ба тарҷумон номаълум аст. Шартҳои муҳими ноил шудан ба сифати баландтарини муоширати байнифарҳангӣ ва кам кардани талафоти ногузир дар тарҷума хеле эҳтиёткорӣ ва эҳтиёткорона муносибат кардани воҳидҳои фразеологӣ мебошад.

Дар рафти таҳлилҳо ба мо муайян гардид, ки воҳидҳои фразеологӣ ҳам дар забони тоҷикӣ ва ҳам дар забони англисӣ калима ва таркибҳои мебошанд, ки бо тағйирнаёбандагӣ ва устувори дар маъно ва услуб метавон онҳоро аз дигар калимаҳои дар забон буда фарқ намуд.

Адабиёт:

1. Архангельский В.Л. Методы фразеологического исследования в отечественном языкознании (60-е годы XX в.). - В кн.: Вопросы лексики и фразеологии современного русского языка. Ростов н/Д, 1968, с.75-96.
2. Мачидов Ҳ. Фразеологияи забони адабии ҳозираи тоҷик. - Душанбе: Ирфон, 1982. - 140 с.
3. Мачидов Ҳ. Забони адабии муосири тоҷик. Ҷ.1. Луғатшиносӣ./ Ҳ. Мачидов – Душанбе: Анҷумани Деваштиҷ, 2007. – 242с.
4. Рецкер, Я.И. Теория перевода и переводческая практика : Очерки лингвистической теории перевода / Я.И. Рецкер. – 2-е изд., стереотип. – Москва : Р. Валент, 2007.
5. Фозилов, М. Фарҳанги ибораҳои рехтаи забони адабии муосири тоҷик/ М. Фозилов. – Душанбе: Ирфон, 1964. – Ҷ. II. – 802 с.

Наврӯзшоева Г.Х.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЯН БОРЩЕВИК ЛЕМАН *Heracleumlehmannianum*

Кафедра медицинской биологии с основами генетики
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Привлечение дикорастущих растений в качестве кормовых имеет несомненное значение. Одним из таких перспективных растений является *Heracleumlehmannianum*Bunge (борщевик Лемана) – эндемичное растение Памиро-Алая и западного Тянь-Шаня. Введение в культуру новых растений выдвигает на первый план вопрос о семенном размножении и биологии их семян. Установлено, что низкая всхожесть семян зонтичных связана с наличием нежизненных семян, лишенных зародыша с недоразвитым и семян с покоящимся зародышами.

Цель исследования. Дать сравнительный анализ по размерам плодов *Heracleumlehmannianum*, собранных в разных местах произрастания и выявить оптимальную температуру для стратификации семян.

Материал и методы исследования. Для изучения размера плодов собрали материал из пяти мест произрастания Южн. скл. Гиссарского хр., басс. р. Варзоб, ущелье р. Кондара, окр. кишл. Такоб; урочище Кухак ущелье р. Ходжиобигарм и Западный Памир, долина р. Гунт, окр. кишл. Горджвин. Для стратификации семян, выбрали плоды, собранные с одной особи, но из зонтиков разных порядков.



Рис. Плоды *Heracleumlehmannianum*.

Латентный период - это та совокупность жизненно важных процессов, которые происходят в плодах и семенах.

Плод *H. lehmannianum* - сухой дробный колонковый вислоплодник, распадающийся на 2 плоских, соломенного или буроватого цвета мерикарпии. Плоды, или мерикарпии, борщевика Лемана округлые, яйцевидные и яйцевидно-

продолговатые. Плоды интродуцированных и дикорастущих *H. lehmannianum* очень разнообразны не только по форме, но и по размерам и другим признакам. Они бывают продолговатые, продолговато-обратнояйцевидные, продолговато-яйцевидные, яйцевидно-продолговатые, обратнояйцевидные, овальные, округлые, широко-обратнояйцевидные, эллиптические.

Действительно, у разных особей *H. lehmannianum*, растущих рядом, и даже на одной особи наблюдаются плоды (мерикарпии) разной формы. Иногда особи одной популяции борщевика от другой популяции отличаются соотношением разных форм плодов, встречающихся в ней. В популяциях *H. lehmannianum*, произрастающих в разных естественных условиях, наблюдается тенденция последовательных изменений формы плодов в пределах вида, что свидетельствует о существовании внутривидовой изменчивости этого признака, которая подчиняется закону гомологических рядов Н.И.Вавилова (1935).

Результаты исследования. Полученные нами данные по размерам плодов *H. lehmannianum*, собранных из разных мест произрастания, по сравнению с интродуцированными, вполне согласуются с данными указанных выше авторов.

Таблица.

Размеры плодов *Heracleum lehmannianum*, собранных из разных мест произрастания (n=100).

Место сбора и высота над уровнем моря, м	Размеры плодов, см						Средний вес 1000 семян, г
	Длина			Ширина			
	Мин	Макс	Сред-няя	Мин	макс	сред-няя	
Южн. скл. Гиссарского хр., басс. р. Варзоб, ущелье р. Кондара; вдоль речки; h=1200-1500 м	0.70	1.50	1.10	0.40	0.80	0.60	5.50
Южн. скл. Гиссарского хр.,басс. р. Варзоб, окр. кишл. Такоб; на берегу реки; h=1800 м	0.90	1.20	1.05	0.40	0.50	0.45	13.50
Южн. скл. Гиссарского хр.,басс. р. Варзоб, урочище Кухак; h=2500 м	0.70	1.40	1.05	0.40	0.90	0.65	15.00
Южн. скл. Гиссаркого хр.,басс. р. Варзоб, ущелье р. Ходжиобигарм; вдоль ручья (выше санатория); h=1800-2000 м	0.70	1.40	1.05	0.50	0.80	0.65	14.00
ГБАО, Западный Памир, долина р. Гунт, окр. кишл. Горджвин, вдоль речки: h=2500 м	0.5	1.2	0.85	0.5	0.7	0.6	14.3

Как видно из данных таблицы размеры плодов (длина и ширина) в зависимости от места сбора и высоты над ур. моря у *H. lehmannianum* варьирует по-разному. Если длина плодов по минимальному значению колеблется от 0,5 до 0,9 см, то по максимальному - от 1,2 до 1,5 см, где колебание среднего значения по изученным особям *H. lehmannianum* составляет от 0,85 до 1,1 см. В большинстве случаев максимальная длина плодов преобладает над минимальным значением, однако их средние величины во всех изученных местах очень близки, за исключением условия ГБАО. Такая тенденция также имеет место по ширине плодов, которые колеблется от 0,4 (min.) до 0,9 см (max.), при среднем значении от 0,45 до 0,65 см, в связи с этим средний вес 1000 семян у данного растения варьирует от 13,5 до 15,5 г.

Плоды, собранные с одной особи, но из зонтиков разных порядков, также отличаются по размерам. Наиболее крупные из них развиваются в центральных зонтиках и в таковых зонтиках первого порядка, расположенных в пазухах самых верхних стеблевых листьев; в зонтиках второго порядка мерикарпии всегда значительно мельче, чем в зонтиках первого порядка.

По нашим данным, у растений, произрастающих вдоль ручьев и у источников воды, плоды редко опушены длинными тонкими одноклеточными волосками, а у растений, растущих в фитоценозах (в снытево-высокотравных, высокотравных и особенно в разнотравных кленовниках), расположенных поодаль от воды, более опушены.

На спинной (дорзальной) стороне мерикарпииев имеется 5 слабо выступающих нитевидных первичных ребер, из которых краевые крыловидные, между ребрами расположены секреторные каналы (канальцы), на брюшной (комиссуральной) стороне хорошо заметны колонковая борозда, а у видов секции *Pubescentia* - два эфирномасличных канала. Секреторные канальцы или эфирномасличные вместилища в разных литературных источниках по-разному именуются и характеризуются: канальцы или секреторные канальцы, смоляные канальцы, эфирномасличные вместилища и др.

По нашим данным размеры канальцев на дорзальной стороне плодов часто варьируют, в более южных районах особей длина канальцев заметно увеличивается. Наиболее крупные плоды встречаются у видов секции *Pubescentia*, в том числе у *H. lehmannianum*. Для данного вида характерно наличие небольшого зародыша (0,4-1,1 мм), который занимает от 8 до 16% длины мерикарпии. Он расположен в микропилярном конце мерикарпии в полости, являющейся лизированной зоной эндосперма.

Зародыш мерикарпииев линейный (2,10±0,16 мм в длину), дифференцирован на две, очень редко три семядоли, зародышевый корешок и почечку. Зародыш недоразвит, как у многих видов сем. *Apiaceae* (Темирбеков, 1977; Сацыперова, 1984).

Известно, что мерикарпии *H. lehmannianum*, как и семена многих видов лекарственных и ароматических растений, при весеннем посеве не дают всходов. Такие растения относятся к растениям с длительным периодом покоя

(Ходжиматов, 2000).

При комнатной температуре (15-200С) семена *H. lehmannianum* обычно не прорастают. Нам в течение нескольких месяцев не удалось прорастать в чашке Петри семена *H. lehmannianum*. Как показали наши исследования, мерикарпии *H. lehmannianum* при хранении более двух лет практически теряют всхожесть; после года хранения всхожесть снижается с 50-83% до 35-55%, а через 3-6 лет прорастают только одиночные семена.

Мы установили, что оптимальной температурой для стратификации семян является температура от 0 до 30С, более высокая температура задерживает их прорастание. На протяжении стратификации происходит увеличение длины зародыша в 2-3 раза. Латентный период *H. lehmannianum* длится от 5 до 6 месяцев.

Выводы.

1. Семена изученных видов борщевика характеризуются наличием периода внутри семенного роста зародыша, предшествующего прорастанию семян. Продолжительность этого периода у борщевика длится от 5 до 6 месяцев.
2. Если длина плодов по минимальному значению колеблется от 0,5 до 0,9 см, то по максимальному - от 1,2 до 1,5 см, где колебание среднего значения по изученным особям *H. lehmannianum* составляет от 0,85 до 1,1 см.
3. Мерикарпии *H. lehmannianum* при хранении более двух лет практически теряют всхожесть; после года хранения всхожесть снижается с 50-83% до 35-55%, а через 3-6 лет прорастают только одиночные семена.

Литература

1. Вавилов Н.И. Закон гомологических рядов в наследственной изменчивости : избранные труды / Н.И. Вавилов. - 2-е изд. - М.; Л. : Сельхозгиз, 1935. - 168 с.
2. Сацыперова И.Ф. Борщевика флоры СССР – новые кормовые растения. Перспективы использования в народном хозяйстве / И.Ф. Сацыперова. - Л. : Наука, 1984. - 223 с.
3. Темирбеков О.Т. Большой жизненный цикл *Heracleum lehmannianum* Bunge. / О.Т. Темирбеков // Растительные ресурсы, 1977. - Т. 13. Вып. 1. С. 31-41.
4. Ходжиматов М. Всхожесть семян и развитие проростков *Heracleum lehmannianum* Bunge в естественных условиях / М. Ходжиматов, Г. Наврузшоева // Известия АН РТ. Отд. биол. и мед. Наук. – 2008. - №3 (164). - С. 14-21.

Нажмиддинова Д.М.

ЗНАЧЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ (ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ) ЭМОЦИЙ В КОММУНИКАЦИИ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В жизни все без исключения с самого раннего детства постоянно чувствовали разные эмоции и ощущение. Поскольку эмоции и чувства создают своеобразную, в значительной степени главный взгляд душевного существования человека. Эмоциональные выражение человека очень различные: удовольствие, печаль, тревога, злость, замешательство, беспокойство, восторг, печаль. Круг эмоциональных испытаний проникает целиком любую сторону жизни: общение с окружающим обществом, работа, коммуникация и восприятие. Эмоции и сознание провоцируют личность к воздействиям, проявляют воздействие на принятие мнений и укрепление актуальных задач, описывают поступки, к тому же буквально является необходимыми в освоении проблем каждый день.

Цель статьи состоит из формулирования значение эмоций в жизни человека.

Материал и методы.

- 1) представить концепцию содержания эмоций;
 - 2) ознакомиться характерными свойствами эмоций и чувств;
 - 3) определить роль сознаний и эмоций на личность.
1. Эмоции и сознание как психологические развитие
 - 1.1 Эмоции и их концепция

Эмоции или эмоциональные реакции обладают положительными или отрицательными чувствами, действием на поступок, а деятельность (возбуждающее или тормозящее), ясностью (глубь чувств и количество физиологических изменений), продолжительность процесса (краткосрочные или долгосрочные), наглядностью (уровень сознательности и контакт с определенным объектом).

Субъективные волнение личности выражаются в содержании человеческих эмоций в конкретной тенденции, а также сосредоточенности, эмоциональные характеристика человека высказываются в эмоциональной твердости и возбужденности. Эмоция обладает силой, широтой распространения.

Следует сказать о формировании эмоционального общение человека в обществе, оно зависит от сознательности его поступка по обращению к обществу.

Не следует держать в себе негативные эмоции, поскольку оно может стать причиной появления состояния тревоги. Нередко человек сдерживает в себе все негативные эмоции, последствиями данных действия могут стать вспышки агрессии (деструктивное поведение), которые будут выплёскиваться на близких людей, коллег, окружающих, животных. Это может объясняться, благодаря этому, как: ссора, оскорбление других, несчастье, нанесение физической боли себе и остальным. Достаточно вовремя осознать тот факт, что начался разрушительный процесс эмоционального состояния, чтоб уже вначале не сталкиваться с данной проблемой.

Основным процессом следует успокоиться и не собирать в себе негативные эмоции. Во избежание существование отрицательных эмоций, стоит только отметить их и рассмотреть, поскольку оно занимает некоторое время и силы. При получении негативных эмоций следует научиться наблюдать за собой, как оно реагирует на такие ситуации (возникает ли стресс, меняется ли мимика).

Для неопасного выражения отрицательных эмоций рекомендуется:

Спортивные тренировки (таэквандо, каратэ, баскетбол, волейбол, гимнастика, ходить в тренажёрный зал и другие

виды спорта);
Быть занятым физическим трудом (чаще проводить уборку по дому, квартире, в огороде, мыть посуду);
Гидромассаж;
Респираторная зарядка;
Медитации;
Гулянье на улице;
Занятие искусством;
Поход (пикники) в горы;
Писать сочинения;
Побывать в одиночестве;
Посещать развлекательные центры (индустрия развлечений (карусели), цирка, театра).

Вследствие эмоций и ощущений личность принимает окружающий мир не как чужой феномен, а совершает в нем энергичное действие, и чувствует некоторые эмоции.

Тем не менее, у психологов нет определенного представления в отношении роли, что представляют в жизни человека чувства и эмоции. В частности, некоторые из них, считая сознание чертою, безусловно, гуманного в человеке, доказывают, почему сущность человеческого бытия является как раз когнитивно-духовной деятельностью. Остальные психологи считают, что человек относится к категориям эмоциональных созданий. Они считают, что сам суть человеческого бытия имеет эмоциональную, импульсивную характеристику, т.е. человек окружает себя обществом, объектами, к каким эмоционально привязан.

Результат исследования и их обсуждение. Абсолютно все без исключений чувствуют негативные эмоции, но необходимо предусмотреть, разве что зрелый человек способен их наблюдать и управлять, а также выразить правильно, то ребенок еще не способен на это.

Существует понятие эмоционального интеллекта в психологии, что развивается с детства и означает тождественность выражения эмоций в обществе.

Одна из основных вопросов перед каждым родителем стоит – отметить и обучить ребёнка не сдерживать свой злость, недовольство, печаль, а переживать их без последствий для психики. Нет смысла ребёнку запрещать демонстрировать свои эмоции, не отчитывать за это, а наоборот помогите справиться с чувствами, мотивируйте ребёнка, сказав, что это нормально, каждый имеет право на выражение эмоций.

Начиная с раннего дошкольного возраста, надо рекомендовать детям, использовать данные рекомендации по преодолению негативных эмоций:

- Разминка вдоха и медленного выдоха;
- Топать ножками;
- Битье подушками;
- Надувать шарик и спустить его;
- Помять бумагу и бросать в корзину;
- Закричать как можно громче;
- Слушать музыку и танцевать;
- Прогулка по улице;
- Принятие душ и играть в ней;
- Принять тёплую ванну и разрешить ребёнку от души поплескаться водой (побить по воде ладошками);
- Выплакаться, а родителям необходимо поддержать ребенка.

Взрослым самим необходимо выражать свои эмоции. Произносите собственные эмоции перед ребёнком, это весьма важно, ребёнок так определит сопереживания и почувствует, как следует самореагировать на негативные обстановки.

Выводы. В итоге, ученым до настоящего времени не удалось прийти к согласованностям в отношении существа и содержания эмоций и чувств в жизни общества, поэтому данная статья считается актуальной на сегодняшний день.

Список литературы.

1. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 1999. – 464 с.: ил. 2. Вердербер Р. Психология общения. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 412 с.
3. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2002. – 752 с.: ил. 4. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погорьша В.М. Межличностное общение. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.: ил.

Назаралиев Ф.А.

ТАҲДИДҲОИ ҲАРАКАТҲОИ ЭКСТРЕМИСТӢ БА ҶОМЕА ВА НАҚШИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ПЕШГИРИИ ҶАЪОЛИЯТИ ҶАЙРИҚОНУНИИ ОНҲО (солҳои 2000-2010).

Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови АМИТ

Баъди имзо гардидани Созишномаи сулҳи тоҷикон дар соли 1997, барои инкишофи ҳаёти ошоишта дар мамлакат шароити мусоид ба амал омад. Ҳазорон гурезаҳои тоҷик аз сарзамини Афғонистон ба ватан баргаштанд ва қувваҳои ҳарбии муҳолифин ба сафи артиши давлатӣ ворид шуданд. Аммо бо амалӣ гардидани ин нуктаҳои қарордоди сулҳ, ҳанӯз ҳам қувваҳои гурӯҳҳои экстремистӣ дар мамлакат ҷаъолияти худро идома медиҳанд.

Яке аз чунин ташкилотҳои экстремистӣ ин “Ҳизб-ут-таҳрир” буда, бинобар характери зиддавлатӣ

доштани ин ҳаракат, ки мақсади ниҳони он ғасби ҳокимият мебошад, бо даъвои Прокурори генералии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз тарафи Суди Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон 11-уми март соли 2008 ташкилоти экстремистӣ ҳисобида шуд[4].

Дар соли 2006 аз тарафи кормандони Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон 10 ҳодисаи террористӣ пешгирӣ карда шуд, ки онҳоро тарафдорони ташкилоти экстремистии “Ҳаракати Исломии Ўзбекистон” ташкил намуданд. Дар натиҷа 30 нафар аз иштирокчиёни ин ҷиноятҳо дастгир шуданд, ки 11 нафари онҳоро сокинони шаҳри Исфара ташкил карданд. Бояд гуфт, ки ин ҷиноятҳо характери транснационалӣ доштанд, зеро 80 фоизи ҷинояткоронро шаҳрвандони Ўзбекистон ва Қирғизистон ташкил карданд[4]. Дар натиҷаи қовтуқови хона ва манзили зисти онҳо 15097 ҷараёни ташвиқотӣ, 404 китоб ва маҷалла, 98 брошюраи дорои мазмуни радикалӣ, 54 диски компютерӣ ёфта, мусодира гардид[4].

Инчунин моҳи декабри соли 2005 Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон Барномаи ҷумҳуриявиро «Оид ба мубориза бар зидди терроризм ва дигар зухуроти экстремистӣ барои соли 2006-2012» тасдиқ намуд[5].

Соли 2006 Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар самти пешгирии роҳҳои ҷалби ҷавонон ба ғуруҳҳои экстремистӣ ва террористӣ Қарор тахти рақами №421 дар бораи «Тарбияи ватандӯсти ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2006-2010» қабул кард[1].

Бо қарори Суди Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 март соли 2006 ташкилотҳои «Ал Қоида», ҳаракати «Толибон», «Ихвон ул муслимин», «Ҳаракати исломии Туркистони Шарқӣ», “Ҳаракати исломии Ўзбекистон”, “Лашкари-Таиба”, “Ҷамъияти исломии Тоҷикистон”, “Ҷамъияти таблиғ”, “Созмони таблиғ”, “Тоҷикистони озод”, “Салафия” (аз 3 майи соли 2012) ва “Ҷамоати Ансоруллоҳ” [4] мамнӯъ эълон карда шуданд.

Сабаби асосии манъ кардани фаъолияти ин ташкилотҳои террористӣ ва экстремистӣ дар он буд, ки ин ташкилотҳо барои ҳомиёни хориҷӣ ва манфиати давлатҳои бегона хизмат мекарданд. Агар мо ба системаи таъсисёбӣ ва сохтори ин ташкилотҳо назар андозем марказҳои функционалии онҳо аз се манбаи асосӣ бармеоянд: аз давлатҳои араб, давлатҳои абарқудрати Амрико ва Аврупо ва аз Афғонистон. Кишварҳои араб барои ин ташкилотҳо маблағ ҷудо мекунанд, давлатҳои Аврупо ва Амрико онҳоро дар сатҳи байналмилалӣ дастгирӣ мекунанд ва дар урдӯғҳои Афғонистон нақшаҳои минтақавӣ онҳо амалӣ мешаванд. Ҳамин тавр ташкилотҳои «Ал-Қоида», «Ҳаракати исломии Туркистони Шарқӣ», «Ҳизби исломии Туркистон», «Ҳаракати толибон», «Бародарони мусулмон», «Лашкар-ут-Тоиба», ғуруҳи исломии «Ҷамъият-ут-Таблиғ», Ташкилоти динии миссионерии «Созмони Таблиғот» ва «Ҳизб-ут-Таҳрир» танҳо барои ноором сохтани вазъияти минтақа фаъолият мекунанд.

Бояд қайд намуд, ки марказҳои идоракунии аксарияти ин ташкилотҳо бевосита дар сохторҳои ҳаракати толибон печида гардидааст. Чунончи ҳаракатҳои террористӣ ба монанди «Ҳаракати исломии Туркистони Шарқӣ», «Ҳаракати исломии Ўзбекистон», «Ҷамъияти исломии Тоҷикистон», «Салафия» ва «Ҷамоати Ансоруллоҳ» бевосита қисми артиши ҳарбии толибонро ташкил медиҳанд.

Соли 2006 Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон Барномаи давлатӣ «Дар бораи мубориза бо терроризм ва дигар аломатҳои экстремизм барои солҳои 2006-2010» ва Консепсияи мубориза бо терроризмро қабул намуд. Яке аз элементҳои навоҳарӣ дар ҳаракати «Толибон» дар ин давра аз истифодаи «шаҳидон» дар амалиёти террористӣ мебошад. То ин дам «Толибон» аз чунин шакли террор худдорӣ мекарданд, аммо бо таъсири «Ал-Қоида» ин намуди террор дар миёни ғуруҳҳои «Толибон» низ паҳн гардид. Соли 2007 ва дар солҳои минбаъд дар Афғонистон амалиёти террористӣ бо истифода аз худкушӣ афзоиш меёбад ва ин раванд ба давлатҳои ҳамсоя низ таъсир мерасонад[2].

Дар соли 2009, бо дарназардошти хусусияти экстремистӣ доштани равияи динии «Салафия», дар асоси аризаи даъвогии Прокуратураи генералии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва бо Қарори Суди Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 8 январи соли 2008 равияи динии «Салафия» низ ғайриқонунӣ эътироф гардид ва фаъолияти он дар ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон манъ карда шуд[3]. Аммо дар баъзе минтақаҳои Тоҷикистон аъзоёни ин ғуруҳ фаъолияти ғайриқонунии худро давом медоданд. Бинобар ҳамин бо сабаби идома додани фаъолияти ғайриқонунӣ, дар соли 2009, 40 нафар аъзоёни фаъоли ғуруҳи «Салафия» ба ҷавобгарӣ кашида шуданд[4].

Дар ин давра инчунин дар доираи иҷрои Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи дин ва ташкилотҳои динӣ» фаъолияти як қатор ташкилотҳо ва марказҳои динӣ ба монанди Маркази масеҳии «Ҳаёти фаровон», мағозаи фуруши китоби «Дасти фаровон», калисои масеҳиёни «Инчили Эҳё», ташкилоти динии «Шоҳидони Ахво», ки ҳилофи қонунгузори Ҷумҳурии Тоҷикистон амал мекарданд, боздошт шуданд[3]. Бояд гуфт ки фаъолияти озодаи ин ташкилотҳо аз як тараф ба ташвиқоти дини масеҳӣ меовард ва аз тарафи дигар чунин муносибат ба аҳолии муқимӣ ба арзишҳои анъанавии мардум зарар мерасонид. Бинобар тазодҳои сершумор ва масъалаҳои ҳалталаб дар ин самт, соли 2009 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Қонун «Дар бораи дин», қабул гардид. Қонуни нав талаботҳо нисбати ташкилотҳои диниро боз ҳам пурзур гардонид. Дар баробари ин масъулияти падару модар нисбати фарзандоне, ки дар ҳаракатҳои динӣ ва дар ҷорабиниҳои динӣ дар масҷид дар синни ноқилӣ ширкат мекунанд, таъин карда шуд. Қонунҳои маъмурӣ барои рафтуомади занон ва ноқилгони то синни 18 сола ба масҷид маҳдудиятҳо ҷорӣ намуданд.

Моҳи апрели соли 2009 дар Тоҷикистон сад нафар аз тарафдорони ташкилоти экстремистии «Ҷамоати таблиғ» ба ҳабс гирифта шуданд. Дарачаи хавфнокии фаъолияти онҳоро ба назар гирифта, Суди Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон 56 нафар бо моддаи 307 Кодекси ҷиноятӣ (иштирок дар фаъолияти экстремистӣ) ва 23 нафар ба муҳлати аз 3 то 6 сол маҳкум шуданд. Моҳи майи соли 2009 36 нафар сокини вилояти Хатлон бо ҳамин моддаи Кодекси ҷиноятӣ маҳкум шуданд[4].

Бинобар ҳамин дар давраи солҳои 2001-2010 Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳама гуна фаъолияти ташкилотҳои террористӣ ва экстремистиро дар Тоҷикистон манъ намуд. Ҳамин тавр фаъолияти чунин шабакаҳои ҷаҳонии террористӣ ба монанди ташкилотҳои «Ал-Қоида», «Ҳаракати исломии Туркистони Шарқӣ», «Ҳизби исломии Туркистон», «Ҳаракати толибон», «Бародарони мусулмон», «Лашкар-ут-Тоиба», ғуруҳи исломии «Ҷамъият-ут-Таблиғ», Ташкилоти динии миссионерии «Созмони Таблиғот» ва «Ҳизб-ут-

Тахрир» дар ҳудуди Тоҷикистон бархилофи қонун доништа шуд.

Рӯйхати адабиёт.

1. Барномаи давлатии «Тарбияи ватандӯстии ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2006-2010» №421, Душанбе, 2006.
2. Белокреницкий В.Я., Сикоев Р.Р. Движение Талибан и перспективы Афганистана и Пакистана. – М.: Институт востоковедения РАН, 2014. – 216 с.
3. Қонуният / Мачаллаи илмию амали ва назариявии Прокуратураи генералии Ҷумҳурии Тоҷикистон /Мачаллаи илмию амалӣ ва назариявии Прокуратураи генералии ҚТ, №1, соли 2009.-С.86-89.
4. Кудратов К.А. Влияние афганского конфликта на национальную безопасность РТ (1991-2014 гг.), диссертация по специальности 07.00.03 – Всеобщая история, на соискание ученой степени кандидата исторических наук, Душанбе – 2015.-С.137
5. Мачидзода Ч.З. Н.Назаров., Чиниоятқории муташаккил ва трансмиллӣ.-Душанбе. 2014.

Назаров Дж.Т., Азимов А.С., Разоков Г.Г.

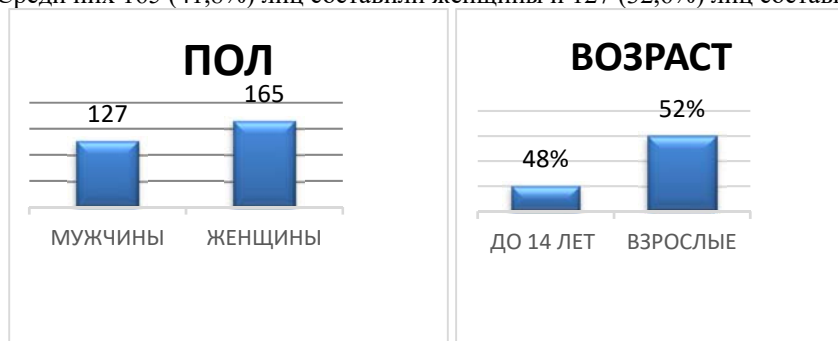
ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА, А ТАКЖЕ ЕГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ СРЕДИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Туберкулёз –инфекционное заболевание, проявляющееся поражениями органов дыхания, костей, суставов, кожи, мочеполовых органов и др.Основной путь заражения воздушно-капельный, реже через кожу и слизистые оболочки больного человека к здоровому. Проникновение возбудителя не всегда вызывает развитие заболевания. Огромную роль играют неблагоприятные условия жизни и трудовой деятельности. До открытия природы инфекционных заболеваний предполагали ,что туберкулёз - заразная болезнь. Примерно одна треть населения Земли инфицирована МБТ (микобактерии туберкулёза) [1]. В законе об инфекционных заболеваниях сказано, что органы здравоохранения должны предотвращать распространение туберкулёза среди населения. Это делается путём отслеживания контактов. Отслеживание контактов начинается в больнице, продолжается в поликлинике. Врачи-инфекционисты в муниципалитете и больничном районе следят за результатами отслеживания контактов и при необходимости расширяют меры. Целью отслеживания контактов является выявления других людей с этим заболеванием, а также инфицированных, которым было бы полезно пройти профилактическое лечение [3]. Кроме того, если заболел ребенок или молодой взрослый, то выявляется источник инфекции. Ежегодно в мире заболевают туберкулёзом более 10 млн. человек. Каждый год умирают от туберкулёза приблизительно около 3 млн человек. Особенно у лиц старше 50-60 лет. Провоцируется стрессами, нарушениями питания и общим ослаблением организма. В лёгких, бронхах, мелких сосудах образуются полости, из которых активно отхаркиваются некротические творожистые массы, содержащие возбудитель. Клинически реактивный туберкулёз проявляется кашлем, часто с кровохарканьем, снижением массы тела, обильным ночным потоотделением, хронической субфебрильной температурой.

Цель исследования. Своевременное проведение обследования среди контактных лиц с больными туберкулёзом для предотвращения распространения инфекции и выявления по физиологическим изменениям туберкулёзных больных в ранних фазах болезни.

Материал и методы исследования. За 9 месяцев 2022 года в Дангаринском центре борьбы с туберкулёзом были поставлены на диспансерный учёт 72 больных с активной формой туберкулёза. Следовательно, исходя из этого количества больных, мы должны были обследовать 720 контактных лиц с больными туберкулёзом , но до сегодняшнего дня мы обследовали 390 (54,2%) контактных лиц. Дети в возрасте до 14 лет составили 48% и взрослые 52%. Среди них 165 (41,8%) лиц составили женщины и 127 (32,6%) лиц составили мужчины.



Для выявления туберкулёза среди контактных лиц мы использовали следующие методы диагностики.

- Общий анализ крови и мочи (здесь учитывались лейкоцитарная формула и СОЭ)
- Флюорография грудной клетки
- Цифровые рентгеновские снимки грудной клетки
- Туберкулинодиагностика (Пробу Манту)
- Иновационные методы выявления туберкулёза (анализатор Джен-эксперт).

Результаты исследования и их обсуждение. Из 720 контактных лиц с больными туберкулёзом мы обследовали всего 390 (54,2%) человек. Среди 390 обследованных контактных лиц было выявлено 19 (26,3%) больных с активной формой туберкулёза. Из них дети в возрасте до 14 лет составили 10 (52,6%) больных, а взрослые составили 9 (48,4%) больных. Из них 15 (78,9%) больных составили женщины и 4 (21,1%) больных составили мужчины.



Выводы. Наше проведенное исследование показало, что в Хатлонской области количество туберкулёзных больных среди контактных лиц с больными туберкулёзом встречается больше, чем среди других контингентов (ВИЧ-инфицированные, иммунодефициты, мигранты и другие). При этом исследование среди 390 (54,2%) контактных лиц с больными туберкулёзом было выявлено 19 (26,3%) больных с активной формой туберкулёза, большинство из которых составили дети.

Литература

11. Завражнов А.В., Мишин В.Ю., Митронин Ю.Г., Фтизиатрия : 2-е издание, переработанное и дополненное. Душанбе -2018г, 172стр.
12. Бобоходжаев О.А., Дифференциальная диагностика в фтизио-онкопульмонологии: МГЭОТАР Медиа -2016г, 520стр .
13. Аксенова В.А., Туберкулёз: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей под редакцией МГЭОТАР Медиа-2007г, 272стр.
14. Галицкая Л.А. Основы фтизиопульмонологии: учебное пособие для медицинских вузов, Фолиан-2008 г., 408 стр.

Назаров Дж.Т., Разоков Ф.Ф., Эргашев И.З.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ КИНЕМАТОГРАФИИ НА МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ ГОУ «ХГМУ»

Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Кино – это целый мир, мир истории и современности, реальности и сказки, любви и ненависти. Кино поднимает настроение или, наоборот, наводит на грустные мысли. Оно может вызвать у зрителя самые разные эмоции. Любой фильм несёт в себе определенную мысль, идею, информацию, наполняясь которой включаешься в сюжет фильма, начинаешь представлять себя на месте героев. Фильмы развивают нас и, чем более глубокий смысл фильма и интеллектуальней, тем больше в нас включаются и воздействуют процессы саморазвития [1]. А чем более фильмы поверхностные, низкие, тем меньше стимула к собственному развитию они дают. У некоторых из-за избыточного просмотра фильмов появляется некая зависимость от этого, которая может привести к ожирению, сердечно -сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, психическим расстройствам. Всё зависит от того, как вы воспримите информацию из фильма. Наиболее популярными жанрами в нынешнее время являются такие жанры как: комедия, фантастика, мелодрама, триллер, детективы, ужасы. Все жанры несут в себе и позитивные, и отрицательные качества [2].

Во время просмотра ужасиков за счёт психологических, визуальных и звуковых приёмов они производят сильный эффект не только на наше подсознание, но и на весь организм в целом. Если образы, которые мы видим в фильме кажутся реальными и пугающими, мозг говорит телу реагировать соответствующим образом [3]. Происходит выброс кортизола и адреналина, расширяются зрачки, потеют ладони, напрягаются мышцы и учащается сердечный ритм. Если долго находиться в таком состоянии, то, скорее всего, это приведёт к ночным кошмарам, что в свою очередь очень плохо скажется на концентрации внимания. С другой стороны, фильмы ужасов заставляют работать надпочечники. Неожиданное появление злодеев и страшные кадры с ужасными элементами активизирует систему, которая называется "бей или беги" (состояние, при котором организм мобилизуется для устранения угрозы – впервые описано Уолтером Кенноном). Организм становится более энергичным за счёт попадавшего в кровь адреналина, который также подавляет работу гормонов стресса [4]. Поэтому нет нужды пить энергетик, можно просто посмотреть страшный фильм. Из-за реакции нашего тела на пугающие сцены, сжигается большое количество калорий. Более того, фильмы ужасов укрепляют наш иммунитет. После просмотра такого фильма наш мозг получает большую дозу дофамина, глутамата и серотонина, которые укрепляют иммунную систему, а также поддерживают мозг в энергичном состоянии [5].

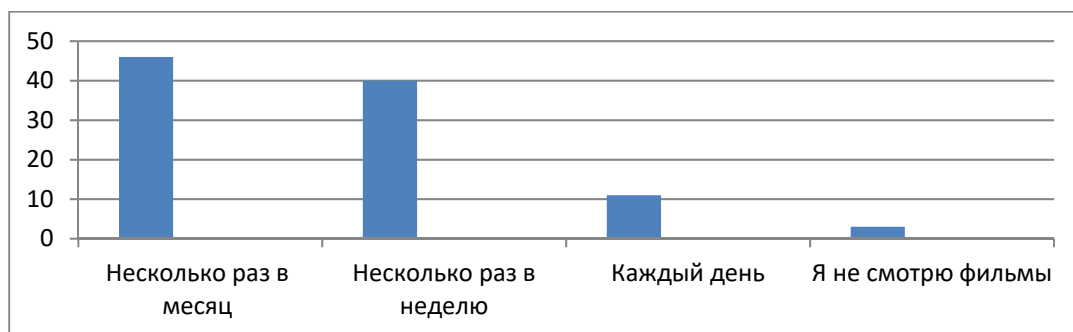
Цель исследования. Определить вредные и полезные качества кинематографии и её влияние на мыслительные способности студентов ГОУ ХГМУ.

Материалы и методы исследования. За основу исследования были взяты результаты анкетирования и опроса, проведённого среди студентов 2 и 3 курсов, общее число которых составило 200 (100%) человек. Анкета состояла из 9 вопросов, а опрос заключался в определении логического мышления.

Результаты исследования. На основе полученных данных было выяснено, что любимыми жанрами для студентов являются: комедия (40%), фантастика (32%), ужасы (18%), романтика (10%). Студенты смотрят фильмы в основном ночью (70%) и вечером (30%). Возможно, это из-за того, что занятия проходят днём, поэтому наиболее удобное для просмотра фильмов время после учебы.

На вопрос «Как часто Вы смотрите фильмы?» 44% студентов ответили, что несколько раз в месяц, 42% не-

сколько раз в неделю, 10%- каждый день и 4% ответили, что не смотрят фильмы. Данные по анализу вопроса представлены на диаграмме ниже.



Большинство фильмов содержат сцены жестокости, и 55% студентов считают, что такие сцены на экране негативно влияют на жизнь людей, 37% не считают так, 4% воздержались от ответа и 4% убеждены, что это зависит от личного восприятия увиденного.

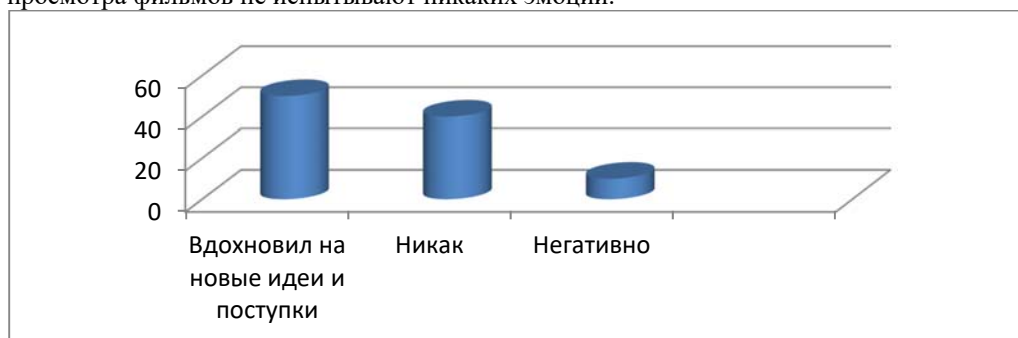
Просмотр фильмов, согласно результатам опроса, является отдыхом (47%), способом для получения эмоций, недостающих в жизни (32%), способом для получения новой информации (21%).

Во время просмотра фильма 51% студентов ответили, что переживают за судьбу персонажей, а остальные 49% заявили об обратном.

На вопрос «Нужно ли снимать фильмы, затрагивающие острые проблемы нашего общества?» 58% дали ответ «да», 29% ответили «нет» и остальные 13% воздержались от ответа.

Кинематография развивается день за днём, и 52% студентов считают, что это вдохновляет на новые идеи и поступки, 38% считают, что она никак не влияет на жизнь, а 10% уверены о её негативном влиянии. Данные по анализу представлены на диаграмме ниже.

На вопрос «Какие эмоции часто вызываются у Вас во время просмотра фильма?» 60% ответили, что радость, 11%- печаль, 6% испытывают страх во время просмотра, 12% сказали, что это зависит от жанра и 11% студентов во время просмотра фильмов не испытывают никаких эмоций.



Кроме этого были проведены вопросы на логику, результат которых неблагоприятен. Студенты, которые смотрят фильмы каждый день, выше было указано, составляют 10% от общего числа, а это 20 человек. Из этих 20-ти человек 88% не справились с простой логической задачей. Те, кто смотрит фильмы несколько раз в неделю, составляют 84 человека, из них 36% справились с задачей, 64% не справились с задачей. А те студенты, которые смотрят, фильмы несколько раз в месяц составляют 88 человек, из них с данной задачей справились 66%.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что студенты ГОУ ХГМУ предпочитают легкие жанры фильмов, не требующие большой умственной нагрузки для осмысления просмотренного. Но злоупотреблять фильмами лёгких жанров не стоит, так как во время просмотра зрители перестают анализировать и размышлять над тем, что они смотрят. Фильмы формируют фальшивые стереотипы, которые люди воспринимают как правду. Студенты смотрят фильмы в основном ночью, что может привести к недосыпу, раздражительности, снижению иммунитета.

На основе результатов опроса можно сделать вывод, что частый просмотр фильмов ведёт к умственному отставанию. Фильмы способны заставить задуматься о важных социальных вопросах и воодушевить на совершение изменений в обществе. Просмотр фильма, согласно результатам опроса, является способом отдыха и проведение свободного времени. Также фильмы выполняют образовательную функцию. Большинство смотрят фильмы, чтобы "уйти из реального мира", отвлечься от грустных мыслей.

Литература

1. Пензин Н.С. Кино как средство воспитания.- Воронеж 1975
2. Кино как фактор влияния на людей: - (Электронный ресурс) <https://lunchonthegrass.livejournal.com/213924.html>.
3. Кино и его влияние на человека: - (Электронный ресурс) <https://prezi.com/5gxw7pij2ksr/presentation/>.
4. Максим Клим Влияние фильмов ужасов на психику человека. Исследования, факты, психология. Москва, 2018.
5. Плотникова С.О. , Болотин Ю.Е. Влияние киноискусства на мировоззренческие установки молодёжи\ научная статья, январь, 2017.

Зигмунд Фрейд развивал не только первое направление, но также и наиболее последовательную и глубокую теорию характера как системы стремлений, лежащих в основе поведения, но не идентичных самому поведению. Для оценки фрейдовской динамической концепции окажется полезным сравнение между чертами характера и чертами поведения. Поведенческие черты описываются в терминах действия, которые наблюдаемы со стороны. Так, к примеру, поведенческая черта "быть смелым" будет определяться как поведение, направленное на достижение определенной цели, независимо от риска лишения комфорта, свободы или жизни. Или "скупость", которая как черта поведения может быть определена как поведение, направленное на накопление денег или других материальных ценностей. Однако, если мы исследуем мотивации, в особенности бессознательные мотивации, подобных черт поведения, мы обнаружим, что черты поведения охватывают и множество других, совершенно, казалось бы, несоответствующих черт характера. К примеру, смелое поведение может мотивироваться амбициями, так что человек в определенной ситуации будет рисковать жизнью только для того, чтобы удовлетворить свою жажду быть объектом всеобщего восхищения.[1]

Этот тип поведения может мотивироваться суицидальным порывом, заставляя человека искать опасности, сознательно или бессознательно, ибо его жизнь потеряла для него всякую ценность и он хотел бы покончить с ней. Этот тип поведения может быть обусловлен недостатком воображения, и тогда человек совершает смелые поступки, поскольку просто не осознает ожидающей его опасности; наконец, такое поведение может быть обусловлено искренним служением какой-нибудь идее, что в глазах общества является основополагающим мотивом смелого поведения. Несмотря на различие в мотивациях, все приведенные примеры "смелого" поведения внешне выглядят одинаково. Я говорю "внешне", поскольку если бы мы могли наблюдать это поведение более детально, то заметили бы в поведении людей тончайшие различия, которые обусловлены различными мотивациями.[3]

Скажем, офицер в бою будет вести себя по-разному в зависимости от того, определяется ли его смелость верностью идее победы или собственной амбицией. В первом случае он не пойдет в наступление, если степень риска не соразмерна тактическим целям. Если же он, напротив, побуждаем тщеславием, то его страсть может сделать его слепым к опасностям, угрожающим и ему самому, и его солдатам. В последнем случае "смелость" как черта его поведения в ценностном отношении весьма сомнительна. Скупость может служить еще одной иллюстрацией нашей идеи. Человек может быть экономным в связи с тем, что его денежные обстоятельства делают это необходимым; но он может быть скупым в силу своего скупого характера, делающего накопительство самоцелью безотносительно к реальной необходимости. В этом случае тоже различные мотивации обуславливают различное поведение. В первом случае человек очень хорошо умеет различать ситуации, когда лучше было бы не тратить деньги, а когда, напротив, потратить. В последнем случае он будет копить деньги независимо от объективной потребности. Другой фактор, обусловленный различием в мотивации, относится к сфере прогнозируемости поведения. Так, в случае поведения солдата, мотивированного его амбициозностью, можно предсказать, что он, безусловно, поведет себя смело, если смелость его будет вознаграждена. В случае же, если солдат смел в силу служения идее, можно предсказать только то, что вопрос, получит или нет его смелость признание, будет иметь незначительное влияние на его поведение.[5]

Близкой к фрейдовской концепции бессознательной мотивации является его же теория о волевой природе свойств характера. Он осознал то, что великие писатели и драматурги всегда знали, что, как сказал Бальзак, изучение характера связано с изучением сил, "мотивирующих поступки людей"; что то, как человек действует, чувствует, думает, в значительной мере определяется спецификой его характера, а не просто является результатом рациональных ответов на ту или иную ситуацию; они знали, что "судьба человека -это его характер". Фрейд осознал динамичность черт характера, а также то, что структура характера выражает особую форму направленности энергии в жизненных процессах человека.[7]

Фрейд пытался объяснить динамическую природу черт характера путем сопряжения характерологии с теорией либидо. В соответствии со стилем материалистического мышления, широко распространенного в естественных науках в конце XIX столетия, допускавшим, что энергия в естественных и физических феноменах является реальной сущностью, а не умозрительной конструкцией, Фрейд полагал, что сексуальные побуждения являются энергетическим источником характера. Посредством некоторого числа сложных и блестящих допущений он объяснял различные черты характера как "сублимацию" (или "реактивные образования" против) различных форм сексуальных побуждений. Он интерпретировал динамическую природу черт характера как проявление их либидозного источника.

Теория, излагаемая ниже, наследует в главных пунктах фрейдовскую характерологию, то есть исходит из допущения, что черты характера лежат в основе поведения и могут быть выведены из него и что они образуют побудительные силы, которые, как бы они ни были велики, могут совершенно не осознаваться человеком. Она следует Фрейду и в том, что принимает еще одно допущение, а именно что определяющим в характере является не какая-то одна конкретная черта, но целостная структура характера, определяющая его отдельные черты. Всю совокупность черт характера следует рассматривать как синдром, являющийся следствием особой организации или ориентации характера. При этом сознательно ограничивается число черт характера, непосредственно следующих для каждого типа ориентации. Что касается других черт характера, то относительно них тоже можно показать, что они определяются базисной ориентацией характера или являются результатом смещения основных, главных черт характера с признаками темперамента. Однако значительная часть других черт, традиционно считающихся чертами характера, на самом деле оказываются не чертами характера, в нашем смысле, а относятся исключительно к области темперамента либо являются просто признаками, свойствами поведения.[9]

Теория, автором которой является американский философ Эрих Фромм, заключается в том, что принципиальная основа характера видится не в типах организации либидо, а в специфических типах отношения человека к миру. В

процессе жизнедеятельности человек оказывается связанным с миром двояким образом: 1)приобретая и потребляя вещи и 2)устанавливая отношения с другими людьми (и с самим собой). Первое называется процессом ассимиляции, а второе -процессом социализации. Обе формы связи являются "открытыми", а не обусловлены инстинктами, как у животных. Человек может получать материальные продукты либо из внешнего источника, либо самостоятельно производя их. Но человек должен приобретать и потреблять определенным образом. Кроме того, человек не может жить без связи с другими людьми. Он вынужден объединяться с другими в целях защиты, работы, сексуального удовлетворения, игр, воспитания детей, для передачи другим людям материального и культурного наследия. Более того, ему необходимо вступать в родственные отношения с другими, становясь частью группы. Совершенная изоляция непереносима и несовместима с психическим здоровьем. И снова: человек может объединяться с другими людьми различным образом: он может любить или ненавидеть, конкурировать или кооперироваться; он может строить социальные системы на основе равенства или авторитета, свободы или угнетения; но сама форма его межличностных связей будет определенной, диктуемой его характером.

Ориентации, посредством которых человек соотносит себя с миром, составляют самую суть его характера; отсюда характер можно определить как (относительно постоянную) форму, в которой направляется энергия человека в процессах ассимиляции и социализации. Такая направленность психической энергии имеет важную биологическую функцию. Поскольку действия людей не определяются целиком и полностью врожденными образцами инстинктивного поведения, то жизнь оказалась бы неустойчивой, хрупкой, если бы при каждом действии, при каждом поступке человеку надо было бы долго думать, прежде чем принять решение. На самом деле многие действия должны совершаться гораздо быстрее, чем это позволяет скорость сознательного обдумывания.

Если бы даже все поведение опиралось только на обдуманное решения, все равно в действиях людей было бы гораздо более разных несообразностей, чем допустимо для нормального развития (и общества, да и самого человека как системы). С одной точки зрения человек учится действовать полуавтоматически с помощью приобретения навыков мышления и поведения, понимаемых как условные рефлексy. Хотя такой взгляд и справедлив, он игнорирует то обстоятельство, что наиболее глубоко укорененные привычки и установки характерны для человека и не поддаются значительным изменениям со стороны общей структуры характера: они являются выражением особой формы, в которой энергия канализируется в структуру характера. [2]

Характер может рассматриваться как заместитель инстинктивного аппарата животных. Раз энергия направляется определенным образом, то поступки совершаются индивидом в "точном соответствии с характером". Скажем, тот или иной характер может быть нежелательным с этических позиций, но он позволяет по меньшей мере действовать последовательно и освобождает от бремени необходимости каждый раз вновь обдумывать свои решения. Человек тогда может организовать свою жизнь в соответствии со своим характером и тем самым достигнуть определенной степени соответствия между своим внутренним и внешним миром. Более того, по отношению к человеческим ценностям и идеям характер выполняет селективную функцию. Большинству людей кажется, что их идеи не зависят от их эмоций и желаний, а представляют собой результат логического осмысления реальности; им кажется, что их отношение к миру подтверждается их идеями и суждениями, тогда как в действительности последние сами являются результатом их характера, как, впрочем, и все их действия. Это "подтверждение", в свою очередь, способствует стабилизации структуры характера, поскольку создает для последнего видимость правоты и здравомыслия.[4]

Однако характер не только обеспечивает последовательное и "разумное" поведение индивида; он одновременно является основой приспособления человека к обществу. Характер ребенка формируется характером родителей. Родители и их методы воспитания, в свою очередь, определяются социальной структурой общества и культурой. Средняя семья есть своего рода "психологический посредник" общества, поэтому в процессе адаптации к семье ребенок формирует характер, который затем станет основой его адаптации к обществу и решения различных социальных проблем. У него формируется такой характер, который делает для него желательными те действия, которые от него требуются, основные черты которого роднят его с большинством людей, принадлежащих к тому же социальному слою, классу или к той же культуре. Тот факт, что большинство членов социального класса или культуры разделяют существенные свойства характера, а также то, что можно говорить о "социальном характере" как о характере типичном, свидетельствует о степени влияния социальных и культурных моделей на его формирование. Однако необходимо отличать социальный характер от индивидуального, разного для всех людей, даже принадлежащих к общей для них культуре. Эти различия порождены отчасти различиями физической и психической ориентации личностей родителей, отчасти окружающей средой, в которой ребенок рос. Но они порождены также и различиями в конституциональной организации индивидов, в особенности их темпераментов. Генетически формирование индивидуального характера определяется наложением жизненного опыта, индивидуального и социального, на темперамент и физическую конституцию. Влияние окружающие среды никогда не может быть одинаковой для двух разных людей, ибо различия в конституции определяют и более или менее различные способы поведения в одинаковой для обоих окружающей среде, то есть определяют разный жизненный опыт, приобретаемый в одинаковых условиях. Простые привычки, которые не укоренены в характере, а проявляются в результате индивидуального приспособления к культурным моделям, могут легко изменяться под влиянием новых социальных моделей. Кроме того, если поведение существенным образом определяется характером человека, то измениться оно может только при коренных изменениях в самом характере.[6]

Не менее важно для этики понятие бессознательной мотивации. Хотя это понятие, в общей форме, восходит к Лейбницу и Спинозе, Фрейд был первым, кто приступил к систематическому эмпирическому исследованию бессознательных стремлений, заложив тем самым основы теории человеческой мотивации. Эволюция этической мысли выразилась в том, что оценочным суждениям стали подвергаться не сами поступки, а лежащие в их основе мотивации. Таким образом, понятие бессознательной мотивации открыло новые возможности этических изысканий. Не только «низменное», как отмечал Фрейд, «но и возвышенное в Его может быть проявлением бессознательного», являясь сильнейшим мотивом различных поступков; вот почему этика не может игнорировать изучение бессознательного.

Однако позицию Фрейда нельзя признать последовательной. Он демонстрирует страстную веру в истину как в цель, за которую человек должен бороться, и он верит в способность человека бороться, ибо последний от природы наделен разумом. Эта установка особенно ясно выражена в его рассуждениях о «философии жизни». Он противопоставляет свои взгляды теории, согласно которой истина есть «лишь продукт наших собственных потребностей и желаний, возникающих под влиянием различных условий внешней среды». По его мнению, такая «анархистская» теория «рушится сразу же, как только сталкивается с практической жизнью». Его вера в силу разума и способность последнего объединять человечество, а также освободить человека от оков суеверий пронизана пафосом философии Просвещения. Эта вера, в сущности, лежит в основе его концепции психоаналитического лечения. Психоанализ есть попытка раскрыть истину о самом себе. В этом отношении Фрейд продолжает вслед за Буддой и Сократом ту традицию мысли, согласно которой познание истины есть та сила, которая делает человека добродетельным и свободным, или, в терминологии Фрейда, «здоровым». Цель психоаналитического лечения — заменить иррациональное («Id») разумом («Ego»). С этой точки зрения психоаналитическую ситуацию можно определить как такую, в которой два человека — психоаналитик и пациент — посвящают себя поискам истины. Цель лечения — восстановление здоровья, а лекарственные средства — истина и разум. Тот факт, что Фрейдом была принята в качестве основополагающего, фундаментального условия ситуация, требующая безоговорочной честности в обществе, в котором подобная искренность встречается нечасто, является, по-видимому, одним из ярчайших проявлений его гения.[8]

В своей характерологии Фрейд полагает, что развитие либидо протекает от оральной через анальную и до генитальной стадии и что у здорового взрослого человека доминирующей становится генитальная ориентация. Хотя Фрейд и не касался специально этических ценностей, соотнесенность с ними все-таки подразумевалась: догенитальная ориентация характеризуется такими чертами личности, как жадность, зависимость, стремление к скупости, тогда как генитальная ориентация характеризуется продуктивным, зрелым характером, более высоким в этическом отношении. Таким образом, характерология Фрейда подразумевает, что добродетель является естественной целью человеческого развития. Это развитие может блокироваться различными и преимущественно внешними обстоятельствами, что может привести к формированию невротического характера. Нормальное же развитие сопровождается развитием зрелого, самостоятельного и творческого характера, способного к любви и труду; и тогда в конечном счете оказывается, что, согласно Фрейду, здоровье и добродетель — одно и то же.

Однако связь между характером и этикой высказана не явно. Да она и должна оставаться довольно путаной, из-за того, что Фрейд, уделяя главное внимание изучению невротического характера, недостаточно внимания уделял анализу и описанию зрелого уровня развития характера.

литература

11. Букина Е.Я., Разумовский О.С. Поисковое социальное прогнозирование. - М., 1984.
12. Вазина К.Я. Человек и духовное развитие. - Новгород. Изд. ВИПИ. Тип. ННГУ, 1997.
13. Васильев Ю.В. В поисках нравственных ценностей. //Беларуская думка. - Минск. 1996, №5
14. Виноградов В.Г., Гончарук С.И. Методологические принципы социального предвидения. - М., 1979.
15. Вдовин А.И. Зорин В.Ю., Никонов А.В. – Русский народ в национальной политике. – М., 1998. – С.448
16. Геллнер Э. Нации и национализм. – М.: «Прогресс», 1991.
17. Гнатенко П.И. Национальный характер.- Днепропетровск.1994.-С. 151
18. Гуманизм и социальные действия людей. - Минск. 1996.
19. Давлатов Д., Набиев В. – Движение национального единства и возрождения Таджикистана, 1997. – С.58

Назарова М.Р.

ИДЕИ К. Д. УШИНСКОГО В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ ИНОЯЗЫЧНОЙ МОЛОДЕЖИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. За последние годы в теории и практике вузовского преподавания русского языка наблюдаются заметные и обнадеживающие достижения. Общими усилиями методистов создается целостная система обучения русскому языку, основанная на принципе коммуникативной направленности, разрабатываются научно-обоснованные пособия по изучению русского языка для неязыковых вузов с профессионально-ориентированным курсом изучения, совершенствуются методы и приемы его преподавания в билингвальной студенческой аудитории. Предстоит решить целый комплекс частных проблем на пути к созданию целостной методики преподавания русского языка в национальном образовательном пространстве с целью совершенствования содержания и методов обучения русскому языку нерусских.

Нужно критически пересмотреть старые методы и приемы, отобрать из них наиболее приемлемые для нового содержания обучения и искать эффективные способы, которые соответствовали бы современным требованиям обучения русскому языку в иноязычной студенческой аудитории. Трудно переоценить в этом плане значение наследия великого педагога известного методиста К. Д. Ушинского.

Цель. Проанализировать и обосновать непреходящую ценность тех дидактических рекомендаций К. Д. Ушинского, которые будут способствовать совершенствованию процесса обучения русскому языку в иноязычном образовательном пространстве.

Материал и методы. Анализ научной литературы по теме исследования. А также изучение педагогических идей Ушинского К. Д.

Результаты. Основоположник русской педагогической науки глубоко осознавал необходимость изучения русского языка для народов, населяющих Россию, и как средства межнационального общения, и как средства их просвещения и развития национальных культур. Весьма ценным являются мысли К. Д. Ушинского об изучении иностранных

языков. И хотя русский язык для таджикских школьников и студентов не является иностранным, однако многие положения по языковому изучению могут быть использованы при обучении русскому языку иноязычных учащихся.

К. Д. Ушинский и его последователи – передовые педагоги и просветители – в процессе обучения второму языку центральное место отводят родному языку, считая его незаменимым средством, основой образования и воспитания. Пробуждение умственных сил ребенка, его мыслительных способностей должно идти на родном языке. К обучению русскому языку следует переходить лишь после того, как ученик овладел своим родным языком настолько, что свободно может читать, писать, разбираться в языковых формах, доступных его возрасту. Обучение родной грамматике должно предшествовать обучению русскому языку, соответствующие разделы из книг для чтения следует проходить сначала на родном языке, а затем на русском, сведения из практической грамматики родного языка также должны предшествовать сведениям из русской грамматики.

Однако следует отметить, что в современных условиях наблюдается опережение в овладении русским языком. Ещё в детских садах дети-таджики слышат русскую речь, сами говорят по-русски. Слышат они русскую речь и по телевизору, и по интернету, поэтому в школу приходят уже с определенным запасом русских слов, который активизируется и обогащается при изучении русского языка.

Подчеркивая роль сравнения в процессе понимания, К. Д. Ушинский писал: «Сравнение есть основа всякого понимания и всякого мышления. Все в мире мы узнаем не иначе, как через сравнение, если бы нам представился какой-нибудь новый предмет, который мы не могли бы ни к чему приравнять и ни от чего отличить, ... то мы не могли бы сказать о нем ни одного слова. Такое основное положение сравнения во всем процессе человеческого понимания указывает уже на то, что в дидактике сравнение должно быть основным» [5, 332].

Современные методисты, перечисляя требования, предъявляемые к преподаванию русского в иноязычной среде, также на первое место выдвигают сопоставление. Необходимо широко использовать моменты сравнения: моменты сходства и различия двух языков, и на этой основе строить свою методику [1; 2].

Действительно, в настоящее время сопоставление при обучении русскому языку остается важным механизмом, позволяющим преодолеть трудности, связанные с особенностями родного языка студентов, а также способствующим более эффективной организации процесса обучения русскому языку в билингвальной студенческой аудитории.

Согласно изученной литературе, в некоторых ситуациях нужно не только сопоставить те или иные грамматические явления в русском и родном языках обучающихся, но и сделать это сопоставление организующей основой построения занятий.

Студенты, которые знают грамматический строй родного языка не на должном уровне, не осознают и грамматические явления русского. Хорошие знания грамматики родного языка, безусловно, в значительной степени облегчают изучение русской грамматики.

Положения К. Д. Ушинского об изучении родного языка (например, о развитии речи, об изучении грамматики, обучении орфографии), бесспорно, можно использовать при изучении русского языка в национальной образовательной среде, начиная со школы до высшего учебного заведения. Задача обучения русскому языку в иноязычной аудитории состоит в том, чтобы научить студентов-билингвов правильно произносить слова, соединять их в словосочетания и конструировать предложения. В процессе практического занятия по русскому языку студенты приобретают умения и навыки языковой коммуникации, что стимулирует их самостоятельно оперировать изученным в устной и письменной речи.

Приобретенные грамматические знания служат основой для активизации русской речи студентов. К. Д. Ушинский придавал должное внимание практическому изучению грамматики. Каждое грамматическое правило должно быть выводом из употребления языковых форм, уже освоенных. Одним из ведущих дидактических принципов, лежащих в основе изучения грамматики, является связь теории с практикой. В условиях иноязычной студенческой аудитории отрыв теории от практики, когда изучение грамматики сводится лишь к заучиванию правил, парадигм склонений и спряжений без должной практической работы по использованию их в речи, отрицательно сказывается на общем овладении языком.

Для практического владения русским языком важным является как можно большая самостоятельность студентов, использование индуктивного метода, метода наблюдения над языком. Особенно важны практические задания для развития навыков активной коммуникации на изучаемом языке.

Современная методика изучения русского языка как неродного предусматривает изучение грамматики в процессе речевого освоения языка. В соответствии с этим вносятся изменения в систему заданий: становится больше заданий речевого характера, способствующих выработке умений использования изученных языковых средств на практике, больше внимания уделяется развитию навыков монологической и диалогической речи.

Из частных вопросов методики преподавания неродного языка весьма важным являются взгляды К.Д. Ушинского на роль и значение фонетических упражнений для освоения навыков речи, выработки правильного произношения. «Заучивая урок, — пишет К. Д. Ушинский, — ученик иногда также беззвучно произносит его более или менее ясно, и от степени этой ясности зависит умение его отвечать потом вслух... И так как выработка голосовых органов есть дело очень важное, то такое ученье вслух необходимо... Особенно важно такое упражнение голосовых мускулов при изучении иностранных языков» [4, 148].

Выводы. Анализ трудов русского педагога К. Д. Ушинского свидетельствует о том, что в его богатом наследии содержатся полезные дидактические рекомендации, которые можно использовать в теории и практике обучения русскому языку студентов-билингвов. Совершенствование содержания и методов обучения русскому языку в иноязычной студенческой аудитории относится к ряду наиболее значительных теоретических и практических вопросов на современном этапе развития всего дела национального образования.

Литература:

1. Махмудов, У. Р. О дидактических идеях К. Д. Ушинского в обучении русскому языку в национальной школе / У. Р.

Махмудов. // Молодой ученый. — 2022. — № 27 (422). — С. 169-172. — URL: <https://moluch.ru/archive/422/93786/> (дата обращения: 20.09.2023).

2. Миртов А. В. Очерки по методике преподавания русского языка в узбекской школе. Ташкент, 1962.

3. Русский язык в национальной школе, 1958, № 4.

4. Ушинский К. Д. Собрание сочинений: в 11 т. — М., — Л.: Изд-во АПН РСФСР. 1949. Т.3.

5. Ушинский К. Д. Собрание сочинений: в 11 т. — М., — Л.: Изд-во АПН РСФСР. 1949. Т.7.

Назарова М.Р.

ТВОРЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ УШИНСКОГО ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕТОДИКИ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

«Педагогика не наука, а искусство — самое обширное, сложное, самое высокое и самое необходимое из всех искусств. Искусство воспитания опирается на науку. Как искусство сложное и обширное, оно опирается на множество обширных и сложных наук; как искусство оно кроме знаний требует способности и склонности, и как искусство же оно стремится к идеалу, вечно достигаемому и никогда вполне недостижимому: к идеалу совершенного человека» К. Д. Ушинский [3]

Актуальность. Среди обширного собрания сочинений Ушинского особого внимания заслуживают его взгляды, связанные с языковым обучением. Многие высказывания К.Д. Ушинского, являясь в своё время новаторскими и прогрессивными, нашли своё отражение в современной методике обучения русскому языку в билингвальной студенческой аудитории. Рассуждая о процессе языкового обучения, великий русский педагог выразил мнение, пожелания, мысли, подтвердившие себя спустя столетия. Идеи К.Д. Ушинского успешно использовались его современниками, последователями и до сих пор находят своё применение в теории и практике обучения и воспитания.[5]

Цель. Обосновать значение и актуальность творческого наследия Ушинского для современной методики обучения русскому языку, как неродному.

Материал и методы. Изучена часть богатого педагогического наследия К.Д. Ушинского. Проанализирована и обобщена научная литература и другие источники по теме исследования.

Результаты. Рассматривая творческое наследие К. Д. Ушинского с точки зрения иного, инновационного подхода, подробно остановимся на его взглядах, касающихся языкового обучения.

К.Д. Ушинский считал, что, изучая иностранные языки (для нашей республики актуальность имеет русский как иностранный), можно постичь «всю историю духовной жизни народа», т.к. язык - это «органическое создание народной мысли и чувства», ключ словесного богатства народа и его лучшая характеристика. «Легкая, щебечущая, острая, смеющаяся, вежливая до дерзости, порхающая, как мотылек, речь француза; тяжелая, туманная, вдумывающаяся сама в себя, рассчитанная речь немца; ясная, сжатая, избегающая всякой неопределенности, прямо, идущая к делу, практическая речь британца; певучая, сверкающая, играющая красками, образная речь итальянца; бесконечно льющаяся, волнуемая внутренним вздымающим ее чувством и изредка разрываемая громкими всплесками речь славянина» знакомят нас с характеристиками народов, создавших эти языки [4, 112].

По мнению великого русского педагога, языковое обучение не должно быть «для потехи», «по требованию моды», «на потеху обществу», поэтому Ушинский выделяет конкретные цели, соответствующие, на его взгляд, различным ситуациям обучения. Так, например, первая и основная цель - «ознакомиться с литературой того народа, язык которого изучают». Особенно важна вторая цель - «дать средство логического развития уму, так как усвоение организма каждого языка дает в этом отношении средства наилучшей умственной дисциплины». В-третьих, по мнению Ушинского, «иностранные языки изучаются как средство словесно или письменно войти в сношение с людьми той нации, язык которой мы изучаем». В-четвертых, наконец, для того, «чтобы разговаривать или переписываться на этом языке с нашими земляками, обладающими практически теми же самыми иностранными языками», т. е. чтобы владеть языком как средством общения [4, 116].

В какой мере перечисленные Ушинским цели актуальны для современной методики обучения русскому языку в Таджикистане. Безусловно, эти цели, несмотря на минувшие столетия, и сегодня не потеряли своей значимости. Как отмечается в программе, основной целью изучения русского языка является формирование коммуникативной компетенции, т.е. умения осуществлять непосредственное русскоязычное общение.

Однако сам Ушинский практическое владение языком определяет, как наименее важную цель. Это связано с тем, что в XIX веке практическое знание языка использовалось в общении с соотечественниками, а педагог считал это «самой странной и дикой модой». В тот период наибольшее распространение получил французский язык, общение на котором считалось правилом хорошего тона. Хрестоматийным примером является Татьяна Ларина, «русская душою», которая написала письмо Онегину на французском языке. «Настолько же бессмысленна и пуста последняя цель, при которой мы удовлетворяем требованию самой странной и дикой моды - говорить с нашими соотечественниками на иностранном языке» [4, 116].

Подобные суждения, которые нашли своё подтверждение в будущем, доказывают инновационный характер его педагогической деятельности, которая была в свою очередь обусловлена несоответствием темпов развития образования и общества.

К. Д. Ушинский справедливо отмечал: «Цель, с которой мы изучаем тот или другой иностранный язык, очень важна, потому что она определяет метод изучения. Если иностранный язык изучают как ключ к его литературе, тогда и главное внимание обращено на чтение писателей. Если язык изучается как умственная гимнастика, тогда изучают

шего вводят преимущественно в логику языка и заставляют упражнять ум в подражание великим образцам литературы. Если язык изучается для практического обладания им, тогда все внимание обращено на практический навык, на правильность выговора, на грамматическую верность, ловкость и общеупотребительность фразы, а не на содержание ее» [4, 117].

Однако только правильное соотношение родного (в нашем случае - таджикского) и иностранного (в наших условиях - русского) языка будет являться залогом успешных результатов. Ушинский считал, что, чем ревностнее занимаются изучением иностранного языка, тем ревностнее должны заниматься одновременно изучением родного. [4, 121].

Выводы. Особая заслуга Ушинского заключается, на наш взгляд, в том, что он осознавал важность опоры на родной язык при изучении другого языка. Позднее это утверждение станет известно как принцип учёта родного языка в методике обучения русского языка.

Дидактика и идеи К. Д. Ушинского успешно использовались его современниками, последователями и до сих пор находят своё применение в теории и практике обучения и воспитания. Большое количество научных трудов, а также многочисленные исследования наследия Ушинского, бесспорно, доказывают многогранность его таланта. Говоря о языковом обучении К. Д. Ушинский не только выражал прогрессивные в то время и общепринятые сегодня взгляды, но и критиковал, анализировал, высказывал опасения, предостерегал от нежелательных результатов. Безусловно, большой промежуток времени отделяет идеи Ушинского от современной методики обучения русскому языку, как неродному, но, несмотря на это, многие идеи великого русского педагога актуальны на сегодняшний день и могут быть использованы преподавателями-руссистами.

Литература

1. Беляев В. И. Современные подходы в историко-педагогических исследованиях // Педагогика. 1999. №6. С. 19-25.
2. Российская педагогическая энциклопедия: В 2-х тт./ Гл. ред. В.В.Давыдов. М.: Большая российская энциклопедия, 1998. 672с.
3. Ушинский К. Д. Избранные педагогические сочинения/Человек как предмет воспитания. Опыт педагогической антропологии (1861). — М.: Изд-во Академии наук РСФСР, 1945. — С. 475
4. Ушинский К. Д. Педагогические сочинения: В 6 т. Т. 2. Сост. С.Ф.Егоров. М.: Педагогика, 1998. 350с.
5. Шурыгина Ю. А. К. Д. Ушинский об изучении иностранных языков. Актуальность, традиции, современность // Известия ПГУ им. В.Г. Белинского. 2006. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-d-ushinskiy-ob-izuchenii-inostrannyh-yazykov-aktualnost-traditsii-sovremennost> (дата обращения: 20.09.2023).

Назарова Р. Т.

К ВОПРОСУ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ

Кафедра государственного языка и современных иностранных языков Института технологии и инновационного менеджмента в городе Кулябе

Актуальность. Изучение языка в аспекте коммуникативной речевой деятельности привлекает внимание лингвистов, и психолингвистов, и социолингвистов, так как в речевой деятельности на первый план выдвигаются процессы говорения и понимания. В сложном динамическом процессе общения важную роль играет позиция не только говорящего, но и слушающего, поскольку от нее во многом зависит позиция говорящего. В речи говорящего отражается личность субъекта речи и ее направленность к адресату.

Цель исследования. Рассмотреть типы речевого общения в языковой подготовке студентов национальных групп.

Материал и методы исследования. Типология речевого общения тесно связана с типологией речи и вместе с тем не совпадает с последней. Так, речевой акт может быть коммуникативным и некоммуникативным, взаимным и односторонним [7, 128], речевое же общение всегда коммуникативно. Речевое общение получает простейшее и в то же время наиболее яркое воплощение в устной диалогической форме речи, поэтому диалог рассматривается как универсальная форма коммуникативного акта. Модель диалогического общения включает как лингвистические, так и экстралингвистические характеристики. Так, в функциональную модель диалогического общения, предложенную Е.Ф. Тарасовым, входят следующие компоненты: 1) цель общения, 2) форма общения, 3) условия общения (отсутствие – наличие помех, количество каналов связи), 4) передаваемая информация, 5) социальная сфера общения, 6) информирующий, 7) информируемый, 8) средства передачи информации. [6, 201]. В работах социолингвистов также обращается внимание на соотношение в речевом общении экстралингвистических и лингвистических факторов. [8, 335].

Результаты исследования и их обсуждение. В числе факторов, определяющих типологию речевого общения, выступает адресат общения – информируемый. Характеристика адресата общения включает качественные и количественные признаки. К числу качественных признаков относятся социологические и психологические. Количественные показатели зависят от того, является ли адресат единичным или неединичным. Социологическая характеристика адресата рассматривается как в «горизонтальной плоскости» (членение: общество в целом – социальная группа - личность), так и в «вертикальном сечении» (в связи со сферами общественной жизни) [5, 169].

Первый тип речевого общения связан с признаком «отношения участников речевого акта». От этого признака в значительной степени зависит прагматический и функционально-стилистический аспект высказывания, т. е. он вносит коррективы в речевое поведение говорящего (в выбор формулы речевого этикета), определяя использование стилистически маркированных языковых средств, а также контекстуальных показателей. Стилистическая маркированность в свою очередь определяется выбором языковых средств с точки зрения их нормированности/ненормированности, их функциональной целесообразности, эмоционально – экспрессивной окрашенности.

Социолингвистами выделяются следующие отношения между участниками речевого акта: фамильярные, непринужденные, консультативные, официальные, холодные [8, 337]. Для практики речевого общения мы считаем важнейшими три типа отношений: официально-нейтральные, дружески-непринужденные, непринужденно-фамильярные. Эти три типа отношений определяют и основные типы речевого общения, которые получают отражение, в частности, в речевом этикете, особенно при установлении контакта с адресатом [1, 22]. Так, официально-нейтральный тип общения характерен для профессионально – трудовой и административно – правовой сферы общения [8, 333] (это находит известное соответствие и в функциональных стилях, таких, как научный и деловой). С официально-нейтральными отношениями связана также обиходно-деловая речь как разновидность разговорной речи. Обиходно-деловая речь обычно тематически ограничена, в отличие от речи в условиях непринужденного общения. При официально-нейтральных отношениях говорящих неуместны элементы речи, имеющие сниженную разговорную окраску (просторечные, грубо-просторечные, вульгарные). При дружески непринужденных отношениях коммуникантов допустимо использование средств экспрессивно окрашенных и стилистически сниженных (просторечных), их употребление определяется конкретными коммуникативными задачами и является ситуативное обусловленным. Использование же средств, находящихся на периферии литературного языка и за пределами его литературной нормы, возможно лишь при непринужденно-фамильярных отношениях говорящих и находится в тесной связи с общей проблемой культуры речи и речевого этикета. Следует заметить, что «стилистические градации речи в зависимости от официальности или неофициальности обстановки возникают лишь при условии достаточной языковой культуры говорящего, при условии свободного влияния средствами разных стилистических планов» [3, 55].

В речи студентов национальных групп нередко ошибки, связанные с перенесением форм дружески непринужденного общения (а иногда и фамильярного) на официально-нейтральные (в ситуации «студент – преподаватель»). Разграничение отдельных типов и видов речевого общения в зависимости от отношений говорящих не исключает использования в них характерных примет разговорной речи как особого подтипа, связанного с устной и непосредственной формой общения. Признак «отношения участников акта общения» может определять и различные модельно – экспрессивные варианты высказывания. Так, например, признак «зависимость говорящего от воли адресата» характеризует варианты смягченного побуждения (просьба, мольба, уговаривание и др.), с признаком «зависимость адресата от воли говорящего» связаны такие виды категорического побуждения, как приказ, требование, распоряжение, команда и др. [2, с.6-7].

Наконец, признак «отношения участников речевого акта» может смыкаться с формой общения – непосредственной или опосредованной, контактной или дистантной, устной или письменной. Особая разновидность речевого общения возникает в ситуации, когда отношения говорящих определяются возрастной характеристикой, в частности при общении с детьми, в том числе в ситуации обучения. Одна сторона этой проблемы связана с развитием навыков речевого поведения в условиях контакта с детской аудиторией различных возрастных групп, начиная с дошкольного возраста и кончая старшим школьным. Это важно учитывать в языковой подготовке студента-таджика, будущего учителя. Вторая сторона проблемы связана с изучением речевого общения самых детей. В этом случае возрастная характеристика смыкается с психологической.

Второй тип речевого общения характеризуется признаком «социальная роль адресата относительно говорящего». Этот признак мотивирует речевое поведение говорящего в зависимости от сферы общения. В практике повседневной деятельности индивид вступает в разнообразные контакты в различных сферах устного общения. Адресат общения является для говорящего носителем определенной коммуникативно-социальной роли, от которой зависят характер и содержание речевого поведения коммуникантов. Признак «социальная роль адресата» по-разному соотносится со сферами общения. Так, социально-бытовая сфера связана с прагматической мотивацией речевого акта со стороны говорящего (узнать что-либо, получить что-либо). Особенностью этого общения является то, что оно включает частотные ситуации, а сам характер речи отличается предельным лаконизмом (это выражается в широкой эллиптичности, так как предмет разговора нередко входит в ситуацию общения). Профессионально трудовая сфера требует от говорящего определенной интеллектуальной компетенции, в этой сфере «речь выступает в роли средства решения проблем и задач, вытекающих из трудовых (учебно-трудовых) отношений» [4, 44]. Здесь социальная роль адресата, так же как и в сфере общественной деятельности (и административно- правовой), связана с его социальным «рангом» (начальник-подчиненный), что также находит отражение и в содержании речи, и в ее структурных особенностях.

Учет указанного признака имеет большое значение для практики обучения русскому языку. При этом следует иметь в виду, что данный признак не покрывает ситуации общения, а пересекается с ней. Так, модель разговора с кассиром будет иметь общий признак, связанный с социальной ролью адресата: выдача – прием денег, ценных бумаг, продажа билетов. В зависимости же от конкретной ситуации (на вокзале, в театре и т. п.) речевое поведение коммуникантов примет различные модификации.

Третий тип речевого общения зависит от психологической характеристики и психологического состояния адресата. Известно, что на одну и ту же ситуацию и на одно и те же высказывание разные по психическому складу люди реагируют по-разному. Это позволяет в учебных целях моделировать речевое поведение адресата в зависимости от психологических особенностей личности. Психологическая ориентированность речевого акта связана с установкой говорящего на эмоциональную реакцию (речевую или неречевую) или эмоциональное состояние адресата: вызвать удивление, радость, сочувствие, сожаление, восхищение, одобрение или неодобрение и т. д. Кроме того, высказывание говорящего само может быть реакцией на определенное состояние адресата (проявление внимания, участия, сочувствия и т.д.). Такого рода реакции не редко связаны с речевым этикетом.

Четвёртый тип речевого общения определяется количественной (квантитативной) характеристикой адресата, т. е. тем, является адресат единичным или неединичным. Здесь возможны следующие основные типы отношений – один: один, один: несколько, один: много. В соответствии с этими отношениями адресат единичный групповой и мас-

совой. Количественная характеристика находится в прямой зависимости от степени определенности или обобщенности адресата. Чем более массовый адресат, тем более неопределенным он является, и на оборот, менее массовый адресат имеет большую степень индивидуализированности (знакомый, близкий). От количественной характеристики существенно зависит форма установления контакта.

Выводы. Перечисленные типы речевого общения взаимодействуют между собой. Кроме того, они связаны и с формой общения: контактной или дистантной, непосредственной или опосредованной. Отношения участников речевого акта входят в ситуацию общения, которая представляет собой «постоянную модель поведения» [8, 333], в отличие от локальной ситуации (место, время). Адресат выступает для говорящего как потенциальный субъект речи с различной степенью близости к говорящему (близкий - неблизкий, знакомый - незнакомый, хорошо знакомый - мало знакомый). В свою очередь, указанные типы отношений пересекаются (но не являются идентичными) со сферами общения.

Список литературы:

1. Акишина, А.А., Формановская Н. И. Русский речевой этикет/А.А. Акишина, Н.И. Формановская.- М., 1975 . -22с.
2. Андреева, И.С. Повелительное наклонение и контекст при выражении побуждения в современном русском языке/И.С. Андреева.- Л.,1971. - С.6-11.
3. Лаптева О.А. Русский разговорный синтаксис/О.А.Лаптева.- М.,1976.-55с.
4. Скалкин В. Л. Сферы устного общения и обучение речи//Русский язык за рубежом/В.Л. Скалкин. -1973. - №4. - С.44-46.
5. Смысловое восприятие речевого сообщения (в условиях массовой коммуникации). -М.,1976. - 161с.
6. Тарасов Е. Ф. Функциональная модель диалогического общения.-В кн.: Теория и практика лингвистического описания разговорной речи.- Горький,1966.-201с.
7. Холодович А. А. О типологии речи. Историко-филологические исследования. - М.,1967.- 128с.
8. Эрвин-Трипп С.М. Язык. Тема. Слушатель. Анализ взаимодействия. В кн.: Новое в лингвистике. - М.,1975,- Вып.7.- С.333 -337.

Назарова М.Р., Лысых О.А.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Обучение русскому языку в вузах Таджикистана является одной из важных составных частей всего комплекса образовательных услуг, ибо перед нашими вузами стоит задача занять достойное (и выгодное) место на международном рынке образовательных услуг.

В настоящее время обучение русскому языку в билингвальной студенческой аудитории является важнейшим аспектом в рамках международной деятельности любого вуза и ТГМУ им. Абуали ибни Сино, в частности. На кафедре русского языка реализуется профессионально-ориентированное обучение русскому языку.

Действующие образовательные стандарты предусматривают формирование речевых умений и навыков в коммуникативном пространстве в условиях полилингвизма, и в частности, при изучении русского языка в образовательных учреждениях Таджикистана, что имеет огромное значение для подготовки высококвалифицированных специалистов, обладающих необходимыми навыками в области практического владения русским языком как инструментом извлечения информации для решения профессиональных задач.

Цель. Разработать систему заданий по развитию речевой самостоятельности и компетенции в рамках профессионального образования, под которой понимается интегральный результат освоения образовательной программы.

Материал и методы. Согласно литературным данным и личному опыту авторов, на этапе вузовского обучения студент приобретает навыки воспринимать, понимать, обрабатывать и сообщать информацию, а также воздействовать на участников общения средствами русского языка. На первый план выдвигается речевая деятельность, являющаяся системой продуктивных (говорение, письмо) и рецептивных (аудирование, чтение) видов речи. В зависимости от формы общения, речевая деятельность подразделяется на устную (слушание и говорение) и письменную (чтение и письмо). [6]

Результаты. Устная речь (аудирование и говорение) – это любая звучащая речь, где особую роль играют место логического ударения, степень чёткости произношения, наличие или отсутствие пауз.

Умение говорить предполагает выработку умений выражать свою мысль коммуникативно осмысленно, грамматически правильно.

Речь имеет две формы: диалог и монолог. Диалог – это непосредственный обмен высказываниями между двумя или несколькими лицами.

Монолог – это длительное устное высказывание, обращённое к одному или группе слушателей, иногда - к самому себе, т.е. это продукт индивидуального построения. Монологическая речь также характеризуется относительной непрерывностью, последовательностью, логичностью и относительной смысловой законченностью. Кроме того, монолог может быть и письменным.

Письменная речь – это речь, графически оформленная посредством буквенных обозначений и знаков препинания.

Чтение - рецептивный вид речевой деятельности, направленный на извлечение информации, которая содержится в письменном тексте. Так же, как и аудирование, чтение является и целью, и средством обучения. Обучение начинается с громкого чтения, с умения озвучивать слова, словосочетания, предложения и тексты. [6]

Продуктивным видом письменной речи является письмо. Письмо - это и цель, и средство обучения. В качестве средства письмо связано с выполнением различного рода упражнений и заданий в письменной форме. Цель - форми-

рование навыков грамотности при письме – умения соотнести звук с графическим символом и знания общей грамматики русского языка. Это сложный психологический и психолингвистический процесс, который связан с общеречевыми механизмами. [1]

С первых дней обучения в университете первокурсники выполняют много заданий, обычно в аудитории ведётся устная подготовка и одно-два задания письменной работы, а на дом в качестве самостоятельной работы даётся значительное количество письменных заданий. Высшая единица обучения - текст. Постепенно формируется умение писать связано текстом, который сначала лёгкий и состоит из 20-25 предложений, а потом постепенно увеличивается и усложняется.

В зависимости от целей и задач обучения существуют различные виды заданий по развитию речи.

Таблица 1. Виды заданий по развитию речи.

Виды заданий	Комментарий
Фонетические	Направлены на формирование правильного произношения
Подготовительные, тренировочные (имитация, трансформация, комбинация)	Направлены на выработку речевых автоматизмов, подготовку к спонтанной речи.
Коммуникативно-речевые	вопросно-ответные, ситуативные, репродуктивные (пересказ), инициативные, в т.ч. игровые и ролевые

Рассмотрим примеры некоторых заданий для развития речи.

В системе заданий для обучения аудированию можно выделить две группы. Одна из них – это подготовительные задания, направленные на отработку отдельных составляющих элементов деятельности. Такие задания развивают фонетический и интонационный слух, вырабатывают навыки произношения, т. е. формируют фонетические, лексические и грамматические навыки аудирования. Вторая группа – это речевые задания, которые, по существу, представляют собой управляемую речевую деятельность, т. к. обеспечивают практику аудирования на основе комплексного преодоления различных трудностей. Например, такой вид ролевой игры для аудирования, тематически обозначим его «У меня проблема, нужен совет или помощь»:

В качестве образца преподаватель приводит диалог по телефону между двумя студентами.

Зафар: Шахло, у моей сестры скоро день рождения. Я хочу подарить ей книгу. Подскажи, пожалуйста, где можно купить хорошую книгу?

Шахло: Хорошо. А что любит читать твоя сестра?

Зафар: Она любит читать русскую классическую литературу.

Шахло: Как известно, книга – лучший подарок. Купи рассказы А.П. Чехова. Я видела недавно красочное издание в «Ашане».

Зафар: Хорошая идея! Это, наверно, дорого, но для любимой сестренки не жалко.

Шахло: Если возникнут трудности, я могу добавить. По-моему, книга стоит 45 сомони.

Зафар: Это отлично. Можно тебя пригласить сходить за подарком со мной и помочь выбрать?

Шахло: Без проблем. Я скоро освобожусь.

Зафар: Договорились. Я за тобой зайду?

Шахло: Отлично.

Задание. Студенты составляют свои аналогичные диалоги, работая в парах, затем озвучивают. Преподаватель отмечает ошибки в произношении и исправляет их, но делает это после диалога, а не в процессе.

С аудированием тесно связано говорение, как вид устной речевой деятельности. Обучение говорению также имеет свои специфические особенности. При обучении диалогу различаются подготовительные (тренировочные) и речевые (коммуникативные) задания. Наиболее простыми из подготовительных являются задания-имитации в виде вопросно-ответного единства при работе с текстом:

- Слово – значимая единица речи?

- Да, слово – значимая единица речи.

Сложнее вопросы с вопросительным словом, т.к. вместо вопросительного слова нужно употребить слово в нужной форме:

- Какой раздел науки о языке изучает строение слова?

- Какие слова называются синонимами?

- Что такое корень слова (приставка, суффикс и др.)?

Задание. Дайте различные советы больному, используя данные сочетания [8]: 1. вам надо, 2. вам нельзя, 3. вам необходимо, 4. вам следует, 5. вам не следует.

ОБРАЗЕЦ: Вам нельзя курить. Вам следует заниматься физкультурой. Вам нельзя переживать. Вам необходимо соблюдать режим питания.

Задание (текст «Библиотека»). Прочитайте текст. Представьте, что вы привели друга в библиотеку, он здесь впервые, проведите для него небольшую экскурсию, используя информацию из текста.

А также используйте слова: читальный зал, электронная библиотека, кафе, туалет, здесь, там, направо, налево, прямо и др.

Задание (текст «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»). Вас пригласили на встречу с учащимися выпускных классов с целью помочь выпускникам выбрать профессию. Что вы расскажите им о своем университете? Составьте план своего рассказа. [8]

Задание. Запомните некоторые выражения просьбы, определите различные оттенки этих выражений, найдите в них глагол в повелительном наклонении. [8]

Выражение	Значение
Скажите, пожалуйста	просьба
Посоветуйте, пожалуйста	просьба
Объясните, пожалуйста	просьба
Будьте добры, скажите, пожалуйста	вежливая форма обращения
Будьте любезны...	вежливая форма обращения
Не откажите в любезности	
Я хочу (хотел (-а) бы) попросить!	просьба
Скажи мне	повелительная форма
Ответьте мне	
Передайте, пожалуйста	просьба

Задание. Обратитесь к однокурснику с просьбой принести вам конспект, к декану – с просьбой отпустить вас на три дня домой, к библиотекарю - выдать нужную вам книгу.

Употребите слова, выражающие просьбу: пожалуйста, будьте добры, посоветуйте, очень прошу Вас, буду благодарен. [8]

Приведем несколько заданий, способствующих развитию монологической речи.

Тематические задания. Расскажите о себе, о своей семье, о своем друге (подруге).

Сравните двух своих друзей или знакомых: внешность, одежда, увлечения, характер (по вашему мнению).

Задание. Одним словом выразите значение фразеологизма: в час по чайной ложке (медленно), разящий свинец (пуля), мозолить глаза (надоедать) и т.д.

Объясните смысл русских пословиц: Руки-крюки: не тем концом воткнуты. Руки ценят не по рукам, а по делам. Глаза боятся, а руки делают. [8]

Чтение тесно связано с письмом. Часто после чтения текста даётся задание составить план для пересказа текста.

Письменная речь является фиксатором знаний студентов в области изучаемого языка и в этой роли она составляет важную часть учебного процесса, особенно при обучении взрослых учащихся, для которых запись услышанного или конспект прочитанного является привычной опорой запоминания материала. Эта роль письменной речи остаётся неизменной.

Выводы. Таким образом, мы рассмотрели основные виды речевой деятельности, важные задачи развития речи при обучении русскому языку и виды заданий по развитию речи.

В процессе обучения студентов русскому языку в медицинском вузе основное внимание концентрируется на выполнении коммуникативных упражнений на материале проблемных ситуаций, стимулирующих студентов к выполнению речевых действий по заданной программе. Важными моментами развития речи являются такие виды работ как эссе, сочинение, тезисы, доклад, выступление. Большую помощь преподавателю в работе по развитию речи оказывают аудиовизуальные средства обучения: на основе просмотренных документальных и художественных фильмов студенты готовят устные и письменные сообщения, участвуют в обсуждениях. Большое значение для развития речи имеет внеаудиторная работа, при которой студенты самостоятельно готовят доклады для выступления на студенческой конференции.

Список литературы

1. Валова О.М., Казаковцева А.С. Задачи речевого развития при усвоении русского языка как иностранного // В сборнике: Общество. Наука. Инновации (НПК-2019). Сборник статей XIX Всероссийской научно-практической конференции: в 4-х томах. Вятский государственный университет. 2019. С. 128-135.
2. Гатауллина Л. К. Формы, методы и средства обучения иностранных учащихся-нефилологов на этапе довузовской подготовки // Актуальные проблемы перехода на многоуровневую систему образования, обусловленные разработкой стандартов третьего поколения: материалы отчетной научно-методической конференции (22 ноября - 15 декабря 2010 г.) / Казан. гос. технолог. ун-т; отв. ред.: Р.И. Зинурова, И.А. Фролова. - Казань: КГТУ, 300 (2011)
3. Гусева И.С. Говорение как вид речевой деятельности, речевого поведения, речевого взаимодействия на иностранном языке // Традиции и новации проф. деятельности преподавателя РКИ: Сб. статей. - М.: РУДН, 194-200 (2002)
4. Исаева Л.Б. Особенности обучения и формирования профессиональной компетентности иностранных студентов в технических российских вузах на основе федеральных государственных образовательных стандартов // Актуальные проблемы перехода на многоуровневую систему образования, обусловленные разработкой стандартов третьего поколения: материалы отчетной научно-методической конференции (22 ноября - 15 декабря 2010 г.) / Казан. гос. технолог. ун-т; отв. ред.: Р.И. Зинурова, И. А. Фролова. - Казань: КГТУ, 300 (2011)
5. Китайгородская Г.А. Интенсивное обучение иностранным языкам. Теория и практика. - М. (1992)
6. Куклина Н. В. Развитие речи на занятиях по русскому языку как иностранному на этапе предвузовской подготовки // Вестник Казанского технологического университета. 2013. №1. с.341-345
7. Леонтьев А.А. Язык и речевая деятельность в общей и педагогической психологии. Избранные психологические труды. - Воронеж (2001)
8. Юлдошев У. Р. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете: для студентов 1 курса, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе. «Хикмат», 2020. - 194с

Нарзуллозода М. Дж., Касирова С. Х., Мирзоева Ш. Ю.
ПРОИЗНОСИТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ БРИТАНСКОГО И АМЕРИКАНСКОГО ВАРИАНТОВ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В рамках любого национально неомогенного языка возможно существование двух и более национальных языковых вариантов. Каждый из них может содержать несколько региональных диалектов, которые имеют свои особенности на всех уровнях языковой системы и по-разному реагируют на действие факторов языкового развития. В силу определенных лингвистических и экстралингвистических причин, один из диалектов с течением времени фиксируется в качестве нормы языкового употребления, а его произношение принимается за произносительный стандарт национального варианта языка.

Цель исследования. Описывая взаимодействие британского и американского английского, как двух наиболее распространенных в настоящий момент национальных вариантов английского языка, следует отметить большую вариативность произносительных норм американского английского в сравнении с британским вариантом, в составе как сегментных, так и сверхсегментных единиц. При этом сегментные модификации касаются изменений в произнесении гласных и согласных фонем и их комбинаций, а сверхсегментные подразумевают акцентуационные и интонационные изменения.

Материал и методы исследования. Наличие единой исторической диалектной базы британского варианта английского языка обеспечивает более высокую степень унификации его произносительных норм.

Изменения в системе гласных фонем включают следующие произносительные тенденции:

- усиление дифтонгизации исторически долгих гласных фонем [i:, u:];
- увеличение длительности произношения исторически краткой гласной фонемы [æ];
- постепенная монофтонгизация некоторых исторических дифтонгов, включающая: произношение [εə] как [ə:] (*careful* ['kεəfʊl] → ['kə: fʊl]), сокращение [au, aɪ] перед нейтральным [ə] (*power* [paʊə] → [pə], *fire* [faɪə] → [fə]), произношение [oə, uə] как длинного [o:] или краткого [o] с некоторым [ə]-оттенком (*poor* [puə] → [pɔ:]/[pOə]);
- возможность существования взаимозаменяемых гласных в одном и том же фонетическом контексте, например: дифтонгов [ou] и [əu] (*phone* [fəʊn]/[fəun]), монофтонгов [æ] и [a] (*have* [hæv]/[hav]).

Изменения в системе согласных фонем касаются следующих произносительных тенденций:

- постепенное сглаживание оппозиций по звонкости/глухости в некоторых фонетических контекстах, например озвончение фонемы [t] в позиции между гласными (*letter* ['letə] → ['ledə]);
- исчезновение конечной фонемы [ŋ] и начальной фонемы [h] в разговорной речи (*He saw her sitting there* [hi: → so: z 'sitɪŋ ðεə] → [i: → so: z 'sitɪndεə];
- использование соединительной фонемы [r] (*far away*).

Комбинационные изменения в основном касаются произношения сонанта [j] в тех или иных фонетических контекстах, например:

- исчезновение [j] перед долгим гласным звуком [u:] (*student* ['stju: dnt] → ['stu: dnt]), зачастую сопровождающееся палатализацией предшествующего согласного (*Tuesday* ['tju: zdi] → ['tʃu: zdi]);
- внедрение [j] между согласным [l] и гласным [u:] (*illuminant* ['lu: minənt] → ['ɪlj u: minənt]);
- замену [j] другими согласными фонемами в комбинациях [tj], [dj], [sj] (*factual* ['fæktjuəl] → ['fæktʃuəl], *graduate* ['grædjuət] → ['græduət], *issue* ['ɪʃju:] → ['ɪʃu:]).

Результаты исследования и их обсуждения. Американское произношение распадается на несколько региональных типов – восточный, южный и западный, с преобладающим сходством и частичными различиями.

Восточный тип произношения распространен в восточных штатах и штате Нью-Йорк. Он включает следующие произносительные особенности: практически повсеместное применение соединительного и интрузивного звука [r] (*the idea* [ɪdɪə] → [ɪdɪə r]); использование комбинации фонем [hw] в словах типа *which* ([hwɪtʃ]); монофтонгизацию исконных дифтонгов [ə]-глайдом (*fierce* [fɪəs] → [fi:s]).

Южный тип произношения используется в южных и юго-восточных штатах. Его характеризует протяжность произношения, т.н. *Southern drawl*, вследствие которого наблюдается тенденция к дифтонгизированному произношению исконных монофтонгов (*egg* [eg] → [eɪg], *yes* [jes] → [jeɪs]) и долгому монофтонгизированному произношению исконных дифтонгов (*eight* [eɪt] → [e: t], *drain* [dreɪn] → [dre: n]).

В работах многих лингвистов западный тип произношения имеет название *General American* и трактуется как произносительный стандарт американского варианта английского языка на том основании, что он используется в речи более 90% жителей США. Однако данная точка зрения не является общепризнанной, т.к. большое число исследователей считают невозможным признать какой-либо из существующих диалектов в качестве произносительного стандарта в силу их постоянного взаимодействия и взаимопроникновения. Вследствие этого даже в речи профессиональных дикторов средств массовой информации сохраняются региональные произносительные особенности.

Произносительные изменения в системе гласных фонем включают следующие особенности:

- отсутствие четкого различия долгих и кратких гласных фонем (*sit/seat* [sɪt], *pull/pool* [pu:l]);
- назализация гласных звуков в фонетической позиции до или посленосового согласного (*any, name, stand, time*);
- замена фонемы [a] на [æ] в закрытом слоге (*class* [klas] → [klæs]);
- использование фонемы [a] вместо краткого [o] (*body* [bodi] → [badi], *hot*) и исчезновение из употребления долгого [o:] (*bought* [bo:t] → [bot]), ведущие к изменению исконной фонологической оппозиции '[o] vs. [o:]' на '[a] vs. [o]' (*cot – caught*: [kot] vs. [kot] → [kat] vs. [kot]);

– двусторонний процесс монофтонгизации дифтонгов и дифтонгизации монофтонгов, включающий также взаимозаменяемое произношение гласных фонем [ɪ] и [aɪ] (*direct*[dɪ'rekt] ↔ [daɪ'rekt]).

Произносительные изменения в системе согласных фонем касаются следующих особенностей:

- исчезновение фонемы [t] в позиции после фонемой [n] в середине слова (*twenty*['twenɪ]);
- озвончение фонемы [t] в позиции между гласными или перед согласным [l] (*bitter*['bɪdə], *battle*['bædl]);
- употребление только непалатализованного звука [l] (*like*[laɪk]);
- отсутствие звука [j] в позиции перед гласным [u:] или согласным (*news*[nu:z], *tube*[tu:b]).

Выводы. Таким образом, анализ сегментных особенностей британского и американского типов произношения позволяет сделать вывод об отсутствии существенных различий в части фонемного инвентаря, но при этом наличии значительных дистрибуционных различий в рамках указанных национальных произносительных стандартов.

Расхождения между американским и британским английским на сверхсегментном произносительном уровне касаются особенностей акцентуации и интонации.

Различия в области акцентуации определяются, прежде всего, разными уровнями ударения. В британском английском существует подразделение ударения на три уровня – основное, второстепенное и слабое. В американском английском также выделяется четвертый уровень, т.н. третичное ударение. В связи с этим возможна разная акцентуация одних и тех же слов в рассматриваемых национальных произносительных стандартах (*'territory* vs. *territory*, *'dictionary* vs. *dictionary*, *'advertize* vs. *advertize*).

Принимая во внимание все вышесказанное, можно сделать вывод, что существующее соотношение между произносительными стандартами вариантов американского и британского английского языка подтверждает современный лингвистический взгляд на английский как национально-негомогенный язык, состоящий из неизолированных подсистем, объединенных общим ядром. Об этом свидетельствует преобладание в произносительных стандартах дистрибуционных различий над инвентарными в части фонемного инвентаря, совпадение основных уровней акцентуации и идентичность набора основных интонационных контуров.

Список литературы:

1. Домашнев О.А. О лексикографическом отражении американского стандарта английского литературного языка // Лингвистические исследования. Структура языка и языковые изменения. – М., 1985. – С. 70-79.
2. Соколова М.А., Гинтовт К.П., Тихонова И.С., Тихонова Р.М. Теоретическая фонетика английского языка (на английском языке). – М., 1991.
3. Швейцер А.Д. Литературный английский язык в США и Англии. – М., 2003. – 200 с.
4. Hayes B. *Introductory Phonology*— Oxford: Blackwell Publishers, 2008.

Насырджанова Х.Р.1, Сабурова А.М.1, Музаффаров Ш.С.2

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС В ОРГАНИЗМЕ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

1Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

2Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Внутриутробная инфекция (ВУИ) является одной из основных причин неблагоприятных перинатальных исходов. По данным ряда исследований, инфекционные заболевания встречаются у 70% доношенных новорожденных и у 50-60% госпитализированных недоношенных детей [1].

Внутриутробные инфекции – это группа заболеваний эмбриона, плода и новорожденного, вызванных инфицированием во время беременности или родов.

Особое значение обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных, рожениц родильниц с поражением плодов. Так, по данным ряда авторов в Москве ВУИ развивается у 27,4-36,6% детей, рожденных живыми, а в структуре смертности новорожденных инфекционная патология занимает 1-3 места, обуславливая от 11 до 45% потерь [1, 3].

Возбудители перинатальных инфекций разнообразны. При этом неоспорима значимость необусловленных патогенов, возрастает роль условно-патогенной микрофлоры как причины внутриутробных инфекций.

При внутриутробной инфекции так как не наблюдается более выраженных специфических симптомов, в связи с чем сложно дается его лечение [1].

Нужно отметить, что немаловажными звеньями патогенеза ВУИ являются интоксикация продуктами метаболизма инфекционного агента, гипертермия и гипоксемия. Эти факторы влияют на развитие внутриутробного плода, дифференцировки легких, почек и головного мозга.

При внутриутробном инфицировании плода развиваются метаболические расстройства, индукция свободно радикального окисления и недостаточности антиоксидантной системы.

Роль процессов свободно радикального окисления в развитии нарушений адаптации и формирования перинатальной патологии у новорожденных представляет интерес для исследователей. [4].

Свободно радикальное окисление и генерация активных форм кислорода, как стало понятно в последнее время, составляют отдельную систему в организме, участвующую как в ряде физиологических функций, таких как регуляция внутриклеточных процессов, аккумуляция и биотрансформация энергии, ферментативный катализ, передача информации, экспрессия генов, деление клеток, иммунный и адаптивный ответы процессы, свойственные метаболизму любых живых организмов, так и во многих патологических процессах.

Среди АФК супероксидному анион-радикалу (O₂⁻) отводят особую роль, так как считается, что он является родоначальником многих других активных форм кислорода.

Высокотоксичные АФК при стрессорных реакциях организма вызывают окислительный стресс. Они повреждают

белки и ДНК и, главное, вызывают перекисное окисление липидов (ПОЛ) - самоподдерживающийся процесс, ведущий к тяжелому повреждению мембраны образованию конечного продукта окисления МДА[5].

Малоновый диальдегид является мощным антиоксидантом, который при биохимических превращениях окисляется до диоксида углерода или вступает во взаимодействие с фосфолипидами, аминокислотами и нуклеиновыми кислотами и разрушает их структуру.

Чрезмерная активация свободнорадикального окисления является типовым патологическим процессом, встречающимся при самых различных повреждающих воздействиях на организм и заболеваниях.

Головной мозг у недоношенных детей при сравнении с доношенными более чувствителен к свободным радикалам, и механизм повреждения связан с активацией каскада арахидоновой жирной кислоты состава мембран клетки и активацией медиаторов воспаления[4].

Перинатальный период – это критический период для установления баланса между оксидантной и не полностью функционально развитой антиоксидантной системой плода и новорожденного ребенка и подвергаются более значительному окислительному стрессу.

Это определяется тем фактом, что при рождении ребенка происходит переход из внутриутробного гипоксического состояния (давление кислорода 20-30 мм. рт.ст.) в нормооксическое состояние (давление кислорода около 70-100 мм.рт. ст.)[1,5]

Антиоксидантные механизмы могут быть ферментные как супероксиддисмутаза (СОД), глутатионпероксидаза (ГП), каталаза и неферментные- жирорастворимые витамины А,Е, водорастворимые витамин С, глутатион, убинохинон.

Антиоксидантный фермент СОД защищает липидный компонент мембраны клетки эритроцитов обеспечивая регуляцию про- и антиоксидантной системы.

Исследования активности антиоксидантного фермента СОД эритроцитов у недоношенных детей имеет крайне противоречивый и актуальный характер.

Цель исследования. Изучение оксидативного стресса в организме доношенных и недоношенных детей с внутриутробной инфекцией (ВУИ).

Материал и методы. В работе представлены результаты обследования 48 доношенных и недоношенных детей с тяжёлым течением специфической ВУИ, из отделения патологии новорождённых Национального медицинского центра РТ “Шифобахш” с 2019-2021 гг.

Контрольную группу составили 30 относительно здоровых недоношенных детей сопоставимых по возрасту и полу, из которых 22 из них были доношенные и 8 поздние недоношенные (рождённые в 34-37 недели гестации) дети.

Диагноз устанавливался на основании акушерского анамнеза, анамнеза жизни ребёнка, лабораторных данных иммуноферментного анализа (ИФА) с обнаружением специфических антител против определённых возбудителей ВУИ в сыворотке крови недоношенных детей и их матерей[5].

В сыворотке крови детей определяли биохимические показатели конечного продукта перекисного окисления липидов-МДА по методу Стальной И.Д. и активность СОД по методу восстановления формазана из тетразола нитросинего (Fried R., 1975). В присутствии СОД в реакционной системе замедляется образование формазана.

Результаты исследования. Наблюдаемые дети родились при разной степени тяжести асфиксии.

Основные ante- и интранатальные факторы риска асфиксии новорожденных могут быть фетоплацентарная недостаточность, преждевременный разрыв плодных оболочек и аборт, первая беременность, анемия, ожирение, гипертоническая болезнь, курение, угроза прерывания беременности, и острые респираторные инфекции в период беременности и т.д.[5].

У наблюдаемых матерей имело место выше указанные патологические состояния, которые являются факторами риска асфиксии и гипоксии у исследуемых новорождённых детей.

Исследуемые недоношенные дети были госпитализированы в отделение патологии новорождённых на 3-28 сутки после рождения со следующими диагнозами, как внутриутробная пневмония смешанного характера, менингит и менингитозэнцефалит, низкая масса тела, высокий билирубин не связанный с резусом или группой крови, пиелонефрит, конъюнктивит и фетальный гепатит[3,5].

У госпитализированных детей при поступлении наблюдались одышка, посинение носогубного треугольника, выраженный акроцианоз, холодные на ощупь конечности, вздутие живота и снижение оксигенизации[5]. Как известно окислительный стресс является патогенетическим фактором многих заболеваний, в том числе и у новорожденных детей.

Гипоксия в организме у недоношенных детей может усугубляться интенсификацией процессов ПОЛ, дисбалансом процесса окисления и механизма антиоксидантной защитной системы, что вызывает окислительный стресс.

Вышеуказанные клинические симптомы прогрессируют образование свободных радикалов и ускоряют реакции окисления липидов мембран клеток и образованию токсичного продукта малонового диальдегида, что доказывают наши исследования.

У исследуемых недоношенных детей с тяжёлым течением специфической ВУИ количество МДА ($0,62 \pm 0,03$; $0,78 \pm 0,08$ мкмоль/л) было повышено по сравнению с контролем и имело статистически значимую разницу ($p < 0,05$).

Результаты определения активности антиоксидантного фермента СОД у этих детей по сравнению с контрольными данными также имели статистическую значимую разницу ($p < 0,001$) и снижение их активности ($16,5 \pm 0,5$; $9,1 \pm 0,02$ Ед/мл).

Снижение активности антиоксидантных ферментов может привести к накоплению АФК и вызывать окислительное повреждение мембранных белков и липидов.

Образовавшиеся свободные радикалы вызывают повреждение мембран клеток тканей, как за счет нарушения

в различных ферментных системах, инактивации ингибиторов протеаз, угнетения синтеза сурфактанта, инициации перекисного окисления липидов, так и за счет их прямого и опосредованного действия токсических продуктов ПОЛ на клетки. воспаления.

В процессе ПОЛ разрушается клеточная мембрана митохондрий, что приводит к разобщению окислительного фосфорилирования, энергетическому голоданию и гибели клеток.

Кроме того, у недоношенных детей наблюдается дефицит витаминов А, Е и церулоплазмينا, обладающих антиоксидантной активностью и дефицит некоторых эссенциальных микроэлементов (Cu, Zn, Se, Fe), являющихся кофакторами синтеза и активности многих компонентов системы АОЗ[3,4].

Вывод.

Исследования параметров ПОЛ и АОС (малонового диальдегида и фермента супероксиддисмутазы) у недоношенных детей со специфической ВУИ показали, что свободные радикалы, как инициаторы перекисного окисления липидов, образуются во внутриутробном периоде, где причинами являются патологическое состояние матери, что вызывает внутриутробную гипоксию, и после рождения ребёнка на фоне хронической гипоксии и затяжного течения инфекционного процесса, их организм ещё больше подвергается липопероксидации и нарушению клеточного метаболизма.

Литература.

1. Буштырева И.О. Особенности течения внутриутробных инфекций у недоношенных новорожденных / И.О. Буштырева, В.А. Буштырев и др. // Известия вузов северокавказский регион естественные науки. приложение. 2006. № 11. С.125-129.
2. Зайнудинова П.К., Исмоилов К.И., Саёхати К. / Состояние плазменного звена гемостаза у новорожденных детей с внутриутробными инфекциями / П.К.Зайнудинова, К.И.Исмоилов, К.Саёхати // Здравоохранение Таджикистана. 2021;(2), С.48-53.
3. Идрисова Л. С. Оценка состояния новорожденных, родившихся от матерей с высоким риском развития внутриутробной инфекции / Л. С. Идрисова и др. // Руководство для врачей. Современные проблемы науки и образования. – 2012. -N1.4, 5, 7.
4. Евсукова И. И. Интенсивность свободнорадикального окисления и состояние антиоксидантной защиты у новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития, вскармливаемых адаптированной молочной смесью. / И. И. Евсукова А.В.Арутюнян // Вопросы практической педиатрии 2008, Т. 3, №4, С. 32–37.
5. Исмаилов К.И. Окислительно-антиоксидантный статус организма новорождённых детей при специфических внутриутробных инфекциях. / К.И. Исмаилов, Ш.С. Музаффаров, А.М. Сабурова // Ж. Вестник Авиценны, 2023. Т. 25 №2. С.192-200.

Насырджанова Х.Р., Курбанова М.Б.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – хроническое воспалительное заболевание, в результате которого возникает преимущественное поражение дистальных отделов дыхательных путей, легочной паренхимы с развитием эмфиземы, бронхиальной астмы, обструктивного бронхита [1].

В развитии ХОБЛ и его прогрессирования важную роль играет окислительный стресс, приводя к неконтролируемым реакциям свободно радикального окисления.

Анатомо-физиологические особенности легких уже изначально способствуют развитию окислительного стресса, и прежде всего за счет непосредственного контакта тканей с кислородом атмосферного воздуха.

Поскольку легочная ткань содержит большое количество полиненасыщенных жирных кислот, они легко подвергаются перекисному окислению липидов с образованием токсических продуктов-свободных радикалов, вызывающих изменения в мембранах клеток.

Образование таких продуктов может иметь негативное воздействие на клетки и способствовать развитию патологических процессов. Это приводит к дисбалансу между оксидантами и антиоксидантами у больных с ХОБЛ и является основой этого патогенеза.

Вместе с тем, микроорганизмы и различные поллютанты активируют макрофаги, которые еще больше выделяют активные формы кислорода (АФК) и продукты свободно радикального окисления [2].

Воспалительный процесс дыхательных путей при ХОБЛ является причиной обструкции бронхов, где началом обострения является активная генерация АФК макрофагами, в том числе и экологически неблагоприятные факторы, которые инактивируют фермент α_1 -антитрипсина и повышают активность фермента эластазы, разрушающие альвеолярные стенки и бронхиальный эпителий[3].

При воздействии АФК уменьшается растворимость мокроты, вследствие образования дисульфидных и водородных связей между молекулами муцина и их полимеризации. Это приводит к повышению ее вязкости [3].

Увеличение слизи приводит к нарушению вентиляционно-диффузионной функции легких и может стать причиной дыхательной недостаточности, сужения просвета трахеи, а также активации процесса перекисного окисления липидов с последующим экссудативным воспалением в дыхательных путях[5].

При нормальном физиологическом состоянии стимуляция свободно радикального окисления в организме на фоне возникновения каких-либо изменений во внешней среде компенсируется соответствующим усилением активности антиоксидантной защитной системы (АОС). Однако при возникновении патологического состояния в организме,

может возникнуть нарушение равновесия между степенью активности выработки АФК, процесса свободно радикального окисления и степенью функциональной активности антиоксидантной защитной системы. Это в конечном итоге приводит к увеличению окислительных повреждений биомолекул, нарушению функциональной способности клеточек, и даже гибели организма [3,4].

При развитии патологии в организме человека возникновение этого дисбаланса может быть успешно предотвращено помощью природных или синтетических антиоксидантов. К ним относятся ферментные антиоксиданты: глутатионпероксидаза, супероксиддисмутаза, каталаза и неферментные антиоксиданты: витамины А,Е,С, глутатион, убихинон и церуллоплазмин [4,5].

Цель исследования. Изучение состояния прооксидантной системы и содержание водорастворимого антиоксиданта- аскорбиновой кислоты в сыворотке крови больных с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы. Для оценки состояния про-/антиоксидантной системы в сыворотке крови 30 больных с ХОБЛ в возрасте от 27-50 лет изучено содержание активных форм кислорода по методу в работе Като Т.С., 1973, конечного продукта распада перекисного окисления липидов- малонового диальдегида по методу Стальной И.Д., 1977 и количество неферментного антиоксиданта- аскорбиновой кислоты по его способности восстанавливать 2,6 ДХФИ.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу группам больных с ХОБЛ.

Результаты исследования. Интенсивность процессов свободно радикального окисления и перекисного окисления липидов у больных ХОБЛ оказалось статистически достоверно повышенным.

При сравнении с контрольной группой содержание активных форм кислорода (АФК) в сыворотке крови пациентов с ХОБЛ повышается на 30,9% ($84,6 \pm 0,7$ и $110,7 \pm 1,18$ ммоль/л).

При сравнении с контрольной группой, уровень МДА у этих больных превышал почти 2,6 раз ($1,2 \pm 0,04$ и $3,08 \pm 0,08$ мкмоль/л).

Выраженное повышение в сыворотке крови АФК и МДА у больных с ХОБЛ сопровождается значительным снижением антиоксидантного потенциала, о чём свидетельствуют результаты изучения неферментного антиоксиданта - аскорбиновой кислоты у больных с ХОБЛ, где наблюдалось по сравнению с контролем ($0,52 \pm 0,07$; $0,35 \pm 0,08$ мг/дл.) его снижение почти в 1,5 раза.

Накопление в сыворотке крови АФК и МДА свидетельствует об активации процессов свободно радикального окисления, развитии окислительного стресса и снижении антиоксидантной защитной системы.

Образующиеся свободные радикалы непосредственно участвуют в процессе развития ХОБЛ, вызывая повреждение фибробластов, липидного слоя сурфактанта лёгких, активируют процесс образования тромбосана и влияют на функцию ресничек мерцательного эпителия [3].

Окислительный стресс при ХОБЛ носит не только локальный, но и системный характер, при этом поражаются не только дыхательные пути, но и системная циркуляция, а это может способствовать повреждению эндотелия сосудов и развитию атеросклероза [5].

Существует несколько веществ, которые выполняют функцию первичной защиты организма от свободных радикалов. Среди них можно выделить глутатион, аскорбиновую кислоту, таурин, гипотаурин, мочевую кислоту и другие антиоксиданты [5].

Жирорастворимые витамины, особенно α -токоферол (витамин Е), также играют важную роль в системе защиты. Когда свободные радикалы атакуют, образуется токоферил-радикал, который требует восстановления системной глутатиона и аскорбиновой кислоты. β -каротин выполняет роль ловушки для синглетного кислорода и синергически действует с витамином Е, но только при низком уровне кислорода, в то время как витамин Е проявляет свою эффективность при высоком уровне кислорода.

Витамин Е защищает двойные связи β -каротина от окисления, что позволяет антиоксидантам работать вместе для повышения эффективности и сохранения структурной целостности молекул, которые являются частью системы [3].

Некоторые антиоксиданты вторичной защиты, такие как глутатион-S-трансферазы и некоторые оксидоредуктазы, не только проявляют пероксидазную активность, но и защищают клетки от липидной перекисидации.

Витамин С обладает выраженными антиоксидантными свойствами, регулирует окислительно-восстановительные процессы. Регулирует транспорт водорода во многих биохимических реакциях, улучшает использование глюкозы в цикле трикарбоновых кислот.

Аскорбиновой кислоте принадлежит важнейшая роль в поддержании системы антиокислительной защиты организма и его содержание в лёгких во много раз выше, чем в крови. Она как главный внеклеточный антиоксидант, содержится в бронхиальной слизи и защищает поверхность дыхательных путей от разрушительного влияния радикальных продуктов, выделяемых альвеолярными макрофагами. Аскорбиновая кислота также обладает способностью восстанавливать продукты окисления α -токоферола, регенерируя его антиокислительную активность.

Выводы. Активные формы кислорода запускают реакции свободно радикального окисления и процессы ПОЛ у больных с ХОБЛ, которые приводят к снижению содержания витамина С, что свидетельствует об ослаблении компенсаторной реакции звена антиоксидантной защиты.

Литература.

1. Калматов Р.К. Роль механизмов свободно радикального окисления в патогенезе локального поражения верхних дыхательных путей / Р.К. Калматов, С.Т. Жолдошев // Молодой ученый. - 2015. - Т.90, №10. - С.417-422.
2. Шаповалова Т.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких у пациентов кардиологического профиля / Т.Г. Шаповалова // Вестник современной клинической медицины. - 2016. - 9(1). - С.79-83.
3. Соодаева С.К. Нарушения окислительного метаболизма при заболеваниях респираторного тракта и современные подходы к антиоксидантной терапии / С.К. Соодаева, Климанов И.А. // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. -

2009. - №1. С.34–38.

4. Насырджанова Х. Р. Перекисное окисление липидов и состояние эндотелия сосудов при хронических заболеваниях легких. /Х.Р. Насырджанова // Диссерт. на соискание степ. к.б.н. Душанбе 2021, 150с.

5. Овчаренко С.И. Окислительный стресс и антиоксидантная терапия больных с хронической обструктивной болезнью лёгких /С.И. Овчаренко, В.А. Капустина// Болезни органов дыхания. -2011. -№1. -С.-7-11.

Наумова А. С., Симонян Р. З.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра Общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения Института непрерывного образования ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Россия.

Актуальность. К группе острых кишечных инфекций относятся заболевания, поражающие органы пищеварительного тракта и передающихся фекально-оральным механизмом. Наиболее частыми возбудителями являются бактерии (*S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. sonnei*, *V. cholerae*, *E. coli*, представители рода *Salmonella*), вирусы (*Rotavirus*, *Norovirus*, *Enterovirus*, *Hepatovirus*), простейшие (*Balantidium coli*, *Entamoeba histolytica*), грибки [1]. Проблема заболеваемости острыми кишечными инфекциями по-прежнему остаётся актуальной в силу контагиозности, высокой частоты распространённости, тяжелого течения и неконтролируемого распространения [2]. Эта группа заболеваний наносит серьёзный социально-экономический ущерб, поражая детей, взрослое трудоспособное население и являясь одной из групп инфекций, заражение которыми может произойти во время пребывания в стационаре.

Цель исследования. Оценить наличие изменений в структуре инфицирования острыми кишечными инфекциями и частоте их распространения в Курской области за период с 2012 по 2022 годы.

Материал и методы исследования. В качестве материала для проведения исследования были использованы госдоклады Управления Роспотребнадзора по Курской области о санитарно-эпидемиологическом благополучии в регионе с 2012 по 2022 годы, они являются надёжным источником первичных данных. Также были использованы материалы опроса по оценке гигиены питания жителей Курской области. Нами использовались методы статистики, вычисления средних величин и графического отображения данных.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе динамики общей заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Курской области с 2012 г. по 2022 г. наблюдается снижение заболеваемости на 43,7%. При этом значительно выросла заболеваемость в 2022 году и превысила показатели 2021 года на 25,4%. Среднее число случаев инфицирования в год за исследуемый период составило 350,4 на 100 тыс. населения. Наибольшая заболеваемость отмечена в 2014 году, наименьшая в 2021 году (рисунок 1).



Рисунок 1 – Общая заболеваемость острыми кишечными инфекциями на 100 тыс. населения за период с 2012 по 2022 годы

Во все исследуемые годы в структуре заболеваемости острыми кишечными инфекциями преобладают случаи заболеваний с не выявленной причиной. При этом их доля с 2012 г. до 2021 г. выросла на 14,6% и составила в 2021 году 83,4% от общей заболеваемости. В 2022 году наблюдается резкое снижение доли острых кишечных инфекций неустановленной этиологии до 55,8%, что является наименьшим показателем за исследуемый период.

За исследуемый период случаи групповой заболеваемости встречаются в 2018 и 2022 годах. В 2018 году отмечено 4 случая заболеваемости в организованных коллективах с общим числом инфицированных – 27 человек. В 2022 году выявлен 1 случай групповой заболеваемости с 5 инфицированными в возрасте до 18 лет.

Доля заболеваемости острыми кишечными инфекциями сальмонеллёзной этиологии в целом за исследуемый период возросла с 9,8% в 2012 году до 13,8% в 2022 году. При этом в структуре возбудителей сальмонеллёзов во все годы преобладают сальмонеллы группы D (*S. enteritidis*). Заболеваемость брюшным тифом в Курской области не регистрируется с 2004 года. Заболеваемость инфекциями сальмонеллёзной этиологии в расчёте на 100 тыс. населения снизилась с 2012 года в 1,3 раза. При этом наблюдаются периоды роста заболеваемости с 2016 по 2019 годы и в 2022 году. Заболеваемость сальмонеллёзами выросла с 3,12 на 100 тыс. населения в 2019 году до 25,33 на 100 тыс. населения в 2022 году.

Доля бактериальной дизентерии в структуре общей заболеваемости острыми кишечными инфекциями низкая.

Случаи заболевания шигеллёзами отмечены во все годы кроме 2021 года. При этом наблюдается снижение заболеваемости бактериальной дизентерией с 3,49 на 100 тыс. населения в 2012 году до 0,09 на 100 тыс. населения в 2022 годы. В среднем бактериальной дизентерией, начиная с 2019 года, болеет 1 человек в год. Возбудителями шигеллёзов за исследуемый период были шигеллы Зонне и Флекснера.

За исследуемый период наблюдается рост доли вирусных кишечных инфекций. В их структуре преобладают инфекции, преимущественно вызванные ротавирусом, их доля в 2022 году достигает 91,48% случаев. С 2012 года регистрируется заболеваемость норовирусной инфекцией, ставшей одной из основных причин формирования эпидемических очагов с алиментарным путём передачи инфекции в последнее время. Наблюдается рост абсолютного числа случаев заболевания острыми кишечными инфекциями, вызванными инфицированием вирусами, на 38,5% с 2012 по 2014 годы. Далее наблюдается общее снижение числа случаев заболевания вирусными кишечными инфекциями до 21 случая в 2021 году. В 2022 году наряду с повышением общей заболеваемости острыми кишечными инфекциями резко растёт абсолютное число случаев острых кишечных инфекций вирусной этиологии до 458 заболевших в год.

С целью оценки гигиены питания жителей Курской области был проведён опрос, в котором приняло участие 250 человек разных возрастных групп. Среди них было 72% женщин и 28% мужчин. Преобладающее число опрошенных относятся к возрастной категории 18-25 лет. На вопрос «Вы учитесь или работаете» были даны следующие ответы: только учусь (86,8% опрошенных), только работаю (6%), учусь и работаю (6,8%), не учусь и не работаю (0,4%). Также был задан ряд вопросов для определения уровня риска инфицирования кишечными инфекциями в повседневной жизни. Большинство участников опроса всегда моют руки перед едой, находясь дома, их доля составила 70,8%. При этом 25,6% опрошенных лишь иногда моют руки перед едой даже в домашних условиях. 3,6% участников анкетирования вовсе не моют руки перед едой, когда едят дома. Ещё большее число опрошенных (9,2%) не моет руки перед едой вне дома, что представляет собой довольно высокий риск инфицирования. При этом 49,6% всегда моют руки перед едой даже вне дома, а 41,2% моют, но иногда. Способ мытья рук также имеет значение. 55,6% моют руки менее минуты, но с мылом, 40,6% в течение минуты или больше с мылом. Однако 4% опрошенных вовсе не используют мыло и просто моют руки водой. Часть опрошенных употребляют в пищу невымытые овощи и фрукты, что может стать причиной инфицирования кишечными инфекциями алиментарным путём. 4,8% часто едят невымытые овощи и фрукты, а 15,2% делают это редко. Остальные 80% опрошенных не употребляют невымытые овощи и фрукты.

Выводы. За исследуемый период в целом наблюдается снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями. Однако в 2022 году число случаев заболевания ими резко возрастает. При этом растёт доля острых кишечных инфекций вирусной и невыясненной этиологии. Положительная динамика поддерживается для бактериальной дизентерии, число заболевших ею не превышает в последние годы 1 человека. Часть опрошенных не соблюдают основные гигиенические правила, что может привести к заболеванию кишечными инфекциями. Всё это говорит о необходимости соблюдения правил личной гигиены населением, проведении мероприятий по неспецифической и специфической профилактике острых кишечных инфекций, осуществлении санитарно-просветительской работы для предупреждения роста заболеваемости в последующие годы [3].

Список литературы.

1. Котова, А. А. Эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями у дошкольников / А. А. Котова // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. – 2022. – Т. 12, № S. – С. 183-184.
2. Малеев, В. В. Актуальные вопросы острых кишечных инфекций / В. В. Малеев, А. В. Горелов, Д. В. Усенко, К. В. Кулешов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. – №1. – С. 4-8.
3. Шве́ц, Ю. В. Гигиенический анализ острых кишечных инфекций / Ю. В. Шве́ц // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2018. – № S1. – С. 215-216.

Низомова С.Ф.

ВОЖАСОЗИИ ПАСВАНДИ –ГАР ДАР НАСРИ БАДЕЙ ВА ПУБЛИТСИСТИИ САДРИДДИН АЙНИ

Кафедраи забони тоҷикии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Мубрамияти мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки калимасози як василаи ғанӣ гардонидани таркиби луғавии забони тоҷикӣ буда, дар масъалаҳои баҳноки вожасозиву истилоҳсозӣ мусоидат хоҳад кард

Мақсади таъкикот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи осори насрии нависандаи варзида Садриддин Айний мавқеъ ва нақши калимасозии пасванди -гар-ро муайян намоем

Натиљаи таъкикот. Пасванди -гар дар форсии миёна дар шакли -гаг мавҷуд буд. Дар адабиёти классикӣ дар калимасозӣ мавқеи устувор дошт. Дар «Хамса»-и Низомии Ганҷавӣ калимаҳои *ангубингар*, *биногар*, *искиргар*, *лобагар*, *мӯягар*, *риёзатгар*, *санъатгар* ва амсоли инҳо ҷой доранд [3, 51].

Гар дар охири исм омада, сифати фоилӣ месозад: *коргар*, *заргар*, *оҳангар*, *мисгар*, *собунгар*, *кордгар* ва дигарҳо. «Азбаски -гар яке аз воситаҳои маъмули халқиву классикии калимасозист, дар забони адабии имрӯза ғаёл шудани он ҳеҷ ҷойи тааҷҷуб нест. Ин пасванд чи дар забони адабӣ ва чи дар забони шиғоҳӣ серистеъмол аст. -Гар аз исм сифати фоил месозад: *коргар*, *заргар*, *мисгар*...» [5, 125].

Дар «Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик» (1985) аз исмҳои моддӣ ва маънӣ исми шахс сохтани пасванди -гар зикр ёфтааст [2, 111]. Ин пасванд дар калимасозии исм серистеъмол мебошад. Дар осори нависанда калимаҳои *коргар* (63), *савдогар* (33), *зоратгар*, *фиребгар*, *тороҷгар* серистеъмоланд.

Зикр кардан бомаврид аст, ки пасвандҳои -гар ва -чӣ муродифи калимасозанд. Дар «Луғатномаи осори устод Айний» пасванди -чӣ серистеъмол буда, бо он 103 калима ва бо пасванди -гар 75 калима сохта шудааст. Бо ин пасванд дар осори насрии устод Айний беш аз 60 адад калимаи сохта кор фармуда шудааст.

Пасванди гар- аз исмҳои моддӣ исмҳои ифодакунандаи касбу машғулият месозад: *ангишт+гар*, *коса+гар*,

оҳан+гар: Калимаи *ангишт+гар* аз мафҳуми имрӯза ба кулӣ фарқ дорад. Дар он замон ҷӯбро нимсӯхта карда, ангишт тайёр мекарданд: *Ангиштгарон дар он чорбоғ чандин кӯра сохта он дарахтҳоро ғалтонда, сӯхта ангишт карда истода буданд* (Ёд., 157).

Бояд зикр намуд, ки имрӯз калимаи ангиштгар дар забон вучуд надорад, зеро бо он тарз ангишт тайёр карда намешавад. Дар мисолҳои зерин калимаҳои *каланд+гар*, *чит+гар*, *коса+гар* истифода гардидаанд, ки дар асрҳои IX-XX ба гурӯҳи хунароҳи маъмули мардуми тоҷик шомил буданд. Калимаҳои мазкур имрӯз ба гурӯҳи калимаҳои архаистӣ гузаштаанд. Калимаи *каланд+гар* аз истифода баромада, ба ҷойи он калимаи *каландсоз* ва *оҳангар* серистифода аст. Азбаски *каланд* аз маснуоти оҳан сохта мешавад, исми *оҳангар* серистеъмол аст. Калимаҳои *читгар* ва *косагар* низ аз истеъмол баромадаанд, гарчанде калимаҳои *чит* ва *коса* ҳамчун маҳсулоти ниёзи мардум истифода мегарданд. Дар замони гузашта *читро* бо таври дастӣ омода мекарданд. Косаро гарчанде *кулолгарон* месохтанд, мансуб ба чизи истеҳсолкардаашон устои *косагар* мегуфтанд: *Мегуфтанд 10 кас ҳаст, ки ҳар кадоми онҳо бо Устодӯстбойи каландгар каландҳои 5-килограммӣ фармуда гирифтанд*. (Ёд., 46.). *Устоамак ғайр аз кандакориҳои худ ба устохонаҳои дигар ҳам нақишҳои шинам кашида медод, аз ҷумла косагарон, читгарон ва гилкорон барои кори худ ба ӯ нақишаҳо фармуда мегурифтанд* (Ёд., 66). *Онҳо бандиро, чунон ки оҳангарон дукаса шуда оҳанро бар рӯйи сандон бо хоиск мекуфта бошанд, бо навбат саҳт мезаданд...* (Ғул., 354) ... ҳоло ҷомаи ӯ аз ҷомаи Хўҷаназар тозатар, шикамаи аз шиками Раҳим қассоб калонтар, ришаи аз риши Тўрақули равғангар ғўлитар ва ҳам равғаниттар аст (Ғул., 600).

Калимаи *ҳалвогар* аз исми *ҳалво* ва пасванди *-гар* сохта шуда, имрӯз ба гурӯҳи калимаҳои архаистӣ дохил шудааст. Ҳалворо ҳоло дар фабрикаҳои қаннодӣ истеҳсол мекунанд. Он замон касби маъмуле буд, ки бо усулҳои гуногун дастӣ ҳалво омода мекарданд. Ҷойи онро техникаи ҳозиразамон гирифтааст: *Ҳалвогарон хамири қиёмиро бо дастони худ як лўлаи дарозе сохта, ду нўги он лўларо ба ҳам пайванд дода як ҳалқа карданд...*

Калимаи архаистии *рехта+гар* аз сифати феълии *рехта* бо пасванди *-гар* омада, исми касбу машғулият сохтааст. Калимаи мазкур дар асар беш аз 10 маротиба истифода гардидааст. *Рехта+гар касеро ғўянд, ки филлизотро ғудохта, ба қолибҳо рехта, асбоби ғуногун месозад, оҳангудоз: Шайхӣ рехтагар дар замони ҷавониаш дар ҳавли худ дўкончаи рехтагарӣ мекардааст, рехтагарони бедўкону бедастгоҳро ба домаи кашида, корхонаи худро ривоч медод* (Ёд., 346).

Калимаи *тамошиогар* бо пасванди *-гар* сохта шудааст, аммо имрӯз ҷойи онро исми мураккаби *тамошиобин* гирифтааст. Вожаи сохтаи *тамошиогар* дар адабиёти классикии тоҷик мавқеи хос дошта дар осори нависанда серистеъмол аст. Академик М. Шакурӣ ба таърихи қадимаи доштани ин калима [5, 351-354] таъкид намуда, қорбурди онро дар забони адабии муосири тоҷикӣ ҷоиш медонанд. Калимаи *тамошиогар* шинаму зебост: *Ба саввум макон низ ҷойи нишаст, тамошиогарон рост аз тахтабаст...* (Ёд., 584).

Дар мисоли зерин калимаи *шуштагар* ба қор бурда шудааст, ки як навъи хунари қосибӣ ҳисоб мешуд. Нависанда *шуштагарро* чунин шарҳ медиҳад: *Шуштагар – пештар шаҳсеро мегуфтанд, ки қарбос ва ё дигар матои нав бофташударо бо зарби ҷўб дар об мешуст ва суфта мекард* [1, 662].

Бояд зикр намуд, ки калимаи *шуштагар* аз сифати феълии *шушта* ва пасванди исмсозии *-гар* бунёд гардида, аз нав эҳё кардани он дар забони адабии муосири тоҷик аз манфиат ҳолӣ нест: *Аз ҳама бештар қарбос мебофт, ӯ як қисми вайро ба шуштагар ба худ қурта-лозимӣ дўзонид, дигарашро абра ва астари қўрпаву қўрпача, болиши, дастархон ва дигар чизҳои дарқори хона дўзонда, ба читгар дода, ранг кунонида гирифт* (Ёд., 49).

Аз исми маънӣ исмҳои месозад, ки шаҳсро аз рӯйи ҳислату кирдораш маълум мекунанд: *Ва ҳол он ки, агар дар вақти зинда будани модаркалону бобоямон ин ҳавлиро нафурӯшем, аҷаб нест, ки Мулло Наврӯз барин як одами ҳаромхўри извогар рӯзе вайро аз дасти мо муфт гирад* (Ёд., 219). *Назар ба ақидаи шикоятгарон, он рақам ва ҳарфҳои маъниашон номаълум, ки дар он коғазҳо навиштагӣ буданд...* (Ёд., 299). *Ин ҳамон Раҳимдод буд, ки аз тарафи ғоратгарони туркман тохта шуда буд* (Ёд., 327). ... вақте ки комиссия ўро зада қин карда, аз вай чизе наёфт, мо монанди як ислоҳгар ба миёна даромада, он одамо дида ўро розӣ мекунем... (Ёд., 236).

Дар сохтани исмҳои касбу қор ва машғулият фаровон истифода мегардад: *дуредгар, ҷуфтгар: Боре масҷиди деҳаи Маҳаллаи Боло ғалтидааст, аҳолии он ҷо ба талаби устои дуредгар баромадаанд* (Ёд. 11). *Ва худам бар рӯйи тахта монанди ҷуфтгарон рост истода сағро мерондам* (Ёд., 184).

Калимаи лойгар дар қолаби лойгарӣ низ истифода гардидааст. Ҳар ду қолаб дар осори нависанда мушоҳида мегардад: *Зеро дар лойгарҳои зўр ҳарҳо қор намеомаданд* (Ғул., 402).

Дар асар исмҳои ҳосе, ки дар ин қолаб бунёд гардидаанд, низ ба назар расиданд. Чунон исмҳои ҳосе нисбат ба машғулияткунандагони чунин касбу қор ба миён омадаанд, аксаран макон ва маҳалро далолат мекунанд. Ин гуна калимаҳо ду пояи калимасозиро аз сар гузаронидаанд. Дар калимаҳои *Кемухтгарон*, *Заргарон*, *Мехчагарон* пасванди *-он* чун пасванди маконсоз адои вазифа намудааст: *Вақте ки мо ба гузари Кемухтгарон расидем, акаам дар барф лағжида афтид...* (Ёд., 176). *Аз тоқи Заргарон аз байни мадрасаҳои Мирзо Улўзбек ва Заргарон, аз гузарҳои Деғрезӣ, Мехчагарон, Қалобод ва дигарҳо гузашта ба гузари Ҷаъфархоча расидем...* (Ёд., 303)

Пасванди *-гар* исмсоз буда, дар сохтани сифат низ иштирок мекунанд. Ба вазифаи сифат омадани чунин калимаҳо дар ибора ё мазмуни ҷумла зоҳир мегардад: *ҷавобгар, фиребгар...* *Ба болои онҳо қасони ҷавобгар мондан... ҳар кадоми ин масъалаҳо масъалаҳои зарур ва муҳими имрӯза аст. Шумо ё содда ё фиребгар! – гуфт Қоришикамба қадре шўрида* (Ёд., 225).

Серистеъмолии пасванди *-гар* дар забони адабии ҳозираи тоҷик боиси пайдо гардидани калимаҳои нави тозабунёд мегардад. Ин ҳолатро М. Шакурӣ чунин баҳогузорӣ намудааст: “Мо бовар дорем, ки то андозае маҳдуд шудани амали *-чӣ* ва ба ин ваҳҷ афзудани роли дигари воситаҳо, аз ҷумла феъл шудани суффикси *-гар* тамоюли пурсамаре дар инкишофи забони адабиёт... Аммо дар ёд доштан лозим аст, ки имкониятҳои *-гар* бепоён аст. Бо ин суффикс калимаҳои аҷиб сохта шудаанд. Аз навъҳои гуногуни исм бо *-гар* калимаи нав сохтан мумкин аст” [6 170]

Хулоса. Пасванди калимасозии *-гар* дар осори нависанда серистеъмол буда, асосан аз исмҳои моддӣ ва маънӣ

исми ифодакунандаи касбу кор ва машғулият амал сохтааст, ки исмҳои мазкур моро бо хунарҳои мардуми тоҷик дар асрҳои гузашта шинос мекунад. Калимаҳои, ки бо ин пасванд сохта шудаанд, бештар ифодакунандаи мафҳуми касбу кор ва машғулият буда, баъзеи онҳо имрӯз аз истеъмол баромадаанд, чунончи: *косагар, ангиштгар, ливотагар* ва ғ.

Пасванди -гар бо дигар унсурҳои грамматикӣ ва калимасозӣ хусусияти синонимӣ дорад: 1. пасванди -чӣ –маслиҳатчӣ // маслиҳатгар;

2. бо исми кор- иғвогар // иғвокор, хиёнатгар// хиёнаткор.

Адабиёт:

1. Айний С. Кулӣёт. Чилди 11. Китоби 2. / Айний С. -Душанбе: Ирфон, 1964. -436с.
2. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. - Душанбе: Дониш, 1985.-қисми I: Фонетика, Морфология. - 356 с.
3. Низомова С. Ф. Калимасозии сарфӣ дар “Хамса”-и Низомии Ганҷавӣ./ С.Ф. Низомова Душанбе: матбааи ВКД. 2010. 178с.
4. Шукуров М. Забони мо-ҳастии мост./ М. Шукуров -Душанбе: Маориф, 1991. -232с.
5. Шукуров М. Ҳар сухан ҷоеву ҳар нукта макоме дорад./ М. Шукуров - Душанбе; Ирфон, 2005.-399 с.

Низомова С.Ф

МАВКЕИ КАЛИМАСОЗИИ ПЕШВАНДГУНАИ ХУШ- ДАР ЗАБОН АДАБИИ ТОҶИКӢ (дар асоси маводи насри бадии Садриддин Айний)

Кафедраи забони тоҷикӣи ДӢТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Мубраияти мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки калимасозӣ бо ёрии вандҳои калимасоз яке аз масъалаҳои мубрами илми забоншиносӣ ба ҳисоб рафта, омӯзиши роҳи воситаҳои калимасозӣ масоили муҳим дар назди муҳаққиқону забоншиносон қарор мегирад ва он метавонад ба масъалаҳои баҳсноки истилоҳсозиву вожасозӣ равшанӣ андозад.

Мақсади таъкиқот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи насри бадии нависандаи варзида Садриддин Айний мавқеи калимасозиву истилоҳофарии пешвандгунаи -**хуш**-ро муайян намоем.

Натиҷаи таъкиқот. Морфемаҳои калимасозии забони тоҷикӣ таърихи қадима доранд. Дар забони адабии тоҷикӣ як гурӯҳ калимаҳои решагӣ дар сохтани калимаҳо серистеъмол буда, аз ҷиҳати вазифа ва ифодаи маъноӣ луғавию грамматикӣ ба пасвандгуна ва пешвандгунаҳо ҷабоҳат доранд.

Аффиксид (пасвандгуна ва пешвандгунаҳо) калимаҳои мустақилмаъноӣ решагӣ, ки аз рӯйи таҳлили этимологӣ маъноӣ пурраи луғавӣ доранд, вале дар асоси таҳлили синхронӣ маъноӣ луғавӣи онҳо суст шуда, моҳиятан ба ванд баробар шудаанд ва дар калимасозӣ ҳамчун ванд истифода мешаванд. Дар байни олимони забоншинос чунин унсурҳои калимасоз бо истилоҳҳои *нимааффиксҳо, аффиксидҳо, шабеҳвандҳо, суффиксидҳо* ном бурда мешаванд. Бо истилоҳи *пешвандгуна* ва *пасвандгуна* ном бурдани чунин унсурҳо ҷои дониستم.

Забоншинос Ш. Бобомуродов ба ин гурӯҳ калимаҳои *хуш, нур, сер, бад, ранг, сар, дил*, асосҳои феъли *овар, ангез, дор, бахш, оmez, шинос, соз, бозро* зикр намуда, компонентҳои сермаҳсули исмҳои сифатҳои мураккаб меҳисобад [3, 92]. Калимаҳои *нур, хуш, сер* аз ҷумлаи пешвандгунаҳои мебошанд, ки дар осори нависанда дар сохтани калимаҳои мураккаб нақши муҳим доранд.

Забоншинос А. Байзоев ба чунин хусусиятҳои дорои будани *пешвандгуна* ва *пасвандгуна*ҳои таъкид намудааст:

1. *Суст шудани маъноӣ луғавӣ*; 2. *Ҳамчун калимаи мустақил истеъмол нашудан ё хеле кам истеъмол шудан*; 3. *ба вуҷуд овардани қатори калимасозӣ*; 4. *Ҳангоми тарҷума бо дигар забонҳо бештар бо аффиксҳои он забон мутобиқат пайдо кардан*; 5. *Дар дохили ҳамон як забон муродифҳои аффиксӣ доштан*; 6. *Дар дохили калимаҳо хусусияти аффиксиро соҳиб шудан* [2, 86]

Пешвандгунаи **хуш**- дар сохтани калимаҳои мураккаб серистеъмол буда, асосан исм ва сифат месозад. Дар асарҳои нависанда мавқеи қарбурди он гуногун сурат гирифтааст. Дар як асар ғаёлтар, дар асари дигар қамтар иштирок намудааст. Дар асар, ки хусусияти тавсифии зиёд дорад, вазъи хурсандибахши ҳаётро васф мекунад, бештар ба қор бурда шудааст. Маънии аслии калимаи *хуш-хуб, нек; зебо, дилқаш, гуворо, ширин, қорам, шод, хурсанд, хушрам* ва ба маънии *маҷозии бисёр, хеле, бале* [4, 512] аст.

С. Айний аз ин усули калимасозӣ хуб баҳра бурда, ба сухан қабии нав пӯшонидаст. Дар мисоли зерин калимаи *хуштул* қор бурда шуда, ки ин калима дар бештари луғатномаҳо зикр наёфтааст. Дар фарҳанг ба маъноӣ серпул, пулдор [5, 469] шарҳ ёфтааст: – *Дигар ин ки ту бисёр беморони хуштулро ба пеши ман овардӣ, дар қатори онҳо як беулро гузаронем, чӣ зарар дорад?* (Од., 100). Калимаи *хушҳазм* низ дар ин қолиб сохта шуда, қамистеъмол аст: ...*супориши қард, ки ҳамеша хӯроқҳои хушҳазми нурқувват бихӯрад...* (Од., 102)

Дар ин қолаб калимаҳои *хуш+ҳаво, хуш+либос, хуш+бӯй, хуш+забон, хуш+ған, хуш+борӣ, хуш+хӯр* ва ғайра бунёд гардидаанд, ки дар забони адабии ҳозираи тоҷикӣ баъзе дар ин қолаб истифода гарданд, қисми дигар қамистеъмол буда, дар услуби бадеи истифода мегарданд.

Дар ҷумлаҳои зерин калимаҳои *хуш+намо, хуш+бӯй, хуш+рабо, хуш+илҳон, хуш+хон* ба қор бурда шуда, ки калимаи *хушрабо* дар қолаби *дилрабо* бунёд гардида, дар луғатномаҳо зикр наёфтааст. Калимаи *хушрабо* аз пешвандгунаи *хуш* ва феъли рабудан бунёд гардидааст: *Ин манзараҳоро, ки тамошо қардед, бе сарфи зар ва бе ранҷи дастии қасе қувати табиат рӯнда, ба ин обурани хушрабо ҷилва қунондааст* (Од., 30). *Аз ҳама хушнамотар вазъияти Шоҳмирзо буд* (Од., 135). *Дар ҳақиқат ба Одина ба сабаби оино баромадани ба Шариф як хурсандиву як хушвақтии аз одат беруне рӯй дода буд* (Од., 135). ...*ҳамин ки ба домани қӯҳе ё марғзоре мерасед, ҳамаҳои бодии қорам ба ҳорӣ ба димоғатон як хушбӯии латифе мерасад* (Од., 29). *Агар дурусттар шустушӯ қунонда либосҳои хушнамо пӯшонда шаванд, дар бозор ба сари инҳо тилло ҳаҳад борид* (Ғул., 50),

Мурғи хушилҳон – булбули хушхон

Васфи гули рӯйи туро тарона қарда (Од., 62).

Калимаи **хушбахт**, аз пешвандгунаи **хуш**- ва исми **бахт** таркиб ёфта, ба маънии дар зиндагӣ комёб, сарфароз истифода мегардад: *Дуруст аст, ки барои Одина рӯзи хушбахтӣ ё шаби бадбахтӣ будани имшаб ҳанӯз маълум набуд* (Од., 67).

Дар осори нависанда калимаи **хуш** бо синонимҳои **симо**, **андом**, **рӯй**, **васл** гардида, калимаи нав сохтааст, ки маънии ҳусни инсонро бо обурани ҳисси мусбат ифода мекунад: *Бештари инҳо занон ва духтарони зебо, ҷавонони пурқуввати расо ва гуломбачагони хушсимоанд* (Ғул., 50)...як рафта он гуломбача ва канизакони **хушандомро** тамошо кунам» (Ғул., 51). *-Занаи хушрӯй будааст, ӯро пас аз ним соат мекуштем ҳам, мешудааст, -гӯён аз ҷояш хест касе, ки занро паҳи карда истода буд* (Ғул., 399).

Бояд зикр намуд, ки пешвандгунаи **хуш**- дар осори нависанда серистеъмол буда, дар ин қолаб аз ҳиссаҳои нутқ исм бештар истифода мегардад: **хуш+таъм**, **хуш+ҷавлон**, **хуш+толеъ**, **хуш+парвоз**, **хуш+забон**, **хуш+муомила**, **хуш+савод**, **хуш+ҳаво**, **хуш+либос**, **хуш+гап**, **хуш+тамъ**, **хуш+зеҳн** ва ғ. истифода гардидаанд, ки баъзеи ин калимаҳо дар ин қолаб дар забони адабии ҳозираи тоҷикӣ қор фармуда намешаванд. Калимаҳои **хуш+ҷавлон**, **хуш+зеҳн**, **хуш+савод** қор фармуда шудааст. Вожаи **хушзеҳн**-бозақоват, боақлу ҳуш, тезфаҳм [4, 513] буда, аммо вожаи **хушсавод** дар луғатномаҳо зикр наёфтааст, он ба маънои шахси босавод, саводнок истифода гардидааст. Калимаи **хушҷавлон** дар луғатномаҳо зикр нагардидааст, калимаи **ҷавлон** ба маънои **рафтори хиромон**, **озодона ба ҳар тараф ҳаракат кардан**, **хиромон рафтан**, **ҷилвакунон рафтан** [5, 764] шарҳ ёфтааст. Нависанда бо калимаи **хушҷавлон** равиши чашмаро шоирона тасвир намудааст: ...ҳамон дар ин роҳи зеризаминии худ чанд чашмаи дигарро ба худ ҳамроҳ кардааст, ки аз аввала пурзӯртар ва хушҷавлонтар шуда мебарояд (Дох., 5). Вожаи **хушбор** ба маънои ҷаззобу муассир навиштани фикр омадааст; калимаи **хушпарвоз** ба маънои маҷозии **зебо парвоз кардан** омадааст: *Хатро ҷунон дилчасп ва хушбора нависед, ки хонандаи он хат ба шавқ омада* (Ғул., 51). *Чоят бисёр хуштаъм шуда будааст, — гӯён ҷойи дар пешаи бударо нӯшид* (Ғул., 111). *Дар ин мунозираҳо на танҳо ҳамон 5 протсент хушзеҳнон, балки ҳамаи шогирдон иштирок мекарданд* (Ёд., 234). *Ёдгор афсӯс меҳӯрд, ки ҳамин замон ин мурғи хушпарвоз бе болу пар монда ба замин ҳоҳад афтод* (Дох., 225). ...ин китобчае буд, ки яке аз шоирони бекормондаи хушҳавсалаи Ҳиндустон бо усули «байтбарак» барои ҳар ҳарфи алифбои араб як ғазал гуфта вайро тартиб додаст (Ёд., 248). *Духтарак ҳам ба ин ҷавони хушзабони меҳрубон хушмуомила муҳаббати покдилони монда, аз вай ҷудо шудан ва як нафас бе ӯ монданро намехостааст* (Ёд., 93). *Падарам мегуфт, ки "падари Ҳабиба имоми деҳаи худ буда, аз хушсаводтарин имомҳои он даври пеш аст* (Ёд., 110).

Ба вазифаи ҷузъи асосӣ асосҳои феъл низ мушоҳида гардиданд, аммо каммаҳсуланд: Калимаи **хуш** бо асоси замони гузаштаи **омад**, асоси замони ҳозираи **гӯй** ва пасванди –й **васл** гардида, калимаи **хушодамгӯй** сохтааст, ки ҳислати манфии шахсро мефаҳмонад: лағандбардор, тамаллуқкор: *Корвониён фарёду ғигон мекарданд, бо лобаву хушодамгӯй ба навқарон ва зақотҷӣ мегуфтанд* (Од., 63). Вожаи **хушбошӣ-хуш бошед** гуфтан дар вақти видоъ. *Видоъ* [5, 445]. *Аз дуо фаромӯш накун, ҳазрат! — гӯён хушбошӣ кард* (Ғул., 125).

Хулоса. Пешвандгунаи **хуш**- бо чунин вандҳои калимасоз хусусияти ҳамвазифагӣ зоҳир мекунад, ки дар бештари маврид онҳо бо пешвандгунаи **пур**- аз ҷиҳати тобиши маъно фарқ мекунад: бо пешвандҳои **бо**-, **ба**- ва пасванди **-нок**: **хуш+савод** // **саводнок**, **босавод**, **басавод**; **хуш+муомила** // **бамуомила**.

Бояд зикр намуд, ки ин пешвандгуна имрӯз камистеъмолтар аст. Устод Айни аз рӯи имконоти услубӣ, барои образнок ифода намудани ҳодисаву воқеаҳо дар сохтани калимаҳои мураккаби тавсифӣ пешвандгунаи **хуш**-ро истифода намудааст.

Адабиёт:

- Байзоев А. Истилоҳот ва калимасозӣ дар “Донишнома”-и Абӯалӣ Ибни Сино./ Байзоев А. –Душанбе: “Андалеб Р”, 2016. 196с.
- Бобомуродов М. Ҷамъи мард дар фасоҳати гуфтори ӯст. Ҷ. 1/ Бобомуродов М. -Душанбе: “Эр-граф”, 2012. - 241 с.
- Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. - Душанбе: Дониш, 1985.-қисми I: Фонетика, Морфология. - 356 с.
- Фарҳанги забони тоҷикӣ (аз асри X то ибтидои асри XX): -М.: Сов. энциклопедия, 1969. Ҷ. 2. -948 с.
- Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ. -Душанбе, 2008.Ҷ.2. - 944с.

Николаева В.В., Файзилов И.У.

СВЯЗЬ ХИМИИ И БИОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ НА ПРИМЕРЕ ЗНАЧЕНИЯ АМИНОСПИРТОВ В ОРГАНИЗМЕ

Кафедра биоорганической и физколлоидной химии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Известно, что химия и биология являются основой медицины, позволяющие понять механизмы протекания многих процессов в организме и зависимость этих процессов от факторов не только внешней среды, но и внутренней, от наследственности и изменчивости, от специфики среды обитания, питания, быта и пр.

Организм человека представляет собой сложную систему согласованного взаимодействия работы всех органов, тканей и клеток под руководством головного и спинного мозга, передающих команды на совершение того или иного процесса, действия. Возьмем в качестве примера передачу нервного импульса. Казалось бы, что здесь сложного, это как бы норма вещей, однако при нарушении этого самого импульса возникает цепь негативных последствий[2].

Здесь мы должны вспомнить принцип работы рефлекторной дуги: Рецептор- чувствительный нейрон- вставочный нейрон- двигательный нейрон- рабочий орган. Казалось бы, так просто. Однако этому способствует множество химических процессов, сложная система передачи импульса через мембраны, с участием специальных веществ, ионов и молекул. Передача импульсов осуществляется химическим путём с помощью медиаторов или электрическим путём, посредством прохождения ионов из одной клетки в другую.

Цель исследования. Провести аналогию преемственности основополагающих курсов химии и биологии в медицинском вузе как основу изучения и понимания других профессиональных дисциплин.

Материалы и методы исследования. Современная педагогическая наука и практика, особенно химия в медицинском образовании, представляет собой инновационную веху в структурной организации учебного процесса. Одним из основных методов обучения химии нами выбран принцип преемственности и интереса студентов к химии, стремящегося к повышению функциональности химических знаний в процессе общей и профессиональной подготовки врача.

Результаты исследования и их обсуждение. Передача нервного импульса происходит в месте стыка клеток; этот стык называется «синапс». В синапсе встречаются аксон одной нервной клетки и тело или дендрит другой клетки. Причем интересно, что возбуждение может передаваться только в одном направлении: от аксона к телу или дендриту, но ни в коем случае не обратно [3].

Механизм передачи нервного импульса осуществляется при поступлении электрического импульса к пресинаптической мембране, включает процесс синаптической передачи, первым этапом которой является вхождение ионов Ca^{2+} в пресинапс сквозь мембрану через специализированные кальциевые каналы, локализованные у синаптической щели. Молекулы медиатора, высвобождаемые из пресинапса, связываются с рецепторами на постсинаптической мембране, в результате чего в рецепторных макромолекулах открываются ионные каналы. Ионы, которые начинают поступать внутрь постсинаптической клетки через открытые каналы, изменяют заряд её мембраны, что является частичной поляризацией (в случае тормозного синапса) или деполяризацией (в случае возбуждающего синапса) этой мембраны и, как следствие, приводит к торможению или провоцированию генерации постсинаптической клеткой потенциала действия [1,2].

Нельзя забывать и о некоторых других веществах, имеющих значение в передаче нервного импульса. К примеру, в программе кафедры биоорганической и физколлоидной химии есть такая тема: «Биологически важные гетерофункциональные органические соединения алифатического и бензольного рядов», целью которого является формирование знаний специфических химических свойств и пространственного строения алифатических и гетерофункциональных соединений и гетерофункциональных производных бензола как лекарственных средств. В этой теме мы рассматриваем несколько вопросов, в том числе некоторые аминоспирты, такие как коламин, холин, ацетилхолин, реакции их получения в организме и реакции окисления холина в организме.

Коламин или этаноламин всегда присутствует в незначительном количестве в организме человека и животных при полноценном белковом питании. В организме он образуется при декарбоксилировании аминокислоты серина. Дальнейшие пути превращений связаны либо с синтезом одного из фосфатидов - кефалина, являющегося фосфатидилэтаноломином, либо с превращением этаноламина в холин [2].

Как сам холин, так и многочисленные образующиеся из него в организме производные выполняют множество физиологических функций в организмах эукариот, включая человека, животных и растения. Среди наиболее важных биологических функций холина - его участие в качестве прекурсора для биосинтеза других важнейших клеточных компонентов и сигнальных молекул, таких, как фосфотиды, образующие двухслойные мембраны клеток и клеточных органелл, нейромедиатор ацетилхолин, и осмотический регулятор триметилглицин (бетаин) [4]. Эти процессы подробно рассматриваются на кафедре медицинской биологии с основами генетики в разделе «Цитология. Строение цитоплазматической мембраны», где подробно излагается роль фосфотидов и их производных в функции плазматической мембраны, в обеспечении сигналов и проведении питательных веществ и т.п.

Холин в организме используется для биосинтеза разнообразных фосфолипидов, таких, как различные фосфатидилхолины и сфингомиелины. Эти фосфолипиды обнаруживаются в составе наружных мембран клеток всех типов, а также в составе мембран большинства типов внутриклеточных органелл. Фосфатидилхолины являются структурно важным компонентом мембран клеток и клеточных органелл [4,5].

Холин необходим как прекурсор в биосинтезе нейромедиатора ацетилхолина. Этот нейромедиатор играет важнейшую роль в процессах сокращения мышц, в регуляции памяти и когнитивных функций, в эмбриональном, фетальном и постнатальном развитии мозга, в сохранении и поддержании нейропластичности и во многих других процессах.

Содержание ацетилхолина в тканях очень невелико, по сравнению с содержанием свободного холина или холин-содержащих фосфолипидов. Нейроны, синтезирующие ацетилхолин, запасают для этой цели холин в форме фосфатидилхолинов, а затем, при необходимости, высвобождают холин из фосфолипидов и используют его для биосинтеза ацетилхолина.

В митохондриях клеток человека и животных холин необратимо окисляется с образованием глицина-бетаина альдегида с помощью фермента холин-оксидазы. В дальнейшем глицина-бетаина альдегид окисляется митохондриальной или цитоплазматической бетаин-альдегид-дегидрогеназой с образованием триметилглицина (бетаина). Бетаин является важнейшим осморегулятором, а также донором метильных радикалов для образования S-аденозил-метионина [2].

На кафедре биологии в календарно-тематическом плане есть тема «Основы цитогенетики», где подробно рассматриваются все органоиды клеток, таких как митохондрии, комплекс Гольджи и пр., их функции, работа клеток и их взаимодействие, движение веществ, передача разного рода информации, которые опять же невозможны без химических веществ, механизм действия которых изучается в курсе химии, например в таких темах «Растворы», «Кинетика химических реакций», «Окислительно-восстановительные реакции», «Обменные реакции в растворах» и др.

Выводы. При согласованной работе кафедр возможно создание совершенно нового интегрированного курса, в котором будут исключены повторения и наоборот включены взаимодополняющие и расширенные трактовки учебного материала, который станет доступен в понимании студентами медиками многих процессов организма, лучшего усвоения, приобретения навыков и умений для дальнейшей практики будущего врача. Приобретенные знания студента

улучшат понимание многих процессов с точки зрения химии и биологии, а также станут основой знаний для изучения других предметов, таких как: гистология, нормальная и патологическая физиология, фармакология, а в дальнейшем в практике врача облегчит правильную постановку диагноза.

Список литературы.

1. Болдырев А.А. Нейрохимия / А.А. Болдырев, Н.Д. Ещенко, В.А. Илюха, Е.И. Кяйвярйянен// 2010. - 398 стр.
2. Каменская М. А. Основы нейробиологии: учебник для медицинской специальности / М. А. Каменская, А. А. Каменский. - Москва: Дрофа, 2014.
3. Dietary Betaine Promotes Generation of Hepatic S-Adenosylmethionine and Protects the Liver from Ethanol-Induced Fatty Infiltration / Anthony J. Barak, Harriet C. Beckenhauer, Matti Junnila, Dean J. Tuma // Alcoholism Clinical and Experimental Research. - 1993. - Vol. 17, no. 3 (1 июнь). - P. 552-555. - doi:10.1111/j.1530-0277.1993.tb00798.x.
4. Handbook of Vitamins / Janos Zempleni, John W. Suttie, Jesse F. Gregory III, Patrick J. Stover // 5th edition. - CRC Press, 2013. -P. 459-477. - 605 p. - ISBN 978-1466515567.
5. Abnormal liver phosphatidylcholine synthesis revealed in patients with acute respiratory distress syndrome /Ahilanan-danDushianthan, Rebecca Cusack, Michael P W Grocott, Anthony D Postle // Journal of Lipid Research. - 2018. - Vol. 59, no. 6 (1 июнь). -P. 1034-1045. -doi:10.1194/jlr.P085050.

Норжигитов А.М., Хамидова Ф.М., Шарипов У.М.

МОРФОХАРАКТЕРИСТИКА АПУДОЦИТОВ ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра патологической анатомии Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В последние годы принято считать, что бронхоэктатическая болезнь является мультиэтиологической патологией, в патогенез которой вовлечено сложное взаимодействие между организмом, респираторными патогенами и факторами окружающей среды. Заболеваемость у детей в возрасте 0–14 лет, проживающих в развитых странах, считается низкой и колеблется, например, от 0,5 на 100 000 детей в Финляндии до 3,7 на 100 000 детей в Новой Зеландии [3]. В Индии в связи с неудовлетворительным уровнем оказания медицинской помощи у детей до 4 лет после перенесенной пневмонии бронхоэктазы диагностируются в 212– 2646 случаях на 1 млн детей в год [4]. Имеются статистические сведения в РФ о распространенности нозологических форм, соответствующих по МКБ-10 кодам J44 (другая хроническая обструктивная легочная болезнь) и J47 (бронхоэктатическая болезнь), детей от 0 до 14 лет: 98,3 на 100 000 в 2010 г. и 89,3 на 100 000 детского населения в 2011 г. [1].

В последние годы проводятся интенсивные исследования нейроэндокринных клеток АПУД-системы легких при многих физиологических и патологических состояниях органа [2]. Однако до настоящего времени не изучены особенности строения эндокриноцитов легких у детей при бронхоэктатической болезни, что способствует допущению ошибок при обследовании подобных больных [5].

Цель исследования. Выявить состояние апудоцитов при бронхоэктатической болезни у детей.

Материал и методы исследования. Изучены доли или фрагменты легких, удаленных вовремя операции по поводу бронхоэктатической болезни у 22 детей в возрасте от 5 до 12 лет. Из разных отделов операционного материала вырезали 5-7 кусочков, которые фиксировали в 12% нейтральном формалине и жидкости Буэна. Срезы окрашены гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, резорцин-фуксином по Вейгерту. Для выявления эндокринных структур бронхов (апудоцитов) применена импрегнация срезов азотнокислым серебром по методу Гримелиуса (двойная импрегнация).

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование наличия апудоцитов в легких при бронхоэктатической болезни позволило обнаружить их только в многорядном эпителии. Эти клетки относятся к открытому типу, имеют веретенообразную форму. Апикальный отросток длинный, извитой, он достигает просвета бронха и заканчивается небольшим булавовидным утолщением. Базальная часть апудоцитов слабо импрегнирована, что является признаком выделения секрета (рис.1).

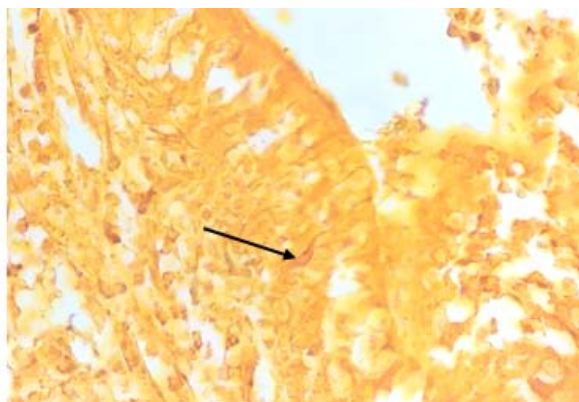


Рис.1. Аргирофильный апудоцит в многорядном эпителии бронха. Импрегнация по методу Гримелиуса. Об.40, ок.10.

Их слизистая оболочка содержит сосочковые разрастания, отмечается перибронхиальный склероз. В просвете бронхов находится экссудат с лейкоцитами. Респираторный отдел представлен как эмфизематозно расширенными альвеолами, так и участками ателектаза. В альвеолах находится серозная жидкость. В интерстиции отмечается лимфо-

плазмоцитарная инфильтрация, в просвете некоторых альвеол – альвеолярные макрофаги. Отмечаются дистрофические изменения желез, гибель секреторных клеток. В некоторых случаях хроническое воспаление приводит к дистрофическому изменению хрящей. Описанные выше изменения свидетельствуют о наличии гнойного воспалительного процесса, который сопутствует бронхоэктатической болезни.

При средних и тяжелых формах болезни в слизистую оболочку проникает большое количество лимфоцитов и тучных клеток, выбрасывающих провоспалительные интерлейкины и биогенноактивные вещества, которые через базальную мембрану проникают в эпителий и формируют большое количество клеток в состоянии апоптоза. Эпителий разрушается. При тяжелой стадии заболевания он представлен однослойным недифференцированным эпителием, который подвергается действию со стороны NK-лимфоцитов.

Ослабление защитных механизмов ведет к перестройке эпителия, гиперплазии бокаловидных клеток и бронхиальных желез, дискоординации секреции и мукоцилиарного транспорта. Усиливается секреция вязкой мокроты, возникает отек стенки бронха. Это довоспалительная стадия хронического бронхита. Затем присоединяются воспалительные изменения с инфильтрацией стенки бронха лимфоцитами, макрофагами и другими клеточными элементами. Постепенно нарастают грануляционная ткань, гипертрофия мышечных пучков, периваскулярный склероз, а в дальнейшем фиброз мышечной оболочки бронха (рис.2.).

Проведенное исследование показало, что при воспалительных процессах в легких, связанных с бронхоэктатической болезнью, отмечается взаимодействие иммунных и эндокринных структур в эпителии. По-видимому, совместное их расположение способствует выполнению лимфоцитами афферентной функции.

Хорошо известна роль клеток АПУД-системы в развитии лёгкого и постнатальной перестройке кровообращения у плодов и новорождённых. В экспериментальных условиях апудоциты освобождают секреторные гранулы под воздействием острой или хронической гипоксии, гиперкапнии, при раздражении окисью азота и различными лекарственными и наркотическими средствами (никотин, резерпин, ионофорез кальция). Апудоциты участвуют и в патогенезе заболеваний. Их гиперплазия отмечается у пациентов с острыми пневмонитами, хроническими обструктивными болезнями легких, у злостных курильщиков, у пациентов с неиммунной бронхиальной астмой, у детей с бронходисплазиями [2].

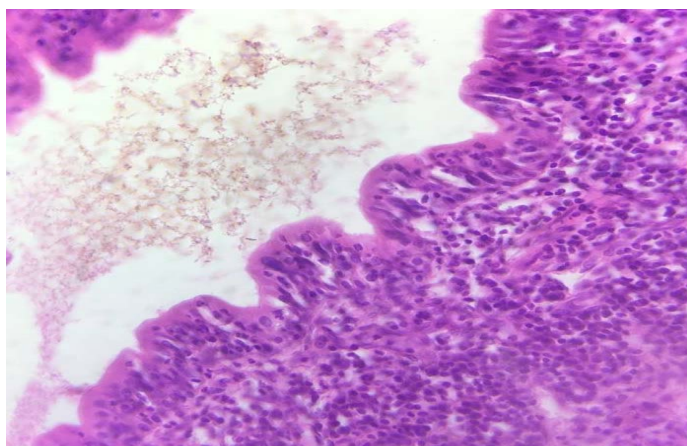


Рис.2. При бронхоэктатической болезни состояние слизистой оболочки среднего бронха. В подслизистом слое определяются нейтрофилы, макрофаги, массивная инфильтрация лимфоцитами. Окраска гематоксилином и эозином. Об.40, ок. 10.

Выводы. Следовательно, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что апудоциты участвуют и в патогенезе заболеваний. Морфологические изменения - гиперплазия бокаловидных клеток и бронхиальных желез, дискоординации секреции и мукоцилиарного транспорта. характеризуют различные проявления патологии при бронхоэктатической болезни. В дальнейшем присоединяются воспалительные изменения с инфильтрацией стенки бронха лимфоцитами, макрофагами и другими клеточными элементами. Постепенно нарастают грануляционная ткань, гипертрофия мышечных пучков, периваскулярный склероз, а в дальнейшем фиброз мышечной оболочки бронха. При нарушении структуры эпителия и отсутствии в нем эндокринных клеток, процессы иммуногенеза протекают под эпителием. Появление многочисленных плазмоцитов свидетельствует об интенсивной эфферентной фазе развития иммунитета.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Бронхоэктазы у детей. Союз педиатров России 2016. [Clinical guidelines. Bronchiectasis in children. The Union of Pediatricians of Russia 2016. (in Russ)] <http://kokb45.ru/wp-content/uploads/2018/06/ Bronhoektazy-u-detej.pdf>
2. Хамидова Ф.М. Морфология эндокринного обеспечения гортани при экспериментальном хроническом ларингите// Материалы V Съезда Российского общества патологоанатомов с международным участием.- 2017. С. 342-344.
3. Goyal V., Grimwood K., Marchant J., Masters I.B., Chang A.B. Pediatric bronchiectasis: No longer an orphan disease. //Pediatr Pulmonol. – 2016. - №51(5). – P.450–469. DOI: 10.1002/ppul.23380
4. Gupta A.K., Lodha R., Kabra S.K. Non Cystic Fibrosis Bronchiectasis. //Indian. J. Pediatr. – 2015. - №82(10). – P. 938–44. DOI: 10.1007/s12098-015-1866-4
5. Islamov Sh.E. Subjectivity in defects in rendering medical aid // European science review, Vienna, 2018. № 11-12. P. 95-97.

Нурализода М.А., Саидова М.Г., Халимова Ф.Т.
ВЗАИМОСВЯЗЬ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ И ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ НАВЫКОВ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТА
 Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В современном обществе интернет стал неотъемлемой частью жизни молодежи, включая студентов медицинских вузов. Однако чрезмерное увлечение интернетом может привести к формированию интернет-зависимости, что, в свою очередь, может влиять на коммуникативные навыки и компетентности[1]. Для будущих медиков, чья профессия требует высокого уровня коммуникативных навыков для взаимодействия с пациентами, это может стать серьезной проблемой [2]. Таким образом, изучение взаимосвязи между коммуникативной компетентностью и интернет-зависимостью у студентов-медиков становится актуальным и важным для определения возможных рисков и разработки методов профилактики.

Цель исследования. Исследовать корреляцию между коммуникативной компетентностью и интернет-зависимостью у студентов-медиков и оценить влияние интенсивности интернет-использования на динамику их коммуникативных навыков.

Материал и методы. В рамках научного исследования было проведено обследование 210 студентов второго курса ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", возрастом 18-19 лет. Из них 48 (43,6%) девушек и 62 (56,3%) юношей. Для решения поставленной задачи были использованы: шкала интернет-зависимости А. Жичкиной (1999), опросник Кимберли Янг (1994), опросник Е. А. Щепиловой "Восприятие интернета". Эмпирическое исследование коммуникативной компетентности студентов по методике КОС-1 (В. В. Синявский, Б. А. Федоришин). Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи прикладных программ EXEL.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов интернет-зависимости студентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика интернет-зависимости студентов по шкале А.Жичкиной

Уровень зависимости	Количество человек	%
Склонны	121	59
Несклонны	89	41
Общее число	210	100

Как видно из таблицы, 59% студентов проявляют склонность к интернет-зависимости. Это может свидетельствовать о высокой степени вовлеченности студентов в виртуальное пространство, что может влиять на их социальное взаимодействие, учебную деятельность и общее психоэмоциональное состояние. 41% студентов не проявляют признаков склонности к интернет-зависимости. Это говорит о том, что у данных студентов более устойчивые. В целом, полученные результаты указывают на необходимость дальнейшего изучения проблемы интернет-зависимости среди студентов, а также разработки мер по профилактике и коррекции данного явления. Таким образом, нами было выявлено, что 59% студентов находятся в зоне риска интернет-зависимости. С целью определения уровня зависимости был проведен анализ с использованием опросника Кимберли Янг. Результаты представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, ИЗ являются 12% студентов. Для них интернет становится неотъемлемой частью жизни, что может вызывать проблемы в общении, учебе и повседневной жизни. 54% студентов относятся к категории ЧПИ. Эти студенты проводят в интернете значительное количество времени, однако они еще сохраняют способность контролировать свое время в сети и не испытывают сильной зависимости. 34% студентов являются ОПИ. Они используют интернет в меру, не допуская чрезмерного времени проведения в сети и не испытывая признаков зависимости. В целом,

Таблица 2

Характеристика уровня ИЗ у студентов по опроснику Кимберли Янг

Уровень зависимости	Количество человек	%
Интернет-зависимый (ИЗ)	25	12
Чрезмерный пользователь интернета (ЧПИ)	113	54
Обычный пользователь интернета (ОПИ)	71	34
Общее число	210	100

данные указывают на то, что большая часть студентов имеет тенденцию к чрезмерному использованию интернета. Это требует внимания и разработки программ по профилактике интернет-зависимости и формированию правильных интернет-привычек среди студентов.

Данные анализа мотивов использования ресурсов интернета представлены в таблице 3.

Таблица 3

Анализ мотивации использования интернета по опроснику Е.А.Щепиловой "Восприятие интернета"

Мотивы использования интернета	Студенты (%)
Нецеленаправленное поведение в интернете	32
Интернет для поиска и хранения информации	74
Прослушивание музыки в интернете	2
Интернет как развлечение	42
Интернет для учебы	16
Интернет как способ уйти от реальности	32
Интернет как средство общения	26
Свободное времяпровождение	10

Из таблицы видно, что 74% студентов используют интернет для поиска информации, 42% - для развлечений. 32% респондентов демонстрируют нецеленаправленное поведение или стремление уйти от реальности. 26% активно общаются в сети, 16% используют интернет для учебы. 10% проводят время в сети без конкретной цели, а 2% слушают музыку. В целом, результаты исследования показывают, что интернет играет важную роль в жизни современных студентов, однако стоит обратить внимание на потенциальные риски связанные с нецеленаправленным поведением в сети и стремлением уйти от реальности.

Анализ данных опросника "Каковы ваши коммуникативные и организаторские способности" (КОС-1) представлены в таблице 4.

Таблица 4

Анализ коммуникативных и организаторских способностей студентов (КОС-1)

Интернет аддикция	Уровень КОС (%)		
	Низкий	Средний	Высокий
ИЗ	17	12	3
ЧПИ	8	2	5
ОПИ	3	10	50
Общее число	28	24	58

Из таблицы видно, что среди студентов с выраженной интернет-зависимостью (ИЗ) 17% имеют низкий уровень КОС, 12% - средний, и лишь 3% - высокий. Это может говорить о том, что чрезмерное погружение в интернет может негативно сказываться на развитии коммуникативных и организаторских навыков. Среди чрезмерных пользователей интернета (ЧПИ) 8% имеют низкий уровень КОС, 2% - средний, и 5% - высокий. Эти данные указывают на то, что даже чрезмерное, но не зависимое использование интернета может влиять на коммуникативные способности студентов. Обычные пользователи интернета (ОПИ) в большинстве своем обладают высоким уровнем КОС - 50%. При этом 10% из них имеют средний уровень, и только 3% - низкий. Это говорит о том, что умеренное использование интернета может способствовать развитию коммуникативных и организаторских навыков. В целом, результаты исследования показывают, что степень интернет-зависимости может влиять на коммуникативные и организаторские способности студентов. Чрезмерное погружение в интернет может снижать уровень данных способностей, в то время как умеренное использование интернета может способствовать их развитию.

Выводы. Исследование выявило высокую степень вовлеченности студентов в интернет-пространство. Большинство (59%) находятся в зоне риска интернет-зависимости, что может негативно отражаться на их социальном взаимодействии и учебе. Особенно тревожным является факт, что 12% из них являются выраженными интернет-зависимыми. При этом интернет служит важным источником информации для 74% студентов, а 42% используют его в качестве развлечения. Однако 32% студентов проявляют нецеленаправленное поведение в сети или стремятся уйти от реальности, что указывает на потенциальные риски. Кроме того, выявлена связь между интернет-зависимостью и уровнем коммуникативных и организаторских способностей: студенты с выраженной зависимостью чаще имеют низкий уровень КОС. Выводы исследования акцентируют внимание на необходимости профилактики интернет-зависимости и формирования у студентов правильных интернет-привычек.

Литературные источники

1. Халфина Р.Р., Хабибуллина И.Р. Специфика проявления социальной фрустрированности личности с кибераддикцией // Вестник Психосоциологии. 2021. № 1. С. 61-66.
2. Халфина Р.Р., Тимербулатов И.Ф. Биологические факторы формирования девиантного поведения подростков с точки зрения биопсихосоциальной модели // приложение международного научного журнала "Вестник Психосоциологии". 2021. № 1. С. 58-59.

Нурализода М.А., Саидова М.Г., Халимова Ф.Т.

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В современном мире информационные технологии проникли во все сферы жизни человека, приводя к постоянному потоку информации, которому подвергается каждый из нас ежедневно. Этот избыток информации может вызывать стресс, который, в свою очередь, оказывает воздействие на различные системы организма, в том числе на сердечно-сосудистую. Сердечно-сосудистая система играет ключевую роль в обеспечении жизнедеятельности организма, реагируя на различные внешние и внутренние факторы [1]. Информационный стресс может стать причиной нарушений в работе этой системы, что, в свою очередь, может привести к развитию различных заболеваний и ухудшению качества жизни. Учитывая высокую степень вовлеченности человека в информационное пространство и потенциальные риски для здоровья, изучение влияния информационного стресса на функциональные показатели сердечно-сосудистой системы становится крайне актуальным. Понимание механизмов воздействия информационного стресса на организм позволит разработать методы профилактики и коррекции возможных нарушений, а также повысить уровень здоровья населения в условиях современного информационного общества [2].

Цель исследования. Изучить характеристики основных показателей сердечно-сосудистой системы у студентов с различной степенью интернет зависимости.

Материал и методы. В рамках научного исследования было проведено обследование 210 студентов второго курса ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", возрастом 18-19 лет. Из них 48 (43,6%) девушек и 62 (56,3%) юношей.

На первом этапе исследования была проведена диагностика уровня интернет-зависимости с применением методики Кимберли Янг (1999 г.). На основе полученных данных респонденты были распределены на три группы: интернет-зависимые (ИЗ), чрезмерные пользователи (ЧП) и обычные пользователи (ОП). На втором этапе с использованием программно-аппаратного комплекса осциллометрического анализатора АПКО-8-РИЦ были определены ключевые показатели функционирования сердечно-сосудистой системы, включая гемодинамические параметры, тонус сосудов и регуляторные механизмы артериального давления. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи прикладных программ EXEL.

Результаты и обсуждение. При детальном анализе данных, полученных в ходе регистрации параметров сердечно-сосудистой системы у исследуемых студентов, было выявлено, что большинство из них имеют показатели, соответствующие возрастным стандартам. Тем не менее, в данных наблюдаются определённые отклонения, которые, как предполагается, могут быть связаны с интенсивностью и характером использования Интернет-ресурсов в процессе учебной деятельности в вузе. Эти изменения могут быть как временными, так и долгосрочными, и их характер зависит от длительности и частоты пребывания студентов в сети Интернет, а также от содержания просматриваемой информации. В таблице 1 представлены средние значения основных показателей сердечно-сосудистой системы у студентов, а также их отклонения в зависимости от степени интернет-активности. Как видно из таблицы, студенты из группы ИЗ имеют наибольшее значение ЧСС ($84,3 \pm 2,6$ уд/мин.), что было значимо выше по сравнению с ЧПИ ($76,2 \pm 2,7$ уд/мин.) и ОП ($74,2 \pm 2,1$ уд/мин.). Показатели минутного объема схожи у всех групп, однако ЧПИ имели незначительное увеличение этого показателя ($6,5 \pm 0,1$ л/мин.) по сравнению с ИЗ ($6,1 \pm 0,09$ л/мин.) и ОПИ ($6,2 \pm 0,2$ л/мин.). Наибольший сердечный индекс был у ЧПИ ($4,1 \pm 0,12$ л/мин. м²), в то время как у ИЗ и ОПИ этот показатель был схож ($3,1 \pm 0,09$ и $3,2 \pm 0,1$ л/мин. м² соответственно). Интернет-зависимые студенты имели наименьшие значения ударного объема ($76,6 \pm 3,6$ мл) и ударного индекса ($47,0 \pm 2,4$ мл/м²) по сравнению с другими группами. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что уровень интернет-активности может влиять на функциональные показатели сердечной деятельности. Интернет-зависимость ассоциируется с повышенной ЧСС и снижением ударного объема и ударного индекса, что может указывать на потенциальные риски для сердечно-сосудистой системы у этой категории пользователей.

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей сердечной деятельности у интернет зависимых, чрезмерных и обычных пользователей (M±m)

Группы	Наименование показателя				
	ЧСС, уд/мин.	Минутный объем (сердечный выброс), л/мин.	Сердечный индекс, л/мин.м ²	Ударный объем, мл	Ударный индекс, мл/м ²
ОП	$74,2 \pm 2,1$	$6,2 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,1$	$97,5 \pm 3,9$	$50,8 \pm 2,9$
ЧП	$76,2 \pm 2,7$	$6,5 \pm 0,1$	$4,1 \pm 0,12$	$88,7 \pm 3,9$	$55,9 \pm 2,8$
ИЗ	$84,3 \pm 2,6^{+*,+++}$	$6,1 \pm 0,09^{+*}$	$3,1 \pm 0,09^{+*}$	$76,6 \pm 3,6^{+*,+++}$	$47,0 \pm 2,4^{+*,+++}$

+ по сравнению с ЧП; ++ с ОП

Сосудистый тонус влияет на работоспособность ССС, определяя степень сокращения сосудов и их адаптацию к различным условиям. Он обеспечивает кровоснабжение и стабильное давление. В исследовании анализировался тонус сосудов у студентов, чтобы оценить влияние интернет-активности на него. Результаты этого анализа представлены в таблице 2. Эти данные позволяют нам оценить, как влияет уровень интернет-активности на состояние сосудистого тонуса у студентов и выявить возможные отклонения от нормы. Как следует из табл. 2, основные показатели сосудистого тонуса у студентов всех групп варьируют в пределах возрастной нормы. При этом у студентов ИЗ и ЧПИ общее (ОПСС) и удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПСС) повышается, что свидетельствует о напряжении механизма функционирования сердечнососудистой системы, так как для преодоления повышенного ПСС сердцу требуется расходовать больше энергии, проталкивая кровь по сосудам. У студентов ОПИ, судя по результатам исследования, наблюдается иная динамика: значения ОПСС и УПСС варьируются в оптимальных значениях. Наиболее высокие значения показателей диастолического, систолического, среднего, бокового и ударного давления регистрировались у студентов ИЗ группы. Сравнительная характеристика основных гемодинамических показателей у ИЗ, ЧПИ и ОПИ представлены в табл. 3. Из таблицы видно, что у студентов ИЗ группы за весь период обучения отмечены высокие значения САД, которые сопровождались высокими показателями среднего, бокового и ударного АД, причём, в этих изменениях отражались высокие значения ОПСС и УПСС, т.е. высокий тонус сосудистого русла, то у ЧП группы одной из основных причин высоких значений АД служили высокие показатели ударного объёма и ударного индекса.

Таблица 2

Сравнительная характеристика тонуса сосудов у интернет зависимых, чрезмерных и обычных пользователей (M±m)

Группы	Показатели				
	ОПСС дин×см-5 ×сек	УПСС у. е.	В кровотокалин. см/сек	ПСС мл/мм.рт.ст.	V пульс. волны, см/сек.
ОП	1123 ± 38	$21,9 \pm 0,7$	$39 \pm 1,3$	$1,67 \pm 0,1$	1102 ± 36
ЧП	$1154 \pm 22^{+*}$	$23,9 \pm 0,7$	$39,9 \pm 0,8$	$1,71 \pm 0,01^{+*}$	1098 ± 23
ИЗ	$1231 \pm 23^{+++}$	$25,6 \pm 0,7^{+*}$	$40,0 \pm 1,0^{+*}$	$1,53 \pm 0,07^{+++}$	1104 ± 42

+ по сравнению с ОП; ++ с ЧП

Из таблицы видно, что у студентов ИЗ группы за весь период обучения отмечены высокие значения САД, которые сопровождались высокими показателями среднего, бокового и ударного АД, причём, в этих изменениях отражались высокие значения ОПСС и УПСС, т.е. высокий тонус сосудистого русла, то у ЧП группы одной из основных причин высоких значений АД служили высокие показатели ударного объёма и ударного индекса.

Таблица 3

Сравнительная характеристика показателей гемодинамики у интернет зависимых, чрезмерных и обычных пользователей (M±m)

Группы	Показатели				
	ДАД	САД	Среднее АД	Боковое АД	Ударное АД
ОП	54,5 ± 2,1	118,5 ± 4,2	87,0 ± 3,1	91,5 ± 2,1	27,4 ± 4,4
ЧП	67,7 ± 1,5 +++	124,9 ± 1,9 +*, +***	96,3 ± 1,5 +*	94,3 ± 1,2 +***, +***	29,6 ± 1,7 +***, ++
ИЗ	72,4 ± 1,09 +*, ++	130,3 ± 1,5 +*, +***	101,4 ± 1,6 +++	105,4 ± 1,3 ++++***	35,8 ± 1,4 +*, +***, +***

+ по сравнению с ОП; ++ с ЧП группами

Выводы. В ходе исследования выявлены адаптационные реакции организма студентов медицинского университета при использовании компьютерных технологий. Напряжение регуляторных систем зависит от информационного стресса. Особенно заметные изменения в гемодинамике у студентов ИЗ и ЧП групп. 84% студентов ИЗ и 37% ЧП имеют гипертонический статус. Гемодинамические сдвиги и вегетативная дисрегуляция у студентов ИЗ вызывают тревогу. Чрезмерное использование интернета может привести к срыву адаптации и истощению функциональных резервов.

Список литературы

1. Руженкова В.В. Влияние учебного стресса на проявление тревожных и тревожно-фобических расстройств у студентов-медиков 1 курса / В.В. Руженкова, В.А. Руженков, И.Ю. Шкилева и др. // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. – 2020. – Т. 41, № 2. – С. 305–316.
2. Герасимова, О.Ю. Эмоционально-психологические отклонения в здоровье студентов на этапе получения ими образования / О.Ю. Герасимова, А.Ю. Маркина // Теория и практика современной науки. – 2021. – № 1 (19). – С. 251–254.

Нурматова М.Р.

РОЛЬ СИСТЕМЫ СВЯЗИ И РАДИО СЕВЕРНЫХ РАЙОНОВ РМЦИИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ РОЛЬ СИСТЕМЫ СВЯЗИ И РАДИО СЕВЕРНЫХ РАЙОНОВ ТАДЖИКИСТАНА В ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Широкое использование средств связи Советской властью началось с первых дней после победы Октябрьской революции 1917 г., и главная роль в этом процессе отводилась радиовещанию. Информация, передаваемая по радио, очень быстро распространялась по всей стране. Первая передача информации по радио из города Москва в Среднюю Азию состоялась в конце декабря 1919 г., когда Ходынская (Московская) радиостанция дала в эфир выпуск новостей Российского телеграфного агентства. Причем работа по налаживанию радиосвязи, телефонизации и работа телеграфа шла одновременно, и управляло ее одно ведомство.

Согласно мнению известного русского историка в области вещания, Л. С. Лейтеса, регулярное радиовещание в СССР началось с 12 октября 1924 г. о чем сообщалось в газете «Правда».[1] В начале население страны слушало передаваемые по радио тексты только радиогазет, но позднее 7 ноября 1925 года с Красной площади города Москвы были переданы сообщения по радио по всей стране.

Началом истории радиосвязи в Таджикистане считается сентябрь 1924 г., когда была введена в строй действующая 5-киловаттная радиостанция, обеспечившая не только электропитание радиостанции, но и давшая первый электрический свет столице Таджикистана – Душанбе.[2]

Радиостанция была установлена на окраине города в небольшом одноэтажном здании кибиточного типа с сырцовыми стенами, глиняным полом. В 1926 г. в Таджикистане функционировала 1 приемно-передающая станция в городе Душанбе, которая держала связь с Ташкентом, Самаркандом, с военной радиостанцией г.Хорога и Мазари-Шарифа и 2-киловаттная станция в Кулябе. Штат радиостанции насчитывал 9 человек.[3]

С целью расширения деятельности радио, в 1927 г. СНК СССР принял специальное решение «Об улучшении литературного содержания программ радио».[4]

В 1929 г. в республике насчитывалось 87 радиоточек.[5] Первые радиостанции в г. Душанбе были военными, и создавались они в общем для связи с военным руководством.

В 1929 г. на 2-й Таджикской партконференции была принята постановление о дальнейшей радиофикации республики. Также была намечена последовательная радиофикация Пенджикента, Ура-Тюбе (ныне Истаравшан) и других городов и районов Таджикистана. В первой пятилетке на радиофикацию республики было выделено 265000 руб. Для исполнения постановления правительства и решений 2-й Таджикской партконференции о радиофикации республики в начале первой пятилетки было построено 9 радиоузлов, установлено 843 радиоточки.[6] Радиоузлы были построены в гг. Душанбе, Ходжент, Пенджикент, Исфара, Ура-Тюбе, Куляб и Гарм. К тому же воинская часть размещённая в Ходженте, передала городу усилительную аппаратуру.

В республике было запланировано ввести в строй 53 радиопередатчики. Старания работников связи дали свои плоды, и 10 апреля 1930 года, вышла в эфир первая программа таджикского радио. Диктор обратился ко всем жителям Таджикской ССР со словами: «Внимание! Внимание! Говорит радио Сталинабада!».[7]

Итак, 10 апреля 1930 г. устная газета пришла в Таджикистан. С этого дня в г. Душанбе началось вещание местного радио. Передавали и по местному радиотранслятору передачи московского радиоузла.[8]

Об этом историческом событии в жизни Таджикистана пишет, и заслуженный деятель радио Н. И. Медведев, который занимал ответственные посты в АОО «Телерадиоком» с 1948 по 2001 г. В своих мемуарах отмечал: «10 апреля 1930 года выходит в эфир первая программа таджикского радио. На тот период радио не имело своей студии, за исключением маленькой комнатки в клубе «Хонаидехкон» (Дом трудящихся), в которой располагались ведущая, и необходимая аппаратура».[9]

Государственный комитет по радиовещанию в эти годы располагался в Доме дехканина, будущем здании Государственного драматического театра им. Маяковского. В радиусе около 40 км были установлены принимающие устройство-рупоры, через которые и распространялась информация в Сталинабад и в близлежащих селениях..

В северных районах Таджикистана радиосвязь и региональное радиовещание появились в 30-е годы XX в. Данные областного архива показывают, что 30 марта 1931 г. на заседании Худжандского Малого президиума был обсужден вопрос о радиовещании. В итоге было принято решение о его внедрении. В соответствии с этим постановлением, местное городское хозяйство было обязано предоставить подходящее здание для радиостанции и установить радиостанции в ближайшем селении».[10]

Журналист Ахмаджон Мухаммаджанов был назначен организатором реализации этого решения. У входа в парк культуры для радиостанции была даже выделена специальная комната. Ахмаджон Мухаммаджанов сделал все возможное, чтобы как можно скорее запустить региональное радио. Он несколько раз ездил в гг. Душанбе, Ташкент и Москву, чтобы получить дополнительный опыт в этой области.

После многих усилий 25 августа 1931 областное радио начало свое вещание, и этот день ежегодно отмечается во всех районах Таджикистана, как день создания регионального радио. В этот знаменательный день из громкого-говорителей эффективный голос диктора, редактора, первого корреспондента северного региона Таджикистана Ахмаджона Мухаммаджанова, прозвучало: «Внимание, внимание! Говорит Худжанд».

В 1932 г. по местному радио регулярно передавали выпуски новостей, что имело значение для воспитания масс в соответствии с политикой государства. Преимущества радио в области пропаганды были для того времени грандиозными. Радио, как средство массовой информации, могло охватить огромную аудиторию слушателей и таким образом передать информацию в каждый дом по всей стране. По мнению исследователя С. Ходжазода, своему появлению и распространению на территории Таджикистана, как и во всей Центральной Азии, радио обязано именно Советскому государству. В 1931 г. при Комиссариате по делам почты и телеграфа был создан Радиокomitee СССР.

13 января 1932 г. по указу Центрального Исполкома и Совнаркома Таджикской ССР, был создан Радиокomitee Таджикской ССР, в состав которого вошли тринадцать журналистов.

Однако проблемным вопросом оставалось обеспечение радиоточками жителей сельской местности. Если в 1929 г. в Таджикистане не имелось ни одной радиоточки, то в 1933 г. их было уже 1200, было радиофицировано 17 населенных пунктов. Радиоузлы были построены и в северной группе районов. В 1936 г. были сданы в эксплуатацию радиоузлы в Шахристане, Матче и в других центральных и южных районах Таджикистана. В 1937 году радиоузлы в г. Ленинабаде и в Аштском районе были подвергнуты коренной реконструкции. Всего по Таджикистану к 1938 г. было установлено свыше 10 тыс. радиоточек, которые обслуживали 42 радиоузла с вещанием в 47 райцентрах республики.

Таким образом, радиовещание отделилось от системы связи в силу их технического и функционального различия: радио перестало быть техникой, а стало в большей мере средством массовой информации.

Соответственно, работа на радио и само радио сопрягались с публицистическим жанром, и только техническая часть обеспечения этой работы оставалась в ведении системы связи. Радиовещание стало идеологическим оружием не только в Советском Союзе, но и в ряде других стран Европейского континента.

Таким образом, начало радиовещания в Таджикистане в начале 30-х годов XX в. стало крупным событием не только в культурной жизни таджикского народа. Радио так или иначе повлияло на развитие народного хозяйства страны. Именно по радио передавались новости об успехах народного хозяйства в других республиках и здоровый дух соперничества способствовал улучшению показателей в сельскохозяйственной и промышленной сферах. Эффективная работа технических служб и творческой группы таджикского радио стала также важнейшим фактором успеха новой власти в идеологической деятельности работе в пропаганде планов государства и их успешном осуществлении.

Литература:

1. Лейтес, Л.С. «К истории отечественного радиовещания» Доклад на заседании Исторической комиссии РНТОРЭС им. А. С. Попова, г. Москва [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.computer-museum.ru/connect/broadcast.htm> (03.2021г.)
2. Кабиров, Х. Развитие средств связи в Таджикистане [Текст] / Х. Кабиров. – Душанбе, 1965. – С.52 ЦГА РТ. – Ф.384. – Оп.1. – Д.24.
3. Хочазод, С. Таърихи радиои Тоҷикистон [Матн] / С. Хочазод. – Душанбе, 2016. – К.1. – С.4.
4. Медведев Н.И. Становление и развитие радио и телевидения в Таджикистан. Душанбе, 2010. – С.9.
5. ЦГА РТ. – Ф.17. – Ед.хр.727
6. Хочазод, С. Таърихи радиои Тоҷикистон [Матн] / С. Хочазод. – Душанбе, 2006. – К.1. – С.5.
7. Муллоев, Ш.Б. История таджикской журналистики [Текст]: Учебно-методическое пособие для студентов отделения журналистики / Ш.Б. Муллоев. – Душанбе, 2010. – 119 с.
8. Медведев, Н.И. Становление и развитие радио и телевидения в Таджикистане [Текст] / Н.И. 9. Хол Улмас. Мавҷи гуё = Говорящая волна [Матн] / Улмас Хол. – Худжанд, 2016. – С.35.
10. Из личного архива Улмаса Хола (заслуженный деятель Согдийского областного радио)

Ҳабибзода Зоҳир Иззат
СИФАТҲОИ МУРАКАБИ ТАВСИФӢ ДАР ДОСТИНИ “ХУСРАВ ВА ШИРИН”-И АМИР ХУСРАВИ
ДЕҲЛАВӢ

Институти забон ва адабиёти ба номи А.Рӯдакӣ

Мубрамияти мавзуъ дар он зоҳир мегардад, ки калимасозии сифатҳои мураккаби тавсифӣ як воситаи мучазбаёнӣ, муассир байн намудани нутқ буда, дар забоншиносии тоҷик метавонад ба масъалаҳои баҳноки вожасозиву истилоҳсозӣ мусоидат хоҳад кард.

Мақсади таҳқиқот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи достони “Лайлӣ ва Маҷнун”-Амир Хусрави Деҳлавӣ мавқеъ ва нақши калимасозии пасванди -гар-ро муайян намоем.

Методҳои таҳқиқот. Дар раванди таҳқиқот аз методҳои маъмули забоншиносӣ истифода гардидааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Сифат мафҳуми аломату хусусиятро ифода намуда, бо обурани ҳисси худ чун воситаи таъсирбахши забон ва санъати суҳан аҳамияти калони услубӣ пайдо мекунад. Вазифаи услубии сифат, пеш аз ҳама, аз тобишҳои маъноии он сар мезанад, зеро барои дақиқ тасвир намудани аломату хусусияти ашёҳо ва ҳодисаю воқеаҳо интихоби сифатҳои муносиб аҳамияти калон пайдо мекунад.

Амир Хусрави Деҳлавӣ аз ин имконоти сифатҳои мураккаби хушобуранг ва тавсифӣ истифода намуда, фикрашро муассиру пуробуранг баён намудааст. Чунончи, дар байти зерин сифати мураккаби шакарханд, ки аз исми **шакар** ва асоси замони ҳозираи феъли **ханд** таркиб ёфта, ба маъноии “он ки хандаи ширину латифе дорад; **лаъли шакарханд** *мач.* Лаби маъшуқа” [621] истифода гардидааст:

Ҳаловатсанҷ Ширини **шакарханд**,
Чунин бардошт мӯҳр аз ҳуққаи қанд [25].
Ба ханда гуфт Гулнори шакарханд,
Ки “Чони мову чаври ишқ то чанд [45].

Шоир барои тасвири ҳолати рӯҳии душман вожаи сардмехр-ро ба кор бурдааст. Сифати мураккаби тобеи сардмехр аз ду реша сард ва мехр таркиб ёфта, ба маъноии маҷозии “бемехр, беилтифот; дурушт” [212] истифода гардидааст:

Музаффар гашт хасми **сардмехраш**,
Алам бишкоста з-осеби сипехраш [10].

Сифати мураккаби ошнорӯй хоси услуби бадеӣ буда, аз ду исм: оно ва рӯй таркиб ёфтааст. Он ба маъноии “шинос, ошно, дӯст. 2. *мач.* дилнишин, дилпазир” [50] ташреҳ ёфтааст:

Давид озодсарве, шуд хабарчӯй,
Аз он бегонагони **ошнорӯй** [15].

Сифатҳои мураккаби хушобранги тавсифии шакарпосух, гавҳаринсоз, нозукандом, нозпарвард, ширингуворро шоир барои тасвири образҳои мусбӣ, барҷаста нишон додани симойи воқеии қаҳрамонхояш ба кор бурдааст. Сифати мураккаби шакарпосух ба маъноии маҷозии нарму ширин ва наргуфторӣ, ширинсуҳанӣ истифода шудааст:

Шакарпосух шуд аз посух шакаррез,
Ки: “Ширин бод аз ман айши Парвез” [22].

Вожаи гавҳаринсоз дар сарчашмаҳо зикр наёфтааст, он аз исми гавҳар, пасванди сифатсози –ин ва асоси замони ҳозираи феъли сохтан таркиб ёфтааст. Вожаи гавҳарин дар “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” чунин шарҳ ёфтааст: “**Гавҳарин** *گوهرین* аз гавҳар сохташуда; он чи бо гавҳар ораста ва гавҳаркорӣ шудааст” [292]. Дар байти зерин сифати мураккаби гавҳаринсоз ишора ба пешаи устои ороишгари чавоҳирот мебошад:

Замин бӯсид марди гавҳаринсоз,
Зи айвон кард шодирвони дур боз [37].

Вожаи мураккаби **нозукандом** аз ибораи изофии андоми нозук таркиб ёфта, ба маъноии нозукбадан омадааст:

Аз ин сӯ даҳ ғуломи нозукандом,
Зи ҷаъд аз баҳри дилҳо бофта дом [42].

Дар асари мавриди назар сифатҳои мураккаби хушоҳанг, ки ҳислату характер, аломати зоирӣ ва ботинии шахсро ифода мекунанд, зиёд мушоҳида гардидаанд: гулранг [45], дилафрӯз [45], рӯхпарвард [50], дилтанг [81], ранҷпарвард [84] ва ғ:

На дил, он кас ба сина санг дорад,
Ки сабр аз орази **гулранг** дорад [45].
Зулоли хушзабон букшод, к : “Имрӯз
Гузаштам бар яке ҷӯи **дилафрӯз** [45].
Ба сад завқ он зулоли **рӯхпарвард**,
Ситад з-он шӯху ҳам бар рӯи ӯ хвард [50].
Ки чун бар кӯҳ шуд Фарҳоди **дилтанг**,
Зи ғам бесанг шуд бо он ҳама санг [81].
Бад-ин ранҷ он ғариби **ранҷпарвард**,
Зи гардун манҷаниқи фитна меҳвард [84].

Дар асар як гурӯҳ вожаҳои мураккаб мушоҳида гардидаанд, ки маъноии манфиро ифода мекунанд. Чунончи, дар байтҳои зерин вожаҳои мураккаби **нимкушта** [31], **сияҳрӯз** [31], **шаҳрсӯзу хомкор** [103], **оташандуд**, **дерхушнуд** [107], **хусуматпешае**, **ибليسхӯе** [108], **оҳаниндил**, **сустхезу солфарсуд**, **зудхашму дерхушнуд** [183], **хандаангез**, **қўҳнапашмин**, **пурчин** [183], **оташандуд** [107], ба назар расиданд, ки ҳислату характери одамонро

ифода мекунад. Вожаҳои мураккаби дар боло зикршударо аз ҷиҳати таркиби морфологӣ чунин гурӯҳбандӣ намуд:

А) Исм+асоси замонҳои феъл. Бо чунин қолаб вожаҳои **ханда+ангез, шаҳр+сӯз, оташ+андуд, забун+гир** дучор гардиданд, ки хоси услуби бадеи мебошад:

Бигуфт: “**Ў шаҳрсӯзу** хомкор аст?”
Бигуфт: “Ишкро бо ин чӣ кор аст” [103].
Шикам чун дегдони **оташандуд**,
Даҳон чун вомдори **дерхушнуд** [107].
Аз ин дилтанг рӯи **хандаангез**,
Мизоҷе бемаза чун нони парҳез [183].

Б) Сифат+исм. Ин қолаб дар асар серистеъмол буда, аксаран ҷузъи якум ба дуум тобеъ мебошад. Асоси бунёди сифатҳои мураккаби **сияҳрӯз-рӯзи сияҳ, турушрухсор рухсори туруш, оҳаниндил-дили чун оҳан, кӯҳнапашмин-пашмини кӯҳна, пурчин- пур аз чин** ибора мебошад:

Чу з-инсон аз шукӯҳи бахти фирӯз,
Музаффар гашт бар хасми **сияҳрӯз** [31].
Маликро буд занги посбоне,
Турушрухсоре каж-маж забоне [107].
Ҷавобаш дод марди **оҳаниндил**,
Ки “Эй дар санг монда пой дар гил” [109].
Саре чу пустини **кӯҳнапашмин**,
Рухе чун ғӯтаи молида **пурчин** [183].
Ман он сарчашмаи **ширингуворам**,
Ки “оби зиндагонӣ” ном дорам [54].
Басе з-ин гуна нақл афшонд Парвез,
Ҳарифи **гармдил** нашкаст парҳез [57].

В) Зарф+сифати феълӣ. Қолаби мазкур дар асар камистеъмол аст:

Битарс аз кинадори **нимкушта**,
Ки бад гирад мори нимкушта [31].

Г) шумора+шумора.

Гарчи маҳи чор+даҳи ман бикост,
Дил зи сари чордаҳ боре нахост [462].

Дар байти зерин вожаҳои сустхез, солфарсуд, **зудхашму дерхушнуд** истифода гардидаанд, ки аз қолабҳои сифат+асоси феъл, исм+асоси феъл, зарф+исм, зарф+сифат иборатанд:

Зи пири **сустхезу солфарсуд**,
Чу тифлон **зудхашму дерхушнуд** [183].

“Аз категорияҳои сарфии сифат дараҷаҳои қиёсӣ ва олий бештар хусусияти услубӣ зоҳир мекунад, чунки дар забони тоҷикӣ барои ифодаи дараҷаи муқоисавӣ ва олий роҳҳои гуногун вучуд доранд. Муқоисаи аломати предмети бо предмети дигар, то чӣ андоза зоҳир гардидани аломат дар забони тоҷикӣ ба воситаи пасвандҳо ва бо ёрии пешоянд ва таркиби ҷонишину пешоянд сурат мегирад. Дар ифодаи дараҷаи қиёсӣ, пеш аз ҳама, пасванди “-тар”, ки ба сифатҳои аслий васл шуда меоянд, воситаи асосии ифодаи бартари аломат ба шумор меравад” қайд кардааст, забоншинос Б.Қамолиддинов.

Дар байти зерин шоир бо пасванди дараҷасозӣ –тар ҳислати Баҳроми Ҷӯбиноро барҷастатар тасвир намудааст:

Набуд дар кин аз он фархунда айём,
Касе **оҳандилтар** аз Ҷӯбина Баҳром [8].

Яке аз вижагиҳои услуби шоир дар он зоҳир мегардад, ки он аз санъати сифатчинӣ моҳирона истифода намуда, матлабашро муассиру ифоданок баён кардааст. *Сифатчинӣ*: санъатеро, ки сифатҳо паси ҳам чида шуда омадаанд, сифатчинӣ – тансиқи сифот меноманд. Он бештар дар як байт, гоҳо дар ду-се байт алоқаманд, ҳатто баъзан дар тамоми як ғазал воқеъ мешавад. Амир Хусрав аз ин санъат фаровон истифода намудааст. Чунончи:

Дар ҳама санге на маҳаки зар аст,
Зар маҳаки мардуми **бадгавҳар** аст [456].
Марди **дарунтираву берунсалим**,
Зишт бувад остари дебо гилем [454].
Бас бади **бадхӯ**, ки **накӯрӯ** намуд,
Бо хати бад килки мунаққаш чӣ суд [454].
Тоифаи аҳд, ки бинӣ ба ҷой,
Ғабридонанду мусулмоннамо [447].
Бештарин одамии **гирахӯй**,
Тундшунав бошад **оҳистагӯй** [447].
Хотири **пурсӯз** бувад **пурхарош**,
Мардуми **пурсӯз** бувад **меҳрош** [417].

Хулоса. Сифатҳои мураккаб як воситаи муҷазбаёнӣ, ифоданокӣ ва муассир баён намудани фикр мебошад. Шоир дар тасвири бадеи он сифатҳои мураккаберо ба кор бурдааст, ки хоси услуби китобӣ буда, нав ё забонзада нестанд.

Адабиёт:

1. Амир Хусрави Деҳлавӣ. Мунтахабот. Сталинобод. Ирфон. 1960. –241 с.
2. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. - Душанбе: Дониш, 1985.-қисми I: Фонетика, Морфология. - 356 с.
3. Ғаффоров Р. Забон ва услуби очерки “Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик” Чашнномаи Айни / Р. Ғаффоров. –Душанбе: Дониш, 1971.– С.181-201
4. Камолитдинов Б. Услубиноӣ. – Душанбе, 1973. 251 с.

Обидов Ҷ.М., Каримзода М.Б., Сангинов Б.И.

СИНТЕЗИ ДИКАРБАМАТҲО ДАР АСОСИ ЭФИРИ СОДДАИ ГЛИТСЕРИН

Кафедраи химияи биоорганикӣ ва физколлоидии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

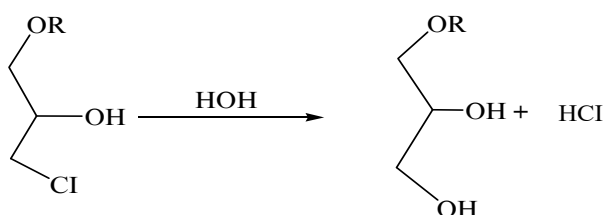
Мубрамиат. Яке аз проблемаҳои муҳими химияи органикӣ синтез ва коркарди усулҳои нав ва қулай барои ба даст овардани пайвастиҳои нави глицерини омӯзиши хосиятҳои онҳо мебошад. Дар баробари ин ба вучуд овардани ҳосилаҳои нави аз ҷиҳати экологӣ тоза ва барои нашъу нумӯи ростиҳои нави гуногуни гандуми “Наврӯз” санҷида шуда, натиҷаҳои мусбиро ба даст овардем. Моддаҳои ҳосил карда шудаи мо моддаҳои хушбӯй мебошанд.

Мақсади таҳқиқот. Усулҳои нави синтези баъзе аз ҳосилаҳои хаттӣ ва сиклии глицерин ва дигар хосиятҳои физико- химиявӣ, биологӣ онҳо омӯхта шудаанд, инчунин ҷустуҷӯ ва истифодабарии онҳо дар соҳаҳои гуногуни хоҷагии халқ ва дар амал татбиқ намудани онҳо мебошад.

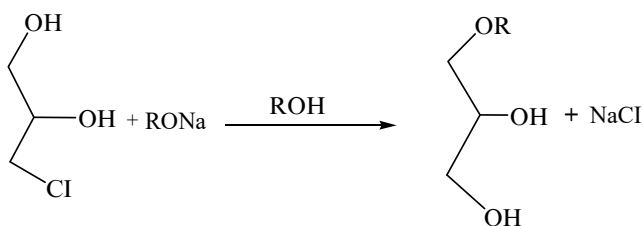
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Пайвастиҳое, ки аз 3-алкокси- пропандиол-1,2 бо мочевина ҳосил карда шуданд, моддаи синтез карда шудаи мо сафеди кристал мебошад [1,2]. Сохти молекулаи дикарбаматҳо дар асоси эфери соддаи глицерини ҳосилшуда, аз радикалҳои спиртҳои ҳаднокӣ гуногун таркиб ёфта, ки бӯи махсусро доранд.

Моно-, ди ва триэфирҳои глицерин, ки ҳамчун моддаҳои аз ҷиҳати биологӣ ғайӣ ба ҳисоб мераванд, ки дар бораи онҳо дар адабиётҳо кам маълумот оварда шудааст. Солҳои охир синтези пайвастиҳои органикии нави глицерини аз ҷиҳати биологӣ ғайӣ мавриди таваҷҷуҳ қарор гирифта шудааст [4]. Рӯз то рӯз талаботи мардум доир ба чунин пайвастиҳо зиёд шуда истодааст, ки омӯзиши усулҳои нави синтези пайвастиҳои аз ҷиҳати биологӣ ғайӣро ба роҳ мондем [5].

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он. Дар натиҷаи ҷустуҷӯҳо моддаҳои аз ҷиҳати физиологӣ ғайӣро мо дар асоси алкокси глицеринҳо бо баъзе аз карбаматҳоро синтез намудем. Дар ин усули намоён моддаҳои авваларо аз алкоксилор-2-пропанолҳо дар муҳити ишқорӣ синтез намудем (NaOH, NaHCO₃, Na₂CO₃).



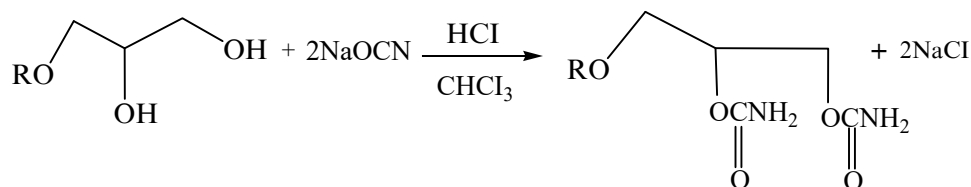
Пайвастиҳои синтез карда шуда бо истифода аз ҳосилаҳои глицерин α-моноклоргидрин ва алкоксидҳои спиртҳои ҳаднок дар иштироки спиртҳои ҳаднок мувофиқи нақшаи зерин гузаронида шуданд [1,2] .



где: RO - C₂H₅O, n-C₃H₇O, n-C₄H₉O, n-C₅H₁₁O, n-C₆H₁₃O

Дар таҷлили спектроскопӣ чунин параметрҳо қайд карда шуд, ки хатҳои нурфурӯбари C-Cl дар соҳаҳои (761-751 см⁻¹) нест шуда, хатҳои нурфурӯбари мавҷҳои махсуси валентии ва пайдоиши банди васеътари абсорбсия дар соҳаҳои 3505-3485 см⁻¹, ки ба ду гурӯҳи гидроксильи диолӣ мувофиқ алоқаманд аст. Синтези дикарбаматҳо дар асоси моноэфирҳои глицерин бо сианати натрий дар иштироки кислотаи хлориди газӣ дар ҳалқунандаи хлороформ гузаронида шуд [2].

Дар таҳлили спектри ИС чунин параметрҳо қайд карда шуд, ки хатҳои нурфурӯбари дар соҳаҳои 3500-3480 см⁻¹ мавҷҳои махсуси валентии гурӯҳи гидроксиль нест шуда, хатҳои нурфурӯбари дар соҳаҳои 1767-1733см⁻¹, лапишҳои валенти гурӯҳи функсионалии амидӣ (CONH₂) мебошад, ошқор карда шуд. Хатҳои нурфурӯбари дар соҳаҳои 1290-1235см⁻¹ ба эфирҳои соддаи гурӯҳи (COC) хос аст.



где: RO - C₂H₅O, н-C₃H₇O, н-C₄H₉O, н-C₅H₁₁O, н-C₆H₁₃O

Синтези дикарбамати ҳосилкардашудаи мо чуниин мебошад.

- намаки кислотаи сианат (MeOCN) дар бисёре аз синтезҳо ҳамчун моддаи ибтидои истифода бурда мешавад.

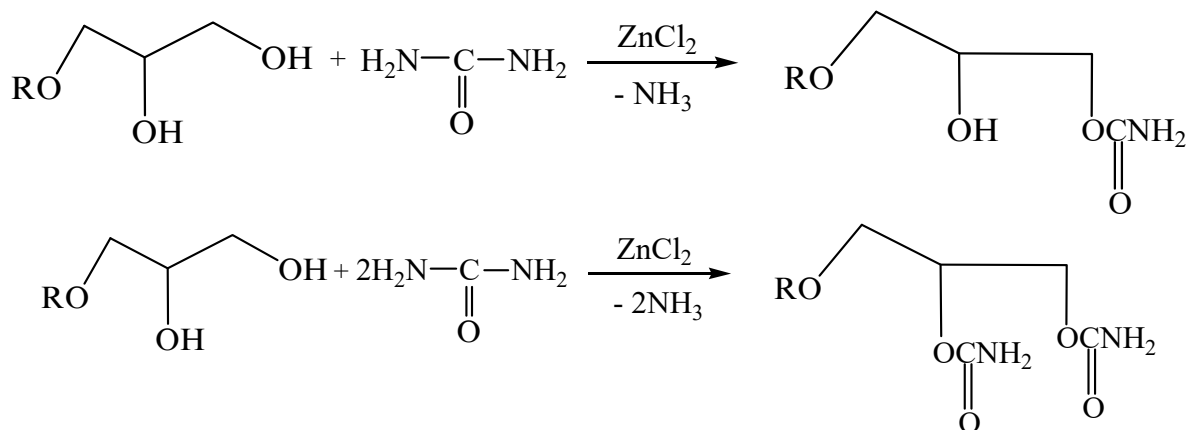
- маълум гардид, ки намаки натригии кислотаи сианид дар зери таъсири HCl зуд кислотаи сианидро ҷудо мекунад, ки ба кислотаи изосианид табдил меёбад ва дар ин шакл бо глицерин α-алкокси реаксия мекунад. Омӯзиши ин реаксия нишон дод, ки гузариши реаксияи ҳосилшавии дикарбаматҳо дар ҳарорати 8 – 50°C ва таносуби 1:2 дар давоми 20 - 23 соатро дар бар мегирад. Дар ин шароит ҳосилнокии маҳсули ҳосил шуда 81:89 фоизро ташкил мекунад ва бо кам шудани миқдори HCl аз сабаби пас шудан аз намаки он барои кислотаи сианид яқбора кам мешавад. Баробари баланд шудани ҳарорати реаксия аз -50°C гузариши уретанҳоро сушт мекунад.

Дар натиҷаи синтези 3-алкоксипропил-1,2-дикарбаматҳо моддаҳои кристаллии сафед бо нуқтаи ҷушишаш муайян карда шуданд ва дар об, ацетон, ДМСО, ДМФА ва спиртҳои нағз ҳалшаванда мебошанд. Таркиб ва сохти дикарбаматҳои синтезкардашуда тавассути таҳлили элементӣ, спектри ИС ва РМЯ тасдиқ карда шуданд. Тозагии пайвастагиҳои ҳосилшуда тавассути ТСХ бо силуфол дар системаҳои этанол-пиридин (1:1), хлороформ-кислотаи сирко-ацетон (5:1:1) бо буги йод муайян карда шуданд.

Барои тасдиқ ва муайян кардани сохти карбаматҳои синтез карда шуда бо истифода аз реаксияи 3-алкоксипропандиол-1,2 бо мочевина дар натиҷаи ҳарорати муайян гузаронида шуд. Пайваستҳои синтез шуда бо параметрҳои гуногуни физико-химиявӣ дар асоси пайвастагиҳои сианати натрий синтезшуда яххела буданд.

Сохти карбаматҳои синтезкардашуда бо истифода аз реаксияи 3-алкоксипропандиол-1,2 бо мочевина дар ҳузури ZnCl₂ дар иштироки бензоли хушк гузаронида шуданд.

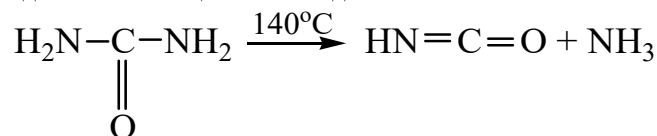
Реаксия мувофиқи нақша зерин гузаронида шуд.



где: RO –C₂H₅ –; н-C₃H₇ –; н-C₄H₉ –; н-C₅H₁₁ –; н- C₆H₁₃–

Дар натиҷа баъд аз реаксия маҳсули ҳосилаи карбаматҳо кам мебошад, яъне тақрибан (37 то 40%) - ро дар бар мегирад, ки сабаби дурудароз гарм кардани реаксия мебошад.

Ин аз он иборат аст, ки атомҳои гидрогени гурӯҳи амини камтар қобилияти реаксионӣ доранд ва ҳангоми гарм кардан мочевина ба кислотаи сианид ва аммиак таҷзия мешавад:



Дар спектри - ИС ҳамаи натиҷаҳо омӯхта шуда дар соҳаҳои 3500-3480 см⁻¹ гурӯҳи OH- мебошад, ки аз пуррагии реаксия шаҳодат медиҳад. Хатҳои нурфурӯбари спектри - ИС дар соҳаҳои 1715-1720 см⁻¹ гурӯҳи C=O бандҳои амидҳои кислота хос буда, дар соҳаҳои 1710-1695 см⁻¹ - CONH₂ ба карбаматҳо алоқаманд мебошад. Дар спектрҳои ЯМР сигнали протонҳои гурӯҳи OH муайян карда нашуд ва сигнали протонҳои гурӯҳи -NH₂ дар соҳаҳои 7,35-7,38 протонҳо ҳамчун синглет пайдо шуд.

Ҳосиятҳои физико-химиявии карбаматҳои ба даст овардашуда дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.

Ҷадвали 1.

Константаҳои физико-химиявии 3-алкоксипропил-1,2-дикарбаматҳо						
R	Выход %	Т. пл.0C	Rf*		N %	
			а	б	выч.	Най.
C ₂ H ₅ –	89,3	118-120	0,43	0,47	13,59	13,41

н-С3Н7 -	87,7	128-129	0,41	0,49	12,73	12,58
н-С4Н9 -	85,1	139-140	0,42	0,48	11,97	11,72
н-С5Н11 -	83,5	147-149	0,39	0,44	11,29	11,07
н- С6Н13-	81,3	161-162	0,40	0,42	10,69	10,53

Хулоса

1. Барои синтези 3-алкоксипропил-1,2-дикарбамат усули нав ба кор бурда шуд. Чор намояндаи ин пайвастаҳо дар аввал тавсиф карда шуданд.
2. Дар натиҷаи гидрогенизатсияи эфирҳои аллил 3-этоксипропил-1,2-дикарбамат ҷудо карда, тавсиф карда шуданд. Синтез оид ба ин гуна реаксияҳо гузаронида шуд.
3. Хосиятҳои физико-химиявии пайвастҳои синтез карда бо усули таҳлили элементи, спектри – ИС, РМП омӯхта шуданд. Бо усули хроматографияи маҳин қабат, тозагии пайвастагҳои ҳосил кардамонро омӯхтаем.
4. Бори аввал 3-прапозипропил-1,2-дикарбамат синтез карда шуд, ки дар он R метил, этил, н, пропил, н-, бутил, н-, амил мебошад.

Адабиётҳо

1. Каримов, М.Б. Новые дикарбаматы на основе 3-алкоксипропан-1,2-диолов / Р.А. Олимов, Обидов Дж.М., Б.Х. Кимсанов и. др. // Материалы конференции молодых ученых ТГНУ «Молодые ученые и современная наука» – Душанбе, 2002. – Ч.2. – С.42-43.
- 2.Обидов, Дж.М. Душистые вещества на основе производных глицерина / Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, О.К. Хабибуллоева, М.Б.Каримов. // Материалы научной конференции “Современные проблемы естественных и социально – гуманитарных наук” посвященная 10 летию. Научно-исследовательского института ТНУ (28-29 ноября 2014г). Душанбе, 2014. -С. 53-55.
- 3.Олимов, Р.А. Синтез и фармакологические свойства 3-алкоксипропил-1,2-диатсетат/ Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, М.Б.Каримов. // Материалы международной научно-практической конференции химия производных глицерина: Синтез, свойства и аспекты использования. Дангара, 2016. -С. 9-11.
- 4.ОбидовДж.М. Реакция взаимодействия 1,3-ди-(алкокси)-2- фенилацетоксипропан/ Дж.М. Обидов, М.Б. Каримов, С.И. Раджабов, И.В. Блохин /Известия Тульского государственного университета естественные наука, №1. 16+ISSN 2071– 6176. УДК 547.426.21.29 Тула, 2019.-С.36 -39.
- 5.Обидов, Дж.М.Реакцияпайвастшавии 1,3-ди-(алкокси)-окси-атсетоксипропан бо фуллерен C60/ Дж.М. Обидов. // Маҷалаи илмӣ – амалии «Авҷи Зухал» (ISSN 2616-5252) дар шумораи №2 соли 2022. МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” Душанбе 2022.

Одилов Ф.Р

ИНТЕГРАЦИЯ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ И БАРЬЕРЫ НА ПУТИ ПРОЦЕССА КООПЕРАЦИИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Основными проблемами интеграции стран бывшего СССР являются угроза глобализации экономики и культуры, под влиянием которых были устранены старые формы политического регионализма с идеологическими границами. Вызовы глобальной экономики с одной стороны открыли перед странами региона ЦА новые возможности, но с другой стороны они привели к тому что рынки стран ЦА стали открытыми для товаров и услуг нерегиональных игроков. В частности начиная, с конца 90-х годов, Китай начал политику товарной экспансии на рынки Средней Азии, устранив оттуда Россию и другие страны, товары которых не выдержали конкуренции перед китайскими производителями. Параллельно с освоением этих рынков, Китай вел политику интеграции со странами региона в отдельных стратегических отраслях. Китайские кампании активно строили инфраструктурные объекты по линии транзита товара от китайской провинции СУАР в сторону Казахстана, Киргизии и Таджикистана. Негативным фактором роста процесса интеграции стало двойственная политика стран региона при котором часть из них примкнуло к ЕС, а вторая часть осталась в поле влияния России. В числе проблем негативно влияющих на интеграционные процессы следует отнести приграничные конфликты между странами региона СНГ. Незащищенность стран региона от вторжения террористических групп со стороны Афганистана и оборот наркотиков на территории ряда стран региона, разделило страны на постсоветском пространстве на две интеграционные группы: часть стран такие как Таджикистан, Россия, Киргизия и Казахстан объединили свои усилия и участвуют в таджикском проекте «безопасный пояс» проводя совместные учения в регионе в рамках ОДКБ и сил быстрого реагирования (СБР). Однако такие страны как Белоруссия, Узбекистан, Молдова, Грузия, Азербайджан и Армения не считают для себя важным интеграцию вокруг афганской проблемы. Также кроме России, другие страны на постсоветском пространстве не считают нужным своё активное участие в регулирование конфликта в Нагорном Карабахе, в котором замешаны Армения и Азербайджан. Существует также проблема которую можно назвать «водной», которая ограничивает отношения между странами верхневодья (Киргизия и Таджикистан) и странами низовья рек к которым относятся Узбекистан, Казахстан и Туркменистан. В этом плане страны региона сплотились и создали интеграционные институты по общему водопользованию и спасению Аральского моря. Вопрос использования внутренних водных ресурсов для гидроэнергетических целей превратили данный вопрос в международную проблему. Странами региона создан Фонд по спасению Арала, который объединяет политику всех стран региона по водозабору рек впадающих в Арал. В Республике Таджикистан создан Центр по изучению изменения климата разработан проект по созданию Международного фонда сохранения ледников. [3]

Амбиции России и США по владению регионом Средней Азии также создает проблемы для свободной интеграции в регионе. Интеграционный выбор остановился между двумя угрозами: с одной стороны давление международных финансовых институтов вынуждает страны региона искать пути сближения со странами Запада. С другой стороны угроза исламского терроризма со стороны Афганистана не позволяет странам региона выйти из военных организаций с участием России. В афганских медресе наряду с афганцами получают подготовку сотни и тысячи талибов, которые потом выступают в ряды джихадистов.[1] Поэтому формирования наднационального уровня управления в проблемных вопросах, которые мы указали выше, привело к разделению интересов между странами региона, находящимися под наднациональным управлением. Противоречие между внутренней и внешней политикой а также национальной и наднациональной политики в некоторых государствах также приводит к застою интеграции. В результате этого принятие конкретных решений откладывалось на определенный период времени.

По мнению ряда исследователей, СНГ состоит из субрегиональных группировок, существование которых обусловлено характером разнотемпной интеграции на постсоветском пространстве.[4]

В октябре 2018 года, в Ташкенте и Бухаре было проведено первое заседание Центрально-азиатского экспертного форума. В ноябре 2019 года, в городе Ташкенте прошла вторая Консультативная встреча глав государств ЦА в котором также принимал участие президент Туркменистана Г. Бердымухамедов. На этой встрече страны предложили снятия таможенных барьеров, спасения Арала и решение проблем водно-энергетического потенциала региона с созданием Инвестиционного фонда ЦА, который финансировал бы перспективные проекты региона. Президент Таджикистана Эмомали Рахмон был избран Президентом Международного фонда по спасению Арала (МФСА) сроком на три года.[5]

Таким образом, можно констатировать тот факт, что развитие региональной интеграции стран СНГ характеризуется противоречивым сочетанием интеграционных и дезинтеграционных процессов, при котором первые отражают институциональную сферу, а вторые составляют реальные показатели производства. Основными причинами этого показателя были различия интересов разных стран, что привело к формированию 4 субрегиональных интеграционных объединений на постсоветском пространстве, к которым относятся:

1. Экономический Союз России и Белоруссии;
2. Евразийское Экономическое Сообщество в составе России, Белоруссии, Казахстана, Киргизия и Таджикистана;
3. Организация ГУАМ, в которую вошли Грузия, Украина, Узбекистан, Азербайджан и Молдавия;
4. Организация ЦАС -Центральное Азиатское Сотрудничество, в которую вошли Казахстан, Узбекистан, Киргизия и Таджикистан.[2]

Таким образом, исследование барьеров на пути интеграции новых суверенных государств на постсоветском пространстве показало, что широкое использование двойного стандарта со стороны крупных держав по отношению к слабым странам, приводит к неравенству в партнёрских отношениях между странами и ослаблению интеграционного процесса. Вместе с этим противостояние великих держав привело к тому. Что страны региона Центральной Азии стали заложниками этого противостояния, что также делает трудным развитие интеграционных процессов в этом регионе. Что касается интеграции стран Центральной Азии в мировом масштабе, то эти процессы идут более плодотворно по сравнению с региональными процессами интеграции. Работая с мировыми экономическими институтами, страны региона продолжают сотрудничество со всеми заинтересованными сторонами на благо развития своих стран. В частности провозглашение политики «открытых дверей» со стороны Республики Таджикистан является одним из направлений совмещения интеграционных процессов в мировом масштабе, что делает страну привлекательным для инвесторов со всего мира.

Литература

1. Белокреницкий В.Я., Р. Р. Сикоев, Движение Талибан и перспективы Афганистана и Пакистана, Москва, ИВ РАН, 2014.- 216 с.
2. Исламова Р.М., Субрегиональные интеграционные группировки на экономическом пространстве СНГ, автореферат диссертации 08.00.14, кандидат экономических наук, 2004 год.- 28 с.
3. Муминова М.О. Экологическое действие: социально-философский анализ, диссертация на соискание учёной степени кандидата философских наук по специальности: 09.00.11 – социальная философия, Душанбе - 2018.- 168 с.
4. Промский, Н.И. Взаимодействие России со странами СНГ как фактор ускорения экономического развития и повышения конкурентоспособности национальной экономики.- автореферат дисс. ВАК РФ 08.00.14, доктор экономических наук, 2009 год. – 28 с.
5. Сухроб Рустами, Политика Европейского Союза в интеграционных процессах в Центральноазиатском регионе: направления, инструменты, ресурсы (на примере Таджикистана), специальность: 23.00.02 – Политические институты, процессы и технологии, на соискания ученой степени кандидата политических наук, Екатеринбург – 2021.- 189 с.

Одилов Ф.Р

ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ СТРАН СНГ В УСЛОВИЯХ ГЕОПОЛИТИЧЕСКОГО ПРОТИВОСТОЯНИЯ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Как специфический феноменом политических отношений, интеграционные процессы, представляют собой новую форму межгосударственного взаимодействия, характеризующуюся общей направленностью к возникновению межгосударственных и надгосударственных начал. [4] Поэтому некоторые аспекты глобальной интеграции не могут быть приняты странами бывшего СССР, в свете геополитических, культурных и социально- экономических отличий

этих обществ от Запада. Однако несмотря на это американская доктрина «неоглобализма», рассматривает регион Центральной Азии как зону жизненных интересов США и поэтому не стоит недооценивать данный фактор в строение интеграционных процессов. С точки зрения интеграционной политики, глобализационные процессы необратимы и государства должны своевременно реагировать на эти вызовы или интегрироваться в установленный мировой порядок. В отличие от интеграции на региональном уровне, глобализация поэтапно объединяет все человечества в потенциально возможную глобальную (планетарную) общность интегрированных в социумы, государства и цивилизации.[2] Что касается моделей международных конструкторов и институтов, то в ближайшей перспективе будут продолжаться доминировать их западные образцы с учетом региональной специфики. [5] Тем не менее доминирующая на постсоветском пространстве Россия не заинтересована в ускорении интеграционных процессов как в глобальном масштабе, так и в рамках ШОС: расширение торговли стран Центральной Азии с Китаем и с другими мировыми державами лишит Россию этого рынка и закрепит неблагоприятную для России тенденцию – оставаться сырьевой базой для мировой экономики. Сейчас большая часть российского экспорта в Китай приходится на сырьевые товары, тогда как КНР экспортирует в Россию в основном продукцию с высокой степенью переработки. Таким образом, можно констатировать, что постсоветское пространство стало зоной острейшей международной конкуренции за сферы влияния, где Россия выступает не как главный лидер, а, наряду с США, Европейским союзом и Китаем, является лишь одним из политических и экономических центров силы, причем, не всегда самым влиятельным.[1]

В Совместном заявлении руководителей России и КНР, сделанном 5 июня 2019 года, было сказано, что «инициатива «Один пояс, один путь» и идея Большого Евразийского партнерства будут способствовать развитию региональных объединений, двусторонним и многосторонним интеграционным процессам на благо народов Евразийского континента».[5] Также, с целью усиления своего влияния на регион Центральной Азии, в сентябре 2018 года Евросоюз принял новую стратегию по объединению Европы с Центральной Азией. В отличие от инициатив Китая, европейский подход носило комплексный характер. Согласно стратегии Евросоюза, инвестиции сочетались с экологическими, социальными, экономическими и финансовыми компонентами развития региона. Евросоюз принимал во внимание прежде всего интересы гражданского общества, что вполне отражается на проектах этой организации в регионе Центральной Азии. В свою очередь, Китай проявляет заинтересованность в создании «электронного шелкового пути», и освоение энергетического рынка Центральной Азии. Китай наладил реализацию проекта строительства 19-ти километров ветки железнодорожного туннеля на территории Узбекистана, которая соединяет эту страну с логистическим центром международного приграничного сотрудничества «Хоргос» на границе КНР и Республики Казахстан. Этот проект Нового Шелкового пути соединяет Китай с Центральной Азией и создает региональную систему, в котором доминирующую роль будет играть Китай, которая устраняет влияние России и США. Россия, в свою очередь, интерпретирует регионализм в пространственном и историческом плане, рассматривая его в первую очередь как способ реорганизации постсоветского пространства. Россия выбирает универсальные и юридически обязательные нормы, что усиливает оборонительный характер ее регионального проекта. [3]

Страны региона в перспективе намерены создать организации регионального значения, в центре которых стояли бы не только интересы региона и государства, но и простого человека. Необходимо в рамках интеграции обеспечить открытость границ, гарантии продвижение трудовых ресурсов и создание культурного пространства во всем регионе. В этой связи перед странами стоят задачи следующего характера:

- обеспечение безопасного передвижения граждан и трудовых мигрантов;
- создание единого экономического потенциала на всем пространстве с обеспечением социальной справедливости в регионе;
- создать необходимые инфраструктурные, транспортные и транзитные пути для реализации проектов по передвижению товара и капитала внутри региона;
- контролировать обеспечение водозабора странами верхневодья и обеспечить потребности в воде для стран нижневодья, чтобы устранить проблемы по этому вопросу. Странам необходимо увеличить наднациональные институты по водозбору и привести его в соответствие с потребностями региона.

Проблемным вопросом внутри Центральной Азии остается сильное влияние России на страны региона. Например такие страны как Казахстан и Кыргызстан, после членство в Евразийском экономическом союзе лишились права заключения договоренности с третьими странами по вопросам интеграции. Такой порядок ограничил деятельность ЕС в регионе. Также данный пункт ограничило действие китайской стратегии «Один пояс, один путь» в регионе Центральной Азии. В ответ на это, китайские инфраструктурные проекты, финансируемые государственными компаниями КНР перешли на формат договорных сделок со странами Центральной Азии, предоставляя этим странам свои проекты в форме кредита. Таким образом, Китай увеличивает задолженность этих стран, диктуя тем самым им свои условия в торговле товарами. Исходя из этого, в системе интеграции стран Центральной Азии стоит выделить тот факт, что межправительственная система договоров, и внедрение общего законодательства на всем пространстве Центральной Азии с обеспечением равных прав всех народов региона продвигается крайне медленными темпами. Подводя итог, нужно отметить, что среди стран постсоветского пространства пока не выработано общий принцип взаимного доверия, что создает условия для их разобщенности, что играет в пользу геополитических интересов крупных держав, которые ищут свои интересы в регионе.

Литература

1. Арестов О.И., Противоречия и перспективы формирования и функционирования интеграционных объединений на постсоветском пространстве, ВАК РФ 08.00.14, автореферат дисс. кандидат экономических наук, 2009 год. – 28 с.
2. Гранин Ю.Д. Глобализация и национализм: история и современность. Социально-философский анализ. Saarbrücken, LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011, (372 с.) Нарочницкая Е.А. Национальный фактор в эпоху глобализации // Процессы глобализации: экономические, социальные и культурные аспекты /. – М., 2000. – 232 с.

3. Либман А.М. Модели экономической интеграции: мировой и постсоветский опыт, Специальность 08.00.14 – «Мировая экономика» Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук, Москва – 2009.- 29 с.
4. Мишальченко Ю.В. Теория и практика международной экономической интеграции государств: Экономико-правовые и валютно-финансовые аспекты, автореферат дисс. 08.00.14, доктор экономических наук, 2000 год.- 26 с.
5. Сухроб Рустами, Политика Европейского Союза в интеграционных процессах в Центральном азиатском регионе: направления, инструменты, ресурсы (на примере Таджикистана), специальность: 23.00.02 – Политические институты, процессы и технологии, на соискания ученой степени кандидата политических наук, Екатеринбург – 2021.- 168 с.

Олимов Р.А., Обидов Дж.М.

СИНТЕЗ НА ОСНОВЕ МОНОАЛКИЛОВЫХ ЭФИРОВ ГЛИЦЕРИНА

Кафедра общей химии Данганринский государственный университет

Кафедра биоорганической и физколлоидной химии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Актуальность работы. Большие возможности открывают исследования по использованию функциональных производных глицерина в качестве лигандов в процессах комплексообразования с биометаллами, а также по синтезу и изучению глицеридов хелатного строения. Эти соединения могут найти широкое применение в качестве лекарственных средств.

В связи со сложностью их синтезов в литературе имеется ограниченное число исследований, направленных на изыскание полезных веществ на основе полуфункциональности глицерина. Особую роль в качестве исходных реагентов могут сыграть полуфункциональные соединения, на основе которых можно синтезировать вещества с разными полезными свойствами. Особую роль в качестве исходных реагентов могут сыграть полуфункциональные соединения, на основе которых можно синтезировать вещества с разными полезными свойствами.

На основе глицерина и его производных в последние годы получены многочисленные соединения, которые обладают гипотензивной и противосудорожной активностью, способностью воздействовать на рост злокачественных опухолей. Особое место среди физиологически и биологически активных производных глицерина занимают фосфорсодержащие соединения. Возможно, это объясняется тем, что любые органические соединения фосфора проявляют физиологическую активность, а сочетание с физиологически активными производными глицерина способно придать им еще более интересные свойства. Так полученные нами ранее некоторые тионфосфаты проявили гаметоцидные свойства, некоторые из них антигельминтную активность, а некоторые являются хорошими лигандами при комплексообразовании с рением (Re) и молибденом (Mo).

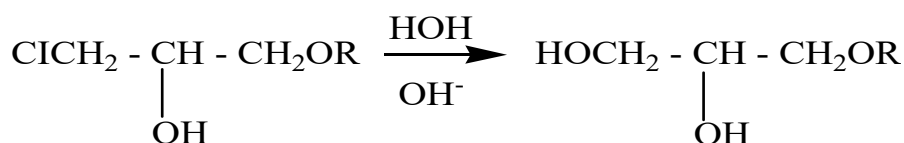
Целью работы. Является разработка и усовершенствование методов синтеза новых 4-алкоксиметил-2-тионо-2-оксид-1,3,2,-диоксафосфоланов.

Целенаправленный синтез в новых классах соединений, с изучением связи между их структурой и биологическими свойствами, является наиболее важным и обоснованным, на основе которого могут быть созданы новые эффективные лекарственные средства и жизненно необходимые продукты.

Материал и методы исследования. В качестве исходных продуктов для синтеза целевых соединений использовали различные α-моноэфиры глицерина [1].

Для препаративных целей синтеза α-моноэфиров глицерина широко используются как методы защиты гидроксильных групп глицерина.

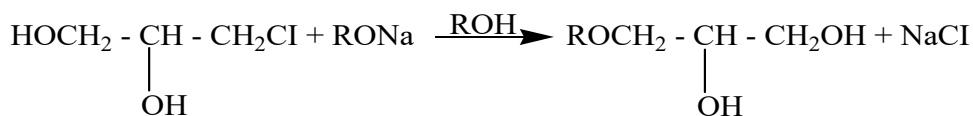
Нами синтезирован ряд моноэфиров глицерина по разработанной методике, путем гидролиза алкоксилор-2-пропанолов с применением щелочных агентов (NaOH, NaHCO₃, Na₂CO₃) [2]:



Полнота протекания гидролиза подтверждалась методом ИК-спектроскопии, сравнением характерных полос поглощения исходных и конечных продуктов реакции. При этом наблюдается исчезновение полосы поглощения, характеризующей группу C-Cl (760-750 см⁻¹) исходных продуктов и появление широкой полосы поглощения в области 3500-3480 см⁻¹, относящейся к гидроксильным группам соответствующего диола – конечного продукта.

По этой методике нами также синтезированы моноэфиры глицерина с радикалами C2-C6 [3].

Достоверность полученных соединений подтверждена проведением встречных синтезов с использованием α-моноклоргидрина глицерина и алколятотв предельных спиртов по схеме [4].



где: RO - CH₃, C₂H₅O, n-C₃H₇O

Физико-химические константы соединений, полученных двумя независимыми способами, были идентичны. Чистоту полученных эфиров контролировали методом ТСХ. В качестве проявителя использовали пары йода.

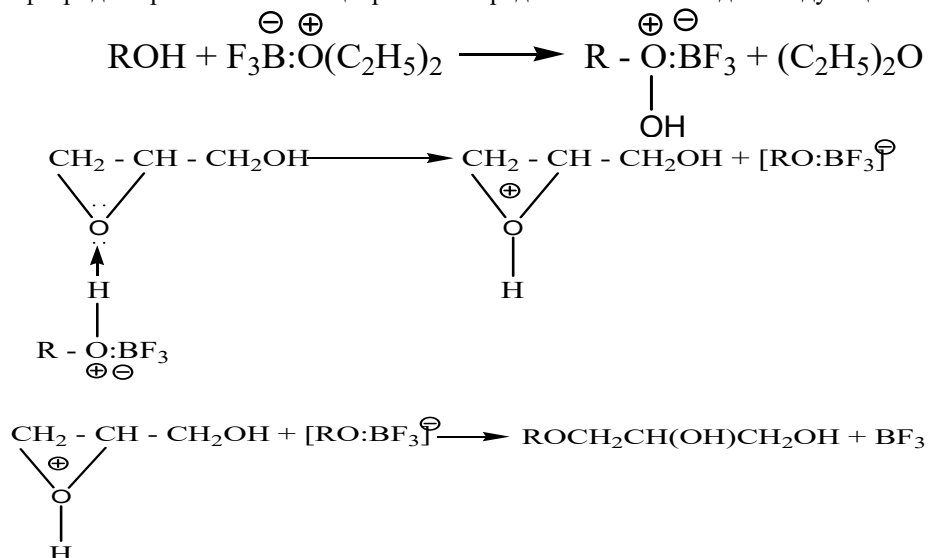
Сложные эфиры глицерина являются весьма интересными объектами для изучения. Это обусловлено важной биологической их функцией в живом организме. Такие эфиры глицерина находят широкое применение в тонком органическом синтезе, в качестве биологически активных веществ. Важными являются исследования по синтезу таких эфиров, структура которых близка к строению природных соединений. Глицериды получают взаимодействием глицерина с хлорангидридами, ангидридами кислот, этерификацией и другими методами.

Изучение механизма ацилирования спиртов хлорангидридами кислот показало, что реакция имеет второй порядок по спирту (общий третий порядок), а константа скорости уменьшается с увеличением электроноакцепторных свойств спиртового радикала.

Моноалкиловые эфиры глицерина входят в состав средств наружного применения, обладающих антимикробным действием, а также косметических фитомасок для лица. α -Моноалкиловые эфиры глицерина получают взаимодействием алкоксида глицерина с алкилгалогенидами или алкил *n*-толуолсульфонатами и метансульфонатами.

Раскрытие оксиранового кольца происходит в присутствии катализаторов, а также без них (давление, температура). При раскрытии кольца под действием спиртов эффективными являются протонные и апротонные кислотные катализаторы, а в случае фенолов процесс ускоряется основаниями.

Вероятный механизм 2-гидроксиметилоксирана под действием спиртов, в присутствии кислотного катализатора – этилэфирата фторида бора на основе общепринятых представлений выглядит следующим образом:



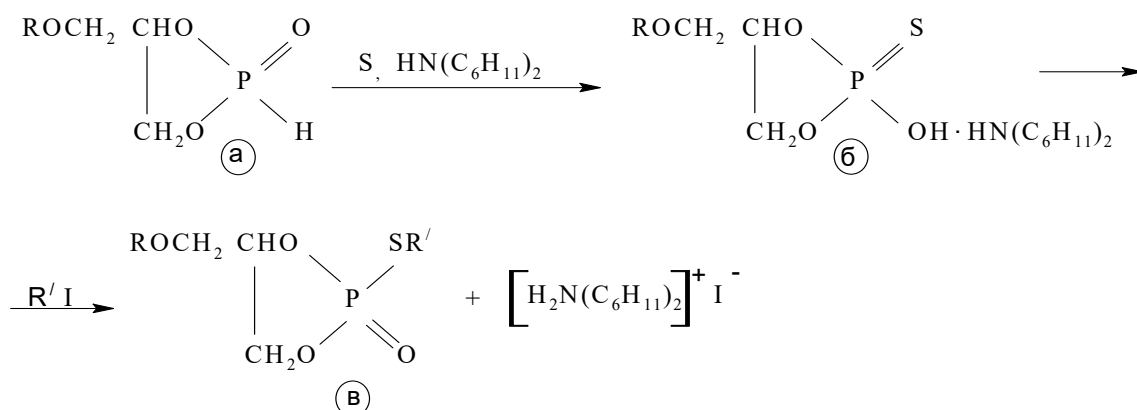
Другой вариант синтеза таких соединений на основе взаимодействия 3-хлорпропан-1,2-диола с алкоглятами.

Этот способ мало удобен и не нашел широкого применения из-за того, что с увеличением размеров алкильного радикала спирта подвижность атома водорода гидроксильной группы падает, что сильно затрудняет процесс получения алкоглята. Показано, что этот процесс протекает гладко только при использовании спиртов с радикалами C1-C6. Выявлено, что при концентрации алкоглята в соответствующем спирте, равной порядка 9-19 %, наблюдается гладкое протекание процесса взаимодействия его с монохлоргидрином глицерина, и при этом достигаются удовлетворительные выходы целевых продуктов

Результаты исследования и их обсуждение. Интерес к синтезу и изучению α -моноалкиловых эфиров глицерина существенно возрос после получения 3-октадецилокси-1,2-пропандиола ("батилола") - эффективного средства для профилактики и лечения лучевой болезни. Синтез этого препарата осуществляют путем первоначального превращения метилстеарата в октадециловый спирт, с помощью алюмогидрида лития.

Нами синтезированы на основе производных глицерина некоторые тиолфосфаты и изучены их свойства.

Синтез тиолфосфатов осуществляли по методике разработанной академиком АН СССР Кабачником М.И. по схеме:



Где R = CH₃, C₂H₅; R' = CH₃, C₂H₅, C₃H₇

Исходные кислые фосфиты (а) получены по методике приведенной в [5].

Действием на кислые фосфиты серы и дициклогексилamina получены соли 4-алкоксиметил-2-тионо-2окси-1,3,2,-диоксафосфоланов (б). К раствору этой соли в десятикратном объёме абс. бензола при перемешивании и при 260С добавили по каплям йодистый алкил. На следующий день, после удаления соли и растворителя, выделили вакуумной перегонкой 4-алкоксиметил-2-оксо-2-тиоалкил-1,3,2,-диоксафосфоланы (в).

Выделенные соединения (в) представляли собой слегка желтоватые подвижные жидкости с резким, неприятным запахом, растворимые в воде и в органических растворителях.

Физико-химическая характеристика полученных веществ приведена в табл. 1.

Табл. 1

Характеристика синтезированных 4-алкоксиметил-2-оксо-2-тиоалкил-1,3,2,-диоксафосфоланов (в)

№	R	R1	t кип.оС	Выход %	n Д20	d 420	MRD		P %	
			мм.рт.ст.				найд.	выч.	найд.	выч.
1	CH ₃	CH ₃	118/2	75	1,5129	1,3354	44,56	44,11	15,39	15,66
			113-135							
			5x10-2							
			140-143							
			4x10-2							
			150-152							
			4x10-2							

Выводы

Полученные 4-алкоксиметил-2-оксо-2-тиоалкил-1,3,2,-диоксафосфоланов представляют собой бесцветные, сиропообразные без запаха жидкости, устойчивые при хранении, хорошо растворимые в органических растворителях и в воде.

Ряд полученных веществ обладает заметной физиологической активностью и предложен в качестве перспективных регуляторов роста растений.

Состав и строение полученных тиолфосфатов доказаны определением элементного состава, расчётом MRD, ИК- и ПМР- спектров, чистота полученных соединений контролировалась методом тонкослойной хроматографии на силуфолевой бумаге промышленного образца в спиртобензольной элюентной жидкости, проявителем служил йод.

ЛИТЕРАТУРА

- Олимов Р.А. Синтез новых производных глицерина на основе пропандиолов-1,2/ Р.А. Олимов, А. Гулзад, Дж.М. Обидов, М.Б. Каримов// Вестник ТНУ, серия естественных наук Душанбе – 2019. – №3. – С. 182-187.
- Олимов Р.А. Синтез 1,3-диалкокси-2-ацилоксипропанов/ Р.А. Олимов, Дж.М. Обидов, О.К. Хабибулаева, М.Б. Каримов // Вестник ТНУ, серия естественных наук Душанбе – 2013. – №1/3 (110). – С. 94-97.
- Олимов Р.А. Синтез и превращения производных кислородсодержащих гетероциклов на основе моноэфиров α -глицерина / Р.А. Олимов //Вестник Санкт-Петербургского государственного университета технологий и дизайна. –2022. – №4. – С. 132-136.
- Синтез уретана (карбамата) на основе α -моноэфиров глицерина/ Дж.М. Обидов [и др.] //Вестник ТНУ, серия естественных наук Душанбе – 2017. – №1/3. – С. 98-201.
- Хабибулаева О.К. Диоксафосфоланы на основе глицерина обладающие рострегулирующим действием/ О.К. Хабибулаева, М.Б. Каримов, Р.А. Олимов //Материалы международной научно-практической конференции «Перспективы развития науки и образования» Душанбе – 2010. С. 65-67.

Орзуи Саид, Инамов А.А., Шамсов Ф.Б.

ТАБЪИЗ ВА ТАМҒАГУЗОРӢ ДАР БАӢНИ ШАХСОНӢ БО ВӢМО ЗИНДАГӢ КУНАНДА ДАР ТОЧИКИСТОН

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ. МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Муҳимият. Дар аксари кишварҳои ИДМ аз ҷумла Тоҷикистон андешаи умумие паҳн шудааст, ки гуё БПМН бемории "дигарон" яъне истеъмолкунадагони маводи мухаддири тазриқи (ИММТ) ва кормандони тичорати шахвонӣ мебошад. Маҳдудсозии ҳуқуқ (табъиз, дискриминасия) ва тамғагузорӣ (стигматизатсия) асосандар байни ин гуруҳҳо бештар ба назар мерасад [2].

Мушкилии табъиз ва тамғагузори яке аз он мушкилотест, ки таваҷҷуҳи хоси ҷомеа ва мақомоти қонунгузори ҳокимияти давлатиро тақозо мекунад. Сарфи назар аз он, ки назария моҳият ва ҳудуди тамғагузорӣ ва табъизро дақиқ муайян кардааст, дар амал ҳолатҳои вайрон кардани ин сарҳадҳо мушоҳида мешаванд, ки боиси поймол шудани ҳуқуқҳои инсон, ки аз тарафи Конститутсия ва санадҳои ҳуқуқии байналмиллалӣ эътироф кардаанд, мегардад [3].

Азбаски ба маънои суннатӣ тамғагузори ба маънии доғ, нишонаи расвой ё бадномӣ аст, аз ин рӯ зарур аст, ки истилоҳҳои “тамғагузорӣ” ва “табъиз”-ро дуруст истифодакард. Тамғагузори ва табъизи марбут ба ВНМО ин раванди “беқурбшавии” одамоне мебошад, ки бо ВНМО зиндагӣ мекунад ё бо он алоқаманданд. Тамғагузори аксар вақт аз доғи ҷинсӣ ва истифодабарандагони маводи мухаддири тазриқи сарчашма мегирад. Табъиз пас аз тамғагузори ба вучуд меояд ва ин муносибати беадолатона ё беасос нисбати шахс дар асоси мақоми воқеии ВНМО ё эҳтимолии ӯ мебошад [1, 5].

Рушди раванди эпидемияи вируси норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи масунияти одам дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳоли ҳозир дар марҳилаи мутамаркази эпидемия қарор дорад. Дар Ҷумҳурии

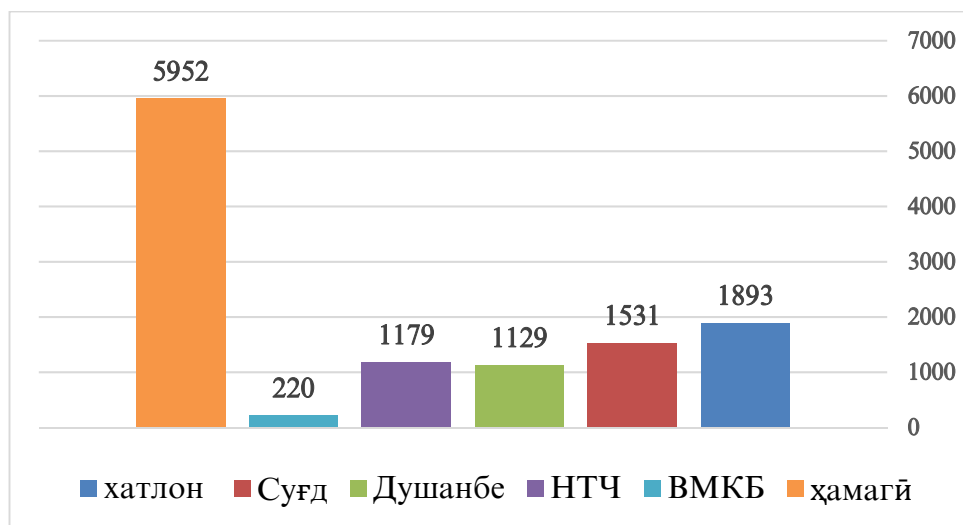
Тоҷикистон аз соли 1991 то охири соли 2020 ҳамагӣ 13069 нафар бақайд гирифта шудааст. Аз ҳисоби умумии сироятёфтагон 3737-нафар аз бемориҳои марбут ба БПНМ фавтиданд. То соли 2020 дар қайди табоати зидди ретровируси 13992 нафар қарор доштанд.

Паҳншавии он асосан дар гурӯҳҳои осебпазири аҳоли бо ВНМО/БПНМ ба қайд гирифта мешавад. Дар даҳсолаи охир раванди сироятёбии ВНМО дар байни аҳоли каме тағирёфта на танҳо ба гурӯҳҳои осебпазири аҳоли балки тавонистааст ба тамоми қишрҳои аҳоли таъсири худро расонад [4].

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани вазъати эпидемиологӣ сирояти ВНМО/БПНМ дар ноҳияи Рӯдакӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади муайян кардани вазъати эпидемиологӣ сирояти ВНМО/БПНМ дар ноҳияи Рӯдакӣ мо усули саволномаҳои пурсиши махфӣ истифода намудем. Саволномаҳо аз як ҷанд қисмат иборат аст: ҷинсият, вазъи оилавӣ, собиқаи беморӣ, сатҳи маълумотноки то хабардор шудан аз статуси худ, огоҳӣ доштани наздикони онҳо аз сироятёбии онҳо, муносибати онҳо, ҳолати сироятёфта дар ҳоли ҳозир ва ақидаи онҳо нисбати ояндаи худ бо ин сироят. Саволномаҳои таҳқиқот аз ҷониби сироятёфтагонии ВНМО/БПНМ, ки дар қайди диспансерии маркази пешгирӣ ва мубориза зидди ВНМО-и ноҳияи Рӯдакӣ, аз 01 январи 2015 сол то 31 декабри 2020 сол пур карда шудааст. Инчунин, картаҳои эпидемиологӣ ва амбулатории онҳо дастрас кардашуда таҳлил карда шуд. Дар таҳқиқот усулҳои омӯзиши таҳлилий, статистикӣ, ҷамъиятӣ ва ташхисию эпидемиологӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Аз руи таҳқиқотҳо маълум шуд, ки пурсидагон 150 нафарро ташкил медиҳанд. Дар байни онҳо 150 саволномаи махфӣ пахш карда шуда, 150 саволнома ҷамъоварӣ ва коркард карда шуд.



Расми 1. Шумораи умумии сироятёфтагонии ВНМО дар солҳои 2017 то 2020 аз руи тақсими вилоятӣ дар Ҷумҳурӣ

Аз руи расми 1 мегардад, ки қисмати зиёди шумораи сироятёфтагон дар толи 5 соли охир дар вилояти Хатлон нисбат ба дигар вилоятҳо ба назар мерасад, ки ин шумора ба 1893 нафар (31,8%) расида аст. Баъдан дар вилояти Суғд (25,7%), НТЧ 19,8%, ш. Душанбе (18,9%) ва ВМКБ (3,7%).

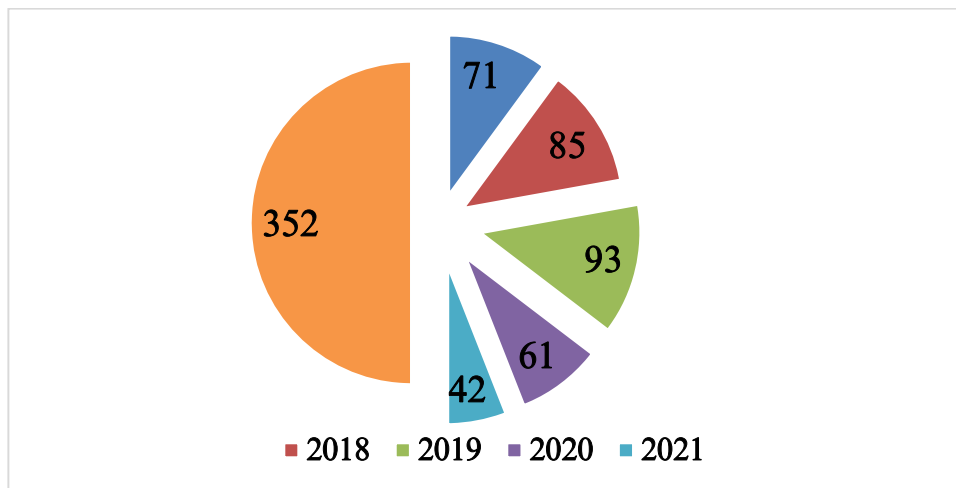
Ҷадвали 1

Шумораи умумии кӯдакони то синни 18 солаи сироятёфта аз ВНМО дар толи солҳои 2017 то 2021 дар Ҷумҳури ва н. Рӯдакӣ

Минтақаҳо	Шумораи умумӣ	Зан	Мард
Ҷумҳурӣ	657	281	376
н. Рӯдакӣ	51	21	30

Яке аз роҳҳои гузариши ВНМО ин бо роҳи аз модар ба кӯдак (вертикали) мебошад. Ин сироят аз модар ба ҷанин дар вақти ҳомиладорӣ, таваллуд ва баъди таваллуд ҳангоми синамакони мегузарад. Аммо дар бисёри ҳолатҳо кӯдакон бо роҳҳои номаълум ба ВНМО сироят мешаванд. Дар баъзе мавридҳо ҳангоми ҳар гуна даҳлатпазириҳои тиббӣ сироятёбии ба амал меояд. Аз ҷадвали 3 маълум мегардад, ки шумораи умумии бақайдгирифтагонии сироят дар 5 соли охир дар сатҳи Ҷумҳурӣ 2,1% кӯдакон ташкил медиҳад, ки аз ин шумораи 51 нафарро он дар н. Рӯдакӣ ба қайд гирифта шудааст.

Дар айни замон ҶТ дар сатҳи эпидемияи муътадилшуда сирояти ВНМО қарор дорад. Аммо бо мурури замон шумораи гирифтронии сирояти ВНМО зиёд шуда истодааст, ки ин мушкилии мубрами рӯз мебошад.



Расми 2. Шумораи нави ҳолатҳои сирояти ВНМО дар ноҳияи Рӯдакӣ

Аз рӯй маълумотҳои расми 2 маълум шуд, ки дар толи 5 соли охир 352 нафар бақайд гирифта шудааст. Аз ин шумора дар солҳои 2017 - 20,2%, соли 2018 - 24,1%, соли 2019 - 26,4%, соли 2020 - 17,3% ва соли 2021 - 11,9% мебошад.

Хулоса. Сабаби зиёд будани миқдори сироятёфтагон дар вилояти Хатлон иннокифоягии шаронти маишӣ аст, ки боиси баланд шудани сатҳи муҳоҷират мегардад ва нокифоя будани маълумотноки оиди роҳҳои гузариши ВНМО мебошад. Шумораи умумии сироятёфтагон ба бемории мазкур дар н. Рӯдакӣ 51 нафарро ташкил медиҳад, ки ин аз сатҳи пасти риояи чорабиниҳои профилакти хангоми ҳомиладорӣ, тавалудро дар ноҳияи мазкурро нишон медиҳад. Дар соли 2019 нафар назар ба дигар солҳо қисмати зиёди сироятёфтагон (26,4%) мебошад, бақайд гирифта шудааст ва шумораи ками (11,9%) сироятёфтагон бошад дар соли 2021.

Рӯйхати адабиётҳо:

1. Лисаускене, М.В. Социологический анализ отношения различных категорий медицинского персонала городских лечебных учреждений к ВИЧ-инфицированным пациентам / М.В. Лисаускене, Ю.К. Плотникова, Ю.Н. Ракова // Социология медицины. – 2017. - № 16 (1). – С. 42-46.
2. Чернявская О.А., Иоанниди Е.А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации для людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ / О.А. Чернявская, Е.А. Иоанниди // Социол. мед. – 2014. - № 13(2). – С. 28-32.
3. Материалы объединенной программы организации объединенных наций по ВИЧ/СПИД (UNAIDS). <http://www.unaids.org> (дата обращения 25 мая 2016 г.)
4. Стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ: взгляд студентов-медиков / Хрянин А.А. [и др.] // Journal of Siberian Medical Sciences. - 2019. - №1. – С. 78-87.
5. Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ / Камалдинов Д.О. [и др.] // Отчёт по результатам социологического исследования. - Новосибирск, 2014.

Орзуи Саид, Авғонов Н.К., Бабаев М.Р.

ВАЗЪИ ЭПИДЕМИКӢИ ВИРУСИ НОРАСОГИ МАСУНИЯТИ ОДАМ ДАР НОӢИЯИ РӢДАКӢ

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ӣ.Қ. МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Муҳимият. Бемори пайдошудаи норасои масуният (БПНМ) яке аз бемориҳои музмини табобатнашаванда буда, ба мушкилоти иҷтимоӣ пушида аст ва мавҷуд будани стигма(доғи табъиз) ва дискриминасия(табъиз) нисбати шахсони гирифтори сирояти ВНМО бешубҳа ба зиндагии онҳо нороҳатӣ меорад, ки инро метавон аз сифати зинагии онҳо пай бурд [2, 3].

Суръати паҳншавии сирояти ВНМО аз шароитҳои маҳаллӣ ва омилҳои рафторӣ гуруҳи асосии аҳоли (муҳоҷирони меҳнатӣ, кормандони тиҷорати шахвонӣ, истифодабарандагони маводи муҳаддири тазриқӣ, ва гомосексуалҳо) вобаста аст. Дар ҶТ нақши аввалинигузариши сирояти ВНМО бо роҳи нашъамандии тазриқӣ мебошад.

Назорати эпидемиологӣ барои идора намудани раванди эпидемикӣ се зерсистемаи асосӣ, иттилоотӣ-ташхисӣ, таҳлилий(аналитический) ва идоравиро дар бар мегирад [3]. Аз ҳамоҳангсозӣ ва самароникии зерсистемаҳои зерин, қабули қарорҳои роҳбарикунанда оид ба воқуниши (реагирование) саривақтӣ ба чараёни эпидемия, таъғирот ба барномаҳои пешгирикунанда ва зиддиэпидемикӣ ва арзёбии самаранокии онҳоро бо назардошти омилҳои рафторӣ ва пешгӯии минбаъдаи рушди эпидемияи ВИЧ, вобастагии калон дорад [1].

Дар ноҳияи Рӯдакӣ аз соли 2006 то охири соли 2020 ҳамагӣ 890 нафар бақайд гирифта шудааст. Аз онҳо 542 нафар мард ва 348 нафар зан ташкил медиҳад. Аз ҳисоби умумии сироятёфтагон 199 нафар аз бемориҳои марбут ба БПНМ фавтиданд. То соли 2020 дар қайди табобати зидди зетровируси 683 нафар қарор доштанд.

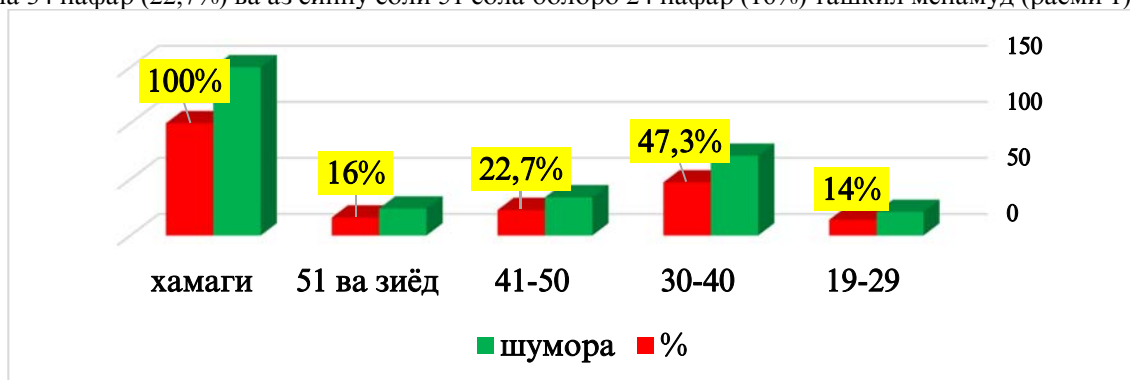
Тамғагузорива табъиз ҳуқуқҳои асосии инсонро поймол мекунад ва метавонад дар сатҳҳои гуногун, аз ҷумла сиёсӣ, иқтисодӣ, иҷтимоӣ, равонӣ ва институтсионалӣ пайдо шаванд. Табъиз ва тамғагузорӣ аксар вақт одамонро водор мекунад, ки кореро анҷом диҳанд ё надиҳад, ки шахси дигарро аз гирифтани хидмат истисно мекунад ё ҳуқуқҳои онҳоро поймол мекунад. Масалан, он метавонад шахси мубталои ВНМО ба хидматрасонии

тиббӣ монеъ шавад ва ё боиси аз кор барканор шудани он гардад[4, 5].

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани пайдоиши омилҳои таъбиз ва тамғагузори иҷтимоӣ ба сироятёфтагони ВНМО/БПНМ, бо таҳияи маҷмӯи чорабиниҳо оид ба паст ва бартарафсозии онҳо.

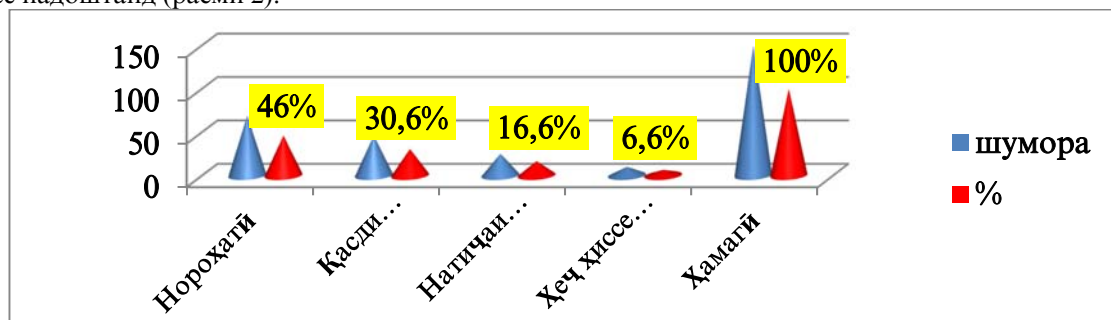
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади муайян кардани таъбиз ва тамғагузори нисбати сироятёфтагони ВНМО аз ҷониби шахсони оила ва атрофиён, мо усули саволномаҳои пурсиши махфӣ истифода намудем. Саволномаҳо дар кафедраи эпидемиологияи ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ. МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” коркард шудааст, ки аз як чанд қисмат иборат аст: ҷинсиёт, вазъи оилавӣ, собиқаи беморӣ, сатҳи маълумотнокӣ то хабардор шудан аз статуси худ, огоҳӣ доштани наздикони онҳо аз сироятёбии онҳо, муносибати онҳо, ҳолати сироятёфта дар ҳоли ҳозир ва ақидаи онҳо нисбати ояндаи худ бо ин сироят. Саволномаҳои тадқиқот аз ҷониби сироятёфтагони ВНМО/БПНМ, ки дар қайди диспансерии маркази пешгирӣ ва мубориза зидди ВНМО-и ноҳияи Рӯдакӣ, аз 01 январи 2015 сол то 31 декабри 2020 сол пур карда шудааст. Инчунин, картаҳои эпидемиологӣ ва амбулатории онҳо дастрас кардашуда таҳлил карда шуд. Дар тадқиқот усулҳои омузиши таҳлилий, статистикӣ, ҷамъиятӣ ва ташхисӣ эпидемиологӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Аз руи тадқиқотҳо маълум шуд, ки пурсидагон 150 нафарро ташкил медиҳанд. Дар байни онҳо 150 саволномаи махфӣ пахш карда шуда, 150 саволнома ҷамъоварӣ ва коркард карда шуд. Дар рафти тақсимбандии пурсидагонҳо ба асоси рӯи синну сол муайян гашт, ки аз шумораи умумии сироятёфтагон шахсони дар синну соли 19-29 сола 21 нафар (14%), аз синни 30-40 сола 71 нафар (47,3%), аз 41-50 сола 34 нафар (22,7%) ва аз синну соли 51 сола болоро 24 нафар (16%) ташкил менамуд (расми 1).



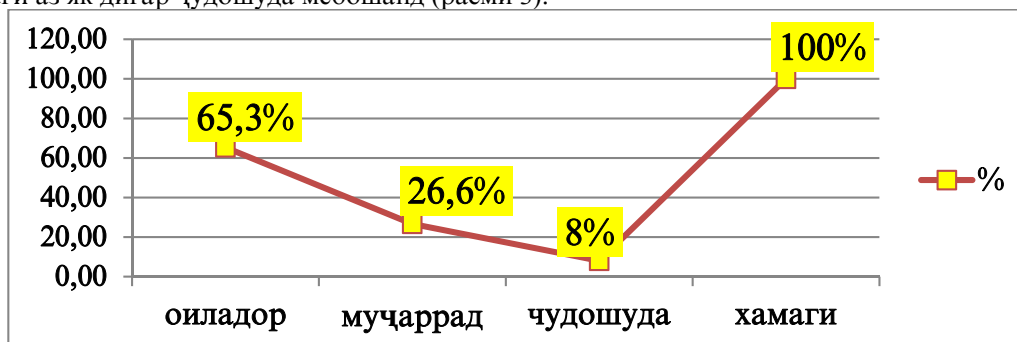
Расми 1. Тақсимбандии сироятёфтагон аз рӯи синну сол

Маълум гашт, ки пурсидагон ҳангоми хабардор шудан аз сироятёбии худ эҳсосотҳои гуногун доштанд. Аз шумораи умумии пурсидагон 69 нафар (46%) -и онҳо эҳсосоти норухатӣ, ноумедӣ доштаанд. Қасди худкуширо 46 нафар (30,6%) -и пурсидагон доштаанд. Аз пурсидагон 25 нафар (16,6%) -и онҳо фирқ доштаанд, ки ин сироят натиҷаи гуноҳҳои кардаи онҳо мебошад. Танҳо 10 нафар (6,6%) -и онҳо ҷавоб доданд, ки ҳангоми хабардор шудан ҳеҷ эҳсосе надоштанд (расми 2).



Расми 2. Эҳсосоти пурсидагон ҳангоми огоҳӣ аз сироятёбии худ бо ВНМО

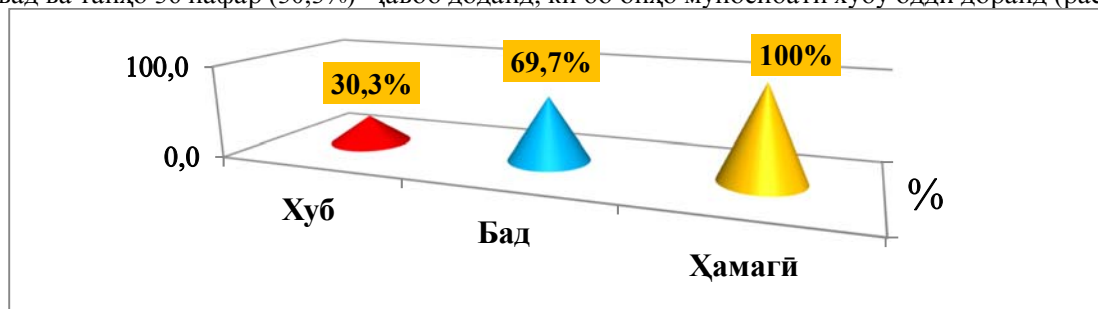
Маълум гардид, ки 98 нафар (65,3%) -и пурсидагон ҳангоми пур намудани саволнома оиладор, 40 нафарашон (26,6%) муҷаррад ва 12 нафарашон (8%) аз сабаби ин хабардор шудан аз сирояти ҳамсафарони зиндагӣ аз як дигар ҷудошуда мебошанд (расми 3).



Расми 3. Вазъи оилавии пурсидагон ҳангоми гузаронидани тадқиқот.

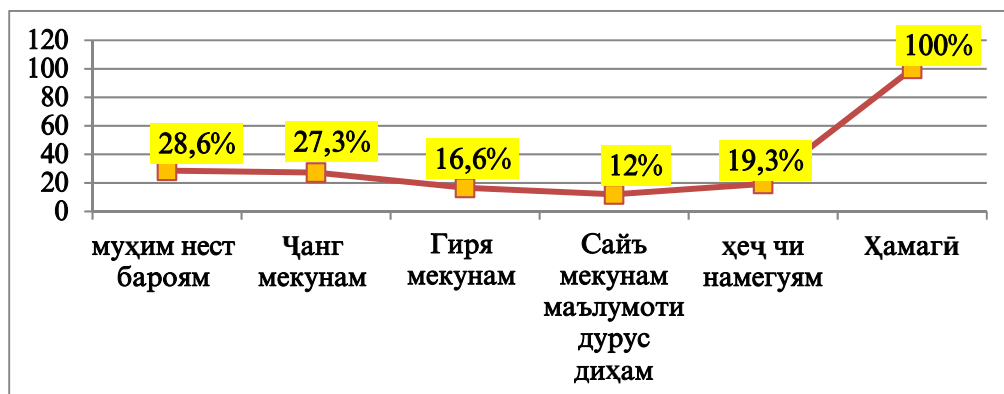
Барои муайян намудани дучор шудани сироятёфтагони ВНМО ба таъбиз ва тамғагузорӣ ба саволи

"муносибати наздикон бо шумо ҳангоми оғаҳи ёфтан аз статуси шумо чи гуна аст?" дар ин савол онҳо аз 119 нафар сироятёфтагон, ки наздиконашон аз мақоми онҳо хабардоранд, қариб 83 нафар (69,7%) ҷавоб доданд, ки аз ҷониби ҳамсарон, фарзандон, дустон ва наздикон ба онҳо рафтори бад, дағалона ва нафратовар дида мешавад ва танҳо 36 нафар (30,3%) ҷавоб доданд, ки бо онҳо муносибати хуб оддӣ доранд (расми 4).



Расми 4. Муносибати наздикон ҳангоми оғаҳи аз сироятёбии онҳо

Аз рӯи ин расм маълум мегардад, ки пурсидагон дар вақти аз ҷониби дигарон зери таъбиз ва тамғагузори қарор гирифтанд 28,6 %-и аз онҳо ҷавоб доданд, ки барои ман суҳанони онҳо муҳим нест, 27,3% гуфтанд, ки дар ҷавоб бо онҳо ҷангу дағалро истифода мебаранд, ва 16,6%- дар ҷавоб бо чунин рафтор гиря мекунанд. Танҳо 12%-и ШВНМО зиндагикунанда кушиш мекунанд, ки ба чунин шахсон дар бораи ин сироят, роҳҳои гузариши он маълумоти дуруст диҳанд ва 19,3%-и онҳо дар чунин ҳолатҳо чи тавр рафтор карданро наредонанд (расми 5).



Расми 5. Ҷавоби пурсидагон ҳангоми дучор шудан ба таъбиз ва тамғагузорӣ

Хулоса. Аз ин лиҳоз маълум мегардад, ки пурсидагон дар вақти аз ҷониби дигарон зери таъбиз ва тамғагузори қарор гирифтанд 28,6 %-и аз онҳо ҷавоб доданд, ки барои ман суҳанони онҳо муҳим нест, 27,3% гуфтанд, ки дар ҷавоб бо онҳо ҷангу дағалро истифода мебаранд, ва 16,6%- дар ҷавоб бо чунин рафтор гиря мекунанд. Танҳо 12%-и ШВНМО зиндагикунанда кушиш мекунанд, ки ба чунин шахсон дар бораи ин сироят, роҳҳои гузариши он маълумоти дуруст диҳанд ва 19,3%-и онҳо дар чунин ҳолатҳо чи тавр рафтор карданро наредонанд.

Рӯйхати адабиётҳо:

- Лисаускене, М.В. Социологический анализ отношения различных категорий медицинского персонала городских лечебных учреждений к ВИЧ-инфицированным пациентам / М.В. Лисаускене, Ю.К. Плотникова, Ю.Н. Ракова // Социология медицины. – 2017. - № 16 (1). – С. 42-46.
- Чернявская О.А., Иоанниди Е.А. Некоторые аспекты проблем стигматизации и дискриминации для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом / О.А. Чернявская, Е.А. Иоанниди // Социол. мед. – 2014. - № 13(2). – С. 28-32.
- Материалы объединенной программы организации объединенных наций по ВИЧ/СПИД (UNAIDS). <http://www.unaids.org> (дата обращения 25 мая 2016 г.)
- Стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ: взгляд студентов-медиков / Хрянин А.А. [и др.] // Journal of Siberian Medical Sciences. - 2019. - №1. – С. 78-87.
- Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ / Камалдинов Д.О. [и др.] // Отчёт по результатам социологического исследования. - Новосибирск, 2014.

Ортукова С.М., Мирзоева Г.Х, Хамроева С.К.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНТЕНСИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В настоящее время знание иностранных языков - это не только атрибут культурного человека, но и условие его успешной деятельности. Понятно, что в бурно развивающемся мире время - фактор экономический: на многолетнее изучение языка времени ни у кого нет. В таких условиях вопрос качественного улучшения системы образования в стране непосредственно связан с разработкой более совершенных, научно-обоснованных методов

управления учебно-познавательной деятельностью, мобилизующих творческие способности личности. В связи с этим разработка теории и широкое внедрение в практику различных форм интенсивного обучения иностранным языкам (английскому языку) представляются актуальными».

Цель исследования. С развитием информационных технологий, увеличением зарубежных контактов, развитием культуры и торговли возросла потребность общества в овладении иностранными языками, особенно английскому языку в значительном объеме при незначительных затратах времени. Это привело к созданию в середине XXI века группы интенсивных методов обучения.

Материалы и методы исследования. Использование данных методов осуществляется с целью реализации коммуникативного подхода в обучении иностранным языкам. Разумеется, главной задачей интенсивного обучения является повышение уровня иностранного языка, но вместе с тем оно направлено на комплексное развитие личности студентов, на одновременное развитие интеллектуальных, эмоциональных, мотивационных ее сторон. Обучения иностранному языку является обучение коммуникативной компетенции, то есть способности и готовности студентов осуществлять иноязычное межличностное и межкультурное общение.

Для повышения своих результатов люди обращаются в различные организации, посещают дополнительные занятия и занимаются самостоятельным совершенствованием навыков говорения и письма. Широкое внедрение интенсивного метода обучения открывает новые перспективы, т.к. обеспечивает практическое овладение учащимися иностранным языком в краткие сроки. Таким образом, целью является изучение педагогических условий и особенностей организации учебных занятий, при которых применение интенсивных методов обучения английскому языку на практике целесообразно и эффективно.

Владение языком - это, прежде всего, способность участвовать в реальном общении. Общение способствует лучшему владению языком. В общении каждый обучаемый является как воздействующим, так и подвергаемым воздействию. В этих условиях процесс формирования личности обусловлен отношением человека к человеку, их общением. Система понятий, в которой может быть описано общение, включает понятие «роли». Общение превращается в творческий, лично мотивированный процесс. В этом случае студенты владеет мотивом деятельности, совершает мотивированные речевые поступки. Личностно-речевое общение - это основа построения учебно-познавательного процесса в интенсивном обучении иностранным языкам.

Результаты исследования и их обсуждения. Принцип концентрированности в организации учебного материала и учебного процесса. Этот принцип характеризует не только качественную, но и количественную специфику интенсивного общения. Это специфика проявляется в различных аспектах: концентрированность учебных ситуаций, занятий, концентрированность учебного материала, связанная с его объемом и распределением в курсе обучения. Большой объем учебного материала, особенно на начальном этапе обучения, дает возможность уже на первом занятии организовать ситуации, максимально приближенные к реальному общению. Это создает высокую мотивацию учения, как бы приближая результат обучения к его началу. Концентрированность в организации учебного материала влечет за собой специфическую организацию учебного процесса, которая проявляется, в частности, в высокой «плотности общения», разнообразии видов и форм работы и др.

Интенсивное обучение иностранному языку (английскому языку) обучение, направленное в основном на овладение общением на изучаемом языке, опирающееся на не используемые в обычном обучении психологические резервы личности и деятельности учащихся.

Весь период обучения делится на две части: устный вводный курс и основной курс с использованием учебного пособия, включающий активный и концертный сеансы, первичную и вторичную разработку материала. Главными методическими приемами обучения являются: чтение и перевод текста преподавателем, хоровое и индивидуальное повторение частей текста студентам, разыгрывание этюдов, решение проблемных ситуаций и мыслительных задач, участие в играх, решение кроссвордов, пересказ текстов и диалогов.

Методы обучения сами по себе не могут быть ни хороши, ни плохи, необходима их система. "Никакое средство педагогическое, даже общепринятое, каким обычно у нас считается и внушение, и объяснение, и беседа, и общественное воздействие, не может быть признано всегда абсолютно полезным. Самое хорошее средство в некоторых случаях обязательно будет самым плохим" Методы обучения, при помощи которых достигаются ожидаемые результаты, оставаясь принципиально одинаковыми, бесконечно варьируются в зависимости от множества обстоятельств и условий протекания процесса обучения.

Выводы. На современном этапе развития образования при обучении иностранному языку реализуется коммуникативный подход (Communicativelanguageteaching) - это подход, направленный на формирование у студентов смыслового восприятия и понимания иностранной речи, а также овладение языковым материалом для построения речевых высказываний. Коммуникативный подход в обучении иностранным языкам, прежде всего, призван научить студентов свободно ориентироваться в иноязычной среде, а также уметь адекватно реагировать в различных языковых ситуациях.

Также одним из основных условий успешности применения интенсивных методов обучения на практике является профессионализм преподавателя, высокая мотивация студентов, особая благоприятная рабочая атмосфера, тщательно создание благоприятной рабочей атмосферы и доверительных отношений преподавателя и студента, что способствует развитию положительных эмоций, которые снижают чувство утомляемости и способствуют росту мотивации обучения.

Список литературы

1. Азимов, Э.Г. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам) / Э.Г. Азимов, А.Н. Щукин. - М.: Икар, 2009. - 448 с.
2. Леонтьев, А.А. Педагогическое общение / А.А. Леонтьев, Под ред. М.К. Кабардова. 2-е изд., доп. М.; Нальчик, 1996. - 305 с.

3. Новиков, А.М. Методология / А.М. Новиков, Д.А. Новиков. - М.: СИНТЕГ, 2007. - 663 с.
4. Пассов, Е.И. Коммуникативный метод обучения иноязычному говорению / Е.И. Пассов. - М.: Просвещение, 1991. - 223 с.
5. Сластенин, В.А. Педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов. -М.: Издательский центр "Академия", 2002. - 576 с.
6. Щукин, А.Н. Обучение иностранным языкам: Теория и практика: Учебное пособие для преподавателей и студентов / А.Н. Щукин. - М.: Филоматис, 2006. - 480 с.

Разинов Ш.Ш., Холбеков М.Ё., Пирова Ш.К.
ВАЗЪИ ЭПИЗООТОЛОГИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРИИ ЭХИНОКОККОЗ ДАР ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» Тоҷикистон.

Муҳимият. Эхинококкоз ва алвеолококкоз дар ҳамаи мамлакатҳои Осиёи Марказӣ ва Россия васеъ паҳн гаштааст [1,2,3]. Дар эпизоотология ва эпидемиологияи эхинококкоз ғусфандони калонсол нақши зиёдтар доранд. Гиччаҳо (қирмҳо) гуруҳи муфтиҳури дохилии организмҳо буда ба соҳаи ҷорводорӣ зарари калони иқтисодӣ мерасонанд. Бемориҳои гиччавӣ қобилиятнокии организмро суст карда роҳҳои тайнамудаи онҳо то ҷои зисташон дар организм ҳамчун дарвоза барои сироятёби хизмат мекунад ва сабабгори пайдо гаштани бемориҳои сироятӣ мегардад. Барангезандагони бемориҳои сироятиву инвазионӣ дар бисёр ҳолатҳо дар якҷоягӣ мушоҳида карда мешаванд. Аз рӯи маълумоти олимони хориҷӣ ва мушоҳидаҳои олимони ватанӣ бармеояд, ки нақши гиччаҳо дар пайдошавии бемориҳои сироятӣ якуминдараҷа аст [4,5]. Дар организми ҳайвонот як маҷмуаи ҳамзистӣ байни гиччаю дигар барангезандагон ба вуҷуд меояд ва таъсири амрозии онҳо дучанд гашта, дараҷаи сироятёбӣ дар байни ҷорво зиёд мегардад. Гиччаҳое ҳастанд, ки сабабгори пайдо гаштани бемориҳои вазнини хусусияти иҷтимоӣ дошта дар байни одамон мегарданд. Ба инҳо бемориҳои зерин - эхинококкоз, тениаринхоз, трихинеллез, тениоз, фасиолиз, анкилостоматидозҳо (стронгилятозҳо) ва ғайра мансуб мебошанд. Бинобар мураккабии сохт ва инкишофи ҳаёти худ зоопаразитҳо назар ба микроорганизмҳо хусусиятҳои ба худ хос доранд, ки ба равиш, ҷараёни беморӣ, пешгирӣ ва мубориза ба муқобили он таъсир мерасонанд. Аз ин лиҳоз тадқиқи алоқаҳои мураккаби байни муфтиҳур ва муҳит аҳамияти назариявӣ дошта, барои дарёфти тадбирҳои зидди паразитӣ муҳим ва зарур аст.

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани вазъи эпизоотологию эпидемиологии бемории эхинококкоз ва алвеолококкоз дар ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои тадқиқот натиҷаи муолиҷаи бемориҳои эхинококкоз ва алвеолококкоз, ки дар солҳои 2020-2022 аз минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ барои муолиҷа ба беморхонаҳои шаҳри Душанбе бистари гардида муолиҷа шудабудан истифода карда шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Тибқи рӯйхат маълум гардид, ки танҳо дар шӯъбаҳои ҷарроҳии беморхонаҳои шаҳри Душанбе дар давоми 3-соли охир 641 нафар одамони касбу қор ва синусоли гуногундошта (соли 2020-108 нафар, соли 2021-228нафар ва 2022-305 нафар) аз ин намуди бемориҳо танҳо бо усули ҷарроҳӣ қардан муолиҷа ёфтаанд. Аз 108 нафар одамони ҷарроҳишуда паҳншавии ин нишондод дар сатҳи ҷумҳурӣ дар соли 2020: аз вилояти Хатлон 41 нафар, вилояти Сугд 14 нафар, ноҳияҳои тобеи марказ 57-нафар ва ВМКБ 6-нафарро ташкил додааст. Аз 228 нафар беморони дар соли 2021ҷарроҳишуда: аз вилояти Хатлон 83 нафар, вилояти Сугд 18 нафар, ноҳияҳои тобеи марказ 127-нафарро ташкил додааст. Дар ин сол аз ВМКБ барои муолиҷа ба шаҳри Душанбе наомадааст. Дар ин солҳо дар байни ҷарроҳишудагон қудакон ба қайд гирифта нашудааст. Дар соли 2022 бошад аз 305 нафари ҷарроҳишуда: аз вилояти Хатлон 91 нафар, вилояти Сугд 29 нафар, ноҳияҳои тобеи марказ 189-нафар ва ВМКБ 4-нафарро ташкил додааст. Агар дар ду соли пеш қудакони бемор ба қайд гирифта нашуда буд, дар ин сол бошад тибқи омор аз байни ҷарроҳишудагон 38 нафарашро қудакон ташкил намудааст. Чӣ ҳеле, ки аз рӯи оморҳо дида мешавад миқдори беморон сол аз сол рӯ ба зиёдшавӣ доранд. Бемории эхинококкози қизар ва шуш бештар дар миёни мардум ҳеле зиёд ба қайд гирифта шуда, бо усули ҷарроҳӣ ва бурида ҷудо намудани мавзъи ҳубоби эхинококкӣ аз узви қойгиршудаи муфтиҳур (паразит) муолиҷа карда мешаванд ва бадани шахсони бо тарзи ҷарроҳӣ муолиҷашуда нуксон пайдо мекунанд.

Эхинококкоз – ин бемории гиччавии ғусфанд, буз, гов, ҳук, гавазн, одам ва дигар ширхӯрон мебошад, ки инҳо ҳуҷаини мобайнӣ ба ҳисоб мераванд. Аз маълумотҳои оморӣ бармеояд, ки сироятёби аз эхинококкоз дар байни одамон тайи солҳои охир зиёд гашта, зарари иқтисодии калон аз ҳисоби гузаронидани ҷароҳиҳои вазнин ба хоҷагии мардум ворид месозад.

Дар организми ҳуҷаинони мобайнӣ *Echinococcus granulosus* дар шакли ҳубобҳои пур аз моеъи шафоф, ки аз сколексҳои тақсоншуда таркиб ёфтаасту бо забони илмӣ онкосфера номида мешавад, дида мешавад. Девори ҳубоб бо пардаи берунӣ (кутикулярӣ) ва дохилӣ (герминативӣ) пӯшида шудааст. Ҳубобҳои ранги сафеди ширмонанд ва ҳубобҳои нисбатан кӯҳнашуда дорои ранги зардча мебошанд.

Ҳуҷаинҳои асосии он (сағ, гург, шағол, рӯбоҳ) ба воситаи саргин ба муҳити атроф бандҷаҳои охирино хориҷ мекунанд. Дар муҳити атроф бандҷаҳои эхинококкӣ аз саргин баромада, фаъолона ҳаракат мекунад ва дар масоҳати то 15 см ҳазида, ба танаи растаниҳо мебароянд. Ҳангоми ҳаракат девори бандҷаҳо қафида тухмҳо ба атроф пош меҳӯранд.

Ҳуҷаинҳои мобайнии он (гов, ғусфанд, буз, ҳук, гавазн, одам ва дигар ширхӯрон) ҳангоми фуру бурдани бандҷаҳои болиғи гичча якҷоя бо сабзавот ва об сироят меёбанд. Тухмҳои гирдшакл ё онкосфераҳо бо воситаи шаш чангаки худ ба девори рӯдаи ҳуҷаин ворид мегарданд. Сипас тавассути гардиши хун ё лимфа ба узв ва бофтаҳои гуногун тақсим шуда, дар муддати қариб 5-моҳ ба даври ҳубобӣ табдил меёбанд.

Эхинококкоз бо шакли музмин чараён гирифта, пас аз сироятёбӣ муддати дароз нишонаҳои зоҳирии беморӣ аён намегардад. Минбаъд нишонаҳои беморӣ вобаста аз ҷойгиршавӣ ва шумораи ҳубобҳо, муҳлати беморӣ, ҳолати умумӣ ва ғ. оҳиста оҳиста маълум мегарданд. Ҳангоми дар чигар ҷойгиршавии паразит дарунравӣ, дардмандии миқёси ин узв, ҳангоми эхинококкози шуш бошад, сулфазанӣ ва нафаскашии душвор мушоҳида мегардад.

Талафоти ҳайвонот бештар дар зимистон ва баҳор мушоҳида мешавад. Манбаи сироятёбии ҳайвонот ва одам сағҳои дайду ва чупонӣ ба шумор мераванд. Аз натиҷаҳои кушодани пурра ва нопурраи гельминтологии баъд аз забҳи наздики 600 сар чорвои хурди шохдор дар қасбобхонаҳои шаҳри Душанбе дар давоми солҳои 2018-2022, ки чорвоҳоро аз ноҳияҳои гуногуни мамлакатамон барои ғушташон ворид месозанд, маълум гашт, ки паҳншавии эхинококкоз дар аксар ноҳияҳои тобеи марказ шиддат гирифта, сироятёбӣ дар баъзе ноҳияҳо то ба 95-98% мерасад истодааст.

Саршумори асосии чорво ба аҳоли ва хоҷагиҳои деҳқониву фермерӣ таалуқ доранд, вале мутаасифона қисми зиёди роҳбарони онҳо мутахассисони соҳа набуда аз ҷигунагии технологияи парвариши чорво оғаҳӣ надоранд.

Коҳиш ёфтани базаи хӯрока, гарон будани арзиши маводҳои табобатӣ пешгирикунанда, беназоратии сағҳои бесоҳиб, саривақт нагузаронидани дегелминтизатсияҳои нақшавии онҳо, алоқаи наздики одамон бо сағҳои аз дегелминтизатсия нагузаронидашуда, истифодаи сабзавоту мевачоти ношуста ва дигар маҳсулоти бо тухми эхинококк олуда ва омилҳои дигар, ки дар умум ба вазъӣ эпизотологию эпидемиологӣ таъсири манфӣ мерасонанд, муҳимтарин сабабҳои паҳншавии эхинококкоз мебошанд.

Чораҳои пешгирӣ ва мубориза бар зидди эхинококкоз пеш аз ҳама ба сағҳо надодани узвҳои аз эхинококк осебдида ва дар ҳар 3 моҳ як маротиба дегелминтизатсия гузаронидан мебошад. Сағҳои хизматӣ чупонӣ бояд шиноснома дошта бошанд ва дар он ҳамаи чорабиниҳои муолиҷавию пешгирӣ аз ҷумла дегелминтизатсия қайд карда шуда бошанд.

Хулоса. Барои пешгирии одамон аз сироятёбии бемориҳои эхинококкоз ва алвеолококкоз бояд бояд пеш аз ҳама ба гигиенаи шахсӣ, баланд бардоштани саводнокии аҳоли, пешгирӣ кардани сироятёбии сағҳо, риоя кардани қоидаҳои нигоҳубини ҳайвонот ва истифодаи бурдани пешниҳодҳо оид ба пешгирӣ аз паҳншавии бемориҳои алвеолококкоз ва эхинококкоз зарур мебошад.

АДАБИЁТҲО

1. Азиззода З.А. Современные вопросы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана, № 4, 2019. -С.68-97.
2. Гулов М.К. Неосложнённый эхинококкоз печени: опыт открытых и лапароскопических операций / М.К. Гулов, С.М. Зардаков // Вестник Авиценны. - 2016. - №2. - С.7-12.
3. Раимкулов КМ. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости эхинококкозами в Кыргызской Республике / К.М. Раимкулов, Ж.М. Усубалиева В.С. Тойгомбаева// Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана 2015; 4:102-4
4. Шойхет Я.Н. Влияние распространенности альвеококкоза печени на объем хирургического лечения / Я.Н. Шойхет и др// Сборник материалов XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии" Иркутск 2012:С. 97-98
5. Torgerson P.R. The global burden of alveolar echinococcosis / P.R. Torgerson., K. Keller, M. Magnotta, N. Ragland//. PLoS Negl Trop Dis 2010, V4; C.722-726.

Плигина Е.В., Семелева Е.В., Ляпина С.А.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». Саранск.

Актуальность. Инвалидность и вопросы реабилитации на современном этапе являются одними из приоритетных проблем государства, решение которых определяет его социальное благополучие. Показатели инвалидности являются одними из основных оценочных критериев, характеризующих доступность, качество, эффективность медико-социальной помощи населению, включая проведение профилактических и реабилитационных мероприятий [1].

Согласно оценкам ВОЗ, 1,3 миллиарда человек, или каждый шестой человек в мире, страдает существенными ограничениями возможностей здоровья. В Российской Федерации первичная инвалидность за год составляет более 1 млн человек [2].

Проблема инвалидизации остается актуальной для Республики Мордовия. Следует отметить, что инвалидность считается одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей между человеком-инвалидом и обществом.

Таким образом, высокую актуальность приобретает развитие системы медицинской профилактики инвалидирующих заболеваний. Для поддержания здоровья населения необходимы адресные меры, направленные на создание комфортных условий в учреждениях здравоохранения, внедрение специальных диагностических программ для своевременного выявления признаков развития инвалидирующих патологий. Но ключевым фактором при этом остается обеспечение максимальной доступности для населения качественной медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить распространенность, структуру и основные тенденции динамики инвалидности взрослого и детского населения в Республике Мордовия.

Материал и методы исследования. В данной работе использованы статистические данные Мордовиястат (тер-

риториальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Мордовия) с проведением системного и статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным Федеральной службы государственной статистики по Республике Мордовия численность постоянного населения в 2022 году составила 770673 человека. За последние 5 лет численность постоянного населения республики уменьшилась на 34383 человека. Доля городского населения по республике составила 64%, сельского 36%. Убыль населения происходит в основном по причине превалирования уровня смертности над уровнем рождаемости [3].

Общая численность инвалидов за период 2020-2022 годы сократилась на 13,5% и составила в 2022 году 61571 человек. Общая численность детей-инвалидов за три года увеличилась на 1,0% с 2393 человека в 2020 году до 2447 человек в 2022 году.

Анализ распределения инвалидов Республики Мордовия по возрастным группам показал, что наибольший удельный вес инвалидов отмечается в возрастной группе свыше 60 лет – 64,4%, наиболее малочисленной является группа инвалидов в возрасте 18-30 лет – 3,3%, инвалиды среди детей до 17 лет составили 3,6% (таблица 1).

Таблица 1. Численность инвалидов по возрастным группам

Всего	Дети до 17 лет		18-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		Свыше 60 лет	
	чел.	доля, %	чел.	доля, %	чел.	доля, %	чел.	доля, %	чел.	доля, %	чел.	доля, %
2022 год												
61571	2447	3,9	2050	3,3	3710	6,0	5419	8,8	10209	16,5	40183	65,2
2021 год												
68865	2453	3,5	2236	3,3	3940	5,9	5709	8,6	11882	17,8	42645	64,2
2020 год												
71180	2393	3,3	2354	3,4	4006	5,8	5785	8,4	12799	18,6	43843	63,7

В структуре инвалидов преобладали женщины – 54,7%, удельный вес мужчин был существенно ниже – 45,3%. В числе детей-инвалидов преобладали мальчики – 58,3%, удельный вес девочек составил 41,7% (рисунок 1).

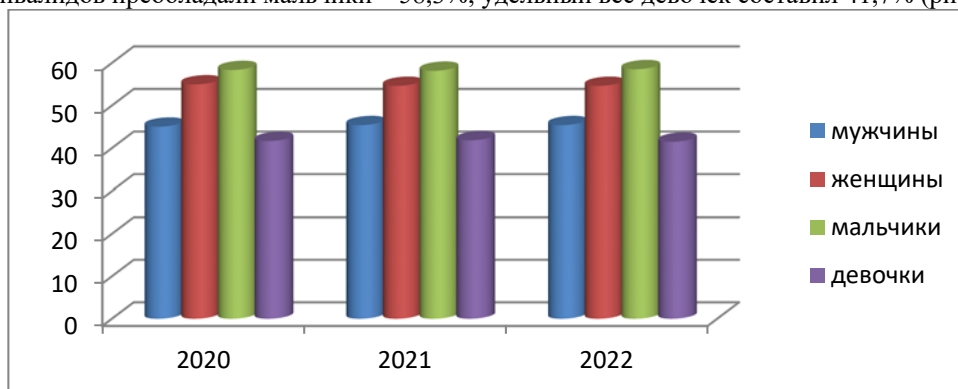


Рисунок 1. Численность инвалидов по полу

В структуре инвалидности преобладают инвалиды III группы с тенденцией к увеличению с 48,7% в 2020 году до 49,9% в 2022 году; уменьшение доли инвалидов II группы с 36,9% в 2020 году до 35,9% в 2022 году и I группы с 14,3% в 2020 году до 14,2% в 2022 году. I группа устанавливалась в среднем у 20,6%, II группа – у 52,9%, III группа – у 26,5% инвалидов (рисунок 2).

По Республике Мордовия за 2022 год было впервые признано инвалидами 234 детей и 2951 человек взрослых.

В структуре взрослой инвалидности на первом месте злокачественные новообразования – 42,7%, на втором месте – болезни системы кровообращения – 28,2%, на третьем месте – болезни нервной системы – 4,6%.

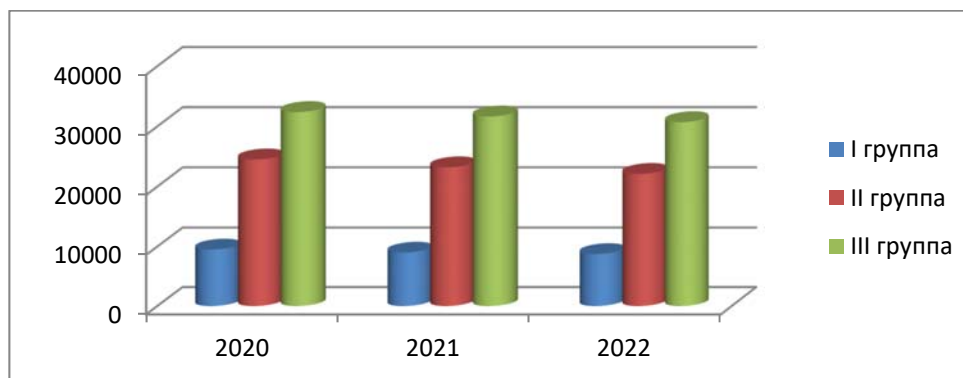


Рисунок 2. Численность инвалидов по группам инвалидности

В структуре детской инвалидности на первом месте психические расстройства – 25,5%, на втором месте – болезни нервной системы – 18,6%, на третьем месте – врожденные аномалии развития – 16,7%.

Наибольшее число инвалидов, нуждающихся в медицинской реабилитации, отмечалось в 2020 году – 43,5% от

общего числа инвалидов. Доля инвалидов, направленных на медицинскую реабилитацию, значительно сократилась в 2021 году и составила лишь 55% от нуждающихся, что связано с коронавирусной пандемией и ограничением плановой медицинской помощи. Отмечается устойчивая тенденция роста, доли инвалидов, закончивших медицинскую реабилитацию, и максимум отмечался в 2022 году – 88,4% от направленных на медицинскую реабилитацию.

В Республике Мордовия реализуется трехэтапная система медицинской реабилитации пациентов с острыми сосудистыми эпизодами, травматологического, онкологического профиля.

В регионе развернуто 90 реабилитационных коек в трех медицинских организациях, обеспеченность составляет 1,6 на 10 000 населения: 60 коек для взрослого населения и 10 коек для детского населения.

Выводы.

Республика Мордовия является одним из регионов, где показатели инвалидности населения соотносятся со среднероссийскими. Проведенное исследование позволило изучить основные тенденции динамики инвалидности взрослого и детского населения в Республике Мордовия за 2020-2022 гг. в условия пандемии [4].

Таким образом, одним из наиболее эффективных методов снижения уровня инвалидности населения является раннее выявление заболеваний, проведение диспансеризации, своевременное оказание медицинской помощи, в том числе ранней реабилитации с целью снижения развития осложнений, «хронизации» заболеваний. Кроме этого, актуальным является проведение разъяснительной работы среди населения с целью увеличения ранней и своевременной обращаемости за оказанием медицинской помощи [5].

Список литературы.

1. Кучмаева О.В., Калмыкова Н.М., Колотуша А.В. Оценка риска стать инвалидом в России: опыт моделирования по данным лонгитюдного выборочного исследования / О.В. Кучмаева [и др.] // Демографическое обозрение. – 2020. №7(4). – С.108-148.
2. Россия в цифрах 2021 // Краткий статистический сборник. – 2021. – 275 с.
3. Мордовия: Статистический ежегодник. – 2022. – 417 с.
4. Оценка организации оказания медицинской помощи в период пандемии COVID-19 в Республике Мордовия / Е.В. Семелева, Е.В. Плигина // Современные вопросы биомедицины. – 2022. №6(3). DOI: 10.51871/2588-0500_2022_06_03_33.
5. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалидов как важнейший инструмент их реабилитации / Р.А. Зиязов, Т.А. Черникова // Colloquium-Journal. – 2020. №34(86). – С.4-6.

Рабинов Х.М.

БОЗТОБИ ТАСОВИРИ ШОИРОНА ДАР ҒАЗАЛИЁТИ САЙИДО

Кафедраи назария ва таърихи адабиёти Донишгоҳи байналмиллалии забонҳои хориҷии Тоҷикистон ба номи Сотим Улуғзода

Адабиёти тоҷик дар таърихи ҳазор соли гузаштаи охир адибони бузургу адабиётшиносони пешқадамро ба майдон овард, ки ҳар кадоме мувофиқи завқи эстетикӣ худ перомунӣ каломӣ бадеъ изҳори назар карда, ҳамзамон, дар ин самт бо суҳангирозиву қаламфарсоиҳои бисобиқаи ҳеш мавқеашонро густурдатар нишон додаанд.

Дар каломӣ бадеъ, ки шартӣ муҳим тозаофаринист, бо назардошти ин, як андоза баромадан аз шакли қолаби куҳан ва тағйир додани анъанаи эҷодӣ назм аз вижагии муҳими он доништа мешавад. Ба тарзи дигар, каломӣ бадеъ худ воситаи тасвирист, ки суҳанвар дар он ғояву мақсади худро дар бехтарин шакл мавриди тасвир қарор медиҳад ва он тозаву дилкаш ба самъи шунаванда рафта мерасад. Воқеан, ҳамин тозагӣ аст, ки сухани шоирон дилҳоро тасхиру ақлҳоро ба тафаккур меорад.

Ин ҷо мо пеш аз як вижагии комилро, ки дар ғазалиёти Саййидои Насафӣ мавриди қорбурд қарор гирифтааст, дида баромадан ақидаи муҳаққиқи барҷастаи осори Саййидои Насафӣ – академик Абдулғанӣ Мирзоевро зикр мекунем, ки айни муддодост. Номбурда зимни пажӯҳиши осори Саййидо услуби ашъорӣ шоирро ба ду қисм – яке аз тарафи шоир қор фармуда шудани саноеи бадеии устодони гузаштаи назми тоҷик, дигаре ихтирооти дар услуби эҷодкардаи худӣ шоир [1] ҷудо намуда, масъалаи мазкурро хеле қобили таваҷҷуҳ ба қалам додааст, ки ҳақ бар ҷониби муҳаққиқ аст. Ҳамзамон, дар ҳамин ҷо зикр кардан ба маврид аст, ки дар ашъорӣ шоир, дар баробари навоҳарӣ дар услуб, инчунин, навоҳарӣ дар истифодаи воситаҳои тасвир низ қобили таваҷҷуҳ доништа мешавад. Зеро дар каломӣ Саййидо кам нестанд тасовири обнорасидаву обноҳӯрда, ки шоир онро бо услуби хоссаи худ, ки дар мактаби вуқӯъ тақрибан беназир аст, дар либоси тоза ҷилвагар намуда бошад.

Шоир образи мӯйро ба риштаи тасвир мекашад, ки ҳангоми афкандан ба оташ дар шакли печу тобхӯрӣ зуд месӯзад. Ҳамин тарзи сӯхтани мӯйро Саййидо ба хубӣ мавриди мушоҳида қарор медиҳад ва дар каломӣ сеҳрангези худ дар 5 ҳолат (аз рӯйи матни таҳиякардаи Ҷ. Шанбезода “Асарҳои мунтахаб” Душанбе -1977) ва бо мазмунҳои мухталиф ба риштаи тасвир мекашад.

Дар тасвири зебогии симои ёр, маъмулан, шоирон чашмо ба наргис, абрувонро ба камон, даҳонро ба ғунча, қоматро ба сарв ва амсоли инҳо ташбеҳ мекарданд, ки ин бо вучуди образнок будан серистеъмол низ ҳаст ва ин гуна тасвиروتро аксари шоирони мо истифода бурдаанд. Аммо Саййидо дар тасвири маъшӯқ суҳанбозии аҷибу латифе карда, чехраи маъшӯқро ба оташ истиора мекунад ва зулфи печонашро, ки дар паҳлӯи руҳсораш асту шакли печидаву ҳамидаро дорад, ҳамин печидагиро аз таъсири гармии оташ – рӯйи маҳбуба медонад.

Сайидо, печиши он зулф ба он рух зи ҷӣ рӯст?

Мӯй бар шуълаи оташ ҷу фитад, тоб хӯрад [4].

Шоир дар мисраи аввал сабаби печиши зулфро дар руҳсорӣ дилбар ҷӯё шуда, пурсон мешавад ва дар мисраи баъдӣ ҷавоб мегардонад. Яъне дар нигоҳи аввал санъати саволу ҷавоб ба мушоҳида мерасад. Ҳамчунин, жарфтар нигариста шавад, санъати ирсоли масал, яъне мисоловарӣ ҳам дар мисраи дуюм устокорона ҷой дода шудааст.

Дар чойи дигар низ шоир ба тасвири маъшуқ мепардозад ва ба тарзи мухотаб ба қаҳрамони лирикии худ мурочиат карда, аз ҳолати ӯ, ки мӯйи оташдидаро мемонад ва ин киноя аз ошuftагиву мушаввашотириву беқарорист, пурсон мешавад. Ва низ ибраз медорад, ки кадом як ошиқ барои ба даст овардану мавриди навозиш қарор додани зулфи пурчини дилбар шонаро, ки асбоби ба танзим даровардани мӯй аст, месӯзонад. Яъне дар ин ҷо ҳам вожаву ибори дар боло дидашуда ба мазмуни нав дохил шуда, баёни матлаб ҷолибтар гаштааст:

Туро имрӯз, ҳамчун мӯи оташдида, мебинам,

Кадам ошuftа бар тасхири зулфат шона месӯзад? [4].

Бобати хунари суханварӣ дар шеър ё худ шоириро ҳанӯз донишманди бузург ва файласуфи маъруфи Юнони Қадим – Арасту дар “Поэтика” ном асари худ сухан ронада, аз ҷумлаи хунароҳи нафиса будани онро зикр буд. Масалан, худи Саййидо дар ҷойе чунин иборзи назар дорад:

Маънии барҷастае чун сарв меояд бурун,

В-арна ҳар кас метавонад мисрае мавзун кунад[4].

Аммо дар ҷойе Саййидо мавзӯи мавриди назарро дар бехтарин шакли тасвиrotи бадеӣ ва бо истифода аз ҳамон таркибу ибороти дар боло гуфта шуда (мӯйи оташдида) ҷилваи тоза бахшидааст. Аз нигоҳи шоир эҷоди шеър кори сахлу сода нест ва ғундаи он дар пайи тавлиди маънии тозае дар либоси нав ба ҳазор сахтиҳо рӯ ба рӯ мешавад. Ва дақиқан Саййидо дар пайи иншоӣ шеър печубоҳӯрии хешро дар назар дошта, ҳосил намудани як маънии рангинро бо печидагии зиёд нисбат медиҳад. Зимни таҳлили байт ҳамон ғояи байтҳои боло ҳосил шавад ҳам, аммо дар ин байт тарзу услуби нигориши ҷолиб ва қавитар ба мушоҳида мерасад, ки мебинем:

Меҳӯрам аз баҳри ҳар як мисраъ чандин печуб,

Мӯи оташдида савдои сухан дорад маро [4].

Маъмулан шоирон дар абёти фаҳрия аз хунари шоирии худ ифтихор мекунанду меболанд ва шеъри худро мавриди таҳсини ҳамаҷониба қарор медиҳанд. Ин ҳолат бештар дар ғазалу қасидаҳои пуробуранги бадеӣ ба назар мерасад ва ғундаи он васфи каломашро дар ҳамон байти мактаъ ҷамъбаст мекунад. Ҳолати мазкурро дар ғазалиёти Саййидои Насафӣ зиёд ба мушоҳида гирифтани мумкин аст, вале ин ҷо дар байте, ки мавриди таваҷҷуҳи мо қарор гирифтааст, ин усули анъанавӣ бо ҷаззобияти ҳосса ва бо истифода аз ҳамон тасвири вижаи фавқуззикр баён шудааст. Дар ин ҷо Саййидо ибори “забони хома”-ро, ки киноя аз каломии сеҳрангези шоир аст, аз бурро шудану сайқал ёфтани ифтихор карда, ҳасудони суханашро ба ҳамон мӯйе, ки дар оташ афтадасту аз гармии он тоб оварда наметавонад ва зуд дар пайи печиш сӯхта нобуд мешавад, ташбеҳ кардааст.

Забони хомаам, эй Сайидо, то шуълаафшон шуд,

Ба худ чун мӯи оташдида мепечад адуи ман [4].

Дар мавзӯи ҷавобия ба ҳасудону нотавонбинии шоирон дар адабиёти гузашта шоҳиди байтҳои зиёд шудани мумкин, аммо дар ҷавоб бо тасвири тоза ва бо обуранги бадеӣ сухантирозӣ карда, баён намудани матлаб чун Саййидо кам андар кам шоирон даст ёфтаанд.

Дар бадеият бахшидани сухан вобаста ба мавзӯи боло шоир ба авҷи тасвиrotи шоиронаи худ расидааст. Саййидо шиква аз тарки ёр ва бераҳмӣ ӯ карда, ҳолати сӯзу гудози хешро дар пайи ин ба риштаи тасвир мекашад ва ҳолати гирифтории худро ба мӯйи печони оташрасида ташбеҳ мекунад. Дар воқеъ, аз нигоҳи аввал ташбеҳунада ва ташбеҳшаванда дар зоҳир ҳеҷ нисбияте ба ҳам надоранд. Зеро қомати инсон ба мӯйе, ки дар оташ афтадасту ба тарзи печиш зуд месӯзад, монанд намешавад. Аммо жарфтар аҳамият дода шавад, маълум мегардад, ки инсон аз ғаму ғуссаи зиёд дар вучуди хеш ба ҳамон ҳолати мӯйе, ки аз гармии зиёд тобу тавон надораду дар шакли печиш сӯхта нобуд мешавад, монанд шудани мумкин аст. Ва ин ташбеҳ бо истифода аз калимаву ибори латиф, ки аз воситаҳои тасвири ҷолиб мавриди истифода қарор гирифтааст, бар қимати байт меафзояд. Дар мисраи дуввуми байт боз ҳамон зулфи пурчини маъшқ тасвир мешавад ва ин ҳам шакли мӯйи дохили оташро мемонад, ки печхӯрда аст. Ибори “зулфи бетобӣ”-ро ин ҷо метавон ба ёре нисбат дод, ки бесабури шикест ва зулфи пурчинаш дар дасти шоир асту намехоҳад раҳо кунад ва бехтар медонад инро, ки, бигзор, даст аз шона (киф) ҷудо шавад аз зулфи ёр ҳаргиз не:

Пайкарам чун мӯи оташдида печуб дошт,

Зулфи бетобӣ ҷудо мекард даст аз шонаам [4].

Ҳаминчунин, бояд тазакур дод, ки дар байт таносуби калом хеле ҷолиб корбаст шудааст. Қариб ҳамаи калимаҳои байт ба ҳамдигар нисбият дошта, дар ташкил ва тасвир намудани маънии нав мусоидат намудаанд.

Ҳамин тариқ, аз мутолиаи пажӯҳиши ғазалиёти Саййидо маълум мегардад, ки ӯ дар интиҳоб ва кор фармудани калимаву таркибу ибороти диққати ниҳоят ҷиддӣ додааст ва маҳаки асосии кори шоир дар ин масъала мазмунан ва моҳияти калимаву таркибу ибороти, инчунин, ҷиҳатҳои шакли услубии онҳо ба ҳисоб мерафтааст. Ва ё ба тарзи дигар, Саййидо мувофиқи ғояи асосӣ калимаву таркибу иборотро ҷустуҷӯ мекунад ва ин ҳангом таносуби маънавии вожаҳои байтро як зеҳн мегирад, ки дар натиҷа байтҳо дар дохили худ аз ҷиҳати таркиб хеле мустаҳкам ва мантиқан устувор мешаванд, ки хонандаро мабхут мекунад.

Рӯйхати адабиёт:

1. Зеҳнӣ, Т. Санъати сухан. – Душанбе: Маориф 1992. – 304саҳ.
2. Мирзоев, А. Сайидо ва мақоми ӯ дар таърихи адабиёти тоҷик. – Дешанбе: Дониш, 2018. – 262 саҳ.
3. Мирзозода Х. Дар бораи “Девони мунтахаб”-и Сайидои Насафӣ. – Тоҷикистони сурх. – Сталинобод, 1944. – №188 (4863). – 2 саҳ.
4. Насафӣ, С. Асарҳои мунтахаб. – Душанбе: Ирфон, 1977. – 702 саҳ.
5. Насафӣ, С. Девон. – Техрон: Алхудо, 1382х.ш.
6. Насафӣ, С. Девони мунтахаб. – Сталинобод, 1944.
7. Насафӣ, С. Куллийат. – Душанбе: Истеъдод, 2022. – 584 саҳ.

Актуальность. Медицина была обликом всего Римского правительства, который был продемонстрирован обилием имен талантливейших врачей. Имена древнейшего медика Асклепия и его дочерей Гигиен и Панацеи стали символами греко-римской и европейской фармакологии. Древнегреческая медицина связана с именем Гиппократом (приблизительно 460 – 377 годах до нашей эры). Он был «отцом европейской исследовательской медицины». Он был древнегреческим врачом и наставником, и его имя известно благодаря составлению Клятвы – символа высочайших моральных критериев европейской медицины. Клятва Гиппократов содержит около 70 пунктов.

Цель исследования. Основы научного медицинского словаря были заложены в "Корпусе Гиппократов", который охватывает области патологии, биохимии, симптоматики, гинекологии и нозологии.

Материал и методы исследования. Всему миру известно, что в то время находилась Александрийская гимназия. Ее очень прославляли ученые врачи Эрасистрат и Герофил. В Александрийской школе Герофил первым изучил анатомию человека на трупах, исследовал мозговые оболочки, кровеносные сосуды, глазницы, молочные сосуды, простату, он впервые использовал такой термин как: Duodenum (рӯдаидувоздаангушта- двенадцатиперстная кишка).

Эрасистрат (третий век до н.э.) дополнил многие из своих физиологических исследований и опубликовал в своих работах о клапанах сердца, корках головного мозга, железных сосудах ввел в медицину того времени следующие понятия: anastomosis, bulimia и другие. Корнелиус Цельс, римский врач первого века до нашей эры, создал своеобразный медицинский учебник, из которого до наших дней сохранилось всего восемь книг, в которых говорится о состоянии фармакологии в период с четырех веков до нашей эры

В произведениях Цельса и других исследователей и врачей, печатавшихся после, очень часто применялись понятия в качестве синонимов древнегреческие и латинские термины.

Знаменитый греческий философ и врач Алкмеон руководил медицинской школой в Кротоне. Он был первым греком, начавшим препарировать животных, и известен своими важнейшими вкладами в анатомию, включая описание пересечения зрительного нерва и слухового прохода (позже известного как глоточная труба). Он также описал мозг как орган идентификации и причину некоторых заболеваний.

Медицинская школа Книдоса расположена в городе Книдос на западном побережье современной Испании. Медицинская школа Кернидоса расположена в городе Кернидос на западном побережье Турции и широко известна как гордость города. В школе было разработано учение о четырех жидкостях организма (кровь, слизь, светлая желчь и черная желчь). Считалось, что здоровье является результатом успешного смешивания этих жидкостей в организме; и наоборот, неспособность жидкостей правильно смешиваться считалась причиной большинства заболеваний. Теория жидкостей в организме, возникшая на основе этого учения, с некоторыми изменениями просуществовала в медицине до XIX века, то есть две тысячи лет.

Продолжая традиции египетских и вавилонских врачей, представители книдской школы развивали учение о признаках (симптомах) болезней. Выдающимся представителем этой школы был известный врач Эврифон (V век до н. э.).

Сицилийская врачебная школа была создана позднее, в V веке до нашей эры, на острове Сицилия. Основал ее Эмпедокл, который был философом, политиком, поэтом и жрецом; ему же приписывают спасение одного из древнегреческих городов от эпидемии заразного заболевания, в ознаменование чего была отлита монета.

Результаты исследования и их обсуждения. Историческая роль Древней Греции в области медицины повлияла и на современную медицинскую терминологию. Хирургия буквально означает «ремесло», педиатрия (лечение детей), психиатрия (лечение души), дерматология (изучение кожи) и офтальмология (изучение глаза). Многие древнегреческие слова продолжают использоваться в современной медицине, включая неврологию, терапию, пневмонию, плеврит, нефрит, кровотечение и эпилепсию.

Леонардо да Винчи великий итальянский художник (1452 -1519) имеет более 200 анатомических листов рисунков, которые ему понадобились в процессе изображения человеческой природы в скульптуре или живописи, Леонардо да Винчи хотел быть правдоподобным максимальным, но это позволило ему быть не только реалистичным художником, а заметным анатомом. Он изобразил в таблицах каждую тончайшую частицу, не исключая мельчайших жилок и внутренние ткани костей, с величайшей точностью.

Выводы. Таким образом, несмотря на религиозные ограничения, в Средние века сформировался ряд центров развития медицины. Одним из достижений византийских и арабских медиков было привлечение внимания к выдающимся достижениям древнеиндийской и римской медицины. Средневековые врачи использовали во всех своих известных трудах сведения, заимствованные из трудов Сушруты, Гиппократов, Герофила, Эразматра, Галена, Солана, Диоскорида и других. Медики Арабского халифата не только перевели труды древних врачей на арабский язык, чтобы их могли читать их соотечественники, но и сделали их широко известными европейским врачам.

Список литературы:

1. Ткачева, Л. Б. Основные закономерности английской терминологии. / Л.Б. Ткачева - Омск, 1986. 200 с.
2. Толикина, Е.Н. Некоторые лингвистические проблемы изучения термина. // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. /Е. Н.Толикина -М., 1970. с. 54 –57.
3. Толикина Е.Н.Некоторые лингвистические проблемы изучения термина // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. М., 1970. С. 53–67.
4. Трафименко, Т.А. Терминология болезней как объект ономастического, семантико - парадигматического и лексикографического исследования. / Т.А. Трафименко// автореферат диссертации на соискание ученой степени. – Орел, 2008.

5. Троянская, Е.С. Особенности стиля научного изложения. /Е.С.Троянская -М., 1976. 264 с.
6. Уфимцева, А. А. Слово в лексико-семантической системе языка. / А. А.Уфимцева - М.: Наука, 1968. 272 с.
7. Федоров, А.В. Введение в теорию перевода. / А.В.Федоров-М., 1953.374 с.
8. Филатова, Л.А. О характере семантических соотношений в интернациональной лексике научной литературы (На материале английского русского языков). // Язык научной литературы. / Л. А.Филатова - М.: Наука, 1975. - С.112-131.
9. Фридман, Л.А. Английские заимствования в медицинской терминологии./Л.А.Фридман//Автореф. дис. канд. филол. наук. -М.,1968.23 с.
10. Фридман, Л.А. Справочник англицизмов. / Л.А.Фридман -Владимир, 1973. -77 с.

Раджабов Р.Р., Ортыкова С.М.

СЕМАНТИЧЕСКИ – СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ В ТАДЖИКСКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Семантика от греческого *semaino* «означать» и *semanticos* «означающий» – наука про значение. Начало семантики как самостоятельной дисциплины Х. Кронассер связывает с появлением работ английского философа Дж. Локка и относит к середине XVII в. (Locke 1660). Становление же собственно лингвистической семантики, по общему мнению, относится к XIX в. В 1839 г. немецкий лингвист К. Райзиг предлагает новое имя для «науки о значении» — семасиология «*Semasiology*», также от греческого «*semaino* «означать» и *semasia* «значение» и рассматривает ее как одну из грамматических дисциплин (Reisig 1839).

М.Бреаль (1883) французский лингвист предлагает название нового семантика «от французского *lasemantique*; Breal 1883, что в 1883 году он упоминал его в письме к А. де Губернатису 3. Через 14 лет выходит первое издание его знаменитой книги «*Essai de semantique. Science des significations*» (Breal 1897), еще более укрепляющей новое наименование.

Х. Кронассер указывает более ранний срок появления термина «семасиология» — около 1826г., ссылаясь на то время еще не опубликованные лекции К.Райзига., Х.Кронассер отрицает приоритет М.Бреаля (Kronasser 1952, 29 прим.), однако никак не аргументирует свою позицию примерно до 60-х годов XXв.

Цель исследования. Термин «семасиология», однако, сохранился в научном обиходе и используется в более узком смысле. Под ним подразумевается раздел семантики, изучающий значения слов и словосочетаний, которые используются для номинации, фактически изучающий переход от формы слова к мысли или предмету. В терминологическом плане семасиология противопоставлена семасиологии, изучающей саму номинацию переход от предмета или явления к их обозначению в языке, т.е. изучающей то, как происходит название. Обе эти дисциплины являются в современном понимании составными частями семантики в целом.

Материал и методы исследования. Бурное развитие синхронной семантики приходится прежде всего на вторую половину XXв. Исключительную роль в этом развитии сыграл перелом, ставший во многом рубежом между старой и новой синхронной семантиками, которого произошел в течение нескольких десятилетий именно в первой половине нашего века (по крайней мере, после появления «Курса общей лингвистики» Ф. де Соссюра в 1916 г.).

В течение немногим более десятилетия появилось пять обобщающих трудов по семантике, принадлежащих четырем авторам: С.Ульманну (1951, 1962), Х.Кронассеру (1952), В.А.Звегинцеву (1957) и А. Шаффу (польское издание вышло в 1960 г., русское в 1963 г.). Но если В. А. Звегинцев явно тяготеет к диахронной семантике, а А. Шафф — к философской линии, то и Х. Кронассер, С.Ульманн по крайней мере, в первой книге 1951г. пытаются совместить различные понимания семантики и представить полную картину современной им науки.

Результаты исследования и их обсуждения. Медицинская терминология представляет специфический пласт лексики и особенностями, структурно – семантического, словообразовательного и стилистического характера отличается от общеупотребительных слов и тем самым, занимает особое место в лексической системе языка.

Терминология медицинская является пластом лексического фонда со своими специфическими особенностями. В профессиональном подязыке существует номенклатурная лексика, с определенными реалиями и объектами. Словарный состав терминологии имеет особенность и заключается в том, что на её номены представлены в нем шире, многообразнее, чем в других лексических подсистемах.

Можно отметить, что медицинские термины на современном этапе широко распространены в разговорной речи, литературном языке, в сфере здравоохранения, медицинской деятельности и науки. В дальнейшем развитие медицинской терминологии требует соответствующего исследования и упорядочения. Профессор М.И. Чернявский отметил, что «неупорядоченность медицинской терминологии как в английском, так и в других языках продолжает оставаться серьезным препятствием при обмене научной информацией при её машинной обработке, создаёт большое затруднения при адекватном научном переводе медицинской литературы».

Терминология медицинская анализируется в пределах системы в которого она естественным образом входит и есть в составе лексики языка и науки.

Лексическая система терминологии по своей функции не принадлежит и не может принадлежать. Каждое терминология имеет особое назначение и реализации которого возможно только в языке науки. Специальные понятия именуются терминами, которые возникают не в обиходе, но в соответствующих сферах научной и практической деятельности. Лексическая система языка науки терминов обусловлено не только функционально, но и представляют собой знаки симпатической природы, на основу которого составляет «взаимно-однозначное соответствие знака и означаемого» и которого «регламентирует свойства языкового знака, делая его термином», так как отмечает В.П. Даниленко, «термин – это не особое слова, а слово в особой функции, под данной функцией понимается номинативная функция термина».

Термины являются слова и словосочетания называющие специальные понятия специальной сфере науки, медицины, техники и искусства. Основа каждого термина представляют собой точную и сжатую характеристику предмета или явления. Отрасль каждой знания оперирует своими терминами, составляющими суть терминологической системы данной науки.

Медицинская современная терминология результат многовекового развития мирового врачевания и медицинской науки. Независимо на каком национальном языке представлено медицинская терминология, которое включает в себя значительную долю общих по языковому происхождению лексических и словообразовательных единиц и также общих структурных моделей. Это является всеохватывающим устойчивым влиянием, которое оказывали на медицинскую терминологию в течение многих лет и продолжают оказывать два классических языка и античного мира древнегреческий и латинский.

Греко-английские интернационализмы легко проникают в терминологию на национальных языках и, модифицируясь в соответствии с их фонетико-морфологическими системами, становятся незаменимыми.

Совокупность медицинских терминов вместе с используемыми врачами терминами смежных наук. Хирурги, биологии, химии, физики, микробиологии, радиологии, генетики, психологии, техники и др. представляет собой обширную макросистему, насчитывающую несколько сот тысяч наименований, включая синонимы и наименования лекарственных средств.

Входящие в ее состав совокупности терминов отдельных наук и сферой знания образуют частные микросистемы терминов. Каждый термин элемент определенной микротерминосистемы анатомической, терапевтической, акушерской, эндокринологической, гематологической, хирургических и др.

При описании структурных особенностей образования медицинских терминов в немецком языке следует исходить из того, что фонд терминообразования в значительной мере совпадает с фондом словообразовательных средств общеупотребительной лексики. Так, В. П. Даниленко отмечает, что в терминологии активны и продуктивны те же способы, что и в общей лексике семантический, синтаксический, морфологический.

Производное слово является специфической единицей словообразовательной системы. Производные термины образуются с помощью аффиксации (словообразовательных аффиксов, легко отделяемых от корня и обычно повторяющихся в разных словах), а также при помощи основ сложения. По определению О. С. Ахмановой, «аффиксация — это морфологический процесс (соотв. явление), заключающийся в присоединении аффиксов к корням или основам». Общее значение нового слова выводится из значений его компонентов основ и словообразовательных аффиксов.

Выводы. Основными способами образования производных терминов являются префиксация и суффиксация. Префиксы и суффиксы представляют собой служебные лексические морфемы, не совпадающие с основами самостоятельно функционирующих в языке лексических единиц.

Список литературы

1. Толикина Е.Н. Некоторые лингвистические проблемы изучения термина // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. М., 1970. С. 53–67.
2. Троянская, Е.С. Особенности стиля научного изложения. /Е.С.Троянская -М., 1976. 264 с.
3. Уфимцева, А.А. Слово в лексико-семантической системе языка./А. А.Уфимцева - М.: Наука, 1968. 272 с.
4. Федоров, А.В. Введение в теорию перевода./А.В.Федоров-М., 1953. 374 с.
5. Филатова, Л.А. О характере семантических соотношений в интернациональной лексике научной литературы (На материале английского и русского языков).//Язык научной литературы. /Л. А.Филатова - М.: Наука, 1975. - С.112-131.
6. Фридман, Л.А. Английские заимствования в медицинской терминологии./Л.А.Фридман//Автореф. дис. канд. филол. наук. -М., 1968. 23 с.

Раджабов Р.Р.

ТЕРМИН КАК РЕЗУЛЬТАТ И ОРУДИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ В АНГЛИЙСКОМ И ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКАХ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность данной проблемы осматривается термин как результат и орудие профессионального мышления в английском и таджикском языках особенности медицинской терминологии в основе сравнения изучаемых терминов. Терминология в условиях ускорения научно-технического прогресса приобретает особое значение. Она является источником получения информации, инструментом освоения специальности. Любая область науки и техники находит своё выражение в терминах профессионального мышления.

В современной коммуникации языковых подсистем считается отраслевая терминология, одно из наиболее важных одновременно отражает результат мышления в процессе познания профессиональной деятельности, фиксирующей к определенному времени вербализованные знания определенной специальной отрасли, и одновременно является базой профессионального знания, позволяющей возбудить новый процесс познания. Благодаря, терминам номинативной и сигнификативной функциям, служат для наименования понятий, и системны не только ввиду функции отражения научных знаний, но и морфологически.

Цель исследования. Медицинская терминология – это пласт лексического фонда со своим специфическими особенностями. В каждом профессиональном подязыке существует номенклатурная лексика, соотносимая с определенными реалиями и объектами. Особенность словарного состава терминологии заключается в том, что её номены представлены в ней шире, многообразнее, чем в других лексических подсистемах. Дальнейшее развитие медицинской терминологии требует соответствующего исследования и упорядочения.

Материал и методы исследования. Медицинская терминология-это отрасль врачевания - возникла древнем еще в доисторические времена и развивалась в общем русле культуры первоначально в странах древних цивилизаций.

Применяя хирургические методы, оперируя, он призывал, как можно более рационально использовать находившиеся и продуманно. Самым частым, пожалуй, поводом для оперативного вмешательства были тогда различные раны.

Существовали медицинские термины во времена древних цивилизаций и на американском континенте; это подтверждают некоторые исторические источники. Известно, что древнеамериканские хирурги производили вскрытие гнойников, применяли своеобразные шины при переломах, оперировали бельмо глаза, соскабливали его с помощью лезвий из осколков вулканического стекла.

К пониманию природы термина ученые обращаются веками, и на каждом новом этапе развития языкознания освещаются новые аспекты этого важного понятия языка науки и особенно – языка, используемого в специальных языках.

Результаты и исследований и их обсуждение. Лингвистические описания пишутся: «В терминологическом активны и продуктивны те же способы наименования, с помощью которых пополняется лексический запас общелитературного языка: семантический, синтаксический и морфологический. Это свидетельствует о том, что терминологическое словообразование языка науки основано на системе словообразования английского и таджикского языков».

1) способ морфологический терминологического словообразования:

Например суффиксы в английском русском таджикском языках: obstetrics-акушерство-акушер, appendicitis-аппендицит-варам, amputation-ампутация-буридапартой, bronchitis-бронхит-бронхит, hospital-больница-касалхона, inflammation-воспаление-варамкун, injection-впрыскивание-доруфистон, infraction-втирание-молидан, hallucination-галлюцинация-таваххум, mustard plaster-горчичник-хардал, diagnostics-диагностика-ташхис, ventricle-желудочек-меъдача, intestines-кишечник-рӯда, diphtheria-дифтерийный-дифтерияг, anatomical-анатомический-анатом, purulent-гнойный-чиркулуд, крупозное-илтиҳоби пардаи шуш, gargle-полоскание-гарғара кардан, сулемовый-маҳлули сулема, tampon-тампонировать-латта (пахта) мондан, respiratory-дыхательное-нафаскаш.

- префиксально-суффиксальный дахлеси дил-предсердие, пӯст-накожные.

- бессуффиксный бечошавӣ, баромадан-вывих, варам, омос - опухоль,

-морфолого-синтаксический, субстантивация. Операционная, смотровая, больная.

- сложение хунравӣ-кровотечение, худ аз худ пайдоишуда (чок) -самопроизвольный (разрыв), хунгирӣ, рагзанӣ - кровопускание.

2) лексико-семантический способ терминологического словообразования:

- закрепление за формой множественного числа имени существительного самостоятельного лексического значения, отличного от простого значения множества подобных предметов. сосуды-рағҳои хунгард, ткани-бофтаҳо, пороки сердца-дили нуқсон, железы-ғадудҳо.

- терминологизация общепотребительных слов - жар-тасп, перелом-шиканиш, плод-мева, гипсовая повязка-бандинаи гач, вывих-баромадан, разрыв-чок.

- синтаксический способ терминологического словообразования. Наиболее продуктивные модели: существительное+прилагательное (гипсовые повязки, поперечное положение, оперативная хирургия, желудочный зонд, перемежающаяся лихорадка, неблагоприятные роды, прогрессивный паралич, вторичный люэс, беловатые язвы) и существительное + существительное в Р.п. (признаки отравления, катар желудка). Основными способами пополнения терминологического состава языка являются:

- заимствование иноязычных слов из французского языка: протез-узви сунъӣ, наркоз-наркоз, акушер-доя, дифтерия-дифтерия, хуннок, марля-дока, саркома-решай равон, зонд-мисбор, тампон-латта, дока из немецкого языка: паралич-бемории салаҷ, шали, рецепт-нусха, дастур, нервы, пульс-набз, шприц-сӯзандору, гипс-гач, геморрой-бавосир, гангрена-окила, каросон, морфий-ҷавҳари тарек. Например от итальянского языка- малярия-варача, белладонна-шобезак. Например от английского языка- круп-гулӯзиндонак. Например от греческого языка - аптека-дорухона, терапия-муолиҷа, клиника-бемористон, йод-йод, тиф-домана, катаракта-там, оби марворид. Например от латинского языка доктор-духтур, ампутация-буридапартой, инструментальный-асбобу анчом, ампула-шишачаи сарбастаи дору, лигатура-лигатурӣ, валериана-нардсунбул, ординатор-духтури беморхона. В настоящее время исследуются различные аспекты терминологии медицины.

- поморфемный перевод иноязычного понятия. arteria-артерия-артерия, extract - экстракт-ҷавҳар, вытяжка-кашидан.

- термины-интернационализмы.

Проблемы теоретические терминоведения остаются нерешенными. До сих пор нет единого мнения специалистов на проблемы синонимии, омонимии, полисемии, эмоциональной окрашенности термина, структурной организации терминологии. В связи с этим высказываются различные суждения по поводу явлений языкового характера в медицинской терминологии.

Выводы. Медицинская терминология является важным направлением развития языкознания в современный период. Об этом свидетельствуют огромные справочники и словари, сформированный за последнее столетие в разносистемных языках. Значимость проводимой работы определяется той ролью, которую играют медицинские терминология в сфере профессионального общества. Представляет интерес работа по классификации терминология, выяснения их значения и смыслов, сравнительные исследования по выявлению характерных особенностей формирования и развития медицинской терминология в различных языках.

Литература:

1. Абрамова, Г.А. Медицинская лексика: основные свойства и тенденции развития (на материале русского языка): дис. ... канд. филол. наук. – Краснодар: Изд-во КубГУ, 2003. – 241 с.
2. Авербух, К.Я. Общая теория термина / К. Я. Авербух. – Иваново: Изд-во Ивановского ГУ, 2004. – 252 с.

3. Лейчик, В.М. Термины-синонимы, дублиеты, эквиваленты, варианты // Актуальные проблемы лексикологии и словообразования. Вып. 2. -Новосибирск: Изд-во Новосибирского ун-та, 1973. С. 103-106.
4. Лемов, А.В. Система, структура, функционирование научного термина. -Саранск: Изд-во Мордовского университета, 2000. 191 с.

Раҳимов Т.Ф.
МУШК ВА МАЪНИИ ЛУҒАВИИ ОН

Кафедраи забони тоҷикӣи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Тибби мардумӣ ва илмӣ барои муолиҷа дар шакли танҳо, инчунин барои тайёр кардани воситаҳои муолиҷавӣ дар шакли ҳаб, обҷӯш, шарбат, марҳам ва дигар анвои маводи шиғоиро аз гиёҳ, моеот, равғанҳои гуногун, шилмҳо ва моддаҳои дигари табиӣ аз набототи ҳайвонот тайёр менамояд. Моддаҳои табиӣ номбаршударо на танҳо барои тайёр кардани воситаҳои гуногуни муолиҷа, балки ҳамчун маводи ғизоӣ, косметикӣ (сурма, усма), хушбӯӣ (дар атриёт) ва пардозгарӣ ба кор бурдан мумкин аст.

Мушк аз зумраи чунин воситаҳоест, ки табибон онро ҳам барои муолиҷа ва ҳам мутахассисони соҳаи атриёт дар моддаҳои хушбӯйкунанда истифода мебаранд. Масалан, Абуубайди Қурҷонӣ дар “Заҳираи Хоразмшоҳӣ” зимни хусусиятҳои шиғобахшии мушк чунин маълумот медиҳад: Мушк гарму хушк аст ба дараҷаи севум. Дар вай ҳосияти бузург аст дар қувват додани гавҳари рӯҳу дар шод кардани дил. Ва подзаҳре қавӣ аст, ҳосса мазаррати қуруни сунбулрову мазаррати бишро боздорад. Ва онро, ки ба эътидол ҳочат ояд, ҳарорати он ба кофур муътадил кунанд ва хушкӣи онро ба равғани бунафшу равғани гул муътадил кунанд [1.1500] ё “...таби мушк гарм ва хушк аст ба дараҷаи севум, баъзе гуфтаанд ба дараҷаи дувум ва хушкӣи ғолибтар асту латифкунанда аст, димоғу дили сардро қувват диҳад ва худованди ғаширо суд дорад. Ва андар баъзе доруҳои чашм ба кор ояд, маҳрурро дарди сар ораду саҳт зиён дорад [1.373-374].

Муаллифи “Фарҳанги талаффузи луғот” менигорад, ки: “Мишк//мушк – дар арабӣ муск – ба касри аввал аст, моддаи хушбӯе, ки дар нофи як чинс оҳуи хито (خنا) ва хутан бошад; ба зами аввал низ дуруст аст, чунонки дар санскрит ба шакли (مسکا) омада ва мушке ба зами аввал дар истилоҳ ба маънои сиёҳ бошад”. Маълумоти ҳамсонро дар “Фарҳанги тиббии ниёгон” мушоҳида кардан мумкин аст: Мушк/мишк моддаи хушбӯӣ, ки аз нофи мушкоҳу (*Moschus moschiferus*) ҳосил мешавад ва ҳосияти давоӣ дорад. *Moschus* [3.306].

Вожаи мазкур бештар дар шакли мушк ба кор бурда мешавад, зеро муаллифи фарҳанги “Бурҳони қотеъ” низ ҳангоми маълумот додан дар бораи мушк, чунин далелро пешниҳод менамояд: Ғиёс ғӯяд: аҳли форсӣ ба касри мим ва аҳли Мовароуннаҳр ба зами н хонанд. Дар нусхаи “Тарҷумон-ул-балоға” мактуби соли 507-и қамарӣ мушк ба зами аввал сабт шуда [4.2014].

Маълумоти аз нофи оҳу гирифтани мушкро Муҳаммади Ҳасандӯст низ дар “Фарҳанги решашинохтӣ дар забони форсӣ”: Мушк /mušk, mišk/ моддаи сиёҳ ва бисёр муаттар, ки муҳтаво дар як қисми киса аст. дар зерӣ шиками як навъ ҳайвони шабеҳ ба оҳу, ки онро оҳуи мушк ғӯянд (54.2622-23;4836) ва Муҳаммад Ҳасани Бурҳон ҳам дар “Бурҳони қотеъ” ҷонибдорӣ менамояд. Мушк /mušk, mišk/ моддаи сиёҳ ва бисёр муаттар, ки муҳтаво дар як қисми киса аст дар зерӣ шиками як навъ ҳайвони шабеҳ ба оҳу, ки онро оҳуи мушк ғӯянд [4.2014].

Вожаи мушк таърихи қадима дошта, он дар форсии миёна дар шакли mušk – мушк, эрони бостон: *muška – кисаҳои ҳамли мушк, мушқдон (лафзан: хоя, байза; аслан: муши кучак) < ҳиндуаврупоӣ: *mus-kó аз *mūs (дар канори *mūs) – муш. Калимаи мушк дар санскрит: muškā – хоя, байза, muškara – хоядор, байзадор; дар сӯғдӣ: m’škh – мушк; дар сақоӣ: mūšakava – мушк; дар балучӣ бошад, ба маънии ранг ба кор бурда шудааст: muškīn –сиёҳранг (асб) [5.2622-23;4836]

Муҳаммади Ҳасандӯст зимни “Фарҳанги решашинохтӣ дар забони форсӣ” менигорад, ки вожаи мушк ҳам ба маънии аз забони форсӣ ба бисёре аз забонҳои дунё, аз ҷумла юнонӣ: μόσχος < латинӣ: muskus – мушк, muscatus < франсавӣи кӯҳна: muscat < франсавӣ: muscade чавзи бӯё, италиявӣ: musco, muschio; фаронса: musc; испанӣ: musco, musca – мушк, almizcle – сиёҳ, мушкин; португалӣ: almizcre, almiscar – мушк (арабӣ: < алмиск); англисӣ: musk – мушк, muskate – чавзи бӯё; олмонӣ: moschus – мушк, muskat – чавзи бӯё; русӣ: múkus – мушк (<латинӣ ё юнонӣ); арманӣ: mušk – мушк; сӯрӣ: mwšk – мушк; арабӣ: миск; туркӣ: mišk паҳн шудааст [5.2622-23;4836]. Тасдиқи гуфтаҳои Муҳаммади Ҳасандӯстро дар “Бурҳони қотеъ” пайдо кардан мумкин аст: санскрит muska мусағғари mūs (муш); юнонӣ: moskos, латинӣ: muscus, франсавӣ ва англисӣ musc, арабӣ миск (ба касри аввал) [4.2014]. Аз маълумотҳои истифодашуда чунин бармеояд, ки вожаи мушк ба маънии моддаи хушбӯе, ки аз нофи оҳу гирифта мешавад, аз забони форсӣ буда, ба забонҳои бисёре паҳн шудааст ва дар баъзе забонҳо мазмуни сиёҳ ва чавзи бӯёро низ гирифтааст, ки чавз ё гавз чормағзро ғӯянд. Эҳтимол меравад, ки чунин ном гирифтани мушк ба он вобастагӣ дошта бошад, ки он аз нофи оҳу гирифта мешавад ва гирд ё “... ба андозаи тухми мурғ, мустақар дар забари пӯсти шиками оҳуи хитоии (ғизол-ул-муск =musc deer) нар...” аст бо бӯии хуш.

Дар адабиёти илмӣ баробари маълумоти этимологӣ оид ба мушк маълумотҳои арзишнок аз хусуси асолати мушк, навъҳои он ҳамчун воситаи табобат ва ҳамчун маводи хушбӯӣ оварда шудааст. Исмоили Қурҷонӣ аз бобати навъҳои мушк маълумоти саҳеҳ дода, ҳашт навъ - чинию тиббетӣ ва тумситию хитой ва хархизию баҳрӣ ва кашмирию тиболӣ будани онро ном мебарад ва: “Бештари мардумон чунин ғӯянд, ки беҳтарини мушқҳо тиббетӣ аст, лекин дуруст он аст, ки беҳтарини ҳама чинӣ аст ва ба нодир афтад” [1.373] ва “Вазни нофаи ӯ камобеш бист дирамсанг бошад. Вазни пӯсти ӯ ним дирамсанг ё чаҳор донг бошад ва бар пӯсти ӯ ҳеч мӯй набошад” [1.373]. Мушки чиниро аз ҷиҳати бӯӣ қиёсан ба дигар навъҳо болотар гузошта, мефармояд, ки: “...ӯро бо кофур бибӯянд, натавон суд, аз баҳри он ки қуввати бӯи ӯ хун аз бинӣ бикшояд ва андар атре, ки аз дигар анвоъ мисқоле ба кор ояд, аз вай донге кифоят бошад ва суддаи ӯ ҳамчун зафарон бошад” [1.374]. Ҳатто ақидаи дигаронро дар мавриди навъ ва асолати мушк зикр намуда, андешаи худро баён менамояд: “Турӯҳе гуфтаанд аз тиббетӣ гузашта, кашмирӣ беҳтар бошад ва чинӣ фурудтар аз

кашмирӣ бошад ва бӯи чинӣ пойдор набошад сахт сиёҳ бошад ва шиёфи ӯ бештар бошад ва бар хилофи ин аст ва дуруст ин аст, ки ёд карда омад...” [1.374]. Яъне ба андешаи мутахассисон мушки асил аслан ранги сиёҳ дошта, хусусияти часпандагиаш бештар аст. Дар баробари ин гуфтаҳо Исмоили Ҷурҷонӣ меъёри муайян кардани асолати онро низ пешниҳод менамояд: “Чун хоҳанд, ки мушкро биёзмоянд, сӯзане ба сир фурӯ зананд, пас ба нофа фурӯ баранд, агар бӯи сир ботил шавад, неқ бошад, вагарна мағшуш бошад. Ва ҳамчунин, агар хушкро бихоянду ба оби даҳон тар кунанд ва андар хирқа гиранду бифишоранд, агар ҳама берун ояд ва ҳеҷ суфл намонад, мағшуш бошад. Ва агар пораи мушк бар обгина бар оташ ниҳанд, то бӯӣ барояд, агар бӯи мушк набошад, мағшуш бошад” [1.373-374].

Дар осори илмӣ ва фарҳангҳои тафсири бо вожаи мушк калима, истилоҳ, ибора ва ё ибораистилоҳоте сохта шудааст, ки як зумра ба маънии асли ва қисмати дигар ба маънии маҷозӣ қор фармуда шуда, аз хусусиятҳои мушк далолат менамояд. Масалан, Муҳаммад Ҳусайн дар “Бурҳони Қотеъ” чунин истилоҳ ва ибораистилотеро овардааст: мушқдона – ба зами аввал; донae бошад хушбӯӣ, ки онро сӯроҳ кунанд ва ба ришта кашанд; ва номи лаҳни бистудуюм аст аз сӣ лаҳни Борбад ва ба қасри аввал ҳам омадааст; мушки бед – ба зами аввал ба маънии бедмушк аст ва ба маънии уд ҳам ба назар омадааст [4.2014].

Зимни “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” бо вожаи мушк истилоҳоти зерини соҳаи фарматсевтӣ ва мусикӣ: *мушқбед - навъe аз бед, ки гули хушбӯӣ дорад ва дар баҳорон занбӯри асал аз гули он ғизо мегирад, мушқдона - яке аз оҳангҳои Борбад, ки мутриби машҳури даргоҳи Ҳисрави Парвез буд, мушқмолӣ - оҳанги бисту чорум аз оҳангҳои сигонаи Борбад, мушқлак/мушқлак - як навъ ғиёҳи дарозу навдағафсе, ки лаби обу ботлоқҳо мерӯяд ва дорои бӯи хоше мебошад*; инчунин калимаҳои мураккаби зиёде сохта шудааст, ки ифодагари маънии маҷозӣ аст: *мушқбез, мушқбезӣ, мушқбор, мушқбӯӣ, мушқдум, мушқин, мушқинкаманд, мушқинмуҳра, мушқинкулола, мушқинрақам, мушқинхол, мушқиншамол, мушқистон, мушқмӯӣ, мушқнақат, мушқфишон, мушқфом*; ҳамчунин ибораҳои маҷозии *мушки азфар, мушкин парда, мушки ноб, мушки бофта, мушки дутаҳ, мушки суда, мушки тар, мушки шаб, қулолаи мушкин, мушкин паранди тароз, мушқ паймудан, мушқ дар остин ниҳуфтан, ба хирғаҳи маҳ мушқ нӯшидан, ба кофур рӯӣ ниҳодани мушки тар-ро* дучор омадан мумкин аст [2.785-787].

Гардишпазирии вожаи мушк дар “Фарҳанги тиббии ниёгон” ба чунин қарор аст: 1. Истилоҳоти соҳаи фарматсевтӣ: мушқак – номи ғиёҳест давоии хушбӯӣ, суъд; мушқбед – навъe аз бед, ки давои бемориҳост, гули хушбӯӣ дошта, дар баҳорон занбӯри асал аз гули он ғизо мегирад. *Salixcarpea* ё *S. Rosmarinifolia*; мушқбӯя – ғиёҳе, ки дар давоҳо қор мефармоянд, ширмолқурут. *Psoralea digitata*; мушқдона – донae бошад хушбӯӣ, ки онро сӯроҳ кунанд ва ба ришта кашанд; Мушқнофа – ғиёҳест, ки дон ва тухми он ба монанди мушқ хушбӯӣ мебошад; мушқтармашир – ба маънии мушқтаромашир; мушқтаромашир – ғиёҳи хушбӯӣ шабеҳ ба шохисфарам, ки рутубатҳои часпакро аз сина ва шуш берун кунанд, шароби он аз тоса ва маниши гаштан судманд бошад, хуни ҳайз ва пешобро битозонад. *Orignum dictamnus*. Мушқлак/мушқлак – ғиёҳи дарозу навдағафсе, ки дар лаби об ва ботлоқҳо мерӯяд ва дорои бӯи хоше мебошад [3.307]. 2. Калимаҳои мураккабе, ки ба маънии маҷозӣ истифода шудаанд: мушқбез, мушқбор, мушқбӯ, мушқбӯӣ, мушкин [3.306]. 3. Ибораҳои маҷозӣ: мушки ноб, мушки тар, мушки хито [3.306].

Хулоса, дар адабиёти илмӣ маълумотҳои зарурии доир ба соҳаи забоншиносӣ ва фарматсевтӣ маҳфузанд, ки пажӯҳиши онҳо барои рушан намудани паҳлуҳои гуногуни забоншиносӣ аз ҷиҳати ҳоли нест. Афзудани чунин таҳқиқотҳо сабаби рушан гардидани паҳлуҳои гуногуни забоншиносӣ, ғановати таркиби луғавии забон, захираи луғавии он ва истилоҳоти соҳавӣ мегардад.

Адабиёт

1. Исмоили Ҷурҷонӣ. Захираи Хоразмшоҳӣ. АМИТ, Маркази мероси хаттӣ, ДДТХ. Душанбе 2022, ҷ.1. -888 саҳ.
2. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Ҷ.1.: СЭ, 1969. -...саҳ.
3. Фарҳанги тиббии ниёгон / тартибдиҳандагон У.Қурбон ва А.Раҷабзод. -Д.: Муассисаи давлатии сарредаксияи илмӣ ЭМТ, 2016 – 776 саҳ
4. برهان قاطع. محمد حسين بن خلف تبریزی. جلد سوم: ش-ل. چاپ دوم، فروردین ۱۳۴۳
5. فرهنگ ریشه شناختی زبان فارسی. محمد حسندوست ک - ی فرهنگستان زبان و ادب فارسی. نشر آثار/تهران جلد دوم ۱۳۹۳

Раҳимов Т.Ф.

ПЕШВАНДИ БЕ- ВА ХУСУСИЯТҲОИ ИСТИЛОҲСОЗИИ ОН

Кафедраи забони тоҷикӣи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Мухиммият. Забон бо фаъолияти ҷамъиятии одамон бевосита алоқаманд аст, аз ин лиҳоз таркиби луғавии он ҳамеша дар ҳоли дигаргун шудан ва афзудан аст. Бешак тамоми ин тағйирот натиҷаи ба қор бурда шудани усулҳои мухталифи калимасозӣ ба шумор меравад.

Мақсади таҳқиқ. Калимасозӣ аз роҳҳои асосии ғановати забон, таркиби луғавии он ва бо воҳидҳои нави луғавӣ пурра гардидани луғати он мебошад. Масъалаи калимасозӣ, роҳҳои сохта шудани вожаҳо танҳо мушкилоти забоншиносони як минтақа ё як забон набуда, балки масъалаи фарогирест, ки ҳанӯз дар ягон забон ба нуқтаи ниҳиин худ нарасидааст. Имрӯзҳо аз ҷониби мутахассисони ин соҳа нуқтаҳои ниҳоят нозуку ҷолибе мавриди пажӯҳиш қарор мегиранд ва масъалаи мавриди назар зина ба зина роҳи ҳалли худро пайдо кардан мегирад. Донишмандон зимни таҳқиқотҳои худ аз хусуси калимасозӣ андеша ронда, роҳу услубҳои гуногуни калимасозиро баён намудаанд.

Мавод ва усули таҳқиқ. Донишманди маъруф Ш.Рустамов дар мавриди калимасозии исм дар забони тоҷикӣ баёни андеша намудааст ва ақидаи ҳамсони ӯро дар «Грамматикаи забони ҳозираи тоҷик» низ дучор омадан мумкин аст. Тибқи хулосаи забоншиносон шаш усули калимасозӣ муайян карда шудааст:

1. Усули морфологӣ ду роҳи сохтани калимаро дар назар дорад: а) бо пешванд б) бо пасванд;
2. Усули синтаксисиву морфологӣ ду ҳел мешавад; а) калимасозии мураккаб; б) калимасозии омехта;
3. Усули морфологиву синтаксисӣ, ки яке аз онҳо субстансиватсия - ба исм гузаштани дигар ҳиссаҳои нутқ аст;

4. Усули луғавию синтаксисӣ, табдил додани ибора ба калимаи мураккаб.

5. Усули луғавию маъноӣ (сермаъноӣ ва омонимия).

6. Усули ихтисора (1.110).

Л.С.Пейсков низ дар мавриди роҳҳои калимасозии забони форсӣ иброи андеша намуда, онҳоро ба таври зерин ғуруҳбандӣ намудааст:

I. Аффиксатсия - бо ёрии пешваду пасванд;

II. полуаффиксатсия – бо ёрии нимванд;

III. транспозитсия - табдили мавқеъ;

IV. мураккаб – вожаафзоӣ.

Яке аз тарзҳои асосии калимасозии забони форсӣ усули морфологӣ ба шумор рафта, он тавассути вандҳо - пешванд ва ё пасванд ҷараён мегирад ва ба ду ғуруҳ ҷудо мешавад: а) сохтани истилоҳ ба воситаи пешванд; б) сохтани истилоҳ ба воситаи пасванд.

Усули пешвандии калимасозӣ дар забони тоҷикӣ маъруф буда, он дар ғановати таркиби луғавии забон нақши муҳим дорад. Хусусан пешванди бе- аз ҷумлаи пешвандҳои сермахсул аст. Ин пешванд аз *ave-//ape* [2.196]-и форсии миёна сарчашма гирифта, дар забони адабии ҳозираи тоҷикӣ сермахсул мебошад ва аз исмҳои сифати аслии месозад, ки аксаран ба маънии надоштан, доро набудан ба аломату хосият ва ҷизе далолат менамояд.

Натиҷаҳо ва баррасии таҳқиқ. Пешванди мазкур дар форсӣ шакли *bi* (мисол: *bidast* – ваҷаб, бедаст) ва дар Эрони Бостон дар шакли *vi* (мисол: *vi-štarna*, *vi-tasti*, *vi-škaufaka*) [5.144] маъруф буд.

Тибқи пажӯҳишҳои Муҳаммади Ҳасандӯст, пешванди мазкур чунин таърихи таҳаввул ва инкишофро пушти сар намудааст. Пешванди бе- дар форсии бостон дорои чунин шакли: *araiu-*. Он дар забони авестой ба шакли *ara-* (дар таркиби калима ба чунин шакл кор формуда шудааст, мисол: *ara-xšθra* – ба дур аз шаҳриёр), дар форсии миёнаи турфонӣ: *'by* [*abē*] (масалан, дар *'by-šr'm* [*abē-šarm*] – бешарм), дар портӣ: *'by* [*abē*] (масалан, дар *'by'st'yt* [*abē-yāstārīft*] – бегуноҳӣ) [5.555].

Аз тавсифи донишманди этимолог бармеояд, ки таърихи ташаккул ва таҳаввули ин пешванд тӯлонӣ буда, ҳадди ақал умри зиёда аз ҳазорсола дорад ва он на танҳо дар забони форсии қадим ва авестой, балки дар забони суғдӣ: (') *rw* (масалан, дар *'rw'rg* – беарз, беарзиш), хоразмӣ: *b-* масалан, дар *b-'dr* – бидуни оташ; арманӣ: *arī* (масалан, дар *arītal* – дурӯғ (< арёдāt лафзан, бедод, дур аз дод, дур аз ҳақ) ва *ape* (масалан, дар *arēpiāz* доро, сарватманд, бениёз) [5.555] мавҷуд будааст ва бештар ба маънии маҳрум будан қорбааст шудааст.

Донишманди тоҷик Саймидинов Д. аз хусуси ин пешванд андешаи худро чунин ба қалам додааст: пешоянди **бе-**, ки имрӯз серистеъмол аст, реша дар з.ф.к. дошта, дар шакли **a-//an-** (бо ифодаи маъноӣ инкорӣ) истеъмол мегардид ва дар форсии нав мансӯх мешавад ва ба ҷойи он дар ин давра пешванди **abē-** дар истеъмол қорӣ мешавад, ки низ синоморфеаи пешванди **бе-** ба шумор меравад. Пешванди **abē-** аз исм сифат сохта, дар баёни маъно муодили пешванди **a-** мебошад [3.137].

Аз маълумотҳои Муҳаммади Ҳасандӯст ва Саймидинов Д. бармеояд, ки ин пешванд дар забони форсии қадим, ки дар шакли *araiu-* ба кор бурда мешуд, муодили дигаре дар шакли **a-//an-** доштааст, ки имрӯз пурра аз истеъмол дур мондааст (дар калимаҳои анӯша, амир боқӣ мондааст).

Деххудо ин пешвандро чунин тавсиф менамояд: “Бе (пешванд) – ҳарфи нафӣ. Муқобил ё ки калимаи исбот аст. Бар сари исм дарояд ва исмро ба сифат бадал кунад, чун *басиратӣ*, ки ба маъноӣ *биноӣ* аст ва исм аст ва агар ғӯянд бе *басират* сифат мегардад ва мусаммое лозим аст, ки қабл аз он зикр гардад ва ба ин сифат ўро мутаассиф созанд ва бигӯянд одами *бебасират*, яъне одаме, ки *биноӣ* надорад ва ҳамчунин соири исмҳои хоҳ форсӣ бошад ё маъхуз аз тозӣ монанди бебаҳой, бепарвой ва бетартиб... ва ҷуз онҳо. Ў гоҳ бар сари исм ояд ва қайди мураккаб созад: бешак, бегуфтуғу. Ин калима бо исму феъл ва замоир ва калимоти дигар таркиб шавад: беоб, беобрӯ, беором, беозор [4.5135].

Тавре аз гуфтаҳои Деххудо бармеояд, ки пешванди *бе-* бо ҳиссаҳои номии нутқ омада, бештар маънии маҳрумӣ, инкор, радро медиҳад.

Соҳиби “Луғати форсии Амид” низ бо Деххудо ҳамраӣ аст, яъне “бе – (би) “пх-арē.бē” аломати нафӣ ва пешованд, ки бештар бар сари исм дармеояд ва маънии сифатӣ ба он медиҳад ва нафӣ ва сулбро мерасонад монанди беоб, бебок; абе ҳам гуфта шудааст, мисли абедол, абекарона”.

Дар тақвияти андешаи муҳаққиқон, ки **abē** гунаи дигари пешоянди *be \ bē/* аст, ки осори адабиёти оламшумули классикӣ шохиди ин нукта аст.

Пешванди *бе-* дар сохтани истилоҳоти фраматсевтӣ сермахсул буда, бештар бо ҳиссаҳои номии нутқ (исм (бегарг, бегӯй, беаҳр, беранг, безаряд), ва зарф (беҳад), феъл (бечарбқунонидашуда, бечарбқардашуда)) истифода шуда, истилоҳоти сохта ва мураккаб офаридааст.

Пешванди мазкур зимни пажӯҳиши мо дар сохтани вожаҳо ва истилоҳоти аз ҷиҳати таркиби морфологӣ сохта (бегӯй, беаҳр, беранг, безаряд, бедона, беорак, берангӣ, беҳад, беҳатарӣ, берангӣ, бехлорофиӣ, бесарак, бедумча, бепӯстлох) ва мураккаб (бечарбқунӣ, бечарбқунонӣ, беобшавӣ, беаҳршавӣ, беобгардонӣ, безаргардонӣ, бесироятшавӣ, бепӯстпардагӣ, бемӯякшавӣ, бечарбқунӣ, бечарбқунонидашуда, бечарбқардашуда, бепӯстпарда бегардбарг, бедардқунӣ, бекосабарг, бемадорқунонда)-и фраматсевтӣ сермахсул буда, ҳангоми калимасозӣ чанд марҳаларо пушти сар намудааст. Калимаву ибораҳои аз ҷиҳати таркиби морфологӣ сохта, ки ба воситаи пешванди *бе-* сохта шудааст, як, ду ва ё зиёда марҳалаҳои калимасозиро паси сар намудаанд.

Зимни марҳалаи якум пешванд аз реша новобаста аз қадом ҳиссаи нутқ буданаш калимаи сохта сохтааст, яъне дар қолаби: пешванд+реша: бегарг, бегӯй, беаҳр, беранг, безаряд, беқутб, беҳосил, беаҳр, бегул, бегарг, бегӯй, бегуғ, беоб;

Истилоҳ ё вожаистилоҳоте, ки ду марҳалаи калимасозиро пушти сар қардаанд, бо чунин қолаб, яъне пешванд-реша+пасванд калима сохтааст: бедона, берангӣ, беҳатиётӣ, беҳатарӣ, бехлорофиӣ; Дар ин росто истилоҳоте мавҷуданд, ки се давраи калимасозиро аз сар гузаронидаанд, дар қолаби: пешванд+реша+пасванд+пасванд: бепулакча;

Истилоҳоте, ки чор давраи калимасозиро дар қолаби пешванд+реша+пасванд+пасванд+пасванд сохта шудаанд: бепулакчагӣ.

Тавре аз мисолҳои мавҷуда бармеояд, ин пешванд бештар истилоҳоте месозад, ки инкор, рад ва дигар маъниҳои манфири месозад. Дар мавриди калимасозии аз ҷиҳати таркиби морфологӣ мураккаб бо пешванди бе- низ ҳамин қариб айнан ҳамин манзара ба мушоҳида мерасад, яъне калимаҳои мураккаб дар ҳолати то ва пас аз пешванди бе- қабул карданишон низ чанд чанд марҳаларо пушти сар мекунад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, аз ғавру баррасии маводи таҳти таҳқиқ ва паҷуҳиши муҳаққиқон ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки пешванди бе- дар сохтани истилоҳ ва калимаҳо сермаҳсул буда, зимни маводи ба дастдоштаи мо сад истилоҳ ва вожаҳои мухталиф сохтааст, ки дар ҳосил намудани маънии инкорӣ ва рад хизмат мекунад.

АДАБИЁТ

1. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. Ҷ.1. Фонетика ва морфология: Душанбе: «Дониш», 1985. – 49 (24)
2. Основы иранского языкознания. Новоиранские языки. –М.: Наука 1982. -572с. (22)
3. Саймиддинов, Д. Вожаиносии забони форсии миёна[Матн]/С. Саймиддинов. –Душанбе: Пайванд, 2001.- 210с. (28)
4. علی اکبر دهخدا. الغت نامه دهخدا. انتارات و چاپ دگاه تهران. چپ دوم از دوره جد يد: ۱۳۷۷
5. آ - ب فرهنگستان زبان و ادب فارسی. نشر آثار/تهران/۱۳۹۳ فرهنگ ریشه شناختی زبان فارسی. محمد حسن دوست. جلد اول (51)

ІРахимов С. , 2Саидов С.М.

ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОЛОГИИ НАВРУСТАҲОИ КАМОЛИ ТОҶИКОН ДАР ШАРОИТИ МАДАНИИ НОҲИЯИ ДАНҒАРА

1Кафедраи ботаникаи МДТ “ДМТ”. Тоҷикистон.

2Кафедраи химия ва биологияи тиббии МДТ “ДДТХ”. Тоҷикистон.

Муҳимият. Камоли тоҷикон *Ferula tadshikorum* M.Pimen., растании бисёрсолаи алафии якбаҳра, геми эфемероидӣ буда, қисми зерзаминиаш решамеваи турбмонанд мебошад, ки дар муддати якчанд соли фаъолиятш дар қисми рӯи заминии он поябаргҳоро ба амал оварда, дар таркиби решамевааш миқдори зиёди моддаҳои органикӣ, кислотаҳо, крахмал захира намуда, баъди дар ҳаҷми кифоя захира намудани моддаҳои дар боло зикршуда, ки барои ташаккул ёфтани пояи гулкунада сарф мешаванд, ба гул қардан омода мегардад. Доир ба шакли цилиндрӣ, варамқарда, лўндашакл доштани узви зерзаминии авлоди камолҳоро қайд намудааст [1]. Пименов М.Г ва дигарон дар тадқиқотҳоиашон сохти морфологӣи узви зерзаминии авлоди камолҳоро, аниқтараш турбмонанд буданашонро қайд кардаанд, вале онҳо баъзан онро ҳамчун решапояи (стеблекорень) турбшакл ва баъзан каудекси турбшакл номгузори намудаанд [2,3]. Дар асл онҳо якбаҳраи бисёрпоядоранд. Чунин растанӣҳои якпоядор ва бисёрпоядор дар байни ҷамоати (популятсияҳои) гуногуни камоли тоҷикон низ мавҷуд мебошад [4]. Дар морфологияи растанӣҳо, каудекс ва пояреша (стеблекорень) метаморфозӣ пояи бисёрсола ва реша буда, ин қисмати он ҷўбгашта мешавад, ки дар авлоди *Prangos L.* хеле хуб ташаккул ёфтааст [5].

Мақсади тадқиқот. Омўхтани хусусиятҳои морфологӣи наврустаҳои камоли тоҷикон (*Ferula tadshikorum* M.Pimen) дар шароити парвариши маданияи ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Обьекти тадқиқот камоли тоҷикон буд, ки тухми он ҳангоми сафарҳои экспедициони аз минтақаҳои гуногуни ноҳияи Данғара (атрофи мавзёҳои Талхоб ва Шаршар) ҷамъ оварда шуда буд.

Тухми ҷамъоварӣ шударо дар шароити соя, тағи айвонҳои шамолрас 20-25 рӯз хушконида ва доим онро шамол дода омехта қардан лозим, то ки баробар хушк шавад. Баъди хушконидаи онро дар ҳалтаҳои латтагӣ ё қоғазӣ, гирифта дар ҷойи шамолраси бенам нигоҳ доштан лозим аст. Чунин тухмҳо то 2-3 сол қобилияти сабзишашонро дар анборҳо нигоҳ медоранд.

Барои омўзиши хусусиятҳои морфологӣи ва аз нестшавӣ муҳофизат намудани ин растанӣ қимматбаҳои доругӣ тухмҳоро дар майдончаи таҷрибаи дар деҳаи Хурамзамини ноҳияи Данғара кишт қардем (солҳои 2018-2023)

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Кишти тухмиро мо дар фасли тирамоҳ (сентябр) заминро тайёр намуда бо миқдори 100 донагӣ дар ҳар як қатор кишт (чуқурии 0,5-0,8 см) намудем. Тухми растанӣ барои сабзиданаш ҳатман сардӣ зимистонро бояд гузаронад. Навниҳолҳо дар аввали моҳи март аз таркиби хок бо ду тухмпалаи рангашон сафеду сабз (2-2,5 см дарозӣ ва 0,5-0,6 см фарроҳӣ) неш зада баромадаанд. Думчаи тухмпалаҳо 3-4см дарозӣ дошта, ба ғайр аз ин навиҳолҳо аз решаҷаи ҷанини иборат мебошад. Аз ҳамин марҳила қалоншавии аёнии муғҷаи болоӣ ва пайдоиши лундареша ва решаҷаҳои паҳлӯӣ шуруъ мешаванд. Барги нахустин дар рӯзи 15-20 баъд аз баромадани тухмпалаҳо ташаккул ёфт. Барги нахустини асли дарози ромбшакл (3-5см) буд ,ки думчаи дароз дошта (4-5см) қанорҳои барг аррашакли дандонакҳои хурд –хурд доранд. Бо пайдо шудани баргҳои нахустин баргҳои дупала ба хушкидан шуруъ қарданд,бинобар чунин аломат растанӣ ба ҳолати ювенилӣ гузашт ва дар аввали моҳи май фаъолиятш ба охир расид.

Дар соли дуюм растанӣ 1-2 барги пулакчамонанд ва 1 ё 2 барги розетқадор ба амал овард. Аз тобистони соли дуюм сарқарда лундарешаи растанӣ ба фаъолияти контрактилӣ сар намуда худашро ба замин кашид,то ки пояи бисёрсолааш дар зери хок аз таъсири омилҳои беруна ҷимоя қарда шавад.Аз соли дуюм сар намуда, дар асоси решамеваи он боқимондаҳои думчаи баргони солҳои гузашта ҳалқавор муғҷаи ташаккулёндаро печонида гирифт. Дар мавриди ҳисобнамудани ҳалқҳои боқимондаҳои солҳои гузашта мо соли растаниро муайян қарда метавонем.

Бо сохти морфологияшон растанӣҳои ҷавони кишт шуда аз растанӣҳои дар табиат мавҷуд буда фарқе надоранд вале дар солҳои минбаъда ҳаҷми растанӣ, ранги баргҳо сурати инкишофи захира намудани моддаҳои захиравӣ дар таркиби лундарешааш қуллан фарқ менамоянд.Чунки шароити кишти маданӣ хоки ҳосилхези мулоим, намиғариӣ кифоя дарад, бинобар ҳамин дар солҳои чоруму панҷум лундарешаи онҳо ҳаҷмеро мегиранд, ки аз онҳо шира гирифтани мумкин мебошад.

Хулоса. Тухми камоли тоҷикон дар шароити табиӣ қобилияти сабзишашро дар соли дуввум гум мекунад, чун ки пустпардаи тунуки тухми он дар шароити намнок ба зудӣ намро меҷабдад, неш мезанад ва дар ҳолати аз хок берун монданиш вайрон мешавад. Аз эҳтимол дур нест ки шароити мадани ба растаниҳои камоли тоҷикон имконияти медиҳад, ки дар 8-10 солагӣ ба давраи гулқардан шуруъ кунанд.

Адабиётҳо.

1. Рахимов С. Хусусиятҳои биологӣ ва морфологӣ камоли тоҷикон (*Ferula tadshikorum* M. Pimen) Душанбе. 2017. - С. 29-36
2. Пименов М.Г., Остроумова Т.А. Зонтичные (*Umbelliferae*) России. М., 2012. 477 с.
3. Пименов М.Г., Рахимов С. Китоби Сурхи Чумхурии Тоҷикистон. Авлоди камолу Душанбе, 2015. - С. 306-321.
4. Рахимов С. Строение и ритм развития почек югана Зеравшанского // Тез. докл. VII Всесоюз. совещ. «Изучении и освоение флоры и растительность высокогорья». Новосибирск, 1977. С.233-234
5. Рахимов С. Онтогенез монокарпического побега прангоса зеравшанского. ДАН Тадж. ССР. Т.24, №1. - 1981. - С.64-67

Рахимова М.С., Муминджонов С.А., Абдуназарова Ш.Ш.

ФУНГИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ СПИРТОВЫХ ЭКСТРАКТОВ *ALLIUM SUWOROWII*

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Грибковое поражение характерно для всех органов и тканей человека, что обусловлено в значительной степени формированием устойчивости возбудителей микозов к действию антигрибковых препаратов. Одним из путей выхода из такого положения является поиск новых антимикотических соединений и разработка способов их применения. Основой для таких препаратов могут быть растительные экстракты и настои.

В настоящее время для лечения различных болезней большое значение приобретают биологически активные вещества растительного происхождения, обладающие меньшим побочным действием, чем синтетические препараты и сходные по структуре и действию с естественными компонентами организма человека [1].

Терапевтическим эффектом обладают не сами растения, а составные компоненты этих растений, обуславливающих их лечебный эффект. Флора Северного Таджикистана обладает уникальным свойством дикорастущих растений. Среди них горный лук-анзур (*Allium suworowii*) имеет большое значение, который давно привлекает человека своим пищевым, декоративным и лечебными свойствами. *Allium suworowii* – дикорастущий вид многолетнего лука, в нем содержатся незаменимые аминокислоты, обладающие сильным бактерицидным и фунгицидным действием, так как содержат фитонциды [2].

В сравнении с репчатым луком в анзуре сухих веществ больше в 2 раза, белка в 3 раза, аскорбиновой кислоты – почти в 4 раза, токоферолов – в 3,5 раза, рибофлавина в 1,5 раза, ниацина в 12 раз. Луковицы анзуров имеют специфический, не очень приятный запах, обусловленный диаллилдисульфидом эфирного масла и присутствием стероидных сапонинов, поэтому их употребляют в основном после переработки [2,3]. Луковицы анзура богаты БАВ – стеронами и сапонидами, содержат большое количество эфирного масла аллицина (до 200 – 250 мг на 100 гр), витаминов D и E и др. ценных веществ [4].

Цель исследования. Изучение фунгицидной активности спиртовых экстрактов различных частей растения *Allium suworowii*.

Материал и методы исследования. Объектом исследования являлись цветки, стебель и луковица *Allium suworowii*, произрастающего на территории Таджикистан, южный склон Гиссарского хребта бассейн реки Варзоб. Спиртовые экстракты из различных частей *Allium suworowii* готовили согласно методике, разработанной сотрудниками лаборатории Раскина, Ратгерского университета. Приготовленный инокулом культуры *Candida* засеивали на стерильную питательную среду Сабуро. Затем диски с экстрактами, полученными из различных частей исследуемого объекта, накладывались на поверхность агара на расстоянии 1,5-2 см. Все чашки инкубировались при температуре 37°C, 18-24 часа. После инкубации вели учёт результатов по зоне задержки роста *Candida* вокруг дисков с экстрактами.

Результаты исследования. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что спиртовые экстракты лука вида *Allium suworowii* характеризуются разнообразным спектром фунгицидного действия. Наибольшая фунгицидная активность была характерна для экстрактов из луковицы и семян цветков: зона задержки роста вокруг бумажных дисков – 19,30 мм и 19 мм соответственно. Наименьшая ингибирующая активность была характерна для экстракта, полученного из стебля данного растения – 10,10 мм [табл.1].

Таблица 1. Фунгицидная активность *Allium suworowii* против *Candida albicans*

Семена	19,00 мм
Стебель	10,10 мм
Луковица	19,30 мм

Выводы. Спиртовые экстракты, полученные из различных частей эндемичного лука *Allium suworowii* обладают достаточно высоким фунгицидным действием. В связи с тем, что экстракты, полученные из надземных и подземных частей *Allium suworowii* Regel обладают достаточным противогрибковым эффектом можно рекомендовать их как природный источник при разработке противогрибковых препаратов.

Список литературы

1. Рахимова М.С. Антибактериальные и противогрибковые свойства лука Анзур, произрастающего в Таджикистане/М.С. Рахимова // Магистерская диссертация 2021 - С.33-36
2. Мирзоева Ф.Д. Характеристика антибактериальных и фунгицидных свойств лука Анзур, произрастающего в различных регионах РТ / Ф.Д. Мирзоева // Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и "Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021). - 2019 - С. 192-193

3. Кароматов И.Дж. Чеснок как лечебное средство древней и современной медицины. / И.Дж. Кароматов, Н. Раджабова // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» №3 – март (31) 2019. - С.174
4. Вахобов М.Н., Хайдарова Н. Медико-фармакологическое значение и культивирование лука анзур. //М.Н. Вахобов, Н. Хайдарова // Кишоварз, №4, 2015.- С.26-27
5. Вахобов М., Дададжонов Г., Бобоев Ю. Среднеазиатский женьшень – Анзур.//М. Вахобов, Г. Дададжонов, Ю. Бобоев // Январь, 2010 г. – С.3

Рахимова М.С., Хусейнова Ш., Муминджонов С.А.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ *ALLIUM SUWOROWII* В ОТНОШЕНИИ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* И *ESCHERICHIA COLI*.

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время для лечения различных болезней большое значение приобретают биологически активные вещества растительного происхождения, обладающие меньшим побочным действием, чем синтетические препараты и сходные по структуре и действию с естественными компонентами организма человека [20].

Следовательно, возникает необходимость усилить поиск новых источников антибактериальных и противогрибковых соединений, которые должны обладать широким спектром действия, характеризоваться наименьшей токсичностью и не обладать аллергическими действиями. По мнению большинства исследователей, наиболее подходящими такими источниками являются различные растения и травы. Применение растений для профилактики и укрепления здоровья человека началось ещё в древности. Люди часто использовали «живую аптеку», то есть природу.

Флора Северного Таджикистана обладает уникальным свойством дикорастущих растений. Среди них горный лук-анзур (*Alliumsuworowii*) имеет большое значение, который давно привлекает человека своим пищевым, декоративным и лечебными свойствами. Вглубь веков уходит практика применения лука – анзура в лечебных целях. В древней восточной медицине его использовали против болезней головного мозга, дыхательных путей, для улучшения пищеварения. Его в народной медицине применяют для более сорока видов болезней.

Луковицы анзура богаты биологически активными веществами – стеронами и сапонинами, содержат большое количество эфирного масла аллицина (до 200-250мг на 100гр), витаминов Д и Е и других ценных веществ. Есть сведения, что анзур полезен при болезнях головы, способен улучшить зрение, помогает от простуды и укрепляет желудок [15].

Включение анзуров в рацион питания стимулирует выработку неспецифического иммунитета, что дает возможность использовать их для профилактики ряда серьезных заболеваний.

Цель исследования. Изучение противомикробной активности спиртовых экстрактов различных частей *Alliumsuworowii* в отношении *Staphylococcus aureus* и *Escherichiacoli*.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись семена, стебель и луковица *Alliumsuworowii*, произрастающего на территории Таджикистан, Южный Склон Гиссарского хребта бассейн реки Варзоб.

Антимикробную активность растительных экстрактов определяли с использованием двух видов патогенных стандартных микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* и *Escherichiacoli*.

Спиртовые экстракты, из различных частей исследуемого лука, готовили согласно методике, разработанной сотрудниками лаборатории Раскина, Ратгерского университета.

Чувствительность использованных в работе стандартных микроорганизмов определяли диско-диффузным методом.

Использованные штаммы бактерий рассеивали по поверхности соответствующих питательных сред в чашках Петри: *Staphylococcus aureus*- на стафилоагар-среде а *Escherichiacoli*- на среде Эндо.Затем диски с экстрактами, полученными из различных частей исследуемого объекта, накладывались на поверхность агара на расстоянии 1,5-2 см. Все чашки инкубировались в термостате при температуре 37°C, 18-24 часа. После инкубации вели учёт результатов по зоне задержки роста микроорганизмов вокругдисков с экстрактами.

Результаты исследования. При изучении противостафилококкового эффекта установлено, что экстракты полученные из семян *Alliumsuworowii* продемонстрировали бактерицидность средней степени активности, т.е. диаметр зон подавления роста *S.aureus*составляет 10,30 мм. Ингибирующая активность спиртовых экстрактов из стебля характеризовались наименьшим бактерицидным действием – 9,30 мм. Наибольшее бактерицидное действие проявлял экстракт, полученный из луковицы. Зона задержки роста эталонного штамма вокруг бумажного диска пропитанного экстрактом из этой части исследуемого растения, составляла 11,60 мм.

Примерно такая бактерицидная активность наблюдалась в отношении штаммов *E.coli*. Ингибирующая зона роста, вокруг дисков пропитанных экстрактами из семян, составляла 10,40 мм. Наименьшим бактерицидным действием характеризовался экстракт полученный из стебля, где зона подавления роста *E.coli*составляла 7,90 мм. Экстракты, полученные из луковицы, продемонстрировали наибольшее бактерицидное действие, т.е. диаметр зоны подавления роста *E.coli*составлял 11,20 мм.

Таблица 1. Антибактериальная активность *Alliumsuworowii*против *S.aureus* и *E.coli*.

	<i>S.aureus</i>	<i>E.coli</i>
Семена	10,30 мм	10,40 мм
Стебель	9,30 мм	7,90 мм
Луковица	11,60 мм	11,20 мм

Выводы. Таким образом, спиртовые экстракты полученные из надземных и подземных частей эндемичного лука *Alliumsuworowii* обладают достаточной бактерицидной активностью в отношении штаммов *S.aureus* и *E.coli*, что

даёт базисную основу для разработки новых антибактериальных препаратов, обладающими антибактериальным эффектом в отношении социально значимых патогенных агентов.

Список литературы

1. Рахимова М.С. Антибактериальные и противогрибковые свойства лука Анзур, произрастающего в Таджикистане // М.С. Рахимова // Магистерская диссертация 2021 - С.33-36
2. Мирзоева Ф.Д. Характеристика антибактериальных и фунгицидных свойств лука Анзур, произрастающего в различных регионах РТ / Ф.Д. Мирзоева // Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуалиибни Сино и "Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021). - 2019 - С. 192-193
3. Кароматов И.Дж. Чеснок как лечебное средство древней и современной медицины. / И.Дж. Кароматов, Н. Раджабова // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» №3 – март (31) 2019. - С.174
4. Иванова М.И., Бухарова А.Ф., Балеев Д.Н., Бухарова А.Р., Кашлева А.И., Степанюк Н.В. Виды лука группы «Анзур» - источники ранней зелени. // Вестник Чувашской ГСХА 2018/№1. С 10-11
4. Вахобов М.Н., Хайдарова Н. Медико-фармакологическое значение и культивирование лука анзур. // М.Н. Вахобов, Н. Хайдарова // Кишоварз.- №4, 2015.- С.26-27

Рахимова М.С., Кенджаева И.А., Уманова Н.Э.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПЕКТРА АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЗЕВА У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И МОЧИ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ.

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность исследования. Способность патогенных бактерий приобретать устойчивость к антимикробным средствам представляет один из наиболее актуальных вопросов современной инфекционной патологии. Это явление отражает исключительно высокую приспособляемость микроорганизмов к условиям среды. Главное затруднение заключается в приобретении микробами устойчивости к химиопрепаратам, что приводит к увеличению частоты внутрибольничных инфекций [1].

Одним из необходимых мероприятий в борьбе с устойчивыми формами возбудителей инфекций является периодическая замена одного химиотерапевтического препарата, применяемого в данном лечебном учреждении, другим препаратом, с учетом определения спектра антибиотикочувствительности [3,4].

Резистентность к препаратам пенициллинового ряда у отдельных видов микроорганизмов, резистентность к цефалоспорино у энтеробактерий и к пенициллину у *Ps.aeruginosa* частично связана с наличием у них β -лактамаз, генетически закодированных в хромосомах [5].

Kl.pneumoniae – одна из основных причин внутригоспитальных инфекций респираторной и мочевыводящей систем. Полирезистентные линии клебсиелл, обладающие плазмидами, вызывают тяжелые инфекции после предварительного размножения в кишечнике [3].

Таким образом, частота устойчивости бактерий к определенному антибиотику возрастает с его более частым применением. Кроме того, полирезистентные штаммы микроорганизмов более вирулентные. Такие штаммы выживают в инфицированных, пораженных тканях и передаются от одного больного другому [2].

Цель исследования. Изучение антибиотикограммы микрофлоры зева и мочи, выделенные у больных детской челюстно-лицевой хирургии и детской урологии.

Материалы и методы исследования. Был произведен посев 108 клинических образцов слизи из зева и мочи в дифференциально-диагностические среды. Посев производили на кровяной агар, желточно-солевой агар с маннитолом, на среду Эндо и агар Сабуро, и инкубировали в термостате при +37°C, в течение 18-24 часов, а для выявления грибов рода *Candida* в течение 48-72 часа.

Установление родовой и видовой принадлежности выделенных микроорганизмов, производилось на основании морфологических, тинкториальных, культуральных и биохимических свойств.

Изучение антибиотикочувствительности производили диско-диффузным методом, по стандартной методике. С этой целью бумажные диски, пропитанные определёнными антибиотиками помещали на засеянный газон исследуемой бактериальной культуры, в питательной агар. Посевы инкубировали в течение 18-24 часов при 37°C. По диаметру зоны задержки роста, учитывалась степень чувствительности бактерий к антибиотикам. Зона задержки роста до 15 мм указывала на слабую, до 25 мм – на среднюю и больше 25 мм – на высокую чувствительность выделенных штаммов микроорганизмов.

Чувствительность возбудителей ГВЗ определена к следующим антибиотикам: ампициллину, амоксициллину, амоксиклаву, цефазолину, цефтриаксону, стофексиму, цефтазидиму, азитромицину, ципрофлоксацину, гентамицину, амикацину, эритромицину, морфоциклину, офлоксацину.

Результаты исследования. При изучении микробного пейзажа микрофлоры зева у детей отделения детской челюстно-лицевой хирургии с врожденными аномалиями губ и мягкого неба, до проведения пластической операции выявлена, что лидирующими возбудителями являются стрептококки и стафилококки.

Изучение антибиоткограммы выделенных 85 штаммов стрептококков показали следующие результаты. Высокие показатели чувствительности стрептококков выявлены к цефтазидиму – 55,3%, к цефтриаксону - 52,9%, к стофексиму - 48,2%, цефазолину – 44,7%. Показатели средней чувствительности к этим антибиотикам составили – 44,7%; 42,4%; 41,2%; 49% соответственно.

К антибиотикам фторхинолонового ряда – ципрофлоксацину высокая чувствительность выявлена в 30,6%, средняя – 25,9%; к морфоциклину высокая чувствительность – 37,6%; средняя – 31,8%; к офлоксацину высокая степень проявления в 34,1%, средняя в 37,6% случаев.

Из препаратов пенициллинового ряда к ампициллину высокая чувствительность выявлена в 24,7% случаев, к амоксицилину в 37,6%, к амоксиклаву в 22,4% случаев.

Наибольшая резистентность стрептококков отмечена к действию следующих антибактериальных препаратов: азитромицину (98,8%), амикацину (56,5%) и гентамицину (54,1%).

Удельный вес *S.aureus* и *S.hemoliticus* в спектре микрофлоры зева составили 53,7% и в виде ассоциации, и в виде монокультуры. По результатам антибиоточувствительности выделенных штаммов патогенных стафилококков в сравнении со стрептококками отмечены следующие результаты. Высокая степень чувствительности *S.aureus* и *S.hemoliticus* выявлена к цефтазидиму, морфоциклину, стофексиму в 70,7%; 68,9%; 62,1% случаев соответственно. Также к ципрофлоксацину зарегистрирована высокая чувствительность стафилококков в 53,4%, к именепем 50%, амоксиклаву и амикацину по 48,3%.

Также к амоксациллину и цефтриаксону сохранена высокая чувствительность в 36,2% и 32,8% случаев.

Из вышеуказанных антибактериальных препаратов *S.aureus* и *S.hemoliticus* проявили резистентность к антибиотикам: азитромицин (74,2%), офлоксацин (65,5%), ампициллин (55,7%).

Изучение спектра микрофлоры мочи больных детской урологии показал, что из представителей семейства энтеробактерий лидирующее место занимают *E.coli* (19,6%) и бактерии рода *Klebsillae* (16,8%).

Также отмечено незначительное увеличение удельного веса патогенных стафилококков - *S.aureus* –высеваемость составила 14,7%; *S.hemoliticus* – 12,6%.

Выделенные культуры *E.coli* (56 штаммов) проявили высокую чувствительность к морфоциклину (82,1%), к ципрофлоксацину (78,6%), к цефтазидиму (75%), нитроксалину (64,3%) цефтриаксону (57,1%) и амикацину (55,4%). К офлоксацину, стофексиму и эмигиль выявлена высокая степень чувствительности выделенных штаммов в 33,9%, 28,6% и 32,1% случаев соответственно.

В отношении антибиотикорезистентности установлено, что выделенные штаммы *E.coli* проявили наибольшую устойчивость к фурадонину (55,4%), к азитромицину (60,7%) и невивраму (64,3%).

Резистентность штаммов *E.coli* по отношению гентамицина и эмигиль составило одинаково – 41,1%, стофексиму 39,3%.

Высеваемость бактерий рода *Klebsillae* из мочи больных детской урологии составило 16,8% (48 штаммов). Выделенные изоляты *Klebsillae* проявили высокую степень чувствительности к цефтазидиму (77,1%), к амикацину (70,8%) и к морфоциклину (68,6%).

Наоборот наибольшую резистентность проявили к действию налидиксовой кислоты (93,8), азитромицину (89,6%), стофексиму (95,8%) и эмигиль (72,9%).

100% резистентность бактерии рода *Klebsillae* выявлена к амоксиклаву, цефазолину, фурадонину, амоксациллину, ампициллину. Это можно объяснить тем, что представители этого рода обладают природной, генетической резистентностью к данным антибиотикам.

Удельный вес *Ps.aeruginosae* и бактерии рода *Proteus* в структуре ГВЗ мочевыводящих путей составляет 1,4% и 2,1% соответственно.

По отношению этих микроорганизмов высокочувствительны ципрофлоксацин (47,9%), офлоксацин (39,6%), морфоциклин (43,8%), что необходимо учитывать при целенаправленной антибиотикотерапии инфекций, вызванные этими возбудителями.

Результаты анализа спектра антибиоточувствительности изолированных штаммов *S.aureus* и *S.hemoliticus* показали, что из общего числа выделенных культур, 84,3% изолятов были высокочувствительными к цефтазидиму, 68,6% к амоксациллину, 62,5% штаммов проявили чувствительность к действию амоксиклава.

Также изолированные штаммы патогенных стафилококков характеризовались низким уровнем чувствительности к налидиксовой кислоте (90,6%), азитромицину (78,1%) и нитроксалину (62,5%).

Заключение. 1. Выделенные культуры стафило- и стрептококков проявили высокую степень чувствительности к антибиотикам цефтазидим, цефтриаксон, цефазолин.

2. Антибиотики выбора по отношению *E.coli* и *Klebsillae*, выделенные из мочи урологических больных является цефтазидим, ципрофлоксацин и амикацин, что дает возможность включить их в схему протокольной антибактериальной терапии данной категории больных.

Список литературы

5. А.В. Нестеров, М.В. Лебедев, И. Ю. Захарова. Частота и структура гнойно - воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (по материалам 1. 2. отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко) // Вестник Пензенского государственного университета. - 2017.-№1 (17).- С. 65-72.
6. А.В. Нестеров., Лебедев М.В., Захарова И.Ю. Частота и структура гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко - 2018.-№1 (19).-С. 48-58.
7. Ш.Дж. Джобиров. Внутрибольничная инфекция в урологической клинике / II Журнал «Вестник педагогического университета», Душанбе, 2015. - № 5 2 (66). -С, 272-275.
8. Ш.М. Тусматов, Г.М. Усманова, Х.К. Рафиев. Развитие эпидемического процесса внутрибольничных инфекций в урологических стационарах г. Душанбе / // Журнал «Вестник педагогического университета». Душанбе. -2011.- №5.-С. 76-81.
9. Ш.М. Тусматов., И. Давронзода., Н.А.Зарипов. Изучение зависимости частоты возникновения внутрибольничных инфекций мочевыводящих путей от объективных факторов эндоскопических операций // Журнал «Вестник педагогического университета». -Душанбе,-2015. -№2 (63-2). - С. 219-221.

Рахматов П.А., Назаров Дж.Т., Эргашев И.З.
РОЛЬ ЭПИГЕНЕТИКИ В ПЕРЕДАЧЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОПЫТА ПОТОМСТВУ
Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ ХГМУ.

Актуальность. Общеизвестно, что эпигенетика – это раздел генетики, изучающая наследуемые изменения активности генов во время роста и деления клеток. Исследования в области эпигенетики поведения заинтересовали учёных, когда было показано, что материнская забота у крыс влияет на стрессоустойчивость их потомства [1].

Регуляция экспрессии генов с помощью эпигенетики – одна из наиболее захватывающих областей современной медицины. Раньше ученые считали: что записано в геном, того, не вырубишь топором. А теперь с изучением эпигенетики расширяется наше понимание о том, как гены взаимодействуют с окружающей средой и как эти взаимодействия формируют наше индивидуальное развитие [2]. Иногда эпигенетические изменения, происходящие с индивидуумом в течение жизни и отражающие его собственный опыт (например, стрессоустойчивость), могут передаваться потомкам и влиять на различные аспекты их развития [3].

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессия затрагивает около 280 миллионов людей по всему миру, что составляет примерно 5% взрослого населения планеты. Исследования в этой области имеют большое значение, поскольку открытие механизмов и разработка эффективных методов лечения низкой стрессоустойчивости могут дать нам возможность помочь людям, страдающим от депрессии или других расстройств, улучшить их качество жизни.

Цель исследования. Изучить роль эпигенетики в наследовании индивидуального опыта потомству используя разные научные статьи и литературы.

Материал и методы исследования. Поиск информации осуществлялся на базе поисковой системы Science Direct. Также в работе были использованы экспериментальные данные зарубежных исследователей. В статье разбиралось, как материнская забота в период новорожденности индивида влияет на уровень стрессоустойчивости как самого организма, так и его потомства.

Результаты исследования и их обсуждение. Ian C G Weaver, Nadia Cervoni, Frances A Champagne, et. al.. (2004) в своих исследованиях показали, что детеныши заботливых матерей становятся менее боязливыми и лучше обучаются, а дети незаботливой матери оказываются тревожными и плохо обучаются. Оказалось, что материнское поведение в первую неделю после рождения, когда детеныши наиболее уязвимы, влияет на силу ответа гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы на стресс.

Для изучения депрессивного поведения у грызунов животного ставят в неблагоприятные для него условия (например, подвешивают за хвост). Активные животные долго борются, стараясь выбраться из опасного для жизни условия, в то время как животные в состоянии депрессии быстро прекращают попытки спастись и просто замирают в ожидании.

Исследования S.Ridder (2005) показали, что блокировка глюкокортикоидных рецепторов у грызунов приводит к увеличению активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, отвечающего за стресс, что опасно для организма.

Для объяснения причины различия в ответе на стресс у крыс со счастливым и несчастным детством ученые исследовали регуляторную область глюкокортикоидного рецептора — экзон 17. Обнаружилось метилирование цитозина в экзоне 17 нейронов гиппокампа у крыс с несчастным детством и снижение уровня экспрессии мРНК. А у крыс, которые получали заботу в детстве, цитозиновые остатки были неметилированными, что свидетельствует об активной транскрипции гена глюкокортикоидного рецептора. Для подтверждения у таких животных наблюдалось повышенное количество соответствующего мРНК.

Для подтверждения влияния именно материнского поведения на эпигенетические изменения был проведен ещё один эксперимент: сразу после рождения у потомства заботливую мать меняли на равнодушную приемную мать, и наоборот. В итоге у детёнышей, воспитанных заботливыми приемными матерями, метилирование цитозина в экзоне 17 отсутствовало так же, как и у детёнышей, рожденных от заботливых матерей. А когда у детёныша заботливую мать меняли на беззаботливую мачеху, наблюдались схожие изменения в метилировании генов как у детёнышей, рождённых и воспитанных равнодушной биологической матерью.

Tamara B. Franklin, Holger Russig, Isabelle C. Weiss, Johannes Gräff, Natacha Linder, et. al. (2010) в своих исследованиях на мышах выявили, что самцы, которых воспитывали незаботливые матери, испытывали тревожные расстройства и имели сниженную способность ориентироваться в новых пространствах. С другой стороны, самки мышей лучше справлялись с поставленными задачами и не проявляли депрессивного поведения. Считается, что это из-за различного действия половых гормонов на организм, однако этот тезис подлежит проверке. На основе этой информации учёные скрещивали самцов, которые рано испытали стресс (F1), с самками, которые еще не рожали (так как первородящие самки обычно самые заботливые матери), и контролировали, чтобы детёныши получили нормальный уход, нормально росли, их здоровье соответствовало норме. Самцы F2 поколения проявляли активность и не проявляли повышенной тревожности. Самки F2, напротив, проявляли признаки депрессии. Однако потомки самцов F2 снова показали признаки тревожного поведения. Пока неясно, почему именно самки F2 подвержены этому виду депрессии, в то время как самцы нет.

Механизм нейрогормонального ответа на стресс у человека во многом схож с аналогичной реакцией у животных. На сегодняшний день имеются доказательства того, что люди, испытывавшие стресс в раннем возрасте, чаще страдают от депрессии. Christine Heim, Charles B Nemeroff связывали это с усилением активности гипоталамо-гипофизарной системы в детстве.

Возможно, эпигенетические изменения могут быть вызваны не только самим стрессом, но и воспоминаниями о

нем: возможно, у разных людей эти воспоминания могут быть либо преуменьшены, либо преувеличены. В таком случае проведение исследований на людях, которые в раннем возрасте подверглись стрессу и не могут ясно вспомнить о нём, может оказаться полезным.

С этой целью Patrick O Mc Gowan, Aya Sasaki, Ana C D'Alessio, Sergiy Dymov, Benoit Labonté, et. al.. (2009) для исследования использовали мозг людей, которые покончили с собой. Среди людей, совершивших самоубийство, выделяют две группы: тех, кто страдал от неправильного обращения в детстве, и тех, у кого детство было нормальным. В рамках исследования был изучен экзон 1F гена глюкокортикоидного рецептора NR3C1, который аналогичен экзону 17 регуляторной области гена глюкокортикоидного гена у крыс. У людей, которые в детстве подвергались стрессу, в клетках их мозга наблюдалось увеличение уровня метилирования экзона 1F и снижение количества соответствующей мРНК (хотя информация о количества мРНК может быть сомнительной, так как она нестабильна и неоднозначна). У людей, которые не подвергались стрессу в детстве, не было обнаружено изменений в метилировании экзона 1F. Это указывает на то, что уровень экспрессии генов глюкокортикоидного рецептора зависит от степени получения заботы именно в раннем возрасте, и не связан напрямую с суицидом.

На данный момент проводится все больше исследований, которые свидетельствуют о связи между потреблением различных продуктов, образом жизни и эпигенетическими изменениями ДНК как у индивида, так и у его потомства. Например, передача склонности к диабету и ожирению от дедушек-крыс, потреблявших пищу с высоким содержанием жиров, наблюдается у внуков (особенно у девочек).

Выводы. Таким образом, по нашим исследованиям выяснилось, что на данный момент обнаружено только отдельные закономерности, свидетельствующие о связи между поведением и эпигенетическими изменениями в клетках живых организмов. Однако мы считаем, что последовательные и глубокие исследования в этой области могут привести не только к решению данной проблемы, но и к множеству грандиозных открытий в медицине. Имея такие знания из исследований в этой области, очень важно продвигать науку вперед и не останавливаться на достигнутом. Только так мы сможем полностью понять механизмы эпигенетических изменений и их взаимосвязь с поведением организмов.

Список литературы

1. Ian C G Weaver, Nadia Cervoni, Frances A Champagne, Ana C D'Alessio, Shakti Sharma, et. al.. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci.* 7, 847-854. (<http://dx.doi.org/10.1038/nn1276>);
2. Щуко Андрей Геннадьевич, Веселов Алексей Александрович, Юрьева Татьяна Николаевна, Волкова Наталья Васильевна, Шабанов Геннадий Анатольевич, Рыбченко Александр Алексеевич, Почтаренко Татьяна Васильевна Эпигенетика и способы ее реализации // Сибирский научный медицинский журнал. 2017. №4;
3. Dick F. Swaab, Ai-Min Bao, Paul J. Lucassen. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Research Reviews.* 4, 141-194;
4. Tamara B. Franklin, Holger Russig, Isabelle C. Weiss, Johannes Gräff, Natacha Linder, et. al.. (2010). Epigenetic Transmission of the Impact of Early Stress Across Generations. *Biological Psychiatry.* 68, 408-415. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.05.036>);
5. Patrick O McGowan, Aya Sasaki, Ana C D'Alessio, Sergiy Dymov, Benoit Labonté, et. al.. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *NatNeurosci.* 12, 342-348. (<http://dx.doi.org/10.1038/nn.2270>).

Ирахматуллаева С.И., Шамсов Б.А., Рузиев М.М.,

ДЕТСКОЕ ОЖИРЕНИЕ ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана»

2ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Актуальность. Несмотря на то, что значительная доля общего количества смертей в Таджикистане приходится на инфекционные заболевания, материнскую, младенческую и детскую смертность и недостаточность питания, на сегодняшний день ведущей причиной смерти в стране являются неинфекционные заболевания (НИЗ). Согласно страновому профилю Таджикистана в области питания за 2016 г. [2, 5], на них пришлось 69% от общего количества смертей. Параллельно со снижением количества детских заболеваний, включая инфекции нижних дыхательных путей и осложнения при преждевременных родах, продолжает увеличиваться совокупное бремя НИЗ. По данным Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ, по состоянию на 2016 г. в Таджикистане избыточный вес имели 14,8% детей и подростков в возрасте 5–19 лет. Детское ожирение представляет собой одну из серьезных и важных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Несмотря на то, что в некоторых странах распространенность этого явления вышла на плато, в настоящее время в странах с низким и средним уровнем дохода (особенно в городских районах) все больше детей страдают от избыточного веса и ожирения [1–3]. Общеизвестно, что профилактика является единственным реально осуществимым подходом к сдерживанию этой эпидемии, а данные эпиднадзора за питанием необходимы для эффективной разработки, осуществления и оценки мер политики и стратегий, направленных на борьбу с ожирением [4]. Принимая во внимание эту потребность, в 2007 г. Европейское региональное бюро ВОЗ учредило Европейскую инициативу ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) – систематизированный процесс сбора, анализа, интерпретации и распространения описательной информации в целях мониторинга избыточного веса, а также планирования и оценки программной деятельности [5]. Общий протокол COSI определяет основные параметры плана обследования и стратегии формирования выборки, но при этом (за счет сочетания обязательных и факультативных компонентов) дает странам-участницам некоторую гибкость для адаптации системы к национальным условиям [6]. Подобный подход позволяет отслеживать тенденции эпидемии и сопоставлять показатели разных стран в Европейском регионе. Первое исследование было проведено в 2008 г. при участии 13 государств-членов в Регионе,

после чего в 2010, 2013, 2016 и 2019 гг. состоялись еще четыре раунда. Таджикистан присоединился к Европейской инициативе ВОЗ COSI в 2016 г., а в 2016/2017 и 2019 гг. принял участие в четвертом и пятом раундах инициативы по эпиднадзору.

Цель исследования. Выявление и меры профилактики с избыточным весом и ожирением у детей.

Материал и методы исследования. Сбор данных в рамках COSI проводился в пяти регионах Таджикистана (районах республиканского подчинения (РРП), городе Душанбе, Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО), Хатлонской и Согдийской областях) в соответствии с общим протоколом и процедурами сбора данных COSI. В 2016/2017 гг. были произведены измерения 3318 детей, а в 2019 г. – 3454 детей из 153 начальных школ, что соответствует уровню участия в 94,7% и 92,8% соответственно. Измерение антропометрических данных, включая вес, рост, окружность талии и бедер, проводилось профессионально подготовленными обследователями. Родители или опекуны участвующих в обследовании детей заполняли семейную учетную форму, предоставляя данные об индикаторах пищевого рациона детей и характеристиках их физической активности. В 2016/2017 гг. показатель отклика для семейной учетной формы составил 93,5% (n = 3502), а в 2019 г. – 90,5% (n = 3368).

Результаты исследования и их обсуждение. Обследование COSI в Таджикистане проводилось в общей сложности в 153 школах на протяжении 2016/2017 гг. (четвертый раунд) и 2019 г. (пятый раунд). В рамках четвертого раунда были произведены измерения 3318 детей (94,7% от числа приглашенных к участию), а число заполненных родителями или опекунами семейных учетных форм составило 3273, что соответствует показателю семейного участия в 93,5%. В рамках пятого раунда были произведены измерения 3454 детей (уровень участия – 92,8%), а число заполненных семейных учетных форм составило 3368 (90,5%). По итогам COSI в Таджикистане в 2016/2017 г. распространенность худобы составила 4,3%, избыточного веса (включая ожирение) – 7,6%, а ожирения – 1,5% (на основе справочника ВОЗ 2007 г. по показателям роста). По итогам COSI в Таджикистане в 2019 г. соответствующие показатели были равны 6% для худобы, 6,1% для избыточного веса (включая ожирение) и 1,4% для ожирения. В ходе обоих раундов несколько более высокая распространенность всех трех показателей наблюдалась у мальчиков по сравнению с девочками. Распространенность задержки роста снизилась с 10,1% в 2016/2017 гг. до 8,6% в 2019 г. При этом за период между двумя раундами распространенность недостаточного веса увеличилась с 7,9% в 2016/2017 гг. до 11,3% в 2019 г. По итогам обоих раундов COSI в Таджикистане самая высокая распространенность избыточного веса (11% в 2016/2017 гг. и 9,3% в 2019 г.) была зафиксирована в Согдийской области. Наиболее высокая распространенность худобы (5,3% в 2016/2017 гг. и 7,8% в 2019 г.) была отмечена в РРП. Самая высокая распространенность задержки роста по итогам обоих раундов была выявлена в Хатлонской области (11,1% в 2016/2017 гг. и 9% в 2019 г.). В 2016/2017 гг. самая высокая распространенность недостаточного веса была также отмечена в Хатлонской области (8,7%), тогда как в 2019 г. максимальный показатель наблюдался в РРП (13,8%). При сравнении сельских и городских районов проживания в 2016/2017 гг. в сельской местности была выявлена более высокая распространенность худобы (4,7%) по сравнению с городами (3,1%), тогда как в 2019 г. распространенность худобы у детей, проживающих в городах, была выше (6,4%), чем у детей из сельской местности (5,8%). В ходе обоих раундов COSI в Таджикистане более высокая распространенность избыточного веса, включая ожирение, наблюдалась в городах (2016/2017 гг.: 8,8% по сравнению с 7,1% в сельских районах; 2019: 7,3% в городах по сравнению с 5,7% на селе). В 2016/2017 гг. задержка роста была шире распространена у детей из сельской местности (10,6% по сравнению с 9,1% у городских детей); аналогичное соотношение наблюдалось в отношении недостаточного веса (8% у сельских детей по сравнению с 7,5% у городских). При этом по итогам COSI в Таджикистане в 2019 г. наблюдалась обратная картина: так, в городах была отмечена более высокая распространенность как задержка роста (10,1% по сравнению с 8% в сельских районах), так и недостаточного веса (15,2% в городах по сравнению с 9,7% на селе). Согласно данным обоих раундов COSI в Таджикистане, большинство матерей (88,7% в 2016/2017 гг. и 83,4% в 2019 г.) кормили детей грудью более 7 месяцев, причем у 65,1% из них (в четвертом раунде) и 42,9% (в пятом раунде) продолжительность грудного вскармливания составляла более 13 месяцев. Что касается пищевых привычек, то, согласно данным обследования COSI в Таджикистане в 2019 г., доля детей, завтракающих каждый день, несколько выросла (до 78,1%) по сравнению с результатами раунда 2016/2017 гг. (75,6%). В городе Душанбе произошел переход от самых низких к самым высоким в стране зафиксированным показателям ежедневного приема завтрака у детей (от 50% в 2016/2017 гг. до 91,1% в 2019 г.). Уровень ежедневного потребления детьми здоровых или свежих продуктов оставался низким как в отношении овощей (43,1% в 2016/2017 гг. и 45% в 2019 г.), так и свежих фруктов (33,6% в 2016/2017 гг. и 43,5% в 2019 г.) и рыбы (2,5% в 2016/2017 гг. и 4,1% в 2019 г.). В ходе обоих раундов COSI большинство участников сообщили о том, что потребляют молочные продукты реже трех раз в неделю; например, для молока пониженной жирности или полуобезжиренного молока доля таких ответов составила 79% в 2016/2017 гг. и 70,6% в 2019 г., для йогурта и других молочных продуктов – 72,9% в 2016/2017 гг. и 74,5% в 2019 г., для сыра – 85% в 2016/2017 гг. и 80,6% в 2019 г. Доля детей, потребляющих безалкогольные напитки с добавленным сахаром 1–3 раза в неделю, в 2016/2017 гг. составила 21,9%, а в 2019 г. – 37,3%. При этом доля детей, потребляющих безалкогольные напитки более четырех раз в неделю, сократилась с 44,3% в ходе раунда 2016/2017 гг. до 29,5% по итогам раунда 2019 г. Помимо этого, был проведен сбор данных о физической активности. Согласно результатам обоих раундов COSI в Таджикистане, большинство детей добиралось до школы на велосипеде или пешком (94% в 2016/2017 гг. и 97,5% в 2019 г.). По результатам раунда 2016/2017 гг. занятия в спортивных или танцевальных секциях посещали 17,3% детей, а в раунде 2019 г. их доля упала до 1,7%. Несмотря на то, что большинство участвовавших в обследовании детей не занимались в спортивных или танцевальных секциях, они чаще всего проводили не менее часа в день в активных играх на открытом воздухе как в будние дни (62,4% в 2016/2017 гг. и 63% в 2019 г.), так и в выходные (84,3% в 2016/2017 гг. и 86,4% в 2019 г.).

Выводы. В рамках Европейской инициативы ВОЗ COSI Таджикистан получит возможность каждые три года собирать данные о нутритивном статусе и образе жизни детей, включая те его характеристики, которые связаны с питанием и моделями физической активности. Это позволит непрерывно отслеживать тенденции с течением времени,

а также поможет удовлетворить потребность страны в текущих или будущих вмешательствах, направленных на популяризацию здорового образа жизни среди детей и тем самым на укрепление здоровья.

Список литературы

1. Усупова Ж.Э. Проблема избыточного веса и ожирения среди детей 7-8 летнего возраста в Кыргызской Республике: Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением-COSI 4 раунд / Ж.Э.Усупова, Г.Т.Айтмурзаева, Р. О.Касымова //Здравоохранение Кыргызстана. – 2021. – №. 2. – С. 40-47.
2. Избыточный вес и ожирение среди школьников 9 лет в Республике Казахстан / Ж. Е. Баттакова, С. Б. Мукашева, Т. И. Слажнева // Приоритетные научные направления: от теории к практике. – 2016. – № 24-1. – С. 28-35.
3. Lobstein, T. Obesity in children and young people: a crisis in public health / T. Lobstein, L. Baur, R. Uauy // Obesity Reviews. – 2014. – Vol. 5, No. S1. – P. 4-85.
4. Methodology and implementation of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) / J. Breda, K. Mccoll, M. Buoncristiano [et al.] // Obesity Reviews. – 2021. – Vol. 22, No. S6. – P. e13215.
5. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults / L. Abarca-Gómez, Z. A. Abdeen, Z. A. Hamid [et al.] // The Lancet. – 2017. – Vol. 390, No. 10113. – P. 2627-2642.

Рахмоналиев О.Б., Бахронбекова М.Б., Хайров Х.С.
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ Вузов Г.ДУШАНБЕ
Кафедра гигиены окружающей среды ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Питание является важнейшим фактором окружающей среды, определяющее здоровье человека [1,2].

Известна циклическая связь между белково - энергетической недостаточностью и болезнью: недостаточное питание усложняет течение болезни, а болезнь, в свою очередь, увеличивает потребность организма в пищевых веществах, при этом, усугубляя истощение организма, способствующее развитию заболеваний различного характера [3, 5].

В тоже время, в большинстве странах мира (в том числе, и в Республике Таджикистан) несколько важнейших факторов риска обуславливают значительную долю всех случаев смертности и заболеваемости от хронических неинфекционных заболеваний (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа, некоторые формы рака и др.). Среди этих факторов риска основное место занимает нарушение структуры питания [2,4,5].

Результаты ранее проведённые исследование показывают что, 10,24% респондентов имеют избыточную массу тела, а 4,62% (среди женщин 5,16%, мужчин – 4,07%) страдают ожирением [3].

Анализ статистических данных показал, что в Таджикистане отсутствуют научные данные, связанные с оценкой пищевых факторов риска (белков, насыщенных и ненасыщенных жирных кислот, простых углеводов и энергии рациона, включая вредные привычки) в развитии белково-энергетической недостаточности и увеличении массы тела среди групп населения студенческого возраста, на основании которых разрабатываются меры по организации их здорового питания [4].

Целью работы является изучение структуры питания студентов образовательных вузов в городе Душанбе Республики Таджикистан для разработки мер по организации их здорового питания.

Методы исследования. Изучение фактического питания студентов образовательных вузов в городе Душанбе осуществляли среди 108 студентов (50 (46,65%) женщин и 58 (53,35%) мужчин) в возрасте 18-29 лет с использованием компьютерной программы «Tj_AssNut», № государственной регистрации 2202100479 от 23 июня 2021 года.

Посредством указанной компьютерной программы, с учётом включённых в неё методик, изучались:

- фактическое питание (среднесуточное потребление белков, жиров, углеводов, моно- и дисахаридов, энергии рациона и др.) оценивалось методом 24-часового воспроизведения питания (утверждённым приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 28 апреля 2014 года, № 248);
- статистический анализ полученных данных.

Результаты исследования. Состояние питания является гигиеническим критерием качества жизни человека, и его оценка позволяет разрабатывать меры профилактики существующих недостатков.

Оценка структуры питания является основным звеном управления состоянием питания (является первым этапом исследований, позволяющим получить основной материал для последующего анализа и коррекции питания).

Данные о структуре питания обследованных групп студентов образовательных вузов в городе Душанбе приведены в таблице 1.

Результаты исследования показали, что среднесуточный уровень потребления энергии рациона обследованных групп студентов, составляет 2552,53 ккал.

Из общего количества энергии рациона (2382,55 ккал) доля белка составляет 13,99%, жира - 28%, а углеводов - 58%.

Наряду с увеличением уровня потребления моно- и дисахаридов в рационах групп обследованных студентов, отмечается снижение уровня белка животного происхождения и аскорбиновой кислоты.

Табл. 1. Структура питания студентов образовательных вузов в городе Душанбе (2022 г)

№	Наименование пищевых веществ	Количество	Нормы (2010 г)
		n=97	
		M±m	
1	Энергия, ккал	2382,55 ±66,13	2318,7
-	белки % из ЭР	14	12-15%
-	жиры % из ЭР	28	15-30%

-	углеводы % из ЭР	58	55-70%
2	Белки, г	81,3±3,98	69,0
-	животные, г	19,4	50% ОБ*
-	растительные, г	76,58	50% ОБ*
3	Жиры, г	71,75±3,72	71,5
-	животные, г	48,29	50% ОЖ*
-	растительные, г	49,48	50% ОЖ*
4	Карбогидраты, г	337,06±8,86	350,3
-	моно- и дисахариды, г	14,66	<10% ЭР*
5	Витамин С, мг	48,13±4,47	80

* ЭР – процент от общей энергии рациона

* ОБ – процент от общего белка рациона

* ЭЖ – процент от общего жира рациона

Обсуждение собственных материалов. Анализ полученных нами данных показали, что среднесуточный уровень потребления энергии рациона обследованных лиц, составляет 2552,53 ккал, что на 233,83 ккал выше установленным нормам в республике.

Из общего количества энергии рациона (2382,55 ккал) на долю белков приходится 14% энергии, жиров - 28%, а углеводов - 58%. Сравнительная оценка полученных данных указывает, что доля энергии рациона за счёт белков и жиров в пределах норм, а углеводов - ниже на 33,73 ккал.

В рационах обследованных студентов отмечается снижение уровня белка животного происхождения (19,4% при норме 50%) и аскорбиновой кислоты (48,3 г при норме 80 г), что свидетельствует о недостаточном потреблении количества овощей и фруктов, а также продуктов животного происхождения. Аналогичные данные получены исследованиями А.В. Таранцовой (2016), по оценке питания населения Ростовской области, где в рационах питания молодых людей выявлено снижение количества свежих овощей, фруктов и рыбы, а также пристрастие к сладкому и животным жирам [5].

Анализ полученных нами данных также установил увеличение уровня потребления моно- и дисахаридов у обследованных групп студентов (16,78% при норме менее 10% от общей энергии рациона).

Выявленные нарушения структуры питания у обследованных студентов могут рассматриваться как пищевые факторы риска развития алиментарных заболеваний.

Выводы.

1. Среднесуточный уровень потребления энергии рациона обследованных групп студентов города Душанбе выше установленных норм на 63,85 ккал. Доля энергии рациона за счёт белков растительного происхождения выше установленных норм.

2. В рационах обследованных студентов отмечается снижение уровня белка животного происхождения (19,4% при норме 50%) и аскорбиновой кислоты (48,13 г при норме 80 г), а также увеличение уровня моно- и дисахаридов (14,66% при норме менее 10% от общей энергии рациона).

3. Выявленные нарушения структуры питания у студентов образовательных вузов города Душанбе диктуют о необходимости проведения комплексного (включение всех регионов республики) исследования по разработке обоснованных мер организации их здорового питания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ. - 2004. -21 с.; План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. ВОЗ, 2012, 40 с.
2. «Гигиена питания». Хайров Х.С. – Душанбе: “ДДТТ имени Абуали ибни Сино”, 2022. – 626 с.
3. Пищевой статус студентов в г. Душанбе / Х.С., Хайров., О.Б., Рахмоналиев// Журнал - Здравоохранение Таджикистана-2022 , №3 (354), стр.60-65.
4. «Стратегия по питанию и физической активности в Республике Таджикистан на 2015-2024 годы», утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2014 года, № 808].
5. Нездоровое питание молодежи – фактор риска хронических неинфекционных заболеваний нации / Таранцова А.В. // Евразийский кардиол. журн. 2016. № 3. С. 107.

Рахмонбекова Н.С. Шагиахметова Л.Р. Хайров Х.С.

ОЖИРЕНИЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН в возрасте 18 – 29 лет

Кафедры гигиены окружающей среды ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Ожирение — заболевание, при котором в организме человека образуется избыток липидной массы. Причины ожирения не всегда являются следствием нездорового образа жизни, они могут быть генетически обусловленными, но чаще всего заболевание развивается на фоне неправильного подхода к питанию.

Количество людей с избыточным весом и пациентов с диагнозом ожирение растет с каждым годом. Особенно опасна эта тенденция у молодого поколения. С 1970 года по настоящий момент цифра детей с избыточным показателем индекса массы возросла в 10 раз. Это означает, что заболевание будет оказывать свое негативное влияние на здо-

ровые человека на протяжении всей его жизни. Так, ожирение в детском возрасте провоцирует раннее развитие болезней сердечно-сосудистой системы, ортопедических проблем и психологических расстройств. Кроме того, избыточный вес у детей напрямую влияет на социальную и психологическую адаптацию подрастающего поколения в обществе.

Избыточный вес напрямую связан и с экономической составляющей жизни. У людей с нормальным весом, затраты на медицину существенно ниже, чем у категории пациентов, имеющих проблемы с лишним весом. При этом среднесуточный заработок у человека без проблем с весом в среднем выше на четверть.

В большинстве стран мира несколько важнейших факторов риска обуславливают значительную долю всех случаев смертности и заболеваемости от хронических неинфекционных заболеваний (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа, некоторые формы рака и др.). Эти патологии относятся к социально- значимым заболеваниям и в их развитии основное место занимают факторы, связанные с нарушением питания.

Профилактика ожирения относится к актуальным вопросам современной медицины и находится в центре внимания правительства всех стран мира (в том числе Республики Таджикистан) [1].

Проблема изучения, профилактики и лечения ожирения в рамках реализации «Программы профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы» определена актуальной для сектора здравоохранения [1].

Цель исследования. Изучение распространённости ожирения среди населения в возрасте 18 – 29 лет Хатлонской области Республики Таджикистан как фактора, способствующего развитию неинфекционных заболеваний.

Материал и методы исследования. Изучение пищевого статуса осуществляли среди 257 респондентов Хатлонской области с использованием компьютерных программ.

Результаты исследования и их обсуждение. В 2020 - 2021 году были обследованы респонденты в возрасте 18 - 29 лет, из которых мужчин составило 69, а женщин – 188. Средний показатель возраста обследованных групп населения составил 24,6 года. Величина средней длины тела у респондентов составил 161,7 см, а масса тела – 60,8 кг. 10,12% обследованных лиц имели ИМТ <18,5, что свидетельствует о наличии у них белково-энергетической недостаточности. Показатель нормального пищевого статуса обследованных групп населения составляет 62,65%. Установлено, что 20,25% респондентов имеют избыточную массу тела, а 7,0% страдают ожирением.

Охват обследованных лиц по распределению вида жительства показывает, что основная часть обследованных групп населения (27,7%) явились жителями городского населения. Среди обследованных лиц, 10,12% имели ИМТ <18,5, что свидетельствует о наличии у них гипотрофии, основной причиной которой является недостаточное потребление макронутриентов и энергии. Показатель нормального пищевого статуса у респондентов 18-29 летнего возраста составляет 62,65%.

Увеличение массы тела и ожирения существенно повышает уровень заболеваемости и инвалидности, осложняет течение сопутствующих заболеваний, ухудшает качество жизни и общее состояние здоровья, уменьшает ожидаемую продолжительность жизни.

Из 18 мужчин и женщин, страдающих ожирением, 15 (83,33%) имели ожирение легкой степени (ИМТ 30,00 - 34,99), а 1 (5,6%) – средней (ИМТ 35,00 - 39,99) и 2 (11,11%) тяжелой степени (ИМТ более 40,0).

Локализация и распределение жира являются важными факторами, определяющими риск для здоровья. По характеру распределения жира выделяют гиноидное (женский тип, форма груши, ягодично-бедренное) и андроидное (мужской тип, форма яблока, висцеральное или абдоминальное) ожирение. Избыточное накопление жира в области живота (абдоминальное) представляет большой риск для здоровья, чем накопление жира в области бёдер (гиноидальное). Избыточное накопление жира в области живота ассоциируется с повышенным артериальным давлением, сахарным диабетом и ранним развитием ишемической болезни сердца.

Результаты исследования показали, что среди обследованных групп студентов, страдающих ожирением, 66,7% имели абдоминальный тип ожирения.

Выводы. Исследование пищевого статуса студентов вузов Хатлонской области Республики Таджикистан установило, что:

- 10,12% имеют белково-энергетическую недостаточность;
- 62,65% находятся в состоянии нормального пищевого статуса;
- 20,22% имеют увеличение массы тела;
- 7,0% страдают ожирением.

Список литературы.

1. «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы». Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 октября, № 463.
2. Хайров Х.С. “Компьютерная информационная база”, № государственной регистрации 2201700350 от 3 мая 2017 года. – Душанбе. – 2017.
3. Хайров Х.С. “Компьютерная информационная база”, № государственной регистрации 2202100479 от 23 июня 2021 года. - Душанбе, - 2021.
4. Causes of death 2008: data sources and methods. Department of Health Statistics and Informatics. World Health Organization, Geneva, April 2011.
5. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008, 47 p.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ИЗ СРЕДНЕГОРНЫХ И НИЗКОГОРНЫХ РЕГИОНОВ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра медицинской биологии с основами генетики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Физическое развитие организма подчинено биологическим законам и отражает общие закономерности роста и развития. Подчиняясь биологическим законам, физическое развитие зависит от большого числа факторов и отражает не только наследственную предрасположенность, но и влияние на организм всех факторов окружающей среды. Рост, вес, последовательность увеличения различных частей тела, его пропорции запрограммированы наследственными механизмами и при оптимальных условиях жизни происходят в определенной последовательности.

Антропометрия — один из основных методов антропологического исследования, заключающийся в измерении тела человека и его частей с целью установления возраста, пола, расы и других характеристик физического строения, позволяющих количественно описать их изменчивость. Необходимость антропометрических исследований определяется большой изменчивостью размеров тела человека. Диапазон колебаний размеров людей одной группы, как правило, выходит за пределы колебаний размеров людей другой группы. Это трансгрессивная изменчивость, которая требует количественных определений. Результаты антропометрических измерений сравниваются по специально разработанным правилам, в основе которых лежат принципы вариационной статистики.

Цель исследования. Изучить особенности антропометрических и показателей у юношей и девушек из среднегорных и низкогорных регионов Таджикистана. Провести сравнительный анализ антропометрических показателей у юношей и девушек из среднегорных и низкогорных регионов Таджикистана.

Материалы и методы исследования. Для исследования антропометрических параметров была использована соответствующая методика (А. Е. Хомутов, 2004).

Расстояния между соответствующими антропометрическими точками использовались для измерения определенных размеров тела. Для измерений использовались антропометрические инструменты: весы, ростомер, гибкая мерная лента и толстотный циркуль. Также измерению подвергались следующие параметры: масса тела, длина тела, окружность головы.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты антропометрических показателей юношей из среднегорных районов показывают, что среднее значение массы тела у юношей выше, чем у девушек на 8,65 кг, рост на 10,4 см, объем головы на 11,52 см, объем груди на 10,3 см. По результатам исследований антропометрических показателей юношей из низкогорных регионов республики выявлено следующее: среднее арифметическое значение массы тела у юношей из среднегорных регионов больше, чем у девушек на 10,6 кг, рост на 13,7 см, объем головы на 2,1 см, объем груди на 8,4 см.

Таблица – 1. Антропометрические показатели юношей и девушек из среднегорных регионов Республики Таджикистан (n=50)

Величина	Частота определения	Показатель у юношей (n=25)			
		масса тела (кг)	рост (см)	объем головы (см)	объем груди (см)
	1-опр-е	62.25	169.25	64.04	84.37
	2-опр-е	63.6	171.3	64.8	85.6
	1-опр-е	68	182	167	92
	2-опр-е	69.5	183.5	167.5	93.6
	1-опр-е	50	138	52	73
	2-опр-е	51.5	139.5	52.5	74.6
		Показатель у девушек (n=25)			
		масса тела (кг)	рост (см)	объем головы (см)	объем груди (см)
	1-опр-е	53,6	158,85	52,52	74
	2-опр-е	54.3	159	52.8	75
	1-опр-е	64	169	57	89
	2-опр-е	65.3	170	57.8	90
	1-опр-е	40	145	51	65
	2-опр-е	41.6	146	51.7	66

Примечание: М среднее арифметическое, (min)- минимальное значение, (max)- максимальное значение, n- общее количество обследуемых

Таблица – 2. Антропометрические показатели юношей и девушек низкогорных регионов Республики Таджикистан (n=50)

Величина	Частота определения	Показатель у юношей (n=25)			
		масса тела (кг)	рост (см)	объем головы (см)	объем груди (см)
	1-опр-е	63.5	172.7	54.2	84.5
	2-опр-е	64	174	54.8	86

Мах	1-опр-е	80	184	56	92
	2-опр-е	81.4	186	56.8	93.8
	1-опр-е	54	160	52	74
	2-опр-е	55.5	162	52.7	75.7
Показатель у девушек (n=25)					
		масса тела (кг)	рост (см)	объём головы (см)	объём груди (см)
	1-опр-е	52.9	159	52.1	76.1
	2-опр-е	54	160	52.8	77
	1-опр-е	59	173	54	82
	2-опр-е	61	174	54,8	83
	1-опр-е	44	146	49	68
	2-опр-е	46	147	49	69

Выводы.

Таким образом, в процессе исследования антропометрических показателей выявляется, что у юношей и у девушек, исследуемых климато-географических регионов Республики Таджикистан, характеризуется высокими значениями головного указателя, или продольно-поперечного индекса, рассчитываемого как отношение поперечного к продольному диаметру головы (100%), часто встречается узкая форма грудной клетки и слабая форма телосложения. Антропометрические показатели у юношей из низкогорных регионов, такие как: средняя величина массы тела-63,5 кг, что на 0,8кг больше, чем у юношей из высокогорья и 1,25кг больше, чем у юношей из среднегорных регионов. Также, высокорослые встречаются среди юношей из низкогорных регионов, а вот, низкорослые чаще встречаются среди юношей из среднегорного региона.

Список литературы.

1. Этнические особенности антропометрических показателей гормонального статуса женщин, проживающих в Сибирском регионе/ Л.Ф. Писарева [и др.] //Сибирский медицинский журнал. –2011. –Т. 26, № 4. –С. 24–29.
2. Характеристика компонентного состава массы тела студентов и студенток Российского университета дружбы народов. /Л.В Бец, И.С Щуплова, Е.В. Анохина, Е.П. Титова, В.В. Якушев- Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология, издательство Изд-во Моск. ун-та (М.). –2013. –№ 3. С. 74–87.
3. Хить Г.Л. Дерматоглифика в антропологии / Г.Л. Хить, И.Г. Широбоков, И.А. Слаболюбова. -СПб.: Изд-во Нестор история, 2013.–374с.
4. Синева И.М. Динамика антропометрических показателей у юношей и девушек в начале XXI века: внутри- и межгрупповые аспекты / И.М. Синева, М.А. Негашева // Актуальные вопросы антропологии, место издания Белорусская наука. – Минск, 2014. – Т. 9.– С. 199– 211.

Розиқов Ш.Ш., Холбеғов М.Ё., Пирова Ш.Қ.

ТАҒЙИРЁБИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ БИОХИМИЯВИИ ХУНИ ХАРГЎШҶО ПАС АЗ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ЭЙМЕРИОЗ.

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» Тоҷикистон.

Мухимият. Марги харгӯшҳо аз эймериоз метавонад ба 90-100 % расад. Муборизаи ғайрӣ ба эймериози харгӯшҳо дар тамоми ҷаҳон аз ҷумла Чин, Ҷопон, Ҳиндустон, Испания ва Ҷазираҳои Канар, Англия, Фаронса, Австралия, Амрикои Ҷанубӣ ва Шимолӣ, кишварҳои Шарқи Наздик сурат мегирад. Ин беморӣ дар Русия, Белоруссия, Полша, Чехия, Гурҷистон, Украина паҳн шудааст [1].

Эймериоз бемории инвазиони ҳайвонот мебошад, ки барангезандагон он микроорганизмҳои намояндагонии типҳои соддатаринҳо оилаи эймерияҳо мебошад. То имрӯз усулҳои гуногуни муолиҷа аз бемории коксидиоз пешниҳод гардидаанд, аммо дар онҳо хусусиятҳои биологии паҳншавӣ, мутобиқшавии биологӣ ба гуногунии муҳити нигоҳубини онҳо ба эътибор гирифта нашудааст [2,3].

Эймериози харгӯшҳо бемории шадид ё музмин асосан харгӯшҳои то 4-5 моҳа буда, харгӯшҳои калонсол низ метавонанд аз ин беморсироят бинанд. Дар мамлақати мо бештар намудҳои коксидияҳои *Eimeria s tiedae*, *E. perforans*, *E. magna*, *E. piriformis*, *E. intestinalis*, *E. irresidua*, *E.media* ва *E. Coecicola* паҳн шудаанд [3].

Дар Тоҷикистон чорводорӣ яке аз соҳаҳои пешбарандаи соҳаи кишоварзӣ ба ҳисоб меравад, мушкilotи таъсири намудҳои коксидҳо ба ҳайвоноти хонагӣ ва хоҷагӣ масъалаи ҷаллошудаи мубрами рӯз ба ҳисоб меравад. То ба имрӯз дар соҳаи чорводорӣ дар умум пешгирӣ аз паҳншавии коксидияҳо дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ ва экосистемаҳои он; маълумот дар бораи зоти ҳайвонот ва таъсири коксидҳо ба он; зинда мондани коксидҳо дар муҳити гуногуни экологӣ чуғрофӣ; таҳияи нашудани усули табобат; динамикаи пайдоиши мавсимии коксидҳо; синни соли чорвои мубталои он шаванда ва пешгирии ҳайвонотҳои хонагии маҳсулоти кишоварзидиҳанда (гушт, шир, пашм, пӯст) аз таъсири коксидҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия карда нашудаанд.

Мақсади тадқиқот. Тағйирёбии нишондиҳандаҳои биохимиявии хуни харгӯшҳо пас аз табобати комплексии эймериоз бо истифодаи доруҳои суперкокс ва инвермексин

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар моҳи майи соли 2022

дар хоҷагии хусусии харгӯшпарварии ҶДММ деҳаи Парчасойи ноҳияи Ёвони вилояти Хатлон дар харгӯшҳои синни 90-100-рӯза гузаронида шуд. Аз рӯи принсипи аналогҳо ҳайвонҳо ба се гурӯҳ 5 ҳайвонӣ ҷудо карда

шуданд: ду гуруҳи озмоишӣ ва як гуруҳи назоратӣ.

Сараввал аз байни харгӯшон 25 харгӯши синну солашон 5 моҳа буданд аломатҳои клиникии беморӣ дошта чудо карда, барои аз дигарон фарқ кардан ба панҷ гуруҳ чудо намуда ба бинии гурӯҳи якум, ба дасти ростии гурӯҳи дуюм, ба дасти чапи гурӯҳи сеюм, ба думи гурӯҳи чорум ва ба тахтапӯшти гурӯҳи панҷум бо фуқсин ранг карда дар катакҳои алоҳида ҷойгир карда шуд. Баъди таҳқиқи саргини харгӯшҳои таҳқиқотӣ маълум гардид, ки дар гурӯҳи якум 2-3 дона оотсит дар як майдони биноӣ микроскоп, дар гурӯҳи дуюм 4-5 дона оотсит, дар гурӯҳи се 3-4 дона оотсит, дар гурӯҳи 4 то 4 оотсит ва дар гурӯҳи 5 4-5 дона оотсит дар як майдони биноӣ ба назар расиданд. Дар маҷмӯ бештар оотсити 3- намуди коксидҳо *Eimeria s tiedae*, *E. Perforans* ва *E. Magna* мушоҳида шуданд. Дар харгӯшони таҷрибавӣ аломатҳои лоғарӣ, дарунравӣ ба ранги сабз, рехтани оби даҳон бештар ба назар мерасид.

Барои таҳқиқоти биохимиявӣ, хун аз рағи гӯши харгӯшҳо пеш аз ва баъд аз сироят ва инчунин аз меъдаи ҳолӣ дар рӯзҳои 3, 5, 10, 15, 20, ва 30-и рӯзи таҷриба гирифта шуд. Таҳқиқоти хун дар лабораторияи кафедраи паразитология ва фармокологияи ДАТ ба номи Ш.Шохтемур гузаронида шуд. Миқдори сафедаи умумӣ (аз рӯи реаксияи биуретӣ), албумини умумӣ ва глобулин (бо усули нефелометриқӣ), комплекси иммунии гардишкунанда (ЦИК) (Аз Рӯи Гриневич Ва Алферов, 1981), серомукоидҳо (Аз Рӯи Weimer, Moshin, 1952) муайян карда шуданд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ бо усулҳои омили вариантӣ коркард карда шуданд.

Ба харгӯшҳои гурӯҳи аввали озмоишӣ инвермексин бо ҳисоби 2,0г ба 1 литр об омехта намуда ба назди харгӯшон гузошта шуд.

Ба харгӯшони гурӯҳи дуюм тавассути даҳон ба воситаи сузандору доруи эспакоксро ба миқдори 1мл ба ҳар як харгӯш гузаронида шуд.

Ба харгӯшони гурӯҳи сеюм, ки назоратӣ таъобат нагирифтанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Беҳтарин нишондиҳандаҳои самаранокии таъобати харгӯшҳо дар гурӯҳи дуҷуми ҳайвоноте, ки бо инвермексин бо пробиотик истифода мешуданд, ба даст оварда шудаанд.

Аллакай дар рӯзи 5-уми пас аз истифодаи доруҳо дар ҳарду гурӯҳи озмоишӣ афзоиши миқдори сафедаи умумӣ ба меъёр қайд карда шуд. Аммо дар давраи таҳқиқот, концентратсияи сафедаи умумии харгӯшҳои гурӯҳи дуюм мутаносибан 2,2 ва 4,5% аз концентратсияи гурӯҳҳои якум ва назоратӣ баландтар буд, ки нишондиҳандаҳои боэътимод дар рӯзҳои 10, 20 ва 30-и таҷриба баланд буданд. Мазмуни албумин дар гурӯҳҳои таҷрибавӣ ва назоратӣ пеш аз истифодаи доруҳо дар ҳудуди 54,958,9% буд, ки аз сатҳи меъерӣ камтар аст. Эҳтимол ин нишон медиҳад, ки ҷигар осеб дидааст ва функсияи сафедоксинтезкунандаи он паст шудааст. Аз 5 рӯзи таҷриба сар карда, дар ҳарду гурӯҳи озмоишӣ харгӯшҳо тамоҷули афзоиши сатҳи альбуминро қайд карданд. Сатҳи албумин дар гурӯҳи дуюм нисбат ба гурӯҳи назоратӣ аз 15 то 30-уми таҷриба 19,5% баландтар буд. Сатҳи албумин дар гурӯҳи аввал танҳо аз нишондиҳандаҳои назоратӣ дар рӯзҳои 15 ва 20-уми таҷриба 19,3 % ($p \leq 0,01$) зиёдтар буд. Сатҳи α -глобулинҳо то оғози истифодаи доруҳо аз нишондиҳандаҳои меъерӣ зиёдтар буд, ки дар доираи 20,0822,06% буд. Сатҳи баланди α -глобулинҳо нишонаи равандҳои шадиди илтиҳобии бадани харгӯшҳо мебошад. Аз солҳои 10-ум сар карда, дар гурӯҳҳои якум ва дуюм сатҳи α -глобулинҳо дар муқоиса бо назорат мутаносибан ба ҳисоби миёна 31,7 ва 38,3% коҳиш ёфтааст. Фарқияти боэътимод дар концентратсияи α -глобулинҳо дар гурӯҳҳои озмоишӣ муайян карда нашудааст. Концентратсияи β -глобулинҳо дар ҳарду гурӯҳи озмоишӣ пеш аз истифодаи доруҳо ва дар тӯли тамоми таҷриба дар доираи 10,612,82% буд, ки ба меъери физиологӣ мувофиқат мекунад. Дар гурӯҳи назоратӣ дар давоми таҷриба афзоиши сатҳи β -глобулинҳо нисбат ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ 27,6% қайд карда шуд. Мазмуни γ -глобулинҳо дар харгӯшҳои озмоишӣ ва гурӯҳҳои назоратӣ то оғози таҷриба аз меъёр 9,3210,72% камтар буд, ки ин аз таъсири иммуносупрессивии эймерия ба бадани ҳайвонот шаҳодат медиҳад. Дар гурӯҳи харгӯшҳо, ки танҳо бровитакокцидро истифода мебарданд, дар рӯзҳои 3 ва 5 таҷриба тағйироти боэътимоди сатҳи γ -глобулинҳо сабт накарданд. Аммо аллакай аз солҳои 10-ум дар ин гурӯҳ афзоиши тадриҷии сатҳи иммуноглобулинҳо мушоҳида карда шуд ва то рӯзи 15-ум концентратсияи онҳо ба сатҳи меъерӣ (10,64%) расид. Дар гурӯҳи харгӯшҳо, ки дар онҳо терапияи комплексӣ истифода мешуд, аз 3 рӯз инҷониб миқдори иммуноглобулинҳо бо тамоҷули тадриҷии афзоиш хос буд. Илова бар ин, концентратсияи γ -глобулинҳо дар харгӯшҳои гурӯҳи дуюм аллакай дар рӯзи 5-уми таҷриба (10,8 %) ($p \leq 0,05$) ба меъери физиологӣ расид. Аз рӯзи 10 то 30-уми таҷриба миқдори иммуноглобулинҳои гурӯҳи дуҷуми харгӯшҳо нисбат ба гурӯҳи якум ва гурӯҳи назорат мутаносибан 15 ва 27,4% зиёдтар буд. Концентратсияи СИК то оғози истифодаи доруҳо дар доираи 0,060,07 мг/см³. Коҳиши назарраси СИК дар гурӯҳи аввал танҳо дар рӯзи 20-уми таҷриба (0,06 мг/см³) ба қайд гирифта шуд ва танҳо дар рӯзи 30 сатҳи онҳо ба нишондиҳандаи меъерӣ расид: 0,05 мг/см³ ($p \leq 0,05$). Дар ҳамин ҳол, дар гурӯҳи дуюм концентратсияи СИК ба нишондиҳандаи меъерӣ аллакай дар рӯзи 10-уми таҷриба (0,05 мг/см³) расид ва то охири таҷриба дар ин сатҳ буд. Сатҳи серомукоидҳо пеш аз таҷриба аз нишондиҳандаҳои меъерӣ дар ҳамаи гурӯҳҳо баландтар буд: 0,580,64 мг/см. Камшавии боэътимоди концентратсияи серомукоидҳо дар хуни харгӯшҳои гурӯҳи озмоишӣ аввал аз 15 рӯз (0,43 мг/см³) ($p \leq 0,05$) бо расидан ба сатҳи меъер дар 20 рӯз (0,39 мг/см³) мушоҳида карда шуд.

Дар гурӯҳи дуҷуми озмоишӣ харгӯшҳо, ки дар он терапияи комплексӣ истифода мешуд, миқдори серомукоидҳо ба сатҳи меъерӣ аллакай дар рӯзи 15-уми таҷриба 0,37 мг/см³ расид. Илова бар ин, дар рӯзи 30-уми озмоиш концентратсияи серомукоидҳо дар харгӯшҳои гурӯҳи дуюм (0,34 мг/см³) нисбат ба гурӯҳи аввал (0,35 мг/см) камтар буд. Дар муқоиса бо гурӯҳҳои озмоишӣ, сатҳи серомукоидҳо дар гурӯҳи назоратӣ дар як сатҳ дар доираи 0,620,64 мг/см³ нигоҳ дошта шуд.

Хулоса. Дар гурӯҳи харгӯшҳое, ки дар онҳо барои муолиҷа комплексӣ доруҳои суперкокс ва инвермексин истифода бурда шуд, аз рӯзи 3-юм миқдори иммуноглобулинҳо бо тамоҷули тадриҷан зиёд шуданд. Илова барин, концентратсияи γ -глобулинҳо дар ин гуруҳи харгӯшҳо аллакай дар рӯзи 5-уми таҷриба (10,8%) ба

меъёри физиологӣ баробар шуданд. Аз рузи 10 до 30-уми таҷриба дар гуруҳи харғушҳои муолиҷашаванда микдори иммуноглобулинҳо назар ба гуруҳи назоратӣ мутаносибан то 22,4 Ҷ зиёд буд. Маълумотҳои бадастомадаро таҳлил карда, метавон ба ҳуҷае омад, маводҳои суперкокс ва инвермексин ҳангоми табобати харғушон аз бемории коксидиоз (эймериоз) самарангӣ баланд нишон доданд.

Адабиётҳо.

1. Зубенко, А.А. Коксидиоз, проблемы лечения, скрининг новых протистоцидных веществ / А.А. Зубенко, В.А. Никитенко, О.И. Ващенко // Журнал ветеринарная патология №4. 2012 г. С. 64-66.
2. Лутфуллин, М.Х. Профилактика и лечение эймериоза кроликов / М.Х. Лутфуллин, Е.В. Шабалина // Ученые записки КГАВМ. – Т. 192. – Казань. – 2018. – С. 110-113.
3. Холбеков М.Ё. Распространение эймериозов кроликов в частном секторе Республики Таджикистан/М.Ё.Холбеков, О.У.Умарова//.-Молодой учёный.-2021.-№24(336).-С.195-197.

Рузиев Ф.А.

ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЁТОМ УРОКОВ ПОСТКОВИДНОГО ПЕРИОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины

Актуальность. Согласно «Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года» высшей целью долгосрочного развития страны является повышение уровня жизни населения страны на основе обеспечения устойчивого экономического развития. В основу Стратегии положены три базовых принципа будущего развития, одним из которых является инновационность - развитие на основе нововведений во всех сферах социально-экономической жизни страны, в том числе в сфере здравоохранения. Параллельно с этим, назрела необходимость скорейшей цифровизации медицинских услуг в Таджикистане, в том числе развития телемедицины, как основного элемента оказания дистанционной медицинской помощи, связанной прежде всего с пандемией COVID-19, которая унесла много жизней.

Цель. Изучение необходимости повсеместной цифровизации здравоохранения в постковидный период.

Материалы и методы исследования. В 2020 году на базе медицинской интернет – платформы yaku.tj было проведено социальное исследование, которое выявило, что 89% пользователей интернета в Таджикистане ищут решение тех или иных медицинских вопросов, в первую очередь, в интернете. Из этого числа к интернет – аудитории относятся:

- Люди из группы риска: пожилые люди, больные с хроническими заболеваниями; другие уязвимые социальные группы (18-55+);
- Работники сферы здравоохранения;
- Люди, интересующиеся вопросами здоровья (16-55+): чаще это родители несовершеннолетних детей; подростки, имеющие доступ к соцсетям; люди с подозрительными, по их мнению, симптомами.

Это свидетельствует о том, что современные информационные и коммуникационные технологии занимают центральное место в обеспечении безопасности здоровья и оказании медицинских услуг, и преобразовании систем здравоохранения в мире.

Опыт передовых стран показал, что современные технологии изменяют форму работы медицинских организаций различного профиля и поднимают ее на качественно новый уровень. Внедрение электронного здравоохранения повышает эффективность медицинского обслуживания и улучшает доступ к медицинской помощи, особенно в сельских отдаленных районах, для лиц с ограниченными возможностями и лиц пожилого возраста. Преимущества электронного здравоохранения или e-health для медицинских работников: электронные медицинские карточки и электронный рецепт, электронная амбулаторная карта и история болезни позволят в целом улучшить общее качество медицинского обслуживания, потому что сокращают, а со временем полностью исключают объем бумажной работы медицинского работника. Электронная документация будет накапливать информацию о пациенте на протяжении всей его жизни: сведения о клинических наблюдениях, истории болезни, сведения о лечении, вакцинации, назначенных лекарственных средствах, аллергических реакциях, симптомах, состоянии здоровья и результатах диагностических исследований. В то же время, в качестве преимущества в e-health пациент получит доступ к своей электронной медицинской карте, например, оперативно увидеть результаты последних анализов, диагностических исследований. Врачи смогут «выписывать» и направлять непосредственно в аптечную сеть электронные рецепты, что, помимо всех прочих преимуществ данной технологии, позволит существенно уменьшить проблему очередей пациентов в медучреждениях.

В текущий момент существуют чрезмерные требования к данным и отчетности. Работники здравоохранения, особенно на уровне первичной медикосанитарной помощи, перегружены большими требованиями к данным и отчетности. Ситуация усугубляется множеством плохо скоординированных подсистем, которые не способны предоставить своевременные, точные и развернутые данные. Хотя на районном уровне собирается много данных, синтезируется и анализируется крайне малый объем. Таким образом, полезную информацию можно охарактеризовать в качестве дефицитного продукта. Другая проблема заключается в том, что производимый малый объем информации на самом деле не используется для принятия решений. Данные часто собираются без критического анализа или преобразования в информацию, которая может быть использована для оперативного руководства или долгосрочного планирования.

Пандемия COVID-19 способствовала ускоренному внедрению элементов электронного здравоохранения путем дистанционного оказания помощи пациентам, когда консультирование и лечение пациентов отчасти проводились с использованием мобильной связи и социальных сетей (WhatsApp, Facebook, Viber, Telegram и др.). Данная тенденция сохраняется и по сегодняшний день. Для перехода на качественно новый уровень в цифровизации медицины, а в общем понимании совершенствования нормативно-правовой базы и национальных стандартов в поддержку развития

Информационной системы управления здравоохранения (ИСУЗ), необходимо чётко определить роли и обязанности всех учреждений, участвующих в функционировании ИСУЗ на разных уровнях. Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года признает необходимость развития информационных и коммуникационных технологий (ИКТ). Расширение доступа, использования и качества ИКТ может стать ключевым фактором реализации всех Целей в области устойчивого развития.

В настоящее время в стране существуют следующие основные вызовы для всестороннего развития цифровых медицинских услуг: отсутствие соответствующего законодательства, обеспечивающего эффективное внедрение ИСУЗ, электронного здравоохранения, цифрового здравоохранения и телемедицины. Недостаточное финансирование является одним из основных препятствий для модернизации существующей ИСУЗ и развития необходимой инфраструктуры. Последствия коронавирусной инфекции показали, что необходимо интенсифицировать внедрение телемедицинских технологий, позволяющих проводить дистанционное консультирование и обучение медиков в регионах непосредственно на рабочих местах, а также осуществлять помощь коллегам на местах, когда необходимо решить вопрос оперативно в рабочем порядке.

Вывод. Информационная система управления здравоохранения (ИСУЗ) позволяет и будет в дальнейшем помогать Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗиСЗН РТ) принимать обоснованные решения по всем критическим направлениям управления, устанавливать стандарты отчетности и обмена информацией в режиме реального времени, обеспечивать высокий уровень безопасности и конфиденциальности информации о пациентах. Кроме того, ИСУЗ сможет улучшить администрирование, выполнение и мониторинг расходов и установить плодотворные партнерские отношения с вовлеченными сторонами. ИСУЗ также создаст прочную основу для разумного сбора и анализа статистических данных, повысит качество и оперативность предоставления услуг и усилит роль МЗиСЗН РТ в качестве регулятора с точки зрения продвижения клинического мастерства и организационного передового опыта, а также управления производительностью системы. Ожидается, что ИСУЗ будет включать мировой опыт с точки зрения международных стандартов и передовых практик, что обеспечивает глобальную сопоставимость и совместимость с различными учреждениями по всему миру. В то же время, система будет настроена на удовлетворение уникальных потребностей граждан Таджикистана и системы здравоохранения страны. Полностью интегрированная система обеспечивает обмен информацией в режиме реального времени на местном, областном и международном уровнях. Внедрение ИСУЗ принесёт ряд социальных преимуществ в плане расширения знаний и уровня доступности граждан к информации, связанной со здоровьем, через уведомления и порталы для граждан.

Интернет-источники:

1. статья: Вопросы цифровизации в здравоохранении. - **режим доступа:** <https://moh.tj/ru/voprosy-tsifrovizatsii-zdravooohraneni/>
2. социальное интернет – исследование. - **режим доступа:** <http://yakdu.tj/>

Рустамзода Мукаддас Рустам

О ЗНАЧЕНИИ КОНТРАСТИВНОЙ ФОНЕТИКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА

Кафедра русского языка Бохтарского государственного университета имени Носира Хусрава

Актуальность. В практическом изучении русского языка особое значение имеет овладение его звуковым строем. Исключительно важна помощь контрастивной фонетики. Опыт работы с таджикскими студентами-филологами показывает, что русская речь данного контингента характеризуется значительным акцентом, а навыки и умения в таких видах речевой деятельности, как аудирование и чтение вслух, значительно отстают от тех показателей, которыми они обладают в родном языке. В этой связи актуальным сегодня является обучение студентов-филологов безупречному произношению, достижение произносительных навыков, соответствующих уровню носителя языка

Цель исследования. Выработка правильного фонетического оформления речи студентов-таджиков на основе сопоставительного анализа русского и родного (таджикского) языков.

Материал и методы исследования. Существует большое количество работ, посвященных проблемам сопоставительного анализа контактирующих языков. В нашем исследовании мы опирались на работы ученых В.М. Чистякова, Е.М. Верещагина, Л.В. Щербы, Н.М. Шанского, Е.Д. Поливанова, Р.Б. Сабаткоева, Е.Н. Быстровой, И.Б. Мошеева, А.И. Королевой, Т.В. Гусейновой, С.Э. Негматова, Г.М. Ходжиматовой, У.Р. Юлдашева, Р.Г. Рахматуллина, Л.В. Успенской, по мнению которых, сопоставление является организующей основой для построения занятия и что в процессе их проведения преподаватель должен держать моменты сопоставления в своем сознании и опираться на них в случае необходимости.

Результаты исследования и их обсуждение. Для обучения произношению как деятельности, при которой система артикуляционных реализаций моторной программы составляет важнейший компонент единой слухомоторно-зрительной активности, особенно важным является понятие артикуляционной базы. Обучение произношению подчинено развитию речевой деятельности. Одной из задач преподавания русскому языку является обоснование методики как неродного и методики произношению, в частности, звуковой стороны языка в прикладных целях и учета двух психолингвистических факторов: воздействие родного языка учащихся и функционирования фонетической системы русского в речевой деятельности.

Сопоставительный метод - это система приемов и методов анализа, используемая для выявления общего и особенного в сравниваемых языках. Сопоставительное изучение языков непосредственно связано с проблематикой языковой типологии и лингвистических универсалий.

В методической науке также существуют различные мнения относительно того, в каких классах, в каком объеме, какие языковые явления русской и родной речи следует сопоставлять, а какие не требуют такого сопоставления.

Вопросы эти очень важны как для вузовской, так и для школьной практики, они нуждаются в глубоком и разностороннем изучении. В процессе обсуждения мнения ученых по данной проблеме существенно разошлись.

Как утверждает Ходжиматова Г.М., «при изучении русского языка знание родного языка, сопоставление двух языков весьма полезны и ценны: при сравнении и сопоставительном осмыслении любые языковые факты лучше воспринимаются и прочно запоминаются» [3, 198].

Учет преподавателем структурных различий русского и таджикского языков способствует применению эффективных методических приемов, предполагающих сознательное и прочное усвоение грамматической системы русского языка, предупреждение ошибок, специфических для учащихся-таджиков. Поэтому одной из основных задач является доведение до сознания учащихся различий между системой русского и родного языков

Как известно, новые знания и навыки, ранее неизвестные человеку, познаются и усваиваются путем взаимодействия с уже известными ему фактами. Родной язык, результат прежнего опыта, нельзя исключить из процесса осознания фактов неродного языка. Факты родного языка настолько укрепились в сознании учащегося, что новые явления он неизбежно воспринимает через призму системы родного языка. Вот почему, возражая сторонникам прямого метода, все усилия которых «...были направлены на создание у учащихся чистого двуязычия путем абсолютного изгнания родного языка из процесса обучения» [2].

Положение о том, что сопоставительное описание должно быть направлено, прежде всего, «на последовательное определение контрастов и различий своего и чужого» [2, 23-24], является в высшей степени плодотворным для теории и практики обучения иноязычному произношению. Именно различия между системами создают области наиболее сильных интерферирующих воздействий и являются главным источником трудностей при изучении второго языка.

Тем не менее процесс обучения произношению нуждается не только в определении объектов усвоения, в качестве которых выступают контрастирующие явления фонетических систем, но и в обеспечении путей усвоения этих объектов. Актуальное осознание типологических различий систем родного и изучаемого языков невозможно вне опоры на «частично сходные» явления этих языков. Поэтому выявление сходств в структуре фонологических систем и в специфике их фонетических реализаций является для прикладных двуязычных исследований не менее важным, чем установление номенклатуры различий.

Сопоставительный (контрастивный) анализ – это, прежде всего, фонологический анализ, который должен оперировать «не со звуками как конечным результатом языковой активности говорящего, а с той системой категорий и правил их реализации в речи, которая обуславливает этот конечный результат» [1, 46].

Между тем в практике обучения иноязычному произношению лингвистические категории подлежат оценке с точки зрения закономерностей восприятия и порождения речи на неродном языке: целью обучения является овладение речевой деятельностью на изучаемом языке. Например, осуществляя сопоставительный анализ вокализма русского и таджикского языков, необходимо постоянно учитывать, что в родном языке таджиков отсутствует корреляция согласных по твердости-мягкости. Необходимо учитывать также основные комбинаторно-позиционные характеристики русских и таджикских гласных, так как не учитывая особенностей реализации дифференциальных признаков в зависимости от фонетического положения и качественных характеристик фонем, невозможно в полной мере овладеть механизмом реализации фонем в потоке речи, а это, в свою очередь, означает невозможность иноязычного акцента в произношении учащихся-таджиков.

Если гласные фонемы русского языка определяются по двум конститутивным признакам, то согласные фонемы имеют большее количество таких признаков: они определяются 1) по участию голоса и шума (сонорные - звонкие шумные - глухие шумные); 2) по месту образования (губные и язычные), которые, в свою очередь, делятся на губно-губные и губно-зубные, с одной стороны, и передне-средне- и заднеязычные - с другой); 3) по способу образования (смычные, аффрикаты, фрикативные - для шумных; фрикативные, смычно-проходные (носовые и боковые) и дрожащие - для сонорных); 4) по твердости-мягкости.

Таджикские согласные фонемы, в отличие от русских, определяются лишь по трем признакам: 1) по участию голоса и шума; 2) по месту образования; 3) по способу образования. Таким образом, фонемообразующий признак твердости-мягкости, характерный для русских согласных фонем, не присущ фонемам таджикского языка.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, мы приходим к выводу, что сравнение данных лингвистического анализа родного языка учащегося с данными анализа изучаемого языка дает нам возможность заранее предусмотреть трудности, с которыми он столкнется. Это, в свою очередь, ведет к более правильной организации исследовательской работы в области методики преподавания русского языка в национальной школе. Фонологический и фонетический уровни, которые могут быть обособлены в лингвистическом описании, представляют при коммуникации (в том числе и при обучении как одном из видов коммуникации) органическое единство, поэтому сопоставление систем в целях обучения предполагает обязательное сопоставление на фонетическом уровне: системные различия и сходства «работают» в прикладных методических целях.

Список литературы:

1. Виноградов, В.В., Русский язык (Грамматическое учение о слове) /В.В.Виноградов/ Под. ред. Г.А. Золотовой. - 4-е изд. - М.: Рус. яз., 2001. - 720 с.
2. Реформатский, А.А. О сопоставительном методе / А.А. Реформатский //Русский язык в национальной школе. - 1962. - №5. - С.23-33
3. Ходжиматова, Г.М. Место и роль родного языка при обучении русскому языку студентов национальных групп] /Г.М. Ходжиматова //Евразийский вестник гуманитарных исследований. -2016.-№ 1(4).- С. 198-201.
4. Щерба, Л.В. Преподавание языка в школе: Общие вопросы методики: Учебное пособие для студ. филол. фак./ Л.В. Щерба.-3-е изд., испр. и доп.- СПб.: Филологический фак-т СПбГУ, М.: Издательский центр «Академия», 2002.-160 с.

Сабурова А.М., Махсудова М.С., Курбанова М.Б.
АКТИВНОСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРИ СТРЕССОРНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ. ВЛИ-
ЯНИЕ α – ТОКОФЕРОЛА

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Действие гипоксии, гипотермии, гипертермии на молекулярном уровне имеет ряд общих черт, так как эти воздействия являются стрессорными и экстремальными для животного организма.

Пусковым механизмом в реакциях на действие многих экстремальных факторов среды являются усиление свободнорадикальных процессов и повышение интенсивности перекисного окисления липидов, что сказывается, прежде всего, на состоянии мембранных структур.

Механизм такой активации при стрессе связывают с усилением функциональной активности гипофизарно-надпочечниковой системы, что приводит к усиленному выбросу катехоламинов и глюкокортикоидов в кровяное русло, которые вызывают увеличение свободных радикалов, приводящие к повреждению мембранных структур клетки.

Интенсификацию перекисного окисления липидов при параллельном истощении антиоксидантной защитной системы наблюдали в нервной ткани, эритроцитах, легких, сердце, печени, гипоксии, гипотермии [1].

Активация перекисных процессов сопровождается повреждением белковых молекул, встроенных в мембранные структуры, изменением активностимембранно-связанных ферментов. Поскольку мембрана эритроцитов отражает основные особенности клеточных мембран других тканей, изменение устойчивости эритроцитарных мембран можно рассматривать как проявление более широко распространенного дефекта мембран.

О повреждении мембран эритроцитов при гипероксии свидетельствует увеличение количества внеэритроцитарного гемоглобина и усиление суммарной пероксидазной активности в сыворотке крови.

Одним из типичных эритроцитарных ферментов является глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа, находящаяся на внутренней поверхности липидного бислоя эритроцитов. Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Гл-6фДГ) ключевой фермент пентозофосфатного пути превращения углеводов, направляющий использование глюкозо-6-фосфата с гликолитического пути на альтернативный- пентозофосфатный. При мутации генов, при отсутствии фермента (Гл-6фДГ) развивается заболевание гемолитическая эритроцитемия.

Цель исследования. Сравнительное исследование активности Гл-6фДГ в сыворотке крови при гипоксии, гипертермии и в процессе холодовой адаптации, предполагая, что активность этого фермента в сыворотке крови даст представление о состоянии клеточных мембран.

Материал и методы исследования. Опыты проводили на половозрелых крысах – самцах, массой 120-180г. Гипоксическую гипоксию вызывали, помещая животных на 1 час в барокамеру, где производили подъем на 9000м. Гипертермию вызывали помещением крыс в камеру при температуре +43°C до повышения ректальной температуры до +41°C. Холодовый стресс вызывали, помещением крыс в холодильную камеру при температуре -70°C до снижения ректальной температуры до 33-34°C. Активность Гл-6фДГ определяли спектрофотометрически по увеличению поглощения при 340нм за первые 3 мин. и выражали в мкмольх НАДФ восстановленного.

Результаты исследования. Экспозиция животных при гипоксической гипоксии, соответствующей высоте 9000 м показала более двукратное повышение активности Гл-6фДГ в сыворотке крови (0,093 $\pm$ 0,008; 0,201 $\pm$ 0,020 мкмоль/мг белка)

При гипертермии активность фермента повышалась на 77,0 % по сравнению с контрольными данными. Действие низкой температуры исследовали на 1,3,7,15 и 30 сутки холодового воздействия. Впервые сутки пребывания животных на холоде активность фермента возрастала на 68%, к 3-му дню уровень фермента повышался в 4 раза. На 7-е сутки активность фермента нормализовалась. На 15 –е сутки имеет место еще один всплеск активности – повышение по сравнению с контролем на 206 %. На 30-е сутки активность фермента повышалась на 117 %. Аналогичные изменения в печени, в сыворотке крови и в надпочечниках были получены И.А. Горошинской (2009г.).

Таким образом, сравнительный анализ действия разных факторов (гипоксия, гипо- и гипертермия) показал, что острое воздействие, независимо от этиологии, вызывает практически одинаковое повышение активности Гл-6фДГ в сыворотке крови.

В норме активность Гл-6фДГ в сыворотке крови невелика, возможно, вследствие разрушения эритроцитов при получении сыворотки.

Двух- четырехкратное увеличение активности фермента при острой гипоксии, холодовом термическом стрессе, подтверждает нарушение проницаемости мембран при этих состояниях [6].

При холодовом стрессе снижается кислотоустойчивость эритроцитов, повышается в мембранах эритроцитов содержание ненасыщенных жирных кислот, усиливается перекисное окисление липидов, снижается антиокислительная активность крови [2].

Как и при других формах гиперферментации, определённый вклад в увеличение активности Гл-6ф ДГ в сыворотку крови при всех изученных воздействиях вносит и дестабилизация клеточных мембран, следствием чего является выход фермента из тканей.

Адаптация к холоду сопровождается стабилизацией мембран, снижением интенсивности перекисного окисления липидов, повышением антиокислительной активности. Снижение активности Гл-6ф ДГ в сыворотке крови у адаптированных к холоду животных по сравнению с токовой в условиях холодового стресса согласуется с повышением стабильности эритроцитарных мембран и появлением нового поколения эритроцитов.

Повышенная активность фермента по сравнению с контролем при холодовой адаптации и термическом стрессе, вероятно, обусловлена переключением обмена глюкозы с гликолитического на пентозный путь и активацией ферментов этого цикла [3].

Состояние адаптации характеризуется новым соотношением путей превращения глюкозы с активацией пентозного пути как источника НАДФН.

Эндогенный НАДФН с одной стороны необходим для функционирования монооксигеназной системы, зависящей от цитохрома P-450, а с другой стороны – для глутатионредуктазы и процессов гидроксирования при гормон-позе[4].

Гл-6фДГ – главный поставщик ионов водорода, который необходим для взаимодействия с супероксидным радикалом.

Весьма примечательно, что активность Гл-6фДГ, при предварительном введении животным α -токоферола при гипотермии, остается повышенной и объясняется это тем, что она связана с особой ролью α -токоферола в регуляции соотношения окисленных и восстановленных форм никотинамидных коферментов [5].

Однонаправленность изменений активности Гл-6фДГ при гипоксии, гипотермии и гипертермии указывает на общность метаболического ответа при этих экстремальных состояниях, а также позволит использование данного показателя, для определения глубины гипероксического поражения в качестве показателя нарушения мембран при гипоксии и для оценки состояния организма при действии низкой и высокой температуры.

Выводы.

Определение активности Гл-6фДГ в сыворотке крови при гипоксии, гипотермии и гипертермии можно использовать в качестве теста при одновременном действии или чередовании этих факторов высокогорья, что может быть актуальным в связи с освоением районов высокогорья республики.

Список литературы:

1. Бурлакова Е.Б. Биоантиоксиданты в лучевом поражении и злокачественном росте / Е.Б. Бурлаков / Москва, 2005 г., 230 с.
2. Красавина Н.П. Физиология и патология адаптации. Бишкек, 2007, 73 с.
3. Бронивичкая З.Г. Стресс и адаптация. Кишинев, 2000 г. С.294-298.
4. Голиков П.П. Механизмы активации перекисного окисления липидов и мобилизация эндогенного α -токоферола при стрессе. /П.П. Голиков, Б.В. Давыдов// Вопр. мед. химии 2007, №1, с.47-50.
5. Яхнина Д.Н. Влияние α -токоферола на обмен глутаминовой кислоты и содержание никотинамидных коферментов в гепатоцитах / Д.Н. Яхнина, И.И. Агабекова // Вопр. Мед. Химии, 1986, №3. с.48-51
6. Сабурова А.М. Антиоксидант- α -токоферол как метаболический корректор окислительного стресса при гипертермии./А.М.Сабурова, М.Б.Курбанова, Н.Х.Устобаева, Х.Р.Насырджанова// Сборник статей научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе, 2015, С.104-106

Содикова С.С., Ганиев И.Н.

ПОТЕНЦИАЛ СВОБОДНОЙ КОРРОЗИИ СПЛАВА ВЫСОКОЧИСТОГО ЦИНКА С МЕДЬЮ В СРЕДЕ ЭЛЕКТРОЛИТА 0,03%-НОГО NaCl

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Цинк и его соединения занимают особое место в ряду металлов, которые активно применяются в различных отраслях промышленности и производства. На начало XIX века цинк добывался в мировом масштабе не более 900 тонн в год, однако сейчас добыча цинка в мировых масштабах превышает показатель в 10 миллионов тонн ежегодно. Цинк нашёл широкое применение в современных условиях в зависимости от его сортности, для получения цинковых соединений, цинковых полуфабрикатов, сплавов на основе цинка, а также для цинкования стальных изделий.

Цель исследования. Изучение потенциостатического действия меди на анодное поведение высокочистого цинка в среде электролита 0,03%-ного NaCl.

Материал и методы исследования. Сплавы для исследования были получены в шахтной печи электрического сопротивления СШОЛ в интервале температур 650-7000С путём добавления в расплав цинка расчётное количество меди марки М00. Состав полученных сплавов, которые содержали 0.1-2.0 мас.% меди контролировалось взвешиванием шихты и полученных сплавов. При отклонении массы сплавов более чем на 1-2% отн. синтез сплавов проводился заново.

Исследование проводилось в потенциодинамическом режиме со скоростью развёртки потенциала 2 мВ/с. По методике, описанной в работах [1-3]. Электроды потенциодинамически анодно поляризовали от установившегося значения стационарного потенциала до резкого возрастания тока (до постоянного значения тока 2А), затем в обратном направлении до значения потенциала -1.4 В, при котором происходит восстановление оксидной пленки. Затем образцы снова поляризовали в положительном направлении до потенциала питтингообразования (Е_{п.о.}). Из полученных потенциодинамических кривых определяли основные электрохимические характеристики сплавов: потенциал коррозии (Е_{кор.}) и ток коррозии (i_{кор.}), потенциалы питтингообразования и репассивации (Е_{реп.}).

Результаты исследования.

Химический состав и результаты исследования анодного поведения сплавов цинка с медью, приведены в таблицах 1, 2. Приведенные в таблице 1 результаты исследования потенциала свободной коррозии сплавов цинка с медью, во времени, в среде электролита 0,03% -NaCl, свидетельствуют, что в первые минуты погружения сплава в раствор происходит резкое смещение потенциала в положительную область.

Таблица 1 – Временная зависимость потенциала (х.с.э) свободной коррозии (-Е_{св.кор.}, В) сплавов цинка с медью, в среде электролита 0,03%-ного NaCl

Время выдержки, мин.	Содержание меди в цинке, мас.%				
	-	0.1	0.5	1.0	2.0

0	1,075	1,039	1,030	1,018	1,010
0,5	1,007	0,994	0,990	0,973	0,966
2	0,996	0,980	0,974	0,959	0,952
5	0,980	0,962	0,954	0,940	0,931
10	0,976	0,957	0,948	0,935	0,925
30	0,970	0,950	0,939	0,929	0,917
50	0,966	0,945	0,934	0,924	0,912
60	0,964	0,944	0,932	0,922	0,910

Независимо от химического состава для всех исследуемых сплавов отмечено смещение потенциала в положительную область, что характеризуется формированием защитной оксидной пленки, динамикой которой завершается к 35-45 минутам от начала погружения образца в электролит и зависит от химического состава сплавов. (таблица 1).

Основные коррозионно-электрохимические характеристики сплавов цинка с меди (таблица 2), свидетельствуют, что добавки меди в количествах 0.1-2.0 мас.% сдвигают потенциалы свободной коррозии, питтингообразования и репассивации сплавов в положительную область значений. Легирование цинка медью в указанном пределе уменьшает скорость его коррозии на 15-20 %, в среде электролита 0,03%-ного NaCl

Таблица 2 – Коррозионно-электрохимические характеристики (х.с.э.) сплавов цинка с медью, в среде электролита 0,03%-ного NaCl

Содержание меди в цинке, мас. %	Электрохимические потенциалы, В (х.с.э.)				Скорость коррозии	
	-Е _{св.кор.}	-Е _{кор.}	-Е _{п.о.}	-Е _{рп.}	і _{кор} ·10, А/м ²	К·10 ³ , г/м ² ·час
-	0,964	1,223	0,700	0,770	0,074	88,8
0.1	0,944	1,200	0,685	0,756	0,070	84,0
0.5	0,932	1,190	0,676	0,747	0,067	80,4
1.0	0,922	1,180	0,667	0,730	0,065	78,0
2.0	0,910	1,170	0,656	0,722	0,063	75,6

Выводы.

С ростом концентрации меди в цинке в электролите потенциалы коррозии, питтингообразования и репассивации смещаются в область более положительных значений. Рост концентрации меди в цинке способствует уменьшению скорости его коррозии во всех исследованных средах.

Список литературы

1. Влияние бария на анодное поведение цинкового сплава ЦАМСв 4-1-2,5 в среде электролита 0.03%-ного NaCl/ Н.А. Аминова, И.Н. Ганиев, А.Э. Бердиев, С.Д. Алиханова // Вестник филиала Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова в г. Душанбе. - 2019. - № 1,3 (3). - С. 68-73.
2. Якубов У.Ш., Ганиев И.Н., Сангов М.М. Электрохимическая коррозия сплава АЖ5К10, модифицированного барием, в среде электролита NaCl // Известия Санкт-Петербургского государственного технологического института (технического университета). 2018. № 43 (69). С. 21-25.
3. Одинаев Ф.Р., Ганиев И.Н., Сафаров А.Г., Якубов У.Ш. Стационарные потенциалы и анодное поведение сплава АЖ 4.5, легированного висмутом // Известия Санкт-Петербургского государственного технологического института (технического университета). 2017. №38. С. 8-12.

Саёхати Н., Муминчонов С.А., Пардаева Г.С.

БАҚАЙДГИРӢ БА БЕМОРИИ ГУЛАФШОН ДАР ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАВОМИ 10 МОӢИ СОЛИ 2019

Кафедраи микробиология, иммунология ва вирусологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”
Пажӯҳишгоҳи тибби бунёдӣ, Тоҷикистон.

Муҳиммият. ТУТ тавсия медиҳад, ки ҳамаи кишварҳои, ки то ҳол вакцинаи сурхчаро ҷорӣ накардаанд, бояд ҷорӣ кардани онро ҳамчун як қисми барномаҳои мавҷудаи эмкунӣ устувори зидди сурхак баррасӣ кунанд. То имрӯз ҳадафи рафъи ин сабаби пешгиришавандаи нуқсонҳои таваллуд дар ҷаҳон минтақаи ТУТ гузошта шудааст. Дар соли 2015, Минтақаи ТУТ дар Амрико аввалин минтақае гардид, ки аз интиқоли бемории сурхча эндемикӣ озод эълон шудааст.

Шумораи кишварҳои, ки вакцинаҳои зидди сурхчаро ҳамчун як қисми барномаҳои миллии эмкунӣ истифода мебаранд, мунтазам меафзояд. То моҳи декабри соли 2018, дар 168 кишвари 194 кишвари ҷаҳон вакцина бар зидди сурхча ҷорӣ карда шуда буд ва фарогирии миёнаи вакцина бар зидди сурхча 69 фоизро ташкил медиҳад. Шумораи гирифтронии бемории сурхча аз 670 894 ҳолат дар 102 кишвари соли 2000 то 14 621 ҳолат дар 151 кишвари ҷаҳон дар соли 2018 97% коҳиш ёфтааст. Дар байни минтақаҳои ТУТ, паҳншавии бемории КРС дар минтақаҳои Африқо ва Осиёи Ҷануби Шарқӣ баландтар аст. ки фарогирии эмкунӣ дар сатҳи пастрарин аст.

Моҳи апрели соли 2012 Ташаббуси сурхча, ки ҳоло бо номи Ташаббуси сурхча ва сурхча маъруф аст, Нақшаи стратегии глобалии бемории сурхак ва сурхчаро оғоз кард, ки як қатор ҳадафҳои глобалии бемории сурхак ва сурхчаро то соли 2020 муқаррар мекунад.

То охири соли 2020 бархам додани сурхак ва сурхча дар камаш 5 минтакаи ТУТ ба анҷом расонда шавад.

Тибқи гузориши пешрафти Нақшаи амалиёти глобалии вакцина (GVAP) дар соли 2018, ки аз ҷониби гурӯҳи машваратии стратегии коршиносони ТУТ (SAGE) оид ба эҷунӣ таҳия шудааст, назорати сурхча нокифоя аст. Масалан, 42 кишвар то ҳол вакцинаи сурхчаро ҷорӣ накардаанд ва ду минтақа (минтақаи Африқо ва минтақаи Баҳри Миёназамини Шарқӣ) то ҳол ҳадафҳои рафъ ё мубориза бо сурхчаро муқаррар накардаанд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои раванди бақайдгирии бемории гулафшон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ҳисоботҳои Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии иммунопрофилактика”, оид ба бақайдгирии бемории бемории гулафшон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳлили маводҳои озмоишгоҳӣ Муассисаи давлатии “Озмоишгоҳи миллии референсӣ” дар давоми 10 моҳи соли 2019 мавриди омӯзиш қарор гирифт. Аҳамият ба таъғирёбии вазъи саломатии аҳоли ва маводҳо дар МД МСШ-ҳо ва КАТС-ҳо таҳлил ва назарсанҷӣ таҳти истифода гирифта шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии таҳқиқот. Назорати эпидемиологӣ аз рӯи бемории гулафшон дар якҷоягӣ бо назорати эпидемиологӣ аз рӯи бемории сурхча гузаронида мешавад ва чун пешина тақмилдиҳии минбаъдaro бо истифода аз ташҳиси озмоишгоҳии тамоми гумонбаршудагоне, ки доначаҳои ба бемории гулафшон монандӣ доранд, талаб мекунад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, давоми даҳ моҳи соли 2019 ҳамагӣ 35 нафар гумонбаршудагон ба бемории гулафшон аз ташҳиси висусологӣ гузаштанд, ки ҳамаи онҳо бо тариқи озмоишгоҳӣ ба бемории гулафшон рад карда шуданд, яъне нишондоди индикатории дарёфти гумонбаршудагон ба бемории гулафшон – 0,4 ҳодиса дар 100 000 аҳолиро ташкил медиҳад. Тибқи талаботҳои назорати эпидемиологӣ аз рӯи бемории гулафшон ва тасдиқи элиминатсияи он дар ҷумҳурӣ, ин нишондод бояд ба ≥ 1 ҳодиса дар 100 000 аҳоли баробар бошад, яъне дар сатҳи ҷумҳурӣ, дар давоми сол бояд аз 90 гумонбаршуда ба бемории гулафшон дарёфт гардад.

Чунин нишондод шаҳодат аз он медиҳад, ки дарёфти гумонбаршудагони ҳодисаҳои гулафшон дар сатҳи муассисаҳои тиббӣ ғайр ба ҳисоб, барои расидан ба ҳадафи элиминатсияи гулафшон (пешгирии гардиши вируси маҳаллии гулафшон) монеа мешавад.

Ҷадвали 1. Бақайдгирӣ ба бемории гулафшон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон давоми 10 моҳи соли 2019

<u>Вилоят, шаҳр/ноҳияҳо</u>	<u>Ҳамагӣ гумонбаршудаг он ба бемории гулафшон</u>	<u>Аз таҳлили озмоишгоҳӣ гузаштаанд</u>	<u>Натиҷаҳои таҳлил</u>		<u>Нишондоди дарёфти индикаторӣ</u>
			<u>Мусбӣ</u>	<u>Манфӣ</u>	
ш. Душанбе	8	8	0	8	0,9
ВМКБ	5	5	0	5	2,2
Рашт	1	1	0	1	0,3
Бохтар	4	4	0	4	0,4
Қўлоб	1	1	0	1	0,1
Сўғд	7	7	0	7	0,3
н. Рўдакӣ	0	0	0	0	0,0
ш. Ҳисор	-	-	-	-	0,0
ш. Ваҳдат	-	-	-	-	0,0
н. Файзобод	-	-	-	-	0,0
ш. Турсунзода	9	9	0	9	2,5
н. Шаҳринав	-	-	-	-	0,0
н. Варзоб	-	-	-	-	0,0
ҲАМАГӢ	35	35	0	35	0,4

Новобаста аз он, ки фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли аз 30.11.2016 сол таҳти №902 «Оид ба тақмилдиҳии системаи назорати эпидемиологӣ аз рӯи бемориҳои сурхча, гулафшон ва пешгирии алоими гулафшони модарзодӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» чандин маротиба ба муассисаҳои тиббии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ расонида шуда буд, дар баъзе аз онҳо, аз тарафи шабакаи муассисаҳои КАТС, гумонбаршудагон ба бемориҳои сурхча ва гулафшон умуман дарёфт карда намешаванд, ки ин ба паст шудани нишондодҳои индикатории бемориҳо сабабгор мегардад.

Назорати эпидемиологӣ аз рӯи бемории гулафшон пеш аз ҳама барои пешгирии алоими гулафшони модарзодӣ (ба даст овардани нишондоди ≥ 1 ҳодиса ба 100 000 кӯдакони зинда таваллудшуда) пешбинӣ шудааст. Дар давоми даҳ моҳи соли 2019 ягон ҳодисаи гумонбаршуда ба алоими гулафшони модарзодӣ дар ҷумҳурӣ ба қайд гирифта нашудааст.

Хулосаҳо. Ҳамин тариқ, бо мақсади назорат кардани зиддинишондодҳои беасос, мебоист дар назди сохторҳои шабакаи муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббии санитарии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ Комиссияи доимамалкунанда оид ба назорати кӯдакони аз иммунизатсия бозмондашуда таъсис дода шавад.

Рӯйхати адабиёт.

- WHO Global Health Workforce Statistics, Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce>, по состоянию на 20 апреля 2022 г.).
- Шамсутдинова О. А. Живые аттенуированные вакцины для иммунопрофилактики/ О. А. Шамсутдинова //Инфекция и иммунитет. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 107-116.

7. Хайдарова Б. И., Абдусаматова И. И., Нуримова Д. М. Состояние иммунитета к вирусу краснухи у детей / Б. И. Хайдарова, И. И. Абдусаматова, Д. М. Нуримова //Тенденции развития науки и образования. – 2019. – №. 56-12. – С. 62-67.
8. Генетическое разнообразие вируса краснухи на современном этапе реализации программы элиминации краснухи и предупреждения врожденной краснухи / Чехляева Т. С. [и др.] //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2019. – №. 5. – С. 95-102.

Саёхати Н., Кенджаева И.А., Сабруддинова Г. Н.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БАКТЕРИИ РОДА *PROTEUS* В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ОТИТА

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Большая медицинская и социальная значимость ГВЗ заключается в том, что с одной стороны нарастают случаи этих инфекций, с другой стороны изменяется их этиологическая структура.

В начале 50-х годов отмечалось нарастание стафилококковых инфекций (20-60%)

С начала 70-х годов появились ГВЗ, как сепсис, пневмонии, колиэнтериты у детей вызываемые представителями грамотрицательных бактерий. Согласно данным учёных близкого и дальнего зарубежья внутрибольничные ГВЗ развиваются у 5-20% госпитализированных больных.

Причина заключается в том, что часто создаются большие медицинские центры, где концентрируются большое количество лиц с ослабленным иммунитетом; увеличивается количество диагностических и лечебных инвазивных процедур, с использованием сложных дорогостоящих медицинских оборудования, стерилизация которых связана с трудностями.

Этиологическая структура внутрибольничных ГВЗ представлена широким спектром микроорганизмов. Установлена определенная стабильность спектра возбудителей ВБИ в тех или иных типах стационаров.

Удельный вес определённых возбудителей ГВЗ варьируют в зависимости от характера инфекции, в том числе при инфекциях мочеполовых путей чаще регистрируются *E. coli*, *Ent. fecalis*, *Ps. aeruginosae*, бактерии рода *Proteus*, при раневых инфекциях *S. aureus*, *Ps. aeruginosae*, *Klebsiellae*, при инфекциях дыхательных путей чаще стафило- и стрептококки, реже бактерии рода *Klebsiellae* и грибы рода *Candida*.

Наряду с другими грамотрицательными бактериями в этиологии воспалительных инфекций особое место занимают бактерии рода *Proteus*, которые выявляются при хронических отитах (16,4%), при хронических инфекциях мочевыделительных путей, как циститы, пиелонефриты, хроническом простатите (38%)

Протей является одним из возбудителей внутрибольничных инфекций урологических больных, так как эти бактерии размножаются в моче, в связи с имеющим средство с мочевиной по антигенной структуре.

Цель исследования. Выявление этиологической значимости бактерии рода *Proteus* у больных в развитие хронического гнойного отита.

Материал и метод исследования. Было проведено бактериологическое исследование у 108 больных детей с хроническим гнойным отитом.

Для сравнения, были обследованы 44 пациента отделения детской челюстно-лицевой хирургии с врождённым аномалиями дефекта губ и верхнего нёба, без признаков воспаления.

Материалом для исследований были - гнойное отделяемое у детей, у контрольной группы- слизь из зева.

Забор гноя и слизи из зева был произведён стерильным одноразовым ватным тампоном, смоченной стерильным питательным бульоном.

Посев клинических образцов был произведён на кровяной агар, желточно-солевой агар с маннитолом, на среду Эндо, Плоскирева, а также дифференциально-диагностический хромогенный агар, для выявления грибов рода *Candida*.

Родовую и видовую идентификацию проводили на основе изучения морфологических, культуральных, ферментативных свойств выделенных микроорганизмов.

Культуральной особенностью бактерий рода *Proteus* является ползучесть роста на среде Эндо, изолированные лактозаотрицательные прозрачные колонии на среде Плоскирева, расщепление глюкозы с образованием кислоты и газа, также образование H₂S на среде Клиглера.

Результат исследования. В результате бактериологического исследования 64 клинических образцов гноя из ушей получены следующие результаты.

Таблица 1. Спектр микрофлоры гноя при хроническом отите.

№	Вид микроорганизмов	Абсол. число	Высеваемость в % соотношение
1	<i>S. aureus</i>	11	17,2%
2	<i>S. hemolyticus</i>	16	25%
3	<i>Ps. aeruginosae</i>	12	18,6%
4	<i>Ps. aeruginosae</i> + <i>S. aureus</i>	5	7,8%
5	Бактерии рода <i>Proteus</i>	9	14,1%
6	<i>Proteus</i> + <i>S. aureus</i>	6	9,4%
7	Бактерии рода <i>Klebsiellae</i>	3	4,7%
8	<i>Proteus</i> + плесневые грибы рода <i>Mucor</i>	2	3,1%
	Всего	64	

Лидирующим этиологическим агентом микрофлоры при хроническом гнойном отите является золотистый и гемолитический стафилококк.

Их общая высеваемость составила 42,2%. Наряду с этим *S. aureus* был высеян в ассоциации с грамотрицательными энтеробактериями, что из высеваемость составила 17,2%. Высеваемость *Ps. aeruginosae*, в монокультуре – 18,6%,

3. Васильев Д. А., Феоктистова Н. А., Золотухин С. Н. Выделение и изучение биологических свойств бактерий рода *Proteus* / Д. А. Васильев, Н.А. Феоктистова, С.Н. Золотухин //Вестник Ульяновской государственной сельскохозяйственной академии. – 2017. – №. 2 (38). – С. 70-75.

Шарқ кори олимони Юнонро дар давраи нав инкишоф дода, ақидаҳои онҳоро бо андешаҳои сиёсии худ ғанӣ гардонданд. Олимони Шарқ ва шоирони классики форсу тоҷик тавассути истифода аз санъатҳои бадеӣ ва воситаҳои тасвирӣ ба монанди ташбеъ, истиора, муболиға, киноя, маҷоз, ташхис, тазод ва мақолу зарбулмасалҳо сохти давлатдорӣ он давраро зери танқид мегузоштанд. Аммо дар кишварҳои Шарқ афкори сиёсӣ дар амал татбиқ нагардид. Дар давлатҳои Ғарб ин раванд аллакай дар асрҳои миёна дар шакли ҷумҳуриявӣ дар давлатҳои Англия, Франция ва дигар давлатҳо амалӣ гардид. Чуноне, ки мебинем, раванди демократикунории ҷомеаи Ғарб 500 сол давом кард. Дар Шарқ бошад ин раванд навоғоз мегирад ва бараъло мушохида кардан мумкин аст, ки чанд аср мо аз кишварҳои Ғарб дар сохтмони демократия ақиб мондем. Агар онҳо дар асри XIII ба ин қор шуруъ карданд пас Шарқ, ки акнун ба демократия қадам мегузорад 700 сол ақиб мондааст. Давлатҳои Ғарб ин равандро дар 500 сол тай карданд ва дар ҳар сад сол онро бо навоарӣ такмил медоданд. Аз ин рӯ интиқоли демократия аз Ғарб ба Шарқ бидуни аз сар гузаронидани зинаҳои инкишофи он номумкин аст, зеро бунёд кардани сохти демократӣ дар шароити зиддидемократӣ номумкин аст ва сабаби бархурди қувваҳои сиёсии ҷомеа хоҳад гардид. Ҳамин тавр гуфтан мумкин аст, ки технократҳои сиёсии давлатҳои Ғарб хеле хуб дарк мекунанд, ки кишварҳои Шарқ барои қабул кардани сохти демократӣ омода нестанд, аммо дидаву доништа аз давлатҳои Шарқ ҷорӣ кардани демократияро дар ҷомеа талаб мекунанд ва дар ин роҳ ҳатто инқилобҳоро амалӣ мекунанд. Дар давоми солҳои аввали асри XXI ҷаҳони Шарқро падидаҳои инқилобӣ фаро гирифтаанд, ки шиори асосии онҳоро «ҷорӣ кардани демократия» дар ин кишварҳо ташкил медиҳад, ки аз тарафи абарқудратҳои Ғарб тавсия дода мешавад. Суистифода аз демократия, имрӯз омилҳои асосии ноором кардани вазъияти давлатҳои Шарқ гардида, зери нуқоби он ҳама гардидани назарияи фундаментализми динӣ ва дигар равишҳои зиддидемократӣ рӯи қор омаданд. Нусхабардории демократияи Ғарб танҳо ба оқибатҳои номатлуб ба монанди инқилобу ҷангҳои шаҳрвандӣ, вайронсозии низоми давлатӣ ва қашшокии мардум оварда мерасонад. Дар асл инқилоб ва демократия ду мафҳуми муқобил мебошанд зеро инқилоб иродаи мардум ва аксарияти овоздиҳандагонро рад мекунад ва ҳокимияти ғуруҳи хурди таҷовузкорро дар назар дорад. Демократия бошад эҳтироми ҳокимияти халқ ва аксарияти овоздиҳандагонро тақозо мекунад. Имрӯз дар кишварҳои Шарқи мусулмон натиҷаи шакли ҷорӣ кардани «демократия» бо роҳи инқилоб ва террор мушохида карда мешавад, ки ҳеҷ умумият бо иродаи мардум ва демократия надорад. Аз он ҷумла демократияи инқилобиро чунин давлатҳо ба монанди Ливия, Ироқ, Афғонистон, Қирғизистон ва дигар кишварҳои Шарқ аз сар гузарониданд ва таҷрибаи ин давлатҳо нишон дод, ки нусхабардории демократияи Ғарб бе дарназардошти шароит ва фарҳанги сиёсӣ танҳо ба инқилобу вайронсозии низоми давлатӣ оварда мерасонад. Ҷорӣ кардани демократия дар ҷомеае, ки ба он омода нест танҳо як мақсад дорад - гузаронидани инқилоби зиддидавлатӣ, аммо демократия танҳо ҳамчун баҳона истифода мешавад. Аз миёни давлатҳои собиқ Шӯравӣ агар гирем чунин интиқоли демократия ба инқилоб ва фалаҷ кардани сохти давлатдорӣ дар Украина, Ғурҷистон, Арманистон, Қирғизистон оварда, дар ҳамаи рӯзҳо ҷомеаи Белоруссия ба ин ворта гирифта шудааст. Аз ҳамаи ҷиҳат ҳулоса кардан мумкин аст, ки «идоракунии мутамарказ бо сиёсати адолатхоҳонаи иҷтимоӣ дар муддати муайян давлатро аз даҳлати хориҷӣ эмин нигоҳ медорад» [4]. Таҷриба нишон медиҳад, ки ҳатто системаи бисёрҳизбӣ бидуни фарҳанги сиёсӣ низ аз манфиати халқ дур аст, зеро бо роҳи ҳизбҳои сиёсӣ тартиб додани ҳокимияти сиёсӣ ва ҳаёти парламент намоёндагии пурраи халқро таъмин намекунад ва ҳизбҳои сиёсиро бо муқовимати байниҳамдигарӣ банд месозад [3]. Давлатҳои Ғарб дар асоси афкори Афлотун, Сукрот, Арасту ва дигар мутафаккирони Юнон сохти ҷумҳуриявиро такмил дода, ҳанӯз дар охири давраи асрҳои миёна консепсияи мустақили сохтмони ҷомеаи демократиро тартиб доданд, ки он то ба имрӯз дар ин давлатҳои амалӣ шуда истодааст. Ҳамчунин давлатҳои Ғарб принсипҳои асосии ин равандро ба мисли эҳтироми ақалият нисбати интиқоли аксарият, пешгирии низоъ, эҳтироми қонун, сохти дунявӣ ва дигар принсипҳоро мавриди амал қарор дода, шакли мукаммалӣ ҷумҳуриявиро пеша намуданд. Дар самти фарҳанги сиёсӣ таҳаммулпазирӣ, эҳтиром нисбати ҳамдигар, ҷавонмардӣ, ростқорӣ ва дигар ҳислатҳои инсонӣ ҳамчун арзишҳои ҷомеа аз тарафи мардум пазируфта шуда, меъери рафтори субъекти сиёсӣ гардиданд. Ҳамин тавр мавзӯи мазкурро таҳлил намуда, ба ҳулоса омадем, ки барои таъмини инкишофи озоди ҷомеа, давлати демократӣ бояд сохти ҷумҳуриявиро интиқоб намоёнд, зеро он манфиати тамоми шаҳрвандон, адолати иҷтимоӣ ва рушди баробарии онҳоро таъмин месозад. Бинобар ҳама, давлатҳои Шарқро зарур аст, ки пеш аз ҳама ба тақмили афкори сиёсии миллий ва маданияти сиёсии мардум диққат дода, зинаҳои муҳими наздикшавӣ ба демократияро зина ба зина паси сар намоёнд, то ки афкори сиёсии Шарқ ва арзишҳои миллии идоракуниро сохта, баъдан ба демократия қадам гузоранд. Танҳо дар ҳамаи маврид ин давлатҳо метавонанд бидуни тақонҳои инқилобӣ ба сохти демократӣ расида, ҷомеа ва мардуми худро аз бухронҳои сиёсӣ наҷот диҳанд.

Рӯйхати адабиёт

- Аҳмади Дониш. Наводир ул вақоеъ / А. Дониш. - Душанбе, 1988. - 285 с.
- Знаншина М.Т. Учение об идеальном государстве: Ибн Рушд и Ал Фараби. Избранные произведения мыслителей стран Ближнего и Среднего Востока / М.Знаншина. - М., 1961. - 356 с.
- Лейпхарт А. Демократия в многосоставных обществах / А.Лейпхарт. - М., 1997. - 285 с.
- Мудрик А.В. Социальная педагогика / А.В. Мудрик. - Москва 2000. - 200 с.
- Соколов В. В., Вольтер. Общественно-политические, философские и социальные воззрения / В.В. Соколов. - М., 1956. - 357 с.

Саидасанов Ю.Ш.

РАЗВИТИЕ ОРУЖЕЙНОГО ДЕЛА НА ЗАПАДЕ ПЕРИОДА X-XV ВВ

Кафедра истории таджикского народа и права ХoГУ имени М.Назаршоева.

В X веке Запад и Восток приблизились к границам друг друга в Пиренеях в Византии, где между ними шли непрерывные войны. Эти приграничные военные столкновения, во многом показывали превосходства и отставание

той или иной стороны в плане развития военного искусства. Рост военных столкновений между армиями Запада и Востока стало особенно заметным в период 1092—1104 годов, когда начались крестовые походы Запада на территории Юго-Восточной Анатолии, Сирии и Палестины, ранее принадлежавшие Великим Сельджукам. Таким образом, в этот период в споре за так называемые «священные земли», начались крестовые походы со стороны западной коалиции войск против Востока. Борьба двух великих армий — крестоносцев и мусульман шла за владение городом Иерусалимом, где находились две святыни этих цивилизаций — храм Господня — святыня христианского мира и вторая по значимости святое место после Мекки, мечеть Аль-акса [2]. В сущности именно в период крестовых походов, впервые сталкиваются две стили военной науки Запада и Востока.

В августе 1096 года, герцог Нижней Лотарингии Готфрид IV Бульонский и его брат Балдуин возглавили армию крестоносцев для похода на Иерусалим. Рыцарей норманнского королевства Сицилии и крестоносцев юга Италии вели герцог Боэмунд Тарентский и его племянник Танкред. Армией, состоявшей из крестоносцев Северной Франции командовали брат французского короля Филиппа I, граф Гуго Вермандуа и герцог Нормандии Робер. Тулузский граф Раймонд IV возглавил рыцарей Прованса и Италии. Общая численность крестоносцев разным оценкам было от 300 до 600 тысяч человек. Из этого числа 100 тысяч составляла тяжелая кавалерия.

Сравнительно новый вид вооружения, которым владели западные воины был арбалет — оружие, неизвестным в то время не только тюркам, но и византийцам. Дочь императора Алексея Комнина Анна следующим образом описывает это оружие: «Цангра (арбалет) — это варварский (варварами Анна Комнина называет крестоносцев. — С.Ю.) лук, совершенно неизвестный эллинам. Пользуясь им, не нужно правой рукой оттягивать тетиву, а левой подавать вперед лук; натягивающий это оружие, грозное и дальнometное, должен откинуться чуть ли не навзничь, упереться ногами в изгиб лука, а руками из всех сил оттягивать тетиву. К середине тетивы прикреплен желоб полуцилиндрической формы, длиной с большую стрелу; пересекая тетиву, он доходит до самой середины лука; из него то и посылаются стрелы. Стрелы, которые в него вкладываются, очень коротки, но толсты и имеют тяжелые железные наконечники. Пущенная с огромной силой стрела, куда бы она ни попала, никогда не отскакивает назад, а насквозь пробивает и щит, толстый панцирь и летит дальше» [2]. Но арбалеты были не единственным новшеством в армии крестоносцев. Анна Комнина также описывает защитное вооружение крестоносцев. «Кельтские доспехи, — пишет Анна Комнина, — представляют железную кольчугу, сплетенную из вдетых друг в друга колец, и железный панцирь из такого хорошего железа, что оно отражает стрелы и надежно защищает тело воина. Кроме того, защитой кельту служит щит — не круглый, а продолговатый, широкий сверху, а внизу заканчивающийся острием; с внутренней стороны он слегка изогнут, а внешняя его поверхность гладкая, блестящая, со сверкающим медным выступом. Стрела отскакивает от этого щита и возвращается назад к пославшему ее» [2].

Англичане больше опирались на тяжелых лучников, когда как французы предпочитали использовать в качестве основной силы арбалетчиков и рыцарей. Но ход Столетней войны в XIV веке показало, неуклюжесть арбалетчиков в ходе боя, поскольку они не могли выпустить стрелы также быстро как лучники и уступали им по количеству выпущенных стрел. Поражение короля Франции Филиппа VI в битве при Кресе показало преимущество лучников перед наемными арбалетчиками, состоявшим из числа генуезцев. В битве при Кресе король Англии Эдуард III впервые использовал артиллерию, которая состояла из трех пушек, которые годились, чтобы пробивать брешь в стенах осажденных городов или крепостей, но не для участия в битвах. Несколько ядер, которыми выстрелили не целясь, едва ли могли решить судьбу боя. Снаряды новой артиллерии — фунт чугуна, диаметр четыре-пять дюймов — могли сразить человека и его коня, но не разметать отряд. Но был грохот, было пламя. И, главное, новизна. Этого хватило, чтобы посеять панику [3]. Таким образом, от крестовых походов до конца Столетней войны европейцы во многом совершенствовались и модернизировали своё вооружение, что не произошло на Востоке. В отличие от западных воинов, войска мусульман не имело никакой форму доспехов их железа а использовало в вооружение лишь маленькие круглые щиты, меч и копье.

Стоит отметить, что порох и катапульты также широко использовались и в армии сельджуков, изготовленных из металла. Катапульты могли метать тяжелые камни, зажигательные смеси и использовались для разрушения крепостей. Особую опасность для противника представляли катапульты, которые метали сосуды с горящей нефтью, что позволяло сжигать деревянные постройки внутри осажденных крепостей. Сосуды с горящей нефтью, как своеобразные снаряды использовались и в ходе полевых сражений, производя опустошение в рядах противника и вызывая у него панику. При ведении полевых сражений армия принимала определенный боевой порядок, основными элементами которого были авангард, центр войска, правый и левый фланги, а также арьергард. Обе армии имели разведывательные подразделения. Решение на проведение операции или сражения принималось после предварительной оценки обстановки и, как правило, оформлялось в штабе (ставке султана) в письменном виде.

В XIV веке, как у англичане французы широко применяли в морских сражениях артиллерию: «огненные горшки», еще метавшие стрелы с металлическим оперением, которые называли гарро (garrots). Впервые в 1338 году, француз Никола Бегюше установил на свои корабли одно или два таких устройства. Огненный горшок для метания огненных гарро, 48 гарро с железными наконечниками и оперением в двух ящиках, фунт селитры и полфунта живой серы, дабы делать порох для метания [3].

Вооруженные силы тюрков состояли из сухопутных войск, военного и военно-транспортного флота. Сухопутные войска армии аюбидов и сельджуков подразделялись на кавалерию икта (сипахи), составлявшую наиболее многочисленную часть вооруженных сил, и менее многочисленную постоянную профессиональную армию, получавшую жалованье. Профессиональная армия состояла из кавалерии и пехоты. Она дислоцировалась в столице государства. Кроме того, в состав вооруженных сил в военное время входили войска вассальных государств. Равенди пишет, что у Меликшаха было кавалерийское войско икта численностью 45 тысяч человек, имена которых были занесены в специальные списки, хранившиеся в канцелярии дивана, и которые получали свое денежное содержание за службу в виде

налогов, которые платило население выделенных им земельных наделов. Такие наделы выделялись в различных частях империи с тем, чтобы «куда бы они ни пошли, жалование и содержание были всегда наготове»[2]. В отличие от кавалерии крестоносцев, конница тюрок была легкой и более мобильной, поскольку не имело тяжелого защитного снаряжения.

К периоду XIV-XV веков, Османская империя находилась на границе двух цивилизаций, и именно эта империя больше всего отражала недостатки и преимущества восточного общества перед Западом. В государстве Османов были собраны лучшие достижения двух цивилизаций данного периода времени. В XV веке Османская империя была одной из могущественных держав, которая угрожала суверенитету восточных и западных стран. Эта угроза сильно беспокоила страны Восточной Европы, особенно после того как Османид Мехмет II в 1453 году, захватил Константинополь. Страны Восточной Европы знали, что в отдельности они не в состоянии противостоять этому могущественному государству, поэтому искали пути объединения в борьбе против Османской Турции[1].

Основное оружие Запада к этому времени совершенствовалось и в бою начали использовать огнестрельные орудия. Как показывают источники, Венеция пыталась организовать доставку огнестрельного оружия и военных специалистов Узун-Хасану, однако эта миссия не дала желаемых результатов, так как часть этих боевых снаряжений по пути следования была захвачена османскими турками, а другая часть – курдскими разбойниками. Одним из преимуществ западного военного строя в этот период был военный флот. Ранее до X века у восточных правителей военный флот был в распоряжение Фатимидских халифов, которые держали его в портах Средиземного моря. После распада государства Фатимидов в XII веке флот Фатимидов перешел к Аюбидам и Сельджукам. Однако, он не мог конкурировать с флотами европейских государств, которые господствовали на Средиземном море. Что касается Черного моря, то здесь сельджуки первое время использовали византийские корабли, захваченные вместе с портами Синоп и Самсун.

Использование флота со стороны армии крестоносцев, тамплиеров и госпитальеров было особенно заметным при битве за земли Палестины при Арсуфе, после которого армия Запада под предводительством Ричарда Львиное сердце вернула под свой контроль берег Средиземного моря[4]. Кроме этого, на Западе в связи с войной Англии и Франции которые в основном воевали за прибрежную зону, в период средневековья росли корабле-строительные предприятия. В частности наиболее знаменитым из таких кораблестроителей считался Галерный двор. Его называли «терсеналь» - с арабского слова «Dar Sanaa», что значило «дом труда». Это предприятие было построено по приказу короля Филиппа Красивого и располагался на левом берегу Сены, ниже Руанского моста. Первые инженеры, призванные Филиппом Красивым, вдохновлялись примером арсенала в Севилье, самого известного в ту эпоху. Только с 1300 года, французские инженеры начали самостоятельно строить корабли без помощи иностранцев. Личным оружием в большинстве случаев, до появления пушек, было прежде всего метательное (trait): легкие и широкие арбалеты, заряжавшиеся с упором на одну ногу, тяжелые арбалеты, заряжавшиеся с помощью двух ног, арбалеты «с воротом» (a tour), натягивавшиеся с помощью ручного ворота. Большое торговое судно, королевская галера, которых было всего два-три десятка, могли вместить сто, сто пятьдесят или двести человек. Такие корабли запросто принимали на борт пять-шесть арбалетов, десятка два штурмовых орудий и доспехов[5].

Таким образом, анализ данного направления показало, что игнорирование науки о войне и технологий на Востоке привело к тому, что кустарное производство оружия и его изготовление самими воинами, привело к отставанию восточной цивилизации в оружейном деле. Четкое разделение труда в науке, производстве и ее практическое применение в армии, к чему пришли западные правители привело к модернизации их армий и создавало для них преимущества в ведении боевых действий, что в последствие стало главной причиной превосходства Запада над Востоком.

Список литературы.

1. Али Рамазани Пачи Фазлуллах. История взаимоотношения Ирана и Венеции во второй пол. XV-XVI вв. / А.Р. Фазлуллах.- дисс. на соискание учёной степени кандидата исторических наук.- по специальности 07.00.09 – историография, источниковедение и методы исторического исследования.- Душанбе -2015.- 167 с.
2. Запорожец В.М. Сельджуки / В.М.Запорожец. — М., Воениздат, 2011. — 295 с.
3. Жан Фавье, Столетняя война / Ж.Фавье [Электронный вариант] www.royallib.ru Режим доступа: 29 января 2022 года.
4. Катерино Дзено. Путевые записки // Путевые записки венецианцев в Иран.- 320 с. www.royallib.ru Режим доступа: 2 января 2022 года.
5. Петрушевский И.П. Государства Азербайджана в XV веке.—сборник статей по истории Азербайджана, вып.1 Баку:1949. – 256 с.

Саидасанов Ю.Ш., Абдурахмонов З.В. Шомусаламова Х.Ш. СИСТЕМАИ КОРИИ САМТИ ЗИРОАТКОРӢ ДАР ВМКБ СОЛӢОИ 1940-1945

Кафедраи таърихи халки тоҷик ва ҳукуки ДДХ ба номи М. Назаршоев
Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Сиёсати коллективикунонӣ, ки солҳои 1930 дар мамлакати Шуравӣ амалӣ гардид, муттаҳидшавии хоҷагиҳои яккадаст дар як хоҷагии умумӣ - колхозҳо ва совхозҳоро дар назар дорад. Ин сиёсат дар ИҶШС аз соли 1927 то 1937 бо мақсади табдил додани хоҷагиҳои хурди инфиродӣ ба хоҷагиҳои калони ҷамъиятӣ амалӣ карда мешуд. Хоҷагиҳои калони мавҷуда имкон доданд, ки гузариш ба меҳнат ва тақсимои маҳсулот аз соҳаи кишоварзӣ ба хоҷагии саноатӣ сода карда шавад. Дар як муддати кӯтоҳ, ин сиёсат натиҷаҳои хубро нишон дод ва соҳаи аграрӣ ба кӯшишҳои муттаҳидсозии шаклҳои истеҳсолот дар шароити ғуногунрангии онвақта самаранок амал намуда, деҳа ва шаҳрҳоро аз ғуруснагӣ ва коҳиши истеҳсоли маҳсулот начот диҳад. Баъди пайдор шудани Ҳокимияти Шӯравӣ ва ба вучуд омадани давлати доманадори ИҶШС дар ҳудуди он, аз ҷумла дар Тоҷикистон, бо қарори анҷумани XV ҲК (б) Иттиҳоди Шӯравӣ (соли 1927) сиёсати коллективонии хоҷагии қишлоқи давлати Шӯравӣ ҷорӣ гардид. Қарор дар бораи коллективонидани хоҷагиҳои деҳқонии инфиродӣ ба

хоҷагиҳои калони ҷамъиятӣ - колхозҳо дар анҷумани XV ҲК (б) ИЧШС соли 1927 қабул шуда, амалишавии ин сиёсат ба солҳои 1928-1937 рост меояд [2].

Дар охири соли 1928 дар Тоҷикистон 22 артели кишоварзӣ ва 55 шарикӣ барои коркарди якҷояи замин мавҷуд буданд. То моҳи октябри соли 1929 дар ҷумҳурӣ 209 хоҷагии коллективӣ амал мекард, ки онҳо 2888 хоҷагиҳои деҳқониро бо масоҳати 8312 гектар муттаҳид карданд, аз он ҷумла 3586 гектарашро заминҳои пахта ташкил медод. Дар оғози соли 1929 шумораи колхозҳо дар ҷумҳурӣ ба 117 адад расид. Дар моҳи июни соли 1930 дар Душанбе нахустин анҷумани муассисони ҲК(б) Тоҷикистон баргузор шуд. Дар қарори «Дар бораи сохтмони колхозӣ», ки анҷуман қабул карда буд, қайд карда шуд, ки дар ин марҳила бо назардошти хусусиятҳои шароити иҷтимоию иқтисодии ҷумҳурӣ, ТОЗ-ҳо шакли асосии кооператсияи истеҳсолӣ мебошанд.

Дар асоси қарори Кумитаи Марказии ҲК (б) аз 5 январи 1930 «Дар бораи суръати коллективонидан ва ҷораҳои ёрии давлатӣ ба сохтмони колхозӣ»-и ҷумҳуриҳои Осӣи Миёна, аз ҷумла Тоҷикистон, ки ба ғуруҳи сеюми минтақаҳо мансуб буданд, маҷбур буданд, ки коллективонидани хоҷагии қишлоқро асосан дар соли 1933 ба итмом расонанд.

Аз нимаи дуҷуми соли 1929 дар ЧШС Тоҷикистон чун тамоми давлати Иттиҳоди Шӯравӣ маъракаи саросар коллективонидани соҳаи кишоварзӣ оғоз гардид. Дар ин раванд бо техника таъмин намудани кишоварзон ин бехтарин воситаи ташвиқот ба сохти колхозӣ буд. Дар Иттиҳоди Шӯравӣ аз соли 1929 сар карда сохтмони ПМТ оғоз гардид, ки онҳо бояд ба таъҷиби хоҷагиҳои коллективӣ табдил меёфт.

5 феввали соли 1938 Шӯрои Комиссарони Халқии ИЧШС «Дар бораи тартиби маблағгузории МТС» қарор қабул кард, ки дар асоси он тақсимои тамоми хароҷоти ПМТ аз ҳисоби буҷаи давлатӣ пурра маблағгузорӣ карда мешавад. Ҳамин тариқ, барои ПМТ заминаи мустақами молиявӣ фароҳам оварда шуд [2]. 26 июни соли 1940 укаси раёсати Шӯрои Олии ИЧШС «Дар бораи гузаштан ба рӯзи кори ҳаштсоата, ҳафт рӯзи корӣ дар як ҳафта ва манъи аз ташкилотҳо ва корхонаҳо ихтиёран рафтани коргарон ва хизматчиён» баромад [5]. Амалӣ шудани тамоми ин ҷораҳо ба он оварда расонид, ки то соли 1940 ғайриқисмати системаи хоҷагии зироаткорӣ пурра ба сохти нав – сохти коллективӣ бо таъминоти техникаи гузаронида шуд. Дар тамоми мамлакат танҳо ду шакли хоҷагидорӣ боқӣ монданд, ки ба онҳо хоҷагиҳои коллективии умумӣ ва давлатӣ дохил гардиданд ва суръати ғайриқисмати онҳо ба талаботи замони ҷанг мутобик гардонидани шуданд.

Дар солҳои 1940-1941 дар вилояти Кӯҳистони Бадахшон аллакай 125 колхоз ғайриқисмат доштанд, ки 52015 гектар заминро қорамор дар ихтиёри худ доштанд, ки аз онҳо заминҳои обёриванда фақат 9000 гектарро ташкил медоданд. Дар ин заминҳо асосан зироатҳои ғалладонагӣ, аз ҷумла 7000 гектар гандум, 500 гектар арзан, 1000 гектар зироатҳои лубиёгӣ ва 580 гектар сабзавот қорида мешуд. Аммо камбудии асосии кори системаи хоҷагии қишлоқ ва аз он ҷумла зироаткорӣ дар набудани шавқмандии шахсии қорамондони колхоз буд, зеро натиҷаи қорро аз рӯи умум ҳисоб мекарданд ва ин истеҳсолнокии меҳнатро паст мекард. Илова бар ин дар заминҳои хурди шароити кӯҳистон истифодаи техника ғайриимкон буд. Барои ҳамин ҳаҷми маҳсулот бештар аз ҳисоби афзоиш ва ба истифода додани заминҳои нав ба роҳ монда мешуд, ки ин аломати экстенсивии истеҳсолотро нишон медод. Б а ғайр аз ин ҳукумати ҷумҳурӣ вазифадор буд, ки минбаъд ҳам барои афзун намудани истеҳсоли онҳо ҷораҳои заруриро андешад. Аммо бо сабаби нарасидани техника ва қувваи қори мардҳо низоми обёрии ҷумҳурӣ сол аз сол хароб мегардид. Қисме аз каналу захбурҳо ғӯр шуда, насосҳои обкаш аз қор мебаромаданд. Сатҳи оби зер заминӣ боло мешуд. Дар натиҷа, махсусан заминҳои, ки барои кишти пахта муайян шуда буданд, аз қор мебаромаданд. Ин ҳама ба ҳосилнокии меҳнат таъсири манфӣ мерасонид [5].

Соли 1942 нисбати соли 1941 шумораи заминҳои қорам зиёд гардид ва дар назди ташкилотҳои ҳизбӣ ва давлатӣ вазифаи гузошта шуд, ки ВМКБ бояд аз вилояти истеҳсолкунанда ба вилояти худтаъминкунанда табдил дода шавад. Мухимтарин вазифа дар ин самт таъмини аҳолии вилоят до орд ва ғалла буд. Мувофиқи нишондодҳои истеҳмоли ғалла аҳолии ВМКБ ҳар моҳ 110 тонна орд истеҳсол мекунанд, ки ин 1600 тоннаро дар як сол ташкил медиҳад. Аз ин миқдор, 1113 тонна дар худӣ худӣ вилоят истеҳсол шуда, 587 тонна аз дигар ноҳияҳо ворид мегардид. Аз он ҷумла, аз Даштак 248 тонна, аз Кеврон 90 тонна, аз Қалъаи Ҳусейн 58 тонна, аз Тавилдара 37 тонна, аз Ўш 13 тонна ва аз Ваҳон 15 тонна орд ба ҳазинаи вилоят ворид мешуд[3]. Ин гуна вобастагии вилоят аз воридоти беруна барои системаи таъминоти давлатӣ хеле масрафҳои зиёдро ба қор овард, ки ибтидои душвории роҳҳо ва норасоии сӯзишворӣ барои нақлиёт алоқамандӣ дошт. Бояд гуфт, ки дар ин давра - соли 1942 Тоҷикистон ба таъмини худӣ аз ғалла гузашт[1].

Барои бехтар ба роҳ мондани қори колхозҳо 13 апрели соли 1942 Совети Комиссарони Халқии Иттиҳоди Шӯравӣ тахти №508 қарор «Дар бораи зиёд намудани рузҳои меҳнатии колхозчиён» ба тасвиб расонд. Мувофиқи ин қарор барои колхозҳои баландқӯҳ мӯҳлати қамтарини рузҳои меҳнатӣ (трудодней) 100 рӯз муайян гардид. Мӯҳлат аз рӯи мавсими қори деҳқонон чунин тақсим мешуд: то 1 июн – 25 рӯз, аз 1 июн то 1 август – 25 рӯз, аз 1 август то 1 октябр – 35 рӯз ва боқимонда рӯзҳо баъди 1 октябрро дар қор мегиранд [4].

Дар солҳои Ҷанги Бузурги Ватанӣ зиёда аз 102 ҳазор қоргарон, колхозчиён ва намоёндогони зиёдеи ҷумҳурӣ барои қорнамоишон дар оқибгоҳ бо ордену медалҳои давлатӣ мукофотонида шудаанд. Ин худ ғувоҳи он аст, ки қорнамоии мардуми меҳнатӣ дар оқибгоҳ аз қарамонии ҷиғварон дар фронтҳои ҷангӣ монданӣ надоштааст[5].

Соли 1945 дар назди қорамондони хоҷагии қишлоқи вилоят вазифаи аз худ қардани 1000 гектар заминҳои нав гузошта шуд. Ин натиҷаи он буд, ки аҳолии вилоят руз аз руз зиёд шуда нисбати соли 1900 қор қорбар афзуд. Соли 1945 аҳолии вилоят ба 53210 нафар расид. Соли 1945 ҳосили ғалла ба 8941 сентнер, картошка 1278, сабзавот 175 ва ҳӯроқи қорво ба 1119 сентнер расид. Моҳи августи соли 1945 кишти тирамоҳӣ барои ҳосили соли 1946 оғоз гардид ва он 7535 гектар заминро дар қор гирифт. Майдонҳои умумии кишт дар соли 1945 10761.6 гектарро ташкил мекарданд. Аз он ҷумла, дар 4551 гектар ғалладона ва дар 510 гектар картошка кишт қарда шуд. [3,68] Ҳамаи ин муваффақиятҳо на танҳо қори колхозҳои вилоятро ба сатҳи баланд бардоштанд, балки имкон доданд, ки деҳқонони вилоят бо таҷрибаи пешқадами дигар ҷумҳуриҳо шиносӣ пайдо намојанд. Ба ғайр

аз ин дар ҳамкорӣ бо олимони рус дар Бадахшон чандин зироатҳои техники, дарахтон ва шаклҳои пешқадами кори хочагии кишлоқ қорӣ гардид. Ҳамаи ин дастовардҳо имкон доданд, ки соҳаи хочагии кишлоқ таҷрибаи пояи хуберо барои наслҳои имрузаи деҳқонон аз худ боқӣ гузошт. Аз ҳамин ҷиҳат мо қаҳрамоноҳои кормандони ақибгоҳро дар баробари қаҳрамоноҳои набарди ҷанг баробар мешуморем, зеро маҳз таъминоти ҳамаатарафаи ҷабҳа ба галабаи халқи Шуравӣ мусоидат намуд.

Адабиёт

1. Назаршоев Н.М.. Военная история Таджикистана, Душанбе, 2002, 389 с.
2. Исуфов Ш.В. Хочагии кишлоқи вилояти Кӯлоб дар арафаи Ҷанги Бузурги Ватанӣ.-Душанбе, 2021.-60с.
3. Саидасанов Ю.Ш. Кӯхистони Бадахшон дар солҳои Ҷанги Бузурги Ватанӣ(1941-1945), Хоруғ, 2020.- 140 с.
4. Бойгонии ҲКТ дар ВМКБ, фонд 26, 624 в. 65.
5. Ҳотамов Н, Довуди Д, Муллоҷонов С, Исоматов М. Таърихи халқи тоҷик – Душанбе, 2011.

Саидова Р.М.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ВУЗАХ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ.

Ассистент кафедры русского языка для нефилологических факультетов Таджикский национальный университет

Актуальность. Современная технология обучения русскому языку в вузах медицинского профиля опирается на достижения методики преподавания русского языка как неродного, русского языка иностранцам, лингводидактики, психолингвистики, педагогики, психологии, характеризуется лингвострановедческой и лингвокультурной ценностью изучения русского языка в целях осуществления межкультурной коммуникации.

В настоящее время перед профессорско-преподавательским составом вузов поставлены задачи внедрения современной технологии в обучении русскому языку. Речь идет об учете специфических особенностей и закономерностей изучения и преподавания русского языка в таджикоязычной аудитории, наличия интерференционных факторов при усвоении фонетического и лексико-грамматического материала. Ведется тщательная методическая работа над реализацией межпредметных связей при обучении русскому языку, учета интеграционных тенденций и факторов процесса изучения данного языка, использования рациональных и эффективных методов и приёмов преподавания, совершенствовании содержания учебно-методических комплексов.

В русле развития лингвокультурного подхода в изучении русского языка новую окраску приобретает работа по формированию межкультурной компетенции студентов вузов медицинского профиля при изучении русского языка. Постепенно преподаватель превращается в надежного друга и партнера студентов для выработки у последних навыков свободного говорения и аудирования, формирования когнитивной деятельности. Профессиональная деятельность преподавателя становится инструментом диагностики коммуникативных достижений студентов, выработки умений и навыков в правильном построении речевого высказывания.

Концепция формирования языковой личности предусматривает продуктивную работу преподавателя в направлении усиления лингвокоммуникативного потенциала студентов, развития культуры речи, ориентация на эмоциональные, эстетические, творческие составляющие будущего билингва. Безусловно, в этом ряду особое место занимает также психофизиологический фактор в личностно-ориентированном обучении русскому языку в вузах медицинского профиля, где прослеживается неукоснительный учет индивидуальных особенностей и психологической адаптации студента, его мотивации и установки на изучение языка как важного средства общения.

В ходе выполнения настоящего исследования нам удалось использовать возможности интегрированной организации занятий по русскому языку в таджикоязычной аудитории. В частности, интегративная линия обучения русскому языку реализовалась с такими смежными дисциплинами, как русская литература, история России, родного языка и литературы, изобразительного искусства, музыки, иностранного языка. Так, при изучении грамматических тем «Существительное. Одушевленные и неодушевленные существительные. Категория числа и рода существительных русского языка. Категория падежа. Собственные и нарицательные существительные. Словообразование в существительных русского языка. Синтаксическая функция существительного в предложении» и т.п. студентам на текстовой основе, используя фрагменты адаптированных текстов из художественной литературы, предлагалась возможность сознательного усвоения морфологических признаков и грамматических категорий существительного русского языка по сравнению с родным языком студентов.

Целью исследовательского метода. На занятиях по русскому языку часто практиковалась работа по закреплению и повторению усвоенного материала через как текстовый материал, небольших рассказов, диалога, беседы. Через презентацию и усвоению подобного рода учебного материала преподаватель всегда получает возможность предоставления студентам соответствующей лингвистической информации. Особое внимание уделялось презентации и усвоению лингвострановедческого и лингвокультурологического материала. При работе с такими материалами преподаватели проводили большую работу в плане семантизации безэквивалентной лексики, слов-реалий, слов с национально-культурным компонентом в семантике.

К сожалению, учебники русского языка для медицинских вузов не всегда могут ориентировать студентов на усвоение, закрепление и проработку материалов лингвокультурологической ценности. В этом ракурсе большая роль отводится знаниям и опыту преподавателя, который надлежащим образом восполняет данный пробел в учебном процессе. Опытный педагог всегда умеет организовать учебный процесс. Он может разнообразить занятия, используя диалоговую форму общения, создавать конкретную речевую ситуацию, задавать проблемные вопросы, приводить интересные примеры из жизни народов России и Таджикистана, направить студентов на свободное общение на русском языке.

Материал и методы исследования. Для формирования навыков свободного говорения студентов на занятиях

по русскому языку следует правильно проводить работу на этапе восприятия нового материала. Пока студент не перейдет на фазу сознательного восприятия полученной информации, он не способен успешно перейти на этап воспроизведения. Здесь велико понимание новой темы и новой информации, которую целесообразно организовать через различные задания и упражнения, в том числе, с помощью диалога, монолога, беседы, рассказа, заучивания наизусть стихотворного текста и пр. Так, при изучении темы «Фразеология», «Фразеологические комплексы» преподаватель рассказывает о том, что во фразеологических единицах отражается материальная и духовная культура русского народа, его менталитет, традиции, обычаи, жизнеустойчивость и т.п. Фразеологизмы делают речь студента сочной, образной, эмоциональной, придают в ней особый пафос и содержание.

Основная цель такой работы – вызвать у студентов интерес к фразеологизмам, научить замечать фразеологические обороты, пробудить у них стремление употреблять фразеологизмы в точном соответствии с их содержанием и значением. Студенты, познакомившись с фразеологическими оборотами, могут использовать их в своей повседневной речи, при построении речевого высказывания, речевой деятельности.

Огромное значение в процессе работы над изучением русского языка в вузах медицинского профиля играет построение текста. Студенты должны знать, из каких частей он строится? Дело в том, что если студент не знает этого, текст может не получиться. Важно объяснить студентам, что когда они начинают рассказывать, рассуждать или описывать что-то, вначале они должны готовить собеседника к тому, о чем дальше пойдет речь. Это начало рассказа. Потом в средней части он раскрывает главное. А заканчивает текст так, чтобы всем стало понятно: автор сказал все, что хотел.

Выводы. В этом контексте со студентами можно проводить разные виды работ. Так, можно построить комплекс вопросов и заданий: Прочитай текст. Озаглавь его. Какая концовка в скобках больше подходит к этому тексту? Почему? Или следующее задание: Прочитай текст, определи его тему и основную мысль.

Как было отмечено выше, целесообразно проводить работу в направлении интегрированного обучения русскому языку в вузах медицинского профиля. Так, на занятиях часто нами практиковались упражнения и задания следующего характера: Прочитайте текст, перескажите его содержание, запишите слова по памяти, подчеркните сложно-подчиненные предложения. Или следующее задание: Прочитайте текст. Запишите слова по памяти. Подчеркните все преусловные предложения, выделите в главной части опорное слово. Установите, какое оно слово: требует ли оно изъяснения, существительное ли оно, или местоимение, которое в придаточной части конкретизировано и т.д.

Студенты должны знать, что в тексте все предложения связаны между собой по смыслу, т.е. рассказывают не о разном, а об одном и том же. Предложения в речи атакуются, переключаются друг с другом и со всеми вместе. То, о чем рассказывает первое, подхватывается вторым и т.д. Каждое очередное предложение добавляет что-то новое к тому, о чем мы узнали из предыдущего. Так все вместе предложения текста помогают понять, о чем хотел сказать автор. Сказка, сообщение, рассказ – это тексты.

Использованная литература:

- 1.Бородулина, М.К. Обучение русскому языку как специальности / М.К.Бородулина - М., 1975 - С. 85-89.
- 2.Гальскова, Н.Д. Современная методика обучения иностранным языкам /Н.Д.Гальскова //Magister – 1995 - №3 – С.37
- 3.Гусейнова Т.В. Методика преподавания русского языка: Учебное пособие для студентов филологического факультета - Душанбе: РТСУ. 2013. - 214с.
- 4.Давыдов, В.В. Проблемы развивающего обучения / В.В.Давыдов - М., 1986 - С.89-97

Саидов А.С., Абдураззоков Ш.Р.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ ТАДЖИКИСТАНА ПО ВОДНОЙ ПРОБЛЕМЕ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МИРОВОГО СООБЩЕСТВА

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Вода является одним из важнейших источников жизни в мире, и от неё зависит существования всей живой природы, выступая при этом источником благ человечества. Она одно из распространенных веществ на Земле, её общий объем достигает почти 1,4 миллиарда кубических километров, моря и океаны покрывают 71% земной поверхности. В связи с этим воду называют неисчерпаемым ресурсом на нашей планете [1].

Разумеется, солёные воды рек, морей и озёр человеком почти не используются, а ресурсы пресной и питьевой воды очень немногочисленны, они накапливаются в основном за счёт дождя, снега и ледников. Важнейшим способом охраны воды является, прежде всего, её рациональное использование. Поэтому гражданам всех стран следует уделять серьёзное внимание каждому его аспекту сбережения, усиливать контроль за их правильным использованием в организациях и среди населения, чтобы не допускать растрат.

В то же время использование воды увеличивается из-за низкого качества воздуха в городах и промышленных центрах. В Республике Таджикистан, согласно утверждению учёных, имеется 947 рек длиной от 10 до 3000 километров, через которые в год протекает 60 миллиардов кубических метров воды [4]. Невозможно найти в мире государство или территорию, где бы ни решался вопрос эффективного использования водных ресурсов, их охраны и сохранения. На данный момент эта проблема, стоящая перед всем человечеством, заставляет стран мира учиться, а также находить пути её решения и предотвращения вместе, на основе взаимопонимания и солидарности.

По версии специалисты, если все ледники мира растают, то уровень воды на Земле поднимется до 64 метров, что не только приведёт к затоплению значительной части нашей планеты и уничтожению жизни во многих городах и странах, но и поставит человечество перед серьёзными проблемами во всех других её уголках. По уточнённым данным, сейчас более 3 миллиардов жителей планеты страдают от чистой воды, и прогнозируется, что к 2025 году это число приблизится к 4 миллиардам. В настоящее время от нехватки питьевой воды умирают от 800 до 900 детей в возрасте до 5 лет [5].

Заслуживает констатацию тот факт, что Таджикистан и глава его государства начали выдвигать инициативы по

защите климата и воды с 2009 года в Копенгагене на встрече сторон по изменению климата, а затем на встречах высокого уровня во Франции, Швейцарии, Америке. На этих форумах Президент Республики Таджикистан Э. Рахмон указал на стремительное таяние ледников наряду с чрезмерным потреблением воды, которое зависит от роста населения и экономического развития и может принести негативные и страшные последствия. Другие участники также отмечали, что эффект глобального потепления может привести к сокращению ледников и снежных отложений на мировом уровне, особенно в регионах их большого скопления.

Как известно, по предложению Президента Республики Таджикистан на 54-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН (1 октября 1999 года) 2003 год был объявлен Годом чистой воды. Эта инициатива положила начало проведения Международного форума по пресной воде, который состоялся в столице страны - г. Душанбе в 2003 году. В этом контексте во всем мире был реализован ряд полезных мер. В 2023 году исполнился 20 лет с момента первой инициативы Таджикистана, но вопрос обеспечения питьевой водой населения планеты по-прежнему вызывает беспокойство.

По другой инициативе Президента Таджикистана 23 декабря 2003 года Генеральная Ассамблея ООН на основании Душанбинской Декларации приняла соответствующую Декларацию, и объявила 2005-2015 годы Международным десятилетием действий «Вода для жизни». В ходе реализации этой Декларации в Таджикистане было проведено несколько мероприятий регионального и международного уровня.

Примечательно, что именно на основе этой работы только за последние 20 лет ООН приняла пять Резолюций по решению водной проблемы, что является знаком высокого признания и уважения и доказательством стабильное положение Республики Таджикистан на международной арене. К этим фактам можно добавить, что инициативы Президента нашей страны по улучшению качества питьевой воды, вопросы, связанные с водой и наукой, охраной ледников вошли в мировую повестку развития и открыли новые страницы в истории развития человечества.

Очередная инициатива Президента Таджикистана об объявлении 2025 года Международным годом защиты ледников и Международным днем защиты ледников 21 марта каждого года получила полную поддержку мирового сообщества и является путём в светлое будущее нашей планеты. Несомненно, принятие этой резолюции является важным и историческим шагом в мире, благодаря которому мировое сообщество получит возможность принять необходимые совместные меры для защиты крупнейших источников питьевой воды. На этой основе в рамках ООН был создан Международный фонд защиты ледников, а в 2025 году в г. Душанбе состоится международная конференция высокого уровня по этой теме.

В последние годы проблема изменения климата стала глобальной проблемой, и внимание мирового сообщества к ней возрастает. Этот процесс приводит к таянию ледников, повышению уровня воды в реках, приходу паводков и, прежде всего, к нехватке чистой питьевой воды. Все государства мира реально осознают, что сокращение и последующее уничтожение источников питьевой воды на планете может привести человечества к множеству жизненных, социальных и экономических проблем. В связи с этим всем странам мира необходимо как можно скорее разработать и реализовать необходимые совместные меры для решения этих глобальных проблем.

Республика Таджикистан богата водными ресурсами, в ней имеется более 155 озёр различных размеров и тысячи обычных и минеральных источников, истоком всех рек и озёр на её территории – ледниковые. Половина населения планеты страдает от нехватки питьевой воды, и, благодаря огромным запасам ледников, население Таджикистана не ощущает её нехватки.

Ледник - одно из главных богатств и основной источник пресной и чистой воды, все крупнейшие реки Таджикистана Пяндж, Зарафшон и Сир-дарья берут своё начало, именно, из ледников. За последние несколько лет произошли серьёзные климатические изменения, которые привели к таянию ледников. Почти 6 процентов территории Республики Таджикистан занимают ледники, общая площадь которых составляет 8476,2 квадратных километров [2].

Безусловно, наглядным последствием изменений климата выступает в быстрое таяние ледников в результате глобального потепления. К сожалению, этот процесс можно наблюдать в Арктике, Антарктиде и Гренландии. Помимо серьёзных изменений ледников на суше аналогичная ситуация складывается и на ледниках Памира в Таджикистане. Наглядным примером сказанного является таяние крупнейшего ледника на суше - Федченко в Таджикистане, длина которого превышает 75 километров. Исследования показывают, что только за последние 70-80 лет ледник Федченко сдвинулся более чем на 1 км, а его площадь уменьшилась до 44 квадратных км. При этом его объём сократился на 15 кубических километров, а средняя скорость таяния вершины ледника составляет 16 метров в год [3].

Одним из факторов, тесно связанных с изменением климата, являются горы. Поскольку Таджикистан считается горной страной, он активно участвует в решении этой проблемы. Поэтому вопрос изменения климата, наряду с мировым сообществом, находится в центре внимания Правительства республики. Несколько лет назад в Таджикистане было более 14 тысяч малых, средних и крупных ледников, а сегодня более 1000 из них исчезли, что вызывает серьёзное опасение [6].

Неоспоримый факт, что в Таджикистане проделана большая работа по предотвращению таяния ледников и уменьшению стихийных бедствий. В частности, для охраны и сохранения ледников Правительством Республики

Таджикистан принята «Государственная программа изучения и охраны ледников Таджикистана на 2010-2030 годы». Более того, в феврале 2017 года Таджикистан ратифицировал «Парижское соглашение об изменении климата», которое заложит прочную основу для дальнейших совместных усилий по решению вопросов, связанных с изменением климата.

В качестве заключения стоит отметить, что максимальный учёт наличия, состояния и использования водных ресурсов как важнейшего фактора экологического, экономического и социального развития стран и мира в целом, позволяет концептуальным направлениям национальных стратегий перейти на более высокий уровень реализации модели устойчивого развития с наименьшими издержками и ущербом. В этом случае результаты межгосударственного сотрудничества в водной сфере между странами и регионами могут привести к эффективному решению данной проблемы.

Список литературы

1. Много ли воды на Земле? Интернет-ресурс: http://www.cawater-info.net/all_about_water/?p=953 ... (дата обращения: 27.09.2023)
2. Почему ледники Таджикистана тают и насколько это опасно для нас? Интернет-ресурс: <https://cabar.asia/ru/> ... (дата обращения: 03.10.2023)
3. Президент Таджикистана предложил объявить 2025 год Международным годом защиты ледников. Интернет-ресурс: <https://orient.tm/ru/post/26821/> ... (дата обращения: 05.10.2023)
4. Республика Таджикистан. Интернет-ресурс: <http://tajmigration.ru/respublika-tadzhikistan.html> (дата обращения: 28.09.2023)
5. Сколько людей в мире умирает от нехватки воды? Интернет-ресурс: <https://madetto.ru/> ... (дата обращения: 01.10.2023)
6. С. Рахимзода: «Резкое таяние ледников в частности ледника Федченко вызывает тревогу». Интернет-ресурс: <https://khovar.tj/rus/2016/08/> ... (дата обращения: 03.10.2023)

Сандов А.С., Азимова М.М., Амонова С.Б

ВКАЛАД РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В РЕШЕНИИ ВОДНЫХ ПРОБЛЕМ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Проблема воды является одной из актуальных в современном мире. Вода является основным фактором благосостояния стран Центральной Азии, она имеет ограниченные ресурсы, и считается одной из актуальных проблем геополитического региона. Вопрос обеспечения безопасности этого природного богатства очень важен, и неправильное использование этими жизненно важным ресурсом может спровоцировать социальные и политические конфликты в центральноазиатском регионе.

Общеизвестно, что население стран Средней Азии растёт быстрыми темпами, а водные ресурсы для того, чтобы обеспечить людей здесь пресной водой и оросить новых земель, имеющих большое значение для производства продовольствия, уменьшаются. Несомненно, от наличия питьевой воды во многом зависят условия жизни граждан стран региона, и его развитие в перспективе. Изменение баланса водных ресурсов в результате глобального потепления привело к сокращению водных ресурсов региона. Данная тенденция является реальной угрозой для геополитического положения Центральной Азии, поскольку ухудшение качества и уменьшение количества водных ресурсов может дестабилизировать политическую ситуацию и экономический потенциал региона.

Согласно прогнозу специалистов, к 2050 году население Центральной Азии достигнет 90-100 миллионов человек, что, естественно, в будущем приведёт к увеличению дефицита воды до 25-30% в регионе. Не исключено, что, если водный вопрос здесь не будет решён положительно, то третья сила может использовать его в своих интересах. Поэтому проблема воды ныне стала одной из острых в Центральной Азии в силу того, что в регионе наблюдается значительный дефицит её ресурсов, вызванный многолетней засухой и неэффективным использованием рек и озёр. Разумеется, наиболее серьёзным аспектом этой проблемы является, именно, нехватка питьевой воды в ряде государств региона.

Безусловно, надвигающийся водный кризис в Центральной Азии угрожает не только экономическому развитию государств, расположенных здесь, но и жизни миллионов людей, проживающих в этих странах. Недостаток пресной воды из-за изменения климата и неэффективного управления водными ресурсами создают существенные вызовы для стран региона. Привлекает внимание то, что с приходом лета столицы и многие маленькие города Центральной Азии сталкиваются с острой проблемой доступа к питьевой воде [1].

По данным Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО), запасы водных ресурсов в странах Центральной Азии в расчёте на душу населения - достаточны (около 2,3 тыс. куб. м). Здесь проблема заключается не в дефиците воды, а в её нерациональном использовании.

В этом плане китайские эксперты уверены, что при разумном использовании водных и земельных ресурсов в странах региона можно сэкономить 56% воды, и накормить 387 млн. человек. В Таджикистане, по информации экспертов, для нужд птицефабрик используется в 61 раз больше поливной воды, Узбекистан в животноводстве берёт в 10 раз больше, Туркменистан для выращивания хлопка-сырца использует в 42 раза больше, чем в КНР.

Использование воды между странами Центральной Азии неравномерное. Например, хотя 55,4% воды в другие страны региона поступает из Таджикистана, однако Таджикистан использует только 15% её из бассейна Амударьи и 7% из Сырдарьи [2].

Другой острый вопрос, касающийся решению данного вопроса, касается невыполнения некоторых межгосударственных соглашений, которые были приняты в странах Центральной Азии, и они не реализуются на должном уровне. Так, Соглашение об использовании водно-энергетических ресурсов Сырдарьи не реализовано в полной мере. Согласно этому соглашению, Узбекистан и Казахстан должны поставлять электроэнергию Республике Таджикистан в зимний сезон, а Таджикистан должен компенсировать в полтора раза больше электроэнергии в летний сезон. Но, к сожалению, механизмы данного соглашения работают не идеально, и проблема с каждым годом растёт, не имея своего практического решения.

Одной из экономических и социальных угроз миру и стабильности центральноазиатского региона является строительство движением «Талибан» на севере Афганистана канала Куштеппа для орошения более 550 тысяч гектаров пустырей, которые будут получать воду из Амударьи, что повлияет на ситуацию с водоснабжением, от чего непосредственно пострадают страны нижнего течения - Узбекистан и Туркменистан.

По словам эксперта в области экологии Н. Шулепиной, поскольку этот канал строится с расчётом на получение 10 кубокилометров воды из Амударьи в год, даже если из трансграничной реки будет поступать в два раза меньше воды, это будет чувствительно для стран нижнего течения. Средний объём многолетней реки составляет 79 кубических

километров. Протяженность от истоков Пянджа до Аральского моря составляет 2540 километров. Но река уже не доходит до Аральского моря [3].

Поэтому странам региона необходимо в срочном порядке работать над обновлением стратегии водопользования, использованием новых мелиоративных технологий, направленных на экономию водных ресурсов.

Подводя итог вышеизложенному краткому анализу, можно сделать следующие выводы:

1) сотрудничество между странами Центральной Азии должно укрепляться во всех сферах, и особое внимание следует уделить вопросу охраны водных ресурсов, экономного и рационального их использования одновременно с экономическими технологиями;

2) как нам представляется, в целях купирования имеющихся водных разногласий между государствами Центральной Азии необходимо выработать совместную программу рационального водопользования в регионе;

3) необходимо создать единый координирующий орган. Функционирующие в Ташкенте Объединенный диспетчерский центр «Энергия» и Международная координационная водохозяйственная комиссия не справляются с этой ролью, и не в должной мере учитывают интересы стран «верховья». Неэффективной также остается имеющаяся их нормативно-правовая база;

4) целесообразно было бы обсуждение механизма решения водных проблем в регионе с привлечением России, поскольку примирить страны «верховья» и «низовья» может только «бартерная» система справедливого обмена гидроресурсами, применявшаяся в СССР. Россия способна сыграть посредническую роль в переговорах об оптимизации управления водными ресурсами, используя для этого механизмы ШОС, ЕАЭС. Первым шагом к этому могло бы послужить получение Россией статуса наблюдателя в Международном фонде спасения Арала;

5) страны «верховья» должны использовать воду разумно и справедливо, и не наносить вред странам нижнего течения. В случае реализации любого проекта, который может снизить уровень воды и нанести вред странам низовья, своевременно информировать страны низовья и консультироваться с ними;

6) установить более широкое сотрудничество в области защиты ледников в странах Центральной Азии;

7) все страны Центральной Азии должны внести свой вклад в строительство Рогунской АЭС, чтобы весь регион был обеспечен электроэнергией;

8) в Республике Таджикистан находится одно из крупнейших озёр – Сарезское озеро, известное своей питьевой водой и опасным своим расположением в Центральной Азии. Было бы в интересах стран региона найти крупного инвестора, чтобы рационально использовать запасы его воды.

Список литературы

1. Водный кризис в Центральной Азии - ключевые пути решения // <https://caneecsa.org/> ... (дата обращения: 21.09.2023)
2. Дефицит воды в Центральной Азии // <https://e-cis.info/news/566/107472/> ... (дата обращения: 27.09.2023)
3. Как повлияет строящийся в Афганистане канал Кош-тепа на Амударью? // <https://sreda.uz/rubriki/> ... (дата обращения: 01.10.2023)

Саидова Б.М.

БАЪЗЕ АНДЕШАҶО ДОИР БА ХУСУСИЯТҶОИ ИСТИЛОҶОТИ СОДАИ ТИББӢ ДАР «ДОНИШНОМА»-И ҲАКИМ МАЙСАРИ

Кафедраи забони тоҷикии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Муҳиммияти мавзӯ. Калима воҳиди мушаххаси илми забоншиносӣ буда, шарҳу тафсири он яке аз масъалаҳои муҳими шоҳи луғатшиносӣ

маҳсуб меёбад. Ҳанӯз аз даврони қадим донишмандони соҳаи забоншиносӣ барои муайян кардани дарки калима ва шарҳу тафсир, маъно ва хусусиятҳои гуногуну серпахлуи калима баҳсу мунозираҳо карда, тадқиқоти зиёди илмиро ба анҷом расонидаанд. Имрӯз омӯзиши осори ниёгон метавонад барои ҳалли масъалаҳои баҳсноки истилоҳсозиву истилоҳгузини мусоидат намояд.

Мақсади тадқиқот. Дар “Донишнома”-и Ҳаким Майсарӣ истилоҳоти тиббӣ серистеъмол буда, маъно ва мафҳумҳои гуногуни тиббию ифода мекунад. Дар мақолаи мазкур истилоҳоти содаи тиббӣ дар асоси сарчашмаҳои илмӣ мавриди таҳлилу баррасӣ қарор гирифтааст.

Натичаи тадқиқот. “Донишнома” асари тиббиест, ки дар шакли назм иншо гардидааст. Мавқеъ ва истеъмоли истилоҳоти сода дар асари мавриди таҳқиқ хеле зиёд ба мушоҳида мерасад. Истилоҳоти содаи тиббии “Донишнома” аз ҷиҳати семантика ба чунин гурӯҳҳо тасниф намудем:

1. Вожаҳои тиббии анатомӣ:

а) соматизмҳои номи узвҳо: *абрӯ (1 бор), амё (15 бор) ақҳал (варианти миёни даст (2 бор), андом (27 бор), ангушт (10 бор), асаб (6 бор), банд (27), бинӣ (д), босур (8 бор), бослик (10 бор), бун (3 бор), вар/бар (62), гардан (18 бор), гӯш (бор), гунд (5 бор), даҳан (21 бор) \даҳон (24 бор) // фам (2 бор), дандон (73 бор), дил (74 бор), даст (168 бор), забон (27 бор) // зуфон (2 бор), закар (7 бор), зихор (11 бор), зону (1 бор), шикам (41 бор) //ишк (2 бор), қазиб (10 бор), қилк-қулия (4 бор), ком (3 бор), қитф (1 бор), қифол (20 бор) лаб (10 бор), масона (20 бор), меъда (132 бор), мӯй (20 бор), нохун (15 бор), сурра (ноф) (2 бор), пай (7 бор), сина (17 бор) // пистон (11 бор) чилд-пӯст (2 бор), раҳм (45 бор) //раҳим (2 бор), рон (15 бор), рӯх (12), пилк (65), пешонӣ (5 бор), пушт (32 бор), пӯст (18 бор) // чилд (2 бор), рағ (28), сар (83 бор), соқ (5 бор), сурина (88), сура // ноф (5 бор), тан (90 бор), устухон (221) //узом (17), фарҷ (27 бор), хусият (75 бор), хию (56), халк (3 бор), чашм (190), чигар (28), шарён (3 бор), шуш (3 бор), пех (19 бор), гӯшт (26 бор).*

Бояд зикр намуд, ки дар истилоҳсозӣ вожаҳои соматикӣ нақши муҳим доранд ва мавқеи баъзеи онҳоро дар ин ҷода шарҳ хоҳем дод. Дар “Донишнома”-и Ҳаким Майсарӣ вожаи *тан* ҳамчун ифодакунандаи тамоми

узвҳои бадан омадааст. Баромади ин вожа ба давраи қадими забони форсӣ рафта мерасад: форсии нав *tan* «форсии миёна : *tan* фории бостон: *tanu*. Ин вожа муштақ аз хиндуаврупой * *tanu* аст, ки ба маънии “борик, нозук” [8, 81] фаҳмида мешавад.

Тазаккур бояд дод, ки дар “Донишнома” Ҳаким Майсарӣ вожаи *тан*-ро ба ду маъно (маъноҳои асли ва маҷозӣ) истифода намудааст:

*Чу хоҳад назди гармова биёяд,
Ба тан дар ранчу на иллат физояд*[4, 98].

*Пизишкӣ, донишаш танро паноҳ аст,
Ва дин донишонаш ҷонро сипоҳ аст* [4, 15].

Дар асари мазкур тавассути истилоҳи соматикӣ *тан* калимаҳои мураккаби *тандуруст*, *тандурустӣ*, *тансӯзӣ* ва ғ. сохта шудааст. Вожаи *тандуруст* аз исми *тан* + сифати *дуруст* таркиб ёфта, ба маънои солим, саломат (4 маротиба); вожаи *тансӯз* аз исми *тан* + феъли замони ҳозираи *сӯз* сохта шуда, ба маънои дарди сӯзон, дарди сӯзанда (1 маротиба); *тандурустӣ* аз исми *тан* + сифати *дуруст* + пасванди + *ӣ*, ба маънои *солимӣ*, *саломатӣ* (5 маротиба) истифода гардидааст:

*Ва он касро, ки ӯ худ тандуруст аст,
Ҳанӯз андар танаи иллат нарастад* [29].

*Мар эшонро ҷимову ранчу сахтӣ,
Мазаррат орад андар тандурустӣ* [31].
*Табаи бар ним рӯз ояд ба ҳар рӯз,
На гарми гарм, на монанди тансӯз* [121].

Бо вожаи *тан*, инчунин, ибораистилоҳҳои *мири тан*(сах.17), *мизочи тан*(с.18) ва таркиби *тан ба тан* (с.14) истифода шудааст. Вожаи *тан* серистеъмол буда, дар “Донишнома” зиёда аз 164 маротиба истифода шудааст.

Вожаи “сар”, ба гурӯҳи калимаҳои сермаъно шомил буда, шакли қадимии он дар Эрони бостон ба таври зайл аст: Эрони бостон * *sarāh* < авастӣ: *sarāh*. <форсии миёна: *sar* <форсии нав: *sar*: Ин вожа дар форсии нав ва форсии миёна ҳамгун буда, дар давраи нав низ ба тағйироте дучор нагардидааст.

Вожаи *сар* ҳамчун истилоҳ хусусияти асосии худ-гардишпазиро нигоҳ дошта, дар “Донишнома” бо ин калима истилоҳ ва ибораистилоҳоти зиёде, аз қабилӣ *саршикаста* (34), *сардари* (116), *дарди сар* (25), *дарди нимсара* (34), *миёни сар* (118), *гардиши сар* ба маъноҳои ифодагари номи беморӣ, аломат ё худ симптоми яке аз беморӣ оварда шудааст. Инчунин Ҳаким Майсарӣ дар рисолаи худ ибораистилоҳҳои «миёни сар» (118), «сари пистон» (79), «сари ангушти нохун» (129), «сари ангушти дасту пой» (129)-ро ба маънои қисме аз узв истифода намудааст.

Вожаи “сар” дар “Донишнома” беш аз 101 маротиба: ба сифати истилоҳоти тиббӣ, чун номи узв –83 бор; номи беморӣ ва симптомҳои беморӣ 15 бор ва ба сифати образи бадеӣ дар 3 маврид истифода гардидааст.

Вожаи дигаре, ки дар сохтани истилоҳоти тиббӣ серистеъмол аст, *чашм* мебошад. Вожаи *чашм* ба забони форсии бостон тааллуқ дошта, дар забони форсии нав идома аз забони форсии миёна мебошад. Ин вожа дар се даври таърихи ташаккули забони форсӣ ба тағйироте дучор наомадааст. Ин калима идома аз забони форсии бостон мебошад, ки ба гунаи авастӣ бунёди муштарак дорад [5, 82].

Вожаи мазкурро муаллиф ба муродифҳои дида, *дидагон*, *айн* низ истифода намудааст. Ҳаким Майсарӣ аз ин вожа бо усулҳои гуногун калимасозӣ вожаҳои истилоҳоти сохтани мураккаб ва ибораистилоҳ сохтааст: *чашмакон* (сах.44), *дидагон* (45) *чашмдари* (38), *бузургчашм* (18), *азракчашм* (20), *чашмкабуд* (20), *сияҳчашм* (20), *фороҳчашм* (26), *тангчашм* (20), *азракчашм* (20), *мешчашм* (20), *чашмгӯша* (43); ибораистилоҳи - *чашми торик* (26), *чашми борик* (26), *оби чашм* (42), *сиёҳии чашм* (42), *зардии чашм* (24), *мижгонаки чашм* (44), *равшани чашм* (43), *пилки чашм* (44) ва ғ.

Зикр кардан бамаврид аст, ки Ҳаким Майсарӣ барои таъмини оҳангнокӣ ва фасоҳати вазну қофияи шеър вожаи “*чашмакон*”-ро бо гунаи *дидагон* дар 8 маврид ба қор бурдааст:

*Касе к-аш уфтад бар чашмакон бар,
Садедӣ бар сиёҳӣ чашмакон бар* [4, 38].

Аз таҳлили ин маводи ғарбӣ маълум гардид, ки соматизмҳо дар сохтани истилоҳоти тиббӣ серистеъмоланд ва омӯзиши онҳо аз диди забоншиносӣ аҳамияти бениҳоят калон дорад. Истилоҳ ва ибораистилоҳоте, ки чун соматизмҳо дар асар ҷой дода шудаанд, қисми зиёди онҳо ҳанӯз ҳам тобиши маъноии худро дар забони зиндаи имрӯза тоҷикӣ нигоҳ дошта, мавриди истифода қарор доранд.

б) номи беморӣҳо, ҳолати табиӣ ва нотабиӣ бадан: *бавосир* (7 бор), *барас*(песӣ) (1 бор), *босур* (8), *варам* (39 бор), *вабо* (11 бор), *гар* (3 бор), *дард* (634), *думал* (8 бор), *дармон* (25), *зарир* (ярақон) (5 бор), *захм* (29 бор), *зуком* (7 бор), *иллат* (129 бор), *исхол* (44 бор), *карӣ* (4 бор), *калаф* (доғи кунчидак) (8 бор), *таб* (118 бор), *лақва-фалаҷи рӯй*, *каҷшави даҳон*(4 бор), *канҷӣ*(кузпуштӣ) (10), *кур* (3 бор), *қулинҷ* (17 бор), *логар* (13 бор), *никрис* (10 бор), *носур* (10), *нуқсон* (6 бор), *обила* (8 бор), *омоҳ* (36)//-*омос* (11), *обистанӣ* (10 бор), *рамад* (2 бор), *реш* (84 бор), *риҷо* (4 бор), *руоф* (1 бор), *саръ* (13 бор), *сакта* (9 бор), *савдо* - *савдой* (31), *сил* (5 бор), *субот* -*осоиш* (5 бор), *сарсом* (11), *саратон* (46 бор) *сулоқ* (1 бор), *таб* (59 бор), *тарф* (7 бор), *тоун* (4 бор), *фолич* (фалаҷ) (8 бор), *хафа* (11 бор), *халфа* (хайва шикамравиш) (4 бор), *хашам* (1 бор), *хашам*(1 бор), *хим*(3 бор), *хунок*// *хунок* (бӯғма) (2 бор), *хайз*(33 бор), *ҳасба* (1 бор), *хуқна* (21 бор), *ҷараб* (5 бор), *ҷуззом* (4 бор), *шухус* (1 бор), *шаира* (1 бор), *ширинаҷ* (4 бор),

Вожаи *дард* дар “Донишнома”-и Ҳаким Майсарӣ серистеъмол буда, ҳамчун истилоҳи тиббӣ ба маънои беморӣ, касалӣ, мараз (*Morbus*) қорбааст шудааст [6, 329; 8, 140]. Вожаи мазкур беш аз 634 маротиба мавриди истеъмол қарор гирифта, бо василаи он калимаҳои мураккаб ва ибораистилоҳҳои зиёди тиббӣ сохта шудааст:

*Шикам 3-ӯ дард гардад сахту сардард.
Ба сар барнех-ш халлу равғани вард [4, 116].*

*Пас он гаҳ он касе, к-аш чашмдард аст,
Сапедий чашми ӯ торик кардаст [4, 38].*

Вожаи дард чун чузъи калимаҳои мураккаб истилоҳоти тиббӣ сохтааст: *сардард* (1 бор), *дандондард* (1 бор) ва *чашмдардро* (1 бор):

Ишикам 3-ӯ дард гардад сахту сардард.

Ба сар барнехш халлу равғани вард [4, 116]

Дар асари мавриди назар бо вожаи дард ибораистилоҳҳои зиёде сохта шудааст, ки қисме дар истеъмоланд ва бархе дар истеъмол нестанд: дарди сар (6 бор), дарди дандон (9 бор), дарди чашм (8 бор), дарди пой (3 бор), дарди рӯда (1 бор), дарди кулинч (1 бор), дарди дандон (9 бор), дарди мункар (1 бор), дарди ниҳонӣ (6 бор), дарди гӯш (4 бор), дарди бинӣ (1 бор), дарди гулӯ (1 бор), дарди дил (1 бор), дарди пистон (1 бор), дарди меъда (10 бор), дарди чигар (5 бор), дарди сипурз (2 бор), дарди куланч (1 бор), дарди сахт (6 бор), дарди кулия (1 бор), дарди бандҳо (3 бор), дарди раҳм (5 бор), дарди шикам (2 бор), дарди ниҳонӣ (3 бор), дарди ричо (2 бор), дарди мақъад (2 бор), дарди никрис (1 бор), дарди соки пой (1 бор), дарди зону (1 бор), дарди пушт (2 бор), дарди сӯзон (1 бор), дарди нухфта (1 бор), дарди бисёр (1 бор), дарди носур (1 бор), дарди ноҳис (1 бор), дарди зишт (2 бор), дарди марг (1 бор).

Дар “Донишнома” вожаи “дард” бо гунаҳои иллат (129 бор), дар шакли ибораистилоҳи иллату дард (14 бор) ва дарду иллат (11 бор) низ истифода шудаанд:

2. Вожаҳои фарматсевтӣ:

а) гиёҳу буттаҳо: *асмад* (1 бор), *афс* (10 бор), *афюн* (1 бор), *анисун* (4 бор), *анчир* (13 бор), *ангубин* (66), *асорун* (1 бор), *ангур* (4 бор), *ангуҷад* (1 бор), *анчура-газна* (1 бор), *барзад* (5 бор), *биринч* (3 бор), *бобуна* (13 бор), *бодом* (34 бор), *боқлӣ* (1 бор), *вард* (60 бор), *гавз* (16 бор) // *чазм* (10 бор), *гашниз* (8 бор), *гандум* (1 бор), *гил* (7 бор), *гул* (20 бор), *говарс* (1), *занчабил* (3), *зира* (48 бор), *испарғам* (1 бор), *катино* (7 бор), *карам* (3), *каду* (каду), *каснӣ* (1 бор), *нор* (48 бор), *турб* (7 бор), *зира* (28 бор), *хурмо* (24), *лубиё* (3 бор), *сипандон* (10 бор), *курс* (49 бор), *мавиз* (14 бор), *пудина* (21 бор), *самғ* (18 бор), *қоқиё* (15 бор), *сирка* (3 бор), *нахуд* (13 бор), *чав* (2 бор), *ушак-самғи тарсус* (1 бор), *ирисо* (2 бор), *судоб* (7 бор), *себ* (18), *шафтолу* (1 бор), *мозариюн* (5 бор), *себ* (18), *шафтолу* (1 бор), *мозариюн* (5 бор), *хурмо* (24 бор), *гурунч* (1 бор),

б) Маводу ашё ва маъданҳо: *абрешим* (2 бор), *гӯгирд* (7 бор), *баранг* (4 бор), *гил* (7 бор), *оҳак* (13 бор), *зоғ* (1 бор), *зарних* (15 бор), *кахрабо* (14 бор), *мозу* (4 бор), *мардосанг* (13 бор), *мушк* (36 бор), *сурма* (15 бор), *хокистар* (6 бор), *тӯтиё* (3 бор), *шангарф* (1 бор),

Хулоса. Ҳақим Майсарӣ дар асари хеш истилоҳоти зиёди тиббиро ба кор бурда, роҳу воситаҳои пайдоиши бемориҳо, роҳҳои баргараф ва пешгирии онҳоро нишон додааст. Дар маводи гирдомада вожаҳои соматикӣ дар сохтани истилоҳоти тиббии сохта ва мураккаб ва ибораистилоҳот серистеъмоланд. Омӯзиши истилоҳоти илмӣ, хусусан тиббӣ дар осори адабони классикӣ метавонад ба ҳалли масъалаҳои баҳсноки ин соҳа мусоидат намояд.

АДАБИЁТ:

1. Вожаномаи тиббӣ. Ҷ.2. Сарредаксияи илмӣ энциклопедияи миллии тоҷик, Душанбе 2014 - 814с.
2. Забони адабии ҳозираи тоҷик. Қисми 1. Душанбе, “Ирфон”. 1973, 451 с.
3. Зоҳидов Х. Ҳазинаи тиббӣ қадим. Душанбе, ирфон, 1990, 622 с.
4. Майсарӣ, Ҳ. Донишнома. Техрон. 1366 .- 130 с.
5. Саймиддинов Д. Вожаҳои забони форсии миёна/ Д. Саймиддинов. – Душанбе, 2001.-310 с.
6. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Ҷ.1.-М.: СЭ, 1969.-949с.
7. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Ҷ.2.-М.: СЭ, 1969.-952с.
8. Фарҳанги тиббии ниёгон. Сарредаксияи илмӣ энциклопедияи миллии тоҷик, Душанбе 2016 - 774с.

Саидова Б.М.

МАВҚЕИ ИСТИЛОҲОТИ ТИББII АРАБИАСОС ДАР «ДОНИШНОМА»-И ҲАКИМ МАЙСАРИ

Кафедраи забони тоҷикӣи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Муҳимияти мавзӯ. Забони тоҷикӣ чун забонҳои бузурги дигар дар давраи раванди ташаккули худ аз забонҳои хеш ва аз забонҳои бегона вом гирифта, таркиби луғавии худро мукамал намудааст. Вожаҳои иқтибосӣ ё худ калимаҳои қарзӣ вожаҳои мебошанд, ки аз як забон ба забони дигар ворид шудаанд, иқтибосшавии онҳо яке аз роҳҳои асосии ғани гардидани таркиби луғавии ҳар як забон ба ҳисоб меравад. Калимаҳои иқтибосии арабӣ дар бӯи гардидани таркиби луғавии забони тоҷикӣ саҳми бориз доранд.

Мақсади тадқиқот. Маводи мақолаи мазкурро сарчашмаҳои илмӣ ва калимаҳои иқтибосии арабиасоси “Донишнома”-и Ҳақим Майсарӣ ташкил намудааст. Дар мақолаи мазкур мавқеъ ва истифодаи вожаҳои арабӣ мавриди таҳлил қарор гирифтааст.

Натиҷаи тадқиқот. Баъди аз забт кардани Хуросону Мовароуннаҳр аз тарафи арабҳо (қарнҳои VII –VIII) қараёни ба забони тоҷикӣ ворид гаштани вожаҳои иқтибосии арабӣ оғоз ёфт. Иқтибосшавии калимаҳои забони арабӣ ба таркиби луғавии забони тоҷикӣ бевосита сураи гирифта, онро бо ғани гардонидаст. Иқтибосшавии вожаҳои арабӣ сабаби омилҳои худро дорад: истилоғарони араб дар мамлакатҳои забткарда забони арабиро зӯран қорӣ менамуданд; ба воситаи тарҷума, забони арабӣ, ки забони Куръони маҷид аст; дар доираҳои илми Шарқи исломӣ, ки забони муошират арабӣ буд; баъзе ҳокимони маҳаллӣ барои мақоми худро дар ҳилофат мустаҳкам нигоҳ доштан, забони арабиро ташвиқ менамуданд [2, 32-33].

Зикр кардан бамаврид аст, ки ба забони тоҷикӣ дохил шудани унсурҳои лексикӣ арабӣ дар ҳамаи давраҳои хусусияти якнавохт надошт ва дар баробари вожаҳои аслии дар осори илмиву бадеӣ, таърихӣ вожаҳои арабӣ низ серистеъмол буданд.

Дар асрҳои IX-X осори зиёди тиббӣ аз ҷониби доншмандони тоҷику форс таълиф гардиданд, ки дар ташаккул ва тақомули илми тиб нақши муҳим доранд, аз ҷумла Ахвайнии Бухорӣ (Ҳидоят-ул-мутааллимин), Муваффақиддин Абумансур Алиӣ Ҳиравӣ ("Китоб-ул-абния ан ҳақоик-ул-адвия"), Абумансур Ҳасан бини Нӯх ал Қамарӣ ("Ат-танвир") ва ҷанде дигарон шоҳиди гуфтаҳои болост. Ин падидаҳо қарнҳои минбаъда Абурайҳони Берунӣ, Абуалӣ ибни Сино, Исмоили Ҷурҷонӣ ва ҷанде дигарон идома доданд.

"Донишнома"-и Ҳаким Майсарӣ низ аз ҷумлаи асарҳои тиббиест, ки ба забони фасеҳу содаи форсӣ дар шакли назм навишта шудааст. Майсарӣ пеш аз он ки ба китобаш ҳусни оғоз бубахшад, бо қадом забон навиштани онро хеле андешидааст, зеро забони ҳукмрони давр арабӣ ва қорафтадагону мутолаекунадагон бошад, ҳамзабонон-ҳамдиёронаш порсизабон буданд [4,15] ва ахиран ба забони форсӣ таълиф намудани онро авлотар медонад. Майсарӣ кӯшидааст, ки доираи истеъмоли вожаҳои бегонро то андозае маҳдуд намуда, аз вожаҳои мавҷудаи маъмулии тоҷикӣ ва лаҳҷаҳои он истифода намояд. Баъзан дар ҳолати мавҷуд набудани баъзе вожаҳои иқтибосӣ истилоҳоти нави тиббӣ сохтааст, ки дар густариш ва ғайи сохтани таркиби луғавии забони тоҷикӣ саҳми бориз дорад. Бо вучуди ин ҳама кӯшишҳо дар асари мавриди назар истилоҳоти зиёди арабӣ қорбасти гардидаанд, ки ин тақозои замон буд.

Вожаҳои иқтибосии арабӣ дар "Донишнома" мавқеи махсус дошта, доираи истеъмолашон васеъ аст. Аз ин рӯ омӯзиши таҳқиқи он аз лиҳози семантика, этимология, басомад ва гардишпазириву мушаххасбаёнӣ дар шароити кунунии забони тоҷикӣ дархӯрди илмию амалӣ дошта, ба мақсад мувофиқ аст.

Дар "Донишнома"-и Ҳаким Майсарӣ истилоҳоти иқтибосии арабӣ зиёд ба мушоҳида расиданд, ки қисме аз онҳо имрӯз низ ғайиб буда, қисме аз истеъмол баромадаанд ва ё ба гурӯҳи вожаҳои архаистӣ шомил гардидаанд: *абҳар* (1 бор), *авром* (2 бор), *адас* (5 бор), *азала* (12 бор), *акҳал* (2 бор), *амъо* (15 бор), *айн* (2 бор), *аломат* (1 бор), *анзурат* (6 бор), *анбар* (2 бор), *анфха* (2 бор), *ахлот* (2 бор), *афъол* (1 бор), *ақориб* (1 бор) || *акраб* (3 бор), *асаб* (6 бор), *ашҳаб* (1 бор), *бавл* (61 бор), *бавосир* (7 бор), *балғам* (77 бор), *барас* (1 бор), *басар* (1 бор), *батн* (1 бор), *баҳақ* (7 бор), *бат* (5 бор), *батӣ* (2 бор), *бахр* (20 бор), *бусур* (1 бор), *буроз* (14 бор), *бурудат* (2 бор), *булӯғ* (1 бор), *бухур* (5 бор), *буҳрон* (10 бор), *босур* (8 бор), *боҳ* (8 бор), *буҳор* (10 бор), *вабо* (6 бор), *васос* (8 бор), *васос* (8 бор), *даво* (24 бор), *дам* (1 бор), *димоғ* (1 бор), *дик* (32 бор), *дӯхн* (75 бор), *дуввор* (1 бор), *духна* (77 бор), *закар* (3 бор), *зарв* (3 бор), *зарнаб* (1 бор), *зарир* (4 бор), *зарр* (19 бор), *зарур* (19 бор), (1 бор), *заъфарон* (13 бор), *зафъи меъда* (1 бор), *зимод* (1 бор), *зик* (10 бор), *зиқуннафас* (тангии нафас) (6 бор) // *зик* нафас (1 бор), *зафъ* (4 бор), *захир* (2 бор), *зимод* (8 бор), *зуком* (1 бор), *зулмат* (1 бор), *идрор* (1 бор), *иклил* (24 бор), *иллат* (128 бор), *илм* (15 бор), *илми пизишкӣ* (5 бор), *илми набз* (1 бор), *имтило* (11 бор), *илоҷ* (204 бор), *инбисот* (2 бор), *иннин* (1 бор), *исҳол* (44 бор), *истифроғ* (6 бор), *истисқо* (19 бор), *истирҳо* (6 бор), *ихтилоҷ* (2 бор), *икрос* (35 бор), *ифрот* (5 бор), *ихтинок* (2 бор), *ишқ* (3 бор), *ихлил* (2 бор), *ихтибос* (1 бор), *истисқо* (19 бор), *ихтиқон* (2 бор) бо гунаи ҳукна (21 бор), *ичобат* (1 бор), *калаф* (8 бор), *киф* (2 бор), *коҳил* (5 бор), *коҳилӣ* (2 бор), *кудурат* (2 бор), *кулиятайн* (1 бор), *кобус* (2 бор), *лавн* (16 бор), *лакв* (4 бор), *лаҳм* (5 бор), *латиф* (11 бор), *лакв* // *ликв* (24 бор), *лаҳм* (5 бор), *лисон* (2 бор), *луоб* (2 бор), *мазз* (1 бор), *мазаррат* (8 бор), *манӣ* (4 бор), *марҳам* (63 бор), *масона* (14 бор), *матбух* (37 бор), *мафосил* (8 бор), *мараз* (5 бор), *мачасса* (1 бор), *мачро* (3 бор), *манӣ* (5 бор), *манфиат* (2 бор), *марҳам* (63 бор), *мариз* (5 бор), *марҳам* (63 бор), *маъдан* (1 бор), *милҳ* (16 бор), *мақъад* (1 бор), *маъҷун* (29 бор), *маҳрур* (2 бор), *машина* (2 бор), *меъда* (132 бор), *мисқол* (47 бор), *мизоч* (27 бор), *мо-ул-вард* // *мовард* (-гулоб) (10 бор), *мосика* (3 бор), *моя* (5 бор), *музз* (2 бор), *мунҳанӣ* (2 бор), *мум* (2 бор), *муолиҷат* (9 бор), *музмин* (1 бор), *мутавотир* (1 бор), *мурр* (17 бор), *мустақӣ* (3 бор), *муҳил* (12 бор), *муқашшар* (12 бор), *мусамман* (1 бор), *мусаммин* (1 бор), *набз* (52), *назла* (1 бор), *намаш* (1 бор), *нафас* (2 бор), *ниқрис* (10 бор), *носур* (8 бор), *ноҳис* (1 бор), *ноҳуна* (4 бор), *носур* (10 бор), *нусха* (22 бор), *нузла* (3 бор), *нуқс* (1 бор), *нуқсон* (6 бор), *нуҷз* (3 бор), *нутфа* (3 бор), (1 бор), *олот* (5 бор), *оруг* (12 бор), *офат* (7 бор), *окир* (9 бор), *рахим* (2 бор), *райҳон* (4 бор), *ратб* (4 бор), *рамад* (1 бор), *риҷо* (4 бор), *рим* (17 бор), *раъша* (1 бор), *руоф* (1 бор), *сабр* (40 бор), *сидид* (хуноба) (1 бор), *садр* (4 бор), *салим* (4 бор), *салиха* (8 бор), *сакта* (9 бор), *сабал* (3 бор), *савдо* (31 бор), *садоб* (12 бор), *сано* (3 бор), *самғ* (18 бор), *сафарчал* (22 бор), *саръ* (13 бор), *сафро* (63 бор), *суъут* (1 бор), *сукут* (1 бор), *ситабр* (1 бор), *судда* (8 бор), *субот* (5 бор), *сулб* (5 бор), *соъид* (787), *сунбул* (38 бор), *сулоқ* (1 бор), *софин* (4 бор), *соқ* (11 бор), *таъом* (46 бор), *талӣ* (13 бор), *тиҳол* (5 бор), *тоун* (4 бор), *узом* (5 бор), *уруқ* (6 бор), *усора* (4 бор), *утос* (2 бор), *уфунат* (5 бор), *фазла* (1 бор), *фолҷ* (8 бор) // *фалаҷ* (1 бор), *фам* (4 бор), *фасд* (2 бор), *фарҷ* (21), *фитқ* (3 бор), *феъл* (3 бор), *хавониқ* (7 бор), *хафакон* (4 бор), *халф* (4 бор), *хиёр* (20 бор), *хилт* (3 бор), *хуннок* (2 бор), *хусия* (1 бор), *хусиятайн* (1 бор), *хузаз* (2 бор), *ҳазм* (11 бор), *ҳайз* (33 бор), *ҳалила* (33 бор), *ҳаб* (71 бор), *ҳалқ* (8 бор), *ҳалво* (14 бор), *ҳанзал* (40 бор), *ҳасба* (1 бор), *ҳозима* (3 бор), *ҳол* (20 бор), *ҳиҷомат* (22 бор), *ҳолибайн* (9 бор), *ҳукна* (21 бор), *қабз* (1 бор), *қавӣ* (10 бор), *қай* (80 бор), *кирот* (1 бор), *кифол* (20 бор), *қулинҷ* (17 бор), *қурӯх* (3 бор), *курс* (69 бор), *ғализ* (2 бор), *ғизо* (34 бор), *ғофис* (5 бор), *ғоят* (2 бор), *ҷазб* (1 бор), *ҷараб* (5 бор), *ҷароҳат* (22 бор), *ҷимоъ* (5 бор), *ҷисм* (11 бор), *ҷинс* (1 бор), *ҷузум* (4 бор), *шарён* (3 бор), *шароб* (19 бор).

Истилоҳоти тиббии арабиасоси "Донишнома"-и Ҳаким Майсариро аз ҷиҳати маъно ба таври зайл ҷудо намудем:

а) истилоҳоти ифодакунандаи номи узвҳо - соматизмҳо: *асаб*, *амъо*, *бахр*, *димоғ*, *зарнаб*, *зарр*, *закар*, *ихлил*, *казиб*, *кифт*, *коҳил* (миёни ду киф), *лӯб*, *масона*, *мачро*, *машина*, *мафосил*, *меъда*, (1 бор), *маъқад*, *набз*, *набъ*, *нутфа*, *рахим*, *шарён*.

Ва изхир гарму хушк асту ба як роҳ,
Бурун орад зи **меъда** дарду омоҳ [4, 24].

Ва ҷундибедастар ишкам гушояд,
Ба **асаб** андарун гармӣ физояд [4, 24].

Ду донг аз шахми ханзал хӯрдан в-он,
Барандозад **мафосил** балғам осон. [4, 30]

Гар аз иллат дар у бинӣ нишоне,
Нигонаш кун бавлу набзашро замоне [4, 32].

б) номи бемориҳо, ҳолати табиӣ ва носолимии бадан: *артуш, бавосир//босур, барас, вабо, варам, васвос, диқ, қалб-ул-қалб, зарир (ярақон), зафӣи меъда, зик-ун-нафас, зуком, истихро, иллат, иннин, истиско, исҳол, ихлил, иҷобат, ишқ, калаф, қай, қобус, лаква, нуқсон, никрис, нохуна, машина, мосика, мунҳанӣ, мусамман, икрис, носур, оқир, ричо, сакта, савдо, саръсубот, судоъ (дарди сар), тоун, фолҷи// фалаҷ, ҷараб (бемории занбуругӣ, қалӣ), ҷуззом, хафақон, ханосир, ҳайз, ҳасба, ҳукна, ҳуноқ, қулинҷ; варам, зарв, зик, заъф, зарир, иқрор, иллат, имтило, ихтибос, иҷобат, касиф, маҳрур, мучасс, мосика, музз (а), мурр, намаш, халфа (бар асари мараз беғизо бемайл шудан :*

В-гар дарди куллия ёбӣ **варамро**,
Марон аз баҳри вай ту ҳеҷ ғамро.
Нишонаш он, ки ӯ ёбад гаронӣ,
Ба пушташ гар **варам** дорад ниҳонӣ [4, 72].

Вабо бисер вақти меҳргон буд,
Ва беморӣ бад-ин вақте к-аз он буд [4, 89].

Касе, к-аз **нохуна** чашмаш табоҳ аст,
Зи бисёриш биной сиёҳ аст [4, 38].

в) маводҳои давоӣ, маъданҳо ва моеъҳо: *абҳар, анбар, ашҳаб (навӣи анбаре, ки хӯшсифат аст), буссад, маъдан, мумиё, милх, босур, духн, зурур, зимод, каркам, ҳукна, марҳам, матбух, маъҷун, мукашшар, мусмил, мусамин, мусҳил, нучз, нутфа, самғ, салиха (пӯс.ти дарахт) дам, луоб, латиф, балғам ва ғайраҳо.*

Шикаста пою дарди сол фарсуд,
Надорад **мумиё** назди ӯ суд [4, 129].
Ва паррисивушон гарм асту **балғам**,
Зи шуш берун кунад, гардад ҳама кам [4, 24].
Гули уду **салиха** дорчинӣ,
Ва афсантин шиносӣ гар-ш бинӣ [4, 59].

Тасмим гирифтем, ки шарҳи баъзеи истилоҳотро таҳлилу баррасӣ намоем. Чунончи:

Вожаи *заҳир* дар фарҳангҳои соҳавӣ ба маъноҳои гуногун шарҳ дода шудааст. Дар фарҳанги тиббӣ ниёгон вожаи заҳир: 1. Навъ аз исҳол, ки бар асари решӣ рӯдаҳо эҳсоси шикамравӣ ба амал ояд, вале чун бемор ба қазои ҳоҷат нишинад, чандон чизе берун наояд, печиш; 2. Лоғарӣ ва рангпаридагӣ ба сабаби беморӣ; 3. Касе, ки дарди тахтапушт дошта бошад [7, 177].

Х. Зоҳидов дар асараш "Ҳазинаи тиббӣ қадим вожаи "заҳир"- ро ба маънои печиш овардааст. Ин ҳаракатест ғайритабии дар рӯдаи фурудин, яъне дар рӯдаи рост барои дафъ кардани фузлае, ки дар он банд бошад ва ба соҳибаш озор расонад бо мавҷудияти миқдор ва қайфият ё бо ҳар дуи он якҷоя. Ин иллат маҳз ба рӯдаи рост хос аст, дар дигар рӯдаҳо ба ҳам намерасад. Заҳир ҳам бо хун мешавад ва ҳам бе хун. Дар асар муаллиф ду нави заҳир: ҳақиқӣ ва ботил оварда шудааст. Заҳири ҳақиқӣ аз сабаби варам кардани рӯдаи рост ва рехтани хилти сафровӣ ё балғами шӯри шахшӯл ва ё аз сабаби бисёр ништастан бар замини саҳт ва намнок ба ҳам мерасад. Заҳири ботил аз банд шудани фузлаи хушк ҳодис мешавад, ки пеш аз он чизҳои хушкмиҷози қабзкуандаи дарунӣ хӯрда бошад [3, 161-162].

Важаи мазкур дар асари мавриди назар беаҳсул буда, дар 2 маврид, ба ба сифати номи беморӣ корбаст шудааст:

Касе к-ӯро заҳир андух намояд,
Ва 3-ӯ кам чизаке берун наёяд [4, 69].
Гар исҳолаш набошад аз заҳираш,
Макун ғафлат мар ӯро зуд гираш [4, 69].

Вожаи *ҳукна* исми ҷинси доруҳои обакӣ, ки аз зер бо ёрии ҳукнарезак бирезанд. Вожаи мазкур дар асари мавриди назар 21 маротиба мавриди истифода қарор гирифтааст. Ин вожа имрӯз бештар бо истилоҳи "қлизма" (Clisma) мавриди истифода қарор дорад.

Бояд зикр кард, ки Майсарӣ аз усули ҳукна муолиҷа карданро ва музирроти ин равишро беш аз манфиат медонад ва дар муолиҷаи бемории "Субот" чунин овардааст.

Ва гар бехтар нагардад ҳукна бояд,
Ки ин иллат ба ҳукна беҳ гушояд.
Мгар ман ҳукнаро нусха накардам,
Дар ин нома бад-ӯ хилла накардам.
Зи қутби устодон боз ҷӯяш,
Пас, он гаҳ дардмандро бигӯяш.
Ва гар ҳукна насозад кас, беҳ ояд,
Агарчи дардхоро ҳам гушояд.
Ки коре зишт бошад саҳт ҳукна,
Аз ӯ дар тан бувад бисёр фитна [4, 35].

Вожаи *маъҷун* ҳаҷун истилоҳи фарматсевтӣ дар фарҳангҳои соҳавӣ ба маъноҳои: 1. сиришташуда, чизи аз чанд модда таркибёфта; 2. ҷинсе аз доруҳои мураккаб, ки тариқи сириштани маводди доругӣ бо ангубин ва ё

шираи канд ва хобондани он чанд рӯз ҳосил кунанд ва асосан барои кушодани табиат, бурронидан, ҳал кардан, зудудан ва фарбеҳ кардан ба кор барарнд [6, 280] таширеҳ ёфтааст. Вожаи мазкур дар “Донишнома” 29 маротиба ба сифати маводи давой бо гунаи ибораистилоҳҳои маъҷуни нек, маъҷуни куланҷ, маъҷуни зира, маъҷуни саръ, маъҷуни хуш, маъҷуни зуфо, маъҷуни болодар, маъҷуни мафосил ва оби маъҷун истифода шудааст:

Гар аз маъҷуни зуфо гу хамехвар,
Даморо маст з-ин **маъҷун** бехтар [4, 54].
Ки вай масруъро худ з-ин ҳама бех,
Ва гар **маъҷуни саръ** орӣ бувад бех [4, 36].
Илоҷи вай кун аз **маъҷуни зира**,
Ба барги бегану пилпили бура [4, 66]

Истилоҳоти тиббии арабиасос дар “Донишнома”-и Ҳаким Майсарӣ мавқеи хос дошта, дар замони зиндагонии шоир серистеъмол буданд. Имрӯз қисме аз онҳо ба истилоҳи дигар дар истеъмол қарор дорад ва қисми дигар барои хонандаи имрӯз нофаҳмост. Истифодаи зиёди истилоҳоти тиббии арабӣ дар асари мазкур аз он шаҳодат медиҳад, ки дар ин давра мавқеи калимаҳои арабӣ устувор будааст.

АДАБИЁТ:

9. Вожаномаи тиббӣ. Ҷ.2. Сарредаксияи илмӣи энциклопедияи миллии тоҷик, Душанбе 2014 - 814с.
10. Забони адабии ҳозираи тоҷик. Қисми 1. Душанбе “Ирфон”, 1973, 451 с.
11. Зоҳидов Ҳ. Ҳазинаи тиббӣ қадим. Душанбе, ирфон, 1990, 622 с.
12. Майсарӣ, Ҳ. Донишнома. Техрон. 1366 .- 130 с.
13. Саймиддинов Д. Вожасозии забони форсии миёна/ Д. Саймиддинов. – Душанбе, 2001.-310 с.
14. Тоҳирова Қ.. Лексикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. Душанбе, “Дониш” 1957, 87 с.
15. Фарҳанги тиббии ниёгон. Сарредаксияи илмӣи энциклопедияи миллии тоҷик, Душанбе 2016 - 774с.
16. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Ҷ.2.-М.: СЭ, 1969.-952с.

Саидова С.Н.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В МИРЕ И В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ ТГМУ им.Абuali ибни Сино.Таджикистан.

Актуальность. Туберкулез в 21 веке остается одной из ведущих причин смерти среди инфекционных заболеваний, и Организацией Объединённых наций (ООН) поставлена глобальная цель остановить эпидемию туберкулеза к 2030 г.[2]. Туберкулез продолжает оставаться одной из актуальных инфекций, эпидемиологические показатели которой реагируют на любые изменения в сфере здравоохранения любой страны[1].

Всемирная организация здравоохранения считает туберкулез, наряду с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и малярией, одним из наиболее опасных инфекционных заболеваний и актуальной проблемой для всего мира в связи с ростом заболеваемости, смертности и других эпидемиологических показателей[3].

Борьба с туберкулезом и контроль распространения туберкулеза остаётся одной из важнейших задач мирового сообщества. Всемирная организация здравоохранения разработала стратегию, направленную на ликвидацию глобальной эпидемии туберкулеза, а ее целями являются снижение смертности от туберкулеза на 95% и уменьшение числа новых случаев заболевания на 90% за период с 2015 по 2035 год, а также обеспечение того, чтобы ни одна семья не несла катастрофических расходов на лечение болезни[4].

Материал и методы исследования. Публикации Всемирной организации здравоохранения (глобальные доклады ВОЗ за период 2015-2022 гг., статьи, резолюции сессий Всемирной ассамблеи здравоохранения и т.д.) по проблеме борьбы с туберкулезом, а также статистические данные “Республиканского центра медицинской статистики и информации” Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистан.

Результаты исследования и их обсуждение. По оценкам ВОЗ, примерно одна третья часть населения мира инфицирована микобактерией туберкулеза и есть риск развития этой болезни среди данной группы населения. Ежегодно более 8 миллионов, в 2014 году 9,6 миллионов людей заболевают активной формой туберкулеза, из них около 1000 000 - дети, и около 1,5 миллионов людей умирают от этой болезни, в том числе около 100 000 детей.

Случаи заболевания и смерти от ТБ в 90% наблюдаются в развивающихся странах, при этом, 75 - 85% случаев относятся к наиболее молодому и продуктивному возрасту (15-54 лет).

Выработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) стратегия по борьбе с туберкулезом направлена на снижение заболеваемости на 80% и смертности на 90% по сравнению с базовыми показателями 2015 г. В течение последнего десятилетия число новых случаев ТБ в Европейском регионе ВОЗ сократилось в среднем на 4,3% в том, намечавшаяся положительная тенденция не позволяет решить поставленную задачу. Существенные коррективы в этой связи в обозримом будущем могут потребоваться и по причине возрастания роли нетуберкулезных микобактерий как этиологической причины инфекции, вызываемой микобактериями.

Так, на долю стран Юго-Восточной Азии приходится около 26% от общего числа новых случаев ТБ по всему миру, на долю стран Африканского континента приходится 46% случаев, на долю западных регионов Тихого океана приходится 15% случаев, на долю стран Восточного Средиземноморья приходится 7% случаев, а на долю стран Европы и Американского континента приходится по 3% случаев. Наибольшая частота встречаемости туберкулеза среди всех стран мира отмечается в Индии, где показатель бремени данного заболевания составляет 27% случаев, далее следуют Индонезия и Китай, где этот показатель составляет по 9-10% случаев, по 4-5% случаев ТБ приходится на долю Нигерии, Пакистана и Южной Африки. Стоит отметить, что на указанные страны приходится свыше 60% всех случаев. В странах Европы по данным ВОЗ показатели туберкулеза

характеризуются широкими колебаниями, составляя от 1 до 200 и выше случаев на 100 тыс. жителей.

Во всем мире заболеваемость туберкулезом снижается примерно на 2% в год (т.е. новые случаи на 100 000 населения в год). Самый быстрый спад на региональном уровне с 2013 по 2017 год наблюдался в Европейском регионе ВОЗ (5% в год) и в Африканском регионе ВОЗ (4% в год). За те же 5 лет особенно впечатляющее сокращение (4–8% в год) произошло в южной части Африки (например, Эсватини [бывший Свазиленд], Лесото, Намибии, Южно-Африканской Республике, Замбии и Зимбабве) после пика эпидемии ВИЧ и расширения профилактики и лечения ТБ и ВИЧ, а также в Российской Федерации (5% в год) после активизации усилий по снижению бремени туберкулеза и контроля за ходом их выполнения на самом высоком уровне [4].

Из 7,1 миллиона человек с новыми случаями заболевания ТБ, диагностированных и зарегистрированных в 2019 году, 58% составляли мужчины, 34% - женщины и 8% - дети. Около полумиллиона детей были диагностированы и зарегистрированы как в 2018, так и в 2019 году [3].

По оценкам, в 2017 году туберкулез стал причиной смерти 1,3 миллиона человек (диапазон 1,2–1,4 миллиона) среди ВИЧ-отрицательных людей, и дополнительно было 300 000 смертей (диапазон 266 000–335 000) от туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных. По оценкам, в 2017–2019 гг. было зарегистрировано 10,0 миллионов случаев ТБ (диапазон, 9,0–11,1 миллиона), что эквивалентно 133 случаям (диапазон: 120–148) на 100 000 населения. Смертность от туберкулеза (т.е. число случаев смерти от туберкулеза среди ВИЧ-отрицательных пациентов на 100 000 населения в год) ежегодно снижается примерно на 3%, и за период с 2000 по 2017 гг. она уменьшилась в общей сложности на 42%. Из всех регионов ВОЗ наиболее быстрые темпы снижения смертности за пятилетний период 2013 – 2017 гг. наблюдались в Европейском регионе ВОЗ (11% в год) и Регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (4% в год). В число стран с высоким бременем туберкулеза, в которых темпы снижения смертности в течение пятилетнего периода 2013 – 2017 гг. превышали 6% в год, вошли Российская Федерация (13% в год), Эфиопия (12% в год), Сьерра-Леоне (10% в год), Кения (8% в год) и Вьетнам.

Таджикистан входит в число 30 стран с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ): по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболеваемость РУ-ТБ в 2019 г. в стране составила 26 на 100 тыс. населения, заняв 4-ю позицию после Кыргызстана (43 на 100 тыс. населения), Республики Молдова (34 на 100 тыс. населения) и Российской Федерации (27 на 100 тыс. населения). По оценкам, процент новых случаев РУ-ТБ в 2019 г. составил 29 и 40% среди ранее леченных. По данным ВОЗ, Таджикистан вошел в список стран, в которых оценочный коэффициент летальности (доля людей с туберкулезом, умершие от болезни, включая ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных больных туберкулезом) в 2019 г. варьирует от 10 до 19%.

Анализ данных официальной статистики свидетельствует о стабильной тенденции к снижению показателя заболеваемости ТБ с 2014 по 2019 г. от 60,8 до 56,5 на 100 тысяч населения – ежегодное среднее до 1%, в период пандемии 2019–2020 гг. отмечено резкое снижение данного показателя с 56,5 до 40,5 на 100 тысяч населения – более чем на 28%, и в период 2020–2022 гг. от 40,5 до 39,7 на 100 тысяч населения – ежегодно в среднем около 1%. Анализ данных официальной статистики показателя смертности от ТБ также свидетельствует о стабильной тенденции к снижению с 2014 по 2019 г. от 3,9 до 2,2 на 100 тыс. населения, в период пандемии 2019–2020 гг. отмечено резкое снижение данного показателя – с 2,2 до 1,4 на 100 тыс. населения, и в период 2020–2022 гг. от 1,4 до 1,0 на 100 тысяч населения.

Выводы. Таким образом, проблема туберкулеза остается все еще актуальной и привлекает внимание самых передовых областей медицины. Несмотря на предпринимаемые меры, число новых случаев заболевания снижается незначительно, также как и доля заболевания в структуре смертности. Рост частоты сочетания с ВИЧ-инфекцией и коморбидности у больных ТБ создает еще большие трудности как для лечения, так и для диагностики заболевания. При этом изменение подходов в ранней диагностике ТБ с применением иммунологических тестов в группах риска и скрининга у детей, одновременно с изменением подхода в применении флюорографического исследования служат ключевыми моментами в контроле за распространением инфекции.

Список литературы.

1. А. А. Старшинова, И. Ф. Довгалюк, Д. А. Кудлай, М. В. Бельтюков, П. К. Яблонский. Туберкулез у взрослых и детей в Северо-Западном федеральном округе: динамика эпидемиологических показателей и критерии их оценки. Ж. Туберкулез и болезни легких. Том 100, № 9, 2022. С. 46–58.
2. А. М. Мухаметзянов, Р. А. Шарипов, Т. В. Кайданек, Г. М. Асылгареева, А. Р. Мавзютов, В. Е. Изосимова. Эпидемиологические проявления туберкулезной инфекции на территории Республики Башкортостан. Медицинский вестник Башкортостана. Том 17, № 1 (97), 2022. С. 27–28.
3. Ульрихс Т. Туберкулез как глобальная угроза: усилия по борьбе с туберкулезом на международном и национальном уровнях / Т. Ульрихс // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018; 17 (1): 80–83.
4. Implementing the end TB strategy: the essentials, p.14-15 2022 update.

Саидова Б.М., Рахимов Т.Ф.

МАВҶЕИ ВОЖАИ НАБЗ ДАР «ДОНИШНОМА»-И ҲАКИМ МАЙСАРИ

Кафедраи забони тоҷикии ТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» Тоҷикистон.

Мухиммати мавзӯ. Забони тоҷикӣ таърихи куҳан дошта, тули таърихи мавҷудияти худ то имрӯз давра ба давра ташаккул ва тақомул меёбад. Дар рушди таркиби луғавии забони тоҷикӣ лексикаи осори назмию насри бузургони классик, бахусус осори илмӣ, аз ҷумла истилоҳоти тиббӣ нақши бориз мебозанд.

Мақсади тадқиқот. Маводи мақолаи мазкурро сарчашмаҳои илмӣ ва мавқеи истифодаи вожаи набз дар ”Донишнома”-и Ҳаким Майсарӣ ташкил намудааст. Дар мақола вижагиҳои семантикӣ, этимология ва дараҷаи истъмоли вожаи набз мавриди таҳлил қарор гирифтааст.

Натичаи таҳқиқот. Вожаи «набз» аз забони арабӣ гирифта шуда, ба маънои шиддат, камӣ; чунбиши рағи инсонӣ ҳайвон, ки аз ҳаракати дил ба вучуд меояд [6, 818] шарҳ дода шудааст. Дар фарҳангҳои тиббӣ *набз*-ҷастани рағ, ки ба воситаи он ҳолати сихатӣ ва бемории аъзои бадан муайян карда мешавад (Pulse); ҳаракати дар рағҳои ҷонӣ [5. 309; 2,189; 5,] оварда шуда, ҳамчун истилоҳи тиббӣ ифодагари амали ҳолат аст.

Мувофиқи сарчашмаҳои илмӣ тиббӣ ҳолати набзро ба чинҳои гуногун ҷудо намудаанд: суръат ва оҳистагии набз, ки ин ба се қисмат ҷудо мешавад: а) набзи сареъ, набзи батӣ, в) набзи муътадил; замони сукуни набз аст дар қаср (кӯтоҳӣ), тӯл (давомнокӣ) ва эътидол: а) набзи мутаботир, б) набзи мутафовит, в) набзи муътадил; инбисоти набз, яъне фароҳии набз ба се қутр, яъне ба тӯл (ба дарозӣ) ба арз (ба бар), ба умқ (ба чуқурӣ) : набзи тавил (яъне дароз), набзи қасир, набзи муътадил, набзи ариз, набзи зик, набзи муътадил, набзи шоҳик, набзи мунҳафиз (яъне фурӯраванда), набзи муътадил миёни набзҳои шоҳик ва мунҳафиз; қивоми набз (низоми набз) ; кайфияти қаръӣ ва ғайраҳо.

Бояд зикр кард, ки бештари ҳолатҳои набз дар осори илмӣ тиббӣ ниёгон то кунун дар як шакли маъно ба қор бурда мешаванд.

Вожаи мазкур дар “Донишнома”-и Ҳаким Майсарӣ беш аз 52 маротиба ҳамчун истилоҳи тиббӣ, ки ифодакунандаи ҳолативазъияти бемор аст, мавриди истифода қароро гирифтааст:

Қасе, к-ӯро табибӣ орзу хост,
Зи донишҳо ҳама ин донишаш хост.
Нахуст он беҳ, ки илми набз ҷӯяд,
Сухан дар бавлу андар набз ғӯяд [3, 127] .

Дар байти боло вожаи набзро бо гунаи ибораистилоҳи “илми набз” ба қор бурдааст, ки ба маънои як бахши илми тиб (набзниносӣ- пульсология) мебошад.

Таҳлилҳо нишон доданд, ки дар асри мавриди таҳқиқ муаллиф бо истифода аз вожаи *набз* ибораистилоҳҳои *набзи тавил*, *набзи ориз*, *набзи батӣ*, *набзи заиф*, *набзи қавӣ*, *набзи муътадил*, *набзи сареъ*, *набзи сулб*, *набзи қасир*, *набзи муставӣ*, *набзи мунтазам*, *набзи шоҳик*, *набзи тамйиз*, *набзи занаб-ул-фор (думимушӣ)*, *набзи олӣ*, *набзи мунҳанӣ*, *набзи намлӣ*, *набзи мойил*, *набзи мавҷӣ*, *набзи дудӣ*, *набзи миншори*, *набзи печида*, *набзи раъдиро* барои муайян кардани ҳолати беморӣ мавриди истифода қарор додааст. Муаллиф дар баёни анвои набз дар фасли “Талаби дониш қардан” фармудааст, ки агар ҳар кадомро шарҳ диҳам, сухан зиёд мегардад ва бинои гуфтори ман дар ин китоб бар ихтисор ниҳода шудааст, то мардумон онро ба осонӣ ёд гиранд. Ва таъкид намуфтааст, ки табибон ҳангоми таҳқиқ гузоштан бояд набзҳоро ба ҳубӣ шиносанд.

Табибон номаҳо бисёр доранд,
Ва набзашро аз он гуна гузоранд.
Тавил асту ғариз асту батӣ аст,
Заъиф асту қавӣ муътадил аст.
Сареъу рихву сулб асту сатир аст,
Ва набзи инбисот асту қасир аст.
Ва назми муставию мунтазам низ,
Ва шоҳик, боз чу инро ба тамйиз
Ва набзи мушдуму набзи олӣ ,
Ва набзи мунҳаниву набзи намлӣ.
Ва набзи мойилу мавиву дудӣ,
Ва миншориву печида ва раъдӣ.
Аз ин ҳар номро шарҳ аст бисёр,
Валекин ҷои ман на ҷойи гуфтор [3, 127].

Ибораистилоҳҳои, ки дар асар мавриди истеъмол қарор гирифтаанд, бештари онҳо аз вожаҳои иқтибосии арабӣ таркиб ёфтаанд:

набзи ариз, яъне сербар аст , ки аъзои задани он дар васеи ҳангоми ангушт ниҳодан бештар эҳсос шавад ва он аломати бисёр будани рутубат дар бадан аст; *набзи батӣ* - дер-дер зананда, ки ҳаракатро дар замони дароз тамом мекунад, ки ин сабаби кам будани ҳолати дил барои роҳат аст ё сусти гаштани қуввати ҳайвонии бадан аст; *набзи заиф* - ин далели сустии мизҷоз аст, *набзи қавӣ* - пурқувват будани мизҷи баданро мефаҳмонад., *набзи муътадил*, ки ҳаракатро дар мобайни тезӣ ва сустӣ тамом мекунад ва ин аз он далолат мекунад, ки қувватҳои бадан дар меъёри эътидоланд; *набзи сареъ* (тез-тез ва бошитоб) – набзе, ки ҳаракатро дар замони кӯтоҳтарин аз муътадил тамом мекунад, ки дил ба роҳат қардан саҳт муҳтоҷ аст; *набзи қасир* яъне кӯтоҳ, ки ҳаракати ин зидди набзи тавил аст ва он паст будани ҳарорати бадан аст; *набзи шоҳик*, яъне баланд гуфтан аст, ки дар он баланд- баланд задани набз эҳсос мешавад ва он шиддати ҳарорати баданро нишон медиҳад; *набзи занаб-ул-фор (думимушӣ)*, ки ҳаракати он мисли думи муш мебошад ва аввал ғафс маҳсус шуда, баъд борик мешавад. *набзи мавҷӣ*, ки ҳаракаташ асту баландшаванда мисли мавҷи об мебошад; *набзи дудӣ (қирмшакл)*, ки ҳаракаташ мисли чунбиши қирм мебошад; *набзи миншорӣ* - ҳаракаташ монанди кашиди ва ронда шудани арра мебошад, ки гоҳ ба ин ва гоҳ ба паҳлӯи дигар мекашад. Набзи *думимушӣ*, *мавҷӣ*, *дудӣ* ва *миншорро* тарзи занишаш заиф шудани руҳ ба рафти қуввати бадан далолат мекунад. Инчунин ҳаракатҳои набз дар вақти наздик будани марг воқеъ мегардад. [2,189-191].

Ҳаким Майсарӣ дар асари худ набзи *дудиву наммилро*, ки нишони марг аст, чунин овардааст:

Ва он набзе, ки ӯ печида бошад,
Бидон, к-он таъби ӯ шӯрида бошад.
Ва **набзи дудиву намлӣ** нишон аст,
Ки он бемор зуд аз мурдагон аст [3,127].

Дар фарҳангҳои соҳавӣ инчунин ибораистилоҳҳои *набзи дугона* набзе, ки дар он зарбонҳо ба сурати дуто-дуто иттифоқ меафтанд ва фосилаи ҳар завҷ ба завҷи баъдӣ беш аз ҳадди баҳинҷор аст (Bigeminal pulse);

набзи мултавий қисме аз ҳаракати набз аст, ки монанди ресмон печида махсус мешавад ва ин далолат бар суъи ҳоли мариз кунад; *набзи мутановиб* - набзе, ки дар он тановуби муназзаме аз заробонҳои заиф ва қавӣ, бидуни тағйир дар муддати чарҳаи қалбӣ вучуд дорад (Alternating pulse), набзи шикамӣ - набзе, ки дар рӯи шоҳрағҳои шикамӣ дида ё ламс мешавад (Abdominal pulse)[5, 309] ба мушоҳида расид, ки дар “Донишнома” зикр нагардидаанд.

Дар тиб аз вожаи мазкур инчунин калимаи *набзат* - як ҷунбиш (задан, такон)-и набз (Ictus pulsus) ва вожаҳои мураккаби *набзгир* (дар қолаби исм+феъл) он ки набзро дошта ҳаракати дилро муайян мекунад, набзсанҷ; *набзгирӣ* - палмосидани набз (Sphygmo palpation), *набздор* - дорони заробони оҳангини набзмонанд ((Pulsatile); *набзнигор* ба маънии набзгир; *набзсанҷ* ба маънии набзгир; *набзсанҷӣ*, ки набз санҷиданро гӯянд, [5,309] омадааст.

Дар тибби имрӯза набзхоро бо гунаҳои дигар: *набзи вариӣ*, *набзи оӣ*, *набзи мавҷмонад*, *набзи дукарата*, *набзи ларзон*, *набзи батъ*, *набзи номавзун*, *набзи чоргона*(ноустувор)*набзи думавча*, *набзи семавча*, *набзи калон*, *набзи бошито*, *набзи шуӣ*, *набзи хурд*, *набзи нозеъ* ва ҳоказо мавриди истифода қарор медиҳанд [4,405].

Мисолҳои дар боло зикршуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки Майсарӣ дар илми набзшиносӣ дониши кофӣ дошта, дар мавриди қорбурди истилоҳи тиббии набз дар раванди табobati беморон маълумоти кофӣ додааст, ки он метавонад барои мутахассисони ин соҳа ҳангоми муоинаи беморон кӯмаки амалӣ расонад.

Хулоса, истилоҳи анатомии “набз”, ки аз забони арабӣ гирифта шуда бошад ҳам дар забони форсии дарӣ ба вижа дар “Донишнома”-и Ҳаким Майсарӣ бештар қорбааст шудааст ва имрӯз низ дар забони адабии тоҷикӣ ва дар ғуйишҳои мардуми мавриди истеъмол қарор дорад.

АДАБИЁТ:

17. Вожаномаи тиббӣ. Ҷ.2. Сарредаксияи илмӣ энциклопедияи миллии тоҷик, Душанбе 2014 - 814с.
18. Зоҳидов Ҳ. Ҳазинаи тиббӣ қадим. Душанбе, ирфон, 1990, 622 с.
19. Майсарӣ, Ҳ. Донишнома. Техрон. 1366 .- 130 с.
20. Расули М.Я. Фарҳанги тиббӣ. Иборат аз 4 ҷилд. Душанбе 1982. Ҷили 3, 500 с
21. Фарҳанги тиббӣ ниёгон. Сарредаксияи илмӣ энциклопедияи миллии тоҷик, Душанбе 2016 - 774с.
22. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Ҷ.2.-М.: СЭ, 1969.-952с.

Сайфиддинова Р.С

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТЧУЖДЕНИЯ И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Согласно концепции Э. Дюркгейма и Р. Мертон девиантное поведение является формой реакции личности по отношению к таким нормам общества как социальная аномия, при котором нравственно-психологическое состояние индивидуального или общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей теряет своё естественное состояние и переходит в новое отрицательное состояние. Это может происходить вследствие кризиса общества, противоречия между целями и возможностью их реализации для большей части общества. Это также отражается в отчужденности личности от общества, апатии, разочарованности в жизни, социальной дезорганизации, девиантном поведении.[4,192]

Отчужденность от общества часто допускается из-за психологического дискомфорта и массовых движений которые в свою очередь связаны с разными характеристиками социальной структуры общества. Иногда эти действия массового типа происходят фанатично по причине преданности идее или отдельному лидеру, с отчуждением от реального мира. В отличие от девиантного поведения отчуждение личности может происходить в любом обществе, если даже оно имеет стабильное состояние, поскольку в этом процессе основным звеном является отношение личности, которое может быть непредсказуемым. Мотивация и личная заинтересованность человека, его усердие, страсть, эмоции и наличие собственного субъективного смысла в деятельности в случае срыва душевного состояния приводит к отчуждению личности, поскольку личная цель становится единственным критерием его деятельности. Здесь мы наблюдаем резкий переход от отчуждения личности к его девиантному поведению, когда он начинает выражать своё недовольство тем или иными способами не принятыми обществом. Иногда этот переход может выразиться в фанатичном предании идеалам. Данный постулат относится к тому, что Вебер называл целерациональностью. Особенно заметным этот детерминант отражается на фанатизм части религиозных деятелей, которые отчуждают себя от общества, взгляды которого они не разделяют и их поведение обществом оценивается как девиантное. Однако не всегда отчуждение переходит в девиантность. Так например, глубокая духовная вера и творческая работа это факторы, которые имеют положительный характер отчуждения и при которых человек отчуждает себя от общества только для того чтобы выполнить свою творческую миссию или религиозную миссию, пребывая в полном отчуждении от общества. Но исправление негативной стороны социального отчуждения является в большей степени прерогативой государства чем личности. Как отмечали представители Франкфуртской школы, социальная несправедливость, оказывается столь же надежно канонизированной, как нечто вечно высказывающееся из захвата, сколь неприкосновенен был шаман под защитой своих богов.[2,45]

Указанные факторы не всегда воспринимаются как девиантное поведение и не требуют вмешательства общества. Но в некоторых случаях именно внешнее влияние на ситуацию, становится решающим фактором устранения негативных последствий социального отчуждения личности с предотвращением его перехода к девиантному поведению. Выделяются три основных вида разрешения таких противоречий:

1) «снятие» «как момент связи, как момент развития с удержанием положительного», которое является результатом мирного пути разрешения противоречия на основе взаимопроникновения и взаимодополнения противоположностей и их гармонии как высшего проявления синтеза противоположностей;

2) трансформация противоположностей, т. е. нейтральный путь разрешения противоречия, характеризующийся частичными, несущественными изменениями в рамках самой основы, без радикального качественного ее изменения (затушевание, нейтрализация противоречий);

3) деструкция как результат борьбы, взаимоотрицания, взаимоисключения противоположностей, их антагонизма, конфликта, «победа» одной из противоположностей как результат или гибель обеих противоположностей.[5,78]

Прежде всего нужно отметить, что личность есть субъект отношений и сознательной деятельности и поэтому его деятельность является первопричиной отчуждения. Отчуждение это не только состояние отдельных личностей, но и общество поскольку именно общество воспроизводит систему обезличенных отношений внутри которых создается почва для социального отчуждения. Также отчуждению способствует массовость в общественном сознании, когда идея превращается в диктат разделяя население на своих- чужих, создавая при этом поле для отчуждения.[1,12]

В информационном обществе процесс отчуждения от неправильной с точки зрения личности информации носит повсеместный характер. Информация отчуждается от того, что она выражает интерес определённого класса общества и оно воспринимается как товар от которого возможно отчуждаться. Поэтому Рудинов, отмечает влияние эффекта манипуляции, когда проводится побуждение поведения личности посредством его обмана через мотивирование. Этот замысел манипулятора, передается адресату таким образом, что тот не воспринимает его как чужой а признает своей идеей.[3,67] Человеку приходится на каждом шагу отчуждаться от такого рода информации, которую распространяют демагоги, манипуляторы, хакеры, политики ради достижения своих меркантильных целей. Примерами этому могут служить выступления политиков, без конструктивных идей, запутывающие адресата, навязывающие определенное видение проблемы и отвлекающие внимание от насущных вопросов. В их речи используются клишированные конструкции, лексические повторы, эмоционально-окрашенные слова и выражения, антитезы, неправомерные аналогии и т.д. Таким образом, демагогия усиливает недоверие личности к власти и тем самым отчуждает власть от народа что мешает благоприятному развитию общества.[3,59]

Анализ сравнения категории отчуждения и девиантного поведения показало, что оба эти состояния имеют характер антисоциальности и в обоих случаях общества становится бенефициаром их последствия. Поэтому одной из задач современного общества является повсеместная работа с группами подверженными влиянию подобных процессов. Указывая на то, что девиантное поведение является формой отрицательного поведения, вместе с этим нельзя не учитывать его социальные причины как реакция личности по отношению к нормам общества. Такие явления как кризис общества, войны, конфликты, противостояния и другие социальные и политические события и явления отражаются в отчужденности личности от общества и способствуют его девиантному поведению.

Литература

1. Афанасьев, П.Н. Отчуждение личности в сфере высшего образования, автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук 22.00.04 Казань 2005.- 28 с.
2. Макс Хоркхаймер, Теодор Адорно, Диалектика просвещения.- Философские фрагменты Перевод с немецкого М.Кузнецова "Медиум" "Ювента" Москва - Санкт-Петербург 1997 – 389 с.
3. Навасартян Л.Г. Языковые средства и речевые приемы манипуляции информацией в СМИ.-диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук Специальность 10.02.01 — Русский язык.- Саратов – 2017 .- 168 с.
4. Нурышев Г.Н., Бразевич Д.С. Социология: СПб.: СПбГУНиПТ, 2010. - 292 с.
5. Эйнгорн Н.К. Моральное отчуждение: специфика и истоки // Проблемы отчуждения в современной теории культуры, этике и эстетике: Сборник научных трудов, // Свердловск, 1990. 136 с.

Сайфиддинова Р.С

ВЛИЯНИЕ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И ОБЩЕСТВА НА ОТСУЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Пространство и среда обитания есть абсолютное отчуждение и причиной этому является деятельность человека. Когда человечество стремится приравнять себя природе, они сталкиваются друг с другом в ожесточение. В таких случаях, защита при помощи ужаса становится формой мимикрии - архаическими схемами самосохранения: жизнь платит дань за свое продолжение тем, что уподобляется мертвому.[1,225] Государство для защиты народа закрепляет его основные права в нормах закона, чтобы они становились неотчуждаемыми и создавалась среда равных возможностей в обществе. Причинами такого подхода являются их значимость для человека и общества, их изначальный, природный и неотчуждаемый характер, их пространственность на всей территории страны. [4,89]

Стратификационные процессы и расслоение общества в постсоветских странах идет по линии раздела на бедных и богатых с все большим уменьшением среднего класса. Имущественное положение масс свидетельствует о полном отчуждении бедных и средний класс от труда и собственности. Сегодня для сельской местности в этих странах характерным является отчуждение жителей от чувства хозяина земли, на которой они живут и поэтому во многих селах замечается рост миграции и маргинализма. [2,41]

Мертон представлял латентные функции и дисфункции основой изучения конфликта и изменения и в частности в системе отчуждения. Однако в общем структурно-функциональном парадигме, роль социальных конфликтов и изменений, порожаемых неравенством и отчуждением людей друг от друга и от социальных структур имело неполный характер отражения. Только исторический материализм и марксистская парадигма становилась той парадигмой, на

основе которой сосредоточили своё внимание исследователи социального отчуждения. Государства в рамках закона организует и упорядочивает общественные отношения, не допуская несправедливости, но в то же время личные способности граждан и их компетентность, грамотность и рабочие качества, приводят к различным результатам и создается неравенства, эксплуатации чужого труда и времени, что также является причиной отчуждения.

Отчужденность в обществе может возникнуть в процессе дискуссий, дебатов, разногласий по различным вопросам бытового, религиозного и общенационального характера, когда в результате превосходства одной из сторон между ними возникает отчуждение. Оно совершается как бы спонтанно, и победа с помощью аргументов насилия наносит ущерб как побежденным, так и победителям. Такая победа открывает путь к напрасным жертвам, усилению взаимной отчужденности и враждебности.[3,83] Вследствие сложности общественной среды, категория отчуждения исследуется такими направлениями науки как феноменология, персонализм, экзистенциализм, и другие направления философской науки стали основными катализаторами при разработке концептуальных идей при исследовании социального отчуждения. Такие философские направления, как неотомизм, позитивизм, неопозитивизм, прагматизм и другие указывали на проблему отчуждения как на деформацию личности в условиях информационного общества. Анализ разных направлений социальной философии способствует разработке системного изучения проблем отчуждения личности в современных условиях.

Стоит отметить, что в советском обществе при социальном равенстве отчуждение было вызвано прежде всего созданием разветвленной бюрократической системы, которая всецело берет на себя функции социального управления и тем самым отстраняет народные массы от участия в управлении обществом. Появилась новая форма монополии, которая характеризуется в форме монополии на должность. [5,56] Тем не менее, тот кто жил при социализме и видел равноправие в владении собственностью и возможностями его владением легко заметить влияние отчуждения от средств производства при капитализме. Такие элементы современного общества как социальное неравенства, деление социального субъекта, явно показывают негативную сторону общества и указывают на наличие причин отчуждения внутри самого общества.

Такие факторы как лишение постоянной работы, дохода, роста приводят к изменению привычек, к росту девиантности в поведение и изменению условий и образа жизни, частью которого может стать отчуждение. В частности отчуждение от профессиональной деятельности, от процесса занятий, от социального статуса, лишает человека возможности заработка и активного участия в производственных отношениях. Все большую роль начинает играть функция формальной социализации (сегодня для многих учащихся «очень важно иметь диплом о высшем образовании»). Можно считать, что социальная функция современного высшего образования преобладает в сознании учащихся над предметно-профессиональной. Но следует заметить, что если профессиональный труд является сложным по содержанию, требует инициативы и творческого подхода, последствия отчужденного отношения будут серьезными. В таких условиях, игнорируется необходимость существенных собственных усилий для овладения знаниями, обретения профессионального самоопределения. Поэтому возможен риск самоотчуждения личности на благо религии или реакционных идей, которые как романтика привлекают молодежь в ряды экстремистских организаций. Человек отчуждает себя в пользу Бога интуитивную сторону человеческого интеллекта, целиком отрывая ее от чувственно-дискурсивной деятельности.

Отчуждение в обществе непосредственно сопровождается и информационным отчуждением, при котором само поле информации разделено между различными слоями населения. Также этому способствует открытый доступ к различным сайтам в интернет пространстве, где создаются сообщества различных социальных групп, в том числе и девиантного характера.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что влияние среды обитания и общества на отчуждение личности является главным фактором этого явления. Пространство и среда обитания в силу их важности для социализации личности находятся под контролем государства, для того чтобы исключить проявление аномии в обществе. Однако бурное развитие капиталистических отношений, неуклонно влияет на стратификационные процессы что приводит к социальному неравенству в обществе. Нельзя отрицать влияние политического кризиса, развала и трансформации общества, когда происходит отчуждение между поколениями, между классами, между взглядами на политику, между детьми и родителями и т.д. Кроме этого, построение нового общества с рыночными отношениями привело к противоборству и конкуренции внутри общества, локализации и ограничению действия традиционных ценностей и отчуждению от них части общества. В результате этих изменений, нарушаются границы ценностей и личность попадает под влияние чуждой обществу массовой культуре, которая заменяет для него идеологию общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макс Хоркхаймер, Теодор Адорно, Диалектика просвещения.- Философские фрагменты Перевод с немецкого М.Кузнецова "Медиум" "Ювента" Москва - Санкт-Петербург 1997 .- 389 с.
2. Мудрик А. В. Социальная педагогика: Учеб. для студ. пед. вузов / Под ред. В.А. Сластенина. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 200 с.
3. Народ и власть: взаимодействие в истории и современности : научный ежегодник факультета права Нижегородского филиала Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» / отв. ред. И.В. Михеева, Ю.В. Сочнев. Вып. 4. Нижний Новгород: НИУ ВШЭ – Нижний Новгород. 2017. 396 с.
4. Обеспечение прав и свобод человека и гражданина в деятельности органов государственной власти: учебник. Барбин В. В. и др. – М. : Академия управления МВД России, 2020. – 320 с.
5. Проблемы отчуждения в современной теории культуры, этике и эстетике: Сб. науч. тр. Копалов В.И. Отчуждение, его исторические варианты и перспективы// Свердловск: УрГУ, 1990. 136 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова

ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Даже на фоне комплексного лечения далеко не всегда удаляется предотвратить развитие у обожженных язв Курлинга и кровотечения из них, поэтому своевременная диагностика, профилактика и эффективное лечение эрозивно-язвенных поражений ЖКТ остается актуальным.

Цель исследования. Анализ причин морфологических изменений слизистой желудочно-кишечного тракта и профилактика их возникновения. Оценка частоты эрозивно-язвенных поражений ЖКТ пациентов с ожогами.

Материал и методы исследования. В Республиканском ожоговом центре г. Душанбе наблюдались 70 детей с термическими ожогами III-IV ст. Ожоги III степени 10-15% тела составляли 30 детей, ожоги 25-30% поверхности тела III-IV ст. составляли 15 детей. Спустя 4-6 суток после поступления в стационар были произведены эндоскопические исследования, где отмечались признаки поверхностных эрозий, отек и гиперемия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Также у 15 пациентов на 2-е сутки с обширными ожогами более 30% поверхности тела отмечалось желудочно-кишечное кровотечение после травмы, связанной с клиническими проявлениями в виде рвоты "кофейная гуща", в стуле "мелена", падением артериального давления, систолического ниже 80 мм рт.ст., бледность кожных покровов. Сразу после ожоговой травмы в желудке и двенадцатиперстной кишке повышается образование катехоламинов и нарушается микроциркуляция в подслизистом слое желудка, сопровождающего полнокровные микрососуды, образуется отек, кровоизлияния в слизистую оболочку и омертвление клеток эпителия, что является причиной начального этапа язва-образования. Не маловажную роль имеет психо-эмоциональный фактор и стресс во время получения ожоговой травмы. Острые язвы желудка впервые описаны у пациентов с ожогами в 1823 году J.Swan. Причинную связь ожоговых травм и развитие острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки установил в 1842 году Thomas Curling, поэтому их называют стрессовые язвы Курлинга. Вместе с этим очевидно, что поражения слизистой оболочки не ограничиваются только язва-образованием, а включает в себя и более глубокие эрозии желудочно-кишечного тракта. Оценить частоту образования трофической язвы Курлинга у детей очень трудно, поскольку диагноз можно поставить только при аутопсии. По данным клинических анализов, язва Курлинга и менее глубокие поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдаются в 2-3 раза чаще у детей, чем у взрослых. По литературным данным при эндоскопическом исследовании в течение 5-7 часов после ожоговой травмы отмечалось появление гастритов. В нашей практике это не удалось сделать, исходя из того, что все дети, поступающие в клинику с обширными ожогами более 20-30% поверхности тела в первые сутки, имели острый ожоговый шок III ст. Ранняя диагностика желудочно-кишечных кровотечений после образования язвы Курлинга на основании только одних клинических симптомов очень трудна. Нужно прибегать к лабораторно-инструментальным методам исследования. Исследования кала на скрытую кровь. Как правило, после ожога чаще в 1-е 2-е сутки отмечаются симптомы непроходимости кишечника, поэтому с целью декомпрессии и профилактики аспирации необходимо применение назогастрального зонда. В этой ситуации следует выявить скрытое кровотечение, вызванное раздражениями слизистой желудка назогастральным зондом. Эндоскопическое исследование на 2-3 сутки выставляет точную локализацию язвы.

Результаты исследования. В результате из 70 наблюдавшихся детей морфологические изменения слизистой ЖКТ в виде кровотечения язвы Курлинга отмечались лишь у 15 детей, которым в ранние сроки после травмы проводили недостаточные профилактические и лечебные мероприятия. Риск развития эрозий и язвы ЖКТ, в том числе с осложнением в виде желудочно-кишечного кровотечения, увеличивается с увеличением площади и глубины ожогового поражения. Профилактика и лечения ожоговой травмы сводится:

1. Тщательное обезболивание с учетом возраста.
2. Промывание желудка солевыми растворами.
3. Введение через зонд антацидных средств, H₂-блокаторов, гистаминовых рецепторов.
4. При возникновении кровотечений – введение в/в раствора аминокaproновой кислоты 5%, с учетом возраста ребенка, хлорида кальция, 1% раствора викасола и т.д.
5. Переливание свежечитратной консервированной крови, трансфузии эритроцитарной массы, с учетом группы крови и резус-фактора.
6. Для восполнения потерь жидкости кроме крови и белковых препаратов крови показано введение сбалансированных кристаллоидных растворов и синтетических плазмозаменителей.

Выводы. Своевременная профилактика — это, в первую очередь, обезболивание, введение спазмолитика под контролем А/Д. Введение через зонд антацидных препаратов, H₂(блокаторы гистаминовых рецепторов), снижало риск возникновения глубоких морфологических изменений и благоприятно влияло на скорейшее выздоровление.

Список литературы

1. Алексеев, А.А. Эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта при ожоговой травме / А.А. Алексеев, А.Э. Бобровников // Москва-2020. стр 38-45.
2. Сизоненко, В.А. Атлас термических поражений / В.А. Сизоненко, К.Г. Шаповалов // Москва-2016.
3. Парамонов, Б.А. Ожоги / Б.А. Парамонов // Москва-2000.
4. Абдурахмонов, Ф.А. Атлас учебник по функциональной анатомии человека / Ф.А. Абдурахмонов // г. Душанбе 2017.
5. Карваял, Х.Ф. Ожоги у детей / Х.Ф. Карваял // Москва-1990.

РОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НЕЯЗЫКОВЫХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА

1Кафедра языков ТГИКиИ им. М. Турсунзаде

2Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность исследования. На современном этапе развития системы высшего образования одной из актуальных реалий успешного усвоения русского языка является самостоятельная работа студентов, которая считается одним из самых перспективных путей повышения эффективности занятий, активизации мыслительной деятельности студентов.

От уровня навыков у студентов осуществлять самостоятельную работу в процессе обучения русскому языку напрямую зависит возможность профессионально-личностного роста будущего выпускника неязыковых высших учебных заведений.

Цель. Разработка эффективной методической системы организации и проведения аудиторной самостоятельной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов на занятиях по русскому языку в неязыковых вузах в условиях поликультурного образовательного пространства, способствующих формированию речевых умений и навыков практического владения русским языком.

Материал. На основании цели исследования нами определяются её конкретные образовательные и воспитательные задачи, основными из которых являются: развитие у студентов интереса к предмету, углубление знаний о языке, получаемых на практических занятиях, повышение качества этих знаний и языковых умений; расширение запаса знаний студентов в области лексики, фразеологии, грамматики, стилистики русского языка и совершенствовании культуры устной и письменной речи; развитие самостоятельной познавательной деятельности студентов и свободной инициативы в условиях поликультурного пространства, приучение студентов пользоваться дополнительной литературой, разными материалами, развитие способности самообразования при получении специальности в неязыковом вузе.

Результаты. Необходимо отметить, что в предисловии к учебной программе по русскому языку отмечается, что «основная цель курса – практическое владение русским языком, формирование у будущих специалистов коммуникативной компетенции, т.е. способности решать лингвистическими средствами конкретные речевые ситуации в научной сфере, а именно: умение давать оценку полученной информации, извлекать новую информацию из текстов, составлять тексты основных учебно-научных, научно-профессиональных жанров, выступать на профессиональные темы». [4, 3]

Следует подчеркнуть, что целостное поликультурное образовательное пространство – это не просто институт формирования знаний, умений, навыков, а сфера совместной жизнедеятельности преподавателей и студентов, родителей, в которой осуществляется объединение общекультурного, социального, собственно образовательного и личностного процесса. Так как одной из составляющих этнокультурной компетенции является коммуникативная компетенция, следовательно, необходимо осуществить связь речевой среды и поликультурной, на основании чего будут проведены следующие мероприятия: формирование и совершенствование мыслительной деятельности студентов на основе коммуникативных умений, создание условий для активной речевой деятельности, введение новых форм рефлексивной и оценочной деятельности с точки зрения речевого уровня; введение дискуссионных форм внеаудиторной самостоятельной деятельности студентов. «Внеаудиторная самостоятельная работа является вполне эффективным средством при выборе нужного ключа в реализации последнего. В руках грамотного педагога он позволяет раскрыть многие задачи психологического, а также педагогического и методического плана, которые в полной мере не всегда могут реализовать практические занятия, создание условий для активной речевой деятельности, введение новых форм рефлексивной и оценочной деятельности с точки зрения речевого уровня; введение дискуссионных форм внеаудиторной деятельности». [6, 123]

Положительная результативность обучения русскому языку студентов неязыковых вузов в поликультурном пространстве во многом зависит от правильной организации их самостоятельной работы. **Как отмечают ученые, «самостоятельная работа вид учебной деятельности, выполняемый учащимся без непосредственного контакта с преподавателем или управляемый преподавателем опосредованно через специальные учебные материалы; неотъемлемое обязательное звено процесса обучения, предусматривающее, прежде всего, индивидуальную работу учащихся в соответствии с установкой преподавателя или учебника, программы обучения. ... Учебные материалы для самостоятельной работы методически организуются так, чтобы компенсировать отсутствие контакта с преподавателем и, следовательно, возложить на них функции управления самостоятельной работой учащихся».** [1,268]

В «Положении о кредитной системе образования в высших учебных заведениях Республики Таджикистан» отмечается, что «самостоятельная работа студента в условиях кредитной системы обучения выполняется в двух формах: это самостоятельная работа студента под руководством преподавателя (СРСП) и самостоятельная работа студента (СРС). Самостоятельная работа студента под руководством преподавателя включает в себя выполнение таких заданий как тестовые задания, рефераты, комплекс домашних заданий, эссе, презентации собранного материала, защиту курсового проекта, отчёт по производственной практике, что оценивается преподавателем. Самостоятельная работа студента определяется как самостоятельная деятельность по освоению учебного материала». [4, 2]

В связи с этим, нам представляется важным коснуться отдельных вопросов организации внедрения кредитной технологии обучения со студентами-медиками в Таджикском медицинском университете, делая акцент на практикуемой системе самостоятельных работ.

Самостоятельная работа студента определяется как индивидуальная деятельность по освоению учебного материала. Организация самостоятельной работы студента под руководством преподавателя имеет две функции - консультативную и контролирующую. Консультативная функция предназначена для оказания педагогически целесообразной помощи в самостоятельной работе студентов. Преподаватель помогает студенту избрать методы работы, необходимые для усвоения программного материала, способствует углубленному изучению учебного материала, а также углублению самостоятельной работы студента в научной области, наиболее его интересующей. Только совместная работа преподавателя и студента помогает найти путь устранения возникших затруднений, СРСП проводится в аудиторное время, стоит в расписании. Поэтому, одной из важных задач преподавателя является постоянный мониторинг учебных достижений каждого обучающегося и их корректировка для того, чтобы все студенты могли успешно освоить курс и сдать итоговый экзамен.

В процессе взаимодействия при обучении преподавателю отводится направляющая, корректирующая и контролирующая роль, студенту – роль осознанно воспринимающего научную информацию и закрепляющего в себе получаемые знания. При этом восприятие лексико-грамматического материала в соответствии с Программой практического курса русского языка, которое, как правило, строится на тексте с пред- и послетекстовыми заданиями, направлено на его практическое самостоятельное использование в речевой деятельности студента.

В практике организации русской профессиональной устной и письменной речи при выполнении самостоятельных работ в аудитории мы исходим из текстов и заданий, представленных в методических пособиях и разработках. Обращение к ним обусловлено наличием текстов научно-популярного характера медицинской направленности.

На примере организации работы над текстом «Путь к профессии – учёба» [5, 13-15] продемонстрируем следующие виды и формы самостоятельной работы студентов: работа со словом, над ударением в словах, выполнение различных лексико-грамматических заданий, чтение, пересказ текста, составление словосочетаний, предложений, с использованием пословиц, фразеологизмов, перевод слов и предложений на родной язык, составление диалогов и монологов, написание эссе, поиск дополнительной информации в различных источниках и т.д.

Остановимся на некоторых из них.

Предтекстовые задания направлены на развитие навыков, умений и когнитивных операций на материале предложений, микротекстов, близких по содержанию основному тексту. Часть заданий снабжена ключами. Регуляция и стимуляция управления реализуется возможностью выбора следующего подлежащего выполнению задания (в зависимости от качества выполнения предыдущего).

Задание. Прочитайте текст «Путь к профессии – учёба», соблюдая правила произношения. Разделите текст на смысловые части, выделите в каждой из них основную мысль, перескажите текст.

Задание. Составьте предложения со следующими синонимами и объясните, почему в вашем предложении уместно именно это слово, подчеркните оттенок каждого синонима: *работа, труд; дело, занятие, служба; радость, веселье.*

Послетекстовые задания направлены на смысловую обработку информации и на проверку понимания прочитанного. Управляющие средства позволяют сочетать в себе контроль преподавателя и самоконтроль студентов.

В работе с текстом целесообразно дать устные и письменные задания, изложить его краткое содержание средствами простого распространённого предложения, используя при этом общепотребительную и специальную лексику, т.е. задание - написать изложение во внеаудиторное время.

Следующим этапом в организации самостоятельной письменной работы является выполнение заданий по составлению предложений на основе усвоенных слов и словосочетаний, выделению из текста основных моментов и их записи, а затем - написание плана по содержанию текста и его письменное оформление. При этом преподаватель призван корректировать составляемые студентом предложения с точки зрения грамматической их цельности (место подлежащего и сказуемого, второстепенных членов, правильного расположения слов в словосочетаниях) и, во-вторых, выделять смысловую нагрузку слов, которые не обязательно должны выступать в роли членов предложения, но в данном конкретном случае несут в себе основной смысл высказывания.

Задание. Объясните, как Вы понимаете значение следующих словосочетаний: общественная значимость профессий, ценностная ориентация человека, выкристаллизовываются интересы, высокая точность.

Задание. Выскажите свое мнение о профессиограмме представителей разных профессий:

1. Какие профессии, на ваш взгляд, требуют особой выдержки? Почему вы так считаете?
2. Какие профессии предполагают наличие особой силы воли? Мотивируйте свою точку зрения.

3. Какая профессия, на Ваш взгляд, требует терпения от человека? Выскажите свою точку зрения и попробуйте обосновать её.

Задание. Каково Ваше отношение к следующим проблемам (высказываниям)? — человек, который пришел в медицину случайно, все же может стать хорошим врачом; — врачи, для которых медицина оказывается «шестым пальцем на ноге», не вызывают уважения; — легче стать врачом, чем быть врачом.

Для устных и письменных самостоятельных ответов на вопросы по тексту «Путь к профессии – учёба» проводится коллективная работа по их составлению с акцентированием смыслового центра.

Выводы. Таким образом, в процессе организации самостоятельной работы студентов-медиков **неязыковых высших учебных заведений в условиях поликультурного образовательного пространства на занятиях по русскому языку** можно выделить основные инструменты, позволяющие положительно организовать процесс обучения и управления самостоятельной аудиторной и самостоятельной внеаудиторной работой студентов. Практика показывает, что, обеспечивая выполнение указанных условий, необходимо прогнозировать повышение уровня самостоятельности в учебно-познавательной деятельности студентов, а также качества выполненных самостоятельных работ, что неизбежно повлечет за собой и повышение качества образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимов Э. Г., Щукин А. Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). – М.: Издательство ИКАР, 2009. – 448 с.
2. Ожегов С.И. Словарь русского языка. – М.: Рус. яз., 1986. – 797с.
3. Положение о кредитной системе обучения в высших учебных заведениях Республики Таджикистан //Утверждено решением Министерства образования и науки Республики Таджикистан от 30 декабря 2016г. № 19/24
4. Учебная программа по русскому языку (для студентов неязыковых вузов/, Составители: Нагзибекова М.Г., Ходжиматова Г.М., Мухаметов Г.Б., У.Р. Юлдошев. МОИНРТ/ 2016.- 29 с.
5. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов медицинского университета. 2-е изд., доп. и перераб. Душанбе, 2017. – Маориф, 228 с
6. Ушаков Н. Н., Суворова Г. И. Внеурочная работа по русскому языку. – М., 1985-235 с.

Самарова У.С. Нурахимова Н. Н.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ Г.СЕМЕЙ.

Кафедра общественного здоровья НАО «МУС». Казахстан.

Актуальность.

Научные литературные данные свидетельствуют о том, что в управление качеством стоматологической помощи, значительное место занимает контроль со стороны администрации, так как 60–80 % влияния на качество оказываемых услуг можно оказать путем профессионального управления стоматологией [5].

Как известно, медицинское значение качество стоматологической помощи состоит в снижении числа осложнений, улучшение состояния полости рта, сохранение здоровья, что позволяют в свою очередь решать социальные и экономические проблемы.

Цель исследования.

Изучение качества оказания стоматологической помощи населению г. Семей Республики Казахстан на основе анализа результатов анкетного опроса врачей-стоматологов.

Материалы и методы исследования.

Социологический опрос врачей стоматологов стоматологических клиник г. Семей. Статистический метод – обработка данных исследования компьютерной программы «Microsoft Excell 2008».

Для проведения социологического опроса была составлена анкета, которая состояла из 16 вопросов. Вопросы анкеты касались изучения качества, оказываемой стоматологической помощи, влияния факторов на качество помощи, методов мотивации врачей-стоматологов на повышение качества работы, качества ведения медицинской документации и правовых аспектов деятельности врачей стоматологов.

Результаты исследования и их обсуждение.

В социологическом опросе приняли участие 138 врачей-стоматологов, из них 66 мужчины (47,82%) и 72 женщины (52,17%). Средний возраст врачей, участвующих в анкетировании, составил $44,77 \pm 0,28$ года. Возраст молодого респондента составил – 22 года, старшего – 70 лет. Средний стаж работы врачей - стоматологов составил $23,80 \pm 0,16$ года.

Состав врачей, участвующих в анкетировании 17 человек (12,3%) были руководителями: соответственно 17(12,3%), соответственно 17(12,3%), человек являлись заместителями руководителей организаций здравоохранения. Количество заведующих лечебными отделениями стоматологических поликлиник составило 12 человек (8,69%), стоматологов-терапевтов – 40 человек (28,98%), стоматологов-хирургов – 18 человек (13,04%), стоматологов – 7 человек (5,07%), ортодонт – 4 человек (2,89%), стоматологов-ортопедов – 13 человек (9,42%), детских стоматологов – 10 человек (7,27%).

В условиях рыночных отношений возникли возможности оказания доступной, качественной стоматологической помощи населению, путем открытий частных стоматологических клиник. В городе Семей 48 частных клиник, из них 2 крупные клиники, одна клиника работает на смешанном финансировании: частное и государственное. Большинство респондентов работают в частных клиниках, что составило 75% и 25% врачей оказывают помощь на бесплатной основе в Государственном медицинском университете г. Семей.

В оказании качественной стоматологической помощи, важную роль играет квалификация врача, так как от нее зависит жизнь и здоровье пациента В связи с чем врач обязан иметь соответствующую квалификацию для работы в стоматологических клиниках. [2].

В нашем исследовании 46 (33,33%) врачей имели высшую квалификационную категорию, 77 (55,79) человек – первую, 15 (10,86%) – вторую.

Одним из важных факторов влияющее на качество лечение стоматологических больных является квалификация врача, что и отмечается в нашем проведенном анкетировании врачей-стоматологов. Почти все респонденты на 97,82% ответили значимую роль квалификации врача в оказании качественной стоматологической помощи. Следующими факторами в оказании качественной стоматологической помощи респонденты выделили создание условий труда врачам 84,78%, врачебная нагрузка 86,95%, оснащение оборудованием-81,88%, заработная плата врачей-79,71%. а дефекты в оформлении документации для обеспечения качества стоматологической помощи населению считали 18,84% респондентов. Вместе с тем, многие отечественные и зарубежные авторы в своих работах отмечают, важность правильного оформления документации при оказании стоматологической помощи по [1, 3].

На вопрос «Какова ключевая роль в сохранении стоматологического здоровья населения и обеспечение высокого качества стоматологической помощи?», мнение у большинства специалистов сошлось на повышение личной ответственности пациентов за свое стоматологическое здоровье. Чтобы повысить стоматологическое здоровье респонденты –стоматологи предложили такие меры, как повысить качество жизни населения (72,46%), эффективность работы по обучению населения гигиене полости рта(51,17%), информированность населения по рациональному питанию (36,2%).

В 1966 году в ученый в сфере здравоохранения из Мичиганского университета, А.Donabedian разработал оригинальную модель, которая позволяет дать оценку качества медицинской помощи по трем компонентам структуры, процесса и результата.[2].Эта модель получила название «триады Донабедиана». Респонденты, которые участвовали в исследовании, отметили важные индикаторы структурного компонента, способствующие улучшению условий труда врачей-стоматологов. Большинство респондентов отметили об обеспечении рабочего места врача качественными расходными материалами и современным стационарным оборудованием (84,53%), увеличении нормативов времени на оказание стоматологической помощи одному пациенту (65,98%), внедрение современных, новых организационных технологий оказания стоматологической помощи (работа в четыре руки) (54,34%), повышение уровня профессиональной квалификации специалистов (43,4,11%) и укомплектованность стоматологических поликлиник врачами-стоматологами (18,11%).

По словам знаменитого французского моралиста Жан де Лабрюйера путем к созданию многомиллионного состояния является умение убеждать окружающих в том, что им выгодно делать добро для вас. Это же высказывание можно применить и в работе стоматолога. Наши участники анкетирования отметили, что основной мерой повышения качества является материальное поощрение врача (премирование) (95,79%).К другим методам мотивации респонденты указали моральное поощрение врача (32,60%), лишение премии за некачественное оказание стоматологической помощи-(27,53), контроль со стороны администрации, за качеством ,оказываемой помощи врачами (16,66%).

В рыночных условиях, чтобы быть востребованным на рынке труда и получать соответствующую зарплату, необходимо проходить курсы повышения квалификации, так как знать информацию о нововведениях и достижениях в сфере стоматологии. Повышение квалификации это отличная возможность для улучшения профессиональных навыков и знаний в рамках действующих стандартных норм и требований. [4].

По данным нашего исследования, многие респонденты предпочитают проходить курсы повышения квалификации в учреждениях образования (63,04%),обучение на рабочем месте в учреждениях образования или в стоматологических клиниках(60,86%), участие в научно-практических конференциях и семинарах(53,62%), изучение литературы самостоятельно по своей специальности среди опрашиваемых респондентов составил (19,65%).

Ответ большинства респондентов о нравственных проблемах повышения качества помощи сошлись на стремление к профессиональной карьере(52,17%) и утверждение авторитета среди коллег как мотивация повышения качества работы врачей разных стоматологических специальностей (33,33%).

Выводы:

1. По данным нашего опросного исследования, можно сделать вывод, что проведенный данный метод является результативным подходом обоснования мер повышения качества работы стоматологических учреждений.

2.Доминирующую роль, обеспечивающих повышение качества оказания стоматологической помощи населению играют структурные индикаторы -это профессиональные кадры и достаточная материально-техническая обеспеченность организации.

3.Следующие факторы, как квалификация врачей, рабочая нагрузка и организация рабочего места врача-стоматолога оказывают значимое влияние на качество стоматологической помощи

4. По результатам анкетирования в сохранении стоматологического здоровья населения, играет индивидуальная ответственность каждого пациента за свое здоровье

5.Превалирующими нравственными мотивами респонденты отметили стремление к профессиональной карьере и утверждение авторитета среди коллег как стимул повышения качества работы врачей разных стоматологических специальностей.

Литература

1. Бондаренко Н.Н. // Нижегород. мед. журн. –2006. – №5. – С.23–26. 2. Макдональд К.М., Сундарам В.В., Бравата Д.М. и др. (2007). Устранение разрыва в качестве: критический анализ стратегий улучшения качества (Том 7: Координация медицинской помощи). Роквилл (Мэриленд): Агентство по исследованиям и качеству здравоохранения (США); июнь 2007 г.

3. Максимовский Ю.М., Гринин В.М., Древина Г.Р.,Бродский С.А. // Стоматолог. – 2006. – № 3. –С.15–19.

4. Шульган С.В., Калинина Т.В., , Матвеев А.М.,// Вопр. организации стоматологической помощи-2013- №11-С. 71-75.

5. Источник: <https://www.gd.ru/articles/9262-kontrol-kachestva-stomatologii?pw=316&error=10&activityId={da5451cf-b1a1-42ff-81d4-6e5c83dd873f}>

2. Источник: <https://yacht-sail.ru/chto-znachit/znacimost-kvalifikacii-vraca>

Сангзода З.М., Одинаева Л.М., Шарипов Э.М.

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ПРОБЛЕМАХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. ВИЧ-инфекция остаётся одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения, на текущий момент вирус унёс 40,1 млн. человеческих жизней [2]. Средств, позволяющих полностью излечить ВИЧ-инфекцию не существует [3]. Однако благодаря расширению доступа к эффективным средствам профилактики,

диагностики и лечения ВИЧ и оппортунистических инфекций, а также ухода за пациентами, ВИЧ-инфекция перешла в категорию поддающихся терапии хронических заболеваний, и ВИЧ-инфицированные могут прожить долгую и здоровую жизнь [1].

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан (РТ) характеризуется процессом активизации путей передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) не только среди ключевых групп, которые практикуют рискованное поведение, но и увеличением числа лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ) среди общего населения [4]. Общее число ВИЧ-инфицированных в Таджикистане составляет более 15 тыс. человек [5].

Появляется необходимость обеспечения управления над распространением ВИЧ-инфекции. Особо настораживает тот факт, что отмечается недостаточная осведомлённость подростков о способах передачи ВИЧ-инфекции и методах их профилактики.

Цель исследования. Изучить уровень информированности о ВИЧ-инфекции среди школьников г. Душанбе.

Материалы и методы исследований. Оценивалась степень информированности о проблемах ВИЧ-инфекции среди школьников г. Душанбе. Были разработаны специальные анкеты для школьников для проведения исследования.

Анонимное анкетирование было проведено среди школьников в возрасте 15-17 лет. Были распределены 50 анкет по объёму вопросов.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведено исследование в г. Душанбе, на базе среднего общеобразовательного учреждения (СОУ) №12 в возрасте 15-17 лет, которые составили 50 человек.

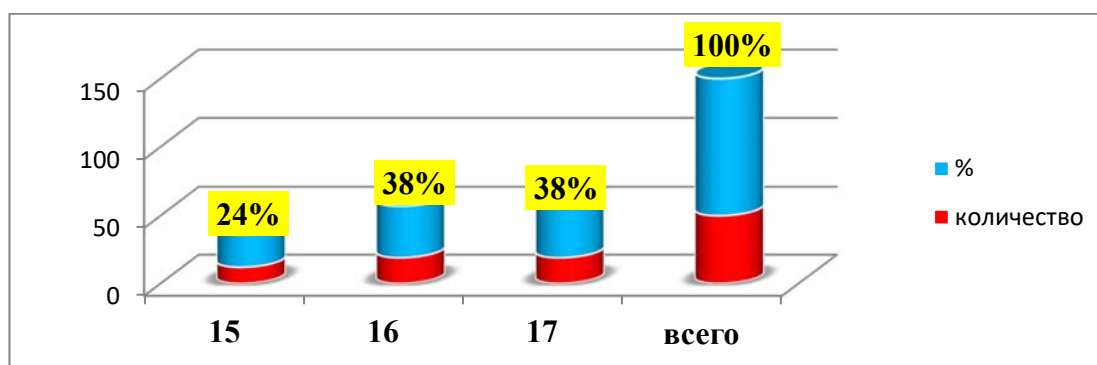


Рисунок 1. Распределение по возрасту

Анкетирование проходило среди школьников по возрастам: в возрасте 15 лет - 12 школьников (24 %), в возрасте 16 лет - 19 школьников (38%) и в возрасте 17 лет - 19 школьников (38%)(Рисунок 1).

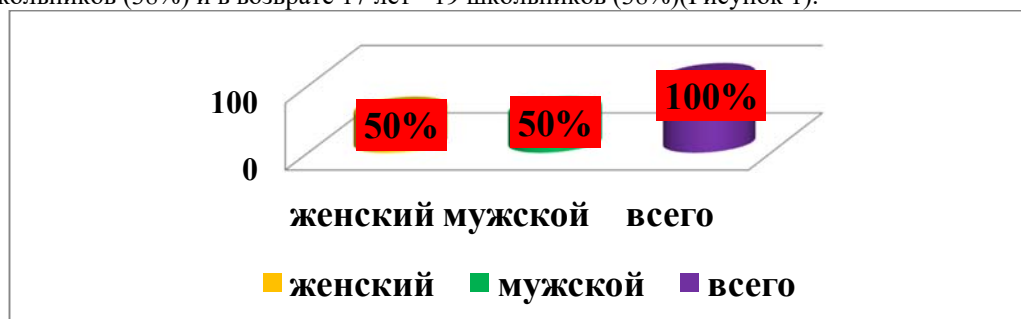


Рисунок 2. Распределение школьников по полу

От общего количества анкетированных школьников было 25 девочек (50%) и 25 мальчиков (50%) (Рисунок 2).

Таблица 1

Что такое ВИЧ- инфекция?			
Вопросы	Ответ	Количество	%
	Вирус иммунодефицита человека	45	90
	Вирус инвалидности человека	2	4
	Возможное инфицирование чего-либо	1	2
	Не знаю	2	4
	Всего	50	100
	Да	10	20
	Нет	40	80
	Всего	50	100

При определении уровня информированности школьников выяснилось, что на вопросы «Что такое ВИЧ-инфекция?» 90% опрошенных ответили правильно и 10% выбрали другие неправильные ответы. На вопрос «Касается ли вас проблема ВИЧ-инфекции» нами выявлено, что только 20% опрошенных ответили - да, касается, а остальные 80% ответили - нет, не касается.

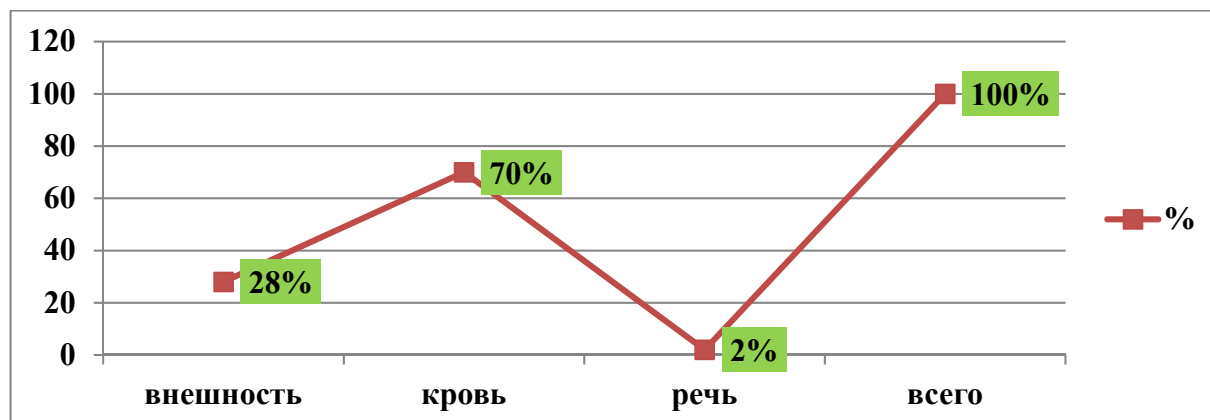


Рисунок 3. Знания о ВИЧ-инфицированном человеке

На вопросе «Как можно узнать ВИЧ-инфицированного человека?» 28% школьников ответили – по внешнему виду, 70% - по крови, и 2% ответили, что можно узнать инфицированного во время разговора.

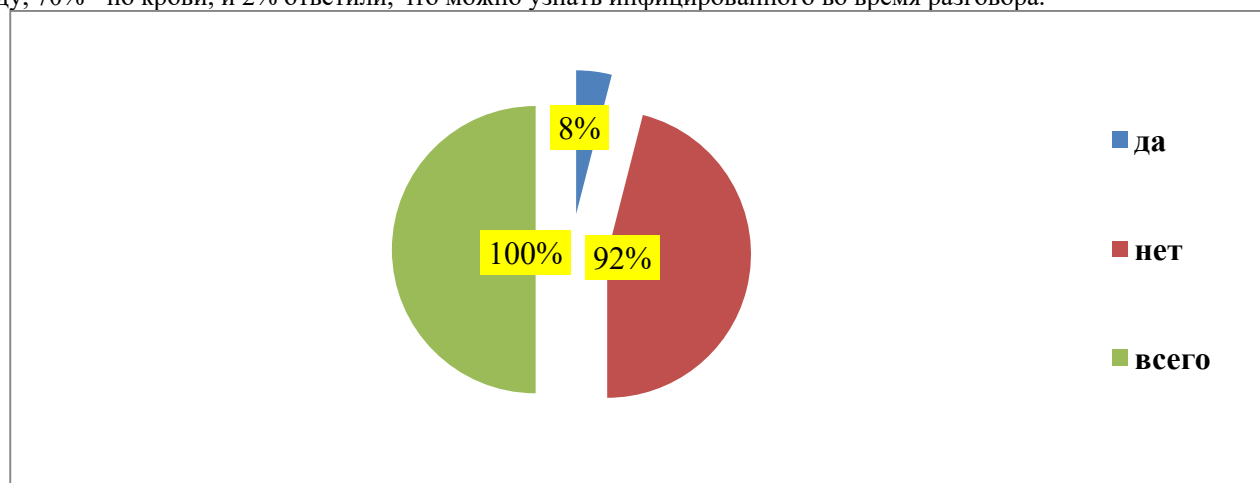


Рисунок 4. Нахождение ВИЧ-инфицированного человека в обществе

Было выяснено, что на вопрос «Допускаете ли вы, чтобы ВИЧ-инфицированный человек находился в обществе (учились как они, женились, замуж выходили и др.)?», всего лишь 8% школьников - допускают, а остальные 92% опрошенных - не допускают их нахождение в обществе.

Таблица 2

Источники информации о ВИЧ/СПИДе

Вопросы	Ответ	Количество	%
	Родители	12	24
	Работники центра здоровья, врачи	30	60
	Учителя в школе	4	8
	Средства массовой информации и социальные сети	4	8
	Всего	50	100

Школьники получают информацию о ВИЧ-инфекции в 8% случаях через средства массовой информации и социальные сети, в меньшей мере 24% от родителей, от врачей - 60%, и от учителей в школе - 8%.

Выводы: Выявлен низкий уровень информированности учащихся средней общеобразовательной школы о проблемах ВИЧ-инфекции в г. Душанбе. Из общего числа опрошенных 80% ответили, что это заболевание не касается их; 45% ответили, что это вирус иммунодефицита человека, 28% ответили, что можно узнать ВИЧ-инфицированного человека по внешнему виду. Большинство (60%) исследуемых получили информацию о ВИЧ-инфекции от работников центра здоровья (врачей), и всего 8% узнали информацию в школе от учителей. Считаем необходимым усилить процесс информирования школьников о проблемах ВИЧ-инфекции со стороны учителей, так как школьники ежедневно, большее количество времени проводят там. Усиление этой работы возможно путём проведения тематических классных часов, семинаров, тренингов. А также важно учитывать способ подачи информации. Считаем наиболее эффективным использование интерактивных методов и различных тематических игр.

Список литературы:

1. Боев, Б.В. Прогностическая модель распространения наркомании и ВИЧ-инфекции среди молодёжи / Б.В. Боев, В.М. Бондаренко // Микробиология. - 2019. - № 5. - С. 76-81.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД // Сборник нормативно-методических материалов. - М., 2018. - 56 с.
3. Голиусов, А.Т. Актуальность профилактики ВИЧ-инфекции в России. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции /

- А.Т. Голиусов, Е.Ф. Бочаров //Сб. материалов научно-практической конференции. - Спб. - 2017.- С. 52-53.
4. Нуров, Р.М. ВИЧ-инфекция в системе пенитенциарных учреждений: диагностика, клиника, лечение и профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. Наук / Р.М. Нуров. - Санкт-Петербург, 2014. – 39 с.
5. Турсунов, Р.А. Научное обоснование роли полового пути передачи в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Таджикистане / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2014. – Т. 58. - № 1. – С. 105-109.

Сангова Ҳ.Р., Зарипов И.А.

МУЛОҲИЗАҶО ОИДИ МЕТОДИ ТАЪЛИМИ ЗАБОНИ ЛОТИНӢ

Кафедраи анатомияи нормалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Забони лотинӣ дар замони муосир забони истилоҳоти байналмилалӣ ва забони касбии табибон маҳсуб ёфта, таълими он дар ҳамаи донишгоҳҳои тиббӣ ҳатмӣ ва зурӯрӣ мебошад. Таълими дурусти ин фан бо методу усулҳои пешқадаму дастрас боис мегардад, ки донишҷӯён истилоҳоти анатомӣ, клиникӣ ва фарматсевтиро хуб аз худ намурад, дар омӯзиши минбаъдаи фанҳои тиббӣ истифода баранд ва мутахассисони варзидаи ин соҳа гарданд.

Дар грамматикаи забони лотинӣ исм се чинс (род), шаш падеж ва панҷ тасриф (склонение) дорад, мисли забони русӣ, танҳо дар ин ҷо се тасриф мавҷуд аст.

Аммо сарфу наҳви забони тоҷикӣ ва ҳамчунин забони англисӣ, ки забони байналмилалӣ маҳсуб меёбад, аз ин қоидаҳои грамматикӣ орианд, яъне исм ин категорияҳоро надорад. Забони англисӣ аз рӯи қоидаҳои грамматикӣ ба забони тоҷикӣ наздик ва омӯختани он низ барои ҳар як тоҷикзабон мушкилие надорад.

Барои як донишҷӯи маҳаллӣ, махсусан, агар дар синфи русӣ таҳсил накарда бошад, омӯхтани забони лотинӣ бо риояи сарфу наҳви ин забон, каме душворӣ пеш меорад ва аз омӯзгор сатҳи баланди донистани қоидаҳои грамматикӣ дар ҷанд забон аз ҷумла: лотинӣ, русӣ, англисӣ, тоҷикӣ ва ғ. тақозо дорад. Ҳарчанд, ки дар навишти истилоҳоти тиббӣ аслан ду падеж: Nominativus, Genetivus (Именительный, Родительный) ва исму сифат истифода мешаванд.

Аз рӯи таҷрибаи омӯзгориам таи ҷанд сол дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ин гарониро ҳангоми тадриси донишҷӯён хуб ҳис мекардам, аммо илочи тағйир додан набуд, ин мушкили пеш аз ҳама ба усули таълими ҷоришуда вобаста буд. Усули таълим танҳо бо гузоштани бандакҳои зарурӣ мувофиқ қунонида шуда, дастури таълимӣ низ дар асоси ҳамин метод мураттаб гардида, дар санҷишҳои ҷамъбасти низ супоришҳо гузоштани бандакҳоро тақозо доштанд. Тибқи ин усул ё метод калимаҳо бе бандак навишта шуда, аз донишҷӯ гузоштани онҳо ва тарҷумаи истилоҳ талаб карда мешуд. Дар натиҷа аксари донишҷӯён ҳарчанд қушиши зиёд ба ҳарч диҳанд ҳам, аз ўҳдаи иҷрои супоришҳо баромада наметавонистанд. Муаллифи дастурҳои таълимии қабул шуда, муаллимаи ботачриба, ки солҳои зиёд ба тадриси донишҷӯён машғул буданд Мещерякова Е. В. буданд, саволҳои тестиро низ он кас таҳия мекарданд.

Бо омӯхтани китобҳои дарсии Чернявский М. Н. “Латинский язык и основы медицинской терминологии” (1), “Латинский язык” (2), “Латинский язык и основы терминологии” (3) ва ғ. ки барои донишҷӯёни донишгоҳҳои тиббӣ пешбинӣ шудаанд, усули таълим танҳо аз худ кардани калимаҳои нав, муайян кардани тасрифҳои исм, мувофиқати исму сифат, тарҷумаи истилоҳот аз лотинӣ ба русӣ ё баръакс ва ба ҳамин монанд супоришҳо пешниҳод шуда, методи дар мо роиҷ бударо вонахӯрданд. Барои омӯхтани истилоҳоти анатомӣ танҳо гузоштани бандакҳо ҷӣ зарурият дорад, дар ҳолате, ки дар ин истилоҳот охирибандакҳо мувофиқи грамматика на ҳама вақт риоя шудаанд.

Ҳангоми фаъолияти қорӣ дар Донишгоҳи миллӣ мувофиқи ҳамаи методикаи маъмул дастурҳои таълимие барои донишҷӯёни факултаи тиббӣ ва фарматсевтӣ омода намудам. Устодони варзида, соҳибунвони кафедраи забонҳои олмонӣ, фаронсавӣ ва лотинӣ қоидаи гузоштани бандакҳоро дар охири истилоҳот сарфаҳм наравтанд ва табиист, ки ба донишҷӯён низ фаҳмонида наметавонистанд. Бо таассуф мегуфтанд, ки барои омӯхтани забонҳои хориҷӣ аз ҷумла лотинӣ инбандакгузорӣ ҷӣ зарурият дорад?

Агар омӯзгори ботачрибаи забонҳои хориҷӣ ба дарки он наравта бошанд, вой бар ҳоли донишҷӯи Донишгоҳи тиббӣ, ки умуман фанни забоншиносӣ ба ихтисоси онҳо марбут набуда, забони лотиниро танҳо барои аз худ кардани истилоҳоти тиббии касбӣ меомӯзанд, на грамматикаи душвори лотинӣ. Аз ҷӣ бошад, ки бо қорӣ кардани ин методи мушкили бандакгузорӣ, аз худ кардани ин фанро ҳам барои омӯзгорон ва ҳам донишҷӯён дастнорас кардаанд.

Омӯзиши ҷандинсола сабаби он гардид, то дастури таълимие таҳия гардад бо унвони “Забони лотинӣ ва асосҳои истилоҳоти тиббӣ” (4), мувофиқ ба методи таълимии забони лотинӣ дар Россия ва мамлаки пасошӯравӣ маъмул буда. Бартариҳои ин китоб боз дар он аст, ки бо ду забон ҳам тоҷикӣ ва ҳам русӣ таҳия гардида, сатҳи забондонии донишҷӯёро баланд мебардорад. Аз натиҷаи таълим шояди самаранок будани ин метод, бе гузоштани бандакҳо ва диққат додан ба омӯхтани истилоҳот, тарҷума аз лотинӣ ба русӣ, тоҷикӣ ё баръакс, муайян кардани тасрифҳои исм, машқҳои оиди мувофиқат намудани исм бо сифат, аз худ намудани луғат - истилоҳот, афоризму мақолҳо ва ғ.

Ин усули таълим омӯзиши забони лотиниро барои донишҷӯён дастрас, шавқовар ва хотирнишин мегардонад, ки бо муваффақият супоридани санҷиши ҷамъбасти исботи он буд.

Донишҷӯён ё худ ҷавонон ояндаи миллати моянд, мо омӯзгоронро зарур аст, ки дар таълиму омӯзиши онҳо бетараф набуда, ҳамрадиҳои замон гардем. Дар омӯзонидани забонҳои хориҷӣ аз методҳои кӯҳнашуда, бесамару дилбазан даст кашида, дар тадрис аз равандҳои пешқадам, дастрас, босамар истифода барем, то дар таълими шогирдон саҳмгузор ва дилсӯз бошем. Дар акси ҳол насли наврас, замона моро намебахшад.

Адабиёти истифодашуда:

1. М. Н. Чернявской. Латинский язык и основы медицинской терминологии. Москва: Медицина, 2000.
2. Ю. Ф. Шульц. С.Д. Захарьина. Латинский язык и основы терминологии. Москва: Медицина, 1982, 335 стр.
3. Глебова С.Е., Галиева Б.Е., Васильченко Н.Н. Латинский язык. Алматы, 2004. – 185 с.
4. Сангова Ҳ. Р. Забони лотинӣ ва асосҳои истилоҳоти тиббӣ. – Душанбе: “Эр-граф”, 2021.

Сангова Ҳ.Р., Зарипов И.А.
АҲАМИЯТИ АСАРИ “ЗАХИРАИ ХОРАЗМШОҲӢ” – И ИСМОИЛИ ЧУРЧОНӢ ДАР ИЛМИ ТИБ
Кафедраи анатомияи нормалии МДТ “ДДТХ”. Тоҷикистон.

Ин асар дар ду ҷилд бо маблағгузори Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон ва бо кӯшиши бевоситаи ректори донишгоҳ узви вобастаи АМИТ, доктори илмҳои тиб, профессор Убайдулло Қурбон аз тарафи кормандони Маркази мероси хаттӣ аз хатти арабӣ ба сириликӣ баргардониди шуда, соли равон ба ҷоп расид.

То ҳол мо бо асари «Ал-қонун фи-т-тибб» - и Абӯалӣ ибни Сино, ки дар тамоми мамолики дунё ҳамчун асари безавол оиди илми тиб маъмулу машҳур аст, меболидем. Ӯ асарашро бо забони арабӣ таълиф кард ва қарни XI ба забони лотинӣ тарҷума шуда, ба ин васила дар мамолики Аврупо машҳур гардид. Асари “Захираи Хоразмшохӣ” низ мансуб ба илми тиб, қарни XII ба забони тоҷикӣ – форсӣ таълиф ёфта, мутаассифона, аз назари мутарҷимон дур монда, ба забони лотинӣ тарҷума нашудааст. Шояд як сабаби паҳн нагардидани он ҳамин бошад.

Ин асар дар ду ҷилд, 1728 саҳифа аст. Дар тафсири китоб чунин сатрхоро меҳонем: “Захираи Хоразмшохӣ” – и Исмоили Чурҷонӣ дар таърихи илми тиб нахустин ва барҷастатарину муфасалтарин асари энциклопедии тиббӣ мебошад, ки ба забони тоҷикӣ – форсӣ нигошта шудааст. Дар он номи анвои бемориҳо ва дардҳо – аз мӯи сар гирифта то нохуни по ва тарзи муолиҷаи онҳо, номи анвои доруҳо, гиёҳони тиббӣ ва ҳуҷраҳои анвои ҷонварону ҳосияти онҳо, навъҳои меваҳо ва ҳуҷраҳои, фишурдаҳои ҳалвоҳо ва ғ. омадааст, ки сабаби шӯҳрат ёфтани ӯ ҳамчун табиб ва ҷовидона гардидани номи ӯ дар қатори дигар донишмандони тоҷик ба монанди Абӯалӣ ибни Сино, Закариёи Розӣ, Абурайҳони Берунӣ ва дигарон гардидааст” (1, 1).

1. Исмоили Чурҷонӣ. Захираи Хоразмшохӣ. Муқаддима. Душанбе, 2023, саҳ. 1.

Муқаддимаи хеле ботафсил бо унвони “Мақоми “Захираи Хоразмшохӣ” дар рушду такомули тиббии ҷаҳонӣ” дар асоси далелу санадҳои дақиқ оид ба замони таваллуд, осори илмӣ, нусхаҳои китоб, тадқиқу нашрҳои он аз тарафи олимону донишмандони эронӣ, сохту мундариҷаи асар маълумоти муфассал медиҳад. Ин муқаддима дар сию се саҳифа аз тарафи Фарҳод Раҳимӣ академик, президенти АМИТ, марҳум Ҷӯрабек Назриев узви вобастаи АМИТ ва Убайдулло Қурбон узви вобастаи АМИТ, ректори ДДТХ таълиф гардидааст.

Аз муқаддима хонанда оиди китоб ва муаллифи он маълумоти хеле васеъ ба даст меорад. “Ин асари комил дар илми пизишкӣ асту метавон онро доиратулмаорифи тиббии тоҷикӣ – форсӣ номид. Воқеан ин аввалин китобест, ки ба сурати ҷомеъ дар илми тиб ба забони тоҷикӣ – форсӣ навишта шудааст. Ба ин далел Чурҷониро бунёгузори ростини пизишкӣ тоҷикӣ – форсӣ медонанд” (1, 36).

Исмоили Чурҷонӣ соли 1042 дар Чурҷон ба ривояте дар Исфаҳон, таваллуд ёфтааст. Ӯ то ҳаде шогирди Абӯалӣ Синост. “Вай донишмандтарин, пуртаҷрибатарин ва огохтарин табиб будааст, ки ҳамаи донистаҳои тиббиро аз Букрот то Бӯалӣ ҳамроҳ бо таҷрибаҳои, ки дар умри тӯлониву пурбаракати худ ба қор бастааст, ба забони тоҷикӣ – форсӣ ба сурати китобҳои ҷомеъи тиббӣ гирдоварӣ карда, аз вартаи фаромӯшию дастбурди ҳодисаҳои рӯзгор маҳфуз дошта, барои истифодаи насли баъдӣ ба ёдгор гузоштааст” (2, 40).

Дар китоб баҳси физиология, анатомия, раваншиносӣ, патология, дармони бемориҳо, аъмоли мухталифи ҷарроҳӣ ба таври васеъ мавриди мутолиа қарор гирифтааст.

1. Исмоили Чурҷонӣ. Захираи Хоразмшохӣ. Муқаддима. Душанбе, 2023, саҳ. 36.

2. Исмоили Чурҷонӣ. Захираи Хоразмшохӣ. Муқаддима. Душанбе, 2023, саҳ. 40.

Ба моён табибону донишмандони муосир танҳо ба даст бардоштани ин китоби ниҳоят бо сифати аъло ҷоп гардида, пурмухтаво, калонҳаҷм ба дилҳо шодию фараҳ, фахр аз забони ғанию қадимаи тоҷикӣ – форсӣ, аз ниёғони донишманд, ки ин забонро пос дошта, чунин асареро оиди илми тиб таълиф ва барои ояндагон мерос гузоштаанд, рӯҳу илҳом мебахшад.

Санади боарзише, ки аз нуфузи бесобиқаи ин асари Чурҷонӣ бар улуми пизишкӣ ва дорушиносӣ шаҳодат медиҳад, китоби “Тибби шифой” аст. Он тавассути Музаффар ибни Муҳаммадхусайни Шифой (ваф. 1556) таълиф ёфта, дар он “Захираи Хоразмшохӣ” ба унвони появу марҷаи асли зикр шудааст. Ин китоб соли 1681 тавассути роҳиб Питер Анчелис ба забони лотинӣ тарҷума ва таҳти номи “Фармакологияи Эрон” (номи пурраи лотиниаш “Pharmacopea persicae idiomate in Latinum conversa”) маъруф гашта, яке аз матнҳои нодир ба забони форсӣ аст. Дар китоби мазкур аз “Захираи Хоразмшохӣ” ба унвони манбаъ ва маъҳаз ном бурда шудааст, бад – ин тартиб номи “Захираи Хоразмшохӣ” ва муаллифи он дар кишварҳои аврупоӣ ва лотинизабон низ густариш пайдо кардааст. Аммо мутаассифона, ҳуди асар ба забони лотинӣ тарҷума нагардидааст.

Чурҷонӣ мақсад ва ҳадафи асосии ба форсӣ навиштани асарашро дар муқаддимаи “Захира ...” чунин шарҳ додааст: “Ва ба порсӣ сохт, то ба баракоти давлати ӯ манфиати ин китоб ба ҳар касе бирасад ва хоссу ому баҳра бошад, иншоаллоҳу азза ва ҷалла”. Забехулло Сафо дар “Таърихи адабиёт дар Эрон” ин хидмати бузурги Чурҷониро чунин иброз доштааст: “Чурҷонӣ бисёре аз истилоҳоти порсиро дар ин илм (пизишкӣ), ки то он аҳд вучуд дошт ва мумкин буд батадрич аз миён биравад, дар қутуби ҳеш гирдоварӣ кард” (1, 316).

Дар хусуси аҳамият ва нақши таснифоти Чурҷонӣ ёдовар шудани суҳанони муаррихи номвари ҳамасраш Абулҳасан Ибни Алӣ Зайди Байҳақӣ дар “Татиммаи савонеху – ул – ҳикмат”, ки дар баёни зиндагӣ, ахлоқи ҳақимону файласуфон ва пизишкони барҷастаи тамаддуни исломӣ то замони ҳаёти нависанда нигошта шудааст, бамаврид аст: “(Чурҷонӣ) бо таснифи баргузидаи ҳеш тиббу сойири улумро эҳё намуд” (2. 2548)

1. Забехулло Сафо. Таърихи адабиёт дар Эрон дар қаламрави забони форсӣ. Ҷилди 2 – Техрон: Интишороти “Фирдавс”. 1378, – С. 316.

2. Деххудо Алиакбар. Луғатнома. Ҷ. 6. – Техрон, 1328. – С. 2548

Шиносоӣ ба чунин як асари муҳим барои мутахассисону донишҷӯёни соҳаи тибб, инчунин ҳар як тоҷики донишпарвару илмдӯсту равшанфикр аз манфиат холи нахоҳад буд.

Аз мутолиаи ин асар рӯҳу илҳоми тоза гирифта, бошад ки дар омӯхтани он кӯшиш ба ҳарч диҳем, ин улуми

гузаштаро бо илми муосир дар соҳаи тиб киёсу мубодила намуда, зинаҳои баланди илму донишро фатҳ намоем. Аз гузаштагони худ ибрат гирифта, бо таълифи асарҳои арзандаи илмӣ дар соҳаи тиб чун ниёғони хеш пешсаф бошему нуфузи илму фарҳангу забону миллати худро дар арсаи байналмилалӣ баланд бардорем.

Рӯйхати адабиёт

1. Исмоили Чурҷонӣ. Захираи Хоразмшоҳӣ. Мукаддима. Душанбе, 2023.
2. Забехулло Сафо. Таърихи адабиёт дар Эрон дар каламрави забони форсӣ. Ҷилди 2 – Техрон: Интишороти ” Фирдавс”. 1378, – С. 316.
3. Деххудо Алиакбар. Луғатнома. Ҷ. 6. – Техрон, 1328. – С. 2548

Саторов Д.К., Шерматов Д.С.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Кафедра медицинской и биологической физики с основами информационных технологий ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Последнее время, широко применяется интернет-пространство для развития личности педагогов высшей школы.

Информация выражается в виде информационных технологий, программного обеспечения, коммуникаций. Информация – это способ формирования межличностных взаимоотношений, которые строятся в постоянном изменении, трансформации в ходе осуществления педагогами своей деятельности.

В целом можно сказать, что в настоящее время происходит не наращивание, а девальвация воспитательного потенциала существующих информационно-коммуникационных ресурсов.

Это явление разворачивается как противоречивый процесс: расширение информационного горизонта приводит к нивелированию позитивных возможностей известных источников информации. Так, телевидение, перестав, как некогда, доминировать среди основных каналов познания значимой информации и формирования социальных моделей нравственности, постепенно начинает играть роль канала спонтанного информирования в сфере развлечения.[1-3]

Цель исследования. Обосновать значимость интернет-среды для развития личности преподавателей высшей школы.

Материалы и методы исследования. Принимая во внимание значимость Интернет-среды к развитию личности преподавателя высшей школы, необходимо определить ее специфику и отличие от обычных социальных групп, под воздействием которых ранее формировались жизненные ценности преподавателя высшей школы. Исследователи выделяют следующие особенности взаимодействия пользователей в Интернете:

- анонимность;
- использование различных видов деятельности и способов организации общения;
- слабая организация поведения;
- нарушение субординации.

В виртуальном общении наиболее чаще проявляются черты характера, которые в повседневной жизни особо не проявляются, в некоторых случаях выражено в ненормативном поведении.[1,3,5]

Кроме того, Интернет-ресурсы отличаются своим культурным многообразием, формирующим различия ключевых ценностей педагогов высшей школы посредством различных Интернет-ресурсов. Существуют различные интернет-культуры и субкультуры, которые взаимодействуют между собой.

В процессе своей жизнедеятельности человек ищет сообщества, в которых он сможет проявить себя. Виртуальный мир оказывает определенное воздействие на самообразование и самоопределение в условиях формирования различных ценностей. Каждый участник виртуального общения по-разному выстраивает общение, отбирает и осмысливает информацию, оценивают события и ситуации сети.

Особенности Интернет-пространства способствуют формированию возможностей для развития личности педагога высшей школы, но в тоже время появляются и свои недостатки.

К возможностям относят:

- доступ к различной информации, способствующей самообразованию и самообучению;
- формирование нового пространства, нахождение новых друзей;
- участие в различных группах по интересам.

К недостаткам виртуального общения педагогов высшей школы относят:

- отрицание ценностей реального мира в жизнедеятельности человека;
- снижение ответственности и реальной коммуникации в процессе реализации виртуального взаимодействия;
- усиление этического и нравственного плюрализма;
- изменение отношения к добру и злу в виртуальном взаимодействии.

Результаты исследования и их обсуждение. Информационные технологии требуют высокого этического уровня личности, а также владение навыками использования данных технологий. Данные качества необходимы для разумного использования информационных ресурсов, оказания положительного воздействия на развитие ценностей молодежи.

В связи с постоянными современными изменениями осуществляется снижение авторитета старшего поколения, которое уже не может осуществлять педагогическую деятельность в виртуальной среде.[2,3]

Данные условия формирования современного педагога высшей школы оказывают воздействие на развитие ин-

формационной компетентности, предполагающей использование информационных технологий: мотивация на применение технологий, ответственное отношение к своему поведению в виртуальной реальности. Сегодня важно развить в каждом человеке информационное составляющее. Информатизация общества формируется на взаимодействии в Интернет-пространстве с правилами и нормами поведения, которые сегодня только формируются.

Поэтому нами предложены следующие практические рекомендации для общения в Интернете:

1. Точность и ясность высказанных мыслей, аргументация своей точки зрения. Не стоит использовать обобщающие фразы в адрес собеседника, поскольку это может вызвать конфликтную ситуацию.
2. Использование различных приемов (уточняющие вопросы), это позволит определить смысл высказываний.
3. Использование различных форм высказываний и обобщения информации. Необходимо обдумывать отправляемые сообщения собеседнику.
4. Как и в реальной жизни нельзя обсуждать «за спиной» личную жизнь виртуального собеседника, распространять о нем слухи. Это может пробудить конфликт, снизить культуру виртуального общения.
5. Нельзя отправлять третьему лицу переписку с виртуальным собеседником. Это нарушает этику, закон о праве на личную частную жизнь.[1,3, 4]

Данные рекомендации будут действенными в том случае, если участники и их намерения конструктивны.

Выводы. Современные информационные ресурсы способствуют взаимодействию педагога высшей школы с визуальными образами, формировать представления, влияющие на формирование логики, мировоззрения у педагога. Развитие и формирование навыков и умений может осуществляться с использованием современных тренажеров, позволяющих педагогу высшей школы сформировать практические навыки, после чего быть подготовленными к реальным ситуациям в жизни.

Литература

1. Саторов, Д. К. Коммуникативная компетентность и культура педагога в информационной сфере [Текст] / Д.К. Саторов, Д.С. Шерматов, Б.Б. Сафаров // «Актуальные вопросы медицины и медицинского образования» Материалы международной научно-практической конференции ГОУ Хатлонского государственного медицинского университета (1-ая годовичная), посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – Дангара, 2020. - С. 452-454
2. Саторов, Д. К. Личность педагога высшей школы [Текст] / Д.К. Саторов, Д.С. Шерматов // Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные задачи математики и её преподавания», посвященная к 20-летию изучения и развития естественных, точных дисциплин и математики в области наук и образования (2020-2040 гг.) и к 70-летию Заслуженного работника Таджикистана, профессора А.Э. Саторова. - Бохтар, 2020. – С. 238-239
3. Саторов, Д. К. Влияние ИКТ на облик преподавателя высшей школы [Текст] / Д.К. Саторов, Д.С. Шерматов, Б.Р. Кодиров // Вестник Педагогического университета им. С. Айни. – Душанбе. - 2020. - №3(3). - С. 111-114. ISSN 2708-5759
4. Елизаров, А. А. Базовая ИКТ-компетенция как основа Интернет-образования учителя: тезисы доклада [Текст] / А.А. Елизаров // Международная научно-практическая конференция RELARN-2004.
5. Уварина Н.В., Савченков А.В., Пахтусова Н.А., Корнеева Н.Ю. Развитие социального партнерства: воспитание гибких навыков молодежи региона. М.:Первое экономическое издательство, 2021. – 236 с. – ISBN: 978-5-91292-407-1 – doi: [10.18334/9785912924071](https://doi.org/10.18334/9785912924071)

Сафаров Б.Б. Давлатов Д.А.,
ТАДБИҚИ ПРЕЗЕНТАТСИЯ ТАВАССУТИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛОӢ ВА
КОММУНИКАТСИОНӢ ДАР ДАРСИ ФАНҲОИ ДАҚИҚ, ТОҶИКИСТОН
Кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои технологияи информатсионии
МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино,

Мубрамият. Презентатсия яке аз воситаҳои таълими моддӣ мебошад, зеро он яке аз роҳҳои пешниҳоди иттилоот ба ҳисоб меравад. Мақсади асосии презентатсия-ба шунавандагон расонидани иттилооти мукаммале, ки барои онҳо коркард шудааст, яъне иттилооти ба осонӣ ҳазмшаванда роҷъ ба объекти пешниҳодшуда мебошад. Вобаста аз ҷои истифода, презентатсияҳо бо баъзе хусусиятҳо фарқ мекунад.

Ҳадафи таҳқиқот- асосноккунии истифодаи презентатсияҳо ва коркарди онҳо дар раванди таълим баҳри баланд бардоштани сатҳу сифати дониши донишҷӯёни муассисаҳои таҳсилоти олии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Презентатсияи мултимедиявӣ на танҳо барои муаррифии дониш, балки барои назорат, мустаҳкамкунӣ, такрор, ҷамъбаст, систематикунӣ онҳо низ хизмат намуда, мутаносибан, вазифаҳои дидактикиро бомуваффақият иҷро мекунад [1-4].

Истифодаи презентатсияҳо дар раванди таълим имкониятҳои зеринро фароҳам меорад:

- ба муҳассилин додани маълумоти пурра ва боэътимод дар бораи падидаҳо ва равандҳои омӯхташуда;
- баланд бардоштани ақшинамоеӣ дар раванди таълим;
- қонеъ кардани дархостҳо, хоҳиш ва манфиатҳои муҳассилин;
- сарфаи вақти дарсӣ, нисбат ба қор дар тахтаи синф.

Вазифаҳои зиёди дидактикӣ ва тарбиявӣ бо ёрии презентатсияҳо самаранок ҳал карда мешаванд. Бахусус:

- ҳангоми омӯзиши маводи нав, пешниҳоди иттилооти нав;
- ҳангоми мустаҳкам намудани мавзӯҳои гузашта, таҳкими маҳорат ва малакаи таълимӣ;
- ҳангоми такрор кардан, тадқиқи амалии донишҳо ва малакаи ба даст оварда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар марҳилаи авзеҳи маводи нав, бояд ба он таваҷҷуҳ кард, ки презентатсия ҷойгузини муаллим ва тахтаи синф нагардад, балки дар презентатсия бояд далелҳои беҳамто мавҷуд бошанд, ки онҳоро на босухан ифода кардан мумкин аст ва на бо дигар воситаҳо. Масалан, сабти видео ва аудиои суҳанронии олимони таҷрибаҳо ва ғайра. Ҳангоми шарҳ додани маводи нав дар дарс, муаллим метавонад маҷмӯаҳои фанӣ (тасвирҳо, аксҳо, портретҳо, пораҳои видеои равандҳо ва падидаҳои омӯхташуда, намоиши таҷрибаҳо, тӯрҳои видеоӣ), ҷадвалҳо ва диаграммаҳои динамикӣ, моделҳои интерактивӣ, ашёҳои рамзӣ, лоихакаширо бо нишон додан дар экрани калон бо истифода аз LCD- проектор истифода барад. Дар ин ҳангом технологияи тавзеҳот ба таври назаррас тағйир меёбад, муаллим маълумотро, ки дар экран пайдо мешавад, шарҳ медиҳад ва агар лозим бошад, онро бо тавзеҳот, мисолҳо ва қайдҳои иловагӣ дар тахтаи синф қайд мекунад. Дар чунин дарсҳо мавҷудияти презентатсия матлубаст, аммо ҳангоми эҷоди он ба принципҳои зерини дидактикӣ таъян кардан лозимаст:

- илмӣ;
- возеҳият;
- дастрасбудан;
- мутобиқат ва пайдарпай;
- шуурнокӣ ва ғаёӣ;
- устуворӣ;
- робитаи назария ва амалия;
- интерактивӣ;
- фардият;
- пайвастагии дарки мураккаби иттилоот.

Натиҷавамуҳокимаи таҳқиқот. Мақсад ва натиҷаи истифодаи презентатсия ҳамчун ҷузъи таркиби дидактикии дарс ташаккули дониш, малака ва маҳорати донишҷӯён ба ҳисоб меравад.

Презентатсияҳои таълимии мултимедиявӣ барои кӯмак ба омӯзгор тарҳрезӣ шудаанд ва имкон медиҳанд, ки мавод ба таври қулай ва визуалӣ муаррифӣ шавад. Истифодаи ҳатто содатарин абзорҳои графикӣ ниҳоят муассираст. Муаррифии моҳирона метавонад таваҷҷуҳи муҳассилинро ҷалб кунад ва шавқу рағбатро ба дарс бедор намояд. Аммо, набояд ба тарафи зоҳирии презентатсия, ки ба эффектҳои махсус алоқаманданд, муштоқшуд ё сӯй истифода кард. Агар аз ҳадзиёд саъй шавад, самаранокии муаррифӣ дар маҷмӯаи хоҳиш меёбад. Бояд баъзи маводи пешниҳодшаванда ва эффектҳои ҳамроҳи кунанда мувозину ёфта шавад. Ин қоида барои ҳама презентатсияҳои мултимедиявӣ дар маҷмӯаи дурус таст, бахусус барои презентатсияҳои омӯзишӣ. Ҳангоми таҳияи презентатсияҳои мултимедиявӣ таълимӣ, аз як тараф, бояд принципҳо ва усулҳои умумии дидактикии гузаронидани дарс ба назар гирифта шаванд, аз тарафи дигар, имкониятҳои, ки нармафзори шабакаи телекоммуникатсионӣ ва технологияҳои муосири иттилоотӣ ба мо фароҳам меорад, ҳама тарафа ва пурра бояд истифода бурда шаванд. Зарур аст, ки ҳадафҳо ва вазифаҳои муқарраршудаи дидактикӣ ва маърифатӣ қатъиян риоя карда шаванд, зеро мултимедия ин танҳо як воситаи иҷрои вазифаҳои дидактикӣ ба ҳисоб меравад. Ба ибораи дигар, муваффақияти гузаронидани дарс бо истифодаи чандрасона ба сифати маводҳои истифодашаванда ва маҳорати тарроҳии омӯзгорон вобастааст.

Хусусиятҳои асосии методологияи ташкили дарсро бо истифода аз ҷузъҳои мултимедиявӣ тавсия додан мумкин аст:

- ❖ Дарсҳо бо истифода аз презентатсияҳои мултимедиявӣ дар ҳама синфҳои фанӣ бо истифода аз проекторҳои мултимедиявӣ гузаронида шаванд;
 - ❖ Бояд муносибати инфиродӣ, ки истифодаи васеи маводи иловагии таълимӣ варушдкунандаро дар бар мегирад, истифода шавад;
 - ❖ Баъзи возеҳи ҳадафи сегонаи дарс;
 - ❖ Мултимедия ба сифати ҳамроҳи шарҳи маводи таълимӣ амал мекунад, аммо муоширати зинда бо устод ва донишҷӯро дар синф иваз намекунад;
 - ❖ Интиҳоби васеи маводи тасвирӣ барои ҳамаҷониба ва муфассал шарҳ додани мавзӯи дарс;
- Зарурати истифодаи технологияҳои муаррифии мултимедиявӣ метавонад аз омилҳои зерин вобаста бошад:
- Камчинии манбаъҳои маводи таълимӣ;
 - Қобилияти пешниҳоди маводи беназири иттилоотӣ (расмҳо, дастнависҳо, клипҳои видеоӣ, сабтҳои овозӣ ва ғайра) дар шакли мултимедиявӣ;
 - Зарурати систематизатсия ва пешниҳоди сохтори барномаи таълимӣ;
 - Равандҳо ва муносибатҳои байни объектҳои омӯхташаванда;
 - Зарурати кор бо моделҳои ашё, падидаҳо ё равандҳои омӯхташуда барои омӯзиши хосиятҳои онҳо.

Хулоса. Презентатсияҳои таълимии мултимедиявӣ нақши технологияҳои иттилоотӣ ва коммуникатсиониро дар рушди эҷодкории донишҷӯён дар дарси фанҳои дақиқ ошкор мекунад.

Адабиёт

5. Давлатов Д. А. Омилҳои асосии рушди эҷодкории донишҷӯён дар раванди омӯзиши фанҳои дақиқ тавассути технологияҳои иттилоотӣ ва коммуникатсионӣ [Матн] / Д. Давлатов // Паёми пажӯишгоҳи рушди маориф. – 2021. – №4(36). – С.54-58. – ISSN 2617-5320.
6. Давлатов Д. А. Шарҳҳои таълимии рушди эҷодкории донишҷӯён дар раванди омӯзиши фанҳои дақиқ тавассути технологияҳои иттилоотӣ ва коммуникатсионӣ [Матн] / Д. Давлатов // Паёми пажӯишгоҳи рушди маориф. – 2021. – №4(36). – С.54-58. – ISSN 2617-5320.

7. Мезенцев Г. В. Методика проведения семинара-диспута в финансово-экономическом вузе [Электронный ресурс] // Гуманитарные научные исследования. 2013. № 12. URL: <http://human.snauka.ru/2013/12/5227> (дата обращения 02.11.2015).
8. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – Москва: Азбуковник, 1999. – 944 с.

Сафарова С.Р.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ У ЛИЦ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Во многих ситуациях, когда на организм человека начинают воздействовать неблагоприятные факторы внешней и внутренней среды, кровь и особенно эритроциты первыми реагируют нарушением деформируемости своей мембраны. Это связано с эндогенными и экзогенными воздействиями. Одним из важнейших свойств эритроцита является его способность к деформируемости. Эритроциты способны значительно деформироваться при прохождении через капилляры, не меняя своего объема и площади поверхности. Эта особенность эритроцитов имеет важное значение для поддержания оптимальных процессов диффузии газов на протяжении всего микроциркуляторного русла различных органов в организме человека. При различных патологиях эта особенность эритроцитов изменяется, что приводит к нарушению внутренней среды организма.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные особенности эритроцитов у лиц различных возрастных групп

Материалы и методы исследования. В данной статье были использованы научные материалы зарубежных и отечественных авторов.

Результаты исследования. В периферической крови людей содержатся эритроциты с различной способностью к деформации, которая зависит от возраста, и оказывает влияние на характер регионарного кровотока. Выявлено, что гипоксия и изменение температуры влияют на состояние мембран эритроцитов и характеристики регионарного кровотока в зависимости от возраста. Так как у лиц старше 50 лет в мембранах эритроцитов возрастает содержание спектринина, то увеличивается естественная «жесткость» красных клеток крови. Возрастные особенности мембран эритроцитов связаны с изменением вязкости билипидного слоя, содержанием скелетных белков, которые определяют степень деформируемости эритроцитов. Гипоксия, снижение pH и изменение температуры влияют на деформируемость мембран эритроцитов и характеристики регионарного кровотока в зависимости от возраста.

Огромное значение для деформируемости эритроцитов имеют вязко-эластичные свойства мембраны, которые определяются состоянием спектринно-актинового комплекса и его взаимодействием с другими структурными элементами мембраны. Мембраны обеспечиваются подмембранной сеткой из длинных и относительно гибких нитей белков спектринина и актина, тогда как содержимое цитоплазмы (раствор гемоглобина) ведет себя подобно жидкости, не препятствуя деформациям.

В нормальных физиологических условиях с возрастом деформируемость эритроцитов уменьшается, увеличивается их агрегируемость и снижается кислородтранспортная функция. Это приводит к нарушению деформируемости эритроцитов, многообразие которых указывает на то, что этот показатель является достаточно лабильной характеристикой крови, которая чувствительно реагирует на изменение любого метаболического процесса в организме. Углекислый газ внутри эритроцитов связывается с гемоглобином и образует карбоксигемоглобин, что снижает степень сродства гемоглобина к кислороду (эффект Бора). Наоборот, если в циркулирующей крови уровень диоксида углерода низкий, CO₂ высвобождается из связанной с гемоглобином формы, тем самым увеличивая сродство кислорода к гемоглобину. Превалирующая часть углекислого газа внутри эритроцита содержится в форме иона HCO₃⁻, что определяет его выведение из клеток посредством HCO₃⁻/Cl⁻ обмена через анионный обменник – белок полосы 3. Вследствие низкой скорости переноса иона HCO₃⁻ через мембрану по сравнению с диффузией молекул CO₂ и O₂ с помощью аквапоринов этот процесс является лимитирующей стадией CO₂/O₂ обмена. Скорость переноса анионов через эритроцитарную мембрану соответствует скорости потребления кислорода организмом. Функциональная роль белка полосы 3 не ограничивается переносом зарядов. Он принимает участие в регуляции таких процессов как гликолиз эритроцита – путем взаимодействия с гликолитическими ферментами и гемоглобином.

Результаты исследования показали, что с возрастом снижается деформируемость мембран эритроцитов. В то же время, параллельно с увеличением возраста обследованных в пробах крови увеличивалось количество более «ригидных» эритроцитов. Таким образом, в периферической крови людей содержатся эритроциты с различной способностью к деформации. С увеличением возраста происходит снижение деформируемости мембран эритроцитов. В результате исследования были получены данные, которые позволяют говорить о том, что возрастные изменения мембран эритроцитов приводят к различной устойчивости красных клеток крови к воздействию гипоксии.

Выводы. Таким образом, особенность эритроцитов деформироваться имеет важное функциональное значение для поддержания оптимальных процессов диффузии газов на протяжении всего микроциркуляторного русла различных органов в организме человека. При различных патологиях эта особенность эритроцитов изменяется, что приводит к нарушению внутренней среды организма.

Список литературы

1. Позднякова Н. М. Морфофункциональные особенности крови человека в клинических моделях преждевременного старения. /Автореф.дисс. канд. мед. Наук Н.М.Позднякова /- 2013.- С.24
2. Т.В. Павлова, К.И. Процаев, Н.И. Жернакова. А.В. Инновационные технологии в оценке морфологических свойств

клеток-мишеней преждевременного старения (на примере эритроцитов) / Научные ведомости Белгородского государственного университета // Медицина . Фармация-2013.- С. 55-52

3. Шукурова Д.А., к. б.н., профессор, Гистология ГОУ «ГМУ им. Абуали ибни Сино»-2019.-С. 19-28.

4. Скоркина М.Ю., Шамрай Е.А., Сладкова Е.А. Измерение сил адгезии в системе «клетка-клетка» на основе технологий атомно-силовой микроскопии / Клеточные технологии в биологии и медицине.// – 2017. – № 4. – С. 213–215

Сафарова С.Р.

РОЛЬ МАКРОФАГОВ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Макрофаги – клетки рыхлой соединительной ткани, относящиеся по своей роли к клеткам иммунной системы, обладающие выраженной двигательной активностью и способностью к фагоцитозу. Происходят из моноцитов крови, которые после выхода из кровотока попадают в разные органы и ткани организма, где спонтанно или под действием специального фактора превращаются в макрофаги. Их актуальность заключается в том, что макрофаги несут на своей поверхности разнообразные молекулы адгезии (интегрины, селектины), специфические рецепторы, позволяющие распознавать чужеродные макромолекулы, микроорганизмы и клетки, а также они имеют рецепторы для антител и комплемента.

Цель исследования. Изучить морфологические особенности строения макрофагов и их роль в иммунной системе.

Материалы и методы исследования. В данной статье были использованы научные материалы зарубежных и отечественных авторов.

Результаты исследования. В разных органах макрофаги отличаются морфологически и функционально. Все макрофаги делятся на две большие группы: свободные и фиксированные. Различают свободные макрофаги РВСТ, серозных полостей, воспалительных экссудатов, они свободно перемещаются в организме. Группу фиксированных макрофагов составляют макрофаги внутренних органов, костного мозга, костной ткани, печени (клетки Купфера), альвеолярные макрофаги в лёгких, макрофаги микроглии в головном мозге, клетки Лангерганса в коже и т. д. Преобладающие функции резидентных макрофагов – регуляторная и гомеостатическая: они удаляют путём фагоцитоза старые и нежизнеспособные клетки, ограничивают активность других клеток иммунной системы, контролируют морфогенетические процессы, секретируют функционально важные белки межклеточного матрикса, компоненты комплемента и др. Воспалительные макрофаги покидают кровоток в ответ на хемотаксические сигналы, поступающие из очага воспаления, в который они мигрируют. При этом происходит распластывание клеток и увеличение их размера до 20–25 мкм. Срок их жизни обычно составляет несколько недель. Под влиянием факторов воспаления эти макрофаги активируются: приобретают способность секретировать провоспалительные цитокины, фактор некроза, хемокины, колоние-стимулирующие фактор. Макрофаги выполняют также роль «мусорщиков», освобождая воспалённые ткани от погибших клеток. На поверхности активированных макрофагов присутствуют молекулы главного комплекса гистосовместимости I и II классов. Благодаря этому они обладают способностью представлять антигены для распознавания Т-лимфоцитам и участвуют в запуске иммунного ответа. В результате реализации последнего макрофаги приобретают ряд новых свойств: антитела, фиксируемые на рецепторах макрофагов, придают им способность специфически распознавать патогенные микроорганизмы: γ -интерферон, выделяемый Т-лимфоцитами, вызывает синтез индуцибельной NO-синтазы, что обуславливает образование оксида азота и его метаболитов, способных вызвать гибель патогенов, например, микобактерий, некоторых простейших, устойчивых к другим бактерицидным факторам.

Иммунная защита организма определяется механизмами как врожденного, так и приобретенного (адаптивного) иммунного ответа. К основным клеточным элементам системы врожденного иммунитета относятся гемопоэтические клетки, тучные клетки, базофилы, моноциты, дендритные клетки и, конечно, макрофаги. Адаптивный иммунный ответ опосредован CD4⁺ и CD8⁺ Т-клетками, регуляторными Т-клетками и В-клетками. Роль макрофагов в формировании иммунного ответа неоспорима. Макрофаг распознает внутриклеточные патогены – бактерии, вирусы, и экстраклеточные патогены, паразиты, простейшие, грибы или гельминты, благодаря наличию у микроорганизмов патоген-ассоциированных молекулярных паттернов. Если с макрофагами взаимодействуют PAMPs экстраклеточных паразитов – грибов или гельминтов, макрофаги секретируют противовоспалительные цитокины, прежде всего IL-10 и IL-13 и другие кемокины. Кемокины привлекают клетки, продуцирующие IL-4 и IL-13, такие как эозинофилы и базофилы, а также наивные Т-лимфоциты. Для успешного удаления патогена макрофаги и антиген-презентирующие клетки запускают адаптивный иммунный ответ либо по клеточному Th1 типу, либо по гуморальному Th2 типу.

Выводы. Таким образом, макрофаги рассматриваются как клетки, обладающие способностью изменять свое состояние в пределах континуума возможных состояний в зависимости от изменений, произошедших в их микроокружении. Континуум или фенотипическая пластичность макрофагов отражает высокую способность макрофагов адаптироваться к меняющимся условиям окружающей среды, с одновременным перепрограммированием в нужную сторону иммунных защитных ответов этих клеток в организме.

Список литературы

1. Лямина С.В., Поляризация макрофагов в современной концепции иммунного ответа / Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук.С.В. Лямина// – 2014. – С. 930-935

2. Луиза Берлин/Гейдельберг: Springer Berlin Heidelberg Pflügers Archiv, 2017, С. 365–374.

3. Сельков С.А. Децидуальные макрофаги: роль в иммунологическом диалоге матери и плода. Иммунология./ Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук.С.А. // -2014 С. 113-117.

4.Шукурова Д.А., к. б.н., профессор, Гистология ГОУ «ТГМУ им. Абуали Сино» -2019.- С. 19-28.

Сафарова Фирӯза, Азимов Чамшед
ЭССЕ – ВОСИТАИ АРЗЁБИИ ДОНИШИ ВА САЛОҲИЯТҲО

МД “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Маркази миллии тестии назди
Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мубрамияти мавзӯ. Солҳои охир дар муассисаҳои таълими кишвар дар баробари диктант, нақли ҳаттӣ ва иншо таваҷҷуҳ ба шакли дигари кори ҳаттӣ – жанри эссе зиёд гардида, он ҳамчун воситаи муҳимми арзёбии дониши ҳаттӣ ва дараҷаи рушди тафаккур ва ҷаҳонбинии донишомӯзон истифода мешавад. Ворид гардидани эссе ба барномаҳои таълимии муассисаҳои таҳсилоти умумии Тоҷикистон ва истифодаи он барои арзёбии дастовардҳои таълимии донишомӯзон падидаи нав буда, ба таҳқиқ ниёз дорад.

Мақсади таҳқиқот. Баррасии жанри эссе ҳамчун воситаи муҳим ва объективии арзёбии дониши ҳаттӣ ва дараҷаи рушди тафаккур ва ҷаҳонбинии хонандагони (донишҷӯёни) муассисаҳои таълимӣ.

Мавод ва методи таҳқиқот. Барои расидан ба мақсади таҳқиқот адабиёти илмӣ мавзуи таҳқиқшаванда омӯхта, стандарт, барномаҳои таълимӣ ва дастурҳои методӣ оид ба тарзи навишт ва санҷишу ҳолгузорӣ ба эссеи навиштаи хонандагон, ки дар Тоҷикистон ба нашр расидаанд, таҳлил карда шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Кори ҳаттӣ дар ҳамаи муассисаҳои таълимӣ яке аз муҳимтарин воситаҳои арзёбии дониши ҳаттии хонанда (дуруст баён карда тавонистани мазмун ва дар ин замина риояи меъёри забону қоидаи навишт ва мутобиқи услуб истифода бурдани воситаҳои забонӣ) ба шумор меравад. Дар санадҳои меъёрий, ки Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ намудааст [4; 16, с. 139; 5, с. 10], кори ҳаттӣ аз забони тоҷикӣ ва адабиёти тоҷик ба диктант, нақли ҳаттӣ ва иншо тақсимбандӣ шудааст. Аммо солҳои охир дар баробари ин шаклҳои кори ҳаттӣ барои арзёбии дониши ҳаттӣ ва малакаи маҳоратҳои хонандагон жанри эссе низ истифода мешавад.

Эссее, ки донишомӯзон дар муассисаҳои таълимӣ менависанд, муҳокимаронии нисбатан озодаи онҳо дар мавзуи додашуда аст. Ин намуди кор бештар ба илмҳои гуманитарӣ ва ҷамъиятшиносӣ (фалсафа, ҷомеашиносӣ, фарҳангшиносӣ) хос аст.

Ҳамаи донишмандоне, ки доир ба ин шакли кори ҳаттӣ таҳқиқот гузаронидаанд, эссеро жанри мувофиқ барои баёни андешаҳои шахсӣ [22], як жанри махсуси адабӣ донистаанд [19], жанре, ки дар шакли пулитсистӣ (очерк), рӯзноманигорӣ [8; 9; 12], бадеӣ, илмӣ-оммавӣ, академӣ ва расмӣ-коргузорӣ навишта мешавад [6], онро як навъи очерк ва ё мақола ва гоҳе иншои мухтасар (кӯтоҳ) низ гуфтаанд [21]. Ҳангоми навиштани ин гуна иншо муаллиф дар баёни фикр озод аст: ӯ андешаи худро доир ба мавзуи пешниҳодшуда мухтасар ва асоснок (бо далел), вале дар ҳаҷми муайян баён мекунад. Дар эссе ҷаҳонбинӣ ва андешаҳои шахсии эссенавис доир ба ягон мавзӯи иҷтимоӣ ва ё фарҳангӣ таърихӣ инъикос меёбад [13, с. 1246-1247; 14, с. 516; 26]. Дар эссе мавзӯ ва масъалаи баррасишаванда мушаххас аст. Дар он ягон асар, рӯйдод ва ё шахсияти касе муфассал мавриди мулоҳизаю муҳокима қарор намегирад. Эссенавис доир ба мавзуи пешниҳодшуда андешаашро бо як тартиби муайян дар як **сарсӯхани кӯтоҳ, мулоҳизарониҳои мухтасар бо далел ва хулоса** баён менамояд [1; 7]. Ба ин восита доираи андеша ва ҷаҳонбинӣ, маҳорати баррасии мустақилонаи масъала ва хулосабарорӣ, дуруст ва мурағаб баён кардани фикр ва дараҷаи саводнокии эссенавис санҷида мешавад.

Донишманди тестшинос Т.М. Балихина эссе ва иншоро яке – кори ҳаттии эҷодӣ донистааст: ба таври ҳаттӣ дуруст баён намудани андеша ва назари худ. Ин шакли кори ҳаттӣ барои арзёбии малакаи маҳорати хонандагон, аз ҷумла нақл ё қисса намудан, тавсиф кардан, шарҳ додан, таҳлил намудан воситаи хубест. [3, с. 78, 113]

Донишмандони австралиягӣ Пру Андерсон ва Ҷорҷ Морган дар бораи эссеи мухтасар ва ё саволу масъалаи кушода бо ҷавоби муфассал навиштаанд, ки онро метавон дар шакли тест ё тасвир пешниҳод намуд. Муҳим он аст, ки хонандагон мавзӯро дарк кунанд, ба он ҷавоб диҳанд, доир ба ин ё он масъала андешаи худро баён намоёнд, нуктаи назарашонро исбот кунанд... Маълумоти мувофиқ дар бораи ин ҳама дар дастури иҷроӣ тест бояд дода шавад [2, с. 41].

Донишмандони рус М.Б. Челишкова ва В.И. Звонников низ эссе (иншои мухтасар)-ро яке аз шаклҳои саволу масъалаи тести кушода бо ҷавоби озодона сохташуда ва ё бо ҷавоби муфассал медонанд [20, с. 101, 181; 11, с. 98], ки ба воситаи он малакаи амалии азхуднамудани хонандаро арзёбӣ кардан мумкин аст [20, с. 425]. Ин донишмандон норасоии эссеро дар душвории автоматикунонии ҳисоби баллҳо донистаанд [11, с. 116]

Н. Ефремова вақте дар бораи маводи даврҳои аввали ИЯД-и Русия маълумот медиҳад, менависад [10, с. 65], ки дар маводи имтиҳон – маводи назоратӣ санҷишӣ (МНС) эссе яке аз қисми супоришҳо ба ҳисоб меравад: эссе ё саволу масъала бо ҷавоби озодона сохташуда ва ё бо ҷавоби муфассал.

Ба андешаи ӯ эссе ё саволу масъала бо ҷавоби озодона сохташуда ва ё бо ҷавоби муфассал яке аз усулҳо ва воситаҳои муассири назорат аст, ки қобилияти эҷодӣ ва дараҷаи дастовардҳои таълимии хонандагон арзёбӣ карда мешавад [10, с. 186].

Аз таҳлили нуктаи назари донишмандони тестшинос метавон ба чунин натиҷа расид, ки дар баҳо (ҳол)-гузории эссе гоҳе мушқилот пеш меояд. Яке аз ин мушқилотро дар таҳияи истинод – намунаи ягонаи ҷавоб ва ё меъёр, ки ҳамаи гузина (вариант)-ҳои ҷавобро ба назар бигирад, метавон дид. Дигар аз мушқилот, агар дақиқ назар кунем, назари шахсии ҳар санҷишгар ба ин ё он падида ё воқеа аст. Вале новобаста ба ин мушқилот ҳар санҷишгар вазифадор аст, ки ба ҷавоби донишомӯз на аз рӯйи ин ё он нуктаи назар, балки мувофиқи ҳамаи меъёри муайяншуда баҳо (ҳол) гузорад.

Бо дар назар гирифтани ҳамаи мушқилиҳо Пру Андерсон ва Ҷорҷ Морган бар ин натиҷа расидаанд, ки барои санҷиш ва баҳо (ҳол)-гузории ин шакли супориш бо ҷавоби муфассал дастури санҷиш бояд дақиқ бошад, санҷишгарон бояд ҳама тарафаи омода карда шаванд, онҳо бояд мутахассисони воқеӣ ва пухтакор бошанд ва ҳамзамон барои ба даст овардани маълумоти дурусту воқеӣ зарур аст, ки санҷиши дубора ба роҳ монда шавад [2, с. 43]

Хулоса. Бо вучуди мушкилот дар баҳо (хол)-гузорӣ ба эссе навиштаи хонандагон (донишҷӯён) ва коркарди технологии натиҷаҳо эссе яке аз муҳимтарин ва бозғамитарин воситаҳои арзёбии дастовардҳои таълимии хонандагон доништа мешавад. Ба андешаи мо имрӯз дар муассисаҳои таълимии кишвар ба хонандагон омӯзонидани тарзи навиштани эссе ва низ истифодаи ин шакли кори хаттӣ барои арзёбии дониш ва салоҳиятҳои онҳо бояд дуруст ва ба таври васеъ ба роҳ монда шавад.

Рӯйхати адабиёт

1. Алгоритм написания эссе [электронный ресурс]. URL: <https://www.ctege.info/obschestvoznaniye-teoriya-ege/algoritm-napisaniya-esse-po-obschestvoznaniyu-kak-pravilno-napisat-esse-po-obschestvu.html> (дата обращения: 20.11.2019 г.)
2. *Андерсен П.* Разработка тестов и анкет для национальной оценки учебных достижений / П. Андерсен, Дж. Морган; пер. с англ. В.Н. Симкина; науч. ред. В.И. Звонников. – М.: Логос, 2011. – 196 с.: ил. – (Национальная оценка учебных достижений).
3. *Балыхина Т.М.* Словарь терминов и понятий тестологии. – 2-е изд. стер. / Т.М. Балыхина // – М.: Рус. яз. Курсы, 2006, –160 с.
4. Барномаи таълими забони тоҷикӣ (барои синфҳои V-XI), – Душанбе, 2006, – 40 с.
5. Барномаи таълими адабиёти тоҷик дар синфҳои V-XI, – Душанбе, 2007, – 72 с.
6. *Бузальская Е. В.* Эссе: к истории становления жанра. / Е.В. Бузальская // Мир русского слова. – 2015. – №2. – С. 36-41.
7. Дастур доир ба тарзи таълифи эссе / мураттибон Б.Камолиддинов, Д.Хочаев / – Душанбе: Маориф, 2018. – 30 с.
8. *Дмитровский А. Л.* Жанр эссе: очерк теории жанра. / А.Л. Дмитриевский // Орел: ОГУ, 2006. – 131 с.
9. *Дмитровский А.Л.* Жанр эссе: к проблеме теории / А.Л. Дмитриевский // Журнал «Челябинский гуманитарий». – 2013. – №3 (24). – С. 37-51.
10. *Ефремова Н.Ф.* Тестовый контроль в образовании: Университетская книга / Н. Ф. Ефремова // – Москва: Логос, 2007. – 263 с.
11. *Звонников, В.И.* Современные средства оценивания результатов обучения: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений / В.И. Звонников, Б. Челышкова // – М.: «Академия», 2009. – 224 с.
12. *Кайда Л. Г.* Эссе: стилистический портрет. М.: Флинта; Наука, 2008. –181 с.
13. Литературная энциклопедия терминов и понятий / Под ред. А.Н. Николюкина. Институт научн. информации по общественным наукам РАН. – М.: НПК «Интелвак», 2001. –1600 ств.
14. Литературный энциклопедический словарь / Под общ. ред. В.М. Кожевникова, П.А. Николаева. Редкол.: Л.Г. Андреев, Н.И. Балашов, А.Г. Бочаров и др. – М.: Сов. энциклопедия, 1987. – 752 с.
15. *Лисицына О. С.* Как написать эссе. / Электронный ресурс: <http://www.publiclibrary.ru/readers/otlichnik/learn-kak-napisat-esse.htm> (дата обращения: 08.03.2019).
16. Стандарт ва барномаи таълими забони тоҷикӣ барои синфҳои V-XI. – Душанбе: “Душанбе-принт”, 2018. – 151 с.
17. *Ташлыков С.А.* Сочинение: секреты жанра: Учебное пособие. / С.А. Ташлыков / – Иркутск: Иркут. ун-т, 2001. – 103 с.
18. *Учакина В.М.* Жанр эссе в литературном наследии Оскара Уайльда и Константина Бальмонта: автореф. дисс. канд. фил. наук. – Омск, 2020, – 23 с.
19. *Учакина В.М.* Современный жанр эссе как система // Гуманитарные исследования. Журнал фундаментальных и прикладных исследований. №1 (73) – Астрахань: Изд. Дом «Астраханский университет», 2020. – С. 100-107.
20. *Челышкова М.Б.* Теория и практика конструирования педагогических тестов: Учеб. пособие / М.Б. Челышкова // – М.: «Логос», 2001, – 432 с.
21. *Шодиев М.* Эссе ва тарзи навиштани он / М. Шодиев, Ҷ. Азимов // Масъалаҳои маориф. – 2013. – №3 (28). – С. 18-23.
22. *Эпштейн М.* Законы свободного жанра (Эссеистика и эссеизм в культуре Нового времени) / М. Эпштейн // Вопросы литературы. – 1987. – № 7. – С. 120-152.

Сафарова М.Ч

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И КУЛЬТУРА

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

В процессе развития образа жизни нации, факт культуры и социальное видение составляют аспект феномена образа жизни. В любом явлении социальной жизни, в частности, массового действия национального субъекта, невозможно отделить «социальную часть» от «культурной части».

По образному выражению современного немецкого философа Ф.Тенбрука: здесь налицо «бесшовное соединение». Интерпретация социальных явлений как часть культуры исключает представление о большей или меньшей истинности познания их самими субъектами. Культура не может быть ложной, ибо общество именно таково, каким оно является в культуре.[2]

Национальная культура в качестве источника социального явления может быть определена в самом общем виде как «образ жизни» человека и общества. И в этом своем статусе культура представляет собой важнейший компонент и показатель уровня развития человеческой цивилизации.[6]

Но вместе с этим под термином культура мы имеем в виду весь спектр лучших достижений общества, которые могут способствовать развитию национального образа жизни. По мнению П. Сорокина, социальное взаимодействие как обмен коллективным опытом и знаниями, создает культуру народа, в рамках которого коллективный опыт передается от поколения к поколению. [4]

Но культура как часть национального образа жизни должна быть открытой для других этнических групп общества, поскольку самозамкнутость культуры не способствует его общего восприятия всем обществом. Совершенная культура так же невозможна, как невозможно и совершенное общество.³

Связь между образом жизни и культурными традициями народа отрицается сторонниками глобализации и вестернизации, которую они считают необходимой предпосылкой модернизации.[8]

Стоит отметить, образ жизни не включает в себе всякую деятельность, а имеет конкретно направленный вид ведения жизненного уклада связанного с производством, бытом и досугом человека и общества. К ним относятся формы социальной деятельности народа, направленные на сохранение и поддержание жизни и которые определяют образ жизни нации. Таким образом, социальное действие субъекта и его образ жизни взаимосвязаны и в них культура занимает особое место.[10]

На формирование национального образа жизни также влияет среда, в котором на поведение человека влияет экология, экосистема, природа, традиции, обычаи и другие особенности местности. Р. Баркер называет единство образа жизни и природы эко-поведенческой системой (ЭПС) - «место поведения», пространственно-временную ситуацию, которая требует определенную совокупность форм поведения.[1]

Сегодня, для того чтобы разнообразнее провести своё свободное и досуг люди объединяются по своим интересам. Так, например, среди наиболее популярных объединений взрослой части населения в городах мы выявили следующие направления:

1. Религия и другие религиозные организации;
2. Спорт и досуговые организации;
3. Образование, культура и творческие организации;
4. Профессиональные объединения;
5. Политика;
6. Благотворительность;
7. Волонтерские движения.

Таким образом, национальный образ жизни в рамках сотрудничества государства, НПО и гражданского общества становится социальной политикой целью которого становится строительство общества доступных благ для каждого человека.

Немаловажным фактором национального образа жизни является культура общения. Общение на разных уровнях – во дворе, на работе, на рынке и в других местах является частью национальной культуры. По большей части оно носит открытый характер. Особенностью национального образа жизни таджиков является из родственные связанности с соседними народностями.

Исследователь Н.П. Остроумов на примере образа жизни сартов, отмечает смешанность их происхождения, которые частью иранцы и отчасти не тюрки. «Больше не надо спорить о том, являются ли сарты на самом деле таджиками или их надо отнести к одному из подразделений тюркской общности. Признаки «тюркский язык» и «оседлый образ жизни» не противостоят друг другу, а взаимодействуют и образуют новый народ, не таджиков и не узбеков, с противоречивыми чертами культуры и психологии».[5]

На образ жизни разных народов трансформационные процессы влияли по-разному. Определяющим фактором изменений была культура народа и ее склонность к трансформации. Именно посредством культуры народ и нация старается в свой образ жизни внести новые отношения и поведенческие ориентации.[3]

Национальный образ жизни не имеет ничего общего с казуальными и радикально-архаичными явлениями, которые встречаются в теократических обществах, в которых над передовыми мыслями общества руководить правители с архаичными идеями. Такие общества пережил таджикский народ в течение долгих лет своей истории, находясь под диктатом кочевнических форм правления.

Однако, изучая жизнь архаического человека и его систему ценностей, следует прийти к выводу, что наблюдаемые действия архаизма внутри развитого общества являются рациональными с точки зрения кочевнического образа жизни, но они не могут способствовать развитию целого общества и создает внутренние противоречия.

В течение долгого времени связь между образом жизни народа и сферой его культурного пространства игнорировалась, поскольку культура отделялась от повседневной жизни общества. Однако практика показывает, что образ жизни народа формируется под влиянием массовой культуры. Как отмечает Маркова Г.И. «влияние ее не следует преувеличивать, но необходимо иметь в виду, что социально-экономическая природа современного образа жизни сама нуждается в подобной культурной опоре и основе».[7] Но культура не остается в стороне от глобальных изменений, как и все стороны национального образа жизни, культурная жизнь в современном периоде охвачено влиянием интернета и информационного потока. Общедоступность медиаресурсов, и, тем более, стандартных средств массовой коммуникации (СМК) является фактором, говорящем о вхождении глобальной информационной культуры в жизнь основной массы населения. С приходом информационной эры начинается развитие постмодернизма как совокупности определенных тенденций, как некой теории перспектив развития.

Массовая культура становится двойственной – негативной для традиции и образа жизни нации и в то же время позитивной для глобальной культуры. [9]

Литература

1. Азимова М.Р. Национальное действие в условиях социальной трансформации и экстремальной ситуации.- Душанбе: Издательство «Ирфон», 2013
2. Ситаров В. А., Пустовойтов В. В. С 41 Социальная экология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. -

³Маркова Г.И. Массовая культура, -24.00.01 - теория культуры.-Москва 1996.-С.7

М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 280 с. С.56

3. Социальное действие, взаимодействие, поведение и социальный контроль // Г.И. Козырев / Социологические исследования, № 8, 2005. - С. 126-129

4. Абашин С.Н., Этнографическое знание и национальное строительство в Средней Азии («проблема сартов» в XIX - начале XXI в.).- Специальность: 07.00.07 Этнография, этнология, антропология.- Москва-2008

5. Назархудоева Л.Т. Современная семья в Таджикистане: состояние, проблемы функционирования и развития,- Специальность 09.00.11 – социальная философия.- Душанбе – 2016

6. Маркова Г.И. Массовая культура, - 24.00.01 - теория культуры.- Москва 1996

7. Маркова Г.И. Массовая культура, - 24.00.01 - теория культуры.- Москва 1996

8. Феномен кажимости в медиасообщениях // Е. П. Емченко / Вестник ТНУ.- №3/5(173), 2015.- С.143-146

9. Маркова Г.И. Массовая культура, - 24.00.01 - теория культуры.- Москва 1996.- С.8

10. Необходимость внесения изменений в систему составных элементов гражданского воспитания // Зиёзод Т.Н. / Вестник ТНУ.- №3/1(194), 2016.- С.150-154

Сахариев Е.Д., Исакова Н.С.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра общественного здоровья, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются глобальной проблемой общественного здоровья и лидирующей причиной смерти во многих странах. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении, эти заболевания остаются актуальной проблемой. В последние годы ведутся активные исследования с целью более глубокого понимания факторов, способствующих развитию ССЗ.

Цель исследования. Цель данной статьи - провести обзор современных исследований, направленных на определение и выявление факторов риска, влияющих на развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Для выполнения обзора использовались научные статьи и исследования, опубликованные за последние 5 лет (с 2018 по 2023 год) в ведущих медицинских журналах и базах данных, таких как PubMed и Google Scholar. Ключевые слова для поиска включали "факторы риска ССЗ", "профилактика сердечно-сосудистых заболеваний", "генетика ССЗ" и "лечение ССЗ".

Результаты исследования. **Генетические факторы.** Современные исследования генетических аспектов ССЗ углубляют наше понимание наследственности этой группы заболеваний. Исследования генетических маркеров и мутаций позволяют выявлять генетические предрасположенности и разрабатывать более персонализированные методы профилактики и лечения.

Образ жизни и факторы риска

Питание: Недавние исследования продемонстрировали, что неправильное питание, богатое насыщенными жирами и сахаром, является одним из ключевых факторов риска ССЗ. Увеличение потребления фруктов, овощей и рыбы, а также снижение потребления процессированных продуктов содействует снижению риска.

Физическая активность: Регулярная физическая активность остается одним из наиболее доступных и эффективных методов профилактики ССЗ. Умеренная интенсивность тренировок способствует поддержанию здоровья сердца и сосудов.

Курение и алкоголь: Постоянное курение и злоупотребление алкоголем являются серьезными факторами риска ССЗ. Прекращение курения и умеренное употребление алкоголя снижают вероятность заболевания.

Факторы окружающей среды и общественное здоровье

Загрязнение воздуха: Недавние исследования подтверждают, что загрязнение воздуха токсичными веществами и мелкими частицами увеличивает риск ССЗ. Меры по снижению загрязнения воздуха становятся все более важными для общественного здоровья.

Социально-экономические факторы: Низкий социально-экономический статус, ограниченный доступ к медицинской помощи и образованию оказывают негативное воздействие на здоровье сердца. Снижение социальных неравенств и увеличение доступности медицинской помощи являются важными шагами к снижению заболеваемости.

Клинические и метаболические факторы

Артериальное давление: Высокое артериальное давление остается одним из главных факторов риска ССЗ. Регулярное мониторирование артериального давления и эффективное лечение гипертонии снижают вероятность развития заболевания.

Липиды в крови: Высокие уровни холестерина и липидов в крови являются важными предикторами атеросклероза и ССЗ. Контроль уровней холестерина - неотъемлемая часть профилактики.

Вывод. Современные исследования продолжают углублять наше понимание факторов риска, способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Генетические особенности, образ жизни, факторы окружающей среды и клинические параметры играют ключевую роль в развитии этой патологии. Эффективная профилактика и лечение ССЗ требуют комплексного и индивидуального подхода, учитывая многообразие факторов риска.

Список литературы

1. "Genetics of Cardiovascular Disease" - J. Musunuru (Circulation Research, 2019).
2. "Dietary Patterns and Heart Disease" - F. Hu (Circulation, 2020).
3. "Physical Activity and Cardiovascular Health" - U. Wisløff et al. (Circulation, 2019).
4. "Smoking and Cardiovascular Disease" - N. Benowitz (New England Journal of Medicine, 2020).
5. "Air Pollution and Cardiovascular Disease" - R. Brook et al. (Circulation Research, 2021).

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ СО ЗРЕНИЕМ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (НА ПРИМЕРЕ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА)

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения института непрерывного образования
Курского государственного медицинского университета. Россия.

Актуальность. С каждым годом количество людей с проблемами зрения растет. Все больше появляется пациентов с миопией, дальтонизмом, астигматизмом и другими заболеваниями. Эта проблема очень актуальна, ведь появилось очень много техники, которая влияет на структуры глаза, а ведь около 80% информации мы получаем именно от этих органов чувств. На органы зрения влияют многие факторы: работа перед монитором; просмотр телевизора без перерывов; постоянное использование гаджетов; недостаточная гигиена глаз; чтение при тусклом свете; курение; употребление алкоголя; скудное питание, недостаток сна, наследственность. У учащихся 5 – 11 классов патологии органов зрения занимают 2 место среди прочих остальных. У студентов профессиональных и высших учебных заведений также отмечается рост заболеваний, связанных со зрением. По данным федеральной службы государственной статистики на 2022 год 41% всех мужчин и 57% всех женщин носят очки или контактные линзы в РФ. Если смотреть данный показатель по Курской области, то получится 49% и 62% соответственно. Считаю идею провести медико – социальное исследование проблем со зрением у студентов Курского государственного медицинского университета актуальной.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья органов зрения у студентов Курского государственного медицинского университета, обозначить профилактические меры по предупреждению патологий, связанных со зрением.

Материалы и методы исследования. В ходе данного исследования применялся метод анонимного анкетирования. Всего было опрошено 401 респондента. В исследовании принимали участие студенты Курского государственного медицинского университета, лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов с 1- 6 курсов, большинство студенты 2 и 3 курсов (87%), а также студенты факультетов клинической психологии и фармации. Тестирование проходило на платформе GoogleForms.

Результаты исследования. По результату проведенного опроса среди 401 студента 220 человек имеют проблемы со зрением. 153 человека страдают заболеванием глаз – миопией. Остальные имеют такие болезни глаз как: гиперметропия, астигматизм, конъюнктивит, косоглазие, деструкция стекловидного тела. Мы спросили у респондентов: «Сколько часов вы проводите за компьютером, ноутбуком, телефоне в день» -, и получили разнообразные ответы: 1 – 3 часа проводят 33 человека, 4 – 6 часов 137 респондентов, 7-8 часов - 126, больше 8 часов 99 студента, остальные около часа. Среди опрошенных 125 человек носят очки, 87 линзы. Несмотря на рекомендации врачей гимнастику для глаз выполняют 90 человек. К вечеру у 280 респондентов появляется тяжесть и утомление в глазах, а также у 125 человек по несколько раз в неделю болят глаза или голова, и 92 студента стабильно раз в неделю страдают данным симптомом. У 100 человек проблемы начались с 11 – 16 лет, а у 67 с 6 до 10 лет. У 225 человек за последние три года ухудшилось зрение. 130 человек собираются делать операцию по коррекции зрения. Далее мы спрашивали следующие вопросы: «Есть ли у ваших папы или мамы проблемы со зрением, которые они имеют с детского или юношеского возраста (с 0 – 18 лет)», «Есть ли у ваших Бабушки или дедушки проблемы со зрением, которые они имеют с детского или юношеского возраста (с 0 – 18 лет)», «Есть ли у ваших родных братьев или сестер проблемы со зрением, которые они имеют с детского или юношеского возраста (с 0 – 18 лет)» - и получили отрицательные ответы: 74%, 83% и 77% - соответственно.

Вывод. Проанализировав все данные опроса можно сделать предварительный вывод о том, что с появлением компьютеров, телефонов, планшетов заболеваний, связанных с органами зрения, увеличилось. Это можно так же утверждать, так как у многих родственников опрошенных проблем со зрением не наблюдалось, следовательно, говорить о том, что большинство респондентов имеют болезни глаз по генетической предрасположенности нельзя. Хотя в некоторых случаях (примерно в 20%) этот момент опускать нельзя. Проблема болезни глаз должна быть рассмотрена более детально и сформулированы новые рекомендации, разработаны новые методы диагностики и лечения в соответствии с сегодняшней ситуацией.

Список литературы:

1. Апрельев А. Е., Сетко Н. П., Пашина Р. В., Исеркепова А. М. Медико-социальные показатели распространенности миопии у студентов // Медицинский вестник Башкортостана. 2017. Т. 12. №2 (68). С. 20-23
2. Мирская Н. Б., Синякина А. Д., Коломенская А. Н. Профилактика и коррекция нарушений и заболеваний органа зрения у современных школьников // Вопросы современной педиатрии. 2014. Т. 13. №3. С. 44-50
3. Население, использующее очки или контактные линзы // росстат URL: <https://rosstat.gov.ru/opendata/7708234640-glassescontactlenses-2021> (дата обращения: 13.09.2023).
- 4.

Солеҳзод Б.А.

НУРИҲОИ АЗ ҶИҲАТИ ЭКОЛОҒИ ТОЗА ВЕРМИКОПОСТ

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асоаҳои генетика

Вермикопост, — нуриҳои органикӣ, маҳсули коркарди партовҳои органикии кишоварзӣ аз ҷониби қирмҳои лойхурак (бештар Калифарненский) ва бактерияҳо бо иштироки дигар организмҳо (ҳашарот, занбӯруғҳо ва ғ.) тайор менамоянд. Ин тарзи тайор намудани вкромкапоси метавонад ифлосшавии табиатро камҳаҷм бошад пешгирӣ намояд.

Мақсад: Мисли ҳама нуриҳои органикӣ, вермикопост сохтори хок ва ҳосиятҳои обӣ ва физикии онро беҳтар мекунад. Тафовути назарраси байни вермикопост ва дигар нуриҳои органикӣ зиёд шудани миқдори

нуриҳои дар об ҳалшавандаи нитроген, фосфор ва калий мебошад. Микроэлементҳо инчунин ба шакли мобилӣ табиқ мекунанд. Яқоя бо вермикомпост ба ҳок кирмҳои заминӣ (Лойхурак) ва микроорганизмҳои, ки барои фаъолияти мӯтадил он заруранд, инчунин маҳсулоти партовҳои онҳо, аз ҷумла фитогормонҳо, ки наъшунамои растаниро метезонанд, ворид карда мешаванд.

Дар рафти вермикомпост тухми алафҳои бегона аз бадани кирм гузашта, қобилияти зиндагиашро гум мекунанд. Илова бар ин, миқдори бактерияи чубчашакл дар вермикомпост нисбат ба пору кам мешавад. Заҳролудшавии металлҳои вазнин аз ҳисоби табиқ ёфтани онҳо ба пайвастиҳои мураккаби кам ҳалшаванда, ки барои растаниҳо амалан дастнорасанд, кам мешавад.

Истифодаи вермикомпост. Вермикомпост аксар вақт ҳангоми парвариши сабзавот дар гармхонаҳо истифода мешавад. Ҳамин тавр, ҳангоми истифода дар сабзавотҳои афзоиши ҳосили бодиринг ва помидор дар гармхонаҳо ҳангоми ба сифати нури истифода бурдани вермикомпост мутаносибан ба ҳисоби миёна 30—35% ва 30—40 %ро таъкил медиҳад. Пеш аз шинондани ниҳолҳо ба 200—300 грамм вермикомпост андохта мешавад. Миқдори оптималии вермикомпост ҳангоми парвариши картошка 6 т/га ва дар дигор растанҳо 2 т/га мебошад. Афзоиши ҳосилот 30—45%. Миқдори крахмал дар беҳмева низ ҳеле меафзояд. Ҳангоми парвариши кулбінник ҳосил 50—60% меафзояд.

Дар Амороти Муттаҳидаи Араб вермикомпостҳо барои сохтани ҳокҳои сунӣ дар рег истифода мешаванд, ҳангоми истифода бурдани обҳои сунӣ дар як сол то се ва аз ин ҳам зиёд ҳосил гирифтани мумкин мешавад.

Манфиатҳои истифода: Нуриҳои органикии ҳеле самаранок, аз ҷиҳати экологӣ тоза таъсири дарозмуддат дорад. Вермикомпост дорои моддаҳои мутаваззин ва осон ҳазмшаванда, ки барои ғизоидиҳои растанӣ заруранд, инчунин дорои микрофлораи бой, ки дар ҳаво зуд афзоиш мекунанд. Ин микрофлора аз пору хайвонот сад баробар зиёд аст. Илова бар ин, дар он қариб ҳама микроэлементҳо, ферментҳо, гормонҳо ва дигар моддаҳои мавҷуданд.

Вермикомпост дорои консентратсияи бештари моддаҳои ғизоӣ мебошад, ки аз ҷониби растаниҳо истифода мешаванд, назар ба ҳолатҳои, ки ин моддаҳо дар ҳок баробар тақсим мешаванд. Истифодаи вермикомпост маҳсулнокии онро баланд мебардорад, иммунитети растаниро мустақкам мекунад ва муҳлати пухта расиданро 1—2 ҳафта кӯтоҳ мекунад.

Таъмиш беҳтар, миқдори моддаҳои ғизо ва витаминҳо зиёд, нигоҳ доштан беҳтар мегардад.

Меёр ва усулҳои истифода: Барои кофтан ё нарм кардан ба як сад метри мураббаъ 40-60 литр вермикомпост. Мо таъсия медиҳем, ки дар зери решаҳои ҳангоми шинондани ё дар як қатор шинондани тухмӣ ба таври ҳеле самараноки дар заминҳои кишт ва гармхонаҳо вермикомпост истифода баранд.

Дар зери дарахтони мевадор замини кофта нашавед, балки дар як сол як ё ду маротиба бо қабати 1-3 см (0,5-2 л) вермикомпост пошед.

Сарфи пору барои сабзавот то 2 л, ё 0,150 л ҳатми; Берри – 0,5-1,0 л дар як бутта; мева – 1-2 литр дар як дарахт;

Барои кишти тухмӣ – 150г дар як метри қаторӣ, Ҳангоми шинондани ниҳолҳо дар замин 1- 2 даст ба як сӯроҳ; ҳангоми шинондани ниҳолҳои помидор – 0,5-1,0л дар як сӯроҳ; барои картошка – 0,5-1,0л дар як сӯроҳ; заминро дар зери бодиринг ва Клубника бо вермикомпост дар қабати 1-2 см рехтани лозим аст.

Шумо инчунин метавонед як фалакон оби вермикомпост, ки барои тар кардани тухмиҳо, обдиҳии ниҳолҳо, растаниҳои даруни ва зироатҳои боғ истифода мешавад, тайёр кунед. Тарзи тайёр кардан: 1 литр вермикомпости хушкро дар 10 литр об омехта карда, 24 соат мегузored. Об ранги сӣҳ мегирад. Дар фалакон дар натиҷа истифода бурда мешавад барои тар кардани тухмии карам, бодиринг, ва помидор барои 12 соат қифояги мекунад.

Таркиби кимиёвии вермакомпост - рН-7,5, Гумус -50- 60%, Намнокӣ-68%, Нитрогени умумӣ(N)- 1,7%, Фосфор(P₂O₅)- 0,9%, Калий(K₂O)- 1,2%, Zn мг/кг-50, Mn-60 мг/кг

Хулоса: Илова кардани вермикомпост саломатии ҳокро беҳтар мекунад, равандҳои биохимиявиро тезонида, шумораи микроорганизмҳои муфидро дар ҳок зиёд мекунад, ҳосиятҳои агрохимиявӣ ва физикии онро беҳтар менамояд ва тозагии экологии маҳсулотро таъмин мекунад. Намноки заминро нигоҳ медорранд, раванди обмониро дарозтар мекунанд.

Солиев А.А., Давронзода И., Авғонов Н.К.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ: АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ

(Обзорная статья)

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Организация рациональной профилактики и лечения гнойно-воспалительных процессов является актуальной проблемой для всех областей хирургии. Особенно остро стоит вопрос о необходимости её усовершенствования при неотложных состояниях. Это обусловлено, с одной стороны, широким распространением лекарственно-устойчивых возбудителей, снижением иммунного статуса значительных контингентов населения, с другой – особенностями взаимодействия экосистемы "паразит – хозяин" в современных крупных многопрофильных и специализированных стационарах.

В настоящей публикации представлены обобщенные мировые рекомендации по стратегии и тактике использования антибактериальных средств при неотложных состояниях в хирургии.

Хирургические гнойно-септические послеоперационные осложнения входят в группу внутрибольничных инфекций. К этой группе, на долю которой приходится 15-25% от всех инфекций в стационаре, относятся инфекции хирургических, ожоговых и травматических ран. Частота их развития зависит от типа оперативного вмешательства: при чистых ранах – 1,5-6,9%, условно чистых – 7,8-11,7%, контаминированных – 12,9-17%, грязных – 10-40% [6].

В многочисленных публикациях, посвящённых проблеме нозокомиальных инфекций в хирургии, было убедительно доказано, что послеоперационные инфекционные осложнения: ухудшают результат хирургического лечения; увеличивают летальность; увеличивают длительность госпитализации; увеличивают стоимость стационарного лечения.

Цель исследования. Оптимизировать организацию рациональной профилактики и лечения неотложных состояний в хирургии.

Результаты исследования и их обсуждение. Различают следующие факторы риска послеоперационных инфекционных осложнений [2].

Факторы, связанные с больным: возраст старше 70 лет; состояние питания; сопутствующие инфекционные заболевания; нарушение систем противоинфекционной защиты, в том числе иммунного статуса; алкоголизм и наркомания; сопутствующие хронические заболевания.

Периоперационные факторы: длительность предоперационного периода; неправильная подготовка операционного поля; травматичное удаление волос в области операции; обработка кожи спиртом и хлорсодержащими антисептиками; антибиотикотерапия за несколько дней до операции.

Интраоперационные факторы: длительность вмешательства; степень повреждения анатомических тканей; избыточное применение электрокоагуляции; недостаточный гемостаз; имплантация инородных материалов; нарушение стерильности оборудования и инструментария; гемотрансфузии; тип повязки; дренирование раны; нарушение гемодинамики и газообмена во время операции; низкий уровень квалификации хирурга.

Факторы, связанные с возбудителями: характер бактериальной контаминации (экзогенная, эндогенная); вирулентность бактерий; синергизм бактерий (аэробы + анаэробы).

Итак, опасность инфицирования послеоперационной раны зависит от вероятности контаминации этой раны микроорганизмами. Степень риска контаминации в свою очередь зависит от типа операционного вмешательства. Выделяют чистые, условно чистые, контаминированные и грязные операции [3].

К чистым относят плановые операции, при которых нет контакта с просветом полостного органа, и не нарушается асептика. Условно чистые операции предусматривают вскрытие полого органа, чаще всего желудочно-кишечного тракта или просвета дыхательных путей. Под контаминированными операциями подразумевают те, при которых неминуема значительная обсемененность операционных. Грязные – группа оперативных вмешательств по поводу гнойных процессов.

Следует отметить такую особенность течения инфекционного процесса в гнойной хирургии, как возможное перекрестное инфицирование. Для внутрибольничных инфекций характерно многообразие клинических форм, вызванных одним и тем же возбудителем.

Этиологическая структура госпитальных инфекций в хирургии имеет определенные различия в зависимости от профиля стационара и типа оперативного вмешательства. Ведущим возбудителем раневых инфекций в отделениях общего профиля остается золотистый стафилококк; коагулазонегативные стафилококки наиболее часто вызывают посттрансплантационные инфекции; кишечная палочка и другие представители семейства Enterobacteriaceae являются доминирующими возбудителями в абдоминальной хирургии и инфекций в акушерстве и гинекологии [3–5].

Таблица 1

Наиболее типичные возбудители инфекционных осложнений после различных оперативных вмешательств

Область операционного вмешательства	Бактерии
Сердечно-сосудистая система	Золотистый и эпидермальный стафилококки, дифтероида, грамотрицательные энтеробактерии
Голова и шея	Аэробы и анаэробы полости рта, золотистый стафилококк, стрептококки, грамотрицательные энтеробактерии
Пищевод	Анаэробы полости рта, золотистый стафилококк, стрептококки, грамотрицательные энтеробактерии
Верхние отделы желудочно-кишечного тракта	Золотистый стафилококк, флора полости рта и глотки, грамотрицательные энтеробактерии
Желчные пути	Грамотрицательные энтеробактерии, золотистый стафилококк, энтерококки, клостридии, иногда синегнойная палочка
Нижние отделы желудочно-кишечного тракта	Аэробы и анаэробы кишечника, грибы

Таблица 2

Наиболее распространенные возбудители послеоперационных раневых инфекций

Микроорганизм	Частота инфекций, %
<i>S. aureus</i>	17
Энтерококки	13
Коагулазонегативные стафилококки	12
<i>E. coli</i>	10
<i>P. aeruginosa</i>	8
<i>Enterobacter spp.</i>	8
<i>P. mirabilis</i>	4
<i>K. pneumoniae</i>	3
<i>Streptococcus spp.</i>	3
<i>C. albicans</i>	2
<i>Citrobacter spp.</i>	2
<i>S. marcescens</i>	1
<i>Candida spp.</i>	<1

В таблице 1 приведены наиболее типичные возбудители послеоперационных раневых инфекций.

Наиболее частые возбудители инфекций послеоперационных ран представлены в таблице 2.

Существуют различные схемы лечения внутрибольничных инфекций. Однако, несмотря на существенные различия в подходах, основная роль во всех схемах принадлежит антибактериальным препаратам. Частота назначения антибиотиков с терапевтической целью варьирует в различных отделениях от 23,5 до 38%, достигая 50% в отделениях интенсивной терапии [4, 5, 6].

Основные принципы рационального использования антибактериальных препаратов определяются рядом факторов: своевременностью начала и этиопатогенетической обоснованностью длительности их использования; выбором препаратов на основании информации о видовом составе и лекарственной чувствительности возбудителей нагноений; использованием оптимальных доз и способов введения антибактериальных препаратов с учетом особенностей их фармакокинетики и антибактериального спектра действия; учётом характера взаимодействия различных антибиотиков, в том числе и с другими лекарственными препаратами.

При лечении раневых инфекций (как и при лечении других инфекций) следует различать эмпирическую и этиотропную терапии [1].

Выбор препаратов для эмпирической терапии представляется сложной задачей, так как он зависит от структуры антибиотикорезистентности в конкретном лечебном учреждении, а также от наличия/отсутствия сопутствующих заболеваний, моно- или полимикробной этиологии инфекции, ее локализации. Основным принципом эмпирической терапии является выбор препаратов, которые активны в отношении основных возбудителей инфекции. Вследствие этого используется или комбинация препаратов, или препараты широкого спектра действия. После получения результатов микробиологического исследования и оценки клинической эффективности лечения может возникнуть необходимость коррекции проводимой терапии, которая заключается в назначении препаратов более узкого спектра действия, переходе с комбинированной на монотерапию или в добавлении препарата в используемую комбинацию.

Выводы. Режим правильного и своевременного применения антибиотиков для профилактики и лечения инфекций в хирургии позволяет снизить количество гнойно-воспалительных осложнений. Сокращается и расход антибактериальных средств. Профилактика антибиотиками в чистой хирургии, как правило, не нужна, за исключением протезной хирургии и у больных с повышенной степенью риска.

Список литературы:

1. Белобородова, Н.В. Алгоритмы антибиотикотерапии / Н.В. Белобородова, М.Б. Богданов, Т.В. Черненькая // Руководство для врачей. - М., 2009.
2. Гостищев, В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии / В.К. Гостищев // Практическое руководство. - М., 2018.
3. Ермолов, А.С. Профилактика гнойно-септических осложнений в стационарах хирургического профиля / А.С. Ермолов, Н.Н. Филатов // Практическое руководство. - М., 2015.
4. Каплан, А.В. Гнойная травматология костей и суставов / А.В. Каплан, Н.Е. Махсон, В.М. Мельникова. - М.: Медицина, 2005.
5. Сидоренко, С.В. Инфекции в интенсивной терапии / С.В. Сидоренко, С.В. Яковлев. - М., 2000.
6. Страчунский, Ю.Б. Антибактериальная терапия / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов // Практическое руководство. - М., 2013.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДАВНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН
В 2021 ГОДУ

Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД». Таджикистан.

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Распространённость ВИЧ среди ключевых групп населения значительно различается по странам. Несмотря на то, что во всех странах были проведены несколько раундов комплексных биоповеденческих исследований среди ключевых групп населения, полученная информация может использоваться только для установления количественных аспектов эпидемии ВИЧ в регионе. Более того, ни в одной из стран не проводились систематические исследования факторов/детерминант, способствующих передаче ВИЧ внутри ключевых групп, без которых невозможно разработать эффективные вмешательства.

Отмечается сдвиг в преобладающем пути передачи ВИЧ среди зарегистрированных новых случаев – от инфицирования при употреблении инъекционных наркотиков к половой передаче. Одновременно с этим, все страны отмечают увеличение доли женщин среди выявляемых новых случаев ВИЧ. Эпидемия ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ), по-прежнему остаётся в значительной степени, не изученной во всех странах региона.

Установление достоверных показателей заболеваемости ВИЧ в определённой группе населения с указанием примерных сроков заражения имеет решающее значение для чёткого описания эпидемии, оценки эффективности программ профилактики ВИЧ, а также плана и оценки необходимых вмешательств. Показатели заболеваемости ВИЧ также могут использоваться для мониторинга путей передачи и разработки целевых мер профилактики ВИЧ.

Республика Таджикистан расположена в Центральной Азии и граничит с Узбекистаном, Афганистаном, Китаем и Кыргызстаном. Первый случай ВИЧ-инфекции в Таджикистане был зарегистрирован в 1991 году. С 1991 года по 31 декабря 2021 года в стране официально зарегистрировано 13992 случаев ВИЧ (кумулятивное число), из них женщин 5074 чел. и мужчин 8918 чел. За этот же период времени от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, умерли 3915 пациентов с данным заболеванием.

В Таджикистане, как и во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии, продолжается увеличение случаев вируса иммунодефицита человека за последние годы и по оценочным данным, количество новых случаев увеличилось на 20%, тогда как количество смертей, связанных с ВИЧ, уменьшилось на 5%.4.

Согласно расчётам национальных экспертов, в программе Спектр, к концу 2021 года число людей, живущих с ВИЧ, составило 13,600 человек. В стране, таким образом, наблюдается низкий уровень распространённости ВИЧ, который составляет 0,2%.

Цель исследования. Определить доли пациентов с недавним заражением ВИЧ-инфекцией в 2021 году с использованием теста ИФА Maxim HIV-1 Limit Antigen Avidity (LAG-Avidity) для планирования программ по профилактике ВИЧ-инфекции.

Материал и методы исследования. Проанализированы материалы государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», относительно новых выявленных случаев ВИЧ в течение 2021 года, которые также прошли исследование на определение давности заражения ВИЧ на базе центров по профилактике и борьбе со СПИД. При этом, были использованы учётно-отчётные документы, такие как, эпидемиологические карты, отчётные формы, а также амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных и лабораторная часть системы электронного слежения за случаями ВИЧ.

Для целей данного исследования *"случай недавнего инфицирования ВИЧ"* определяется как человек, старше 18 лет, с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в течение 12 месяцев от конкретной даты, не получавший и не получающий антиретровирусную терапию.

В качестве критерия включения в исследование были: лица с впервые установленной ВИЧ-инфекцией, подтверждённые в лабораториях центров СПИД, предоставление добровольного информированного согласия на тестирование на давность заражения и возраст 18 лет и старше.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего в исследовании определения давности заражения ВИЧ-инфекцией приняло участие 614 респондентов, с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции с 57 регионов Республики Таджикистан (таблица 1).

Таблица 1

Распределение респондентов по регионам страны, N614

Регионы	Количество участников (n)	Доля
Душанбе	88	14,3%
РРП (11 районов)	114	18,6%
Хатлон (24 районов)	259	42,2%
Согд (16 районов)	129	21,0%
ГБАО (5 районов)	24	3,9%
Всего	614	100,0%

4Национальная программа по противодействию ВИЧ/СПИД в РТ на период 2021-2025 гг.

Всего в 2021 году в Республике Таджикистан было выявлено и зарегистрировано 922 новых случая ВИЧ-инфекции, среди которых 614 человек (66,7%) участвовали в исследовании на давность заражения ВИЧ. Наибольшее количество участников исследования были из Хатлонской и Согдийской области. Охват исследованием в Хатлонской области составляет 78,5%, в г. Душанбе – 62,4%, в РРП – 62,3%, в ГБАО – 60% и в Согдийской – 56,6% среди вновь выявленных случаев ВИЧ. Среди участвовавших в исследовании 61,1% (375 человек) были из числа мужчин и 38,9% (239 человек) – женщин. В первую тройку наибольшего количества ВИЧ-инфицированных, прошедших исследование на давность заражения ВИЧ входят: 1) трудовые мигранты – 26,7%; 2) лица, обследованные по клиническим показаниям – 23,0%; 3) половые контакты лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) – 18,4%. Ключевые группы населения составляют всего лишь 12,4% из числа всех ЛЖВ, прошедших исследование. Большинство респондентов являются жителями сельской местности (64,0% - 393 человек). Наибольшее количество участников исследования на момент исследования были женаты и замужние (64,3%). Более 16,0% респондентов на момент исследования были не женатыми или не замужними. Около 72,0% респондентов имели средний уровень образования (средняя школа). Наряду с этим, на втором месте люди с высшим образованием (8,8%).

Процент ранних случаев заражения ВИЧ в Республике Таджикистан, среди новых выявленных случаев ВИЧ в 2021 году составляет 22,5% (Диаграмма 1).

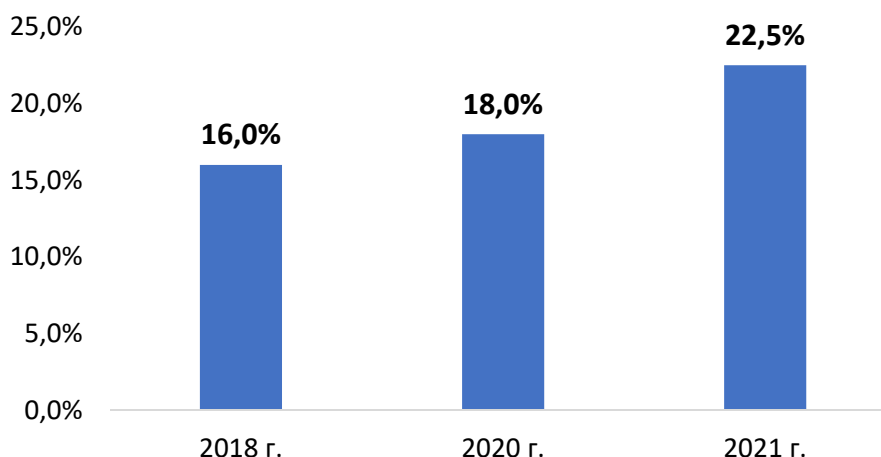


Диаграмма 1. Сравнительный анализ определения давности заражения ВИЧ в РТ, 2018, 2020 и 2021 гг.

В динамике за прошедшие 3 раунда исследований доля выявленных ранних случаев ВИЧ-инфекции растёт. В 2018 году процент ранних случаев заражения ВИЧ составлял 16,0%, то в 2020 году – 18,0% и в 2021 году этот показатель составляет 22,5%.

Таблица 2

Результаты исследования по регионам страны, n=614

	Участвовали	Давнее заражение	Недавнее заражение	Давнее заражение	Недавнее заражение
Душанбе	88	69	19	78,4%	21,6%
РРП	114	90	24	78,9%	21,1%
Хатлон	259	193	66	74,5%	25,5%
Согд	129	103	26	79,8%	20,2%
ГБАО	24	21	3	87,5%	12,5%
Всего	614	476	138	77,5%	22,5%

Согласно результатам исследования случаи раннего заражения ВИЧ (более 20,0%) больше зарегистрированы в Хатлонской области, в г. Душанбе, в районах республиканского подчинения (РРП) и в Согдийской области. В ГБАО, наоборот, всего 12,5% респондентов имели результат раннего заражения ВИЧ (таблица 2).

Среди женщин, выявленных с ВИЧ (25,1%) процент ранних случаев заражения ВИЧ превышает этот же показатель среди мужчин (20,8%). Наибольшие высокие показатели ранних случаев ВИЧ выявлены среди доноров крови (50,0%), половых партнёров РС (45,0%), среди беременных женщин (31,0%), медицинских работников (29,0%) и среди трудовых мигрантов (26,0%). Среди новых случаев ВИЧ, выявленных в сельской местности, доля ранних случаев заражения составляет 25,2%, когда среди жителей городской местности этот же показатель составляет 17,6%. Высокие показатели ранних случаев ВИЧ были выявлены среди респондентов, которые не были женаты/не замужние (28,6%) и среди лиц, которые находились в гражданском браке (28,6%). Самые низкие показатели ранних случаев ВИЧ выявлены среди вдовцов и вдов. Высокие показатели ранних случаев ВИЧ зарегистрированы среди лиц, с незаконченным высшим образованием (36,4%), средне-специальным (29,2%), с начальным (25,0%) и среди лиц без образования (22,6%). Таким образом, особой разницы между ранними случаями заражения и уровнем образования не обнаружено.

Выводы. В целом по стране доля ранних случаев заражения ВИЧ в динамике растёт по сравнению с 2018 и

2020 годами. Наибольшая доля случаев раннего заражения ВИЧ выявлена в Хатлонской области (25,5%), где в основном ранние случаи ВИЧ выявлены среди трудовых мигрантов (31,8%), контактных ЛЖВ (22,7%) и лиц, обследованных по клиническим показаниям (18,2%). Большая доля ранних случаев заражения ВИЧ наблюдается в возрастной группе от 18 до 29 лет (35,4%), почти 2 раза больше, чем в других возрастных группах.

По половому распределению наибольший процент ранних случаев заражения наблюдается среди женщин (25,1%), чем среди мужчин (20,8%).

Наблюдается особая разница ранними случаями ВИЧ среди женатых/замужних и состоящих в гражданском браке (28,6% соответственно) и с неженатыми/незамужние (22,0%), разведёнными (21,7%) и особенно вдовами/вдовцами (4,2%). По уровню образования самый высокий показатель раннего случая ВИЧ выявлена среди лиц, с незаконченным высшим образованием (36,4%), средне-специальным (29,2%), начальным (25,0%) и среди лиц, без образования (22,6%).

Список литературы:

1. Отчёт Республики Таджикистан в ЮНЭЙДС «Глобальный мониторинг за СПИД» за 2021 год, март 2022 г.
2. Ежегодный статистический сборник ЮНЭЙДС о ВИЧ/СПИД, июль 2022г.
3. Отчёт государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» о результатах исследования на давность заражения ВИЧ за 2021 год, август 2022 г.
4. Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2021-2025 гг.
5. Система электронного слежения за случаями ВИЧ в Республике Таджикистан.

Сопромадзе Н.Ш., Симонян Р.З.

АНАЛИЗ МОТИВАЦИОННО-ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения Института непрерывного образования.

ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России. Российская Федерация.

Актуальность.

Здоровый образ жизни является одним из самых ключевых факторов в жизни любого студента и в особенности студентка-медика, поскольку в наши дни ко всем работникам органов здравоохранения предъявляются высокие требования относительно состояния их здоровья, так как в силу своей профессиональной деятельности они призваны формировать духовное и физическое здоровье каждого своего пациента и общества в целом [2]. Именно поэтому формирование подобного образа жизни является приоритетной задачей на территории Российской Федерации. Залогом успеха формирования и укрепления здорового образа жизни выступает образ жизни, соответствующий биологическим ритмам каждого человека, полноценная двигательная активность, полноценное рациональное питание, эффективная организация трудовой деятельности, хорошее эмоционально-психическое состояние, укрепление иммунитета, отказ от вредных привычек и т.д. [1, 3].

Цель исследования.

Изучить мотивационно-ценностное представление студентов медицинского вуза в отношении формирования здорового образа жизни и вредных привычек, на примере студентов Курского государственного медицинского университета

Материал и методы исследования.

В ходе исследования применялся метод анонимного анкетирования на базе Курского государственного медицинского университета среди студентов 3 курса лечебного, стоматологического, педиатрического, медико-профилактического, биотехнологического факультетов, факультета социальной работы, факультета экономики и менеджмента, которым был предложен перечень вопросов (n=323). С помощью онлайн-сервиса YandexForms были выполнены социологический опрос, статистический анализ и обработка полученных данных.

Результаты исследования и их обсуждение.

Данные социологического исследования показали, что среди респондентов оказалось 75,9% представителей женского пола и 24,1% представителей мужского пола. Средний возраст респондентов – 18-21 год (94,4%). В результате проведенного исследования было установлено, что большая часть студентов, а именно 36,5%, вне учебы активно тратят свое время на спортивную деятельность, 33,4% респондентов занимаются вне учебы творческой деятельностью, 25,7% помимо учебы посвящают себя общественной деятельности, 23,5% - научной деятельности 12,4%- социально-культурной деятельности, 22,9% помимо учебной деятельности ничем не увлекаются. Высокая самооценка здоровья наблюдается у 45,8% опрошенных студентов, 46,7 % студентов оценивают свое здоровье как удовлетворительное, 2,2% наблюдают у себя плохое здоровье и 5,3% - слабое здоровье. Исходя из результатов исследования видно, что 54,5% респондентов считают важным придерживаться принципов и установок здорового образа жизни. 38,7% респондентов считают, что здоровый образ жизни является важной, но не главной составляющей жизни, 4,3 % студентов ответили, что данная проблема их не волнует и 2,5% респондентов ответили, что это совсем не важно. Существует множество факторов, мешающих ведению здорового образа жизни, однако в ходе исследования по результатам анкетирования были выведены самые распространенные: 45,3% респондентам мешает отсутствие дисциплины и воли, 40,1% - недостаток времени, 9,1% - материальные трудности, 2,6% - отсутствие ресурсов, остальные ответили, что все выше перечисленное. Среди всех респондентов лишь 35,9 % считают, что ведут полноценный здоровый образ жизни. Данные анкетирования показали, что 21,4% опрошенных соблюдают режим сна, питания, гигиены и физической активности, 59,4% стараются придерживаться правильных режимов, 18,9% вовсе не стремятся соблюдать режимы питания, гигиены, сна и физической деятельности.

Проанализировав результаты анкетирования, можно сделать вывод, что большая часть студентов имеет вредные привычки, такие как курение (24,1%), алкоголь (19,3 %), наркотики (1,0%), гэмблинг (8,7%), зависимость от мобильного телефона, номофобия, (35,9%), несоблюдение здорового образа жизни (60,1%), и лишь 18,6% не имеют вредных привычек. Данные показали, что 23,2 % (75 чел.) респондентов курят на постоянной основе, 7,7% курят, но редко, 4 % курили в прошлом и 65% опрошенных вообще не курят.

В настоящем исследовании лишь 6,8% респондентов ответили, что полностью соблюдают баланс КБЖУ, остальные 93,2 % не соблюдают КБЖУ, либо же пытаются питаться интуитивно. Таким студентам необходимо рекомендовать внесение определенных изменений в рацион питания, чтобы предотвратить развитие заболеваний, которые связаны с дефицитом веществ. Студенческая жизнь в любом университете, в особенности в медицинском, сопряжена со стрессовыми ситуациями, в результате чего так же может быть нарушен режим питания.

Исходя из результатов опроса, было установлено, что 39,3 % опрошенных студентов считают, что здоровый образ жизни способствует развитию успеха во всех сферах человеческой деятельности, 48,6% опрошенных практически согласны с этим утверждением, 7,4% ответили «скорее нет, чем да», и лишь 4,6% респондентов указали, что не считают эти понятия как-либо взаимосвязанными. Относительное большинство студентов, а именно 68,5%, считают необходимым проведение профилактических мероприятий и бесед о важности ведения здорового образа жизни, рассказывая о том, какие последствия имеют вредные привычки, с целью сохранения и улучшения состояния здоровья, 50,5% считают нужным отказаться от вредных привычек и придерживаться принципов полноценного здорового питания, 28,8% опрошенных считают необходимым повысить уровень физической активности., 8,9% считают необходимым ввести полный запрет на употребление табачных изделий и алкогольной продукции.

Выводы.

В ходе исследования было установлено, что проблема сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи является глобальной и с каждым днем приобретает все большую актуальность. Необходимо отметить, что формирование и осуществление здорового образа жизни является основой не только бодрого настроения и хорошего самочувствия, но и прямым путем к оздоровлению нации и решению многочисленных социальных проблем современного государства. Именно поэтому необходимо внедрение профилактических мероприятий, проведение санитарно-просветительской работы, пропаганда здорового образа жизни на различных возрастных площадках, экологической контроль и т.д.

Список литературы.

1. Буцыка, Г.М. Социологическое исследование на тему: Отношение студентов к формированию здорового образа жизни / Г.М. Буцыка. - Подольск: ГБУ СПО МО «Подольский колледж», 2013. - 7 с
2. Жесткова, Ю.К. Некоторые аспекты отношения студентов к формированию здорового образа жизни / Ю.К. Жесткова // Вестник ЮУрГПУ. 2016. №3.
3. Чижкова, М.Б. Особенности нарушения здорового поведения у студентов медицинского университета разных лет обучения /М.Б. Чижкова // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №1.

Сохибова З.Н.1, Шукурова Ф.Ш2.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНЪЕКЦИЯМИ СКИНБУСТЕРОВ ПРИ СТАРЕНИИ У ЖЕНЩИН

1 Кафедра гистологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

2 ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней». Таджикистан.

Актуальность.

Интерес к эффективным и безопасным методам коррекции возрастных изменений кожи лица (ВИКЛ) сохраняет свою актуальность в связи с продлением периода активного долголетия, повышением качества жизни и важной ролью самооценки внешности современной женщины [1,3]. Замедление фото- и хроностарения кожи, и коррекция инволюционных изменений кожи являются современными направлениями в дерматологии и актуальными научными задачами на стыке дерматологии и косметологии [2]. Инъекционные методы терапии хроно- и фотостарения (ботулинотерапия, филлеры, скинбустеры, биоревитализанты) прочно занимают лидирующую позицию среди современных нехирургических технологий [1-3]. Особый интерес вызывают комбинированные методы терапии коррекции ВИКЛ. Тем не менее, опубликованных работ, посвященных изучению инъекционных методов, и отдаленной их эффективности в научной литературе встречается немного, что является важным обстоятельством, подчеркивающим актуальность поиска новых патогенетически обоснованных, дифференцированных подходов к терапии инволюционных изменений кожи.

Цель исследования.

Исследовать терапевтическую эффективность инъекций скинбустеров у пациентов с возрастными изменениями кожи лица по данным отдаленных результатов.

Материал и методы исследования.

Работа выполнена в ГОУ «Городской клинической больнице кожных болезней» г.Душанбе. Срок выполнения исследований – 2021-2023 гг. В исследование в результате отбора пациенток в соответствии с критериями включения/исключения было включено 96 женщин, постоянно проживающих в Душанбе, с хроно- и фотостарением в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $49,54 \pm 7,57$ лет), обратившихся за косметологической помощью. После составления базы данных, все пациенты были разделены на две группы. I группа - регулярно или периодически применяли методы косметологической коррекции (инъекционных и аппаратных технологий) более трех лет; II - не использования каких либо косметологических методов в условиях клиники.

Инъекции скинбустеров (концентрация сГК 20 мг/мл) проводились в нижний слой дермы или на границе дермы и

гиподермы, на одинаковую глубину 2-3 мм линейной или пунктурной техникой на всю длину или кончик иглы ретроградно или антеградно. Скинбустеры (Restylane Vital Lidocaine) вводились мультипунктурной техникой, коротколиннейной по 0,01-0,02 мл с интервалом между инъекциями от 0,5 до 1 см, с акцентом на периорбитальные и периоральные морщины, а так же в зоне любых поверхностных морщин верхней и нижней половины лица. Пациентам проводились 3 процедуры введения скинбустеров в количестве 2 мл с интервалом 1 месяц D01-M01-M02.

Терапевтическая эффективность эстетических процедур оценивалась по трем критериям: 1) Улучшение кожи лица по международной шкале эстетического улучшения GAIS от -1 до 3 балла врачом и пациентом на M03, 05 и M12. За улучшение принимались значения 1 и 2, а значительное улучшение 3 балла; 2) уменьшение глубины морщин по шкале Мерц, в том числе суммарного индекса старения 8 показателей; 3) улучшение по шкалам фотостарения - Р. Глогау.

Результаты исследования и их обсуждение.

В I группе пациентов результаты GAIS, оцененные пациентом и врачом оказались подобными. На M03 и M05, у 2/3 пациентов I группы определялось значительное улучшение согласно оценке эстетического улучшения GAIS. Также большинство пациентов имело улучшения (2-3 балла) на визите M12 (Таблица 1). Улучшения после курса сГК были статистически значимы на M03, M05, M12 в сравнении с D01 ($p<0.05$). К визиту M12 у большинства пациентов сохранялось эстетическое улучшение оценки GAIS врачом - 1.95(0.49), пациентом 1.97(0.58). Однако, общий процент улучшения на M12 уменьшался по сравнению с визитом M05, что указывает на необходимость повторения процедур для поддержания полученного эффекта.

Таблица 1.

Распределение пациентов по степени удовлетворенности клиническим эффектом (оценка пациентами по шкале GAIS)

Оценка пациентом, баллы GAIS	Группа I (n=36)		Группа II			
			35-49 лет (n=45)		50-65 лет (n=15)	
	M 05 абс. (%)	M12 абс. (%)	M 05 абс. (%)	M12 абс. (%)	M 05 абс. (%)	M12 абс. (%)
0 баллов	0	0 (0)	0	0	0	0 (0)
1 балл	0	6 (17.6)	0	3 (15)	0	4 (26.7)
2 балла	17 (48.6)	23 (67.7)	11 (55)	15 (75)	6 (40)	11 (73.3)
3 балла	18 (51.4)	5 (14.7)	9 (45)	2 (10)	9 (60)	0 (0)

Сравнение в двух возрастных подгруппах 35-49 и 50-65 лет показало различия по среднему баллу GAIS на M05 (2.6 (0.51) и 1.9 (0.51)) и на M12 (2.5 (0.51) и 1.7 (0.44)) (Таблица 2).

Таблица 2.

Удовлетворенность пациентов результатом терапии скинбустерами в разных возрастных группах (средний балл по шкале GAIS)

Визит	M05		M12	
Возраст	35-49 лет	50-65 лет	35-49 лет	50-65 лет
Средний балл GAIS M(σ)	2.6 (0.51)*	1.9 (0.51)	2.5 (0.51)*	1.7 (0.44)

*- $p<0.05$ (тест Манн-Уитни), сравнение между группами

Для оптимальных результатов коррекции признаков хроностарения, рекомендуется повторение терапии скинбустерами сГК через 6-12 месяцев. Повторные инъекции геля сГК улучшают эластические свойства кожи, это может быть связано с растяжением и активацией дермальных фибробластов, стимуляцией неокollaгенеза [10, 18]. В настоящем исследовании эластичность кожи повышалась после курса лечения и сохранялась стабильным до визита M12 в обеих возрастных группах, что указывает на длительное стимулирующее действие скинбустеров на дермальный матрикс. Поскольку пациенты изначально имели достаточно хороший уровень увлажненности в связи с регулярным уходом за кожей, возможно, поэтому не было различий между возрастными группами на M05 и M12. Положительные отзывы женщин после курса скинбустерами, утверждающих, что и кожа лица стала более увлажненной и упругой, подтверждают объективную оценку врача по оценке эстетического улучшения GAIS.

Анализ результатов клинического обследования пациентов 35-65 лет с подсчетом суммарного балла выраженности эстетических маркеров фотостарения лица (индекс фотостарения и стадии Р.Глогау), продемонстрировал возрастные различия и этапность появления ВИКЛ. Статистический анализ исследуемых возрастных групп (35-49, 50-65 лет и старше) показал значимое различие среднего балла старения по Р.Глогау между группами ($p<0.05$).

Результаты исследования продемонстрировали значительное улучшение качества кожи лица после инъекций сГК с лидокаином инъекционными методами введения. К визиту M12 у большинства пациентов сохранялось эстетическое улучшение (оценки GAIS 1-3), однако, общий процент улучшения уменьшался по сравнению с визитом M05, что указывает на необходимость повторения процедур для поддержания эффекта. Рекомендуется, чтобы терапия скинбустерами сГК повторялась через 6-12 месяцев для оптимальных результатов коррекции признаков хроностарения.

Повторные инъекции геля сГК улучшают эластические свойства кожи, это может быть связано с растяжением и активацией дермальных фибробластов, что приводит к образованию нового коллагена. Несмотря на разную этиологию, хроно- и фотостарение имеют общие основополагающие молекулярные механизмы, ассоциированные с глика-

цией, изменениями структуры эпидермально-дермального матрикса и синтеза коллагена, приводящее к формированию эстетических маркеров старения.

В настоящем исследовании эластичности кожи повышалась и сохранялась стабильной до визита М12. Женщины также считали, что увлажненность кожи повысилась. Поскольку сухость кожи не являлась критерием для включения, и пациенты изначально имели достаточный уровень увлажненности в связи с регулярным уходом за кожей и наблюдением у косметолога.

Наблюдение за пациентами в течение года показало, что инъекционный метод введения сГК хорошо переносится, безопасен. Лишь у одной пациентки было нежелательное явление на отдаленном периоде наблюдения, спустя 5 месяцев после начала терапии. Применение препарата с лидокаином может иметь важное значение для комфортности процедуры при выборе пациентом препарата с анестетиком.

Выводы.

Разработанная нами методика дифференцированного подхода – поэтапного щадящего курсового лечения с использованием инъекций скинбустеров, отвечает современным требованиям для внедрения в ежедневную дерматологическую практику, направленную на повышение качества оказываемой медицинской и косметологической помощи женщинам.

Список литературы.

1. Аленичев А.Ю. Оценка эффективности применения микроигольчатой RF-терапии в коррекции инволютивных изменений кожи лица и шеи / Аленичев А.Ю., Круглова Л.С., Федоров С.М., Шарыпова И.В. // Физиотерапевт.-2017.-№4.-С.4-13.
2. Жукова О.В. Способ эстетической коррекции инволютивных изменений кожи лица / Жукова О.В., Круглова Л.С., Фриго Н.В. // Клиническая дерматология и венерология. – 2018.-17(2).-С. 114-117.
3. Обаджи З.Э. Искусство оздоровления кожи: восстановление и омоложение. Научные основы клинической практики./Зейн Э.Обаджи; [пер. с англ. А.А. Полянской, О.В.Стафиновой]. М.: Практическая медицина, 2016.-300 с.: с ил.-Доп.тит.л.англ.

Сохибова З.Н.1, Шукурова Ф.Ш2.

КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА

1 Кафедра гистологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

2 ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней». Таджикистан

Актуальность.

Возрастные изменения кожи являются одними из первых визуальных признаков старения организма, в связи с чем, проблема старения кожи остаётся актуальной уже много поколений [1]. Специалисты из различных областей медицины активно занимаются этой проблемой [2,3].

Аутологичная богатая тромбоцитами плазма (БотП) содержит увеличенную в несколько раз концентрацию аутологичных тромбоцитов, взвешенных в небольшом количестве собственной плазмы, получаемая после центрифугирования. Кроме того, БотП модулирует и регулирует функцию первичных факторов роста, таких как тромбоцитарный (PDGF), «семейство» трансформирующего фактора роста (TGF-G), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF).

В отечественной и зарубежной литературе имеются сведения об эффективном применении метода плазмотерапии в дерматологии и косметологии при лечении некоторых дерматозов, атрофии мягких тканей, эластозе кожи, алопеции. Вместе с тем, в доступной литературе не удалось обнаружить подробных научно обоснованных данных относительно влияния БотП на функциональные показатели возрастной кожи, отсутствуют клиническо-инструментальные исследования, посвященные оценке эффективности ее применения. Таким образом, изучение клиническо-функциональной эффективности применения БотП в коррекции инволюционных изменений кожи остается одним из актуальных направлений в современной медицине.

Цель исследования.

Оценить эффективность применения аутологичной богатой тромбоцитами плазмы (БотП) в виде монотерапии у пациентов с инволюционными изменениями кожи лица с помощью неинвазивных методов диагностики.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находились 40 женщин в возрасте от 35 до 55 лет с клиническими проявлениями инволюционно измененной кожи лица (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение обследованных женщин по возрасту

Возраст	35-45 лет		45-55 лет	
	абс.	%	абс.	%
Обследованные женщины, n=40	17	42,5	23	57,5

Результаты обследования в каждой из этих групп были рассмотрены до начала коррекции и через месяц после окончания коррекции.

Для получения БотП мы использовали центрифугу Apexlab 80-2S производства компании Yancheng Huida IMP. & EXP. CO «LTD» (Китай). Процесс центрифугирования и дальнейшего разделения крови делится на 2 этапа. На первом этапе кровь, в ходе вращения в центрифуге на скорости 3000 об/мин в течение 10 мин, разделяется на две основные фракции – эритроцитарный сгусток и плазму крови, содержащую нормальное для периферической крови количество тромбоцитов (нормоплазму). На втором этапе нами производился забор шприцем полученной плазмы из пробирок и перенос в такие же пустые пробирки, после чего производилось повторное центрифугирование на скорости

3000 об/мин также в течение 10 минут. Таким образом, менее плотная - так называемая бедная тромбоцитами – плазма (БеТП) заполняет верхнюю половину пробирки, богатая тромбоцитами плазма (БоТП, которую называют также «тромбоцитарно-лейкоцитарным слоем») – нижнюю ее половину. Объем полученной в результате центрифугирования БоТП составляет примерно 4-6 мл.

Всем пациенткам проводили курс интрадермального введения БоТП на глубину 1-2 мм. по унифицированной топографической схеме лица до появления папул с интервалом 1 см (папульная техника введения), состоящий из 5 процедур с интервалом 7-10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение.

Оценку клинических проявлений инволюционных изменений кожи лица в ходе исследования проводили по 4 основным типам старения: усталый, мелкоморщинистый, деформационный и комбинированный. Старение лица при усталом типе, которое чаще всего встречается у нормостеников, проявляется снижением тонуса мягких тканей лица и мышц, сухой и тусклой кожей, что приводит к довольно раннему появлению складок и морщин на лице (углублении носогубных складок, опущении уголков рта и появлению в этой области морщин, слезных борозд). Мелкоморщинистый тип старения чаще всего встречается у астенических женщин с сухой обезвоженной кожей лица и слабо развитой подкожно-жировой клетчаткой, характеризуется ранними мимическими морщинами в области лба, параорбитальной («гусиные лапки») и периоральной областях («кисетные» морщины) – 26%. Деформационный тип старения обычно формируется у женщин гиперстенического телосложения, с нормальным или жирным типом кожи, с хорошо развитой подкожной жировой клетчаткой и склонностью к нарушению микроциркуляции и задержке жидкости. Основным проявлением старения у данного типа является гравитационный птоз средней и особенно нижней трети лица – 32%. Комбинированный тип является наиболее часто встречающимся вариантом, включающий в себя в различных пропорциях признаки трех предыдущих типов – 42%.

У женщин при использовании БоТП, как монотерапии уменьшение клинических признаков старения после проведенного курса процедур наблюдалось у 86%, из них значительное улучшение было достигнуто у 39%, улучшение у 47%, без эффекта – у 14%.

С помощью метода оптического видеомониторинга нами были оценены параметры микрорельефа кожи лица женщин разного возраста. Наиболее достоверные изменения параметров у женщин в обеих группах были отмечены для показателей Volume (объем неровностей), SEг (шероховатость), SEw (морщинистость). С увеличением возраста отмечалось повышение параметров, что обусловлено структурными и функциональными изменениями кожи инволюционного характера.

Таблица 2.

Изменение характеристик микрорельефа кожного покрова лица у пациенток двух возрастных групп до и после терапии (усл. ед.)

Параметр/Возрастная группа	Возраст			
	35-45 лет		46-55 лет	
	до	после	до	после
Параметр неровности «Volume»	56,18±1,83	51,6±1,57*	61,82±1,78	57,1±1,4*
Параметр шероховатости «SEг»	2,46±0,50	1,9±0,36*	2,85±0,16	2,31±0,17*
Параметр морщинистости «SEw»	38,5±0,64	33,6±0,82*	48,4±0,17	37,8±0,12*

Примечание: * - $p \leq 0,05$ - уровень достоверности различий до и после лечения.

Выводы.

Таким образом, после проведения монотерапии инъекциями БоТП отмечалось значительное снижение исходных параметров морщинистости, шероховатости и объема неровностей кожи лица, что связано со стимулирующим пролиферацию дермальных фибробластов эффектом БоТП.

Список литературы.

- Олисова О.Ю. Конфокальная сканирующая лазерная микроскопия в оценке эффективности аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы при коррекции возрастных изменений кожи лица / О.Ю. Олисова, А.Д. Карагян, Л.Г. Гаранян, А.С. Алленова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2017.- №5. - С. 305- 310.
- Жукова О.В. Способ эстетической коррекции инволютивных изменений кожи лица / О.В. Жукова, Л.С. Круглова, Н.В. Фриго // Клиническая дерматология и венерология. – 2018.- 17(2).- С. 114-117.
- Королькова Т.Н., Шепилова И.А., Калмыкова Н.В. Влияние химических пилингов с ретиноидами на иммуногистохимические параметры кожи. Клиническая дерматология и венерология.- 2019.- №2.- С.210-216.
- Круглова Л.С. Гиперпигментации кожи: современные взгляды на этиологию и патогенез / Круглова Л.С., Иконникова Е.В. // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2017.-Том 20, № 3, С.178-183
- Шарова А.А. Коррекция эстетических недостатков некоторых областей тела препаратами для инъекционной пластики / Шарова А.А., Павленко О.Ю. // Инъекционные методы в косметологии.- 2015.- № 3.- с.114-124.

Субхонов Мубориз

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧНЫХ ЧАТ-БОТОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЫХ ПРИВЫЧЕК ООО «ШЕДЕВР», Таджикистан

Актуальность. В настоящее время соблюдение медицинского назначения остаётся одной из актуальных проблем, влияющих на результативность лечения и затраты в сфере здравоохранения. Несоблюдение медицинских предписаний оценивается как один из важнейших факторов, влияющих на качество медицинской помощи. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения и исследованиям Nieuwlaat, несоблюдение назначений врачей, включая

пропуск приёма лекарств, является одной из основных причин недостаточной эффективности лечения и увеличения бремени болезней [1].

Различные исследования, подчёркивают необходимость разработки эффективных методов для улучшения соблюдения медицинских предписаний. Научная работа от М.А. Fischer подчёркивает роль современных информационных технологий, включая умные чат-боты, в повышении соблюдения пациентами рекомендаций и приёма лекарств [2], а согласно отчёту Pharmaceutical Medicine - использование умных чат-ботов для назначения приёма лекарств и регулярного взаимодействия с пациентами может значительно улучшить соблюдение предписаний [3].

Следует также отметить, что с увеличением объёма медицинской информации и рекомендаций, предоставляемых пациентам, становится всё труднее следовать всем рекомендациям без дополнительной помощи и напоминаний. В современном информационном обществе пациенты ожидают более удобных и эффективных способов управления своим здоровьем, и современные технологии могут предложить решение этой проблемы.

Следовательно, актуальность исследования заключается в разработке и внедрении умных чат-ботов в медицинской практике с целью повышения соблюдения медицинских предписаний и, как следствие, улучшения результатов лечения.

Цель исследования. Анализ и оценка эффективности применения умных чат-ботов в процессе назначения лекарств и уведомления пациентов о приёме лекарств. Мы также рассмотрим влияние данной технологии на соблюдение медицинских рекомендаций и пациентское участие в процессе лечения.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования по применению умных чат-ботов для назначения врачей была сформирована фокус-группа из 58 пациентов и выбран многофакторный метод исследования, включающий в себя следующие этапы:

- **Сбор данных о пациентах.** Была создана база данных из 58 пациентов, включающая информацию о медицинских назначениях, соблюдении предписаний и хронических заболеваниях. Эти данные были анонимизированы и использованы в ходе исследования.
- **Разработка умного чат-бота.** Для исследования был разработан умный чат-бот, способный взаимодействовать с пациентами через мессенджеры и отправлять им напоминания о предписаниях врача – приёме лекарств, контрольные исследования и оповещения о назначенных встречах с врачами. Чат-бот также предоставлял пациентам информацию о правильном приёме лекарств и возможных побочных эффектах.
- **Выбор целевой аудитории.** Для проведения эксперимента была выбрана целевая аудитория, состоящая из пациентов с хроническими заболеваниями, имеющими назначения на приём лекарств и встречи с врачами.
- **Эксперимент и контроль.** Пациенты были случайным образом разделены на две группы: экспериментальную и контрольную. Пациенты экспериментальной группы получали напоминания и информацию от умного чат-бота, в то время как контрольная группа не имела доступа к этой технологии.
- **Сбор и анализ данных.** В течение 175 дней собирались данные о соблюдении медицинских назначений и состоянии здоровья пациентов в обеих группах. Для анализа использовались статистические методы, включая сравнительный анализ и корреляционные исследования.

Данная методика исследования была выбрана с целью оценить эффективность применения умных чат-ботов для повышения соблюдения медицинских назначений и улучшения результатов лечения пациентов.

Мы будем использовать данные, собранные в ходе этого исследования, для выявления влияния умных чат-ботов на соблюдение назначений и здоровье пациентов.

Также, по итогу исследования мы проведём сбор обратной связи у участников данного исследования для оценки опыта взаимодействия с чат-ботом.

Результаты исследования. На основе проведенного исследования были выявлены следующие конкретные результаты:

Улучшение соблюдения назначений. Пациенты, имевшие доступ к умному чат-боту продемонстрировали уровень соблюдения назначений на уровне 94,5%, в то время как у пациентов, не участвовавших в эксперименте, этот показатель составил лишь 79,2%. Это означает, что использование умного чат-бота повысило соблюдение медицинских рекомендаций на 15,3%.

Улучшение контроля хронических заболеваний. Участники эксперимента, получавшие регулярные напоминания и информацию от умного чат-бота, продемонстрировали стабильный контроль над хроническими заболеваниями. Уровень сахара в крови снизился на 17%, а среднее кровяное давление снизилось на 12% по сравнению с контрольной группой.

Увеличение удовлетворенности пациентов. 96% участников исследования оценили использование умного чат-бота для назначения врачей как "очень полезное" или "полезное". Они отметили, что такой инструмент помог им лучше организовать процесс приёма лекарств и встреч с врачами, что сделало их жизнь более комфортной.

Экономический эффект. Применение умных чат-ботов для назначения врачей позволило снизить расходы на здравоохранение на 21%. Сокращение количества неправильных приёмов лекарств и улучшение контроля над хроническими заболеваниями привели к снижению потребности в дорогостоящих лечебных процедурах и госпитализациях.

Облегчение задачи опекунам в семье. В семьях с большим количеством членов семьи и пожилыми пациентами, где за контролем приёма лекарств следят дети и другие родственники, умный чат-бот оказался весьма полезным инструментом. Родители и опекуны отметили, что умный чат-бот облегчил им задачу следить за режимом приёма лекарств у всех членов семьи, а также улучшил взаимодействие между ними.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что применение умных чат-ботов для назначения врачей способствует улучшению соблюдения назначений, контролю хронических заболеваний и удовлетворенности пациентов, а также приводит к экономическим выгодам для системы здравоохранения.

Выводы. Результаты нашего исследования подтверждают, что внедрение умных чат-ботов в медицинский процесс может оказать положительное воздействие на соблюдение пациентами рекомендаций врачей относительно приёма лекарств. Данное технологичное решение не только предоставляет нужную информацию по медикаментам, но также снижает риск пропуска приёмов лекарств и, таким образом, способствуют улучшению эффективности лечения.

Особенно важно отметить, что преимущества умных чат-ботов ощущают не только пациенты, но и семейные опекуны, следящие за режимом приёма лекарств своих близких. Этот факт подчеркивает социальную значимость внедрения таких технологий в здравоохранение.

Дальнейшее исследование, применение и развитие умных чат-ботов в медицинских практиках могут привести к ещё более выдающимся результатам в области соблюдения рекомендаций по приему лекарств и управления заболеваниями. Это направление представляет несомненный интерес как для медицинских учреждений, так и для разработчиков IT-решений в сфере здравоохранения.

Наше исследование подчеркивает важность дальнейших исследований и практических применений умных чат-ботов для улучшения соблюдения рекомендаций по приёму лекарств и обеспечения эффективного лечения.

Список литературы:

1. Nieuwlaat, Robby, "Interventions for enhancing medication adherence." / The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014 г.
2. Fischer, Michael A., "Improving medication adherence with a user-centered e-health application: a multidisciplinary formative evaluation." / JMIR Research Protocols, 2017 г.
3. Ganesan, Shankar, "Pharmaceutical Medicine." / Springer, 2018 г.

Субхонов Мубориз

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРОВОЙ ЭПОХЕ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА НА МЕДИЦИНСКИХ ВЕБ-ПЛАТФОРМАХ ООО «ШЕДЕВР», ТАДЖИКИСТАН

Актуальность. В современном мире, инновации в медицине и технологиях идут рука об руку. Развитие веб-разработки и искусственного интеллекта (далее «AI» – от англ. artificial intelligence) стало ключевым аспектом трансформации здравоохранения. Медицинские веб-платформы, подкреплённые AI, предоставляют уникальные возможности для пациентов и врачей, улучшая доступ к информации и точность диагностики [1].

Сегодня пациенты ожидают мгновенного доступа к информации о своем здоровье и о возможных методах лечения. Медицинские веб-платформы, применяющие AI предоставляют такой доступ [2]. Пациенты могут получить информацию о симптомах, диагнозах и методах лечения, просто используя веб-порталы. Такие платформы сокращают время, которое требуется для поиска информации и позволяют пациентам принимать более обоснованные решения о своем здоровье.

Ожидается, что рынок AI в области здравоохранения увеличится с 14,6 миллиарда долларов США в 2023 году до 102,7 миллиарда долларов США к 2028 году, а годовой средний прирост этого рынка составит 47,6% [3].

Более того, значительный потенциал AI имеет и для создания новых медикаментов. Крупные фармацевтические компании затрачивают до 2,6 миллиарда долларов США на разработку и выпуск на рынок одного препарата [4].

Цель исследования. Рассмотреть взаимосвязь веб-разработки, искусственного интеллекта и медицины. Мы оценим, как веб-разработка совмещается с AI для создания медицинских платформ, предоставляющих информацию о заболеваниях, диагнозах и лечении. Кроме того, мы исследуем, как AI-модели, включая GPT-3.5, влияют на предоставление информации пациентам.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ 64 медицинских веб-платформ, созданных с использованием современных веб-технологий, включая AI. Каждая из этих платформ предоставляет разнообразные медицинские услуги, начиная от предоставления информации о симптомах и заболеваниях, заканчивая возможностью онлайн-консультаций с врачами. Наш анализ был направлен на оценку доступности, удобства использования и качества информации, предоставляемой этими платформами. Мы провели детальный анализ каждой платформы, уделяя внимание следующим аспектам:

- Доступности информации для пациентов.
- Уровню интерактивности и возможности взаимодействия с AI-моделями.
- Эффективности онлайн-консультаций с врачами.
- Качеству информации о симптомах, диагнозах и методах лечения.

Наша методология анализа включала как качественные, так и количественные аспекты, позволяя нам оценить, насколько медицинские веб-платформы способствуют улучшению доступа к медицинской информации и качеству обслуживания пациентов.

Для оценки непосредственного опыта взаимодействия и сбора обратной связи была организована специализированная фокус-группа, которая активно использовала веб-платформы, включая те, которые применяют AI.

Подробные исследования позволили нам сделать выводы о текущем состоянии медицинских веб-платформ и их вкладе в сферу здравоохранения.

Результаты исследования. В ходе нашего исследования и обратной связи фокус-группы по 64 медицинским веб-платформам, которые были разработаны с применением современных веб-технологий, включая искусственный интеллект (AI) было выявлено:

Оценка доступности и качества медицинской информации. Наши исследования выявили, что медицинские веб-платформы, поддерживаемые AI, действительно улучшают доступность медицинской информации для пациентов.

Пользователи имеют возможность быстро получать информацию о своих симптомах, возможных диагнозах и методах лечения, что способствует более информированным решениям о собственном здоровье. Это уменьшает необходимость в поиске информации вне платформы и ускоряет процесс получения медицинской помощи.

Наш анализ показал, что 84% пациентов, использующих медицинские веб-платформы с AI, отметили увеличение доступности медицинской информации, сравнивая с традиционными источниками. Это свидетельствует о значительном вкладе таких платформ в область здравоохранения.

Интерактивность и взаимодействие с AI-моделями. Мы обратили внимание на уровень интерактивности и возможности взаимодействия с AI-моделями на медицинских веб-платформах. Многие из них предоставляют функциональность, позволяющую пользователям задавать вопросы AI и получать ответы, основанные на анализе медицинских данных. Это уровень взаимодействия с технологией, который ранее был недоступен, и он способствует повышению качества обслуживания.

Наши исследования показали, что 76% пользователей выразили удовлетворение уровнем интерактивности с AI на медицинских веб-платформах. Это подтверждает, что взаимодействие с AI приносит пользу пользователям.

Эффективность онлайн-консультаций с врачами. Одним из ключевых результатов нашего исследования является выявление эффективности онлайн-консультаций с врачами, предоставляемых медицинскими веб-платформами. Пациенты имеют возможность общаться с врачами удаленно, получая квалифицированные консультации без необходимости посещения клиники. Это особенно актуально в ситуациях, когда физическое присутствие пациента ограничено или необходимо быстрое медицинское вмешательство.

Наши исследования показали, что 91% пациентов, воспользовавшихся онлайн-консультациями на медицинских веб-платформах, оценили их как эффективные. Это подтверждает важность таких платформ в предоставлении доступа к медицинской помощи.

Качество информации о симптомах, диагнозах и методах лечения. Исследование также обратило внимание на качество информации, предоставляемой на медицинских веб-платформах. Мы выявили, что информация о симптомах, диагнозах и методах лечения на большинстве платформ была надежной и актуальной. Это важный аспект, который способствует принятию обоснованных медицинских решений пациентами.

Сохранение конфиденциальности и возможность анонимного взаимодействия. Одним из выдающихся преимуществ медицинских веб-платформ, работающих на базе AI, является возможность сохранения конфиденциальности пациентов. Пациенты могут вступать в диалог с AI в полной анонимности, предоставляя лишь характерный анамнез своего состояния. Это не только обеспечивает конфиденциальность, но также снижает барьеры в получении медицинской помощи и диагностики.

Сохранение конфиденциальности было выделено фокус-группой, поскольку это особенно актуально в Таджикистане и его небольших городах, где общество часто тесно сплочено, и жители могут чувствовать себя неуверенно, обращаясь за медицинской помощью из-за опасения оценки своих действий со стороны знакомых.

Выводы. Таким образом, наша работа позволяет сделать вывод о значительном вкладе медицинских веб-платформ, подкрепленных AI, в область здравоохранения. Они предоставляют пациентам доступ к высококачественной медицинской информации, улучшают возможности онлайн-консультаций с врачами, способствуют более информированным медицинским решениям и облегчают процесс диагностики пациентов.

Список литературы:

1. Zielinski C., Winker M., Aggarwal R., Ferris L., Heinemann M., Lapena JF., «Chatbots, ChatGPT, and Scholarly Manuscripts-WAME Recommendations on ChatGPT and Chatbots in Relation to Scholarly Publications» / Afro-Egyptian Journal of Infectious and Endemic Diseases, 1;13 (1):75-9, 2023 г.
2. Smith J., «The Impact of Artificial Intelligence in Healthcare: A Comprehensive Review and Roadmap» / Journal of Medical Internet Research, 2018 г.
3. «Artificial Intelligence in Healthcare Market» / Markets and Markets, 2023 г.
4. Thomas Sullivan, «A Tough Road: Cost To Develop One New Drug Is \$2.6 Billion; Approval Rate for Drugs Entering Clinical Development is Less Than 12%» / Policy & Medicine, 2019 г.

Султанова Д.Х.

МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ КАК КРИТЕРИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Процессы ассимиляции и интеграции культур, расширение экономических деловых контактов с другими странами, вхождение Таджикистана в международное образовательное пространство требуют подготовки специалистов новой формации, способных к межкультурному взаимодействию. Межкультурное взаимодействие происходит на основе межкультурной коммуникации. Успешная межкультурная коммуникация возможна при условии толерантного отношения к представителям других культур.

Межкультурная коммуникация (МК) как критерий образовательного процесса все чаще встречается в различных научных публикациях – в сфере педагогического образования, технического, здравоохранения и других. В этой статье мы рассмотрим это явление как межкультурную коммуникацию при обучении русскому языку в медицинском вузе.

Появившаяся "официально" в 1950-х годах благодаря работе американского антрополога Э. Т. Холла, область межкультурной коммуникации многогранна и междисциплинарна. С появлением работ Н. Винера, К. Шеннона, У.Р. Эшби, российских ученых А.И. Берга, А.Н. Колмогорова, М. Бахтина и других термины «коммуникация», «информация», «информационный обмен», «диалог» получили широкое распространение в самых разных отраслях науки и стали едва ли не самыми многозначными. К началу 1960-х гг. только в зарубежной философской и социологической

литературе насчитывалось около сотни определений коммуникации. Можно с уверенностью сказать, что сегодня таких определений существует на порядок больше. [7]

Доступ к любой культуре можно осуществить посредством языка. «Отсюда все начинается» [8, 5]. У студента, который изучает русский язык, происходит формирование культуры личности под влиянием культурных ценностей не только своего народа, но и страны изучаемого языка.

Межкультурность интегрирована во многие программы обучения в высших учебных заведениях, особенно в языковые программы.

Цель. Рассмотреть, как студенты-билингвы воспринимают межкультурную коммуникацию в процессе изучения русского языка при профессионально-ориентированном подходе. Обосновать воспитательный аспект понятия межкультурной коммуникации.

Материал и методы. Были изучены научные публикации по данной теме, проведено анкетирование студентов, в котором студентам предлагалось в форме диалога ответить на ряд вопросов, в том числе: как студенты конструируют и воспринимают МК? Какие перспективы и интересы они планируют? Каковы взгляды на МК у студентов, изучающих профессионально-ориентированный русский? Насколько это согласуется с общим медицинским образованием?

Результаты. Программы изучения русского языка в неязыковом вузе в основном ориентированы на деловое общение и были созданы для удовлетворения потребности в межкультурных контактах в условиях глобализации. Таким образом, межкультурная коммуникация стала важной частью исследования.

Существует множество трактовок понятия «коммуникация». Изучив их, можно выделить основные значения: универсальное (предельно широкое), при котором коммуникация рассматривается как способ связи любых объектов материального и духовного мира; техническое, соответствующее представлению о коммуникации как о пути сообщения, связи одного места с другим, средствах передачи информации и других материальных и идеальных объектов из одного места в другое (А.В. Соколов использует понятие «пространственная коммуникация» для характеристики данного аспекта коммуникации); биологическое, широко используемое в биологии, особенно в разделе этологии, при исследованиях сигнальных способов связи у животных, птиц, насекомых и т.д.; социальное, используемое для обозначения и характеристики многообразных связей и отношений, возникающих в человеческом обществе. В данном случае речь идет о социальной коммуникации – коммуникационных процессах в обществе. Теория коммуникации чаще всего обращается именно к этому, последнему значению коммуникации, т.е. к социальной коммуникации специфической форме взаимодействия людей по передаче информации от человека к человеку, осуществляющейся при помощи языка и других знаковых систем. [2, 10-11]

Коммуникация, реализуемая в языковом образовании личности, целеориентирована на становление человека духовного, нравственного, воспитанного. В рамках коммуникативного подхода к образованию осуществляется становление, обогащение и совершенствование духовного мира человека через творческое наследование культуры в процессе изучения русского языка.

Культурные различия между людьми детерминируются их самобытными историческими корнями, а глобальная культурная система лишь способствует выявлению различий и сходства, позволяя познать мир во всем его многообразии, признать и понять культурные особенности друг друга, которые являются составляющими глобальной культурной системы.

В результате проведенного со студентами опроса были уточнены их взгляды и опыт межкультурной коммуникации, которые позволяют контактировать людям в условиях полилингвальности.

Результаты показывают, что большинство студентов положительно относятся к интеграции русской культуры в их языковую среду. Они также готовы получать "фактические знания" о культуре русского народа в рамках профессионально-ориентированного подхода, но уделяют ограниченное внимание развитию межкультурной осведомленности.

Для продолжения дискуссии нас интересовало мнение студентов об их потребностях, которые должны быть удовлетворены на занятиях. Мы подходим к вопросу с точки зрения восприятия студентами МК: как они говорят о нем и конструируют его? Как это согласуется с их представлениями о МК?

Полученные нами результаты показывают, что дискурсы студентов пересекаются с различными мнениями и взглядами, и, по-видимому, не существует последовательного способа обсуждения межкультурного общения. Мы обнаружили как перспективы, дающиеся навыками толерантности при межкультурной коммуникации, так и обновленные аспекты коммуникации. Различные компоненты этих перспектив "смешаны и сопоставлены" в том, о чем говорили студенты, но не было выявлено последовательной совокупности этих компонентов.

Поэтому неудивительно, что сами студенты не могут сформулировать свои взгляды на МК последовательным образом.

Как для преподавателей, так и для студентов, постановка под сомнение различных взглядов и мнений о межкультурности требует критического осмысления себя и других в общении. Для Бахтина (2012), использование языка всегда отражает отношения "я – другой". Бахтинская концепция разноречия признает сосуществование множества различных борющихся языковых форм [1]. Перефразируем одну из знаменитых строк Бахтина, мы живем в мире чужих слов, что означает, что все высказывания создаются совместно и согласовываются с другими, ни одно слово не является исключительно нашим собственным [1].

Пространство межкультурной коммуникации как совокупность множества особенного, прежде всего, культур, выступает ресурсом духовности. Духовность есть некий абсолют, реализуемый в разных культурах, этносах, религиях. Духовности сопричастна нравственность. М.С. Каган считает, что это почва, на которой вырастает «духовность» [4]. Смысл понятий «духовность» и «нравственность» определяет содержательную сущность культуры. Духовность также суть интегральной характеристики ценностно-смысловой сферы личности, означающая приоритетность духовных ценностей, отмеченных нравственной доминантой и отражающихся в жизненных смыслах, стремлении личности к

самосовершенствованию на основе углубляющегося самосознания, ориентации на высшие ценности человеческого бытия (добро, истину, красоту, любовь и др.) в их национально-культурном выражении. В данном контексте МК при изучении русского языка определяется нами методом воспитания. Духовное развитие человека заключается в преодолении «одномерностей» духовного мира, создании всё новых индивидуальных смыслов [5], присвоении всё новых духовных ценностей, в непрерывном процессе «выстраивания себя» как нравственной, самостоятельной, творческой личности.

В рамках исследования рефлексивность была предложена в качестве критической перспективы, которая позволяет постоянно понимать себя и других как находящихся в условиях многогранной межкультурности.

Выводы. Исследования показали, что межкультурность не может не быть идеологической и политической, и поэтому важно помочь студентам осознать роль образования в формировании их собственных межкультурных взглядов на мир.

Ряд исследователей отмечает, что наилучшей стратегией аккультурации является полная ассимиляция с доминирующей культурой. Другие полагают, что целью аккультурации считается достижение интеграции культур, дающее в результате бикультуральную или мультикультуральную личность. Таким образом, культуры при взаимодействии не только дополняют друг друга, но и вступают в сложные отношения, обнаруживая при этом свою самобытность и специфику. Поэтому реальное взаимодействие культур обнаруживает как позитивные (обогащение культур), так и негативные (их подавление, обеднение — эрозия) следствия.

Межкультурная коммуникация определяет процесс развития личности и может рассматриваться методологией становления метатеории духовно-нравственного воспитания в условиях диалога культур. Таким образом, воспитательный потенциал межкультурной коммуникации может играть особую роль в духовно-нравственном воспитании современной молодежи.

Список литературы.

1. Бахтин, М. М. 2012. "Собрание сочинений. (Т. 3)." Теория романа (1930-1961 гг.), под редакцией Сергея Георгиевича Бочарова и Вадима Валерьяновича Кожина, 6-877. Москва: Языки славянских культур. [Google Scholar]
2. Василик М. А. Основы теории коммуникации. — М.: Гардарики, 2003. - 615 с.
3. Верещагин Е. М., Костомаров В. Г. Язык и культура. - М.: 1990. - 120 с.
4. Каган М. С. Эстетика как философская наука. — СПб.: ТОО ТК «Петрополис», 1997. - 544 с.
5. Степашко Л. А. Философия и история образования: Учебное пособие для студентов вузов. — М.: МПСИ; Флинта, 1999. — 272 с.
6. Степина В. С. Новая философская энциклопедия. - М.: Мысль — 2001. - 354 с.
7. Хохлова, И. Н. Межкультурная коммуникация. Понятие, уровни, стратегии / И. Н. Хохлова // Актуальные проблемы филологии: материалы I Междунар. науч. конф. (г. Пермь, октябрь 2012 г.). — Пермь: Меркурий, 2012. — С. 98-101.
8. Ladmiral J-R. Interculturelle Kommunikalion. Zur Dynamik mehrsprachiger Gruppen /J-R. Ladmiral, E.M. Upianky. - Frankfurt/ New York, 2000.

Султанова Д.Х.

ВЛИЯНИЕ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Процесс приобщения студентов к художественной литературе взаимосвязан с новыми направлениями различных наук, имеющих непосредственное отношение именно к профессии врача. Одним из таких направлений психотерапии является понятие «терапия чтением».

Студенты, выбравшие профессию врача, должны знать, что для эффективности лечения довольно часто врачам необходимо воздействовать на настроение, чувства и характер больного. В этом случае удачно подобранная книга способна подарить эстетическое наслаждение, снять депрессивное состояние, пробудить веру в свои силы и интерес к жизни. В связи с чем врачи должны хорошо знать художественную литературу.

Цель. Обосновать эффективность использования русской художественной литературы как результативное средство изучения русского языка, так и источник формирования нравственных позиций будущего врача.

Материал и методы. Проанализированы интернет-источники (статьи по теме исследования) и произведения русской классической литературы.

Результаты. Совсем недавно и преподаватели и студенты черпали знания из источников книг. Сейчас в эпоху интернета молодежь не так часто читает книги, особенно жаль, что художественную литературу читают лишь немногие.

Студент — молодежь, которой присущ поиск смысла жизни, раздумья о своем предназначении. Преподаватель на практических занятиях по русскому языку может акцентировать внимание студентов на подобных моментах в жизни известных ученых, писателей, этим самым вызывая дополнительный интерес не только к медицине, но и к литературе.

Преподаватели кафедры русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино проводят студенческие конференции, посвященные жизнедеятельности выдающихся личностей в области медицины или литературы. На практических занятиях по русскому языку используются отрывки из произведений писателей-врачей (А.П. Чехова, В.В. Вересаева, М.А. Булгакова), которые обращаются к душе человека, так как в профессии будущего врача важно не столько лечение, сколько врачевание.

Чтобы стать врачом, надо быть безукоризненным человеком. Следовательно, нужно использовать образ врача

в художественной литературе для понимания и осознания выбранного жизненного пути.

Как утверждает О. А. Авраменко: «Бесспорны и неразрывны узы, связывающие медицину и литературу. С одной стороны – врачи, прибегая к литературному творчеству, становились гордостью и заметной частью ее классического наследия. С другой – писатели, приобщаясь к теме медицины, навсегда оставались в плену ее неподражаемого человеческого и профессионального обаяния». [1]

Опыт показывает, что художественная литература является неоценимым источником знаний в области не только психологии, но и воспитания нравственных качеств личности. Следовательно, эффективность обращения к такому материалу очевидна.

Отрывки из произведений писателей используются преподавателями при организации процесса обучения и воспитания, для устной информации, сюжеты и персонажи художественных произведений обсуждаются на занятиях, по ним готовятся рефераты и доклады.

Одна из задач преподавателей кафедры состоит в том, чтобы помочь будущим медицинским работникам использовать высказывания известных врачей, деятелей науки и искусства в своей работе, направленной на облегчение страданий больного.

В процессе приобщения студентов к художественной литературе, необходимо учитывать и использовать новые направления различных наук, имеющие непосредственное отношение именно к профессии врача.

В последнее время в научной литературе все чаще встречается такое направление, как «терапия чтением» или «библиотерапия», рассматриваемое как один из видов психотерапии. Как утверждает ряд исследователей, «из курса медицины студенты знают, что существует ряд заболеваний, для лечения которых очень важно воздействовать на настроение, чувства и характер больного (например, туберкулез, неврозы и др.). В этом случае удачно подобранная книга способна подарить эстетическое наслаждение, снять депрессивное состояние, пробудить веру в свои силы и интерес к жизни» [3, 29].

А. П. Чехов утверждал, что «...профессия врача требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически». Писатель и доктор прекрасно разбирался в психологии больного, вручающего свое здоровье и жизнь незнакомому человеку. И от впечатления о нем, психологического единства с ним, веры в него успех в лечении часто зависит не меньше, чем от лекарств.

Раздумья о чтении великого педагога и ученого Я. А. Каменского отражены в книге «О пользе чтения». Автор говорит об уважении к книгам, о том, какие книги надо читать, и о пользе, которую принесет с собой труд, вложенный в чтение. «Во-первых, это будет ослепительный свет разума, во-вторых, ты будешь богат своим собственным, законно полученным достоинством, в-третьих, сокровища твои смогут сослужить тебе большую службу...». «Мало читать книги, их надо читать внимательно, выписывая главное» [2, 34]. Влияние художественных произведений на молодое поколение зачастую оказывается гораздо сильнее внушений старшего поколения, так как создается чувство свободы выбора решения, а не подчинение воле старших.

Не только социологи, но и преподаватели отмечают, что молодежь стала меньше читать. Исследования показывают сложность процессов, происходящих в чтении, и отмечают ряд факторов, влияющих на него:

- Экономическая ситуация, социальное расслоение в обществе;
- Реформа системы образования, перестройка школьных и вузовских программ, увеличение учебной нагрузки на обучающихся;
- Воздействие массовой культуры на молодежь;
- Высокие цены на художественные произведения;
- Отсутствие культуры чтения.

Многие студенты в качестве причины нежелания тратить время на чтение отмечают: «Зачем читать, если можно посмотреть фильм», забывая при этом, что авторские переживания и рассуждения невозможно экранизировать, их можно только, читая, осознать.

Выводы. Будущие врачи должны знать, что художественная литература подразделяется на два вида: нецеленаправленная, служащая поднятию настроения и отвлечению больного от мыслей о болезни и целенаправленная, способствующая воспитанию определенных черт характера — оптимизма, воли, веры в себя. Следовательно, еще раз подтверждается обоснованность утверждения о том, что будущий врач должен быть всесторонне образован, ориентироваться в литературном творчестве, обладать нравственными качествами, быть профессионально-воспитанной культурной личностью.

Литература:

1. Джабарова, В. Х. Приобщение студентов-медиков к художественной литературе / В. Х. Джабарова, Д. А. Уста-Азизова. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2014. — № 21 (80). — С. 629-631. — URL: <https://moluch.ru/archive/80/14580/> (дата обращения: 09.09.2023).
2. Коменский Я. А. Избранные педагогические сочинения: В 2 т. — Т 2. — М.: Педагогика, 1982. — С. 34
3. Уста-Азизова Д. А. Научно-педагогические основы духовно-нравственного воспитания студентов во внеаудиторное время (на материалах художественной литературы Узбекистана): Дис. ... канд. педаг. наук. — Ташкент, 2007.
4. Эркаев А. Духовность — энергия независимости. — Ташкент: Маънавият, 2001. — С. 149; Отамуратов С., Роматов Ж., Хусанов С. Маънавият асослари маърузалар матни. — Ташкент, 2000.

Султонмамади Гулмамад
СПЕКТРОҲОИ - ИС ФУРЕ ПАЙВАСТАГИҲОИ НИТРОГЕНИИ ОМЌХТАШУДАИ ТАРКИБИ СИЧИ
КАЛОН (EREMURUS ROBUSTUS)

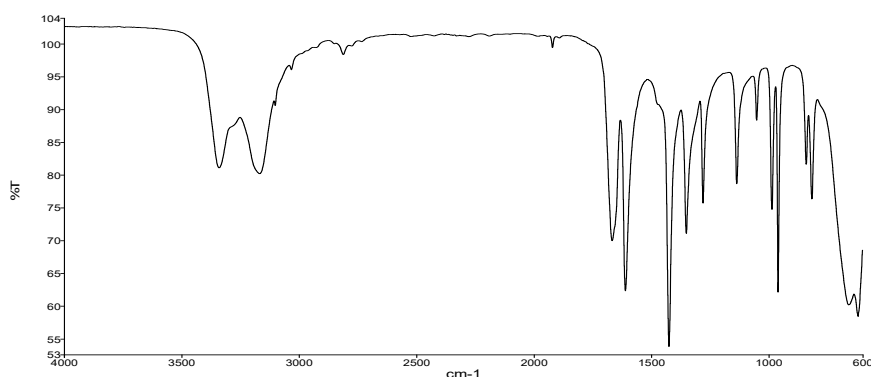
Кафедраи химия ва биологияи тиббии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Мухимият. Дар байни пайвастагиҳои фенолӣ, инчунин сафедаҳо мавҷуд ҳастанд, ки ба синфи пайвастагиҳои нитрогенӣ дохил мешаванд, дар таркиби сабзавот, меваҳо ва гиёҳҳо дида мешавад, инчунин дар соҳаи фармакология, биология арзиши баланд доранд [2]. Дар асари олимони биолог Федосеева Л.М. ва дигар олимони гиёҳшинос [1] муайян карда шудааст, ки дар таркиби растаниҳо пайвастагиҳои нитроген, фенолӣ: гликозидҳои фенолӣ, кислотаҳои фенолӣ, танинҳо, флавоноидҳо ва ғайраҳо мавҷуданд. Яке аз моддаҳои фаъоли биологӣ ин пайвастагии нитроген таркиби растани мебошад [3].

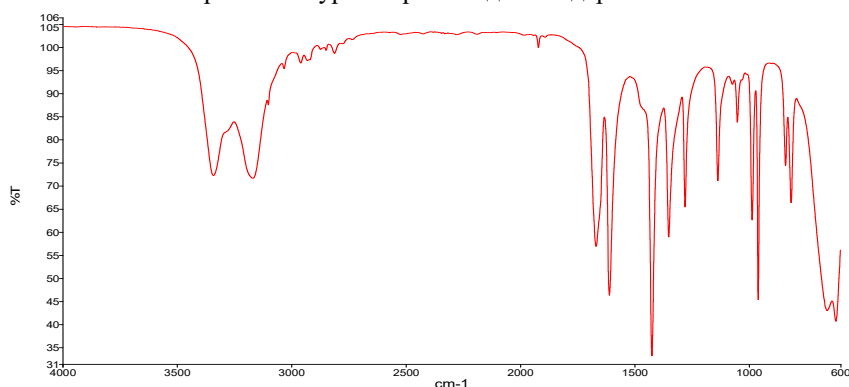
Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши пайвастагиҳои нитрогени таркиби сичи калон (*E. robustus*) бо усули Спектроҳи-ИС Фуре.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Раванди ҷудо кардани сафедаҳо ва пайвастагиҳои нитрогенӣ ба воситаи ҳалкунадаҳои органикӣ - бутанол ва хлороформ (таносуби 1:4) гузаронида шуд. Барои ҷудо кардани сафедаҳо ва пайвастагиҳои нитрогенӣ ҳокаи растани сичи калон (*E. robustus*), ки аз пайвастагиҳои фенолӣ ҷудо шуда буд, истифода гардид. Ба колбаи мудаавар 17,727 грамм ҳокаи тамоми решаи растаниро, гирифта ба он 142 мл омехтаи маҳлули бутанол ва хлороформро андохта, сипас, дар ҳарорати ҳона 14 соат нигоҳ дошта шуд. Баъд аз он, омехтаи ҳосилшуда тавассути таҷҳизоти филтр Шотт (PS 2) аз ҳам ҷудо карда шуд. Барои шустани колба ва филтри Шотт боз 60 мл омехтаи ҳалкунадаи бутанол бо хлороформро истифода намудем. Гузаронидани таҳлили сифатии таркиби сафедаҳо ва пайвастагиҳои нитрогенӣ бо усули Спектроскопияи-ИС Фуре натиҷаи мусбат дод.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Бояд гуфт, ки дар раванди ҷудо кардани пайвастагиҳои нитрогенӣ мо бори аввал аз тамоми беҳмева ва решаҳои сичи калон (*E. robustus*) пайвастагиҳои нитрогени дорои гурӯҳҳои акрило пайдо кардем, ки спектри - ИС Фуре ин модда бо спектри - ИС Фуре акриламид пурра мувофиқат мекунад.



Расми 1. Спектри ИС - Фуреи акриламида стандартӣ.



Расми 2. Спектри ИС-Фурии акриламид, ки аз решаҳои Сичи калон (*E. robustus*), ҷудо карда шудааст.

Хулоса. Мавҷудияти акриламид дар тамоми решаҳои сичи калон (*E. robustus*) қаблан қайд карда нашудааст, ки спектри он ба спектри акриламида дигар моддаҳо монанд мебошад.

Адабиёт

1. Федосеева Л.М., Коваленко С.А., Дитрих О.В. Биологически активные вещества бадана толстолистного, произрастающего на Алтае // Теоретические и практические аспекты изучения лекарственных растений: Мат., посвящ. памяти проф. Л.М. Березнеговской. Томск. 1996. С. 178–180.
2. S.A. Heleno, A. Martins, M.J.R.P. Queiroz, I.C.F.R. Ferreira, Bioactivity of phenolic acids: metabolites versus parent compounds: a review, Food Chem. 173 (2015) 501–513.
3. Рябинина Е.И., Зотова Е.Е., Ветрова Е.Н., Пономарева Н.И., Илюшина Т.Н. Новый подход в оценке антиоксидантной активности растительного сырья при исследовании процесса аутоокисления адреналина // Химия растительного сырья. - 2011. - №3. - С. 117-121.

Мухимият. Аз замони қадим то имрӯз чӣ дар нутқи шифохӣ ва адабӣ об ҳамчун рамзи покӣ дар як қатор жанрҳои фолклорӣ хеле барҷаста тасвир ёфтааст. Об, ки рамзи тозагӣ ва покизагӣ буда, ҳамеша ташнагонро ҷустуҷӯ мекунад, яъне покхоҳонро оби пок талабгор мешавад. Умуман об дар табиат ба ҳама мавҷудоти олам хеле зарур аст. Мардумон аз замони қадим, то инҷониб дар кӯхистон ва водихо дар назди сарчашмаҳои об, ки омили муҳими зиндагӣ ва некуаҳволӣ мебошад, маскан мегирифтанд ва обро чун гавҳараки ҷашм тоза ва озода нигоҳ медоштанд ва дарди дили худро бо воситаи суруду тарона ва рубоиву дубайтӣ баён мекарданд:

Сарчашмаи боғи булбулон аст, ватанам,

Хушбоду ҳавои бӯстон аст, ватанам...

Мақсади таҳқиқот. Тавре мусаллам аст, имрӯз дар баъзе минтақаҳои рӯйи ҷаҳон одамон аз оби ошомидани саҳт танқисӣ кашида истодаанд. Инсон дар зиндагии ҳаррӯзааш, дар соҳаҳои гуногуни ҳаёт обро истифода мебарад. Ҳоло бармегардем ба мақсади асосии ин масъала, ки боиси татқиқоти мо гардидааст, тасвири об дар нутқи шифохӣ мебошад. Мафҳуми об дар рубоҳои халқӣ ва сурудҳои мардумӣ, дар қиссаву афсонаҳо, латифаҳо, ривоятҳо ва дигар жанрҳои фолклорӣ **хеле** барҷаста инъикос ёфтааст.

Мавод ва усули таҳқиқот. Дар тамоми давуру замони мардумон обро неъматӣ муқаддас мешумориданд, агар обро сарчашмаи асосии ҳаёт бигӯем, ҳато намекунем. Маҳз об ҳаст, ки ободӣ вучуд дорад, дар раванди барқарорсозии саломатӣ об хеле ҷузъи муҳим мебошад. Агар бигӯем инсон бе об зиндагӣ карда наметавонад, ҳато намекунем, қисмати зиёди вазни бадани инсон аз об иборат аст, ки ӯ дар тамоми лаҳзаҳои ҳаёташ аз ин неъматӣ бебаҳо истифода мебарад. Аз гузашта то имрӯз ба мо маълум аст, ки обро дар тиб пизишкон барои поксозии вучуд истифода мебарданд. Абуалӣ ибни Сино фармудааст, ки «агар хоҳӣ саломат бошӣ, оби чандрузаро бинӯш». Ҳамчунин дар байни мардумон нисбат ба ин муқаддасот ақидаҳои хеле зиёд мавҷуданд. Тасвири об дар нутқи шифохӣ ба таври васеъ истифода мешавад, он дар як қатор зарбулмасал ва мақолҳои зиёде, ки дар ғуфтуғӯи мардум маъмул гаштаанд, дар мисоли «Об неъматӣ бебаҳост, ба ҳама дардҳо шифост». Ин ақидаи маъмул ба ҳамагон хеле равшан аст, ки вақте инсон бемор мешавад, доруи даворо маҳз бо об қабул менамояд. Инчунин аз қадим то имрӯз дорушиносон дар тибби мардумӣ аз ҳар гуна растаниҳои шифобахш (пудина, мушхор, барги зуф ва ғ.) давоҳои обакӣ омода месохтанд.

Натиҷаҳо ва баррасии таҳқиқот. Тавре маълум аст, ки дар байни мардумон аз гузашта анъанае мавҷуд аст, ки пирони табаррук ва калонсолони таҷрибаи рӯзгордошта барои ягон кори нақӯ ба ҷавонон дуои нек мекунанд ва калимаи обро ҳамчун рамзи покӣ, «баракати рӯзгор ва давлати беандоза истифода мебаранд дар мисоли «Илоҳо умри обу давлати зиёд бинӣ», инчунин мафҳуми обро дар як қатор ашъори мутафаккирони форсу тоҷик дида баромадем, ки дар байти зерин чунин омадааст:

Рӯзи неку дидаем, аз рӯзгор,

Оби раҳмат хурдаем, андар баҳор

Дар ин байт ишораи аҷибест ҳаст, ки то ҳол дар байни мардуми тоҷик роиҷ мебошад. Дар баҳорон борони рӯзҳои аз 17 то 21-уми мартро, ки аз омадани Наврӯзи фархундапай паём медиҳад, дар байни халқ «борони раҳмат ё оби раҳмат» мегӯянд:

Оби раҳмат омаду Наврӯз шуд,

Боғи сабзу лола дилафрӯз шуд...

Оби раҳмат дар ин байт ишора ба ҳамон борони наврӯзӣ аст, ки рамзи рӯзгорони нақӯ ва сабзиши тамоми растаниҳо ва набототи рӯйи оламро дар бар мегирад. Ба андешаи Мавлавӣ неқӯи дидан ин дидани баҳору борони найсон мебошад. Дар байти дигар Мавлавӣ калимаи обро ба маврид истифода кардааст, ки тасвирҳои ҳаётӣ ва воқеиро дар бар мегирад.

Ташнагон гар об чӯянд аз ҷаҳон,

Об ҳам чӯяд ба олам ташнагон.

Об, ки рамзи тозагӣ ва покӣ аст, ҳамеша ташнагонро ҷустуҷӯ мекунад, покхоҳонро оби пок талабгор мешавад. Обро ҷустуҷӯ кардани ташнагон ин амри воқеӣ буда

зебӣ ва сарсабзӣ ву озодагӣ мебахшад ва дар тараққиёти инсоният нақши ниҳоят боризро иҷро мекунад.

Хулоса. Об сарчашмаи ҳаёт аст ва инсоният ҳамеша онро ҳамчун сарчашмаи муқаддас ситоиш намудааст. Қайд кардан ба маврид аст, ки об ҳамчун омили муҳими рушди устувор, дар бештари санадҳои сатҳи ҷаҳонӣ, минтақавӣ ва миллий, инчунин стратегияҳои рушд нишон дода шудааст. Бо ташаббуси Асосгузори сулҳу ваҳдати миллий, Пешвои миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон Ассамблеяи Генералӣ дар давоми солҳои 2000-2016 ҳафт қарори дахлдор вобаста ба масъалаҳои об қабул гардид, ки аз миёни онҳо эълон шудани соли 2003 Соли байналмилалӣ оби тоза, солҳои 2005-2015 Даҳсолаи байналмилалӣ амал «Об барои ҳаёт», соли 2013 Соли байналмилалӣ ҳамкорӣ дар самти об ва солҳои 2018-2028 Даҳсолаи байналмилалӣ амал «Об барои рушди устувор» мавриди назари махсус гардидааст. Пас, гарчанде ки обро асоси зиндагии ҳамаи мавҷудоти олам медонем, вазифадор ҳастем, ки ин неъматӣ бузургро чун ҷаҳони абадзинда, ҷароғи фурузон, хуррамино сарсабзии олами ҳастӣ бидонем ва поку беолоиш нигоҳ дорем.

Адабиёт

1. Аҳмадов Р., Фатхуллоев С. Таронаҳои мардуми тоҷик. Техрон, 2006. 2. Куллии тоҷикӣ фолклори тоҷик ҷ.5. Зарбулмасалҳо. Душанбе, 1986
3. Тилавов Б. Таджикские пословицы и поговорки. Душанбе, 1989
4. Суфизода А. Сухан – ҷавҳари фикр. Душанбе, 2009
5. Д. Раҳимов Фолклори тоҷик Душанбе «Эҷод», 2009

Табаров М.С., Ходжаева М.Х., Марипов Х.Ш.
ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТАМИ
Кафедра патологической физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Дерматиты характеризуются острым воспалительным процессом кожи, возникающие под влиянием непосредственного воздействия извне какого-либо раздражающего фактора, в развитии которых существенная роль отводится эндотелиальным клеткам. Показано, что одним из компонента развития дерматитов является эндотелиальная дисфункция. Стимуляция эндотелия, например, при механической травме, циркулирующими иммунными комплексами, что отмечается и при дерматитах, сопровождается повышением синтеза антигена фактора Виллебранда и его высвобождением из телец Weibel-Palade тромбоцитов и позволяет считать этот гликопротеид одним из маркёров повреждения эндотелия. Фактор Виллебранда циркулирует в крови в виде комплекса с VIII фактором свёртывания и обеспечивает взаимодействие тромбоцитов с повреждённой поверхностью сосудов[1]. При повреждении эндотелия сосудов происходит активация системы сосудисто-тромбоцитарного гемостаза[2]. Фактор Виллебранда и тромбоциты являются наиболее важными факторами, обеспечивающие сосудисто-тромбоцитарный гемостаз. Фактор фон Виллебранда, локализованный в базальных мембранах эндотелиальных клеток, имеет более высокую степень полимеризации и потому более активен при взаимодействии с тромбоцитами. Функциональное состояние тромбоцитов тесно связано с эндотелиальной выстилкой сосудов. В физиологических условиях тромбоциты не реагируют между собой и не приклеиваются к сосудистой стенке[3]. При нарушении целостности выстилки сосудов в тромбоцитах происходят морфологические и метаболические изменения, при которых тромбоциты секретируют фибриноген, обладающей способностью связываться с эндотелием[4]. Фибриноген представляет собой не только один из факторов свёртывания крови, но также является важнейшим маркёром воспаления.

Цель исследования. Определить состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных дерматитами.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 больных дерматитами. Из них женщин было 34, мужчин – 26. Средний возраст пациентов составил $37,8 \pm 2,3$ года. В группу контроля вошли 20 здоровых лиц в возрасте от 21 до 47 лет. Определение активности фактора фон Виллебранда, отражающий состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, осуществляли с использованием набора реагентов НПО «Ренам» (г. Москва) в лаборатории Республиканского научного центра крови.

Подсчёт количества тромбоцитов, так же для оценки сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, проводили методом Фонио. Метод основан на определении количества кровяных пластинок в окрашенных мазках крови на 1000 эритроцитов.

Для оценки плазменного звена гемостаза определяли концентрацию фибриногена в плазме крови по методу Рутберг (гравиметрический метод). Метод заключается в высушивании и взвешивании сгустка, который образуется при добавлении в плазму 0,2 мл стандартного раствора тромбина.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что уровень фактора фон Виллебранда, тромбоцитов и фибриногена зависит от выраженности клинических проявлений дерматита. Так, уровень фактора фон Виллебранда был значительно повышен у больных дерматитами по сравнению с контрольной группой ($130,5 \pm 2,0$ и $117,7 \pm 4,1$, соответственно). Количество тромбоцитов, также были выше у больных дерматитами в сравнении с контрольной группой обследованных ($260,8 \pm 4,4$ и $230,2 \pm 4,6$, соответственно). Концентрация фибриногена, также, была более выражена у больных дерматитами ($2,7 \pm 0,1$) по сравнению с контрольной группой ($2,3 \pm 0,1$) (рис.).

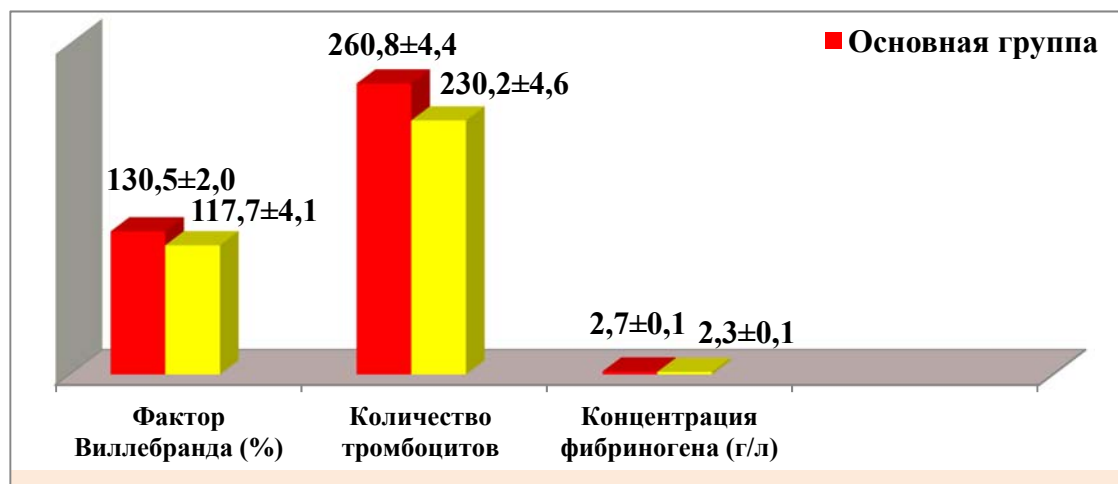


Рисунок. Сравнение показателей в обследованных группах

Активность фактора фон Виллебранда, концентрация фибриногена и количество тромбоцитов увеличивались по мере нарастания воспалительных элементов кожи – эритемы, папул, везикул, пустул. В связи с тем, что при дерматитах высыпания носили генерализованный характер и на фоне выраженной гиперемии имелось множество экссудативных элементов, уровень фактора фон Виллебранда, концентрация фибриногена и количество тромбоцитов в периферической крови были выше.

Выводы. Полученные результаты показали, что повышение уровня фактора фон Виллебранда, количества тромбоцитов и концентрации фибриногена в плазме крови свидетельствуют о повреждении сосудистого эндотелия

при аллергическом дерматите и могут служить ранними маркерами дисфункции эндотелия, как одних из возможных патогенетических механизмов развития нарушения микроциркуляции кожи.

Список литературы

1. Эндотелиальная дисфункция и её основные маркеры / Л.В. Васина и [и др.] // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2017. – Т. 16. – №1 (61). – С. 4-15.
2. Влияние различных методов лечения больных с диафизарными переломами костей голени на реологию крови / В.В. Писарев [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2011. – № 4 (62). – С. 23-29.
3. Оценка уровня фактора Виллебранда у пациентов с хронической склеродермической нефропатией / А.М. Басова [и др.] // Российский аллергологический журнал. – 2012. – №1, вып.1. – С.36-37.
4. Фактор Виллебранда и его роль в дисфункции эндотелия при ишемической болезни сердца / Я. И. Вериги [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 5. – С. 23-28.

Табаров М.С., Шукуров Ф.А., Касирзода С.К.

ГОМОЦИСТЕИН КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кафедра патологической физиологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время установлен целый ряд факторов различной природы, способствующих развитию и прогрессированию ишемической болезни сердца (ИБС): дислипидемия, артериальная гипертензия, избыточная масса тела, курение, гиподинамия, сахарный диабет. Тем не менее, результаты международных исследований показали, что классические факторы риска развития атеросклероза не могут полностью объяснить развитие кардиоваскулярных осложнений. Не так давно выделена группа так называемых «новых» факторов риска, к которым, прежде всего, относят увеличение уровня гомоцистеина (ГЦ) в крови [1]. В последние десятилетия появились многочисленные данные, указывающие на гомоцистеин как независимый модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний [2]. До сих пор обсуждаются возможные механизмы влияния гомоцистеина на сосудистую стенку: нарушение функции эндотелия, окислительный стресс, а также усиление тромбогенеза и коагуляции [3].

Одним из наиболее значимых механизмов, через который реализуется действие всех факторов риска развития разных форм ИБС, признана эндотелиальная дисфункция. Гомоцистеин является продуктом метаболизма метионина. В результате повышения уровня гомоцистеина усиливается окислительный стресс, нарушается эндотелиальная функция, повышается артериальное давление и возникает тромбоз.

Таким образом, результатом этих процессов является развитие дисфункции эндотелия, а затем и структурно-геометрические изменения сосудистой стенки, что впоследствии ведет к развитию разных форм ишемической болезни сердца и ее осложнений в виде инфаркта миокарда (ИМ). Несмотря на то, что большинство опубликованных исследований подтверждают важную патогенетическую и клиническую значимость гипергомоцистеинемии (ГГЦ), в литературе имеются сведения и об отсутствии роли гомоцистеина в патогенезе основных кардиологических синдромов, а также связи гомоцистеинемии с основными факторами риска развития разных форм ИБС [4]. Остается открытым вопрос, является ли ГГЦ самостоятельным фактором риска ИБС или повышение уровня гомоцистеина является следствием других состояний, предрасполагающих к развитию сердечно-сосудистой патологии. Следовательно, требуется проведение дальнейших исследований для определения места гомоцистеинемии в патогенезе ИБС. В нашем исследовании мы постарались определить связь уровня гомоцистеина и ИБС, до и после лечения.

Цель исследования. Получение сравнительной характеристики концентрации гомоцистеина у больных со стабильной стенокардией напряжения и постинфарктным кардиосклерозом до и после лечения.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач в ходе проводимого исследования было обследовано 80 человек: 30 пациентов с диагнозом стабильной стенокардии напряжения, 30 больных, имевшие в анамнезе инфаркт миокарда в возрасте от 50 до 75 лет и 20 практически здоровых лиц. Определяли уровень гомоцистеина в плазме крови в Лечебно-диагностическом учреждении «Ахвар-Ахварт» с помощью новейшего медицинского оборудования SIEMENS.

В образцах плазмы крови определялся гомоцистеин методом иммуноферментного анализа с использованием комплекта реагентов Homocysteine FS (DyaSis) на автоматическом биохимическом анализаторе SIEMENS IMMULITE 2000 XPi. В норме у взрослых людей уровень гомоцистеина должен быть меньше 15 мкмоль/л. Гипергомоцистеинемия диагностируется при превышении уровня гомоцистеина выше 15 мкмоль/л. При концентрации ГЦ в плазме крови 15-30 мкмоль/л степень ГГЦ считают умеренной, 30-100 мкмоль/л — промежуточной, или средней, выше 100 мкмоль/л — тяжелой [5]. Для сравнительного анализа результатов исследования, все обследованные подразделялись на 3 группы:

I группа- контрольная группа, респонденты без ИБС;

II группа- больные со стабильной стенокардией напряжения II и III ФК;

III группа- больные с постинфарктным кардиосклерозом, т.е. перенесшие ИМ.

Респонденты исследуемых групп были сопоставимы по возрасту (табл.1). Представленные в таблице 1, не выявило значимых различий по возрасту ($p > 0,05$).

Таблица 1. Общее количество обследованных групп и их средний возраст

Группы	Количества больных	Средний возраст (лет)
I группа	20	62,7±3,7
II группа	30	62,6±3,5
III группа	30	65,1±3,6
p		$p > 0,05$

В ходе работы все обследованные распределились по полу и возрасту (табл.2). Из 30 больных женщин было 11 (36,7%), мужчин 19 (63,3%). Группу контроля составили поровну мужчин и женщин (50% на 50%). Что касается возраста, то у больных II группы средний возраст составил $62,6 \pm 3,5$, у III группы больных средний возраст составил $65,1 \pm 3,6$ лет, $p > 0,05$, а у группы контроля средний возраст составил $62,7 \pm 3,7$ лет, $p > 0,05$.

Таблица 2. Распределение обследованных по полу и возрасту

Показатель	I группа (n=20)	II группа (n=30)	III группа (n=30)	p
Пол: муж жен	10 (50,0%) 10 (50,0%)	12(40,0%) 18(60,0%)	19 (63,3%) 11 (36,7%)	df=2 $\chi^2=3,285$ $p > 0,05$
Возраст	$62,7 \pm 3,7$	$62,6 \pm 3,5$	$65,1 \pm 3,6$	$p > 0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Q-критерию Кохрена).

Результаты и их обсуждение. Научной концепцией профилактики ИБС остаётся концепция факторов риска, под которыми понимают факторы, связанные с развитием и прогрессированием заболевания. Своевременное выявление и устранение факторов риска ИБС, составляют одно из решений проблемы заболеваемости сердечно-сосудистых патологий, в частности ИМ. До получения терапии, в первые дни их обращения в стационар средний показатель гомоцистеина у пациентов II группы составил $25,6 \pm 3,3$ мкмоль/л, $29,2 \pm 3,6$ мкмоль/л было у больных с постинфарктным анамнезом (III группы), а вот $7,9 \pm 1,4$ мкмоль/л было в среднем у группы контроля, что показывает статически достоверное повышение уровня гомоцистеина у основной группы по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$) (табл.3). В зависимости от степени гипергомоцистеинемии (ГГЦ), ни у кого не было обнаружено тяжелой степени ГГЦ. Что касается II группы больных, то 70,0% имели умеренную степень ГГЦ, 23,33% имели среднюю степень ГГЦ.

Таблица 3. Динамика уровня гомоцистеина в обследованных группах до и после терапии.

Показатель	I группа	II группа	III группа	p1
До лечения		$25,6 \pm 3,3$	$29,2 \pm 3,6$	$> 0,05$
По- сле лече- ния		$21,9 \pm 3,4$	$15,6 \pm 2,5$	$< 0,05$
p2		$< 0,05$	$< 0,001$	

Примечание: p1 – статистическая значимость различия показателей между группами больных; p2 – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по T-критерию Вилкоксона).

Наибольшее количество больных III группы тоже имели умеренную степень ГГЦ (20 больных или 66,67%), 33,33% имели среднюю степень ГГЦ. В контрольной группе ни одного случая ГГЦ не было обнаружено. Частота встречаемости средней степени ГГЦ больше в III группе, нежели в II группе ($p > 0,05$). Это даёт возможность предположить об участии гомоцистеина в развитии и клинической тяжести ИБС. Все эти результаты могут свидетельствовать об возможном дестабилизирующем эффекте гипергомоцистеинемии в течении ИБС, особенно у больных с инфарктом миокарда, и при обнаружении высоких концентраций гомоцистеина необходимо более пристальное наблюдение за пациентами во избежание повторных случаев ИМ.

После стандартной терапии больных с разными формами ИБС по международным рекомендациям, было обнаружено статически значимое значительное снижение уровня гомоцистеина в обеих группах ($p < 0,05$). Однако, сниженный уровень гомоцистеина на фоне лечения, по-прежнему, достоверно значительно превышал уровень гомоцистеина в контрольной группе ($p < 0,01$).

В нашем исследовании было обнаружено прямая корреляционная связь между показателями гомоцистеина и клиническим течением разных форм ишемической болезни сердца. Сравнительный анализ данной информации позволяет предполагать, что высокий уровень гомоцистеина (разные степени ГГЦ) может считаться как независимый «новый» фактор риска развития эндотелиальной дисфункции и предиктора ИБС.

Выводы.

Таким образом, у больных с разными формами ишемической болезни сердца наблюдается достаточно высокие концентрации гомоцистеина до лечения и значительное их снижение и улучшение клинического состояния больных после терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скворцов Юрий Иванович, Королькова Анна Сергеевна. Гомоцистеин как фактор риска развития ИБС (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gomotsistein-kak-faktor-riska-razvitiya-ibs-obzor> (дата обращения: 03.10.2023).
2. McQuillan B. M., Beilby J. P., Nidorf P. L. Thompson. Hyperhomocysteinemia but not the C677 T mutation of MTHFR is an independent risk determinant of carotid wall thickening // Circulation. 1999. Vol. 99. P. 2383–2388.
3. Li H. Homocysteine induces 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase in vascular endothelial cells: A mechanism for development of atherosclerosis? // Circulation. 2002. Vol. 105. P. 1037–1042.
4. Hackam D. G., Peterson J. C., Spence J. D. What level of plasma homocyst (e) ine should be treated? Effects of vitamin therapy on progression of carotid atherosclerosis in patients with homocyst (e) ine levels above and below 14 micromol L // Amer. J. Hypertens. 2000. Vol. 13. P. 105–110.
5. Шевченко О.П., Олефиренко Г.А., Червякова Н.В. Гомоцистеин. - М: «Реафарм», 2002. - 48 с.

Тагаева М.Дж.1, Мухторова И.2, Алиева Н.Ш.3
МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРК В ПОЛИЛИНГВАЛЬНО-ПОЛИКУЛЬТУРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

1Кафедра языков ГОУ Бохтарский медицинский колледж

2Отдел филологических дисциплин Института развития образования имени А. Джами Академии образования
Таджикистана

3Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность определяется тем, что русские пословицы и поговорки являются важными лингводидактическими материалами в преподавании русского языка в полилингвальном и поликультурном пространстве при совершенствовании русской профессиональной речи студентов-медиков, так как они помогают студентам постичь глубокий смысл афоризмов, подводят студентов к пониманию того, как важно использовать эти меткие, образные выражения в определенных ситуациях, чтобы сделать свою речь более яркой и выразительной.

Цель исследования в том, чтобы в соответствии с требованиями функционального подхода к описанию языкового материала, выдвигаемыми методикой преподавания русского языка в медицинском университете, в условиях полилингвального пространства разработать целенаправленную эффективную методическую систему работы по обогащению лексического запаса студентом путём использования русских пословиц и поговорок с целью совершенствования русской речи студентов-медиков.

Материал и методы исследования. Необходимо подчеркнуть, что среди устойчивых единиц русского языка, обладающих национально-культурной спецификой (фразеологизмы, крылатые выражения, афоризмы и др.), пословицы и поговорки занимают особое место, определяемое их большой коммуникативной и информативной значимостью в различных функционально-речевых стилях русского языка.

В связи с вышеизложенным, на практических занятиях по русскому языку использование пословиц и поговорок в полилингвальной и поликультурной студенческой аудитории позволяет удачно сочетать лексико-грамматическую и речевую практику.

В объяснительной записке «Учебной программы по русскому языку» отмечается, что «обогащение словарного запаса студентов должно вестись на каждом занятии. В работе над словом реализуется содержание речевых тем» [3, 4].

По утверждению исследователей, под пословицами в широком смысле понимается, что пословицы – это «краткие народные изречения, имеющие одновременно буквальный и переносный (образный) смысл или только переносный смысл, и составляющие в грамматическом отношении законченное предложение. Так, пословица «Чем бы дитя не тешилось, лишь бы не плакало», отличается двойным планом - буквальным и иносказательным. Напротив, пословица – «Горбатого могила исправит, имеет только образный план»». [1, 4]

Известно, что жизнь русского народа нашла отражение в пословицах и поговорках на страницах русской классики.

Результаты исследования и их обсуждение. В соответствии с целевыми установками задача преподавателя русского языка заключается в обеспечении необходимых условий для приобщения личности студентов к культуре нации изучаемого языка, и подготовки его к продуктивному участию в диалоге культур. В связи с этим, преподавателю русского языка в разноязычной студенческой аудитории, обучающейся на русском языке, особое внимание стоит уделять таким формам занятий, которые стимулируют русское речевое общение студентов.

Известно, что лексико-грамматическая насыщенность пословиц позволяет их применять не только при изучении грамматики и фонетики, но также при изучении различных лексических тем. При этом словарный запас студентов становится богаче. Они могут сами подобрать соответствия на русском языке. Благодаря сжатой, лаконичной форме пословиц и поговорок, новые незнакомые слова лучше запоминаются, а затем используются студентами в собственных высказываниях.

Пословицы и поговорки можно применять как смысловую опору на интерактивных занятиях при обсуждении различных актуальных проблем, при проведении «круглого стола», дискуссии. При этом, в группах с высоким уровнем коммуникативной компетенции пословицы и поговорки могут стать темой для самостоятельного высказывания или выступления.

Практика показывает, что методически правильно подготовленная работа по обогащению русского лексического запаса путем использования наиболее употребительных пословиц и поговорок должна рассматриваться как составная часть учебного процесса, как и работа над лексикой и фразеологией. Усвоение пословиц и поговорок студентами-билингвами предполагает точное понимание их семантического содержания и ситуации, в которой они употребляются. Это означает, что при обучении данным языковым единицам, обладающим национально-культурным компонентом значения, на первое место выдвигается задача их семантизации.

Отбор пословиц и поговорок для практической работы по русскому языку в медицинском университете производится с учётом их воспитательной ценности, доступности для восприятия и соответствия изучаемой лексико-грамматической тематики. В этом отношении в качестве показательного примера выступает «Учебное пособие» [4, 203]. В данном пособии достаточно полно и целенаправленно осуществлено учебно-воспитательное применение пословиц и поговорок русского народа, а также представлены практически все виды заданий с использованием пословично-поговорочного материала.

Для обогащения лексического запаса студентов-медиков на практических занятиях в условиях таджикско-русского двуязычия нами используются следующие виды заданий.

Задание. Спишите пословицы, объясните их смысл, скажите, какие из них являются многозначными.

Глаза проворны, да руки неловки. Глаза страшатся, а руки делают. Языком не торопись, а делом не ленись.

Язык наш - враг наш. Язык один, ушей пара- раз скажи, два послушай. Язык до Киева доведёт [4,18].

Задание. Прочитайте данные пословицы, объясните их смысл, переведите на таджикский язык. Родина – мать, умей за неё постоять. Родная страна мать, чужая мачеха [4,130].

Задание. Какая из представленных ниже пословиц раскрывает значение языка в жизни человека? Язык – оружие, обращению с которым необходимо учиться каждому для блага всех. Язык один, ушей пара – раз скажи, два послушай. [4,18].

Задание. Прочитайте данные поговорки, которые содержат мудрость и опыт предыдущих поколений. Объясните их значение: *Кто рано встает, тому Бог подает. Век живи, век учись. Не говори гоп, пока не перепрыгнешь. Что посеешь, то и пожнешь. Век живи – век учись, да не забудь и отдохнуть. Лучшие один раз увидят, чем сто раз услышат.*

Как видно из вышеприведенных заданий русские пословицы и поговорки передают опыт и знания предыдущих поколений и являются частью общемировой культуры и народной мудрости. Они выражают сложные и глубокие мысли в нескольких словах или коротком предложении.

Следует подчеркнуть, что пословицы и поговорки могут применяться на различных этапах занятия. Соблюдая принцип коммуникативной направленности, вся система работы преподавателя подчинена созданию у обучаемого мотивированной потребности в русской речевой деятельности. Конечно, использование пословиц и поговорок на занятиях русского языка не ограничивается несколькими приемами. Несомненно, одно – сколько бы ни было приёмов и методов, все они необходимы, так как помогают более эффективно решать основную задачу – научить студентов читать, писать и говорить по-русски, приобщить их к духовному богатству русского народа.

В целом, используя пословицы и поговорки на практических занятиях по русскому языку в полилингвальном и поликультурном пространстве при совершенствовании русской профессиональной речи студентов-медиков, преподаватели отмечают, что у студентов повышается интерес к русскому языку, развивается языковая интуиция, закладываются умения думать лингвистическими понятиями. Особенно важно, что многие пословицы и поговорки интернациональны, и к таджикским пословицам часто можно подобрать русские пословицы, имеющие почти такой же смысл.

Выводы. Применение на занятиях заданий с пословицами и поговорками способствует развитию воображения, расширяет страноведческие знания студентов-медиков о традициях и национальных особенностях русского и таджикского народов, а речь становится эмоционально выразительнее.

Следовательно, пословицы и поговорки являются средством формирования и развития межкультурной коммуникативной компетенции, т.е. готовности и способности осуществлять межличностное и профессиональное общение с представителями иной лингвокультуры. Это наглядно осуществляется в процессе овладения языком как важным компонентом культуры через пословицы и поговорки страны изучаемого языка. Поэтому методически грамотно построенное занятие по русскому языку путем использования русских пословиц и поговорок позволяет совершенствовать профессиональную русскую речь студентов и формирует у студентов коммуникативные компетенции, необходимые для успешной работы в полилингвальном поликультурном образовательном пространстве.

Литература

1. Жуков В.П. Словарь русских пословиц и поговорок// 3-е изд., стереотип. М.1968. -368 с. -Душанбе: 1980. - 85 с.
2. Рыбникова М.А. Русские пословицы и поговорки АН СССР. Институт мировой литературы имени А.М. Горького. — М.: Издательство АН СССР, 1961. — 231 с. Архивная копия 27 ноября 2020 на Wayback Machine
3. Учебная программа по русскому языку (для студентов неязыковых вузов)//Составители: Нагзибекова М.Б. и другие. -Душанбе,2018- 33 с.
4. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете// Составитель У.Р. Юлдошев. –Второе издание, переработанное. -Душанбе, 2023. -203.
5. Фелицына В.П., Прохоров Ю.В. Русские пословицы и поговорки и крылатые выражения: Лингвострановедческий словарь/ Ин-т рус. яз. им. А.С. Пушкина; под ред. Е.М. Верещагина, В.Г. Костомарова. Рус. яз., 1988. -269 с.

Тагаева М.Дж. 1, Муллоджонова Ф.М. 2, Шарипова Ф.Р. 2

МЕТОДИКА РАБОТЫ ПО ОБОГАЩЕНИЮ ЛЕКСИЧЕСКОГО ЗАПАСА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ АНТОНИМОВ И СИНОНИМОВ

¹Кафедра языков ГОУ Бохтарский медицинский колледж

²Кафедра языков Медико-социального института

Актуальность. В настоящее время проблема обучения студентов медицинского университета с учётом языка специальности приобретает всё большую важность и актуальность. В связи с чем в процессе практических занятий по обогащению словарного запаса профессиональной речи студентов-медиков в условиях полилингвальности и поликультурности методическая работа с использованием в речи синонимов/антонимов является одним из важнейших источников пополнения лексического багажа.

Цель. Разработка эффективной методической системы работы над антонимами и синонимами на практических занятиях по русскому языку в медицинском университете в процессе обучения русской профессиональной речи студентов-медиков в полилингвальном и поликультурном пространстве.

Материалы и методы исследования. Законодательные акты, программы по изучению русского языка, словари антонимов/синонимов и другие научные источники по теме исследования.

Результаты. Значительное внимание при усвоении языков уделяется изучению русского языка как средству межнационального общения, средству развития личности студентов, поскольку через русский язык студенты разных национальностей получают возможность приобщения к русской и другой культуре. В связи с этим нужно отметить,

что содержание поликультурного и полилингвального компонента направлено на формирование человека планетарной культуры.

В государственной программе отмечается, «русский язык в Таджикистане на протяжении многих лет выполняет роль межнационального общения. В качестве официального языка он является стержнем, формирующим полилингвальное и поликультурное образовательное пространство в республике, фактором когнитивного и интеллектуального развития, обеспечивающим возможность школьников и студенческой молодежи к самореализации в условиях многонационального поликультурного государства» [1,2].

Таким образом, полилингвальность направлена на обеспечение профессиональной мобильности будущих специалистов в различных сферах деятельности: в экономике и политике, науке и образовании, медицине и культуре, средствах массовой информации, спорте и туризме и т.д.

На практических занятиях по русскому языку для совершенствования русской профессиональной устной и письменной речи студентов-медиков в полилингвальной и поликультурной обстановке важнейшим из аспектов развития речи является обогащение их словарного запаса.

В «Словаре-справочнике по методике русского языка» под редакцией М.Р. Львова отмечается, что словарная работа «охватывает усвоение студентами новых слов и значений, усвоение оттенков значений, эмоционально-экспрессивных окрасок слов, сфер их употребления, их многозначности и переносных значений, усвоение синонимов, антонимов, паронимов, омонимов». [2,189].

Следовательно, обогащение словаря студентов специальной лексикой предполагает стройную систему, основанную на учёте особенностей родного языка студентов. Обогащение словаря студентов специальной лексикой следует проводить на материале текста, сначала нетрудного, а затем более сложного, соответствующего подготовке студента. Вся система упражнений должна быть направлена на развитие речи студентов, на формирование навыков устной монологической речи. Чтобы студент мог оформить содержание речи на русском языке, необходимо выработать определённую систему упражнений, которая включала бы различные виды заданий.

Практика показывает, что работа с синонимами и антонимами на практических занятиях по русскому языку представляет преподавателю большие возможности для развития устной и письменной речи студентов. Использование антонимов и синонимов связано с возможностью конкретного функционирования в речи определенных языковых единиц, так как синтаксическое значение конструкций создаётся за счёт сложного взаимодействия грамматических и лексических факторов, поэтому лексический аспект употребляемых лексических антонимов и синонимов приобретает особое значение.

Практика показывает, что для обогащения словарного запаса студентов-медиков эффективно использование синонимов/антонимов.

С антонимами возможно работать при прохождении тем лексических, грамматических, синтаксических. Синонимы и антонимы закрепляются в памяти, становятся активными словами в речи студентов-медиков только тогда, когда постоянно на занятиях по русскому языку выполняются различные тренировочные упражнения. Изучая лексику, полезно проводить следующие виды работ: перевод антонимических/синонимических пар на таджикский язык; упражнения на определение семантики собственно антонимов по толковым словарям антонимов; в) нахождение антонимов/синонимов в тексте; составление противоположных словосочетаний и предложений; знакомство с контекстуальными антонимами. Специальная работа по обогащению словарного запаса студентов-медиков путём использования антонимами предлагаются следующие виды заданий.

Следует подчеркнуть, что обогащение словарного запаса студентов-медиков на занятиях по русскому языку направлено на то, чтобы при закреплении определённой темы проводил словарную работу с целью научить студентов свободной контекстуальной замене слов для уточнения мысли, создания образности и стилистической адекватности. Только у студента, обладающего богатым словарным запасом может сформироваться правильная грамотная русская речь. Задача преподавателя максимально оптимизировать процесс развития русской профессиональной речи и обогащения словарного запаса. Применяя различные методы и приемы обогащения словаря студентов, преподаватель развивает активность и самостоятельность речи студентов.

Выводы. Таким образом, следует заключить, что методическая система работы над обогащением лексического запаса студентов-медиков с использованием в речи антонимов и синонимов должна способствовать совершенствованию русской профессиональной речи студентов-медиков. Важно, что приём толкования новых русских слов посредством антонимов и синонимов – один из наиболее распространённых, содержательных и эффективных способов семантизации русских слов в медицинском университете. Выявление характерных условий применения этого приёма толкования несомненно будет способствовать усвоению и активизации русской лексики студентами-медиками, углубленному познанию смысловой стороны языка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2021-2030 годы. -Душанбе, 30 августа 2019 № 438.-27с
2. Львов М.Р. Словарь-справочник по методике русского языка: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2101 «Рус. яз. и лит.». — М.: Просвещение, 1988.—240 с.
3. Ляховицкий М.В. Методика преподавания иностранного языка. – М., 1981г.
4. Программа (Syllabus) по предмету «Русский язык» для студентов 1 курса медицинского, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино // Составители У.Р. Юлдошев и другие. - Душанбе, 2023 - 67 стр.
5. Пханаева С. Н. Обучение русскому языку в условиях двуязычия // Концепт.2015. №11(ноябрь). ART 15401. URL: <http://e-koncept.ru/>

6. Учебная программа по русскому языку (для студентов неязыковых вузов/, МОИНРТ/ от 30.07 2016. - 29 с. Составители: Нагзибекова М.Г., Ходжиматова Г.М., Мухаметов Г.Б., У.Р. Юлдошев.

7. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете//Душанбе, Нашриёти «Хикмат» 2019//Составитель У.Р. Юлдошев и др., 203 с.

Тагайкулов Э.Х., Имомназарова Н.А., Аскарализода Ф. **МИКРОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУР ЖЕЛЁЗ, СФИНКТЕРНЫХ ЗОН ПОД-** **ВЗДОШНО-СЛЕПОКИШЕЧНОГО УГЛА У ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

Кафедра патологической анатомии, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Патология брюшной полости является медико-социальной проблемой, особенно подвздошно-слепокишечного угла (ПСУ) сложная анатомическая зона желудочно-кишечного тракта человека, очень часто служит анатомической базой развития различных патологических процессов и пороков развития и различных осложнений [6]. Следует, отметить, кишечные железы ПСУ являются источником развития многих различных патологических процессов и областью частого возникновения опухолей аденокарцином, ворсинчатых аденом, липоматоза клапанного аппарата, воспалительных болезней - терминальные илеиты, острый и хронический аппендицит, туберкулез, болезнь Крона, дивертикулы и ряд других нозологий[4].

Одной из наименее исследованных структурных особенностей является железы расположенных в сфинктерные зоны ПСУ: подвздошно-слепокишечной слепокишечно-восходящеободочной и слепокишечно-аппендикулярной на разных этапах онтогенеза. В настоящее время в литературе в должной мере не представлены нормативные, в том числе количественно-размерные характеристики желёз с учетом возрастной изменчивости [2]. Роль сфинктеров ПСУ, по мнению морфологов [3,4] и клиницистов [5], состоит в координации перемещений содержимого по просвету кишки, препятствует его обратному движению, увеличивает длительность контакта содержимого со слизистой оболочкой, что важно как в норме, так и при патологии. Отсутствие достаточной информации о строении желёз сфинктерных зон подвздошно-слепокишечного перехода кишечника человека дало возможность сформулировать цель и задачи данного исследования.

Цель исследования. Получение комплекса морфологических данных о количественно-размерных показателях и возрастных особенностях желёз сфинктерных зон ПСУ на протяжении постнатального онтогенеза у человека.

Материал и методы исследований. Объектом исследования явился железистый аппарат подвздошно-слепокишечного сфинктера (сфинктер Варолиуса), слепокишечно-восходящеободочного (сфинктер Бюзи) и слепокишечно-аппендикулярного сфинктеров (сфинктер Герлаха) и зона сравнения у людей различного возраста (от периода новорожденности до 90 лет).

Методами макро-микроскопии и морфометрии мы изучили структурные особенности желез сфинктерного аппарата ПСУ. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Ванн Гизону, азур-2 и эозином по Браше. Для оценки результатов морфологических исследований использовали, систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа микропрепараты изучили под микроскопом model Olympus CX 21 FS 1. Камерой DigitalMicroScope Camera Specification MC-DO 48U (E), при различных увеличениях. (ок. 18, объективы 4, 10, 40, 100). После проведения морфометрических исследований, полученные данные обработали с учетом рекомендаций Автандилова Г.Г. (1988) [1]. Для этого применили окулярную сетку.

Результаты исследований и их обсуждение. Макро-микроскопическим и гистологическим методами с применением морфометрии мы изучили структурные особенности желез сфинктерного аппарата ПСУ подвздошно-слепокишечного, слепокишечно-восходящеободочного и слепокишечно-аппендикулярного сфинктеров. Кроме этого мы сравнили также количество кишечных желёз в разных сфинктерных зонах в области ПСУ.

На гистологических препаратах ПСУ у людей разного возраста методом морфометрии мы изучили количество эпителиоцитов кишечной железы (на ее продольном срезе) в области сфинктеров этой области кишечника. Полученные цифровые данные сопоставляли с контрольными показателями – областью купола слепой кишки. Данный показатель подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, чем в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера в 1,1 раза ($p > 0,05$) во всех возрастных группах, чем в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера (табл.1).

Таблица 1

Количество кишечных желёз в зонах сфинктеров ПСУ (на площади 1 кв. мм стенки) у людей разного возраста ($\bar{X} \pm S_x$; min – max)

Возраст	n	Количество кишечных желёз, наименование сфинктера			
		Подвздошно - слепокишечный сфинктер	Слепокишечно- аппендикулярный сфинктер	Слепокишечно- восходящеободочный сфинктер	Контроль (купол Слепой кишки)
Новорождённые	9	37,2 $\pm$ 1,0 28,5-38,6	34,0 $\pm$ 1,0 26,5-36,6	32,1 $\pm$ 1,2 23,3-34,8	29,7 $\pm$ 1,4 21,1-35,5
Ранний детский	8	42,5 $\pm$ 0,5 39,6-44,5	40,0 $\pm$ 0,7 36,6-43,8	36,9 $\pm$ 0,7 31,5-39,2	36,6 $\pm$ 1,4 26,5-39,9
Подростковый	7	55,3 $\pm$ 0,6 51,3-58,4	50,0 $\pm$ 0,9 46,6-56,2	48,5 $\pm$ 1,1 39,5-52,2	47,2 $\pm$ 1,3 37,2-50,0
Зрелый возраст, 1-й период	7	64,3 $\pm$ 0,6 60,1-67,5	56,6 $\pm$ 0,6 52,2-59,4	54,2 $\pm$ 1,3 42,8-58,4	52,2 $\pm$ 2,4 38,4-62,2
Старческий	8	49,4 $\pm$ 1,2 42,5-54,2	46,0 $\pm$ 1,0 40,0-50,6	43,3 $\pm$ 1,2 38,5-50,6	40,0 $\pm$ 2,2 28,2-49,9

Примечание: n –число наблюдений.

Показатели в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, чем в зоне слепокишечно-восходящеободочного сфинктера у новорожденных детей, в раннем детстве, в 1-м периоде зрелого возраста больше в 1,2 раза ($p>0,05$) а у подростков и в старческом возрасте в 1,1 раза ($p>0,05$).

На гистологических препаратах ПСУ у людей разного возраста методом морфометрии мы изучили количество эпителиоцитов кишечной железы (на ее продольном срезе) в области сфинктеров этой области кишечника. Полученные цифровые данные сопоставляли с контрольными показателями – областью купола слепой кишки.

Данный показатель подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, чем в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера в 1,1 раза ($p>0,05$), о всех возрастных группах, чем в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера. Показатели в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, чем в зоне слепокишечно-восходящеободочного сфинктера у новорожденных детей, в раннем детстве, в 1-м периоде зрелого возраста больше в 1,2 раза ($p>0,05$), а у подростков и в старческом возрасте в 1,1 раза ($p>0,05$), количества кишечных желез (на площади 1 кв. мм стенки кишки) в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, вне зависимости от возраста, чем в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера, а у последнего – больше по сравнению с этим показателем в зоне слепокишечно-восходящеободочного сфинктера.

На гистологических препаратах ПСУ у людей разного возраста методом морфометрии мы изучили длину кишечной железы в области сфинктерных зон этой области кишечника. Полученные цифровые данные сопоставляли с контрольными показателями – областью купола слепой кишки. Мы сравнили также длину кишечной железы в разных сфинктерных зонах области ПСУ.

Рассматриваемый показатель в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера больше у новорожденных детей, подростков, в 1-м периоде зрелого возраста, в старческом возрасте в 1,1 раза ($p<0,05$), в раннем детстве – в 1,2 раза ($p<0,05$), по сравнению с этим показателем в области купола слепой кишки. Длина кишечной железы в слепокишечно-аппендикулярном сфинктере больше во всех изученных возрастных группах в 1,1 раза ($p<0,05$), чем в области купола слепой кишки. Длина кишечной железы в зоне слепокишечно-восходящеободочного сфинктера больше у новорожденных детей, в раннем детстве, у подростков и в 1-м периоде зрелого возраста данный показатель незначительно больше ($p>0,05$), чем в зоне купола слепой кишки. Железистый аппарат в сфинктерных зонах ПСУ, вне зависимости от возраста, больше, чем в области купола слепой кишки. Данный показатель в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, чем в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера в 1,1 раза больше ($p>0,05$), во всех возрастных группах (кроме раннего детства), чем в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера. В раннем детстве этот показатель подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, по сравнению со слепокишечно-восходящеободочным в 1,2 раза ($p<0,05$) (табл.2).

Таблица 2.

Длина кишечной железы в зонах сфинктеров ПСУ у людей разного возраста ($X \pm Sx$; min- max; мкм)

Возраст	n п	Длина кишечной железы, наименование сфинктера			
		Подвздошно-слепокишечный сфинктер	Слепокишечно-аппендикулярный сфинктер	Слепокишечно-восходящеободочный сфинктер	Контроль (купол слепой кишки)
Новорождённые	9	93,4 $\pm$ 1,0 89,4-98,8	90,3 $\pm$ 0,8 86,5-94,3	87,4 $\pm$ 1,1 81,4-92,2	84,2 $\pm$ 1,0 78,8-89,0
Ранний детский	8	116,2 $\pm$ 1,0 108,4-119,0	105,6 $\pm$ 1,6 100,0-116,6	100,0 $\pm$ 1,1 99,5-112,2	97,9 $\pm$ 1,5 88,7-105,4
Подростковый	7	189,9 $\pm$ 1,5 178,2-196,2	180,0 $\pm$ 1,4 174,2-188,6	175,5 $\pm$ 1,0 170,0-182,3	167,6 $\pm$ 1,8 98,5-112,3
Зрелый возраст, 1-й пе-	7	219,9 $\pm$ 1,9 213,0-232,0	214,4 $\pm$ 1,5 210,0-228,4	210,0 $\pm$ 1,6 204,4-224,6	198,6 $\pm$ 4,3 166,9-219,0
Старческий	8	199,0 $\pm$ 4,0 178,8-218,8	190,0 $\pm$ 3,7 176,6-214,0	182,2 $\pm$ 4,6 164,4-210,0	175,5 $\pm$ 5,5 134,8-190,8

Примечание: n-число наблюдений

На гистологических препаратах ПСУ у людей разного возраста методом морфометрии мы изучили площадь кишечной железы (на ее продольном сечении) в области сфинктеров этой области кишечника. Полученные цифровые данные сопоставляли с контрольными показателями областью купола слепой кишки. Рассматриваемый показатель в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера больше у новорожденных детей, подростков в 1-м периоде зрелого возраста - в 1,2 раза ($p<0,05$), а в старческом возрасте в 1,1 раза ($p>0,05$), по сравнению с этим показателем в области купола слепой кишки.

Площадь кишечной железы на ее продольном срезе в зоне слепокишечно-аппендикулярного сфинктера у новорожденных детей, подростков, в 1-м периоде зрелого возраста больше в 1,1 раза ($p>0,05$), в раннем детском и старческом возрастах - в 1,2 раза ($p<0,05$), чем в области купола слепой кишки. Площадь кишечной железы на её продольном срезе в зоне слепокишечно-восходящеободочного сфинктера больше в раннем детстве, подростковом, в 1-м периоде зрелого возраста больше в 1,1 раза ($p>0,05$), чем в зоне купола слепой кишки. У новорожденных детей данный показатель незначительно больше ($p>0,05$), чем в зоне купола слепой кишки. Площади кишечной железы на её продольном срезе в сфинктерах зоны ПСУ, вне зависимости от возраста больше, чем в области купола слепой кишки.

Мы выявили анатомические особенности желез в сфинктерных зонах подвздошно-слепокишечного перехода: в области подвздошно-слепокишечного, слепокишечно-аппендикулярного и слепокишечно-восходящеободочного сфинктеров (табл.3).

Таблица 3.

Площадь кишечной железы (на продольном ее срезе) в зонах ПСУ у людей разного возраста ($X \pm Sx$; min-max;

Возраст	n	Площадь кишечной железы (на продольном ее срезе), наименование сфинктера			
		Подвздошно-слепокисечный сфинктер	Слепокишечно-аппендикулярный сфинктер	Слепокишечно-восходящеободочный сфинктер	Контроль (купол слепой кишки)
Новорожденный	9	58,4±0,9 53,0-62,2	56,0±0,9 49,5-58,2	52,2±0,8 48,5-56,6	50,0±0,6 46,5-52,2
Ранний детский	8	75,5±0,8 69,9-78,2	72,2±0,6 68,8-75,5	68,8±0,7 64,4-72,2	62,7±0,7 58,2-65,3
Подростковый	7	86,4±0,8 80,0-89,0	84,4±0,8 79,2-88,2	82,0±0,7 76,6-84,4	74,4±1,2 66,6-78,9
Зрелый возраст 1-й период	7	95,5±0,9 89,9-94,4	92,2±0,4 89,9-94,4	88,8±0,8 82,4-92,4	78,9±1,4 70,2-84,2
Старческий	8	80,3±0,6 78,5-85,5	80,0±0,8 76,5-84,4	78,0±0,8 74,4-82,2	70,0±1,2 63,0-75,5

Примечание: n-число наблюдений.

По нашим данным, в зоне подвздошно-слепокисечного сфинктера у людей разного возраста данный показатель в 1,2-1,3 раза больше ($p<0,05$), слепокишечно-аппендикулярного сфинктера в 1,1-1,2 раза больше ($p>0,05$), слепокишечно-восходящеободочного сфинктера – в 1,1 раза больше ($p>0,05$), чем в области купола слепой кишки. У трех указанных сфинктерных зонах определяется также тенденция к увеличению, по сравнению с куполом слепой кишки, площади кишечной железы на продольном срезе (в 1,1-1,2 раза).

Заключение. На основании полученных данных, можно сказать железистые структуры (количественно размерные показатели), расположенные в области сфинктеров ПСУ характеризуются регионарной специфичностью, отличаются морфологическим своеобразием, увеличением количества, длиной, площадью кишечных желёз и число эпителиоцитов в стенках желёз по сравнению с соседними участками купола слепой кишки, не зависимо от возраста.

Определяется также тенденция, в соответствии с которой все указанные выше количественные показатели в зоне подвздошно-слепокисечного сфинктера больше, в области слепокишечно-восходящеободочного сфинктера несколько меньше, а у слепокишечно-аппендикулярного сфинктера – занимают промежуточное положение.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Морфометрия в совершенствовании диагностики. //В кн.: Сб. тр. Общие закономерности морфогенеза и регенерации. – Тбилиси, 1988. –С.15-18.
2. Боронов Х.А., Курбанов С. Регионарные анатомические особенности лимфоидных структура и желёз желчного пузыря в зоне сфинктера Люткенса /Х.А. Боронов, С. Курбанов // Симург.-2019.-2.-11-15.
3. Гусейнов Т.С. Лимфатическое русло и иммунные органы илеоцекального отдела кишечника при гипокинезии /Т.С. Гусейнов, А.И. Ганиева, С.Т. Гусейнова, А.Ш. Кадиев //RE- HEALTHJOURNAL . – 2020- №2.2 (6). – С. 138-141
4. Казанцев И.Б. Новые представления о функциональной биомеханике илеоцекального клапана. //И.Б. Казанцев.- Бюллетень Сибирской медицины. 2011.-10 (4)- С. 58-64.
5. Никитюк Д.Б. Сфинктер Мирризы. Анатома-физиологические особенности, клинические параллели /Д.Б.Никитюк, У.С. Межидов // Мат. 2 ежегодной науч-практ. конф. молодых ученых НИИ питания РАМН. 2009-. С.50.
6. Норматов Р.А. Лимфоидная ткань кишечника как основа иммунной системы пищеварительного тракта /Р.А. Норматов, Ю.В. Марьяновская // Молодой ученый.- 2017.- № (154).-С. 201-203.

Тагайкулов Э.Х., Махмадова П.Ш., Курбанов Г.И.,

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

Кафедра патологической анатомии и НИИ фундаментальной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Ежегодно в мире по статистическим данным ВОЗ выявляются новые случаи заражения ВИЧ-инфекцией различными путями инфицирования. Начиная 80-годы XX века, ВИЧ-инфекция считается «чумой XX века», как было и так остается медико-социальной проблемой в мире и неуклонно имеет тенденция к росту развитию и распространению. В мире, несмотря на усиленную профилактику СМИ и медицинские организации борьба со СПИД-ом число, инфицированные ВИЧ-инфекцией нарастает. В распространении ВИЧ-инфекции роль пути передачи инфекции имеет важное значение, от которого происходит распространение инфекции.

За последние годы во многих странах мира отмечается тенденция к росту число ВИЧ-инфицированных больных, и носить пандемический характер, это проблема до сих пор остаётся одним из актуальных проблем в структуре инфектологии. По оценке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД и ВОЗ, с 1981 по 2006г. От болезней, связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, умерли 25 млн. человек. К началу 2007 г. Во всем мире около 40 млн. человек являются носителями.[1].

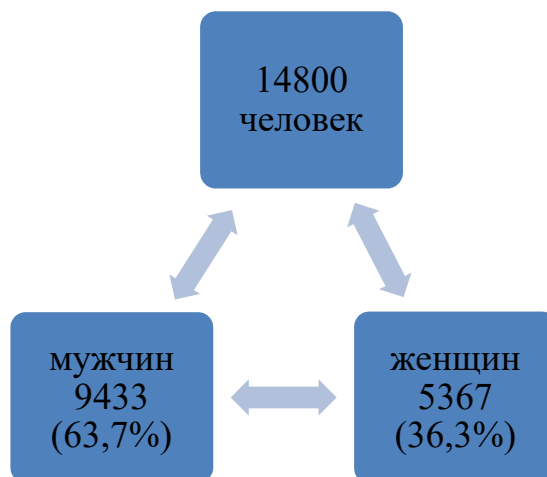
Открытые роли ВИЧ в пандемии СПИДа стало одним из важнейших открытий в эпидемиологии 80-годы XX века. Это позволило разрабатывать средства и методы диагностики, лечения и специфической профилактики [2].

Прошло уже 40 лет, пандемия приобрела такой толчок, что в 2019 году во всем мире проживало около 38 миллионов ВИЧ-инфицированных людей, включая 1,8 миллиона детей в возрасте до 15 лет. О её существовании все предпочитают молчать, видимо, надеясь на то, что она сама прекратится, либо ученые, наконец, выполнят свое обещание и создадут ВИЧ-вакцину, с помощью, которой, по выражению академика РАМН А.А. Воробьева (2003), мы покончим со СПИДом, как с натуральной оспой».

В Таджикистане количество ВИЧ-инфицированных больных имеет тенденция к росту, увеличение количества этого заболевания может связано с эмиграцией большого количества населения с целью заработка. По данным материалов, полученных из Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД-ом лица, инфицированные ВИЧ-инфекцией, которые были, официально били, зарегистрированы и выявлены с 1991 года по 30. 10. 2022г. в Республиканском центре. Из общего количества выявленных зараженных лица составили 14800 человек, из них мужчин 9433, женщин 5367(схема-1).Нашей исследовательской работой служило последние данные, за год которые были официально зарегистрированы Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИД-ом.

Цель исследования. Изучить и определить эпидемиологические особенности ВИЧ инфицированных больных в городе Душанбе.

Материал и методы исследования. Для решения данной задачи материалом для исследования служили статистические данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом. В данной работе мы проанализировали полученные показатели у лиц, инфицированных ВИЧ-инфекцией, которые были официально зарегистрированы и выявлены с 2021 года по 2022гг. в Республиканском центре. Общее количество выявленных зараженных лиц составило 248 человек, а также в исследуемой работе мы провели анализ пути передачи инфекции и число погибших людей от ВИЧ-инфекции.



Результаты исследования и их обсуждение. Задачей нашего исследования явилось изучение распространенности, пути передачи инфекции и число погибших людей от ВИЧ-инфекции за последний год по городу Душанбе. По данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом общее количество зарегистрированных зараженных ВИЧ-инфицированных больных по городу Душанбе составило - 248 человек из них мужчин 161 (64,9%), женщин 87 (35,1%).

Второй задачей нашего исследования было определение количества инфицированных в зависимости от пути передачи ВИЧ-инфекции результате которого происходит распространение: половым путём составило 183 (73,5%) человека, парентеральным 57 (23,1%) человек, от инфицированной матери к ребёнку - трансплацентарный 3 (1,3%) и неизвестно - 5 (2,1%) случаев. За год число погибших от ВИЧ-инфекции от общего количества составило 231 больных.

Результаты проведенного анализа показывают, что дети, погибшие от этой инфекции, до 18 лет составили 17 детей. За последний год, с сентября 2021г по сентябрь 2022г, по городу Душанбе получают соответствующую терапию 217 ВИЧ-инфицированных больных, из них до 18 лет 17 детей.

Как было отмечено выше, ВИЧ-инфицированные являются достаточно распространенным заболеванием, как среди взрослого, так и детского населения. Среди взрослого населения ВИЧ-инфицированных больных количество мужчины преобладают и составляют 161 (64,9%).

Выводы. Поданным исследования, количество ВИЧ-инфицированных людей по городу Душанбе имеет тенденцию к увеличению, особенно среди мужчин, что составляет 64,9%. Исходя из этого, можно сделать выводы, что мужчины больше подвержены этой инфекции в связи с миграцией за пределы республики в поисках работы. Проведение профилактических мероприятий среди населения играет важную роль для сохранения и укрепления здоровья.

Литература

1. Ермаков Н.А. СПИД. Глазные проявления. Клиническая офтальмология 2010; 11(1): 33-37
2. Супотницкий М.В. ВИЧ/СПИД – проблема, требующая переосмысления. Актуальная инфектология. 2014;3(4): 80-89.

Тагаева М.Дж. 1, Муллоджонова Ф.М. 2, Шарипова Ф.Р. 2

МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ РУССКОЙ РЕЧИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО И ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА

1Кафедра языков ГОУ Бохтарский медицинский колледж

2Кафедра языков Медико-социального института

Актуальность. Как известно, высокая культура речи - неременное условие профессионализма специалистов в различных сферах деятельности в условиях полилингвального и поликультурного взаимодействия, ибо успешная

работа квалифицированных кадров зависит во многом от уровня владения русским языком - средством обучения и общения, предметом специальности. Речевая культура человека является одной из составных частей общей культуры, связана с культурой мышления, чувств, поведения, во многом определяет качество нравственного облика личности, влияет на эффективность коммуникативной деятельности.

Анализ научно-педагогической литературы по исследуемой проблеме, опыт работы со студентами первого курса показывают, что студенты обладают недостаточным уровнем развития речевой культуры, слабыми знаниями по стилистике и поверхностными представлениями о качествах хорошей речи. Таким образом, актуальность исследования подтверждается социальной значимостью и практической необходимостью разработки научно обоснованных психолого-педагогических и методических основ совершенствования качества знаний по русскому языку и развития культуры речи в процессе профессиональной подготовки студентов. [2, 52-57]

Цель. Разработать методическую систему формирования культуры профессиональной речи студентов-медиков на занятиях по русскому языку в условиях полилингвального и поликультурного пространства. Задача данного исследования заключается в том, чтобы совершенствовать культуру русской профессиональной речи студентов-медиков, выявить методические пути её активизации. Речевая культура – это культура языковой личности, культура сознательного и грамотного пользования неисчерпаемой сокровищницей языка, культура корректного и эффективного речевого поведения.

Материалы и методы. На практических занятиях по русскому языку в процессе совершенствования русской речи студентов-медиков воспитание культуры коммуникации является потребностью практического преподавания в высшей медицинской школе. Поэтому умения культурно общаться в профессионально медицинской сфере можно и необходимо развивать у студентов-медиков – будущих врачебных кадров поскольку правильно и культурно организованное общение во многом предопределяет успешность профессиональной деятельности. Очевидным является факт, что для эффективного сотрудничества с другими людьми в различных областях деятельности, успешной реализации своих жизненных потребностей будущий специалист должен обладать высоким уровнем культуры коммуникации.

В связи с вышеизложенным, методическая система, построенная согласно коммуникативно-деятельностному подходу на основе теории поэтапного формирования умственных и психических действий, способствует повышению уровня речевой культуры студентов.

Результаты. Практика показывает, что подлинная культура речи достигается умелым и уместным употреблением лексики разных стилей, разнообразием синтаксических конструкций; в устной речи особенно ценно богатство интонаций. Согласно мнения известного специалиста по культуре речи, профессора Е.Н. Ширяева, «культура речи – это такой выбор и такая организация языковых средств, которые в определенной ситуации общения при соблюдении современных языковых норм и этики общения позволяют обеспечить наибольший эффект в достижении поставленных коммуникативных задач». [6, 52-57]

Необходимо отметить, что вопросы совершенствовании культуры русской речи при чтении литературных текстов могут решаться только в единстве с эстетическим воспитанием и образованием студентов, с учётом специфики литературы, как искусства слова. В связи с этим нами используется адаптированный текстовый материал из произведений известных русских писателей, многие из которых сами были знаменитыми врачами, содержащийся в «Учебном пособии по развитию русской профессиональной речи для студентов медицинского факультета». [5, 52-57]

Следует указать, что текст как результат акта коммуникации позволяет раскрыть его культурный смысл, погружает студентов в национально-культурное и общекультурное пространство. Рождаясь из целого комплекса психолингвистических явлений – мотива, замысла (цели), условий, личных особенностей индивида, его речевых умений, языковых знаний, текст, с одной стороны, несет отпечаток личности, с другой – объективно представляет систему языка, на котором он создан. Только комплексное формирование всех предметных компетенций позволяет студентам воспринимать текст как целостную единицу не только языка и речи, но и культуры. Работа с текстом, позволяющая органично сочетать его воспитательный, обучающий и развивающий потенциал обучения русскому языку, проводится в несколько этапов:

- 1) беглое чтение, чтобы охватить содержание;
- 2) чтение текста педагогом, которое имеет образовательное, развивающее и воспитательное значение и связано с нулевым циклом анализа. Правильность восприятия текста обеспечивается не только пониманием языковых единиц, которые в него включены, но и тем фондом культурологической информации, которым должны владеть обучающиеся благодаря своему педагогу: знания об эпохе, в которую жил автор, бытовых реалиях, отраженных в произведении; формирование наглядно-образных представлений о фоне событий (педагог должен обеспечить наличие иллюстративного, репродукционного материала, ознакомление с артефактами через посещение выставочных комплексов, организацию просмотров тематических презентаций, документальных и художественных текстов — такая работа должна вестись постоянно, поурочно).

Следовательно, главным для культуры русской речи является – соблюдение языковых норм и правил использования вербальных языковых средств, которые позволяют соблюсти коммуникативные нормы в той или иной ситуации. Основным же в области эффективного общения является – правильно поставленная коммуникация.

За последнее десятилетие русская речевая практика претерпела значительные изменения. Сложные глубинные преобразования в государственной и общественной жизни особым образом повлияли на культуру социума и каждого отдельного человека. Опасная тенденция снижения уровня речевой культуры, являющаяся отражением негативных современных процессов в обществе, актуализирует проблему формирования культуры русской речи.

Особенность современного практического курса русского языка – сотворчество преподавателя и студента в познании, в осмыслении языковых явлений. Приобщать к знаниям как к части культурного наследия необходимо через совместные действия. На практических занятиях должна постоянно звучать живая речь, не формулировка правил и

исключений из них, а художественные тексты и высказывания самих студентов.

Работа по развитию культурно-речевых навыков студентов-медиков вносит существенный вклад в формирование общей культуры всесторонне развитой, социально активной личности будущего квалифицированного специалиста.

На практических занятиях по русскому языку основными видами работы по развитию речи являются материалы художественных текстов, ибо, читая произведения художественной литературы, студенты обучаются языку: обогащая свой словарный запас, вырабатывают навыки построения предложений, повышают культуру связной устной и письменной речи. Обращение к учебным текстам медицинского содержания даёт нам возможность осуществлять гуманизацию обучения в педагогическом отношении и через подбор учебных материалов помогает воспитывать нравственно-этические качества будущих врачей. Большинство текстов, включённых в наши учебные пособия («Сердце на ладони», «Мысли и сердце», «Возвращение к жизни», «Рыцари милосердия» и др.) по своему содержанию не только утверждают гуманизм в профессии врача, но и воспитывающее воздействуют на студентов с нравственно-этических позиций.

В частности, студентам предлагается чтение текста «Сердце на ладони» [5, 193-196], после чтения данного текста студентам можно предложить вопросы следующего характера:

1. Расскажите, как автор описывает сердечную больную, выпишите описание лица, глаз, состояния конечностей, печени.

2. Передайте, как автор описывает переживания хирурга и его подготовку к операции.

3. Что взволновало журналиста Шиковича, наблюдавшего за операцией?

4. Составьте план прочитанного текста и расскажите содержание по плану.

5. О ком рассказывается в романе И. Шамякина «Сердце на ладони»?

6. Что рассказал Ярош журналисту Шиковичу о докторе Савиче и его дочери Зосе?

7. Какие операции стал делать врач-хирург Ярош после войны в романе «Сердце на ладони»?

Затем студентам предлагаются следующие тестовые вопросы по данному тексту:

1. Из какого произведения данные строчки: «Маша проворно меняет Ярошу перчатки. И вот его пальцы, толстые, но чуткие, ощущают её сердце, уточняют диагноз?»

А. «Повесть о настоящем человеке» Б. Полевого. В. «Призвание» В.В. Кованова. С. «Доктор Вера» Б. Полевого. Д. «Доктор Пекарев» П. Проскурина. Е. «Сердце на ладони» И.П. Шамякина.

2. Какой подвиг совершил доктор Савич и его дочь Зося? (И. Шамякин «Сердце на ладони»)?

А. помогли всем пленным; В. раненого отправили к партизанам; С. помогли больным в психиатрической больнице; Д. вылечили лётчика Мересьева; Е. помогли в оккупированном городе.

3. Откуда Ярош знал Зосю? (И. Шамякин «Сердце на ладони»)

А. вместе учились. В. вместе работали. С. жили в одном городе. Д. во время войны Савич и его дочь Зося спасли его. Е. познакомился в госпитале.

5. Кого в романе «Сердце на ладони» И.П. Шамякина характеризуют данные слова: «У него были необыкновенно чуткие пальцы, даже эмоции свои он прежде ощущал в пальцах...»? А. Шиковича. В. Яроша. С. Савича. Д. Пекарева. Е. Мересьева.

Выводы. Вышеприведенные материалы по совершенствованию культуры русской речи показывают, что целенаправленная работа с текстом имеет неоспоримую значимость в учебном процессе. Литературно-художественные тексты, которые практикуются на занятиях в студенческой аудитории, обладают большим гуманистическим потенциалом.

Таким образом, при формировании культуры русской профессиональной речи студентов-медиков на занятиях по русскому языку в условиях полилингвального и поликультурного пространства выработка умений свободного владения языком с учётом грамматических систем родного и русского языков может быть успешной при систематическом ведении работы по грамматическому оформлению словосочетаний и предложений с опорой на лексическую базу языка специальности. В связи с этим воспитательные возможности этих занятий, как показало исследование, своевременны и огромны, они позволяют учитывать индивидуальные запросы студентов, формировать правильные представления о нормах и поведении врача, дополняют и обогащают знания будущих врачей в области профессиональной этики.

Литература

1. В СНГ 2023 год объявлен Годом русского языка // Народная газета» №6 (20391) от 18 января 2023 года. С.4. <http://www.narodnaya.tj/index>.
2. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2021-2030 годы. - Душанбе, 30 августа 2019 № 438.-27с
3. Программа по предмету «Русский язык» для студентов 1 курса медицинского, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов// Составители У.Р. Юлдошев и другие, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе 2023- 37 с.29 с
4. Учебная программа по русскому языку (для студентов неязыковых вузов/ Составители У.Р. Юлдошев и другие// МОИНРТ/ от 30.07. 2016, 29 с
5. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи студентов (для студентов 2 курса медицинского университета). - Душанбе, 2017г.-226 с
6. Шираев Е.Н. Что такое культура речи // Русская речь. 1991. - № 4. -С. 57.

Тоштемирова ЗМ., Табаров М.С., Назариен Н.Р.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ С ЭУЭНТЕРИЕЙ И БРАДИ-ЭНТЕРИЕЙ

Кафедра патофизиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Околосуточный ритм функционирования организма человека является одной из важных проблем в поддержании оптимального уровня здоровья. Околосуточный или циркадианный ритм проявляется и в периодической деятельности желудочно-кишечного тракта при дневном питании и ночном физиологическом голодании, соответственно его нарушение может приводить к самым ранним симптомам снижения адаптации человека к периодическому колебанию окружающей среды, что проявляется в виде так называемого десинхроноза. Регулярность ритма кишечника является одним из свойств циркадианного ритма организма человека, нарушение которого в виде брадиэнтерии (замедления энтерального ритма) повышает риск колоректального рака [4,5], риск кардиоваскулярной смертности [2,3], риск варикозной болезни нижних конечностей. Иммуный статус также подвержен не только возрастным, но и суточным колебаниям в зависимости от биоритма. Эти колебания обусловлены изменениями гормонального фона и другими причинами. Таким образом, сравнение показателей жизнедеятельности студентов-медиков в зависимости от регулярности циркадианного ритма кишечника является весьма актуальным, т.к. приводит к поражениям ряда внутренних органов организма.

Цель исследования. Изучение уровня качества жизни и уровня иммунной системы у студентов-медиков в зависимости от регулярности циркадианного (физиологически оптимального) ритма дефекации.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с помощью специально разработанной анкеты у студентов-медиков 3 курсов педиатрического и медицинского факультетов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Студенты заполняли анкету, состоящую из двух групп вопросов. Первая группа вопросов определяла удовлетворённость питанием и физической активностью, регулярность и акрофазу (время акта дефекации в разные фазы суток) опорожнения кишечника, а также уровень качества жизни по 10-балльной шкале [4–6]. Вторая группа из 10 вопросов определяла уровень активности иммунной системы по Колбанову В.В. [1], где число набранных баллов до 31 — свидетельствовало о нормальной активности иммунной системы. Число баллов выше 31 — свидетельствовало об ослаблении функции иммунной системы. Сравнение исследуемых параметров производили по проценту числа лиц с высоким и низким уровнем показателей, включая баллы по активности иммунной системы и качества жизни.

Результаты исследования показали, что у 84 обследованных студентов-медиков регулярный ритм кишечника (эуэнтерия) был выявлен у 18 мужчин и 18 женщин (у 36 студентов в возрасте от 20 до 22 лет). Нерегулярный ритм кишечника (брадиэнтерия) был диагностирован у 16 мужчин и у 32 женщин (у 48 студентов в возрасте от 20 до 23 лет). Следовательно, вероятность эуэнтерии практически одинакова для мужчин и женщин, а риск возникновения брадиэнтерии у женщин был практически в 2 раза выше, чем у мужчин. Общий анализ представленных анкет показал, что число лиц с ежедневным ритмом опорожнения кишечника составило 36 (43% опрошенных). Число лиц с нарушенным ритмом дефекации составило 48 - 57%. Скрининговое исследование регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у студентов-медиков свидетельствует о том, что нарушение околосуточного ритма дефекации может быть диагностировано почти у каждого второго студента. Наличие именно утренней (физиологически оптимальной) акрофазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника было обнаружено у 22 из 36 студентов с регулярным ритмом кишечника, то есть у большинства (61%) опрошенных студентов. У студентов с нерегулярным кишечным ритмом утренняя акрофаза дефекации была обнаружена лишь у 14 из 48 опрошенных, то есть физиологически оптимальная акрофаза ритма стула встречалась реже, чем у каждого третьего студента (лишь у 29%). В 71% случаев для нарушенного ритма дефекации характерно отсутствие утренней фазы стула. Следовательно, для регулярного ежедневного ритма эвакуаторной функции кишечника характерно наличие именно утренней акрофазы опорожнения. Удовлетворённость питанием была выявлена у 24 из 36 студентов с эуэнтерией (у 61% опрошенных лиц), в то время как для лиц с брадиэнтерией удовлетворённость питанием характерна для 12% опрошенных студентов. Следовательно, удовлетворённость питанием встречалась почти в 5 раз чаще у студентов с регулярным ритмом по сравнению со студентами с нарушенным ритмом. Удовлетворённость уровнем физической активности была характерна лишь у 21% студентов с брадиэнтерией, но не отмечена ни у одного студента с эуэнтерией. Следовательно, большинство студентов-медиков (88%) осознают тот факт, что они не удовлетворены своей физической активностью. Соблюдение циркадианного режима сна-бодрствования было выявлено у большинства студентов (61%) с регулярным ритмом кишечника. Засыпание после полуночи было обнаружено у 67% опрошенных студентов с нерегулярным ритмом. Нарушение циркадианного ритма сна-бодрствования является фактором риска, приводящим к нарушению регулярности ритма кишечника. Нормальный уровень активности иммунной системы был обнаружен у 22 из 36 студентов с эуэнтерией (у 61%). Пониженный уровень активности иммунной системы был выявлен у 26 из 48 студентов с брадиэнтерией (у 54%). Следовательно, для лиц с регулярным ритмом характерен нормальный уровень активности иммунной системы, а для лиц с нерегулярным ритмом характерно понижение уровня функционирования иммунной системы. Высокий уровень качества жизни обнаружен у 32 из 36 студентов с эуэнтерией (у 89%), а пониженный уровень качества жизни был выявлен у остальных 11% студентов. Среди лиц с брадиэнтерией высокий уровень качества жизни был отмечен у 34 из 48 студентов (71%), а пониженный уровень качества жизни — у остальных 29% лиц. Следовательно, нерегулярный ритм кишечника повышает риск ухудшения уровня качества жизни почти в 2,6 раза.

Таким образом, данное исследование свидетельствует о том, что риск нарушения циркадианного ритма дефекации выявляется почти у каждого второго студента-медика. Принимая во внимание данные японских исследователей о том, что нарушение регулярности ритма дефекации повышает риск кардиоваскулярной смертности на 21–39%, следует оповестить студентов-медиков о возможности избежать риска такой смертности путём восстановления регулярности циркадианного ритма мозга и кишечника. Большинству студентов следует модифицировать свой образ жизни

путём изменения четырёх основных моментов. Во-первых, нормализация циркадианного ритма мозга (ритма сон-бодрствование) предполагает обязательное смещение момента засыпания именно до 24:00. Во-вторых, нормализация циркадианного ритма кишечника предполагает сознательное восстановление именно утренней акрофазы дефекации, что повышает вероятность регулярного ритма кишечника более чем в 2 раза. В-третьих, необходимо уделить больше внимания тому, чтобы питание было более адекватным, что может уменьшить риск нерегулярности кишечника в 5 раз. В-четвёртых, необходимо повышение уровня физической активности всех студентов-медиков. Сознательная модификация образа жизни студентов-медиков с учётом этих четырёх моментов может способствовать не только повышению уровня функционирования системы иммунитета, но и повысить качество жизни.

Выводы. Нарушение оптимальной регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника характерно почти для каждого второго студента-медика (для 57% обследованных лиц). Нарушение цикла сон-бодрствование в виде засыпания студентов после полуночи повышает риск нерегулярности ритма кишечника в 1,7–1,8 раза. Фактором риска нерегулярности ритма дефекации является отсутствие утренней акрофазы, что повышает этот риск более чем в 2 раза. Одним из основных факторов риска нарушения ритма кишечника является неадекватное питание, повышающее этот риск почти в 5 раз. Уровень качества жизни и функционирования иммунной системы у лиц с регулярным (ежедневным) ритмом дефекации был на 18% и на 15% соответственно выше, чем у лиц с нерегулярным (не ежедневным) кишечным ритмом

Список литературы.

1. Колбанов В.В. Валеология. Валеологический практикум. СПб.: Элби-СПб; 2011.
2. 2. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения. М.: 2018; 184.
3. 3. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы. М.: ГЭОТАРМедиа; 2009: 416.
4. 4. Шемеровский К.А., Селиверстов П.В., Шайдуллина С.Р., Березина Т.П., Юров А.Ю., Федорев В.Н. Зависимость регулярности циркадианного ритма дефекации от положения акрофазы этого ритма в околосуточном цикле. Russian Biomedical Research. 2019; 4(1): 31–4.
5. 5. Шемеровский К.А., Хорошинина Л.П. Гериатрия: руководство для врачей. Под ред. Л. П. Хорошиной. Глава 56. Запоры. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019: 704.

Турдалиев М.З., Пулатов Э.Х., Тоиров Дж. Дж.

СИНТЕЗ ТИАЗОЛИДИНОВ И ТИАДИАЗИНОВ, СОПРЯЖЕННЫХ С 1,4-БЕНЗОДИОКСАНОМ

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино»1

ГНУ «Институт химии им. В.И. Никитина НАН Таджикистан»2

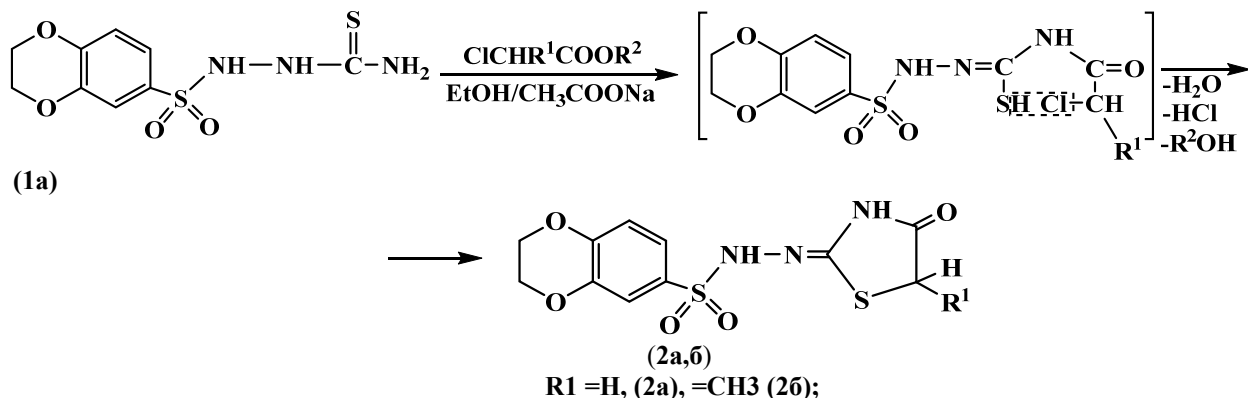
Актуальность. Гетероциклические соединения тиазолидинового, тиадiazинового и бензодиоксанового рядов представляют интерес с фармакологической точки зрения. Среди продуктов циклизации производных ацетиленовых спиртов известно разнообразие биологически активных веществ, например, 1,3-тиазолидины как антимикробные, 1,3,4-тиадiazины как вещества предотвращающие тромбоз крови, т.е. антикоагулянты, тогда как производные 1,4-бензодиоксанового ряда как стимуляторы и депрессанты центральной нервной системы. В свете последних данных по пандемии «корона вируса» одним из губительных последствий влияния вируса на организм человека является образование тромбов в кровеносных сосудах. Таким образом, исследования в направлении синтеза и модификации тиадiazинов имеют важную социальную направленность.

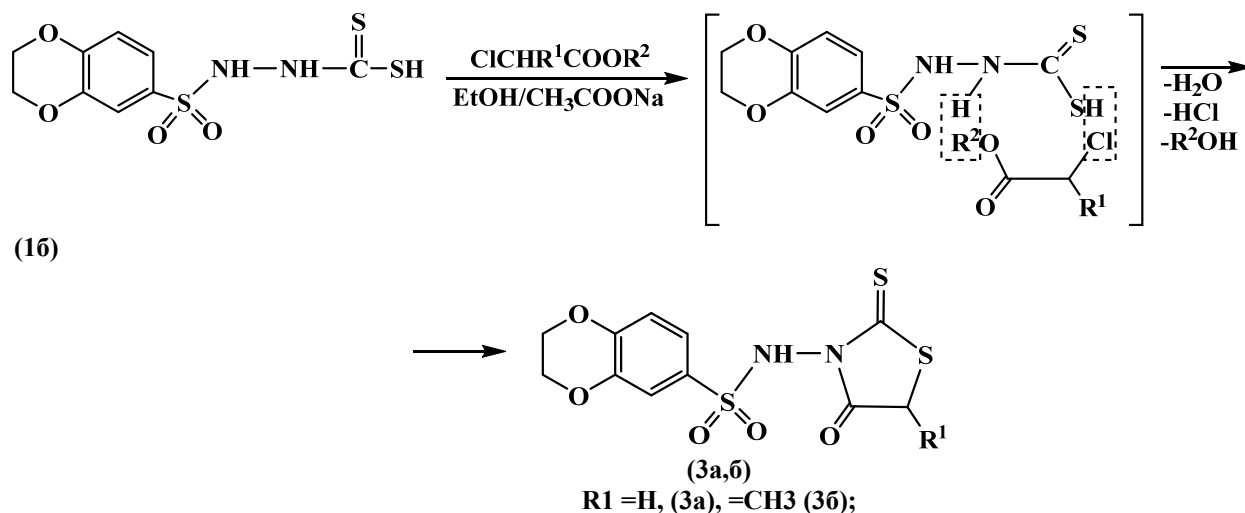
Цель исследования.

Проведение исследований, направленных на поиск путей синтеза новых представителей класса тиазолидиновых и тиадiazиновых гетероциклов и, таким образом, расширения банка данных, касающегося биологической активности и стереохимии данного класса соединений для построения зависимости в ряду «Структура - активность».

Материал и методы исследования.

С целью поиска альтернативных биологически активных веществ в ряде исследуемых гетероциклов, а также для выяснения вопроса электронного влияния 2-сульфонамидо-1,4-бензодиоксанового фрагмента на активность тиазолидиновых гетероциклов, нами проведена попытка синтезировать N- и S-содержащих гетероциклов, с сопряженными 1,4-бензодиоксановыми фрагментами, по схеме:





Конечными продуктами такой реакции являются 2-имино-(2-сульфамидо-1,4-бензодиоксанил)-1,3-тиазолидин-4-оны (2a, 6) и N(3)-сульфамидо-1,4-бензодиоксанил)-1,3-тиазолидин-2-тионы (3a, 6). Выход целевых продуктов составляет не менее 74%.

В ИК-спектрах соединений (2-3) отмечено появление новых полос поглощения в областях 1250, 1494, 1740 и 3400 - 3136 см⁻¹, характерных для колебаний (C=S), (N-N), (C=O от тиазолидина) и (NH) связей. Это подтверждает циклоконденсацию N(1) и N(2) атомов азота тиосемикарбазидного фрагмента исходных сульфамидо-1,4-бензодиоксана (1a) с электрофильными реагентами. Состав полученных соединений (2-3) подтверждён также данными элементного анализа.

В спектре ЯМР ¹H соединений (2-3a) обнаруживаются новые дублетные сигналы в области 3.82 м. д., соответствующие двум протонам (CH₂) групп тиазолидинового цикла и синглеты при 9.7 м. д. и 10.2 м. д. для одного протона эндоциклического и экзоциклического атома азота NH групп. В случае (2-36) дополнительно обнаружен новый дублет в области 1.53 м. д., соответствующий 3 протонам, для CH₃ групп от (C5) цикла.

Результаты исследования и их обсуждение.

Для этого на начальной стадии получено 6-сульфотиосемикарбазид и 6-ацетил-1,4-бензодиоксан, путём взаимодействия на 6-сульфохлорида-1,4-бензодиоксана тиосемикарбазид и ацетил хлористого в сухом толуоле в присутствии катализатора: безводного трёххлористого алюминия, как представлено в работе. С целью поиска альтернативных биологически активные веществ в ряде этих гетероциклов, а также для выяснения вопроса электронного влияния 2-сульфонамидо-1,4-бензодиоксанового фрагмента на активности тиазолидиновых гетероциклов нами проведена попытка синтезировать N- и S-содержащие гетероциклы с сопряженными 1,4-бензодиоксановыми фрагментами.

Выводы.

С целью сравнительного исследования биологической активности полученных гетероциклов, используя свободную аминогруппу в случае соединения **1a** путём взаимодействия с толуолсульфохлоридом получен 5-(1,4-бензодиоксанил)-2-толуолсульфамидо-1,3,4-тиадин.

Список литературы.

1. Пат. 2259371 РФ МПК 2003113145/04; C07D417/12, /04, A61L31/549, A6137/02. Чупахин О.Н., Сидорова Л.П., Перова Н.М., Чарушин В.Н., Русинов Л.В., Муляр А.Г.: -заявл. 05.05.2003. -опубл. 27.08.2005.
2. Пулатов Э.Х., Исобаев М.Д., Мавлонов Б.Г. -Изв. АН РТ, 2016. № 10. с. 2475-2478. Pulatov E.Kh, Isobaev M.J., and Mavlonov B.G. Russ. Chem. Bull., Intern. Ed., 2016, v 65, № 11, p. 2475-2478.
3. Пулатов Э.Х., Исобаев М.Д., Мавлонов Б.Г., Абдуллаев Т.Х. -Изв. АН Сер. хим. 2018. № 6, с.1106-1109. Pulatov E.Kh., Isobaev M.J., and Mavlonov B.G., Abdullaev T.Kh. Russ. Chem. Bull, Intern. Ed., 2018, v 67, № 3. 6, p. 1106-1109.
4. Исобаев М.Д., Пулатов Э.Х., Абдуллаев Т.Х., Турдалиев М.З., Мавлонов Б.Г., Джумаева М. ЖОрХ, 2021, т. 57, № 3. с. 391-399. DOI: 10.31857/S0514749221030071. Isobaev M.D., Pulatov E.Kh., Abdullaev T.Kh., Turdialiev M.Z., Mavlonov B.G., Jumaeva M.I. ISSN 1070-4280, Russ. J. of Org. Chem., 2021, v. 57, № 3, p. 369-375.
5. Ташбаев Г.А., Тохиров Д.Д., Умаров С.А. Вестник Таджикского национального университета. 2021, №4. с. 229-239.

Туробова З.Н., Ахмадов С.А., Гайратова Н.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Вирусный гепатит А (ВГА, инфекционный гепатит, эпидемический гепатит, болезнь Боткина) – антропонозная вирусная инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется воспалением печени, циклическим доброкачественным течением, может сопровождаться желтухой. Возбудитель вирусного гепатита А – РНК – геномный вирус семейства Пикорнавирусов. Во внешней среде он более устойчив, чем типичный энтеровирус. Может сохраняться во внешней среде в течение нескольких месяцев при 4°C, несколько лет при 20°C, в течение нескольких недель при комнатной температуре. Вирус инактивируется при кипячении через 5 мин. При ультрафиолетовом облучении возбудитель погибает через 60с. Вирусный гепатит А – антропоноз, источник возбудитель инфекции – человек. Вирус выделяют больные с различными формами заболевания, в том числе

наиболее частыми (особенно у детей): безжелтушной и стёртой, которые обычно не диагностируют, соответственно заболевших этими формами не госпитализируют, они ведут активный образ жизни и могут заражать окружающих. У больных желтушной формой обычно вирус выделяется с фекалиями наиболее интенсивно в конце инкубационного и в течение преджелтушного периодов. С появлением желтухи в большинстве случаев заразность больных значительно уменьшается. Именно эта особенность – наиболее активное выделение вируса из организма больного в инкубационном периоде в сочетании с высокой устойчивостью вируса в окружающей среде – обуславливает широкое его распространение. Вирус гепатита А обладает высокой инфекционностью. Для заражения достаточно всего нескольких вирусных частиц.

Цель исследования. Прогнозирование исходов ГА у детей Дангаринского района по показателям острого периода болезни.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 49 детей в возрасте 2–8 лет, больных ГА. 31 человек были мальчики (63,26%), 18 - девочки (36,74). На основании данных амбулаторной карты ребёнка мы обнаружили детей, страдающих гепатитом А в остром периоде болезни; также нам удалось определить детей, страдающих пищевой аллергией (23 ребёнка), детей без пищевой аллергии и с предрасположенностью к ней (26 детей). Преобладающей клинической формой пищевой аллергии у детей, больных ГА, была крапивница (80,12%), реже – атопический дерматит (18,63%) и бронхиальная астма, сочетающаяся с крапивницей (1,24%).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате наших наблюдений выявлены дети, имеющие ГА, и 13 (26,5%) из них находились в остром периоде болезни. На основании углубленного анализа и историй болезни детей и в возрасте от 2 до 8 лет, находившихся в центральной инфекционной больнице Дангаринского района, мы определили отклонения в биохимических анализах крови у больных ГА. Например, при исследовании 15 пациентов мы обнаружили изменения АЛТ в биохимических анализах: до лечения было приблизительно 69,9 е/л, а после лечения стало 49,9 е/л; у 19 пациентов АСТ было 81,3 е/л, а после лечения стало 49,5 е/л. У 15 пациентов билирубин во время поступления в больницу был 61,4 мкмоль/л, после лечения в нашей центральной инфекционной больнице его биохимические показатели пришли в норму, билирубин стал 27,7 мкмоль/л. Во время исследования мы создали гистограмму у детей, куда входит пол и возраст, а также биохимические изменения при остром периоде болезни.

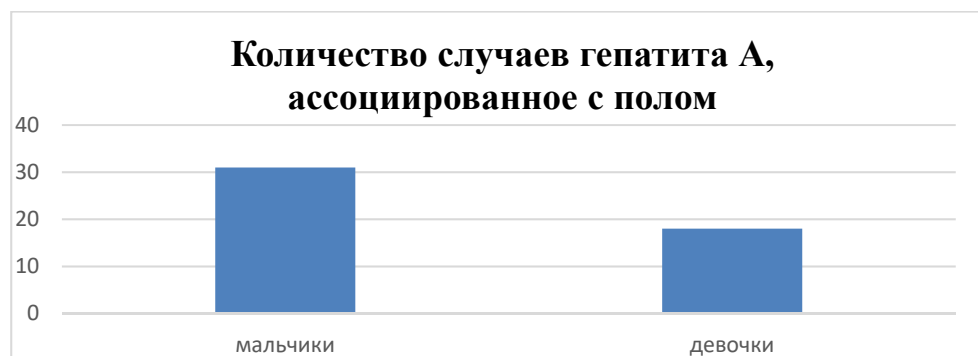
На рисунке 1 отражена встречаемость вирусного гепатита А в разных возрастных группах - от 2 до 8 лет в 2023 году.

Рисунок 1



На рисунке показаны половые отличия встречаемости вирусного гепатита А среди детей. Показатель заболеваемости гепатитом А выше среди мальчиков, чем у девочек.

Рисунок 2



Выводы.

1. Выявлены ведущие переменные острого периода ГА и их значения в прогнозировании затяжного течения болезни: наличие у ребёнка от 2 до 8 лет пищевая аллергия и предрасположенности к пищевой аллергии (наследственность, отягощённая аллергическими заболеваниями, аллергический конституциональный дерматит в младенчестве и их сочетания).

2. Таким образом, наше исследование показало, что показатель заболеваемости гепатитом А в 2 раза выше среди

мальчиков, чем у девочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брико Н.И., Лыткина И.Н., Соболев В.И. и др. Клинико - эпидемиологическая характеристика и основные направления профилактики гепатита А. Леч. врач. 2001. № 5-6. С. 54-57.
2. Учайкин. В.Ф. Вирусные гепатиты у детей: этиологическая структура, особенности течения и лечение. Эпид. и инф. бол. 1998. № 2. С. 4-8.
3. Рейзис А.Р., Дрондина А.К., Никитина Т.С. и др. Необычное течение вирусного гепатита А у детей. Жур. микробиол. 1997. № 6. С. 84-86.
4. Sagnelli E., Coppola N., Marrocco C. et al. HAV replication in acute hepatitis with typical and atypical clinical course. J. Med. Virol. 2003. Vol. 71. № 1. P. 1-6.
5. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов.

Умарова З.Д., Холмирзоева Г.Т. АПОПТОЗ И ИММУННАЯ СИСТЕМА

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Апоптоз - запрограммированная клеточная смерть - играет огромную роль в гомеостатическом контроле динамического баланса между пролиферацией клеток и их элиминацией, Апоптоз индуцируется различными стимулами, включая сигналы с "рецепторов смерти" и нерецепторные сигналы (дефицит факторов роста, оксидативный стресс, повреждение ДНК). Апоптоз играет ключевую роль в развитии и дифференцировке клеток иммунной системы и в иммунорегуляции. Как недостаточный, так и избыточный апоптоз приводит к развитию патологии, такой как аутоиммунные и лимфопролиферативные заболевания, иммунодефициты. Фармакологические подходы к воздействию на механизмы апоптоза могут открыть новые горизонты для химио- и иммунотерапии.

Цель исследования. Изучение и анализ литературных данных, посвящённых влиянию апоптоза на иммунные реакции организма.

Материал и методы исследования. В работе были использованы данные литературы отечественных и зарубежных авторов.

Результаты исследования. Впервые процесс апоптоза был описан Флеммингом в 1895 году и был первоначально назван "хроматолизом". Дальнейшие исследования, которые продолжались более века, позволили сформулировать современную концепцию апоптоза. Апоптоз имеет четкие морфологические признаки, достаточно полно описанные Керром, которому и принадлежит термин "апоптоз". Электронно-микроскопически и микроскопически в клетках первоначально определяются уплотнение хроматина, конденсация цитоплазмы, а в дальнейшем – распад ядра на дискретные фрагменты, окруженные цитоплазмой с неповрежденной клеточной мембраной - апоптозные тельца, которые в последующем фагоцитируются "облигатными" фагоцитами (макрофагами и дендритными клетками) или близлежащими клетками (эпителиальными клетками,

эндотелиоцитами и др.). В фагоцитозе апоптозных телец участвуют рецепторы, распознающие фосфатидилсерин, который появляется на наружном слое мембраны апоптозных телец вследствие изменения ее архитектоники. В отличие от апоптоза при некрозе происходят набухание клетки, деструкция мембраны и выход внеклеточного содержимого в микроокружение, что неизбежно сопровождается воспалением.

Апоптоз является проявлением физиологического процесса запрограммированной клеточной смерти (ПКГ, клеточного суицида) - естественной, закономерной, генетически запрограммированной, физиологически активной гибели клетки. Это коренным образом отличает апоптоз от некроза, т.е. гибели клетки под воздействием экстремальных, несовместимых с физиологическими условиями существования воздействий. Благодаря апоптозу в многоклеточном организме обеспечивается баланс

между пролиферацией клеток, их дифференцировкой и элиминацией. Элиминируются клетки, выполнившие свою функцию, потенциально опасные для организма дефектные клетки. Это происходит во время эмбриогенеза, эндокринзависимой атрофии тканей, в процессе удаления стареющих клеток и т.д.

Сигналы к запуску апоптоза могут быть рецепторные или внутриклеточные (нерецепторные). Кроме того, существуют также факторы, останавливающие процесс рецепторного апоптоза. Важнейшим "негативным" регулятором является ингибитор каспазы 8 белок FLIP [38]. Следует обратить внимание на то, что многие исследователи совершенно неправомерно проводят параллель между интенсивностью экспрессии FasR и степенью апоптоза.

Апоптоз является важнейшим механизмом иммунорегуляции от момента созревания и дифференцировки иммунокомпетентных клеток до этапа реализации механизмов врожденного и адаптивного иммунитета. Запрограммированная клеточная смерть путем апоптоза обеспечивает процесс селекции лимфоцитов на этапе их созревания в тимусе и костном мозге. Так, в тимусе с помощью механизма апоптоза формируется способность Т-лимфоцитов распознавать чужеродную генетическую информацию в контексте "своего", что является основным принципом функционирования иммунной системы.

В индуктивной фазе иммунного ответа путём апоптоза (death by neglect) удаляются лимфоциты, которые временно при взаимодействии анти-

генспецифического рецептора с презентруемым антигеном не получили адекватного костимулирующего сигнала и "цитокиновой поддержки". Так, к

примеру, комбинированная стимуляция В-лимфоцитов через В-клеточный рецептор (BCR) и CD40 делает их устойчивыми к апоптозу, в то время как

изолированная стимуляция инициирует апоптоз. Для позитивной активации Т-лимфоцитов необходима комбинированная стимуляция TCR и CD28.

При завершении иммунного ответа необходимо лимитировать число активированных клеток, которые потенциально опасны для развития аутоагрессии. Интересно, что активированные CD4+ Т-хелперы способны к так называемому автономному апоптозу (братоубийству), поскольку экспрессируют как FasR, так и FasL. Убедительно доказана роль апоптоза в реализации цитотоксического эффекта цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ) и NK-лимфоцитов. Есть сведения, аргументирующие роль апоптоза

в поддержании "иммунопривилегированности" некоторых тканей (глаз, клетки Сертоли, клетки островков Лангерганса, кератиноциты). Эти ткани

экспрессируют FasL, и их взаимодействие с активированными Т-лимфоцитами, экспрессирующими FasR, обеспечивает гибель последних и развитие аутоагрессии. Следует подчеркнуть, что митогенез и апоптоз являются тесно сопряженными процессами – покоящиеся клетки, к примеру CD45RO+ лимфоциты иммунологической памяти, резистентны к апоптозу

в связи с высоким уровнем экспрессии антиапоптогенных белков. Характер реактивности лимфоцитов контролируется также гормонами, нейропептидами и другими сигнальными молекулами. Примером является апоптогенный эффект глюкокортикостероидов – интенсивный апоптоз и атрофия тимуса при стрессе. На сегодняшний день накоплен огромный фактический материал, свидетельствующий о роли нарушений апоптотической регуляции в развитии иммунопатологии. В рамках предложенной авторами концепции "апоптотического иммунодефицита" было акцентировано внимание на то, что как пролиферация, так и апоптоз являются проявлениями активации иммунокомпетентных клеток. Однако в первом случае активация носит "позитивный" характер, а во втором имеет место "негативная активация". С этих позиций при иммунодефицитных состояниях преобладает "негативная" активация – апоптоз, а при аутоиммунных и лимфопролиферативных заболеваниях преобладает

"позитивная" активация, т.е. имеет место "дефицит апоптоза". В самом деле, "дефицит апоптоза" активированных лимфоцитов является важным звеном патогенеза многих аутоиммунных заболеваний – системной красной волчанки, рассеянного склероза, ревматоидного артрита, синдрома Сьегрена, инсулинзависимого сахарного диабета, псориаза и др. Снижение апоптоза, гиперэкспрессия антиапоптогенных белков или гипоекспрессия проапоптогенных белков в сочетании с их низкой активностью являются безусловной причиной развития лимфопролиферативной патологии. Напротив, усиление апоптоза лимфоцитов является причиной формирования иммунологической

недостаточности. Интенсивность апоптоза лимфоцитов возрастает при вирусных инфекциях иммунной системы – механизмом делеции CD4+ Т лимфоцитов при ВИЧ-инфекции.

Выводы. Таким образом, оптимальная реакция клетки зависит от тонкого баланса между пролиферацией и запрограммированной клеточной смертью; в свою очередь, биологическая целесообразность реализации альтернативных программ активации определяется характером экстраклеточных регуляторных сигналов, их интенсивностью, состоянием клетки и многими другими факторами.

Список литературы.

1. Барышников А.Ю. Иммунологические проблемы апоптоза / А.Ю. Барышников, Ю.В. Шишкин // - М.: Эдиториал. – УРСС. – С. 2002.
2. Ковальчук Л.В. Новые иммунопатогенетические взгляды: апоптотические иммунодефициты / Л.В. Ковальчук, А.Н. Чередеев // - Иммунология. - 1998. - № 6. - С. 17 - 18.
3. Ковальчук Л.П., Чередеев А.Н. Апоптогенные механизмы возникновения иммунодефицитных состояний // Журн. микробиологии. - 1999. - № 5. - С. 47 - 52.
4. Чередеев А.Н., Ковальчук Л.В. Апоптоз как важный этап оценки иммунной системы по патогенетическому принципу // Клин. лаб. Диагностика. - 1997. - № 7. - С. 31 - 34.

Умарова З.Д., Холмирзоева Г.Т.

МОТИВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ БАЗОВЫХ ДИСЦИПЛИН

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Проблема профессионализации обучения при изучении базовых дисциплин студентами-медиками является одной из значимых в процессе обучения в медицинском вузе. На этапе отбора содержания учебной программы необходимо ориентироваться на потребности выпускающих кафедр и в качестве основного критерия принимать практическую значимость получаемых знаний. Использование методов формирования вступительной мотивации позволяет активизировать познавательную деятельность студентов медицинского вуза и повысить эффективность усвоения учебного материала по базовым фундаментальным дисциплинам в целом и в частности по дисциплине «Гистология, цитология и эмбриология».

Для формирования медицинской направленности в процессе изучения базовых предметов следует, прежде всего, четко определить цель, содержание (программу) и место среди других дисциплин. Уяснение студентами этой цели обучения является одним из основных мотивационных факторов в освоении специальности врача [1].

Целью исследования является определить мотивационный аспект знания микроскопического строения тканей и органов тела здорового человека для последующего изучения сущности и изменений при болезнях и лечении.

Материал и методы исследования. В статье использованы материалы, полученные из научных и научно-популярных изданий, учебников, интернет – ресурсов и публикаций в периодических изданиях.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение фундаментальных медицинских дисциплин, как анатомия, гистология, физиология должно быть направлено на овладение студентами достижений науки в области этих

базовых предметов для дальнейшего обучения по клиническим дисциплинам, последующей профессиональной деятельности. Искусство преподавателя состоит в реализации медицинской направленности курса, что повышает заинтересованность студентов-медиков в изучении того или иного предмета. Преподаватель должен помочь студентам понять, где и каким образом сформированные умения и навыки будут применены в их будущей профессиональной деятельности [3]. Кроме того, знания усваиваются глубоко только в процессе их применения, то есть самостоятельного осмысливания решения поставленных задач. Все это требует дальнейшего поиска путей совершенствования преподавания базовых учебных предметов [4].

Одной из целей учебного процесса является акцентирование медицинской направленности теоретических дисциплин с элементами профилизации, расширение и углубление знаний студентов по выбранному им направлению дальнейшей профессиональной деятельности. Очевидная важность этого направления в общей системе многоуровневого образования сопряжена с целым рядом трудностей, связанных с организацией методикой проведения таких занятий. С одной стороны, у большинства студентов отсутствует четкое представление о своей будущей врачебной специализации, с другой – их базовая подготовка еще недостаточна [3].

Принцип профессиональной направленности преподавания гистологии реализуется на этапе отбора содержания учебной программы. При отборе учебных элементов и согласовании учебных программ базовых и клинических дисциплин необходимо ориентироваться на потребности выпускающих кафедр, а в качестве основного критерия принимать практическую значимость получаемых знаний.

Одна из главных причин снижения мотивации учебной деятельности студентов является несовпадение представлений преподавателя и обучаемого об оптимальном объеме учебного материала, обеспечивающем познание нового в процессе обучения. Таким образом, возникает вполне определенная задача: организовать процесс обучения студентов так, чтобы обеспечить должный уровень знаний и стремление студентов к обучению. При такой организации одним из факторов повышения качества обучения станет не принуждение к обучению, а устойчивое усиление мотивации учебной деятельности студентов [2]. Существуют данные о возможности создавать условия для реализации принципа профессиональной направленности и повышения мотивации на различных этапах процесса обучения [4].

Также в литературе рассматривается возможность развития высокой мотивации вследствие влияния некоего кристаллизующего события в жизни, погружения в профессиональную среду, восхищения изучаемой областью, когда обучение полностью поглощает человека. Результаты, которых достигает человек вследствие такого влияния профессиональной среды, могут быть очень высокими [3].

Многолетний опыт преподавания базовых дисциплин на кафедре общей и клинической патологии показывает, что эффективность освоения студентами учебного материала обеспечивается его профессиональной – медицинской направленностью уже на начальных стадиях изучения предмета. Речь идет о возможности формирования у студентов младших курсов *вступительной мотивации* на примере изучения дисциплины «Гистология, цитология и эмбриология». Вступительная мотивация активизирует учебную деятельность студента, способствует формированию начального желания освоить учебный материал, вызывает интерес к процессу обучения. Студентам первого курса на начальном этапе изучения предмета трудно представить, как именно можно использовать знания гистологии, цитологии и эмбриологии на практике. Первый этап формирования вступительной мотивации – мотивирующее вступление. Студентов знакомят с дисциплиной, ее целями и задачами. Оно осуществляется преподавателем на первом практическом занятии в форме беседы, которая представляет собой введение в специальность. Главная цель преподавателя – вызвать интерес к объекту изучения, показать возможности использования данной науки в практической работе врача для сохранения жизни и здоровья людей. Необходимо привести ряд примеров из клинической практики.

Задача преподавателя на этапе осуществления мотивационного вступления состоит еще и в том, чтобы поставить сформировать у студентов первого курса осознание их принадлежности к особенной профессии, открывающей тайны человеческого организма и дающей врачу в руки ключи к спасению жизни и сохранению здоровья пациента. Затем на этапе мотивационного вступления преподавателю следует обратить внимание студентов на специальную терминологию. Студенты должны осознать, что профессиональное общение и взаимопонимание врачей различных медицинских специальностей возможно только при условии наличия общей терминологической базы и обязательных базовых знаний о нормальном строении клеток, тканей, органов и систем.

Второй этап формирования вступительной мотивации – мотивирующая демонстрация. На этом этапе необходимо студентам показать гистологические микропрепараты, изготовленные из тканей и органов. Объяснить, что основным методом изучения в гистологии является микроскопирование и объектом исследования являются микропрепараты.

Преподавателю в обязательном порядке нужно подробно объяснить и при возможности показать этапы изготовления микропрепаратов в морфологической лаборатории.

Результатом осуществления действий, направленных на формирование вступительной мотивации у студентов, приступающих к изучению новой для них дисциплины, стала активизация их дальнейшей познавательной деятельности. Использование вышеупомянутой технологии позволило повысить эффективность усвоения учебного материала по дисциплине «Гистология, цитология и эмбриология» студентами медицинского факультета.

Выводы. Таким образом, мотивация учебной деятельности у студентов младших курсов медицинского факультета уже на начальных этапах изучения базовых дисциплин свидетельствуют о возможности влияния и создания профессиональной заинтересованности.

Список литературы

1. Афанасьев Ю. И. Медицинская направленность в преподавании гистологии, цитологии и эмбриологии / Ю. И. Афанасьев, Ю. И. Ухов // Морфология. – 2018. – Т. 113, № 2. – С. 115–116.

2. Виноградов С. Ю. Из опыта проведения элективов со студентами медицинского вуза на кафедре гистологии, эмбриологии и цитологии /С. Ю. Виноградов, Л. А. Томилина, С. В. Диндяев и др. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.allbest.ru/>.
3. Диндяев С. В. Методика интерактивного профессионально ориентированного обучения студентов гистологии, эмбриологии и цитологии с помощью компьютерных средств / С. В. Диндяев // Иваново, 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.allbest.ru/>.
4. Крачун Г. П. Методологические и дидактические аспекты преподавания курса гистологии, эмбриологии, цитологии в медицинском вузе /Г. П. Крачун // Современные проблемы науки и образования. Интернет-журнал «Современные проблемы науки и образования». – 2018. – № 1[Электронный ресурс]. – Режим доступа :<http://www.science-education.ru/>.

Розиқов Ш.Ш., Холбеғов М.Ё., Пирова Ш.Қ.

ТАҒЙИРЁБИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ БИОХИМИЯВИИ ХУНИ ХАРГЎШҲО ПАС АЗ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ЭЙМЕРИОЗ.

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» Тоҷикистон.

Муъимият. Марги харгӯшҳо аз эймериоз метавонад ба 90-100 % расад. Муборизаи ғайрӣ бо эймериози харгӯшҳо дар тамоми ҷаҳон аз ҷумла Чин, Ҷопон, Ҳиндустон, Испания ва Ҷазираҳои Канар, Англия, Фаронса, Австралия, Амрикои Ҷанубӣ ва Шимолӣ, кишварҳои Шарқи Наздик сурат мегирад. Ин беморӣ дар Русия, Белоруссия, Полша, Чехия, Гурҷистон, Украина паҳн шудааст [1].

Эймериоз бемории инвазионии ғайвонот мебошад, ки барангезандагон он микроорганизмҳои намоёндогани типии соддатаринҳо оилаи эймерияҳо мебошад. То имрӯз усулҳои гуногуни муолиҷа аз бемории коксидиоз пешниҳод гардидаанд, аммо дар онҳо хусусиятҳои биологии паёншавӣ, мутобиктавии биологӣ ба гуногунии муҳити нигоҳубини онҳо ба эътибор гирифта нашудааст [2,3].

Эймериози харгӯшҳо бемории шадидӣ музминӣ асосан харгӯшҳои то 4-5 моҳа буда, харгӯшҳои калонсол низ метавонанд аз ин беморсироят бинанд. Дар мамлакати мо бештар намудҳои коксидияҳои *Eimeria s. tiedae*, *E. perforans*, *E. magna*, *E. piriformis*, *E. intestinalis*, *E. irresidua*, *E. media* ва *E. Coecicola* паён шудаанд [3].

Дар Тоҷикистон чорводорӣ яке аз соҳаҳои пешбарандаи соҳаи кишоварзӣ ба ҳисоб меравад, мушкilotи таъсири намудҳои коксидио ба ғайвоноти хонагӣ ва ҳолагӣ масъалаи ғайвонотҳои дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳури ва экосистемаҳои он; маълумот дар бораи зоти ғайвонот ва таъсири коксидио ба он; зинда мондани коксидио дар муҳити гуногуни экологӣ ғайроғӣ; таъияи нашудани усули табобат; динамикаи пайдоиши мавсимии коксидио; синни соли чорвои мубталои он шаванда ва пешгирии ғайвонотҳои хонагии маъсулотии кишоварзидиёнда (гушт, шир, пашм, пӯст) аз таъсири коксидио дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия карда нашудаанд.

Мақсади тадқиқот. Тағйирёбии нишондиҳандаҳои биохимиявии хуни харгӯшҳо пас аз табобати комплекси эймериоз бо истифодаи доруҳои суперкоккс ва инвермексин

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар моҳи майи соли 2022

дар ҳолати хусусии харгӯшпарварии ЉДММ деҳаи Парчасойи ноҳияи Ёвони вилояти Хатлон дар харгӯшҳои синни 90-100-рӯза гузаронида шуд. Аз рӯи принсипи аналогҳо ғайвонотҳо ба се гурӯҳ 5 ғайвонотӣ ҷудо карда шуданд: ду гурӯҳи озмоишӣ ва як гурӯҳи назоратӣ.

Сараввал аз байни харгӯшон 25 харгӯши синну солашон 5 моҳа буданд аломатҳои клиникии беморӣ дошта ҷудо карда, барои аз дигарон фарқ кардан ба панҷ гурӯҳ ҷудо намуда ба бинии ғурӯҳи якум, ба дасти ростии гурӯҳи дуюм, ба дасти чапи гурӯҳи сеюм, ба думи гурӯҳи чорум ва ба тахтапӯшти гурӯҳи панҷум бо фуксин ранг карда дар катакҳои алоҳида ҷойгир карда шуд. Баъди таъкиқи саргини харгӯшҳои таъкиқотӣ маълум гардид, ки дар гурӯҳи якум 2-3 дона оотсит дар як майдони биноӣ микроскоп, дар гурӯҳи дуюм 4-5 дона оотсит, дар гурӯҳи се 3-4 дона оотсит, дар гурӯҳи 4 то 4 оотсит ва дар гурӯҳи 5 4-5 дона оотсит дар як майдони биноӣ ба назар расиданд. Дар маълум бештар оотсити 3- намуни коксидио *Eimeria s. tiedae*, *E. Perforans* ва *E. Magna* мушоҳида шуданд. Дар харгӯшони таърибавӣ аломатҳои лоғарӣ, дарунравӣ ба ранги сабз, рехтани оби даъон бештар ба назар мерасид.

Барои таҳқиқоти биохимиявӣ, хун аз рағи ғӯши харгӯшҳо пеш аз ва баъд аз сироят ва инчунин аз меъдаи ҳолӣ дар рӯзҳои 3, 5, 10, 15, 20, ва 30-и рӯзи таҷриба гирифта шуд. Тадқиқоти хун дар лабораторияи кафедраи паразитология ва фармокологияи ДАТ ба номи Ш.Шоёнтемур гузаронида шуд. Микдори сафедаи умумӣ (аз рӯи реаксияи биуретӣ), албумини умумӣ ва глобулин (бо усули нефелометриқӣ), комплекси иммунӣ гардишкунанда (ЦИК) (Аз Рӯи Гриневич Ва Алферов, 1981), серумокоидҳо (Аз Рӯи Weimer, Moshin, 1952) муайян карда шуданд. Нишондиҳандаҳои микдори бо усулҳои омори вариантӣ коркард карда шуданд.

Ба харгӯшҳои гурӯҳи аввали озмоишӣ инвермексин бо ҳисоби 2,0г ба 1 литр об омехта намуда ба назди харгӯшон гузошта шуд.

Ба харгӯшони гурӯҳи дуюм тавассути даъон ба воситаи сузандору доруи эспакоксро ба микдори 1мл ба ғар як харгӯш гузаронида шуд.

Ба харгӯшони гурӯҳи сеюм, ки назоратӣ табобат нагирифтанд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Бехтарин нишондиҳандаҳои самаранокии табобати харгӯшҳо дар гурӯҳи дуюми ғайвоноте, ки бо инвермексин бо пробиотик истифода мешуданд, ба даст оварда шудаанд.

Аллақай дар рӯзи 5-уми пас аз истифодаи доруҳо дар харду гурӯҳи озмоишӣ афзоиши микдори сафедаи умумӣ ба меъёр кайд карда шуд. Аммо дар давраи тадқиқот, концентратсияи сафедаи умумии харгӯшҳои гурӯҳи дуюм мутаносибан 2,2 ва 4,5% аз концентратсияи гурӯҳҳои якум ва назоратӣ баландтар буд, ки нишондиҳандаҳои боэътимод дар

рӯзҳои 10, 20 ва 30-и таҷриба баланд буданд. Мазмуни албумин дар гурӯҳҳои таҷрибавӣ ва назорати пеш аз истифодаи доруҳо дар ҳудуди 54,958,9% буд, ки аз сатҳи меъерӣ камтар аст. Эҳтимол ин нишон медиҳад, ки чигар осеб дидааст ва функсияи сафедоксинтезунандаи он паст шудааст. Аз 5 рӯзи таҷриба сар карда, дар ҳарду гурӯҳи озмоишии харгӯшҳо тамоюли афзоиши сатҳи альбуминро қайд карданд. Сатҳи албумин дар гурӯҳи дуҷум нисбат ба гурӯҳи назоратӣ аз 15 то 30-уми таҷриба 19,5% баландтар буд. Сатҳи албумин дар гурӯҳи аввал танҳо аз нишондиҳандаҳои назоратӣ дар рӯзҳои 15 ва 20-уми таҷриба 19,3 % ($p \leq 0,01$) зиёдтар буд. Сатҳи α -глобулинҳо то оғози истифодаи доруҳо аз нишондиҳандаҳои меъерӣ зиёдтар буд, ки дар доираи 20,0822,06% буд. Сатҳи баланди α -глобулинҳо нишонаи равандҳои шадиди илтиҳоби бадани харгӯшҳо мебошад. Аз солҳои 10-ум сар карда, дар гурӯҳҳои якҷум ва дуҷум сатҳи α -глобулинҳо дар муқоиса бо назорат мутаносибан ба ҳисоби миёна 31,7 ва 38,3% коҳиш ёфтааст. Фарқиати боэътимод дар консентратсияи α -глобулинҳо дар гурӯҳҳои озмоишӣ муайян карда нашудааст. Консентратсияи β -глобулинҳо дар ҳарду гурӯҳи озмоишӣ пеш аз истифодаи доруҳо ва дар тӯли тамоми таҷриба дар доираи 10,612,82% буд, ки ба меъери физиологӣ мувофиқат мекунад. Дар гурӯҳи назоратӣ дар давоми таҷриба афзоиши сатҳи β -глобулинҳо нисбат ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ 27,6% қайд карда шуд. Мазмуни γ -глобулинҳо дар харгӯшҳои озмоишӣ ва гурӯҳҳои назоратӣ то оғози таҷриба аз меъер 9,3210,72% камтар буд, ки ин аз таъсири иммуносупрессивии эймерия ба бадани ҳайвонот шаҳодат медиҳад. Дар гурӯҳи харгӯшҳо, ки танҳо бровитакокцидро истифода мебарданд, дар рӯзҳои 3 ва 5 таҷриба тағйироти боэътимоди сатҳи γ -глобулинҳо сабт накарданд. Аммо аллакай аз солҳои 10-ум дар ин гурӯҳ афзоиши тадриҷии сатҳи иммуноглобулинҳо мушоҳида карда шуд ва то рӯзи 15-ум консентратсияи онҳо ба сатҳи меъерӣ (10,64%) расид. Дар гурӯҳи харгӯшҳо, ки дар онҳо терапияи комплексӣ истифода мешуд, аз 3 рӯз инҷониб миқдори иммуноглобулинҳо бо тамоюли тадриҷии афзоиш хос буд. Илова бар ин, консентратсияи γ -глобулинҳо дар харгӯшҳои гурӯҳи дуҷум аллакай дар рӯзи 5-уми таҷриба (10,8 %) ($p \leq 0,05$) ба меъери физиологӣ расид. Аз рӯзи 10 то 30-уми таҷриба миқдори иммуноглобулинҳои гурӯҳи дуҷуми харгӯшҳо нисбат ба гурӯҳи якҷум ва гурӯҳи назорат мутаносибан 15 ва 27,4% зиёдтар буд. Консентратсияи СИК то оғози истифодаи доруҳо дар доираи 0,060,07 мг/см³. Коҳиши назар-раси СИК дар гурӯҳи аввал танҳо дар рӯзи 20-уми таҷриба (0,06 мг/см³) ба қайд гирифта шуд ва танҳо дар рӯзи 30 сатҳи онҳо ба нишондиҳандаи меъерӣ расид: 0,05 мг/см³ ($p \leq 0,05$). Дар ҳамин ҳол, дар гурӯҳи дуҷум консентратсияи СИК ба нишондиҳандаи меъерӣ аллакай дар рӯзи 10-уми таҷриба (0,05 мг/см³) расид ва то охири таҷриба дар ин сатҳ буд. Сатҳи серомукоидҳо пеш аз таҷриба аз нишондиҳандаҳои меъерӣ дар ҳамаи гурӯҳҳо баландтар буд: 0,580,64 мг/см. Камшавии боэътимоди консентратсияи серомукоидҳо дар ҳуни харгӯшҳои гурӯҳи озмоишии аввал аз 15 рӯз (0,43 мг/см³) ($p \leq 0,05$) бо расидан ба сатҳи меъер дар 20 рӯз (0,39 мг/см³) мушоҳида карда шуд.

Дар гурӯҳи дуҷуми озмоишии харгӯшҳо, ки дар он терапияи комплексӣ истифода мешуд, миқдори серомукоидҳо ба сатҳи меъерӣ аллакай дар рӯзи 15-уми таҷриба 0,37 мг/см³ расид. Илова бар ин, дар рӯзи 30-уми озмоиш консентратсияи серомукоидҳо дар харгӯшҳои гурӯҳи дуҷум (0,34 мг/см³) нисбат ба гурӯҳи аввал (0,35 мг/см) камтар буд. Дар муқоиса бо гурӯҳҳои озмоишӣ, сатҳи серомукоидҳо дар гурӯҳи назоратӣ дар як сатҳ дар доираи 0,620,64 мг/см³ нигоҳ дошта шуд.

Хулоса. Дар гурӯҳи харгӯшҳое, ки дар онҳо барои муолиҷаи комплексӣ доруҳои суперкоккс ва инвермексин истифода бурда шуд, аз рӯзи 3-юм миқдори иммуноглобулинҳо бо тамоюли тадриҷан зиёд шуданд. Илова барин, консентратсияи γ -глобулинҳо дар ин гуруҳи харгӯшҳо аллакай дар рӯзи 5-уми таҷриба (10,8%) ба меъери физиологӣ баробар шуданд. Аз рӯзи 10 до 30-уми таҷриба дар гуруҳи харгӯшҳои муолиҷашаванда миқдори иммуноглобулинҳо назар ба гуруҳи назоратӣ мутаносибан то 22,4 Ҷ зиёд буд. Маълумоти бадастомадаро таълил карда, метавон ба хулосае омад, маводҳои суперкоккс ва инвермексин Ҷангоми табобати харгӯшон аз бемории кокцидиоз (эймериоз) самаранг баланд нишон доданд.

Адабиётҳо.

4. Зубенко, А.А. Кокцидиоз, проблемы лечения, скрининг новых протистостатических веществ / А.А. Зубенко, В.А. Никитенко, О.И. Ващенко// Журнал ветеринарная патология №4. 2012 г. С. 64-66.
5. Лутфуллин, М.Х. Профилактика и лечение эймериоза кроликов / М.Х. Лутфуллин, Е.В. Шабалина // Ученые записки КГАВМ. – Т. 192. – Казань. – 2018. – С. 110-113.
6. Холбеков М.Ё. Распространение эймериозов кроликов в частном секторе Республики Таджикистан/М.Ё.Холбеков, О.У.Умарова//.-Молодой учёный.-2021.-№24(336).-С.195-197.

Ўрмонова М.М.

МАВҚЕИ КАЛИМАИ СОМАТИКИИ “САР” ДАР ТАРШКИЛИ ИБОРАҶОИ ФРАЗЕОЛОГӢ ДАР ЗАБОНИ МУОСИРИ ТОҶИКӢ (дар асоси маводи романи "Двоздаҳ дарвозаи Бухоро"-и Ҷ.Иқромӣ)

Коллеҷи омӯзгорӣи ДДХ ба номи академик Бобочон Ғафуров

Муҳимият. Калимаҳои аслии қисми муҳим ва устувори таркиби луғавии забонро ташкил намуда, бори маъниро мекашанд, асрҳои аср бо тобишҳои маъноӣ хеш имконоти интиҳоб ва ифоданокиро дар тасвири ҳодисаҳо, воқеаҳо, оғозидани образҳо, нишон додани хислати характери персонажу қаҳрамонҳо дар услуби бадеӣ таъмин мекунад. Аз ин рӯ, омӯзиши хусусиятҳои луғавию семантикии онҳо дар ташкили ибораҳои фразеологӣ аз манфиат ҳолӣ нест.

Мақсади таъқиқот аз он иборат аст, ки дар асоси асоси маводи романи "Двоздаҳ дарвозаи Бухоро"-и Ҷ.Иқромӣ ба хусусиятҳои маъноӣ ва семантикии вожа сар дар ташкили ибораҳои фразеологӣ рӯшанӣ андозем.

Мавод ва методи таъқиқот. Маводи таъқиқоти моро романи "Двоздаҳ дарвозаи Бухоро"-и Ҷ.Иқромӣ ташкил карда, Ҷангоми таъқиқот ба методи таълили сохторӣ ва муқоисавӣ таъкид карда шуд.

таълили сохторӣ ва муқоисавӣ таъкид карда шуд.

Натиҷаи таъқиқот. Калимаҳо бо маъноӣ аслии наметавонанд тамоми тобишҳои маъноиро ифода наоянд, онҳо аз маъноӣ воқеӣ дур гардида, ба худ маъноӣ нав, яъне маъноӣ маҷозӣ касб намуда, фикрро бо тарзи маҷоз, образноку

муассир баён менамоянд. Чунин хусусиятро калимаҳои маҷозӣ ва фразеологизмҳо дороянд ва таъсирбахшии гуфторро таъмин мекунанд.

“Вазифаи муҳимтарини калимаҳои аслии тоҷикӣ дохили воҳидҳои фразеологӣ аз он иборат аст, ки онҳо ба воҳидҳои фразеологӣ устувории махсус бахшида, хусусияти миллии онҳоро бештар таҷассум менамоянд” [2, 17]. Онҳо мафҳуми муайянеро ифода намуда, яқлукт вазифаи ягонаи нахвиरो адо мекунанд. Нависандагону шоирон аз ин ганҷинаи забон аз рӯи қобилияти забондонӣ ва сатҳи дониши ҳеш дар эҷодиёти худ, дар офаридани асарҳои истифода бурда, ба воситаи онҳо обурани миллии асари худро таъмин менамоянд. Дар ин маъсала нависанда Чалол Иқромӣ маҳорати хуб дошта, кӯшидааст, ки дар романи “Дувоздаҳ дарвозаи Бухоро” аз ин воситаи муассири нутқ баҳра бурда, матлабашро образноку нишонрас, мучаз баён намояд.

Як қисми таҳқиқоте, ки дар ин самт ба анҷом расидаанд, бевосита ба забон ва услуби адабони ҷаҳон бахшида шуда, дар онҳо ба маъсалаҳои сохторӣ, хусусияти семантикии ибораҳои фразеологӣ таваҷҷуҳ карда шуда, баъзе хусусиятҳои муҳими семантикӣ ва сохтории онҳо шарҳ ёфтааст.

Забоншинос Н. Маъсумӣ дар мавриди истеъмоли фразеологизмҳо дар асарҳои бадеӣ чунин ибрази андеша намудааст: “Идиома ва таъбирҳои фразеологӣ аз ҷиҳати маъно, монанди гурӯҳҳои луғавӣ, ба соҳаҳои гуногуни зиндагӣ дахлдор буда, хусусият, рӯҳия, характер, идея ва амлӣи гуногуни одамонро ифода мекунанд. Онҳо аз ҷиҳати сохт ва таркиби худ низ ҷарҳеланд. Нависанда дар давоми тасвири воқеа ва гуфтугӯи персонажҳо ҳар кадоме аз он шаклҳо ё ба таври шаклҳои ягонаи ифода ва ё ба тариқи шаклҳои синонимӣ ҳамчун ҷиссаҳои таркибии суҳан кор фармуда, дар гуфтор оҳангу обутоби гуфтугӯӣ, ҷоннокӣ, ҷиддият, ҳазломез ва ҳаҷвӣ пайдо мекунанд” [3, 188].

Фразеологизмҳо чун воситаи муассир ва образноки диққати забоншиносонро ба худ ҷалб намудаанд, ки муҳаққиқон ҳангоми баррасии хусусиятҳои лексикӣ, семантикии таркиби луғавии асарҳои бадеӣ бевосита ба воҳидҳои фразеологӣ низ таваҷҷуҳ зоҳир намуда, баъзе хусусиятҳои онро таъкид намудаанд. Забоншинос Р. Ғафоров ҳангоми баррасии “Забон ва услуби Раҳим Чалил” ин воҳиди муассири забонро ба ду гурӯҳ тасниф намуда, ба қадом мақсад истифода намудани адабро нишон додааст [1, 81].

Калимаи **сар** ҳамчун унсuri луғавии забон дар таркиби воҳидҳои фразеологӣ серистеъмол буда, дар шаклирии воҳидҳои фразеологӣ забони тоҷикӣ дар қатори калимаҳои соматикӣ **чапм, даст, лаб, дил, сар, рӯ, по** мавқеи муҳим дорад.

Ибораҳои фразеологӣ феълӣ бо вожаи соматикӣ **сар** ташкил ёфта 39 адад мушоҳида гардиданд: *ба сар мебаранд (240), ба пеши пои касе сар мондан (279) сар ҷунбонидан (23), сари касеро гаранг кардан (8), саранҷоми кори худро дидан (69), ба сар кашидан (14), сар аз тан ҷудо кардан (15), дар сари кор истодан (24), сар ба осмон расидан (38), ба сари касе боло хезондан (102, 439), сари касеро дута кардан (38), касеро сарнаст кардан (42), сар ба болишт гузоштан (43), сар бардоштан (81), умр ба сар бурдан (121), ҳуш аз сар паридан (333), ба сар боло хезондан (102, 103), ба сар бардоштан (110, 372), ба сари касе рӯзи сиёҳ овардан (156), ба болои сар баромадан (158, 370), ба сари касе чормағз шикастан (193), ба сари ғам хок рехтан (203), аз коре саркашӣ кардан (225), сар боло кардан (236, 377), аз як гиребон сар баровардан (272), сари касе гич шудан /кардан (281), ба даҳони аждаҳо сар задан (297), ба касе сару кор надоштан (297), аз ғамони касе як сари мӯ берун нарафтан (308), ба сари касе ҷӯб шикастан (331), аз сари худ бохабар будан (325), сари касеро ба осмон расонидан (339), сар фурувардан (374), ба зер пои касе сар мондан (415), бо сари баланд (431), ба сари мақсад омадан (431), ба теппаи сар баромада гирифтан (440), сар ҳам накардан (448), ба коре саргарм шудан (455).*

Ибораҳои фразеологӣ феълие, ки бо вожаи сар сохта шудаанд, дар асари мавриди назар серистеъмол буда, аз ҷиҳати тобиши маъно, обурани услубӣ фарқ мекунанд. Чунин, ибораи **ба сари касе чормағз шикастан** ҳоси услуби бадеӣ мебошад ва маъмулу серистеъмол аст. Ибораи мазкур ба маънои– “ба касе зулму ситам кардан, касеро аз ҷонаш сер кардан” [5, 75] истифода мешавад. Нависанда барои нишон додани вазъи сиёсии Бухоро, ҳолати руҳии одамон ибораи мазкурро бамаврид корбаст намудааст: *Мо пролетари Бухоро гуфта, онҳо ба сари мо чормағз шикаста истодаанд (193).*

Дар ҷумлаи зерин ибораи фразеологӣ феълӣ **ба сари касе ҷӯб шикастан** “истифода гардидааст, чунин ташреҳ ёфтааст: 1. айбу маломати чизе ба сари касе афтодан; 2. ба гуноҳи касе ба ҷавобгарӣ кашида шудан” [5, 421]. Ибораи мазкур камистеъмол аст. Чалол Иқромӣ онро барои нишон додани воқеаҳои солҳои инқилоби Бухоро, давраи ҳассосе буд, ки душмани халқ бо ҳар восита мардуми бегуноҳро мучозот медоданд, ба маврид ба кор бурдааст: *Одамони вай ба сари фуқарои гирду атрофи Бухоро ҷӯб мешикастаанд... (331).*

Ибораи фразеологӣ феълӣ **сари касе гич шудан**– “сари касеро гаранг, овора кардан” [5, 37] дар забони шифоҳии мардум серистеъмол буда, асосан ба маънои гаранг шудан истифода мегардад. Дар ҷумлаи зерин барои нишон додани ҳолати Асад Махсум пас аз шаробнӯшӣ истифода шудааст: *Нушонӯшӣ зиёд шуд, аз ҳад гузашт, сари вай гич шуда монд (281).*

Дар забони гуфтугӯи ибораи фразеологӣ феълӣ **ба коре саргарм шудан** маъмул аст. Ибораи фразеологӣ **ба коре саргарм шудан**– “ба чизе машғул, андармон будан, ба чизе саҳт дода шудан” [5, 83] маъмул буда, онро нависанда дар мавриди аз ҷониби одамони Асад Махсум дастгир гардидани Ҳайдаркул аз забони персонаж ба кор бурдааст: *Ман ҳам аз худ беҳабар, бо нақшаю планҳои кор ва амалиёти имшаба саргарм шуда, форигбол ба хона рафта даромадам.. ва ба даст афтодам (455).*

Ибораи фразеологӣ феълӣ *аз сари худ бохабар будан* дар ҷумлаи зерин ба маънои эҳтиёт шудан, ҳушёр будан дар мавриди худ омадааст: *Аз сари худат бохабар бош, набошад!– гуфта монд Наим (325).*

Нависанда барои нишон додани симои воқеӣ ва ҳислати мардонаи Ҳайдаркул ибораи фразеологӣ феълӣ **сарӣ худро кам накардан**– ро бамаврид нишон дода, ба ҳонанда тавассути он мардонагиро бовикорӣ, ҳисси баланди инсонро дар лаҳзаи мушкӣ ва очӣи сабақ медиҳад: *Ба ҳамин ҳолати маъносӣ ҳам Ҳайдарқули рӯздида ва муқтадир дар назди Асад Махсум сари худро ҳам накард (448).*

Нависанда барои образнок ва ифоданок нишон додани лаҳзаҳои мамнунӣ, хурсандӣ, шодмонӣ ибораҳои

фразеологии феълии *сари касеро ба осмон бардоштан*(339), *сар ба осмон расидан* (38) –ро истифода намудааст. Дидӣ, Ойишаҷон *Фирӯзаанет ба муборақбодӣ омадам гуфта, ҳам сари моро ба осмон мебардоранду ҳам ба диламон нештар мезананд*(339). . *Сараи ба осмон расида буд*(38). *Сарам ба осмон расид, Махсумҷон!–гуфта монд Наим* (30).

Ибораи фразеологии феълии *сари касеро дута кардан*– *касери задор ё шавҳардор кардан*[5, 42]дар мавриди хонадор намудани фарзандон, оиладор кардани касе истифода мегардад: *Баъд сари маро дута карда, тӯю тамошоҳо карда ба муродаи расид* ((38).

Нависанда баъри ифодаи *ба коре тарафдорӣ кардан* ибораи фразеологии феълии *ҳама бо як забон маъқул донишанд*–ро истифода намудааст: *Муовин ва ёридиҳандагонаи, ки феъли ӯро нағз медонишанд, ҳама бо як забон нақша ва планҳои Махсумро маъқул донишанд* (344).

Дар асар як гурӯҳ ибораҳои фразеологии феълиро мушоҳида кардан мумкин аст, ки тобиши маъниҳои манфиро ифода мекунанд. Ибораи *сарашро хӯрад* дар ҷумлаи зерин ба маънии манфӣ омадааст: *Ман боз ду ракати дигар намози шукр адо кардам, ки асп сарашро хӯрад, ҳудам озод мондам*(50)

Баъри ифодаи маъноӣ куштан, ба қатл расонидан ибораи фразеологии феълии *сар аз тан ҷудо кардан*–ро истифода намудааст: *Аз тарафи дигар медонист, ки ҷадидҳо маҳкуми марг шудаанд ва наздикону ёру дӯстони ҷадидҳоро низ муллоҳо гирифта ба болои арк мекашанд ва дар он ба ҳавлича дароварда, сар аз тан ҷудо мекунанд* (15).

1. Калимаҳои асли қисмати муҳимми таркиби луғавии забон маҳсуб ёфта, дар нутқи харрӯзаи мо истифода мегарданд. Онҳо таркиби морфологии ибораҳои фразеологиро ташкил медиҳанд.
2. Дар асари мавриди таҳқиқ ибораҳои фразеологии феъли нақши муҳим дошта, дар ташкили ин навъи ибораҳо вожаҳои соматикӣ фаровон истифода гардидаанд.

Адабиёт:

1. Гаффоров Р. Забон ва услуби Раҳим Чалил./ Гаффоров Р. –Душанбе:Дониш, 1966, –223 с.
2. Мачидов Ҳ. Фразеологияи забони адабии ҳозираи тоҷик. –Душанбе: Ирфон, 1982. -140 с.
3. Маъсумӣ Н. Очеркҳои онд ба инкишофи забони адабии тоҷик/ Н.Маъсумӣ. –Душанбе: Пайванд, 2011.–385с.
4. Фозилов, М. Фарҳанги ибораҳои рехтаи забони адабии муосири тоҷик/ М. Фозилов. – Душанбе: Нашрдавтоль, 1963. – Ҷ. I.–952 с.
5. Фозилов, М. Фарҳанги ибораҳои рехтаи забони адабии муосири тоҷик/ М. Фозилов. – Душанбе: Ирфон, 1964. – Ҷ. II. – 802 с.

1Урунова Д.М.,1Уббиниязова К.Т., 2Мадримова Д.Р.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ

1Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии инфекционных и паразитарных заболеваний, Ташкент, Узбекистан

2Республиканский центр по борьбе со СПИДом Республики Каракалпакстан

Актуальность исследования. По данным ВОЗ, в 2021 году от туберкулеза умерли 1,6 миллиона человек, в том числе 187 000 людей, живущих с ВИЧ) [1].

ВИЧ инфекция и туберкулез являются закономерными спутниками в связи с преимущественным распространением этих заболеваний среди одних и тех же групп населения по социальным факторам риска и особенностям иммунных механизмов заболевания [2]. Среди оппортунистических инфекций туберкулез является основной причиной смерти у пациентов с ВИЧ инфекцией [3]. Развитие иммуносупрессивного состояния, неблагоприятные социально-экономические условия, наличие хронических заболеваний, употребление психоактивных веществ и табакокурение, пребывание в местах лишения свободы увеличивают риск развития туберкулеза у пациентов с ВИЧ инфекцией [4].

Сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции являются актуальной проблемой в связи продолжением роста частоты ВИЧ-инфекции и трудностями [5].

Цель исследования. Изучить особенности медицинского и социального статуса пациентов с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ инфекцией.

Материал и методы исследования. В исследование включено 71 пациентов с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ инфекцией, состоящих на диспансерном учете в Республиканском центре по борьбе со СПИДом Республики Каракалпакстан. Критериями включения явились пациенты старше 18 лет, диагноз туберкулез и ВИЧ-инфекция.

Проведен сбор анамнеза заболевания, анализ полового и возрастного состава. Социальный анамнез включал изучение образования, условий проживания и материально-бытовых условий, трудовой деятельности, информацию о потреблении инъекционных наркотических веществ, курении, насвай, злоупотреблении алкоголем.

Проведен анализ всех изучаемых факторов для формирования социального портрета пациента с коинфекцией ВИЧ/ТБ.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы.

При описании количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (М) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). Уровень значимости принимался за величину 0,05. Совокупности количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, описывались при по-

мощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе половой структуры было выявлено что, среди пациентов преобладали мужчины 63,4% (n=45) и 36,6% женщин (n=26). Анализ возрастной структуры показал, что среди пациентов в целом преобладали лица молодого трудоспособного возраста (31-40 лет, 45% пациентов). Средний возраст пациентов составил 40±1,17 лет, mediana 38, moda 36. Интерквартильный интервал говорит нам о том, что средние 50% значений в наборе данных имеют разброс в 14 дюймов. При сравнении по возрасту почти во всех возрастных группах преобладали мужчины (n=45, ДИ 95%=38,33-44,37), чем женщины (n=26, ДИ 95%=34,07-41,70) (Таб.1).

Таблица 1. Распределение пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ по полу и по возрасту

Возраст, лет	Мужчины, абс. (%)	ДИ 95%	Женщины абс. (%)	ДИ 95%	Всего, абс. (%)	%	ДИ 95%
21-30	5 (7,04%)	20,163-31,437	4 (5,63%)	22,461-28,539	9 (12,6%)	12,6%	23,031-28,302
31-40	19 (26,7%)	34,655-37,345	13 (18,3%)	32,479-35,821	32 (45%)	45%	34,209-36,291
41-50	13 (18,3%)	43,521-47,094	6 (8,45%)	42,543-48,124	19 (26,7%)	26,7%	43,971-46,661
51-62	8 (11,2%)	54,062-60,688	3 (4,22%)	48,076-63,257	11 (15,4%)	15,4%	54,441-59,377
Всего	45 (63,3%)		26 (36,6%)		71 (100%)	100%	

При анализе социального статуса было выявлено, что среднее образование имели 84,7% (n=61, ДИ=76,08-92,91), средне-специальное образование 15,3% (n=11, ДИ=7,082-23,91). Мужчины со средним образованием встречались в 1,15 раз чаще (88,89%, n=40), по сравнению с женщинами (76,92%, n=20). Несмотря на наличие образования, большинство пациентов были безработными 95,7% (n=68), и почти все безработные отмечались в возрастной группе 31-40 лет (45%, n=32).

Из анамнеза было выявлено, что большинство пациентов коинфекцией ВИЧ/ТБ 91,5% (n=65) часто выезжали за пределы республики в Каракалпакстан из-за снижения экономической стабильности и безработности в семье. Наиболее привлекательные направления продвижения трудовой миграции для граждан РК оказались Российская Федерация, Казахстан, Грузия, Азербайджан.

В Российскую Федерацию выезжали 33,8% (n=24), в Республику Казахстан 26,7% (n=19), в Грузию и Азербайджан 2,8% (n=2).

Анализ условий проживания пациентов показал, что в отдельном частном доме проживали 94,3% пациентов (n=67), в многонаселенной квартире 5,63% (n=4).

Распределение пациентов по семейному положению показало, что 53,5% (n=38) пациентов имели семью и были в зарегистрированном браке, 21,1% (n=15)-разведены, 22,5% (n=16)- не замужем/холосты и 2,81% (n=2)-живут в гражданском браке. Было установлено, что у 59,1% (n=42) пациентов имеются дети, а у 40,8 % детей нет. У 18,3 % (n=13) пациентов имеется 1 ребенок в семье, 33,8 % (n=24) -два ребенка в семье и у 7,04% (n=5) -более двух детей в семье.

Нами также был проведен анализ на наличие инвалидности и судимости в прошлом. Доля пациентов с инвалидностью 2 группы составила 8,45% (n=6, ДИ=0,0198-0,1492) и в 2,8 раз чаще встречалась среди мужчин (11,11%, n=5), по сравнению с женщинами (3,84 %, n=1).

У 16,9% (12) пациентов с коинфекцией в прошлом имелась судимость с отбыванием наказания в местах лишения свободы.

Потребление инъекционных наркотиков было отмечено у 16,9 % (n=12), курение у 8,45% (n=6), курение насвая у 2,81% (n=2), и злоупотребления алкоголем отмечено у 16,9 % (n=12) пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ.

Выводы. Таким образом, пациенты с коинфекцией ВИЧ/ТБ относятся к социально-дезатаптированным лицам. Социальная отягощенность характеризовалась безработицей у лиц мужского пола, трудоспособного возраста (45%) с наличием среднего образования. Трудовая миграция является распространенной у 91,5% (n=64) пациентов коинфекцией ВИЧ/ТБ. Следует отметить, что в связи с низкой информативностью трудовых мигрантов о профилактике ВИЧ/СПИД, риск развития ВИЧ инфекции у трудовых мигрантов повышен. Развитие иммунодефицитного состояния связанное с ВИЧ инфекцией, проживание в плохих условиях и наличие непосредственного уровня питания в миграции долгие увеличивает риск развития туберкулеза у этих контингентов, что подтверждается и результатами ряда исследований. [5].

Список литературы

- 1.WHO.Global Tuberculosis Report,2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
2. Mansfeld M., Kirk O., Lundgren J., Efsen A., Podlekareva D., Skrahina A., Shepherd L., Schultze A., Mocroft A., Panteleev A., Miller R., Miro J., Zeltina I., Tetrarov S., Furrer H., Grzeszczuk A., Bolokadze N., Matteelli A., Post F., Losso M.H. et al. Major differences in organization and availability of health care and medicines for HIV/TB coinfectd patients across Europe // HIV Medicine. - 2015. - Vol. 16.-; № 9. - P. 544–552. DOI:10,1111/hiv.12256.
3. Мишин В.Ю., Мишина А.В., Левченко М.В., Собкин А.Л., Эргешов А.Э. Сочетанные инфекции. Туберкулез и ВИЧ-инфекция // Consilium Medicum. - 2017.- Т. 19.- № 11.- С. 59–63.

4. Кулабухова Е.И., Кравченко А.В., Зимина В.Н., Покровская А.В., Суворова З.К., Хохлова О.Н., Винокурова О.О., Кадырова А.А., Рзаева А.М., Саркисянц Н.К., Давидян А.С., Сергеев С.В., Сапрыкина Ж.А., Бекболотов А.А., Абдрахманова Э.Д., Волченков Г.В., Замковая Т.Н., Сатторов С.С., Солиев А.А., Бекметова М.Ю., Нормуратова Г.А., Покровский В.В. Факторы риска развития туберкулеза у пациентов с ВИЧ инфекцией. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. -2021.-Т12,-№3.-С.71-77

5. Старшинова А.А., Пантелеев А.М., Васильева Е.В., Манина В.В., Павлова М.В., Сапожникова Н.В. Применение современных иммунологических методов в диагностике туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией // Журнал инфектологии. - 2015. -Т.-7. № 3.- С. 126–130.

Усаров Г. Х1,2., Турицин В.С.3, Саттарова Х.Г. 1,2
ВИДОВОЙ СОСТАВ (DIPTERA: PHLEBOTOMINAE) ПЕРЕНОСЧИКОВ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В
ЮЖНЫХ ОБЛАСТЯХ УЗБЕКИСТАНА

УДК 595.771: 614.449.57

1. Научно-исследовательский институт микробиологии, вирусологии, инфекционных и паразитарных заболеваний им. Л.М. Исаева при Самаркандском Государственном медицинском Университете
2. Кафедра биохимии Самаркандский государственный медицинский университета. Узбекистан
3. Санкт-Петербургский государственный аграрный университет, Россия.

Актуальность. Различные формы лейшманиозов распространены в 82 странах мира, около 350 миллионов человек проживают в зонах повышенного риска заражения.[1] Всемирная организация здравоохранения включила эту группу инфекций в специальную исследовательскую программу по тропическим болезням. Зоонозный кожный лейшманиоз (ЗКЛ) широко распространен в странах Азии и Африки. В Узбекистане в настоящее время кожный лейшманиоз (КЛ) регистрируется в областях Узбекистана и в Республике Каракалпакстан, повышенная заболеваемость отмечается Сурхандарьинской, Кашкадарьинской и Джизакской областях. Риску заражения подвергаются около 1,5 миллионов человек. Согласно официальным данным РесЦГСЭН за последние годы в республике отмечается рост заболеваемости КЛ на 37% (с 503 до 766 случаев, в интенсивном показателе – с 1,6 до 2,4 на 100 тыс. населения) за счет высоких показателей Сурхандарьинской области, где рост заболеваемости составил – 40% (с 149 до 248 случаев),

В связи с осложнением ситуации по лейшманиозам весьма актуальным является изучение видового состава и мониторинга численности москитов - переносчиков этих заболеваний в населенных пунктах Узбекистана. Для выяснения современного состояния популяций москитов нами были проведены исследования в Кашкадарьинской и Сурхандарьинской областях, на территории, которая является очагов АКЛ и ЗКЛ в Узбекистане.

Цель исследования. На территории Узбекистана обнаружено 17 видов москитов, относящихся к 2 родам: *Phlebotomus* 12 видов и *Sergentomyia* 5 видов [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16], из которых основными переносчиками лейшманиозов КЛ являются 2 вида москитов: *Phlebotomus papatasi*, *P. Sergenti*.

В связи с этим, было проведено изучение москитов в ряд областей Узбекистана- Сурхандарьинской, Кашкадарьинской, где в последние годы регистрируются больные лейшманиозами.

Материалы и методы. Отлов москитов проводили в течение 2020 и 2022 гг. в вышеуказанных областях. Москитов отлавливали с помощью липких листов бумаги (А 4), которые устанавливали в жилых, хозяйственных помещениях и на колониях больших песчанок (*Rhombomys opimus*) за 1 час до захода солнца и снимали утром.

Всего за период наблюдений в жилых, хозяйственных помещениях и на колониях больших песчанок на липких листах было отловлено 741 экз. москитов. Отловленных москитов помещали в 96% этиловый спирт. Для определения видовой принадлежности москитов приготавливали постоянные препараты с использованием гуммиарабиковой смеси (жидкость Фора). Видовую идентификацию проводили по определителям [1, 12]. Численность москитов считывали по индексу обилия - количество москитов каждого вида на одну липучку.

Результаты исследования и их обсуждение. Природных очагов ЗКЛ Сурхандарьинской и Кашкадарьинской областях выявлено 5 видов москитов. В жилых и хозяйственных помещениях доминирующим видом был *P. papatasi* (79,0 – 87,9%). В связи с этим, наиболее высокая заболеваемость людей ЗКЛ зарегистрирована в г. Мубарек. Численность остальных видов, таких как *P. sergenti*, *P. caucasicus*, *P. alexandri*, *P. mongolensis*, во всех сборах была незначительной.

Следует отметить что, в колониях больших песчанок, расположенных недалеко от г. Мубарек – в пустынной зоне преобладал *P. caucasicus* (62,2%) и субдоминантным был *P. papatasi* (25,8%). По мере приближения к населенным пунктам численность *P. caucasicus* уменьшалась, а *P. papatasi* -возрастала. Численность москитов в поселках была выше (от 1,7 до 4,87 москита на лист липкой бумаги за ночь), главным образом за счет *P. papatasi*. В норах большой песчанки численность всех видов москитов (от 0,005 до 1,1 москита) была значительно меньше, чем в поселках. Наши исследования показали, что в Каршинской степи природные очаги ЗКЛ распространены повсеместно.

Для установления роли различных мест выплода москитов в исследованных территориях мы сопоставили количество москитов, отловленных в различных типах убежищ. Оказалось, что наибольшее количество москитов было поймано в глинобитных помещениях и хлевах для скота, следовательно, основными местами выплода москитов в Мубареке надо считать эти помещения.

В природном очаге ЗКЛ (Мубарек) в фауне москитов выявлены: *P. papatasi* и *P. sergenti* - переносчики зоонозного и антропонозного кожных лейшманиозов.

Во всех населенных пунктах и во всех сборах присутствовали 2 вида москитов: *P. sergenti* и *P. papatasi*.

Основными местами выплода москитов в обследованных населенных пунктах были глинобитные жилые и хозяйственные помещения. В фауне обследованных территорий из москитов повсюду присутствуют: *P. papatasi* и *P.*

sergenti, в связи с этим в Кашкадарьинской и Сурхандарьинской областях требует повышенного внимания органов санитарно-эпидемиологической службы не только в отношении ЗКЛ и АКЛ, но и в выперального лейшманиоза.

Выводы. 1. На территории Узбекистана обнаружено 17 видов москитов, в ходе наших исследований очагах лейшманиозов Сурхандарьинской и Кашкадарьинской областях установлено 5 видов москитов, относящихся к 2 родам: *Phlebotomus*. Преобладающими видами в населенных пунктах являются *P. sergenti* и *P. papatasi*, а в колониях больших песчанок - *P. caucasicus*.

2. Обилие москитов в населенных пунктах в оазисной зоне очагах лейшманиозов была крайне низкой, в степной зоне в связи близостью с норами песчанок она была несколько выше.

3. Основными местами выплода москитов в населенных пунктах являются глинобитные жилые и хозяйственные помещения, а в природных условиях норы большой песчанки, где имеются оптимальные условия для развития преимагинальных стадий и выплода москитов.

4. Основные переносчики (КЛ) лейшманиозов - *P. papatasi*, *P. sergenti* в обследованных территориях Узбекистана распространены повсеместно.

Список литературы

1. Баранец, М.С. Видовой состав и распространение москитов (Diptera, *Psychodidae*, *Phlebotominae*) Центральной Азии [Текст] / М.С. Баранец, Е.Н. Понировский, Д.С. Кадамов // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - М. - 2015. - №4. С.10-18.
2. Званцов А. Б. Определитель москитов (Diptera, *Psychodidae*, *Phlebotominae*) Центральной Азии. - ВОЗ. Европейское региональное бюро: Копенгаген. - 2019. - 56 с.
3. Суванкулов У.Т., Муратов Т.И., Баратова М.Р., Исламов Н.Х., Саламова Л.А., Орипов Р.А., Мамиров В.А. Распространенность кожных лейшманиозов среди населения в эндемичных районах Узбекистана // ОИИ. 2020. №1/S. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-kozhnyh-leyshmaniozov-sredi-naseleniya-v-endemichnyh-rayonah-uzbekistana> (дата обращения: 02.08.2023).
4. Баранец М. С, Понировский Е. Н., Кадамов Д. С. Видовой состав и распространение москитов (Diptera, *Psychodidae*, *Phlebotominae*) в Центральной Азии. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2015, 4: 10–18.
1. Усаров Г.Х., Саттарова Х.Г., Турицин В.С., Келдиёров Ш.Х. Ўзбекистоннинг тери лейшманиёзи ўчоқларида москитлар (Diptera: *Phlebotomina*) фаунаси ва унинг эпидемиологик аҳамияти. Вестник Хорезмской академии Маъмуна. - 2022 - 91 - 7/1, - 106 бет.

Усачева Т.Р.1, Кабиров Д.Н.2, Куранова Н.Н.1

КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЕ 18-КРАУН-6 С ИОНОМ НИКЕЛЯ (II) В ВОДНО-ЭТАНОЛЬНОМ РАСТВОРИТЕЛЕ

1ФГБОУ ВО «Ивановский государственный химико-технологический университет», Иваново, Россия

2ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Актуальность.

В настоящее время подавляющее большинство промышленных процессов являются каталитическими. При этом диапазон использования катализаторов весьма широк – от крупнотоннажных процессов нефтепереработки, гидроочистки, получения аммиака и др. до синтеза лекарственных препаратов, реактивов, очистки сточных вод и выхлопных газов. В этой связи катализ является одним из определяющих элементов научно-технического прогресса, поскольку разработка и применение высокоэффективных и селективных катализаторов позволит интенсифицировать производства, решить проблемы рационального использования природного сырья и охраны окружающей среды.

Создание каталитических систем, которые объединяют в себе свойства металлокомплекса и поверхностно-активного вещества со способностью к молекулярному распознаванию, актуально. Перспективным направлением создания новых высокоселективных катализаторов является применение в катализе принципов супрамолекулярной химии, изучающей организованные ансамбли молекул [1]. Одним из основных достижений химии молекулярных ансамблей стал дизайн соединений, способных к молекулярному распознаванию катионов, анионов, нейтральных молекул. Это позволяет разрабатывать катализаторы, для которых активность и селективность определяется межмолекулярными взаимодействиями типа «гость-хозяин».

Формально все краун-эфиры можно отнести к классу гетероциклических соединений, однако необычные свойства таких соединений позволили выделить их в самостоятельный класс. Краун-эфиры содержат фрагмент C–O–C, характерный для простых эфиров, а также могут включать фрагменты амина C–NH–C, или тиоэфира C–S–C. Комплексообразующая способность краун-соединения и устойчивость образующегося комплекса зависят от относительной величины диаметра полости краун-соединения и диаметра катиона. На эту способность влияют также величина заряда и жесткость катиона, так же, как и природа донорных гетероатомов, присутствующих в краун-соединении, что в свою очередь определяется их жесткостью и основностью. Способность краун-соединений к ионоселективному комплексообразованию является результатом влияния всех этих свойств.

Эти комплексы представляют собой катион, захваченный полостью краун-эфира, которая по диаметру соответствует диаметру катиона; кроме того, неподеленные пары электронов, принадлежащие атомам кислорода кольца краун-эфира, направлены к центру полости. В комплексе краун-эфира каждый донорный атом кислорода расположен на одинаковом расстоянии от катиона. Такое упорядоченное расположение лигандов в комплексах краун-эфиров дает выигрыш в энтропии по сравнению с обычными комплексообразующими молекулами.



Рисунок 1. Никель в полости 18-краун-6: схема взаимодействия.

Цель исследования.

Исследование взаимодействия иона никеля Ni^{2+} и 18-краун-6 (18К6) в воде и в водно-этанольном растворителе состава 0.2 м.д. EtOH.

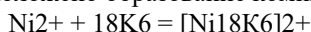
Материал и методы исследования.

Соединения $Ni(ClO_4)_2 \cdot 6H_2O$ (Реахим, Уральский завод химреактивов, Россия) использовали без дополнительной очистки. Заявленная производителем чистота реактивов >99мас.%. Этанол (C_2H_5OH – «ректификат») очищали перегонкой при атмосферном давлении, остаточную концентрацию воды учитывали при приготовлении растворов. Растворы никеля(II) и 18К6 готовили весовым методом на деаэрированном бидистилляте ($\kappa = 1.7 \mu S/cm$, $pH = 6.6$) непосредственно перед измерениями. Для приготовления растворов навески никеля(II) и 18К6 взвешивали на аналитических весах марки AUW-220D («Shimadzu», Япония), точность взвешивания составляла $\pm 0.00005g$.

Изотермическая калориметрия титрования. Метод изотермической калориметрии титрования является в настоящее время единственным экспериментальным методом, позволяющим одновременно определять константу устойчивости комплексов, изменение энтальпии комплексообразования и вклад энтропии в изменение энергии Гиббса реакции.

Результаты исследования и их обсуждения.

В данной работе исследовано взаимодействие иона никеля Ni^{2+} и 18-краун-6 (18К6) в воде и в водно-этанольном растворителе состава 0.20 м.д. EtOH. Предположено образование комплекса $[Ni18K6]^{2+}$ согласно схеме:



Исследование проведено с помощью изотермической калориметрии титрования. Изотермическая калориметрия титрования - универсальный метод для изучения реакций комплексообразования и межмолекулярных взаимодействий. Определение тепловых эффектов реакций в растворах проводят с использованием калориметров различных конструкций, выбор которых обусловлен объектами исследования, условиями проведения эксперимента и требуемой точностью измерений. Имеющиеся в литературе калориметрические данные о тепловых эффектах реакций комплексообразования с участием биологически активных молекул получены в основном с использованием калориметров титрования [2, 3].

Методом изотермической калориметрии титрования исследовано взаимодействие $Ni(II)$ с 18К6 в водно-этанольных растворителях состава 0.00 и 0.20 мол.д. EtOH при температуре 298.15K и определены термодинамические параметры реакции комплексообразования.

В каждом составе водного-органического растворителя было выполнено 5-10 добавок раствора титранта, к растворам в калориметрической ячейке ($Q_{смеш}$).

Тепловой эффект разведения раствора титранта в соответствующем растворителе ($Q_{разв}$) измеряли в отдельном калориметрическом эксперименте и учитывали при определении теплового эффекта комплексообразования ($Q_{смеш}$):

$$Q_{компл} = Q_{смеш} - Q_{разв}$$

$Q_{смеш}$ - тепловой эффект смешения раствора титранта с раствором в ячейке; $Q_{разв}$ - тепловые эффекты эксперимента по разбавлению раствора титранта в смешанном растворителе соответствующего состава, содержащегося в ячейке.

В таблице 1 приведены аналитические концентрации Ni^{2+} и 18К6 в калориметрической ячейке, теплоты взаимодействия растворов Ni^{2+} и 18К6.

Таблица 1. Пример первичных экспериментальных данных по комплексообразованию Ni^{2+} с 18К6 в водных растворах при $T = 298.15K$.

Аналитические концентрации		Qсмеш (мДж)	Qкомпл (мДж)
18К6, моль/л	Ni(II), моль/л		
Ni(II) в ячейке и 18К6 в шприце			
0.0004	0.1124	10.73	8.33
0.0004	0.2484	14.83	12.43
0.0004	0.5763	28.68	26.28
0.0004	0.5773	27.93	25.54
0.0004	0.6711	42.27	39.87

Устойчивость комплекса определена методом УФ-спектрофотометрии. Значения $lgK[Ni18K6]^{2+}$, полученные спектрофотометрически, были использованы при математической обработке результатов изотермической калориметрии титрования для расчетов изменений энтальпии и энтропии комплексообразования.

Установлено, что с добавлением этанола наблюдается тенденция к уменьшению устойчивости комплекса никеля(II) с 18-краун-6, которая сопровождается ростом экзотермичности комплексообразования.

Выводы.

В отличие от короната никеля (II), в растворителях H₂O-EtOH устойчивость [Ag18K6]⁺ монотонно повышается с ростом концентрации этанола, что определяется энтальпийным вкладом в энергию Гиббса [2]. Анализ энтальпийных характеристик сольватации реагентов показал, что основной вклад в увеличение устойчивости комплексного иона [Ag18K6]⁺ дает ослабление сольватации 18K6. Значения энтальпий переноса ионов Ag⁺ и Ni²⁺ из воды в водно-этанольные растворители отличаются очень незначительно друг от друга [2, 3], однако реакция образования комплекса [Ni18K6]²⁺ более экзотермична. Таким образом, сольватационный вклад комплексного иона [Ni18K6]²⁺ в изменение энтальпии комплексообразования при переходе от воды к водно-этанольным растворителям, более значителен, по сравнению с вкладом комплексной частицы [Ag18K6]⁺. Это различие сольватационных характеристик обусловлено, вероятно, структурными особенностями комплексной частицы [Ni18K6]²⁺: ионный диаметр иона Ni²⁺ почти в два раза меньше диаметра полости 18K6. В свою очередь, диаметр иона Ag⁺ соответствует диаметру полости макроцикла.

Исследование проведено в Ивановском государственном химико-технологическом университете с использованием ресурсов Центра совместного использования научного оборудования ISUCT (за счет гранта Российского научного фонда № 23-23-00526, <https://rscf.ru/project/23-23-00526> и при поддержке Министерства науки и высшего образования России, грант № (075-15-2021-671).

Список литературы.

5. Senraa J.D., Maltab L.F.B., Aguiara L.C.S., et al. Catalytic Applications of Heterogeneous Systems Based on Cyclodextrins / J.D. Senraa, L.F.B. Maltab, L.C.S. Aguiara, A.B.C. Simasa, O.A.C. Antunesa // Current Organic Chemistry. – 2010. – V.14. – P. 1337-1355.
6. Усачева Т.Р., Леденков С.Ф., Шарнин В.А. и др. Термодинамика комплексообразования серебра (I) с 18-краун-6 в водно-диметилсульфоксидных и водно-этанольных растворителях / Т.Р. Усачева, С.Ф. Леденков, В.А. Шарнин, А. Гжейдзак // Известия ВУЗов. Химия и химическая технология. – 2000. – Т. 43. – №5. – С. 87–89.
7. Невский А.В., Шорманов В.А., Крестов Г.А., и др. Термодинамика сольватации ионов в водно-этанольных растворителях / А.В. Невский, В.А. Шорманов, Г.А. Крестов, Е.С. Пирогова // Известия ВУЗов. Химия и химическая технология. – 1984. – Т. 27. – №6. – С. 730-733.

Усачева Т.Р.1, Барсукова А.А.2, Куранова Н.Н. 1

ТЕРМОДИНАМИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АЛЬБУМИНА С АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ

1Кафедра общей химической технологии ФГБОУ ВО «ИГХТУ». Россия.

2ФГБОУ «Международный центр образования "Интердом" имени Е.Д. Стасовой. Россия

Актуальность.

Обеспечение нормального функционирования всех органов человека невозможно без витаминов. В настоящее время витамины используются в восстановительной медицине, для повышения возможностей человека в условиях неблагоприятной окружающей среды. Одним из основных витаминов в рационе человека является аскорбиновая кислота (витамин С). Большинство научных трудов посвящено изучению биохимической роли витамина С в процессах и определению устойчивости ассоциатов альбумина с аскорбиновой кислотой. Информация об изменении энтальпии и энтропии процессов ассоциации альбумина с аскорбиновой кислотой недостаточна или противоречива. В связи с этим, получение надежных термодинамических параметров взаимодействия альбуминов с витамином С необходимо для понимания движущих сил процессов, происходящих в живой клетке.

Цель исследования.

Методом изотермической калориметрии титрования исследовать модельный процесс межмолекулярной ассоциации бычьего сывороточного альбумина (БСА) с аскорбиновой кислотой и получить термодинамические параметры процесса ассоциации (устойчивость ассоциатов, изменение энергии Гиббса, изменение энтальпии и изменение энтропии).

Материалы и методы исследования.

Калориметрия является одним из методов изучения реакционной способности белков и биологически активных молекул. Калориметрический тепловой сигнал является универсальной характеристикой взаимодействий в растворах. Метод калориметрического титрования является в настоящее время единственным, позволяющим одновременно определять все термодинамические параметры комплексообразования (или связывания в терминологии биохимии при исследовании белково-лигандных комплексов), а именно:

- стехиометрию реакции или число связывающих участков при взаимодействии биомолекул (n);
- константу устойчивости комплексов (константу связывания), выражающую силу взаимодействия и определяющую изменение энергии Гиббса реакции ($\Delta G = -RT \ln K = -2,303 RT \lg K$);
- вклад энтальпии и энтропии в изменение энергии Гиббса ($\Delta G = \Delta H - T\Delta S$).

При комплексообразовании тепло может поглощаться или выделяться, при этом тепловой эффект, связанный с каждой добавкой титрата, в титрационной калориметрии представляет экспериментально наблюдаемую реакцию.

Калориметрические эксперименты были осуществлены на изотермическом калориметре титрования ТАМ III (TA Instruments, США) с модулем титрования, снабженным реакционной ячейкой объемом 20 мл, и предназначенным для проведения экспериментов по исследованию взаимодействий в жидких средах в изотермическом режиме. T = 298.1500 K; точность поддержания температуры составляет ± 0.0001 K.

При проведении калориметрических экспериментов в ячейку загружали водный раствор БСА с начальной концентрацией 500 мкМ. Капиллярную шприцевую систему заполняли водным раствором аскорбиновой кислоты с начальной концентрацией 50 мМ. Объем раствора БСА в калориметрической ампуле составлял 16 мл.

При проведении калориметрического титрования раствора БСА раствором аскорбиновой кислоты было выполнено 23 добавки титранта, каждая по 10 мкл. Тем самым, определены тепловые эффекты смешения БСА с аскорбиновой кислотой (Q_{mix}) (основной эксперимент).

Дополнительно был измерен тепловой эффект разведения водного раствора аскорбиновой кислоты в воде (Q_{dil}) (корректировочный эксперимент), который учитывался при определении теплового эффекта взаимодействия БСА с аскорбиновой кислотой (Q_{compl}):

$$Q_{compl} = Q_{mix} - Q_{dil}.$$

Технические условия проведения основного и корректировочного экспериментов были одинаковы: объем раствора в ячейке, скорость перемешивания, объем подаваемого раствора из шприца при каждой подаче, скорость подачи раствора.

Результаты исследования и их обсуждение.

Пример термограмм основного (синяя линия) и корректировочного экспериментов (красная линия) приведены на рисунке 1.

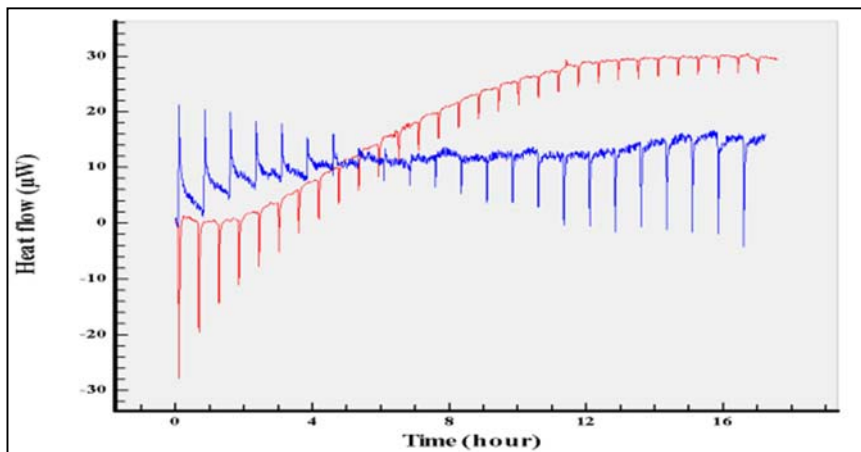


Рисунок 1. Пример термограмм основного (синяя линия) и корректировочного экспериментов (красная линия).

Начальные добавки аскорбиновой кислоты к раствору БСА сопровождаются экзо эффектом, т.е. происходит с выделением теплоты. После 8-й добавки тепловой эффект регистрируется как «эндо» процесс, т.е. теплота поглощается.

Тепловой эффект корректировочного эксперимента свидетельствует о протекании эндотермического процесса разведения раствора аскорбиновой кислоты в воде при данных условиях.

Количество тепла, выделенного или поглощенного при добавлении раствора аскорбиновой кислоты из шприца в калориметрическую ячейку, автоматически регистрировалось программным обеспечением TAM Assistant (ТАМ III) и рассчитывалось как интеграл площади сигнала (пика) единичного впрыска. Пример расчета приведен на рисунке 2.

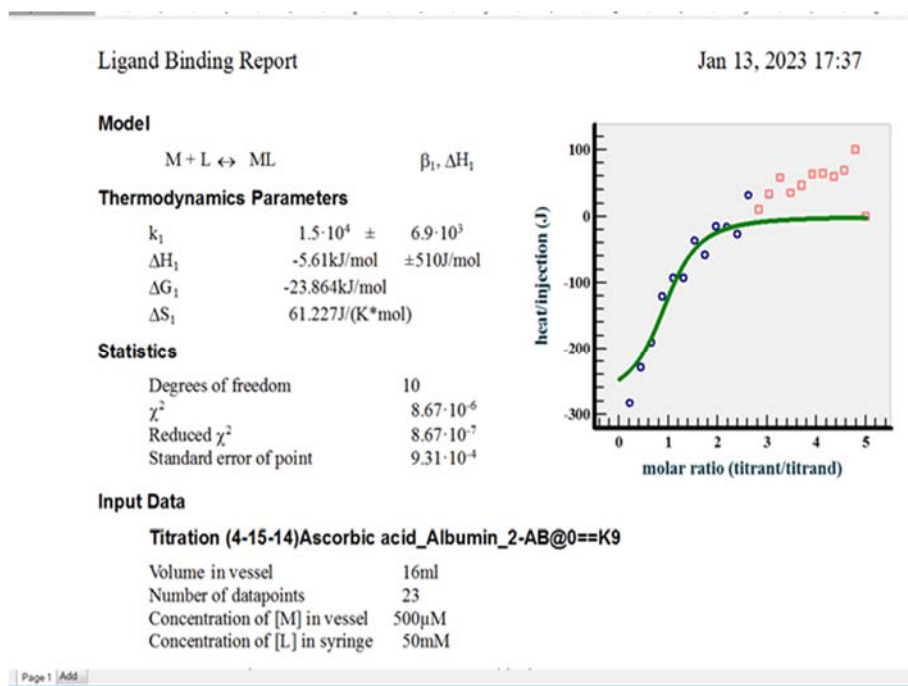


Рисунок 2. Пример расчета, проведенного программой TAM Assistant.

В работе определены значения термодинамических параметров связывания аскорбиновой кислоты с БСА: $K = 1.5 \cdot 10^4$ л/моль, $\Delta_r H = -5.6$ кДж/моль, $\Delta_r G = -23.9$ кДж/моль, $\Delta_r S = 61.2$ Дж/(К моль).

В литературе имеются единичные работы, в которых представлены термодинамические параметры связывания аскорбиновой кислоты с БСА [1,2]: методом флуоресцентной спектроскопии определены значения константы комплексообразования: ~ 104 л/моль [1] и $1.6 \cdot 104$ л/моль [2].

Как видим, значение константы ассоциации, полученное в данной работе, согласуется с данными работ [1,2]. Значения ΔG и ΔS , полученные для этого процесса методом прямой калориметрии, в литературе отсутствуют и в настоящей работе получены впервые.

Выводы.

Анализ полученных термодинамических параметров показывает, что реакция связывания БСА с аскорбиновой кислотой является экзотермической. Процесс связывания идет самопроизвольно, о чем свидетельствуют отрицательные значения изменения энергии Гиббса. Энтропия ассоциации положительна, таким образом, энтропийный вклад в изменение энергии Гиббса ассоциации способствует процессу межмолекулярного связывания.

Результаты исследования представляют интерес для фундаментальной науки и фармацевтической промышленности.

Работа выполнена при поддержке Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (проект FZZW-2023-0008) с использованием ресурсов Центра совместного использования научного оборудования ISUCT (при поддержке Министерства науки и высшего образования России, грант № (075-15-2021-671).

Список литературы.

1. Соломонов, А.В. Спектральное исследование взаимодействия аскорбиновой кислоты с альбумином и его билирубиновым комплексом / А.В. Соломонов, Е.В. Румянцев, Б.А. Кочергин, Е.В. Антина // Известия ВУЗов. Химия и хим. технология. – 2013. – Т. 56. – № 3. – С. 51-56.
2. Xu, H. Spectroscopic studies on the interaction of vitamin c with bovine serum albumin / H. Xu, Q. Liu, Y. Zuo, Y. Bi, Sh. Gao // J. Solution Chem. – 2009. – V. 38. – P. 15–25.

Усманова Г.М., Солиев А.А, Хасанова З.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД». Душанбе

Актуальность. По оценкам Объединенной программы ООН по борьбе с ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС)⁵, в мире в 2021 году насчитывалось 38,4 миллиона [33,9 миллиона – 43,8 миллиона] людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Только в 2021 году оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции (ВИЧ) в мире составляет 1,5 миллиона [1,1 миллион – 2,0 миллион], а количество случаев смерти среди ЛЖВ насчитывается около 650 тысяч [510 тысяч – 860 тысяч].

В Таджикистане, как и во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии, продолжается увеличение случаев вируса иммунодефицита человека за последние годы и по оценочным данным, количество новых случаев увеличилось на 20%, тогда как количество смертей, связанных с ВИЧ, уменьшилось на 5%⁶. Регистрация случаев ВИЧ в Таджикистане началась с 1991 года. С 1991 года по 31 декабря 2021 года в стране официально зарегистрировано 13992 случаев ВИЧ (кумулятивное число), из них женщин 5074 чел. и мужчин 8918 чел. За этот же период времени от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, умерли 3915 пациентов с данным заболеванием. Согласно расчётам национальных экспертов, в программе Спектр, к концу 2021 года число людей, живущих с ВИЧ, составило 13,600 человек. В стране, таким образом, наблюдается низкий уровень распространённости ВИЧ, который составляет 0,2%.

В последние 20-30 лет в мире наблюдается прогрессирование миграции населения, в том числе с целью трудовой деятельности. Миграция труда превратилась в неотъемлемую часть мировой экономики. Огромная разница в уровне жизни и экономических возможностях в разных странах, растущая поляризация мира – основная движущая сила современной миграции.

Вопросы трудовой миграции являются для системы общественного здравоохранения Таджикистана особо важными с точки зрения наличия опосредованных связей между нею (трудовая миграция) и социально значимыми болезнями, включая ВИЧ-инфекцию (ВИЧ) и другие инфекции, передающиеся половым путём (ИППП).

Миграция населения, как внутренняя, так и внешняя – за пределы страны (международная миграция), наблюдается и в Республике Таджикистан. Основной страной, куда выезжают граждане Таджикистана на работу, является Российская Федерация (РФ). По данным официальной миграционной статистики РФ, на миграционный учёт в этой стране ежегодно ставится не менее 1 млн. граждан Таджикистана, включая приехавших сюда работать (трудовые мигранты).

Исследованиями установлено, что попадание на новое место жительства за пределами своей страны может провоцировать у некоторых трудовых мигрантов рискованное поведение в отношении заражения ВИЧ-инфекцией. Продолжительная разлука с семьёй и/или с привычными постоянными партнёрами увеличивает вероятность появления у людей тяги к возобновлению сексуальной жизни, что чаще всего реализуется через случайные сексуальные контакты и использование услуг секс-работниц. Проживание в новой стране даёт некоторым людям, в их воображении, ощущение освобождения от прежних социальных норм и ограничений.

Цель исследования. Изучить уровень распространённости ВИЧ и определить факторы риска передачи ВИЧ среди трудовых мигрантов.

⁵UNAIDS. Global Statistics, 2021. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/core-epidemiology-slides>. По состоянию на 15 ноября 2021

⁶Национальная программа по противодействию ВИЧ/СПИД в РТ на период 2021-2025 гг.

Материалы и методы исследования. Использован кросс-секционный метод исследования, являющийся одним из видов наблюдательных исследований: одномоментное поперечное исследование в дозорной группе на территории дозорных сайтов, включающее 1) *поведенческий надзор* - анкетный опрос/интервью; 2) *серологический надзор (биомедицинский)* – добровольное связанное анонимное тестирование на наличие антител к ВИЧ, вирусному гепатиту С (ВГС) и сифилису.

1. Для социально-демографических и поведенческих данных – *усовершенствованный стандартизированный структурированный вопросник (анкета)*.

2. Для серологических данных - *забор капиллярной крови на фильтровальную бумагу с последующим высушиванием образцов и анализом в ИФА - метод сухой капли капиллярной крови (СКККК)*.

Исследование проведено в 8 административно-территориальных единицах (города и районы), расположенных во всех регионах страны: *Шугнан, Вахш, Куляб, Фархор, Пенджикент, Рудаки, Б. Гафуров, Раит* (дозорные сайты). Для определения размера выборки конкретно для каждого сайта, использован метод стратифицированной систематической выборки (пошаговый метод), картирования и подсчёта размера популяции в дозорном сайте. Расчёт объема выборки в каждом дозорном сайте проведён с использованием программы Epi-info (численность популяции, распространённость ВИЧ, сила исследования – 80%, отношение 1:1, ожидаемая распространённость инфекций – 0,008, 95% CI - доверительный интервал). В исследовании приняли участие мужчины и женщины в возрасте 18 лет и старше, которые в последние 5 лет хотя бы один раз выезжали в другие страны на заработки. Участие в исследовании было добровольным на основе устного информированного согласия. Полевой этап исследования был проведен в феврале-мае 2020 года.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего в исследовании участвовали 3500 респондентов, среди которых 3009 мужчин (86%) и 491 женщин (14%). Около 90% респондентов (89,8%) исследования представлены лицами репродуктивного возраста (18-49 лет), среди них более 40% - возрастной группы 30-39 лет (41,6%). Большинство среди респондентов составляют мужчины (86%). Участники исследования по большей части семейные люди (85,9%). Примерно каждый третий из них, при этом, имеет трёх и более детей в возрасте 0-16 лет. Среди респондентов преобладают лица, имеющие среднее и средне-специальное образование (58,9%). Лишь, примерно, каждый шестой респондент имеет высшее профессиональное образование (17,9%). На момент исследования учатся или работают около половины респондентов (48,9%). За последние пять лет респонденты выезжали за рубеж на заработки чаще всего 1-3 раза – 68,1%. Каждый пятый-шестой респондент выезжал за рубеж пять раз и более.

Более 62% респондентов, находясь за рубежом, практикуют половые контакты: чаще с непостоянными половыми партнёрами (56%), чем с постоянными (52%), и нередко с коммерческими партнёрами (35%). Всего 44% респондентов имеют одного полового партнёра, 5% - двух-четырёх партнёров и 3% респондентов - пять и более партнёров.

При этом, использование презерватива при последнем половом контакте по итогам исследования в 2020 снизилось (в целом - #2248, мужчины - #1869, женщины - #379) в сравнении с данными ДЭН-2013 (#2754).

Примерно только каждый второй респондент (оба пола) (53%) имел защищённый секс при последнем половом контакте. У мужчин это имело место чаще – 60%, у женщин – только в 23% случаев. Особой разницы в значениях этого показателя в динамическом сравнении (2013, 2020) не имеется.

Причинами непостоянного использования презерватива при половых контактах являются следующие: 1) не считаю необходимым – 53%; 2) нет желания партнёра – 21%; 3) не знаю – 12%; 4) не имел при себе – 11%; 5) нет денег на покупку – 2%; 6) негде было приобрести – 2% и др.

В результате работы, проведенной, в рамках биомедицинского надзора, на полевом этапе и лабораторном этапе исследования, ВИЧ-инфекция, ВГС и сифилис были выявлены соответственно у 15 (0,4%), 28 (0,8%) и 6 (0,2%) респондентов (из №3500).

Выводы. Распространённость ВИЧ среди трудовых мигрантов по итогам настоящего исследования (0,4%) почти в три (3) раза превышает распространённость данной инфекции среди общего населения страны в трудоспособном возрасте (0,14%). Имеются тесные связи между случаями ВИЧ и сифилиса у респондентов и неиспользованием ими презерватива при сексуальных контактах в миграции.

Список литературы:

1. Аналитический отчёт государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» о результатах ДЭН среди трудовых мигрантов в Республике Таджикистан в 2020 году, март 2021 г.
2. Отчёт Республики Таджикистан в ЮНЭЙДС «Глобальный мониторинг за СПИД» за 2020 год, март 2021 г.
3. Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2021-2025 гг., февраль 2021 года.
4. Система электронного слежения за случаями ВИЧ в Республике Таджикистан.
5. UNAIDS. Global Statistics, 2021. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/core-epidemiology-slides>. По состоянию на 15 ноября 2021

Усманова Г.М., Хафизова Б.М., Давронзода И.

БАХОДИХИИ ХОЛАТИ ЭПИДЕМИОЛОГИ СИРОЯТЁФТАГОНИ ВНМО/БПНМ АЗ РҶИ МАРҶИЛАИ БЕ-МОРҶАНГОМИ ДАРЁФТ ДАР НТЧ

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ё.К. МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Муҳимият. Сирояти ВНМО дар назди система тандурустии ҷамъиятӣ умумиҷаҳонӣ то ба ҳол яке аз мушкилоти муҳим ба ҳисоб меравад, ки то имрӯз аз ин вирус 40,1 миллион нафар ҷони худро аз даст додааст. Барои пурра муолиҷа кардани сирояти ВНМО ягон табобат вуҷуд надорад. Бо вуҷуди ин, бо афзоиши дастрасии воситаҳои самаранокӣ ҷорабинҳои неигирикунанда, таъхир, табобати сирояти ВНМО ва сироятҳои оппортунистӣ, инчунин

нигоҳубини беморон, сирояти ВНМО ба дараҷаи бемориҳои музминӣ табобатшаванда (боздори инкишофи бемори) табдил ёфт ва шахсони гирифтори ВНМО метавонанд умри дароз ва солим дошта бошанд [1, 2].

Ҳоло дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сирояти ВНМО босуръат паҳн мешавад. Дар ҷумҳурии соли 2017-1205 ҳолат, 2018 - 1421, 2019 - 1320, 2020 -1084 ва 2021 - 922 ҳолати сирояти ВНМО ба назар мерасид [5, 3].

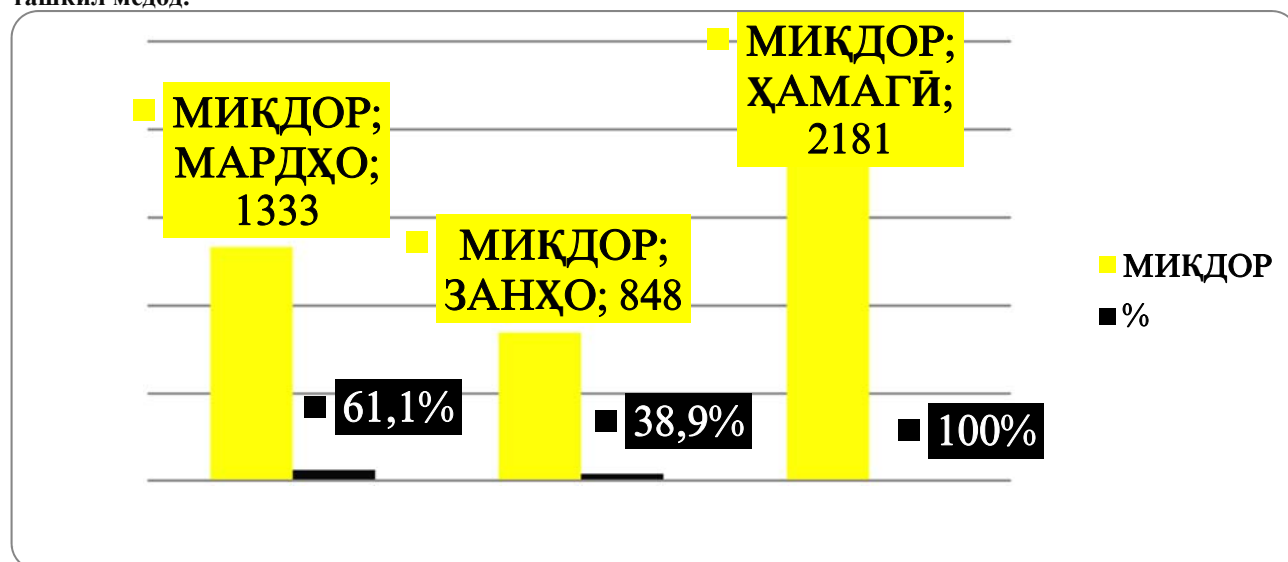
Таҳлили хусусиятҳои паҳншавии сирояти ВНМО имкон медиҳад, ки омилҳои асосии хавф муайян карда шаванд, ки дар байни онҳо омилҳои иҷтимоӣ, фарҳангӣ-рафторӣ, демографӣ, иқтисодӣ ва тиббӣ аҳамияти калон доранд [1]. Дар байни омилҳои паҳншавии ВНМО танфурушии ва наркамания нақши муҳим дорад, ки ин робитаи зич бо шумораи зиёди шарикони ҷинсӣ мебошад, ки дар навбати худ сирояти ВНМО-ро ба гурӯҳҳои гуногуни иҷтимоӣ ва этникии аҳоли паҳн мекунанд [4].

Зарур аст, ки назорати паҳншавии сирояти ВНМО таъмин карда шавад. Махсусан он омилҳое, ки дар байни наврашон оид ба усулҳои гузариши сирояти ВНМО ва усулҳои пешгирии онҳо огоҳии нокифоя мавҷуд аст.

Масода тадқиқот. Муайян ва баҳогузори сироятёфтагонии ВНМО/БПНМ аз рӯи марҳилаи беморӣ ва роҳҳои сироятёбӣ ҳангоми дарёфт дар НТЧ.

Маводҳо ва усулҳо. Маводҳо аз базои МД МЧ Маркази пешгирӣ ва мубориза зидди вирусинорасон масунияти одам, аз январи 2013 сол то декабри соли 2022, ки шумораи умумии онҳо 2181 нафарро ташкил медиҳад, истифода бурда шуд. Инчунин варақаҳои диспансерӣ онҳо низ таҳлил карда шудааст. Маводҳо тавассути барномаи компютери MS Excel ва усулҳои омории эпидемиологӣ коркард гардидааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон вазъ дар масъалаи сирояти ВНМО мутаваҷҷуи буда, дар марҳилаи мутамаркази эпидемияи ВНМО/БПНМ қарор дорад. Шумораи беморони гирифтори ВНМО то 1%-и шумораи умумии аҳолиро ташкил медиҳад. Аз ҷумлаи он натиҷаи таҳқиқот нишондод, ки шумораи умумии сироятёфтагонии расманба қайд гирифта шудаи ВНМО дар НТЧ дар 10 соли охир 2181 (100%) нафарро ташкил медиҳад. Аз ин теъдод ҳамагӣ 1333 (61,1%) нафарашро мардон ва 848 (38,9%) нафарашон занонро ташкил медиҳад.



Расми 1. Шумораи мутлақи пурсишшудагон вобаста ба ҷинс

Аз ин микдордар марҳилаи якуми беморӣ 710 (32,6%) нафар ба қайд гирифта шуд; дар марҳилаи дууми беморӣ 626 нафар (28,8%); дар марҳилаи сеюми беморӣ 520 нафар (23,9%); дар марҳилаи чоруми беморӣ 320 нафар (14,7%). Ҷуноне ки малум шуд, беморонро бештар дар марҳилаи якум дарёфт карданд.

Ҷадвали 1

Шумораи умумии беморон ва марҳилаи инкишофи онҳо (бо %)

Марҳилаҳои инкишофи бемори	Микдор	%
марҳилаи якум	710	32,6%
марҳилаи дуум	626	28,8%
марҳилаи сеюм	520	23,9%
марҳилаи чорум	320	14,7%

Дар рафти таҳлилҳо муайян гардид, ки аз шумораи умумии сироятёфтагон бо роҳи гузариши алоқаи ҷинсӣ 1612 (100%) нафарро ташкил медиҳад; аз ин шумора дар байни гомосексуалистон 22 (1%) нафар, гетеросексуалистон 1590 (72,9%) ташкил дод; бо роҳи гузариши номаълум ҳамагӣ 146 (6,7%) нафар; бо роҳи гузариши тазриқӣ ҳамагӣ 304 (14%) нафар; бо роҳи артифитсионалӣ тиббӣ 7 (0,3%) нафар; бо роҳи артифитсионалӣ тиббӣ 18 (0,8%) нафар ва бо роҳи трансфузионӣ дар 1 (0,1%) нафар мизоч бақайдгирифта шуд. Бо роҳи гузариши аз модар ба кӯдак бошад, ҳамагӣ 93 (4,2%) нафарро ташкил медиҳад.

Ҷадвали 2

Шумораи умумии беморон ва роҳҳои сироятёбии онҳо (бо %)

Роҳҳои сироятёбӣ	Микдор	%
алоқаи ҷинсӣ дар байни гомосексуалистон	22	1%
алоқаи ҷинсӣ дар байни гетеросексуалистон	1590	72,9%

гузариши номаълум	146	6,7%
гузариши тазриқӣ	304	14%
артифитсионалӣғайри тиббӣ	7	0,3%
артифитсионалӣ тиббӣ	18	0,8%
трансфузионӣ дар	1	0,1%
аз модар ба кӯдак	93	4,2%

Хулоса. Таҳлили маълумотҳо оморӣ нишон медиҳад, ки қисми бештари беморонро дар НТҚ мардон (61,1%) ташкил медиҳад. Дар тури ин солҳо аксарияти сироятёфтагон дар марҳилаи якум вадуюми беморӣ дарёфт карда шудаанд. Ин аз он шаҳодат медиҳад, ки дар кишвар пайваста нақша чорабиниҳои Вазорати тандурустӣ барои пешгирии ВНМО, таҳлили хун барои ин вирус ба навхонадоршавандагон, онҳое ки ба қор қабул мешаванд, натиҷаи худро додааст ва пайдо намудани микдори сироятёфтагон дар марҳилаи аввал беморимахсули ин чорабиниҳо мебошад. Вобаста ба роҳҳои сироятёбӣ ба ВНМО бошад, таҳқиқотҳо нишон дод, ки дар НТҚтавассути алоқаи чинсӣ дар байни гетеросексуалистон (72,9%) нисбат ба дигар роҳҳо бештар мушоҳида гардидааст. Роҳҳои пешгирӣ барои паст намудани сатҳи сироятёбӣ дар байни аҳолии озмоиши хун барои ВНМО ва ташфиқот дар байни онҳое, ки аз муҳоҷирати меҳнатӣ баргаштаанд, пешниҳод карда мешавад.

Рӯйхати адабиётҳо:

- Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путём / В.П. Адаскевич // Витебск. -2017. - С. 310.
- ВИЧ-инфекция и СПИД //Сборник нормативно-методических материалов. - М., 2018. - 56 с.
- Государственная Программа по развитию услуг доброжелательных к молодым людям в области здоровья в Республике Таджикистан на 2006-2010.
- Должанская Н.А. Социальные факторы и отношение студентов к проблеме наркотиков и ВИЧ-инфекции / Н.А. Должанская, Е.Д. Безносюк // СПИД, рак и родственные проблемы. III Международная конференция. – Спб. - 2015. - С. 33.
- Турсунов Р.А. Научное обоснование роли полового пути передачи в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Таджикистане / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. - №1. С. - 2014.

Устобаева Н.Х.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. С-реактивный белок (СРБ) – это гликопротеин острой фазы, который своим названием обязан способностью вступать в реакцию преципитации с С-полисахаридом клеточной стенки пневмококков.

СРБ является одним из наиболее чувствительных и быстрых маркеров поражения тканей, заражения инфекцией, обострения хронических заболеваний. За выработку белка отвечают гепатоциты. Продукцию С-реактивного белка стимулируют:

- Противовоспалительные цитокины
- Антигены
- Иммунные комплексы
- Грибы
- Бактерии

Под действием вышеперечисленных факторов продукция СРБ начинается через 4-6 часов. В течение 24-48 часов его концентрация в крови может повыситься в 10-100 раз. Самый высокий уровень СРБ наблюдается при бактериальных инфекциях и может превышать показатель 100 мг/л (1).

Уровень СРБ напрямую зависит от активности болезни и стадии развития, на которой она находится. Многократное увеличение количества белка в крови провоцируют воспаления, паразитарные инфекции, травмы, опухоли, вызывающие абсцесс (гнойное воспаление, вызывающее расплавление тканей и образование гнойной полости) и отмирание тканей. Чем активнее воспалительный процесс, тем выше будет уровень СРБ.

Чувствительность теста на С-реактивный белок при активном воспалительном процессе превышает чувствительность скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Хотя оба показателя в начале болезни резко повышаются, но появление белка, как и его исчезновение в сравнении с СОЭ более стремительное. Повышение уровня СРБ может даже наблюдаться до появления симптомов болезни. По срокам снижения его уровня некоторые специалисты определяют продолжительность лечения антибиотиками. Если предписанное лечение эффективно, то концентрация С-реактивного белка снижается в течение 6-10 дней. Для сравнения – скорость оседания эритроцитов только через 14-28 дней.

Благодаря свойству СРБ быстро снижаться при уменьшении интенсивности заболевания, исследование его уровня позволяет наблюдать стадии болезни и определять результативность проводимой терапии.

На сегодняшний день особый интерес и дискуссию среди клиницистов вызывает медиатор неспецифического воспаления – С-реактивный белок как предиктор сердечно-сосудистых событий (2).

Становится очевидным, что кардиология стоит перед необходимостью пересмотра имеющихся рекомендаций по поводу оценки риска сосудистых событий и того, что нормализация уровня СРБ должна стать еще одним фактором, отслеживаемым во время лечения наряду с липидным спектром, в частности – с ЛПНП.

В настоящее время диагностика бациллярных форм туберкулеза несложна, так как применяются быстрые методы выявления микобактерий туберкулеза с одновременным определением устойчивости микобактерий к рифампицину (применение аппаратов XpertMTB/RIF). Отмечаются трудности диагностики туберкулеза у больных легочными

формами туберкулеза без бактериовыделения, в том числе клинически установленной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза и у больных с внелегочными формами туберкулеза, так как и в первой, и во второй не имеет клинических симптомов. Болезнь обычно протекает под маской нетуберкулезных заболеваний, и больные проходят длительное безрезультативное лечение у различных специалистов. В итоге заболевание принимает распространенное хроническое течение. В связи с этим, очень важно для верификации диагноза знание лабораторных изменений, которые происходят при активном туберкулезе. В таких случаях нарастает СОЭ, изменяются коагуляционные пробы, С-реактивный белок, повышается уровень фибриногена, нарушается количественное соотношение белковых фракций. Эти сдвиги характеризуются уменьшением содержания альбуминов и повышением уровня глобулинов и гликопротеинов (4).

Основываясь на мировых данных и рекомендациях экспертов, тест на СРБ стал обязательным для пациентов с COVID-19, поступивших на госпитальное лечение. Наиболее важно, что повышенный уровень СРБ может помочь в раннем выявлении случаев, которые могут прогрессировать в тяжелую форму COVID-19. Коронавирус COVID-19 является респираторным вирусом, который может вызвать гипервоспаление в организме, нерегулируемый иммунный ответ, приводящий к смертельному исходу. Следовательно, отслеживание воспалительных маркеров, таких как СРБ, становится безусловно важным. В норме уровень СРБ в крови не превышает 5 мг/л. Согласно исследованиям, изучавшим клинические показатели пациентов с COVID-19, наблюдалось значительное повышение уровня СРБ (в среднем от 20 до 50 мг/л). У пациентов с тяжелой формой COVID-19 значения СРБ были значительно выше по сравнению с пациентами с легкой формой заболевания (3).

Цель исследования. Изучение С-реактивного белка в диагностике туберкулеза легких, сердечно-сосудистых заболеваний и COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных в возрасте 18-52 лет с туберкулезом легких, находившихся на лечении в Национальном центре туберкулеза РТ. Мужчин было 21 (58.3%), женщин - 15 (41.7%). Больные были разделены на две группы: с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза (ЛУФТ) (16) и лекарственно-чувствительной формой туберкулеза (20). С-реактивный белок (СРБ) в сыворотке крови определялся методом Лифотроник МЛУПБ.

Уровни СРБ были определены в мг/л высокочувствительным иммунонефелометрическим методом (вЧСРБ). Уровень СРБ >5 мг/л считали повышенным СРБ(+), а уровень СРБ до 5 мг/л — нормальным СРБн.

Результаты исследования. Показали, что в сыворотке крови больных с МЛУ/ТБ содержание СРБ повышается в 18.8 раз, а у больных МЛЧ/ТБ в 13.8 раз по сравнению с контрольной группой (2.0 ± 0.10 , 37.6 ± 0.15 , 27.6 ± 0.2).

Полученные данные свидетельствуют о том, что течение специфического процесса у больных туберкулезом легких с обширной лекарственной устойчивостью МТБ является более тяжелым, чем у больных с ЛЧ ТБ. Течение МЛУ/ТБ сопровождается развитием синдрома системного воспалительного ответа, выраженность которого взаимосвязана с тяжестью состояния больного. Синдром системного воспалительного ответа проявляется повышением в сыворотке крови СРБ. Исследователи считают, что СРБ может играть существенную роль при первичной постановке диагноза легочного туберкулеза у больных с клиническими синдромами, подозрительными на данное заболевание, и отрицательным мазком мокроты. Они полагают, что высокая отрицательная предсказательная ценность повышенного коэффициента СРБ у больных с ТБ позволяет исключить его у больных с нормальными уровнями СРБ. Повышение уровня СРБ у 80% больных туберкулезом легких позволяет считать этот показатель одним из информативных при оценке активности при данной патологии.

Информативность показателя СРБ, определенного высокочувствительными методами выше, чем у холестерина и ЛПНП. Следовательно, рост СРБ, маркера системного воспаления, ассоциирован с повышенным риском развития кардиальных событий.

Результаты многочисленных исследований показывают, что существует прямая корреляция между уровнями СРБ у пациентов с COVID-19 и их соответствующими исходами в отношении смерти и продолжительности пребывания в стационаре. СРБ может использоваться в качестве прогностического маркера у пациентов с COVID-19. Клинически значительно повышенный уровень СРБ может быть показанием для более агрессивного лечения COVID-19. У пациентов, умерших от COVID-19, уровень СРБ был примерно в 10 раз выше, чем у выздоровевших (5).

Выводы. СРБ может играть существенную вспомогательную роль при первичной постановке диагноза легочного туберкулеза у больных с клиническими симптомами на данное заболевание и отрицательным мазком мокроты, Ковиде-19 и при сердечно-сосудистой патологии. Наряду с другими методами диагностики, включение С-реактивного белка при Ковид-19 позволило объективно и своевременно принимать решения в отношении дальнейшего амбулаторного или стационарного лечения пациента. Также С-реактивный белок помогает оценить риск инфаркта миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца: если уровень СРБ растёт, то риск инфаркта увеличивается.

Литература.

1. Российский кардиологический журнал № 1(87)/2011, Милютин О.В., Чичерина Е.Н., Прогностическая роль С-реактивного белка в развитии риска кардиальных событий, с.71-72, 2011
2. Сарапульцев П. А., Сарапульцев А. П. Роль С-реактивного белка в острофазовом ответе при инфаркте миокарда // Цитокины и воспаление, 2013. Т. 12. № 4. С. 18–24.
3. Clinical Effectiveness COVID-19 Resources Available to All. (Electronic resource.)
4. Вестник Авиценны, том 20, №2-3, 2018, Х.Р.Насырджанова, А.М.Сабурова, У.Ю.Сироджиддинова, М.С.Махсудова, Роль биохимических анализов крови в верификации активности туберкулеза легких
5. Журнал Пульмонология, С.Ю.Чикина, М.Ю.Бровко, В.В.Роюк, С.Н.Авдеев, Нетипичное течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 с поздним повышением уровня С-реактивного белка (клинические наблюдения), том 30, № 5, 2020

Мусаллам аст, ки масъалаи тамаддун дар низоми арзишҳои маънавии ҷомеаи муосир, ба вижа дар ҷомеаи мутамаддин мавқеи хосро мебошад. Барои аз ҷиҳати илмӣ ва аз ҷиҳати мантиқӣ ошкор кардани моҳияти масъалаи мазкур мо зарур мешуморем, ки баъзе мафҳумҳои муносибатҳои ҷамъияти мутамаддинро ҳамчун унсурҳои парастии дар улуми ҷомеашиносии мавриди баррасӣ қарор диҳем. Тавре маълум аст, мафҳуми «тамаддун» аз калимаи латинии «civilis» гирифта шуда, аз ҷиҳати этимологӣ маънои «шаҳрвандӣ, ҷамъиятӣ»-ро дорад ва аз нигоҳи этимологияи худ ба маънои «ҷомеаи шаҳрвандӣ» истифода мешавад. Мафҳуми тамаддун яке аз муҳимтарин мафҳумҳои фалсафаи муосир буда, бисёрҷанба ва гуногунҷанба аст, вале моҳияти он то ҳанӯз пурра дарк нашудааст. Агар таърихи пайдоиши ин истилоҳро ба ёд орем, барои фарқ кардани ҷомеаҳои пешрафта аз ҷамъиятҳои қадимонда, яъне аз давраҳои барбарӣ он ба давраи қадим рост меояд. [1].

Мутафаккирони Юнони қадим ва Рими қадим бо мафҳуми тамаддун ҷомеаи мутараққӣ ва нисбатан пешрафтаеро дар назар доштанд, ки дар асоси қонуният асос ёфтааст, ки дар он ҳаёти иҷтимоӣ мувофиқи конституция ба роҳ монда шудааст, ки барои тамоми инсонҳо баробар ва ҳатмӣ буд. Ин санадҳои ҳуқуқӣ шахсӣ ва манфиатҳои ҷамъиятии ҳамаи аъзоҳои ҷамъиятро ҷамъ мекард. Аз ин рӯ, ҳар як узви ҷомеаи мутамаддин дар замонҳои қадим ҳамчун шаҳрванд вазифадор буд, ки талаботи ин қонуноро иҷро намояд. Барбарҳо, ба ақидаи юнониён қадим, ҳалқи ақибмонда ҳисобида мешуданд, зеро ҳаёти иҷтимоӣ қомилан ба шакли муайян ва қонуни инкишофи асос наёфта буд. Бинобар ин, сокинони ин сиёсатҳо ҳамеша бо онҳо муҳолифат мекарданд. Онҳо худро мутамаддин медонистанд, яъне қонунпарвар, озодхон, меҳрубон, бомаърифат, наҷиб, мақсаднок, ватандӯст, далер, одил ва ғайра. [2]. Муқовимат аз замони қадим сарчашма гирифта, ба як меъёри фарқкунанда табдил ёфтааст, ба яке аз омилҳои муҳими худшиносӣ ва этнография табдил ёфта, дар рушди фардӣ ва иҷтимоии шахсият ва ҷомеа таҳассус ёфта, ба тамаддуни башарӣ як қадри ҷамъӣ бахшид. Ташаккули ин навъи ҷомеа имкон дод, ки ҳалқи миллати имкон пайдо кунанд, ки дар ҷомеаи ҷаҳонӣ мавқеи сазоворро ишғол намоянд ва ҳатто аз он дар байни дигар ҷамъиятҳо ва давлатҳои мутараққӣ ифтихор кунанд. Аз ин рӯ, бунёди ҷомеаи мутамаддин дар таърихи башарият ҳамеша ҳадафи аслии ҳар як миллати пешрафта ва фарҳангӣ будааст. [3].

Дар зиндагии рӯзмарра истилоҳи «тамаддун» ҳамчун муодили вожаи «фарҳангӣ» истифода мешавад ва хусусияти сифатии ҷомеаро нишон медиҳад. Бешак, тамаддун дар таърихи ҷомеа, ки пас аз бераҳмиву ванҳишонае, ки дар насабномаи башарият ба вуқӯъ омада буд, баландтарин зина аст. Ин падида ба қадом маънии истифодааш аз мафҳуми «фарҳанг» фарқ мекунад ва дар ҳамаи баланди инкишофи онро дарбар мегирад. Аз ин нуктаи назар мафҳуми «ҷамъияти мутамаддин ҷамъиятест, ки маданияти баланди моддию маънавӣ дорад.

Қобили зикр аст, ки падидаи «фарҳанг» дар замони маърифат ва замони нав моҳияти фардӣ ва шахсӣ пайдо карда, бо сохтори ҷомеаи шаҳрвандӣ печида мешавад ва то андозае бо мафҳуми «тамаддун» якҷоя мешавад. Омӯзгорони барҷастаи аврупоӣ истилоҳи «тамаддун»-ро ба ҷомеаи шаҳрвандӣ – ҷомеаи хеле пешрафта ва фарҳангии барҷастае, ки дар он озодӣ, баробарӣ, маърифат, маориф ва фарҳанг бартарӣ дорад, истифода кардаанд, ки метавон марҳилаи ибтидоии ҷудошавии ин мафҳумҳоро арзёбӣ кард. [4].

Дар раванди инкишофи минбаъдаи илмҳои ҷамъиятӣ-гуманитарӣ, дар давраи ташаккул ва афзоиши пай дар пай муносибатҳои ҷамъиятии капиталистӣ дар таҳқиқоти мутафаккирони намоёни Ғарб мафҳумҳои «тамаддун» ва «фарҳанг» қатъиян аз ҳам ҷудо карда шуданд. Масалан, қомилан бошӯрона дар назарияи олимони немис О.Шпенглер фарҳанг ва тамаддун ҳамчун ҷудогона ба ҳам зид тавсиф шудааст. [5]. Ў чунин мешуморад, ки маданиятҳои мустақилона ба вуҷуд омада, аз ҳамдигар мустақилона инкишоф меёбанд. Ҳар як фарҳанг хусусияти худро дорад ва он як қисми рамзист, ки ҳаёти ин мафҳумро таҷассум мекунад. Ҳар он чизе, ки зиндагӣ мекунад, дер ё зуд мемирад. Ҳар он чизе, ки рӯҳ дорад ва таваллуд мешавад, худро ифода мекунад, аз қудратӣ, қалонсолӣ, пирӣ мегузарад ва дар ниҳоят мемирад. Намин чиз бо ҳар фарҳанг, ки «аз рӯйи беканори одамони ибтидоӣ сарчашма мегирад ва баъд образи асолати бузург ва дар айни замон маъдудро ба вуҷуд меоварад. Вай мисли растаниест, ки танҳо дар як макони маъдуд ва мушаххас месабзад ва ҳамеша бо ин макон алоқаманд аст. Тамоми қувваи табиати маданият дар образҳои гуногуни ҳалқҳо ва забонҳо, давлатҳо, таълимоти динӣ, илму санъат зоҳир мегардад». [6].

Ғайр аз ин, баробари ҷалб шудани тамоми қувваҳои моддию маънавии маданият вай ба буён дучор мешавад ва ба ҷолиби аслии худ бармегардад. Аммо, ба андешаи мутафаккири, раванди пайдоиш, инкишоф ва таназзули фарҳанг содда ва бемамониат нест. Вай маҳлуки зинда аст ва дар вай муборизаи тезтунди дутарафаи қувваҳои гуногун ба амал меояд: — аз як тараф, вай ба таври зоҳир қор мекунад. Барои қувват гирифтани, мустаҳкам намудани вай ва ба тартиб андохтани муҳит;

— аз тарафи дигар, вай аз руи масъалаи дохилӣ амал мекунад, ки дар он ӯ ғайр аз ҷамъияти ҷамъӣ ҷамъӣ шудааст, қудрати маданият бар қувваҳои ва вилдони зеҳниро таъмин менамояд.

Таназзули фарҳанг дар натиҷаи исроф шудани тамоми қувваҳои маънавии он, вазе ки арзишҳои фарҳангӣ беқурб мешаванд ё маънои ҳаётро гум мекунанд, ба амал меояд. Зеро дар ин давра андеша ва нияти одамоне ба арзишҳои воқеӣ фарҳангӣ не, балки ба ҳадафҳои манфиатҳои шахсӣ ва беҳудии онҳо моил шудааст. Шпенглер ин рӯзгирро бо фарорасии давраи тамаддун алоқаманд мекунад: «Тамаддун тақдирӣ ногузирӣ маданият аст. Ояндаи Ғарб на танҳо ҳаракати сарҳадист, ки ҳамеша пеш, ба боло, ба сӯи идеалҳои мо пеш меравад. Замони нав марҳилаи тамаддун аст, на фарҳанг ва тамаддун марғи маънавии фарҳанг аст». [7]. Тамаддунҳои инқилобӣ ва фалокатҳои иҷтимоиро ҳазм мекунанд ва ҳатто тағйир синфи ҳукмрон дар сари қудрат табиати ҳоси рушди устувори онро, ки “таърихи тӯлонӣ” дорад, тағйир намедихад. Аммо А.Тойнбӣ бар ин назар аст, ки тамаддун аз қисматҳои таърихи инсоният иборат аст, ки ба таври сунӣ барои омӯзиш интихоб шудаанд. Ягонагии ҳар як қисмати тамаддун маъдудият ва марғии онро муайян мекунад. Ба ақидаи ӯ тамаддуни дар натиҷаи ҷустуҷӯи ҷавоб ба проблемаҳои

ба миёнгузоштаи табиат («замини ӯосилхез» ва «замини нав») ва муъити инсон («зарба» ва «фишор») ба вуљуд меоянд. Дар ин ҳолат тамаддуни нав бо ду роҳ ба вучуд меояд:

1) бевосита аз ӯамбиятҳои оддӣ бо роҳи тағйир додани сохти он, дар натиљаи аз онҳо ӯудо кардани ақаллияти эљодкор (элита) барои ташаккул додани ӯавоб ба масъалаи ба миёномада, инчунин кор карда баромадани самтҳо ва усулҳои фаъолияти ӯамбиятӣ;

2) аз тамаддуноҳои қаблӣ дар асоси истифодаи дастовардҳои тамаддуноҳои аслии (генетикии) онҳо. Тойнбӣ мутмаин буд, ки дар ин маврид муассисаҳои конфессионалӣ, динӣ ҳамаҷун ҷамъунанда ва интиқолдиҳандаи иттилооти ирсӣ амал мекунад. [8]. Муҳолифати ин мафҳумҳо аввал мутафаккирони рус ба амал баровардаанд. Онҳо аз табиати маънавии фарҳанг дифоъ намуда, тамаддуно падидаи ғарбӣ, дур аз маънавият маънидод мекарданд ва Н.Бердяев ӯатто тамаддуно «марғи рӯи фарҳанг» эълон кардааст. Дар таълимоти ӯ фарҳанг як чизи рамзӣ аст, на воқеият, балки дар натиља бо ӯарақатҳои дохилии фарҳангии худ ба сӯи ӯаёт, амал ва нерӯи худ фарҳангро тарк карда, беихтиёр ба тамаддуно мерасад. Ба ӯамин тариқ, «ба тамаддуно гузаштани маданият» ба амал меояд, ки «ӯаётро имконпазир гардондан», «зиндагӣ кардан, мақсади худро бо ёрии усулу воситаҳои махсус тағйир додан», қӯшиш мекунад. [9].

Фарҳанг воситаи азхудкунии дастовардҳо ва тамаддуно дар шароити муайяни таърихӣ амалӣ шудани як навъ ҷомеа мебошад. Фарҳанг муносибат ба ин навъи ҷомеа аст, ки ба ҷаҳонбинии гуногун ва меёрҳои гуногуни ахлоқию фарҳангӣ асос ёфтааст. Фарқиятҳои байни фарҳангҳо ва тамаддуно, ки ба низоҳо дар системаҳои муайяни иҷтимоӣ оварда мерасонанд, нисбӣ мебошанд. Таърих собит кардааст, ки беҳтарин арзишҳои инсониро танҳо тавассути тамаддуни пешрафта амалӣ кардан мумкин аст. Дар навбати худ тамаддуни оӣ танҳо дар заминаи маданияти эљодӣ ва эљодкорӣ ба вуљуд меояд. Тамаддуно системаҳои умумии таърихӣ иҷтимоӣ мебошанд, ки қонуниятҳои инкишофи онҳо бо қонунҳои ӯурӯҳҳои иҷтимоӣ, этникӣ, милли ва давлатӣ мувофиқат намекунад. [10]. Ин сохтори мураккабест, ки ҷузҳои мухталиф (динӣ, иқтисодӣ, сиёсӣ, иҷтимоӣ, тарбиявӣ ва ғайра)-ро дар бар мегирад, ки ҳамоҳанг ва ба ҳам зич алоқаманданд, ҳар як ҷузӣ онҳо хусусияти тамаддуни мушаххасро таҷассум мекунад. Ин сифат монғияти тамаддуно аст ва он хеле устувор аст. Дар зери таъсири анғезаҳои дохилӣ ва берунӣ ин ё тамаддуно метавонад тағйир ёбад, аммо моҳияти он ҳамоно боқӣ мемонад. Аз ин рӯ, ӯар як тамаддуно дорои сарнавишти таърихӣ худ, арзишҳо, хусусиятҳо ва сохторҳои ба худ хос буда, дар ӯой ва давраи муайяни таърихӣ ягонагии маънавии ин ё ӯон ӯурӯи бузурги иљтимоиро мувофиқӣ анъанаҳои таърихӣ худ дарк мекунад.

А Д А Б И Ё Т:

1. Альфан Л. Великие империи варваров: от Великого переселения народов до тюркских завоеваний XI века. - М.: Вече.- 2016.- 549 с.
2. Бенвенист Э. Цивилизация. К истории слова. В кн: «Общая лингвистика». - М.: УРСС.- 2012. – 448 с.
3. Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма. Перевод с немецкого М. Левиной. – М.: ООО «Издательство АСТ». – 2020. – 223с.
4. Данилевский Н.Я. Россия и Европа. - М.: 2013. – 607с.
5. Огурцов А.П. Философия науки эпохи Просвещения. - М.: Наука.-2015.-503 с.
6. Руткевич Е. Д. Западная социология о перспективе религии/Е.Д. Руткевич // Религия в самосознании народа (Религиозный фактор в идентификационных процессах). - М.: Институт социологии РАН.- 2018. – 348с.
7. Токарев А.М. Секуляризация как социальная форма десокрализации и рационализации духовной жизни (западноевропейский контекст): дисс. ... к. филос. н. (09.00.11). – Нижний Новгород.: 2011. -323 с
8. Лобазова О.Ф. Религиоведение (Учебник) / О.Ф. Лобазова.- М.: Дашков и К. - 2013. - 338 с
9. Шпенглер О. Закат Европы: Очерки морфологии мировой истории / О. Шпенглер; Пер. с нем., вступ. ст. и прим. К. А. Свасьяна. - М.: Мысль. - 2014. - 423 с.
10. Энгельс Ф. Происхождение семьи, частной собственности и государства: В связи с исследованиями Льюиса Г. Моргана / Ф. Энгельс. - М.: Политиздат. - 2019. – 222с.

Фозилова М. М.

КОРБУРДИ ИСТИЛОҲОТИ КОГУЗОРӢ ДАР ОЧЕРКҲОИ ТАЪРИХИИ САДРИДДИН АЙНӢ

Коллеҷи омӯзгорӣи ДДХ ба номи академик Бобочон Ғафуров

Муҳиммият. Омӯзиши хусусиятҳои луғавию маъноӣ ва сохтори истилоҳоти расмӣ-коргузор дар асарҳои таърихӣ ва бадеӣ муҳим ва саривақтӣ буда, барои ба низом даровардани истилоҳоти ин соҳаи кумак мерасонад.

Мақсади таъкиқот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи осори публицистӣ ба вазъи ҳуҷатнигорӣи як давраи ташаккулёбии забони адабии тоҷикӣ рӯшанӣ андозем.

Мавод ва методи таъкиқот. Маводи таъкиқоти моро картатекаҳои дар бар мегиранд, ки ба мавуъ марбутанд. Њангоми таъкиқот ба методи таълили сохторӣ ва муқоисавӣ таъа карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Истилоҳоти расмӣ-коргузорӣ дар забони тоҷикӣ таърихи қуҳан дошта, дар ёдгориҳои ҳаттӣ ва мероси адабию бадеии ниёгонамон сабт ёфтааст. Истилоҳи расмӣ-коргузорӣ як ҷузъи муҳими ҳаёти инсониятро инъикос мекунад. Дар раванди давлату далатдорӣ, қорҳои дипломатӣ ин навъи истилоҳот самаранок қорбасти мегардид. Истилоҳоти расмӣ-коргузорӣи дар ин асарҳо зикр ёфта, қун шиноснома моро бо вазъи қоргузорӣи он қамонҳо ошно менамояд.

Дар объекти таҳқиқ қунин истилоҳоти расмӣ-коргузорӣ мушоҳида гардиданд: *ҳавола* (12), *мактуб* (11,20(3-бор), 21, 23(3-бор),28,70, 74), *хат*(28, 91),*фатҳнома* (20), *васиятнома* (91), *фармон* (33-бор) (33, 34, 41, 44, 151), *дастурамал*(41, 151), *баённомаҳои расмӣ*(188), *баённомаҳо* (151), *сулҳнома*(100,153), *нома*(21), *барнома*(119),*аҳднома* (156),*адмирал* (59), *элчӣ*(51), *закот*(7), *ушр*(7), *хироч*(7),*боъ*(7), *қизя* (107),*хилофат* (16, 19, 99, 117, 118), *халифа* 100 *маротиба* (16, 17, 1119, 20), *вазир* 16 *маротиба* (12,17, 73, 74), *амир* 37 *маротиба* (74, 96,

101, 104, 106), *подшоҳ 25 маротиба (6, 7, 14, 15, 17, 20, 21), нақиб (143).*

Дар ҷумлаи зерин истилоҳи ӯвола корбасти гардидааст. Вожаи **ҳавола** арабист ва дар “Фарҳанги забони тоҷикӣ” ба маънои қореро ба қаси дигар воғузор қардан, воғузоштан, супурдан. Муроди мо насихат буд, гуфтем, Ҳаволат бо худо қардему рафтем. Саъдӣ. 2. санаде, ки мувофиқи он гирифта ё пардохтани маблағе ба қасе воғузор қарда мешавад, барот ҳавола қардан ба тақдир умед бастан ва тан додан ба қазову қадар. Қамме ба қидду қадд ниходанд васли дӯст, Қамме дигар ҳавола ба тақдир мекунад. Ҳофиз ҳавола қардан ба шамшер ҳалли масъалаеро ба қанг воғузор қардан [1969,]. Дар луғати нимафсилии С. Айни низ ба ду маънӣ шарҳ ёфта, маънои дувум: қаззаст, ки бо вай пули ҳаволашударо мегиранд [1976, 526] омадааст. Дар “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” ба маънои санад зикр наёфтааст: *Вақте ки Малиқшоҳи Салҷуқӣ аз сафари Мовароуннаҳр Туркистон бо лашқари бисёр баргашта омада, аз рӯи Ому бо киштиҳо ба тарафи Хуросон гузашт, вазири ӯ Низомулмулк музди киштибонро ба моли Антокия ӯвола навишт, то ки дар бораи вусъати мамлақати Малиқшоҳ дар таърих як ҳуълоти расмӣ монад. Чун киштибонон аз дурии Антокия шикоят қардаанд, ҳуълоти ӯвола аз онҳо бо пули нақд қарида гирифта шуда, дар қатори ҳуълотҳои таърихӣ гузашта шуд [12].*

Яке аз ҳуҷҷатҳои, ки дар асар истифода шудааст, мактуб мебошад. Вожаи мактуб дар асл арабӣ буда, ба ҷунин маъноҳои корбасти мегардад: қитобатшуда, навишташуда. 2. ҳат, нома, рӯқа: **мактуби сарбаста, мактуби ӯвобӣ, мактуб навиштан; мактуби илтимосӣ** мактубе, ки хоёниро дар бар гирифтааст, илтимоснома; **мактуби боз (қушода)** номае, ки онро дигарон ҳам қонда метавонанд; ҳате, ки дар қарақои белифофа навишта шудааст [ФТЗТ. 748]: *Носир халифа ҳам фикри қаси дуррасӣ қодошт ва оқибати ӯвоҳи Чингизро ба олами қслом ба ӯвоб гирифта наметавонист, ба ӯ мактуби мақсусе навишта ӯро қарои ӯвоҳ ба мамлақати Султон Муҳаммад ташиқу даъват қард ва қонро ӯвоҳи худ шумурд [19]. Ӯ аз ин аъвол қабар ёфта, қурехта ба қарорқои лашқари Чингиз рафт ва аз он ӯ ба як қанд қардорони лашқари султон қат навишт, ки қӯ онҳо ба Чингиз қабон қода қошанд ва он мактубқоро бо ӯвоус қирисқода қармуд, ки қасдан ба дасти султон ақтонад [28]. Турқонқотун аз ин мактуб ва қармон ӯво қардааст, ки қисараш аз қингизӣ қурехтааст ва ӯ дар қили худ қумон қардааст, ки «ққун аъб аъли қарбор ба қисараш қсён қунанд ва қаси дигареро ба қодошӣ қардоранд» [70]. Ба ӯар ӯ, ки мерасид, меқид, ки султон ба он ӯ мактуб қирисқода ба қушман муқобилат нақардан, ақар қудрат ва қурсат ёбанд, қурехтан, вақарна бе ӯво муқобилат ва ӯанг тақлим шуданро ба аъолӣ ақр қардааст [75].*

Дар забони тоҷикӣ бо қуъи нома истилоҳоти қиди расмӣ-қорғузорӣ сохта шудаанд, ки қисме аз онҳо аз истеъмол қаромада, ба қурӯҳи лексикаи арқаистӣ шомил шудаанд. Нависандагон ҷунин вожақоро қарои нишон қодани ваъи иқтиқои, иқтисодӣ, қисёи он қамон ба қор мебаранд. Дар очерки “Қаҳрамони қалқи тоҷик Темурмалик” истилоҳи қатқнома қорбасти гардидааст. Вожаи қатқнома аз қалимаи арабии қатқ ва вожаи аслии нома тарқиб ёфта, вожаи қатқ ба маъноҳои 1. қушодан боз қардан, қушоиш; 1. қалаба, нусрат, қирӯзӣ [1969].

Дар “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” вожаи қатқнома ҷунин шарҳ ёфтааст: номае, ки аз қатқу зақар қабар меқид. 2. қитоби қирӯзӣ қазарнома [2008, 397]. Нависанда онро ба маънои номае, ки аз қатқу зақар, нусрат, қирӯзӣ қабар меқид, истифода шудааст: *Қунончи, ӯ дар ӯанги ақвал, ки ба Қарақитойён бо ёри қи Қуқлукқон қалаба қард, ӯамаи мувафқакӣ қтро аз иқтиқори шақси худ қониста қармуд, ки дар қутба ва қатқномаҳои номи ӯро бо қалимаҳои «Санъар, Иқсандари қонӣ ва қиллиқлоъ (қояи Қудо)» ёд қунанд [20].*

Васиятнома қарақас, ки васияти қасе ҳамқун ӯвоълот дар он навишта шудааст [2008, 268]. Дар қузақта васиятнома ҳамқун ҳуҷқои нақши муҳиме қошт: *Ақмо қинобар энтиёт қеш аз қӯронидани муқдаҳо ӯайбу қисаҳои онқоро қофта қиданд, ки шояд васиятқомае қарояд [91].*

Дар ҷумлаи зерин истилоҳоти расмӣ-қорғузори қармонқо, дастуруламақо, баёнқома қорбасти шудаанд. Вожаи баёнқома аз исқои баён ва нома тарқиб ёфта, ба маънои қарақа ё энқомияе, ки дар он маром ва мақсади ӯзб ё ӯқумате шарҳ қода шудааст, изқорнома, декларатсия [2008, 119] истифода мегарқид. Вожаи дастуруламақ ба маъноҳои роқнома, нишонқод фақмида мешуд ва қоло низ ба ин маънӣ қорбасти мегардад: *Дар Муқаннаъ дар он қалъа нишаста тамоми сафедқомагонро, ки дар Мовароуннаҳр қуданд, идора меқард, ба атроф қармонқо, дастуруламақо, баёнқома ва нақояндаҳо меқирисқод [151].*

Дар асар нависанда баёнқомаҳои расмиро ҳамқун ҳуҷқати расмӣ қор қармуда шудааст: *...ва ба ин мақмун ба аъоли қи Хуросон ва Мовароуннаҳр ҳам баёнқомаҳои расмӣ қаровард ва қуди халифа ҳам бо қипоҳои бисёр то Қӯс (Машиқад) омад [188].*

Дар объекти таққиқ бо вожаи қомаи истилоҳқои сулқнома, барнома, ақднома сохта шудаанд. Вожаи сулқнома аз ду қуъ: сулқ ва нома тарқиб ёфта, ҳуҷқатест қарои мувофиқа ва оштии ду қурӯҳи муқолиф: *Дар сулқнома навишта шуда қуд, ки сафедқомагон дигар моли марқумро (сарватқорон) қорол қуқунанд ва ба мусалқонон (арабҳо) қарар нарасонанд ва қуқашон тарқи қилоъ қарда ба деъоти худ қароқанда шуда раванд (153).*

Вожаи барнома асли қуда, қорон ҷунин маънист: “**барнома** ايراننامه. зикри номқӯи қорқо, ки бо ӯадақи муайян ба аълом мерасанд: **барномаи**

дарозмуддат, барномаи миёнамӯълот, барномаи қӯтоъмуддат; барнома соқтан, барнома тарқиб қодан. 2. феъри-сти муқдарилъаи гуфторқои радио, нақоишқои театр, кино ва телевизон, қаромама. 3. маъмӯаи дастуруқо, ки дар қомпютер қода мешавад ва онро қомпютер бо тарқиб илро меқунанд. 4. он қи ки дар ибтиқои қитоб ё рисолае навишта мешавад; муқаддима, сарсухан ва ӯ” [2008, 141]. Дар ҷумлаи зерин ба маънои дастур омадааст: *Аз рӯи барномаи қонқирши қуруъ баъд аз Иброҳим Имом халифагӣ қояд ба Абулаббоси Сафқо мерасид (119).*

Вожаи ақднома қун истилоҳи расмӣ-қорғузорӣ ба маънои **шартнома, қарорқод, қаймонқома** [2008, 100] истеъмол мегардад: *Мувофиқи ин ақднома сафедқомагон аз қалъа қаромада, аз қандақ қузақта ба лашқарқои араб рафтанд (156).*

Нависанда ҳуҷқати дигареро бо номи **қати амон** истифода намуқдааст. Истилоҳи **қати амон** дар фарҳанқомаҳо шарҳ наёфтааст, ақмо он ба маънои ҳуҷқатест, ки қарои озодона қаштан истифода мешуд: *Рофё аз қиндон қурехта ба Балх ба қеши Алӣ ибни Исо, ки ақирри Хуросон ва Мовароуннаҳр қуд, рафт ва ба ӯ илтиҳо қарда, қарои озоди қи худ*

хати амон гирифт.Рофеъ баъд аз ба даст даровардани хати амон дубора ба Самарканд омада озодона гашт, лекин ӯ меҳост, ки боз он занро ба даст дарорад ва зан ӯро меҳост[186].

Хулоса.Очеркҳои таърихӣ Садриддин Айний ба ҳаёти иҷтимоиву сиёсӣ, иқтисодию фарҳангии мардуми тоҷик бахшида шудааст. Он доир ба давлату давлатдорӣ, ҳаёти иҷтимоии миллати тоҷик ҳикоят мекунад. Аз ин сабаб мавқеи истилоҳоти расмӣ-корғузурӣ дар он мавқеи хосса дошта, истифодаи чунин истилоҳот барои тавсиби вазъияти иҷтимоию сиёсӣ, давлатдориву идорӣ муҳим ва зарур буд. Дар объекти таҳқиқи мо бештар он истилоҳоти идоракуний, иқтисодӣ, дафтардорӣ қорбаст гардидаанд, ки қисме аз онҳо имрӯз дар истеъмол нестанд. Чунончи: ушр, хон, чизия, вақфнома, воли, халифа ва ғайра.

Адабиёт :

- 44 Маъсумӣ, Н. Асарҳои мунтахаб, ҷ. 11, Забоншиносӣ / Н.Маъсумӣ.–Душанбе, “Адиб”. 2005. –351с
- 45 Муҳаммадҷон Шакурии Бухорӣ. Забони миллий ва ҷаҳонгарӣ. / Муҳаммадҷон Шакурии Бухорӣ. -Душанбе: Шучоён, 2010.- 220с.
- 46 Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ. -Душанбе, 2008.Ҷ.1 - 949с 4.2. -944с.
- 47 Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ. -Душанбе, 2008.Ҷ.2 . - 944с.
- 48 Фарҳанги забони тоҷикӣ (аз асри X то ибтидои асри XX): -М.: Сов. энциклопедия, 1969. Ҷ. 2. -1904 с.

Фозилова М.М.

КОРБУРДИ КАЛИМАҲОИ ХУШОБУРАНГИ ТАВСИФӢ ДАР ДАР ОЧЕРКҲОИ ТАЪРИХӢ САДРИДДИН АЙНӢ

Коллеҷи омӯзгорӣи ДДХ ба номи академик Бобочон Ғафуров

Мубраминияти мавзӯ. Омӯзиш ва баррасии таркиби луғавӣ ва услубиёти забони осори насриву назмии адибони классик ва муосир дар илми забоншиносии тоҷик таърихи тӯлонӣ дорад. Нависанда дар очеркҳои публицистияш низ барои оммафаҳм, пурмазмун, суфта шудан ва ташаккулу такомули забони адабии китобӣ кӯшиш намудааст. Аз ин сабаб омӯзиш ва таҳлили хусусиятҳои луғавӣ, семантикӣ, сарфӣ ва нахвиӣ очеркҳои таърихӣ нависанда “Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик” ва “Исёни Муқаннаъ” саривақтӣ ва муҳим буда, барои равшан намудани яке аз даврҳои ташаккули забони адабии тоҷикӣ роли калон мебозад.

Мақсад ва вазифаҳои таҳқиқ. Мақсади таҳқиқоти мазкур аз баррасии хусусиятҳои луғавию маъноӣ, баромад, сарфию нахвиӣ очеркҳои таърихӣ “Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик” ва “Исёни Муқаннаъ” иборат мебошад.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар таркиби луғавии забон як гурӯҳ калимаҳои мавҷуданд, ки онҳоро калимаҳои адабӣ китобӣ меноманд. Ин гуна калимаҳо аз калимаҳои забони гуфтугӯӣ ва ҳам таърихӣ фарқ мекунад: аз як тараф, ин гуна калимаҳо аз истеъмол набаромадаанд, дар таркиби луғавии забон бо тамоми ҳуқуқ ва маъно зиндаанд, дар навиштани асарҳои илмӣ ва бадеӣ истифода бурда мешаванд, вале дар забони гуфтугӯи ҷамъаиёти муосир навиштаанд.

Дар мавриди истифодаи калимаву ибораҳои маҳорати забондонии нависанда забоншинос Р.Ғафуров чунин менигорад: *“С.Айний ҳамчун донишманди беамсоли забони тоҷикӣ дар ин бобат заковат ва қамоли ҳунармандӣ зоҳир намуда, аз сарвати луғавӣ калима ва ибораҳои хоста ба қор бурдааст, ки ниҳоят дилчасп ва ибораҳои хоста ба қор бурдааст, ки ҳеле шинам ва лоиқ буда, дар талқини мароми эҷодӣ ба беҳтарин тарзе хизмат кардаанд. Чунончи, мумтоз, матонат, шабихун, ҷонқоҳ, ғудохтан, ҳавлноқ, ғунудан, маҳҷур, аламрасида, ҳичронзада (дили ҳичронзада), тирҳои ҷонфарсо, наҳваи ҷонқоҳи синахарош, сайҳаи ҷонқоҳ, парипайкарони хуришдоталъат, маи арғувонӣ, ҳикояти пурваҳшоният, нигоҳи пурҳасрат, оҳи ҷонқоҳ, қаҳрамони пуртавон, мусибати ҷонғудоз, муҷассамаи шучоат ва боз даҳҳо калимаву ибораҳои дигар ба ҳамин гурӯҳ мансубанд”* [3,181-201].

Гурӯҳи дигари калимаҳои адабӣ-китобиро калимаҳои хушобуранги тавсифӣ ташкил медиҳанд: *парипайкарон, хуришдоталъат, маи арғувонӣ, мумтоз(38), кодирандоз(39), қадарандоз (39), шабохун(41,44, 46, 154), ҷонфарсо(46), урдугон(46), муғулқушӣ мекарданд (46), ғоидашарик (50), валинеъмат(53), интиқомқашӣ (54), дили ғилронзада (56), муғълзавор (58), девонагони занғирғусиста (59), қоғиласолор (60), аспӣ оғудави шертатон (64), дили аламманзил(67), ғоҷағоҳ (67), толоб (68), обварзӣ (70), оғусурини гарданқоз (72), қолабтиҳӣ (77), дарёи хун (77), падархонд(80), модархонд(80), мӯйлаб (81), шодибарх (84), дилосо шуданд (84), аламрасида (84), ғами ғилронқашӣ (84), дилчасп (97), қорғонӣ пурғосили хушсифат (111), ғиссиёти арабдӯшманӣ (117), арабқушӣ (117), сулҳнома(154), роғиб шудан (154), дастбурд(158), қароғҳои маҳтобӣ (164), қувваи ғавқуттабиаи мӯғълзаоваре (175), аскарони ғанговари ғонсупор (177), ғанговари қанғрамон, нотикӣ ғузаро, олими забардаст ва нотарс (179), қанғгоҳ (179), меваи озодӣ (182) ва ғ.*

Дар ҷумлаи зерин калимаҳои тавсифӣ ва шайронӣ *парипайкарони хуришдоталъат, маи арғувонӣ* истеъмол гардидаанд ва нависанда онҳоро барои нишон додани айшу султон Муҳаммад қорбаст намудааст, ки образноканд: *Дар Вақте ки ӯ ба Нишопур расид, як моғ дар он ҷо таваққуф карда бо парипайкарони хуришдоталъат маи арғувонӣ нӯшида, бо нишоту қомронӣ ба сар бурд...* (23).

Бо истифодаи ибораи маҷозии *“як муҷассамаи шучоат”* симои писари султон Муҳаммад Ҷалолиддинро тасвир намудааст, ки баръакси образи султон аст: *Дар ғамин вақт писари Ҷалолиддин, ки ғақикатан як муҷассамаи шучоат буд, аз дастӣ рост ба мадади падар расида, ӯро аз он тағлуқа рағоӣ дод* (26)

Нависанда бо истифода аз калимаву ибораҳои адабӣ-китобӣ кӯшидааст, ки тасвироташро образнок ва муассир намояд. Дар порчаи зерин нависанда ҳолати рӯҳии қаҳрамони халқи тоҷик Темурмаликро дар лаҳзаи ҷанги охири ӯ пас аз ҷанг дар майдони ҷанг бо истифода аз калимаву ибораҳои адабӣ-китобии *тағсину офарин, падарона бӯсид, аспӣ оғудави шертатон, дил метатид, нағас танғӣ мекард, роғи интиқомқашӣ, дарун-дарун месӯхт ва меғудохт, дилаш бо оташи ғазаб шӯғлавар шуда буд, дили аламманзил* басо образноку муассир тасвир намудааст, ки дили хонандаро ба шӯр меорад: *Чун Темурмалик аз ғанговарони худ ин суҳанҳои қанғрамононаро шунид, ба онҳо тағсину офарин гуфта ғар қадомашонро як-як бағал қашида сару рӯғишонро падарона бӯсид ва онҳоро, ки аз сад нағар зиёд набуданд, ба пеши қору буна ниёда дар сағ рост қард ва худ ба аспӣ оғудави шертатон савор шуда дар пеши*

истод(64). Темурмалик **бо синаи сўзон ва дили бирён** яккаву танҳо ӯанггонро давр мезад ва **мурдаҳои ёрони ба ӯон баробари худро** аз лошай муғулон ӯудо карда ба канорае мебаровард (65). Темурмаликро аз дидани ин ӯол **дил метавид, нафас тангӣ мекард** ва ӯазабе, ки нисбат ба чингизӣён дошт, сад чандон зиёдатар шуда буд. Аммо чӣ чора, ки **роғи интикомкаширо** намеёфт ва аз ин сабаб **дарун-дарун месўхт ва мегудохт**.

Ў, дар ӯолате ки **дилаш бо отаиш ӯазаб шуғлавар шуда буд**, ба сўйи пойтахти Хоразм, ки дар он вақт ӯо пойтахти Эрон, Хуросон ва Мовароуннаҳр ӯам он ӯо буд, равон шуд.

Ҳар кадоми калима ва ибораҳои мазкур вобаста ба тасвири тантанавӣ ва ҳашаматноки воқеаҳо дар лаҳзаҳои муайян тобиши услубӣ зоҳир намуда, яқоя бо ҳодисаҳои дигари услубӣ оҳанги мутантан ва муассири забон ва услуби асарро ташкил кардаанд. Маҳорати С. Айни дар ин бобат иборат аз он аст, ки ӯ ҳар як калимаро дар ҷойи муносиб, ба тарзе ки бо наздиктарин шакли ҳаммаънош ҳам иваз кардани он маъниро ҳалалдор мекунад, ба кор бурда, онро бо услуби умумии асар созиш ва мутобиқ кунонидааст.

Нависанда бо истифода аз калимаҳои тавсифӣ, хушобуранг ва ӯӯшнавози адабӣ-китоби: **дилосо шуданд, табли шодмонӣ баландовоз карданд, ду аламрасидаи ӯами ӯильронкашида, дилҳои ӯамдида, сирри шодиангез** ҳодисаи вохӯрии қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик ва писарашро басо ҷаззоб тасвир намудааст. Инак, порчаро меорем:

Баъд аз он ки падару писар аз **бўсаву оғўш дилосо шуданд**, мўйсафедон ӯам ба навбат Темурмаликро ба оғўш кашида, аз **канору бўс табли шодмониро баландовоз карданд**....

Баъд аз рўз сафед шудан пирмардон падару писарро бо **як ӯаён шодӣ** танҳо ӯузошта худашон рафтанд, то ки ин **ду аламрасидаи ӯами ӯильронкашида** бо якдигар дарди **дилҳои ӯамдидаи** худро ӯуфта ва шунида **доди худро** аз айёми дурӣ ва маъълумии ӯузошта **ситонанд**.

. Лекин хабари омадани Темурмалик **як сирри шодиангези** ӯунон калоне буд, ки дар дили ӯеъ кас намегунӯид: (84).

Ҳар як калима бо мақсади услубӣ дар лаҳзаи муайян барои ҷолибтар нишон додани ҳодисаву воқеаҳо қорбасти гардида, матлабро равшану дақиқ тасвир намудааст. Нависанда барои нишон додани ваҳшонияти истилогарони араб, ки аз ҳамтоёни ҳеш - муғулҳо кам набуданд, бо истифодаи вожаҳои **қорғонӣ пурӯсони хушсифат(111), рўи исёнқорӣ(111), рафторҳои золимона(111), қушторҳои бераҳмона(117), ӯиссиёти арабдўшманӣ(111)**, ваъзияти иҷтимоӣ сиёсии дар замони истилогарони араб ба миён омадаи Мовароуннаҳру Хуросонро барҷаста ба риштаи тасвир кашидааст. Масалан, бо истифодаи ибораи **рўи исёнқорӣ (дар табиати аҳолии зулмидида) аланга мезад** ба он ишора мекунад, ки мардум дар зоҳир сар фароварда бошанд ҳам, ӯурури меҳанпарастиву миллатдўстиашон боло буда, доимо пайт мечустанд, ки қасоси ҳешро аз аҷнабиёни гургсифат ситонанд: **Албатта, сабаби маътал мондани он қорғонӣ пурӯсони хушсифат ва пароканда шудани устодон ва қоргарони моғири он зулми аз ӯад зиёд ва андозҳои беандоза буд**.

Ҳарчанд исёни оммаҳои мардуми маъаллӣ аз тарафи арабҳо бо **рафторҳои золимона ва қушторҳои бераҳмона** хобонда шуда бошад ва хобонда шавад ӯам, **рўи исёнқорӣ** дар табиати аҳолии зулмидида **аланга мезад (111)**. Ибораи **ӯиссиёти арабдўшманӣ** маҳсули эҷоди нависанда буда, дигар вожа наметавонад ҳисси бадбинии як шахси миллатдўсту ватанпарварро нисбати арабони таҷовузқор ҷолибтар ифода наояд: **Лекин вай, ӯунон ки дар боло ишора шуд, хост, ки барои пешбарии қори худ аз ӯиссиёти арабдўшмани Абўмуслим ва мардуми маъаллӣ фоида барад (117)**.

Нависанда бо истифода аз калимаҳои хушобуранг, тавсифӣ ва шоиронаи адабӣ-китобӣ тавонистааст, ки мақсаду мароми эҷодии ҳешро то ҳадди имкон равшану муассир, образноку дақиқ баён наояд. Дар мавриди қорбурди калимаҳои адабӣ-китобӣ дар очерки таърихии С. Айни забоншинос ӯаффоров Р. ӯунин нигоштааст: **“Аз тарафи дигар, онҳо забондонӣ ва ӯунарнамоии устод Айниро дар бобати муносиб қор фармудани унсурҳои ӯуноғуни сарвати лугавии забонамон низ нишон медиҳанд”** [Ғаффоров 1971, 189] .

Масалан, дар порчаи зерин нависанда аз вожаҳои адабӣ-китоби **пўлодпайқон, синашиқоф, қодирандоз, монанди уқобони тезноҳун, беҳато** истифода намуда, воқеаи пешвозгирии истилогарони муғулро аз ҷониби ӯанговарони ӯуҷанд барҷаста тасвир намудааст: **Тирҳои пўлодпайқони синашиқоф аз қамонҳои ӯавонони тоҷики қодирандоз ӯаста аз даричаҳои кишти баромада монанди уқобони тезноҳун, аммо бо суръати барқ дар ӯаво парвоз мекарданд ва беҳато ба сина, шикам ва рўву ӯашии муғулон зада ӯок-ӯок мегардонданд(42)**. Ё ин ки дар ӯумлаи зерин калимаи **пуртавон** бо мақсади услубӣ қор фармуда шудааст. Синоними калимаи **пуртавон** вожаи **тавоно, қудратманд** аст, ки монанди калимаи **пуртавон** матлабро барҷаста ва муассир ифода карда наметавонанд: **Маълум буд, ки тирӣ бепаёкони қанърамони пуртавон ба нишон расида, ӯашии ўро баровардааст (66)**.

Садриддин Айни дар интиҳоб ва истифодаи вожаҳо ниҳоят нозуқбин буда, дар ин маврид Н. Маъсумӣ ӯунин ибрози андеша намудааст: **“Айни дар интиҳоби калимаҳо ниҳоят эҳтиётқор аст, аз ин сабаб дар забони асарҳои ӯ ба таври тасодуфӣ қор фармуда шудани ягон хел калима ва ибораҳо дида намешавад. Ин ҳама натиҷаи ба таври қатъӣ риоя карда шудани талаботи айнан ифодақунии фикр ва маъно аст”** [Маъсумӣ 2011, 112].

Адабиёт:

1. Беҳбудӣ А. С. Айни ва баъзе масъалаҳои забони адабии тоҷик / А.Беҳбудӣ // ӯашинномаи Айни, ҷ. III. – Душанбе : Дониш, 1966. – С. 32-43.
2. Ваҳҳобов Т. Устод Айни ва лексикографияи тоҷик / Ваҳҳобов Т. // ӯақиқат зодаи баҳс аст. – ӯуҷанд: Хуросон, 2010. – С. 198.
3. ӯаффоров. Р. Забон ва услуби очерки “Қаҳрамони халқи тоҷик Темурмалик” . ӯашинномаи Айни/ Р. ӯаффоров. Душанбе: Дониш, 1971. 342. С.181-201
4. Маъсумӣ, Н. Асарҳои мунтахаб, ҷ. II, Забоншиносӣ / Н.Маъсумӣ.–Душанбе, “Адиб”. 2005. –351с
5. Ёусейнов Х. Забон ва услуби повести «Одина»-и С. Айни/ Х.Ҳусейнов. –Душанбе, 1973, –213с.

КОММУНИКАТИВНОЕ И ДИДАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕКСТОВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ СТУДЕНТОВ НЕЯЗЫКОВЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ

Кафедра методики преподавания русского языка и литературы, Таджикский национальный университет

Актуальность. Развитие речи студентов неязыковых факультетов на основе текстов – это особый вид деятельности, тесно связанный с сенсорными процессами, памятью, мышлением, воображением, эмоциями. Речевое развитие студентов неязыковых вузов на сегодняшний день является одной из важных задач, поставленных перед преподавателями русского языка.

Цель исследования. Разработка методики обучения для работы с текстами в процессе развития речи студентов неязыковых факультетов.

Материалы и методы исследования. Текст - на уроках русского языка на неязыковых факультетах может быть рассмотрен в двух направлениях – как продукт и как процесс. Последнее предполагает исследование путей, по которым студент может прийти к той или иной интерпретации текста, а в отдельных случаях – к единственно верной интерпретации. Текст динамичен, а не статичен, он содержит в себе не смысл как таковой, а лишь потенциал для его развития. Необходимо учитывать профессиональную значимость заключённой в тексте информации и возможности её либо прямого, либо косвенного использования в предстоящей профессиональной речевой деятельности.

Использование текстов на уроках русского языка на неязыковых факультетах, как средство обучения русской речи, словарного запаса учащихся, владения русской речью является первоочередным задачей преподавателя. В современном нашем мире русский язык в нашей стране является после родного таджикского языка, вторым языком, и для его развития в нашей стране приняты ряд программ по его усовершенствованию. Нам известно, что в процессе обучения русского языка, не обойтись без чтения текстов, поскольку текст является одним из видов речевой деятельности обучающихся. Следует отметить, что чтение текстов и их использование на уроках русского языка, напрямую связано с устной и письменной речи студентов.

Вопросы профессионально ориентированного чтения были в центре внимания таких исследователей, как С. А. Вишнякова, И. А. Зимняя, В. В. Князева, А. К. Крупченко, А. Н. Кузнецов, А. А. Леонтьев, Н. М. Минина, Т. С. Серова, В. И. Соловьев, С. К. Фоломкина и другие. Использование научных текстов на уроках русского языка для развития речи студентов является одним из задач, связанных со сложностями речевых умений студентов, так как в процессе изучения и обучения, обогащают словарный, теоретический, практические навыки студентов, умение использовать свой словарный запас в профессиональной сфере, в письме и устной речи.

Чтение текстов, для некоторых студентов неязыкового вуза, является сложным речевым умением, заключающимся в поступательном решении смысловых задач, которые в своей совокупности обогащают теоретический и практический опыт студента. Все это проявляется, когда целью обучения русскому языку студентов неязыковых вузов является не столько усвоение языкового материала, а также грамматических правил, формирование речевых навыков и развитие речевых умений, способов усвоения содержания специальных профессиональных сведений. При этом профессиональная коммуникация является одновременно и целью, и средством иноязычного образования, что подтверждает точку зрения И. А. Зимней, которая подчеркивает «беспредметность», «беспредельность» и «неоднородность» иностранного языка как дисциплины.

Изучение и чтение текстов на уроках русского языка на неязыковых факультетах, способствуют развитию речи студентов, пополняют их словарный запас, даёт студентам возможность познакомиться с русской поэзией, культурой, расширяет их кругозор, чтение повышает профессиональную и социокультурную компетенцию студентов, а также расширяет их общий и профессиональный кругозор.

Следовательно, чтение любого текста подразумевает понимание смысла текста, способствует развитию критического мышления, а также программирует оптимальные способы усвоения учебного текстового материала посредством исследования изучаемой информации.

Результаты исследования и их обсуждения. Тексты используются на уроках русского языка, должны быть профессионально подобраны, содержать смысловые содержания по специальности терминологическую лексику, чтоб в будущем, специалист их мог использовать в своей профессиональной сфере. В процессе обучения студенты шаг за шагом овладевают различными формами, видами и стратегиями чтения, стилями речи и в целом языком специальности с учётом их субъектных качеств. Обучение чтению являет собой не только процесс непрерывного развития личности, знаний и навыков, но и отражает изменения в профессиональной деятельности будущего специалиста.

Это необходимо делать практически на каждом этапе урока понемногу, не перегружая студентов большим количеством новой информации и главное на последующих уроках все время возвращаться к уже изученному, заставлять учащихся обращаться к новым понятиям и, по возможности, использовать их в письменной и устной речи. Если введенное понятие не закреплять на последующих уроках, то, как показывает практика, студенты довольно быстро забывает его, особенно если оно не имеет соответствия в его родном языке. Вводить новые понятия, термины и слова следует при изучающем чтении, когда студентам предлагается совершенно новый текст, подобранный с учетом целей обучения, и этот текст прорабатывается в течение всего занятия. На таком уроке при работе с новым материалом должны присутствовать все три стадии работы с текстом: предтекстовая, притекстовая и послетекстовая.

Научные и художественные тексты, которые будут использоваться в процессе учебной нагрузки, должны быть насыщены изобразительными и выразительными средствами, разнообразными стилистическими приёмами, которые характерны для функциональных стилей. При использовании стилистических приемов и изобразительных средств, развивается речевые навыки учащихся, умение мастерски излагать свою речь.

Нужно научить учащихся таким понятиям, как функциональные стили, т.е. об их существенных признаках,

обусловленных социальными, внемлингвистическими факторами. Так, стиливыми чертами художественной речи являются художественная образность и конкретность, эмоциональность и экспрессивность. Стиливые черты создаются различными средствами языка и способами стилистической организации речи.

Учащиеся знакомятся со стилистическими средствами языка, стилистическими приемами и различными способами стилистической организации речи. Необходимо научить учащихся различать стилистическую и экспрессивную окраску, языковых средств. Стилистическая окраска связана с отнесением языковых средств к тому или другому стилю речи, экспрессивная - с выразительностью и эмоциональностью изложения. Стилистическая и эмоционально-экспрессивная окраска может совмещаться.

Анализ текстового материала, в том числе и текста учебника, проведенный Н.В. Красильниковой, свидетельствует о том, что научный текст не может читаться одним видом чтения, так как процесс чтения характеризуется активным поиском информации. Поэтому в основу методики обучения чтению должны быть "положены характеристики реального процесса зрелого чтения, которое предполагает способность менять виды чтения не только при переходе с одного текста на другой, но и в пределах одного текста". Данный подход к проблеме обучения чтению на первом курсе реализован Н.В. Красильниковой в новой системе обучения чтению. Преимущество этой системы заключается в том, что она позволяет управлять процессом чтения "через совершенствование общих для всех видов чтения умений смысловой переработки информации" (там же). Экспериментальное обучение показало, что данная методика создает оптимальные условия для выработки навыков и умений разных видов чтения, позволяет учащимся при зрительном восприятии смысловой информации без труда переходить от одного вида чтения к другому.

Выводы. Таким образом, в методике обучения чтению студентов нефилологических факультетов первого курса предпринята попытка реализовать на практике принцип коммуникативной направленности обучения в учебно-профессиональной сфере.

Однако известно, что процесс овладения знаниями, умениями и навыками глубоко индивидуален. Индивидуальные возможности обучаемого могут оказывать влияние на изменение коммуникативных потребностей.

Следовательно, конкретные методические задачи по развитию коммуникативной компетенции студентов первого курса должны решаться на основе индивидуального, личностного подхода.

Знакомство с новыми явлениями языка и культуры мы предлагаем начинать на этапе послетекстовой работы, именно после прочтения текста можно выявить, что вызвало сложность понимания у студентов смысла текста.

Зачастую студенты продвинутого уровня могут понять значение незнакомого слова из контекста, но все равно мы обращаем на них внимание с помощью иллюстративного и мультимедийного материала (фото, видео, презентация, аудиозаписи и т. д.) с целью закрепления и углубления знаний. Основной задачей преподавания русского языка на неязыковых факультетах, является развитие способности правильного произношения, выразительного чтения и восприятия текстового материала, духовного развития учащихся, любовь к русскому языку, умение излагать правильно свою речь, использовать русский язык в дальнейшей своей работе, так как по практике мы знаем, что русский язык востребован во всех сферах трудовой деятельности и т.д. Изучение русского языка в неязыковом вузе способствует расширенному кругозору учащихся, развитие и совершенствованию способностей оценивать различные тексты, на основе этих текстов воспринимать и излагать изученный материал, а также интерпретировать семантическую и композиционную структуры художественного и научного текста.

Методические рекомендации по обучению студентов неязыкового факультета на основе научного текста еще не нашли практической реализации, так как на процессе учебной деятельности студенты полностью не проходят адаптацию, так как в группах не все владеют русским языком на должном уровне. И методы эти не рассчитываются на организацию личностной деятельности учащихся. При использовании работы с текстами используются однообразные методические приемы, для многих эти тексты не являются обязательными в процессе учебного чтения.

Отсюда очевиден вопрос: на какие известные уровни понимания необходима ориентация деятельности студентов в учебном чтении текста по специальности? Использование научного текста по специальности — это реальный процесс, при условии, если учащийся стремится понимать главный смысл, может передавать информацию, составить при этом правильную передачу текстового смысла. Нужно обязательно рассмотреть, как составлен научный текст, понимают ли основной смысл текста учащиеся, могут ли обогащать свой словарный запас учащиеся и т.д.

Мы считаем, что проблема изучения научных текстов и их использование на занятиях по русскому языку на неязыковых факультетах требует дополнительного изучения и требования. Известный лингвист Л.И. Зильберман говорил следующее: "Понимание текста предполагает идентичность выводов, сделанных читателем - получателем информации, с замыслом автора - отправителя информации, причем коммуникативный акт будет иметь место только тогда, когда понимание будет включать и одинаковую интерпретацию эксплицитно не выраженных, но имплицитно содержащихся в тексте единиц значения". Учебные тексты обязательно должны иметь мотивированную структуру. Структура текстов должна учитываться особенностями речи восприятия и служить развитию речи учащихся.

Список литературы

- 1.Балыхина Т.М. Методика преподавания русского языка как неродного, нового/ Т.М.Балыхина. Учебное пособие для преподавателей и студентов -М., Издательство РУДН, 2007. -185 с.
2. Верещагин, Е. М. Язык и культура: лингвострановедение в преподавании русского языка как иностранного / Е.М. Верещагин, В.Г. Костомаров. Изд. 4- е, перераб. и доп. - М., Русский язык, 1990. - 246с.
- 3.Каирова, Р.Б. Языковая символика и культурные смыслы / Р.Б. Каирова. Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. Пятигорск, 2009. №3. - 22 - 26 с.
- 4.Прохоров, Ю.Е. Лингвострановедение. Культуроведение. Страноведение. Теория и практика обучения русскому языку как иностранному / Ю.Е. Прохоров. - М., 1996. - 93 с.
- 5.Ходжиматова Г.М. Формирование коммуникативной компетенции студентов в условиях интегрированного обучения /Г.М. Ходжиматова // Вестник Таджикского национального университета. (Серия гуманитарных наук). —

Халелов С.Ф., Исакова Н.С., Ныгмет А.С.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ НА ОСНОВЕ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Кафедра общественного здоровья, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан.

Актуальность. Конкурентоспособность – это способность предприятия завоевывать и удерживать свою долю. В настоящее время проблема повышения конкурентоспособности предприятий становится все острее и актуальнее, поскольку в рыночных условиях просто невозможно достичь успеха, если не планировать эффективное развитие и не повышать его конкурентоспособность. Одним из главных путей повышения конкурентоспособности является правильное и эффективное управления компании. Сейчас имеются множество методов эффективного управления предприятий. К примеру, известный американский предприниматель, спикер и инвестор Брайан Трейси считает, что эффективное управление ресурсами компании возможно благодаря четырем взаимосвязанным процессам: планированию, организации работы, мотивированию сотрудников, анализу результатов. В данном исследовании мы хотим найти самый эффективный метод управления предприятием, чтоб последующем облегчить работу персонала.

Цель исследования: выявить альтернативные пути повышения конкурентоспособности на основе эффективного управления предприятием.

Материалы и методы: Нами было проведено поперечное одномоментное исследование (анонимное онлайн) анкетирование среди студентов 4-5 курсов НАО МУС всех специальностей, руководителей отделов, предпринимателей и стоматологов. Так же путём литературного обзора мы выявили наиболее эффективные методы управления предприятием.

Результаты исследования: В анкетировании участвовало 140 респондентов, средний возраст составил 18-24 года, подавляющее большинство 36% и 31% являлись предприниматели и студенты. Большое количество наших респондентов выбрали методы 26 % процессно-ориентированное управление и 23% создание лидерской команды. Так же наши респонденты считают, что японская модель 72% является самым эффективным методом управлением командой.

Вывод: В конечном итоге мы пришли к выводу, что внедрение метода процессно-ориентированное управление и создание лидерской команды повысят конкурентоспособность организации. А в свою очередь японская модель управления облегчит работу всего коллектива.

Список литературы

5. Анализ рынка стоматологических услуг в Казахстане [<https://www.prnews.ru/topic/analiz-rynka-stomatologicheskikh-uslug-v-kazahstane>];
6. Совершенствование методики ведения статистического учёта по КРЗ и гармонизация ее с рекомендациями ВОЗ, Евростат. Введение единой статистической формы по КРЗ (Методические рекомендации) – 11 стр. [<http://www.rcrz.kz/docs/nauka/mr6.pdf>]
7. Специфика рекламного менеджмента [https://ozlib.com/1030417/zhurnalistika/spetsifika_reklamnogo_menedzhmenta]
8. Эффективная реклама стоматологического кабинета [<https://biznesplan-primer.ru/reklama/stomatologicheskij-cabinet>]
9. Основы рекламного менеджмента [<https://cyberleninka.ru/article/n/osnovy-reklamnogo-menedzhmenta>]

Халимова Ф.Т., Шукуров Ф.А., Мавлонова С.Н.

АНТИТЕЛА К ФОСФОЛИПИДАМ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Актуальность. Репродуктивное здоровье женщин является одним из ключевых аспектов общественного здоровья, определяющим благополучие и демографическое развитие нации [3]. В последние десятилетия мировое медицинское сообщество активно изучает различные факторы, которые могут влиять на успешное протекание беременности и здоровье новорожденных. Особое внимание уделяется антителам к фосфолипидам (АФА) как потенциальным маркерам, влияющим на репродуктивную функцию и прогрессирование беременности [1.4]. Антитела к фосфолипидам представляют собой важные иммунные маркеры, которые могут модулировать систему коагуляции, влияя на сосудистые, клеточные и гуморальные компоненты. Это может привести к нарушению равновесия между протромботическими и антипротромботическими процессами, что увеличивает риск развития тромбозов и других репродуктивных нарушений [2]. Несмотря на обширные исследования в мировой литературе, в Таджикистане данная проблема остается недостаточно изученной. Учитывая географические, климатические и социокультурные особенности региона, а также возможные генетические и экологические факторы, изучение АФА в контексте репродуктивного здоровья женщин Таджикистана приобретает особую актуальность. Выявление связи между уровнем АФА и риском развития репродуктивных нарушений может стать основой для разработки новых методов диагностики, профилактики и лечения. Это, в свою очередь, способствует улучшению качества медицинской помощи и повышению благополучия населения страны.

Цель исследования. Оценка превалентности антифосфолипидного синдрома (АФС), ассоциированного с продукцией антител к фосфолипидам (АФА), среди женщин с репродуктивными дисфункциями.

Материал и методы. В рамках данного исследования была сформирована выборка, включающая 56 женщин, у которых в анамнезе отмечалось привычное невынашивание беременности. Эти пациентки прошли комплексное об-

следование, включая гинекологическое осмотр, гормональное исследование, бактериологический анализ и генетическое тестирование. Несмотря на проведенные диагностические мероприятия, конкретная причина нарушений в репродуктивной системе у данных женщин не была установлена. Средний возраст составил $28,14 \pm 0,71$ лет, при этом возрастные границы варьировались от 20 до 43 лет. Из этой группы 42 пациентки (75,0% от общего числа) в анамнезе имели случаи повторных регрессирующих беременностей, а также самопроизвольные выкидыши как в первом, так и во втором триместрах беременности. У 6 женщин (10,71%) была зафиксирована замершая беременность. У 5 пациенток (8,92%) диагностировали внематочную беременность. Также в группе было 3 женщины (5,35%), у которых в анамнезе отмечалось длительное бесплодие. Контрольную группу составили 40 женщин фертильного возраста.

Методом иммуноферментного анализа на диагностических тест-системах фирмы «Orgentec» определяли суммарную концентрацию антител к кардиолипину, фосфатидил-серину, фосфатидил-инозитолу и фосфатидиоловой кислоте класса IgM и IgG. Использовали диагностическое лабораторное оборудование для иммунного анализа Sanofi Diagnostics Pasteur, Франция - США: «BIO-RAD LABORATORIEES, INC». Уровни титров АФА выражали в международных единицах GPL и MPL согласно инструкции фирмы – производителя [5]. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи прикладных программ EXEL.

Результаты и обсуждение. Антитела к фосфолипидам (АФА) представляют собой важные биомаркеры, которые могут указывать на наличие или отсутствие определенных патологий у женщин. В рамках нашего исследования была проведена детальная оценка уровня АФА у женщин из контрольной группы. Результаты показали, что у этих женщин антитела к фосфолипидам отсутствовали. Для более точной характеристики уровня АФА были измерены концентрации иммуноглобулинов IgG и IgM к суммарным антителам, включая кардиолипин (КЛ), фосфатидил-серин (ФС), фосфатидил-инозитол (ФИ) и фосфатидиоловую кислоту (ФК). Средние значения для контрольной группы составили $1,76 \pm 0,27$ GPL для IgG и $1,21 \pm 0,16$ MPL для IgM. Для определения нормативных значений был установлен порог, равный среднему значению плюс три стандартных отклонения ($M \pm 3d$). Это означает, что концентрации АФА, превышающие 10 GPL для IgG и 13 MPL для IgM, считались повышенными. Сыворотки крови с такими показателями рассматривались как содержащие повышенное количество антител. При анализе результатов были выделены различные категории: высокопозитивные, умереннопозитивные, низкопозитивные и негативные показатели уровня АФА. В исследуемой группе средний уровень IgG к суммарным антителам составил $12,6 \pm 2,69$ GPL, а IgM - $2,07 \pm 0,11$ MPL, что представлено в таблице 1.

Таблица 1

Результаты иммунологического исследования n = 96, (M±m)		
Группы	IgG [КЛ+ФС+ФИ+ФК], GPL	Ig M [КЛ+ФС+ФИ+ФК], MPL
Контрольная группа n=40	$1,76 \pm 0,27$	$1,21 \pm 0,16$
Исследуемая группа n=56	$12,6 \pm 2,69$	$2,07 \pm 0,11$

Как видно из таблицы, средний уровень IgG к суммарным антителам составил 1,76 GPL с стандартной ошибкой 0,27, в то время как в контрольной группе 12,6 с стандартной ошибкой 2,69. Уровень IgG к суммарным антителам в исследуемой группе значительно превышает уровень в контрольной группе (12,6 GPL против 1,76 GPL). Это может указывать на наличие антифосфолипидного синдрома или других иммунных нарушений у женщин из исследуемой группы. Уровень IgM к суммарным антителам в исследуемой группе превышает аналогичный показатель в контрольной группе, достигая 2,07 MPL в сравнении с 1,21 MPL. Это указывает на то, что иммунная система женщин из исследуемой группы активно реагирует на определенные стимулы, что может быть связано с наличием антифосфолипидного синдрома или других иммунных нарушений. IgM являются одним из первых классов антител, которые производятся в ответ на инфекцию или другой иммунный стимул. Однако стоит отметить, что, несмотря на повышение уровня IgM в исследуемой группе, разница с контрольной группой не так выражена, как в случае с IgG. Это может говорить о том, что иммунный ответ в исследуемой группе находится на более ранней стадии или менее активен по сравнению с ответом, связанным с IgG. В ходе анализа было установлено, что из 56 женщин исследуемой группы у 16 из них обнаружены диагностически значимые уровни IgG [КЛ+ФС+ФИ+ФК]. Процентное соотношение АФА у женщин с нарушением репродуктивных функций представлены в таблице 2.

Таблица 2

Процентное соотношение АФА у женщин с нарушением репродуктивных функций		
Позитивность проб	IgG [КЛ+ФС+ФИ+ФК] % соотношение	IgM [КЛ+ФС+ФИ+ФК] % соотношение
Высокопозитивные	7,14 %	0
Умеренно позитивные	12,50 %	0
Низкопозитивные	8,92 %	5,35 %
Негативные	71,42 %	94,64 %

Как видно из таблицы, у 7,14% женщин исследуемой группы уровень IgG [КЛ+ФС+ФИ+ФК] находился в высоком титре. Это может свидетельствовать о выраженной активности иммунной системы в ответ на определенные стимулы, у 12,50% в умеренном титре, что указывает на среднюю степень активации иммунной системы и у 8,92% уровень IgG [КЛ+ФС+ФИ+ФК] определялся в низком титре, что может говорить о начальной или менее активной стадии иммунного ответа. Что касается IgM [КЛ+ФС+ФИ+ФК], диагностически значимые уровни этого класса антител были обнаружены у 5,35% женщин исследуемой группы, причем все они находились в низком титре.

Выводы: На основе критериев G. Hughes и соавт., у 16 пациенток с АФА был диагностирован первичный АФС

из-за сочетания клинических и лабораторных признаков. Исследование подтвердило, что АФА может вызывать акушерскую патологию у женщин детородного возраста с репродуктивными нарушениями. Рекомендуется обследование на АФА у женщин с проблемами в акушерском анамнезе. Профилактика поможет предотвратить акушерские осложнения и снизить риски для новорожденных.

Литература

1. Гениевская М.Г. Антитела к фосфолипидам и невынашивание / М.Г.Гениевская, А.Д.Макацария // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. - №4. – С.38-45
2. Макацария А.Д. Вопросы патогенеза, диагностики и терапии осложнений беременности, связанных с циркуляцией волчаночного антикоагулянта / А.Д.Макацария, А.Б.Раскуражев, А.Л.Мищенко, Е.В.Табаков // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. – №2. - С. 100-107
3. Barka N.E. Phospholipid autoantibodies – Phosphatidylserine /Peter JB, Shoenfeld Y.// Autoantibodies. Elsevier Science B.V. – 2019. - P. 630 – 634.
4. Hughes G. R. The anticardiolipin syndrom – ten years on / Hughes G. R. // Lancet. – 2020. – Vol. 342. – P. 341 – 344.

Халифаева Ш.Х., Шерматов Д.С., Ибронов С.С.

ВАРИАЦИИ КОНЦЕНТРАЦИИ Cu И Ni В ПОЧВАХ ЮЖНОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра медицинской и биологической физики с основами информационных технологий ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Поступление вредных веществ в окружающую среду оказывает неблагоприятные воздействие на здоровье человека, продуктивность сельского хозяйства и экосистемы [1]. Источники ТМ в пыли и почвах часто связаны с антропогенной деятельностью (выбросы транспорта, сточные воды и промышленные отходы) [2,3]. Промышленное развитие и урбанизация приводят к поступлению тяжелых металлов в почвы. Часто указывают на необходимость изучения загрязнения пыли и почв микроэлементами [4].

Цель исследования. Определить вариации концентрации Cu и Ni в составе почвы Южного и Центрального Таджикистана

Материал и методы исследования. Отбирался верхний (1-2 см) слой почвы с площадки 40х40 см² [5]. Фиксировались координаты места сбора, проба упаковывалась в пластиковый или стеклянный сосуд. Образцы очищались от примесей и измельчались до порошкообразного вида и просеиванием через сито отбирались частицы менее 1 мм. С помощью волно-дисперсионного сканирующего спектрометра "СПЕКТРОСКАН МАКС G", имеющем сканирующий канал модели «G», определен элементный состав проб почв [6, 7].

Результаты исследования.

Исследования показали, что содержание меди в пробах почв и проб АА меняется почти одинаково. Максимумы обнаружены в составе трёх проб, которые были собраны 6.08.2014 г. вокруг алюминиевого завода «ТАЛКО» (118, 126, 105 ppm) и на территории Гиссара 20.09.2009 г. (111 ppm) и 06.04.2014 г. (101 ppm) (рисунок 3.2.5). Районы Турсунзода и Гиссар являются соседями и завод «ТАЛКО» находится недалеко от Гиссара; можно предполагать, что основным источником выброса меди на этих территориях является этот завод. На территории Душанбе средняя концентрация Cu близка к ПДК (55 ppm), но не превышает его. Среднее содержание составляет 51,4 ppm и концентрации меди в большинство проб близки к этому значению. Содержание Cu в АА немного превышает его содержание в почвах.

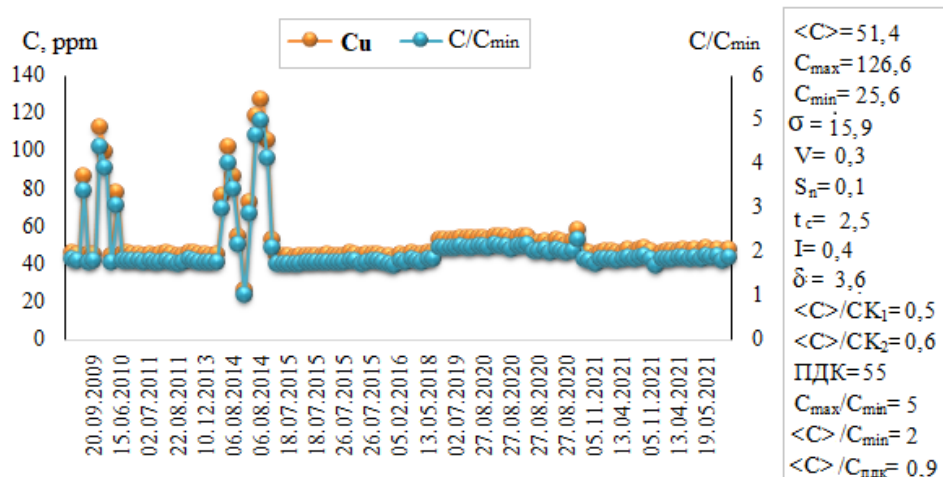


Рисунок 3.2.5. - Вариация содержания Cu в пробах почв

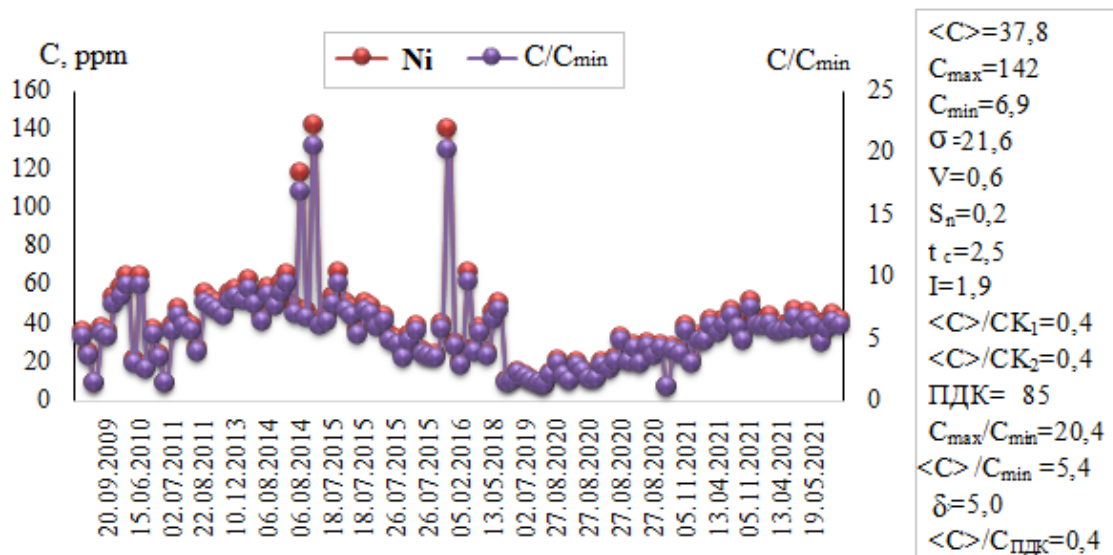


Рисунок 3.2.6. - Вариация содержания Ni в пробах почв

Концентрация никеля в АА оказалось ниже его концентрации в почвах. На рисунке 3.2.6. можно видеть три всплеска содержания никеля в почвах 06.08.2014 г. (116, 142 ppm), эти пробы были собраны на северо-западном и северо-восточном территории завода «ТАЛКО» и в пробе №200 собранной 05.02.2016 г. на территории ТЭЦ №1 города Душанбе (140 ppm). ПДК для этого элемента составляет 85 ppm и только вышеуказанные три пробы превышают его. На других точках г. Душанбе среднее содержание Ni вдвое меньше ПДК.

Выводы. Результаты показали, что на содержании меди и никеля кроме естественных источников ещё повлияли местные антропогенные источники: Таджикский алюминиевый завод «ТАЛКО» и ТЭЦ-ы, находящиеся на территории города Душанбе. Средняя концентрация обоих элементов не превышает предельно допустимую концентрацию.

Список литературы

1. Mirsaidov, I.U. Physico-chemical basics of processing of uranium-containing ores of the “Western Tajikistan” deposit /I.U. Mirsaidov, B.B. Barotov, M.D. Boboyorov, U.M. Mirsaidov // Applied Solid State Chemistry. – 2019 – №1 – С. 53-56. DOI: 10.18572/2619-0141-2018-2-3-2-16.
2. Разыков, З.А. Сезонная динамика содержания тяжелых металлов в реке Сырдарья. / З.А. Разыков, Д.Д. Ходжибаев // ДАН РТ. – 2018— Т.61 – №5. – С.485-490.
3. Jin, C. W. Contamination in Tea Garden Soils and Factors Affecting Its Bioavailability. / C. W. Jin, S. J. Zhang, Y. F. He, G. D. Zhou, Z. X. Zhou //Chemosphere. – 2005. – Vol.59. – Pp.1151-1159.
4. Lee, P. Metal Contamination and Solid Phase Partitioning of Metals in Urban Roadside Sediments. / P. Lee, Y. Yu, S. Yun, B. Mayer. // Chemosphere. – 2005. – V.60 (5). – Pp. 672-689.
5. Абдурахимов, С. Я. Проблемы изменения, рационального использования и охраны геологической среды в Таджикистане: автореф. дисс. д-ра наук, 25.00.36 / С. Я. Абдурахимов // – Худжанд. – 2003. – 44 с.
6. Кожевникова, М.Ф. Идентификация источников загрязнения: вычислительные методы. / М.Ф. Кожевникова, В.В. Левенец, И.Л. Ролик // Вопросы атомной науки и техники. – 2011. – № 6. – С.149-156.
7. Лосев, Н.Ф.Количественный рентгеноспектральный флуоресцентный анализ / Н.Ф. Лосев // Изд-во: М.: – Наука. – 1969. – 336 с.

Хамроева С.К., Мирзоева Г.Х., Махмудова С.С.

РОЛЬ НЕМЕЦКОГО ЯЗЫКА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Кафедра иностранных языков ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В XX-XXI веках, язык в силу своего статуса, как и раньше, чутко реагировал как на изменения в социуме, так и на изменения в окружающей действительности, связанные в первую очередь с научно-техническим прогрессом, обеспечивая все виды информационно-коммуникативных контактов и отражая динамику человеческой мысли. Будучи одновременно динамичным и статичным по самой своей природе язык является сосредоточением противоположных тенденций, разнонаправленное действие которых усугубляется еще и тем, что в нем мощные импульсы внутренних законов часто не совпадают с теми влияниями, которым язык подвержен извне. Кроме того, для любого языка современный этап характерен еще одним видом противоречий: с одной стороны, как и общество, социум, говорящий на этом языке, он стремится сохранить свое этническое своеобразие. С другой стороны, он все больше становится частью единого коммуникативного и культурного пространства, в рамках которого осуществляется сегодня взаимодействие и взаимосвязь в мире.

Цель исследования. Иностранные языки, несомненно, занимают важную роль в жизни современного человека, ритм жизни которого требует взаимодействия с подобными себе в разных сферах жизни, особенно если это касается профессиональной деятельности. По словам руководителя немецкого центра НГТУ, Партнера Немецкого культурного центра им. Гете в Москве А. Ижицкой, самый популярный иностранный язык для изучения на сегодняшний

день — это английский. Немецкий же давно занял твердые позиции на втором почетном месте по популярности и, похоже, в самое ближайшее время ситуация такой и останется.

В мире бизнеса многие крупные компании размещены именно в Германии, что делает из этой страны очень значимую экономическую платформу в масштабах мирового бизнеса от производства до торговли. Особой популярностью немецкий пользуется среди молодых людей и студентов, которые едут учиться в немецкие ВУЗы или проходят там последиplomную практику, ведь образование в Германии считается одним из лучших во всем мире и дипломы этого государства ценятся многими работодателями во всем мире. Кроме того, большинство ВУЗов Германии после окончания учебы предлагают высокооплачиваемую работу, что очень важно для молодых специалистов.

Сейчас особое место среди изучаемых иностранных языков занимает немецкий. Со знанием немецкого языка можно комфортно чувствовать себя во многих странах Европы. Для Германии, Австрии, Швейцарии, Бельгии и Лихтенштейна немецкий язык является либо государственным, либо одним из государственных языков. Всего на территории Европы на немецком языке разговаривают более 100 миллионов человек, поэтому немецкий язык едва ли кто-то недооценивает.

Материал и метод исследования. Люди, разговаривающие на этом языке, встречаются, как правило, на территории европейских стран, например, Швейцария, Люксембург, Бельгия, Италия. Но все же, не смотря на ограниченное распространение, желающих знать немецкий не убавляется, и это, прежде всего, связано с историческим значением этого языка, а также мощным, прочным политическим и экономическим положением Германии во всем мире. Многих привлекает эта страна также доступным и престижным образованием.

В настоящее время трудно сказать сколько людей владеют немецким, так как подсчеты различных агентств сильно расходятся в этих показателях за основу принято брать примерное значение — около 100 млн. человек.

Хочется также обратить внимание наших читателей на экономическую составляющую веса немецкого языка. Много крупных фирм находятся в Германии, предавая этой стране мощную экономическую платформу, в масштабах глобальной торговой деятельности продукция, произведенная в немецко-говорящих странах давно, уже завоевала мировое признание.

Особую роль играет образование, которое можно получить в Германии. По традиции дипломы, получение в лучших учебных заведениях мира, ценятся большинством работодателей. Не удивительно, что многие российские студенты уезжают учиться и получать высшее образование именно за границей. По последним данным в стране можно найти более 300 высших учебных заведений. Отличие немецкой системы образования, то что в большинстве университетов гарантируется трудоустройство, и студенты, относящиеся к учебе с должной ответственностью, получают приоритет в выборе мета работы.

Если провести опрос среди изучающих немецкий язык, то можно выявить разные цели обучения, например, есть люди, которых привлекает культурное и историческое наследие, литература, философия. У всех свои цели и задачи, а также способы обучения.

Какие же способы обучения можно встретить сейчас?

Результаты исследования и их обсуждения. Есть традиционные — посещение курсов, репетиторов, занятия самостоятельно по различным обучающим программам или самоучителям. А есть сравнительно новые методики дистанционного обучения, например, с помощью различных программ видео связи. Сейчас в образовательной сфере стало появляться новое понятие, как немецкий язык по скайпу — это вид индивидуального обучения с личным дистанционным репетитором с использованием программы Skype. Более подобную информацию о репетиторе по скайпу можно почитать на странице

Всеобщее распространение интернета позволило многим людям, ранее не имевшим возможности заниматься в силу разных причин, обучаться дистанционно.

Дистанционная онлайн школа иностранных языков, основанная на базе мощного педагогического состава, предлагает онлайн курсы немецкого. Наш преподавательский состав состоит из дипломированных специалистов, работающих в различных учебных заведениях (школы, лингвистические центры, ВУЗы).

В специальных лингвистических атласах немецкий язык, как правило, встречается только на европейской территории. Его ареал распространения в качестве государственного языка включает в себя 7 центрально-европейских государств: Германию, Австрию, Лихтенштейн, Швейцарию (один из 4-х государственных языков) и Люксембург (один из 3-х государственных языков), а также небольшие части Бельгии (немецко-говорящая коммуна на Востоке) и Италии (провинция Боцен — Южный Тироль). И все же немецкий язык как иностранный изучают во всем мире. С одной стороны, это следствие его исторического значения как языка знания. С другой стороны, интерес к немецкому языку во всем мире объясняется прочным экономическим положением самих немецкоязычных стран, их политическим весом, ведущей ролью в сфере технологий, привлекательным вузовским образованием, а также продуманной информационной и туристической политикой.

Выводы. Немецкий язык в Европейском Союзе является иностранным языком номер два, а по численности носителей языка в 90 миллионов человек занимает первое место. В восьми странах немецкий язык признан как язык меньшинства. Однако, следует задуматься о распространенности немецкого языка в Европе, ведь в органах Европейского Союза немецкий язык играет лишь второстепенную роль. Необходимо решительно выступать в пользу использования немецкого языка (на практике) в качестве рабочего языка, если немецкий язык когда-то должен входить в число правительственных языков срастающегося сообщества европейских государств. Это важно, чтобы он сохранил привлекательность в качестве иностранного языка.

То, что немецкий язык во всем мире преподают и изучают в более чем 100 странах в школах и вузах, — неоценимый ресурс для международных контактов немецкоязычных стран. Вопрос о том, будет ли так и впредь, решается, в первую очередь, в Европе, где немецкий язык имеет самое большое распространение.

Список литературы:

1. Виноградов Е. Немецкий язык в России: популярность растёт, уровень владения падает. /2003.М.№6. С.14-15.
2. Емельяненко В. Новый русский парадокс. / 2006.М.№3.С.10-11
3. Емельяненко В. Необходимость в немецком языке в современном мире. / 2006.№3.М.С.14-15
4. Новиков Ю. Немецкий язык сегодня: как к нему относятся сами немцы. – / 2010.М.№2.С.5-6
5. Татарникова Е. Язык будущего. Какой иностранный учить сегодня, чтобы быть востребованным завтра? / 2012.М.№3.С.21-22

Хамроева С.С.

КАФОЛАТҲОИ КОНСТИТУТСИОНИИ ҲУҚУҚУ ОЗОДИҲОИ ИНСОН ВА ШАҲРВАНД ОИД БА ТАЪЛИМ ВА ТАРБИЯ.

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тоҷикистон

Ҳуқуқи таҳсил дар Тоҷикистон пеш аз ҳама бо Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва қонунгузорӣ қафолат дода мешавад. Тибқи моддаи 41-и Конститутсияи Тоҷикистон “Ҳар шахс ҳуқуқи таҳсил дорад. Таълими умумии асосӣ ҳатмист. Давлат таълими умумии асосии ҳатмии роғонро дар муассисаҳои таълимии давлати қафолат медиҳад. Шахс дар доираи муқаррарнамудаи қонун дар муассисаҳои таълимии давлатӣ метавонад ба таври роғон таълими миёнаи умумӣ, ибтидоии касбӣ, миёнаи касбӣ ва олии касбӣ гирад. Шаклҳои дигари таълимиро қонун муайян мекунад.”[1]

Қафолатҳои конститутсионии дастрас ва роғон будани таҳсилоти миёнаи умумӣ, ибтидоии касбӣ, миёнаи касбӣ, олии касбӣ ва баъзе аз таҳсилоти олии касбӣ дар муассисаҳои таълимии давлатӣ, ҳамчунин ҳатмӣ будани таҳсилоти умумии асосӣ дар Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, санадҳои байналмиллалӣ инчунин Қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи маориф», “Дар бораи ҳифзи ҳуқуқҳои кӯдак”, “Дар бораи таҳсилоти миёнаи касбӣ”, “Дар бораи масъулияти падару модар дар таълиму тарбияи фарзанд”, «Дар бораи таҳсилоти миёнаи касбӣ», Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи тасдиқи Консепсияи миллии тарбия дар Ҷумҳурии Тоҷикистон”, Барномаи таълим ва тарбияи ҳуқуқи шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дигар санадҳои меъёрии ҳуқуқи миллии муқаррар шудаанд.

Ҳуқуқи кӯдак ба таҳсил дар Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи ҳифзи ҳуқуқҳои кӯдак” низ муқаррар карда шудааст, ки тибқи он “Кӯдак ба таҳсил ҳуқуқ дорад ва ба ӯ таҳсилоти умумии миёна ва ибтидоии касбии роғон ва таҳсилоти роғони миёна ва олии касбӣ бо тартиби муқаррарнамудаи қонунгузори Ҷумҳурии Тоҷикистон қафолат дода мешавад. Кӯдак аз муассисаи таълимии давлатӣ то гирифтани таҳсилоти умумии миёна ё ибтидоии касбӣ танҳо бо роғии мақоми ваколатдори давлатӣ оид ба ҳифзи ҳуқуқҳои кӯдак бо роғии тартиби умумӣ ҳориҷ карда мешавад. Ба кӯдаки маъюбе, ки ба муносибати махсуси педагогӣ эҳтиёҷ дорад, тибқи қонунгузори Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳсилот қафолат дода мешавад. Барои кӯдаконе, ки гирифтори иллати ҷисмонӣ ё равонӣ мебошанд ва дар муассисаҳои таълимии таҳсилоти умумӣ имкони таҳсил қарданро надоранд, муассисаҳои махсуси таҳсилоти умумӣ, мактаб - интернатҳо ва синфҳои махсус таъсис дода мешаванд. Муассисаҳои таълимии мазкур таълиму тарбия, таъбот ва офияти тиббӣ иҷтимоии ин гуна кӯдакони таъмин намуда, онҳоро ба меҳнати муфиди ҷамъиятӣ омода месозанд. Кӯдаконе, ки гирифтори иллати ҷисмонӣ ё равонӣ мебошанд, бо роғии падару модар (шахсони онҳоро ивазкунанда) метавонанд яқоя бо кӯдакони солим дар муассисаҳои таълимӣ таҳсил намоянд ё барои онҳо машғулиятҳои инфиродӣ таъин карда мешаванд.

Дар моддаи 6 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи маориф” омадааст, ки “Давлат ба шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон, новобаста ба миллат, наҷод, ҷинс, забон, эҳтиқоди динӣ, маҷеи сиёсӣ, вазъи иҷтимоӣ ва молумулкӣ ҳуқуқ ба таҳсилро қафолат медиҳад. Давлат ба шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон таълими ҳатмии умумии асосии роғонро дар муассисаҳои таълимии давлатӣ, инчунин дар доираи фармоишҳои давлатӣ дар асоси озмун роғон гирифтани таҳсилотро дар зинаҳои минбаъдаи таҳсилот қафолат медиҳад»[2]. Таълим – раванди мақсадноки азҳудкунии донишҳо аз ҷониби талабагону донишҷӯён ва фароғии донишу малакаҳо дар фаъолияти амалӣ ҳамчунин фаъолияти муштараки падару модар (шахсони онҳоро ивазкунанда), омӯзгор ва муассисаи таълимӣ барои инкишофи кӯдак, тақмили истеъдод, маҳорат, малака ва қобилияти фикри ҷисмонӣ ӯ буда, тарбия бошад ин раванди мақсадноки ба воя расонидани кӯдак аз ҷониби падару модар (шахсони онҳоро ивазкунанда), муассисаи таълимӣ, ҷамъият ва ба зиндагии мустақилона омода намудани ӯ мебошад. Таълиму тарбия бо мақсади инкишофи қобилият, шавқу рағбат, хусусиятҳои ҷисмонӣ, равонӣ, зеҳнӣ ва фарҳангии кӯдакони ва ёрии амалӣ ба падару модар (шахсони онҳоро ивазкунанда) дар таълиму тарбияи кӯдакони, инчунин омода намудани онҳо ба таҳсил дар муассисаҳои таълимии таҳсилоти умумӣ ба роҳ монда мешавад.

“Таълиму тарбияи фарзанд вазиғаи падару модар, омӯзгор, давлат ва ҷомеа мебошад. Вазиғаи падару модар фароҳам овардани шароити моддӣ, молиявӣ, маънавӣ ва равонӣ дар таълиму тарбияи дурусти фарзанд мебошад. Давлат барои таълиму тарбия ва ҳифзи кӯдакони ятим ва маъюб ғамхорӣ намуда, ба онҳо шароити мусоид фароҳам меорад”. [3] Ҳуқуқи ҳар кас ба таҳсил ҳуқуқи муҳимтарини фарҳангӣ мебошад. Зери мағҳуми таҳсилот раванди мақсадноки таълиму тарбияи шахс бар мағфияти ҳуди он, ҷомеа ва давлат фағҳида мешавад. Раванди таълиму тарбияро меёғҳои аз ҷониби давлат муқарраршуда оид ба таълим ва тарбия муайян мекунад.

Ҳуқуқ ба таҳсил яке аз ҳуқуқҳои муҳими инсон буда, барои рушди ҳам шахсият ва ҳам ҷомеа замина муҳайё месозад.[5]

Қонуни ҚТ “Дар бораи маориф” Сиёсати давлатиро дар соҳаи маориф муайян намудааст, ки он ба принципҳои зерин асос меёбад: баробарҳуқуқи шаҳрвандон дар гирифтани таҳсилоти босифат; қонунӣ, эҳтироми ҳуқуқу озодиҳои инсон ва шаҳрванд; ҳатмӣ будани таълими умумии асосӣ; дастрасии таҳсилоти миёнаи умумӣ ва идомаи таҳсил дар зинаҳои минбаъдаи таҳсилот дар асоси озмун; мустақилияти муассисаҳои таълимӣ; пайдарҳамии раванди таҳсилот, ки алоқамандии зинаҳои таҳсилот ва ягонагии таълиму тарбияро таъмин месозад ва ғ.

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз ҷумла, Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба рушди

маорифи кишвар таваҷҷуҳи махсус зоҳир намуда, барои пешравии ин соҳаи ниҳоят муҳим мунтазам чораҳои судманд меандешад, ҷунки таълиму тарбияи наслҳои соҳибмаърифату созанда яке аз воситаҳои рушди ҷамъият, мустаҳкамии қудрати давлат ва побарҷойии тамаддунҳои мебошад.

Адабиёт:

1. Конституцияи Ҷумҳурии Тоҷикистон 6 нояри соли 1994
2. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи маориф”, соли 203
3. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи масъулияти падару модар дар таълиму тарбияи фарзанд”, соли 2011
4. Диноршоев А.М., Сафаров Б.А., Сафаров Д.С., Ҳуқуқи инсон – Душанбе: “Виза -принт”, 2019
5. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи ғиёзҳои ҷумҳурии Тоҷикистон”, соли 2015

Хасанова Д.М.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РОГОВИЦЕ ГЛАЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И АСПЕКТЫ РЕ-ГЕНЕРАЦИИ

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Проблема неминуемого возрастного повреждения роговицы глаза в настоящее время не потеряла свою актуальность. Старческие изменения роговицы развиваются почти у 50% здоровых людей. В результате старения роговица постепенно становится более плоской, истончается, снижается её прозрачность и увеличивается коэффициент преломления. На фоне старения любая местная патология, общие токсические воздействия, системные заболевания усиливают возрастные физиологические изменения. Дегенеративные изменения при этом нарушают её важнейшие свойства, чувствительность и трофику, что неминуемо приводит к нарушению нормального состояния её тканей и стойкому снижению остроты зрения. Возрастные изменения роговицы в связи с медленной регенераторной способностью зачастую необратимы. Как показывает практика, применяемое консервативное лечение не всегда даёт хорошие результаты.

Цель исследования. Изучить причины и особенности патогенеза возрастных изменений морфологических структур и физиологического состояния роговицы человека в пожилом возрасте и при некоторых заболеваниях.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе были использованы данные научной литературы и результаты исследований зарубежных авторов.

Результаты исследования. Как известно, роговица самый поверхностный слой наружной фиброзной оболочки глазного яблока, обладающий особыми свойствами, а именно высокой чувствительностью, прозрачностью и оптической гомогенностью. Это упорядоченная оптико-биологическая система с уникальным структурным и биохимическим составом. Из-за своего поверхностного расположения, она часто подвержена травматизации внешними факторами, инфекционным и неинфекционным болезням. Чаще большим изменениям подвергаются периферические зоны роговицы, тогда как центральные её отделы долго остаются прозрачными. До 30 лет передний эпителий роговицы достаточно плотно прилегает к боуеновой оболочке, а после 50 лет начинает происходить ослабление адгезивных свойств роговичного эпителия. Плотность нервных волокон в роговице начинает снижаться, концентрация гликозаминогликанов и воды снижается, количество эпителиоцитов на единицу площади начинает значительно уменьшаться. Постепенное снижение плотности нервных волокон и их разрыхление, уменьшение количества эпителиальных клеток на единицу площади, непрочное соединение переднего эпителия роговицы с боуеновой мембраной позволяют предположить значительное снижение зрения и регенераторных процессов в пожилом возрасте. У пожилых людей почти в 1,5 раза снижается количество эндотелиальных клеток, поэтому чаще развивается эндотелиально-эпителиальная дистрофия. Она характерна исключительно для людей пожилого возраста и возникает обычно без видимой причины благодаря физиологически обусловленной потере большого количества клеток эндотелия. При потере этих клеток нарушается нормальная функциональная активность роговичного эндотелия, нарушается водный баланс, и как следствие, наступают дегенеративно-дистрофические изменения эндотелия и других структур роговицы. Замещение повреждённых эпителиоцитов в основном происходит за счёт миграции и гипертрофии соседних клеток, которые заполняют дефект этого слоя, а также частично за счёт внутриклеточной регенерации. Десцеметова же мембрана занимает внутреннее положение и довольно прочная, плотная, устойчивая к инфекциям и менее подвержена внешним повреждениям, но с возрастом она становится толще, что затрудняет трофику роговицы. Дегенеративные и дистрофические процессы в роговице представляют не только практический интерес, но и теоретически актуальны. В основе дегенерации роговицы лежат разные как местные, так и общие расстройства обмена веществ, возрастные аспекты, местные инфекции, системные заболевания. Собственное вещество роговицы, как известно, не имеет своих кровеносных сосудов, и питание её осуществляется путём осмоса жидкости передней камеры глаза и секреты слёзной железы. Для прохождения питательных веществ через роговицу важную роль играет стромальный компонент, выполняющий транзитную функцию. Именно здесь в строме периферических отделов роговицы при старении первыми начинают наблюдаться патологические отложения липидов, попадающих сюда из люмбальных капилляров. Их отложения зачастую приводят к снижению прозрачности роговицы. Важно, что нормальное функционирование роговицы зависит в основном от состояния её эпителиально-эндотелиальной выстилки и нервного аппарата. Именно пограничный эпителий и эндотелий роговицы свободно проходимы для воды, но не пропускают электролиты и органические вещества, растворимые в липидах. В норме они постоянно осуществляют дренирование роговицы, регулируют содержание жидкости в ней и обеспечивают её прозрачность. При их повреждении происходит отёк и помутнение. Активная роль в регуляции всех процессов обмена веществ, принадлежит также обильной сети нервных окончаний, расположенных субэпителиально и интраэпителиально, обеспечивающих не только чувствительность роговицы, но и нормальную трофику. Это обеспечивает активный роговичный рефлекс, предохраняющий её от высыхания, и предохраняет от воздействия факторов внешней среды. Нарушения иннервации зачастую приводят к снижению чувствительности и расстройству

трофики, являющимися непосредственной патогенетической причиной дегенеративных расстройств и воспалению. У лиц старше 65 лет наблюдается как истончение и уплощение слоёв роговицы, их разрыхление, так и со стороны десцеметовой оболочки имеют место утолщение и уплотнение, что вместе приводят к снижению трофики чувствительности роговицы. При более глубоких изменениях могут откладываться электролитные конкременты. В пожилом и старческом возрастах наблюдаются нарушения барьерной функции эпителия и эндотелия с отёком стромы соединительной ткани собственного вещества роговицы; эрозии, приводящие к повреждению клеточных и внутриклеточных структур; изменения биохимического состава межклеточного вещества, приводящие к истончению и эктазии ткани роговицы, которые в последующем приведут к непоправимым структурным нарушениям. В процессе восстановления роговицы после механических травм, ожогов, воспалительных процессов нередко происходит частичное восстановление структур роговицы. С возрастом часто развиваются необратимые нейротрофические процессы переднего отдела глазного яблока, кератинопатии. Причиной их могут служить интоксикации разного генеза вследствие перенесённых общих заболеваний, профессиональных факторов, хирургических вмешательств, в результате чего происходит значительная потеря клеточного состава эндотелия роговицы. Известно, что задний эпителий роговицы практически не имеет регенераторной способности. При повреждении погибшие клетки не замещаются новыми, а сохранившийся эндотелий путём увеличения площади клетки покрывает оголённые участки прилегающей десцеметовой оболочки. При этом эпителий теряет свою защитную гидратационную и трофическую функции, что и приводит к отёку роговицы и потере её прозрачности. Важной составляющей нормального функционального состояния роговицы или восстановления её структур при регенерации является прочность контакта переднего эпителия с боуменовой мембраной. Значительное нарушение этих связей наблюдается при кератинопатиях воспалительного генеза у лиц пожилого возраста, когда отслоение эпителиального слоя приводит к возникновению длительно текущей эрозии роговицы. Как известно, качество регенераторных процессов любых тканей после повреждения во многом зависит от состояния нервного аппарата органа. Снижение общей чувствительности роговицы приводит к снижению её трофики и сухости, что обычно компенсируется повышенной секрецией слёзной железы. Регенерация роговицы у людей пожилого и старческого возраста протекает намного медленнее, в связи, с чем восстановление и её архитектоники и функциональной активности незначительны, что неминуемо ведёт к снижению и зрения при старении.

Выводы. Дегенеративные изменения роговицы имеют достаточно позднее начало, могут быть связаны с местными и системными заболеваниями, либо возникают при старении. В первых случаях дегенерации возникают только в поражённом глазе, а в последнем чаще наблюдается двухстороннее поражение роговицы. Но в том и другом случаях имеет место снижение остроты зрения.

Список литературы.

1. Румянцева О.А., Егоров Е.А., Кузнецов С.Л./Регенерация нервных волокон и других структур роговицы // - Москва. - 2018. - С.107-109.
2. Волова Л.Т., Золотарев А.В. / Сборник трудов научно-практической конференции «Регенеративная медицина и трансплантация тканей в офтальмологии»// -М.- 2019. - С.14-17.
3. Мороз З.И., Ковшун Е.Д., Волкаво О.С./ Лечение вторичной эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы// Офтальмохирургия- 2020.- № 1 - С.34-39.
4. Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетьева Л.К. Офтальмология Изд.1-е М:ГЭОТАР-Медиа - 2018 - С.752С.-896.

Хасанова Д.М.

ПАТОГЕНЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ АЭРОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА В ЛЁГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПУЛЬМОНОТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Интенсивное развитие химической промышленности, технологических процессов, транспорта, приводящих к значительным изменениям экологической среды, непосредственно сопровождаются увеличением масштаба производства высокотоксичных веществ. Перечень токсических веществ, используемых на промышленных объектах и в быту, показывает, что наибольшую опасность представляют пульмонотоксические вещества, используемые в больших объемах в технологических процессах: аммиак, оксид азота, хлор, азотная кислота, кварц и др. (Чучалин А.Г., 2007) Количество людей, подвергающихся ежедневно воздействию этих и многих других факторов внешней среды, с каждым годом растёт. Опасность заключается в том, что наибольшее токсическое воздействие они оказывают именно на дыхательную систему человека, приводя к развитию различных нарушений морфофункционального состояния дыхательной системы человека.

Цель исследования. Изучить патогенетические механизмы повреждения аэрогематического барьера в лёгких при воздействии на него различных эндогенных и экзогенных факторов, в частности пульмонотоксических веществ.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе были использованы данные научной литературы и результаты исследований зарубежных авторов.

Результаты исследования. Попадание токсичных пылевых частиц в лёгкие вызывает защитную реакцию, прежде всего, со стороны кровеносных капилляров аэрогематического барьера. При этом просвет лёгочных гемокапилляров расширяется и повышается их проницаемость. В них замедляется кровоток, развивается стаз, в стенках множества гемокапилляров увеличивается просвет межклеточных контактов, появляются расширенные поры, что способствует выходу плазмы в межтканевое пространство из сосудов, которые переполнены не только эритроцитами, но и большим количеством лейкоцитов. Нейтрофилы и другие зернистые лейкоциты вначале практически не принимают участия в фагоцитозе пылевых минеральных частиц. Выселяясь из сосудов в ткани, они быстро разрушаются, обогащая при этом очаги воспаления в лёгких биологически активными продуктами. Позднее нейтрофилы начинают активно участвовать

в фагоцитозе пылевых частиц тем активнее, чем выше цитотоксичность и фиброгенность последних. В этом процессе одинаковая роль принадлежит и эндотелию гемокapилляров, и стенке самих альвеол в лёгких. Процесс экссудации плазмы сквозь эндотелиальную выстилку осуществляется пиноцитозными пузырьками, которые через базальную мембрану поступают в респираторные альвеолоциты 1-типа. Сначала в пиноцитозных пузырьках плазма достаточно бедна белками и имеет слабую электролитную плотность. В дальнейшем пиноцитозные пузырьки переносят более плотный материал, обогащённый кислыми белками. Пиноцитозные пузырьки, преодолев альвеолоциты, сразу попадают на поверхность самих альвеол и встраиваются в сурфактантный комплекс. В результате экссудации плазмы в составе сурфактантного комплекса выявляются плотные массы фибрина, которые впоследствии структурируются в более сложные фибриновые волокна. В секреторных альвеолоцитах 2-го типа наблюдаются интенсивная секреция пластинчатых телец сурфактанта и накопление их в альвеолярных полостях. Однако отёчная жидкость постепенно замещает сурфактант в альвеолярной выстилке. Одним из серьёзных последствий воздействия токсических веществ является отёк лёгких. Отёк и структурные изменения компонентов аэрогематического барьера приводят к нарушению газообменной функции лёгких и способствует развитию гипоксического состояния. В самих альвеолоцитах и клетках соединительной ткани лёгких наблюдается рост числа крупных отёчных митохондрий с деструктивными кристами. Одновременно с экссудацией плазмы происходит переход клеток белой крови в альвеолярные полости и ткань самих лёгких. Альвеолярные и интерстициальные макрофаги поглощают пылевые частицы, эритроциты, клеточный детрит, фибрин и компоненты сурфактанта. Постепенно активизируются не только макрофаги и гранулоциты, но и клетки иммунной защиты плазмоциты и фибробласты. Безвредных видов промышленной пыли нет. Поэтому структурно-функциональное состояние макрофагов всегда изменяется в зависимости от степени цитотоксичности захваченных пылевых частиц. Лизосомальные ферменты макрофагов не в состоянии разрушить минеральные пылевые включения, поэтому раньше или позже они погибают или распадаются. Если макрофаги поглощают частицы слабоцитотоксичной угольной пыли размером 1-5 мкм, они способны внутриклеточно элиминировать значительную её часть из лёгких вместе с бронхиальным секретом. При этом сами макрофаги, поглотившие пылевые частицы, увеличиваются в размере, в них происходит гипертрофия органелл, накапливаются липиды, но структурная организация клетки часто сохраняется. Иногда даже в таких макрофагах наблюдаются процессы митотического деления, что указывает на сохранение из жизнеспособности. В этом случае количество частиц пыли в легочной ткани часто не достигает критической величины, а морфологические изменения протекают преимущественно в виде хронического пылевого бронхита. Такие клетки хорошо выявляются при исследовании отпечатков легкого на микроскопическом препарате. При попадании в лёгкие большого количества крупных частиц размером 8-10 мкм, макрофаги объединяются вокруг них, и в этом случае формируются гигантские многоядерные клетки инородных тел. При этом происходит достаточно быстрая деструкция внутриклеточных органелл, митохондрий, фаголизосом. Одновременно вокруг поглощённых пылинок происходит коагуляция белков в виде уплотнённых участков гиалоплазмы в клетке. В цитоплазме макрофагов накапливаются многочисленные липидные включения, диффузное распределение кислой фосфатазы, что характерно для разрушенных лизосом и развития аутолиза клетки. Быстрое разрушение макрофага под влиянием пылевых частиц обуславливает его выявление по лимфатическим путям и депонирование в лимфатических узлах корней лёгких и средостения. В области аэрогематического барьера часто выявляются плазматические клетки, интенсивно секретирующие иммуноглобулины, которые осуществляют местную аутоиммунную защиту от изменённых окисленных белков. Под воздействием синтезируемых активированными макрофагами цитокинов и продуктов распада самих макрофагов происходит стимуляция фибробластов стромы увеличение синтеза ими эластических и коллагеновых фибрилл. Преимущественное формирование коллагеновых волокон в аэрогематическом барьере между эндотелием гемокapилляров и респираторными альвеолоцитами 1-го типа приводит к утолщению и уплотнению тканевого матрикса в лёгких, затруднению диффузии молекул кислорода и углекислого газа и, как следствие, ухудшению общего газообмена в лёгких. Впоследствии в этих участках увеличивается отложение эластических и коллагеновых волокон, неминуемо приводящее к развитию фиброза, эмфиземы, приводящих к затруднению дыхания.

Выводы. Гистоморфологические изменения основных структурных компонентов аэрогематического барьера лёгких и активизация макрофагической системы, наблюдаемые при воздействии на организм пылевых и токсических частиц, неминуемо приводят к нарушению деятельности органов дыхательной системы организма и снижению качества жизни человека.

Список литературы.

1. Ерохин В.В., Романова Л.К. Сурфактантная система легких/ В.В. Ерохин, Л.К. Романова// Клеточная биология лёгких в норме и при патологии. Руководство - М.: Медицина - 2012. - С. 67-69.
2. Кругликов Г.Г., Величковский Б.Т. Особенности образования сурфактанта при введении в лёгкие экзогенных пылевых частиц /Экспертная биология// - 1999. - Т.2. - С. 128-130.
3. Цинзерлинг В.А. /Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза//. Санкт-Петербург.- 2010.- С.352-354
4. Черняева А.В., Самсонова М.В. Общая и частная патология легких /В кн.: А.Г. Чучалин А., / Респираторная медицина//. 2017 - Т.1- М., -С.131- 155

Хасанова Т.Г.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕНТАЛИТЕТЫ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ УНИВЕРСИТЕТСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра лингвистики филиала Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова в городе Душанбе

Актуальность. Академическая среда всегда выполняла роль ретранслятора национальных менталитетов, однако особенно ярко это стало проявляться в современных условиях – условиях образовательной интеграции высшей школы.

Вопросами специфики национальных менталитетов занимались многие ученые, в частности Лебединский С.И., Гербик Л.Ф., Решке Н.А., Прокопишина Н.А., Полежаев Д.В. и другие, которые рассматривали различные аспекты этой проблемы.

Практика показывает, что национальная специфика во всем ее многообразии может оказывать существенное влияние не только на конечный результат обучения в вузе, но и на процесс учебных занятий непосредственно. При этом не стоит вести речь об обязательном или минусовом резонансе необходимости работать в «ментально чужой» аудитории, поскольку менталитет есть данность, к которой преподавателю приходится адаптироваться независимо от личных предпочтений. Более того, эти непростые условия могут быть усложнены разноуровневой подготовкой выпускников школ, где неоднородность представлена не только уровнем знаний, но и общедидактическими (воспитывающего обучения; сознательности; активности; наглядности; доступности и посильности; прочности; индивидуализации) принципами обучения, которыми пользовался или не пользовался педагог в образовательном учреждении среднего звена. Актуальность сиречь проблемность данного вопроса проявляется несколько позднее – уже в университетской аудитории, которая сегодня в силу беспрецедентного расширения образовательного пространства пополняется учащимися – представителями различных культур и, соответственно, менталитетов. Ввиду этого некоторые из общедидактических принципов остаются за гранью или преподавательского инструментария, или понимания студентами общих и специфических учебных целей, зафиксированных в образовательных стандартах конкретных стран, отражающих преимущественно национальную стратегию развития.

Цель исследования. В этой связи мы посчитали важным рассмотреть российскую и азиатскую (восточную) образовательные традиции, которые по своему содержанию принципиально отличаются друг от друга и которые современные преподаватели не имеют права игнорировать ввиду квинтэссенции высшего образования. Обратимся к выделению сущностных характеристик этих традиций.

Результаты исследования.

Российская образовательная традиция отличается рядом характеристик, которые наиболее рельефно проявляются в рамках пяти ниже следующих проекций.

1. Студент – центр учебного процесса (субъект – субъектные отношения). Этот принцип является основополагающим для российского учебно-просветительского менталитета. На занятии взаимоотношения преподавателя и студента всегда выстраиваются по модели равноправного партнерства, и оба активно участвуют в реализации методических целей занятия. В идеале не допускается обращение к студенту на «ты». Во время ответа студент может даже не вставать с места, хотя это зависит от внутренних правил, установленных самим преподавателем в самом начале курса.

2. Нет «привязки» к одному учебнику. Одной из основных характеристик российских преподавателей является творческое отношение к материалу и содержанию учебного курса. Готовясь к занятию ориентир берется, как минимум, на два-три источника. Более опытные преподаватели расширяют этот список и даже подключают дополнительные ресурсы, отличающиеся хронологией выпуска и географией авторов. Происходит комбинирование материала, что делает лекции или практические занятия информационно насыщенными и оригинальными, где очень четко считывается авторский подход к компиляции материала и его интерпретации. Для российской традиции является недопустимой привязка к одному источнику, в противном случае это может стать серьезной критикой в отношении преподавателя и его методических практик.

3. Повышенное внимание к студенту, его личностному восприятию и самостоятельной интерпретации материала. Этот срез также признается нормой в российской методической школе. Для российского студента вопрос о личной точке зрения не звучит противоестественно, а наоборот, создает дополнительные, весьма типичные стимулы к реализации собственного «Я». Такой подход, безусловно, способствует персональной идентификации, которая распространяется и на личную жизнь студентов уже за пределами аудитории.

4. Не «синтагматическая» подача материала – это еще одна академическая национальная особенность. Российский преподаватель никогда не следует точному порядку заданий, предложенных в учебнике, а выбирает лишь то, что наиболее точно соответствует методической цели урока. В этой связи вполне естественным считается кажущаяся на первый взгляд хаотичной «пробежка» или «скачки» по основному учебнику, равно как и полное его (учебника) игнорирование на определенное время, когда базовый ресурс активно заменяется раздаточным материалом. Опасения в этом случае излишни – все подчинено одной цели и находится под контролем преподавателя.

5. Поощрение студенческих инициатив в учебном процессе. Наблюдается полновесная реализация общедидактического принципа сознательного обучения, что предполагает минимальное давление со стороны преподавателя. Такая расстановка приоритетов активизирует мотивационные ресурсы личности и интерес к дисциплине. Подобная «студентоцентричность» дает возможность развить и управленческие навыки будущих выпускников, хотя это не отменяет необходимость дальнейшего совершенствования института наставничества.

Азиатской (восточной) образовательной традиции свойственно несколько иное мировосприятие, которое, однако, компенсирует определенные лакуны в методической организации занятий в российской аудитории.

1. Жесткая субординация (явные субъект – объектные отношения). Занятия по азиатской (восточной) схеме построены по иерархическому принципу. Во всем прослеживается концепция (назовем ее условно) «преподавателецентричности». Все, происходящее в рамках учебного процесса, ориентировано на преподавателя, студенту же отводится достаточно пассивная роль – только запоминать материал и быть готовым в необходимое время его (полностью) озвучить. Однако причин для негативной оценки этой тенденции нет, поскольку концептуально она восходит к традициям и к менталитету жителей азиатских и восточных стран в плане а) беспрекословного подчинения старшему по возрасту; б) исторически сложившейся традиции глубочайшего уважения к образованным, грамотным людям.

2. Минимальная интерпретация. Ввиду того, что студенту отводится пассивная роль, то способность анализировать и интерпретировать информацию, как правило, не входит в иерархию учебных приоритетов. Это приводит к минимизации стимула и мотивации в самостоятельном ее поиске. Количество заданий, запрашивающих личную точку зрения

по поводу проблемы N (в частности на языковых занятиях), в некоторой степени ограничены ввиду недостаточной сформированности этого блока навыков. Тем не менее на экзаменах или в рамках каких-либо других форм контроля студенту может быть задан вопрос относительно его позиции, и если ответ удовлетворяет требованиям курса, оценка (бал) могут быть завышены. При этом задания креативного типа продолжают считаться большой проблемой.

3. Авторитарный характер коммуникации остается основным методическим приемом. Достаточно нетипичной для азиатских студентов является ситуация, когда они сами должны проявлять инициативу и заинтересованность в процессе познания нового, а не ждать директив от преподавателя. Отсутствие давления иногда даже может стать причиной культурного шока.

4. Непонимание действий преподавателя может возникнуть и в результате нестандартного обращения с учебником. В частности, когда преподаватель нарушает последовательность заданий, предложенную в учебнике, или дополняет его другими материалами. Линейный способ подачи материала именно в той последовательности, которая была запланирована авторами или составителями учебника, – это настолько устоявшаяся традиция, что вопрос о выходе «из плена учебника» в большинстве случаев не рассматривается априори. Это способствует тому, что учебник занимает наиболее высокую позицию, определяя и содержание, и структуру занятия.

Кстати, как показывает опыт, для азиатских студентов «озвучивание» учебника (в каких бы то ни было объемах) не представляет абсолютно никаких проблем, поэтому задания на воспроизведение заученного текста (независимо от его сложности и объема) не вызывают вопросов о целесообразности. В этом случае они демонстрируют прекрасное исполнительское мастерство, потому как эти навыки отбатываются в течение всей их школьной и университетской жизни.

Выводы. Основное различие азиатской (восточной) и российской методических школ заключается в оценке роли студента и в характере использования учебного материала. Мы же, преподаватели, работая в многонациональной аудитории, сталкиваемся с различными образовательными традициями и системами ценностей, что «усугубляется» культурным шоком и академическим стрессом, который испытывают студенты особенно в первые годы обучения в вузе. Между тем сегодня, в условиях интеграции образовательного пространства, подобные ситуации стали скорее нормой, нежели исключением. Следовательно, в эпицентре нашего педагогического внимания должна оказаться вся аудитория независимо от специфики национальных менталитетов и их отражения в академической среде.

Список литературы

1. Апальков В. Г. Компонентный состав межкультурной компетенции. Вестник Тамбовского университета. Сер. Гуманитарные науки. - 2008. - № 8(64). - С. 89-93.
2. Быстрой Е. Б. Межкультурно-партисипативный подход как теоретико-методологическая стратегия формирования межкультурной педагогической компетентности. Вестник Оренбургского государственного университета. - 2003. - № 6. - С. 78-83.
3. Лебединский С.И., Гербик Л.Ф. Методика преподавания русского языка как иностранного. Учебное пособие. – Мн.: РИВШ БГУ, 2011. – 300 с.
4. Логунцев Е. Концепция устойчивого развития с позиций междисциплинарного подхода. Городское управление. - 2011. - № 11. - С. 24-32.
5. Морозова Т. В. Национальное коммуникативное поведение: доминантные особенности русской культуры общения. Гуманитарная парадигма. - 2019. - № 1 (8). - С. 14-15.
6. Сафонова В. В. Соизучение языков и культур в зеркале мировых тенденций развития современного языкового образования. Язык и культура. - 2014. - № 1 (25). - С. 123-141.
7. Фахрутдинова М. Т. Этнопсихологические особенности изучения русского языка как иностранного. В мире науки и искусства: вопросы филологии, искусствоведения и культурологии. - 2016. - № 1. - С. 138-142.

Хасанова З.М., Азизов З.А., Назурдинов А.Б.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и, в первую очередь, ишемическая болезнь сердца (ИБС), продолжают оставаться ведущей причиной смерти и ранней инвалидизации в большинстве стран мира. За последние десятилетия в области медицины произошло множество крупных достижений и, в частности, в диагностике и лечении больных ИБС. Несмотря на успехи, достигнутые в плане выбора метода и тактики лечения больных ИБС, вопросы профилактики и ранней доклинической диагностики, а также прогноза заболевания остаются спорными и недостаточно изученными [4]. В свою очередь, это обстоятельство во многом определяет показатели смертности [5]. Если исключить случаи смерти от травм, самоубийства и смерти, связанной с родами, то истинный показатель смертности от ССЗ среди взрослого населения составляет 70%. При этом среди прочих ССЗ, приводящих к смерти, 80% составляет инфаркт миокарда (ИМ) [1]. Вместе с тем даже пациенты, выжившие после перенесенного ИМ, подвержены высокому риску развития летального исхода [2].

Ежегодно в России регистрируются 19-20 млн. больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, а убыль населения составляет 700-800 тыс. человек. Несмотря на то, что за последние годы смертность, обусловленная ИБС, имеет тенденцию к некоторому снижению, догоспитальная и внутрибольничная летальность от ИМ остаётся достаточно высокой - 9-47% [3].

Цель исследования. Изучение особенностей клиники и эпидемиологии инфаркта миокарда в ранние сроки.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй болезней и результаты лече-

ния 272 больных с ИМ, поступивших в Республиканский кардиологический центр (Душанбе) и Согдийскую областную клиническую больницу (Худжанд). Использовали методы: социальный, эпидемиологический, клинический, лабораторный, функциональной диагностики и статистический.

Обследовано 211 больных мужчин (56,3%) и 61 женщина (43,7%) в возрасте 25-85 ($57,4 \pm 2,6$) и 41-74 лет ($67,0 \pm 2,9$). Статистическую обработку проводили с помощью прикладной программы «Statistica 6.0». В работе изучались качественные показатели, которые были представлены в виде относительных величин. Для дисперсионного анализа использовали критерий χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе наблюдения больных с инфарктом миокарда, поступивших в стационар с ангинозным вариантом (86,8% случаев), атипичная форма (клиника) отмечалась у 75% пациентов. При этом на боли в правой половине грудной клетки жаловались 3,3% больных, боли в эпигастральной области - 4,0% и учащение приступов стенокардии - 4,4% больных. Больные с инфарктом миокарда поступили с астматической формой болезни - в 5,5% случаев, с аритмической - в 2,2%, с церебральной - в 2,2% и с малосимптомной - в 3,3%.

Типичная клиника, в основном, отмечалась с наибольшим количеством аналогичных приступов у больных в возрастной группе 40-49 лет (83,5%). Учащение приступов стенокардии чаще наблюдалось в возрасте 50-59 лет (5,4%), астматический вариант - в возрасте 60-64 лет (13,3%), нарушение ритма сердца - в возрасте 50-59 лет (3,1%), потеря сознания и параличи - в возрасте 60-64 года (6,7%) и малосимптомное течение - в возрасте 60-64 года (4,4% больных). Таким образом, частые клинические симптомы зарегистрированы в период возникновения инфаркта миокарда в возрастной группе больных 50-59 лет - 130 случаев (табл.1).

Таблица 1

Частота основных клинических симптомов, зарегистрированных в период возникновения ИМ, в зависимости от возраста

Клинические синдромы	Возрастные группы					Всего
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	
Аналогичный приступ, типичный, абс. (%)	2 (100)	16 (100)	66(83,5)	92 (70,8)	28(62,2)	204 (75,0)
Атипичная локализация	-	-	4 (5,0)	13 (10)	3 (6,7)	20 (7,3)
Учащение приступов стенокардии			3 (3,8)	7 (5,4)	2 (4,4)	12 (4,4)
Астматический вариант	-	-	2 (2,5)	7(5,4)	6(13,3)	15 (5,5)
Нарушения ритма	-	-	1 (1,3)	4(3,1)	1 (2,2)	6 (2,2)
Потеря сознания, параличи	-	-	1 (1,3)	2(1,5)	3 (6,7)	6 (2,2)
Малосимптомное течение	-	-	2(2,5)	5 (3,8)	2 (4,4)	9(3,3)
Всего заболевших	2	16	79	130	45	272

Таблица 2

Частота некоторых осложнений в первые 28 дней после возникновения инфаркта миокарда (абс. ч., %)

Осложнение	I год			II год			III год		
	Всего больных	С осложн.	%	Всего больных	С осложн.	%	Всего больных	С осложн.	%
Кардиогенный шок	131	10	7,6	141	14	9,9	272	24	8,8
Сердечная недостаточность	131	21	16,0	141	21	14,9	272	42	15,4
Нарушение ритма	131	40	30,5	141	48	34,0	272	88	32,4
Тромбоэмболия	131	3	2,3	141	4	2,8	272	7	2,6

Примечание: различия между годами по всем показателям статистически не значимы $p > 0,05$

По нашим наблюдениям наиболее частым осложнением явились нарушения сердечного ритма - 32,4% (табл. 2), при этом не включены аритмия, синусовая тахикардия и брадикардия. Если учесть и эти нарушения темпа сердечной деятельности, то процент больных с аритмиями увеличился бы до 57,3% (табл. 3). Наиболее часто (77,5%) аритмии наблюдались в первые двое суток от начала инфаркта миокарда, на третьи сутки и в поздние сроки аритмии встречались в 2,5 раза реже, чем в первые сутки ($p < 0,05$).

Среди общего числа больных с аритмиями более, чем у трети (41,4%) отмечались сочетания нарушения ритма, например, мерцательная аритмия и желудочковая экстрасистолия, блокада ножки пучка Гиса и экстрасистолия, а также другие сочетания. Ввиду этого общее число аритмий превышало количество больных - у больных зафиксировано 156 случаев аритмий (табл. 3).

Таблица 3

Частота и характер нарушений ритма у больных с инфарктом миокарда

Характер нарушений сердечного ритма	Число случаев	В % к общему числу больных (n=272)
Синусовая тахикардия	61	22,4
Синусовая брадикардия	6	2,2
Экстрасистолия	37	13,6
Мерцательная аритмия	7	2,6
Фибрилляция желудочков	3	1,1
Замедление внутрипредсердной проводимости	1	0,4
Атриовентрикулярная блокада	2	4,0
Блокада правой ножки пучка Гиса	14	5,1
Блокада левой ножки пучка Гиса	16	5,3
Всего	156	57,3

Наиболее частым нарушением сердечного ритма явилась экстрасистолия, наблюдавшаяся у 13,6% больных с инфарктом миокарда. Причем, в 32,4% случаев она была единственным нарушением сердечного ритма, в остальных сочеталась с другими аритмиями. В 59,4% случаев имели место единичные желудочковые экстрасистолы, в 13,5% - множественные желудочковые и в 8,1% - политопные. Остальные случаи приходились на предсердные и узловых экстрасистолы (табл. 3).

Установлено, что экстрасистолия возникала у больных с сердечной недостаточностью значительно чаще (67,6%), чем при ее отсутствии (32,4%), ($p<0,001$). Отмечено нарастание частоты аритмии с возрастом. Если в возрасте 30-34 лет нарушения ритма и проводимости встречались в 25% случаев, то в возрастной группе 55-59 лет – в 58%. При сопоставлении частоты аритмий с локализацией поражения выявлено, что у больных с инфарктом миокарда передней стенки левого желудочка аритмии возникали в 54,5%, задней – в 36,5% случаев ($p<0,002$). (табл. 2).

Выявлено статистически достоверное преобладание количества случаев предсердно-желудочковой блокады при заднем, по сравнению с передним инфарктом миокарда (72,7 и 27,3) ($p<0,001$). Экстрасистолия регистрировалась чаще при переднем инфаркте миокарда.

Выводы. Большинство больных с диагнозом инфаркт миокарда в стационар поступали с ангинозными формами болезни - 86,8%. Наибольшее количество атипичных форм инфаркта миокарда регистрировали среди больных возрастной группы 40-49 лет - 75%, с аналогичными приступами в типичной форме заболевания поступали 83,5% пациентов с ИМ. Среди госпитализированных больных наиболее частым осложнением являлись нарушения сердечного ритма - 32,7% случаев. Наиболее часто аритмия наблюдалась в первые и вторые сутки от начала развития ИМ. Среди общего числа больных с аритмиями, у 41,4% отмечались сочетания нарушения ритма (мерцательная аритмия и желудочковая экстрасистолия; блокада ножки пучка Гиса и экстрасистолия). Наиболее частым нарушением сердечного ритма явилась экстрасистолия – 13,6% случаев. Отмечено нарастание частоты аритмии с возрастом. В возрастной группе 30-34 лет нарушения ритма и проводимости встречались в 25% случаев, а в 55-59 лет - в 58%.

Литература

1. Бисюк, Ю.В. Летальные исходы пациентов старческого возраста с инфарктом миокарда, обусловленные обстоятельствами объективного характера / Ю.В. Бисюк // Медицинское право. – 2012. - № 3. – С. 43-45.
2. Кужелева, Е.А. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациентов / Е.А. Кужелева, К.Н. Борель, А.А. Гарганеева // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. - №12(3). – С. 291-295.
3. Сафроненко, В.А. Особенности течения ишемической болезни сердца у пациентов с 5-летним анамнезом инфаркта миокарда в зависимости от приверженности к терапии / В.А. Сафроненко, А.И. Чесникова, А.В. Хрипун // Медицинский вестник Юга России. – 2013. - №1. – С. 60-3.
4. Современные подходы к прогнозированию кардиальных осложнений у больных ишемической болезнью сердца / Ф.И. Одинаев [и др.] // Вестник Авиценны. – 2011. - № 4. – С. 156-161.
5. Roger, V. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association / V. Roger, A. Go, D. Lloyd-Jones // American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Circulation. – 2011;123(4): e18-e 209.

Хасанова З.М., Инамов А.А., Шамсов Ф.Б.

ОПТИМИЗАЦИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОЛУЧИВШИМ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, В УСЛОВИЯХ ОБЪЕДИНЁННЫХ ПОЛИКЛИНИК

Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Актуальность. Травматизм на современном этапе остаётся важной социальной проблемой в экономически развитых странах. Так, по данным ВОЗ, тяжёлая механическая травма стоит на первом месте среди причин смерти в группе лиц моложе 45 лет [1]. В структуре причин первичной инвалидности у населения до 54 лет травмы занимают второе место, составляя по данным разных авторов от 10 до 36%, а у лиц молодого и среднего возраста - первое место, достигая 66,8-73,2% [3, 4].

Совмещенный травматизм характеризуется значительным преобладанием в его структуре повреждений конечностей до 85%, в особенности их дистальных отделов [5, 4].

Особую значимость приобретает этот вид лечения на поликлиническом этапе, который, как правило, становится завершающим и, следовательно, в значительной мере определяет социальный прогноз для пострадавших. В условиях

поликлиники начинают и заканчивают лечение от 93 до 95% больных травматологического профиля [3, 4].

В г. Худжанде создано отделение восстановительного лечения (ОВЛ) при травматологическом пункте, где также проводят реабилитацию и больных с травмами опорно-двигательного аппарата [4, 2].

Цель исследования. Оптимизировать систему комплексных мероприятий по реабилитации последствий травматизации опорно-двигательного аппарата (ОДА) в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы исследования.

Клиническая оценка общего состояния организма, поврежденного органа и его функциональных возможностей проведена по методике исследования ортопедотравматологических больных.

Пациенты с последствиями травм опорно-двигательного аппарата разделены на социальные группы.

В социальную группу объединены относительно однородные группы людей, выполняющие общественные функции, занимающие одинаковое или близкое положение в обществе и имеющие почти одинаковую локализацию и тяжесть повреждений.

Нами произведен анализ 910 больных, получивших травмы на производстве, в быту, в пути следования или вследствие дорожно-транспортных происшествий, за 3-х летний (2012-2014) период обращаемости пострадавших лиц и прошедших через ОВЛ объединённых поликлиник городов Худжанда, Чкаловска, Кайракума и Б.Гафуровского района.

Исследования показали, что мужчины после реабилитации составили 72,1%, женщины – 27,9%, т.е. мужчины чаще получают травмы, чем женщины, причём получая наиболее тяжелые повреждения органов ОДА.

Наиболее чаще состояли под наблюдением и нуждались в реабилитации лица молодого трудоспособного возраста от 18 до 49 лет (63,5%), остальной контингент состоял из лиц в возрасте 50-59 лет (19,5%) и старше 60 лет (17,0%).

Результаты исследования. Лица с последствиями травм опорно-двигательного аппарата при временной нетрудоспособности и прошедшие лечение в ОВЛ в комплексе с травмпунктом, в конечном процессе восстановили свою трудоспособность на 80-85%, что явилось основным критерием оценки эффективности восстановительного лечения.

Результаты исследования позволили выделить наиболее часто встречающиеся признаки повреждения органов ОДА и общее состояние организма пострадавших на момент их поступления и в конце лечения в ОВЛ.

Одним из ведущих признаков нарушения целостности органов ОДА и динамического стереотипа жизнедеятельности больных в 95,1±1,00% случаев является болевой синдром, прежде всего констатирующий боль в области поврежденных сегментов, а также в близлежащих суставах (58,9%), он является основным для представления группы со статусом инвалидности.

В связи с тем, что восстановительное лечение в ОВЛ осуществляется консервативными средствами, в основу его заложены методы физиофункционально-восстановительного, патогенетического лечения.

В конце заключительного этапа лечения в 79,7±2,00 случаев болевой синдром исчезал.

При исследовании установлено, что лица с травмой предплечья быстрее остальных травматологических больных начинали процесс реабилитации в ОВЛ - на третий день после снятия иммобилизации (2,8±0,17, 2,5±0,17; 2,2±0,65), в других случаях эти сроки были длиннее. Пострадавшие с последствиями травмы кисти, коленного сустава и голени начинали реабилитацию в отделении после снятия иммобилизации, при этом реабилитация в ОВЛ начиналась на 3,4±0,7 и 7,8±2,00 дней раньше, чем в предыдущие годы. Результаты лечения определялись следующими оценками: отлично - 5 баллов, хорошо - 4 балла, удовлетворительно - 3 балла, неудовлетворительно – 1-2 балла. Степень реабилитации у подавляющего большинства больных в среднем равнялась 3,8 балла и была значительно ниже ($p < 0,05$), чем в предыдущие годы - 4,3 балла в 2013 г. и 4,5 балла в 2014. Лица с последствиями травм предплечья, кисти, коленного сустава и голени, прошедших реабилитацию в ОВЛ, в полном объеме восстановили общую и профессиональную трудоспособность, отличный результат лечения при этом отмечался у 69,5% пациентов. В целом показатель по всем локализациям составил 52,1±3,8 случая.

Выводы. За период исследования новой системы организации реабилитационного процесса 90,6% пациентов по окончании лечения восстановили свою трудоспособность.

Объективными признаками эффективности работы системы реабилитации являлись: длительность пребывания больных в ОВЛ и общая длительность их нетрудоспособности.

Наблюдалась зависимость сроков реабилитации и нетрудоспособности при травмах ОДА от локализации повреждения и его тяжести, использования комплексной реабилитации (физиофункциональная, социальная, психологическая, трудовая терапия).

Оптимальным сроком лечения травм предплечья в ОВЛ было 16,1±1,60 дня, кисти - 9,0±1,22, коленного сустава - 12,4±1,39, голени - 15,0±1,58. Временная утрата трудоспособности лиц с повреждениями предплечья не превысила 53,1±2,99 дня, кисти – 44,0±3,00, коленного сустава – 50,1±4,00 и голени – 77,2±6,00.

Определённую значимость для травматологических больных с повреждениями ОДА приобретало время, не столько на прием процедур, сколько на приём врачей разного профиля (травматолога травмпункта, врача ЛФК, физиотерапевта, травматолога-реабилитолога) для получения последующих предписаний.

Таким образом, отделение восстановительного лечения для больных травматологического профиля можно создавать в крупной поликлинике, достаточно мощной в материально-техническом и лечебно-диагностическом аспекте, и в структуре которой имеется травматологический пункт. Эти отделения в поликлинике организуются за счет централизации средств медицинской, психологической, социальной реабилитации и дополняются средствами социально-бытовой, профессиональной реабилитации и др.

Список литературы:

1. Агаджанян, В.В. Организационные проблемы оказания помощи пострадавшим с политравмами / В.В. Агаджанян // Политравма. - 2012. - № 1. - С. 5-9.
2. Леонов, С.А. Динамика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации / С.А. Леонов, Е.В. Огрызко, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2009. - №3. - С. 86-91.
3. Марченкова, Л.О. Первичная инвалидность от дорожно-транспортных травм у взрослого населения в Курганской области / Л.О. Марченкова, Е.В. Серкова, А.А. Серков // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении: материалы IX Всеросс. науч.-практ. конф. СПб. - 2009. - Т.2. - С. 850-851. - (Прил. к журн. «Вестн. Росс. военно-мед. академии»).
4. Самохвалов, И.М. Пути улучшения реаниматологической помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой / И.М. Самохвалов, С.В. Гаврилин, А.Н. Петров // Военно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 333. - № 2. - С. 19-24.
5. Серкова, Е.В. Первичная инвалидность от травм опорно-двигательной системы в Курганской области / Е.В. Серкова // Материалы II съезда травматологов-ортопедов УрФО. Курган. - 2008. - С. 27-28.

Хафизова Б.М., Ҳасанова З.М., Авғонов Н.Қ.

БАҲОДИҲИИ НИНОШДИҲАНДАҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГИ СИРОЯТЁФТАГОНИ ВНМО/БПНМ ДАР СОЛҲОИ 2013 то 2022 ДАР ШАҲРИ ДУШАНБЕ

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ. МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Муҳимият. Айни замон дар ҷаҳон вазъияти ташвишовари эпидемиологии сирояти ВНМО идома дорад. Тибқи маълумоти Барномаи муштаракӣ Созмони Милалӣ Муттаҳид оид ба ВНМО/БПНМ (ЮНЭЙДС), шумораи умумии шахсони гирифтори вируси норасоии масунияти бадан (ВНМО) дар тамоми кишварҳои ҷаҳон дар охири соли 2020. ба 37,7 млн расидааст. Шумораи умумии шахсоне, ки бо сироятҳои ВНМО зиндагӣ мекунаманд 36,0 млн дар байни калонсолон 1,7 млн дар байни кудакони то 14 сола воমেхурад. Шумораи сироятҳои нави ВНМО дар соли 2020 1,7 миллион ташкил медиҳад [1,3].

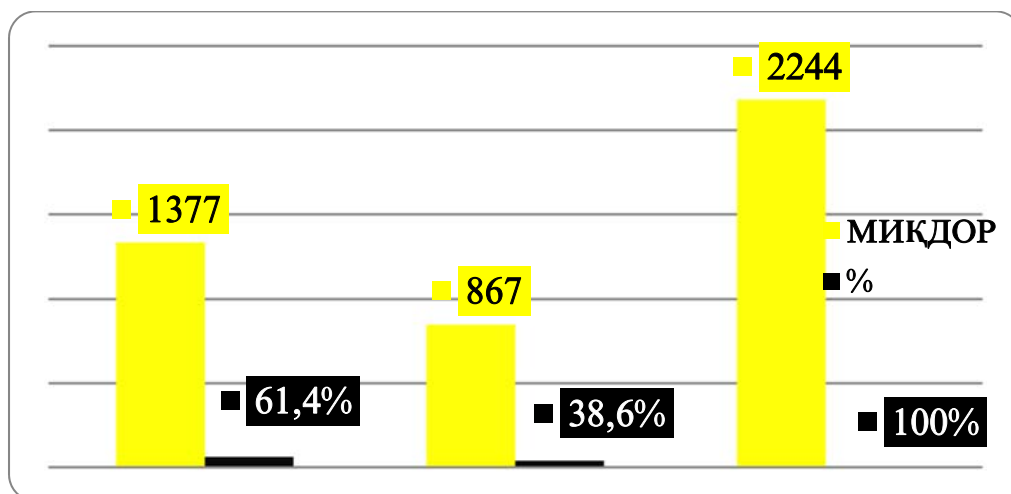
Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон вазъ дар масъалаи сирояти ВНМО муташанниҷ буда, дар марҳилаи мутамаркази эпидемияи ВНМО/БПНМ қарор дорад. Шумораи беморони гирифтори ВНМО то 1%-и шумораи умумии аҳолиро ташкил медиҳад. Аммо як қатор омилҳои хатар вучуд доранд, ки ба паҳншавии сирояти ВНМО мусоидат мекунаманд [2].

Сифати ҳаёт ва саломатии аҳоли зери хатар қарор гирифта, шароитро фароҳам меорад, ки ҷавононро ба сирояти ВНМО осебпазир мегардонад. Дар Тоҷикистон омилҳои зиёде вучуд доранд, ки ба афзоиши осебпазирӣ ба сирояти ВНМО мусоидат мекунаманд (камбизоатӣ, бекорӣ, фарҳанги пасти иҷтимоӣ, набудани маърифати ҷинсӣ, маданияти пасти иҷтимоӣ, афзоиши ҳаракат, сераҳоли, зиндагӣ дар деҳот, қочоқи маводи муҳаддир, набудани дастрасӣ ба хизмати профилактикӣ, дастрасии нисбатан ками рифолаҳо) [4, 5].

Мақсади таҳқиқот. Дарёфти сироятёфтагони ВНМО/БПНМ мувофиқи таҳлилҳои озмоиши дар тӯли 10 соли охир дар шаҳри Душанбе.

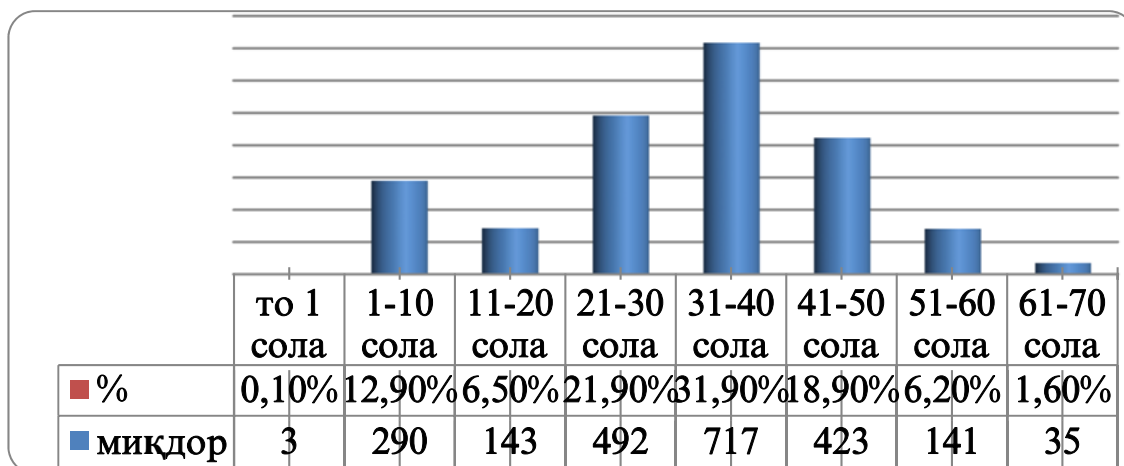
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводҳои расмӣ аз Муассисаи Давлатии Маркази пешгирӣ ва мубориза зидди вируси норасоии масунияти одами шаҳри Душанбе, аз январи 2013 сол то декабри соли 2022 гирифта шудааст. Шумораи умумии сироятёфтагон тайи 10 соли охир 2244 нафар ташкил медиҳад. Инчунин варақаҳои диспансерӣ ин мизочон дастрас ва таҳлил карда шудааст. Маводҳо тавасути барномаи компютерии MS Excel ва усулҳои оморӣ, эпидемиологӣ кор кард шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Натиҷаи таҳқиқотҳо нишон дод, ки шумораи умумии сироятёфтагони расман ба қайд гирифта шудаи ВНМО дар шаҳри Душанбе дар тӯли 10 соли охир 2244 (100%) нафарро ташкил медиҳад. Аз шумораи умумии сироятёфтагон 1377 (61,4%) нафараш мард буда, 867 (38,6%) нафараш занҳоро ташкил медод (расми 1).



Расми 1. Шумораи мутлақӣ тадқиқшавандагон вобаста ба ҷинс

Шумораи умумии сироятёфтагони синну солито 1 сола 3 (0,1%) нафар; синну соли 1-10 сола 290 (12,9%) нафар; синну соли 11-20 сола 143 (6,5%) нафар; синну соли 21-30 сола 492 (21,9%) нафар; синну соли 31-40 сола 717 (31,9%); синну соли 41-50 сола 423 (18,9%) нафар; синну соли 51-60 сола 141 (6,2%); ва синни 61 то 70 сола 35 (1,6%) нафарро ташкил медоданд (расми 2).



Расми 2. Сатҳи гирифтормаи беморон вобаста ба синну сол

Дар раванди таҳлили маълумотҳои умумӣ гардид, ки аз шумораи умумии сироятёфтагон бо роҳи гузариши алоқаи ҷинсӣ дар байни гетеросексуалистон 1261 (56,2%) нафар, дар байни гомосексуалистон 43 (1,9%) нафар; бо роҳи гузариши номаълум ҳамагӣ 258 (11,5%) нафар; бо роҳи гузариши таъриқӣ ҳамагӣ 548 (24,4%) нафар; бо роҳи парентералӣ, артифисионалӣ 42 (1,9%) нафар маришон бақайдгирӣ шуд. Бо роҳи гузариши аз модар ба кӯдак бошад, ҳамагӣ 92 (4,1%) нафарро ташкил медиҳад (Ҷадвалӣ 1).

Ҷадвалӣ 1

Шумораи умумии беморон ва роҳҳои сироятёбии онҳо (бо %)

Роҳҳои сироятёбии беморон	Миқдори беморон	Ҷоизаи беморон
алоқаи ҷинсӣ дар байни гетеросексуалистон	1261	56,2%
дар байни гомосексуалистон	43	1,9%
роҳи гузариши номаълум	258	11,5%
гузариши таъриқӣ	548	24,4%
парентералӣ, артифисионалӣ	42	1,9%
аз модар ба кӯдак	92	4,1%

Хулоса. Аз рӯи натиҷаи таҳқиқотҳо маълум гардид, ки бемории ВНМО дар шаҳри Душанбе дар синну соли аз 31 то 40 (31,9%) сола нисбат ба дигар синну солҳо бештар дида мешавад. Дар байни сироятёфтагон бошад, таъдоди мардон (61,4%) бештар мушоҳида мегардад. Инчунин вобаста аз роҳҳои гузариш бошад, таҳқиқотҳо нишон дод, ки сироятёбӣ ба ВНМО бештар тавассути алоқаи ҷинсӣ дар байни гетеросексуалистон 1261 (56,2%) нисбат ба дигар роҳҳо мушоҳида гардидааст. Барои пешгирии ин вирус ҷорабиниҳои сари вақтӣ махсусан дар байни муҳоҷирони меҳнатӣ пурзур кардан ба маврид аст. Роҳҳои пешгирӣ барои паст намудани сатҳи сироятёбӣ дар байни аҳоли озмоиши хун барои ВНМО ва таъшиқот дар байни онҳое, ки аз муҳоҷирати меҳнатӣ баргаштаанд, пешниҳод карда мешавад.

Рӯйхати адабиётҳо:

1. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем / В.П. Адаскевич // Витебск. - 2017. - С. 310.
2. Бузика Т.С. Средства массовой информации (СМИ) и профилактика ВИЧ/СПИДа у потребителей психоактивных веществ / Т.С. Бузика // СПИД, рак и родственные проблемы. III Международная конференция. - С.Петербург. - 2015. - С. 32-33.
3. ВИЧ-инфекция и СПИД //Сборник нормативно-методических материалов. - М., 2018. - 56 с.
4. Государственная Программа по развитию услуг добровольных к молодым людям в области здоровья в Республике Таджикистан на 2006-2010.
5. Генетическое разнообразие возбудителя ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан / Д.С. Сайбурханов [и др.] // Инфекция и иммунитет. - 2017. - № 8. - С. 675.

Ҳафизова Б.М., Сангзода З.М., Одинаева Л.М.

АҲАМИЯТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ САТҲИ ПАҲНШАВИИ СИРОЯТИ ВНМО/БПНМ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ.
МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино"

Муҳимият. Сирояти ВНМО то ба ҳол яке аз мушкили умумиҷаҳонии система тандурустии ҷамъият ба

ҳисоб меравад: то имрӯз аз ин вирус 40,1 миллион нафар ҷони худро аз даст додааст. Барои пурра муолиҷа кардани сирояти ВНМО ягон табобат вуҷуд надорад. Бо вуҷуди ин, бо афзоиши дастрасии воситаҳои самараноки чорабиниҳои пешгирикунанда, ташхис, табобати сирояти ВНМО ва сироятҳои оппортунистӣ, инчунин нигоҳубини беморон, сирояти ВНМО ба дараҷаи бемориҳои музминии табобатшаванда (боздории инкишофи бемори) табдил ёфт ва шахсони гирифтори ВНМО метавонанд умри дароз ва солим дошта бошанд [2, 3, 5].

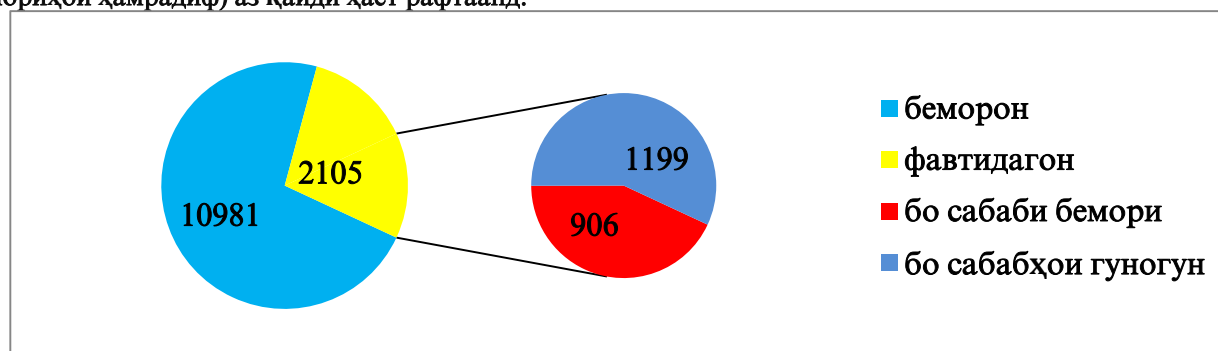
Вазъияти эпидемиологӣи вобаста ба сирояти ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) бо раванди пурзӯр шудани роҳҳои интиқоли вируси норасоии масунияти одам (ВНМО) на танҳо дар байни гурӯҳҳои хатар, ки рафтори хатарнок доранд, балки бо афзоиши шумораи шахсони ки бо сирояти ВНМО (ВНМО) зиндагӣ мекунад, дар байни аҳоли тавсиф мешавад. Шумораи умумии гирифтори ВНМО дар Тоҷикистон беш аз 10,5 ҳазор нафарро ташкил медиҳад [4].

Зарур аст, ки назорати паҳншавии сирояти ВНМО таъмин карда шавад. Махсусан он омилҳое, ки дар байни наврасон онд ба усулҳои гузариши сирояти ВНМО ва усулҳои пешгирии онҳо огоҳии нокифоя мавҷуд аст [1].

Мақсади тадқиқот. Муайян ва баҳогузори аҳамияти эпидемиологӣи сатҳи паҳншавии сирояти ВНМО/БПНМ дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

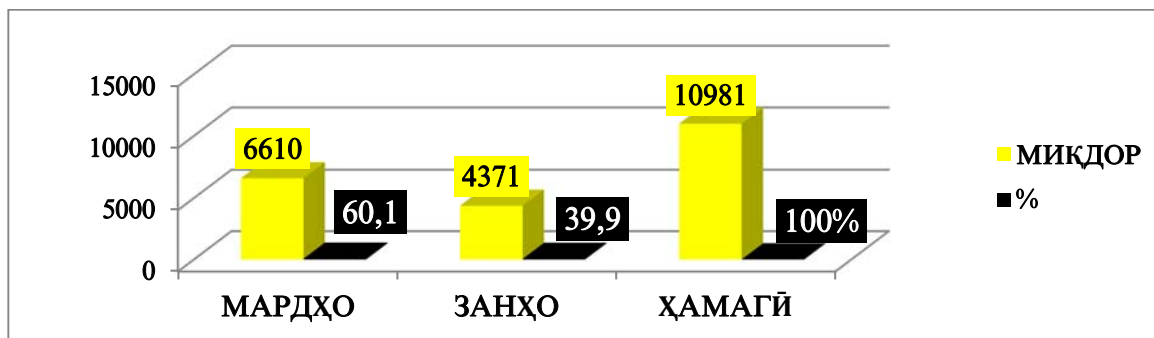
Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Маводҳо аз базаи МД МҶ Маркази пешгирӣ ва мубориза зидди вируси норасоии масунияти одам ба даст омада аст. Маълумотҳо аз моҳи январи 2013 сол то моҳи декабри соли 2022, ки шумораи умумии сироятёфтагон 10981 нафарро ташкил медиҳад, гирифта шудааст. Инчунин варақаҳои эпидемиологӣ ва амбулатории онҳо низ таҳлил карда шудаанд. Маводҳо тавассути барномаи компютерӣ MS Excel ва усулҳои омории эпидемиологӣ коркард шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Ҷумҳурии Тоҷикистон яке аз кишварҳое мебошад, ки сатҳи сироятнокшавӣ ба сирояти ВНМО дар он нисбат ба дигар давлатҳои ҷаҳон камтар мебошад, ки ин аз мавқеи ҷойгиршавӣ ва тарзи ҳаёти аҳолии он вобаста дорад. Аммо лозим ба ёдоварист, ки дар ҷумҳурӣ бемори дар байни ҳамаи гурӯҳи аҳоли вомеҳурад. Аз рӯи маълумотҳои омӯрӣ, ки шумораи умумии сироятёфтагон расман ба қайд гирифташудаи ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар тайи 10 соли охир 10981 нафарро ташкил медиҳад, ки аз ин миқдори қайд шуда 2105 нафараш ба марг дучор гардидаанд. Бади муайян намудани сабаби марги онҳо мо ба чунин хулосае омадем: Аз теъдоди фавтидагон 906 (43,1%) нафараш бо сабаби бемории сироятии ВНМО ҷони худро аз даст додааст, 1199 (56,9%) нафари дигараш бошад бо сабабҳои гуногун (бемориҳои ҳамрадиқ) аз қайди ҳаёт рафтаанд.



Расми 1. Сатҳи гирифтормаши аҳолии ҶТ ба бемории сироятии ВНМО

Аз рӯи таҳлили маълумотҳои омӯрӣ вобаста ба ҷинс мо ба чунин хулосае омадем, ки аз шумораи умумии сироятёфтагон ба бемории мазкур 6610 (60,1%) нафар мардон ва 4371 (39,9%) нафари боқимондари занон ташкил медиҳад.



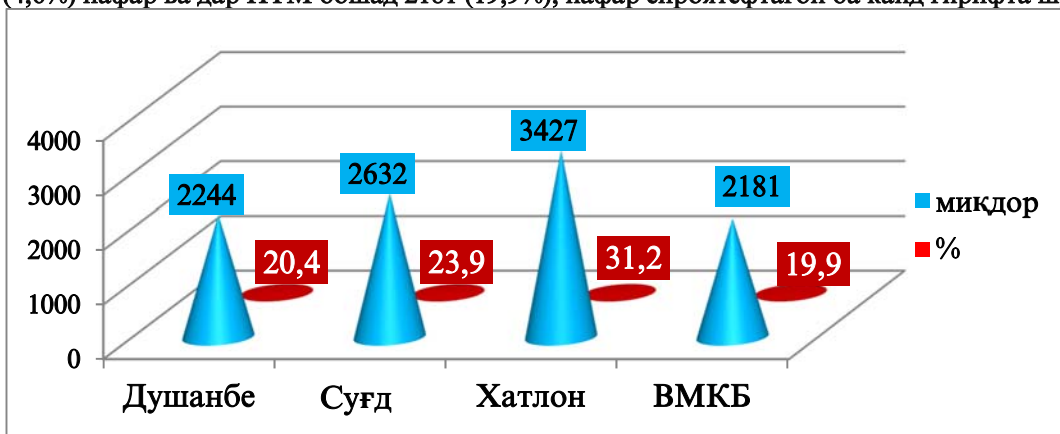
Расми 2. Шумораи мутлақӣ таҳқиқшавандагон вобаста ба ҷинс

Ҳангоми коркарди маълумотҳои ба даст омада муайян гардид, ки аз шумораи умумии сироятёфтагон 4672 (42,5%) нафар беморон дар шахр ва 6309 (57,5%) нафар беморон дар деҳот зиндагӣ мекарданд.



Расми 3. Шумораи нисбии таҳқиқшавандагон вобаста ба маҳали зист

Чи тавре, ки аз расми 4. маълум аст, сатҳи баланди гирифтешавӣ ба сирояти ВНМО дар ин давра дар вилояти Хатлон рост меояд, ки ба 3427 (31,2%) нафар баробар буд, дар дигар минтақаҳо бошад нисбатан камтар ба назар мерасад, аз ҷумла; дар шаҳри Душанбе 2244 (20,4%) нафар, дар вилояти Суғд 2632 (23,9%) нафар, дар ВМКБ 497 (4,6%) нафар ва дар НТМ бошад 2181 (19,9%), нафар сироятёфтагон ба қайд гирифта шудааст.



Расми 4. Шумораи умумии сироятёфтагон ба ВНМО вобаста ба минтақа

Хулоса. Аз рӯи таҳқиқотҳои гузаронида шуда маълум гардид, ки сироятёфтагон аз ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар тӯли солҳои 2013 то 2022 дар бар мегирифт, ки аз ин теъдод ҳамагӣ 43,1% аз ҳудуди бемори фавтидаанд, боқимондааш бо сабаҳои гуногун яъне аз ҳисоби бемориҳои дигар. Бемори вобаста ба ҷинс бештар дар байни мардон вомерасад, ки ин аз тарзи ҳаёт ва фаъолияти қори онҳо (муҳоҷири меҳнатӣ) вобастаги дошт вобаста ба ҷои истиқомат бисёртар дар байни мардуми деҳот ва вобаста аз минтақа бошад, бештар дар байни аҳолии вилояти Хатлон (32,1%) бемории ВНМО ба мушоҳида мерасад, зеро аҳолии ин минтақа нисбат ба дигар минтақа зиёдтар буда, муҳоҷирони меҳнатӣ низ бештар дар ин минтақа ба қайд мерасад.

Рӯйхати адабиётҳо:

1. Боев Б.В. Прогностическая модель распространения наркомании и ВИЧ-инфекции среди молодежи / Б.В. Боев, В.М. Бондаренко //Микробиология. - 2019. - № 5. - С. 76-81.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД //Сборник нормативно-методических материалов. - М., 2018. - 56 с.
3. Голиусов А.Т. Актуальность профилактики ВИЧ-инфекции в России. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции / А.Т. Голиусов, Е.Ф. Бочаров //Сб. материалов научно-практической конференции. - Спб. - 2017. - с. 52-53.
4. Государственная Программа по развитию услуг добровольных к молодым людям в области здоровья в Республике Таджикистан на 2006-2010.
5. Должанская Н.А. Социальные факторы и отношение студентов к проблеме наркотиков и ВИЧ-инфекции / Н.А. Должанская, Е.Д. Безносюк // СПИД, рак и родственные проблемы. III Международная конференция. - Спб. - 2015. - с. 33.

Ходжаева С.М, Асанбекова С.Х.

СЛЕД ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГОО ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Язык медицины – это симбиоз древнегреческого и латинского языков; это орудие, выкованное из повседневного языка, при помощи которого профессионал овладевает предметом медицинского знания при условии, что он умеет пользоваться этим орудием. Оно является одной из наиболее древних и социально значимой сферы человеческой деятельности, всегда привлекал внимание лингвистов, поэтому в области исследования отдельных аспектов медицинского дискурса накоплен богатый опыт. Достаточно глубоко изучены процессы становления медицинской терминологии, исследованы лексико-семантические особенности медицинских терминов, описаны функциональные особенности медицины. Всякая наука выражена в системе терминов. Поэтому жизнь терминов – и есть история науки.

Цель исследования. Изучить историю науки это значит изучить историю терминологии, т.е. историю овладения умом предлагаемого ему предмета знания. Все содержание науки, как таковой, сводится именно к терминам в их связях, которые первично даются определениями терминов. Как и во всех древних терминах, в самом слове «термин» присутствует первичный сакраментальный смысл, и это священное первое значение привело к учреждению культа Terminus'а в качестве бога, который обозначает своим знаком границы полей. Собственно лингвистическое пользование словом «термин» введено Аристотелем, который был врачом и происходил из врачебной семьи.

Материал и методы исследования. В настоящее время **термин** определяется как специальное слово, служащее для выражения научного понятия. Научное понятие – это всегда факт научной концепции, результат теоретического обобщения. Значение термина раскрывается в его дефиниции. Дефиниция (лат. definitio «определение») – это формулировка в сжатой форме сущности того, что обозначается термином., понятия: указывается лишь основное значение понятия.

Термины существуют не просто в языке, а в составе определенной терминологии. А.А. Реформатским **терминология** определяется как совокупность терминов данной отрасли производства, деятельности, знания, образующая особый сектор лексики, наиболее доступный сознательному регулированию и упорядочиванию. По сути все существующие определения в отечественной терминологии сводятся именно к нему.

Результаты исследования и их обсуждение. Терминология- это «совокупность терминов в рамках профессионального языка, но не простая совокупность, а именно система – терминосистема, где каждый термин в ней занимает свое строго очерченное место, а все термины вместе опосредованно взаимосвязаны или взаимообусловлены». Компоненты этой системы: анатомия, клиника и фармация. Если в общем языке слово может быть многозначным, то, попадая в определенную терминологию, оно приобретает однозначность за счет специализации области научного познания и ограничения ею. Существование термина в рамках специальной терминологии сочетается с окружающими словами (согласованными и несогласованными определениями). Поскольку терминология опирается на интеллектуальную часть слова, то экспрессия ей не свойственна. Поэтому, например, такие слова-термины, как язычок(lingula), тельце(corpusculum), косточка(ossiculum), кожица(cuticula), корешок (radicula) и др., заключающие в себе уменьшительные суффиксы, помогающие в общем языке создать уменьшительно-ласкательное слово, отграничены от экспрессии в терминологии.

Чтобы быть действительным членом терминологии, термин должен быть удобным для образования производных терминов, создающих рациональную и осмысленную семью терминов. Например, термин cheilo (губа) при суффиксальном способе образования производит cheilitis (воспаление каймы губ), arthrosis (заболевание сустава), perihoma (опухоль в почке) и др.

Есть еще одно качество, существенное терминов. Это их международность. Общность в однозначном понимании терминологии, даже при различном звуковом и грамматическом оформлении терминов в каждом отдельном языке, дает предпосылку понимания сути дела при чтении литературы по конкретной специальности, написанной на неизвестном для читателя языке.

Характерной особенностью медицинской терминологии является сохранение и использование античного наследства, т.е. слов и словообразовательных моделей и элементов греческого и латинского языков. Это использование обусловлено: во-первых, формированием в античный период научного метода познания (в медицине данный метод связан с именем Гиппократом); во-вторых, прямые значения греческих и латинских слов стали употреблять в переносных значениях как термины.

Так как античное наследство существует в виде слов и их значимых словообразовательных элементов и, по сути, является достоянием терминологии любой науки, которая этим богатством пользуется (здесь необходимо отметить, что у науки не может быть национальности), то особенностью освоения терминов является приспособление их к внутренним законам национального языка: грамматики и фонетики. Например, labyrinthus – лабиринт, синоним auris interna часть преддверно-улиткового органа, представляющая собой систему каналов височной кости с находящимися в них рецепторами слухового и вестибулярного анализаторов. Название происходит от древнегреческого слова labyrinthus –упоминаемое . Или сальварсан от лат. salvusarsenicum – здоровый мышьяк- +ан; другое толкование происхождения этого термина: salvarsanatem – спасти здоровье. Способ установки этой границы определяет способ той мыслительной деятельности, которой ставится эта граница. Ведь не зря канадский патофизиолог и эндокринолог Ганс Селье сказал, что исследовать в медицине – это видеть то, что видят все, и думать так, как не думает никто.

Выводы. Таким образом, история медицинского термина есть ряд целенаправленных и ограниченных обстоятельствами, усилий мысли, направленной на осознание действительности, в результате чего появляется межовой знак в виде слова, которое представляет образ исследованной реальности. Поэтому история медицинской науки отражена в истории терминов, их этимологии.

Ходжаева С.М, Кодирова Ф.Р, Асанбекова С.Х.

ВАЖНОСТЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова
ГОО ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель. Первоначально на нем говорили в Риме, затем он распространился вместе с ростом Римской империи и позже подразделился на романские языки, которые мы все знаем сегодня: итальянский, французский, португальский, румынский, каталонский и испанский. В качестве мертвого языка была выбрана латынь. как язык официальной деятельности, права и медицины во всем мире.

Материалы и метод. Со временем латинский язык пережил ряд исторических этапов, отличавшихся тонкими различиями в словарном запасе, использовании, правописании, морфологии и синтаксисе. Они известны как старая

латынь, классическая латынь, народная латынь (которая также повлияла на романские языки), средневековая латынь, латынь эпохи Возрождения, новая латынь и современная латынь или латынь, которую мы используем сегодня в католической церкви, в науке, праве, теологии, философии и во время проведения других исследований.

Полученные результаты. Следовательно, история делает латынь основой многих современных языков, и ее изучение может помочь вам получить ценную информацию об инфраструктуре многих других языков. Хотя латынь может быть «мертвым» языком, она не считается вымершей, поскольку до сих пор используется другими способами. Говорим ли мы о праве, медицине, науке, музыке, теологии, философии, искусстве или литературе, латинский язык по-прежнему остается *vivus* («живым») в наших разговорах. Кроме того, это официальный язык Святого Престола и римского обряда Католической церкви. Латынь — один из таких древних языков с греческими корнями, который считается одним из самых развитых языков своего времени. Это классический язык из индоевропейских языков. На этом языке говорили в Риме, и с расцветом Римской империи он стал одним из самых популярных языков. Когда-то он был самым популярным языком в Европе и внес большой вклад в различные исследования во время правления римлян.

Прежде всего, зачем нам изучать латынь? Это ушло в прошлое, и о нем не говорят нигде в мире. Так почему же мы должны прилагать усилия для его изучения?

Несмотря на то, что на латыни больше не говорят, она по-прежнему является важной частью нашей жизни. Есть множество фраз, которые мы используем в повседневной беседе, не зная, что они на латыни. Поэтому важно, чтобы мы осознали это.

Причины изучать латынь —

1. Латынь — родной язык западной цивилизации. Это ядро романских языков, таких как испанский, французский, итальянский, португальский и т. д. Многие слова в этих языках мало чем отличаются от классической латыни. Например, испанское слово «босс» (патрон) является прямым потомком латинского слова «патронус», которое примерно переводится как «политический покровитель». Также, например, слово *Antique* на латыни — это: *antiqua* (латиница), *antiguo* (испанский), *antiguo* (итальянский), *antiguidade* (португальский).

2. Легко читаемые Священные Писания на родном языке в оригинальной форме. Поскольку в древние времена большая часть Европы находилась под властью Римской империи, древние Священные Писания написаны на латыни. Знание латыни поможет вам легко понять эти ценные фрагменты истории.

3. Поскольку многие важные термины и определения многих исследований взяты из латыни, изучение латыни может помочь вам выучить много новых слов и понять сложные слова многих профессий, таких как право, медицина, наука, музыка, теология, философия, искусство и литература.

4. Ученые считают, что изучение латыни обостряет ум и развивает тщательный анализ и внимание.

5. Изучение языка поможет вам усовершенствовать свой английский, поскольку некоторые сложные слова в английском языке связаны с латынью. А еще поэты любят использовать в своих произведениях латинские слова, поскольку это придает им более уникальный поэтический оттенок.

6. Изучение латыни с ее высокоорганизованной грамматикой заставляет нас координировать мысли, размышлять о различных способах сказать одно и то же и, таким образом, лучше писать и говорить по-английски.

7. Латынь — это язык, на котором выражались самые сложные мысли западного мира, и ее изучение позволяет учащимся лучше понять свое настоящее и, таким образом, получить более глубокое понимание разнообразных аспектов нашей жизни и культуры.

8. Изучение латыни, несомненно, может расширить ваш кругозор. Если вы хотите выучить латынь, оглянитесь вокруг. Оно повсюду: от фраз на долларовой купюре до обычных слов, которые мы используем, таких как бакалавр, АМ и РМ. Знание латыни поможет вам понять окружающую вас культуру и ее истоки. Это укрепляет ваши общие знания.

9. Изучение латыни улучшает ваши навыки грамматики. Латинские грамматические конструкции, то есть синтаксические последовательности слов, начиная от предложений и заканчивая фразовыми глаголами, также со временем сумели проникнуть в другие языки. Некоторые примеры:

- *Accusativus cum infinitivo* (косвенное заявление)
- Употребление герундия
- Употребление пролативного инфинитива

10. Поскольку латынь является мертвым языком и нет никаких шансов на какие-либо новые изменения и дополнения к его словарному запасу, она стала языком официальных произведений по всему миру. Знание латыни поможет вам лучше понять эти сложные офисные термины.

Изучение латыни важно, но также важно и то, как вы ее изучаете. Старый метод простого набора словарного запаса и запоминания грамматики сделает обучение очень скучным и в конечном итоге заставит вас потерять интерес к предмету. Поэтому крайне важно, чтобы вы изучали это в веселой и увлекательной форме.

Латинский язык можно изучать разными способами, хотя наиболее популярными методами обучения являются классы, книги для самообучения и онлайн-уроки по изучению языка. Большая часть изучения латинского языка сосредоточена на чтении и понимании грамматики. Сегодня на латыни не говорят регулярно. Практика языка вслух может помочь учащимся научиться произносить слова и учиться распознавать грамматику в устной форме, но уроки разговорной латыни обычно не предлагаются. Большинство вариантов обучения сосредоточены на основах письменного языка.

Репетиторы часто являются экспертами, которые готовы помочь отдельным людям и небольшим группам обучать основам латинской грамматики, письма и перевода. Им следует сформировать небольшие группы по изучению латыни. Группы позволяют учащимся работать вместе, практиковать и корректировать упражнения в группах, а также нести ответственность друг перед другом за свой прогресс. Им также следует сосредоточиться на двух важных методах исследования:

Активная педагогика: учащиеся должны читать, писать и говорить на изучаемом языке как можно скорее, а не тратить время на запоминание длинных списков словарного запаса и сложных грамматических правил. Понятный ввод: изучающие язык должны читать тексты, которые они понимают и которые им нравятся, а не утомляться сложными текстами, которые требуют словаря на каждом шагу.

Запоминание утомительных таблиц и списков словарного запаса, а затем часы, пытаясь расшифровать небольшие фрагменты текста, может быть очень скучным для учащихся. Таблицы обучения можно было бы составить более привлекательным образом. Это привлечет внимание учащихся, и когда они будут смотреть на него подробнее, информация автоматически начнет помещаться в их мозг.

Чтение – это одно, но если у вас нет практических знаний по предмету, вы не сможете запомнить информацию в течение более длительного периода времени. Латынь — мертвый язык, поэтому на улицах вы не сможете получить практический опыт. Поэтому для этого учителям следует ввести в свой метод обучения некоторые разговорные упражнения. В ваши классы можно добавить разговорную речь на языке, попросив учащихся здороваться на языке и вести базовый разговор на латыни. Кроме того, учителя должны заставить студентов прочитать несколько абзацев из текстов на латыни, чтобы они знали, как правильно использовать грамматику. Это также позволит им увидеть и узнать, как исключения используются в языке.

Изучение языка – это навык, искусство. Если этому не будут обучать и изучать со страстью и настойчивостью, вся суть обучения будет потеряна!

Заключение. Хотя латынь – мертвый язык, она все еще живет вокруг нас. От научных определений до специальных гимнов, от официальных законов до религиозных писаний Ватикана — это повсюду. Даже указывая время, мы используем AM и PM. Присутствие латыни в нашей повседневной жизни неоспоримо, и поэтому крайне важно приложить усилия к ее изучению.

Ходжиматова Г.М.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ

Кафедра методики преподавания русского языка и литературы Таджикского национального университета

Актуальность профессиональной подготовки студента - будущего специалиста связана со многими социокультурными изменениями последних десятилетий, переходом общества в постиндустриальную стадию своего развития, демократизацией современной жизни. Новые, более высокие требования к знаниям и умениям специалистов, их идейно-политическим, деловым и организаторским качествам обуславливают необходимость совершенствования содержания методов, средств и организационных форм обучения и воспитания студентов, системы контроля их учебной работы; более интенсивного внедрения современных технических средств; повышения научной квалификации и педагогического мастерства преподавателей. Предстоит постепенный переход от методов, реализующих преимущественно репродуктивную деятельность студентов (действия по образцу), к активным методам, направленным на развитие их творческих способностей, логического и творческого мышления.

Цель исследования. В данной статье сделана попытка обосновать необходимость совершенствования системы методов обучения за счет применения, наряду с традиционными активными методами, способствующих повышению познавательной активности, самостоятельности и творческих способностей студентов; раскрыть педагогические основы использования активных методов обучения.

Материал и методы исследования. С целью определения теоретических основ профессиональной подготовки студентов – будущих учителей русского языка нами были проанализированы работы ученых А.Н. Щукина, С.Б. Бороновой, М.И. Махмутова, А.М. Матюшкина, Т.В. Кудрявцева и др. Так А.Н. Щукин утверждает, что «метод обучения – это направление в обучении, реализующее цели, задачи и содержание обучения языку и определяющее пути и способы их достижения. Метод обучения дает представление о стратегии обучения языку, на основании которой преподаватель разрабатывает тактику учебной деятельности в конкретных условиях обучения и на основе метода-направления. Она реализуется на занятиях в виде модели обучения, представляющей собой индивидуальную интерпретацию преподавателем концепции метода-направления в конкретных условиях педагогического труда» [4, 180].

Результаты исследования и их обсуждение. Как известно, в настоящее время формирование у студентов знаний, навыков и умений осуществляется в основном с помощью словесных, наглядных и практических методов обучения. Сюда относятся: устное изложение учебного материала преподавателем, беседа, самостоятельная работа обучаемых с учебником и другими источниками информации, демонстрация наглядных пособий, решение задач и др. Эти методы, отработанные в высшей школе многолетней практикой преподавания учебных дисциплин, имеют ряд достоинств: воспитательное значение личности преподавателя на аудиторных занятиях, гибкость при выборе и сочетании различных методов, экономичность по времени и трудовым затратам, доступность учебного материала и так далее.

Однако традиционным методам обучения присущи и недостатки. Студенты ориентированы на усвоение готовых знаний (результатов познания); в обучении основная познавательная задача заключается в восприятии и запоминании учебного материала, а затем воспроизведении его на семинарских и практических занятиях, зачете и экзамене; при таком подходе не реализуется одно из главных требований к процессу обучения - развитие самостоятельности мышления и творческих способностей учащихся; объем сообщаемой учебной информации превышает возможности ее усвоения (противоречие между содержательным и процессуальным компонентами процесса обучения); отсутствует возможность приспособить темп обучения к различным индивидуально-психологическим особенностям студентов на аудиторных занятиях (противоречие между фронтальным обучением и индивидуальным характером усвоения знаний); контроль за учебной работой обучаемых недостаточен и имеет несистемный характер; слаба обратная связь в обучении.

Одной из существенных особенностей традиционной системы обучения в вузе является сосредоточение внимания преподавателя на содержании учебного материала, а не на деятельности студента. Содержательная сторона обучения преобладает над процессуальной. Преподаватель старается, прежде всего, исчерпать программный материал, уложиться в программу и зачастую не задумывается о том, как правильно сформулировать тему и цели занятия, раскрыть познавательные задачи, вызвать интерес к изучаемым вопросам, активизировать мыслительную деятельность обучающихся, управлять процессом усвоения знаний. Соответственно, деятельность студента часто направлена не на творческое овладение знаниями и способами выполнения действий, а на конспектирование материала лекции, его запоминание и воспроизведение.

Между тем анализ личности и деятельности современного специалиста ставит перед вузом задачу всемерного разлития творческих способностей и формирования активной жизненной позиции студентов.

Практические задачи подготовки преподавателей русского языка требуют решения широкого круга вопросов, касающихся развития навыков и умений в различных видах речевой деятельности. Концепция коммуникативной компетенции объединяет коммуникативную и языковую ориентацию. На сегодняшний день всем ясно, что без заложенной на начальном этапе, прочной, осознанной обучающимися языковой базы, причем изучаемой с учетом коммуникативных потребностей учащихся, не могут быть полноценно реализованы конечные цели обучения русскому языку. Обучение грамматике, фонетике, лексике осуществляется комплексно, в органической связи, так как все обучение строится на синтаксической основе. Это, прежде всего, развитие навыков использования языковых средств в речевой деятельности. Методисты считают, что работа над грамматическим материалом должна проходить четыре этапа [3]: этап введения нового грамматического материала в речевых образцах или речевых ситуациях и создание ориентировочной основы; теоретические пояснения (иногда в сопоставлении с родным языком), ознакомление со способами образования слов и словоформ, объяснение семантики и ситуаций употребления; формирование грамматических навыков путем автоматизации грамматических действий; включение грамматических навыков в основные виды речевой деятельности; развитие речевых умений.

Спорным остается вопрос о том, какие можно найти наиболее оптимальные формы и приемы работы над грамматическим материалом. Для обучения грамматике, точнее для обучения выполнению действий с грамматическим материалом (причем, обучения сознательным действиями), нужны система тренировочной работы, упражнения разных типов и видов.

Согласно принципу единства психики и деятельности, разработанному советскими психологами, усвоение знаний и творческого опыта возможно лишь в ходе теоретической и практической деятельности человека [2].

Поэтому решающая роль в развитии творческих и других способностей принадлежит собственным действиям студента с учебным материалом, его самостоятельной работе, направленной на овладение современными научными знаниями, практическими умениями и навыками, необходимыми в инженерной деятельности. Отсюда задача вуза - научить студентов самостоятельно приобретать знания, развивать их мышление и творческие способности. Этого нельзя достичь путем применения лишь традиционных методов обучения.

В последнее время вузовские работники все чаще обращают внимание на активные методы обучения, в наибольшей мере способствующие формированию творчески активной личности. Среди таких методов важнейшее место принадлежит проблемному обучению, которое обогащает учебный процесс новым содержанием и формой деятельности преподавателей и студентов. Проблемное обучение - это система активного, развивающего обучения, отвечающего современным требованиям педагогической психологии и дидактики высшей школы. В процессе решения проблемных задач студенты не только усваивают необходимые знания, но и овладевают методами исследования; развивается активность, гибкость и самостоятельность их мышления.

Одним из ведущих способов реализации проблемного обучения является создание проблемной ситуации на занятиях. Под проблемной ситуацией понимается «психическое состояние мыслительного взаимодействия субъекта с объектом познания, характеризующееся потребностью и усилиями студента обнаружить, «открыть» усвоить новое, неизвестное еще для него знание, содержащееся в учебном предмете и необходимое для решения поставленной преподавателем задачи - учебной проблемы» [1, 3]. При обсуждении конкретных вопросов (ситуация групповой жизнедеятельности) преподаватель и студенты полностью, едино включаются в учебный процесс. Такое обучение становится значимым для каждого, а, следовательно, является развивающим. Создание коллективной мыслительной деятельности с помощью разрешения проблемных вопросов вызывают словесную деятельность, а также включают всю психику человека.

Среди перспективных методов обучения в высшей школе также заняли деловые игры. Они используются для формирования у студентов профессиональных умений и навыков, развития продуктивного, творческого мышления.

Выводы. Подводя итог сказанному, следует отметить, что усвоение новых знаний, умений является для студентов очень важным звеном личностного роста, что специфика познавательной деятельности связана с практической реализацией идеи индивидуального, личностного, коммуникативного подхода к студентам национальных групп

Список литературы:

1. Вербицкий, А.А., Гарунов, М.Г., Михальский, К.А. и др. Проблемная лекция-важное средство повышения качества и эффективности учебного процесса//Обзорная информация НИИ проблем высшей школы. Серия «Обучение в высшей и средней специальной школе»/ А.А. Вербицкий, М.Г. Гарунов, К.А. Михальский. - Вып.41.- М., НИИ ВШ, 1982.- С.3-9
2. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность/ А.Н. Леонтьев. - М.: Политиздат, 1975. - 304с.
3. Методика преподавания грамматики, правописания и развития речи. Учебно-метод. пособие для преподавателей и студентов педагогических учебных заведений/ Составитель Т.П. Сальникова. - М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НТО, «МОДЭК», 2006. - 556 с.
4. Щукин, А.Н. Обучение иностранным языкам: Теория и практика: учебное пособие для преподавателей и студентов/

Холиқова О.У., Азонов Ч.А.

ОМУЗИШИ ТАЪСИРИ ТАГЕТОЛ БА БАЪЗЕ АЗ НИШОНДИҲАН- ҲАҶОИ БИОХИМИЯВИИ ТАРКИБИ ХУН ҲАНГОМИ ГЕПАТИТИ ТОКСИКИ

ОИТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Маркази инновасионии биологӣ ва тиббӣ АМИЧТ.

Мубраият. Муайян карда шудааст, ки рустаниҳои рағғани атрогиндор ва рағғанҳои атрий дорои хусусиятҳои зиддимикробӣ, зиддибактериявӣ, ҳепатоҳифозатӣ, зиддиоксидӣ, зиддиилтиҳобӣ, зиддиконсерогенӣ, мембраноҳифозатӣ, пешобронӣ, талхаронӣ ва ғайра мебошанд [1].

Дар асоси тадқиқоти фармакологӣ гулулаҳои дар асоси қиёми хушк ва рағғани гулҳои маҳмалак омодашуда хусусияти ҳепатопротекторӣ доранд, ки дар ҳайвонҳои озмоишӣ бо захри СС14 захролудгардида муайян шудааст.Ғайр аз ин рағғани атрии маҳмалакро низ барои табобати неврозҳо, ситит, уретрит, чакиши пешоб, ва кирми рӯдаҳоро мефармоянд [2].

Инчунин қиёмҳои гул ва рағғани атриахро барои муолиҷаи бемориҳои илтиҳобии пӯст, (псориаз, витилиго), илтиҳоби нӯғҳои асаб, стоматит, илтиҳоби милки чашмон, ларингит истифода мебаранд. Дар баробари ин, онҳо ҳамчун воситаи холеретикӣ муҳофизаткунандаи ғадуди зерӣ меъда, ҳангоми диабетӣ қанд ва беҳтар кардани биниши чашмон васеъ истифода мешаванд [4].

Рағғани атрии маҳмалакро барои муолиҷаи захмҳои мушкилтабобат дар заминаи диабетӣ қанд истифода мешавад, ки дар таҷрибаҳо бо диабетӣ алоқсан дар каламушҳои сафед исбот шудааст.

Gutierrez M.P. ва ҳаммуаллифон, [5] муайян карданд, ки рағғанҳои атрий нисбати липидҳои сершуда дар бофтаҳои ҳайвонот нақши муҳими муҳофизатӣ доранд. Вобаста ба ин муаллифон хосиятҳои панкреопротекторӣ ва таъсири тагетолро ба мубодилаи карбогидратҳо оиди омӯзиш қарор доданд.

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани таъсири тагетол ба баъзе нишондиҳандаҳои биокимиёии хун дар раванди гепатити токсикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Омӯзиш дар 36-адад каламушони сафеди вазнашон 200-220г/кг амалӣ карда шуд. Каламушҳо ба гурӯҳҳои зерин тақсим карда шуданд. 1-гурӯҳи солим. 2- гурӯҳи назоратӣ (СС14- 2мл/кг пас аз як рӯз дар муддати 1-моҳ) 3,4- Тагетол-0,02, 0,04г/кг. 5-олиметин 0,02г/кг. 6- карсил-0,08г/кг. Миқдори билирубинини умумӣ ва мустақим дар зардоби хун бо истифода аз реактивҳои фирмаи ВИТАЛ-коди В 03.12 мувофиқи усули Индерашек ва Гроф муайян карда шудааст [3].

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Мусалам аст, ки омӯзиши нишондиҳандаҳои билирубинини умумӣ ва фраксияҳои он барои таҳлили тафриқавии равандҳои патологӣ ва токсикӣ дар чигар гузаронида мешавад. Тибқи таҳқиқоти сершумор муайян карда шудааст, ки ҳангоми осебҳои патологӣ ҳуҷайраҳои чигар ихроҷи билирубинини мустақим ба капиллярҳои талха ҳалалдор мешавад ва аз он ҷо хун ворид мешавад. Дар натиҷаи кам шудани қобилияти ҳуҷайраҳои чигар барои синтез кардани глюкуронидҳои билирубин миқдори билирубинини ғайримустақим дар таркиби хун меафзояд.

Дар баробари ин муайян карда шудааст, ки ҳангоми осеби захрноки чигар мубодилаи билирубин дар натиҷаи осеб дидани ҳуҷайраҳои чигар тавассути гепатотоксини СС14 ҳалалдор мешавад .

Дар асоси ин, мо таъсири тагетолро ба нишондиҳандаҳои билирубинини умумӣ, мустақим ва ғайримустақим дар заминаи захролудшавии тетраҳлориди карбон дар каламушҳо омӯхтем.



Расми 1. Таъсири тагетол ба нишондиҳандаҳои умумӣ (1), пайваста (2) ва озод (3) билирубин дар гепатити токсикӣ якмоҳа.

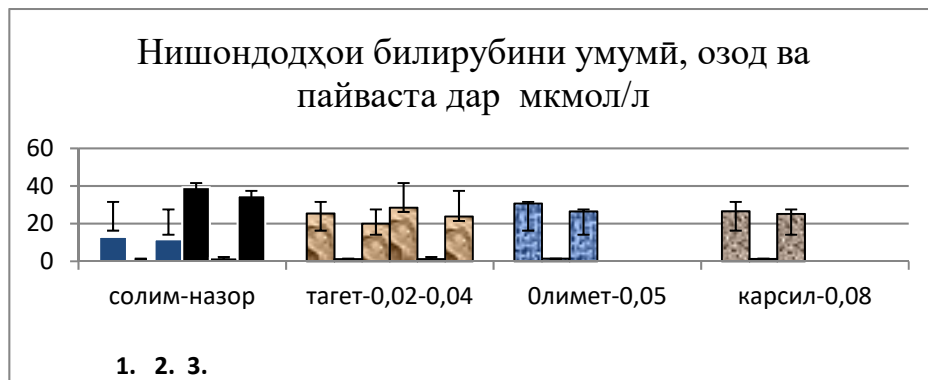
Мувофиқи натиҷаҳо, ки дар расми 1оварда шудаанд, ҳангоми захролудшавии токсикӣ якмоҳаи СС14, дар таркиби зардоби хун каламушҳои назоратӣ нисбат ба ҳайвоноти солим дар сатҳи назаррас ($P \leq 0,001$) зиёдшавии билирубинини умумӣ, мустақим ва ғайримустақим 185,8 %, 102,2% ва 190,1 % мушоҳида мешавад.

Дар каламушҳо, ки бо тагетол дар вояи 0,02 г/кг вазни бадан дар тӯли як моҳ табобат карда шудаанд, сатҳи билирубинини умумӣ, мустақим ва ғайримустақим дар муқоиса бо силсилаи назоратӣ мутаносибан 39,9%, 50,0% ва 39,0% коҳиш меёбад. Дар баробари ин, дар силсилае, ки воситаи озмоишро дар вояи 0,04 г / кг вазни бадан гирифтаанд, консентратсияи билирубинини умумӣ, мустақим ва ғайримустақим мутаносибан 36,7%, 43,3% ва 35,6% коҳиш меёбад.

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон дод, ки доруҳои муқоисавии олиметин ва карсил дар воияи 0,05 ва 0,08 г/кг вазни бадан ҳангоми захролудшавии якмоҳа нисбати маводи омӯзишӣ дар воияи 0,02 г/кг вазн фаъолнокии нисбатан камтари табобати нишон доданд.

Ҳангоми захролудкунии думоҳаи калламушҳо бо захри чигаркуш (расми 3.9) дар мубодилаи билирубин тағйироти вазнинтар ба назар мерасад.

Концентрасияи билирубини умумӣ, мустақим ва ғайримустақим дар ҳайвоноти назоратӣ нисбат ба ҳайвоноти солим мутаносибан 202,8%, 173,0% ва 200,0% меафзояд. Дар ҳайвонҳои бо тагетол дар воияи 0,02 г/кг вазни бадан табобатёфта, сатҳи билирубини умумӣ, мустақим ва ғайримустақим 35,45, 42,8%, 42,7% ва дар силсилаи бо тагетол табобатшуда дар воияи 0,04 г/кг вазни бадан сатҳи индикаторҳои билирубин нисбат ба ҳайвоноти назоратӣ мутаносибан 27,6%, 42,0 % ва 32,2 % кам мешавад. Олиметин ва Карсил дар воияи нишондодашуда дар заминаи СС14 таъсири худро ба мубодилаи билирубин нисбат ба тагетол дар воияи 0,02 г/кг вазни бадан сусттар нишон доданд.



Расми 3.9. Таъсири тагетол ба нишондиҳандаҳои умумӣ (1), озод (2) ва пайваста (3) ҳангоми гепатити токсикӣ думоҳа.

Хулоса. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки воситаҳои санҷишӣ ба равандҳои мубодилаи моддаҳо дар чигар, вақте ки он аз тетраҳлориди карбон вайрон мешавад, таъсири судманд дорад. Ҳамзамон, тагетол таъсири токсикӣ СС14-ро ба ҳуҷайраҳои чигар мулоим намуда, ба ин васила мубодилаи муқаррарии билирубини зери таъсири гепатотоксин ҳалалдор шударо беҳтар мекунад.

Рӯйхати адабиётҳо.

1. Азонов Д.А. Лечебные свойства гераноретинола и эфирных масел/ Д.А. Азонов., А.К.Холов., Г.В. Разыкова// Душанбе, «Матбуот».-2011.-126 с.
2. Зыкова И.Д. Исследование состава эфирного масла надземной части *Tagetespatula*L., культивируемых в сибирском регионе/
3. Камышников В.С. Клинико-лабораторная диагностика заболеваний печени / В. С. Камышников// М.: МЕДпресс-информ, 2013. 96 с.: ил.
4. Зыкова И.Д. Исследование состава эфирного масла надземной части *Tagetespatula*L., культивируемых в сибирском регионе/ И.Д.Зыкова., Т.А. Кондратюк., А.А. Ефимов// Сибирский медицинский журнал.- 2013.-№2.-С. 103-105.
5. Shinde NV Antinociceptive and Anti-Inflammatory Effects of Solvent Extracts of *Tagetes erectus* Linn (Asteraceae) NV Shinde, KG Kanase, VC Shilimkar, VR Undale and AV Bhosale Tropical Journal of Pharmaceutical Research, August 2009; 8 (4): 325-329
6. Gutierrez R.V. P Antioxidant activity of *tageteserecta* essential oil //ClinCyem. Soc.-2006.-v.51.-№2/-P.883-886 (text).

Холматова М.А.

ОБОГАЩЕНИЕ СЛОВАРНОГО ЗАПАСА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С ПОМОЩЬЮ ВЫРАЗИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ РУССКОГО ЯЗЫКА

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Одной из актуальных проблем при обучении студентов русскому языку как неродному на сегодняшний день остается скудность, односложность, невыразительность их речи. Основным помощником в борьбе с этим вопросом выступает изучение изобразительных средств языка на практических занятиях. Изобразительные средства языка выступают вспомогательным элементом, способом познания нового, способствующим по-другому взглянуть на окружающую действительность, выстраивать языковые структуры в соответствии с логикой. [3, 35] Особенности выразительных средств делают их весьма значительным мотивом процесса обучения, который под его влиянием приобретает для студентов-билингвов особый смысл, обогащая словарный запас.

Цель. Обосновать особую роль выразительных средств русского языка при обучении языку и развитии русской речи, так как именно речь является показателем уровня языковой компетенции.

Материал и методы. Формирование и развитие правильного отношения к слову, к его употреблению, развитие способности у студентов воспринимать и оценивать изобразительный аспект речевого высказывания, является одной из главных задач современной методики преподавания русского языка в условиях таджикско-русского двуязычия.

Результаты. Языковая активность - это, прежде всего, свобода выбора речевых средств. Правильную речь обычно характеризуют три основных признака: богатство, точность, выразительность. Богатство речи определяется объемом активного словарного запаса, умением использовать разнообразные морфологические формы и синтаксические конструкции.

Для усиления выразительности речи необходимо использовать специальные языковые средства, в наибольшей мере соответствующие условиям и задачам общения. Но этого недостаточно для того, чтобы речь была образной, живой, воздействующей на слушателя или читателя. [5]

Студенты овладевают языком через активную речевую деятельность, через восприятие речи собеседника и собственное говорение. Формирование навыков связной речи должно иметь систематический характер, то есть выполнение разнообразных заданий, необходимых для такой работы неоднократно.

Всю жизнь человек совершенствует свою речь, пополняет словарный запас, познает богатство родного или иного языка. Чем шире человек использует богатство языка и быстрее начинает использовать его, тем проще он познает законы природы и общества. Большинство ученых говорят о сложности связной речи и рекомендуют специальное речевое воспитание [1].

Лексическая система русского языка сложна и многогранна. Выразительные возможности слова поддерживаются и усиливаются его семантикой. Актуализация семантики слова в поэзии связана с образным мышлением. Для точного выражения мыслей, образности и выразительности речи используют средства языковой выразительности. Под языковой выразительностью понимают способность сказанного или написанного привлекать особое внимание читателя или слушателя, способность производить сильное впечатление.

Средствами языковой выразительности называют звукопись, метафоры, гиперболы, олицетворения, паронимы, синонимы, антонимы, фразеологизмы и другие. Слова и выражения, которые используются в переносном значении и создают образные представления о предметах и явлениях, называются тропами. Самые распространенные виды тропов: метафора, гипербола, эпитет, сравнения, метонимия, литота, перефраз, сарказм. В тропах разрушается основное значение слова, воспринимаются вторичные характеристики, признаки слов. [2]

Работа по развитию речи предполагает формирование, развитие и обогащение речи студентов, постепенно совершенствуя и усложняя работу, тем самым выполняя учебно-воспитательные задачи обучения русскому языку.

Формы работы, которые можно использовать для развития речи студентов, многообразны. [5]

Преподаватель должен использовать как письменные, так и устные задания по развитию речи студентов-билингвов.

В методике русского языка выделяют две группы заданий, направленных на развитие выразительной речи обучающихся билингвов. Традиционные задания направлены на усвоение студентом сочетаемости слов, правильного построения словосочетаний и предложений. Студент, выполняя такие упражнения как подбор синонимов, антонимов, омонимов к данному слову активизирует свой активный словарный запас, строит логические связи между словами.

Выполняя задания с выразительными средствами, он более точно понимает семантику слов, их лексическое значение, различает основное и переносное значения, понимание оттенков значений, эмоциональных окрасок. Преподаватель может выбирать подходящие для студентов задания по развитию речи из всего богатства методики русского языка. Например, дать задание, найти в тексте изученные выразительные средства, дать им характеристику или привести свои примеры. Также эффективным заданием из группы традиционных упражнений является составление словосочетаний или предложений с использованием выразительных средств языка. Данный вид заданий дает возможность преподавателю выявить на сколько студент усвоил тему, понятно ли ему значение того или иного тропа и как он может с ним работать. Преподаватель должен уметь своевременно помочь студентам самим активно формировать свои взгляды и убеждения [4, 35-38].

Второй группой заданий по развитию речи у студентов-билингвов называются нетрадиционные задания. К этой группе относятся такие задания, как заменить в тексте выделенные слова синонимичными/антонимичными тропами, или, наоборот заменить выделенные тропы (фразеологизмы) подходящими по смыслу словами, написать эссе, используя как можно больше выразительных средств.

Выводы. Таким образом, любое задание по развитию речи может пригодиться в обучении и дать свои результаты. Работа над развитием речи студентов-билингвов с использованием выразительных средств языка должна быть постоянной, сочетая трудные и простые, письменные и устные. Каждое задание должно иметь обучающую и воспитательную цель. Эффективность процесса обучения русскому языку с помощью выразительных средств во многом зависит от того, как студенты воспринимают их.

Список литературы:

1. Актуальные проблемы развития речи учащихся: сб. статей / Под ред. А.П. Еремеевой. - М.: Просвещение, 1980. - 150 с.
2. Голуб И.Б., Розенталь Д.Э. Секреты стилистики: правила хорошей речи. - М., 1996. - 289 с.
3. Иохвидов В.В. Особенности познавательной деятельности в повышении эффективности урока // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. - 2015. - № 8. - С. 35-39.
4. Иохвидов В.В. Основные пути повышения эффективности урока М.А. Даниловым // Проблемы и перспективы развития образования. Материалы II Международной научной конференции. - 2012. - С. 35-38.
5. Орлова В.А. Образно-выразительные средства языка как средство развития речи учащихся // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. 2016. №23.

Холматова М.А.
КОМПЛЕКС ЗАДАНИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ОБУЧЕНИЕ РУССКОЙ ЛЕКСИКЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В последнее время в нашей республике наблюдается устойчивая тенденция к увеличению количества студентов, желающих изучать русский язык.

В условиях недостаточного количества учебного времени, отведенного на освоение русского языка, актуальность приобретает поиск путей решения по повышению эффективности обучения посредством обновления содержания учебной программы по дисциплине; внедрения средств, позволяющих интенсифицировать процесс формирования необходимых языковых навыков; создания методических материалов, содержащих рекомендации профессионально ориентированного характера для преподавателей русского языка. Также актуальность приобретает вопрос о повышении мотивации к изучению русского языка студентов-медиков в связи с необходимостью использования его в качестве инструмента для овладения будущей специальностью. [4]

Цель. Систематизировать этапы формирования лексического навыка, наиболее полно отражающие специфику обучения русской лексике для повышения коммуникативных знаний.

Материал и методы. Учитывая, прежде всего, психологические особенности запоминания русской лексики, отобран и систематизирован корпус русских лексических единиц для обучения студентов-медиков 1 курса; выделены и обоснованы семь этапов формирования лексического навыка; предложена структура комплекса заданий, на основе которой создан непосредственно комплекс заданий для обучения студентов-медиков; представлены результаты использования предложенной методики обучения русской лексике.

Результаты. Процедура отбора русских лексических единиц для обучения студентов 1 курса осуществлялась на основании поэтапного применения критериев отбора данных лексических единиц. Согласно изученной литературе, среднее количество лексических единиц для составления лексического минимума варьирует в пределах, как минимум, 2000 лексических единиц, 1200 из которых лексика общеупотребительного и общенаучного характера и 800 общемедицинского терминологического характера.

Согласно программным требованиям овладение лексическим материалом способствует формированию лингвистической, социолингвистической и социокультурной компетенции. Формирование лексического навыка лежит в основе обучения русскому языку. Лексический навык оперирует лексическими единицами и их комплексами, то есть словами, устойчивыми словосочетаниями и готовыми фразами, таким образом, соглашаясь с Р.К. Миньяр-Белоручевым [4], под лексическим навыком мы понимаем способность автоматизировано вызывать из долговременной памяти слово, словосочетание или готовую фразу, соответствующие коммуникативной задаче.

Принимая во внимания известные в методике преподавания иностранных языков классификации этапов формирования лексического навыка, а также учитывая специфику отобранной нами лексики и ее методическую классификацию, нам представляется возможным выделить следующие этапы обучения русской лексике в медицинском вузе: 1) презентации тематического блока лексических единиц; 2) узнавания лексических единиц; 3) сопоставления лексических единиц в русском, латинском и родном (таджикском) языках; 4) понимания лексических единиц; 5) запоминания лексических единиц; 6) комбинирования новых лексических единиц между собой и с уже известными лексическими единицами; 7) употребления лексических единиц для реализации коммуникативных задач.

Основной задачей этапа презентации тематического блока лексических единиц является ознакомление студентов с новыми лексическими единицами, которые должны быть усвоены. Учитывая рассмотренные нами ранее методическую классификацию, а именно группирование русской лексики по тематическим характеристикам, и тематический критерий для отбора новой вводимой лексики, мы считаем целесообразным вводить лексические единицы тематическими блоками. Рекомендуется по каждой теме предлагать в среднем 40-50 лексических единиц, подлежащих усвоению. Необходимым условием этого этапа является создание четких звуко-моторных образов.

Задачей второго этапа является процесс узнавания лексических единиц. Данный процесс ситуативно и контекстуально обусловлен. На данном этапе студенты выявляют новые лексические единицы из контекста, прежде всего, обращая внимание на форму новой лексической единицы.

Задачей этапа сопоставления лексических единиц в русском, латинском и таджикском языках является закрепление формы и значения лексических единиц благодаря сравнению лексических единиц в этих трех языках (здесь возможно добавить и английский). Посредством установления прочных ассоциативных связей происходит усвоение русских лексических единиц.

Этап понимания лексических единиц является контекстуально и ситуативно обусловленным. Благодаря тому, что студенты будут видеть лексические единицы в контексте, у них появится представление о сочетаемости и особенностях употребления этих лексических единиц, что в дальнейшем будет способствовать запоминанию, а затем и осознанному употреблению лексических единиц.

Задачей этапа запоминания лексических единиц является непосредственная фиксация новых лексических единиц в памяти студентов. Этап запоминания лексических единиц является своего рода итогом всех предыдущих этапов обучения русской лексике.

Задачей этапа комбинирования новых лексических единиц между собой и с уже известными лексическими единицами является развитие механизма сочетаемости, без которого невозможно свободное и адекватное использование слова в речи. На данном этапе происходит осознанное употребление лексических единиц в отдельных высказываниях и в подготовленной продуктивной речи для адекватной реализации коммуникативных намерений.

Задачей заключительного этапа употребления лексических единиц для реализации коммуникативных задач является обучение неподготовленной речи с употреблением лексических единиц для выражения коммуникативного

намерения. Данный этап является показателем успешного прохождения предыдущих этапов формирования лексического навыка, и соответственно показателем усвоенности лексических единиц студентами.

На основании разработанной методической классификации и системы предложенных этапов формирования лексического навыка предложена структура комплекса заданий. Попытки упорядочить упражнения в систему предпринимались в истории российской методики различными учеными (М.С. Ильин, Б.А. Лапидус, Е.И. Пассов, И.В. Рахманов, С.Ф. Шатилов и др.). Опираясь на их идеи, мы разработали комплекс заданий, направленный на обучение русской лексике студентов-медиков.

Под комплексом заданий мы понимаем совокупность необходимых типов, видов и разновидностей упражнений, выполняемых в такой последовательности и в таком количестве, которые учитывают закономерности формирования умений и навыков в различных видах речевой деятельности в их взаимодействии и обеспечивают максимально высокий уровень овладения русским языком в заданных условиях.

Нами были использованы следующие принципы построения комплекса заданий: 1) развития когнитивной сферы студентов; 2) учета этапов формирования лексического навыка при обучении русской лексике; 3) комплексности обучения русской лексике; 4) учета методической классификации корпуса русской лексики; 5) преемственности и последовательности заданий.

Комплекс заданий, направленный на обучение русской лексике, предполагает создание четкой структуры. В первую очередь мы выделили лексически направленные и лексически контекстные задания; затем задания были разделены на обучающие и контролирующие и далее, согласно общепринятой классификации – на языковые, предречевые и собственно речевые. Заключительным этапом при создании структуры комплекса заданий стало соотнесение этапов формирования лексического навыка с видами заданий. Предложенная структура комплекса заданий, направленного на обучение русской лексике, наиболее полно отражает особенности обучения русской лексике и стала основой для создания учебно-методической разработки, направленной на обучение лексике русского языка.

Особое внимание уделяется поэтапному применению заданий. Работа начинается с языковых упражнений. Затем выполняются предречевые и собственно речевые упражнения.

Выводы. Таким образом, перед кафедрой русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино стоит серьезная задача, которая заключается в том, что за один год обучения своему предмету студентов-билингвов необходимо дать такую базу знаний, чтобы русский язык для них стал не только средством коммуникации, но и средством реализации их обучающей и профессиональной деятельности, поскольку «язык специальности будущих врачей необычайно разнообразен по сферам применения: здесь и строгий язык медицинской науки, и богатый пласт общепотребительной лексики, и необходимые навыки особенностей коммуникативного поведения в общении с больными разных социальных и возрастных групп» [1, 131].

Литература

1. Алгунова Ю.В., Сафонова А.С., Ашырова Г. Методологические подходы в обучении языку специальности иностранных студентов медицинских вузов. Актуальные проблемы изучения и преподавания РКИ в вузе: современные тенденции билингвального образования: материалы Международной научно-практической конференции, 1 - 2 июня, Тверь: ТГУ 2018: 130 - 136.
2. Лапидус, Б.А. К вопросу о сущности процесса обучения иноязычной устной речи и типологии упражнений / Б.А. Лапидус // ИЯШ. – 2006. - №4. – с.112–122.
3. Миньяр-Белоручев, Р.К. Теория и методы перевода / Р.К. Миньяр-Белоручев. – М.: Московский Лицей, 1996. – 298 с.
4. Митрофанова, К.А. К вопросу об обучении лексическому аспекту студентов медицинских вузов (особенности составления лексического минимума) / К.А. Митрофанова // Фундаментальные и прикладные исследования в системе образования: сборник научных трудов по материалам VI междунар. науч.-практич. конф. Том II общественные науки, Тамбов, 26 фев. 2008 г. / Тамбов. гос. ун-т. – Тамбов: Изд-во Першина Р.В., 2008. – С. 99 – 100.
5. Щерба, Л. В. Языковая система и речевая деятельность / Ред. Л. Р. Зиндер, М. И. Матусевич — Л.: Наука. Ленинградское отделение, 1974. — 427с.
6. Шубин, Э.П. Основные принципы методики обучения иностранным языкам / Э.П. Шубин. – М.: Учпедгиз, 1963. – 192с.
7. Щукин, А.Н. Методика преподавания русского языка как иностранного: Учеб. пособие для вузов / А.Н. Щукин. – М.: Высшая школа, 2010. – 349с.
8. Christina Latham – Koenig, Clive Oxeden. English file. Intermediate student's book. – Oxford university press, 2013 – 169p.

Холов Ф.Н. Давлатзода Ф.Ф. Каримова А.Р.

МАФҲУМИ ГЛОБАЛИЗАЦИЯ ВА НИШОНАҲОИ АСОСИИ ОН

Кафедраи фанҳои чомашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

Мафҳуми глобализатсия аз калимаи франсузии *globalisation* гирифта шудааст ва дар забони тоҷикӣ ин мафҳум “ҷаҳоншавӣ”, “ҷаҳонгароӣ” ва “умумиҷаҳонӣ” фаҳмида мешавад. Ин раванд пеш аз ҳама ба фарҳагу тамаддун ва тафаккури андешаи миллати халқиятҳо таъсири худро расонида, дар зери пардаҳои мухталиф ҳувайдо мешавад. Ба маънии дигар, фарҳангҳои пурқудрат дар тамоми таърихи инсоният мудом бар фарҳангҳои кучак бартарӣ дошта, тадриҷан онҳоро ба худ фуру мебаранд, ки ин ҳодисаи табиӣ таърихист. Вақте ба таърихи ҷаҳонӣ назар меафканем, пайванди фарҳангҳо қабл аз ҳама дар натиҷаи бархӯрди миёни онҳо ба миён меояд. Дар даврае аз таърих кишваре пурқудрат гашта, кишварҳои дигарро зери тасарруфи худ медарорад ва ба ҳамин васила раванди ҷаҳонгароиро тавсеа мебахшад, халқу қавмиятҳо ба ҳам наздик ва

фарҳанго омехта мешаванд ва аз тарафи дигар, фарҳангҳои хурде, ки миёни халқу ҷамиятҳои хурд вучуд доранд, тадриҷан ба фарҳангҳои бузург дохил шуда, як унсурҳои фарҳангӣ азим мегарданд. Агар ба таври умумӣ гирем, дар раванди ҷаҳонгароӣ ҳамаи фарҳангҳои хурду кучак ҷузъҳои ҷудонашавандаи фарҳангӣ умумибашарино таъкил медиҳанд. Аз ҳамин ҷост, ки ҳифзу ниғаҳдориҳои ин фарҳанго ба унвони дастовардҳои башарӣ бисёр муҳим аст. Дар шароити нави ҷаҳонишавӣ, ки фарҳанго ба ҳам омехта, ҳавзаҳои фарҳангӣ ба ҳам рӯ ба рӯ мешаванд, шиноҳти ин фарҳанго, донишани осору фарҳангу тамаддуни ин халқҳо, забони онҳо бисёр муҳим аст. [1]

Раванди глобализатсионӣ на ҳамеша ба манфияти халқияту миллатҳои мухталиф, инчунин дар шакли пардапӯшонаву рамзӣ ба манфияти гурӯҳ ё халқияти муайян низ равона мешавад.[2] Аз ҳамин лиҳоз дарки дурусти мафҳум ва моҳияти глобализатсия барои ҳар як фарди солимфикр ва дурандеши ҷомеа шартӣ заруриву муҳим ба ҳисоб меравад.

Ҷаҳонишавӣ мафҳумест, ки махсусиятҳои умумираини ҷомеаи инсониро ба инобат гирифта, аз манфиатҳои миллат ва давлатҳои кӯчактару камтараққикарда сарфи назар менамояд. Яъне ин равандро метавон ба дарёи азими ҷаҳонӣ нисбат дод, ки дарёчаву рудхонаҳоро дар худ фуру бурда, ба худ тобеъ ва бо номи худ мепайвандад. Аз ин лиҳоз, дар шароити ҷаҳонишавӣ моро зарур аст, ки дастовардҳои таърихӣ худро омӯзем, муҳтаво ва арзиши фарҳангии онҳоро тарғибу ташвиқ намоем, онҳоро ба мардум ошно созем, то ҳамин унсурҳои фарҳангии ҳазорсолаҳо шаклгирифтаи мо ба андозае оммавӣ шавад, ки ҷомеаи шахрвандии мо онҳоро ҳам истифода кунад, ҳам таълиф намояд ва ҳам ба унвони арзишҳои фарҳангии милли ба ҷаҳонӣ пешкаш кунад ва аз ҳама муҳим онро ҳимоя намояд. Ин масъалаи асосии фарҳангии даврони мо дар раванди ҷаҳонишавӣ аст.

Маданият дар шароити ҷаҳоншумулӣ хусусиятҳои хоси худро пайдо мекунад. Ҷаҳонишавӣ тамоми ҷанбаҳои зиндагии имрӯзаро фаро мегирад. Он аз иқтисодиёт маншаъ гирифта, пас дар фарҳангу сиёсат густариш ёфтааст. Дар айни замон, аз ҷаҳонишавӣ аз ҳама бештар Иёлоти Муттаҳидаи Амрико бурд мекунад, аз ин рӯ, онро, баъзан «амрикоикунӣ» низ меноманд.

Дар адабиёти хориҷӣ оид ба раванди ҷаҳонишавӣ се нуқтаи назар мавҷуд аст. Андешаи аввал он аст, ки ҷаҳоншавии фарҳангӣ падидаи айнӣ, лозим ва аслан, ҳастии мусбат аст. Тарафдори ин фарзия забоншиноси швейтсарӣ Ж. Молино мебошад. Ӯ муътақид аст, ки ташвиши кишварҳои аврупоӣ оиди он ки раванди ҷаҳонишавӣ дар асл амрикоикунонӣ аст, асоси ҷиддӣ надорад. Сабаби аслии ташвиши аврупоиёнро ӯ дар он мебинад, ки муддати қарнҳо аврупоиҳо сиёсати ба ҳудашон манфиатноки ҷаҳонишавиро қорӣ мекарданд.

Назари дуюм, назари танқидӣ буда, нисбати ҷаҳонбинии фарҳанги муосир аст. Он дар ақидаҳои намоёндагони мактаби франкфуртии фалсафӣ Т. Адорно ва М. Хоркхаймер возеҳу равшан баён мешавад. Онҳо аввалин шуда падидаи санъати фарҳангиро, ки дар тавлиди фарҳанги оммавӣ ва фарҳанги тичориро, ки бо номи расонаҳои модернӣ ва постмодернӣ маъруф гаштаанд, кашф намуданд. Ба назари онҳо паҳн шудани маҳсулоти санъати фарҳангӣ ба таназзули ҷомеа ва ҷуброннопазирии асосҳои аз дастрафтаи аслии инсон ва ҳастии ӯ оварда мерасонад. Ин андешаҳо дар таълимоти сохторгарой (М.Фуко), постмодернизм (Ж.Ф.Лиотар, Ж. Бодрияр) ва дигар ҷараёнҳои муҳталифи тафаккури муосир инкишоф ёфтаанд.[3]

Асосҳои нуқтаи назари сеюмро ҷомеашиноси англис Р. Хоггарт қор карда баромадааст. Солҳои 30-юми асри XX ӯ ҷараёни ба маданияти шаҳр ҳамроҳшавии коргарони англисиро, ки аслашон аз мардуми кишоварз буданд, таҳқиқ намуд. Р. Хоггарт қайд кард, ки мутобиқшавии коргарон ба фарҳанги оммавии шаҳриён автоматӣ ва ғайрифайол набуд: коргарон қобилияти муқобилкунии худро ҳартарафа зоҳир мекарданд, саркашӣ ва канораҷӯӣ кунанд. Дар Фаронса ҳамин ақидаҳоро таърихшинос М. де Серто такмил меод.

Чунон ки мебинем чараёни ҷаҳонишавӣ хеле мураккаб ва баҳсангез буда, ба натиҷаҳои мухталиф оварда мерасонад. Қолабгарой, шаклдарорӣ, дурагакунонӣ ва омехтасозии фарҳангӣ ба ҳамин гуна натиҷаҳои номатлуб оварда мерасонад. Аз ин рӯ, масъалаи бақои фарҳангҳои маҳаллӣ ва милли ҳанӯз ҳам кушода ва ҷалношуда мондааст.

Муҳаммади Хотамӣ дар китоби «Бими мавҷ» масъалаи ҷаҳонишавиро баррасӣ намуда қайд менамояд, ки имрӯз тамаддуни ғолиб, тамаддуни Ғарбӣ аст ва гузоф нест, агар ончиро ки хулоса муҳтавои назариёти гуфтугӯ тамаддунҳоро метавон ба хости гуфтугӯи миёни миллатҳо ва давлатҳо ва ё давлатҳо бо якдигар барои аз байн бурдани низоъҳо ва озодӣ робитаи наздиктар бо ҳам таъбир карда ки номи он гуфтугӯи тамаддунҳо не, балки музокира барои ҳалли ихтилофоти сиёсӣ ва иқтисодӣ аст.

Рӯйхати адабиёт

1. Делягин М.Г. Практика глобализации: игры и правило новой эпохи.-Москва, 2010г.
2. Коновалова Л. В. Растерянное общество: критика современной буржуазной социологии и психологии морали. М.: Мысль, 2011, 220с.
3. Кудрявцев Л.Д. «Современное общество и нравственность» Москва, Наука, 2015, 63с.
4. Лебедев А.Б. Духовное производство: сущность и функционирование: социально-философский аспект. Казань, 2013, 100 с.
5. Лекторский В.А. Духовность и рациональность //Вопросы философии. 2014. №2. С. 31-35.
6. Махмаджонова М.Т. Философия Джалодиддина Руми.-Душанбе, 2007г.
7. Маршак А.Л. Особенности социокультурных связей социально- дезорганизационной молодежи // Социологические исследования. 2014. №12. хТекст] С. 374-380.
8. Моральные ценности и личность Под ред. А.И. Титаренко, Б.О. Николаева. М., 2011, 175с.
9. Мухаббатов А., Р.Нуриддинов. Асосҳои сиёсатшиносӣ.-Душанбе. 2010.

Холов А.А., Қосимова Р.А., Саидов Н.А.

ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ ТАЪЛИМӢ-ПРОБЛЕМАВӢ ВА САМАРАИ ОН

Кафедраи физикаи тиббӣ ва информатика ба номи С.Ситамов, МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон".
Тоҷикистон.

Мубрамият. Масъалаи нақши технологияи муосир дар ташаккули фаъолияти шахсият аз масоили ҳалталабӣ соҳаи тандурустӣ маҳсуб меёбад. Пешвои миллат ба масъалаи мазкур таваҷҷуҳи хос зоҳир менамоянд. Зеро барои ворид шудан ба фазои ҷаҳони таҳсилот раванди зикршуда мусоидат мекунад. Истифодаи мақсадноки технологияи иттилоотӣ кооммуникатсионӣ дар тадрис аз вазифаҳои муҳими соҳаи тандурустӣ маҳсуб меёбад. Рисолати аввалин-дараҷаи муаллимон сидқан фаро гирифтани асосҳои технологияи муосир аст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши технологияҳои нави таълимӣ, технологияи проблемавӣ ва самарои он, намудҳои мушкилотҳои пайдошаванда, нуқсонҳо, афзалиятҳо ва роҳҳои ҳалли он, омӯхтани донишҳои нав ва азхудкунии он тавассути ҷустуҷӯи роҳҳои фаъол

Мавод ва усул. Проблема истилоҳи юнонӣ (problema – вазифа) буда, ба маънои васеаш масъалаҳои мураккаби назариявӣ ё амалӣ, ки таҳқиқ ҳалли онҳоро тақозо мекунад, фаҳмида мешавад [1]. Проблема ин савол ё масъалаест, ки барои муаммал гардонидани донишҳои хонандагон ба миён гузошта шуда, онҳоро ба фикркунӣ, ҷустуҷӯи ва эҷодкорӣ ҳидоят менамояд.

Технологияи таълими проблемавӣ гуфта мо системаи таълимеро мефаҳмем, ки дар он омӯзгор мушкилоти ҳалли масъалаи додашударо ба донишҷӯён пешниҳод мекунад ва тақлиф менамояд, ки онро мустақилона ҳал кунанд. Дар ин маврид доштани маҳорат, малакаи эҷодкорӣ ва инкишофи қобилияти тафаккур бисёр ҳам муҳим арзёбӣ мегардад.

Дар мактаби муосир ба мақсади инкишоф додани фаъолияти эҷодии толибилмон аз таълими проблемавӣ истифода мебаранд. Фикркунӣ ҳар вақт аз вазъияти проблемавӣ сар мезанад. Вазъияти проблемавӣ инъикоси муҳолифатҳои мавҷудаи ҷараёни таълимӣ мебошад. Аз ҷиҳати дидактика вазъияти проблемавӣ ин як васила ва шакли ташкили фаъолияти таълимии хонандагон буда, мушкилоти фаҳмидагириро ба миён меорад, ки он тавассути эҷодкорона фикркунӣ баргараф карда мешавад.

Мақсади асосии истифода шудани таълими проблемавӣ дар раванди таълим аз он иборат аст, ки донишҷӯ на танҳо дониши навро аз худ кунад, балки тамоми роҳи азхудкунии онро тавассути ҷустуҷӯи роҳҳои фаъоли мустақил тай менамояд. Ин усули таълим имкон медиҳад, ки мустақилияти маърифатӣ, қобилияти ба миён гузоштан ва ҳалли масъалаҳои ғайристандартиро иҷро карда тавонем. Дар раванди таълим дар ҳар муассисаҳои олии асосан се намуди асосии омӯзиши мушкилотҳо мавҷуд мебошанд.

Мушкилоти яқум, омӯзгор ба донишҷӯён масъала ва ягон саволро пешниҳод мекунад, ки ҷавобашро намедонанд. Донишҷӯён дар асоси дониши доштаи худ ва қобилияти мустақилона кор кардан ҷавоби онро пайдо карда метавонанд. Чунин мушкилотҳои пешниҳодгардида бояд ба синну соли донишҷӯён мусоид буда, фаҳмо бошанд, инчунин бояд ба таҷрибаи онҳо мусоидат намуда ба маводи воқеӣ асос ёбад.

Мушкилоти дуюм. Истифодабарии таҳқиқотҳои назариявӣ. Донишҷӯён ҳар як масъалаи назариявии таълимо ҳал карда ба кашфи қонунҳо ва қоидаҳои нав рӯ ба рӯ мешаванд. Дар ин маврид гуфта метавонем, ки онҳо бо ин роҳ аввалин таҳқиқотчиёне мегарданд, ки бо усули таҷрибавӣ ба ҳалли масъалаи муайян омада метавонанд.

Мушкилоти саввум, ин ҷустуҷӯи роҳи ҳалли масъалаи додашуда мебошад. Дар қадами навбати донишҷӯён роҳҳои таҷрибаи донишҷӯи маълуми худро вобаста ба вазъияти нав истифода мебаранд ва меҷӯянд. Ин амал дар мавриди ҳалли вазифаҳои амалӣ ва дар рафти дарсҳои озмоишӣ сурат мегирад.

Омӯзгор дар раванди таълим ягон вазъияти мушкилдоштаро ҳамчун намуна пешниҳод менамояд. Дар чунин вазъ ҳолатҳои зиёдеро дидан мумкин аст, аз ҷумла

- ❖ Омӯзгор донишҷӯёнро ба масъалаи ошно намуда таъкид менамояд, ки онҳо ҳалли масъалаи додашударо ёбанд;
- ❖ Вобаста ба вазъият, далелҳои мавҷудбуда ва муқоисақунӣ аз донишҷӯён хоҳиш карда мешавад, ки ҳулосаҳои худро оид ба ҳалли масъалаи додашуда пешниҳод намоянд;
- ❖ Омӯзгор вобаста ба масъалаи додашуда саволҳои мушаххасро медиҳад ва нуктаи назари ҳар як донишҷӯро дида мебарояд;
- ❖ Дар вазифаи гузошташуда мушкилотҳои асосӣ дар таҳияи масъала, номуайянии баъзе аз навиштаҳо ва ё ҳатогиҳои ошкоро ёфта дар муддати кӯтоҳи вақт бояд ҳалли онро ёфт.

Дар назди донишҷӯён чунин вазифаҳои гузоштан зарур аст, ки дар асоси он ҳодиса, падида, раванд ё шахси омӯхташаванда қисро пайдо карда тавонад. Дар ин маврид омӯзгор бояд далелҳои лозимаро ҷунон баён намояд, ки зиддиятҳои объективии онҳо таъкид карда, шавқу ҳавас ва хоҳиши ҳалли масъаларо дар донишҷӯён бедор карда тавонад. Дар вақти баён саволи проблемавӣ ва ё супориш тарафдорони ин ё он нуктаи назар оид ба ин мушкилот шунида шуда ҷӣ тавр ҳақ будани худро исбот карда тавонанд. Дар мавриди муҳокимаи чунин масъалаҳо метавон дар шакли сӯҳбат ташкил карда дар рафти он донишҷӯён донишу малақаҳои мавҷудаи худро вобаста ба ҷавобҳои худ истифода бурда метавонанд. Ин усулро дар ҳама мавридҳои рафти таълим истифода бурдан мумкин аст. Дар рафти таълим гурӯҳи донишҷӯён бояд аз байни якчанд роҳҳои маълумшуда яке аз ҳама маъмултаринро интихоб кунанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Муаллим ҳангоми кор кардан аз қадом усуле, ки вазъияти мушкилиро истифода мебарад, моҳияти он ба кас таълим додани мустақилона кашфиёт аст. Муҳим аст, ки омӯзгор фаъолияти ҷустуҷӯии хонандагонро ҳавасманд кунад ва онҳоро ба ҳалли масъала ҳидоят намояд.

Донишҷӯён вазъияти мушкилотро дар он мавриде дарк менамоянд, агар мушкилотро дуруст дарк намояд ва ба ҳалли он меоянд¹. Дар ин маврид шартҳои зеринро вобаста ба вазъият дохил кардан муҳим аст:

- роҳи ҳалли масъала маълум нест ва дониши қаблӣи онҳо барои шарҳ додани далели нав кифоя нест;

- донишчӯён бояд донишҳои қаблан гирифтаашонро дар кори нав истифода бурда тавонанд;
- дар байни ҳалли аз ҷиҳати назариявӣ имконпазирӣ масъала ва амалӣ нашудани усули интиҳобшуда зиддияти ошкоро мавҷуд набошад.

Ба масъалаи гузошташуда якҷанд талаботҳоро ҷорӣ намудан зарур аст, ки агар яке аз онҳо иҷро нагардад, вазъияти проблемавӣ ба миён гузошта наметавонем[3].

- Масъала бояд ба донишчӯён равшан бошад, яъне, он тавре бояд таҳия шавад, ки аксарият донанд, ки сухан дар бораи чӣ меравад.

• Проблема бояд барои аксарият имконпазир бошад. Дар акси ҳол ба муаллим лозим меояд, ки барои шарҳу эзоҳот вақти зиёд сарф кунад ё ҳудаш масъаларо ҳал кунад.

• Масъала бояд ба таври ҷолиб таҳия карда шавад. Шакли фароғатӣ доштани масъала метавонад ба муваффақҳои бештар ва ҳалли масъалаҳои ҷиддӣ дошта мусоидат кунад.

Хулоса. Истифода шудани технологияи таълими проблемавӣ бартариятҳои зиёдеро дошта метавонад, ки сад солаҳо боз истифода мешавад ва дар ин муддат бо бартарии худ эътимоди омӯзгоронро пайдо кардааст[4]:

- усул ҳангоми ҷустуҷӯи ҳалли ғайристандартӣ ба фикр кардан, ҷустуҷӯи роҳи раҳой аз вазъияти мушкilot ва мустақилона амал кардан водор мекунад;

- ҳангоми ҳалли мустақилонаи масъалаҳо донишу малакаҳо нисбат ба таълими анъанавӣ хубтар аз худ карда мешаванд ва мустаҳкам мешаванд;

- омӯзиши мушкilot малакаҳои мушоҳида, ҷамъбастанӣ ва тадқиқоти инкишоф медиҳад;

- донишчӯён падидаҳои омӯхташавандаро зуд дарк мекунанд ва ҷавобҳои худро асоснок мекунанд, ҳудашон фарзияҳоро пешниҳод мекунанд ва исбот мекунанд.

Дар технологияи мазкур ба ғайр аз бартарияҳои инчунин камбудии низ дида мешаванд, аз ҷумла: дар омӯхтани маводи таълимӣ вақти зиёдро талаб мекунанд, дар қисмҳои нави маводи таълимӣ истифода бурда намешаванд, зеро ҳанӯз дар талабагон захираи таҷриба ва дониши зарурӣ пайдо нашудааст.

Методҳои проблемавӣ, ҷустуҷӯӣ, вобаста ба маводи таълимӣ, аксаран пайваста бо методҳои дар боло зикршуда бурда мешаванд.

Адабиёт

1. Выбор методов обучения в средней школе (Под ред. Ю. К. Бабанского). – М., 1981.
2. Есипов Б. П. Самостоятельная работа учащихся на уроке. – М., 1961.
3. Лутфуллоев М. Дарс. – Душанбе, 1995.
4. Лутфуллоев М. Дидактикаи муосир. – Душанбе, 2001.
5. Подласый И. П. Педагогика. – М., 2000.
6. Раҳминов Х. Педагогика – Душанбе, 1997.

Холов А.А., Амирахтаи Х., Қосимова Р.А.

ТЕХНОЛОГИЯИ ТАЪЛИМӢ ВА Омӯзиши хусусиятҳои он

Кафедраи физикаи тиббӣ ва информатика ба номи С.Ситамов, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”.
Тоҷикистон.

Мубрамиёт. Масъалаи омӯзиши хусусиятҳои технологияи муосирӣ таълимӣ дар ташаккули фаъолияти мутахассисони оянда нақши басо муҳим дорад. Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат ба масъалаи мазкур таваҷҷуҳи махсус зоҳир менамоянд. Зеро барои омода намудани мутахассисони ба ҷаҳони имрӯза ҷавобгӯ ворид шудан ба фазои ҷаҳонӣ таҳсилот мусоидат мекунад. Истифодаи мақсадноки технологияи иттилоотӣ кооммуникатсионӣ дар тадрис аз вазифаҳои муҳими соҳаи касбӣ асос меёбад. Вазифаи ҳар як омӯзгор ва таълимдиҳанда ба таври васеъ истифода бурдан аз имкониятҳои технологияи муосир аст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани имкониятҳои технологияҳои таълимии мавҷудбуда ва хусусиятҳои фарқкунандаи онҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Истифодабарии калимаи «технология» дар раванди таълим маънои доштани илмӣ муосир ва ҳунармандист. Маънои калимаи технология ин «techné» — санъат, маҳорат ва «logos» — илм, қонун мебошад.

Самаранокии технологияи раванди таълим аз он иборат аст, ки раванди таълим қомилан идорашаванда бошад. Мо технологияи таълимро ҳамчун «намуна ва раванди воқеии амалисозии фаъолияти ҷамаҷонибаи педагогӣ, ки ҷузъҳои инфиродӣ-гурӯҳӣ, иттилоотӣ-ташхисӣ, ташкилӣ-инкишофӣ, фаъолият-эвристикӣ, маънавию башардӯстона ва ҳавасмандкунӣ-идоракуниро дар бар мегирад» мешуморем.

Истифода шудани технологияи навини таълимӣ дар раванди таълим, имкони ҳал намудани ягон мушкilot, ба-ланд бардоштани сифати таълим, қонеъ кардани талаботи таълимгирандагон ва самаранок истифода намудани вақти таълимӣ мегардад. Дар шароити имрӯза мо бояд усулҳои нави тадқиқи технологияи таълимро дар асоси истифода намудани техникаи ҳозиразамон ва тақмил намудани онҳо ҷорӣ намоем.

Ба технологияҳои муосирӣ таълимӣ, асосан технологияҳои фаъолияти тадқиқотӣ, технологияҳои тарроҳӣ, бозӣ, иттилоот ва коммуникатсия, ба шахсият нигаронидашуда, технологияҳои наҷотбахши саломатӣ ва ғайра дохил карда мешаванд.

Технологияҳои дар боло номбаршуда ба ташаккули сифатҳои шахсӣ, аз қабилӣ «қушодагӣ, ростқавлӣ, неқхоҳӣ, ҳамдардӣ, ёрии байниҳамдигарӣ ва таъмини ниёзҳои таълимии ҳар як донишчӯ мувофиқи хусусиятҳои фардии ӯ нигаронида шудаанд. Ҳамзамон, онҳо қобилияти ҳалли баъзе масъалаҳоро ба таври ғайристандартӣ, дур шудан аз фаъолиятҳои шаблонӣ, бештар ҷалб кардани раванди таълим нисбат ба технологияи стандартӣ таълим, тақмил додани малакаҳои муоширати худро инкишоф медиҳанд, ки бояд ба инкишофи мутаносиби шахсият ва азхуд кардани

донишҳои зарурӣ.

Масъалаи навоарӣ дар раванди таълим дар ҷаҳони муосир махсусан масъалаи мубрам мебошад. Дар замони муосир имрӯзҳо зиёда аз садҳо навъи технологияи таълимӣ вучуд доранд, ки ҳар яке аз онҳо бо сабабҳои гуногун пайдо гардидаанд, аз ҷумла:

- зарурати ба таври дақиқтар омӯзиш ва истифодабарии ҷиҳатҳои психофизиологӣ ва шахсии донишҷӯён;
- дарки зарурати фавран иваз кардани усули бесамари таълим ба равиши системавӣ ва фаъолиятӣ;
- қобилияти тарҳрезии раванди таълим, шаклҳои ташкилии ҳамкорӣ омӯзгор ва донишҷӯ, таъмини натиҷаҳои кафолатнокӣ таълим.

Натиҷа ва ҳулосаи таҳқиқот. Олимони машҳури соҳавӣ технологияҳои мавҷудбудаи таълимиро ҳаматарафа таҳлил ва омӯхта онҳоро ба гуруҳҳои зерин шомил гардониданд, аз ҷумла:

- технологияҳое, ки ба ивазшавии раванди таълим асос ёфта метавонанд;
- технологияҳое, ки ба фаъолсозӣ ва инкишоф ёфтани соҳаи маъмур аз ҳисоби истифода шудани воситаҳои иловагӣ ва манфиатнок ба даст оварда шуда метавонанд;
- технологияҳое, ки ба самаранокӣ ташкил ва идоракунии раванди таълим, таълими барномавӣ, технологияҳои таълими тафриқавӣ, фардикунонии раванди таълим, таълими пешрафта, технологияҳои компютерӣ (иттилоотӣ) асос ёфтаанд.
- технологияи педагогӣ, ки ба тақмили методологӣ ва азнавсозии дидактикии маводи таълимӣ асос ёфтааст: системаи банақшагирии блок, технологияи назарияи ташаккули тадриҷии амалҳои равоӣ.

Адабиёт

1. <http://gtmarket.ru/ratings/education-index/education-index-info>
2. https://ru.wikipedia.org/wiki/Образовательные_технологии
3. Атутов П.Р. Технология и современное образование / П.Р. Атутов // Педагогика. - 1996. - № 2.
4. Белкин А.С. Витягнутое образование как научно-педагогическая категория / А.С. Белкин, Н.О. Вербицкая // Образование и наука. – 2001
5. Беспалько В.П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения / В.П. Беспалько. — М., 1995.
6. Гороя В.И., Петрова Н.Ф. Образовательные технологии и технологическая культура современного // Современные наукоемкие технологии. – 2008. – № 10. – С. 35-36;

Холов А.А.

ИСТИФОДАБАРИИ ИМКОНΙΑТҲОИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛООТӢ ДАР ОМОДА НАМУДАНИ МУТАХАССИСОНИ СОҲАИ ФИЗИКА

Кафедраи физикаи тиббӣ ва информатика ба номи С.Ситамов МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”.
Тоҷикистон.

Мубраминат. Масъалаи омӯзиш ва истифодабарии имкониятҳои технологияҳои иттилоотӣ дар ташаккул ва пешрафти дониши мутахассисони бағоят зарур аст. Технологияҳои иттилоотӣ фарогири тамоми захираҳое мебошанд, ки онҳо барои идоракунии иттилоот равона гардидаанд. Ба ин гуна захираҳо, пеш аз ҳама, компютерҳо, нармафзорҳои ба онҳо мувофиқ ва шабакаҳо дохил мешаванд, ки онҳо барои сохтан, нигоҳ доштан, идора кардан, паҳн намудан ва ҷустуҷӯ кардани иттилоот пешбинӣ шудаанд. Истифодаи мақсадноки технологияи иттилоотӣ кооммуникатсионӣ дар тадрис аз вазифаҳои муҳими соҳаи касбӣ асос ба ҳисоб меравад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши технологияҳои нави таълимӣ, технологияи муосир, мушкilotҳои соҳаи таълим бо истифода аз имкониятҳои ТИК пайдошаванда, нуқсонҳо, афзалиятҳо ва роҳҳои ҳалли он, омӯхтани донишҳои нав ба азхудкунии он тавассути ҷустуҷӯи роҳҳои фаъол.

Мавод ва усул. Тафовут байни инкилоби рақамӣ ва компютер аз ҳама навоариҳо дар ҷараёни таълим, рушди ҳавасмандӣ онҳо мебошад, ки тибқи “Қонуни Мур” муайян шудааст.

Ҳамзамон, ҳар як қадами навбатии пайдошавии саҳтафзор ва нармафзор “калиди тиллоӣ”-и муваффақияти комилро дар ин соҳа ваъда медиҳад. Таҳаввулоти инкилобии рақамӣ ва пайдошавии компютерҳои фардӣ аз дигар навоариҳо дар рафти таълим ин босурати ниҳоят калон инкишофёбии ин навъи технологияи нави таълимӣ ба ҳисоб меравад.

Технологияи навин ба зарурати азнавсозӣ (модификасия) оварда мерасонад, вале методикаи ташкили алоқамандии таълим, илм ва техникаро тағйир дода наметавонад [1]. Саволҳои пайдошаванда дар асоси таҳияи муҳити ягонаи иттилоотиро ташкил намуда мо метавонем тағйиридиҳии нақши омӯзгорро дар информатикунони рафти таълим таҳлил карда бароем. Ҳангоми пурра даст кашидан аз муҳити иттилоотии илмӣ дар шакли қоғазӣ пешниҳодшаванда, масъалаи аналогӣ онро дар шакли электронӣ сохтан ба миён меояд. Аз ҳисоби маводҳои ҷопии илмӣ ва нашриётҳои илмӣ зиёда аз 20% ва аз он ҳам зиёд кам шудан мегиранд. Имкониятҳои интернет дар таълим додан далелҳои зиёдеро ба мо пешниҳод карда метавонад, вале ин маводҳо баъди пурра мустиқлони таҳрир намудани онҳо мо имкони истифода намудани ин маводҳоро дар рафти таълим пайдо карда метавонем ё на?

Истифодабарии ТИК азтарафи мо пеш аз ҳама аз татбиқи компютерҳои фардӣ пурра вобаста аст, ки имкони дастрасшавии зудро ба иттилооти лозима фароҳам сохта метавонем. Тавассути шабакаи интернет бошад имконияти ташкил ва ҷалб намудани коллективи муташакилро ташкил намудан мумкин аст. Татбиқи ҳаматарафи ТИК дар ҳаёти ҳаррузаи мо дар асоси технологияҳои маҳсулотҳои илмӣасосдошта моро водор месозад, ки нақши онро дар омода намудани таълимгирандагони оянда муайян намоем.

Дар рафти таълим бояд мо дар назар гирем, ки дар марҳилаи рушди технологияҳои баландсатҳи квантӣ-оптикӣ барои муаррифии санъати моддии донишҳои бунёдӣ “дуализм” –и муайян карда мешавад. Аз ин рӯ, вазифаи асосӣ

имкони ба расмӣ даровардани элементҳои ҷудонашавандаи муносибатҳои ғайрирасмӣ, ки бе онҳо мо ташаккули шахсияти эҷодӣ имкон надорем мустақкам намудан зарур аст [2].

Натиҷаҳои таҳқиқот. Чи тавре ки ба мо маълум аст, тамоми давраи компютеркунии рафти таълим дар асоси мавқеи истеҳсолкунандагони таъминоти таҷҳизоти ва барномавӣ нигаронида шудаанд. Дар ин ҳолат, чун қоида, ҷанбаҳои психологӣ ва педагогӣ чараҳои таълимро сарфи назар карда, системаи таълими компютерикунандашударо ташкил карда метавонем. Донишҳои ғайри марказонидашуда танҳо дар натиҷаи муоширати шахсӣ интиқол дода мешаванд ва дар интиқоли ҷунин дониш дарс ва шахсияти омӯзгор нақши асосиро мебозад.

Мушкилот дар ин ҷода дар он аст, ки "ҳангоми сохтани системаи маориф, бояд дар назар дошт, ки дастрасӣ ба дониш имрӯз аз усули истифодашавандаи муаллимон хеле фарқ мекунад." Истифодаи ТИК ба воқеиятҳои оварда мерасонад, ки ҳангоми таълим ҳамеша на ҳамавақт ба назар гирифта мешаванд.

Ҳангоми кор бо компютерҳо дар системаҳои ҷустуҷӯӣ, масалан дар омӯзиши фанни физика як қисмати матнҳо дар вақти ҷустуҷӯӣ гум карда мешавад, ки дар асоси шакли пурраи донишҳои пайдошавандаи соҳавиро аз даст додан мумкин аст. Пас моро зарур меояд, ки бо ҷунин дилгармӣ моделҳои компютериро паҳн кунем

Ҷиҳати манфии навбатии системаҳои иттилоотӣ - коммуникатсионӣ ин таъсир ба хотираи донишҷӯён мебошад. Масалан, ҷунин мешуморад, ки қоидаҳои имло набояд дар хотир нигоҳ дошта шаванд, зеро компютерҳои фардӣ пурра матнро бе иштироки шумо тафтиш мекунад ва хатогиҳои грамматикиро ислоҳ карда метавонанд. Истифодаи маводи эҷодӣ, метавонанд нерӯи эҷодии моро "ғизо диҳад".

Пас аз ҷанги дуҷониба ҷаҳонӣ дар системаи маориф курсҳои таълимӣ кам карда шуданд. Дикқати асосӣ ба омӯзиши мафҳумҳо ва консепсияҳо равона карда шуда, самаранок истифода шудани ТИК ба ташаккули намоёндагӣҳои фазоӣ ба таври ҷиддӣ таъсир расонида тавонистанд. Дар ин ҷо мо бояд дар бораи наслҳои оянда фикр карда бароем, ки тасаввуроти оддитаринро оиди татбиқи ин технологияҳо надоранд. Масалан ба таври рамзӣ "Меҳроҳед, ки дандони худро дар назди духтури дандон, ки таҳсили худро бо истифода аз моделҳои компютерӣ идома додааст, тавобат кунед?"

Оид ба нақши омӯзгор, ки ба он нақши паҳнкунандаи оддӣ донишхоро ҳавола месозанд, омилҳои хуби ин паҳнлуро ба назар намегирад? Хоҳиши иваз намудани ҳама чизи «қӯҳна» ба чизи «нав» ин озмоиши оддӣ набуда аз манфиатҳои ширкатҳо бар меояд. Мувофиқи ақидаи Плутарх: "Донишҷӯ ин зарфи холие нест, ки онро мо пур кунем, балки машғалест, ки онро бояд фурузон намоем." Дар ин бора Д.И.Менделеев навиштааст: "Оташе, ки дар ҳезуми зиёде афрӯхтааст, намесӯзад, балки дуд мекунад"[6].

Хулоса. Муаллим тасвири табиӣ ва илмӣ ҷаҳонро дар тафаккури донишҷӯ эҷод карда, маводи заруриро барои дарс бодикқат интихоб мекунад. Таҳиягарони барномаҳои таълимӣ далелҳои маълум ба назар намегиранд, ки ин имкони то 60% ба даст овардани натиҷаҳои лозимаро муҳайё сохта метавонанд.

Татбиқи технологияҳои баландсатҳ, ба ду самти нав дар таълимоти физика оварда мерасонанд:

1. Имконияти истифодабари моделҳои компютерӣ, аз ҷумла маҷмӯи васеи нақшаҳои он барои ҳамаи бахшҳои курси физика;

2. Зарурати истифодаи ашъи ҳамаҷӯза дар таълими физика.

Консепсияи амалисозии омодакунии таълими муттасили иттилоотии донишҷӯёнӣ шуъбаи физикаро баррасӣ намуда мақсади он тайёр кардани омӯзгороне мебошад, ки дар соҳаи фани худ маҳорати истифодабарии ТИК-ро до-ранд.

Маводҳои таҳияшуда доир ба фани физика барои тайёр кардани муаллими фанни информатика низ аз аҳамият ҳолӣ нест. Кор дар ин самт дар асоси ғитаи омоданамудаи омӯзгорони фаннӣ, ки ба масъалаи истифода ва табиқи имкониятҳои ТИК дар таълими физика бахшида мешавад, омода намудан зарур аст, ки дар асоси он ташкили корҳои семинарию лабораторӣ бо истифода аз имкониятҳои ТИК, таҳияи дастурҳои таълимӣ оид ба моделсозии равандҳои физикӣ, ташкили нақшаҳо барои соҳаҳои гуногуни физика, маҷмӯи корҳои лабораторӣ барои кор бо моделҳои сече-нака амали карда мешаванд.

Дар асоси он нишон дода метавонем, ки муаллими физика метавонад барои ташаккули саводнокии илмӣ ҳам таҷҳизоти ТИК ва ҳам худ имкониятҳои ТИК-ро бо муваффақият истифода баранд. Ҳамчун намуна оид ба истифодаи манбаҳои иттилоотӣ коркарди "Чароғаки Фарадей" [1]; нишондиҳандаи лазерии ранги сабздоштаи таҷҳизоти расм-бардорак; дисплейҳои дорои моеъҳои кристаллидошта; сабт дар дискҳои магнитӣ ва ғайраҳо оварда шудаанд.

Маводҳои пешниҳодшуда дар шакли электронӣ оид ба таърихи илмӣ-табиӣ дошта ба донишҷӯ имкон медиҳад, ки дар асоси натиҷаҳои ба дасовардашудаи ширкати TECHNOAC [2] кор намуда бо таҷҳизотҳо: термометрҳои рақамӣ, бадани комилан сиёҳ, пирометр ва ғайра ошно гардад.

Адабиёт

1. Kenneth P. King <http://mcel.pacificu.edu/JAHC>
2. Очерки информационной технологии. Г.Р.Громов. Москва, ИнфоАрт, 1992, 1993. <http://www.wdigest.ru/cd-rom/oчерki/index.htm>
3. John H. Lienhard <http://www.uh.edu/engines/index.htm>
4. Савельев И.В. Курс общей физики: учеб, пособие для вузов: в 5 кн. - М.: АСТ: Астрель, 2006. - Кн. 5. Квантовая оптика. Атомная физика. Физика твердого тела. Физика атомного ядра и элементарных частиц. - 368 с.
5. Бондарев Б.В., Калашников Н.П., Спирин Г.Г. Курс общей физики: учеб, пособие: в 3 кн. - 2-е. изд., стер. - М.: Высш. шк., 2005. - Кн. 2. Электромагнетизм. Волновая оптика. Квантовая физика. -438 с.
6. Суханов А.Д., Голубева О.Н. Лекции по квантовой физике: учеб, пособие. - М.: Высш. шк., 2006. - 300 с.: ил.

Мубрамият. Масъалаи омӯзиш ва истифодабарии имкониятҳои технологияҳои иттилоотӣ дар ташаккул ва пешрафти дониши мутахассисони бағоят зарур аст. Технологияҳои иттилоотӣ фарогири тамоми захираҳои мебошанд, ки онҳо барои идоракунии иттилоот равона гардидаанд. Ба ин гуна захираҳо, пеш аз ҳама, компютерҳо, нармафзорҳои ба онҳо мувофиқ ва шабакаҳо дохил мешаванд, ки онҳо барои сохтан, нигоҳ доштан, идора кардан, паҳн намудан ва ҷустуҷӯ кардани иттилоот пешбинӣ шудаанд. Истифодаи мақсадноки технологияи иттилоотӣ кооммуникатсионӣ дар тадрис аз вазифаҳои муҳими соҳаи касбӣ асос ба ҳисоб меравад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши технологияҳои нави таълимӣ, технологияи иттилоотӣ ва самарани он, намудҳои мушкilotҳои пайдошаванда, нуқсонҳо, афзалиятҳо ва роҳҳои ҳалли он, омӯхтани донишҳои нав ва азхудкунии он тавассути ҷустуҷӯи роҳҳои ғайрӣ

Мавод ва усул. Истифодаи технологияи иттилоотӣ дар системаи маориф яке аз омилҳои асосии пешрафти соҳа буда, тақозои замон мебошад. Тамоми фаъолияти таълимиро бе татбиқи илмҳои технологияи компютерӣ тасаввур намудан ғайриимкон аст.

Омода намудани мутахассисони варзидаи соҳаҳои гуногунро бе омӯзиши амиқи фанҳои табиӣ риёзӣ тасаввур намудан номумкин аст, чунки ҳуди пайдоиши технологияҳои компютерӣ натиҷаи дастовардҳои фанҳои табиӣ риёзӣ ба шумор рафта, тамоми равандҳои электронӣ, ки асоси кори компютер аст, аз қонуниятҳои табиӣ риёзӣ бармеоянд. Бинобар он ҳангоми омӯзондани фанҳои гуногун дар гуруҳҳои ихтисосашон табиӣ-риёзӣ, махсусан барномасозӣ дар донишгоҳ алоқаи фан ба соҳаи информатика амалӣ карда мешавад. Истифодаи технологияҳои информатсионӣ имконият медиҳад, ки раванди ташкили таълим аёнӣ карда шавад. Дар ин маврид дараҷаи пурра фаҳмо шудани рафти таълим меафзояд ва тасвири амиқи мавзӯро донишҷӯ дар шакли аёнӣ дида метавонад. Инчунин маводҳои лозимаро шунида, пурра моҳияти онро дарк менамояд. Яъне, ин раванд яке аз ҷиҳатҳои муосирсозии рафти таълим мебошад.

Дар рафти зиндагӣ ҳар як фард бо масъалаҳои намудҳои гуногун дошта вохӯрда ва барои ҳал намудани он муаммоҳо ҳама вақт ҳаракат мекунад, ки роҳи дурусту аниқ ва фаҳмои самаранокро истифода барад.

Дуруст аст, ки шахс роҳи ҳалли саҳеҳи бисёр масъалаҳоро бо тарзи назорат аз табиат меомӯзад, лекин баъзе масъалаҳое низ мавҷуданд, ки барои ҳалли он дастурамали махсус бояд бошад. Яъне, аз рӯи нишондодҳои батариб навишташудае, ки барои ба даст овардани натиҷаи дилхоҳ ҳатман роия мешаванд, аз рӯи он бояд амал кард. Ин намуд навиштаҷотро мо алгоритми ҳалли масъалаи гузашташуда гуфта метавонем.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Яке аз баргаришҳои асосии технологияи муосир он аст, ки дар раванди таълим, махсусан истифодаи он дар дарсҳои амаливу лабораторӣ назаррас бояд бошад. Дар дарсҳои амалӣ ҳар як омӯзгор кӯшиш ба ҳарч диҳад, ки дар асоси имкониятҳои барномаҳои компютерӣ барномаи компютерикунонидашудаи онро таҳия намуда, ҳалли масъаларо бо истифода аз технологияи навини нишон диҳад. Дар асоси ин гуфтаҳо ҳар як донишҷӯ имкон дорад, ки роҳҳои ҳалли масъаларо омӯхта, тарзи дигари таҳияи барномаи ҳалли масъалаҳоро азхуд намояд. Барои натиҷагирӣ дилхоҳ масъала бояд аз усули махсус истифода бурд, ки онро сохтори алгоритм меноманд. Бо ин мақсад истифодаи тахтаи электронӣ бисёр қулай аст ва ба донишҷӯ имконият медиҳад, ки бо таври аёнӣ (визуалӣ) раванди таълимиро аз ибтидо то ба интиҳо мушоҳида намуда, онро ба таври пурра омӯзад. Ин тамоюл ҳислати психологӣ-педагогӣ дошта, шавқу рағбати донишдӯзии донишҷӯро нисбати интиҳоби касб ва омӯзиши фанҳои таҳассусӣ ва дигар фанҳоро афзун мегардонад.

Баргаришҳои истифодаи технологияҳои иттилоотиро дар чарағни таълим ва тарбия бо чунин усул амалӣ намудан мумкин аст:

- ташаккул додани муносибати мустақилонаи донишҷӯён дар раванди азхудкунӣ фанҳои таълимӣ;
- пайдо намудани шавқу ҳавас нисбат ба таҳассус ва фанҳои азхуднамуда;
- бо маврид истифода намудан аз ҷадвалҳои сохторҳои гуногундошта (ба моанади ҷадвалҳои тригонометрӣ ва ё логарифмӣ);
- сохтани моделҳои равандҳои кор дар шакли графикӣ барои омӯхтани ҳодисаҳои гуногуни химиявӣ, физикавӣ ва дигар фанҳо дар компютер.

Мушоҳидаҳо ва таҷрибаҳои ҳарруза гувоҳӣ он аст, ки дар муассисаҳои таҳсилоти умумӣ ва олии истифодаи ТИК яке аз сабабҳои баланд гардидани сатҳи сифати таълим шуда метавонад.

Раванди таълим бо истифода аз технологияи муосир алоқаи байнифаниро дар чунин мавридҳо барқарор карда метавонад:

- гузаронидани санҷишҳои фанӣ ва таҳхису озмоишҳо;
- иҷроиши корҳои мустақилонаву эҷодӣ ва ғайраҳо бо ёрии ТИК;
- ҷустуҷӯ ва коркарди маълумот дар ҷаҳорҷубаи маводи омӯхташаванда бо истифодаи шабакаи Интернет;
- дар гузаронидани конференсияҳои илмӣ-амалӣ, презентатсияҳо;
- дар фаъолияти лоиҳавӣ-тадқиқотӣ;
- истифодаи воситаҳо ва технологияҳои мултимедӣ ҳангоми омӯзиши маводи таълимӣ;
- гузаронидани таҷрибаҳои амалию лабораторӣ.

Дар замони ҳозира ташкили шакли таълим бо мақсади истифодаи технология ҳамчун вазифаи намоишгар, сабақткунанда, усули таҷрибагузаронӣ, воситаи ҳалли маҷмӯи мисолу масъалаҳо ва инчунин таҳхизоти санҷиши дониш равона гардидааст [2].

Бояд тазақкур дод, ки истифодаи ҳар як технология ба мо чунин имкониятҳоро фароҳам оварда метавонад:

- баланд бардоштани савияи маданияти таҳассусӣ ва ё ин ки соҳавӣ;

- паст намудани сатҳи душвории раванди санчишҳо ва таҳлилҳо;
- баланд бардоштани савияи дониши технологӣ;
- ба таври пурра татбиқнамоии донишҳои мавҷуда ва мустаҳкамсозии онҳо;
- баланд гардонидани эҳтироми устод дар байни шогирдону ҳамкорон.

Хулоса. Маълум, ки истифодаи самаранок аз техникаи компютер ҳамбастагии ду қисм: қисмати техникӣ ва қисмати таъминоти барномавино талаб мекунад. Ин вобастагӣ мувофиқан ба тақмили босуръати таълимоти техникӣ ва ривочи босуръати таъминоти барномавӣ оварда мерасонад. Сабаби он маълум аст, яъне бе таъминоти барномавии мувофиқ ҳама гуна компютер танҳо як сахтафзори техникӣ аст.

Барнома - ин навишти сохтори масъала дар ягон шакл ва ё забони барномасозӣ мебошад. Барнома – гуфта мо тартиби пайдарпайии нишондодҳоеро меғӯем, ки барои ҳалли ягон масъала бо истифода аз имкониятҳои компютер иҷро мегардад. Ҷараёни тартиб додани барнома барои компютер барномасозӣ ва шахсе, ки барномаро тартиб додааст, барномасоз номида мешавад. Забоне, ки компютер онро мефаҳмад, забони барномасозӣ ном дорад [2].

Сохта тавонистани алгоритми ҳалли масъала ва навиштани барномаи ҳал бо ягон забони барномасозӣ имконият медиҳад, ки донишҷӯёни тахассуси барномасозӣ, қобилияти малакаи худро дар самти касбиашон татбиқ намоянд, ки устод ба онҳо ин роҳро нишон додааст. Омӯзиши асосҳои алгоритмиронӣ, асосҳои барномасозӣ, умуман технологияҳои информатсионӣ раванди азхудкунии фанҳои гуногунро то ҳадди имкон дастрас, фаҳмо ва осон мегардонад [6].

Бо чунин тарзи ташкили шакли таълим мо ба баланд шудани сатҳи сифати таълим замина гузошта дар тайёр намудани мутахассисони оянда ва ба талаботи имрӯза ҷавобгӯӣ саҳми худро мегузорем.

Адабиёт

1. Красильникова В.А. Информационные и коммуникационные технологии в образование -М.: Дом Педагогики, 2006.
2. Шерматов Ш.М. Ҳалли сад масоил аз барномасозӣ. –Хучанд, 2011.
3. Малев В.В., Общая методика преподавания информатики. Воронеж, ВГПУ-2005.
4. Малев А.А., Малев В.В., Практикум по методике преподавания информатики. Воронеж, ВГПУ – 2006.
5. Назаров А.П. Методикаи таълими информатика. Душанбе -2016.
6. Комилов Ф.С., Шарипов Т., Мирзоев С.Х., Қосимов И.Л., Раҳмонов З.Ф. . Технологии иттилоотӣ (синфи 11). Душанбе -2014.

Холов Ф.Н. Азимова М.М. Ҳамроева С.С.

ҶАҲОНИ МУОСИР ВА ОҚИБАТҲОИ БҶҲОНИ МАЪНАВӢ

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тоҷикистон

Яке аз падидаҳои ташвишвар дар рӯзгори маънавии аврепоиёни ғарбӣ ин аст, ки эҳтироми калонсолон, ба истилоҳи ҷомеашиносӣ гусаста шудани пайдаванди наслҳо, пайванди анъанаҳои асрҳо тақомулёфта аз байн меравад.

Дар давраи Шӯравӣ як масъалаи франсузӣ бисёр маъмул буд, ки ин масал чунин аст: Чун ҳамеша падарон ғалат мекунанд, яъне ақида ва ташвиқ ин аст, ки ҳар насл ҳақиқати худро дорад ва ҳақиқатҳо арзишҳое, ки аз падарон ва бобоён ҳастанд, тибқи таъкиди ин масал арзиши худро гум мекунанд, барои ин насл нодаркор мешавад.

Даврони ҷаҳоншавӣ ба зиндагии аврупоиён тағйиротҳои ҷиддии зиёде ворид сохтааст ва имрӯз ҳар як шаҳрванди Аврупо дар бораи ҳастии минбаъдаи худ, оилаи худ, миллати худ дар ташвиш ҳаст.

Ин ташвишҳо дар рӯзгори аврупоиён вазъи муҳоҷирати меҳнатӣ ва демографияи сайёра бештар афзудааст. Азбаски масъалаҳои глобалӣ бо худ як қатор душвориҳои иқтисодӣ ва иҷтимоӣ оварданд, аз ин рӯ аҳолии кишварҳои бенаво ба Аврупо муҳоҷират мекунанд, то ки ҳаёти худро беҳбуд бахшанд.

Муҳоҷирати мусулмонон хатари ҷиддӣ ба Аврупо ва муҳоҷирати мексиконҳо хатаре ба ИМА овардааст.

Калимаи “муҳоҷир” дар Фаронса одатан як синоними Ислом шудааст, ки ҳамчун расизми маданӣ ва этникӣ ба таърихи Фаронса реша давондааст. Дар он ҷо ин ба мисли як масале шудааст, ки халқи Фаронса аз тоза кардани кӯчаҳо он қадар ташвиш намекашад, магар аз тоза кардани маданиятҳо.

Аврупоиён меҳонаҳои аҳолие, ки ба он ҷо ташриф оваранд бояд ҳатман арзишҳои демократия, бозори озод, ҳуқуқи инсон, индивидуализм, ҳукми қонуни ҳуқуқӣ ва забони онҳоро қабул намоянд. Аммо кишварҳои дигари ғайриаврупоӣ бахусус Ислом ба ин назару муносибати дигар дорад. Онҳо қувваи аврупоиён метарсанд ва дар симои Аврупо хатаре барои ҷомеаи худ мушоҳида мекунанд. Онҳо ба маданияту маънавиёти Аврупо аз ҷиҳати материалистӣ ва зидди ахлоқӣ назар мекунанд.

Мусулмонон ба ин андешаи аврупоиён чунин ҷавоб медиҳанд: “Мо мухталиф ҳастем. Мо таърих ва мавқеи мухталиф дорем. Аз ин бармеояд, ки мо ҳуқуқ ба ояндаи мухталиф дорем”. [1]

Аз ин хотир онҳо африқоиҳои сиёҳпӯстро, ки аслан ба забони шевои франсавӣ гап мезананд ба мактабҳои худ роҳ медиҳанд, лекин мусулмондӯхтароне, ки либоси анъанавии исломӣ доранд дар мактабҳои худ роҳ намедиҳанд. Ин яке аз масъалаҳои рӯз дар Аврупо мебошад. Оё Аврупо ва ИМА метавонанд як кӯҳеро дар пеши роҳи муҳоҷират гузоранд?

Олими аврупоӣ Майрон Вайнер чунин андеша мекунад, ки муҳоҷират дар давраи глобализатсия як ҷараёни худинкишофёбанда шудааст. “Агар дар муҳоҷират ягон қонуне вучуд медошт ин ҳам чунин роиҷ

шудааст, ки вазъи муҳоҷират бо суръати баланд афзоиш меёбад, [2] яъне ягона қонун-ин “суръати баланди афзоиши муҳоҷират” мебошад.

Муҳоҷирон барои дӯстону наздикони худ имконият медиҳанд, ки чӣ тавр муҳоҷират бикунанд, чӣ тавр бе мушкилӣ ба ҷои муайян бирасанд ва чӣ тавр ба ҷои қор ва манзил таъмин бишаванд. Хулосаи гуфтаҳои Вайнер – ҷаҳон гирифтори масъалаи глобалии муҳоҷират мегардад.

Муҳоҷирони нав на танҳо аз кишварҳои дигари ғарбӣ, балки бисёртараш туркҳо, арабҳо, мусулмонҳо, аҳоли аз Осиё, америкаи Лотинӣ ва ғайраҳо мебошанд. Дар ҳуди як Фаронса 4 млн. мусулмонон муҳоҷират карданд, аммо дар тамоми Аврупо ин нишондод ба 13 млн. мерасад.

Ин аҳволи муҳоҷират дар замони муосир ба чӣ оварда расонд. Аврупоиён имрӯз аз он метарсанд, ки: “ба онҳо на иқтисодӣ ҳарбӣ ҳуҷум кардааст, балки ҳуҷуми муҳоҷирон, ки ба забонҳои дигар гап мезананд, ба ҳуҷуми дигар эътиқод мекунанд, ба маданиятҳои дигар таалуқ доранд ва васвасае пайдо мешавад, ки онҳо аз дасти аврупоиён ҷои қори онҳоро мегиранд, заминҳои онҳоро ба даст меоранд, ҳамаи он пуле, ки барои рӯзгори онҳо ғун мешавад, меҳуранд ва ба тарзи ҳаёти онҳо боз хатаре мебиёранд...” [3]

Ин васваса дар дили аврупоиён реша медавонад ва аз ин муҳолифатҳои бузург пайдо мешавад.

Имрӯз мо шоҳиди он гаштем, ки чӣ хел раванди ҷаҳонишавӣ ба тамоми сайёра таъсири худро расонидааст, ки боиси сар задани бузургтарин бўрон- бўҳрони маънавӣ гаштааст.

Дар ҷаҳони муосир тамаддунҳо, маданиятҳо, миллатҳо, халқиятҳо, ҷомеаҳо, ҳатто афкори инсонӣ гирифтори бўҳрони маънавият.

Вазъи демографӣ нишон дод, ки Аврупо бештар ба бўрони маънавӣ рӯ ба рӯ аст. Дар Аврупо аҳолии таҳқоӣ сол то сол кам мешавад, чунки аз сабаби пир шудани психологияи инсонҳо, психологияи миллӣ, танзими оила аз байн рафтааст. Инсонҳо аз ҳад бой шуда, дигар фикри насли худ, мероси худ ва миллати худро намекунанд. Онҳо фақат фикру андешаи як “Ман”-и худро дар ҳамбастагӣ бо тамоми хоҳишҳои моддӣ ва маънавӣ фикр мекунанд, ва фарзанд ба дунё намеоранд. “Модар фақат андешаи зебогии худро дорад. Падар ҳатто дар ин бора андешаи солим намекунад, ки фардо аз вай чӣ боқӣ мемонад, то ки ҳастии ӯ, миллати ӯ нест нашавад”. Аз ин рӯ муҳоҷироне, ки ба ин кишвар муҳоҷират мекунанд, оилаҳои қалон бунёд мекунанд. Ҳатто 7-8 фарзанд ба дунё меоранд, ки ин боиси аз байнравии оилаи “Аврупо ва ассимилятсияи байниҳамдигарии халқиятҳо ва миллатҳо” мегардад. Оила нишонаҳои худро гум мекунад. Он танзим ва он ахлоқе, ки барои мавҷуд будани оила зарур аст аз байн меравад.

Рӯйхати адабиёт

1. А.О. Чубарян. Цивилизации.-М., 2011.
2. Бобоҷон Ғафуров. Тоҷикон.-Душанбе, 2015.
3. Бобоқулов И., Дилоев Н.-Фарҳангшиносӣ.-Душанбе, 2012с.
4. Глобальные эволюционализм. Под. Ред. Э.А. Позднякова.-М., 1013г.
5. Гулмаҳмад Зокиров.Сиёсатшиносӣ.-Душанбе, 2014с.
6. Гуманистический Манифест 1//Здравый смысл, №2016.-с.23-25.
7. Гуманистический Манифест 1//Здравый смысл, №3.2011.-с.25-35.
8. Гизатуллин Х.Н., Троицкий В.А. Концепция устойчивого развития: новая социально-экономическая парадигма//Обществ наука и современность.-2013. №5.
9. Глобальные проблемы и цивилизационный сдвиг: //Сб.обзоров/ Отв. ред. В.Е. Ермолаева.-М., 2013г.
10. Глобальные проблемы и перспективы цивилизации. Философия отношений с природной средой: //Сб.// Отв.ред.А.В.Сагадеев.-М., 2011г.

Холов Ф.Н

СОЦИАЛЬНО _ФИЛОСОФСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГОРОДСКИХ РИНКОВ

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан

Одним из достопримечательностей восточных городов является городские рынки. Еще в период средневековья, торгово-экономические отношения имели важное значение в образе жизни народов Востока. Институты торговли и обмена (менял, саррофы) развивались на Востоке даже несмотря на многолетние войны и стали первоисточниками организации современных традиций рыночной экономики.[5] Удивительным фактом философии торговли является то, что пока правители планировали завоевание новых земель, купцы уже торговали с этими народами. Поэтому в средние века купцы были в авангарде внешней политики своих стран и выполняли не только роль купцов, но они также выполняли функции послов, лазутчиков, миротворцев, посредников и другие функции помогающие наладить отношения между враждующими сторонами. [4]

Известный исследователь торговли и маркетинга Коносуке Мацусита, который искал ответ на многочисленные вопросы, относительно роли торговли, её истории, настоящего и будущего, отметил важность философского взгляда на проблемы торговли. [1] В этом плане сторонники философии торговли данной школы относились к торговле как к духовному восприятию окружающего мира. [3]

Сегодня для каждого гостя Средней Азии и особенно Таджикистана посещение рынка является частью знакомства с колоритом города. Но еще большее значение рынки имеют для сохранения социального и культурного баланса в обществе, поскольку рынки и «базарча» являются социально-культурными объектами. Во-первых люди идут на рынок не только за покупками, а для того чтобы общаться с продавцами и покупателями, узнать новости – то есть людям нужно общение. В свою очередь общение помогает людям снять стресс и в этом плане рынок является идеальным местом. Человек может на рынке встретить, жителя города, приезжего из деревни, иностранца, старого знакомого,

безработного, учителя и людей разных профессий и социального положения. Много информации человек приобретает от простого торга с продавцом. Например, в ходе торга он узнает откуда привозится тот или иной товар, какие расходы бывают у продавцов, платят ли они налоги и т.д. Таким образом, человек получает различную информацию, которая обогащает его знания в различных областях общественной жизни. При этом эти разговоры с незнакомцами не требуют официального знакомства, но доставляют много приятных минут для собеседников. Поэтому важной функцией рынка является функция предоставления площадки для общения.

Во-вторых, социальный анализ городских рынков показывает их функцию регулирования поведения и этикета граждан. Рыночное поведение это особый образ поведения, в котором участвуют продавцы и покупатели. Культура поведения на рынке имеет тысячелетнюю историю и она хранится и передается от поколения к поколению как форма национального этикета. Взаимное уважение составляет основу рыночного этикета. Не все народы обладают даром торговаться, поскольку данная форма общения не входит в компонент их национальной культуры, но народам Средней Азии этот дар присвоено их национальным образом жизни. Поэтому есть большая социальная разница между тем что вы совершаете покупки из супермаркета или из рынка. В супермаркете у вас нет общения, и вы находитесь в рамках поставленных супермаркетом условий. Вы не можете ни с кем общаться, потому что вы задерживаете работника, не можете торговаться, потому что цены твердые и т.д. В этом плане рынок предоставляет большую свободу для общения.

В третьих, рынок имеет социально-экономическую функцию. Рынок предоставляет много рабочих мест и это рабочие места для особо уязвимых слоёв населения. Здесь работают носильщики, аробекеши, грузчики, зазывалы, продавцы, дехкане, мелкие производители и люди разных профессий, которые находят здесь своё занятие и пропитание. На рынке люди получают первые навыки для организации собственного дела, учатся правилам ведения бизнеса и обучаются у более успешных продавцов. Рынок также способствует снижению цен и не допускает монополию крупных ритейлеров на продажу товаров.

Опыт развитых стран показывает, что развитие крупной экономики вполне совместимо с развитием мелкотопого рынка. Так, например, в европейских городах свободно функционируют маленькие рынки в микрорайонах, в которых совершают покупки даже состоятельные жители этих городов. В США наряду с рынками развиваются такие формы торговли как гаражные продажи, свободные аукционы, вещевые рынки и другие формы продаж имеющих социальное значение.

Поэтому в больших и малых городах республики при создании государственной социальной политики и создание городской архитектуры важно учитывать социальное значение рынков. Задача состоит в том, чтобы сохранить рынки как достопримечательность, дань традиции, рабочее место и площадку для общения между гражданами.

В 2018 году сотрудники ГУ «НИИ труда миграции и занятости населения» в сотрудничестве с ОО «Центр инновационного развития» при технической поддержке Института «Открытое Общество» - Фонд Содействия в Таджикистане провели исследование с возвратившимися трудовыми мигрантами. Исследование охватило 1352 человек из всех регионов республики. В частности, из Душанбе - 300 чел., РРП - 300 чел., Согдийской обл. - 300 чел., Хатлонской обл. - 300 чел., ГБАО - 152 чел. Из числа опрошенных большую часть возвратившихся из трудовой миграции составляют мужчины - 83%, а женщины - 17%. Исследование показало, что из числа искавших 58% опрошенных нашли работу. Наиболее удачливыми оказались мигранты из Согдийской обл. - 60%. Не удалось найти работу 80% возвратившихся мигрантов из ГБАО. [2,152] Этот фактор говорит о том, что регион с более развитыми рыночными отношениями обладает большими возможностями для трудоустройства граждан. Так например в Ленинабадской области процесс производства товара и его внедрение на рынок составляет образ жизни населения. Здесь издавна люди передавали из поколение в поколение занятия и традиции рыночных отношений, что позволяет каждому жителю региона легко внедриться в эти отношения. 5 февраля 2015 года Правительство Республики Таджикистана приняло постановление «О плане мероприятий по предотвращению воздействия возможных рисков на национальную экономику». В данном плане мероприятий предусматриваются вопросы о принятии мер по трудоустройству возвратившихся из-за рубежа трудящихся мигрантов, обеспечение их социальной защиты, обучению нужным профессиям и сертификации профессиональных навыков, совершенствование законодательства по урегулированию трудовой миграции граждан Республики Таджикистан и т. д. [2]

Таким образом, исследование вопроса философии торговли показывает что разработка стратегии этой отрасли не должна строится на основе зарубежных аналогов, поскольку народы Востока имеют свои традиции торговли основу которого составляет восточный базар. Это не только место работы, но оно также является центром жизни народа, куда стекаются товар и информация, необходимое для общества. Поэтому сохранение этого института является частью бережного отношения к традициям и обычаям народа.

Литература

1. Коносуке Мацусита, Философия менеджмента.- М., 2023.- [www.http//Тот самый магазин](http://Тот самый магазин), Режим доступа: 30 сентября 2023 года
2. Махмадбекзода М.Ш. Иматшозода А. Занятость возвратившихся мигрантов: проблемы и пути их решения// Известия института философии, политологии и права Баховаддинова Национальной академии наук Таджикистана № 4 Душанбе – 2020.- С.152-158
3. Общая философия бизнеса.- 1 октября 2021 года Юки Кусуми, CEO, Panasonic Group[www.http//Тот самый магазин](http://Тот самый магазин), Режим доступа: 30 сентября 2023 года
4. Погребинская В. А. Социально-экономическое развитие города в Средние века.- М.: Экономический факультет МГУ имени М. В. Ломоносова, 2021. — 72 с.
5. Саидасанов Ю. Становление банковского дела на Востоке а Западе в период средневековья, Вестник филиала МГУ имени Ломоносова.- том 2 №1 (30).- 2023 год.- С.57-61

Холов Ф.Н

ТАҲЛИЛИ ФАЛСАФИИ ТИҶОРАТИ ДАВЛАТҶОИ ШАРҚ ДАР ДАВРАИ АСРҶОИ МИЁНА.

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Иқтисодиёти ҷамъиятҳои асримиёнагӣ дар рушди худ асосан ба муносибатҳои тиҷоратии байни мардум асос ёфта буд ва аз ин рӯ, касби тоҷирон яке аз касбҳои шарафманди он замон ба ҳисоб мерафт. Ад-Димишқӣ дар рисолаи худ «Китоби нишондодҳо оид ба савдои дуруст» менависад: «Агар бодикқат назар кунед, боварӣ ҳосил мекунед, ки дар ин ҷаҳон тиҷорат беҳтарин ва саодатбахштарини ҳамаи роҳҳои рӯзгор аст. Ба тоҷир неъмат дода мешавад, ӯ хислатҳои аъло дорад ва яке аз фазилатҳои хоса он аст, ки либоси оддӣ барои доштани ҳазорон нафар монета намешавад». [2] Тоҷирон аввалин шуда дар бораи баровардани моли нав, дар бораи вазъи сиёсӣ, инчунин аз дастовардҳои муваффақиятҳои ҷомеаҳои гуногун хабардор мешуданд, зеро танҳо тоҷирон метавонистанд аз сарҳади давлатҳо гузаранд, ҳатто агар онҳо бар зидди ҳамдигар ҷанг кунанд. Дар давраи асрҳои миёна, тиҷорат омилҳои асосии рушди тамаддун буд, зеро он барои муоширати байни мардум шароити фароҳам меовард ва барои кушодани роҳи бозорҳои нав дар саросари ҷаҳон мусоидат намуд.

Таърихи рабобити тиҷоратии байни Ғарб ва Шарқ аз давраи империяи Рум, ки тоҷирони Рум ба сарзамини Порт ва Искандария сафар мекарданд, сарчашма мегирад. Дар асрҳои миёна арабҳо дар заминҳои хилофати Кордова дар нимҷазираи Апеннин ва дар Сицилия шаҳракҳои тиҷоратии худро кушоданд. [4]

Муносибатҳои тиҷоратӣ, пеш аз ҳама, фазои сулҳи пойдорро тақозо мекард, зеро дар шароити ҷангҳо қорвоҳои тиҷоратӣ бештар ғорат мешуданд.

Шоир ва мутафаккири тоҷик Носири Хусрав тиҷорати давраи асрҳои миёнаро дар мисоли Миср чунин тавсиф кардааст: «Дар он ҷо барои салла, куртаҳои занона ва мардона матоҳои ранга бо номи «касаб» мебофтанд. Шундаам, ки ҳокими Форс ба Тиннис 20 000 динар фиристодааст, то аз ин мато либос бихарад. Фиристодагон чанд сол дар он ҷо буданд, аммо навбати онҳо фаро нарасид». [1] Шаҳрҳои Осиёи Миёна — Самарқанди Бухоро низ бо маснуоти бофтаи худ машҳур буданд. Дар замони Сомониён, дар ҳудуди байни арк ва шаҳристон (дар Бухоро) устохонаҳои бофандагӣ, касбӣ фаъолият мекарданд, ки дар онҳо қолин, парда, болишт, ҷойнамоз медухтанд. Муҳаммад Наршахӣ дар китоби «Таърихи Бухоро навиштааст, ки дар асри X ин матоҳо ҷунон қимати баланд доштанд, ки барои як парда тамоми андози замини Бухоро додан мумкин буд. Ӯ қайд мекунад, ки дар ягон шаҳри Хуросон ин қадар хуб бофтани матоҳо намедонистанд. Подшоҳ, амир, раис, амалдоре набуд, ки аз ин мато либос напӯшад. Аз Бухоро, ба қавли Макдисӣ, мато, қолинҳо, матоҳо барои фарши меҳмонхонаҳо, ҷароғҳои мисӣ, матоҳои абрешим, пашми ғусфанд, рағван содир мекарданд.

Шаҳрҳои асосии тиҷоратии Осиёи Миёна Хоразм, Бухоро, Самарқанд буданд, ки барои интиқоли молҳо ба сифати нуқтаи транзитии байни Чин ва Аврупо хизмат мекарданд. Чунин марказҳо дар тамоми тули «Роҳи абрешим» воқеъ гардида, дар ҳамаи ин шаҳрҳо барои тоҷирон анборҳо, қорвосарой, меҳмонхонаҳо ва бозорҳои яклухт сохта мешуданд. Ҷуғрофи асри XII Ёқут дар бораи яке аз тоҷирони он давра менависад, ки вай як анбори азим дар Хоразм, дигаре дар шаҳри Булғор (наздиқтар аз Қазони ҳозира), ва сеюм дар Гуҷароти Ҳиндустон дошт. [5] Дар бозорҳои Шарқ метавон бо тоҷирони кишварҳои гуногун, ки таҳти ҳимояи подшоҳон буданд, вохӯрд. Дар рӯзи омадани қорво тоҷирон аз рӯи анбана ба ҳокими кишвар молҳои гаронбаҳо пешкаш мекарданд ва ҳокимон дар навбати худ ба тоҷирон бехатариро қафолат медоданд.

Дар савдои дохилии ҷамъияти он давра ҷои асосиро бо озуқа таъмин намудани шаҳрҳо ишғол мекард. Асоси ғизоро гандум ва ғалладонагӣҳо ташкил медоданд, ки навъи онҳо аз ҳокҳои минтақаи мушаххас вобастагӣ дошт. Марказҳои савдо пеш аз ҳама ҳуди шаҳрҳо буданд ва дар майдони бозори шаҳри асримиёнагӣ савдои маҳсулоти кишоварзӣ ва ҳунарҳои мардумӣ вучуд дошт. Дар маҷмӯъ тоҷирон мувозинати адолатро дар савдо нигоҳ медоштанд, то имкони бо муносибати беадолатона нисбат ба харидорон ва ҳокимон роҳи бозорҳои яшноро маҳдуд накунанд.

Яке аз дастовардҳои тиҷорати савдои Шарқи Ғарби ин давра бунёди низоми ҳисоббаробаркуниҳои ғайринақдӣ ва таъсиси муассисаи саррофиҳо мебошад. Дар асрҳои миёна ба як нафар интиқол додани маблағҳои қалон бехатар набуд, бинобар ин барои аз як шаҳр ба шаҳри дигар интиқол додани маблағ ба кӯмаки сарроф муроҷиат мекарданд, ки ба ҳамкасби худ дар дигар шаҳр тамоси хуб дошт. Барои қулай интиқоли маблағ, дар шаҳрҳои бузурги Шарқ мағозаҳо барои интиқоли пул аз як шаҳр ба шаҳри дигар ташкил карда шуданд ва ин қорро асосан саррофони яҳудӣ анҷом медоданд. Арабҳо забонхатҳоро «сакк», «уфтача» ё «ҳавола» меномиданд - ин як навъ мактуби тиҷоратӣ бо хоҳиши додани як миқдор маблағ ба дорандаи он буд. [2]

Чунин амали интиқоли пулро дар бозори Басра Носири Хосров, ки дар охири соли 1051 - ибтидои соли 1052 ба он ҷо сафар кард, чунин тасвир намуд: «Дар он ҷо чунин савдо мекунанд: агар касе чизе дошта бошад, ин маҳсулотро ба сарроф медиҳад ва аз у забонхат мегирад. Баъд ҳама чизи заруриро меҳарад ва ба ҷои пул додан ба ҳамон сарроф забонхат медиҳад. Дар тамоми вақти дар шаҳр буданаш савдогар аз забонхатҳо бо саррофони пурра истифода мебарад. [1]

Бо назардошти он, ки Носир Хосров ин гуна амалро бо шаҳрҳои Осиёи Миёна қиёс намекунад ва ин навъи тиҷорат ӯро ба ҳайрат меорад, метавон хулоса кард, ки ӯ дар шаҳрҳои Осиёи Миёна ва Хуросон ба ин таҷриба дучор наомадааст. Ҳамин тавр чи дар Шарқ ва чи дар Ғарб миёнаравоне буданд, ки ба тоҷирон кумак мерасониданд. Чунин ташкили хизматрасонӣ барои он тоҷирон, ки аз кишварҳои дур омада, ба забони аҳолии маҳаллӣ гап намезаданд, хеле қулай буд. [3]

Ҳамин тавр, тавассути тиҷорат, ҷомеаи Шарқ пешрафт намуд, ва зиндагии мардумон ру ба беҳбудӣ

ниҳод. Аммо бо кашфиётҳои ҷуғрофӣ ва рушди баҳрнавардӣ, маллоҳони Ғарб барои рушди тичорат роҳҳои нав кушода, системаи тичорати ҷаҳониرو ба дасти худ гирифтанд, ки ин ба тоҷирони Шарқ зарари ҷиддӣ расонид. Дар асоси ин гуфтаҳо метавон хулоса кард, ки дар давраи охири асрҳои миёна давраи таназзули тичорати Шарқ буд ва маркази истеҳсолот ба Ғарб гузашт. Дар натиҷаи ҷангҳои пай дар пай, неруҳои пешбари тамаддун дар Шарқ коста шуданд ва қабилаҳои бодиянишин шаҳрҳои азимро ғорат карда тараққиёти онҳоро ба садсолаҳо ақиб партофтанд, ки ин ба соҳаи тичорат таъсири манфӣ расонид. Агар дар Шарқ иртиботи байни мардум ва назорат бар роҳҳои асосӣ ва марказҳои савдо дар дасти ҳокимони маҳаллӣ боқӣ монда бошад, дар системаи ҷаҳо дар дасти ҳокимони маҳаллӣ боқӣ монда бошад, дар системаи ҷаҳонӣ ва роҳҳои баҳрӣ давлатҳои Ғарб ҳукмронӣ мутлақ буданд ва ин барои рушди тичорати онҳо кумаки калон расонид. Дар навбати худ, кушодани роҳҳои баҳрӣ ва дастрас шудани ашёи хом барои инкишофи мануфактура ва саноати ин давлатҳо мусоидат намуд. Маҳз дарп ҳамин давра мафҳуми «бозори ҷаҳонӣ» руи кор омад ва назорати он маънои назорати ҷаҳонро дошт.

Адабиёт

1. Носири Хусрав, Сафарнома.- www.littr.en / Ҳолати дастрасӣ: 30 декабри соли 2022
2. Очеркҳои таърихи маданияти араб (асрҳои V—XV). 0-95 М., Сарредаксияи адабиёти шарқи нашриёти «Наука», 1982. С.210
3. Саидасанов Ю. Первые признаки глобальной торговли между Западом и Востоком в период 10-15 вв.- Конференсия байналмилалӣ бахшида ба 30 солагии Иҷлосияи 16 Шурои Олии ҚТ – 15 ноябри соли 2022.- С.414-416
4. Саидасанов Ю., Развитие торговых отношений в период с X-XV вв. // 70-я Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием / Современная медицина: традиции и инновации.- Душанбе, 25 ноября 2022 года.-С.14-15
5. Фрай Ричард Нелсон, Бухоро дар асрҳои миёна. Дар ҷорроҳан суннатҳои форсӣ ва фарҳанги исломӣ.- © Тарҷума, ҚСП «Центрполиграф», 2016.- ҚСП «Центрполиграф», 2016

Холов Ф.Ш., Солехзод Б.А. Каримов Ҳ.С АРЗИШИ ҒИЗОИИ МЕВА ВА САБЗАВОТ БА ҲАЁТГУЗАРОНИИ ОРГАНИЗМ кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика

Мевачот ва сабзавот барои организми инсон дорои аҳамияти калон мебошанд. Онҳо дорои хусусияти ғизой, лаззатӣ ва баъзеашон табобатӣ мебошанд.

Инсон бе ғизое, ки барои организми ӯ, ҳамчун масолеҳи сохтмонӣ, барои пурра намудани энергияе, ки онро дар раванди ҳаётгузаронии доимӣ ва бетанаффус харҷ менамояд, зарур мебошад, вучуд дошта наметавонад. Ҳамарӯза мо ғизоро аз маҳсулотҳои гуногуни растаниҳои табиат ва ҷорво истифода менамоем. Аммо ба гуногунии ғизо нигоҳ накарда, ҳамаи маҳсулоти ғизой чӣ дорои растаниҳои табиат ва чӣ маҳсулоти ҷорво аз гурӯҳҳои моддаҳои ғизоии барои организми инсон муҳим: сафеда, карбогидрад, ҷарбу, инчунин витаминҳо ва моддаҳои минералӣ таркиб ёфтаанд. Ба ғайр аз ин ба таркиби маҳсулоти ғизой одатан пайвастагҳои: хушбӯйкунанда, рангдиҳанда, даббӯй, пектинӣ ва ғайра дохил мешаванд.

Вазифаи муҳими соҳаи агросаноатӣ, ин васеъгардонии ҳудуди мавсими истеъмоли мевачот ва сабзавот дар тамоми сол аст. Яъне натавон дар мавсими, ки маҳсулот пухта мерасад ва захира карда мешавад, балки дар давраҳои зимистону баҳор, яъне дар ҷор фасли сол бо маҳсулот таъмин намудани аҳоли ба шумор меравад. Истеъмоли доимии меваю сабзавот дар давоми сол барои саломатии инсон таъсир мерасонад.

Дар иҷрои ин вазифа нақши муҳимро дуруст ташкил намудани истеҳсоли маҳсулотҳои ғизой дар мадди назар қарор дода мешавад. Ба ғайр аз ин ташкили дурусти нигоҳдорӣ ва коркарди маҳсулоти ғизой дорои аҳамияти калони иқтисодӣ мебошад.

Хусусияти асосии мевачот ва сабзавот ин серобии таркиби онҳо ба шумор меравад. Дар таркиби онҳо ба ҳисоби миёна 80...90%, дар зироатҳои дар гармхонаҳо парваришёфта бошад аз он ҳам зиёд 95...97 % об мавҷуд мебошад. Вобаста ба ин мевачот ва сабзавот шиддатнокии баланди реаксияҳои ферментӣ ва инчунин равандҳои ҳаётгузаронӣ хос мебошанд. Ҳангоми кашонидан ва нигоҳдорӣ бисёр моддаҳои пластикӣ ба нафаскашӣ сарф шуда, аз таркиби мевачот ва сабзавот намай бухор мегардад ва дар натиҷа вазни онҳо кам гардида, сифаташон паст мешавад. Ба ғайр аз ин меваю сабзавот ва буттамевагӣҳо нисбати таъсиррасонии механикӣ ва осебёбӣ аз касалиҳои дорои устуворнокии кам мебошанд. Ҳамаи ин технологияи махсуси парвариш, кашонидан ва нигоҳдории мевачот ва сабзавотро тақозо менамояд.

Микдори моддаҳои хушк дар таркиби мевачот ва сабзавот ба ҳисоби миёна ба 10...20% мерасанд, ки аз онҳо микдори кам ба моддаҳои ҳалнашаванда (2...5%) ва қисми бештар (5...18%) ба моддаҳои дар шираи хуҷайра ҳалшуда рост меоянд. Ба моддаҳои хушкӣ ҳалнашаванда – клетчатка, полуклетчатка, протопектин ва инчунин баъзе моддаҳои нитрогенӣ, пигментҳо ва витаминҳои ҷарбуҳалкунанда, мум ва оҳар мансуб мебошанд.

Моддаҳои ҳалшавандаро бошанд – қандҳо, туршиҳо, моддаҳои нитрогенӣ, моддаҳои дорои табиати фенолӣ, пектини ҳалшаванда, гликозидҳо, витаминҳои дар об ҳалшаванда ва моддаҳои минералӣ ташкил медиҳанд.

Ҳамаи моддаҳои ба таркиби мевачот ва сабзавот шомил буда, барои ғизо зарур мебошанд. Карбогидратҳо асосан аризии энергетикӣ маҳсулотро тасниф медиҳанд.

Аризии энергетикӣ аз моддаҳои ғизой ҷудо намудани энергияро дар раванди оксидшавӣ дар организм мегузаранд.

Дар 100 г сабзавот 25...40 ккал ва дар 100 г мевачот 50...70 ккал (1 ккал = 4,19 кҶоул) мавҷудаст.

Таркиби химиявии мевачот ва сабзавот

ОБ	МОДДАҲОИ ХУШК
80-90 %	10-20 %

ҲАЛШАВАНДА	ҲАЛНАШАВАНДА
5-18%	2-5 %
Пайвастиҳои азотӣ	Селлюлоза
Қандҳо	Геммиселлюлоза
Туршиҳо	Пропектин
Пектинҳо	Оҳар
Пайвастиҳои фенолӣ	Пигментҳо
Гликозидҳо	Витаминҳо
Витаминҳо	Равғанҳои эфирӣ
Намакҳои минералӣ	Воск ва чарбу

Лаззати маҳсулот аз таносуби қандҳо ва туршиҳо вобастагӣ дорад. Мавриди туршонидан, дар намак хобонидан очоронидан ва инчунин тайёр намудани шароб қандҳо ҳамчун масолеҳи энергетикӣ хизмат менамоянд. Баъзан миқдори моддаҳои ҷудогона хусусияти махсус ва арзиши парҳезии меваҷот ва сабзавотро асоснок менамоянд.

Мисол, ба миқдори баланди моддаҳои пектинӣ сахткунандаҳо (қиёмкунандаҳо) асоснок карда мешаванд, ки мавриди тайёр намудани ҷем, повидло, мармелад, полуда ва дигар маҳсулотҳои истифода бурда мешаванд.

Таъми тунди меваҷот ба миқдори моддаҳои даббоғии таркиби онҳо асоснок карда мешавад, ки дар натиҷаи оксидшавии ин моддаҳо мумкин аст, ки ранги маҳсулотҳои нигоҳдошташаванда ва ё ин, ки консервашаванда тағйир ёбад (бештар тира гардад) ва ба миқдори онҳо шаффофкорӣ афшӯра ва шаробҳо вобастагӣ дорад. Ранги меваҷоту сабзавот аз таркиб ва таносуби антоцианҳо ва пигментҳои чарбухалкунанда вобаста мебошад.

Меваҷот ва сабзавот сарчашмаи асосии таъминкунандаи организм бо витаминҳо, махсусан витаминҳои С, Р, туршии фолиевӣ, А ва Е ба шумор мераванд.

Бештари меваҷот ва сабзавотдори хусусияти парҳезӣ ва табобатӣ мебошанд. Мисол, таъсири ҳароратпаस्तкунанда ба патогении тамашк бо миқдори туршии салитсӣ маънидод карда мешавад. Дар тибби халқӣ тамашкро ҳангоми бемориҳои шамолхӯрӣ истифода мебаранд. Шоҳтути заминӣ мавриди камхунӣ муфид мебошад, чунки дар таркиби он дар шакли азхудшаванда оҳан ва туршии фолиевӣ мавҷуд аст, ки ба тавлидшавии хун таъсири мусбӣ мерасонад. Дар таркиби намудҳои гуногуни қарам витамини U мавҷуд аст, ки ба шифоёбии захми меъда мусоидат менамояд.

Новобаста ба он ки клетчатка аз ҷониби меъдаи инсон ҳазм карда намешавад, вучуд доштани он дар таркиби меваҷоту сабзавот боиси мӯътадилии кори рӯда ва беҳтар аз худ намудани ғизо мегардад.

Ғизо ин ҷамъи моддаҳои мебошад, ки инсон барои барқарор намудани энергияи сарфшуда ва барои сохтан ва таъмини организм бо моддаҳои зарурӣ аз муҳити атроф мегирад.

Меваҷоту сабзавот қисми ҳатмӣ ва зарурии ғизо ба шумор рафта, дар Ҷумҳурии мо барои як нафар дар давоми як сол дар вобастагӣ аз синну сол ва намуди фаъолият истеъмоли нақтар аз 110 кг картошка, 122 кг сабзавот, 31 кг зироатҳои ползӣ ва 106 кг меваҷот ва буттамеваҳои тавсия карда мешавад.

Таносуби беҳтарин бо % нисбат ба талаботи умумӣ дар байни зироатҳои сабзавотӣ дар таркиби ғизо бояд, ки чунин бошад: каллақарами сафед - 22; боимҷон ва тарракҳо - 2; гулкарам - 4; шалғам - 3; дигар намудҳои қарам - 3; нахӯди сабз ва сабзавотӣ - 3; помидорҳо - 18; испаноқ ва шилха - 2; сабзӣ - 16; қоҳу - 3; бодирингҳо - 8; шалғамча ва турб - 1; лаблабуи ошӣ - 5; сабзавоти тунду тез - 2; Пиёз - 6; дигар сабзавот 2% -ро ташкил медиҳанд.

Барои зироатҳои ползӣ риояи таносуби зерин бо % аз меъёри умумӣ тавсия карда мешавад: тарбуз - 50; харбуза - 25; каду - 25 % -ро ташкил медиҳад.

Мутаносибати меваҷот ва буттамеваҳо нисбат ба меъёри умумӣ дар таркиби ғизо бо % бояд, ки чунин бошад:

Себ - 35,5; тамашк - 4; Нок - 4; шоҳтути заминӣ - 4; олуболу - 5; қот -(асосан қоти сиёҳ) - 6; олу - 5; бектошӣ - 2; зардолу - 1; буттамеваҳои ёбӣ 7; дигар донакдорон буттамеваҳо - 5; ангур - 8; чормағз - 3; меваҷоти ситрусӣ - 10-ро ташкил медиҳад.

Ҳамин тавр мева ва сабзавот манбаи асосии ғизо барои организми зинда ба шумор рафта энергия мебахшад. Ҳамчунин қайд кардан зарур аст, ки барои ҳар як организми зинда меъёрҳои истифодабарии ғизо муқарр карда шудааст.

Маълум мегардад, ки инсон барои барқарор намудани энергияи сарфшуда ва барои сохтан, ҳамчунин таъмини организм бо моддаҳои зарурӣ аз муҳити атроф мегирад. Ҳамин тавр таъмин намудани организм бо моддаҳои ғизоӣ аз арзишӣ ғизонокӣ меваю сабзавот вобастагӣ дошта барои ҳаётгузарони организм нақши муҳим мебозад.

Холова Б., Раҳмоналиев О.Б., Нуриддинова М.

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРУЦЕЛЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Актуальность. Бруцеллез - зоонозное инфекционно-аллергическое заболевание, поражающее животных и человека, приносящее значительный экономический и социальный ущерб с высоким уровнем инвалидизации в результате тяжелого поражения опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма. Заболевание прежде всего животноводов, работников предприятий по переработке животноводческого сырья, которые имеют контакт с больными животными и другими источниками заражения бруцеллезом [1, 2].

Среди стран, где в совокупности ежегодно регистрируется до 500 тыс. впервые выявленных случаев бруцеллеза, Республика Таджикистан по частоте и уровню заболеваемости занимает лидирующую позицию [3]. Значительное обострение ситуации по бруцеллезу в Таджикистане, также как и в других странах постсоветского пространства, произошло в начале 90-х годов прошлого века.

Вследствие резкого слома политической и социально-экономической системы, оттока основного поголовья сельскохозяйственных животных из коллективных в мелкие индивидуальные хозяйства, а также неадекватно проводимых профилактических, противоэпизоотических и противоэпидемических мероприятий бруцеллез приобрел характер эпидемического распространения [4].

Действие социальных факторов риска, таких как активная миграция населения, ввоз и передвижение животных из неблагополучных по бруцеллезу регионов, в основном из сопредельных государств и др., еще больше осложнило ситуацию по бруцеллезу в Таджикистане, определило ее современные особенности [5].

Цель исследования. Изучить особенности территориального распространения заболеваемости бруцеллезом по регионам Республики Таджикистан за 2022 год.

Материал и методы. Были использованы статистические данные, полученные из отчетов республиканских учреждений «Министерства здравоохранения РТ» и Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора за период 2022 год. Все показатели даны в размерности на 100 тыс. населения. Оценка статистической значимости различий проводилась при помощи критерия Стьюдента. Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результат и обсуждения. В Республике Таджикистан за 2022 год было зарегистрировано 495 случаев заболевания бруцеллезом (5,0 95% ДИ [4,60-5,40]).

За изученный год в Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) заболеваемость бруцеллезом составила 73,0 95% ДИ [62,0-84,0]. В городе Душанбе – 1,4 95% ДИ [0,7-2,1]. В Районах республиканского подчинения (РРП), непосредственно прилегающих к городу Душанбе, отмечались 4,4 95% ДИ [3,5-5,3]. В Хатлонской и Согдийской областях показатели заболеваемости составили 16,7 95% ДИ [12,4-21,0] и в 3,3 95% ДИ [2,6 – 3,9] соответственно.

По критерию Стьюдента нами было определено, что за 2022 год заболеваемость бруцеллезом в ГБАО и Хатлонской области были достоверно выше, чем в среднем по республике ($t=20,3$ и $t=5,29$ соответственно; $p \leq 0,05$) [подробнее на таблице 1].

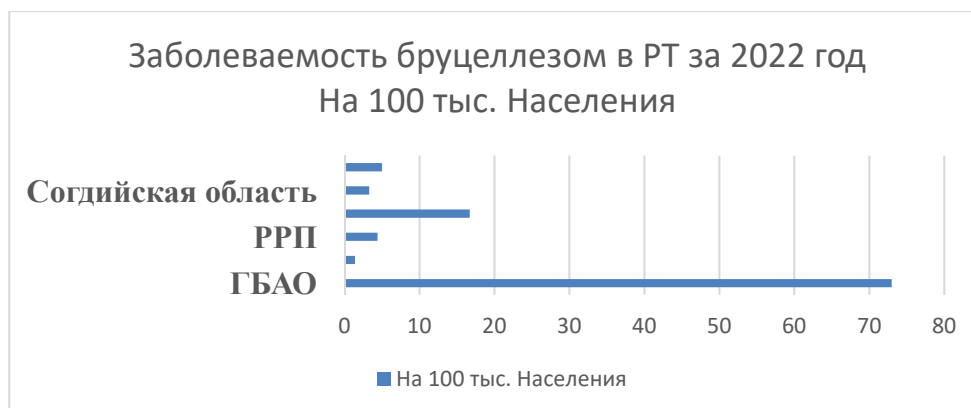
Причинами этого могут быть, социально-экономические условия жизни населения, недостаточное активное и своевременное выявление случаев заболевания, медицинское грамотность и культурность населения, доступность к медицинским услугам, а также не исключено завозные случаи.

Таблица.1

Регионы	На 100 тыс. Населения	m	$m*1,96$	НДГ	ВДГ
ГБАО	73,0	5,6	11,04	62,00	84,00
Душанбе	1,4	0,3	0,67	0,70	2,10
РРП	4,4	0,5	0,89	3,50	5,30
Хатлонская область	16,7	2,2	4,26	12,40	21,00
Согдийская область	3,3	0,3	0,67	2,60	3,90
Всего по республике	5,0	0,2	0,44	4,60	5,40

где, m-стандартная ошибка, $m*1,96$ – доверительный интервал, НДГ-нижние границы ДИ, ВДГ-верхние границы ДИ.

В г. Душанбе, РРП и Согдийской области показатель заболеваемости ниже, чем в среднем по республике ($p \geq 0,05$).



Причины этого можно объяснить тем, что в данные регионы более развита инфраструктура, уровень социального и экономического условия выше, чем в других регионах страны.

Выводы. Заболеваемость неравномерно распространяется по регионам республики. За изученные годы неблагополучными территориями являются ГБАО и Хатлонская область. Для улучшения показателя заболеваемости нами

рекомендуется устранение выявленных причин.

Список литературы

1. Желудков, М.М., Цирельсон, Л.Е., Кулаков, Ю.К., Хадарцев, О.С., Горшенко, В.В., Иванова, А.А. Эпидемиологические проявления бруцеллеза в Российской Федерации. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2009; 6:23-8.
2. Бруцеллез. Современное состояние проблемы / под ред. Г.Г. Онищенко, А.Н. Куличенко. - Ставрополь: ООО «Губерния», 2019. - 336 с.
2. Rappas G., Păradimitriou P., Akritidis N. et al. The new global map of human brucellosis. Lancet. Infectious diseases. 2006, 6: 91-99.
4. Желудков М.М. Бруцеллез в России: современная эпидемиология и лабораторная диагностика. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2009.
5. Турдиев Ш.А. Усовершенствование мер борьбы с бруцеллезом мелкого рогатого скота в Республике Таджикистан. Автореф. дис. докт. биол. наук. Казань, 2013.

Худжагелдиева З.У., Рузиев М.М., Мубораккадмова Р.Х.,
ИЗУЧИТЬ ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОБОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
ГУ "Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины" МЗ и СЗН.

Актуальность: Проблемы пищевых продуктов в настоящее время приобретают всё большее значение в связи с изменением качества жизни, влиянием многих факторов окружающей среды на здоровье населения. В виду того, что учёные многих стран, в т.ч. и в Р.Таджикистан, озабочены происходящими событиями и прикладывают огромные усилия для решения этих проблем. Как известно, что санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в основном, определяется качеством пищевых продуктов, поэтому проведение комплексных научных исследований по данной проблеме имеет огромное значение для здоровья населения (Мирзоев А.С., Пирмамадов Х.К., 2016 г.; Попова А.В. 2012 г.)

На протяжении многих лет работы, учёные нашего института совместно с учёными Российской Федерацией посвящены проблемам мониторинга в рамках реализации программы по выявлению микроорганизмов в пищевых продуктах.

Пищевые отравления, аллергии, снижение иммунитета, расстройства пищеварения, дисбактериоз – всем этим мы расплачиваемся за «грязную еду».

Поскольку штаммы продуцентов потребляются в составе таких продуктов в высоких концентрациях в живом виде, они представляют угрозу для активной передачи резистентности представителям микрофлоры ЖКТ (D.Gracea 2016., Шевелёва С.А., 2016).

Учитывая выше изложенное, в настоящей работе даны результаты, выявленных штаммов микроорганизмов из пищевых продуктов.

Цель исследования. Изучить видовой состав микробов, выделенных из пищевых продуктов.

Задачи исследования.

1. Установить частоту и массивность выделения микроорганизмов из пищевых продуктов:
2. Идентификация выявленных бактерий (культурально, бактериологически, биохимически, тинкториально).

Материалы и методы исследования. Материалом для бактериологического исследования послужили мясные и молочные продукты. Бактериологические посевы пищевых образцов проводились на элективные и селективные питательные среды (сухой питательный агар, среда АГВ, 5-10% кровяной агар, 6,5% желточно-солевой агар, на среду Эндо и Сабуро и агар Мюллер Хинтон). С посевов на твердых средах отсеивали колонии для последующего выделения чистых культур и их идентификации.

Идентификация выявленных микробов проводилась общепринятыми методами: культуральными, бактериологическими, морфологическими, биохимическими, статистическими методами.

Морфологические свойства выделенных штаммов и их тинкториальных свойств будут определяться микроскопированием микробных препаратов, окрашенных по Грамму.

Изучение биохимических свойств микробов кокковой группы и энтеробактерий проводились по общепринятым схемам идентификации (Берги Дж. «Краткий определитель микробов. 1985; Акатовым А.К. 1985).

Результаты и обсуждение. В таблице № 1 представлено общее количество образцов молочных и мясных продуктов, подлежащие микробиологическим исследованиям для выявления штаммов микроорганизмов.

Таблица 1

Общее количество образцов пищевых продуктов.

Молочные продукты		Мясо		Колбасные изделия		Яйцо	
кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
118	45,2	43	16,5	77	29,5	23	8,8
Всего: 261 проба							

В процессе бактериологических исследований (261 проб) в 110-ти (42,2%) образцах продуктов питания обнаружены штаммы микроорганизмов. Наличие бактерий в 151-ти (57,8%) пробах при посевах на питательные среды дали

отрицательные результаты.

При проведении микробиологических исследований в 110 образцах мясных и молочных продуктов учитывались микроорганизмы группы кокковой флоры и энтеробактерий.

Выявлены 138 штаммов для идентификации изолятов бактерий. (табл.2). Из них 66 (47,8%) обнаружены штаммы кокковой группы. Наблюдались штаммы группы энтеробактерий, в количестве 72-х случаев (52,2%).

Таблица 2

Видовой состав микроорганизмов из пищевых продуктов

Наименование микроорганизмов	Количество проб	Доля штаммов (в %)	Частота выделения от общего числа (в %)	Кол-во микробов в 1 грамме пробы
Staphylococcusepidermidis	64	46,4	58,2	1x10 ⁵ - 1x10 ⁶
Staphylococcusaureus	2	1,4	1,8	1x10 ⁴ – 1x10 ⁶
E. Coli	57	41,3	51,8	1x10 ⁵ - 1x10 ⁶
KlebsiellaSPP	15	10,9	13,6	1x10 ⁵ - 1x10 ⁶
Выявлено 138 штаммов микробов.				
Исследовано 110 образцов.				

При бактериологических исследованиях в 1 грамме пищевого образца наблюдались: Staphylococcusepidermidis от доли штаммов 46,4 % и от общего числа обследованных 58,2%. Staphylococcusaureus 1,4% и 1,8%, соответственно. Полученные данные представлены в табл. № 1.

Количество изученных штаммов стафилококков в 1 грамме пищевых образцов представлены в диапазоне от 1x10⁴ до 1x10⁶ степени, что свидетельствует о наличии загрязненности.

В процессе изучения бактерий группы кокковой флоры нами также учитывались микроорганизмы группы патогенной, условно-патогенной флоры. В таблице № 2 представлены данные разнообразных микробов рода энтеробактерий при обычном культивировании образцов продуктов в аэробных условиях. Патогенной флоры не наблюдалось. Среди энтеробактерий наиболее часто обнаруживались микробы рода E.Coli, где штаммы бактерий составили 41,3 % от доли штаммов и 51,8 % от общего числа образцов. Наименьший процент выделения составили микробы условно-патогенной группы: Клебсиеллы, где частота обнаружения ее составило от доли штаммов 10,9% и от общего числа обследованных 13,6 %. Количество микроорганизмов в 1 грамме пищевых продуктов колебалось в пределах от 1x10⁵ до 1x10⁶.

Заключение. При проведении микробиологических исследований в 110 образцах мясных и молочных продуктах выявлены 138 штаммов микроорганизмов. Из них 66 (47,8%) обнаружены штаммы кокковой группы, штаммы группы энтеробактерий составило 72 случаев (52,2%). Количество микроорганизмов в 1 грамме пищевых продуктов колебалось в пределах от 1x10⁴ до 1x10⁶.

Полученные данные будут представлять исключительный интерес для работников санитарно-эпидемиологических структур и ветеринарных служб.

Список литературы.

1. Гординская Н.А., Борискина Е.В., Кряжев Д.В. Антибиотикорезистентность как фактор вирулентности условно-патогенных микроорганизмов. Здоровье населения и среда обитания – ЗНССО. 2021;(4):50-56.
2. Захарова И.Н., Айсанова М.Р. Безопасность детского питания. Медицинский совет. 2019; 2: 38-46.
3. Мирзоев А.С., Пирмамадов Х.К. Проблемы устойчивости к противомикробным препаратам и пути их решения в сферах здравоохранения в Р.Таджикистан.-Ж.Вестник.-Душ.-2016.
4. Орлова, Т. Н. Изучение молочнокислых бактерий, выделенных из природных источников / Т. Н. Орлова, Р. В. Дорофеев, Г. С. Мещерякова // Сыроделие и маслоделие. - 2018. - № 2. - С. 36-37.
5. Орлова, Т. Н. Выделение и идентификация молочнокислых бактерий для ферментированных молочных продуктов / Т. Н. Орлова, И.А. Функ, Р. В. Дорофеев, Е.Ф. Отт, К.Е. Шевченко // Ползуновский Вестник - 2019. - № 2. - С. 47-50.
6. Шепелин И.А., Миронов А.Ю., Шепелин К.А. Питательные среды. //Справочник бактериолога.- М.- 2015.- 194 с.

Худойдодов А.Г., Ситчотхонов А.А., Хайров Ҳ. С.

ОМИЛИ ИРСЙ ВА БЕМОРИИ ФАРБЕҲӢ ДАР АҲОЛИИ СИННИ 40-59 СОЛАИ ВИЛОЯТИ СУҒДИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Яке аз сабабҳои асосии инкишофи бемории фарбеҳӣ ин таъсири омили ирсӣ мебошад. Синдроми метаболитикӣ мафҳуми умумӣ буда бемориҳо ва ҳолатҳои ғайримуқаррари бадани одамро дар бар мегирад, ки дар шаклҳои муайяни тағйирёбии метаболитикӣ, гормонӣ ва клиникӣ зоҳир мешавад.

Назарияҳои илмӣ оид ба синдроми метаболитикӣ (дар оянд «СМ») дар кишварҳои гуногуни кураи замин танҳо дар даҳсолаҳои аввали асри XX (Е. Кейлин, 1923) зери мафҳуми «гипертензия - гипергликемия - гиперурикемия» коркард ва пешниҳод гардид.

Бемориҳои фарбеҳӣ, фишорбаландии шараёни ва диабети қанд ҷӯзҳои асосии синдроми метаболитикӣ буда, дар натиҷаи тағйирёбии мубодилаи моддаҳои ғизоӣ инкишоф меёбанд. Бемории фарбеҳӣ бошад, нишонаи асосии синдроми метаболитикӣ ва заминаи инкишофёбии бемориҳои дилу рағҳои хунгард ва диабети қанд муайян шудааст. Дар инкишофи онҳо вайроншавии таркиби ғизо нақши намоёнро ишғол менамояд [1].

Омӯзиши инкишофи бемории фарбеҳӣ дар байни аҳолии кишвар баҳри коркарди чорабиниҳои илман асоснокшуда, масъалаи афзалиятноки соҳаи тибби ҷумҳурӣ ба ҳисоб меравад [1].

Мақсади кори илмӣ омӯзиши паҳншавии бемории фарбеҳӣ ва алоқамандии он бо омили ирсӣ дар байни занҳои 40-59 солаи вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон, мебошад.

Усули кори илмӣ. Омӯзиши статуси ғизои 389 занҳо бо истифодаи барномаи компютери «Tj_RCN 2» [2] гузаронида шуд.

Вазни бадан бо вазнченкунаки “Seca” бо аниқии то $\pm 0,1$ кг ва дарозии бадан бо қадченкунаки истехсоли Англия, ки аз тарафи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ баррасӣ гардидааст, тибқи таснифи умумиҷаҳонӣ дар асоси муайян намудани индекси вазни бадани [5] ва таҳлили оморӣ бо истифодаи барномаи “Tj_AssNut” амалӣ гардид [3].

Натиҷаҳои тадқиқот. Натиҷаи кори илмӣ оид ба инкишофи фаъолияти ҷисмонии занҳои синну соли 40-59 солаи вилояти Суғд нишон медиҳад, ки синну соли миёна, вазн ва қадӣ озмоишшудагон 51,4 сола, 74,6 кг ва 162,7 см-ро, мутаносибан, ташкил медиҳад.

Паҳншавии вазни зиёди бадан ба инкишофи бемориҳои фарбеҳӣ ва маҷбурӣ сабаб шуда, сатҳи сифати зиндагии аҳолиро паст менамояд, инчунин ба нишондоди дарозумрии аҳоли таъсири манфӣ мерасонад [1].

Муайян гардид, ки 30,85% занҳои синни 40-50 солаи вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон дорои вазни зиёди бадан буда, 34,45%-он мубталои бемории фарбеҳӣ мебошанд. Ин нишондод дар занҳои синну соли зикргардидаи ш.Душанбе ва НТҚ 36,2% ва 17,8%-ро, мутаносибан, ташкил менамуд [4].

Аз 134 занҳои мубталои фарбеҳӣ, 80 (59,70%) нафарашон ба фарбеҳии дараҷаи сабук (ИВБ 30,00 - 34,99) ва 39 (29,1%) нафарашон - миёна (ИВБ 35,00 - 39,99) ва 15 (11,19%) нафарашон - вазнин (ИВБ >40,00) гирифта шудаанд.

Накши омили ирсӣ дар инкишофи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ дар тадқиқотҳои зиёд собит шудааст. Муайян гардидааст, ки дугоникҳо бештар сатҳи фарбеҳии яхела доранд. Агар фарбеҳӣ дар ҳар ду волидайн мушоҳида шавад, он гоҳ 80%, агар яқтои онҳо ба фарбеҳӣ дучор бошанд 40% кӯдакони онҳо ба фарбеҳӣ метавонанд дучор гарданд.

Натиҷаи тадқиқот нишон дод, ки 48,1%-и шахсони мубталои бемории фарбеҳӣ яке аз волидайнашон ба ҳамин беморӣ гирифта будаанд. Ин нишондод дар занҳои ш.Душанбе ва НТҚ 69,7%-ро ташкил менамуд.

Маълум аст, ки муҳимтарин далелу зарурати омӯзиши синдроми метаболитикӣ ин мавқеи он дар инкишофи бемориҳои дилу рағҳои хунгард ҳисоб меёбад. Нафароне, ки аз синдроми метаболитикӣ азият мекашанд, нисбат ба шахсоне, ки дар онҳо ин синдром ҷой надорад, гирифташавӣ ба бемориҳои ишемиявии дил 3-4 маротиба, сактаи дил ва сактаи майнаи сар 3,5 маротиба бештар ба қайд гирифта мешавад. Инчунин, дар байни беморони гирифтаи синдроми метаболитикӣ фавт аз бемориҳои дилу рағҳои хунгард дар занҳо 5 маротиба ва дар мардҳо 2 маротиба меафзояд.

Хулосаҳо

Омӯзиши статуси ғизои занҳои синну соли 40-59 солаи вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян намуд, ки:

- 30,85% вазни зиёди бадан;
- 34,45% мубталои фарбеҳӣ мебошанд.

Дар 48,1%-и шахсони мубталои бемории фарбеҳӣ яке аз волидайнашон ба ҳамин беморӣ гирифта шудаанд.

Бо дарназардошти хатар ва нақши тиббӣ-иҷтимоӣ ва иқтисодии фарбеҳӣ бояд омӯзиши ҳаматарафаи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ бо мақсади боздоштани сатҳи паҳншавии он дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шавад.

Адабиёт

1. «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы» (постановление Правительство Республики Таджикистан от 2 октября, № 463).
2. Хайров Х.С. “Захираи иттилоотӣ”, № государственной регистрации 2201700350 от 3 мая 2017 года, - Душанбе, - 2017.
3. Хайров Х.С. “Захираи иттилоотӣ”, № государственной регистрации 2202100479 от 23 июня 2021 года, - Душанбе, - 2021.
4. Хайров Х.С., Ахмедова А.Р., Гафуров С.Ҷ., Уралов З.Т. Омӯзиши ҳолати ғизои занҳои синну соли 40-59 солаи шаҳри Душанбе ва НТҚ. // Вестник Таджикистан национального университета № 1. Душанбе, 2021. – С. 171-176..
5. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008, 47 p.

Ҳайбуллоева О. И.

ҲУСНИ БАЁН ВА ОМИЛҲОИ АСОСИИ ОДОБИ МУОШИРАТ ДАР ИНТЕРНЕТ

Кафедраи услубшиносӣ ва таҳрири адабии ДМТ

Мубрамияти мавзӯ дар он зоҳир мегардад, ки ҳусни баён қисми таркибии ҳама гуна фарҳанги муоширати миллӣ арзёбӣ мегардад. Омӯзиши рукнҳои одоби муошират дар ҷомеаи имрӯза муҳим ва зарур буда, барои ташаккули шахси бофарҳанги ҷомеа, минталитети миллӣ, меъёрҳои ахлоқӣ мусоидат менамояд.

Мақсади таъқиқот аз он иборат аст, ки дар асоси маводи шабакаҳои иҷтимоӣ, хусусан интернет тарзи муоширати шахсони гуногун ва риояи онро муайян намоем.

Натиҷаи таъқиқот. Дар забони модарӣ ва фарҳанги ҳар як халқ тарзи тафаккур, тарзи ҳаёт, анъана ва урфу одат, минталитети миллӣ, меъёрҳои ахлоқӣ, дарку фаҳмиши муҳити атроф, инчунин меъёрҳо ва шаклҳои одоби рафтору гуфтор инъикос меёбанд. Таҳқиқи хусусиятҳои забони ВАО, тарзи муоширати кормандони он дар аснодҳои гуногуни нутқ барои рушду такомули ҳусни баён дар ҳама соҳаҳо мусоидат менамояд. Муҳаққиқ М. Ҷӯраева дар мавриди ҳусни сухан чунин зикр мекунад : «*Ҳусни сухан ғазилати инсон аст. Ҳусни сухан ҳам дар шакл ва ҳам дар мазмун*

гуфтор зоҳир мегардад. *Аз ҷиҳати шакл риояи оҳанг ва низоми сухан, шево ва бурро талаффуз намудани ҳар як калима шартӣ асосист* [5,12].

Ҳар шахси сухангӯ бояд сухансанҷ бошад. Чунон ки мегӯянд, сухан гавҳар аст. Қадру қимат, одамияти инсон, қабл аз ҳама, дар сухани ӯ ифода меёбад. Сухан бузургтарин неъмат ва атои илоҳист. Бе сухан муносибату муоширати байни одамон, изҳори ақида ва афкори эшон маҳол аст. Азбаски сухан воситаи муошират аст, он пеш аз ҳама, бояд маъно ва мантиқ дошта бошад. Фикри суханварро пурраю фаҳмо ифода намояд. Сухане, ки аз чунин хусусият холист, сухани номукамал аст. Барои он ки сухан равону фаҳмо, мавзуну фасеҳ гуфта шавад, сухангӯ пеш аз ҳама, бояд сухани худро ҳамаҷониба мулоҳиза кунад, санҷад, калимаҳои мувофику суфта ва пурмаъноро истифода барад. Дар вақти муошират ҷо ба ҷо гузоштани фикр, яъне сохтани ҷумлаи равону фаҳмо чи хаттӣ ва чи шифоҳӣ дар ҷои аввал меистад. Ҷумлае, ки аз калимаҳои суфтаву пурмаънӣ сохта шудааст, суханро бурро, фикрро мукамал ва муоширатро комил мегардонад. Фикри мукамал бошад, дар сурате иброз мегардад, ки ҷумла пурра ва пурмазмун сохта шуда бошад.

Дар ин хусус забоншиноси варзида Б Камолитдинов чунин изҳори андеша намудааст: «Хусусияти экспрессивӣ ё ифоданокии воҳидҳои лексикӣ грамматикӣ он аст, ки калимаҳо ё шаклу қолабҳои грамматикӣ сарфи назар аз обурани эмотсионалии мусбат ё манфиашон вобаста ба ғарази ғӯянда ва муҳиту авзои мусоҳибон вазни маъниро ба дӯши худ мегиранд...» [3, 21].

Одоби муошират қисми таркибии одоби тарбия аст ва ҳар як шахс ва феълӣ атвору одоби ахлоқӣ ӯро атрофиён аз муносибату муошираташ мешиносанд. Доир ба мавзӯи одоби муошират дар адабиёти ҳазорсолаи тоҷикӣ форс кам адибонро дучор омадан мумкин аст, ки дар хусуси сухан, қадру қимат ва таъсирбахшии он фикру ақида баён накарда бошанд. Муаллифи китоби «Воситаҳои ифодаи эҳтиром ва ғурутанӣ дар забони тоҷикӣ асри XVI» Мушаррафа Ҷӯраева чунин қайд мекунад: *«Беъътиноӣ ба ҳусни баён, одаму истифодаи ҳар як калимаи ба забон омада аз дараҷаи пасти инкишофи интеллектуалии одам гувоҳи медиҳад. Аз рӯи ҳусни баён, тарзи гуфтор дар бораи одоби маърифати кас ҳукм меронад. Яъне нутқ оинаи олами ботинии инсон аст. Маҳз дар нутқ донишмандӣ, донишгари забони адабӣ ва халқӣ, маҳорати истифодаи онҳо зоҳир мегардад* [5, 31].

Ҳусни баён аз баландии шуур ва маърифати шахс, аз равшании тафаккур, маҳорати суханварӣ, аз муҳаббати забон баборат медиҳад.

Балоғати ҳусни баён дар нутқ ва осори суханварон дида мешавад. Онҳо ҳар як воҳиди забонро мавридшиносона, бо обурани бадеӣ ва пуртаъсир истифода менамоянд. Бесабаб нест, ки мардуми мо маҳз ба аҳли адаб, ба шоиру нави-сандагонӣ мумтоз тавсифҳои соҳибсӯхан, суханвар, устоди сухан ва монанди инҳоро раво доништаанд. Аҳли адаб аз мувофиқати сазоворонаи ҳусни сухан мебошанд. Яке аз зухуроти одитарини маърифати инсон ҳалимӣ, нармагуфторӣ, хушмуомилагии ӯ мебошад:

Ба нармай чу гардан ниҳад рӯзгор,

Дуруштию гармӣ наояд ба кор.

Ба нармай барорад бисе чиз мард,

Ки он барнаояд ба ҷангу набард (Абушақури Балхӣ.)

Маҳорати суханварӣ ба замири риояи нормаи забони адабӣ аз ин забон моҳирона ва мавридшиносона интиҳоб ва истифода кардани бехтарин муодилҳои воҳиди забонро мефаҳмонад, ки ҳам аз ҷиҳати мазмун, ҳам аз ҷиҳати услуб, ҳам аз ҷиҳати равшанӣ ва таъсир мувофиқ бошад.

Маълум аст, ки тарзи баёни хушк ба дили шунаванда роҳ ёфта наметавонад. Вале агар ғӯянда матлаби худро нарма дилчасп, бо истифодаи воситаҳои матлуб ифода намояд, мусоҳиб низ аз тарзи чунин гуфтор баҳра мегирад. Ин ҳодисаҳо мо ҳангоми муошират дар сомонҳои Интернет ҳамеша дар хотир доштан лозим аст, ки мо бо кӣ муошират мекунем. Фаромӯш кардан лозим нест, ки тавассути Интернет мо бо шахси зинда, аксар вақт якбора бо одамони зиёд дар муошират ҳастем. Дар фазои озоди Интернет, ки он ҷо ҳар кас метавонад худро бо номҳои махфӣ муаррифӣ намояд, ҳар чизе, ки мехоҳад, бигӯяд, бисёр муҳим аст, ки мо барои ба иззати нафсамон расидани касе имкону роҳ надихем.

Дар одоби муоширати интернетӣ ба дигарон эҳтиёткорона муносибат намуда, ақидаву афкори дигаронро эҳтиром намудан бисёр муҳим аст. Барои ҳамсӯхбати сазовору арзанда будан ва нигоҳ доштани эътибори худ мо бояд вақти худро барои ба ҷо овардани шарту қоидаҳои муқаррарии одоби муошират дареғ надорем. Аз ин рӯ, дар ҷараёни муоширати байниҳамдигарӣ барои истифодабарандагонӣ Интернет ба шаклҳои Ту/Шумо эътибор додан зарур аст. Қайд кардан бамаврид аст, ки аксари иштирокчиёни ҷараёни муошират дар Интернет меёриҳои маъмулии одоби муоширати забони тоҷикӣ ба назар гирифта, қоидаҳои хушмуомилагии эҳтироми байниҳамдигариро риоя намуда, дар нутқи нисбат ба ҳамсӯхбати худ ҷонишини Шумо-ро ба кор мебаранд:

Устод, Шумо пайванду аҷдоди Мавлавӣ ҳастед ва рӯҳи Мавлоно шояд бо чунин пайвадиёт фахр дошта бошад [Фейсбук. 20.10.13].

Муаллимаи азизи ман! Зодрӯзи фархундари барои Шумо самимона табрик мегӯям. Худованд бароятон умри дарози бобаракат бидиҳад ва наздикону пайвандони Шуморо комёбу сарбаланд гардонад [<https://subhonjalilov/vordpress/com>].

Аз таҳлили маводи сомонӣ гурӯҳҳои Интернет маълум мегардад, ки дар баъзе мавридҳо ғӯянда ҷонишини Шумо-ро дар як аснои нутқ бемавқеъ ҷаҳли маротиба такрор мекунад, ки баъзан бо мақсади таъкиди эҳтироми шахсияти ғӯянда ба ҷо оварда мешавад:

Салом, бародари азиз! Ман мехостам назари Шуморо оиди он нафароне, ки ба Шумо тақлид мекунанд, донам. Баъзе аз журналистоне, ки ба Шумо тақлид мекунанд, шогирдонӣ Шумо мебошанд ё не?

Чунин мисолҳо дар Интернет зиёд дучор мешаванд. Дар баробари ин вақтҳои охир раванди номатлуби омезиши Ту/Шумо мушоҳида мегардад, яъне ғӯянда дар як аснои нутқ дар як вақт ҳам Шумо гуфта муроҷиат мекунад, ҳам Ту:

Устод Сафо! Аз таҳти дил Шуморо ба хотири рӯзи мавлудат табрик мегӯем. Ҳақтаъолоҳ ба Шумо ва аҳли оилаат

тамоми хушиҳои рӯзгорро насиб кунад. Тавфику бурдборӣ дар ғаёлияти кориат. Омин! [Фейсбук].

Дӯсти ниҳоят арҷманд ва бародари хушманд! Туро бо рӯзи мавлуди хучастаат табрик меғуям. Худо барои Шумо ва хонаводаи мӯхтараматон тамоми хушиҳои зиндагиро арзонӣ дорад [Фейсбук].

Пас, ман гӯйиши забони минтақаи дигарро ин ҷо ба масҳара ва баҳс кашам ё гӯйиши Шуморо. Азизам, фарқ гузор! [Фейсбук].

Хулоса. Дар муоширати Интернетӣ нигоҳ дошта тавонистани эҳсосот яке аз омилҳои ниҳоят муҳими одоби муошират аст. Албатта, одоби муошират баҳсу мунозира карданро манъ намекунад, вале ба таҳқиру алфози қабех роҳодан қатъиян манъ аст. Агарчи ҳамсӯҳбати мо дидаву дониста ба пайдо шудани ҳамин гуна ғазо боис шуда бошад ҳам, барои шахси бомаърифату бомаданият чунин тарзи гуфтор ҳаргиз равонест. Сарфи назар аз он ки ҳамсӯҳбатони мо ба қоидаҳои одоби муошират дар Интернет риоя мекунанд ё не, ҳар яки мо худ бояд ба қоидаҳои одоби муошират риоя намоему нагузорем, ки ба гуфтори мо сухани сарду дурушт роҳ ё бад, мизони суханро нигоҳ дорем ва ба ибораи Носири Хусрав амал намоем:

Ба лутфу марҳамат дилҳо ниғаҳ дор,
Кас аз дасту забони худ маёзор!

Адабиёт:

1. Бободжонова Б.Ш. Категория вежливости в таджикском языке. Дисс. на соискание учёной степени канд. фил.наук / Б.Ш. Бободжонова – Душанбе, 2001. – 150с.
2. Кабиров Ш. Роҳҳои ифодаи эҳтирому фӯрӯтанӣ дар забони тоҷикӣ // Сухан аз арши барин омадааст. Душанбе, 2014. – С.50-55
3. Камолидинов, Б. Хусни баён. – Душанбе: Маориф, 1989. – 118с.
4. Камолидинов, Б. Сухан аз баҳри дигарон гӯянд. – Душанбе: Интерньюс Тоҷикистон, 2001. – 171с.
5. Ҷӯраева М.Р. Роҳҳои ифодаи эҳтиром ва фӯрӯтанию хоксорӣ дар забони адабии тоҷики асри XVI. –Душанбе: Деваштич, 2004. – 130с.

Ҳусейнова М.Д., Якубова П.У., Бойназарова Ф.М.

ТАСНИФОТИ ГРАММАТИКИ ВА СИНТАКСИСИ ИБОРАҲОИ СИФАТИ ФЕЪЛИИ ЗАБОНҲОИ АНГЛИСӢ ВА ТОҶИКӢ

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии логикӣ ба номи Я.А.Раҳимов, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Тоҷикистон

Муҳимият. Муқоисаи типологии забонҳои муқоиса шаванда барои мушаххас намудани махсусиятҳои грамматикӣ сифати феълӣ дар забонҳои сохтори грамматикашон гуногун, аз худ намудани забони хориҷӣ барои тоҷикзабонон, ошкор аниқ ва бар тараф кардани хатогиҳои хос ба мо ки омӯзгорони оянда ҳастем, кӯмак мекунад, то ин ки стратегияи таълимиро таъям ба забони модарии худ интихоб намоем, ки ин усул дар таҷрибаи ҷаҳонии таълим ва омӯзиши натиҷабахшӣ забони хориҷӣ ҷои муҳимро ишғол мекунад.

Ҳар грамматикае, ки омӯхта мешавад дар муқоиса бо грамматикаи дигар забонҳо, хусусан забони модари омӯхта мешавад. Ҳангоме, ки мо забони хориҷиро бо забони модари муқоиса мекунем, забони модари ҷун забон-эталон, яъне ҷенкунанда хизмат мекунад, аммо сохти забони модари ҳар ҳел шуданаш мумкин, ҷун ки ҳар забон сохти хоси худро дорад. Маҳз бо ҳамин васоит мо фарқиат ва монандии грамматикаи дигар забонҳоро нисбат ба грамматикаи забони модарии ҳеш меомӯзем. Аз ин бар меояд, ки муқоисаи методи асосии омӯзиши забон мебошад.

Мақсади тадқиқот. Мақсад аз навиштани мақолаи мазкур дар он аст, ки тамоми вижагиҳои мавзӯӣ додашударо дар ду забон равшан намоем. Ҳамчунин мавзӯӣ мазкурро бо мисолҳои зиёди англисӣ тоҷикӣ тадқиқ намуда, аҳамияти онро аз нигоҳи назариву амалӣ нишон диҳем. Хотир расон бояд сохт, ки роҷеъ ба таҳлили муқоисавии сифати феълӣ дар забонҳои тоҷикиву англисӣ аз тарафи муҳаққиқ Р. Иброҳимова рисолаи тадқиқотии ҷудогонае ба анҷом расида аст, бинобар ин навиштаҳои мо дар майдони илм қадамҳои аввалин набуда, он табиист, ки аз камбудии ҳоли нест.

Аз ин ҷиҳат дар рисола мақсад гузошта шуд, ки таснифоти морфологӣ ва синтаксисии ибораҳои сифати феълиро дар забони тоҷикӣ ва англисӣ ҳамчун воҳиди хоси наҳви ва сифати феълиро дар забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ омӯзиш карда, вижагиҳои луғавию грамматикӣ онҳоро дар муносибат бо лексикология, морфология, фонетика, имло, сабки нигоҳиш ва маданияти суханвари нишон диҳем.

Бо мақсади амали сохтани ин ниятҳо мо ба усулҳои бунёдии лингвистии тадқиқ, ки ба ҳадафҳо, вазиҳо ва хусусиятҳои маводӣ тадқиқи мувофиқат мекард, содиқ будем. Дар ҷараёни тадқиқ ва таҳлили масъалаҳои гуногун шуда мо ҳам чунин аз усулҳои дигар, монанди қиёсоти забони тоҷикӣ бо забони англисӣ ва умумиятдиҳии мавод, таҳлили ҷузъиёт, усули контекстологии низ истифода кардем. Ҳарчанд муқоиса намудани грамматикаи як забон бо забони дигар кори сахл нест, ба ҳар ҳол мо кӯшиш менамоем, ки дар асоси методи муқоиса тафовут ва монандии мавзӯӣ мазкурро дар ду забон нишон дода, ба воситаи кори худ ба донишҷӯён ва навоҷӯзонро ки омӯзиши осони забон омӯзиро нишон дода, ҳам чунин дар илми типология ва лингвистикаи контрастивӣ саҳми ҳешро гузорем.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Аз омӯзиши таърихи тадқиқи сифати феълӣ метавон чунин натиҷа гирифт, ки ин мавзӯ дар забоншиносии тоҷик ҳанӯз ба дараҷаи лозими тадқиқ нашуда аст. Дараҷаи омӯзиши мавзӯро ба назар гирифта, ҳаминро гуфтан ҷоиш аст, ки солҳои охир муҳаққиқони дохиливу хориҷӣ бахшида ба омӯзиш ва таҳлили роҳҳои ифодаи сифати феълӣ, шаклҳои тасрифнашавандаи феъл дар забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ тадқиқоти зиёдеро ба анҷом расонидаанд. Аммо, то ҳол имконияти системанок нишон додани ташаккули роҳҳои ифодаи шаклҳои тасрифнашавандаи феъл дар забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ дар тӯли таърихи он аз тарафи мухтарама Иброҳимова Р.А

навиша шудааст. Аз ин рӯ, таҳқиқоти мо дар робита бо зухуротҳои алакаӣ изҳоршуда ва то дараҷае омӯхта шуда асос ёфта аст.

Барои ба ҳадафи аслии расидан, дар вақти таълифи мақола аз осори илмӣ забоншиносони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба мушкилоти забон, аз ҷумла сифати феълӣ ҳамчун асноди воқеи истифода кардем. Тадқиқотҳо ва дастурҳои назарии назариятчиён ва муҳаққиқони забоншинос Виноградов В.В., Исоев М.И., Рубинчик Ю.Х., Расторгуева, Б. Ниёзмухаммадов, Ш. Рустамов, А. Мирзоев, Б. Камолиддинов, Р. Ғафоров ва дар забони англисӣ бошад Г. Д. Коблов, Орембовская М.Н., Мирзоев, Т.П., Нехай, Г.В., Сафонов, Е.А., Полукаров, П.А., Крилов, Е.В., Глазгоков, А.Х., Рочкевич, В.Д., Шодиев, С.Г. Исоев, А. Иброҳимова ва дигарон ҳамчун асоси назариявии тадқиқот хидмат намудаанд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Барои амали намудани таҳқиқ аз методи муқоисавӣ-таърихӣ истифода бурда шуда аст, ки асоси қори аксар забоншиносони оламшумулро ба монанди Расторгуева Т.А., Иванова, И.П., Илиш, Б.А., В.Д. Аракин, А. И. Смирнитский, Т. М. Беляева, Чахоян Карл Л.С., Бруннер, Ричард Хог, Эдвард Кенан, Брус Митчел, Саймон Смит ташкил медиҳад. Методи муқоисавӣ- таърихӣ ҳар як падидаи дар раванди ташаккули таърихӣ он меомӯзад ва бо ҳамин роҳ муносибати саҳеҳи илмӣ ба забон, ки имкон медиҳад, то забоншиносон ҳулосаҳои этиמודнок ва илман асоснокро ба даст оранд, таъмин карда мешавад.

Хулоса: Дар натиҷаи таҳлил ва баррасии мавзӯӣ “Таҳлили морфологӣ ва синтаксисии ибораҳои сифати феълӣ забони англисӣ дар муқоиса бо забони тоҷикӣ” ба чунин ҳулоса омадем, ки забонҳои англисӣ ва тоҷикӣ аз ҷиҳати то ба имрӯз бо вучуди дигаргуниҳо асолати бунёдиашонро чун забони меъёр ҳифз намудаанд. Ин забони меъёр дар тӯли таърих барои соҳибони он як дасту қобили фаҳм будааст ва аз ҳудуди қарни XVI ва баъд бо тасаллоти сулолаҳо ва ҳукумати мухталифи бегона табор, таҳаввулоти иҷтимоӣ, сиёсӣ ва адабӣ дар низоми пайвасти маъноӣ ва сохтори дучори тағйирот ва таҳаввулоти наво мегардад, ки ин дигаргуниҳо марбут ба ибораҳо, таркибот ва луғоти истилоҳоти нав, таъсири тарҳумаи таҳтуллафзии маъноӣ вожа ва ибороти забонҳои дигар мебошад, ки бешак, ба сохтори сарфию нахви забон таъсири зиёд гузоштаанд.

Махсусан, тағйирот ва таҳаввулоте, ки дар забонҳои англисӣ ва форсии тоҷикӣ тайи як асри охир ба амал омад, ҳодисаи нодир буда, баҳсу арзёбии ин раванд ба тадқиқотҳои муфассалу ҷудогона ниёз дорад. Дар ин росто, тадқиқи равишҳои нав ва қонуниятҳои умумии мавҷудият ва инкишофи забони тоҷикӣ, таҳаввулоти сохтори ва тағйиротҳои морфологию синтаксисии он меъёре барои мизони арзёбии мушкилоти мавҷуд хоҳад буд. Махз бо ҳамин васоит мо фарқият ва монандии грамматикаи дигар забонҳоро нисбат ба грамматикаи забони модарии ҳеш меомӯзем. Аз ин бармеояд, ки муқоисаи методи асосии омӯзиши забон мебошад.

Мо дар рафти навиштани мақолаи ҳеш қушидем то бо ҳар ду забон бо мислоҳои муқоисавӣ фарқияти сифати феълӣро нишон диҳем.

Ҳарчанд муқоиса намудани грамматикаи як забон бо забони дигар қори саҳл нест, ба ҳар ҳол мо қўшиш кардем, ки дар асоси методи муқоиса тафовут ва монандии мавзӯӣ мазкурро дар ду забон нишон дода, ба воситаи қори худ ба донишҷӯён ва навоҷӯзон роҳи омӯзиши осони забонмӯзиро нишон дода, ҳам чунин дар илмӣ типология ва лингвистикаи контрастивӣ саҳми ҳешро гузорем.

ФЕҲРИСТИ АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА

1. Грамматика английского языка. – / под ред. Блоха М.Я. Учебное пособие. – М. Астрель, 2008 – 703с.
2. Джабборов М.Т. Система наличных форм глагола в русском и таджикском языках. – Душанбе: Деваштич, 2005. – 267 с.
3. Икболов О.Н., Ёралиева, М. Тағоева. Грамматикаи забони англисӣ. – Душанбе, Эрграф: 2007. – 165 с.
4. Мамадназаров Абдусалом. Фарҳанги англисӣ - тоҷикӣ. Душанбе: Эр-граф, 2011. – 1016с.
5. Хусейнова З.А., Қаҳоров М. Забони англисӣ. – Душанбе, Ирфон: 2006. – 178 с. Loock wood W. B. Historical German Syntax. Oxford, 1968.

Чемезов С.А.1, Сахновская Е.Г.1, Мусатаева И.С.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОНЛАЙН КУРСОВ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ МИКРОБИОЛОГИИ В ТЕРМЕЗСКОМ ФИЛИАЛЕ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

1 кафедра микробиологии, гигиены, общественного здоровья и менеджмента ТФ ТМА. Узбекистан

2 кафедра общеобразовательных дисциплин НАО «Медицинский университет Семей». Казахстан

Актуальность. Современный учебный процесс в медицинском университете предусматривает использование онлайн-технологий как студентами, так и преподавателями при подготовке к занятиям. Авторами был выполнен аналитический обзор онлайн курсов медико-биологической направленности на российских образовательных платформах Лекториум, Sechenov.Online, Stepik с поиском курсов по микробиологии, материалов по отдельным темам рабочей программы.

Цель исследования: внедрение в процесс преподавания на кафедре микробиологии онлайн курсов и интернет ресурсов, содержащих информацию о патогенных агентах вирусной, микробной и грибковой природы с учетом периодического перевода студентов на дистанционное обучение в связи с неблагоприятной обстановкой по COVID-19.

Материалы исследования: курсы по фармакологии на платформах Лекториум, Sechenov.Online и Stepik, электронные методические пособия по антибиотикотерапии на ресурсе antibiotic.ru

Методы исследования: ручная выборка или поиск с помощью фильтра курсов медико-биологического направления на платформах Лекториум, Sechenov.Online и Stepik, портале antibiotic.ru, анализ программ онлайн курсов

Использование онлайн курсов в процессе обучения в мировой и российской педагогической практике за последнее десятилетие стало активно применяться в университетах благодаря изменениям в нормативной базе [1, 2]. Использование онлайн курсов в образовательном процессе вуза включая возможность перезачета и переаттестации на их основе сегодня возможно на основании Закона №273 ФЗ «Об образовании» от 29.12.2012 и Приказа Минобрнауки

России № 816 от 23.08.2017 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ». Вузы при выполнении ими условий для реализации дистанционных технологий описанных в методике получили возможность рекомендовать студентам онлайн курсы на российских и зарубежных образовательных платформах [2]. В медицинских вузах традиционно преобладает смешанная форма обучения при реализации дистанционных технологий, предусматривающая реализацию большей части образовательной программы очно, и частично, отдельные лекции и семинары проводятся дистанционно в режиме онлайн через видео сервисы (Zoom, MS Teams, Blackboard) или офлайн в виде записей видеолекций, размещенных на сайте вуза [3].

Пандемия COVID-19 изменила образовательный процесс и в медицинских вузах, потребовав перехода на ДО в кратчайшие сроки, что повлекло и срочную разработку собственных ЭОР и обращения к материалам курсов на образовательных платформах, помогающим освоению студентами тем дисциплин при самостоятельной работе [4, 5]. Поиск материалов по микробиологии в виде онлайн курсов осуществлен для возможного применения их студентами 2-го курса Термезского филиала Ташкентской медицинской академии лечебного и педиатрического факультетов и студентами групп совместных образовательных программ 3+3 с Россией. Онлайн курсы по микробиологии планировалось использовать именно как дополнение, так как нормативная база Узбекистана не предусматривает перезачета или переквалификации при их успешном прохождении с получением электронного сертификата. Поиск онлайн курсов был осуществлен на двух независимых российских образовательных платформах: Лекториум и Stepik и общедоступном электронном ресурсе Sechenov.Online, разработчик Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова. Поиск справочников по антибиотикотерапии был осуществлен на портале antibiotic.ru. На платформе Лекториум в ходе поиска тематики по микробиологии, вирусологии было найдено 22 курса 4-х направлений, входящих в учебный план медицинских вузов: химия, информатика, гуманитарные дисциплины, клиническая медицина, курсов по микробиологии, вирусологии не найдено. Каталог образовательной платформы «Stepik» содержит 700 курсов, поиск был произведен по рубрике «Биология и медицина» включающей 29 онлайн курсов из которых была сделана ручная выборка курсов микробиологической и иммунологической тематики (Таблица 1).

Таблица 1. Онлайн курсы рубрики «Медицина и биология»

	Онлайн курс	Автор/разработчик
1.	Введение в иммунологию	Ирина Янкелевич, к.б.н., директор НОЦ молекулярных и клеточных технологий ФГБОУ ВО СПбХФУ
2.	Вакцинопрофилактика	СибГМУ, Томск

Из 29 онлайн курсов медико-биологической тематики только два курса отвечает задаче поиска, «Введение в иммунологию» и «Вакцинопрофилактика» содержащие темы, которые входят в типовую программу по микробиологии. При успешном прохождении курса «Вакцинопрофилактика» слушателями предусмотрена выдача электронного сертификата от Stepik что облегчает контроль преподавателя за выполнением студентами самостоятельной работы. Дальнейший поиск ресурсов по вопросам антибиотикотерапии привел на портал antibiotic.ru, где в разделе библиотека расположены руководства и пособия: «Современная антимикробная химиотерапия» и «Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии». Данные материалы были рекомендованы в качестве дополнительной литературы русскоязычным студентам 2-го курса лечебного и педиатрического факультета при прохождении учебного модуля «Антибиотики» и при подготовке к экзамену по микробиологии в летнюю сессию 2023/24 учебного года. Информация о портале antibiotic.ru была передана 85 студентам. Студенты групп совместных образовательных проектов (n=25) будут сдавать экзамен по фармакологии в летнюю сессию. Большинство студентов успешно прошло авторизацию на портале antibiotic.ru, у части студентов возникли проблемы с авторизацией, связанные с тем, что одним из обязательных пунктов при регистрации является указание адреса электронной почты. В связи с широким использованием в Узбекистане мессенджера «Telegram» для передачи информации, вместо электронной почты в том числе и учебном процессе для общения с преподавателями ряд студентов не смогли сразу вспомнить пароль к своей почте и своевременно авторизоваться.

Выводы. Пандемия COVID-19, ограничительные противоэпидемические мероприятия вызвали необходимость использования дистанционных технологий в медицинских вузах, преподаватели которых и руководство ранее сдержанно, а в ряде случаев и негативно относившихся к этой методике. Вынужденный переход в кратчайшие сроки на ДО вызвал потребность в готовых онлайн курсах медицинской тематики, так как разработка собственных качественных ЭОР является трудоёмким процессом, требует владения информационными технологиями преподавателями, наличия хорошо развитого сайта вуза, поддержки разработок ИТ-специалистами. Анализ курсов медицинской тематики выполненный авторами на двух крупных российских образовательных платформах показал наличие онлайн курсов преимущественно из гуманитарного блока и блока естественно научных дисциплин, цель поиска, курс(ы) по микробиологии, были найден на платформе Stepik только два, разработчиком которого является Первый МГМУ им. И.М. Сеченова и СибГМУ (Томск). Информация о найденных ресурсах была передана студентам 2-го курса Термезского филиала медицинской академии как на аудиторных занятиях, так и через контактные группы в мессенджере Telegram для использования при подготовке к семинарам и к экзамену по микробиологии. В целом отмечаем что на образовательных порталах России онлайн курсы от медицинских университетов пока что редкое явление, набор тематик ограниченный. В Узбекистане высокий интерес преподавателей и студентов медицинских вузов к использованию онлайн курсов возникнет при появлении нормативных документов об методике использования дистанционных технологий от Министерства высшего и среднего образования РУ.

Список литературы

1. Никитина, И. Л. Изучение общей фармакологии в высшей школе: роль альтернативных технологий / И. Л. Никитина, О. А. Иванова, Е. К. Алехин // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3. – С. 292.

2. Эккерт Н. В. Проблемы развития Российской законодательной базы и нормативно-правового регулирования в области дистанционных образовательных технологий в системе высшего медицинского образования / Н. В. Эккерт, Н. В. Алламьярова, А. С. Гараева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 1(47). – С. 10.
3. Полякова О.В., Маль Г.С., Болдина Н.В. Об эффективности применения онлайн-лекций и вебинаров при обучении фармакологии будущих педиатров // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Информатизация образования». 2018. Т. 15. № 2. С. 215—220. DOI 10.22363/2312-8631-2018-15-2-215-220
4. Калашникова О. В., Хон А. В. Актуальные проблемы обучения РКИ при полном или частичном переходе на дистанционное обучение в условиях вуза // Гуманитарный научный вестник. 2021. №2. С. 50-55. URL: <http://naukavestnik.ru/doc/2021/02/Kalashnikova.pdf>
5. Литвинова Т.М., Галузина И.И., Засова Л.В., Присяжная Н.В. Медицинское образование в России: векторы перезагрузки в условиях пандемии. Национальное здравоохранение. 2021; 2 (1): 12–20. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.1.12-20>

Љобирова Љ.М., Рахмонова Л.У., Хайров Х.С.
НОРАСОИИ ҒИЗО ДАР ЗАНҲОИ СИНИИ 40-59 СОЛАИ ВИЛОЯТИ СУҒД
 Кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Афзалият. Дар имрӯза, пешгирӣ ва табобати норасоии ғизо яке аз масъалаҳои афзалиятноки соҳаи тандурустии давлатҳои руштёбанда ва хусусан, руштёфта муайян шудааст [2, 5].

Омӯзиши норасоии ғизо (гипотрофия) дар байни аҳолии кишвар, дар доираи «Стратегияи ғизо ва фаъолияти ҷисмонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015 - 2024.» масъалаи афзалиятноки байнисоҳавии ҷумҳурӣ муайян шудааст [2].

Мақсади кори илмӣ омӯзиши норасоии ғизои занҳои синни 40-59 солаи вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон, мебошад.

Усули кори илмӣ. Омӯзиши норасоии ғизо дар байни 389 занҳо бо истифодаи барномаи компютери «Tj_RCN 2» [3] гузаронида шуд.

Вазни бадан бо вазнченкунаки “Seca” бо аниқии то $\pm 0,1$ кг ва дарозии бадан бо қадченкунаки истехсоли Англия, ки аз тарафи Ташкилоти Умумиҷаҳонӣ Тандурустӣ барраси гардидааст, тибқи таснифи умумиҷаҳонӣ дар асоси муайян намудани индекси вазни бадани ва таҳлили оморӣ тавассути барномаи “Tj_AssNut” амалӣ гардид [5].

Натиҷаи тадқиқот. Натиҷаи кори илмӣ оид ба инкишофи фаъолияти ҷисмонии занҳои 40-59 солаи вилояти Суғд муайян намуд, ки синну соли миёна, вазн ва дарозии қадӣ озмоишшудагон 51,4 сола, 74,6 кг ва 162,7 см-ро, мутаносибан, ташкил менамояд.

32,39% занҳо статуси ғизои меъёрӣ (ИВБ 18,50 - 24,99) доранд. Норасоии сафедаю неру (ИВБ <18,49) дар байни онҳо 2,31%-ро ташкил менамояд (ҳамаи онҳо дорои норасоии сафедаю неруи дараҷаи сабук мебошанд). Ин нишондод нисбат ба занҳои ш. Душанбе ва НТҚ пасттар аст [4].

Зикр намудан ба маврид аст, ки тибқи натиҷаи корҳои илмӣ тадқиқотии Guigoz Y. (2002), норасоии сафедаю неру дар гурӯҳҳои аҳоли аз 1 то 5% ташкил медиҳад.

Муайян шудааст, ки вояи ғизои дорои миқдори ками сафеда дар кӯдакон, дар баробари пастрофтани инкишофи қад, миқдори сафедаи зардобаи хунро паст намуда, сабаби баланравии нишондоди инкишофи ҳосилшавии сафеда ва фаъолияти як қатор ферментҳо мегардад. Ин дар навбати худ, ба авҷгирии бемориҳо мусоидат ва сифати зиндагии аҳоли таъсир мерасонад [2].

Тибқи маълумотҳои илмӣ, патогенези норасоии сафедаю неру ба пуррагӣ омӯзиш нашудааст, аммо вайроншавии мубодилаи моддаҳо бо камшудани захираи ҷарбу карбогидратҳо ва катаболизму камҳосилшавии сафедаҳо дар организм оварда мерасонад. Дар баробари ин, масуняти организм паст мешавад, ки ба инкишофи бемориҳои сироятиро ғайрисироятӣ (инчунин, гипотрофия) мусоидат менамояд [4, 5].

Бо дарназардошти таъсири норасоии сафедаю неру ба организм, омӯзиши омилҳои ғизои (ва дигар сабабҳо)-и инкишофи гипотрофия дар байни аҳолии вилояти Суғд, тавсия дода мешавад.

Хулосаҳо

Омӯзиши статуси ғизои занҳои синну соли 40-59 солаи вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян намуд, ки:

- 2,31%-шон дорои норасоии сафедаю неруи (дар занҳои ш.Душанбе 3,07%) дараҷаи сабук;
- 32,39%-шон ҳолати ғизои меъёрӣ доранд.

Бо дарназардошти таъсири норасоии сафедаю неру ба организм, омӯзиши омилҳои ғизои (ва дигар сабабҳо)-и инкишофи норасоии сафедаю неру дар байни аҳолии вилояти Суғд, тавсия мешавад.

Номгӯии адабиётҳо

1. Недостаточность питания в практике педиатра: дифференциальная диагностика и возможности нутритивной поддержки / И.Н. Захарова [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – № 2. – С. 200–208.
2. «Стратегии питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015 - 2024 гг.». – Душанбе. – 2014. – № 808.
3. Хайров Х.С. “Компьютерная информационная база”, № государственной регистрации 2201700350 от 3 мая 2017 года. – Душанбе. – 2017.

4. Фарбехӣ дар байни мардҳои синну соли 40-59 солаи шаҳри Душанбе ва НТҶ. Хайров Х.С., Шарипов С.Ф., // Научно-практический журнал «Авҷи Зухал» №3 (44) 2021. – Душанбе – 2021. – С. 30 – 34.

5. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008, 47 p.

Чоршанбезода М.Ч.

ВОЛЯ НАРОДА КАК РЕШАЮЩИЙ ФАКТОР СОЗДАНИЯ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.

Институт философии, политологии и права им. А. Баховаддинова НАНТ

Развития партийной системы в любом правовом государстве непосредственно отражает волю народа, поскольку именно народ является источником формирования отдельных партий и движений и только от воли народа зависит полномочное участие партии в политической системе страны. Само понятие «воля» обозначает способность народа по отношению к выбору, необходимым для выражения его интереса. Однако воля не всегда отражает сознательное действие, главное в волевом акте заключается осознание ценностной характеристики действия и его соответствие принципам и нормам человека и общества. Волевой фактор выбора одной из политических движений, отражает личное действие в котором отражается политическая позиция направленная на изменение, поддержки или влияния требующего от человека определённого действия с требованием к самому себе - «я должен» [4]. Осуществляя своё волевое действие, человек отказывается от своих потребностей, желаний и тем самым заменяет действие «я хочу», на «я должен», тем самым давая ответ на вызов времени. Воля каждого отдельного человека в целом составляет волю народа, который закреплён в статье 6 Конституции Республики Таджикистана. В данной статье в частности сказано следующее: «В Таджикистане народ является носителем суверенитета и единственным источником государственной власти, которую осуществляет непосредственно или через своих представителей. Высшим непосредственным выражением власти народа являются общенародный референдум и выборы. Народ Таджикистана составляют граждане Таджикистана, независимо от национальности. Ни одно общественное объединение, политическая партия, группа людей или отдельная личность не вправе узурпировать государственную власть. Узурпация власти или присвоение её полномочий запрещается. Право выступать от имени всего народа Таджикистана принадлежит только Президенту, Маджлисимилли и Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан на их совместном заседании». Как видим воля народа составляет основу государственности и закон запрещает узурпировать государственную власть. Таким образом, воля народа остаётся важным и определяющим фактором организации политической власти.

При этом центром политической системы в современном обществе является парламент в котором отражается борьба политических сил общества. Воля народа в этом случае представлена рядовыми членами партии. Однако в некоторых странах, часть парламентарии из числа партийных выражают как волю партийных руководителей, так и своих избирателей. Это означает, то, что избирателями управляют партийные функционеры которые в свою очередь подчиняются партийным элитам. Эти противоречия между интересами аппарата партии и воли избирателей могут привести к отторжению народа от партий. Поэтому важно сохранить общность этих интересов в рамках внутрипартийной и общественно-политической борьбе. Для этого между партийными фракциями, избирателями, аппаратом партии, её руководством систематически проводятся политические консультации, в ходе которых обсуждаются вопросы политики фракции и определяются линии политической борьбы в парламенте. Практика показывает, что реализации воли народа в парламенте зависит от большинства депутатов той или иной партии, которая необходима для принятия решений. Именно для этого правящие элиты стараются иметь большинство мест в парламенте, чтобы не допустить застоя в реализации своей политики. Так называемая «дискуссия» и напряжённость внутри парламента может очень быстро влиять на настроения масс, что может привести к нарушению демократических принципов в политической борьбе. В таких ситуациях партия превращается в уличную организацию или «оружие в борьбе за власть» [2]. При этом воля народа принимает неопределённость и оно попадает под влияние толпы, которая поглощает волю человека. Таким путём политическая система теряет регулирующих механизмов и начинает вырабатывать ответные реакции на поступающие от среды импульсы. Алмонд Г. ввел понятие роли, от которой зависит содержание формальных и неформальных действий воли человека, вырабатывающих политическую культуру в обществе. Именно политическая культура по Алмонду, и является интегрирующим началом общества [1].

По мнению некоторых исследователей, воля человека все таки зависит от его материальных потребностей. Низкий уровень жизни усиливает конфликты в обществе, с которых, как правило, начинаются любая революция. Социальная напряжённость в этой связи является возможностью политически эффективно направить недовольство властью в нужную для политических сил сторону [5]. В ситуации напряжённости, хаоса и беспорядка и на некоторое время и после этого – в восстановительный период, институт парламентаризма теряет свою значимость в период поскольку работа парламента несовместима с давлением извне. Так например в РТ ситуация после гражданской войны требовало порядка и поэтому народ пожелал жесткое управление со стороны главы государства. Как показывает практика, партийно-фракционные элементы ослабляют роль парламента при усилении активности правительств и иных органов исполнительной власти. Влияние политических партий на всю систему государственного управления в целом сопровождается ослаблением их представительной функции и отхода их политики от воли народа [3].

Таким образом, бюрократические и политические противоборства партий, приводит к тому, что партии отказываются от своих предвыборных программ, в которых они отражали интересы избирателей, поскольку воля народа для них уступает личным и внутрипартийным интересам. Широкое представительство политических партий в парламенте с одной стороны показывает плюрализм общественного мнения и практика политических свобод, но с другой стороны, в демократических режимах партии все чаще рассматриваются не как помощники, а как препятствия для строительства эффективного выражения воли народа [3]. Они могут препятствовать реализации программ правящей партии.

Исследование показало, что создание партий не всегда связано с волей народа и интересами избирателей. Оно в большей степени вызвано интересами группы политиков, которые используют политическую партию в своих личных целях. Авторитет народа уступает благодаря авторитету аппарата и бюрократической системе, примером которого может стать действия партийных функционеров советского периода. Поэтому очень важно чтобы власть элиты было связано с волей народа, не создавая при этом систему бюрократического аппарата, которая может оторгнуть партии от воли народа. Возникающий дисбаланс между интересами элиты, народа, партии и бюрократическим аппаратом является формой разрушения политической системы общества. Воля народа как решающий фактор создания политической системы является бесспорным фактом, но также оно носить в себе различные проблемные вопросы связанные с формами отражения воли народа и его место в механизме формирования политической системы государства. Воля человека и народа в целом отражает ценностные характеристики действия человека и его стремление внести свой вклад в изменение существующего общества, что подтверждается категориями человеческой воли.

Список литературы.

1. Воскресенский А. Д. Сравнительный анализ политических систем, политических культур и процессов на Востоке: общие закономерности и специфика их региональной трансформации.- [www.http://Литрес.py.Режим](http://Литрес.py.Режим) доступа 3 августа 2020.-212 с.
2. Логвинова Т.Г., Семичевский М.А. Хрестоматия по истории КПСС.-М., 1967.- 423 с.
3. Петухова Н.В. Парламентский контроль в системе народного представительства Российской Федерации, автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук.- Москва – 2017 <http://www.msal.ru/content/obuniversitete/sovety/2017-> 120 с.
4. Политическая Социология. Под общей редакцией доктора политических наук, профессора В.К. Мокшина, доктора исторических наук, профессора С.И. Шубина часть 1 Власть и гражданское Общество Архангельск 2014.- 278 с.
5. Макс Вебер Избранные произведения, Социология Макса Вебера.- Royallib.ru.-Режим доступа: 5 августа 2020.- 450 с.

Чоршанбезода М.Ч.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНСТИТУТА ПАРЛАМЕНТАРИЗМА ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Институт философии, политологии и права им. А. Баховаддинова НАНТ

Исследование института парламентаризма и ее основных историко-политических этапов деятельности во всех взаимосвязанностях с другими явлениями политической жизни показывает что оно занимает важное место в политической науке Таджикистана. Огромный поток литературы по исследованию вопроса деятельности института парламентаризма, ставило перед исследованием проблему – выявление критерий эффективности реализации власти парламента в различных государствах как на постсоветском пространстве, так и в странах с развитыми политическими институтами Запада, с сравнительным анализом власти парламента с другими ветвями власти в различных формах правления[1].

Однако как показывает практика, четкое распределение законодательной и исполнительной функций власти при привилегированном положении парламента нарушает баланс власти и управления в государстве. Как выборный и представительный орган власти, парламент осуществляет контроль над правительством и таким образом обеспечить сдерживание произвола исполнительной власти. С другой стороны, умаление роли парламента, сужение его компетенции и нарушение парламентской демократии также грозит обществу переходом к авторитарным и олигархическим методам правления. Исполнительная власть в современных государствах требует более оперативного законодательства со стороны парламента, но доминирующие позиции парламента в принятии законов привело к тому, что обсуждение проектов и различных аспектов политики исполнительной власти в парламенте носит формальный характер и затягивается искусственно в интересах давления парламента на правительства. Таким образом, обеспечить поддержку правительства со стороны парламентского большинства является основным критерием реализации предвыборных программ исполнительного органа в лице исполнительной власти.

Также парламентаризм как фундаментальное звено современного государственного устройства является предметом не только политической науки но и в целом системы социальных и гуманитарных наук. Исходя из этого, институт парламентаризма и формы ее реализации рассматриваются учеными с различных точек зрения, что позволило определить вариативный синтез исследования данного института власти. Парламентаризм в качестве института власти, отражается в форме правления, в государственной власти, в качестве политического механизма для осуществления власти, какнародное представительство и гарант законодательства. Деятельность института парламентаризма в основном исследовано по методу анахронизма с опорой на анализ политических событий разных периодов истории данного института и отдельных аспектов теории разделения власти и ее реализации. Вопрос деятельности парламента рассматривалось учеными в совокупности с другими институтами власти, что позволяет провести сравнительный анализ деятельности каждой ветви власти.

Теоретическое исследование института парламентаризма, показывает первенство европейской политической мысли в становление и развитие института парламентаризма. Рассматривая эмпирические закономерности и опыт парламентской деятельности, можно утверждать что данный институт позволяет сохранить представительство народа в структурах власти и поэтому исследование его структурно-функциональной особенности требует более глубокого сравнительного анализа.

Опыт становления института парламентаризма показывает, что власть толпы и хаос как критерия действия не имеет поддержку в обществе, поскольку оно не отражает современную политическую культуру общества Таджикистана. Представители народапрежде всего выражают волю избирателей и этот элемент доказывает демократичность

образования структур власти в Таджикистане. Комитеты и комиссии парламента обеспечивают всю деятельность парламента и составляют его властную структуру управления. Немаловажным фактором является и функция контроля со стороны комитетов и комиссий парламента. Парламентский контроль над исполнением бюджета, финансами, военными ведомствами составляют ключевые позиции деятельности парламентских комитетов. Контроль со стороны парламентских комитетов и комиссий может привести к спору и к конфликтам между ветвями власти и поэтому необходимо наладить более сложный и профессиональный механизм реализации деятельности парламентских комитетов. Парламент также способствует повышению уровня политической культуры общества, поскольку увеличивает плюрализма и свободы выражения мнения в политическом сообществе развивает степень политической культуры и политического сознания населения. Исследования деятельности института парламентаризма показывает, что создание партий экстремистского характера вызвано волюнтаризмом и элитаризмом отдельных политиков, которые используют политическую партию в своих личных целях [2]. Существуют партии, которые создаются по указанию из-за рубежа и эти партии выражают интересы зарубежных покровителей, действия которых направлены на дестабилизацию ситуации в стране [4].

Вступившие на путь парламентаризма в начале 90-х годов XX-го века, страны постсоветского пространства все еще не обладают тем опытом, которую накопили европейские страны за свою 500-летнюю историю. В странах СНГ структурно-функциональными свойствами парламентов отличается по форме реализации принципа сдержек и противовеса. Также существуют отличия по количеству палат и по количеству депутатских мандатов. Как атрибуты современного демократического государства важно обеспечение доступа граждан к информации о деятельности государственных органов, вовлечение населения через открытые каналы коммуникации в процессы выработки и реализации решений органами публичной власти.

Сегодня в Республике Таджикистан, статус и политическая позиция народного депутата охватывает его политическую активность а власть народа проявляется посредством деятельности члена Маджлисимилли и депутата Маджлисиномайнадагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан [5]. Член Маджлисимилли и депутат Маджлисиномайнадагон обладает властью, для того чтобы защитить интересы избирателей. Парламентаризм является эволюционным процессом за основу которого стоит принцип разделения властей – на законодательную, исполнительную и судебную властей. Каждая из указанных ветвей власти по идее сдерживает другую и в то же время является противовесом для перевеса власти. Но на практике исполнительная власть преобладает над судебной властью, что нарушает баланс законности в структурах государственных органов власти. Нарушение баланса сдержек и противовесов нарушает верховенства закона и соответственно снижает влияние института парламентаризма в обществе. Эволюция института парламентаризма заключается в переход законодательной власти от старой системы в форме Верховного совета в новый постоянно действующий двухпалатный парламент [3].

Деятельность постоянно действующего парламентского института коренным образом изменило характер законотворческой деятельности парламента и качественно повысило содержание изданных законов. Тем самым феномен постоянного парламента поднял на новый уровень авторитет парламентской власти и доверие в обществе. Так если в 90-е годы было сильным влияние власти и свобода волеизъявления электората ставилось под сомнение, то в 2000-годы представительство разных партий и движений на выборах обеспечивалось не только законом, но и наблюдательной миссией международного сообщества, что обеспечило свободу и прозрачность процесса голосования на выборах в парламент Таджикистана.

Исследование выявило формы парламентского контроля и влияния на другие государственные органы, в контексте функционирования механизма законотворчества и исполнения закона, что является приоритетным направлением деятельности института парламентаризма. Исследования также выявило междисциплинарный характер в исследовании данного вопроса, которые содержали концептуальные идеи института парламентаризма с различных точек зрения.

Список литературы.

1. Воскресенский А. Д. Сравнительный анализ политических систем, политических культур и процессов на Востоке: общие закономерности и специфика их региональной трансформации.- [www.http://Литрес.ру](http://Литрес.ру), Режим доступа 3 августа 2020.- 212 с.
2. Мухиддинова С.М. Деятельность Общественного совета Республики Таджикистан по достижению национального согласия и развитию гражданского общества в период государственной независимости диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук Специальность: 07.00.02- Отечественная история.- Душанбе – 2020.- 167 с.
3. Проблемы партийного и государственного строительства, отв. Ред. Керимов Д.А. – М.1981.-229 с.
4. Урунов Р.А. Политическая элита Таджикистана на современном этапе, специальность, 23.00.02 – политические институты, процессы и технологии, автореф. диссертации на соискание ученой степени кандидата политических наук.- Москва -2011.- 27 с.
5. Холмуродова М.Б. История процесса примирения таджиков периода гражданской войны 1991-2001 гг. (на тадж.яз.).-дисс. На получение степени доктора философии (PhD), по спец. История 6D020300, Душанбе 2020.- 178 с.

Чумъаев Мехроб

БАЪЗЕ МУШКИЛОТИ ИСТИЛОҲ ДАР ШАРОИТИ ИМРӯЗАИ ТАШАККУЛИ ЗАБОНИ ТОҶИКӢ

Кафедраи услубиносии ва таҳрири адабии ДМТ.

Мухиммият. Забон ҳамчун ходисаи ҷамъиятӣ доимо дар ташаккулу таҳаввул мебошад, яъне он

баробари чамъият пеш меравад, тараққӣ мекунад, ривочу равнақ меёбад. Агар забон баробари чамъият инкишоф наёбад, вазифаи чамъиятии худ – муносибати фикрии байни одамонро иҷро карда наметавонад. Забони тоҷикӣ низ асрҳо боз чунин вазифаи чамъиятиашро иҷро карда меояд. Дар муддати мавҷудияти худ ин забон марҳилаҳои гуногунро аз сар гузаронида, борҳо аз санҷишу имтиҳони таърихӣ гузашта, ташаккулу таҳаввул ёфтааст. Маҳз заҳмату ҷонфидоихои бедареғу қорнамоиҳои бемонанди соҳибзабонон буд, ки он роҳи ниҳоят пурқоҳеаи таърихиро паси сар карда, бо захираи бою рангини луғавӣ, таъбироти зебою дилиншин ва сохтори пуриқтидори синтаксисӣ ба мо мерос монда, то ба имрӯз вазифаи чамъиятиашро иҷро менамояд. Бо ин забон дар гузашта осори безаволи илмиву адабӣ таълиф гардидааст. Аз ин рӯ, истилоҳот ва ташаккулу тақомули он ба ин қараён алоқамандӣ дорад.

Метод ва маводи таҳқиқ. Маводи таҳқиқ забони васоити ахбори омма интиҳоб гардида, аз методҳои маъмул таҳлилӣ, муқоисавӣ истифода шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар давоми ҳазор соли охир ду шоҳи услубии забони тоҷикӣ – шоҳҳои услуби гуфтугӯӣ ва услуби китобӣ ҷаттии он ташаккул ёфт. Аз ҷор навъи услуби китобӣ се нави он – яъне услубҳои илмӣ, бадеӣ ва корғузори расмӣ дар ин забон ниҳоят роиҷ буд. Бо пайдоиши матбуоти миллий дар аввали асри XX ва ба вучуд омадани системаи воситаҳои ахбори оммаи миллий дар солҳои сиюми ҳамин садсола ва баъди он навъи услуби публитсистӣ ҷузъномаи ғайриҷамъиятӣ шуда, ҷамъиятӣ шуд. Бо вучуд ин дар солҳои ҳокимияти шӯравӣ сиёсати давру замон ба пешрафту ташаккули забони тоҷикӣ монеаҳо ба вучуд меовард. Дар қисми зиёди муассисаҳои давлатӣ ҳуҷҷатнигорӣ бо забони русӣ сурат мегирифт. Таҳқиқи баъзе аз илмҳои иҷтимоӣ, аз ҷумла забону адабиёт ва таъриху фалсафа бо забони тоҷикӣ сурат гирифта, истилоҳоти ин илмҳо то андозае сайқал ёфта бошанд ҳам, аммо дар ҷодаи илмҳои табиӣ ва дақиқ таҳқиқоти илмӣ асосан бо забони русӣ сурат мегирифт, ки ин боиси шакл нагирифтани истилоҳоти илмҳои табиӣю дақиқ дар забони тоҷикӣ гардид. Ҷамъунин дар ин давра аксар китобҳои дарсӣ аз забони русӣ ба тоҷикӣ баргардонда мешуданд ва зимни тарҷумани онҳо имконоти луғавию грамматикӣ забони тоҷикӣ пурра ба назар гирифта намешуд ва, аз тарафи дигар, ин низ ба ташаккули истилоҳоти илмӣ дар заминаи захираҳои луғавию забони модарии мо монеъ мегардид, яъне дар ин давра услуби илмӣ забони тоҷикӣ, ба тавре ки мебоист, ташаккул наёфт.

Мутаассифона, ҳарчанд пас аз соҳибистиқлол гардидани Ҷумҳурии Тоҷикистон барои бартараф кардани ин нуқсон шароити мусоид фароҳам омад, вале то ҳанӯз офаридан ва ба низом даровардани системаи истилоҳот, махсусан истилоҳоти илмҳои табиӣ ва дақиқ дар ҳолати на он қадар хуб қарор дорад. Ҳарчанд солҳои охир баъзе истилоҳоти шоистаи қадимӣ, ки як муддат фаромӯш ҷе нофарӯш шуда буданд, аз нав эҳё гардида умри дубора мебинанд, вале дар маҷмӯъ барои ба таври бояду шояд ташаккул ёфтани истилоҳоти илмҳои табиӣ ва дақиқ аз имконоти захираҳои забони тоҷикӣ пурра истифода бурда намешавад. Албатта, барои рафъи ин камбудӣ солиҷи зиёд лозим аст ва олимону донишмандони тоҷикро низ лозим меояд, ки дар ин ҷода кӯшишу заҳмати бештар дошта бошанд.

Дар забонҳое, ки истилоҳоти илму фанҳои мухталиф ташаккул ёфтаанд, ҳар як мафҳум бо як калима ном бурда мешавад, яъне мафҳуми илмӣ бо калимаи мушаххас ба таври дақиқ баён карда мешавад ва аз тарафи тамоми мутахассисон як хел фаҳмида мешавад. Агар як мафҳуми илмӣ бо ду ва ё зиёда калима ном бурда шавад, аз як тараф, боиси дақиқ ифода наёфтани мафҳуми мавриди назар гардида, аз тарафи дигар, аз нобасомониву номураттабӣ ва ба таври зарурӣ ташаккул наёфтани истилоҳот дарак медиҳад. Мутаассифона, чунин нобасомонӣ имрӯз дар забони тоҷикӣ вучуд дорад. Ҳамин аст, ки бисёр донишдӯзону муҳаққиқони риштаи илмҳои табиӣю дақиқ бо забони русӣ таҳсил кардан ва бо ин забон таҳқиқи илмӣ анҷом доданро авло меҳисобанд.

Ҳарчанд забони тоҷикӣ, махсусан, пас аз мақоми давлатӣ гирифтаниш ва соҳибистиқлол гардидани Тоҷикистон, ба марҳилаи нави рушду тақомул ворид гардиду ба шарофати соҳибистиқлолӣ ба масъалаҳои тозагии забони тоҷикӣ, тақомул бахшидан ба нерӯи истилоҳсозии он таваҷҷуҳ дучанд гардид, солҳои охир дар мавриди интиҳоби истилоҳ баъзе тамоюлҳои номатлуб ба назар мерасанд.

Яке аз чунин тамоюлҳои манфӣ худсарона иваз намудани калимаи иқтибосии русиву аврупоии дар забон ҳазмгардида бо калимаи аслии тоҷикӣ мебошад, ки чунин маъноро дода наметавонад. Масалан, солҳои охир дар муассисаҳои таҳсилоти олӣ ва миёнаи касбӣ ба ҷойи истилоҳи «курс», калимаи аслии «*бахш*» истифода мешавад, яъне ба ҷойи ибораҳои «*донишҷӯии курси якум*», «*донишҷӯии курси дуум*» «*донишҷӯии бахши якум*», «*донишҷӯии бахши дуум*» мегӯянд. Саволе ба миён меояд, ки оё калимаи аслии «*бахш*» бори маъноеро, ки истилоҳи «курс» медиҳад, кашида метавонад?

Ҳаминро гуфтан ҷои аст, ки вожаи аслан тоҷикии «*бахш*» ҳеҷ гоҳ маънои калимаи иқтибосии «курс»-ро ифода карда наметавонад. Барои исботи ин ба сарчашмаҳои мурочиат мекунем. Дар «Луғати калимаҳои хориҷӣ» («Словарь иностранных слов») баромади калимаи «курс» ба феъли «*сугтеге*»-и забони латинӣ, ки маънояш «*давидан, тез ҳаракат кардан*» мебошад, нисбат дода шуда, чунин маънидод гардидааст: «курс [*лот. cursus < сугтеге* давидан, тез роҳ гаштан] 1. самти ҳаракат, роҳ (-и киштӣ, ҳавопаймо ва амсоли ин); 2. самт дар сиёсат, фаъолияти ҷамъиятӣ ва дигар навъи фаъолият, масалан, самти тараққиёти саноати вазнин; 3. ба таври систематикӣ баён ёфтани ягон илм ё қисми алоҳидаи он; 4. дараҷаи омӯзиш дар мактаби олӣ, муассисаи махсуси таҳсилоти (*курси якум, курси дуум ва амсоли ин*); 5. даври баанҷомрасидани муолиҷа, амалиёти муолиҷавӣ (*курси муолиҷа*); 6. дар кишварҳои капиталистӣ – нархе, ки бо он аксияҳо, облигатсияҳо ва дигар қоғазҳои қиматнок харидаву фурӯхта мешаванд; *курс валют* (шифохӣ *курси вексел*) – арзиши воҳиди пули ягон кишвар, ки бо воҳиди пули кишварҳои дигар ифода ёфтааст» [5, с. 267]. Чунон ки аз шарҳу маънидоди луғатҳои бармеояд, калимаи курс ба маъноҳои «*таҳсил*; ба таври систематикӣ баён ёфтани ягон илм ё қисми алоҳидаи он (*курси лексия*); дараҷаи омӯзиш дар мактаби олӣ, муассисаи махсуси таҳсилоти (*курси якум, курси дуум ва амсоли ин*), даври таҳсил дар мактаби олӣ, миёнаи касбӣ ва ғайра» ҳамчун истилоҳи соҳаи маориф маъмул мебошад.

Калимаи аслии тоҷикии «*бахш*» дар ду фарҳанги муътамад – «Фарҳанги забони тоҷикӣ» ва «Фарҳанги

тафсирии забони тоҷикӣ» ҳамчун «1. асоси замони ҳозираи феъли **бахшидан**; 2. чузъи пасини калимаҳои мураккаб ба маъни бахшидашуда: **худобахш, гахворабахш...**», инчунин «1. қисм, ҳисса; шувба боб; 2. ато, инъом, ҳада, тухфа, бахшиш; насиба; 3. истеъдод, ҳунар, қобилият» маънидод шудааст [6, с. 160; 8, с. 154]. Тарҷумаи ин калима, ки дар «Лугати тоҷикӣ-русӣ» ва «Фарҳанги тоҷикӣ ба русӣ» оварда шудааст, асосан ба маъноҳои дар «Фарҳанги забони тоҷикӣ» ва «Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ» ҷойдодашуда мувофиқат мекунад. Аз ҷумла он дар «Лугати тоҷикӣ-русӣ»-и соли 1954 нашргардида чунин тарҷума шудааст: «**бахш**. 1. основа настоящего время глагола **бахшидан**; во второй части сложных слов **дающий, одаряющий, прощающий**, например: **ҷонбахш** дающий жизнь; **гуноҳбахш** прощающий вину, грех; прощающий», «**бахш**. 1. часть, доля; 2. жребий; судьба» [4, с. 51].

Чунон ки аз муқоисаи маънои дар луғатҳо ҷойдоштаи калимаҳои иқтибосии «**курс**» ва аслии «**бахш**» бармеояд, калимаи аслии «**бахш**» тобишҳои маъноии «**тахсил**; ба таври систематикӣ баён ёфтани ягон илм ё қисми алоҳидани он (**курси лексия**); дараҷаи омӯзиш дар мактаби олӣ, муассисаи махсуси таҳсилоти (**курси яқум, курси дуҷум ва амсоли ин**), даври таҳсил дар мактаби олӣ, миёнаи касбӣ ва ғайра»-ро дода наметавонад ва ба таври сунъӣ ба сари ин калима бор кардани чунин сарбории маънӣ ҳам аз рӯйи инсоф нест. Сониян, калимаи «**курс**» ба маънои дар боло зикршуда қариб сад сол боз дар забони тоҷикӣ истифода мешаваду бо ин маънояш ба ҳама соҳибони забон фаҳмо мебошад. Он дар забони тоҷикӣ ҳазм гардидааст ва мувофиқи қонуну қоидаҳои калимасозии забони тоҷикӣ бо унсурҳои ин забон, аз ҷумла бо пасванди **-й** ва пешванди **-ҳам** калима месозад: **курсӣ (кори курсӣ)**, **ҳамкурс**. Солисан, фарз кардем, ба таври сунъӣ ба калимаи аслии «**бахш**» тобишҳои маъноии «**тахсил**; ба таври систематикӣ баён ёфтани ягон илм ё қисми алоҳидани он (**курси лексия**); дараҷаи омӯзиш дар мактаби олӣ, муассисаи махсуси таҳсилоти (**курси яқум, курси дуҷум ва амсоли ин**), даври таҳсил дар мактаби олӣ, миёнаи касбӣ ва ғайра»-ро бор кардем. Оё бо ҳамин проблема ҳал мешавад? Оё ба ҷойи ибораи «**кори курсӣ**» «**кори бахшӣ**» гуфта метавонем. Ё калимаи сохтаи «**ҳамкурс**»-ро «**ҳамбахш**» гуфтан мумкин аст? Ба ақидаи мо ҳаргиз не!!!

Чунон ки мебинем, ҳарчанд калимаи иқтибосии «**курс**»-ро бо калимаи аслии тоҷикии «**бахш**» иваз намоем ҳам, он дар забони тоҷикӣ дар таркиби калимаҳои сохтаи «**курсӣ**» (**кори курсӣ**) ва «**ҳамкурс**» боқӣ мемонад, зеро ба ҷойи «**кори курсӣ**» ва «**кори бахшӣ**» гуфтан ё «**ҳамкурс**»-ро «**ҳамбахш**» номидан на ин ки ғайриимкон, балки як андоза хандаовар аст. Аз ин рӯ ҳангоми як калима ё истилоҳи иқтибосиро бо калимаи тоҷикӣ иваз намудан, на танҳо доираи маънову тобишҳои маъноӣ, балки имконоти калимаву иборасозии он бояд ба назар гирифта шавад.

Проблемаву мушкилоти истилоҳот дар тамоми забонҳои дунё, ҳатто дар забонҳои аз ҷиҳати илмӣ пешрафта низ вучуд дорад, аммо, ба ақидаи мо, ҳангоме ки сухан дар бораи истилоҳ меравад, як меёриро ба назар гирифтани лозим меояд. Чунон ки маълум аст, истилоҳ калима ё ибораст, ки махсуси ин ё он соҳаи илму фан мебошад. Ба ибораи дигар, ба истилоҳ, пеш аз ҳама, мутахассиси ин ё он соҳаи илму фан сари кор дорад. Аз ин рӯ шарт нест, ки мардуми авом ба маънои истилоҳ сарфаҳм равад. Аз тарафи дигар, дар дунё чунин забоне вучуд надорад, ки тамоми предмету ҳодисаҳо ва мафҳуму аломатҳо ва амалҳоро бо калимаҳои худӣ ифода карда тавонад. Аз ин рӯ, ҳангоми интиҳоби истилоҳ ба забонҳои дигар, аз ҷумла ба он забоне, ки истилоҳ аз он сарчашма гирифтааст, муроҷиат намудан ногузир мебошад. Аз ҳамин сабаб пурра тоҷикӣ кардани истилоҳоти тамоми соҳаҳои илму фан, аз ҷумла истилоҳоти соҳаи илмҳои табиӣ дақиқ кӯшиши беҳуда мебошад, зеро на танҳо забони тоҷикӣ, балки ягон забони дунё чунин имкон надорад. Ба ақидаи шахсии мо, имрӯз забони муктадир он забоне нест, ки тамоми предмету ҳодисаҳо ва мафҳумҳоро бо калимаҳои худӣ ифода карда тавонад (чунин забон дар дунё вучуд надорад), балки забони муктадир он аст, ки калимаҳо, ба хусус истилоҳҳоро аз забонҳои дигар қабул наояд, ҳазм кунад ва бо калимаҳои худӣ ҳамгун созад. Ҳангоми интиҳоби истилоҳ на танҳо тарҷумаи он, балки қобилияти калимаву иборасозии онро ба назар гирифтани шартӣ зарурӣ мебошад.

Тамоҷули дигаре, ки дар интиҳоби истилоҳ ба назар мерасад, бо синоними тоҷикӣ иваз намудани истилоҳоти русиву аврупоӣ мебошад. Масалан, ба ҷойи **лаборатория** ба кор бурдани калимаи худии «**озмоишгоҳ**» ба ин мисол шуда метавонад. Фарз кардем, калимаи тоҷикии «**озмоишгоҳ**» ҳамон маънои «**лаборатория**»-ро дода метавонад, аммо аз вожаи «**лаборатория**» калимаву ибораҳои дигар сохта мешаванд. Ба монанди **лабораторная работа** – **кори лабораторӣ**, **лабораторное оборудование** – **таҷҳизоти лабораторӣ**, **лабораторный анализ** – **таҳлили лабораторӣ**, **лаборант** ва ғ. Магар дуруст аст, ки «**лабораторная работа**»-ро «**озмоиш**», «**кори озмоишӣ**» ё «**кори озмоишгоҳӣ**» гӯем? Ё ходими лабораторияро дар истилоҳ «**лаборант**» мегӯянд. Магар «**озмоишгар**» ин маъниро дақиқ ифода карда метавонад? Ё онро «**ходими озмоишгоҳ**» гуфтан дуруст аст? Вале маънои истилоҳии калимаи «**лаборант**» аз маънои луғавии он, ки «**ходими лаборатория**» мебошад, фарохтар аст. Дар «Лугати русӣ-тоҷикӣ» ду маънои калимаи **лаборант** оварда шудааст: «1. корманди хурди илмӣ техника; 2. ёвари профессор ё муаллим дар машғулиятҳои лабораторӣ» [4, с. 435]. Ба гумони мо истилоҳҳои «**озмоишгар**» ё «**ходими озмоишгоҳ**» чунин маъноҳои калимаи «**лаборант**»-ро ифода карда наметавонанд. Пас, аз ин бармеояд, ки агар «**лаборатория**» ҳамчун исми макон аз байн рафта, ҷойи онро калимаи «**озмоишгоҳ**» гирад ҳам, он хоҳу ноҳақ дар таркиби ибораи истилоҳи **кори лабораторӣ** ва вожаи «**лаборант**» боқӣ мемонад. Аз тарафи дигар, калимаи «**лаборатория**» дар забони тоҷикӣ собиқаи қариб 100-сола дорад. Онро на танҳо мутахассисони равияи илмҳои табиӣ дақиқ, балки тамоми мактаббачагон медонанду ба маънояш сарфаҳм мераван. Пас, чӣ ҳолат аст иваз намудани калимаи «**лаборатория**» бо «**озмоишгоҳ**».

Падидаи сеюм эҳё кардани истилоҳоти «мурда»и арабӣ мебошад. Имрӯзҳо дар соҳаи тиббу фарматсия кӯшиши иваз намудани истилоҳи «**инъексия**» бо калимаи арабии «**тазриқ**» ба назар мерасад. Ҳангоми ҷустуҷӯи маънои калимаи «**тазриқ**» мо ба чанд луғат мароҷиат намудем. Дар «Фарҳанги забони тоҷикӣ» шарҳи ин калима ҷой дода нашудааст. Дар луғати русӣ-арабӣ инъекция «**хукн, хукна**» тарҷума шудааст [2, с. 330]. Дар луғати арабӣ-русӣ низ на калимаи «**тазриқ**», балки вожаҳои «**хукн**» ва «**хукна**» ба маънои «**инъекция**» ҷой доранд [1, с. 186]. Дуруст аст, ки дар забони арабӣ феълҳои **زَقَقَ (и/у)** ва **زَقَّ** ба маъно «**халондан, фуру халондан**» истеъмол мешаванд, вале исми амали «**тазриқ**», ки аз феъли навъи дуҷум сохта шудааст, ба маънои «**инъекция**» ба назар

нарасид [1, с. 328]. Дар «Луғати русӣ-тоҷикӣ» низ инъекция *«тазриқ»* тарҷума шудааст, аммо дар ин ҷо ба истилоҳи аврупоӣ афзалият дода шудааст, яъне *«инъексия»* ба забони тоҷикӣ низ *«инъексия»* тарҷума гардида, баъдан дар паҳлуаш варианти арабии он – *«тазриқ»* оварда шудааст [4, с. 357]. Агар мулоҳиза ронем, ҳам калима *«инъексия»* ва ҳам калимаи *«тазриқ»* ба забони тоҷикӣ бегонаанд. Баромади истилоҳи *«инъексия»* латинӣ буда, ба воситаи забони русӣ ба тоҷикӣ ворид шудааст [5, с. 201], *«тазриқ»* аз арабӣ мустақиман ё шояд тавассути ҳамзабонони эронӣ ворид гардидааст, зеро он дар ҳуди забони арабӣ маънои истилоҳии *«инъексия»*-ро надорад. Ба ақидаи мо, аз байни ин ду вожаи бегона истифодаи *«инъексия»* ҳамчун истилоҳи соҳаҳои тиббу фарматсия қобили қабул аст ва бо чанд далел: якум дар аксари забонҳои дунё ҳамчун истилоҳи соҳаҳои тиббу фарматсия истифода мешавад ва дар қиёс бо калимаи *«тазриқ»* маънои он ба доираи мутахассисони ду соҳаи зикршуда фаҳмо мебошад; дуюм қобилияти калима ва иборасозии *«инъексия»* нисбат ба *«тазриқ»* зиёд аст: *«инъекционные лекарственные формы»*-ро ба забони тоҷикӣ *«шакли доруҳои инъексионӣ»* гуфтан мумкин аст, аммо *«шакли доруҳои тазриқӣ»* гуфтан имкон надорад; сеюм набояд фаромӯш кард, ки забони тоҷикӣ ба оилаи забонҳои ҳиндуаврупоӣ дохил мешаваду забони арабӣ ба оилаи забонҳои сомию ҳомӣ ва, аз тарафи дигар, сохти грамматикӣ забони тоҷикӣ аналитикӣ мебошад сохти грамматикӣ забони арабӣ флективӣ. Ба ибораи дигар, тамоми забонҳои аврупоӣ ба забони тоҷикӣ хешанду забони арабӣ бегона. Чорум, илми муосир илми аврупоӣ аст. Аз ин рӯ, ба ақидаи мо норасоии истилоҳро аз ҳисоби калимаҳои аврупоӣ пурра карда хубтару авлотар мебошад.

Ба ҳамин монанд дар соҳаи тиб ба ҷойи истилоҳи *«кардиология»* кор фармудани ибораи истилоҳи *«амрози қалб»* ва ба ҷойи *«урология»* истифодаи калимаи мураккаби *«бавлашиносӣ»* зарурате надорад, зеро аввалан барои мутахассисони соҳаи тиб ду истилоҳи аврупоӣ нисбатан фаҳмо буда, мафҳумро дақиқ ифода менамояд. Сониян ҳамзабонони эрониву афғонӣ мо низ чунин истилоҳотро дар шаклҳои *«кардиолоҷӣ»* ва *«уролоҷӣ»* кор мефармоянд. Баъзан ҳатто дар забони тоҷикӣ маънои калимаи *«амроз»*, ки шакли ҷамъӣ *«мараз»* буда, маъноаш *«бемориҳо»* мебошад, дарк карда намешавад ва бо калимаи *«бемориҳо»* яқоя кор фармуда мешавад, ки тақрори бемавқеи як маъност. Масалан, дар яке аз беморхонаҳои хусусии ноҳияи Рӯдакӣ номи шӯъба баргалам чунин оварда шудааст: *«Шӯъбаи бемориҳои амрози дохилӣ»*, ки маънои *«шӯъбаи бемориҳои бемориҳои дохилӣ»*-ро дорад. Аз афташ мутасаддиёни беморхона ба он сарфаҳм нарафтаанд, ки вожаҳои *«амроз»* ва *«бемориҳо»* як маъно доранд, танҳо яке арабӣ ва дигаре тоҷикӣ мебошад халос.

Хулоса, ҳангоми иваз истилоҳоти иқтибосӣ бо вожаҳои худӣ на ин ки маъно ва тобишҳои маъноӣ, балки имконоти калимаву иборасозии ҳар як вожаи истилоҳ бояд ба назар гирифта шавад, дар акси ҳол на танҳо проблемаи истилоҳу истилоҳгузинӣ роҳи ҳалли худро пайдо намекунад, балки нобасомонӣ системаи истилоҳоти забон бештар мешавад.

АДАБИЁТ

1. Баранов, Х. К. Арабско-русский словарь / Х. К. Баранов. – М.: Русский язык, 1985. – 994 с.
2. Борисов, В. М. Русско-арабский словарь В. М. Борисов. – М.: Сам Интеншенл, 1993. – 1120 с.
3. Луғати русӣ-тоҷикӣ. Муаллиф: С. Д. Арзуманов, Ҳ. А. Аърофӣ, М. Бейбӯдӣ ва диг. Зери таърири М. С. Осимӣ. – М.: Русский язык, 1985. – 1280 с.
4. Луғати тоҷикӣ-русӣ / Дар зери таърири М. В. Раҳимӣ ва Л. В. Успенская. – М.: Нашриёти давлатии луғатҳои хориҷӣ ва миллӣ, 1954. – 790 с.
6. Фарҳанги забони тоҷикӣ дар ду ҷилд. / Зери таърири М. Ш. Шукуров, В. А. Капранов, Р. Ёшим, Н. А. Маъсумӣ. – М.: Советская энциклопедия, 1969. – Ҷ. 1-2. – 961 с.
8. Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ дар ду ҷилд. / Тартибдиҳандагон: С. Назарзода, А. Сангинов, Р. Ёшим, Ҳ. Рауфов. – Душанбе, 2008. – Ҷ. 1-2. – 950 с.

Шаликова Л.О.

ФЕТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ И ТОПОГРАФИИ ОРГАНОВ МОЧЕВЫВЕДЕНИЯ

Кафедра анатомии человека ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Российская Федерация

Актуальность.

Аномалии развития органов мочевого выведения, в т.ч. обструкция нижних мочевых путей, занимают в структуре пренатальной патологии высокое место и требуют особого внимания к изучению в связи с высокой возможностью осложнений и риском летального исхода [1]. В подавляющем большинстве случаев они диагностируются внутриутробно при ультразвуковом исследовании плода, а в последнее время для подтверждения диагноза используется магнитно-резонансная томография [2-3]. Меняется и тактика лечения, если 20 лет назад при обнаружении подобных пороков придерживались выжидательной позиции, то сейчас проводится внутриутробная коррекция некоторых нарушений развития [4]. Для повышения диагностики и качества оказываемой помощи требуются детальные сведения по топографо-анатомическим особенностям органов мочевой системы в плодном периоде онтогенеза. Анализ литературы показал, что подробно изучены ранние стадии эмбриогенеза мочевой системы, тогда как данные по фетальному периоду, единичны.

Цель исследования - получение новых данных по анатомии и топографии мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала человека у плодов 16-22 недель пренатального онтогенеза.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено на материале 80 торсов плодов человека обоего пола, полученных при прерывании беременности по социальным показаниям, с соблюдением всех этических и деонтологических норм. Изучение проводилось в четырех возрастных группах: 16-17 недель, 18-19 недель, 20-21 и 22 недели (по 20 случаев в каждой группе)

с использованием комплекса морфологических методов: макромикроскопическое препарирование, метод распилов в трех взаимно перпендикулярных плоскостях по Н.И. Пирогову, гистотопографический метод с окраской по Ван Гизону. Вариационно-статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программ «Microsoft Word Excel 2010» и «Статистика 10».

Результаты исследования и обсуждение.

В результате проведенного исследования было установлено, что переход почечной лоханки в мочеточник в начале исследуемого периода определяется на уровне тела ThXII, тогда как к 22 неделе смещается ниже - на тело LI (в 80% случаев) или диск ThXII-LI (20%), при этом статистически достоверных различий справа и слева не наблюдается. Среднее значение длины мочеточника на 16 неделе составляет $20,2 \pm 1,5$ мм, к 22 неделе увеличивается до $28,5 \pm 1,9$ мм, при этом большая часть располагается в полости таза, что объясняется достаточно низким положением почек в данном возрастном периоде. На уровне межпозвоночного диска Lv-ScI мочеточник спереди с обеих сторон пересекает бифуркацию общей подвздошной артерии. Обращает на себя внимание и асимметрия во взаимоотношении мочеточников с внутренними подвздошными сосудами. Уровень впадения мочеточников в мочевой пузырь (МП) варьирует от тела позвонка ScII до диска ScIII- ScIV. Зияют отверстия мочеточников, так как межмочеточниковая складка выражено слабо.

Мочевой пузырь в плодном периоде располагается как в полости малого таза, так и большого. Форма и величина мочевого пузыря могут колебаться в широких пределах и зависят от степени его наполнения и срока. В 26,25% случаев наблюдается веретенообразная форма мочевого пузыря, при которой не определяется выраженный переход мочевого пузыря в мочевой проток. Грушевидная форма, при которой отмечается четкая граница между МП и мочевым протоком, встречается в 41,25% случаев, цилиндрическая форма - в 32,5 % случаев. Веретенообразная форма чаще всего встречалась в первой возрастной группе плодов.

Среднее значение высоты МП изменяется от $6,88 \pm 0,21$ в 16 недель до $15,01 \pm 0,62$ к 22 неделе. Необходимым параметром с клинической позиции для врачей МРТ-диагностики плода является высота МП над лобковым симфизом. В всех случаях большая часть мочевого пузыря находится над лобковым симфизом, в 16 недель этот параметр в среднем составляет $3,8 \pm 0,13$ мм, увеличиваясь к 22 неделе до $8,8 \pm 0,33$. Значения параметров ширины колеблются, так, аналогичные значения параметров ширины можно найти в каждой исследуемой возрастной группе, при этом минимальные значения, как правило, были зафиксированы при веретенообразной форме пузыря, тогда как максимальные - при шаровидном. Необходимо также отметить, что наибольшие значения ширины тела мочевого пузыря определяются в области верхнего края лобкового симфиза. Среднее значение данного параметра изменяется от $5,84 \pm 0,23$ мм в 16 недель до $12,87 \pm 0,51$ в 22 недели. Статистически достоверных половых различий между значениями параметров не отмечены.

Так как дно мочевого пузыря в изучаемом периоде не выражено, мочепузырный треугольник фактически располагается на задней стенке мочевого пузыря. Между отверстиями устьев мочеточников у плодов 20-22 недели развития определяется слабо выраженная межмочеточниковая складка, тогда как у плодов 16-17 недели она практически не визуализируется. Кзади от внутреннего отверстия мочеиспускательного канала располагается язычок, переходящий в гребень мочеиспускательного канала.

В стенке мочевого пузыря четко дифференцируются все оболочки, значение толщины стенки достаточно вариабельно в исследуемом периоде и зависит от степени наполнения (от 0,56 мм до 2,5 мм). Переходя с задней поверхности передней брюшной стенки, брюшина формирует поперечную складку. У плодов складка брюшины на задней поверхности мочевого пузыря образуется на 2-2,5 мм выше места впадения мочеточников.

Из особенностей скелетотопии мочевого пузыря следует отметить, что проекция верхушки мочевого пузыря варьировала от верхнего края тела LV до диска ScII - ScIII, тогда как проекция шейки отличалась большей стабильностью (от нижнего края ScIII до нижнего края ScIV). Место вхождения мочеточников в мочевой пузырь располагается на уровне от верхнего края ScII до тела ScIII.. В области шейки мочевого пузыря позади лобкового симфиза определяется предпузырное пространство. В исследуемом периоде отмечается наличие крупных пупочных артерий, прилежающих латерально на протяжении верхней половины тела МП, к задней поверхности верхушки и верхней половины тела прилежат петли тонкой кишки и сигмовидная кишка. Синтопия мочевого пузыря в полости мужского и женского таза также обусловлена возрастными особенностями половых органов таза.

В исследуемый период мочеиспускательный канал сужен в переднезаднем направлении: так, на уровне копчиковых позвонков поперечный размер составляет $2,0 \pm 0,25$ мм, передне-задний - $1,7 \pm 0,25$ мм. Важно отметить, что слизистая оболочка уретры в этом периоде онтогенеза толстая и рельефная с выраженными продольными складками.

Выводы.

Таким образом, в результате исследования были получены новые данные по анатомии и топографии мочевого пузыря человека у плодов 17-22 недель развития, которые могут быть полезны при интерпретации результатов ультразвукового и МРТ-исследования плода, а также при проведении внутриутробных вмешательств.

Список литературы.

1. Capone, V. Definition, diagnosis and management of fetal lower urinary tract obstruction: consensus of the ERKNet CAKUT-Obstructive Uropathy Work Group // V.Capone, N.Persico, A.Berrettini [et al.] // Nat. Rev. Urol. – 2022. – Vol.19, №3. – P. 295-303.
2. Shannon, K.J. Fetal bladder morphology as a predictor of outcome in fetal lower urinary tract obstruction / K.J. Shannon, S. VanLoh, J. Espinoza [et al.] // Prenat. Diagn. – 2023. DOI: 10.1002/pd.6343.
3. Vinit, N. Biometric and morphological features on magnetic resonance imaging of fetal bladder in lower urinary tract obstruction: new perspectives for fetal cystoscopy / N. Vinit, D. Grevent, A. Millischer-Bellaiche // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2020. – Vol.56, №1. – P. 86-95.
4. Farrugia, M.K. Therapeutic intervention for fetal lower urinary tract obstruction: Current evidence and future strategies /

Шарипов С.Ф., Хайров Х.С., Холбегова Н.М.,

Статуси ҒИЗОИ ЗАНҲОИ 40-59 СОЛАИ ВИЛОЯТИ СУҒДИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино”

Афзалият. Дар имрӯза пешгирӣ ва табобати бемории фарбеҳӣ ба масъалаҳои афзалиятноки тиббӣ-ичтимоӣ дохил шуда, қариб ҳамаи давлатҳои қурраи замин (аз ҷумла, Ҷумҳурии Тоҷикистон)-ро ба худ ҷалб кардааст. Вазни зиёди бадан яке аз сабабҳои асосии фавт ва инкишофи бемориҳои ғайрисироятӣ, ба монанди фарбеҳӣ, фишорбаландӣ, диабет қанди намуди 2, саратон ва ғайраҳо муайян гардидааст. Бемориҳои зикргардида ҳосияти эпидемӣ дошта, ба масъалаи тиббӣ-ичтимоӣ иқтисодӣ табдил ёфтаанд [1].

Омӯзиш, пешгирӣ ва табобати фарбеҳӣ дар доираи «Барномаи пешгирии фарбеҳӣ ва ташаккули ғизои солим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2019-2024» ҳамчун масъалаи афзалиятноки байни соҳавии ҷумҳурӣ муайян шудааст.

Мақсади тадқиқот омӯзиши статуси ғизои занҳои синну соли 40-59 солаи вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон, чун омили мусоидаткунандаи бемориҳои ғайрисироятӣ (фишорбаландӣ, диабет қанди намуди 2, саратон ва ғ.) мебошад.

Усули тадқиқот. Омӯзиши статуси ғизои 389 занҳо бо истифодаи барномаи компютери «Tj_RCN 2» [2] гузаронида шуд.

Вазни бадан бо вазнченкунаки “Seca” бо аниқии то $\pm 0,1$ кг ва дарозии бадан бо қадченкунаки истехсоли Англия, ки аз тарафи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ баррасӣ гардидааст, тибқи таснифи умумиҷаҳонӣ дар асоси муайян намудани индекси вазни бадани [5] ва таҳлили омӯри бо истифодаи барномаи “Tj_AssNut” амалӣ гардид [3].

Натиҷаи тадқиқот. Натиҷаи кори илмӣ оид ба инкишофи фаъолияти ҷисмонии занҳои синну соли 40-59 солаи вилояти Суғд нишон дод, ки синну соли миёна, вазн ва қад озмудашудагон 51,4 сола, 74,6 кг ва 162,7 см-ро мутаносибан, ташкил медиҳад.

Норасоии сафедаю неру (ИВБ <18,49) дар байни занҳои синну соли 40-59 сола 2,31%-ро ташкил менамояд, нишондоди статуси ғизои меъёрӣ (ИВБ 18,50 - 24,99) бошад, 32,39%-ро. Ин нишондод дар занҳои синну соли зикргардидаи ш.Душанбе ва НТҚ (2020с.) 3,07% ва 32,39%-ро, мутаносибан, ташкил менамуд [4].

Муайян гардид, ки 30,85% занҳои озмузишшуда вазни зиёди бадан (ИВБ 25,00 - 29,99) доранд, ки 5,35% нисбати занҳои синну соли зикргардидаи ш.Душанбе ва НТҚ паст аст.

Сатҳи паҳншавии фарбеҳӣ дар занҳои ташхисшудаи вилояти Суғд 34,45% ташкил мекунад (дар занҳои ш.Душанбе ва НТҚ бошад, 17,8%). Аз 134 занҳои мубталои фарбеҳӣ, 80 (59,70%) нафарашон ба фарбеҳии дараҷаи сабук (ИВБ 30,00 - 34,99) ва 39 (29,1%) нафарашон - миёна (ИВБ 35,00 - 39,99) ва 15 (11,19%) нафарашон - вазнин (ИВБ >40,00) гирифтанд.

Паҳншавии вазни зиёди бадан ба инкишофи бемориҳо ва маҷбӯи сабаб шуда, сатҳи сифати зиндагии аҳолиро паст менамояд, инчунин ба нишондоди дарозумрии аҳоли таъсири манфӣ мерасонад. Тибқи маълумотҳои илмӣ-эпидемиологӣ муҳимияти муайянкунии индекси вазни бадан (ИВБ) дар он аст, ки фарбеҳӣ (ИВБ > 30,00) омили инкишофи чунин бемориҳо мебошад [1]:

- бемориҳои дилу рағҳои хунгард (фишорбаландӣ, ишемияи дил ва ғ.);
- саратон (саратонҳои бачадон, простата, ғадуди сина, рӯдаи ғафс ва борик, гурда, чигар ва талхадон);
- диабет қанди намуди 2;
- остеопороз, артрит, никрис (подагра);
- суддабандии венаҳо;
- санги талха ва гурда;
- вайроншавии раванди ҳомиладорӣ ва вазифаи репродуктивӣ ва ғайраҳо.

Натиҷаи тадқиқот муайян намуд, ки 30,85% занҳои синну соли 40-50 солаи вилояти Суғд дорои вазни зиёди бадан буда, 34,45%-он мубталои бемории фарбеҳӣ мебошанд. Ин нишондод дар занҳои синну соли зикргардидаи ш.Душанбе ва НТҚ 36,2% ва 17,8%-ро, мутаносибан, ташкил менамояд [4].

Қобили қайд аст, ки бо дарназардошти маълумотҳои овардашуда ва нақши тиббӣ-ичтимоӣ иқтисодии фарбеҳӣ бояд омӯзиши ҳаматарафаи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ (ҷамбаҳои иҷтимоӣ иқтисодии паҳншавӣ, омилҳои хавфи инкишоф, раванди инкишоф - синдроми метаболитикӣ ва ғ.) бо мақсади нигоҳдории сатҳи паҳншавии он дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шавад.

Дар тадқиқот намудҳои ҷамъшавии ҷарб - андронидӣ ва геноидӣ омӯзиш гардиданд. Ҷамъшавии ҷарб дар қисмҳои алоҳидаи бадан барои баҳодиҳии хусусияти фарбеҳӣ ва оқибатҳои он барои саломатӣ нақши муҳим мебошад.

Тибқи адабиётҳои илмӣ-таҷрибавӣ ҷамъшавии ҷарб дар намуди андронидӣ дараҷаи баланди хавфи инкишофи бемориҳои дилу рағҳои хунгард (фишорбаландӣ, сактаи дил ва мағзи сар), диабет қанд, саратони ғадуди сина дар занҳо ва фавтро дошта, ба гипертрофия ва гиперплазияи ҳуҷайраҳои ҷарбҳои дохили пардаи шикам хос аст.

Омори маводи бадастомада нишон медиҳад, ки дар байни шахсони мубталои бемории фарбеҳӣ 83,7%-он дорои намуди фарбеҳии андронидианд, дар занҳои ш.Душанбе ва НТҚ бошад, 30,3%-ро.

Хулосаҳо:

Омӯзиши статуси ғизои занҳои синну соли 40-59 солаи вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян намуд, ки:

- 2,31% норасоии сафедаю неру (дар занҳои ш.Душанбе 3,07%);
- 32,39% ҳолати ғизои меъёрӣ (дар занҳои ш.Душанбе 43,56%);

- 30,85% вазни зиёди бадан (дар занҳои ш.Душанбе 36,2%);

- 34,45% мубталои фарбеҳӣ мебошанд.

Дар байни шахсони мубталои бемории фарбеҳӣ 30,3%-шон намуди фарбеҳии андронидӣ буда, 58,6%-шон дорони бемории фишорбаландӣ буданд.

Бо дарназардошти ҳатар ва нақши тиббӣ-ичтимоӣ иқтисодии фарбеҳӣ бояд омӯзиши ҳаматарафаи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ бо мақсади боздоштани сатҳи паҳншавии он дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шавад. Дастрасии аҳоли ба маҳсулоти хубсифати озукаворӣ, риояи талаботҳои ғизои солим ва баланд бардоштани сатҳи фаъолияти ҷисмонӣ (ичроиши Нақшаи тадқиқи «Барномаи пешгирии фарбеҳӣ ва ташаккули ғизои солим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2019-2024») дар боздошти паҳншавии бемории фарбеҳӣ нақши калидии худро мегузорад.

Адабиёт:

1. «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы». Постановление Правительство Республики Таджикистан от 2 октября, № 463.
2. Хайров Х.С. “Захираи иттилоотӣ”, № государственной регистрации 2201700350 от 3 мая 2017 года, - Душанбе, - 2017.
3. Хайров Х.С. “Захираи иттилоотӣ”, № государственной регистрации 2202100479 от 23 июня 2021 года, - Душанбе, - 2021.
4. Омӯзиши ҳолати ғизои занҳои синну соли 40-59 солаи шаҳри Душанбе ва НТҶ. Хайров Ҳ.С., Ахмедова А.Р., Фафуров С.Ҷ., Уралов З.Т. // Вестник Таджикистан национального университета № 1. Душанбе, 2021. – С. 171-176.].
5. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008, 47 p.

Шарипова З.И.

РАЗВИТИЕ ЯЗЫКОВОЙ И КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ДВУЯЗЫЧИЯ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Ценность и востребованность специалиста на современном рынке труда во многом зависит от наличия у него грамотной устной и письменной речи, умения общаться, воздействовать на других людей посредством слова. Одной из важных составляющих любой профессиональной деятельности является языковая и коммуникативная компетентность. Сегодня высокая языковая компетентность — непереносимое качество общественно активной личности.

В подготовке медицинского работника роль изучения естественнонаучных и клинических дисциплин неоспорима, однако очень важным является и умение работника хорошо владеть своей речью, его умение слушать и слышать, грамотно излагать свои мысли в письменной форме. [4]

Актуальность темы вызвана необходимостью формирования нового поколения медицинских работников, умеющих грамотно излагать свои мысли не только на родном (таджикском) языке, но и на русском.

Цель. Повышение языковой и коммуникативной компетентности студентов-медиков в процессе обучения русскому языку. Изучение научной литературы по исследуемой теме. Оценка состояния языковой и коммуникативной компетенции студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Материал и методы. Изучение, анализ, обработка информации из различных источников; сбор статистических данных; проведение анкетирования; опрос. **Результаты.** Речь — это деятельность говорящего, использующего средства языка для общения с другими членами определенного языкового коллектива или для обращения к самому себе.

Чтобы выявить качество знаний русского языка среди студентов-медиков было проведено первоначальное тестирование. Мы предложили 200 студентам I курса ответить на ряд вопросов.

Результаты тестирования и анкетирования имели отличия. По результатам тестирования было выявлено, что студенты первых курсов лечебного факультета показали удовлетворительные знания письменной и устной речи, но анкетирование на выявление коммуникативных качеств оказалось для них сложным. У студентов групп фармацевтического факультета анкетирование на выявление коммуникативных качеств не вызвало трудностей, но результаты тестирования по орфографии оказались на невысоком уровне.

Преподавателями кафедры русского языка была проведена определенная работа в 2022-2023 учебном году с целью обогащения языковой и коммуникативной компетенции студентов I курса, обучающихся в условиях двуязычия.

После проведенной работы во втором семестре прошлого учебного года преподавателями было организовано повторное тестирование, анкетирование среди студентов двух факультетов – лечебного и фармацевтического.

Опрос показал, что у студентов произошло осознание необходимости иметь высокий уровень языковой и коммуникативной компетентности. В результате опроса были получены следующие данные: из общего числа тестируемых студентов 68% ответили правильно на все вопросы, 17% - на большую часть вопросов дали правильный ответ, 14% лишь на часть вопросов, только 1% не смогли ответить ни на один вопрос. Проведя вторичное анкетирование, мы выяснили, что огромное значение уделяется профессионализму и гуманности, но теперь большинство считает, что знание русского языка на высоком уровне, а также этики и деонтологии влияет на формирование у них профессиональных качеств медицинского работника.

Учитывая проведенные исследования, мы пришли к пониманию необходимости гуманного, культурного, грамотного воспитания на опыте проектной работы в этом направлении. Воспитание духовных, языковых, нравственных, коммуникативных качеств медицинского работника необходимо начинать с изучения русского языка. Изучение этого

предмета способствует выработке профессиональных качеств будущего медицинского работника.

Анализ показывает, что в современных условиях коммуникабельность, грамотность, патриотизм идентифицируется на уровне следующих личностных качеств – это любовь к Родине, толерантное отношение к иной культуре, социальная толерантность, готовность выполнить долг врача, охраняющего здоровье нации, современное патриотическое мировоззрение, соответствующие установки и ценности, общественно значимые поведение и деятельность.

Выводы. В настоящее время сложились условия, когда востребованность медицинского работника на рынке труда, его конкурентоспособность в значительной степени зависят от наличия грамотной речи (устной и письменной), умения эффективно общаться, от знания приемов речевого воздействия, убеждения. Именно сегодня интерес к русскому языку становится осознанной необходимостью для миллионов молодых людей, стремящихся достичь успеха в жизни с помощью профессиональных знаний и навыков. Богатство, разнообразие, оригинальность и самобытность русского языка позволяют каждому сделать свою речь богатой и оригинальной. Следует помнить: серая, неграмотная наполненная словесными штампами речь не вызывает в сознании слушающих необходимых ассоциаций. Вряд ли человек, злоупотребляющий стандартными выражениями, может взволновать слушателей, убедить их в чем-то, воздействовать на них. [2]

Высокий уровень языковой и коммуникативной компетентности способствует воспитанию профессионалов, отвечающих современным требованиям общества к медицинским кадрам. Правильное произношение профессиональных терминов способствует развитию языковой компетентности, а также обогащению общего кругозора (история, античность, этимология слов и т. д.)

Результаты исследования показали, что в медицине очень много разнообразных и оригинальных понятий. Важно не только знание терминов и понятий, но и понимание их смысла, правильное применение их в своей речевой и письменной практике. Кроме того, убогая, бедная в языковом отношении речь воспринимается как отрицательная характеристика человека, свидетельствует о его поверхностных знаниях, низкой языковой и коммуникативной компетентности, о недостаточном запасе слов.

Литература.

- Бочкова Л. Г., Наумова Е. В. «Врач — лингвоактивная профессия» // Известие медицинского университета № 4 (80) апрель, 2007.
- Насретдинова, А. Ф. Формирование языковой компетенции будущих медицинских работников / А. Ф. Насретдинова. // Молодой ученый. — 2017. — № 49 (183). — С. 92-95. — URL: <https://moluch.ru/archive/183/46901/> (дата обращения: 05.10.2023).
- Шкуренок Д. А. Общая и медицинская психология. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. — 352 с.
- 5fan.ru/wievjob.php?id=89176

Шарофидинова М.А., Давлатов Д.М., Хайров Х.С.

ИЗУЧЕНИЕ ПИТАНИЯ И РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ГИПОТРОФИИ СРЕДИ МУЖЧИН 40-59 ЛЕТ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра гигиены окружающей среды ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Недостаточность питания – патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма. Доказано, что статус питания или нутритивный статус является независимым прогностическим фактором, оказывающим непосредственное влияние на смертность и количество госпитализаций. Недостаточное питание не только сопровождается потерей массы тела и снижением физической работоспособности, но и вызывает серьезные нарушения в обмене веществ, ослабление иммунной защиты и эндокринные дисфункции.

Профилактика гипотрофии является актуальной проблемой системы общественного здравоохранения развивающихся (в том числе, развитых) стран [2, 5].

Изучение роли и недостатка белков и других пищевых веществ рациона в развитии гипотрофии среди населения Республики Таджикистан, а также разработка мероприятий по организации их здорового питания признано актуальной проблемой системы здравоохранения и социальной защиты населения [2].

Цель исследования. Оценить гипотрофию у мужчин в возрасте 40-59 лет Согдийской области Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Изучение пищевого статуса осуществляли среди 186 респондентов (мужчин) указанного возраста с использованием компьютерной программы «Tj_RCN_2» [3].

Посредством указанной компьютерной программы, с учётом включённых в неё методик, изучались:

- социально - демографические характеристики обследуемой группы населения;

- показатели роста и массы тела определялись общепринятой методикой с использованием электронных весов (Seca с точностью до $\pm 0,1$ кг) и портативных ростометров (производства Англии), посредством международной классификации, предложенной ВОЗ, основанной на масса - ростовых показателях, посредством определения индекса массы тела (ИМТ) оценивался пищевой статус [5].

Результаты исследования и их обсуждение. Величина среднего возраста обследованных групп населения составила 51,4, длина тела 169,9 см, а масса тела – 79,2 кг. Этот показатель для лиц аналогичного возраста г. Душанбе и РРП [4] в сравниваемые годы составил 50,6 лет, 171,2 см и 78,9 кг, соответственно.

Установлено, что из общего числа обследованных лиц 48,25% имеют нормальный статус питания (ИМТ 18,50 - 24,99), 2,69% респондентов страдали белково - энергетической недостаточностью (ИМТ <18,50). Среди лиц, страдающих белково - энергетической недостаточностью 80% имели легкую гипотрофию, 20,0% - средней степени тяжести.

Сравнительная оценка полученных данных указывает, что распространённость недостаточного питания респондентов Согдийской области незначительно ниже (на 0,64%) по сравнению обследованных групп населения г. Душанбе и РРП [4].

Согласно данным Guigoz Y. (2002), в неорганизованной популяции, белково - энергетической недостаточностью страдают от 1 до 5% населения.

Известно, что при малобелковом рационе одновременно с задержкой роста у ребенка уменьшается содержание белка в сыворотке крови, замедляется синтез и активность ряда ферментов, что может привести к возникновению ряда заболеваний и влиять на качество жизни населения.

Согласно научным данным, патогенез белково-энергетической недостаточности изучен, но во всех случаях он постепенно оказывает усугубляющее нарушение обмена веществ с истощением запасов жиров и углеводов, усилением катаболизма белка и снижением его синтеза. При этом снижается функция иммунитета, ведущий к развитию инфекционных и неинфекционных (в том числе, гипотрофии) заболеваний [5].

Учитывая последствия влияния недоедания на организм человека, имеется надобность проведения исследования относительно изучению пищевых (в том числе и других) факторов риска развития недостаточного питания среди населения Согдийской области Республики Таджикистан.

Выводы:

- 2,69% мужчин 40-59 летнего возраста Согдийской области страдают белково-энергетической недостаточностью;

- среди лиц, страдающих белково-энергетической недостаточностью 80% имеют гипотрофию легкой степени, 20,0% - средней степени тяжести;

- для разработки научно обоснованных мероприятий по профилактике недоедания, рекомендуется изучение пищевых (в том числе и других) факторов риска развития недостаточного питания среди населения Согдийской области Республики Таджикистан.

Список литературы.

1. Недостаточность питания в практике педиатра: дифференциальная диагностика и возможности нутритивной поддержки / И.Н. Захарова [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – № 2. – С. 200–208.

2. «Стратегии питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015 - 2024 гг.». – Душанбе. – 2014. – № 808.

3. Хайров Х.С. “Компьютерная информационная база”, № государственной регистрации 2201700350 от 3 мая 2017 года. – Душанбе. – 2017.

4. Фарбеҳӣ дар байни мардҳои синну соли 40-59 солаи шаҳри Душанбе ва НТҚ. Хайров Х.С., Шарипов С.Ф., // Научно-практический журнал «Авҷи Зухал» №3 (44) 2021. – Душанбе – 2021. – С. 30 – 34.

5. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008, 47 p.

Шахнозаи Шамсиддин

МИЛЛАТГАРОИИ КАНОРА ҲАМЧУН ШАКЛИ ИДЕОЛОГИЯИ СИЁСӢ

Кафедраи ҷанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тоҷикистон

Баъд аз ба имзо расидани шартномаи Сулҳи Вестфал дар ҷаҳон ва бахусус дар ҳаритаи сиёсӣ таҳаввулотӣ ҷиддӣ рӯи қор омаданд. Ин таҳаввулотхоро метавон дар симои аввалин давлатҳои миллӣ дид.

Дар раванди пайдоиши давлатҳои миллӣ кӯшиши сарварони давр бар он равона буд, ки як этнос ва ё умумияти этникӣ дар муттаҳиди бо ҳам як миллатро ба вучуд оварда бошад. Бо истифода аз сиёсати миллатгароӣ дар шароити имрӯза низ мамолики ҷаҳон ба хуби истифода менамоянд, махсусан дар раванди ҳасоси ҷун глобализатсия, ки шикаст ва ба ҳамфурӯпоиши давлатҳои ҷаҳонро дар пай оварда метавонад.[2]

Дар олами муосир миллатгарӣ ҳамчун ҳодисаи мураккабтарини инкишофи ҷомеа ба ҳисоб меравад. Махсусан, дар ҷомеае, ки аз ҷиҳати миллию этникӣ гуногунҷеҳра аст, раванди миллатгарӣ ҳосияти тезутундро доро мегардад.

Миллат шакли олии таърихан ташаккулёфтаи умумиятҳои иҷтимоию этникии одамон буда умумияти ҳаёти иқтисодӣ, забонӣ, ҳудуди, худшиносии миллӣ ва баъзе ҳосиятҳои муаяни маданият, урфу одат, маишат ва анъанахоро таҷассум менамояд.[5]

Мафҳуми "миллат" (natio), ки ҳануз дар асрҳои аввали солшумории мелодӣ истифода мегашт, аз забонӣ латинӣ баромада, маъноҳои "авлод" ё "ташаккул ёфтаи"- ро дошт.

Миллатгарӣ идеология ва сиёсатест, ки асоси онро арзишоти олии миллат ва афзалияту бартариӣ он дар раванди давлатсозӣ ташкил менамояд. Миллатгарӣ на ҳисси бадбиниро нисбати умумиятҳои миллию этникии дигар ташвиқ менамояд, балки садоқат ба миллати хеш, истиқлолияти сиёсӣ, фаъолияти самаранок баҳри беҳбудии миллати хеш, худшиносии миллӣ, беҳтар намудани шароити миллат, мавқеи зисти он, захираҳои иқтисодӣ ва арзишҳои фарҳангиро ифода менамояд.[4]

Агар миллатгарӣ андешаи созандаи солимиро истифода намояд, ҳеч, гоҳ ба "адвати иҷтимоӣ" побанд намегардад. Миллатгарӣ бояд дар доираи манфиатҳои миллӣ инкишоф ёбад. Зеро миллатгарӣ дар доираи манфиатҳои милли метавонад дар вучуди шахс ва тасаввуроти шахрвандон ҳисси муҳаббат ба ватанро пайдо ва афзун созад. Миллатгарии солим тарбияи ватанпарастии шахрвандонро дар доирои ҳифзи ватану давлат яке аз вазифаҳои муқаддаси худ медонад. Ҳангоме, ки миллатгарӣ ба худ хусусияти ғайри-муташаккиро раво медонад, бевосита омили сар задани таҳдид ба ҷомеа ва давлат мегардад. Омӯзиши тарафҳои мусбӣ ва манфии миллатгарӣ имкон медиҳад, ки роҳу воситаҳои дар ҷомеа бартараф намудани мочароҳои сиёсӣ ва вазъияти

бухронӣ пайдо гардад.[3]

Дар замони муосир муҳаққиқон навъҳои иртиҷоӣ ва фарҳангии миллатгароиро аз ҳам фарқ менамоянд. Миллатгароии канора, ки дар шаклҳои гуногун зоҳир мешавад ҳосиятҳои иртиҷоӣ ифротиро дар худ ифода мекунад. Он воситаи тезонидани ҳолатҳои бухронии рушди ҷомеа ва ташаккули мочароҳои сиёсӣ мегардад. Экстремизм шакли манфуртарини он мансуб меёбад, ки ҳалли осоиштаи масъалаҳоро истисно менамояд. Сепаратизм ҳосияти дигари онро ифода мекунад. Миллатгароии иртиҷоӣ ба фашизм ва нацизм пайваست мегардад ва ғояҳои бартарии миллӣ ва гурури миллӣ, сепаратизми фарҳангӣ ва диниро ба роҳбарӣ мегирад.[7]

Шовинизм - миллатгароии ифротии иртиҷоӣ, ки бартарии ирқӣ тарғиб мекунад ва байни миллатҳо тафриқаву низо меангезад.

Хусусиятҳои асосии идеологияи сиёсии шовинизм чунинанд: тасдиқи бартарият ва афзалиятҳои як миллат аз болои миллати дигар; дар шуури омма ҷой гирифтани тақвияти ёфтани бартарии махсуси як халқ дар нисбати халқи дигар, ки асоси ҳуқумронии яке аз болои дигаре мегардад; дар сиёсати хориҷӣ ташвиқоти таҷовуз ҳамчун навъи асосии муносибат ба халқ ва мамлакати дигар, ки сабаби асосии мочароҳои мусаллаҳона мегардад.[1]

Дар сиёсати хориҷӣ аксаран давлатҳои бузург ва ё муқтадир дар муносибат бо давлатҳои заиф ба унсурони гуногуни муносибати шовинистӣ рӯ меоранд. Зеро дар мақомоти давлатӣ доираҳои муайяне вучуд доранд, ки сиёсати экспансионӣ ва дар ҷои аввал монанди манфиатҳои миллии кишварро ҳадафи ҳеш қарор медиҳанд.

Мафҳуми "фашизм" аз забони италиявӣ (*fascismo*) гирифта шуда маънои иттиҳодно дорад. Он шакли режими сиёсии тоталитарӣ, идеологияи зуроварии муташаккил аст, ки аз ҷиҳати сиёсӣ дар амалияи таърихӣ як қатор мамлакатҳо воқеӣ гардонидани шудааст.[9]

Фашизм як шакли давлатиест, ки аз боло ба поён аз ҷониби як шахс ё як ҳизб идора карда мешавад, ки назорати комил дорад. Фашистон аҳолиро бо қонунҳо ва ҷазоҳои шадид назорат мекунад. Онҳо иқтисодиёт ва ВАО-ро назорат мекунад. Фашизм табиғотро истифода мекунад, то мардум ба он ҷизе, ки пешвоён меҳоян, бовар кунанд.

Ҳар гуна идеологияе, ки ҳосияти ғайригуманистӣ доранд, вобаста ба монандии истифодаи воситаҳои сиёсӣ барои ҳокимият метавонанд бо фашизм ҳаммаъно ва наздикӣ пайдо намоянд. Аз ин хотир, идеологияҳои дигар низ метавонанд ба маҷрои ғояҳои фашисти қашида шаванд. Аз ҷумла, идеологияҳои динӣ, миллӣ, иҷтимоӣ ва ғайраҳо метавонанд вобаста ба мақсадҳо ва методҳои воқеагардонии онҳо ба суи фашизм майл намоянд.[6]

Барои таъмини тартибот ва муътадили инкишоф аз ҳамаи воситаҳои зургарӣ истифода менамоянд.

Ҳамин тариқ, асоси идеологияи фашистиро эътирофи принциби афзалияти ин ё он гурӯҳҳои наҷодӣ, этникӣ, синфӣ, маҳаллӣ нисбати дигарон ташкил медиҳад. Аз ин хотир, ҳар ташкилот ё иттиҳодияе, ки чунин принципро мепазираш ва онро ба роҳбарӣ мегирад, метавонад хусусиятҳои фашизмро ба худ гирад.

Сионизм - навъи идеологияи миллатгароии канора, ки ба ғояи муҳочир қунонидани "тамоми яҳудиён" ба қӯҳи Сион - ҳоло давлати Исроил пайваستا. Сионизм чун ҷараёнҳои дигари миллатгароии иртиҷоӣ нисбати халқҳои дигар нафрат ва адоват дошта, нобаробарии наҷодиро талқин менамояд.

Сионизм консепсияи бардурӯғи "миллати умумиҷаҳонии яҳудӣ"-ро ба асос гирифта, ғояи фақат яҳудиёноро ҳаст намудани Худо ва аз яҳудиён пайдо гаштани умумиятҳои дигарро пеш мегузорад.

Амалан Исроил давлати бисёрмиллата гардидааст. Аммо дар он маҷеа асосиро яҳудиёни "асил" ишғол менамоянд.[8]

Сепаратизм (лот. *separatus* - қўшишҳо баҳри ҷудошавӣ, мушаккил гардидан) - фаъолияти сиёсест, ки баҳри ҷудо намудани ҳудуди давлате ба амал бароварда мешавад. Он бештар дар заминаи миллатгароии канора ва минтақагарой инкишоф меёбад. Дар фаъолияти сепаратиста бештар методҳо ва воситаҳои муборизаи экстремистӣ истифода мешаванд. Дар шароити ҳозира сепаратизм бештар ҳамчун ҳаракати ақаллияти миллии давлати сермиллат зӯҳр меёбад. Ақаллиятҳои миллие, ки дар мамлакати дигар ба таври яқлукт зиндагӣ менамоянд ва аз ҷиҳати шумора низ кам нестанд, қўшиши ҷудо намудани ноҳияи маскуншудаашонро менамоянд. Раванди ҷудоиталабии воҳидҳои маъмурии давлат мақсади асосии онҳо мебошад.

Сепаратизми этникӣ дар ибтидо аз талаби автономияи маданӣ шурӯъ менамояд ва дар охир ташкили "давлати миллӣ"-ро ҳадафи асоси медонад.

Бояд қайд кард, ки намоёндогони миллатҳои мухталиф метавонанд бо ҳамдигар яқоя шаванд ва зиндагӣ кунанд, агар як миллат худро аз дигаре болотар нашуморад, ё ба мансубияти миллии шахрванд афзалият дода нашавад, агар забон ва маданияти ҳар як миллат озодона инкишоф ёбад, ё ин ки агар миллатҳои гуногун ба урфу одат ва анъанаҳои якдигар эҳтиром гузоранд.

Мувофиқи маълумоти барӯйхаттирии аҳоли дар Тоҷикистон 82,3% тоҷикҳо, 12,2% узбекҳо, 0,8% қирғизҳо, 0,5% русҳо ва 0,2 туркменҳо зиндагӣ мекунад. Гуфтан ба маврид аст, ки онҳо дар яқоягӣ, ҳамбастагӣ, якдигарфаҳмӣ дар дохили мамлакат зиндагӣ мекунад ва муносибати дӯстонаро нигоҳ медоранд. Ва ҳатто ҷанги шахрвандии солҳои 90-уми асри гузашта на ҳосияти миллатгарой, балки маҳалгарой дошт. Бо боварии том метавон иброз дошт, ки ин мушкили ҳам, яъне, маҳалгарой дар муддати яқчан даҳсола пурра аз байн меравад.[10]

Адабиёт

20. Дасидамиров А.Ф. Нация и личность.- Баку. ЭЛМ, 1976.
21. Джунусов М.С. Нация как социально-этническая общность людей.// Вопросы истории.1966, №4.-С.402.
22. Диноршоев М.Д. О некоторых принципах философии национального мира//Исторический опыт миротворчества в Таджикистане.- Душанбе.2001.
23. Саидов А.С. Нация как субъект социального действия.- Минск – Душанбе, 1999.
24. Сорокин П. Проблемы социального равенства. СПб., 1917

25. Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество.- М. 1992.-С.543.
26. Тишков В.А. Народ, нация, государственность.// «Советская культура». - М., 1989, 1 июля.
27. Шоисматуллоев Ш. Таджикистан в зеркале преемственности и смены поколений. Душанбе: «Ирфон», 2006;
28. Юсуповский А.Н. От национального кризиса к национальному саморазвитию.// Общественные науки и современность. 1977, №5
29. Юсуповский А.Н. Поиски новых подходов к решению национальных проблем: уроки истории. - М. 1990.

Шахсуфбекова О.М.

**ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ГУСТОГО ЭКСТРАКТА КЛУБНЕЙ СОРТА «САРВАТ»
КУЛЬТИВИРУЕМОГО В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра медицинской биологии с основами генетики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность Установлено, что лечебные свойства топинамбура определяются исключительным биохимическим составом клубней и зеленой массы, содержащих большое количество биологически активных веществ, витаминов и минеральных элементов. Наряду с этим топинамбур является одним из важнейших инулинсодержащих растений, культивируемых во всём мире, и в качестве лекарственной культуры может выращиваться для организации производства инулина и фруктозы

Продукцию из топинамбура и лекарственные препараты рекомендуют принимать в последние годы, как в народной, так и в официальной медицине, с целью общего оздоровления организма, поддержания энергетического баланса и укрепления иммунитета. В настоящее время в нашей республике, особенно в Южных районах, выращиваются сорта «Интерес», «Сарват», «Скороспелка», «Фиалетовый» и др.

Цель исследования. Экспериментальное изучение противовоспалительные свойства густого экстракта клубней топинамбура сорт Сарват(ГЭКТС), произрастающих в Южных районах республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Исследование приводилось на 40 крысах массой 290-300 гр. Животные были распределены на 8 групп по 5 крыс. Подопытным группам животных в течение трёх дней (последнее за час до инъекции флогогенного агента) внутрижелудочно вводили испытываемые средства. Животные были распределены на следующие группы: 1- контрольные, 2- животные, получавшие по 0,35 г/кг массы испытываемого средства; 3-получавшие испытываемые средства в дозе 0,5 г/кг массы; 4 животные, получавшие препарат в дозе 0,7 г/кг массы, 5- животные, получавшие бутадиион в дозе 0,05 г/кг массы 1 раз в день в течение 5 суток.

Модель экспериментального артрита использовали для оценки противовоспалительные свойства изучаемых веществ при антиэкссудативной и пролиферативной фазах воспалительного процесса. Активность развития местной экссудативной воспалительной реакции оценивали по увеличению объёма конечности, подвергнутой воздействию флогогенных агентов.

Гистаминовый артрит вызывали под апоневрозным введением 0,1 мл 0,1% раствора гистамина, сератониновый артрит воспроизводили подапоневрозным введением 0,05 мл, 0,1% раствора серотонина в области голеностопного сустава. Для оценки противовоспалительной активности через 1, 3 и 4 часа после введения гистамина и производили измерение объёма конечности онкометрическим методом. Для этого осуществляли погружение конечности опытных и контрольных животных в пробирку с дистиллированной водой со стандартным объемом 10 мл до уровня голеностопного сустава, после чего при помощи 5 мл-го шприца заполняли пробирку водой и по количеству добавленной воды вычисляли разность исходного и вытесненного объёма в последующем, выражали в мл и рассчитывали индивидуально для каждого отдельно взятого животного по формуле Л.Н. Баженова 2008):

$$V=V_1 - V_2,$$

где V – искомый объём конечности;

V₁– исходный объём жидкости, равный 10 мл;

V₂– объём, оставшийся в пробирке после вытеснения воды конечностью;

Результаты и их обсуждение.

Согласно данным, представленным на рис.1, густой экстракт клубней топинамбура сорт «Сарват» в дозах 0,5 и 0,7 г/кг массы оказывали умеренно тормозящее влияние на течение гистаминового отёка. При определении объёма отёчной конечности животных контрольной и подопытной группа и препарата сравнения учитывали исходный объём конечности здоровых крыс, что составило в среднем $1,58 \pm 0,03$; $1,60 \pm 0,012$; $1,62 \pm 0,02$ и $1,59 \pm 0,04$ соответственно, которые были приняты за 100%.

Через 1,5 ч. от начала введения гистамина объём голеностопного сустава у крыс, ГЭКТС в дозе 0,5 г/кг, по сравнению с контролем уменьшался на 28 и 31,5% соответственно, а в дозе 0,7 г/кг массы тела величина отёка была меньше на 31,9 и 36% соответственно (рис.1).

Величина отёка через 1; 1,5; 3, 4 часа в %

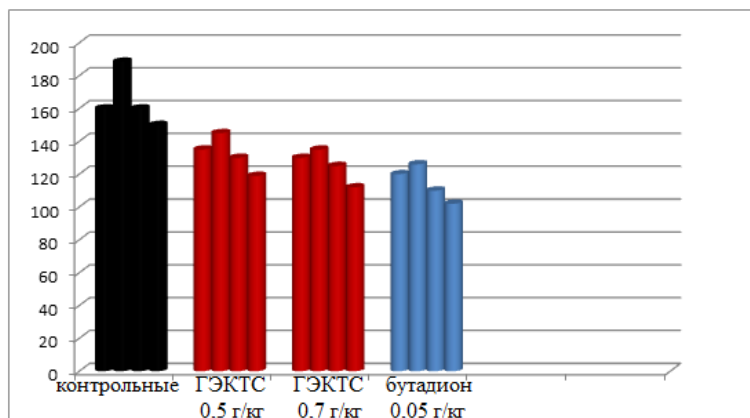


Рис.1 Влияние различных доз густого экстракта клубней топинамбура сортов «Сарват» на течение гистаминового артрита.

Через три часа от начала введения флагогенного агента величина отёка по сравнению с контрольными животными получавшими экстракт сорт топинамбура в дозе 0,5 г/кг, уменьшалась на 18,8 и 15,6% соответственно.

Величина отёка у животных, получавших ГЭКС в дозе 0,7 г/кг через три часа соответственно, уменьшалась на 22 и 25%. Необходимо отметить, что и через 4 часа объём отёка в определённом объёме сохранялся. Однако при сравнении с результатами 1-го ч. от начала введения противовоспалительного агента величина отёка в сериях, получавших испытываемые средства в дозе 0,7 г/кг, через 4 часа по сравнению с контрольными уменьшалась на 30,4% и 31,5% (Рис. 1)

При серотониновом отёке испытываемые вещества в вышеуказанной дозе достоверно ($P < 0,05$) уменьшали объём отёчной конечности.

Через 3 ч. от начала введения серотонина в сериях, получивших густой экстракт клубней топинамбура сорт «САРВАТ» в дозе 0,7 г/кг массы величина отёка по сравнению с контрольными уменьшалась на 22,0% и 26,0%. При сравнении объёма отёка голеностопного сустава опытных животных с первоначальным объёмом у контрольных крыс установлено, что через 4 часа величина отёка у опытных крыс уменьшается на 29,74% и 31% соответственно.

Вывод. Известно, что лекарственные растения и фитопрепараты, содержащие полисахариды, флавоноиды и полифенолы, используются в качестве лекарственных и профилактических средств. Такими же свойствами обладают пектины пижмы обыкновенной, ряски малой и т.д. Установлено, что в составе клубней топинамбура и надземная масса топинамбура содержат большое количество полисахаридов, флавоноидов, пектина, пищевых волокон, белка, аминокислот, в том числе незаменимых, жизненно важных макро- и микроэлементов, а также органических и ненасыщенных и ПНЖК, которые обладают сильным антиоксидантным действием.

Таким образом, испытываемые вещества оказывают умеренное тормозящее влияние на течение гистаминового и серотонинового конечности крыс, что, по всей вероятности, связано с противовоспалительным, мембраностабилизирующим и антиоксидантным свойствами вышеуказанных биологически активных компонентов состава клубней топинамбура.

Литературы

1. Астахова А.В. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): спектр побочных реакций // Безопасность лекарств. — 2020. — №1. — С. 26-30.
6. Квитайло И.В., Кожухова М.А. Биохимические особенности клубней топинамбура как сырья для получения функциональных продуктов // Сб. матер. V межд. науч.-практич. конф. «Торгово-экономические проблемы регионального бизнес-пространства». — Челябинск: Изд. ЮУрГУ, 2017. — Т.2. — С. 33-34.
2. Рамазони Ш.С. Сравнительное исследование углеводов в клубнях топинамбура, заготовленных в Таджикистане и России /Ш.С. Рамазони Д.Р. Халифаев, Д.М. Попов, Ф.С. Шаропов //Фармация - Москва - 2015, № 3. -С.14-16.
3. Рамазони Ш.С. Сравнительное исследование аминокислотного состава клубней топинамбура, заготовленного в Таджикистане и России /Ш.С. Рамазони, Л.А Павлова, Д.Р. Халифаев, Д.М. Попов //Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: материалы 63-ей научно-практической конференции с международным участием г. Душанбе-2015, С. 98-100.
4. Рамазони Ш.С. Разработка состав и технология получения капсулы из сухого экстракта клубней топинамбура /Ш.С. Рамазони, Д.Р. Халифаев, Н.Б. Дёмина, Д.М. Попов //Вклад медицинской науки в оздоровление семьи: материалы 63-ей научно-практической конференции с международным участием. г. Душанбе-2015, С.128-129.
5. Устименко – Бакумовский Г.В., Куленкамп А.Ю., Журков Д.Д. «Топинамбур –культура XXI века» VI Науч. конф. «Топинамбур и другие инулиносодержащие растения». Тез. докл.- Тверь. – 2016. – С. 62 – 65.

**Шералиев Б.Р., Акбаров Ш.Д., Кураева М.Қ.
АФКОРИ ФАЛСАФИИ АФЛОТУН**

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Дар ин бахш мавриди фалсафаи ҷаҳони бостон, ки бо номи Афлотун ифода ёфтааст, ибрази назар мекунем. Ибораи «мусули афлотунӣ» барои муҳаққиқони фалсафа шинос буда, Афлотун намояндаи идеализми объективии мутлақ ва асосгузори он дар Аврупо пазируфта шудааст. Афлотун соли 427 дар Олимпиадаи 88-ум,

хафтумин фархелиён, рӯзе, ки делионҳо зодрузи Аполлонро чашн мегирифтанд, тақрибан дар моҳи май ба дунё омада, беш аз 80 сол умр дида, соли 347 вафот кардааст [1; 246]. Баъзан файласуфон бо чунин ашрофзодае мисли Афлотун фахр мекунамд. Афлотун фарзанди Аристон аз авлоди охири подшоҳи аттик Кодра, модараш Перисионе (ё Потона) мебошад. Тибқи ривоятҳо, Афлотун на аз падар, балки аз Аполлон таваллуд шудааст. Номи аслиаш Аристокл буда, ҳангоми таваллуд ба ӯ лақаби Афлотун гузоштаанд, ки бо ин таҳалус шўхрати ҷаҳонӣ пайдо намуд. Маънои калимаи “Афлотун” китфпахн буд, ки ба ӯ Суқрот ё ҷангҷӯи Аристон аз Аргос барои ҷуссаи қавӣ доштаниш нисбат додаанд. Тибқи ақидаи дигар, ӯ ин лақабро ба хоҷаи паҳноии калом, ё барои пешонии фароҳаш гирифтааст [1; 246].

Афлотун яке аз бонуфузтарин афроди таърихи башар, шахсияти шинохта дар таърихи фалсафаи Юнону Фарб дар баробари устодаш Суқрот ва машхуртарин шогирдаш Арасту махсуб мешавад. Аксар вақт Афлотунро яке аз асосгузори дин ва маънавияти ғарбӣ низ меноманд. Ӯ 60 соли умри хешро ба фалсафа бахшидааст [2; с.17]. Зиндагии Афлотуни ҷавон аз ҳаёти ҷавонони гирду атрофаш фарқе надошт. Ӯ дар гимназия таҳсил мекард, ба мусиқию рассомӣ дилбастагӣ дошт ва ба назм бегона набуд. Аз ӯ 25 эпиграмма ва 25 миниатюраи шоирӣ боқӣ мондааст. Вай инчунин фалсафаро аз Кратил, Суқрот, пифагориён, элеяҳо, Демокрит, Гераклит ва дигар файласуфон, масалан, иониҳо омўхтааст. Бо ақидаи файласуфи машхури рус А.Ф. Лосев дар ҳаёти ӯ инқилоби амиқӣ маънавияи вақте рух дод, ки бо Суқрот вохўрд ва он вақт Афлотун ҳамагӣ 20-сол умр дошт. Афлотун дар назди театри Дионисий суҳбати Суқротро шунда, таҳсилро тарк кард ва то вафоташ – “ҳашт соли даврони хушбахтӣ” – шунавандаи доимии устодаш буд. Лосев А.Ф. қайд мекунад, ки Суқрот файласуфи хобидаро дар вай бедор карда, барои ӯ абдан офтоби ғурубнашаванда боқӣ монд. Дар воқеъ, дар роҳ бо муаллими ҳақиқӣ вохурдан кори бузург аст. Суқрот файласуфе буд, ки Афлотун на танҳо ба таълимоти ӯ содиқ монд, балки муҳимтар аз ҳама, ба тафаккури фалсафӣ самти тоза бахшид [1; с.247]. Марги Суқрот Афлотунро ба ларза оварда на танҳо дилсўзиро нисбат ба устодаш бедор кард, балки ниҳоят Афлотун худро ба фалсафа бахшида гуфтааст: “барои ҳақиқат ва барои эътиқоди худ ҳама чизро қурбон мекунам”. Ин барои шогирдони Суқрот даҳшатнок буд ва Афлотун ба муддати тўлонӣ Афинаро тарк карда, ба Фракия, Форс, Ошшур, Бобул, Миср, Италияи ҷанубӣ сафар мекунад [1; с.248].

Пас аз солҳои зиёди тўлонӣ сафар Афлотун ба Афина бармегардад ва бо пули фидя аз ғуломӣ, ки хайрхоҳонаш ба ӯ дода буданд, боғеро дар канори Афина меҳарад. Боғ номи қаҳрамони Академро гирифта буд. Дар ин ҷо Афлотун солҳои 388–387 мактаби худ Академияи машхурро таъсис дод, ки бештар аз 900 сол, то соли 529-и мелодӣ вучуд дошт [1; с.248].

Афлотун дар мавзӯҳои гуногуни фалсафӣ: таърихи фалсафа, санъат, илм ва дин андешаронӣ намудааст. Афлотун шефтаи фалсафа буда, тамоми фалсафасозияш баёнгари зиндагии ӯ ва зиндагии ӯ баёнгари фалсафаи ўст. Ба ақидаи Афлотун, майли дарки ҳастӣ ба мо фалсафаро ато кардааст ва инро Г.Гегел қайд карда мегўяд: «ба одамон атои бузургтаре, мисли ин атои Худо, ҳеҷ гоҳ набуд ва нахоҳад буд» [3; с.53-54].

Дар таҳаввулотии илмӣ худ Афлотун се марҳиларо аз сар гузаронидааст: Аввалан бо таълимоти Суқрот хати ахлоқӣ ва антропологии устодашро идома дода, ба таҳқиқи мустақилонаи ҷаҳони андешаҳо шурў менамояд; Дуюм кашф ва инкишофи олами идеяҳо, проблемаҳои диалектика, инчунин ташкили мактаби худ Академия. Сеюм, Афлотун кўшиши татбиқи таълимоти идеявӣ ва проблемаҳои фалсафаи ҷомеа, таълифи асарҳои «Давлат», «Сиёсат», «Қонун» ва ғайра. Дар асарҳои Афлотун мо як назарияи бузургеро мебинем, ки наметавонем, онро дар пешгузаштагонӣ ӯ бинем, ин назарияи «идеяҳо» ё олами “мусўл” мебошад. Идеияҳои Афлотун қисман мантиқӣ ва қисман метафизикӣ аст.

Афлотун дар воқеъ бар хилофи бисёре аз файласуфони қадим, хушбахт аст чунки ҳама асарҳои муҳими ӯ то ба мо омада расидаанд. Маҷмуаи осори ӯ хеле васеъ аст: асарҳои пурраи он дар Париж солҳои 1921-1956 дар 13 ҷилд, нашри пай дар пайи амрикоӣ дар 12 ҷилд, нашри диалогҳои Оксфорд соли 1959 дар 4 ҷилд ва ниҳоят нашри русӣ солҳои 1968-1972 ҳамагӣ дар 4 ҷилд мебошад [1; с.249].

Ба Афлотун асарҳои бисёре нисбат медиҳанд. Як қисми ин осор воқеан ҳам таълифоти ўст, вале баъзеашон таснифоти шогирдон ва пайравонаш мебошанд. Афлотун хеле барвақт фаъолияти илмӣ худро оғоз кард, ки он ҳам аз фалсафаи хаттӣ иборат буд. Ба ҷуз «Апология Суқрот» ҳама осори Афлотун муколама буда, 23 адад саҳеҳ, 11 адад шубҳанок, 8 адад беасос иборат аст [1; с.249-250]. Ба ақидаи А.Ф.Лосев дар маҷмўъ Афлотун 44 асар дорад, аз ҷумла 25 ё 24-тои онҳо асли ва эътимоднок мебошанд. Мувофиқи ақидаи А.Ф. Лосев рўйхати асарҳои Афлотун ба таври зайл аст: Давраи аввал тақрибан солҳои 90-ум: «Апология Суқрот», «Эфтифрон», «Лачет», «Лизис», «Шармидес», «Протагор», «Давлат» (китоби 1). Дар ин муколамаҳо Афлотун усулҳои таҳлили суқротиро истифода бурда, ба масъалаҳои ахлоқӣ таваҷҷуҳи зиёд намуда, моҳияти умумии мафҳумҳоро ҷустуҷу мекунад. Давраи гузариш солҳои 80-ум: «Горгия», «Менон», «Евтидем», «Кратил», «Ион», «Менексенес», «Хиппи хурд» ва «Хиппи Бузург» (дуи охири шояд ҳақиқӣ набошанд). Дар ин асарҳо файласуф фалсафаи пеш аз Суқротӣ, инчунин релятивизми софистҳоро танқид мекунад, ба ақидаи А.Ф.Лосев дар онҳо «консепсияи дури идеяҳои моҳиятан даркшуда» мавҷуданд. Давраи камолот солҳои 70-60-ум: Асарҳои ин давра ба ду гурўҳ тақсим мешаванд: Давраи якум «Федон», «Зиёда», «Федрус», «Давлат» (китоби 2-юм, 10-ум) онҳо таълимоти идеявӣ, инчунин ақидаҳои бойи мифологиро дарбар мегиранд. Давраи дуюм «Театет», «Парменид», «Софист», «Сиёсатмадор», «Филипп», «Тимей», «Критий». Давраи охири ё дер: «Қонунҳо», ба ақидаи А. Ф. Лосев шояд қисме аз осори ўро яке аз шогирдонаш навишта бошад. Лосев қайд менамояд, ки ин асарҳоро дар даврони пириаш иншо кардааст. Онҳо хусусияти таназулдоранд, аммо амиқӣ ва тезии афкори фалсафӣ дар онҳо мушоҳида карда мешавад. Аз ин ҷиҳат Афлотунро ихтироъкори шакли нави экспозицияи илми муколама меҳисобанд [1; с.249-250].

Бале, дар муколамаҳо ҳамаи он чизест, ки андешаи инсон метавонад ихтироъ кунад ва дар ҷараёни нутқ

истифода бабарад. Аз ин рӯ, мо ҳангоми мутолиаи муколамаҳои Афлотун на танҳо чизи ба мо номаълумро меомӯзем, балки лаззати бузурги эстетикиро низ ҳис мекунем, зеро ҳақиқатҳои фалсафиро на танҳо олими бузург, балки санъаткори дараҷаи олии калом ба мо пешкаш мекунад. Афлотун дар муколамаҳои худ таъсири ҳузури фавқуллодаи хонандаро дар ҳодисаҳои ба вучуд меорад, ки аз мо ҳазорҳо сол дуранд.

Афлотун дар бораи муносибати идеяҳо ба чизҳо қайд мекунад, ки кайҳон пур аз маънии илоҳӣ аст, ки олами ғояхост («эйдос»), чунон ки дар он замон мегуфтанд, абадӣ, фанонопазир ва дар зебоии дурахшони худ ҷовидона аст. Ба ақидаи Афлотун, олам табиати дугона дорад ва вай аз олами намоёни ашъи тағйирёбанда ва олами ноаёни идеяҳо иборат аст. Ҳамин тариқ, дарахтони алоҳида пайдо мешаванд ва нопадид мешаванд, аммо идеяи дарахт бетағйир мемонад. Ҷаҳони ғояҳо мавҷудияти ҳақиқӣ ва мушаххас аст, ки ба таври ҳассос дарк карда мешавад. Идея дар забони юнонӣ ба маънои “он чи дида мешавад” омадааст, аммо на бо чашми сар, балки бо чашми хирад. Идея як мақулаи марказии фалсафаи Афлотун аст.

Афлотун идеяро ҳамчун як навъ моҳияти илоҳӣ шарҳ медиҳад. Онҳо ҳамчун сабабҳои мақсаднок, ки бо энергияи саъй пур карда шудаанд, дар ҳоле ки дар байни онҳо муносибатҳои ҷамоҳангсозӣ ва тобеият вучуд доранд. Ғояи олий, ғояи неқӣ мутлақ аст. Он як навъ офтоб дар олами ғояҳо, ақли ҷаҳонист, ки сазовори номи ақл ва илоҳият аст. Аммо ин ҳанӯз рӯҳи шахсии илоҳӣ нест, чун баъдтар дар масеҳият дида мешавад. Афлотун мавҷудияти Худоро бо эҳсоси наздикии мо ба табиати ӯ, ки гӯё дар рӯҳи мо ларзиш мекунад, исбот мекунад. Ҷузъи муҳими ҷаҳонбинии Афлотун эътиқод ба худоён аст. Афлотун онро шартӣ муҳимтарини пойдории тартиботи ҷаҳонии ҷамъият медонист [3; с.53-55].

Ин натиҷаи саъю кӯшиши илмии Афлотун буд, ки аввалин системаи классикии аз ҷиҳати мантиқӣ хеле тараққикардаи таърихӣ ва идеализми объективиро пешкаш намудаанд, ки онро рад кардан мумкин нест ва зиёда аз он инкишофи минбаъдаи он на танҳо барои ҳуди фалсафа, ҳамчун маликаи илмҳо, балки барои ҳамаи дигар илмҳои алоҳида аҳамияти калон дорад. Ин ҳолат ба А.Ф.Лосев имкон дод, ки тамоми асрҳои Афлотунро лабораторияи васеи илмӣ номад [1; с.250-251]. Ҳуди А.Ф.Лосев дар таҳқиқи ақидаҳои файласуф роҳи худро чунин тавсиф кардааст: «Роҳе беҳтар аз роҳи интиҳобкардаи ман нест ва шуда наметавонад, ҳарчанд он аксар вақт аз ман дур мешуд ва маро дар миёни саргардонӣ танҳо мемонд. Нишон додани он чандон душвор нест, вале ба онҳо пайравӣ кардан ниҳоят душвор аст. Дар ҳамин ҳол, ҳар он чизе, ки дар санъат яъне, дар фалсафа кашф шудааст, ҳамин тавр ба вучуд омадааст. Дар ин хусус ӯ илова мекунад, ки «Фикр киштиест, ки лангарро шикастааст ва бояд ба бандар ронда шавад»[1; с.250-251]. Инро Афлотун баркамол навиштааст, ки ҳам бузургии кори кардааш ва ҳам душвории дарки таълимоти ӯро нишон медиҳад.

Адабиёт

1. Басов Р.А. История древнегреческой философии от Фалес до Аристотеля. М., зао «Издательский дом «Летопис XXI» 2002 с.415
2. Мишель Фуко, Герменевтика субъекта, Palgrave Macmillan, 2005, с. 17
3. Спиркин А.Г. Философия: Учебник. М.: Гардарики, 2000. — с. 816
4. Шичалина Ю.А. Греческая философия. Том 1. Под редакцией Моники Канто-Сперберведущего научного сотрудника национального центра научных исследований (cnrs) в сотрудничестве с Джонатаном Барнзом, профессором Женевского университета, Люком Бриссоном, ведущим научным сотрудником cnrs, Жаком Брюнсвигом, почетным профессором Парижского университета (I), Грегори властосом, почетным профессором Принстонского университета и университета Беркли. Греко-латинский кабинет. М., 2006. с.524
5. Энциклопедияи миллии тоҷик. Ҷилди 1. А – Асос 2011 с. 608

1Шералиев Б. Р., 2Асомуддинов Ш.А.

АНДЕШАҲОИ ҲАСТИШИНОСӢ ДАР “МУСУЛ”-И АФЛОТУН

1Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

2Институти фалсафа, сиёсатиносии ва ҳуқуқ ба номи А.Баҳоваддинови АМИТ. Тоҷикистон.

Камтар касе аст, ки ба фалсафа пардохта бошад ва масъалаи ҳастииносии зеҳни ӯро машғул накарда бошад. Пеш аз Афлотун файласуфони юнонӣ дар бораи ҳастӣ ақидаҳои гуногун доштанд, ки дар таърихи фалсафаи Юнон аҳамияти калонро соҳиб шуда буд. Яке аз онҳо Парменит буд. Парменит ин олами маҳсуси моддиро бидуни тағйир ва собит медонист. Ба ақидаи Пратагор фарқият ва дигаргунии миёни ҳақиқати ҳастӣ ва зоҳири ҳастӣ, инчунин фарқияти миёни идрок ва таақул вучуд надорад. Ба ақидаи ӯ ҳастӣ ҳамон чизе аст, ки ба идроки ҳиссӣ меояд. Он чи намудор ва пайдост, ҳамон ҳақиқат аст. Ғайри намуд ҳақиқате вучуд надорад. Ба ақидаи Гераклит ҷаҳон ҳамеша дар ҳаракат ва дигаргунӣ ва ғайри собит аст.

Афлотун дар баҳси ҳастииносии аз файласуфони пеш аз худ бархурдор шуда буд. Парменит ин олами маҳсуси моддиро собит медонист, вале Афлотун ҷаҳони мусули ақлиро собит медонист. Аммо дар ҷаҳони моддӣ назарияи Гераклитро, ки мегуфт ҷаҳон дар ҳоли тағйир ва дигаргунӣ аст, қабул намудаанд.

Афлотун ҷаҳонро ба маҳсус (моддӣ) ва маъқул (ғайримоддӣ) тақсим мекунад. Ҷаҳони маҳсус ҷаҳони касрат (зиёдшаванда) ва тағйирёбандаи ҳамешагӣ аст. Яъне мавҷудот дар ҳоли ҳастӣ ва нестӣ ҳастанд ва дар миёни зиддият мавҷуданд. Аз як ҷиҳат зебо ва аз як ҷиҳат зишт, аз як ҷиҳат адл ва аз ҷиҳати дигар зулм ва ... аммо ҷаҳони мусул ҷаҳони ором, собит ва рӯшноист.

Заминаи пайдоиши ин назария дар Афлотун

Файласуфон сабаби шаклгирии ин назарияро дар чанд масъала медонанд.

1. Дар таваҷҷуҳи мафҳумҳои кулӣ ва мафҳумҳои муштарак маҳсусан дар масъалаҳои ахлоқӣ. Яъне ӯ ба дунболи таърифҳои мегашт, ки ашъҳои гуногунро таҳти пушиши худ қарор бидиҳад. Ба хогири нисбӣ ва

мутлақ будани мафҳумҳои ахлоқӣ ва ғ.

2. Дар таваҷҷуҳ ба риёзиёт аст. Ҳақоқиқи риёзӣ ба унвони умури азалий ва абадӣ ва мустақил аз таҷриба вайро ба эътиқод ба назарияи “Мусул” пеш бурд. Ӯ муътақид аст, ки наметавон нуктаеро дар риёзиёт ёд гирифт ва фаҳм кард, магар он ки як ё чанд фаризаро қабул дошт. Ба унвони мисол наметавон масъалаеро дар бораи секунҷа исбот кард, магар он ки секунҷа расм шавад.
3. Дар таваҷҷуҳ ба ҳунар ва маснуоти башарӣ. Чун ҳунарманд ва санъаткор аз улғу ва сармашқи қаблӣ бархурдор аст ва бар асоси он улғу ва мисол, осори ҳунариро ба вучуд меоварад.

Чӣ будани олами Мусул

Олами мусул, оламе аст, ки асл ва ҳақиқати ҳамаи ашё ва мафҳумҳо дар он ҷост ва ҳар чӣ дар олами ҳиссӣ ва таҷрибии мо вучуд дорад боз намудҳо ва маҷозҳои он ҳақоқиқи осмонӣ аст. Он чӣ дар ин ҷаҳон аз ашё ва ҳатто аз ахлоқиёт ва мафҳум вучуд дорад мисдоқи ноқис ва ҷузъи кулӣ ва ҳақиқатҳои олами мусул аст.

Тамсили машҳури ғори Афлотун мақоми инсонҳоро нисбат ба ашё ва мафҳумҳои ин ҷаҳон ҳамчун бинандагон васф мекунад, ки бар даҳанаи ғоре нишастаанд ва сояҳои мутаҳарриро бар девори ғор тамошо мекунад ва онҳоро ҳақиқӣ мепиндоранд, дар ҳоле ки ҳақиқат дар пушти сари онҳо, дар олами нур ҷой дорад. Аз ҳақиқат касе огоҳ мешавад, ки аз нигаристани сояҳо бар девори ғор рӯй бигардонад ва дар пушти сари худ ҳақиқат ва асли сояҳоро дар олами нур ва рӯшанӣ бибинад. Пас ду олам вучуд дорад, яке олами ҳақоқиқ ва дуввум ин олами сояҳо ва бознамудҳо.

Ба ақидаи ӯ барои ҳар навъи моддӣ як фарди ақлӣ вучуд дорад, ки билфеъл тамоми камолоти он навъро дорад ва кори халқ ва тадбири афроди он навъ аз тарафи он аст. Масалан дар мавриди навъи инсон як ҳақиқати ақлонӣ маҳсус ба инсон вучуд дорад, ки кори халқ ва тадбири афроди инсон бар уҳдаи ӯ аст. Бар ҳилофи ин ақида файласуфони машҳур ҳастанд, ки кори тадбири афроди модиро ба “Ақли Фаол”, ки охири ақл дар силсилаи ақлҳои даҳгона аст нисбат медиҳанд.

Афлотун барои ишора ба ин олами мусул аз лафзҳои **Idea(идея)** ва **Form(форм)** истифода мебарад. Аз онҷое ки Мусули Афлотун зеҳнӣ набуда, балки комилан аз воқеияти айнӣ ва хориҷӣ бархурдор аст, истифода аз калимаи **Idea** барои Мусули Афлотун саҳеҳ ва расо нест. Бояд аз калимаи **Form** барои баёни мақсуди Афлотун истифода кард [4; с. 132].

Фарқиятҳои ин ду олам

Ба ақидаи Афлотун миёни ин ду олам ҳашт тафовут вучуд дорад.

1. Дар олами мусул ҳар як навъ, як фард дорад, аммо дар ин олам як навъ беш аз як фард дорад. Дар олами мусул як инсон, як гурба, як сағ ва...ғайра;
2. Афроди мусул ҳар кадомашон комиланд яъне гурбае, ки дар олами мусул аст комил ва дорои тамоми васфҳои гурба аст. Аммо гурбаҳои ин олами ҳиссӣ комил нестанд;
3. Олами мусул олами собиту сокин ва ғайри мутаҳарриканд, аммо олами ҳиссӣ олами мутағайир ва ғайри собит аст. Дар олами мусул афрод дучори марг намешаванд, барҳилофи ин олам, ки дучори марганд;
4. Олами мусул олами мутлақанд, вале мавҷудоти олами маҳсус нисбӣ ҳастанд. Барои мисол агар, шумо як инсонӣ зеборо бо инсонӣ зишт бисанҷед, мегӯед, ки зебост аммо дар муқобили зеботар бисанҷед мегӯед, ки зишт аст. Пас як фард ҳам зебост ва ҳам зишт. Ё як шахсро аз ҷиҳати илм мисли мисоли болозикр мавриди қиёс қарор диҳем, натиҷаи нисбӣ ба даст меоварем, аммо ҳамин сифатҳо дар олами мусул мутлақ ва ғайри тағйирёбандааст;
5. Мавҷудоти олами мусул ягона ва мавҷудоти олами маҳсус омехта. Ба ин маъно, ки як инсон дар ин дунё ғайр аз ин ки инсон аст мард ё зан аст, олим ё ҷоҳил аст, кӯтоҳ қад, сиёҳпӯст, бо ахлоқ ва чанд сифати дигарро доро аст. Аммо мавҷудоти олами мусул фақат як навъ ҳастанд, яъне фақат инсон аст, на зан, на мард, на қадкӯтоҳ ва на қадбаланд;
6. Мавҷудоти олами мусул азалий ва абадӣ ҳастанд, аммо мавҷудоти олами маҳсус ғайри азалию абадӣ. Азалий ва абадӣ ба ду маъно аст. Якум ба ин маъно, ки аз ҷиҳати замон ҳар чӣ қадар ба пеш ва ё ақиб нигоҳ кунем, замонро намеёбем, ки дар он замон ин мавҷуд набошад, дар ин маъно азалий ва абадӣ ба маънои дорои замони бениҳоят фаҳмида мешавад. Дуввум азалий ва абадӣ ба маънои ғайризамонӣ аст. Вақте мегӯем, ки Худо азалий ва абадӣ аст, ба маънои ин аст, ки дар Худо замон матраҳ нест на ба ин маъно ки умраш бениҳоят беинтиҳост. Мақсуд аз азалий ва абадӣ будан аз нигоҳи Афлотун маънои дуввуми он аст;
7. Мавҷудоти олами мусул дар қайди макон нестанд, яъне маконӣ нестанд, аммо мавҷудоти олами маҳсус макониянд;
8. Мавҷудоти олами мусул қоим ба зотанд, аммо мавҷудоти олами маҳсус қоим ба ғайр аст. Аз қоим ба зот будан набояд маънои **ҷавҳар** ва аз ғайри қоим ба зот маънои **арз** гирифта шавад. Чун лозимаи ин сухан ин аст, ки ҳамаи мавҷудоти олами маҳсус аразанд. Пас мурод ин аст, ки мавҷудоти олами маҳсус вобаста ба мавҷудоти олами мусул ҳастанд, аммо онҳо не [3; с.133].

Ҷонибдорон ва мухолифони ин назария

Ин назарияро бузургон ва файласуфони мактаби Машшоия ҳамчун Арасту, Киндӣ, Форобӣ, Хоҷа Насриддини Тусӣ рад карда Ибни Сино онро ҳамчун афсона дониста аст [6; с. 199].

Дар баробари инҳо мактаби Ишроқия ин назарияро пазируфтааст, махсусан Сухравардӣ дар китоби худ навиштааст, ки Ибни Сино ин сухани Афлотунро фаҳм накардааст.

Инчунин касоне монанди Ҷалолиддини Румӣ, Аттори Нишопурӣ ва дигар орифони асримиёнагӣ ин назарияро дар ашъор ва ҳикматҳои худ зикр кардаанд [6; с.199].

Албатта, байтҳои бисёре метавон ёфт, ки аз онҳо бӯйи ошноии Мавлоно бо олами мусули Афлотун меояд, аммо тамсил саёде, ки ба ҷои давидан дар пайи мурғ ба дунболи сояи мурғ дар замин аст, беш аз ҳама шабоҳат

ба тамсили ғор дорад ва ҳам ба назаргоҳи Афлотун дар бораи ҷаҳони маҳсус ва ҷаҳони мусул ва ҳақиқат. Мавлоно мефармояд:

Мурғ бар боло ва зер он сояш,
Медавад бар хокпарон мурғаш.
Аблаҳе саёди он соя шавад,
Медавад чандон, ки бе моя шавад.
Беҳабар к-он акси он мурғи ҳавост,
Бе ҳабар, ки асли он соя кучост.
Тир андозад ба сӯйи соя ӯ,
Таркашаш холӣ шавад аз ҷустуҷӯ.
Таркаши умраш таҳи шуд умр рафт,
Аз давидан дар шикори соя тафт [5; с.17].

Дар ин тамсил мурғе, ки дар боло мепарад ҳамчун олами мусул ва ҳақоиқи маънавӣ ва кулли мавҷудоти заминӣ аст ва сояи он бар замин ёдовари олами маҳсус ва мавҷудоти маҷозӣ аст. Ва саёд мазҳари касоне, ки ошиқ ва шифтаи маҷоз ва соя шуда ва аз ҳақиқат боз мондаанд.

Бо нигоҳи дақиқ ба баъзе аз ашъори бузургонназаргоҳи дигари олами мусули афлотунӣ ошкор мешавад. Аттор Нишопурӣ мегӯяд:

Чунин гуфт он бузурги кор дида,
Ки бувад ӯ неку бад бисёр дида....
Ҳама бинмоядат равшан чу хуршед,
Чунон к-он ҷумла мебини ту ҷовид.
Вале муйе ба ту нанмояд аз ту,
Туйи ту ниҳон мебояд аз ту.
Агар чашми ту бар руйи ту афтод
Зи ишқи ту барояд аз ту фарёд [2; с.11].

Ба ақидаи Аттор Симурғ пас аз талошу кӯшиш ба “ту” мерасанд ва пас аз он худро дар Ў ва Ў-ро дар худ мебинанд. Расидан ба ин мақом ва шуур ёфтани ба “ту” идроки ин рози азамати ҳастии инсон аст.

Ҳар гаҳ ки шавад равшан бар ту, ки туйи ҷумла
Фарёди аналҳақ зан дар олами инсонӣ.
Атор зи роҳи худ бархез, ки то бинӣ
Худро зи худӣ бираҳон қаз ҳеш ту пинҳонӣ [1; с.805].

Ҳамон ганҷи пинҳонӣ даруни ту ва нохудоғоҳи ҷамъии ту фардӣ ва таҷрибӣ нест. Балки ҳамон мусули Афлотунӣ суратҳои ҳақиқии мавҷудоти туйи дар ту аст. Он чи сабаб мешавад ин ганҷи бепоён аз ту пинҳон бимонад “ту”-и таҷрибӣ ва вобаста ба ҷаҳон моддӣ аст, ки он ганҷи бепоёнро дар зиндони ҷисм маҳбус кардааст.

Аз ин лиҳоз гуфта метавон, ки назарияи “Мусул” муҳимтарин дидгоҳи фалсафаи Афлотун аст. Ин назария дар миёни мутафаккирони тамоми олам дар замонҳои зиёд пайравон ва муҳолифон доштааст. Андешмандони бисёр аз ин назария таъсир пазируфтаанд. Назарияи Мусулро метавон нуқтаи асосии фалсафаи Афлотун донист, ки тамоми манзумаи фикрии вай чи ҳастииноӣ, маърифатшиноӣ, мантиқ, ахлоқ, сиёсат ба мадори он мечархад.

Адабиёт.

1. Аттор Нишопурӣ. Девони ашъор, ғазалиёти 805.
2. Аттор Нишопурӣ. Асрорнома, бахши 11, Ҳикоят ва тамсил.
3. Жан Вал. Мо баъду табиа. Тарҷуми Яҳё Маҳдавий. Техрон: Интишороти Хоразм, 1991.
4. Мустафо Маликиён. Таърихи фалсафаи ғарб. Техрон: Пажӯҳишгоҳи Донишгоҳ.
5. Ричард Генти Попкин. Кулиёти фалсафа, тарҷумаи Ҷалолиддин Муҷтабавӣ, интишороти ҳикмат. Техрон: 1990.
6. Шерзод А. Муқаддимаи фалсафа. Душанбе. -2014.

Шерматов Д.С., Мамадалиев М.М., Шерматзода О.Т.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТОЧНЫХ НАУК

Кафедра медицинской и биологической физики с основами информационных технологий ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Внедрение интерактивных форм обучения – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов медиков в современном медицинском образовании.

Цель исследования. Использование интерактивных методов обучения для формирования информационной культуры студентов медиков при изучении точных наук.

Материал и методы исследования. Хотя новые взгляды на обучение не принимаются многими преподавателями, нельзя игнорировать данные многих исследований, подтверждающих, что использование активных подходов является наиболее эффективным путем, способствующим обучению студентов: студенты легче вникают, понимают и запоминают материал, который они изучали посредством активного вовлечения в учебный процесс. Исходя из этого, основные методические инновации связаны сегодня с применением именно интерактивных методов обучения [1-4].

Результаты исследования и их обсуждение. Учебный процесс, опирающийся на использование интерактивных методов обучения, организуется с учетом включенности в процесс познания всех студентов группы без исключения. Совместная деятельность означает, что каждый вносит свой особый индивидуальный вклад, в ходе работы идет обмен знаниями, идеями, способами деятельности. Организуются индивидуальная, парная и групповая работы, используется проектная работа, ролевые игры, осуществляется работа с документами и различными источниками информации. Интерактивные методы основаны на принципах взаимодействия, активности обучаемых, с опорой на групповой опыт, с обязательной обратной связью. Создается среда образовательного общения, которая характеризуется открытостью, взаимодействием участников, равенством их аргументов, накоплением совместного знания, возможностью взаимной оценки и контроля.

К интерактивным методам формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук мы относим следующие:

1. Брифинг. Брифинг - (англ. briefing от англ. brief — короткий, недолгий) - краткая прессконференция, посвященная одному вопросу. Основное отличие: отсутствует презентационная часть. То есть практически сразу идут ответы на вопросы журналистов.

2. Вебинар. Вебинар (от слов «веб» и «семинар») - это «виртуальный» практикум, организованный посредством Интернет-технологий. Вебинару присущ главный признак практикума — интерактивность. Вы делаете доклад, слушатели задают вопросы, а вы отвечаете на них. Наиболее легкий способ организовать вебинар - воспользоваться услугами компаний, специализирующихся на оказание данных услуг.

3. Видео-конференция. Видео-конференция (англ. videoconference) - это область информационной технологии, обеспечивающая одновременно двустороннюю передачу, обработку, преобразование и представление интерактивной информации на расстояние в реальном режиме времени с помощью аппаратно-программных средств вычислительной техники. Взаимодействие в режиме видеоконференций также называют сеансом видеоконференцсвязи. Видеоконференцсвязь (сокращенное название ВКС) - это телекоммуникационная технология интерактивного взаимодействия двух и более удаленных абонентов, при которой между ними возможен обмен аудио- и видеoinформацией в реальном масштабе времени с учетом передачи управляющих данных.

4. Виртуальная консультация. Самостоятельные занятия студента по изучению интерактивных учебных материалов позволяют ему получить основной объем учебной информации, а выполнение письменных заданий - развить навыки практического использования концепций курса при исследовании собственного опыта.

5. Виртуальный тьюториал. Используется для закрепления и корректировки самостоятельно полученных знаний и умений, выработки навыков групповой деятельности и обмена опытом с другими участниками. Тьюториалы проводятся с применением активных методов обучения (групповые дискуссии, деловые игры, решение кейсов, тренинги и мозговые штурмы).

6. Групповая дискуссия (обсуждение вполголоса). Для проведения такой дискуссии все студенты, присутствующие на практическом занятии, разбиваются на небольшие подгруппы, которые обсуждают те или иные вопросы, входящие в тему занятия. Обсуждение может организовываться двояко: либо все подгруппы анализируют один и тот же вопрос, либо какая-то крупная тема разбивается на отдельные задания. Традиционные материальные результаты обсуждения таковы: составление списка интересных мыслей, выступление одного или двух членов подгрупп с докладами, составление методических разработок или инструкций, составление плана действий.

7. Интерактивная (проблемная) лекция. Интерактивная (проблемная) лекция представляет собой выступление, как правило, опытного преподавателя перед большой аудиторией обучающихся в течение 2-4 академических часов с применением следующих активных форм обучения:

- ведомая (управляемая) дискуссия или беседа;
- модерация (наиболее полное вовлечение всех участников лекционного занятия в процесс изучаемого материала);
- демонстрация слайд-презентации или фрагментов учебных фильмов;
- мозговой штурм;
- мотивационная речь.

8. Информационно-проблемная лекция. Предполагает изложение материала с использованием проблемных вопросов, задач, ситуаций. Процесс познания происходит через научный поиск, диалог, анализ, сравнение разных точек зрения.

9. Кейс-метод (анализ конкретных ситуаций). Кейс-метод (от английского case – случай, ситуация) – усовершенствованный метод анализа конкретных ситуаций, метод активного проблемно-ситуационного анализа, основанный на обучении путем решения конкретных задач – ситуаций (решение кейсов). Метод кейсов представляет собой изучение, анализ и принятие решений по ситуации (проблеме), которая возникла в результате происшедших событий, реальных ситуаций или может возникнуть при определенных обстоятельствах в тот или иной момент времени.

Таким образом, различают полевые ситуации, основанные на реальном фактическом материале, и кресельные (вымышленные) ситуации, кейсы. Обучающиеся должны проанализировать ситуацию, разобраться в сути проблем, предложить возможные решения и выбрать лучшее из них.

Вывод. Наши исследования доказали, что основными интерактивными методами формирования информационной культуры у студентов медиков при изучении точных наук являются: брифинг, вебинар, видео-конференция, виртуальная консультация, виртуальный тьюториал, групповая дискуссии, интерактивная (проблемная) лекция, информационно-проблемная лекция и кейс-метод.

Литература

1. Анипкина Л.Н. Дискуссия - как интерактивная форма обучения РКИ // Вестник РУДН. Серия: русский и иностранные языки и методика их преподавания. - 2014. - № 4. - С. 5-12.

2. Бледнова В.Н., Трунин В.В., Кораблева Е.Н. Интерактивные методы обучения в процессе преподавания дисциплины «физическая культура» // Труды Санкт-Петербургского государственного института культуры. 2013. С. 443.
3. Родионова С. Е., Григорьева Т. В. Применение активных и интерактивных методов обучения в реализации основных образовательных программ по гуманитарным направлениям подготовки ВПО (на примере направления «Филология») // Вестник Башкирского университета. 2012. Т.17. № 3 (1). С. 155.
4. Смолкин А.М. Методы активного обучения. М., 1991.234 с.

Шерматов Д.С., Мисокова Ф.С., Ибронов С.С.

ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра медицинской и биологической физики с основами информационных технологий ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. В настоящее время в системе высших учебных заведений Республики Таджикистан происходит реформа в системе высшего образования и открытое общественное обсуждение проблем, имеющих в образовательной сфере республики.

Новые педагогические технологии в их практическом применении в экологическом образовании требуют синтеза, поиска новых форм подготовки, появления в их контексте таких категорий как экологические знания и умения, экологическое сознание и мышление, экологическая деятельность и культура. В связи с этим необходимо отметить важность существенного усиления деятельностного и личностного подходов в экологическом образовании студентов.

В настоящий момент времени отечественная и зарубежная педагогика, психология накопили существенный объем информации о различных феноменах экологии и их воздействии на безопасность и здоровье человека [1].

Итак, на сегодняшний день проведено немало исследований в сфере проблем экологического образования, в которых рассматривают различные аспекты этой неоднозначной проблемы [2-5].

Наряду с этим, формируя соответствующую систему отношений к миру природы, в действующей системе экологического образования недостаточно уделяется внимания такой её составной части, как человек, где он рассматривается в основном как жертва экологических катастроф.

Причины недостаточного внимания к этой стороне проблемы мы видим в социоцентрической установке, ныне устаревших коммунистических убеждениях о гуманизме, на фоне которых любовь к самому себе объяснялась, как нечто постыдное и непристойное. Преувеличение таких нравственных ценностей, как самоотверженность и самоотдача, причисление себялюбия усиленно противопоставлявшегося почетной самоотверженности, к рангу отрицательного качества, отождествлявшегося с эгоизмом, приведшее, на наш взгляд, к явному моральному перекосу – человек перестал заниматься собой, своим здоровьем, бытом и любимыми делами.

Цель исследования. Теоретически обосновать некоторые проблемы экологического образования студентов в системе высшего образования.

Материал и методы исследования. 27 ноября 2014г. № 1160 был принят Закон Республики Таджикистан об охране окружающей среды, определяющий правовые основы государственной политики в области охраны окружающей среды, и направлен на обеспечение устойчивого социально-экономического развития, гарантии прав человека на здоровую и благоприятную окружающую среду, укрепление правопорядка, предотвращение негативного воздействия хозяйственной и иной деятельности на окружающую среду, организацию рационального использования природных ресурсов и обеспечение экологической безопасности.

Стратегия Республики Таджикистан в области охраны окружающей природной среды устремлена на предоставление преимущества экологических интересов республики с оглядкой на научно обоснованное сочетание формирования хозяйственной и иной деятельности с благоразумным отношением к природе и её богатствам, целесообразным потреблением природных запасов и обязательным сохранением права человека на естественную и благоприятную для существования окружающую среду. В этой проблеме Республика Таджикистан опирается на обязательность обширного и продуктивного транснационального сотрудничества, ориентированного на сохранение природы Земли и налаживания глобальной и полной экологической защищенности международного сообщества.

Результаты исследования и их обсуждение. История появления и развития представлений людей об экологии началась очень давно. Понимание окружающей среды и линии взаимоотношений с ней приобрели жизненное значение еще на заре появления человечества.

Формирование коллективной и трудовой организации первых людей, развитие их умственной и групповой деятельности создавали основу для восприятия не только самого факта своей жизнедеятельности, но и для всего большего осознания зависимого характера этого существования как от условий в недрах своей общины, так и от внешних экологических условий. Знания наших пращуров постоянно пополнялись и передавались от старших к младшим, осуществляя помощь в ежедневной борьбе за существование.

В силу своеобразности уклада жизни человек древней эпохи получал знания и о живых существах, отлавливаемых им, и об особенностях собираемых им плодов. Прародители людей получали пропитание собирательством и охотой, немалые познания об этом они имели уже давно, около *полмиллиона лет назад*. Наши предки имели немалый багаж знаний об особенностях пищи, которую они добывали, ореолах ее обитания. Тогда же началась эксплуатация естественных очагов огня для приготовления пищи, потребительские и вкусовые свойства которой в условиях температурной обработки существенно усовершенствовались.

В ходе формирования цивилизации люди аккумулировали знания о свойствах разнообразных природных материалов, о преимуществах их применения для осуществления тех или иных целей. Сотворенные примитивным человеком инструменты, различные технические средства говорят, с одной стороны, о том, что улучшались хозяйственные

умения и навыки людей, а с другой стороны, являются доказательством освоения окружающего мира, так как любое, даже самое незатейливое, орудие предъявляет требования к пониманию особенностей объектов в естественной природной среде, а также ведёт осознанию функций самой производимой вещи и познанию приемов и условий ее прикладного применения.

Около 150 тыс. лет назад человечество само освоило добычу огня, благоустройство первобытного дома, изучило пути спасения от ненастных погодных условий и недругов. На основе этого опыта человек смог значительно увеличить территории своего проживания [2].

Начиная с 8-го тысячелетия до н. э. в Средней Азии зарождаются навыки применения разнообразных способов обработки земли и выращивания сельскохозяйственных культур. Подобная сельхоз революция в странах Средней Европы имела место в 6-2-м тысячелетиях до н.э. Вследствие чего множество людей выбрало оседлый тип существования, что породило необходимость в более точном мониторинге перемены климата, в технике предопределения смен времен года и изменения погоды. В эту же пору произошло и выявление людьми связи погодных феноменов с астрономическими циклами [3].

Вопрос взаимосвязей человека и природы стал темой исследования многих специалистов различных сфер научного знания, как минувшего, так и настоящего времени.

Пиковый прогресс в становлении научных знаний о действительности был достигнут в эпоху античности (VIII в. до н.э - V в. н.э.). В это время началось отступление от утилитаризма в постижении природы. Это нашло свое выражение, в частности, в возникновении новых тенденций её познания, не нацеленных на приобретение прямой материальной прибыли. На главное место стало выдвигаться желание людей восстановить согласованную картину мира и понимание своего места в нём [4-5].

Большое внимание античные философы проявляли к темам появления и эволюции жизни на Земле, а также к раскрытию отношений предметов и явлений окружающего мира. Так, древнегреческий философ, математик и астроном Анаксагор (ок. 500-428 гг. до н.э.) представил одну из главных теорий появления известного в то время мира и проживающих в нем живых существ. Сообразно идеям этого ученого, ядро существования фактического мира создает сплетение бессчётного количества бесконечно малых его элементов, «семян вещей». Находясь на заре в беспорядке, они составляли хаос. Однако, через некоторое время мировой «ум» привёл их в движение и упорядочил таким образом, что неоднородные элементы оторвались друг от друга, а однородные - соединились между собой, образовав землю и вещи. В тоже время самые тонкие, светлые, сухие и теплые элементы вышли наружу и создали эфир, а плотные, темные, влажные и холодные устремились к центру и сформировали воздух, воду и землю. Обсохшая и застывшая земля сделала колыбелью жизни: семена из воздушного пространства с дождями попадали на поверхность земли, оплодотворяя ее. В итоге на земле создались растения, а следом за ними возникли животные.

Выводы. В обязанности природоохранительного законодательства, сегодня, входит регламентирование отношений в сфере взаимодействия общества и природы с целью оберегания природных ресурсов и нормальной среды обитания людей, сообразной эксплуатации и воспроизводства природных резервов, предупреждению экологически пагубного воздействия любого участия человека, налаживанию и повышению качества естественной природной среды учитывая консолидацию законности и правопорядка в указанной области отношений для настоящего и будущих поколений граждан.

Литература

1. Мисокова, Ф.С. Компетентностный подход в процессе экологического образования бакалавров в условиях кредитной системы образования/ Ф.С. Мисокова, Д.С. Шерматов, Б.Р. Кодиров //Вестник Таджикского национального университета.2014.-Т.2.№3-8 (150).-с.266-268
2. Дерябо С.Д., Ясвин В. А. Экологическая педагогика и психология. - Ростов- на-Дону: «Феникс», 1996. - 480 с.
3. Бойко, Н. Я., Гагина Т. Н., Тивяков С. Д. Природоохранительное просвещение в школе. Охрана природы Кузбасса./Н.Я. Бойко, Т.Н. Гагина, С.Д. Тивяков // Новосибирск, 1989. –С.6-7
4. Урсул, А. Д. На пути к информационно-экологическому обществу/А.Д.Урсул //Философские науки. -1991, N5, с. 3-10.
5. Дежкин В. Беседы об экологии. - М.: «Молодая гвардия», 1999. -127 с.

Шодиматова М.К.

ИСТИЛОҲОТИ ТИББӢ ВА БАӢЗЕ ХУСУСИЯТҲОИ ОН ДАР ОСОРИ БАДЕЙ

Кафедраи забони тоҷикӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» Душанбе, Тоҷикистон

Устод Садриддин Айни аз чумлаи он шахсиятҳое мебошад, ки дар ҳифзи асолати забони тоҷикӣ, таҳкими иқтидори забони адабии тоҷик нақши босазое дорад. Осори нотақрори ӯ – асарҳои таърихӣ, публицистӣ, мақолаҳои илмӣ ва таълифоти дигари ин фарзанди фарзонаи миллат таъриху фарҳанги миллати моро инъикос намуда, саҳифаҳои дурахшони халқи тоҷикро ташкил медиҳад. Устод баҳусус дар ташаккули ва тақомули истилоҳоти илмӣ тоҷикӣ, аз ҷумла истилоҳоти тиббӣ саҳми арзандае дорад. Дар асари “Ёддоштҳо”, ки дар он масъалаҳои тиббӣ низ инъикос ёфтаанд, устод истилоҳоти зиёди тиббиро ба қор бурда, вобаста ба талаботи асари бадеӣ, ки ба хонанда фаҳмо будани истилоҳотро тақозо менамояд, тавонистааст масъалаҳои тиббиро аниқу дақиқ ва ҳамзамон содаву раван баён намояд. Олими шинохта, профессор Б. Камолитдинов дар яке аз мақолаҳои худ дар ин хусус сухан ронда, чунин андешароӣ намудааст: “Маълум аст, ки аҳли қалам, чӣ адибу чӣ рӯзманигор дар бобати риояи меъёрҳои истеъмоли унсурҳои забони адабӣ масъулияти бештар ба уҳда доранд, бинобар ин аксари онҳо ҳангоми ифодаи мафҳумҳои нав роҳи аз ҳама осон - иқтибосро пеш нагирифтаанд. Дар ин бобат таҷрибаи Аҳмади Дониш ва Садриддин Айниро ба ёд овардан кифоя аст” (2 - 46).

Дар ҳақиқат устод Айни дар асари “Ёддоштҳо” барои тасвири бемориҳо ё ҳодисаҳои дигар истилоҳоти

зиёди тиббиро корбаст намуда, бо ҳамин дар барқарор намудан ва ба низом даровардани истилоҳоти тиббии забони тоҷикӣ саҳм гузоштааст.

Устод Айни Ҳангоми тасвири бемориҳои вабо ва ришта, ки дар Бухоро паҳн гардида буд, калима ва ибораҳои зиёди тиббиро ба кор бурда, танҳо бо калимаи ришта чандин истилоҳ ва ибораи истилоҳ сохтааст: бемории ришта, риштакаш, риштакаши ҳунарманд, аломати ришта, амалиёти риштакашӣ, мавсими бемории ришта, захри ришта, риштахонон, дӯкони риштакашӣ, шиддати бемории ришта, одамони риштадор, одамони беришта, азоби риштагирӣ, устои риштакаш, ришта баровардан, сабаби риштабарорӣ, марҳами ришта, ҷойи риштаноки бадан, нӯгдиҳии ришта, кирми ришта ва ғайра.

Ҳамин тавр, истилоҳоти тиббӣ, ки дар “Ёддоштҳо” корбаст шудааст, чунин гуруҳбандӣ карда шуд:

1) номи бемориҳо - бемории сил, бемории ришта, ҷунун (ҳоло ба ҷойи он истилоҳи невроз низ истифода мешавад), вабо, кичча, ҷароҳат, донача, вараҷаи саҳт;

2) номи ихтисосҳо - доктор, табиб, ҷарроҳ, риштакаш, бемордор, бемордори таҷрибадор, ходимаи тиббӣ, микробшинос, фелдшер;

3) ҷараёни беморӣ - шиддати беморӣ, беҳушӣ, озори по, ҷойи омоскардаи пой, ҳарорат, эътидол, таби тоқатгудоз, тангии нафас, сурфаи шадид, бухрони саҳти беморӣ;

4) навъи доруҳо - марҳам, марҳами ришта, марҳами аз таҷриба баромада (марҳами кӯҳна), чораи таскиндиҳандаи хориш, давои хунбоздоранда, доруи қувватбахш, марҳами озмудашуда, йод;

5) номи муассисаҳои тиббӣ - беморхона, бемористон, беморхонаи вабой, беморхонаи ҳарбӣ, лаборатория, амбулатория;

6) чораҳои тиббӣ - карантин, дезинфексия, озмоиш, таҳлил кардан, софкорӣ кардан, санҷидан, амалиёти риштакашӣ, покиза кардан ва ғайра.

Чуноне ки ба мушоҳида мерасад, устод Айни дар “Ёддоштҳо” дар баробари рӯй овардан ба таркиби лугавии забони тоҷикӣ калимаҳои иқтибосиро низ мавриди истифода қарор додааст: карантин, дезинфексия, ретсепт, доктор, докторша, фелдшер. Дар ҳолати дигар нависанда бо истифода аз калимаҳои иқтибосӣ калимаи нав сохтааст: сарврач, духтуршоҳ, санитарзан, докторхона ва ғайра.

Дар асар барои ифодаи калимаи духтур чунин мафҳумҳо корбаст шудаанд: доктор, врач, табиб, докторша, духтуршоҳ. Дар мисоли зерин муаллиф бо калимаи иқтибосӣ калимаи нав сохтааст: Дар ҳамон вақтҳо дар Бухоро як докторзан пайдо шуд, ки ўро русҳо докторша ва тоҷикон духтуршоҳ мегуфтанд. Маълум аст, ки устод Айни табибро вобаста ба ҳолату вазъият ва савияи дониши онҳо бо чунин калимаҳо ифода намудааст ва ин ҳолат дар боби “Савияи маҳорати доктор ва табибони Бухорои амирӣ ва вафоти Мулло Ҳомиди Савтӣ” равшантар инъикос ёфтааст. Нависанда истилоҳи “доктор”-ро нисбат ба духтурони рус корбаст намуда, калимаи “табиб”-ро барои ифодаи табибони маҳаллӣ истифода кардааст: “Азбаски ба олимони ва донишмандони рус бовари калон доштам, барои муолиҷа пеши табиб нарафта, пеши он доктор рафтам ва ба воситаи тарҷумон дарди худро ба ў фаҳмондам”.

Дар “Ёддоштҳо” аксари калимаҳои тиббии тоҷикӣ аз забони персонажҳои асар, калимаҳои иқтибосӣ бошад, аз забони ҳуди муаллиф оварда шудаанд. Дар асар бо калимаҳои зиёде дучор меоем, ки барои равшантар тасвир кардани ҳодисаю воқеаҳо, барои дуруст фаҳмидани маъалаҳои тиббӣ ёрӣ мерасонад ва аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки устод Айни дар қорбурди истилоҳоти тиббӣ хеле мулоҳизакор буда, ҳангоми зарурат калимаҳои иқтибосиро истифода бурда, дар ҳолати дигар калимаю иборасозӣ кардааст ва ё мафҳумҳои заруриро аз таркиби забони адабӣ пайдо карда, онҳоро хеле моҳирона ва дар мавриди зарурӣ истифода кардааст.

Барои намуна чанде аз онҳоро мисол меорем: озмоиш, таҳлил кардан, софкорӣ кардан, нештарзанӣ, шулук, шулукдон, бухрони саҳти беморӣ, бемори табдор, бемордори таҷрибадор, озори по, ҷойи омоскардаи по, шиддати беморӣ, чораҳои вабой, доруи қувватбахш, таби тоқатгудоз, доруи таскиндиҳанда, доруи хунбоздоранда, марҳами озмудашуда, давоҳои озмудашуда, бемори барҷомонда, бемории ҳалокатовар ва ғайра. Чанде аз вожаҳои тиббӣ, ки нависанда дар асари “Ёддоштҳо” корбаст намудааст, дар луғатҳо чунин шарҳ ёфтаанд:

Озмоиш. Дар “Фарҳанги тибби ниёгон” (минбаъд ФТН) маъноҳои санҷиш, таҷрибаро дошта, калимаи озмудашуда маъно аз санҷиш гузаштаре дорад. (6 – с. 340). Садриддин Айни дар асар калимаю ибораҳои “озмоиш, давоҳои озмудашуда”-ро истифода кардааст.

Озор. Дар ФТН калимаи “озор маънои дард, ғам, андӯх, ғусса” - ро дошта, ибораҳои озор гирифтани, озор дидан оварда шудааст. (6 – с. 341). Муаллиф дар асар калимаю ибораҳои “озор, озори по”-ро ба кор бурдааст.

Бемордор – ин калима дар ФТН чунин маънидод шудааст: “қасе, ки ба бемор нигоҳубин мекунад, парастори бемор” (6 - с.70). Устод Айни дар асари “Ёддоштҳо” барои ифодаи он калимаю ибораҳои “бемордор, бемордори таҷрибадор, бемордори инсонпарвар”-ро корбаст намудааст.

Бемористон дар “Фарҳанги забони тоҷикӣ” (минбаъд ФЗТ) чунин шарҳ ёфтааст: “ҷое, ки беморонро хобонда, нигоҳубин ва даво мекунанд, касалхона, беморхона, дорушшифо” (7 - 172). Дар асар муаллиф вожаю ибораҳои “беморхона, бемористон, беморхонаи вабой, беморхонаи низомӣ”-ро мавриди истифода қарор додааст.

Беморӣ маънои нотобӣ, ранҷуриро дорад ва дар ФЗТ бо маъноҳои “қасалӣ, ранҷурӣ, нотобӣ” ифода ёфтааст. Аз осори Абулқосим

Фирдавӣ порчаи шеърӣ оварда шудааст:

Ба доруи дармон ҷаҳон гашт рост,

Ки беморию марг қасро нақост. (7 - 173).

Ин мисол аз он шаҳодат медиҳад, ки вожаи беморӣ дар забони тоҷикӣ собикаи тӯлонии истифода дорад. Дар ФТН вожаи беморӣ чунин шарҳ ёфтааст: “дар истилоҳи тиб бино ба таърифи Ибни Сино ҳолати

гайритабии тани инсон, ки ба мучиби он дар андомгон халал ворид бигардад; касалӣ, ранчурӣ, нотобӣ”. (6 - 71).

Лозим ба ёдоварист, ки дар луғатҳо калимаҳои “касалхона, касалӣ” зикр шуда бошанд ҳам, устод Айнӣ барои ифодаи ҳолати инсон ва ин муассисаи тиббӣ калимаҳои “беморӣ, беморхона ва бемористон”-ро корбаст намудааст.

Истилоҳи бухрон низ дар бахши тиб ба таври фаровон истифода мешавад. Бухрон аслан тарҷумани калимаи русии кризис буда, камӣ, норасоӣ, коҳишёбро ифода менамояд. Тавре забоншинос Т.Бердиева қайд намудааст, калимаи мазкур дар матбуоти солҳои бистуми асри XX мавриди истифода қарор дошт. Вобаста ба дигаргуниҳои сиёсӣ ва вазъияти баамаломандаи ҷомеа он солҳои охир дар забони тоҷикӣ серистеъмол гардид. Ҳамин чиз ҷолиби диққат аст, ки калимаи бухрон дар забони тоҷикӣ дар ду маврид истифода карда мешавад: якум – истилоҳи сиёсӣ, дуюм – истилоҳоти тиббӣ, аз ин хусус дар луғатҳо маълумотҳо оварда шудаанд.

Дар ФЗТ калимаи бухрон чунин шарҳ ёфтааст: “бухрон – лаҳзаи тағйирёбии қатъии ҳолати бемо”. Барои далел чунин порчаи шеърӣ оварда шудааст:

Дар ФТН – ин истилоҳ ба таври зерин шарҳ дода шудааст: “ тағйироти кулӣ дар рафти ташаккули беморие, ки андомгон баъди он ё рӯ ба тандурустӣ ё рӯ ба бадӣ ниҳад”. (6 - 92).

Калимаи “бухрон” дар “Луғати русӣ-тоҷикӣ” (М.С. Осимӣ) ба ду маъно омадааст: кризис – ба маънии истилоҳи сиёсӣ - кризис, бухрон; 2. ба маънии истилоҳи тиббӣ – бухрон, ки маънии “бухрон гузашт, бемор сӯхт шуда истодааст”-ро ифода менамояд. Дар луғат ба маънии сеюм “камӣ, норасоӣ” мебошад. (4 – 422). Дар асари “Ёддоштҳо” барои ифодаи ин истилоҳи тиббӣ калимаҳои “бухрони беморӣ, бухрони саҳти беморӣ” истифода шудаанд.

Истилоҳоти тиббӣ, ки устод Айнӣ дар “Ёддоштҳо” корбаст кардааст, аксари онҳо имрӯз низ дар ҳамаи шакли қолаб дар матбуоти даврӣ, муассисаҳои тиббӣ, дар амалияи тиб фаровон истифода мешаванд ва аз маҳорату нуктасанҷии муаллиф дар интиҳоби истилоҳоти тиббӣ ва тасвири ҳодисаҳои вобаста ба беморӣ, ҷараёни беморӣ, роҳи воситаҳои табобат ва масъалаҳои дигари тиббӣ шаҳодат медиҳанд. Истилоҳоти тиббӣ “Ёддоштҳо” номи бемориҳо, ихтисосҳо, амалиётҳо, навъи доруҳо ва самтҳои гуногуни фаъолияти мутахассисони соҳаи тибро фаро мегирад, ки омӯзишу баҳрабардорӣ аз онҳо имрӯз низ аз ҷониби ҳамаи нахоҳанд буд. Азбаски истилоҳоти тиббӣ забони тоҷикӣ имрӯз дар давраи ташаккули таҳаввул қарор дорад, калимаҳои ибораҳои тиббӣ осори устод метавонанд дар интиҳоби бисёр мафҳумҳои тиббӣ созгор бошад.

Манбаи илмӣ:

1. Айнӣ С. Ёддоштҳо. Душанбе, 2009, ҷ.4, - 530 с.
2. Камолиддинов Б. Меъёри забони адабӣ ва забони матбуот. – Душанбе: Пойтахт, 2015, - 108 с.
3. Петровский Б.В. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Москва, 1983, т.2- 448 с.
4. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Москва: Советская энциклопедия, 1969, ҷ. 1.
5. Фарҳанги тиббӣ ниёгон. Душанбе: Энциклопедияи миллии тоҷик, 2016 – 776 с.

Шомусаламова Х.Ш., Абдурахмонов З.В.

ВАЗЪИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН ДАР АСОСИ МАҲАЗҲОИ БОЙҒОНӢ (солҳои 1980-1989)

Кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Дар соли 1980 дар натиҷаи амалӣ намудани чораҳои пешгирии бемориҳои сироятӣ, таъмини соҳаи тиб бо табибон, кори тадқиқотии олимони дар роҳи дарёфт кардани намудҳои доруворӣ, беҳтар кардани шароити зисти аҳоли ва таъмини аҳоли бо оби тоза шумораи ҷаҳати қудрат паст гардид. Тамоми ин омилҳо аз тарафи давлат ба назар гирифта шуданд ва ин боиси ба даст овардани мувафаккият дар самти паст шудани бемориҳои сироятӣ ва бемориҳои қудратона гардид. Дар соли 1980 ҳаҷми ДДТТ ва омӯзишгоҳҳои тиббии ҷумҳурӣ 2756 мутахассисро ташкил дод [3]. Аммо таъминоти аҳоли бо табибон ҳамеша дар мадди аввали сиёсати давлат меистод. Дар ҳолати 1 январи соли 1980 аҳолии ҷумҳурӣ 3 миллиону 900.9 ҳазор нафарро ташкил дод ва аз ин шумора 273,7 ҳазорро наврастони ташкил медоданд ва барои онҳо дар муассисаҳои тиббии ҷумҳурӣ 44 ӯтоқи наврастони амал мекарданд[4].

Бо мақсади беҳтар кардани кори соҳаи тандурустии мамлакат, 22 сентябри соли 1982 қарори яқҷояи Комитети марказии Ҳизби коммунистӣ Иттиҳоди ҷумҳуриҳои Шуравии сотсиалистӣ ва Шӯрои Вазирони Иттиҳоди ҷумҳуриҳои Шуравии сотсиалистӣ (ИЧШС) «Дар бораи беҳтар кардани вазъияти соҳаи тиб» баромад. Бо баромадани ин қарор кумак ба соҳаи тандурустӣ зиёд гардид.

Моҳи январи соли 1983 Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Шуравии сотсиалистии Тоҷикистон қарор «Дар бораи тақмили ёрии тиббӣ барои қудратона»-ро қабул кард. Мувофиқи ин қарорбарои 86 духтурони қудратона (педиатр) курсҳои тақмили ихтисос дар шаҳри Душанбе ташкил карда шуд. Дар натиҷаи гузаштан аз санҷиши аттестатсионӣ 1 нафар категорияи 1, 21 нафар категорияи 1, 15 нафар категорияи 2 гирифтанд. Аз шумораи умумии табибони қудратона 174 нафар мувофиқат ба ихтисосро соҳиб гаштанд[2].

Соли 1985 қарори Вазорати тандурустии Иттиҳоди Шӯравӣ «Оиди беҳтар кардани хизматрасонии тиббӣ барои беморони гирифтори бемориҳои гулӯ, гӯш ва бинӣ» баромад. Барои вобаста ба шароити ҷумҳурӣ мутобиқ кардани нуктаҳои асосии ин барнома, дар Ҷумҳурии Шӯравии Тоҷикистон моҳи декабри ҳамаи сол низ қарор «Оиди беҳтар кардани хизматрасонӣ дар соҳаи бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ» қабул гардид. Диққати асосӣ дар амалӣ кардани ин қарор ба вилоятҳо ва ноҳияҳои баландқӯҳ дода шуд, ки дар ин минтақаҳо бемориҳои гулӯ ва таъсири онҳо ба бемориҳои қалб ва рағҳеле шиддат дошт. Аз он ҷумла чунин бемориҳои гулӯ ба монанди ангина ва тонзиллит дар минтақаҳои қушқор хеле зиёд мушоҳида мешуданд[2].

Моҳи феввали соли 1985 қарори Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Шуравии сотсиалистии Тоҷикистон «Оиди таъмини назорати эпидемиологӣ аз болои бемории обпартояк» баромад. Мазмунҳои асосии ин қарор аз он

иборат буд, ки тамоми сохторҳои соҳаи тиб бояд ба ҳодисаҳои сар задани бемориҳои карантинӣ омодагӣ дошта бошанд. Дар асоси ҳамин қарор дар байни аҳолии ҷумҳурӣ 4886 лексия, 14561 суҳбат гузаронида шуда, 55 мақола ва 1144 дастурамал ба ҷоп супурда шуд. Аз муоинаи тиббӣ 24 781 нафар гузаронида шуд, ки аз инҳо 14824 нафар гирифтори бемориҳои шикаму руда буданд. Зиёда аз 4370 нафар дар ноҳияҳои сарҳадии Тоҷикистону Афғонистон эм карда шуд[1].

Дар соли 1984 ташҳиси кӯдакон нисбати бемории сил дар Тоҷикистон ба 73,6% ва ваксинатсияи кӯдакони навзод ба 90,5% расид. Аммо дар вилояти Кӯлоб ин нишондодҳо нисбат ба сатҳи умумичумхуриявӣ паст буданд. Чунончи дар вилояти Кӯлоб 86,3%, дар ноҳияи Ховалинг 77,2%, Совет -82,1%, Ленинград 85,4% ва ноҳияи Данғара – 86,6%-ро ташкил дод. Таҳлили маводҳои бойгонӣ нишон дод, ки аз соли 1980 сатҳи фавти кӯдакон ру ба пастӣ овард. Ҳамасолашумораи фавти кӯдакон 1,8% кам шудан гирифт. Аммо соли 1986 ин шумора танҳо ба 0,2% кам шуд ва дар соли 1987 бошад бори аввал дар давоми даҳсолаҳо шумораи фавти кӯдакон дар ҷумҳурӣ боз ру ба афзош овард. Чунончи соли 1987 ин рақам нисбати соли 1986 ба миқдори 0,7% зиёд гардид. Шумораи фавтидагон дар шаҳрҳои Душанбе, Кӯлоб, Қургонтеппа, Хоруғ ва Ленинобод зиёд гардид, ки дар ин ҷо беморхонаҳо ва дармонгоҳҳо ба пуррагӣ бо кадрҳои баландхатисос таъмин буданд. Сабаби ин ҳолат дар он буд, ки ташҳиси кӯдакон дар сатҳи диспансер суст ба роҳ монда шудааст. Сабаби дигар бошад, дар он зоҳир гардид, ки кӯдаконро баъди ташҳис ба беморхона намефиристонданд ва ба ҳона ҷавоб медоданд. Дар ҷунин маврид танҳо дар вилояти Кӯлоб фавти кӯдакон дар ҳона 41,9% аз шумораи фавтидагонро ташкил дод[1].

Дар нимаи дуввуми солҳои 80-ум давлати Шӯравӣ ба бӯҳрони шадиди сиёсӣ ва иқтисодӣ дучор гардид, ки он бозёлон шудани бозсозӣ ва ислохотгароӣ дар мамлакат алоқамандӣ дошт. Соҳаи тиб ҳамчун як қисми хоҷагии халқ аз таъсири ин равандҳо дар пахлу намонд **ва нишонаҳои ин бӯҳрон дар сохторҳои табобатӣ ба мушоҳида мерасиданд**. Яку якбора таъмини беморхонаҳо бо хурук, мол ва таҳқизот коста гардид. Бо сабаби баланд шудани нархҳо ва қисман озод шудани нарх, маблағи аз тарафи давлат ҷудо гардида, барои таъмини беморхонаҳо бо маҳсулоти ғизоӣ намерасид. Бӯҳрони иқтисодӣ ва сиёсӣ сол аз солаҳо соҳаро бадтар гардонид. Дастур ва қарорҳои вазорати тандурустии Иттиҳоди Ҷумҳуриҳои Шӯравии сотсиалистӣ дигар ба ҷумҳуриҳо намеомад, зеро дар шароити нави хоҷагидорӣ, вақте, ки тамоми соҳаҳо ба шакли идоракунии худтаъминкунӣ гузаштанд, системаи маҷбурсозии маъмурӣ дигараҳамият надошт. Беморхонаҳо, дармонгоҳҳо ва умуман тамоми системаи тандурустӣ дар тамоми соҳа аз таъсири давлат берун гардид ва ин ба вайроншавии низому қоидаҳо дар дохили соҳа овард. Аммо ин омил ба пурра қатъ гардидани қори табибон наовард ва онҳо фаъолияти худро ба шароити навазӯӣ карданд, то ки ба мардум хизмат расонанд.

Моҳи майи соли 1990 Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Шӯравии сотсиалистии Тоҷикистон дастурамал «Оиди ҳолат ва ҷораҳои иловагии муассисаҳои тиббии ҷумҳурӣ дар роҳи паст кардани бемории кӯдакон дар соли 1990» баровард. Аммо пастшавии сатҳи зиндагии мардум дар аввали солҳои 90-ум сатҳи инкишофи соҳаи тиброниз коста гардонид. Сатҳи фавти кӯдаконсоли 1989 46,7 нафар ба 1000 навзод ва дар соли 1990 (9 моҳ) 39,2 нафар аз 1000 навзодро ташкил намуд. Фавти кӯдакони соли дуввуми зиндагӣ дар соли 1989 34,4 ва дар соли 1990 32,4 нафар ба ҳар 1000 кӯдакро ташкил мекард. Дар 9 моҳи соли 1990 фавти кӯдакон дар ҳона 49,6% -ро ташкил дод[2].

Солҳои 1986-1987 як қатор қарорҳои Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Шӯравии сотсиалистии Тоҷикистон аз он ҷумла «Дар бораи пешгирии бемориҳои дарунравии шикам», «Дар бораи пешгирии бемории КОР» ва «Баланд бардоштани ихтисоси кормандони тиб» қабул гардиданд, ки онҳо қори духтурони ҷумҳуриро бояд ба сатҳи нави хизматрасонӣ мебардоштанд[2].

Моҳи сентябрисоли 1988 Қарори Шӯрои Вазирони Ҷумҳурии Шӯравии сотсиалистии Тоҷикистон «Дар бораи ҷораҳои беҳтар кардани хизматрасонии тиббӣ ба аҳоли ва баланд бардоштани таъминоти моддӣ техникаи соҳаи тиб» баромад. Соли 1989 дар шаҳри Кӯлоб утокиташҳиси ултрасадо барои занони ҳомиладор кушода шуд, ки тавассути он аломатҳои бемории кӯдак дар батни модар муайян мешуданд. Инчунин дар тамоми вилоятташҳиси кӯдакони навзод бо методи «фенилкетонурия» ҷорӣ гардид. Дар вилоят 128 участкаи духтурони кӯдакон амал мекарданд, ки аз онҳо 99 участка дар шаҳр ва 29 участка дар деҳот фаъолият мекарданд. Аммо на дар ҳамаи таваллудхонаҳо қорбо талаботи замон пеш мерафт. Бисёрии катҳо дар таваллудхонаҳо ҳолӣ мемонданд, ҳоло он, киханӯз ҳам баъзе аз замон муҳтоҷи ёрии тиббӣ буда, дар ҳона табобат мегирифтанд. Чунончи дар таваллудхонаи вилоятӣ аз 69 кат танҳо 45 кат истифода мешуд. Дар ноҳияи Восеъ аз 45 кат 5-то, дар ноҳияи Москва аз 21 кат 15 кат истифода мешуданд[2].

Афзоиши аҳоли дар охири солҳои 80-уми асри XX ва кӯчидани мутахассисон аз Тоҷикистон ба шаҳрҳои марказии Россия ба он овард, ки сатҳи хизматрасонӣ нисбат ба солҳои 70-ум ва аввали солҳои 80-ум дар соҳаи тиб нисбатан паст гардид.

Дар давраи охири мавҷудияти давлатдорӣ Шӯравӣ, соҳаи тиб ба монанди дигар самтҳои фаъолияти ҷомеа ба бӯҳрони шадид дучор гардид. Таъминоти соҳа сол аз сол коста гардида, дар охири соли 1989 қариб ки қатъ гардид. Аммо ба тамоми ин душвориҳо нигоҳ накарда, табибон қори ҳаррӯзаи худро идома додан ва хизматрасонии тиббӣ дар ягон шароит қатъ нагардид.

Рӯйхати маводҳои бойгонӣ.

1. БВТҲАҚТ-Парвандаи 588. Рӯйхати 17. 1988.- С. 235-238
2. БВТҲАҚТ-Парвандаи п/р. Рӯйхати 17.- 1990.- С. 1-4
3. БВТҲАҚТ- Дело 385. Ф 279. Оп 21. 1980г. стр. 38-40.
4. БВТҲАҚТ- Дело 368. Ф 279. Оп 21. 1980г. стр. 34-40

Шукуров Ф.А., Наврузбекова С.А., Бобокулова М.Х.
ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИН-
ФАРКТ МИОКАРДА

Кафедра патологической физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время отмечается большой интерес к изучению функционирования эндотелия при разных формах ишемической болезни сердца (ИБС) и её осложнениях в виде инфаркта миокарда [1]. Результаты многочисленных экспериментальных, патоморфологических и клинических исследований убедительно доказано, что в основе прогрессирования ИБС и её осложнений лежит общий анатомический субстрат в виде атеросклеротической бляшки с разрывами её поверхности и формированием внутрисосудистого тромба [2]. Стимуляция эндотелия, например, при механической травме, циркулирующими иммунными комплексами, сопровождается повышением синтеза антигена фактора Виллебранда и его высвобождением из телец Weibel-Palade тромбоцитов и позволяет считать этот гликопротеид одним из маркёров повреждения эндотелия. Фактор Виллебранда циркулирует в крови в виде комплекса с VIII фактором свёртывания и обеспечивает взаимодействие тромбоцитов с повреждённой поверхностью сосудов. При повреждении эндотелия сосудов происходит активация системы сосудисто-тромбоцитарного гемостаза [3]. Фактор Виллебранда и тромбоциты являются наиболее важными факторами, обеспечивающие сосудисто-тромбоцитарный гемостаз. Фактор фон Виллебранда, локализованный в базальных мембранах эндотелиальных клеток, имеет более высокую степень полимеризации и потому более активен при взаимодействии с тромбоцитами. Функциональное состояние тромбоцитов тесно связано с эндотелиальной выстилкой сосудов. В физиологических условиях тромбоциты не реагируют между собой и не приклеиваются к сосудистой стенке [4]. При нарушении целостности выстилки сосудов в тромбоцитах происходят морфологические и метаболические изменения, при которых тромбоциты секретируют фибриноген, обладающей способностью связывается с эндотелием [5]. Фибриноген представляет собой не только один из факторов свёртывания крови, но также является важнейшим маркёром воспаления.

Цель исследования. Определить состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 больных с постинфарктным кардиосклерозом. Из них женщин было 11, мужчин – 19. Средний возраст пациентов составил $65,1 \pm 3,6$ года. В группу контроля вошли 20 здоровых лиц в среднем возрасте $62,7 \pm 3,7$ лет. Определение активности фактора фон Виллебранда, отражающий состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, осуществляли с использованием набора реагентов НПО «Ренам» (г. Москва) в лаборатории Республиканского научного центра крови.

Подсчёт количества тромбоцитов, так же для оценки сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, проводили методом Фонио. Метод основан на определении количества кровяных пластинок в окрашенных мазках крови на 1000 эритроцитов.

Для оценки плазменного звена гемостаза определяли концентрацию фибриногена в плазме крови по методу Рутберг (гравиметрический метод). Метод заключается в высушивании и взвешивании сгустка, который образуется при добавлении в плазму 0,2 мл стандартного раствора тромбина.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что уровень фактора фон Виллебранда, тромбоцитов и фибриногена зависит от выраженности клинической тяжести. Так, уровень фактора фон Виллебранда был значительно повышен у больных перенесших инфаркт миокарда по сравнению с контрольной группой ($143,1 \pm 5,6$ и $87,0 \pm 4,5$, соответственно). Количество тромбоцитов, также были выше у больных с постинфарктным кардиосклерозом в сравнении с контрольной группой обследованных ($285,1 \pm 6,9$ и $224,5 \pm 7,2$, соответственно). Концентрация фибриногена, также, была более выражена у больных перенесших инфаркт миокарда ($4,1 \pm 0,9$) по сравнению с контрольной группой ($2,8 \pm 0,8$) (рис.1).

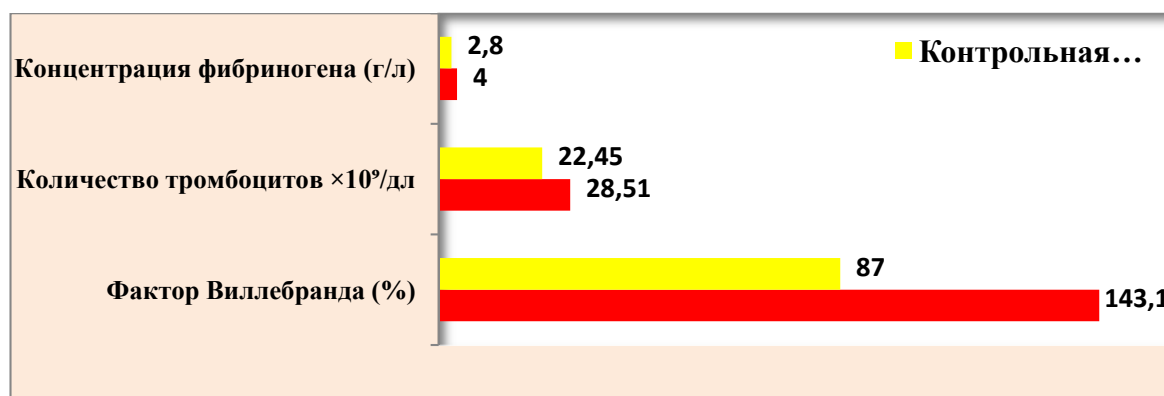


Рисунок 1. Сравнение показателей в обследованных группах

Активность фактора фон Виллебранда, концентрация фибриногена и количество тромбоцитов увеличивались по мере нарастания клинической тяжести больных с ИБС, особенно у пациентов перенесших инфаркт миокарда. В связи с тем, что при дестабилизации атеросклеротической бляшки у больных с постинфарктным кардиосклерозом патологический процесс в интима коронарных сосудов носил острый и генерализованный характер, уровень фактора фон Виллебранда, концентрация фибриногена и количество тромбоцитов в периферической крови были выше.

Выводы. Полученные результаты показали, что повышение уровня фактора фон Виллебранда, количества

тромбоцитов и концентрации фибриногена в плазме крови свидетельствуют о повреждении сосудистого эндотелия при ишемической болезни сердца и могут служить ранними маркерами дисфункции эндотелия, как одних из возможных патогенетических механизмов развития нарушения микроциркуляции коронарных артерий.

Список литературы

8. Алмазов В.А., Беркович О.А., Сытникова М.Ю. и др. Эндотелиальная дисфункция у больных с дебютом ишемической болезни сердца в разном возрасте // Кардиология. — 2001. — Т. 41, № 5. — С. 26-29.
9. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганесян Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005; 4(1): 4-9.
10. Влияние различных методов лечения больных с диафизарными переломами костей голени на реологию крови / В.В. Писарев [и др.] // Травматология и ортопедия России. — 2011. — № 4 (62). — С. 23-29.
11. Оценка уровня фактора Виллебранда у пациентов с хронической склеродермической нефропатией / А.М. Басова [и др.] // Российский аллергологический журнал. — 2012. — №1, вып.1. — С.36-37.
12. Фактор Виллебранда и его роль в дисфункции эндотелия при ишемической болезни сердца / Я. И. Вериге [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. — 2014. — № 5. — С. 23-28.

Шукурова Н.Я., Арапова З. У., Раджабова Н.Х.

ИЗМЕНЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ИНДЕКСА В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ ПРИ ВЫСОКОГОРНОЙ ГИПОКСИИ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Здоровье человека характеризуется тремя составляющими: физико-химической, структурно – функциональной и психо-эмоциональной. Дисфункция любой из них ведет к дисбалансу в живой системе в целом.

В ответ на воздействие экстремальных факторов в организме развивается общий адаптационный синдром. Известно, что в горах человек подвергается воздействию комплекса факторов, определяющим из которых является пониженное парциальное давление кислорода – высокогорная гипоксия. В условиях высокогорья на организм человека влияют неблагоприятных факторов, из которых наиболее существенным является гипоксия. В результате гипоксического фактора может увеличиваться функциональные резервы организма и его стрессоустойчивость. С другой стороны, гипоксический фактор может быть причиной развития патологических процессов, что зависит от особенностей функциональной системы.

Несмотря на достигнутые успехи в области адаптации человека к высокогорью, вопросы адаптационных и дизадаптационных реакций организма, разработка методов повышения резистентности организма и профилактика дизадаптационных сдвигов, конкретизация сроков наступления стабильной фазы адаптации, выявление индивидуальных особенностей адаптационных возможностей организма в горах остается актуальной проблемой.

Цель исследования. Изменение показателя сердечного индекса в процессе адаптации при высокогорной гипоксии.

Материал и методы исследования. Объектом исследования служили люди с проживанием на разных высотах: с краткосрочным (10 сут.) на высоте 2800 м над ур. м (Сарытаг) и с длительным сроком проживания (от 3 мес. до 18 мес.) на высоте 3600 м над ур. м (пос. Мургаб Восточного Памира). По срокам проживания на высоте исследуемые были разделены на 4 группы: ВЖ-I- со сроком проживания 3-4 мес.; ВЖ-II- 6-8 мес.; ВЖ-III - 10-12 мес. и ВЖ-IV- 18 мес. и более. Всем жителям была взята кровь на измерение концентрации глюкозы. По номограмме определяли поверхность тела (S) и и сердечный индекс (СИ=МОК/ S).

Результаты исследования. Для оценки индивидуальных особенностей изменения МОК мы выделили следующие градации: 3 л/м и меньше, 3,1-3,5 л/м, 3,6-4,0 л/м и 4,1 л/м и более. Результаты отражены на рисунке 1.

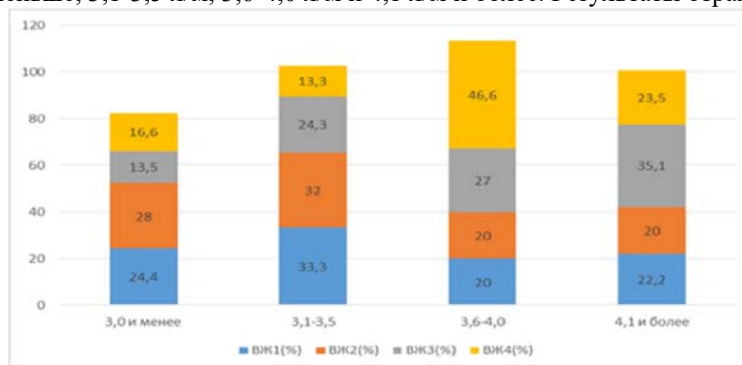


Рисунок 1. -Динамика Сердечного индекса (СИ) у жителей в разные сроки проживания в условиях высокогорья

Из таблицы видно, что наибольшее количество обследованных во всех группах с характерным значением СИ в пределах 3,1-3,5,0 л/м и 3,6-4,0 л/м (среди обследованных со сроком проживания на высоте до 4 мес. соответственно 33,3% и 20%; со сроком проживания 6-8 мес. - 32% и 20%; со сроком проживания 10-12 мес. – 24,3% и 27%; со сроком проживания 18 мес. и более – 13,3% и 46,6%). Оптимальное значение СИ для жителей высокогорья колеблется в пределах 4,1 л/м и более (для лиц со сроком проживания до 4 мес. соответственно 22,2%; со сроком проживания 6-8 мес. – 20%; со сроком проживания 10-12 мес. – 35,1% и со сроком проживания 18 мес. и более – (23,5%).

У каждого пятого из обследованных со сроком проживания до 4 мес. (24,4%), у каждого третьего со сроком проживания 6-8 мес. (28%), у каждого седьмого со сроком проживания 10-12 мес. (13,5% и у каждого шестого (16,6%) со сроком проживания 18 мес. и более отмечается наименьшая величина СИ (3,0 л/м и меньше).

Выводы. Таким образом, во всех обследованных групп характерная величина СИ в пределах 3,1-3,5 л/м и 3,6-4,0 л/м. Оптимальная величина СИ 4,1 л/м и более. Нежелательная величина СИ для людей в условиях высокогорья 3,0 л/м и меньше.

Наиболее адаптированными следует считать людей со сроком проживания на высоте 12 мес. и более, у которых значение СИ 4,1 и больше. Адекватная адаптация происходит у людей со сроком проживания на высоте 12 мес. и более со значением СИ 3,1-4,0 л/м. Явления дизадаптации отмечается у людей со сроком проживания 12 мес. и более со значением СИ 3,0 л/м и меньше.

Список литературы.

1. Абдумаликова, И.А. Экспериментальные предпосылки для нормирования труда Балыкин, М.В. Концепция морфо-функциональной гетерогенности и гетерохронности процессов адаптации при гипоксии [Текст] / М.В. Балыкин, И.В. Антипов, Х.Дж. Каркобатов // В сб. материалы Всероссийской конференции с международным участием «Экологическая физиология и медицина». – Ульяновск, 2012. – С. 22-24.
2. Балыкин, М.В. Системные и органые механизмы кислородного обеспечения организма в условиях высокогорья [Текст] / М.В. Балыкин, Х.Дж. Каркобатов // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2012. – Т.98, No1. – С.127-136.
3. Балыкин, М.В. О ремоделировании микроциркуляторного русла сердца под действием прерывистой гипобарической гипоксии [Текст] / М.В. Балыкин, С.А. Сагидова, Ю.Х.-М. Шидаков // Физкультурно-оздоровительный комплекс «Готов к труду и обороне» и развитие массового спорта в России : матер. Всерос. научно- практич. конф. с междунар. участием. 17-18 февраля 2015 г. г. Балашиха / под общ.ред. А.В. Тимушкина, Н.В. Тимушкиной. – Саратов :Саратовский источник, 2017. – С.124-129.
4. Вишневецкий, А.А. Молекулярные индикаторы функциональных нарушений при воздействии экологически неблагоприятной среды [Текст] / А.А. Вишневецкий // Вестник КНУ им. Ж.Баласагына. - 2013. - No1. - С.7-16.
5. Дичев, Т.Г. Теория адаптации и здоровья человека [Текст] / Т.Г. Дичев. – М. :Новый центр. 2014, – 87 с.

Шукурова Н.Я., Зухурова П.М., Ризоева М.Д.

ИЗМЕНЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ВО ВРЕМЯ СДАЧИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Сравнительный анализ изменения вариабельности сердечного ритма в процессе обучения и во время сдачи практических навыков показывает, что динамику КРГ можно использовать для оценки адаптационных возможностей организма с учетом его индивидуальных особенностей.

Известно, что в наиболее сложной ситуации оказываются студенты 1-2 курса, которые попадают после школьной скамьи в новые социальные отношения и условия деятельности. В процессе адаптации студентов к действию любого стресса необходимо своевременно диагностировать донологическое состояние, при котором мобилизация функциональных систем организма превышают функциональный резерв. Дальнейшее действие стресса вызывают патологические изменения.

По соотношению отделов автономной нервной системы можно оценить адаптационные возможности организма студентов к действию стресса. Одним из объективных методов определения типов взаимодействия симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы является метод последовательного попарного анализа интервалов RR с построением корреляционных ритмограмм. Кроме того, данная методика позволяет судить об адаптационно-приспособительной деятельности индивидуума, оценивать его резервные возможности. Используя данную методику, можно обнаружить не только изменения вегетативных функций, но и индивидуально оценить уровень напряжения этих функций, то есть судить о степени выраженности эмоционального стресса. Известно, что психоэмоциональная нагрузка сопровождается различными хронобиологическими сдвигами. При адекватном восприятии времени студент способен правильно распределять свои действия во времени, что является одним из ценных качеств личности и позволяет правильно организовать производственный, а также и учебный процесс.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение количественной характеристики степени напряжения регуляторных механизмов в процессе обучения и во время сдачи практических навыков.

Методика и материалы исследования. Нами было обследовано 250 студентов в возрасте от 18 до 20 лет. У каждого студента в процессе обучения и во время сдачи практических навыков непрерывно регистрировали ЭКГ в I отведении в течение 1,5-2 мин в процессе обучения, а также за 10-20 мин до сдачи практических навыков. В результате каждой записи ЭКГ мы получали 100 и более кардиоинтервалов, которые затем подвергались математической обработке по специальным программам. Из статистических показателей сердечного ритма нами изучались: среднее квадратичное отклонение - σ , наиболее часто встречающийся интервал в динамическом ряду кардиоинтервалов - мода (M_o), частота встречаемости моды от всей совокупности кардиоинтервалов, выраженная в процентах - амплитуда моды (AM_o), комплексный показатель, отражающий степень напряжения регуляции синусового ритма, выраженный в условных единицах - индекс напряжения (ИН).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализируя среднее квадратичное отклонение нами выделено 4 группы испытуемых со следующими градациями: 0,03 и менее; от 0,04 до 0,05; от 0,06 до 0,07; 0,08 и более. Количество студентов со значением σ 0,08 и более заметно уменьшается с 20,0% на фоне до 5,8% во время сдачи практических навыков; та же тенденция наблюдается в группе со значением σ 0,06-0,07: снижение с 26,7% на фоне до 16,9% во время сдачи практических навыков. Более чем в 2 раза во время сдачи практических навыков увеличивается по сравнению с фоном количество студентов с минимальным значением среднее квадратичного отклонения 0,03 и менее, а значит и с максимальным напряжением регуляторных механизмов: 10,0% и 26,6% соответственно.

Анализируя моду, нами выделено 6 групп со следующими значениями этого показателя: 1,0с и более; 0,86-0,99с; 0,75-0,85с; 0,67-0,74с; 0,6-0,66с и менее 0,6с. Как и в случае со среднеквадратичным отклонением, чем больше значение моды, тем свободнее режим регуляции, а значит тем меньше степень напряжения организма. С наибольшим значением моды - 1,0с и более во время сдачи практических навыков почти в 7-8 раз меньше таковой на фоне. Также очевидно уменьшение количества студентов со значением моды 0,86-0,99с: с 26,7% на фоне обучения до 2,6% во время экзамена. С другой стороны, во время сдачи практических навыков увеличивается количество студентов с минимальным значением моды - менее 0,6с - почти в 20 раз превышает по численности таковую на фоне обучения. Существенно увеличивается количество студентов со значением моды 0,6-0,66с: с 10,0% на фоне обучения до 31,8% во время сдачи практических навыков. В этом мы видим отражение явно возрастающего напряжения организма студентов в период практических навыков. Амплитуда моды и индекс напряжения являются относительными показателями и в отличие от моды и среднеквадратичного отклонения находятся в прямой зависимости от интенсивности напряжения регуляторных систем: чем больше значение АМо и ИН, тем более напряженными являются системы, ответственные за индивидуальную адаптацию. Анализируя значение АМо, мы выделили следующие 6 групп: 20% и менее; 21-30%; 31-40%; 41- 50%; 51-60%; 60% и более. Результаты показывают, что во время сдачи практических навыков проявляется тенденция к снижению числа студентов с наименьшими и умеренными значениями амплитуды моды, к увеличению числа студентов с высокими ее значениями и даже появляется группа студентов - 3,2% - с амплитудой моды 61% и более, которой нет на фоне обучения. Также значительно увеличивается число студентов с АМо в пределах 51-60% во время сдачи практических навыков: с 1,6% до 11,7%. АМо в пределах 21-30% на фоне обучения обнаружена у 30,0%, в то время как при сдаче практических навыков - только у 19,5% студентов. Количество студентов с АМо 31-40% на фоне обучения и во время практических навыков существенно не отличается и составляет 36,7 и 36,4% соответственно. Изменения значений амплитуды моды, полученные нами в результате исследований, можно интерпретировать как отражение нарастающего напряжения регуляторных механизмов во время практических навыков. Одним из наиболее удобных и наглядных показателей, используемых для оценки степени напряжения регуляторных механизмов, является комплексный показатель, включающий 3 основных статистических показателя (Мо, АМо и Н.ДРР) - индекс напряжения (ИН), повышение значения которого указывает на недостаточность адаптационных возможностей организма. По результатам ИН нами выделено 6 групп: 50 единиц и менее; 51-100 единиц; 101-200; 201-300; 301-400 и 400 единиц и более. Самой многочисленной на фоне обучения, является группа студентов с ИН в пределах 51-100 единиц - 33,3%, в то время как при сдаче практических навыков наибольшее число студентов встречается с ИН 101-200 единиц - 31,2%. Обращает на себя внимание тот факт, что студентов с ИН 400 единиц и более на фоне обучения не обнаружено, но во время сдачи практических навыков нами выявлено 6,5% таковых. С другой стороны, численность студентов с наименьшими значениями ИН - 50 и менее на фоне обучения составляет 30,0%, в то время как во время практических навыков - всего 7,8%. В группах с ИН 201-300 и 301-400 на фоне обучения мы обнаружили по 3,3% студентов, что значительно ниже во время сдачи практических навыков: 25,3% и 5,8%.

Выводы. Таким образом, анализ результатов исследования по статистическим показателям МАСР показывает на значительное усиление напряжения регуляторных систем во время сдачи практических навыков. Об этом свидетельствует резкое уменьшение (в 4 раза) количества студентов со среднеквадратичным отклонением, характеризующим самый свободный режим регуляции работы сердца (0,08); уменьшение по сравнению с фоном (в 8 раз) численности обследованных студентов с максимальным значением Мо - 1,0с и резкое увеличение (в 20 раз) числа обследованных с минимальным значением Мо - 0,6с и менее; снижение количества обследованных с умеренными значениями амплитуды моды и увеличение - с высокими ее значениями; возрастание величины индекса напряжения (ИН) до 400 и более единиц, что указывает на недостаточность адаптационных возможностей организма студентов на этот период.

Список литературы.

1. Никулина А.В. Изменчивость вариабельности сердечного ритма как отражение реализации физиологических механизмов адаптации организма / А.В. Никулина, В.А. Козлов, А.А. Шуканов // Человек. Спорт. Медицина-2017.- Т.17, №4.-С. 14-20. БОГ 10.14529/ь8ш170402
2. Шлык Н.И. Нормативы показателей вариабельности сердечного ритма у исследуемых 16-21 года с разными преобладающими типами вегетативной регуляции / Н.И. Шлык, Э.И.Зуфарова // Вестник Удмурт. Ун-та. Серия «Биология. Науки о Земле». -2013. -№4. -С. 96-105.
3. McCraty R. Heart Rate Variability New Perspectives on Physiological Mechanisms. Assessment of Self-regulation, and Health risk / R. McCraty, F. Shaffer // Glod Adv Health Med.-2015.-Vol.4(1). -P.46-61.

Шукурова Н.Я., Арабзода С.Н., Абдусатторова М.А.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ С РАЗНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПРИ ДЕЙСТВИИ СТРЕССА

Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Вопросы многофакторной оценки социальной адаптации человека, как способности его функциональных систем обеспечивать достижение социально значимых результатов, остаются актуальными в области теории и практики адаптации [Судаков К.В. и др., 2010]. Особое внимание привлекают механизмы адаптации молодежи к условиям обучения в высших учебных заведениях (ВУЗ) [Агаджанян Н.А. и др.; 2005; Батова А.Р., 2006; Осадчая Е.А., 2009; Петрова Р.Ф., 2009; Петренко С.В., 2013; Дегтяров В.П., 2015]. В современных условиях процесс получения образования в вузе связан с высоким уровнем психических и физических нагрузок, что часто приводит к напряжению адаптационных возможностей организма студентов. Поэтому важно проводить мониторинг индивидуального здоровья отдельных групп молодежи, в первую очередь студентов [Криволапчук И.А., 2008; Фитьмова А.А., 2009; Бусловская Л.К., Рыжкова Р.К., 2010; Ansary N.S., Luthar S.S., 2009; Галеева А.В., Кудрявцев М.Д., 2015; Мельгуи Н.В. и др.,

2015]. Поиск ранних критериев оценки уровня здоровья является важным с позиции профилактики не только на индивидуальном, но и групповом, и популяционном уровнях, для принятия своевременных и адекватных организационных и медико-социальных мероприятий, с целью предупреждения формирования нарушений здоровья в молодом возрасте [Геворкян Е.С. и др., 2002; Гусева И.В. и др., 2007; Сердюк А.М. и др., 2010; Бусловская Л.К., Рыжкова Ю.П., 2011, Карташов В.Т. и др. 2015].

Цель исследования. Изучить особенности личностных характеристик студентов во взаимосвязи с показателями вегетативного статуса организма и возможность их использования для прогнозирования уровня адаптационных возможностей студентов на протяжении обучения в вузе.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось у 380 студентов-медиков 2 курса лечебного факультета Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино в процессе их обучения и при действии эмоционального стресса.

Для определения вегетативного статуса всем студентам определяли основные показатели математического анализа сердечного ритма: среднееквадратичное отклонение, моду (наиболее часто встречающийся кардиоинтервал в динамическом ряду сердечных циклов), амплитуду моды (частота встречаемости моды в %), и индекс напряжения по Баевскому Р.М. (1979). Также проводили КРГ (корреляционная ритмограмма). Для определения психического статуса определяли личностную (ЛТ) и реактивную (РТ) тревожность с использованием теста Спилберга адаптированный Ханиным Ю.Л. (1981).

Результаты исследования. По данным среднееквадратичного отклонения нами выделено 4 группы: 1 гр. - 0,03 и менее; 2гр. - от 0,04 до 0,05; 3гр. - от 0,06 до 0,07; 4 гр. - 0,08 и более. Анализ результатов показывает, что наибольшее количество студентов со значением среднееквадратичного отклонения в пределах 0,04 - 0,05 (47,2% в процессе обучения и 44,2% при стрессе). У каждого шестого студента (16,6%) на фоне обучения и у каждого пятого на фоне стресса наблюдалась высокая степень напряжения регуляторных механизмов, о чем свидетельствует значение δ - 0,03 и меньше. В наиболее неблагоприятной зоне по степени эмоционального напряжения на фоне обучения находятся 36,1% обследованных, а при стрессе - 27,4% со значением δ - 0,06 до 0,07.

По значению моды нами выделено пять групп: 1гр. со значением моды 1,0с и более; 2гр. - 0,86-0,99; 3гр. - 0,75-0,85; 4гр. - 0,67- 0,74; 5гр. - 0,66 и менее. Результаты исследования показывают, что в благоприятной зоне на фоне обучения и на фоне стресса находятся 8,6% обследованных студентов. При эмоциональном стрессе у 23,3% обследованных отмечается высокая, а у 40,3% -очень высокая степень напряжения регуляторных механизмов, тогда как на фоне обучения они составляют 39,8% обследованных.

По значению амплитуды моды (АМо) нами выделено пять групп: 1гр. со значением АМо 20% и менее; 2гр. - 21-30%; 3гр. - 31- 40%; 4гр. - 41-50%; 5 гр. - 51% и более. Результаты анализа показывают, что лишь каждый четвертый студент (25,9%) на фоне обучения считается с наиболее хорошо адаптированным уровнем регуляторных механизмов. При эмоциональном стрессе появляется тенденция к снижению числа студентов с наименьшим умеренными значениями амплитуды моды и увеличению числа студентов с высокими ее значениями и даже появляются группы студентов (4,8%) с амплитудой моды 51 % и более.

Одним из комплексных показателей математического анализа сердечного ритма является индекс напряжения (ИН), включающий 3 основные статистические показатели (Мо, АМо и вариационный размах). Повышение значения ИН указывает на недостаточность адаптационных возможностей организма. По значению ИН нами выделено 5 групп: 1 гр. со значением ИН 50 и менее; 2гр. - 51-100; 3гр. - 101-200; 4гр. - 201-300; 5 гр. - 301 и более. Результаты анализа показывают, что на фоне обучения каждый пятый студент (19,4%) является наиболее адаптированным к обучению в университете, при стрессе этот показатель снижается до 15,6% обследованных. Обращает на себя внимание, что достаточно большой процент студентов (21,4%) по выраженности степени эмоционального напряжения находятся вне-благоприятной зоне со значением ИН 201 и более, на фоне стресса составляет 11,7% соответственно.

Анализируя полученные КРГ, мы выдели 4 типа, каждый из которых отражает корреляционную зависимость между последующими и предыдущими интервалами, тип взаимодействия отделов АНС и степень напряжения регуляторных механизмов. Для лиц с первым типом КРГ характерно состояние организма с достаточно высоким функциональным резервом, при котором среднестатистическое колебание психофизиологических, биохимических, генетических и других параметров организма способно удерживать живую систему в пределах своего морфофункционального оптимума с отсутствием или минимально выраженным напряжением регуляторных механизмов. Для лиц со вторым и третьим типами КРГ характерно состояние, при котором поддержание гомеостаза происходит за счет различной степени выраженности напряжения регуляторных механизмов с повышением активности симпатно-адреналовой и других систем организма. Для лиц с четвертым типом КРГ характерно снижение функциональных возможностей организма с проявлением недостаточности защитно-приспособительных механизмов и неспособностью организма обеспечить оптимальную адекватную изменившимся условиям среды регуляцию функциональных систем.

Сравнительный анализ показателей автономной нервной системы (АНС) с РТ и ЛТ показывает, что во всех группах отмечается различная степень напряжения регуляторных механизмов. При этом наибольшая степень напряжения регуляторных механизмов: уменьшение среднееквадратичного отклонения сердечного ритма, моды с увеличением амплитуды моды, индекса напряжения и с III или IV типом корреляционной ритмограммы отмечается у студентов с высоким уровнем РТ и ЛТ. Наименьшая степень напряжения регуляторных механизмов: увеличение δ и моды, уменьшение амплитуды моды, индекса напряжения и с I или II типом КРГ отмечается у студентов с низким уровнем РТ и ЛТ и с умеренным уровнем ЛТ. Мы полагаем, что несоответствие уровней РТ и ЛТ с выраженностью напряжения регуляторных механизмов (когда высокому уровню РТ и ЛТ соответствует умеренная или низкая степень напряжения регуляторных механизмов и низкому и умеренному уровню РТ и ЛТ, соответствует высокая степень регуляторных механизмов) свидетельствует о незавершенности процессов адаптации, хотя она протекает адекватно. О завершенности адаптации к действию стресса свидетельствует соответствие умеренной тревожности с наименьшей степенью

напряжения регуляторных механизмов. О явлениях дизадаптации свидетельствует соответствие высокого уровня тревожности с высоким уровнем напряжения регуляторных механизмов.

Таким образом, по соответствию показателей психического (уровней личностной и реактивной тревожности) и вегетативного статуса (уровней напряжения регуляторных механизмов) можно определить сроки адаптации человека к действию стресса и своевременно диагностировать донологические состояния с явлениями дизадаптации.

Список литературы.

1. Горбунова Е.В. Адаптация студентов 1-3 курсов бакалавриата специалитета к университетской жизни // Эмпирические исследования. Uni-versitas. - 2013. - №1. - С. 48 - 64.
2. Дегтярев В.П. Личностные особенности и успешность учебной деятельности студентов // Современные проблемы системной регуляции физиологических функций: Материалы IV междунар. междисц. конф. - М., 2015. - С. 203-205.
3. Мельгуй Н.В., Николаева Е.Н., Колосова О.Н., Саввина И.Л. Психофизиологические особенности организма студентов в период минимальной продолжительности светового дня на Севере // Современные проблемы системной регуляции физиологических функций: Материалы IV междунар. междисц. конф. - М., 2015. - С.446-448с.

Эгамназаров Х.Н., Шарипов С.Ф., Хайров Х.С.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМ ВОДОСНАБЖЕНИЯ И ВОДООБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра гигиены окружающей среды ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Актуальность. В Таджикистане почти в 90% случаев доказана роль поверхностных водоисточников и грунтовых вод в распространении водообусловленных заболеваний, которые повсеместно имеют и социально-экономическую и медицинскую проблему [2,4,5]. Поверхностные водоёмы республики, имея малую протяжённость, бурное и быстрое течение, большую мутность во время паводков и низкую температуру, обладают очень малой способностью к самоочищению. Многообразие и достаточно большое количество загрязнений поверхностных водоёмов способствуют распространению водообусловленных инфекций. Во всех территориальных местностях имеются свои особенности хозяйственно-бытового водоснабжения и связанные с ним региональные отклонения в здоровье населения [1,3].

Цель исследования. Оценить санитарно-гигиеническое состояние систем водоснабжения и водоснабжения населения Бохтарского региона.

Материал и методы исследования. Объектами данного исследования послужили: источники централизованных и нецентрализованных систем хозяйственно-питьевого водоснабжения населения 15 городов и районов Бохтарского региона. Согласно имеющимся нормативным документам водного законодательства Республики Таджикистан, проведена гигиеническая оценка источников питьевого водоснабжения (централизованных и не централизованных систем водоснабжения). Гигиеническая оценка состояния водоснабжения населения Бохтарского региона проводилась с использованием ГОСТ 2761-84 «Источники централизованного и нецентрализованного хозяйственно-питьевого водоснабжения», ГОСТ 17.1.1.01-77 «Охрана природы, гидросфера, использование и охрана вод, основные термины и определения»; ГОСТ 27065-86 «Качество вод, термины и определения»; ГОСТ 17.1.1.03-86 «Охрана природы, гидросфера, классификация водопользований»; СанПиН 4630-88 «Санитарные правила охраны поверхностных вод от загрязнения»; СанПиН 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод», с использованием материалов, полученных из областного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Хатлонской области. Проведение оценки с целью изучения санитарно-гигиенической ситуации состояния поверхностных и подземных водоёмов и условий водопользования базировалось на изучении санитарно-гигиенической экспертизы с применением специфической системы «источник воды – питьевая вода – общественное здравоохранение».

Результаты исследования и их обсуждение. Хатлонская область является одной из самых населённых и орошаемых областей, которая расположена на юго-западе Таджикистана. По её территории протекают такие реки, как Пяндж, Вахш, Каферниган и Кызылсу. Экономическая отрасль области представлена лёгкой промышленностью, где развиты хлопкоочистительное и кожевенно-обувное производства. Пищевая промышленность включает маслобойную, мясную, мукомольную, плодоконсервную отрасли. Химическое производство в области представляет Вахшский азотно-туковый завод. Также имеются экологически малозначимые электротехнические и металлообрабатывающие производства.

Водоснабжение городов и многих районов Таджикистана осуществляется станциями и ведомственными водоисточниками. Однако в сельских местностях население в основном использует для хозяйственно-питьевых целей воду из открытых водоисточников (реки, арыки, хаузы), не отвечающих гигиеническим требованиям. Качество воды практически всех подземных водоисточников отличается высоким содержанием марганца, кальция, железа и марганца, а в регионе расположения алюминиевого завода – соединений фтора в количествах выше допустимых. Обеззараживание питьевой воды на всех ВПС осуществляется хлором.

Ввиду недостаточно эффективной работы сооружений водоподготовки, прежде всего, из-за изношенности водопроводов качество питьевой воды в разводящей сети не соответствует существующим нормативам. В ряде региональных исследований был проведён комплексный анализ эколого-гигиенической ситуации в городах и районах Республики.

В ходе реализации программ по социальному развитию села и основных направлений в улучшении сельского водоснабжения в Таджикистане значимую роль играют оценка условий и культуры водопользования, состояние водных объектов и питьевой воды системы централизованного и нецентрализованного хозяйственно-питьевого водоснабжения.

В настоящее время централизованное питьевое водоснабжение Республики обеспечивает 67,3% населения, причём городское – на 95,3%. Между тем только 42,1% населения отдалённых сельских местностей имеет доступ к

централизованному и безопасному водоснабжению, остальная почти половина использует воду из незащищённых источников водоснабжения.

Проведённые исследования выявили, что на действующих водопроводах в неисправном санитарно-техническом состоянии находятся общественные водоразборные колонки. Во многих сельских водопроводах не производятся очистка и обеззараживание воды, отсутствует лабораторный контроль качества воды. Зачастую питьевая вода подаётся 6–7 часов в сутки, что способствует к падению давления в водопроводных сетях, подсосу загрязнений, периодическому выходу из строя насосов. Полноценное техническое обслуживание и эксплуатация водных сооружений и сетей в последние 20 лет остаётся нерешаемой задачей. В этом контексте, в некоторых сельских районах таких, как Вахш, Кубодиён и Вахдат, население самостоятельно содержит, обслуживает и даже расширяет существующие системы водопользования.

В целом, можно отметить, что существующий уровень водоподготовки не обеспечивает потребности населения Бохтарского региона ХО качественной питьевой водой. Как было выявлено, из 125 функционирующих водопроводов в 63% из них вода не соответствует санитарно-гигиеническим требованиям, что не случайно, так как изношенность разводящих сетей находится в пределах 60,0-80,0%.

Необходимо отметить, что проблема водоснабжения сельского населения Бохтарского региона не теряет своей актуальности уже на протяжении длительного времени, так как состояние большинства систем централизованного водоснабжения вызывает серьёзную тревогу в санитарно-техническом отношении.

Следовательно, дефицит доброкачественной воды питьевого назначения в большинстве сельских населённых пунктов в большей степени происходит не столько от недостатка воды, сколько от неудовлетворительного состояния инфраструктуры. В частности, такая проблема чётко наблюдается в Бохтарском регионе Хатлонской области. В регионе имеется 125 водопроводов, из которых 69 не в рабочем состоянии по техническим причинам.

Абсолютное большинство (почти 97%) населения Джайхунского и Вахшского районов в качестве источника водоснабжения используют поверхностные воды (из реки, каналов и арыков), качество воды в которых зависит от загрязнённого поверхностного стока и характеризуется неблагоприятными санитарно-гигиеническими параметрами.

Население города Бохтар на 83,0% обеспечено питьевой водой из централизованных систем водоснабжения, источниками которых являются пресные подземные воды, наиболее благоприятные в гигиеническом отношении.

Родники в качестве источников водоснабжения используются населением в 30,0% случаев и в 11,4% случаев – в районах Н.Хусрав и Нурек соответственно, в то время как в районах Джайхун, Пяндж, Кушониён, Вахш, г. Левакант, г. Бохтар, Кубодиён и Шахритус – родники в качестве источника водоснабжения не используются. Более неблагоприятная ситуация, связанная с водообеспечением, отмечена в районе Дусти, где 48% населения пользуется только привозной водой для питьевых и хозяйственно-бытовых нужд. Одна треть (27,2%) населения Хуросонского района используют пресную воду из скважин и колодцев и 25,9% – дождевую воду. Население районов Кубодиён (66,9%), Шахритус (42,6%), Кушониён (35,5%) и Пяндж (31,6%) используют грунтовую воду посредством ручных насосов.

Почти 9% населения Бохтарского региона использует привозную воду для хозяйственно-бытовых нужд. Для отдалённых районов данный доступ обеспечения водой является весьма серьёзной проблемой. Особенно для тех, кто покупает эту воду, что приводит не только к большим финансовым затратам, но и к её экономии, что особенно важно для здоровья. К примеру, в селе Хасанбек района Темурмалик Хатлонской области за каждые 40 литров воды население платит 1 сомон за речную воду, доставляемую грузовиком, которая ко всему ещё и опасна для здоровья, так как зачастую приводит к возникновению инфекционных заболеваний.

Выводы. Исходя из полученных результатов можно констатировать, что уровень водоподготовки не обеспечивает потребности населения Бохтарского региона Хатлонской области качественной питьевой водой.

Список литературы.

1. Азимов Г.Д. Питьевое водоснабжение населения в Таджикистане. Анализ ситуации и стратегия на будущее / Г.Д. Азимов, К.Н. Дабуров // Евразийский союз учёных. ООО «Евразийское Научное Содружество». – 2016. – Т. 28. – № 7–1. – С. 9–11.
2. Азимов Г.Д. Санитарно-гигиенические аспекты состояния водных объектов Республики Таджикистан / Г.Д. Азимов, К.Н. Дабуров // Наука, новые технологии и инновации. Общество с ограниченной ответственностью Наука и новые технологии. – 2016. – № 12. – С. 56–59.
3. Дабуров К.Н. Водные объекты Таджикистана и мероприятия по улучшению её состояния. / К.Н. Дабуров, Г.Дж. Азимов, Х.К. Рафиев // Здравоохранение Таджикистана. 2014. - № 1. – С. 43-45.
4. Дабуров К.Н. Санитарно-гигиеническая характеристика подземных водоисточников Таджикистана Прикладные информационные аспекты медицины / К.Н. Дабуров, Г.Д. Азимов, Х.К. Рафиев // Воронеж, 2018.-том 21.- № 3.- С.57-61.
5. Дабуров К.Н. Меры по улучшению санитарного состояния водных объектов Таджикистана / К.Н. Дабуров, Г.Дж. Азимов//Санитарный врач. Москва. – 2015. - №7.- С. 36-39.

Эльджанов А. Г.

ПОСЛОВИЦЫ И ПОГОВОРКИ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА

Кафедра методики преподавания русского языка и литературы ТНУ

Душанбе, Таджикистан

Пословицы и поговорки — это одна из самых древнейших жанров устного народного творчества, «они являются первым образцом речевой деятельности человека и памятников ее словесного искусства».

Пословицы и поговорки более точно отражают его образ жизни, а также его географическое положение, исторической традиции конкретного общества, объединенного в одну культуру. Любой, кто имеет дело с коллекциями

притч и притч, знает, как трудно найти в них правильное слово или, по крайней мере, определить, что оно там есть. В фольклористике до сих пор не выработана единая классификация паремий, в том числе притч и высказываний. В связи с этим проблемы возникают как у компиляторов, так и у пользователей.

Любая классификация фольклорного текста является условной. Каждый принцип классификации: по основным словам, алфавиту, тематическому, идеологическому, месту или времени сбора, по мнению коллекционера, по происхождению (по народам и языкам) у них есть свои преимущества и недостатки. В древних сборниках притчи и притчи располагаются в основном в алфавитном порядке. Наиболее распространенным является распределение материалов по идеологическим и тематическим группам. С существующей практикой.

Актуальность темы состоит в том, на современном этапе развитие лингвистической науки в общем, происходит на почве системного коммуникативно-прагматического подхода, в рамках которого значительное внимание уделяется рассмотрению особенностей адекватного перевода реальных процессов порождения и восприятия речи. В этих условиях особое значение приобретает, в частности, изучение специфики воспроизведения в русском языке пословиц и поговорок как национально-специфической формы клишированных текстов малой формы, отличающихся частотным употреблением в повседневной коммуникации.

В течение многих веков эти высказывания проявляли способность народа отбирать и осмысливать наиболее характерные, типичные стороны явлений природы, труда, быта, семейного и общественной жизни и тому подобное. Таким образом, они помогали накопить жизненный опыт, а также подчеркивали особенности взаимоотношений между людьми. Таким образом, пословицы и поговорки — это короткие, сжатые, а иногда и рифмованные высказывания, которые передают результаты наблюдений человеком своей жизни в афористической форме.

Цель исследования. Особенности происхождения пословиц и поговорок, способы воспроизведения английских пословиц и поговорок в русских переводах.

Материалы и методы исследования. Определение способов перевода пословиц и поговорок с английского на русский язык путем установления их языковых и структурно-семантических особенностей.

Результаты. Пословица — это короткая поговорка, которая дает совет или выражает правду. Пословицы обычно не являются буквальными словами; пословицы используют образный язык для выражения о жизни. Обычно пословица очень хорошо известна из-за ее общего использования в разговорной речи. Прочтите примеры пословиц по всему миру и их значения и узнайте больше об общих ценностях.

От того, насколько хорошо они понимают русский язык, зависит язык Восточной славянской группы славянской ветви индоевропейской языковой семьи, национальный язык русского народа. Один из самых популярных языков в мире — восьмой по распространенности язык во всем мире, и это один из самых развитых и обработанных языков в мире с самыми богатыми традициями написания книг. Мы находим много странных слов о русском языке в произведениях, статьях, письмах, выступлениях ведущих общественных и политических деятелей, известных писателей и поэтов. по смыслу он делится на: фразеологизмы или фразеологизмы; притчи; крылатые слова и фразы.

Притчи и пословицы точно описывают тему или явление, поскольку они представляют народную мудрость, накопленную на протяжении веков. Они являются частью любой народной культуры. Каждый человек использует в своей речи пословицы и поговорки, они будут помнить вечно и дополняют как устную, так и художественную речь.

Сейчас очень трудно сказать, с каких именно времен на древней Руси появились первые пословицы, которые представляют собой короткие и точные высказывания, состоящие на любую тематику. Точно также, неизвестно, и конкретное время, когда впервые возникли на Руси поговорки, в роли которых выступают точные языки, способные в процессе разговора достаточно определенно, а также очень точно характеризовать и описать какое происхождение явления. Неоспоримым остается только один факт: и поговорки, и все пословицы, могли возникнуть в древние времена, и с тех самых пор они стали быть народными спутниками на протяжении всей истории. Этот вид жанра стал даже по окончании длительного времени, а именно, необходимым и устойчивым в нашем быту. Пословица — непростое выражение. Прежде всего, ее суть выражает то единое мнение народа, которое сохранялось на протяжении веков, и оставалось полностью неизменным. Именно в пословицах были, когда-то давно заключены народные оценки жизненных явлений, сопровождаемые наблюдением со стороны народа.

В настоящее время существует очень много типов классификации пословиц и поговорок. Давайте сосредоточимся на самых важных. 1. Алфавитная классификация словарей. Это требует, чтобы пословицы располагались в алфавитном порядке в зависимости от первых букв первого слова. Вот как притчи и притчи встречаются во многих древних русских сборниках и во многих современных изданиях. Несмотря на преимущество алфавитной системы является ее простота. Но с этим способом размещения варианты одной и той же пословицы, начинающиеся с разных букв, попадают в разные места.

Что ж, пословица — это короткое, образное, точное народное выражение поучительного характера, выражает преимущественно морально-этическую проблему, обобщает и типизирует различные явления жизни и входит, в свою очередь, к разговорной речи

Этот метод особенно неудобен для классификации переведенных пословиц, поскольку каждое слово можно перевести так, чтобы оно начиналось с буквы.

Классификация основных слов (также лексических или энциклопедических) относится к разделению притч по узловым словам, которые составляют эту притчу. Таким образом, пословица "петь железо, когда жарко" полностью относится к композиторам и татуировкам.

Монографическая классификация основана на классификации пословиц по месту или времени и собирателю. Именно так была составлена книга "притчи, притчи" в рукописных сборниках XVIII-XIX веков, изданных в 1961 году издательством Академии Наук СССР. Этот метод классификации и публикации пословиц очень удобен для изучения истории проблемы, но, как и два предыдущих, он не гарантирует, что не будет много повторов и внутреннего неравенства.

Генетическая классификация делит материал по происхождению, включая языки и народы, которые его создали. Генетическая система воспроизводит многие характеристики монографии, включая все основные недостатки бесконечного повторения одних и тех же текстов.

Предметная классификация предусматривает распределение притч по темам речи, то есть их содержанию. Таким образом, он назвал притчу "сапожником без обуви" жизнью (работой) Сапожников, Кен

Выводы. Таким образом, каждая описанная система имеет свои преимущества и недостатки, и в некоторых случаях ее можно успешно использовать. Однако у этих систем есть один общий недостаток: все они полагаются на случайные символы, которые не связаны или почти не связаны с природой слов. Следовательно, ни одна из существующих систем классификации пословиц и высказываний не может служить основой для создания объективной теории жанра. Владимир Даль, известный своими притчами, выделил сто семьдесят девять тематических рубрик: притчи об объектах веры (Бог, грех, самосознание, разделение и т. д.), О судьбе (терпение, надежда и т. д.), счастье (успех), богатство и бедность, торован, вымогательство, бережливость и движение и т. д. в русских пословицах и пословицах слова, относящиеся к разным частям речи. 500 русских пословиц, изученных и ключевых.

Литература

1. Афанасьев А.Н. Происхождение мифа / А.Н. Афанасьев. - М.: Высшая школа, 1996. - 150 с.
2. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка / В.И. Даль. - Т.1-4. - М., 1863-66. - С. 110.
3. Даль В.И. Пословицы русского народа / В.И. Даль. - М.: Изд-во Эксмо, Изд-во ННН. - 2003. - 616 с.
4. Кравцов Н.И. Русское устное народное творчество / Н.И.Кравцов, С.Г. Лазутин. - М., 1983. - 200 с.
5. Лазутин С.Г. Русские народные лирические песни, частушки и пословицы / С.Г. Лазутин. - М.: Высшая школа, 1990. - 250 с.
6. Пастушенко Т.А. Архитектоника этноспецифических образов человека в английских поговорках / Т.А. Пастушенко // Научные записки. Сер. Филологические науки. — 2005. № 81 (3). — С. 143- 147.
7. Кунин А.В. Фразеология современного английского языка / А.В. Кунин. — М.: Международные отношения, 1972. — 293 с.
8. Фелицына В.П., Прохоров Ю.Е. Русские пословицы, поговорки и крылатые выражения. — М.: Русский язык, 1979. — 182 с.
9. Деркач Н.В. Систематизация жанровых признаков английской пословицы / Н.В. Деркач // Научные записки. Сер. Филологические науки. — 2005. № 81 (3).
10. Кунин А.В. Курс фразеологии современного английского языка / А.В. Кунин. — М.: Международные отношения, 1986. — 267 с.

Юлдошев У.Р., Должикова В.А., Шодиматова М.К.

ПОДГОТОВКА КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО И ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЧЕБНОГО МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. На современном этапе развития высшего медицинского образования подготовка высококвалифицированных кадров в условиях полилингвального и поликультурного образования в ракурсе совершенствования русской профессиональной речи студентов-медиков является актуальной и своевременной. Сегодня нашему государству нужны не только образованные, но критически мыслящие компетентные специалисты с активной жизненной позицией, умеющие ориентироваться в потоке возрастающей информации, владеющие родными, русским и одним из иностранных языков. Весьма актуальна и необходима данная задача сегодня, ибо речь идет о конвертируемости таджикских дипломов и интеграции высококвалифицированных специалистов в мировое научное пространство.

Целью работы является разработка эффективной методической системы совершенствования русской профессиональной речи студентов-медиков в условиях полилингвального и поликультурного образования путём использования учебного методического комплекса и современных технологий обучения по русскому языку, направленных на овладение языком специальности студентов-медиков.

Материал и методы исследования. Как известно в нашей республике придается большое значение изучению и преподаванию русского языка в общеобразовательных и высших учебных заведениях. Этот факт подтверждается принятыми государственными программами «Совершенствование преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан» (2004-2014 гг.; 2015-2020 гг.; 2021-2030 гг.).

В предисловии государственной программы от 2019 года отмечается, что «государственная программа разработана с целью обозначения проблем, существующих в сфере преподавания учебных предметов по указанным языкам, определения возможных путей их решения и создания условий, способствующих развитию поликультурного и полилингвального образования подрастающего поколения... В качестве официального языка русский является стержнем, формирующим полилингвальное и поликультурное образовательное пространство в республике, фактором когнитивного и интеллектуального развития, обеспечивающим возможность школьников и студенческой молодежи самореализации в условиях многонационального поликультурного государства». [1,3]

Результаты. Исследователи утверждают, что слово «полилингвизм» происходит от частички poli, что обозначает по-латыни «много», «множество» и слова lingua – «язык». Полилингвальное обучение подразумевает под собой использование трёх и более языков. Полилингвизм определяется, как способность владеть двумя или более языками. Полилингвист – человек, который может общаться как минимум на трёх языках. [3,79]

Поликультурное образование – это образование, которое сопрягает в содержании, методах и организационных формах две и более культурные традиции с целью донести до обучающихся явления культурного многообразия, как

общественной нормы и личностной ценности; признание образов культуры и человека, как результатов творческого межкультурного взаимообогащения. [11, 26]

Как свидетельствует наша многолетняя педагогическая деятельность для совершенствования русской профессиональной речи студентов-медиков в полилингвальном и поликультурном пространстве неопределимую роль в интенсификации обучения языку специальности студентов играют создаваемые учебно-методические комплексы, представляющие собой организованную и целенаправленную систему. Их эффективность подтверждается практикой преподавания русского языка в медицинских учебных заведениях.

Преподавателями кафедры русского языка был подготовлен и издан учебно-методический комплекс по русскому языку, ориентированный на специальность студентов. Составной частью такого учебно-методического комплекса явилось создание пособий по развитию профессиональной русской речи, словаря сочетаемости медицинских терминов для студентов-медиков, которые учитывают специфику родного языка студентов и языка их специальности. Согласно мнению исследователей, «учебные комплексы – один из путей совершенствования учебного процесса, так как они создают оптимальные условия для обучения, позволяют разработать и внедрить в практику обучения в определенной системе все компоненты содержания обучения, повысить образовательную и воспитательную эффективность учебных материалов». [2, 147]

Основной единицей речи является текст. Эффективность обучения русскому языку с учётом будущей профессии возрастает при использовании в учебном процессе текстов профессиональной направленности. Как утверждают исследователи, «учебный текст по специальности как единица обучения представляет собой отрезок речевой цепи, в котором раскрывается содержание темы, подтемы или комбинации подтем одного уровня членения; границы текста определяются как объемом раскрываемой темы, так и дидактическими факторами: специальной и языковой подготовкой лиц, которым он адресуется». [4,9]

Работа с профессионально ориентированными текстами на учебных занятиях по русскому языку способствует активному включению студентов в учебно-профессиональную деятельность, знакомству с лексико-грамматическим и понятийным аппаратом языка их будущей профессии, позволяет уже на первом курсе приблизить обучение к сфере профессиональных интересов студента, что повышает учебную мотивацию к освоению будущей специальности и способствует тому, что студенты становятся обладателями важнейших профессиональных и духовно-нравственных качеств личности, что, в конечном итоге, приводит к успешной самореализации в современном мире.

Работая над отбором текстового материала, мы неукоснительно следовали основной поставленной цели обучения: выработке навыков профессиональной речи в её устной и письменной разновидностях.

Необходимо указать, что кафедрой русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино было составлено «Учебное пособие по русскому языку для студентов высших медицинских учебных заведений Республики Таджикистан» [10], способствующее реализации основных задач преподавания предмета. Данное учебное пособие состоит из 9 тем: «Язык – средство общения», «Знакомство. Семья. Биография», «Мой день. Распорядок дня», «Вуз. Библиотека. Общественное», «Портрет. Характер», «По родному краю», «Из жизни замечательных людей», «Наука. Из истории науки», «Моя специальность». В данном учебном пособии представлены адаптированные тексты, которые дают большую возможность для разнообразия учебной работы. В пособии конкретизируются наиболее эффективные методы преподавания данного предмета в вузе, а также реализуется один из основных принципов методики – учет специфики преподавания русского языка в конкретной аудитории. В конце учебного пособия, в разделе Приложения, приведены основные речевые действия, которые усваиваются в учебном процессе и входят в грамматическую и коммуникативную компетенцию студента-медика.

В данном пособии представлены тексты «Здравоохранение в Таджикистане», «Больница», «Поликлиника», которые представляют собой материалы о системе здравоохранения в Таджикистане, о медицинских учреждениях.

Система заданий, формирующих навыки ведения учебного профессионального диалога с больным и оформление записи в медицинской карте, способствует развитию всех видов речевой деятельности: аудирование (восприятие на слух речи больного), говорение (обмен информацией, общение врача с больным и коллегами), письмо (оформление записи паспортных данных больного и его состояния, получение информации из источника - записи в медицинской карте). Формирование речевых навыков студентов-медиков будет односторонним и неполным, если не коснуться вопросов диалогической речи. Профессия врача подразумевает постоянное контактирование с больными, реализуемое практически в опросе. Диалогические речевые навыки отрабатываются в пределах тем: "Ревматизм", "Бронхиальная астма", "Атеросклероз". «Цирроз печени», «Сахарный диабет». «Эндемический зоб».

Во вторую часть данного пособия включены адаптированные тексты из материалов художественных произведений русских писателей, описывающих образы врачей, историю героизма врачей. Это такие тексты: «Уездный лекарь» (по И.С. Тургеневу), «Попрыгунья» (по А.П. Чехову), «Цветы запоздалые» (по А.П. Чехову), «Хирургия» (по А.П. Чехову), «Палата №6» (по А.П. Чехову), «Повесть о настоящем человеке», «Доктор Пекарев», «Сердце на ладони», «Доктор Вера», «Спутники» (по В. Пановой) и др. учат студентов мужеству, выносливости, терпеливости, человеколюбию, любви к Родине, ценить всё то, что создано творцом-народом, быть примером во всём, что делает человека великим. Также преподавателями было подготовлено и представлено Пособие по развитию русской профессиональной речи - учебно-методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса педиатрического факультета. [5] В данной учебно-методической разработке представлены адаптированные тексты из учебников, учебных пособий по педиатрии, а также научные статьи из журналов «Паёми Сино» («Вестник Авиценны»), «Авчи Зухал» и других специальных журналов по педиатрии, приводятся основная терминология и лексика по изучаемым темам, а также включены задания, развивающие умения и навыки профессионального общения будущих врачей-педиатров.

Учитывая специфику стоматологического факультета, преподавателями кафедры подготовлена методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса стоматологического факультета «Развитие русской профессио-

нальной речи» [6], которое включает лингвистические и коммуникативные учебные материалы, представленные текстами по специальности (адаптированные тексты из спец. дисциплин по стоматологии). При составлении пособия авторы учитывали принцип историзма в последовательности презентации текстового материала, а также соответствие лингводидактического материала ныне действующей программы.

Также, учитывая будущую специальность, преподаватели кафедры подготовили и «Развитие русской профессиональной речи учебно-методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса фармацевтического факультета. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино» [7], которое включает лингвистические и коммуникативные учебные материалы, представленные текстами по специальности (адаптированные тексты из спец. дисциплин по фармакологии, фармакогнозии, журналов «Здоровье», «Наука и жизнь» других периодических изданий) и послетекстовыми языковыми и речевыми заданиями. Необходимо также отметить, что с целью совершенствования русской профессиональной речи студентов медико-профилактического факультета сотрудниками кафедры была подготовлена учебно-методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса для вышеуказанного факультета. [8] В данном пособии удачно и квалифицированно подобраны тексты по профилактической медицине, которые носят назидательно-воспитательный характер, а лексико-грамматические задания направлены на совершенствование русской устной и письменной профессиональной речи студентов.

Главной целью представленного комплекса учебно-методических разработок является совершенствование навыков и умений практического владения русским языком в различных сферах коммуникации: общественной, учебно-профессиональной, социально-производственной и научной.

Необходимо подчеркнуть, что введение рабочих тетрадей в арсенал дидактических средств предоставляет преподавателю реальную возможность оптимизировать учебный процесс. Применение рабочей тетради в обучении улучшает качество усвоения материала, повышает эффективность учебного процесса на основе его индивидуализации, появляется возможность реализации перспективных методов обучения. В связи с вышеизложенным с целью совершенствования русской профессиональной письменной речи студентов-медиков сотрудниками кафедры была подготовлена «Учебно-методическая разработка по русскому языку для самостоятельных аудиторных и внеаудиторных работ (рабочая тетрадь)». [9]

Целью данного учебного пособия является закрепление основ теоретических знаний и практических умений, развитие навыков самостоятельной деятельности и творческих способностей студентов 1 курса медицинского университета на занятиях по русскому языку на основе уже имеющихся учебных пособий для студентов-медиков.

Выводы. Таким образом, подготовка квалифицированных медицинских кадров в условиях полилингвального и поликультурного образования путём использования учебного методического комплекса при совершенствовании русской профессиональной речи будет эффективной, если учебный процесс будет построен методически и системно правильно, с использованием разнообразных лексико-грамматических материалов и различных дидактических современных инновационных технологий обучения, учитывающих будущую специальность студентов. Важным является то, что работа по учебному комплексу будет приносить чувство удовлетворения, обеспечивать продвижение в знаниях и практических умениях, если при первой встрече с учебником появляется желание прочитать его до конца, если учебник представляет собой методическую ценность, то можно с уверенностью сказать, что концепция учебника по русскому языку жизнеспособна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабайцева В.В. Экспериментальный учебный комплекс по русскому языку для IV-VIII классов общеобразовательной школы РСФСР. В кн.: Проблемы школьного учебника. Вып.14. (О специфике языковых учебников)/ Сост. Г.Н. Владимирская. - М.: Просвещение, 1984. -Стр.147-267.
2. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на период до 2030 года от 30 августа 2019 года, №438 http://adlia.tj/show_doc.fwx?Rgn=134849
3. Ляховицкий, М.В. Методика преподавания иностранных языков: [Учеб. пособие для филол. спец. вузов] / М. В. Ляховицкий. - Москва: Высш. школа, 1981. - 159 с.; 21 см
4. Мотина Е.И. Язык и специальность: лингвометодические основы обучения русскому языку студентов - нефилологов. - М.: Русский язык, 1983.
5. Развитие русской профессиональной речи //Учебно-методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса педиатрического факультета. // ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Д 2019,-146 с.
6. Развитие русской профессиональной речи //Учебно-методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса стоматологического факультета. // ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Д 2021,138 с.
7. Развитие русской профессиональной речи //Учебно-методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса фармацевтического факультета. // ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Д 2022,140с.
8. Развитие русской профессиональной речи //Учебно-методическая разработка по русскому языку для студентов 1 курса медико-профилактического факультета// ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Д 2023,108 с.
9. Учебно-методическая разработка по русскому языку для самостоятельных аудиторных и внеаудиторных работ// Рабочая тетрадь по предмету русский язык для студентов 1 курса ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - Душанбе – 2023,108 с.

МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО УЧЕБНОГО ПОСОБИЯ

1Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

2Кафедра иностранных языков ХГМУ. Дангара. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время в процессе обучения и воспитания студентов-медиков актуальным и своевременным является создание коммуникативно-ориентированного учебного пособия и его использование в учебном процессе в условиях полилингвального образования. Подобное пособие призвано облегчить решение задачи совершенствования преподавания русского языка как средства общения и формирования у студентов-медиков соответствующих умений. Потому что в настоящее время коммуникативная направленность обучения неродному языку является ведущей в методике преподавания русского языка в условиях полилингвального образования.

Цель исследования. Установить методически обоснованные принципы составления коммуникативно-ориентированного учебного пособия по русскому языку, которые облегчают решение задачи совершенствования преподавания данной дисциплины. Предложить методику обучения устному и письменному учебно-профессиональному общению студентов-медиков путём применения инновационных технологий.

Материалы и методы исследования. Вопросы, связанные с отбором учебного материала для пособия, решались с использованием экспериментальных данных. Основные положения иллюстрируются разработанными нами учебными материалами. Выявленные в работе потребности и интересы студентов-медиков были учтены в составленных коммуникативно-ориентированных заданиях.

Результаты. Методическая система обучения русскому языку студентов-медиков в условиях полилингвального образования путём использования коммуникативно-ориентированного учебного пособия **направлена** на совершенствование русской профессиональной речи на современном уровне. Исследователи совершенно правильно утверждают, что в настоящее время «тенденция полилингвизма развивается с учетом мировой языковой политики и современных технологий обучения, поэтому представляется необходимость актуализировать и реализовывать полилингвальную модель обучения. Полилингвальное образование – это целенаправленный процесс обучения, воспитания и развития полилингвальной личности на основе овладения социальным значимым опытом человечества, воплощенным в языковых знаниях и умениях, языковой и речевой деятельности» [1, 101-104].

В связи с этим, утверждают исследователи, сегодня «стратегия внедрения полилингвального образования включает в себя и общение на родном, на русском и других иностранных языках. Содержание такого образования, развивающее необходимые современные компетенции, должно развиваться с помощью мультимедийных учебных материалов, современных средств коммуникации - сетевые формы, онлайн-обучение, удаленное обучение, на основе электронно-цифровых технологий» [3, с. 106].

Практика свидетельствует, что каждый педагог, работающий в вузах Республики Таджикистан, понимает, что назрела необходимость обновления и модернизации методической системы обучения русскому языку студентов-медиков в условиях полилингвального образования. В связи с чем наблюдается важность разработки коммуникативно-ориентированного учебного пособия, в котором должны быть отражены технологии совершенствования русской профессиональной речи на современном уровне, и в котором был бы тематически собран и сгруппирован нужный материал, отражающий все виды речевой деятельности студентов.

На основе многолетней педагогической деятельности коллективом кафедры было составлено «Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в Таджикском медицинском университете» [7,106], способствующее реализации основных задач преподавания предмета. Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями Программы по русскому языку для студентов-медиков. В нём мы находим отражение современных достижений дидактики, психологии и, конечно, методики преподавания русского языка. В пособии конкретизируются наиболее эффективные методы преподавания данного предмета в вузе, а также реализуется один из основных принципов методики — учёт специфики преподавания русского языка в конкретной аудитории. В нём успешно реализуется коммуникативная и общеобразовательная направленность обучения, очень хорошо организован учебный материал. Материал по грамматике тщательно отобран, дан лексико-грамматический текстовый материал.

Необходимо отметить, что основным в данной методической системе обучения русскому языку студентов-медиков в условиях полилингвального образования должен стать метод сопоставления, например, фонетических и лексических сторон, а также сопоставление грамматических конструкций родного языка студентов.

Учитывая грамматические особенности родного языка и связанные с этим специфические трудности при изучении русского языка, в пособие включены тексты и отдельные задания на таджикском языке, то есть делается опора на родной язык студентов.

Успех в совершенствовании навыков устной речи может быть достигнут при условии активной самостоятельной работы студентов в процессе обучения. С этой целью в пособие введены небольшие по объёму и интересные по содержанию тексты для самостоятельной проработки — «Как рождаются слова», «Родина — светлое слово», «Любовь к книгам», «Когда и как лучше работать», «Студенческая жизнь». «О неусыпном труде Авиценны и М.В. Ломоносова», «Здравоохранение в дореволюционной Бухаре» и другие.

Продуманные и удачно подобранные темы и тексты познавательно-воспитательного характера направлены на формирование мировоззрения, создание определённой установки для естественного общения на русском языке. Тексты дают большую возможность для разнообразия учебной работы. Все тексты небольшого объёма, доступны для понимания каждого, даже слабо владеющего русским языком. Их названия сами говорят за себя: «Язык — средство общения людей», «Призвание», «Выдающийся терапевт», «Книги - наши верные друзья», «Как научиться говорить?».

«Таджикистан - цветущий край», «Лечебные растения Таджикистана», «Медицина эпохи Саманидов». В текстах об Абуали ибни Сино, А. Донише, А.С. Пушкине, С. Айни, А. Рудаки, М. В. Ломоносове, М.П. Кончаловском, А.П. Чехове, Ч. Айтматове, Р. Гамзатове и других ярко высвечены деяния великих людей.

К каждой теме подобран интересный эпиграф, отражающий основное её содержание. Одним из множества достоинств учебника является наполненность его мудрыми мыслями, изречениями великих мыслителей, учёных, классиков таджикско-персидской и русской литературы о воспитании, патриотизме, дружбе, гуманности, интеллигентности, а также пословицами, поговорками и фразеологическим арсеналом языковых средств – этими бесценными компонентами учебно-тематического материала.

Продуманная система тренировочно-обучающих заданий служит для раскрытия каждой осваиваемой темы. К заданиям, способствующим развитию учебной деятельности студентов на русском языке и освоению учебного материала на должном уровне, относятся следующие: составление конспекта, библиографии, аннотации, подготовка сообщений, оформление деловой документации, которые включены в данное учебное пособие.

Выводы. Таким образом, результаты работы по данному учебному пособию показывают, что при его использовании совершенствуется русская устная и письменная профессиональная речь студентов-медиков. Необходимо отметить, что особенно важным в данной методической системе обучения русскому языку студентов-медиков в условиях полилингвального образования является тот факт, что данное коммуникативно-ориентированное учебное пособие может быть использовано с большим успехом и в других неязыковых вузах нашей республики, а также служить своеобразной основой для создания подобных учебных пособий по русскому языку в других вузах, в том числе и медицинских. В заключение можно отметить, что данное учебное пособие окажет большую помощь в совершенствовании преподавания русского языка в таджикской вузовской аудитории.

Литература:

1. Алиев Р., Каже Н. Билингвальное образование. Теория и практика. - Рига: Retorika, 2005. – 384.
2. Баяндина З.К. Полилингвальное обучение в качестве одного из факторов полной социализации в современном обществе// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2014. -№ 8 - С. 140-142.
3. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на период до 2030 года 2021-2030 годы. -Душанбе, 30 августа 2019 № 438. -27с
4. Программа по предмету «Русский язык» для студентов 1 курса медицинского, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов// Составители У.Р. Юлдошев и другие, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе 2023- 37 с.29 с
5. Соколов Е.А. Проблемы поликультур и полиязычий в гуманитарном образовании / Е.А. Соколов, Н.Е. Буланкина. - М.: Университетская книга, Логос, 2008. - 208 с.
6. Учебная программа по русскому языку (для студентов неязыковых вузов/ Составители У.Р. Юлдошев и другие// МОИНРТ/ от 30.07. 2016, 29 с
7. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете. Для студентов 1 курса. 2-е изд., доп. и перераб., Душанбе, 2019. –Маориф, 203с.
8. Юлдошев У.Р. Значение русского языка в профессионально-ориентированном полилингвальном медицинском образовании Таджикистана <https://www.tajmedun.tj/ru/novosti/universitet/24.04.2023>

Юлдошев У.Р.1, Должикова В.А.2, Варамян М.Дж.1

МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕКСТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

2Кафедра иностранных языков ХГМУ. Дангара. Таджикистан

Актуальность исследования. В настоящее время в процессе обучения русскому языку студентов стоматологического факультета актуальным и своевременным является использование текстов по специальности в условиях полилингвального образования, поскольку общение на русском языке должно осуществляться на основе специально отобранного учебного материала текстов, в котором большое внимание будет уделяться взаимосвязанному обучению родному и русскому языкам на основе диалога культур разных национальностей, проживавших в Республике Таджикистан. В связи с этим с целью совершенствования у студентов стоматологического факультета навыков русской профессиональной устной и письменной речи существует необходимость практической разработки методических приёмов.

Цель исследования. Теоретически выявить и экспериментально обосновать педагогические условия разработки современной методики обучения русскому языку студентов стоматологического факультета путём использования текстов по стоматологии в условиях полилингвального образования. Ибо студенты уже на первом курсе должны не только знать учебный материал, но и в совершенстве владеть русским языком как важнейшим средством обучения в условиях активного двуязычия и диалога культур.

Материалы и методы исследования. Среди важных государственных документов, определяющих государственную политику в области языкового образования и подготовки кадров для народного хозяйства большое место занимает «Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2021-2030 годы» [1,4].

Вместе с тем, «основная цель курса русского языка – практическое владение русским языком, формирование у будущих специалистов коммуникативной компетенции, т.е. способности решать лингвистическими средствами кон-

кретные речевые ситуации в научной сфере, а именно: умение давать оценку полученной информации, извлекать новую информацию из текстов, составлять тексты основных учебно-научных, научно-профессиональных жанров, выступать на профессиональные темы». [5, 3]

Результаты. В процессе обучения студентов стоматологического факультета и опираясь на мнения ведущих исследователей-методистов отметим, что «основными идеями в реализации полилингвального образования выступают: стимулирование и мотивация использования родного и русского языков в соответствии с потребностями обучающихся; формирование умений межкультурного общения; стратегия познания через язык особенности родной и неродных культур, а также особенности их взаимодействия; выход за пределы родной культуры, опора на лингвострановедческие, культуроведческие знания обучающихся; ориентацию содержания обучения на социокультурную ситуацию страны, региона, язык которых изучается». [4, 205]

В связи с вышеизложенными, мы считаем, что главная наша задача при обучении русскому языку студентов стоматологического факультета в условиях полилингвального образования заключается в том, чтобы, закрепляя, совершенствуя и развивая языковые умения и навыки, полученные в школе, связать обучение со специальностью студентов путем использования текстов по стоматологии.

Практика свидетельствует, что учёт специальности является одним из важнейших аспектов обучения русскому языку студентов стоматологического факультета, так как способствует лучшему усвоению языка в рамках профессиональной сферы.

Преподавателями кафедры русского языка было составлено учебное пособие, которое включает лингвистические и коммуникативные учебные материалы, представленные адаптированными текстами по стоматологии [6, 228], такие как: «Развитие стоматологии в Таджикистане», «Красивые зубы – здоровье», «Зубы нужно беречь», «Профилактика кариеса», «Неотложная помощь при осложненном кариесе», «Что такое флюс (периостит)?», «Неотложная стоматологическая помощь при переломах» и другие.

Следует подчеркнуть, что «учебный текст по специальности как единица обучения представляет собой отрезок речевой цепи, в котором раскрывается содержание темы, подтемы или комбинации подтем одного уровня членения; границы текста определяются как объёмом раскрываемой темы, так и дидактическими факторами: специальной и языковой подготовкой лиц, которым он адресуется». Тексты, по специальности, приведенные в данном пособии, дают возможность привлекать дополнительный материал, рассказывающий о достижениях учёных в лечении заболеваний, об изобретении способов и методов применения инноваций в стоматологии.

В процессе практических занятий по русскому языку со студентами стоматологического факультета нами используется, к примеру, учебный текст: «Некоторые виды стоматитов» [6, 111-113]

Следует отметить, что в этом учебном пособии система заданий ориентирована на формирование и развитие механизмов чтения и письма и делится на следующие типы заданий: задания по подготовке к чтению текста.

Так, для формирования навыков правильного чтения текста студентам можно предложить следующие рекомендации: понять по заголовку тему текста, прочитать начало текста, найти подтверждение, что заголовок выражает его основную тему.

Для преодоления грамматических трудностей при чтении текста необходимо использовать грамматические конструкции. Усвоение грамматических конструкций облегчит студентам установление связей между их членами и, следовательно, усвоение семантики самих конструкций, а за ней и смысл предложения.

К данному тексту «Некоторые виды стоматитов» студентам предлагаются следующие задания.

Задание 1. Прочитайте текст и ответьте письменно на вопросы:

Какие виды стоматитов возникают чаще всего?

От чего зависит клиническая картина каждого вида стоматита?

На что жалуются больные медикаментозным стоматитом?

Какой стоматит вызывает некроз тканей?

В чем заключается лечение больных стоматитом?

Задание 2. Составьте словосочетания с данными словами: приём, лечение, отёк, применение, снижение, обработка, утомляемость, вещество.

Задание 3. Допишите предложения, не пользуясь текстом:

После приема некоторых лекарств у больного ...

У больных стоматитом может появиться ...

Эти медикаменты нужно...

Больные стоматитом ощущают ...

Тяжесть заболевания зависит от ...

Задание 4. К данным существительным подберите подходящие по смыслу прилагательные, согласовав их в роде, числе: стоматит, удаление, препарат, оболочка, отек, очаг, конечность, кожа, губы, зуб, боли.

Для справок: срочный, синюшный, слизистый, редкий, верхний, головной, лекарственный, сильный, влажный, воспалительный.

Выводы. На основании вышеизложенного, необходимо заключить, что в процессе обучения русскому языку, основанном на использовании текстов по специальности, студентов стоматологического факультета в условиях полилингвального образования необходимо также использование разнообразных современных инновационных технологий, подобранных и составленных лексико-грамматических заданий к текстам, поскольку обучение в высшем медицинском учебном заведении - это процесс решения многочисленных и далеко не простых проблем подготовки будущих высококвалифицированных специалистов. Хороший уровень владения русским языком студентов-стоматологов является не только необходимым условием освоения языка специальности, но и одним из важных показателей профессиональных умений и владения языковой компетентности.

Литература

1. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2021-2030 годы. - Душанбе, 30 августа 2019 № 438. - 27с.
2. Мотина Е.И. Язык и специальность: лингвометодические основы обучения русскому языку студентов-нефилологов. - М. Русский язык, 1983.
3. Программа по предмету «Русский язык» (язык модуля) для студентов 1 курса всех факультетов Государственного образовательного учреждения // Составители Юлдошев У.Р. и др. - ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.-Душанбе 2023 -. 20 с.
4. Программа (Syllabus) по предмету «Русский язык» для студентов 1 курса медицинского, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино // Составители У.Р. Юлдошев и другие. - Душанбе, 2023 - 67 стр.
5. Учебная программа по русскому языку (для студентов неязыковых вузов/, МОИНРТ/ от 30.07 2016. - 29 с. Составители: Нагзибекова М.Г., Ходжиматова Г.М., Мухаметов Г.Б., У.Р. Юлдошев.
6. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов медицинского университета//Душанбе, Нашриёти «Хикмат» 2019//Составители У.Р. Юлдошев и другие - 240 с.
7. Юлдошев У.Р. Значение русского языка в профессионально-ориентированном полилингвальном медицинском образовании Таджикистана <https://www.tajmedun.tj/ru/novosti/universitet/>

Юлдошев У.Р.1, Мухторова И.2, Шарипова З.И.1

ТЕКСТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧЕВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЙ АУДИТОРИИ

1Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

2Отдел филологических дисциплин Института развития образования имени А. Джами Академии образования Таджикистана

Актуальность. В настоящее время одним из широко обсуждаемых вопросов методики обучения русскому языку студентов-медиков в полилингвальном и поликультурном образовательном пространстве является использование текстов по специальности. В связи с этим одной из главных задач в подготовке квалифицированных медицинских кадров является совершенствование русской профессиональной устной и письменной речи студентов высших медицинских учебных заведений Республики Таджикистан. Русский язык как ведущий предмет для студентов в медицинском университете служит активным средством получения научной информации и является коммуникативным фактором активного включения в сферу науки, производства и общественной жизни. [10, 2]

Исходя из вышеизложенного, представляется важным и своевременным совершенствование профессионально-коммуникативной компетентности студентов медицинского университета в условиях поликультурного и полилингвального образования.

Цель. Совершенствование технологий обучения русскому языку в полилингвальном и поликультурном образовательном пространстве, разработка эффективной методической системы по формированию русской профессиональной устной и письменной речи студентов-медиков и по развитию коммуникативных компетенций будущих врачей путём использования текстов по специальности.

Материалы и методы. Произведен отбор, упорядочение и презентация учебного материала, который при коммуникативном обучении подчинен главной цели – обучению речевой деятельности на изучаемом языке. Это положение в современной методике является доминирующим, определяя все аспекты учебного процесса, в котором лингвистическая сторона - средство, а преследуемая цель - речевая деятельность. «Цели обучения... русскому языку трактуются в нынешних условиях как достигаемые уровни коммуникативной компетентности, которая с очевидностью включает также речевую и языковую (или лингвистическую) компетентности». [7, 4]

Результаты. В последние годы нашёл свое теоретическое обоснование и широкое практическое применение коммуникативный метод как наиболее популярный, широко используемый, отвечающий решению задачи практического овладения языком. «Коммуникативность как основополагающая категория науки методики предполагает использование изучаемого языка с самых начальных стадий обучения в естественных для общения целях и функциях или максимально приближенных к ним, имитирующих их. Она сопрягается с идущей от лингвистики проблемой речи, языкового употребления, охватывающего все стороны общения современных людей и его сложных связей с языковой системой, ставит в центр теории и практики обучения второму языку само употребление языка, его функционирование». [4,10-11]

Термин «коммуникативная компетенция» (от лат. competere добиваться, соответствовать) обозначает «способность решать средствами иностранного языка актуальные для учащихся и общества задачи общения из бытовой, учебной, производственной и культурной жизни; умение учащегося пользоваться фактами языка и речи для реализации целей общения. Студент владеет коммуникативной компетенцией, если он в условиях прямого или опосредованного контакта успешно решает задачи взаимопонимания и взаимодействия с носителями изучаемого языка в соответствии с нормами и традициями культуры этого языка». [1,98]

Практическое овладение языком необходимо прежде всего для слушания лекций, чтения литературы, устных выступлений на семинарах, подготовки и сдачи зачётов и экзаменов. Следовательно, студентов необходимо подготовить к общению с окружающими в той языковой среде, в которой они находятся в течение пяти-семи лет, причем общение в языковой среде понимается шире, чем повседневное общение на бытовые и учебные темы.

Преподавателями кафедры русского языка разработан ряд пособий по развитию коммуникативных компетенций студентов-медиков. Представленные темы пособия активно используются при совершенствовании русскому языку студентов-медиков. В «Учебном пособии для практических занятий по русскому языку в Таджикском медицинском университете» [8,203] подобраны темы, которые способствуют развитию коммуникативных компетенций, такие как: «Моя семья. Биография. Возраст», «Мой день. Распорядок дня», «Вуз. Библиотека. Общежитие», «Портрет и характер», «По родному краю» и др. [8]

В представленные темы входят адаптированные тексты для чтения и освоения новой лексики, а также задания, которые направлены на закрепление содержания текста, новых лексических единиц и повторение лексико-грамматического материала.

Следует подчеркнуть, представленные лексико-грамматические задания –предназначены для совершенствования профессионально-ориентированной речи студентов-медиков.

Необходимо особо отметить, что главная цель работы кафедры русского языка – совершенствование русской профессиональной речи студентов в устной и письменной ее формах на основе текстов по медицинским специальностям. В связи с чем нами подготовлено и издано «Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов медицинского университета» [9], в котором представлены лексические, лингвистические и коммуникативные материалы по медицинским темам.

Данное пособие открывает большие возможности перед преподавателями в плане языковой подготовки студентов.

Отметим, что «учебный текст по специальности как единица обучения представляет собой отрезок речевой цепи, в котором раскрывается содержание темы, подтемы или комбинации подтем одного уровня членения; границы текста определяются как объёмом раскрываемой темы, так и дидактическими факторами: специальной и языковой подготовкой лиц, которым он адресуется». [5]

Профессионально-ориентированный коммуникативный метод позволяет решать задачи по «воссозданию и имитации коммуникативных ситуаций, очень важных для студентов-медиков в плане их будущей врачебной деятельности. В их числе: «госпитализация», «первичный осмотр больного», «постановка диагноза», «лечение», «выписка». Каждая из ситуаций требует определенного умения врача вести диалог с больным. Для этого студент-медик должен выработать ряд речевых умений и навыков». [10, 13]

Следует особо подчеркнуть, что «тексты по специальности дают возможность привлекать дополнительный материал, «рассказывающий о достижениях учёных в лечении заболеваний, об изобретении новых препаратов. Расширение знаний о Таджикистане, знакомство с именами выдающихся деятелей, учёных-врачей, писателей-врачей. Так, тексты «Здравоохранение в Таджикистане», «Больница», «Поликлиника» позволяют привлекать материалы о системе здравоохранения в Таджикистане, дают студентам структурную модель для рассказа о здравоохранении. По своему содержанию тексты утверждают гуманные начала в профессии врача». [9]

Следует отметить, что в процессе обучения и воспитания студентов-медиков на практических занятиях большую роль играют адаптированные материалы из художественных произведений русских писателей, которые являются основным средством влияния на студентов с целью нравственного воспитания. Прежде всего это материалы из художественных текстов известных писателей, врачей: «Рыцари милосердия», «А.П. Чехов», «Призвание», «Драматическая медицина», «Открытая книга», «Сердце на ладони», «Спутники», «Дело, которому ты служишь», «Мысли и сердце», «Доктор Пекарев», «Хирургия», «Цветы запоздалые», «Попрыгунья», которые обеспечивают в работе над ними возможность воспитательного воздействия на студентов-медиков в нравственно-этическом отношении. К ним имеются задания, направленные преимущественно на решение лексико-грамматических задач, конструирование словосочетаний и предложений. [9]

Необходимо особо заметить, что итоги работы по представленному учебному пособию свидетельствуют об улучшении профессиональной устной и письменной речи студентов-медиков в обучении языку специальности. В результате использования текстов по специальности формируется и совершенствуется русская профессиональная коммуникативная компетенция студентов-медиков на занятиях по русскому языку в полилингвальном и поликультурном образовательном пространстве.

Выводы. Таким образом, следует заключить, что формирование профессиональной коммуникативной компетенции студентов-медиков на занятиях по русскому языку в полилингвальном и поликультурном образовательном пространстве путём использования текстов по специальности занимает одно из первых мест среди многочисленных новых направлений развития высшей школы, которые привлекли в последние два-три десятилетия особое внимание педагогов вузов и работников высшей школы. Знание русского языка поможет специалисту овладеть навыками межкультурного общения, использовать современные информационные технологии, ориентироваться в потоке научно-инновационных достижений мировой и отечественной науки. Выпускники высшего медицинского учебного заведения должны быть высоконравственными, гуманными, социально зрелыми, творчески активными личностями.

Литература

1. Азимов Э. Г., Шукин А. Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). — М.: Издательство ИКАР, 2009
2. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2021-2030 годы.-Душанбе, 30 августа 2019 № 438.-27с
3. Инновационные подходы к преподаванию русского языка в условиях поликультурной среды. //Афони́на Н. <https://dppo-edu.ru/innovacionnye-podxody-k-prepodavaniyu-russkogo-yazyka-v-usloviyax-polikulturnoj-sredy-statya-po-russkomu-yazyku/> 12
4. Костомаров В.Г., Митрофанова О.Д. Методическое руководство для преподавателей русского языка иностранцам.

- М: Русский язык. 1984. -159 с

5. Мотина Е.И. Язык и специальность: лингводидактические основы обучения русскому языку студентов-нефилологов. М: Русский язык, 1983. 170с.

6.Новолодская С.Л. Дефиниция понятия «поликультурный» и «мультикультурный»// Вестник науки ТГУ. 2012. № 1(8). С. 234-237

7. Учебная программа по русскому языку для студентов неязыковых вузов/ Составители: Нагзибекова М.Г., Ходжиматова Г.М., Мухаметов Г.Б., Юлдошев У.Р., МОИНРТ, 30.07.2016. - 29 с.

8.Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в Таджикском медицинском университете для студентов 1 курса. - Душанбе, 2017, 201 с.

9. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов 2 курса медицинского университета. 2-е изд., доп. и перераб. /Составители: У.Р. Юлдошев и др.// Душанбе, 2017. Маориф, 228 с.

10. Юлдошев У.Р. Значение русского языка в профессионально-ориентированном полилингвальном медицинском образовании Таджикистана <https://www.tajmedun.tj/ru/novosti/universitet/znachenie-russkogo-vazyka-v-professionalno-orientirovannom-polilingvalnom-meditsinskom-obrazovanii-/24.04.04.2023>

Юлдошев У.Р.1, Должикова В.А.2, Султанова Д.Х.1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛОВ ИЗ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ТЕКСТОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ В ПРОЦЕССЕ ВОСПИТАНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

1Кафедра русского языка ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

2Кафедра иностранных языков ХГМУ. Дангара. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время при обучении русской речи студентов-медиков в условиях поликультурного медицинского образования использование материалов из русской художественной литературы способствует не только формированию общей языковой подготовки, но и развитию духовно-нравственных качеств личности в процессе воспитания.

Цель. Обосновать эффективность методической системы, в процессе которой использование адаптированных материалов из художественной литературы способствует развитию и владению русским языком в специальных предметных целях, воспитанию нравственной личности, а также совершенствованию русской профессиональной речи студентов-медиков в условиях поликультурного медицинского образования, углублению предметной подготовки и расширению сферы межкультурного обучения и мотивации к изучению русского языка.

Материалы и методы исследования. Важность исследуемой проблемы обучения студентов-медиков русской профессиональной речи при использовании материалов из художественных текстов в процессе духовно-нравственного воспитания в условиях поликультурного образования подтверждается документами государственного уровня - «Государственной программой совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2021-2030 годы» [1], в которой отмечается, что «русский язык в Таджикистане на протяжении многих лет выполняет роль межнационального общения. В качестве официального языка он является стержнем, формирующим полилингвальное и поликультурное образовательное пространство в республике, фактором когнитивного и интеллектуального развития, обеспечивающим возможность школьников и студенческой молодежи самореализации в условиях многонационального поликультурного государства». [1,8] Процесс духовного воспитания на занятиях по русскому языку основывается на художественных текстах, они служат моделью, образцом поведения, обогащая речь студентов словами с культурными компонентами, художественными терминами и лексикой, используемой в социально-культурной сфере. В связи с чем, нами используется, в основном, текстовый материал из произведений известных русских писателей, многие из которых сами были знаменитыми врачами – учёными, занимались врачебной деятельностью. На кафедре русского языка разработано «Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в Таджикском медицинском университете». [3]

Результаты. Как показывает наша педагогическая деятельность, обучение на поликультурной основе способствует совершенствованию общей языковой подготовки и владению родным и русскими языками в специальных предметных целях, углублению предметной подготовки и расширению сферы межкультурного обучения и мотивации к изучению родного и русского языков.

Как утверждают исследователи, «поликультурное образование – это такая организация образования, при которой представители разных культур («много-культурность»), находясь одновременно в одних и тех же образовательных учреждениях, получают равные права к качественному образованию с целью подготовки к жизни в справедливом поликультурном обществе, в котором каждая из культур признается равноценной». [5].

Следовательно, поликультурное образование – это система образовательного процесса, настроенная на погружение студентов в многонациональную среду, где главным является воспитание в студентах уважения к различного рода культурам и национальностям. Развитие способности к построению коммуникативных связей с людьми самых разных мировоззрений, вероисповеданий и уровней жизни.

Особо следует отметить, что высшие учебные заведения, активно влияя на формирование мировоззрения студенческой молодёжи, способствуют их духовному и нравственному воспитанию и становлению, преодолению духовного кризиса в обществе, воспитанию квалифицированного специалиста для народного хозяйства. Ибо проблема духовно-нравственного воспитания личности всегда была одной из актуальных, а в современных условиях она приобретает особое значение.

По утверждению исследователей, «духовность и нравственность являются важнейшими, базисными характери-

стиками личности. Духовность определяется как устремленность личности к избранным целям, ценностная характеристика сознания. Нравственность представляет собой совокупность общих принципов и норм поведения людей по отношению друг к другу и обществу. В сочетании они составляют основу личности, где духовность – вектор ее движения (самовоспитания, самообразования, саморазвития), она является основой нравственности». [2, 6]

Мы считаем, что на практических занятиях по русскому языку во время обучения студентов-медиков русской профессиональной речи в условиях поликультурного образования в процессе духовно-нравственного воспитания использование материалов из художественных текстов является одним из значимых критериев для речевого, интеллектуального, нравственного развития студентов.

На занятиях русского языка мы используем адаптированные тексты из художественных произведений профессиональной направленности, которые, главным образом, дают материал не только для лексико-грамматических заданий, но и решают вопросы профессионального воспитания. При чтении литературных текстов данные проблемы могут решаться только в единстве с эстетическим воспитанием и образованием студентов, с учётом специфики литературы, как искусства слова.

Основной задачей «Учебного пособия для практических занятий по русскому языку в Таджикском медицинском университете» является закрепить, развивая и совершенствуя, языковые умения и навыки, полученные в школе, и связать обучение со специальностью студентов, учитывая воспитательный аспект обучения.

Практика показывает, что основные виды работы по развитию речи необходимо проводить на материале художественных текстов, ибо, читая произведения художественной литературы, студенты обучаются языку: обогащая свой словарный запас, вырабатывают навыки построения предложений, повышают культуру связной устной и письменной речи.

Успех лечения определяется авторитетом врача, который основывается как на личном труде, так и на глубоких знаниях. Врач должен обладать способностью покорять, подчинять себе душу больного. Доверяя врачу жизнь, больной ждёт от него проявления высших моральных качеств, хочет видеть в нём средоточие моральных добродетелей и в первую очередь сочувствия, исключительной добросовестности и самодисциплины, честности и высокого мастерства. Наличие этих качеств является моральной гарантией, основой авторитета.

Установка преподавателя на формирование и развитие соответствующих черт характера позволяет наиболее оптимально организовать процесс для студентов-медиков на практических занятиях по русскому языку с использованием художественных текстов, сделать его педагогически управляемым.

Как было уже отмечено, используя вышеназванное пособие, студентам предлагаются тексты по специальности, с целым рядом последующих заданий.

Задание 1. Прочитайте текст «Рыцари милосердия» и перескажите его содержание. (4, стр. 155-164).

Задание 2. На основе текста «Рыцари милосердия» скажите, как, по вашему мнению, определить своё призвание.

Задание 3. Опишите будни врача на основе текста.

Задание 4. Некоторые считают, что чрезмерное внимание к личностным качествам врача (доброта, вежливость, мягкость) может ослабить внимание к его профессиональным качествам. А Вы как считаете? Мотивируйте свою точку зрения.

Задание 5. Прочитайте вслух словосочетания, объясните их значение.

Врачебная деонтология. Этическая норма поведения. Профессиональные обязанности. Новейшие достижения медицины. Исследовательская работа.

Задание 6. В каком тексте мы встречаем данное высказывание? *Художественная литература раскрывает мир человеческих чувств, взаимоотношения людей. Чтение помогает понять особенности переживаний больного человека, помогает раскрыть для себя девиз врача – «Светя другим, сгораю сам»?*

А. «Драматическая медицина» Г. Глязера; В. «Призвание» В.В. Кованова; С. «Рыцари милосердия»; Д. «Доктор Вера» Б. Полевого; Е. «Открытая книга» В.А. Каверина.

Задание 7. Какое качество несовместимо с благородной профессией врача? («Рыцари милосердия»)

А. благородство; В. равнодушие к людям и их страданиям; С. мужество; Д. душевная сила; Е. выдержка.

Выводы. Проведённое нами исследование убедительно подтвердило основное положение исследуемой темы и позволяет говорить о многообразии форм работы со студентами-медиками на занятиях по русскому языку в аудиторное и внеаудиторное время в процессе духовно-нравственного воспитания в условиях поликультурного образования. Воспитательные возможности материалов из художественных текстов, как показало исследование, огромны, они позволяют учитывать индивидуальные запросы студентов, формировать правильные представления о нормах и поведении врача, дополняют и обогащают знания будущих врачей в области профессиональной этики, обеспечивают необходимый уровень теоретических знаний и практических умений в области профессиональной этики будущего врача.

ЛИТЕАТУРА

1. Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на период до 2030 года. - Душанбе, 30 августа 2019 № 438. -27с
2. Т.И. Петракова Т.И. Ценностный потенциал базового образования в духовно-нравственном воспитании учащихся. Научная статья. [tr://www.nravstvennost. info/library/news_ detail.php?m.2002.c.344](http://www.nravstvennost.info/library/news_detail.php?m.2002.c.344).
3. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в Таджикском медицинском университете для студентов 1 курса.- Душанбе, 2018, 201с..
4. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи для студентов 2 курса медицинского факультета. - Душанбе, 2020.

5. Хакимов Э. Р. «Конструирование практики поликультурного образования на основе полипарадигмального подхода». Автореф. дисс. на соиск. учёной степ. доктора пед. наук. –Ижевск 2012-48 с.
6. Юлдошев У.Р. Значение русского языка в профессионально-ориентированном полилингвальном медицинском образовании Таджикистана <https://www.tajmedun.tj/ru/novosti/universitet/> 24.04.2023.
7. Хорошее владение русским языком невозможно без глубокого знания родного языка// <http://www.narodnaya.tj/>
8. Культуроведческий аспект в преподавании русского языка в общеобразовательной школе, <https://www.prodlenka.org/metodicheskie-razrabotki/>

Юсуфов А.И., Шодиматова М.К., Суфиева Г.А.

ТАРТИБИ ОМУҲТАНИ ИЛМИ ТИБ АЗ НИГОҲИ УНСУРУЛМАОЛИИ КАЙКОВУС

Кафедраи забони тоҷикӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» Душанбе, Тоҷикистон

Муҳимият. Назаре ба таъриху тамаддуни халқи тоҷик аз он гувоҳӣ медиҳад, ки гузаштагонанон ба мо мероси бою гаронбахое гузоштаанд ва онҳо фарогири масъалаҳои ахлоқиву тарбиявӣ мебошанд. Яке аз чунин намояндагон Унсурӯлмаолии Қайковус мебошад, ки бо асари панду андарзии худ «Қобуснома» машхур аст.

Мақсади таҳқиқот. Унсурӯлмаолии Қайковус (1020 - 1099) яке аз насрнависони барҷастаи тоҷику форс мебошад. Ӯ аз илмҳои замонаш хуб оғох буд. Дар Гургон бо таъсири таълимоти Абуалӣ ибни Сино ба омӯзиши илми тиб шуруъ намуд, аз ҷумла, илмҳои нучум, геометрия ва мусикиро низ омӯхт. Қайковус шахси донишманд буда, таҷрибаи зиёди ҳаёти дошт. Тамоми таҷриба, дониш ва панду ҳикмати ӯ дар асари «Қобуснома» гирд оварда шудаанд.

«Қобуснома» асари панду ахлоқӣ буда, Унсурӯлмаолии Қайковус онро солҳои 1082 – 1083 барои писараш Гелоншоҳ таълиф намудааст. Он дорои аҳамияти зиёди ахлоқиву тарбиявӣ буда, ба дастури роҳнамои зиндагӣ табдил ёфтааст ва дар таърихи адабиёти тоҷику форс мақоми хосае дорад. «Қобуснома» ба забонҳои русӣ, англисӣ, немисӣ, туркӣ, франсавӣ ва забонҳои дигар тарҷума шудааст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Доир ба ҷараёни зиндагии Унсурӯлмаолии Қайковус дар сарчашмаҳои таърихӣ маълумоти мукаммале мавҷуд нест, вале мутолиаи асар аз он шаҳодат медиҳад, ки муаллиф шахси ғозилу донишманд, ҷаҳондидаву рӯзгордида, донандаи хуби илмҳои тиб, нучум, геометрия ва илмҳои дигари пешқадами замонаш будааст. Қайковус яке аз охириин намояндагони сулолаи Зиёриён аст, ки дар асрҳои X-XI дар ноҳияи Кӯҳистон, ки Табаристон, Гургон, Гелон, Рай, Дайламестон барин мавзёҳои қисмати шимолии Эронро дар бар мегирифт, ҳукмронӣ доштанд.

Чуноне шарқшиноси маъруф Е.Э.Бертелс қайд намуда буд, забони «Қобуснома» ба забони адабии соқинони қаламрави Сомониён, яъне тоҷикон хеле наздик аст. Ин фикрро калимаву ибора ва таъбирҳои бешумори забони асар, ки ҳоло ҳам дар забони адабӣ ва ғуфтуғии тоҷикӣ серистеъмол мебошанд, собит месозанд.

«Қобуснома» аз 44 боб иборат буда, ҳар яке онҳо ба масъалаҳои гуногуни ахлоқу одоб, тарзи зиндагӣ, расму оин, ҷавонмардӣ, тарзи омӯхтани илму ҳунар, аз ҷумла, омӯхтани илми тиб ва нучум, тарзи рӯзгордорӣ, ҳурмати падару модар, андар оини сухан гуфтан ва ғайраҳо бахшида шудаанд.

Қайковус пеш аз ҳама ба писараш тарқи коҳиливу танбалиро таъкид намуда, менависад, ки коҳилӣ фасоди тан бошад, пас ту тани худро ба ситам фармонбардор гардон ва бо қасд онро ба тоат овар. Дар мавриди дигар иброз медорад, ки ин ҷаҳон чун киштзорест, он чи бикорӣ, ҳамон бидаравӣ. Ӯ дар асар ба фарзандаш пайваستا таъкид менамояд, ки дод бидеҳ, то дод ёбӣ ва хуб гӯӣ, то хуб шунавӣ: «Аммо неқӣ аз сазовори неқӣ дареғ мадор ва неқиомӯз бош... Ва бар неқӣ кардан пушаймон мабош, ки ҷазои неқу бад ҳам дар ин ҷаҳон бар ту расад, пеш аз он ки ба ҷои дигар равӣ, муқофоти неқу бад дар ин ҷаҳон биёбӣ». (5 – 25).

Махсусан боби «Андар шинохтани ҳаққи падару молар» хеле таъсирбахш буда, дар он панду андарзҳои пурқимат ҷой дода шудаанд. Муаллифи асар қайд менамояд, ки «... ва он фарзандро, ки мудом хирад раҳнамунӣ ӯ бувад, аз ҳаққи меҳри падару модар ҳолӣ набошад» с.22 ва таъкид менамояд, ки «чун ту дар ҳаққи падару модар гунаҳгор бошӣ, чунон бувад, ки ту сазои ҳеҷ неқӣ набошӣ...». (5 – 22).

Дар боби «Андар пешӣ чустан дар сухандонӣ» Қайковус иброз медорад, ки мардум бояд сухандону сухангӯӣ бувад ва аз бадон сухан нигоҳ дорад. Сухан рост гӯӣ ва дурӯғгӯӣ мабош ва ҳештан ба рост гуфтан маъруф кун, сардсухан мабош, ки сухани сард чун тухмест, ки аз вай душманӣ рӯяд, таъкид менамояд ӯ. Дар мавриди дигар меафзояд: «Ва бисёрдону камгӯӣ бош, на камдону бисёргӯӣ, ки гуфтаанд, ки хомӯшӣ дуввуми саломатист ва бисёр гуфтан дуввуми беҳирадӣ. Аз он ки бисёргӯӣ агарчи хирадманд бошад, чун хомӯш бувад, мардумон хомӯшии ӯро аз ақл донанд». (5 – 39).

Андар оини дӯст гирифтани Қайковус қайд менамояд: «Бидон, эй писар, мардум то зинда бошанд, ногузир бошанд аз дӯстон, ки мард агар бе бародар бошад, беҳ, ки бе дӯст. ... одат кун, ҳар вақте дӯсте нав гирифтани. Зеро ки бо дӯстони бисёр айбҳои мардум пӯшида шавад ва ҳунарҳо густурда гардад, валекин чун дӯсти нав гири, пушт бар дӯсти куҳан макун. Дӯсти нав ҳаметалабу дӯсти куҳанро бар ҷой ҳамедор, то ҳамеша бисёрдӯст бошӣ, ки гуфтаанд: «Дӯсти нек ганҷи бузург аст». Ва он гоҳ андеша кун, аз дӯстони дӯстон, ки дӯстони дӯстон ҳам аз ҷумлаи дӯстон бошанд... Ва дӯстӣ бо мардуми ҳунариву некаҳд кун, то ту низ бад-он ҳунарҳо маъруф ва сутуда бошӣ». (5 – 99).

Боби дигари асар «Андар тартиби илми тиб» ном дошта, дар он Қайковус доир ба омӯзиши илми тиб, назария ва амалияи он, тарзи муошират бо беморон ва масъалаҳои дигари вобаста ба тиб ва табобат андешаҳои перқимат баён кардааст, аз ҷумла, ба писараш иброз медорад, ки бидон, эй писар, ки агар табиб бошӣ, бояд ки усули илми тиб бидонӣ нек, чи ақсоми илмӣ ва чи ақсоми амалӣ. Ӯ навиштааст, ки

чун қисми илмӣ ёд кардам, ночор шаммае аз қисми амалӣ бояд ёд кунам, агарчи сухан дароз шавад, аз баҳри он ки илму амал чун ҷисму рӯҳ ба ҳаманд – ҷисм бе рӯҳ ва рӯҳ бе ҷисм тамом набувад. Муаллиф таъкид менамояд: «Ва чун муолаҷа хоҳӣ кардан, андеша кун аз ҳуришҳои пирон ва кӯдакон, ки муолиҷаи беморон бар ду гуна аст ва муолиҷа бояд ки ба ҳеҷ муолаҷат ибтидо накунад, то нахуст оғох нагардад аз вақти беморӣ ва

навъи иллат ва сабаби иллат ва мизоч ва сол ва санъати бемор ва таҷассуми табиаташ...». (5 – 128).

Кайковус қайд менамояд, ки муолиҷ, яъне табиб бояд ки дар соҳаи худ таҷрибаи бисёр дошта бошад ва бояд ки хидмати бемористонҳо карда бошад ва беморони бисёр дида ва муолиҷа бисёр карда бошад, то иллатҳои вазнин бар вай мушқил нагардад ва бояд ки «Васоёи Букрот» аз бар намуда бошад, то ки дар муолаҷаи беморон шартӣ амонату ростӣ ба ҷой оварда тавонад. Ин нуктаи хеле муҳим аст, ки имрӯз ҳам дар баҳши тиб аҳамияти худро гум накардааст, зеро табиб бояд масъулияти баланд дошта, бо беморон муносибати хуб намояд, сирри табибиро пинҳон карда тавонад ва инсонпарвар бошад.

Дар мавриди шахсияти табиб муаллиф қайд менамояд, ки ӯ пайваста худрову ҷомаро пок дорад ва му тайибу муаттар (яъне ороставу хушбӯ) бошад. Ва чун бар сари бемор шавад, бо бемор тозарую хушсухан бошад ва беморро дилгармӣ диҳад, ки тақвияти табиб беморро қувват бахшад ва ба манфиати бемор буда, ба ҷараёни беморӣ таъсири мусбат бирасонад. Ба андешаи Кайковус беҳтарин чиз барои табиб дору шинохтан ва иллат шинохтан аст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар асар муаллиф барои тақвияти андешаҳои худ аз рӯзгори шахсиятҳои таърихӣ, ба монанди Анушервони Одил, Абулфазли Балъамӣ, Афлотун, Сукрот, Закариёи Розӣ ва дигарон ҳикоятҳои ибратбахш овардааст, ки қимати асарро дучанд менамоянд.

Хулоса. Асари «Қобуснома»-и Унсурулмаолии Кайковус ҳазинаи беҳамтои хираду андарзи гузаштагон буда, хонандаро барои гуфтори нек, рафтори нек, пиндори нек ҳидоят менамояд. Афқору андешаҳои ахлоқии ин асар то ҳол арзиши худро гум накардаанд. Асар саросар аз панду андарзҳои хирадмандона иборат аст ва ҳикояту саргузаштҳои ибратбахш аз зиндагии шахсиятҳои таърихӣ қимати асарро боз ҳам зиёд намудаанд. Он барои наслҳои имрӯзу фардо дар роҳи илм омӯхтан, ҳурмати падару модар, тарбияи фарзанд, омӯхтани илму ҳунар, сабуриву бурдборӣ дар роҳи расидан ба мақсад ва масъалаҳои дигар роҳнамоест беҳамто.

Манбаи илмӣ

1. Антология педагогической мысли таджикского народа. (сост. М. Лутфуллоев, С. Сулаймони и др.). - Душанбе: Матбуот, 2009, 448 стр.
2. Ғафуров Б. Тоҷикон: Таърихи қадимтарин, қадим, асри миёна ва давраи нав. – Душанбе: Нашриёти муосир, 2020. – 976 саҳ.
3. Капранов В. Мудрость веков. – Душанбе: Ирфон, 1989, 304 стр.
4. Нуралиев Ю.Н. Медицина эпохи Авиценны. – Душанбе: Ирфон, 1981, 190 стр.
5. Унсурулмаолии Кайковус. Қобуснома. – Душанбе: Маориф ва фарҳанг, 2007, 200 саҳ.

Abdullaeva N.I.

LASERS IN THERAPEUTIC AND ORTHOPEDIC DENTISTRY

Department of Orthopedic Dentistry of Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Annotation: Laser technologies are widely used in medicine. Depending on the principle of operation, dental lasers are: Nd:YAG with frequency doubling, pulsed, helium-neon, ruby, alexandrite, diode, neodymium, goldmium, erbium, carbon dioxide. Laser technologies are widely used in implantology, periodontology and orthopedic dentistry, which has a positive effect on improving the quality of treatment.

Keywords: Dentistry, laser radiation, dental lasers.

Introduction: A laser is a device in which energy, for example thermal, chemical, electrical, is converted into the energy of an electromagnetic field - a laser beam.

Lasers were created in 1955 by Russian physicists A.M. Prokhorov and N.G. Basov and, independently of them, the American physicist Charles Townes, for which they were awarded the Nobel Prize (1964).

The use of the latest generation lasers opens up new possibilities, allowing the dentist to offer the patient a wide range of minimally invasive and virtually painless surgical interventions that meet the highest clinical standards of dental care.

Several types of lasers are used in dental practice: Argon laser (wavelength 488 nm and 514 nm), Diode laser (semiconductor, wavelength 792–1030 nm), Nd: YAG laser (neodymium, wavelength 1064 nm), He-Ne laser (helium-neon, wavelength 610–630 nm), CO₂ laser (carbon dioxide, wavelength 10600 nm), Erbium laser (wavelength 2940 and 2780 nm).

The scope of laser application in therapeutic dentistry is very diverse. In the prevention of caries - fissure sealing. Since, most often, this procedure is performed on children, there is no doubt the speed of manipulation (on average 5 seconds per tooth) and the lack of preliminary fissure preparation.

Desensitization of hyperesthesia of the necks of teeth, resulting from gum recession in periodontal diseases. The painful sensations disappear once and for all, as the hard tissues of the tooth seem to “melt,” thus sealing the nerve endings.

Direct pulp capping is used when healthy pulp horn is accidentally exposed, avoiding unnecessary endodontic treatment and preserving tooth vitality through the production of tertiary dentin.

Restructuring of dentin during deep caries in patients, on diagnostic Rg images of which carious dentin presumably reaches the pulp, but clinically the pulp is intact.

In endodontic treatment, lasers are used for pulp ectomy - instant evaporation of the pulp without fear of breaking small instruments in the tooth canal, sealing the dentinal tubules and walls of the tooth canal, sterilization of the canal without the use of expensive bactericidal drugs.

In orthodontics, a laser is used to release impacted teeth, followed by immediate installation of braces.

Debond - removal of braces without negative consequences for the enamel.

Operculectomy is the elimination of gum pockets in case of teething defects, which usually occur in the lower molars and become inflamed when pericoronitis occurs.

Laser radiation can play a major role in the treatment of herpetic and aphthous stomatitis - very common diseases, the peculiarity of which is that they appear at the most inopportune moment. The laser carbonizes pathological elements and relapses at this site never occur again.

The laser is used for various conditions, including: for diseases caused by poor environmental conditions and under the influence of external factors, such as, for example, radiation, traumatic and temperature damage. Excision of fibroids and epulis is a rather thankless operation for surgeons, since relapses very often occur after operations. During laser treatment, all tumor cells die.

Conclusion: Currently, the advantages of using lasers in dentistry have been proven by practice and are undeniable: safety, accuracy and speed, absence of undesirable effects, limited use of anesthetics - all this allows for gentle and painless treatment, acceleration of treatment time, and, therefore, creates more comfortable conditions for the doctor and for the patient. However, the use of lasers in dental practice, in a clinic setting, is difficult to accept due to the high cost of laser equipment and the need to train specialists.

References

1. Aleksandrov M.T. The use of helium-neon laser beams for the treatment of certain diseases of the oral mucosa // M.T. Alexandrov, R.A. Baykova, B.D. Polnareva/Dentistry. 1977.T. 56, No. 4.S. 18-20.
2. Aleksandrov M.T. Lasers in dentistry //M.T. Alexandrov, A.A. Prokhonchukov - Lasers in clinical medicine.// M.: Medicine, /1981 P. 331-351.
3. Anosov V.A. Dental treatment without a drill. // M. Clinical dentistry / No. 1. 2011 – pp. 18–19.
4. Buchnev S.A., Runkov V.P., Potapov V.N. Penetrating ability of laser radiation through biological tissues and organs - 3rd
5. Vladimirov Yu.A. Laser therapy: present and future // M. Soros educational journal N 12. / 1999. - P.2-8.
6. Zhulev E.N. Orthopedic dentistry. Phantom course textbook for students studying in specialty 060105 (040400) - “Dentistry” / Zhulev E. N., Kuryakina N. V., Mitin N. E.; edited by E. N. Zhuleva. Moscow, 2011.
7. Kats A.G. Training manual on low-energy laser therapy. Rationale and method of application in surgical dentistry // M. Agro-Print / 2002.- 7C.
8. Korepanov V.I. Laser therapy in dentistry // M. Russian Dental Journal / No. 2. - 2000. P.37-38
9. Korotkikh N.G., Mitin N.E., Mishin D.N., Ponomarev E.O. Speech rehabilitation of patients after dental surgery. Modern

problems of science and education. // 2015./ No. 1. P. 1324.

10. Mitin N.E. Options for rehabilitation of patients after surgical sanitation of the oral cavity, dissertation for the degree of candidate of medical sciences // State educational institution of higher professional education "Voronezh State Medical Academy named after / N.N. Burdenko. Voronezh, 2008

11. Mitin N.E., Kuryakina N.V. Anxiety and depression at an orthopedic dental appointment Russian Medical and Biological Bulletin named after. Academician I.P. Pavlova. /2008. No. 2. pp. 121-126

12. Sevbitov A.V., Pankratova N.V. Frequency of distribution of anomalies of the dentofacial system in children exposed to radioactive radiation // Orthodont-info / 1998. No. 2. P. 30

13. Sevbitov A.V., Pankratova N.V., Skatova E.A. Prevalence of dental anomalies in children living in an area exposed to radioactivity. // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. / 2000. No. 6. P. 55.

14. Sevbitov A.V. analysis of the results of a 5-year monitoring of the morphofunctional state of the dental system in children exposed to radiation. // Dentistry. / 2003. T. 82.

No. 4. P. 60.

15. Sevbitov A.V., Yablokova N.A., Kuznetsova M.Yu., Brago A.S., Kanukoeva E.Yu. Oral diseases in patients living in areas of radioactive contamination // Dental forum 2014./ No. 4. P. 87-88.

Burxonova Z.Q.

ASPECTS OF PROSTHETICS OF TEETH ON IMPLANTS AND THEIR FEATURES

Samarkand State Medical University

Abstract: The functionality and aesthetics of bridge prostheses based on implants are ensured by the inclusion of teeth adjacent to the defect in the prosthetic structure. Against the background of reproductive periodontitis, the connection of healthy teeth and implants with the help of multicomponent orthopedic structures stabilizes the dentition and prevents the exacerbation of inflammatory and destructive processes in periodontal tissues. The use of materials for implants with important bone-like deformation properties reduces the occurrence of stress zones at the bone-implant interface. Vestibular and intraoral displacement of implants in patients with malocclusion increases resistance to chewing lateral load.

Keywords: atrophy of the alveolar process, fixed and removable prostheses.

Introduction: Due to the anatomical and morphological features of the jaws, it is not always easy to install dental implants in the prosthetic space. The situation is aggravated by the presence of concomitant risk factors, such as malocclusion, periodontal disease, etc. Sinus lifting, bone grafting and lower alveolar nerve transplantation are complex, traumatic, multi-stage and expensive operations, which makes them unacceptable for many patients. In such cases, the inclusion of natural teeth in the prosthesis is an effective and affordable way to ensure the necessary stability of the system. The degree of use of teeth - from inlays and occlusal overlays to prosthetics of the entire dental arch - varies greatly depending on the clinical situation. Until the 1990s, implantologists all over the world had a negative attitude to the possibility of such a combination. The attitude of implantologists all over the world to the possibility of such a combination was negative. It was believed that due to the individual mobility of natural and artificial abutments, various complications were inevitable. These include fracture and destruction of an artificial tooth, periimplantitis and periodontitis of the abutment tooth. However, in recent years, with the accumulation of experimental and clinical data, the possibility of joint use of dental implants and teeth is recognized by an increasing number of specialists. The individual mobility of teeth and implants, as well as the restoration capabilities of the periodontal ligament and periimplant tissues, cannot be considered in isolation from such individual characteristics as the structural and functional state of the jaw and teeth tissues (prosthesis), antagonist muscles, deforming properties of implants and prostheses, the degree of tension and development of chewing muscles, the nature of food and type of chewing. In "average" anatomical and physiological situations, the general shock-absorbing characteristics of the prosthesis, antagonist teeth, implants and jaw are considered sufficient to neutralize masticatory pressure. In addition, when eating mainly boiled and chopped food, the functional load on the dentition is far from being extreme. Therefore, the real amplitude of the functional movement of teeth in the alveolar bone is many times inferior to the width of the periodontal gap. Thus, there is reason to believe that the indicators of "functional" (physiological) mobility of teeth and implants under load are equivalent to a certain extent and that the use of composite support systems is very effective, rational and expedient. Some implantologists use composite bridges, in which the components of the implant and the tooth are connected by attachments. Such prostheses are very complex and expensive to manufacture, and their use increases the risk of overload of the implant and encapsulation of the abutment tooth. Therefore, fixed bridges are more often used. If the implants are installed against the background of systemic periodontal tissue disease, then a multicomponent prosthesis combining preserved teeth and implants is one of the most effective means of stabilizing the dentition and preventing the progression of inflammatory and destructive processes in periodontal tissues. Composite support systems are most used when installing plate implants, which are less adapted to autonomous function. Implants can be used both as final and intermediate supports, and the number of teeth included in the prosthesis is usually proportional to the complexity of the situation - from one crown (or tab) per tooth in contact with the defect to the integration of all existing teeth and implants. This technique has been used for prosthetics of more than 150 patients with dental defects of various lengths and topography. In 90% of cases, when implants were installed, good functional and aesthetic results were achieved during observation for 4-10 years. Some developers have developed an elastic polymer gasket between the body and the implant head in order to reduce chewing loads and bring the mobility of the prosthesis closer to the mobility of natural teeth (IMZ implants). The experience of clinical use of such implants has not provided convincing evidence of their advantages over "rigid" designs. The presence of deformable elements complicates the device of implants, increases the risk of fracture and complicates hygienic procedures. Elastic bushings require regular and frequent replacement, which creates additional inconvenience for the patient. To compensate for the absence of periodontal tissues in an artificial abutment, the use of implantation materials that are mechanically compatible with biological tissues is more promising. A functional implant should be similar in its mechanical

behavior to a biological tissue. In other words, they must belong to a dissipative elastic system and have feedback. From the point of view of biomechanics, the optimal properties of the material should have stress-strain diagrams similar to biological tissue, and hysteresis values on load-unloading diagrams characteristic of biological tissue. The elastic modulus of nitinol is close to the deformation properties of biological bone tissue, which significantly reduces the risk of stress zones at the bone-implant interface and allows nickel-titanium structures to be considered one of the most successful options for artificial racks. The success of implantation is undoubtedly facilitated by high-dose ionic modification with molybdenum ions (HDIM) of the surface layer of dental devices with shape memory. The modified surface layer formed by the ion beam method is four to five times thicker than the natural oxide layer (TiO₂), with the difference that the adhesion parameters at the interface "alloy-biological surface" are much higher. According to generally accepted ideas, when installing prostheses on three or more abutment teeth, it is necessary to strive to ensure that all implants are located on the same line, equidistant from the inner and outer compact plates of the jaw. However, from the point of view of biomechanics, this arrangement is not optimal. A figure with a straight line at the base is spatially undesirable. The triangular shape of the basis is much more advantageous in this respect. Depending on the width of the prosthetic jaw area, if one of the implants (preferably the central one) can be installed with a vestibular or intraoral displacement, the stability of the structure to lateral chewing loads is significantly increased and a significant stabilizing effect is achieved without complicating the clinical and examination stages of implant installation.

Conclusion: Thus, the joint use of implants and support systems of healthy teeth contributes to the successful installation of implants. Manufacturing implants from biomechanically compatible materials with tissues reduces the risk of stress zones. The stability of the orthopedic structure to lateral load is significantly increased due to the spatial redistribution of the implant along the alveolar ridge with vestibular or oral displacement.

References:

51. Astanovich A. D. A. et al. The State of Periodontal Tissues in Athletes Engaged in Cyclic Sports //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – C. 235-241.
52. Astanovich A. A. Comparative Analysis of the Stress-Strain State of the Lower Jaw with Different Splinting Systems in Localized Periodontitis of Middle Gravity by Finite Element Modeling //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – C. 181-187.
53. Ortikova N., Rizaev J. THE PREVALENCE AND REASONS OF STOMATOPHOBIA IN CHILDREN //E-Conference Globe. – 2021. – C. 339-341.
54. Ахмедов А. А. Иммунологические аспекты патогенеза гингивита и пародонтита //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – C. 121-123.
55. Ортикова Н. POLITICAL ELITE AS A SCIENTIFIC PROBLEM //МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ КОНСЕНСУС. – 2021. – Т. 2. – №. 1.
56. Alimdjaniyev R. J., Khairullaeva O. N., Normuratovich N. A. CORRECTION OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN CHILDREN WITH NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF DENTAL ADMISSION //Archive of Conferences. – 2021. – C. 108-114.
57. Xairullaeva O. N., Alimjanovich R. J. Improving the effectiveness of therapeutic and preventive measures by correcting psychoemotional stress in children at a dental appointment. – 2022.
58. Maxzuna U., Zarafruz B. IMPROVING THE PROVISION OF THERAPEUTIC DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – C. 618-623.
59. Zarafruz B., Hekmat K. H. A. S. MANIFESTATION OF HERPETIC INFECTION IN THE ORAL CAVITY AND THEIR TIMELY ELIMINATION //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – C. 47-52.
60. Qobilovna B. Z., Nodirovich E. A. EVALUATION OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH REMOVABLE DENTAL PROSTHESES FOR PATIENTS WITH PAIR PATHOLOGY //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2023. – Т. 11. – C. 95-101.
61. Ruziyeva K. A., Burhonova Z. K. K. Complex Application Of Magnetic Laser Therapy And Propolis Tincture For The Prevention And Treatment Of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – №. 06. – C. 127-130.
62. Абдуллаева Н. ИСКРИВЛЕНИЕ ШПЕЕ ПРИ ЗУБОАЛВЕОЛЯРНОМ УДЛИНЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНОГО РЯДА //Collection of scientific papers «АЛОГОΣ». – 2023. – №. May 26, 2023; Boston, USA. – C. 344-348.
63. Jamshed S. PREVALENCE OF PHYSIOLOGICAL BITE FORMS IN PEOPLE WITH DIFFERENT FACE TYPES //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – C. 451-454.
64. Makhmudova U. B. The Effectiveness Of The Use Of Parapulpal Pins (Ppp) When Restoring Defects In The Crown Part Of The Frontal Teeth //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 2.
65. Bakhtiyorovna M. U. Causes Of Removable Denture Breaks And Allergic Reactions //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – C. 374-377.
66. Bustanovna I. N. Assessment Of Clinical And Morphological Changes In The Oral Organs And Tissues In Post-Menopausal Women //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3..
67. Nizomitdin A. I. Therapeutic Effect Of Improved Enamel Surface Preparation Technique In The Treatment Of Acute Initial Caries Of Temporary Teeth In Children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – C. 440-445.
68. Jamshed S. Prevalence Of Physiological Bite Forms In People With Different Face Types //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – C. 451-454.
69. Nazhmiddinovich S. N., Obloberdievich S. J. Optimization of Orthopedic Treatment of Dentition Defects in Patients with Chronic Diseases of the Gastrointestinal Tract //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – C. 157-159.

70. Ахмадов И. Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАСТИЧНЫХ И ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
71. Ахмадов И. Н. Нарушения в системе перекисного окисления липидов при парадантозе //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 124-127.
72. АХМАДОВ И. ОБЗОР СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ //ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ НАВИКАМИ «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ». – 2021. – С. 43
73. Ikramova F. F. Ikramova Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs: Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs //Архив исследований. – 2021.
74. Shoxrux S., Shoxrux I., Faxriddin C. PREVENTION AND TREATMENT OF ORAL INFECTIONS IN DENTURE WEARERS //International Journal of Early Childhood Special Education. – 2022. – Т. 14. – №. 4.
75. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
76. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.

Burxonova Z.Q.

ASPECTS OF USING VENEERS IN MODERN AESTHETIC DENTISTRY Samarkhand State Medical University

Abstract: The purpose of this article is to consider the advantages and disadvantages of using veneers in modern aesthetic dentistry. Veneers are ultra-thin shells made of ceramics (porcelain) or composite polymers, glued to the front surface of the tooth, and in many cases are an excellent alternative to crowns. They provide a more conservative approach to changing the color, size and shape of the tooth. They can also hide unwanted defects, for example, teeth stained with tetracycline, traumatic injuries or the results of root canal treatment.

Keywords: veneers, veneering, ceramic veneers, cosmetic dentistry.

Materials and Methods: Materials science in dentistry is developing rapidly, new materials and techniques are emerging that allow to restore and correct the color, shape and position of teeth. Modern aesthetic designs help to recreate harmonious dentition and smiles. Aesthetic dentistry has become one of the most dynamic and demanding areas of dental practice. The development of aesthetic standards has become a global phenomenon. Terms and concepts in aesthetic dentistry Aesthetic dentistry is a branch of dental science that studies the aesthetics of the maxillofacial region, its norms, anomalies and deformities, methods of their elimination and prevention. The main purpose of aesthetic treatment is to reproduce the appearance of the teeth closest to the natural, to recreate the original beauty and naturalness of the dentition. This is a type of treatment that eliminates problems and corrects functions. Modern cosmetic dentistry has a significant ethical basis aimed at improving the general condition of teeth. The most common type of dental diseases is the pathology of the hard tissues of the teeth. The most common type of dental diseases is the pathology of the hard tissues of the teeth. Indicators of the need for their treatment in the population are largely associated with the high prevalence of caries and non-carious lesions of the teeth and the lack of motivation of patients to prevent and treat this disease. Aesthetics and durability of restorations are the main requirements for the treatment of front teeth. Thanks to modern restoration materials and techniques, these tasks are quite feasible. However, it is necessary to take into account the indications and contraindications, the type of disease, the age of the patient and the general physical indicators of polypoidosis, rationally select filling materials and treatment methods, as well as follow the rules of preparation of hard tooth tissues, taking into account pathological processes and restoration techniques. The priority in dental treatment is high technology, for example, direct vinification of the front teeth with light-cured composite resin. Indications for direct veneering are defects in the hard tissues of the teeth from 1/3 to 1/2 of the crown volume and the need to correct the shape, color and position of the teeth [4]. It is known that it is easier to achieve better aesthetic results with the help of veneers than with traditional methods of aesthetic restoration using modern light-curing composite resins, and long-term data on this indicator are also good. Direct aesthetic restorations using modern light-curing composite restoration materials are the most common in restorative dentistry. The main indications for them are the need to restore the aesthetic and functional parameters of the tooth in the treatment of caries and its complications, non-carious lesions of the tooth and correction of the aesthetic parameters of the tooth. Contraindications are divided into absolute and relative. Veneers allow to achieve high aesthetic results in the presence of discoloritis of teeth and defects of their surface. Some dyes are deposited only on the surface of the tooth, others penetrate into hard tissues (enamel and dentin). Veneers are the best option for aesthetic prosthetics of the front teeth. During their manufacture, the adjacent periodontal tissues are not affected, which is very important. Modern materials used in the manufacture of ceramic and zirconium veneers are inorganic substances and compounds, such as porcelain (ceramics) and zirconium dioxide. Porcelain is a ceramic vitreous material, smooth and absolutely impermeable. Zirconium dioxide is a naturally occurring zirconium compound that has been used in dental prosthetics for 10-15 years. It is partially stabilized with yttrium and enriched with aluminum. This gives it excellent properties such as bending strength (>1400). The absence of a metal frame allows you to improve the aesthetics of the dentition. The light falling on the veneer penetrates to different depths into the material and is reflected from the tooth tissues, so the veneer does not differ from the neighboring teeth Ceramic veneers. They are made of ceramics by an indirect method in a dental laboratory. Ceramic materials for veneers can be divided into several groups: 1) cast glass ceramics 2) hot-pressed ceramics 3) traditional feldspar ceramics. Ceramic veneers are used in various cases, the most common of which is the elimination of small defects or chips on the front teeth. The main advantages

of ceramic veneers are: 1. Resistance to staining with dyes. When using light-curing materials, eating food containing dyes changes color over time, which leads to the appearance of stains on the teeth. In contrast, ceramic veneers are resistant to dyes. This is due to the properties of ceramics, since the surface of ceramic veneers is smooth and impermeable. Therefore, spots on the surface do not appear. 2. Strength, durability. Ceramic veneers are durable and resistant to wear and abrasion. 3. Aesthetics. Veneers are resistant to staining, and the color, shape and fluorescent effect of ceramics can be selected and changed; 4. biocompatibility with surrounding tissues. However, ceramic veneers also have disadvantages. Medical errors (for example, occlusal factors, occlusal planes, underestimation of the morphology of the chewing surfaces of teeth, overstrain and hyperactivity of the chewing muscles, inaccurate preparation) and omissions in the technical manufacture can lead to chips of ceramic veneers, which in some circumstances can lead to more serious aesthetic and functional complications and complete loss of This can occur. However, the frequency of displacement and chipping of veneers is largely independent of the type of zirconium veneer. One type of veneers is made of zirconium dioxide. The main feature of such veneers is that they are made in the laboratory in the same way as ceramic ones, but not by the hands of a specialist, but on automated, fully robotic equipment (CAD/CAM). This avoids many mistakes: the crown based on zirconium dioxide ICE enhances the strength of the veneer. These zirconium dioxide crowns have a thicker base layer, which provides increased strength in areas subject to chewing loads. Unlike ceramic veneers, zirconium dioxide microprostheses are used in the most difficult clinical cases. For example, when the color of the teeth changes, when they shine through ceramics, when there are large gaps between the teeth, when the teeth are "superimposed" on each other or when the teeth rotate around the axis. Zirconium dioxide is a very durable and lightweight material, so veneers based on it are thin. The main advantages of zirconium dioxide veneers: 1. high biocompatibility with tooth tissues and adjacent tissues and does not cause allergic reactions; 2. high strength and reliability without risk of chipping; 3. high strength and reliability without risk of tooth damage; 4. high strength and reliability without the risk of tooth damage. This is due to the strength properties of zirconium dioxide, which is stronger and lighter than metal; 3. durability due to the above properties; 4. high aesthetics in the oral cavity; 5. high quality and reliability without the risk of chips; 6. high durability due to the above properties. Zirconium dioxide veneers look like natural teeth. Zirconium dioxide is not stained with various dyes, so the aesthetics are preserved for a long time. There are not so many disadvantages of zirconium veneers, but the main ones are: 1. this is due to the complexity of making veneers from zirconium dioxide. 2. for the successful manufacture of teeth for plate veneers, minimal removal of hard tooth tissues is required.

Conclusion: Thus, based on the analysis of scientific literature, ceramic veneers are undoubtedly one of the best options for restoration and aesthetic restoration of front teeth. At the same time, zirconium dioxide stands out as the best material. With this material, you can get the most natural color tone and light refraction. Microprostheses are not subject to chipping and firmly adhere to the tissues of the tooth, preventing loosening and the development of secondary caries. However, there is a downside. They are much more expensive than similar porcelain restorations. Veneers occupy a rather important place in modern dentistry.

REFERENCES:

1. Astanovich A. D. A. et al. The State of Periodontal Tissues in Athletes Engaged in Cyclic Sports //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – C. 235-241.
2. Astanovich A. A. Comparative Analysis of the Stress-Strain State of the Lower Jaw with Different Splinting Systems in Localized Periodontitis of Middle Gravity by Finite Element Modeling //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 181-187.
3. Ortikova N., Rizaev J. THE PREVALENCE AND REASONS OF STOMATOPHOBIA IN CHILDREN //E-Conference Globe. – 2021. – C. 339-341.
4. Ахмедов А. А. Иммунологические аспекты патогенеза гингивита и пародонтита //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 121-123.
5. Ортикова Н. POLITICAL ELITE AS A SCIENTIFIC PROBLEM //МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ КОНСЕНСУС. – 2021. – Т. 2. – №. 1.
6. Alimdjanyovich R. J., Khairullaevna O. N., Normuratovich N. A. CORRECTION OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN CHILDREN WITH NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF DENTAL ADMISSION //Archive of Conferences. – 2021. – C. 108-114.
7. Xairullaevna O. N., Alimjanovich R. J. Improving the effectiveness of therapeutic and preventive measures by correcting psychoemotional stress in children at a dental appointment. – 2022.
8. Maxzuna U., Zарафруз B. IMPROVING THE PROVISION OF THERAPEUTIC DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 618-623.
9. Zарафруз B., Hekmat K. H. A. S. MANIFESTATION OF HERPETIC INFECTION IN THE ORAL CAVITY AND THEIR TIMELY ELIMINATION //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 47-52.
10. Qobilovna B. Z., Nodirovich E. A. EVALUATION OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH REMOVABLE DENTAL PROSTHESES FOR PATIENTS WITH PAIR PATHOLOGY //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2023. – Т. 11. – С. 95-101.
11. Ruziyeva K. A., Burhonova Z. K. K. Complex Application Of Magnetic Laser Therapy And Propolis Tincture For The Prevention And Treatment Of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – №. 06. – С. 127-130.
12. Абдуллаева Н. ИСКРИВЛЕНИЕ ШПЕЕ ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОМ УДЛИНЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНОГО РЯДА //Collection of scientific papers «ЛОГОС». – 2023. – №. May 26, 2023; Boston, USA. – С. 344-348.
13. Jamshed S. PREVALENCE OF PHYSIOLOGICAL BITE FORMS IN PEOPLE WITH DIFFERENT FACE TYPES //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
14. Makhmudova U. B. The Effectiveness Of The Use Of Parapulpal Pins (Ppp) When Restoring Defects In The Crown

- Part Of The Frontal Teeth //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 2.
15. Bakhtiyorovna M. U. Causes Of Removable Denture Breaks And Allergic Reactions //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 374-377.
 16. Bustanovna I. N. Assessment Of Clinical And Morphological Changes In The Oral Organs And Tissues In Post-Menopause Women //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3..
 17. Nizomitdin A. I. Therapeutic Effect Of Improved Enamel Surface Preparation Technique In The Treatment Of Acute Initial Caries Of Temporary Teeth In Children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 440-445.
 18. Jamshed S. Prevalence Of Physiological Bite Forms In People With Different Face Types //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
 19. Nazhmiddinovich S. N., Obloberdievich S. J. Optimization of Orthopedic Treatment of Dentition Defects in Patients with Chronic Diseases of the Gastrointestinal Tract //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 157-159.
 20. Ахмадов И. Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАСТИЧНЫХ И ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
 21. Ахмадов И. Н. Нарушения в системе перекисного окисления липидов при парадантозе //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 124-127.
 22. Ахмадов И. ОБЗОР СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ //ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ НАВИКАМИ «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ». – 2021. – С. 43
 23. Ikramova F. F. Ikramova Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs: Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs //Архив исследований. – 2021.
 24. Shoxrux S., Shoxrux I., Faxriddin C. PREVENTION AND TREATMENT OF ORAL INFECTIONS IN DENTURE WEARERS //International Journal of Early Childhood Special Education. – 2022. – Т. 14. – №. 4.
 25. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
 26. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.

Devonaev O.T. Asanbekova S.Kh.

PERCENTAGE OF DIFFERENT TYPES OF LYMPHOID CELLS IN THE URINARY TRACT OF PEOPLE OF DIFFERENT AGES

Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Y.A. Rakhimov
State educational institution Avicenna Tajik state medical university. Tajikistan.

Relevance. Despite the appearance of many original studies in this scientific field, including works of the most recent years, there is a clear shortage of generalizing works, summaries, and monographs on the organization of the immune system as a whole. As noted by Sapin M.R., Nikityuk D.B., in 2000, there is also a certain lack of research devoted to morphogenesis, patterns of structural and functional development of the organs of the immune system, especially its peripheral part in humans.

The purpose of the work was a comprehensive study of the structural characteristics and patterns of morphogenesis of the cellular composition of the lymphoid structures of the urinary tract in people of different ages. From newborns to 102 years, without pathology of the urinary tract.

Material and research methods. Using whole specimens obtained from the corpses of 96 people of different ages (from the neonatal period to 102 years), using the method of selective staining with Harris hematoxylin, we studied the lymphoid structures, starting from the renal calyces proximally and up to the urethra inclusively.

Research results and discussion. Using longitudinal and transverse sections of the urinary organs (from the renal calyces to the urethra inclusively), we studied the cellular composition of lymphoid tissue and its diffuse form. The absence of interorgan differences in the values of these indicators allowed us to present in the table summary data characterizing the urinary organs as a whole. The total number of cells of the lymphoid series was taken as 100%. We revealed age-related variability in the percentage of different types of lymphoid cells.

The percentage of small lymphocytes, compared with newborn children, in the 1st childhood increases by 1.03 times ($p > 0.05$), decreases in adolescence by 1.09 times ($p > 0.05$), in senile age - 1.13 times ($p > 0.05$), among centenarians - also 1.13 times ($p > 0.05$).

The percentage of medium-sized lymphocytes, in comparison with newborn children in diffuse lymphoid tissue, in the 1st childhood decreases by 1.36 times ($p > 0.05$), then in adolescence and the 1st period of adulthood it returns almost to the original level (newborn period), and then in old age it decreases by 1.52 times ($p > 0.05$), in centenarians - by 1.72 times ($p < 0.05$).

The percentage of large lymphocytes is stable until the first period of adulthood (1.8 - 2%), and in old age and in centenarians it is 2.0 times less ($p < 0.05$) than in newborns.

Table
The percentage of different types of lymphoid cells in the diffuse lymphoid tissue of the urinary tract of people of different ages ($\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$; min - max)

Type of cells	Age, cell content in%					
	Newborns	1st childhood	Teenage	1st period of adulthood	Senile	Centenarians
Small lymphocytes	70.5 ± 0.53 68 - 72	72.6 ± 0.79 68 - 74	64.4 ± 0.67 61 - 66	64.6 ± 1.06 60 - 68	62.4 ± 2.39 51 - 69	62.3 ± 8.28 51 - 69
Medium lymphocytes	6.4 ± 0.53 5 - 9	4.7 ± 0.67 3 - 8	6.3 ± 0.67 4 - 9	6.1 ± 0.67 3 - 8	4.2 ± 0.79 1 - 7	3.7 ± 0.79 1 - 7
Large lymphocytes	2.0 ± 0.39 14	2.0 ± 0.39 14	1.8 ± 0.39 14	1.8 ± 0.39 0 - 3	1.0 ± 0.39 0 - 3	1.0 ± 0.39 0 - 3
Reticular cells	14.2 ± 0.79 9 - 15	14.2 ± 0.79 10 - 16	16.4 ± 0.93 11 - 18	16.0 ± 0.93 12 - 19	19.1 ± 1.59 12 - 24	19.1 ± 1.59 11 - 23
Blast forms	1.2 ± 0.27 13	1.2 ± 0.27 13	1.0 ± 0.39 0 - 3	1.0 ± 0.39 0 - 3	0.5 ± 0.27 0 - 2	0.5 ± 0.27 0 - 2
Plasmatic	2.5 ± 0.27 13	2.0 ± 0.27 13	3.0 ± 0.39 14	2.8 ± 0.39 14	2.8 ± 0.53 15	2.5 ± 0.53 15
Neutrophils	1.0 ± 0.27 0 - 2	1.0 ± 0.27 0 - 2	1.2 ± 0.27 13	1.4 ± 0.27 13	1.4 ± 0.27 13	1.4 ± 0.27 13
Macrophages	0.5 ± 0.27 0 - 2	0.5 ± 0.27 0 - 2	2.2 ± 0.27 13	3.0 ± 0.29 2 - 5	3.2 ± 0.39 2 - 5	3.5 ± 0.39 0 - 3
Degeneratively changed	0.5 ± 0.27 0 - 2	0.5 ± 0.27 0 - 2	1.9 ± 0.27 13	3.1 ± 0.39 2 - 5	4.9 ± 0.39 3 - 5	5.0 ± 0.39 3 - 6
With signs of mitosis	1.2 ± 0.27 13	1.3 ± 0.27 13	1.9 ± 0.39 14	1.2 ± 0.27 13	1.0 ± 0.27 0 - 0 - 2	1.0 ± 0.39 0 - 3

Note: there are 8 observations in each age group

The percentage of reticular cells, in comparison with newborn children, in the diffuse lymphoid tissue of the urinary organs in the 1st childhood does not change; in adolescence and the 1st period of adulthood it increases slightly (1.15 and 1.13 times, $p > 0.05$), in old age and in centenarians increases by 1.35 times ($p > 0.05$).

The percentage of blast cells, in comparison with newborn children, in the 1st childhood decreases by 1.25 times ($p > 0.05$), in adolescence – increases by 1.2 times ($p > 0.05$), more in the 1st period of mature and old age (1.12 times, $p > 0.05$), returns to the original data (newborn period) in centenarians.

The percentage number of neutrophils does not change in the first period of childhood inclusively, and then, compared with the neonatal period, in adolescents it increases by 1.2 times ($p > 0.05$), in the first period of adulthood – by 1.4 times ($p > 0.05$), in old age and among centenarians – also 1.4 times ($p > 0.05$).

The content of macrophages in diffuse lymphoid tissue, in comparison with newborn children, does not change in the 1st childhood. In adolescents it increases (4.4 times, $p < 0.05$).

The content of degeneratively changed cells of the lymphoid series is stable in newborns up to the 1st childhood inclusive (0.5%), compared with which this indicator in adolescents increases by 3.8 times ($p < 0.05$), in the 1st in the period of mature age – 6.2 times ($p < 0.05$), in old age – 9.5 times ($p < 0.05$), among centenarians – 10 times ($p < 0.05$).

The percentage of cells of the lymphoid series of diffuse lymphoid tissue that are in a state of mitosis, in comparison with newborn children in the 1st childhood, increases by 1.08 times ($p > 0.05$), in adolescents by 1.58 times ($p > 0.05$), in the 1st period of adulthood it returns to the level of newborn children, and in old age and among centenarians it is 1.2 times less than in the latter ($p > 0.05$).

Conclusions. Thus, the age-related dynamics of extreme individual indicators, the percentage of different types of lymphoid cells and diffuse lymphoid tissue of the urinary organs generally repeats the dynamics of the arithmetic average indicators.

LITERATURE

1. Macro-microscopic features of the structure of lymphoid nodules in the wall of the female urethra / N.T. Alekseeva, O.T. Devonaev, D.B. Nikityuk // Journal of Anatomy and Histopathology. – 2022. – No. 2(12). – P.9-14.
2. Devonaev O.T. Lymphoid apparatus of the urinary tract in normal conditions and under the influence of cold stress and high altitude / O.T. Devonaev. – Dushanbe, “Hikmat”, 2011. – 160 p.
3. Sapin M.R. Immune system, stress and immunodeficiency / M.R. Sapin, D.B. Nikityuk. – M.: APP Dzhangar, 2000. – 184 p.

Djumaeva N. S.

NEUROLOGICAL CHANGES IN POST-COVID SYNDROME

Samarkand State Medical University, Samarkand, Republic of Uzbekistan;

INTRODUCTION. The causative agent of the new coronavirus infection SARS-CoV-2 is the pathogen responsible for the development of COVID-19, it is a multi-organ disease with a wide range of symptoms[1,5]. The completion of the acute phase of coronavirus infection varies in duration. This can be learned from dynamic monitoring of millions of patients who

have been ill over the past 2 years. In a third of patients, the acute inflammatory period of the disease can pass without any consequences[2,3]. When the disease has severe clinical manifestations, most patients experience various clinical signs and residual complications. Often these residual complications are proportional to the severity of the disease; in some cases, the consequences of the disease and residual symptoms do not depend on the period of acute inflammation [2,4] This is not the problem we want to focus on. In a certain proportion of patients, residual complications and secondary syndromes affect the quality of life for several months and require special attention and special correction. The symptoms of these adverse events are very diverse, and cover dysfunction of many organs and systems and require the formation of a polymorphism of secondary and delayed complications. The term "polymorph" can have any phenotypic basis (morphological, physiological, biochemical, behavioral including the trait can be used at the genetic level. [4,5] COVID-19 has caused unprecedented numbers of cases and deaths worldwide, and at the same time, there were many reports of subacute and long-term consequences for many organs and systems.

Early data on COVID-19 analyzed residual complications such as fatigue, shortness of breath, chest pain, cognitive impairment, arthralgia, and decreased quality of life. These consequences can lead to the production of inflammatory cytokines and cell damage as a persistent immune system response[4]. Multimorbid residual complications or signs arising after COVID-19 illness, observed with a predominance of one or another symptom and syndrome. Taking this into account, we decided to analyze the post-Covid syndrome that occurs after infection with the new coronavirus.

Purpose of the study: Analysis of neurological changes in post-Covid syndrome.

Materials and research methods: The material for the study was obtained from outpatient records of patients who were treated in a hospital registered at the central multidisciplinary clinic of the Samarkand City Medical Association. As research materials, blood, urine, feces were taken, as well as general laboratory tests of blood, urine, feces, blood biochemistry, a study of the blood coagulation system according to Sukharev, determination of D-dimer, procalcitonin, ferritin indicators, instrumental MSCT of the chest, ECG. The examination methods used included EEG and ultrasound. The results were retrospectively analyzed statistically.

Discussion of the study: in patients under observation, residual clinical manifestations after COVID-19 disease manifested themselves as follows: 30.7% of patients fully recovered within 4 weeks of onset of COVID-19. 45.6% of patients had subacute or protracted form of COVID-19. In this group of patients, some COVID-19 symptoms persisted for 4-12 weeks. In 23.7% of patients, symptoms after the acute period of COVID-19 disease became chronic. These included symptoms and disorders persisting after the 12th week of the acute phase of the disease.

Cardiovascular system (14.5%) concomitant diseases in patients, chronic lung diseases (11.7%), kidney diseases (7.6%), diabetes mellitus (25.7%) and stage II obesity (15.6 %) and III degree (8.4%), HIV infection (5.8%), tuberculosis (4.7%), chronic liver diseases (6%) and others.

In publications in 2021, it is customary to call changes after the acute period of COVID-19 post-Covid syndrome (Post-COVID-19 syndrome, or Long Covid). Post-Covid syndrome (ICD-10) is included in the 10th edition of the International Classification of Diseases as "Condition after COVID-19" "Post COVID-19 condition" [8,10] In 2020, the British International Health Association proposed the following classification of post-Covid cases:

- acute COVID-19 (if symptoms persist for 4 weeks);
- prolonged course of COVID-19 (if symptoms persist for 4 to 12 weeks);
- post-Covid syndrome (symptoms of the disease lasting more than 12 weeks,
- unexplained by other diagnoses, change from time to time, appear and disappear with damage to many organs and systems)

The table shows numerous changes after the disease, during which the disappearance of the primary respiratory syndrome was observed with varying degrees of severity of damage to the pulmonary bronchi. All these cases can be combined with the term "polymorphism" (symptoms, syndromes, diseases). Patients had residual symptoms for 1 year (Table 1). When we analyzed the rate of changes in systems, it became clear that changes in the cardiovascular system and nervous system predominated.

At the present stage of studying COVID-19, we can say that the polymorphism of markers lies in the ability of the virus to grow in many tissues, since the APF2 SARS-CoV-2 receptor is involved in the primary inflammatory process. In addition to systemic genetic, neurological, hormonal and other control of the disease, dysfunction may occur. Pathophysiological abnormalities in COVID-19 disease are multifactorial and include microvascular ischemia and injury, immobility, and metabolic changes in severe disease. In addition, during the COVID-19 pandemic, patients were included in the risk group for infection with bacterial, fungal and other pathogens after the acute period of the disease. Changes after acute illness have not been sufficiently studied in large clinical trials. The acute period of the disease leaves certain damage in the body, and in some cases occurs in a mild form and is not excluded from the number of secondary syndromes. Most often, these residual syndromes occur in older people or in people with a complex of concomitant diseases, which, in turn, causes poor outcomes of the disease [4,5].

However, the issue of studying these conditions in clinical practice is still discussed in the literature. We examined the course of SARS-CoV-2 against the background of concomitant diseases, mainly in the acute period. It should be remembered that the functioning of any body system is almost always controlled by an ensemble of genes, which normally exists in normal balance. In the acute period of the COVID-19 disease, a number of comorbid conditions are observed, which lead to a severe course of the disease, an unpleasant outcome of the disease and the development of post-Covid syndrome. These are diseases of the cardiovascular system, kidney failure, diabetes mellitus, lung diseases, obesity, endocrine diseases, liver diseases, intestinal dysfunction, etc.

Conclusion: Considering that neurological changes identified during post-Covid syndrome have a negative impact on the subsequent lifestyle of patients, it is necessary to conduct a number of studies to analyze the duration of post-Covid syndrome and correction methods for COVID -19.

REFERENCES/ ЛИТЕРАТУРА

1. Джумаева Н., Абдухамитова М., Шодиева Д. Клинико-лабораторная характеристика паротитной вирусной инфекции у взрослых в современных условиях //Журнал вестник врача. – 2012. – Т. 1. – №. 04. – С. 54-57.
2. Джумаева Н. С., Восеева Д. Х., Абдурахмонова З. Э. Современный взгляд на лечение лямблиоза //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 16 (70). – С. 65-69.
3. Sobirovna D. N., Zakirovna U. G., Abdujalolovna S. D. Post-covid syndrome in new coronavirus infection //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 1106-1112.
4. Култаева Н. Ж., Джумаева Н. И. Развитие организаторских способностей студентов высших учебных заведений //Молодой ученый. – 2014. – №. 9. – С. 491-493.
5. Шодиева, Д., Рустамова, Ш., Абдухамитова, М., & Джумаева, Н. (2012). Ротавирусные гастроэнтериты. Журнал вестник врача, 1(04), 142–144. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/10850

Fayzov M.S.

MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF MUCOSA AND SUBMUCOSAL LAYERS OF RECTUM

Department of Histology, SEI ATSMU. Tajikistan

Relevance. The digestive system of humans consists of the gastrointestinal tract and some other organs that are required for digestion. Along with the GI tract, the digestive system consists of the small intestine, large intestine, and rectum. The large intestine is called the large bowel. The word rectum is derived from the Latin word, *intestinum rectum* which means straight. The rectum length in adults is about 14-18 centimetres.

Similar to that of the colon, in the rectum electrolytes are absorbed and the food that is indigestible is decomposed by the anaerobic bacteria. Due to the absorption of water, the stools are thickened and it gets mixed with the mucus.

The rectal ampulla consists of stretch receptors, when stools enter the rectal ampulla the signals are sent to the central nervous system, when these signals are received by the brain then the person feels the urge to defecate. Now the person can relax or tense the sphincter ani externus muscle and the levator ani muscle to initiate or delay the process of defecation. But the increase in the pressure of holding the stools can increase the effort, along with this abdominal pressure is increased due to the voluntary tension of abdominal muscles and the diaphragm. Due to the contraction of the rectum, it supports in the defecation.

Material and research methods. The rectum can be divided functionally and anatomically into two parts: the upper part being mainly propulsive and sharing a similar diameter to the sigmoid above; the lower part, being mainly for storage, is dilated, sometimes considerably, to form the rectal ampulla.

Research results and their discussion. The visceral blood supply to the rectum is from the inferior mesenteric artery via the superior rectal artery dividing into mesorectal branches and comprises at least 80 % of the rectal blood supply. The mesorectal branches further ramify from posterior to lateral and anteriorly perforating the muscle layers of the rectal wall to supply the muscles, submucosa and mucosa. They descend in the muscle and submucosal layers towards the upper anal canal.

These mesorectal arteries anastomose at capillary level with supply from the middle rectal arteries which are branches of the internal iliac arteries to supply that portion of the rectum passing through the pelvic floor. They are inconsistently present and are only bilaterally detectable as distinct vessels in 10 % of individuals. They pass with rectal branches of the inferior hypogastric nerve plexi in fascial condensations commonly, but not universally, recognised as the “lateral ligaments”.

Below the pelvic floor the remainder of the blood supply to the anorectum is from the superior haemorrhoidal (also known as the inferior rectal) arteries which, passing through the ischioanal space, are branches of the internal pudendal arteries which pass through Alcock’s canal, themselves branches of the internal iliac arteries. Thus there is a connection between visceral and somatic blood supplies – inferior mesenteric and internal iliac.

The inferior mesenteric artery is divided close to its origin from the aorta at curative rectal cancer surgery taking care to avoid damaging the hypogastric nerve plexus. This often results in taking the ascending left colic branch which supplies the descending colon and anastomoses variably with the marginal artery from the distal branches of the middle colic arteries supplying the transverse colon, whose origin is the superior mesenteric artery. Once the specimen is resected the residual colon to be anastomosed to the anorectum at the pelvic floor can therefore be considered a pedicled flap, whose sole blood supply is then the marginal artery.

The inferior mesenteric vein can cause significant tethering of the colonic pedicle if not divided high near the ligament of Treitz. This manoeuvre is important in ensuring a tension free coloanal anastomosis.

It is thanks to the multiplicity of blood supply to the lowermost anorectal muscle and mucosa that coloanal anastomoses are possible. Thus marginal arterial supply from the superior mesenteric artery meets pudendal arterial supply from the internal iliac arteries to perfuse the healing anastomosis.

Via multiple veins within the mesorectum most blood drains to the inferior mesenteric vein which drains into the splenic vein behind the pancreas. The inferior mesenteric vein is seen within the descending colonic mesentery passing behind the pancreas at the level of the ligament of Treitz at the duodenojejunal flexure. The blood then enters the portal venous system and it is thought that hepatic metastases arise by haematogenous spread via this route.

There is a rich network of venous connections within the mesorectum, however, and some of the rectal blood supply also drains via the inferior rectal veins to the internal iliac veins. It is thought that via this route distant extrahepatic metastases (e.g. lung) arise by haematogenous spread.

Lymphatic drainage of the rectum is mainly in a cranial direction from the submucosa to mesorectal lymph nodes to inferior mesenteric lymph nodes and then para-aortic nodes. Thus typical patterns of lymph node involvement present themselves in cases of rectal cancer. However given the presence or absence of middle rectal vessels drainage to lateral pelvic sidewall or internal iliac nodes is also possible. Thus lateral pelvic lymph node metastases may also occur but tend to happen with more locally advanced mid to lower rectal cancers which have breached the circumferential mesorectal fascial margin.

Histologically the rectum is similar to the rest of the large intestine with its usual structure: mucosa, submucosa, muscularis and serosa/adventitia. The mucosa has the typical intestinal epithelium with simple columnar enterocytes and numerous goblet cells. At the anal transitional zone the columnar epithelium flattens more and more and eventually becomes stratified squamous nonkeratinized epithelium. The epithelial layer is followed by the connective tissue layer (lamina propria) with blood and lymph vessels and a muscle layer (lamina muscularis mucosae).

Conclusions. The submucosa contains loose connective tissue with blood vessels, lymph follicles and the Meissner's plexus. It has a dense network of veins (rectal venous plexus) and is thickened at the transverse folds. Due to the unique ability of immunocytes to migrate and recycle, all major groups of the immune system function as a whole, and lymphoid tissue and lymphoid organs of the gastrointestinal tract are closely functionally related to other components of this system. Another feature of the gastrointestinal immune system is that it is in the closest contact with a huge flow of microbial and allergenic material coming from the intestinal lumen, and this is practically the first barrier to this flow. Reticuloendothelial system is considered one of the local immune response regulation centers. It takes part in most physiological and pathological processes, namely, in local homeostasis, in regulation of trophism and immunological responses of both primary and secondary immune responses. The main cell population of reticuloendothelial system is a macrophage, which is a stationary cell that can move only within the tissue layer. Dendritic cells as representatives of reticuloendothelial system as well are under direct control of macrophages. Up to 80% of all immunocompetent cells are concentrated in the intestinal mucosa.

Immunocompetent cells of lymphoid nodules of the gastrointestinal tract, unlike similar other immune organs not related to the gastrointestinal tract, are distinguished by the highest, ten times greater than in other organs, ability to migrate.

The rectum is neurally supplied by the autonomic nervous system. This comprises an intrinsic (myenteric Auerbach's plexus and submucosal Meissner's plexus) and extrinsic sympathetic and parasympathetic system. The intrinsic system consists of a network of nerve plexi and ganglia supplying the mucosa, submucosa and all muscle layers of the rectum. Responsive to stretch and chemical stimuli, the intrinsic system is chiefly responsible for motility, secretion, absorption, perception and immune function. These nerve plexi are linked to the central nervous system by autonomic sympathetic and parasympathetic nerves via ganglia to spinal visceral afferents.

The sympathetic nerves reach the rectum via the superior sympathetic pre-aortic, and inferior mesenteric plexi which condense to form the hypogastric bundle which then divides below the aortic bifurcation anterior to the sacral promontory into right and left hypogastric nerves. These then course laterally in the pelvis and join spinal parasympathetic nerves (pelvic splanchnic nerves), which exit the sacral foramina with sacral nerves 2, 3 and 4, to form the inferior hypogastric plexi, branches of which form the rectal plexus to supply the rectum on each lateral side through the aforementioned fascial condensations known as the lateral ligaments. The inferior hypogastric plexus then continues anteriorly as a condensation within neurovascular bundles to supply the urinary bladder and cavernous nerves of sexual function.

References

1. Khasanova, M. T., & Movm-Assistant, K. M. (2021). MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF THE GASTRO-INTESTINAL TRACT DURING CHRONIC ALCOHOLISM. *Достижения науки и образования*, 80, 81-85.
2. Nurmurodovna B. M. (2022). MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF THE ORGANISM IN ENERGY DRINK ABUSE.
3. Boymurodova M. N. (2021). Morphofunctional Changes of the Gastrointestinal Tract During Alcohol Intoxication.
4. R. V. Ukrainets □ Yu. S. Korneva □ G. N. Alenina □ N. V. Doronina (2020) Journal of Anatomy and Histopathology □ 10.18499/2225-7357-2020-9-3-86-93 □ Vol 9 (3) □ pp. 86-93
5. N. A. Oripova. (2021) Modern Data on the Structure and Functioning of the Immune System of the Gastrointestinal Tract// *American Journal of Social and Humanitarian Research*. Vol. 2 No. 10 (2021). P. 198-203.

Ganiyeva.Sh.F, Numonova.A.A

BREASTFEEDING IS THE BEST WAY TO FEED AN INFANT

Samarkand State Medical University; Abu Ali Ibn Sina College of Public Health, Department of Pediatrics. Uzbekistan

Relevance of the study: Mother's milk is a miracle of medicine. Mother's milk is the only ideal liquid for feeding children. Breastfeeding a baby has its own golden rules. The good growth of a child depends on the extent how the rules of breastfeeding are followed by giving a breast. However, the promotion of breastfeeding has not been adequately sustained in many countries

Aim: Teaching mothers proper feeding. Analyze the mistakes of young mothers.

Materials and methods: Consultation of an experienced pediatrician. Analysis of data from free sources.

Results and discussions: First of all, it is necessary to follow the rules of hygiene before breastfeeding, in which both the child and the mother should be in clean clothes. Before breastfeeding, the mother herself should eat better. After the hands are washed with soap, the nipple is thoroughly wiped with a cotton swab dipped in boiled water. Rules for feeding: 1. If the mask is worn and breastfed within 7-10 days after birth, the baby will be protected from various diseases. 2. The child is aimed at the mother's side with his whole body. 3. The fact that the head and body of the child are in one line, the head of the child at the time of breastfeeding, slightly higher than the body. 4. The child's face looks at the mother's chest.

5. The mother holds the child by the head, shoulders and buttocks. Rules for obtaining breasts: 1. Keeping the baby's lower jaw touching the mother's chest.

2. Open baby's mouth. 3. The child can take not only the tip of the chest, but also a large part of the circle of the tip of the chest into the mouth. In this case, when the child is eating, the mother should not feel any pain. It follows that breastfeeding a child is performed 10-12 times a day. The child is breastfed on average 15-20 minutes. The child should suck all the milk in the breast. If the child is fed one breast, the second breast, is given while breastfeeding next time. When milk remains in the breast, it is necessary to make a massage, which increases lactation.

Conclusion: Breastfeeding occupies an important place in the maturation of the child, the formation of his body. It is important not to make mistakes in this process for the full growth of the child

References:

1. Nikolashina O.P. Lactation mastitis. Bulletin of Practical Internet Conferences, 2011, 1:1. <http://cyberleninka.ru/article/n/laktatsionnyy-mastit>
2. Ilchenko L.I., Kholodova I.N. Intestinal dysbiosis in children. Medical business, 2008, 2.
3. A brief medical encyclopedia. 2nd ed. M., 1990. Vol. 3. Cracked nipples: 242.
4. Katsitadze A., Pagava G., Khazaradze D. The use of D-panthenol in dermatological practice. Abstracts of scientific papers, 2003, 1:46.

Goncharova M.S.

IDENTIFICATION OF DEPRESSIVE STATES AS A PREDICTOR OF A POSSIBLE DECREASE IN SOCIAL FUNCTIONING

Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after Prof. M.G. Gulyamov, State Educational Institution "Abuali Ibni Sino State Medical University". Tajikistan

Relevance.

At the present stage of society development in conditions of socio-economic instability, competition, social and political stresses the requirements to professionalism of a person grow. Many professionals cannot fully function under the pressure of the above factors, which is a predisposing basis for the emergence of pathology of the emotional-volitional sphere (emotional burnout and depression), absenteeism and reduced labour productivity, which costs the world economy every year in 1 trillion dollars (such figures are voiced in the report of the World Organisation for Mental Health).

Emotional burnout is a syndrome recognised as the result of chronic stress that has not been successfully managed.

Depression is an affective disorder accompanied by persistent depressed mood, negative thinking and slowed movement. According to World Health Organisation (WHO) statistics, as of September 2021, about 280 million adults suffer from depression. In the most severe cases of depression can lead to suicide, so according to WHO mark every year in the world more than 700.000 people commit suicide.

Purpose of the study.

To study the occurrence of depressive states in individuals with different professions as a predictor of a possible decrease in social functioning and social adaptability.

Materials and Methods.

The study was conducted on the basis of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after Prof. M.G. Gulyamov of the Abuali Ibni Sino State Medical University. An anonymous, indirect (online) testing was conducted on those who agreed to participate in the survey, using Beck's questionnaire. Beck's questionnaire consists of 21 questions, each question corresponds to 4-5 statements, from which it is necessary to choose one. Interpretation was carried out by summarising the scores according to the values: 0-9 for normal state, 10-18 mild to moderate depression (this also includes possible emotional burnout), 19-29 marked depression (moderate depression), 30-63 severe depression. The testing procedure allows for self-completion of the questionnaire, but it is stipulated in advance that the test results will be reviewed by a specialist. 132 questionnaires were used.

The results of the study and their discussion.

According to the results of the study, it was determined that the average age of the interviewees was 23-24 years. Of these, 85 (64 %) were males and 47 (36 %) were females. Analysing the specialties that were surveyed, it was found that medical specialties made up the majority of the interviewed group - 92 people (70%), information technology specialists - 20 people (15%), employees of educational institutions - 6 people (4.5%), the remaining percentage was: economists 3 people (2%), students 2 people (1.5%), other specialists 9 people (7%).

It was found that 55 (41.7 %) of the interviewees had a state within the normal range, and 77 (58.3 %) showed pathologies of emotional-volitional sphere of one or another kind. Thirty-seven people (28%) had a mild depressive episode, 25 people (18.9%) had a moderate depressive episode, and 15 people (11.4%) had a severe depressive episode. At the same time suicidal thoughts were detected in 33 people (25 %), which is an alarming factor.

It is noted that depressive episode of a mild degree prevails, perhaps a greater percentage of this is emotional burnout, as the scale of anxiety and emotional fatigue draws attention in the answers. 73 people (55.3 %) answer positively to the question about anxiety. On the question about emotional fatigue 75 people (56.8 %) answer positively. These indicators make us think that more precise examination of interviewees is necessary, because at the initial stages emotional burnout and depressive episode of mild degree have similar clinical manifestations.

Although information technology specialists make up a smaller percentage of the total number of respondents, they have the largest number of depressive statements. Thus, out of 92 persons of medical speciality, only 4 persons (4.3%) of this number have a severe depressive episode with suicidal tendency. And of the responses of 20 information technology specialists, 11 (55%), of this number, implied a depressive episode of severe degree, with suicidal tendency.

The rest of the specialists noted that they suffer from emotional burnout and mild depressive episode to some extent.

Conclusions.

Occupational stress is considered as a diverse phenomenon expressed in psychic and somatic reactions to stressful situations in labour activity. Chronic professional stress can be manifested by depression, irritability, delayed emotional burnout syndrome (EBS). In the process of BES formation three clinical signs alternate each other: exhaustion, detachment and fall of self-esteem, in the course of which the specialist does not see prospects in his further professional activity, job satisfaction and

belief in his professional capabilities are lost (fall of self-esteem).

It is obvious that the presence of depressive symptomatology in the acute period of affective disorder sharply reduces the social functioning of specialists and causes much more pronounced disorders than other somatic chronic diseases. Depression occupies one of the leading places among the causes of impaired social functioning of patients as a result of partial or complete loss of work capacity, disintegration of family and interpersonal relationships, decrease in daily activity, narrowing of the circle of interests.

Reference list

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). (по состоянию на 1 мая 2021 г.).
2. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.* 2018;48(9):1560-1571.

Goncharova M.S.

REORGANIZATION OF PSYCHIATRIC SERVICE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after Prof. M.G. Gulyamov of Abu Ali Ibn Sino State Medical University, Tajikistan

Relevance.

The reorganization of psychiatry care in the Republic of Tajikistan is a complex and ongoing process. The country has a long history of mental health care, but the system has been underfunded and underdeveloped for many years. In recent years, the government has taken steps to improve psychiatry care, but there are still many challenges to be addressed.

One of the main goals of the reorganization is to decentralize psychiatry care and bring it closer to the communities where people live. This is being done by establishing new mental health centers in primary care clinics and district hospitals. These centers will provide basic mental health services, such as counseling, medication management, and referrals to specialists.

One of the biggest challenges facing the reorganization is the shortage of mental health professionals in Tajikistan. There are only about 200 psychiatrists in the country, and most of them are concentrated in Dushanbe, the capital. This means that people in rural areas often have to travel long distances to access mental health care.

Another challenge is the lack of funding for mental health care. The government has increased its spending on mental health in recent years, but it is still not enough to meet the needs of the population. This means that many people who need mental health care are unable to afford it.

Purpose of the study.

To provide assistance from in-patient to out-patient conditions, at RCCP of day stay, including complementary system of therapy and psycho-social rehabilitation in psychiatric service. One of the basic directions of reorganization of psychiatric service in the Republic of Tajikistan is rendering help from in-patient to out-patient conditions, with ERCRC of day stay in the environment of natural social surroundings.

Materials and research methods.

The research was conducted on the basis of Republican Clinical Centre of Psychiatry of Dushanbe, Tajikistan. At the beginning of the study the needs, indications and contraindications as well as patients requiring correction and psychosocial support were assessed. The second stage was related to the practical implementation of the developed organisational provisions. Patients' leisure time was organised. Active co-operation with establishments and organizations outside the psychiatric service was set up, the principles of multi-professional team activity were worked out, the aim of which was to establish a functional diagnosis, including both psychiatric aspects and psycho-social problems. Total sample was 122 people, 21 patients received treatment and follow-up care in the programme and 101 patients were treated in the outpatient department of day-care rehabilitation under RCCP. Dushanbe, Tajikistan.

The results of the study and their discussion.

In spite of active pharmacotherapy the level of hospitalization of all psychiatric patients in the Republic of Tajikistan for the last several years remains high, schizophrenia patients - 42,1%; 42% of patients who have subsequently become a contingent of the outpatient rehabilitation department have frequent, i.e. annual hospitalizations. Thus, multiple admissions to hospital complicated the possibilities for their social recovery. Psychoeducational work with patients and their relatives was the most important component of the psychosocial rehabilitation program and was directed at problems of the complex formation of responsibility for their health, early recognition of signs of an early exacerbation and coping with residual psychopathological symptomatology.

Conclusions.

1. New organizational forms of psychiatric care are an important element of psychiatric service reform and the expansion of forms of poly-professional team approach to psychiatric care.

2. Integrated multiprofessional care in an out-of-hospital rehabilitation unit contributes to reducing the number of hospitalizations and the number of days a year that patients spend in hospital. Outpatient attendance increases (3.6 times) with better adherence to treatment. There is an increase in the number of patients who are working and have continued their education. Family relations are improving, there is a noticeable increase in social contacts, leisure activities, and patients are becoming more active in everyday life and involved in household chores.

Reference list

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). (по состоянию на 1 мая 2021 г.).
2. Primary care psychiatry/ Robert M. McCarron// Walters Kluwer// 2021y.

EFFECT OF NETTLE DIOECIOUS LEAF INFUSION ON LIPID PEROXIDATION PROCESSES IN WHITE RATS

Department of Pharmacology, SEI "Avicenna Tajik State Medical University"
Dushanbe, Republic of Tajikistan,

Relevance. Nettle dioecious *Urtica dioica* L. a perennial herbaceous dioecious plant of the nettle family (**Urticaceae**) with a long creeping branched, cord-like, rhizome and thin roots at the nodes. Nettle leaves are used as medicinal raw materials. Collect the leaves in May-July (during flowering). At the collection use mittens [6]. Dried in well-ventilated areas. Nettle has long been used in the treatment of many human diseases. Infusion and liquid extract of nettle dioecious are used orally as a hemostatic agent for pulmonary, renal, uterine and intestinal bleeding, externally - in the treatment of chronic varicose ulcers. Carotene and chlorophyll are obtained from nettle leaves for the treatment of radiation injuries and wound healing. Chlorophyll, when ingested, improves metabolism [5]. They are included in the composition of vitamin, gastric and blood preparations used in gastrointestinal diseases, as well as in the composition of the drug "Allohol", prescribed for chronic hepatitis, cholangitis and constipation [1,2]. Nettle leaves are used to increase the overall metabolism. They are an integral part of the tea collection prescribed for rheumatism, gout, diseases of the gallbladder and liver, are included in the composition of tea collections of spring and autumn health courses [3,4].

The purpose of the study. As we know, in case of disorders of lipid and carbohydrate metabolism, lipid peroxidation (LPO) processes are activated and, as a result, prooxidant forms, that is, free radicals, accumulate. In this regard, we set a goal to study the antioxidant properties of nettle leaf infusion dioecious (1:10) in a model of hypercholesterol diet (HCD) in rats.

Material and methods of research. The infusion of nettle leaves (1:10) was prepared in accordance with the requirements of the State Pharmacopoeia (GF RF, XVI, 2018). The experiments were carried out on 26 white rats of both sexes weighing 200-210 grams. The animals were divided into 3 series: Series 1 – intact, which were injected daily with distilled water at a dose of 5 ml/kg of body weight for 30 days; 2nd – control (untreated) rats with HCD, which were injected daily with distilled water in a dose 5 ml / kg of weight according to the same scheme; 3rd series of experimental animals with HCD, which were daily injected with an infusion of nettle leaves at a dose of 5 ml / kg of weight for 30 days.

For 30 days, the rats were fed a hypercholesterol diet (HCD), which contained cholesterol, methyluracil, and preheated vegetable oil. Animal fat was added to the diet at the rate of 1: 4. Treatment with an infusion of nettle leaves began from the 7th day after the development of obesity in rats.

The assessment of the state of the antioxidant system with a hypercholesterol diet and treatment with an infusion of nettle leaves (1:10) was carried out according to the following indicators: the content of malondialdehyde (MDA) and the concentration of the antioxidant enzyme superoxide dismutase (SOD). The content of MDA and SOD activity on the HCD model in the blood serum of rats was determined by the generally accepted method of V.B. Gavrilova [1987].

Results of the study and their discussion. In rats treated with a hypercholesterol diet for 30 days, the content of MDA in the control series increased, amounting to 5.28 ± 0.37 (152%) compared with the intact group - 3.48 ± 0.07 (100%) ($P < 0.001$).

In the blood serum of rats treated with infusion of nettle leaves (1:10), the content of MDA significantly decreased compared to the control series, reaching 3.85 ± 0.08 mmol/L (121%) ($P > 0.05$). There was also a positive trend in the comparative group with an infusion of quince leaves, the indicators almost did not differ from the experimental series (117%).

When studying the activity of the antioxidant enzyme - SOD, compared with the intact group (100%), its content in the control group decreased to 3.77 ± 0.1 mmol / l (58%). In the group of animals treated with nettle leaf infusion, the content of the enzyme antioxidant SOD in the blood serum increased by $(5.40 \pm 0.3 \text{ mmol / l } (83\% (P > 0.05) compared with the control series and in the series that received IV infusion of quince leaves, this indicator increased by 58\%.$

Based on the results obtained, the infusion of nettle leaves (1:10) and the infusion of quince leaves actively lowered and increased the level of MDA with a hypercholesterol diet, while increasing the activity of the antioxidant enzyme - SOD in the blood serum of white rats, that is, it was effective and effective antioxidant effect. This effect, in our opinion, is associated with the content of dioecious vitamin A, vitamin C, flavonoids, essential oils in the composition of nettle leaves, which are able to suppress the process of the LPO chain reaction [Nikolaev S.M., 2012; Ishankulova B.A., 2019].

Conclusions. Infusion of nettle dioecious leaves due to the content of biologically active substances has an active antioxidant effect.

1. Aghajanyan A.Kh. Antioxidant properties of some medicinal plants / A.Kh. Aghajanyan, A.A. Aghajanyan // Biological Journal of Armenia. - 2012. - No. 4 (64). - S 76-80.
2. Ishankulova, B.A. Comparative characteristics of some hypoglycemic drugs and fees from plants of Tajikistan (in the experiment) / B.A. Ishankulova, M.V. Urunova, U.P. Yuldasheva // Zh. "Bulletin of Avicenna". – Dushanbe. - 2013. - No1 -S.121-125.
3. Ishankulova B.A. Pharmacology of some hypoglycemic medicinal plants of Tajikistan / B.A. Ishankulova. - D.: printing house of Avicenna Tajik State Medical University, 2015. - 192p.
4. Kurennov, P.M. Russian folk medicine / P.M. Kurennov. - St. Petersburg: Nevsky Prospekt, 2001. - 894p
5. Nazarov, M.N. Zahirashinosiyarastanikoishinogi: / Nazarov M.N., Nazarov N.M., N.S. Boroniev. - D: - 2016. - 95 p.
6. Ovchinnikov, P.N. Flora of the Tajik SSR / P.N. Ovchinnikov. - Volume II - M-L.: Publishing House of the Academy of Sciences of the USSR: - 1963. - 869 p.
7. Lesiovskaya, E.E. Pharmacotherapy with the basics of herbal medicine. / E.E. Lesiovskaya, L.V. Pastushenkov / M.: Geotar-Media; 2012. - 590 p.

Annotation

Laser technologies are widely used in medicine. Depending on the principle of operation, dental lasers are: Nd:YAG with frequency doubling, pulsed, helium-neon, ruby, alexandrite, diode, neodymium, goldmium, erbium, carbon dioxide. Laser technologies are widely used in implantology, periodontology and orthopedic dentistry, which has a positive effect on improving the quality of treatment.

Keywords

Dentistry, laser radiation, dental lasers.

A laser is a device in which energy, for example thermal, chemical, electrical, is converted into the energy of an electromagnetic field - a laser beam.

Lasers were created in 1955 by Russian physicists A.M. Prokhorov and N.G. Basov and, independently of them, the American physicist Charles Townes, for which they were awarded the Nobel Prize (1964).

The use of the latest generation lasers opens up new possibilities, allowing the dentist to offer the patient a wide range of minimally invasive and virtually painless surgical interventions that meet the highest clinical standards of dental care.

Several types of lasers are used in dental practice: Argon laser (wavelength 488 nm and 514 nm), Diode laser (semiconductor, wavelength 792–1030 nm), Nd: YAG laser (neodymium, wavelength 1064 nm), He-Ne laser (helium-neon, wavelength 610–630 nm), CO₂ laser (carbon dioxide, wavelength 10600 nm), Erbium laser (wavelength 2940 and 2780 nm).

The scope of laser application in therapeutic dentistry is very diverse. In the prevention of caries - fissure sealing. Since, most often, this procedure is performed on children, there is no doubt the speed of manipulation (on average 5 seconds per tooth) and the lack of preliminary fissure preparation.

Desensitization of hyperesthesia of the necks of teeth, resulting from gum recession in periodontal diseases. The painful sensations disappear once and for all, as the hard tissues of the tooth seem to “melt,” thus sealing the nerve endings.

Direct pulp capping is used when healthy pulp horn is accidentally exposed, avoiding unnecessary endodontic treatment and preserving tooth vitality through the production of tertiary dentin.

Restructuring of dentin during deep caries in patients, on diagnostic Rg images of which carious dentin presumably reaches the pulp, but clinically the pulp is intact.

In endodontic treatment, lasers are used for pulp ectomy - instant evaporation of the pulp without fear of breaking small instruments in the tooth canal, sealing the dentinal tubules and walls of the tooth canal, sterilization of the canal without the use of expensive bactericidal drugs.

In orthodontics, a laser is used to release impacted teeth, followed by immediate installation of braces.

Debond - removal of braces without negative consequences for the enamel.

Operculectomy is the elimination of gum pockets in case of teething defects, which usually occur in the lower molars and become inflamed when pericoronitis occurs.

Laser radiation can play a major role in the treatment of herpetic and aphthous stomatitis - very common diseases, the peculiarity of which is that they appear at the most inopportune moment. The laser carbonizes pathological elements and relapses at this site never occur again.

The laser is used for various conditions, including: for diseases caused by poor environmental conditions and under the influence of external factors, such as, for example, radiation, traumatic and temperature damage. Excision of fibroids and epulis is a rather thankless operation for surgeons, since relapses very often occur after operations. During laser treatment, all tumor cells die.

Currently, the advantages of using lasers in dentistry have been proven by practice and are undeniable: safety, accuracy and speed, absence of undesirable effects, limited use of anesthetics - all this allows for gentle and painless treatment, acceleration of treatment time, and, therefore, creates more comfortable conditions for the doctor and for the patient. However, the use of lasers in dental practice, in a clinic setting, is difficult to accept due to the high cost of laser equipment and the need to train specialists.

References

1. Aleksandrov M.T. The use of helium-neon laser beams for the treatment of certain diseases of the oral mucosa // M.T. Alexandrov, R.A. Baykova, B.D. Polnareva/Dentistry. 1977.T. 56, No. 4.S. 18-20.
2. Aleksandrov M.T. Lasers in dentistry //M.T. Alexandrov, A.A. Prokhonchukov - Lasers in clinical medicine.// M.: Medicine, /1981 P. 331-351.
3. Anosov V.A. Dental treatment without a drill. // M. Clinical dentistry / No. 1. 2011 – pp. 18–19.
4. Buchnev S.A., Runkov V.P., Potapov V.N. Penetrating ability of laser radiation through biological tissues and organs - 3rd
5. Vladimirov Yu.A. Laser therapy: present and future // M. Soros educational journal N 12. / 1999. - P.2-8.
6. Zhulev E.N. Orthopedic dentistry. Phantom course textbook for students studying in specialty 060105 (040400) - “Dentistry” / Zhulev E. N., Kuryakina N. V., Mitin N. E.; edited by E. N. Zhuleva. Moscow, 2011.
7. Kats A.G. Training manual on low-energy laser therapy. Rationale and method of application in surgical dentistry // M. Agro-Print / 2002.- 7C.
8. Korepanov V.I. Laser therapy in dentistry // M. Russian Dental Journal / No. 2. - 2000. P.37-38
9. Korotkikh N.G., Mitin N.E., Mishin D.N., Ponomarev E.O. Speech rehabilitation of patients after dental surgery. Modern problems of science and education. // 2015./ No. 1. P. 1324.

10. Mitin N.E. Options for rehabilitation of patients after surgical sanitation of the oral cavity, dissertation for the degree of candidate of medical sciences // State educational institution of higher professional education "Voronezh State Medical Academy named after / N.N. Burdenko. Voronezh, 2008
11. Mitin N.E., Kuryakina N.V. Anxiety and depression at an orthopedic dental appointment Russian Medical and Biological Bulletin named after. Academician I.P. Pavlova. /2008. No. 2. pp. 121-126
12. Sevbitov A.V., Pankratova N.V. Frequency of distribution of anomalies of the dentofacial system in children exposed to radioactive radiation // Orthodont-info / 1998. No. 2. P. 30
13. Sevbitov A.V., Pankratova N.V., Skatova E.A. Prevalence of dental anomalies in children living in an area exposed to radioactivity. // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. / 2000. No. 6. P. 55.
14. Sevbitov A.V. analysis of the results of a 5-year monitoring of the morphofunctional state of the dental system in children exposed to radiation. // Dentistry. / 2003. T. 82. No. 4. P. 60.
15. Sevbitov A.V., Yablokova N.A., Kuznetsova M.Yu., Brago A.S., Kanukoeva E.Yu. Oral diseases in patients living in areas of radioactive contamination // Dental forum 2014./ No. 4. P. 87-88.

Islamov Sh.E., Takhirova Z.I.

CHARACTERISTICS OF ADRENAL CHROMAFFIN CELLS UNDER LONG-TERM EXPOSURE TO MAGNESIUM CHLORATE

Department of Pathological Anatomy, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. In recent years, the adverse effects of many pesticides on the body have been proven, which leads to the development of pathological conditions in it [1]. In recent years, the state of the organs of the digestive system, immune and reproductive systems under the influence of various exogenous factors has again been studied. In particular, the adrenal medulla is restored due to accumulations of chromaffin cells located in the cortex directly under the capsule, in the area of the neurovascular pedicle of normal adrenal glands [5].

Moreover, along with new pesticides, magnesium chlorate is still used in agriculture as a defoliant and desiccant [2]. The literature does not contain sufficiently complete information about the state of adaptive reactions in the adrenal glands after exposure to pesticides, including magnesium chlorate. All this indicates the relevance of the research being carried out.

The purpose of the study was to determine changes in adrenal chromaffin cells during chronic exposure to magnesium chlorate.

Material and research methods. The study was carried out on 78 adult outbred male rats, weighing 150-200 g. Magnesium chlorate at a dose of 205 mg/kg body weight of the animal was administered intragastrically, in the form of a 4.1% solution, on an empty stomach. The pesticide was dissolved in distilled water. The indicated dose corresponds to 1/20 LD50. Repeated administration was carried out over 3 months, which corresponds to 1/10 of the animal's life expectancy.

Animals of the first group (6 rats) were intact. Animals of the second group (36 rats) served as controls. Under similar conditions to rats exposed to magnesium chlorate, they were given distilled water. The state of the adrenal glands was studied in 36 rats that were orally administered distilled water for 3, 7, 14, 30, 60 and 90 days. In the third group (36 rats), magnesium chlorate was administered daily, once at a dose of 1/20 LD50 for 3 months. The sections were stained with hematoxylin-eosin, picrofuchsin according to Van Gieson, and impregnated using the Foote method. The Sevka reaction (a type of chromaffin reaction) was also carried out.

Research results and discussion. The volume of cell nuclei in the medulla at the beginning of the experiment (3 - 30 days) was significantly increased compared to the control and amounted to - 101.07 - 134.51 μm^3 . In the later stages (60 - 90 days), the volume of cell nuclei is reduced compared to the control, amounting to 54.8 - 64.89 μm^3 in the medulla, while they reach their smallest value at the end of the study.

On days 3 and 7 of the study, 1/4 of the medulla consists of norepinephrine-containing cells (N), there are slightly more of them than in the control, and the rest are adrenaline-containing (A), while in the cytoplasm of individual A- and N-cells there are only single large vacuoles, that is, the secretory activity of cells is weakly expressed. By day 14, N-cells already account for 1/3 of the total number of cells. Clearing of the cytoplasm and vacuolization of chromaffin cells are noted, that is, the secretory activity of the cells becomes moderate, the blood vessels are dilated. These changes persist on the 30th day of drug administration; clearings and vacuoles are still observed in the cytoplasm of the cells, since the secretory activity of the cells remains moderate. On day 60, the number of N- and A-cells is approximately the same, dilation of blood vessels and hemostasis in them are noted. The secretory activity of cells is sharply increased; their cytoplasm takes on a "foamy" appearance due to the large number of vacuoles. On the 90th day of drug administration, the majority of cells are N-cells, which is not typical for the control. Congestion of the capillaries and hemostasis in them are noted. In places between the strands of chromaffin cells, edema is observed, due to which they are compressed and reduced in size, the phenomena of karyopyknosis and karyorrhexis, the secretory activity of most chromaffin cells becomes moderate.

In the adrenal medulla of rats exposed to magnesium chlorate at a dose of 1/20 LD50, as well as in the cortex, phenomena of interstitial edema are detected already from the 3rd day of the study; later (7 days) they are joined by focal hemorrhages and vascular congestion. These changes intensify somewhat towards the end of the study. Chromaffin cells are most often arranged randomly, and in some cases focal necrosis is observed. The stroma of the medulla is also changed, since many of its argyrophilic fibers are fragmented or thickened. By 60-90 days, thickening of the collagen fiber bundles is noted. The volume of chromaffinocyte nuclei was significantly greater during 3-30 days, and significantly less on days 60 and 90 than in the control. The volume of cell nuclei on day 90 ($54.8 \pm 1.44 \mu\text{m}^3$) becomes almost 2 times less than on day 3 of the study ($101.07 \pm 5.82 \mu\text{m}^3$).

Starting from day 3, there are more N-cells than in the control and until day 90 their number increases. During these

periods, the secretory activity of chromaffinocytes is moderate. On the 60th day, the functional activity of the medulla cells increases, and on the 90th day it decreases to moderate values. As we indicated earlier, an increase in the relative number of norepinephrine-containing cells may be associated with increased release of adrenaline or impaired norepinephrine methylation. The latter reason is more likely on days 60 and 90 of the experiment, since during these periods there is a sharp decrease in the functional activity of the adrenal cortex. Compared to rats receiving distilled water, this group showed pronounced atrophic changes in chromaffinocytes and a decrease in their functional activity. Pathomorphological changes in the medulla were also observed in animals exposed to factors [4].

Adrenal hormones directly respond to the formation and development of nonspecific protective mechanisms, they have an anti-inflammatory effect, reduce the permeability of the vascular wall during acute blood loss, affect various aspects of metabolism, as well as cell division and growth, the state of regenerative processes and are involved in the regulation of the immune system. As can be seen, most authors, when assessing the effect of various damaging factors on the adrenal glands, usually limit themselves to assessing one of the parameters [3].

Conclusions. With prolonged exposure to magnesium chlorate (60-90 days), the activity of the adrenal glands is suppressed and their reserve capacity is depleted. At the same time, a low level of synthetic processes is maintained and the release of the hormonal product from the glandular cells of the organ is reduced. In the medulla, as the period of drug administration increases, the number of norepinephrine-containing cells increases and by the end of the study there are more of them than adrenaline-containing cells. An increase in hemodynamic, destructive and necrotic phenomena is also noted. Moreover, at the beginning of the study, the secretory activity of chromaffin cells was moderate (days 3-30), increased on day 60 and decreased to moderate values on day 90 of the experiment.

References

1. Aksenov V.A., Shikhovtseva I.V. The effect of pesticides on the body. problems of handling pesticides // "Current problems of ecology and labor protection" Collection of articles of the VIII International Scientific and Practical Conference: in 2 parts. 2016, P.42-46
2. Blinova S.A., Islamov Sh.E., Makhmatmuradova N.N. Functional morphology of the adrenal glands of rats exposed to Magnesium chlorate // Monograph. - "TIBBIYOT KO'ZGUSI". Samarkand, 2021. - 8.8 pp. - 126 p.
3. Volkova N.I., Ganenko L.A., Mazhukhin V.Yu., Shevchenko A.N. Differential diagnosis of adrenal mass: description of a rare clinical case. //Endocrine surgery. - 2018. - № 12(3). - P. 150-156. <https://doi.org/10.14341/serg10033>
4. Gubina-Vakulik G.I., Andreev A.V., Kolousova N.G. Pathohistological changes in the rat adrenal glands after acute postnatal hypoxia // Kazan Medical Journal. - 2013. - T. 94. - № 5. - P. 615-621. //doi: 10.17816/KMJ1903
5. Lencher O.S. The state of hormonal and morphological indicators of adrenal activity during cold adaptation // Scientific Review. Biological Sciences. - 2016. - №5. - P. 5-11.

Kowalczyk, K.K.

DO HARM REDUCTION APPROACHES PROVIDE NEW OPPORTUNITIES TO ADDRESS NCDS?

- 1) Global Public Health Network; 2) SWPS University. Poland

Relevance of the topic. Non-communicable diseases (NCDs) stand as the foremost global cause of mortality and pose a significant public health challenge, particularly for developing nations (1). These diseases account for 41 million out of 57 million annual fatalities, with 85% of these occurrences taking place in low- and middle-income countries (LMICs). Alarmingly, the evidence underscores that 17 million NCD-related deaths occur before individuals reach the age of 70 (2).

NCDs are non-infectious and emerge from several components which include genetic, physiological, behavioral, and environmental factors (2). NCDs are often referred to as "lifestyle diseases," being closely linked to detrimental behaviors and lifestyle choices. Notably, smoking, alcohol and substance abuse, poor dietary habits leading to obesity, physical inactivity, and metabolic syndrome are pivotal risk factors contributing to the development of NCDs (3). It is important to recognize that most NCD-related deaths are preventable; however, health systems in many developing countries often lack the readiness or responsiveness necessary to effectively combat the NCD threat (1).

The aim of this publication. The treatment and management of NCDs typically involves medical treatment, lifestyle adjustments, and, when deemed necessary, medication – however NCDs nonetheless still pose a significant healthcare problem. This paper asks whether harm reduction principles and approaches have the potential to improve responses to the challenges posed by NCDs. Can lessons learnt in reducing harms in the sexual health, drug, alcohol and tobacco field be employed in other settings?

What is harm reduction? Harm reduction is a term that gained prominence in the wake of the emergence of HIV in Europe and other regions during the mid-1980s (4). In order to deal with the spread of the virus, different types of responses have been applied - including the mass distribution of condoms, the establishment of syringe exchange programs, clinics that provided methadone, and peer-led education. These measures brought the situation under control in many regions.

Harm reduction, in essence, embraces a wide range of goals, approaches, and services designed to mitigate the societal and physical harms of adverse behaviors, without necessarily aiming for complete cessation of a given behaviour. In terms of responses to drug use, the primary goal of harm reduction is not necessarily to cease or even diminish substance use itself, but rather to reduce the risk for harm among individuals engaged in specific substance consumption, and the wider community (5). Over the years the advantages of harm reduction initiatives became undeniably evident (7). Today, a multitude of systematic and other comprehensive reviews exist, examining the scientific evidence of various harm reduction strategies, particularly in the context of HIV, hepatitis C, and the practice of injecting drugs (4,6) showing that harm reduction leads to an overall improvement in the quality of life and health (7).

Principles of harm reduction. Enhancing the harm reduction approach holds the potential to tackle additional risk

behaviors co-occurring with NCDs. Notably, harm reduction principles have already found application in addressing issues beyond drug usage, like sexually transmitted diseases, alcohol and tobacco use.

One of the problematic elements of treating NCDs is lifestyle adjustment, requiring people to change their health behaviors. The harm reduction approach might work for people who struggle with meeting complete abstinence of certain behaviors but would like to take introduce some positive changes into their lifestyle. The approach is pragmatic, acknowledging the fact that perfect health is often unachievable, and one cannot make healthy choices in every situation (6). The harm reduction approach views any positive change as a step forward towards health, and the benefit for the individual and public health might come from these small-scale and incremental changes. The pragmatism of the harm reduction approach is also visible in terms of cost effectiveness, showing many examples of how public health money can be saved by applying certain interventions.

Another key element of harm reduction is empowering the person by providing knowledge about minimizing the risk of certain behaviors and alternatives. The idea is to work with individuals but a specific population can also be targeted. Such an approach could increase their engagement in care.

Harm reduction and its application in the prevention of NCDs. Two exemplary illustrations of harm reduction within the realm of non-communicable disease are the applications of harm reduction principles to alcohol and tobacco consumption.

Alcohol harms reduction. As compared to illicit drug use, alcohol harm reduction encounters relatively less controversy, primarily due to the socially acceptable and legal nature of alcohol use, except in specific circumstances (8). What differentiates the harm reduction approach from other alcohol prevention approaches is its focus on diminishing the risks and consequences from alcohol use, without necessarily reducing the quantity of consumption itself. Harm reduction strategies for alcohol focus on lessening the negative consequences of drinking – an example of such strategies would be the introduction and promotion of low-alcohol beverages, including light beers, low-alcohol wines, and spirits with lower alcohol content. These beverages enable individuals to reduce their alcohol consumption without significantly affecting the total volume of liquid they consume. Another example would be cutting the number of drinks consumed over the week. On a community level providing free public transportation services on New Year's Eve and other festive occasions when heavy drinking is common could be introduced. Examples of alcohol harm reduction services include managed alcohol programs aimed at managing consumption by providing eligible individuals with regular, controlled doses of alcohol as part of a structured program. These programs often offer additional resources, including housing and various social services (9).

Tobacco harms reduction. Globally, there are currently one billion smokers, a number unchanged since 2000 (10). If smoking rates persist, it's estimated that by the end of the century, one billion lives will be lost to smoking-related diseases. Smoking cigarettes, which involves burning and inhaling, releases harmful toxins, increasing the risk of severe illness and premature death in roughly half of all smokers. Some oral tobacco products also release toxins (11). However, interventions and alternative products are available to help people transition away from combustible tobacco. Research shows that innovative nicotine products can contribute to reducing and eventually eliminating smoking, emphasizing their importance in harm reduction (12). Tobacco harm reduction represents a potentially life-saving strategy for millions of people worldwide. For those currently using high-risk tobacco products, such as cigarettes and some oral tobaccos, it offers the opportunity to switch to a variety of safer nicotine products (SNP) with fewer health risks. These SNP encompass nicotine vapes (e-cigarettes), tobacco-free nicotine pouches, Swedish-style snus (an oral tobacco), various U.S. smokeless (chewing) tobaccos, and heated tobacco products. Notably, nicotine vapes are the most widely adopted choice, as seen in Germany, where they have become the preferred method for individuals seeking to quit smoking, even surpassing nicotine replacement products and professional consultations, underscoring their potential for aiding smokers in quitting.

Data and global case studies consistently demonstrate vaping as a safer alternative to smoking. A comprehensive review by McNeill et al. in 2022 concluded that "vaping poses only a fraction of the risk of smoking, at least 95% less harmful." This finding was echoed in a review by Public Health England (11).

Conclusions. Harm reduction is an approach focused on minimizing the risk of adverse behaviors. Such behaviors are often linked with the occurrence of NCDs, and it is therefore worth discussing including harm reduction as one of the approaches to tackle the NCDs. The aim of the approach is to support people who are struggling with changing their behavior completely but are interested in their health and would like to improve it by introducing some positive changes in their lifestyle. It seems that another area that could benefit from applying harm reduction principles is the group of medical conditions that are primarily influenced by foods and dietary habits (poor dietary choices, such as a high intake of processed foods, sugary beverages, lack of physical activity). These diseases are typically chronic in nature and develop over time due to long-term dietary choices, and include obesity or type 2 diabetes. Encouraging people to eat meat twice a day instead of three times or two, and use spices instead of salt, would also be examples of harm reduction interventions focusing on choosing healthier alternatives instead of ideal but almost impossible-to-meet requirements.

In summary the harm reduction approach and its principles are worth exploring in the context of preventing NCDs, and improving the overall well-being of individuals and communities. It acknowledges the reality that some risky behaviors may continue despite interventions and strives to make those behaviors safer rather than solely emphasizing abstinence.

References

1. Islam SMS, Purnat TD, Phuong NTA, Mwingira U, Schacht K, Fröschl G. Non-Communicable Diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Glob Health*. 2014 Dec 11;10(1):81.
2. WHO. Non communicable diseases [Internet]. [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Esmailnasab N, Moradi G, Delaveri A. Risk Factors of Non-Communicable Diseases and Metabolic Syndrome. *Iran J Public Health*. 2012 Jul 31;41(7):77–85.

4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction :evidence, impacts and challenges : EMCDDA monographs. [Internet]. LU: Publications Office; 2010 [cited 2023 Oct 19]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/29497>
5. Sansone A, Limoncin E, Colonnello E, Mollaioli D, Ciocca G, Corona G, et al. Harm Reduction in Sexual Medicine. Sex Med Rev. 2022 Jan;10(1):3–22.
6. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Reuel Friedman M, Tula M, et al. Harm reduction principles for healthcare settings. Harm Reduct J. 2017 Oct 24;14:70.
7. Charlet K, Heinz A. Harm reduction -a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms: Effects of alcohol reduction. Addict Biol. 2017 Sep;22(5):1119–59.
8. Single E. Harm Reduction as an Alcohol-Prevention Strategy. Alcohol Health Res World. 1996;20(4):239–43.
9. Smith-Bernardin SM, Suen LW, Barr-Walker J, Cuervo IA, Handley MA. Scoping review of managed alcohol programs. Harm Reduct J. 2022 Jul 25;19(1):82.
10. Tobacco [Internet]. [cited 2023 Oct 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
11. Global State of Tobacco Harm Reduction [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 20]. Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020. Available from: <https://gsthr.org/resources/thr-reports/burning-issues-global-state-tobacco-harm-reduction-2020/>
12. Stöver H. Diversification of Smoking Cessation Programmes - The Role of E-Cigarettes. J Health Environ Res.

Khamroeva S.K.

ACTIVE VOICE VERSUS PASSIVE VOICE.

Department of foreign languages SEI “ATSMU”

Relevance. The passive voice is used to show interest in the person or object that experiences an action rather than the person or object that performs the action. In other words, the most important thing or person becomes the subject of the sentence.

Many languages have both an active and a passive voice; this allows for greater flexibility in sentence construction, as either the semantic agent or patient may take the syntactic role of subject.

Purpose. The use of passive voice allows speakers to organize stretches of discourse by placing figures other than the agent in subject position. This may be done to foreground the patient, recipient, or other thematic role: it may also be useful when the semantic patient is the topic of on-going discussion. The passive voice may also be used to avoid specifying the agent of an action.

Materials and methods. In an active sentence, the person or thing responsible for the action in the sentence comes first. In a passive sentence, the person or thing acted on comes first, and the actor is added at the end, introduced with the preposition “by.” The passive form of the verb is signaled by a form of “to be”: in the sentence above, “was formulated” is in passive voice while “formulated” is in active. In a passive sentence, we often omit the actor completely.

We use the passive voice to change the focus of the sentence. We often use the passive: when we prefer not to mention who or what does the action (for example, it's not known, it's obvious or we don't want to say) so that we can start a sentence with the most important or most logical information:

Passive: A great deal of meaning is conveyed by a few well-chosen words.

Active: A few well-chosen words convey a great deal of meaning.

Passive: Our planet is wrapped in a mass of gases.

Active: A mass of gases wrap around our planet.

If we want to say who or what performs the action while using the passive voice, we use the preposition by. When we know who performed the action and are interested in him, it is always better to switch to the active voice instead. These operations are performed by me.

The lecture in Biology is delivered by professor Olimov on Monday.

The house is cleaned every day.

Present continuous

The house is being cleaned at the moment.

Simple past:

The house was cleaned yesterday.

Past continuous:

The house was being cleaned last week.

Present perfect:

The house has been cleaned since you left.

Past perfect:

The house had been cleaned before they arrived.

Future:

The house will be cleaned next week.

Future continuous:

The house will be being cleaned tomorrow.

Present conditional:

The house would be cleaned if they had visitors.

Past conditional:

The house would have been cleaned if it had been dirty.

Infinitive:

The house must be cleaned before we arrive.

Passive voice with infinitives:

The infinitive passive voice is used after modal verbs and other most verbs normally followed by an infinitive.

Examples:

You have to be tested on your English grammar.

John might be promoted next year.

She wants to be invited to the party.

I expect to be surprised on my birthday.

You may be disappointed.

To put it simply, active voice is used when the subject of a sentence is performing an action. For example:

When active voice is used, the subject of the sentence will appear before the action performed. Writing in the active voice is preferred in most situations, as it makes for a more succinct and powerful sentence. Relying too heavily on the passive voice can create sentences that are grammatically correct, but may sound awkward and be difficult to understand for ESL learners and native English speakers with very basic reading skills.

Mignon Fogarty points out that a common misconception regarding active and passive voice comes in the form of people thinking that “to be” verbs (is, are, am), necessitate use of the passive voice. This isn’t always the case, as we will illustrate below.

Sue is watering the plants.

Here, the active voice is clearly used. Sue is the subject of the sentence and she takes the action of watering the plants.

While active voice is generally preferred, passive voice does have its time and place. Quick and Dirty Tips mentions that passive voice can be used when information is lacking. For example:

“The waffle was eaten” or “The mailbox was vandalized”.

In this case, the passive voice is used. If, however, you know that Arthur ate the waffle and Lou vandalized the mailbox, you would use the active voice in conveying this information.

A passive voice construction is a grammatical voice construction that is found in many languages. In a clause with passive voice, the grammatical subject expresses the theme or patient of the main verb – that is, the person or thing that undergoes the action or has its state changed. This contrasts with active voice, in which the subject has the agent role. For example, in the passive sentence “The tree was pulled down”, the subject (the tree) denotes the patient rather than the agent of the action. In contrast, the sentences “Someone pulled down the tree” and “The tree is down” are active sentences.

The result of the study and their discussion. Typically, in passive clauses, what is usually expressed by the object (or sometimes another argument) of the verb is now expressed by the subject, while what is usually expressed by the subject is either omitted or is indicated by some adjunct of the clause. Thus, turning an active sense of a verb into a passive sense is a valence-decreasing process (“detransitivizing process”), because it syntactically turns a transitive sense into an intransitive sense.[3]

Conclusion: Finally, passive sentences often sound wordy and indirect. They can make the reader work unnecessarily hard. And since they are usually longer than active sentences, passive sentences take up precious room in your paper:

Since the car was being driven by Michael at the time of the accident, the damages should be paid for by him.

The passive voice in English indicates that the subject does not perform the action in question in the sentence, but experiences this action on himself. To put it simply, it is not he who does something, but something that is done or done to him. Passive voice or passive voice is one of the two main grammatical constructions that are used to form sentences in the English language; its essence is to shift the emphasis from the object that performs the action to the subject on which it is performed. We hope this blog has helped you understand the topic of passive voice in English. Its use can change the emotional tone of what you say, so you should handle it carefully. However, passive voice is also a good tool for adding variety to your speech.

Reference:

1. Resources for learning English. EF Learning English University of Toronto. Writing Advice. Oct/2023.
2. Siewierska, Anna (1984). The Passive: A Comparative Linguistic Analysis. London: Croom Helm.
3. Mignon Fogarty. Passive voice. 20 January 2020.
4. A.M. Maslova, Z.I. Winstein, L.S. Plebyskaya. Essential English for Medical students. GEOTAR Media 2017

Khojaeva S.M.

LEARNING MEDICAL CLINICAL TERMS

Department of human anatomy and latin medical terminology named after Ya. A. Rahimov, SEI “ATSMU name after Abuali ibni Sino” Republic of Tajikistan

**Invia est in medicina via sine lingua Latina
Нет пути в медицине без латинского языка**

Purpose of research. Medical terminology is the language used to describe the diseases, disorders, medical procedures, as well the components and the processes of the human body.

For being proficient in Latin it is required to learn medical terminology or for becoming good physician it is certainly useful to grasp the nuances of the medical terms in Latin. However, more important than learning Latin, is learning common root of words, prefixes, and suffixes.

Materials and methods of the research. Following are some of the most frequently used prefixes and suffixes in medical terminology. Memorizing these will jump start your learning of the medical terms. This small group of prefixes and

suffixes will help with the interpretation of the larger part of medical terms. You don't need to know whether they are prefixes or suffixes and you don't need to know Latin. You might be thinking of necessity of learning Latin. Better yet, the astute student of Latin will feel comfortable taking terms and applying them to novel situations. It allows students of Latin to use and interpret abbreviations with confidence rather than as some outdated relics.

Additional examples of how this medical term can change by changing the prefixes or suffixes are as follows:

PREFIX CHANGES:

Prefix/Suffix:	Equals:	Examples:
a/an	Without or none	aphonia, anemia
ectomy	to cut out or remove	nephrectomy, tonsillectomy
gram	the image (X-ray)	cardiogramma
graphy/ graph	recording an image (X-ray, CT or MRI scan or a written recording)	mammography (imaging the breasts)
itis	inflammation	metritis, hepatitis
macro	large	macrocheilia (abnormally large lip)
mega/ megaly	enlarged	megacolon (abnormally large colon large intestine)
micro	small	microsplenia (abnormally small spleen)
osis	abnormal condition	dermatosis (the skin deases)
iasis	abnormal condition	cholelithiasis (gallstone deases)
otomy	to cut into	tracheotomy (to cut into the windpipe, temporary opening)
copy/ scopic	to look, observe	gastroscopy (observe the stomach)

Results of the research. As with any discipline, practice using medical terminology is required to achieve full proficiency. Following are practice materials and resources design to build proficiencies in medical terminology:

This reference tool demonstrates how various prefixes, suffixes and root words are used to create medical terms. It will strengthen your understanding of medical terminology.

Whether you're preparing for an anatomy class on diagnostics, there are several tried-and-true methods you can use when studying medical terms. One of the easiest is to take an online medical terminology course, which you can complete on your own time, choosing the medical terminology curriculum that's right for you.

When studying, try to say the words out loud and in their proper contexts. This will help you get used to the sounds of this unique language and help fix the terms to their correct definitions in your mind.

Conclusions. Try multiple ways of studying: reading text, watching videos, and listening to audio. Stimulating different senses while learning something new can significantly increase retention.

Medical professionals need to know an entire lexicon of medical terms and phrases. The knowledge taken from the course will be used in their career.

Following words are as an example:

syncope - fainting; temporary loss of consciousness due to reduced oxygen delivery to the brain.

biopsy - removal and examination, usually microscopic, of tissue from the living body, performed to establish a precise diagnosis

abscess - a localized collection of pus in a cavity formed by disintegration of tissues.

achalasia - failure to relax; especially referring to smooth muscle fibers at any junction of the gastrointestinal tract (e.g. openings such as the pylorus, cardia or other sphincter muscles); especially failure of the esophageal sphincter to relax with swallowing.

acinus (acini = pl.) - a small sac-like dilatation, e.g. in the lung the basic unit of gas exchange, each acinus is supplied by a single terminal bronchiole; in the liver, the smallest functional unit.

acute - a disease with sudden onset of signs and a short course.

adenocarcinoma - a malignant tumour originating in glandular tissue.

adenoma - a benign tumor made up of glandular elements.

adenosis - a disease of a gland, often marked by the abnormal formation or enlargement of glandular tissue.

adhesion - in close proximity; joining of parts to one another which may occur abnormally as in a fibrous band of scar tissue that binds together normally separate anatomical structures

bradycardia - abnormally slow heart action.

bronchiectasis - chronic dilatation of the bronchi. It may affect the tube uniformly or occur in irregular pockets.

bronchus - one of the large passages conveying air to and within the lungs.

bronchoscope - an instrument used for inspecting the interior of the windpipe and bronchial tree to carry out diagnostic (taking specimens for culture and biopsy) or therapeutic (removing a foreign object) maneuvers.

bronchoscopy - examination of the bronchi through a bronchoscope

LITERATURE

1. Stephens S, Moxham B.J. The attitudes of medical students toward the importance of understanding classical Greek and Latin in the development of an anatomical and medical vocabulary. Clin Anat. 2016;29(6):696–701

2. Džuganová B. English medical terminology – different ways of forming medical terms. JAHR. 2013;4(7):55–69.

Kussainova D.K. (1), Khismetova Z.A. (1), Akhmetova K.M. (2)

ASSESSMENT OF SATISFACTION WITH THE WORKING CONDITIONS OF ADMINISTRATIVE AND MANAGERIAL PERSONNEL BASED ON THE RESULTS OF A QUESTIONNAIRE (on the example of the NCJSC "Semey Medical University")

Scientific consultant: c.m.s., Associate Professor Khismetova Z.A.

1 - NCJSC "Semey Medical University", Semey, Kazakhstan

2 - NpJSC "Astana Medical University", Astana, Kazakhstan

Introduction.

In the Concept of development of higher education and science in the Republic of Kazakhstan for 2023-2029, it is noted that the main trends of higher education are massification, interaction of universities and business with the state (triple helix), digitalization, internationalization, initiatives of academic excellence, increasing requirements for the quality of educational services and scientific research of universities, orientation towards serving society, development of corporate governance and academic freedom of universities.

Materials and methods of research.

Administrative and management personnel (AMP) participated in the study NCJSC "Semey Medical University" (NCJSC "SMU"). An online survey was conducted to assess satisfaction with working conditions

Results and discussions.

A single-stage cross-sectional study was conducted - a survey of the AMP of the NCJSC "SMU". In total, 59% of the administrative and managerial staff of the University were interviewed. The questionnaire consisted of 22 questions, for each of which the employee was supposed to evaluate: the opportunities provided by the university administration for training in accordance with his position; labor organization; equipment of workplaces; creation of comfortable conditions at the workplace; the system of incentives and motivations operating at the university based on the results of work; the effectiveness of the administration's response to personal complaints, claims, suggestions, etc.

The analysis of the survey results showed that about 37% of the staff are satisfied with the training opportunities in accordance with their position. Individual development plans are monitored to monitor the quality of training and competencies acquired by employees.

66% of employees noted that they are not sufficiently satisfied with the motivational policy of the university. In this regard, the university management has developed key performance indicators of employees for the development of staff motivation.

The number of those satisfied with the administration's response to personal complaints and suggestions is relatively high - 60%. Quite high satisfaction is explained by the fact that the university has established a feedback system.

Conclusions.

According to the data received, an action plan was drawn up and transferred to the responsible departments to improve the working conditions of the AMP on the above issues. In the future, the NCJSC "SMU" will monitor the implementation of the action plan on issues of satisfaction with the working conditions of the AMP.

Literature:

1. Robert Kim. Predictors of Satisfaction With Work Environment in the Context of a Mismatch in Working Hours: A Nationwide, Large-Scale, Cross-Sectional Study // The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing Volume 59: 1 –11.
2. Wafa Boulagouas. On the contribution to the alignment during an organizational change: Measurement of job satisfaction with working conditions / Wafa Boulagouas, Susana García-Herrero, Rachid Chaib, Sixto Herrera García, Mébarek Djebabra // Journal of Safety Research Volume 76, February 2021, Pages 289-300.
3. Klemen Pašić. Working Conditions and Satisfaction with Working Conditions among Slovenian Family Medicine Trainees: A Cross-sectional Study / Klemen Pašić, Vojislav Ivetić // National Institute of Public Health, Slovenia, Zdr Varst. 2021;60(4):237-243.
4. Sharon Jessie Lam. Pharmacists' Satisfaction with Work and Working Conditions in New Zealand-An Updated Survey and a Comparison to Canada / Sharon Jessie Lam, Larry D Lynd, Carlo A Marra // Pharmacy 2023, 11, 21.
5. Changhun Lee. Changing Factors of Employee Satisfaction with Working Conditions: An Analysis of the Korean Working Conditions Survey / Changhun Lee, Sunyoung Park // Safety and Health at Work Volume 12, Issue 3, September 2021, Pages 324-338.

Mananova P.I.
COMPARATIVE ANALYSIS OF ENGLISH AND RUSSIAN PRONOMINAL PHRASES

Teacher of foreign languages department
SEI "Avicenna Tajik state medical university", Republic of Tajikistan

Relevance. To date, linguists with minor variations have proposed several definitions of the pronoun as a grammatical class. Based on materials from various reference sources, we will try to give the most general formulation. Pronoun (Latin pronomen - "instead of a name") - "a class of words that indicate an object / person or sign, without highlighting any of its permanent properties."

Purpose of the study. According to some researchers, it would be more logical to attribute them to a purely grammatical class of words: this is evidenced by the absence of lexical and semantic unity, and their grammatical heterogeneity (eg, pronouns-nouns, pronouns-numerals), their limited quantitative composition (usually in a particular language there are from 20 to 30 pronouns), as well as the functions that they perform. There is some disagreement about the number of these functions, but we will give the classification given by the "Humanitarian Encyclopedic Dictionary": it distinguishes three functions - deictic (indicative), anaphoric (sending) and substitutive (substitutive).

Material and research methods. Based on data from various sources, we will clarify what each of them consists of. Deictic function consists in direct indication of an object of extra-linguistic reality. As the linguist A.A. Kibrik writes, linguistic signs in this case can be "interpreted only by referring to the real, physical coordinates of the communicative act, i.e. to its participants, its time and place". This role is played, as a rule, by the personal pronouns of the 1st and 2nd person, denoting the participants in the act of communication ("I" - the speaker, "you" - the listener, etc.) - I am writing an article. - You told me about it yesterday. Anaphoric reference presupposes "the use of linguistic expressions that make sense only taking into account the preceding fragment of the text (antecedent)." This function is assumed, as a rule, by the personal pronouns of the third person and demonstratives.

Results of the study and their discussions. The astronaut returned to the station. He said that he was feeling fine. Parrots have a beak of a different shape (i.e., not the one mentioned earlier). The substitutive function is close to both deictic and anaphoric and is not present in all classifications. The line between them is very thin: in this case, the pronoun also replaces an object or a person, and sometimes a whole statement.

When applied to the pronoun, this is consistent with our conclusion that it performs a substitutive function when it refers to other elements in the speech chain (before or after). The demonstrative function correlates the pronoun mainly with the objects of the objective (non-linguistic, or exophoric) situation. For example, "You haven't seen the one you left yet!" - one fisherman will say to another, showing his catch, and the meaning will be clear from the context of the situation: the demonstrative pronoun in this case refers to the unnamed noun "fish".

Conclusions. From the above, it can be seen that all three listed functions are integrative and closely related to each other, so it is sometimes difficult to distinguish between them. Different scientists make up different classifications of functions: for example, L.A. Sinko writes about a quantifier function indicating "the type of subject reference of a name, that is, correlation of a name with various classes of objects and their attributes" - unknown objects (someone, any), universal objects and attributes (all, any).

For comparison, in A.Ya. I.P. Krylova and E.M. Gordon also singles out nine digits:

- 1) personal: I, you, he, she, it, we, they.
- 2) possessive: my, your, his, her, its, our, their.
- 3) demonstrative: this, that, such, same.
- 4) reflexive: myself, yourself, himself, herself, itself, our selves, yourselves, themselves, ourselves.
- 5) indefinite: some, any, no, somebody / one, anybody / one, nobody / one, one, none, all, every, each, other, either, neither, both, everybody / one, everything, much, many, little, few, a little, a few, a lot of, a great deal, a great many
- 6) interrogative: who (whom), whose, what, which, how much.
- 7) conjunctive: who (whom), whose, what, which, how much, how much.
- 8) emphatic: myself, yourself, himself, herself, itself, ourselves, yourselves, themselves, ourselves.
- 9) mutual (reciprocal): each other, one another.

Reference:

1. Wolf E.M, Grammar and semantics of pronouns. - M., 1974.
2. Kibrik A.A, Pronouns as a deictic means - M., 1992. - 236 p.
3. Krylova I.P, Gordon E. M., A Grammar of Present - day English. A grammar of modern English. - M., 2006 - 448 p.
4. Reformatskiy A.A. Introduction to linguistics: Textbook for universities. Ed. V.A. Vinogradova. - M., Aspect Press, 2004 - 536 p.

Makhmatmuradova N.N., Prashant Kumar

RADIATION DIAGNOSTICS NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA

Department of Internal Medicine № 4 Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. Currently, about two hundred diseases have been identified that have signs of interstitial lung diseases, which accounts for about 20% of all lung diseases, half of which are of unknown nature [1]. It has been established that diagnostic errors in these patients amount to 75-80%, and the necessary specialized care is usually provided to them 1.5-2 years after the onset of the first signs of the disease, which directly affects the effectiveness of treatment [2].

Incorrect interpretation of the diagnosis entails incorrect treatment using potent drugs: glucocorticoids, cytostatics, antibiotics. At the same time, the absence of an immediate therapeutic effect 1-2 weeks after the start of erroneously prescribed treatment can be regarded as a manifestation of insufficient intensity of therapy and lead to an increase in doses of erroneously prescribed drugs. As a result, “second” diseases develop - iatrogenic diseases, which significantly change the clinical picture of the disease, which complicates the diagnostic search and often worsens the prognosis [5]. The mortality rate for interstitial diseases is significantly higher than for most other lung diseases. Factors of high mortality are determined by the low awareness of doctors, insufficient technical equipment of medical centers, difficulties in differential diagnosis due to the absence of pathognomonic signs, and the fatal nature of some pathologies. All this determines the need to optimize diagnostic work for interstitial lung diseases, especially patients with nonspecific interstitial pneumonia [3,4].

The purpose of the study was to study radiological changes in nonspecific interstitial pneumonia.

Material and research methods. As a material, we conducted a retrospective analysis of the medical records of 200 patients with nonspecific interstitial pneumonia (NIP) who were hospitalized in the pulmonology department of the Samarkand City Medical Association. All patients underwent general clinical standards of examination according to ICD-10, in addition, all patients underwent radiography and high-resolution computed tomography.

Research results and discussion. The results obtained indicate that in approximately 26 patients, X-ray examination revealed strengthening of the roots of the lungs on both sides, heaviness, and decreased transparency of a local nature. In 30 patients, along with strengthening of the roots, a decrease in the transparency of both lungs was revealed, similar to bilateral pneumonia. In 27 patients, general radiological signs characteristic of chronic obstructive bronchitis were revealed. All patients underwent high-resolution CT for differential diagnosis. At the same time, typical signs of nonspecific interstitial pneumonia were identified, including a decrease in the transparency of the lung tissue like “ground glass”, traction bronchiectasis and bronchiolectasis, thickening of the interlobular septa, and a decrease in the volume of the lower lobes (Fig. 1).

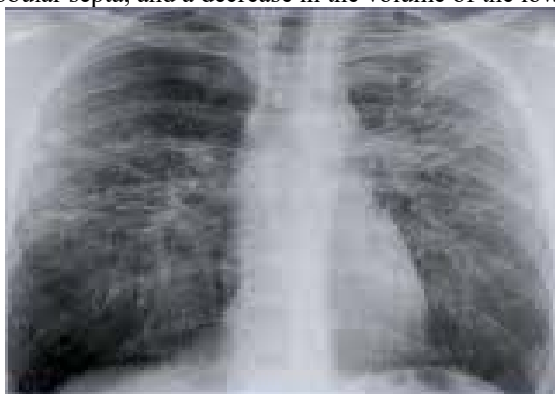


Fig. 1. Plain X-ray of the lungs with nonspecific interstitial pneumonia.

There is an opinion that in this pathology the dominant symptom over all other symptoms is the “ground glass” symptom. At the same time, W.D. Travis et al. conducted studies on a large material and identified this phenomenon in only 44% of patients with NIP, while bronchiectasis was detected in 82%, a reticular pattern in 96%, and wrinkling of the lower lobes in 77% of cases. Honeycomb lung areas are generally atypical for this pathology. According to various researchers, they occur in 5-30% of patients, while their prevalence does not exceed 10% of the total surface of the lungs.

The X-ray picture generally reflects the morphological pattern of nonspecific interstitial pneumonia. The inflammatory (cellular) subtype is characterized by a predominance of “ground glass” and the absence of “honeycomb lung” (Fig. 2). The fibrotic and mixed subtypes suggest more diverse symptoms, when all four main radiological syndromes are presented simultaneously to varying degrees of severity, as well as (often, but not always) “honeycomb lung”.

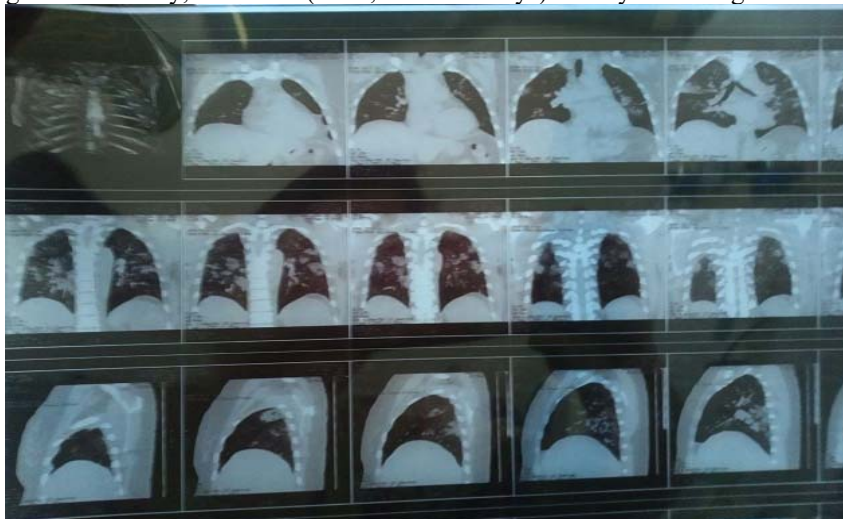


Fig. 2. Computed tomography of the lungs - subpleural consolidations, ground-glass fields and reticular patterns are determined.

It should be noted that consolidation foci are possible findings in patients with NIP. This symptom may reflect the simultaneous presence of organizing pneumonia, with which NIP overlapped in 50% of patients in one study.

It has been established that the course of the pathology can be accompanied by periods of increased clinical symptoms, usually accepted as an exacerbation of NIP. The exact causes of exacerbation of NIP have not been fully established, but it is believed that the most likely are infectious factors or sudden destabilizing events, such as pulmonary embolism, pneumothorax, acute heart failure, etc. Inadequate therapy or cancellation of basic treatment can also lead to exacerbation of NIP. On CT during this period, the "ground glass" zones expand and new areas of consolidation appear.

The observed enlargement of the mediastinal lymph nodes is quite typical in this case, although this symptom also occurs in other interstitial pneumonias. According to C.A. Souza et al.[10] Among 206 patients with interstitial pneumonia, hilar lymphadenopathy occurred in 81% of patients with NIP, in 71% of patients with respiratory bronchiolitis associated with interstitial lung disease, and in 66% of cases with pulmonary fibrosis.

It should be noted that another symptom quite characteristic of NIP is the presence of symmetrical thin subpleural strips of preserved lung tissue (subpleural sparing), followed by reticular and inflammatory changes.

Conclusions. Thus, radiological studies using radiation technologies indicate that for patients with nonspecific interstitial pneumonia, the cellular subtype is characterized by a predominance of "ground glass" and the absence of "honeycomb lung", and in the fibrous or mixed subtype, all four are simultaneously expressed to varying degrees major radiological syndromes, as well as (often, but not always) "honeycomb lung". Also characteristic is the presence of symmetrical thin subpleural stripes of preserved lung tissue, followed by reticular and inflammatory changes.

References

1. Аралов Н.Р., Рахимов М.М., Носирова Д.Э., Рустамова Ш.Ш. Клиническая и бронхоскопическая характеристика воспалительного процесса у больных с хронической обструктивной болезнью легких // Научно-практический журнал «Вопросы науки и образования». – Октябрь, 2019. - № 25 (74). – Москва, с. 55-63.
2. Симонова, И.И. К вопросу о системном воспалении при хронической обструктивной болезни легких стабильного течения / И.И. Симонова, М.В. Антонюк, Л.В. Веремчук и др. // Здоровье. Медицинская экология. Наука. -2016. - Том 67, №4. - с. 44-54.
3. Усов В.Ю., Нуднов Н.В., Игнатенко Г.А., Фисенко А.Ю., Гуляев В.М., Марицкий С.В., Калюжин В.В., Лукьяненко П.И. Оценка поражения легких при внебольничных пневмониях по данным магнитно-резонансной томографии при первичной диагностике и в ходе лечения. //Медицинская визуализация. – 2020. - №24(2). – С. 63-77. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-2020-2-63-77>
4. Balk D.S., Lee C., Schafer J., et al. Lung ultrasound compared to chest X-ray for diagnosis of pediatric pneumonia: A meta-analysis. //Pediatr Pulmonol. – 2018. -№53(8). – P.1130–1139. doi: 10.1002/ppul.24020
5. Islamov Sh. E. Subjectivity in defects in rendering medical aid // European science review, Vienna, 2018. - №11-12. – P. 95-97.

Mananova P.I.

BORROWED SURGICAL TERMINOLOGY IN THE TAJIK LANGUAGE

Department of Foreign Languages of the SEI "ATSMU named after Abuali ibni Sino." Tajikistan.

Relevance. In each terminological system, along with terms created by means of the national language, there are various borrowings from other languages, in particular, terms formed from Greek and Latin morphemes.

Medical terminology in this regard is no exception, since it was created mainly with the help of borrowed Greco-Latin vocabulary. Direct borrowings from Latin and Greek are, for example, the names of diseases of various types (caries, caries - from Greco-Lat. caries; diabetes from Greco-Lat. diabetes), as well as the names of anatomical formations - artery from Grecolate. arteria; capsule from Greco-lat. capsula. It should be noted that the borrowing of a number of Greco-Latin names occurred with truncation: for example, the names of inflammatory diseases or diseases of a non-inflammatory nature (cholecystitis, inflammation of the gallbladder - from Greco-Lat. cholecystitis; mastitis, inflammation of the mammary gland - from Greco-Lat. mastitis).

Purpose of the study. In the terminological system, in addition to direct borrowings, there are also semantic and word-formation tracings and literal, etymological translations from Latin and Greek (for example, macrocephaly, large-headedness - from Greek-Latin macrocephalia; favorable prognosis from Latin prognosisbona). In the medical vocabulary of the Tajik language, in addition to complete cripples, there are also semi-calques - terms consisting partly of original material, partly of material of a foreign word and corresponding in morphological structure to similar words.

At first, it was used exclusively by scientists, diplomats and lawyers, but gradually Latin was Tajik and became understandable to wider sections of society, and many Latin words firmly entered the Tajik language and took root: literature, architecture, fashion, notary, lawyer and many other words have already have long been no longer perceived as alien.

Material and research methods. In modern society, Latin is extremely necessary not only for doctors, but also for entrepreneurs, lawyers, barristers and representatives of other professions. Personanongrata, statusquo, terraincognita - these are just a tiny part of those Latin expressions and catchphrases that we encounter almost every day. Moreover, without minimal knowledge of the Latin language, without understanding well-known Latin expressions, proverbs and catchphrases, it is no longer possible to imagine a modern intelligent person.

Research results. in ancient handwritten monuments words belonging to the layer: thigh (diminutive "thigh, tibia"; hence "tibia"), side, eyebrow, hair, head, throat, chest, hernia, lip, tooth, face, forehead, urine, nose, kidney, cancer, give, hand, spleen, heart, etc.

At the same time, among Russian doctors there were also extreme purists who objected to borrowings and neologisms, defending the original Russian common vocabulary, which they endowed with a special medical meaning.

Most doctors defended terms that were well established in professional usage, regardless of whether they were internationalisms of Greek-English origin or their Russian equivalents. Sometimes the Tajik equivalent gives way to internationalism, since it is easier to form derivative words from the latter, for example Placenta (placental) Children's place. Often such synonyms are practically equal, for example: blood, bleeding, Hemorrhage and Hemorrhage (hemorrhagic), Myopia and Myopia (myopic), pancreas and pancreas (pancreatic), Blood transfusion and Hemotransfusion (hemotransfusion).

Conclusions. Many terms of Greco-Latin origin, including neoclassicisms, penetrate into Russian terminology through Western European languages. Often they were able to gain the actual status of internationalisms, appearing almost simultaneously in two or more languages, and it is often difficult or impossible to find out in which Western European language a particular term, marked with the stamp of classical or neoclassical origin, first appeared.

Literature:

1. Gavinsky, A.N. *Theoretical foundations for choosing the optimal structure of bilingual industry dictionaries as one of the methods for organizing scientific and technical terminology.*/A.N. Gavinsky -Kiev, 1978.-192 p.
2. Gak, V.G. *Comparative lexicology.*/V.G. Gak-M. International Relations, 1977.

Mirzoeva Sh.Yu., Rajabov R.R.

A ROLE PLAY ACTIVITY WITH DISTANCE LEARNERS IN AN ENGLISH LANGUAGE CLASSROOM

Foreign languages department of SEI "Avicenna Tajik State Medical University" Tajikistan

Relevance. In recent years, language teaching has focused on the learning process rather than the teaching of the language. The emphasis is not only on linguistic competence of the language learners but also on the development of their communicative ability. In order to develop the learners' communicative ability, the teacher needs to create a scenario to teach the target language in a vibrant, active and interesting manner.

The purpose of the study. Thus, extended activities in the form of role play, simulations and problem solving are vital in developing the communicative ability of the learners. These activities require the learners to go beyond a text. They require the learners to have a sound understanding of a text and be able to apply their knowledge outside the classroom and their own experiences into the activities. Extended activities can be carried out at different levels depending on the learners' language proficiency. The role of the teacher in such activities will often depend on the learners and their language abilities. However, the teacher is not wholly responsible for the learners' language acquisition as students must also play their part to be motivated in following the lesson. One of the requirements of the English Language proficiency courses offered to distance learners of National University of Malaysia is to make the course as close as possible to the courses offered to students on-campus in terms of course content and evaluations.

Material and methods of the research. English for Social Sciences is based on a study guide which wraps around the text *Global Views* by M.E. Sokolik make the course comprehensible for distance learners. The course is aimed at equipping them with integrated skills in English to enable them to cope with language requirements in the academic and work environment.

Role play was chosen as one of the tasks in this course to create a situation for the learners to actively interact in the language, thereby making the language learning more meaningful. At the same time, the learners are introduced to the different learning styles – listening, remembering, discussing, writing and presenting. Individual work such as task-based activities may hamper or minimize communication among the learners. Full time students in normal classes who have plenty of contact hours for teacher-student consultation may not face such problems. Role play in this distance learning class allows the objectives of the course to be met in the limited time, through an integrated approach which allows the practice of language skills, content and interaction skills and strategies. As this was a tertiary level class, the writer used newspaper reports on the Japanese Encephalitis outbreak collected over a period of time. This issue was specifically chosen as it made headlines in all Malaysian newspaper and the electronic media during that period. It included the views of the farmers, medical experts, consumers' rights and the feelings expressed by the affected residents.

The writer had chosen this issue to provide an opportunity to the learners to practice a real-life situation. It was also appropriate for role play because it involved many personalities thus allowing the learners to assume those roles. The topic chosen was good as it highlighted social issues. The teacher's role in giving clear instructions was equally important. The learners were asked to get into groups of five and choose a leader for each group. All the reports were given to the leaders who assigned individual roles to each group member. They were asked to improvise the message in the reports which were not too structured and to find a structure that fits into a real life situation. Apart from that, the learners were asked to jot down in a diary, journal or log book, their feelings, comments, thoughts and perceptions about a particular learning experience related to the role play. Such entries could provide opportunities to the learners for self-reflection and self-observation. At the end of the activity the teacher conducted a session to get feedback from the learners on their participation. This is important for any activity based learning as it helps to reinforce the aim and purpose of the activity. Besides that, learners develop awareness and confidence in their own ability and learning strategies. (Refer to Appendix A for additional information on the role play.)

The activity was explained and short role descriptions were provided. The amount of time for the role play was negotiated. For the purpose of obtaining feedback from the learners, the teacher recorded what the learners had expressed at two different times. First their feedback was recorded when the teacher started explaining the role play and the procedure to the class. The learners' feedback was recorded for the second time after the presentation. Besides recording, casual interviews were conducted with the learners in order to allow them to reflect on their presentation.

Learners' feedback was divided into three categories: the preparation stage, the presentation stage and the learners' overall impression regarding the activity. Preparation stage the majority of the learners stated that the activity created the atmosphere that encouraged the reading of the reports carefully although the issue did not interest them earlier when they saw it

in the newspaper. They were compelled to find out the meaning of certain difficult words in the article in order to prepare for the role play.

In the early stages of the role play the learners were uncomfortable and uncertain. This led to initial lapses of silence. Soon they began helping one another to decide who should speak. Towards the end, their shyness left them and they began prompting each other with ideas. If not for this activity they would not have found out much about this particular issue. Some learners said that the activity gave them a chance to do group work and allowed much free interaction especially to clarify the meanings of difficult words. They enjoyed working together and took pride in their roles and wanted to give their best. The learners said they developed confidence in making the necessary adjustments to the report as they saw fit. This activity also set the stage for them to interact more with the teacher as they kept asking a lot of questions to ensure they were on the right track.

Presentation Stage

The learners attempted to perform a real life talk show. Throughout the presentation, they showed enthusiasm and a sense of fairness – listening to others in the group to express their views. Some learners were seen taking down notes, perhaps to be better prepared in handling their turn. They also played their role as the audience by clarifying and giving their opinion at the end of the presentation. In doing so, their interest was heightened and the likelihood of remembering the language skills being introduced was strengthened. They spoke more and more unselfconsciously as they progressed, not fearing that they made mistakes with grammar.

Post Presentation Stage

A post-mortem was held with the learners and they were given the opportunity to give their views and opinion of the activity. Such comments and criticisms can help the teachers to prepare better future activities in other classes.

Results of the study and their discussion. The main problem faced by the distance learners was the inability to express ideas due to lack of proficiency in the language. However, the strong points noted were that such activities helped the learners increase communicative skills, encourage participation, change the attitudes towards language learning and above all provided them a realistic opportunity to work with others in the classroom. These adult learners given more time for preparation and practice can without doubt improve their performance.

It is crucial for us as teachers to think and plan what should be done to stimulate and facilitate the use of spoken English for academic purposes effectively when making oral presentation, participating in discussions and in a variety of other classroom situations. We need to think of what kind of approaches can be created for distance learners to participate actively in class and how to successfully achieve the needs especially of the weaker learners who have limited face to face interaction.

Conclusions. Language teaching can be an interesting challenge when teachers make the effort to explore a variety of approaches. Role play is just one of the many methods available for exploitation. With some attention given to the needs of the learners, both the teacher and the learners can play active roles in the classroom, making language classes livelier, challenging and above all rewarding.

Reference:

1. The Internet TESL /Journal, Vol. IV, No. 2, July 2012.
2. The Internet TESL /Journal, Vol. VII, No. 7, July 2015.
3. Techniques & Principles in Language Teaching. / Oxford: Oxford University Press.

Mirzoeva Sh.Yu.

THE FEATURES OF COMMUNICATIVE COMPETENCE IN PROFESSIONAL ENGLISH

Foreign and Latin languages department of Avicenna TSMU

Relevance. English language teaching aims to lingual and social adaptation of students to contemporary life. An experienced professional must have the skills to express thoughts in English, that is, have communicative competence that includes speech, language and cultural levels. Learning English requires motivation. Gaining motivation is possible only by transforming each student from a passive contemplator into an active and creative participant in the educational process; that is, students must be involved in communication.

Purpose of the work is to make the target language more relevant to real-life situations.

Material and research methods. Pedagogical science is developing and leading to an increase in new teaching methods and technologies. One of them is learning through communication, that is, cooperative learning, or learning through communication, or communicative learning. During communicative learning, students have an active life position, creative abilities, language skills, their own opinions, responsibility, and communication logic that contribute to the understanding of laws and worldview ideas.

There is no doubt that when learning a second language, students need to master, in addition to phonological and lexico-grammatical knowledge, ways of communicating with other people in the target language. Practical teaching of a foreign language has a number of communicative techniques that ensure self-determination and self-realization of the student as a linguistic personality in the process of learning and developing language skills.

Teaching communication has its challenges to be taught successfully and must be carefully prepared and designed. The technology of communicative language teaching is based on the use of various methodological techniques of practical situations of real interaction and the organization of group activities of students (in pairs, in small groups) with the aim of jointly solving communicative problems.

Provide students with real-life communication lessons that attempt to mimic the natural process of language learning. The emphasis on authentic communication that simulates real life situations is supposedly more interesting and useful for students as they learn the language in situations in which it is used every day.

In communicative activities there must be a reason for communication. When someone asks a question, the person must desire some information or some other result. When we ask students to describe their future work to their partners, we

create an artificial communicative goal and make the exercise even more artificial by asking them to do it in English. Group work allows students to develop fluency in using the language features they have already learned. The arguments for group work in learning new subjects also apply to developing skills in using those subjects.

Study results and discussion. These types of communicative activities achieve different learning goals and are best suited for and encourage different types of tasks. For group work to be successful, each type of group work must have its most appropriate selection of other factors. Group work gives students the opportunity to learn communication strategies. These strategies include negotiation strategies for controlling input like seeking clarification, seeking confirmation, checking for understanding, repeating and etc., strategies for maintaining conversation, and strategies for compensating for a lack of linguistic elements or a lack of fluency in the use of such elements. This type of activity occurs in most types of lessons.

Every opportunity should be taken to get students talking to each other - when asking about unknown words, comparing answers to assignments, correcting each other's work, as well as in activities specifically organized with pairs and groups in mind - practicing dialogues, bridging information gaps, activities, role-playing games, discussions, etc., communicative learning uses techniques of interdisciplinary activities such as dialogue, brainstorming, role-playing games and etc. It may be a useful approach to education, but it is probably more useful to simply distinguish between education and training. Many experienced authors of textbooks and teaching aids argue that cooperative games are not just time-consuming activities, but have great educational value in communicative learning. Communicative learning involves pair and group work.

Pair work is sometimes called open or closed depending on whether only one pair speaks to provide a model for others or the whole class is divided into pairs and works simultaneously. Often classes in closed pairs are preceded by a short training session in open pairs. The type of communication activity is a mixed activity in which all students stand and move around, taking turns talking to other students, so that pairs and small groups are constantly forming and re-forming, for example:

Read dialogues and learn them by heart. Play the role:

Antony: Where do you study, Kate?

Kate: I study at the Medical Institute.

Antony: Will you explain to me what you mean? The word «institute» sounds very unusual to the English ear. Is it a college or a kind of University?

Kate: Well, it's a higher education establishment, which trains students to be doctors. You would call it a Medical school.

Antony: By the way, are graduates of Tajik medical schools given a degree?

Kate: No, they are not. The Tajik system of academic degrees is different. Tajik graduates are given diplomas which certify them as health care professionals.

Or:

Jane: What subjects do students study at your Medical School?

Dmitry: You know, it depends on the faculty and the year they are in.

Jane: Well, let's say the second year of the Medical Faculty.

Dmitry: Second-year students study anatomy, physiology, histology, microbiology, biochemistry and philosophy.

Jane: And what about Latin and foreign languages?

Dmitry: As for Latin, we study it in the first year. And we study one foreign language - English, French, or German for two years.

Another task:

Make a dialogue using the following questions:

A.1. Why did you decide to become a doctor? 2. When will you get the profession of a doctor? 3. What kind of doctor are you going to become after graduation from the University? 4. What must you do to become a good doctor? 5. What else must a good doctor have in addition to deep knowledge of medicine? 6. What must a doctor give people? 7. What difficulties may you have in your future work? 8. What is a doctor responsible for? 9. Why must every medical student remember the words of Hippocrates Oath? 10. What does Hippocrates Oath read? 11. Why must a doctor always do his best to gain the patient's confidence? 12. What gives the doctor strength to fight for the health of people?

B. 1. Who can diagnose a heart disease? (a therapist ...) 2. Who can treat patients? 3. Who is a prominent scientist in the field of surgery? 4. Why must students remember well all the new English words? 5. Why must medical students gain deep knowledge of medicine at the University? 6. Why is health protection the main principle of medicine? 7. What subject must you pay particular attention to in the first year? 8. What kind of work does a surgical nurse perform? 9. What abilities have your fellow student for Anatomy? 10. When is it easy to pass examinations successfully? 11. When will you get the profession of a doctor?

It should be noted that this method helps students acquire competencies such as: being ready to work in a team, taking responsibility for making choices, sharing responsibility with team members, analyzing the results of activities. This is an extended language activity that focuses on topics.

Conclusion. The features of these methods are the emphasis on teaching communication by interacting in the language being studied, the introduction of authentic texts in the educational situation, etc. The main goal is to develop communicative competencies, which include linguistic, sociolinguistic and discursive competencies. All these methods and techniques contribute to the training and academic achievements of students, increase students' satisfaction with their experience, help students develop oral communication skills, develop students' social skills, and help increase students' self-esteem. They also allow students to gain new experience in a foreign language that are not always possible during a typical lesson where they use language and practice communicative speech.

References

1. Z.A. Mukhamadieva / English (dialogues in pairs) for the 1st and 2nd year students of Medical, Pediatrician, Stomatology, Pharmaceutical, Public Health faculties and the faculty of bachelor // Z.A. Mukhamadieva, S.K. Khamroeva, G.H. Mirzoeva./ Dushanbe, 2018.-72-76p.

2. Z.A. Mukhamadieva /Essential English for Medical students (bachelor) // Z.A. Mukhamadieva, S.K. Khamroeva./Dushanbe. - 2018. - 190p.
3. Kunanbaeva S.S. Modern foreign-language education: methodology and theory. - Almaty, 2005. – 125p.
4. Littlewood W. T. communicative approach to language teaching methodology. - Dublin: Dublin University, Trinity College, Centre for Language and Communication Studies, 2005. - 265 p.
5. Brown H. D. Principles of Language learning and teaching. - New York: Prentice Hall, 2009. - 285 p.

Muhabbatzoda J.Q., Fayzov M.S.

MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF MUCOSA AND SUBMUCOSAL LAYERS OF RECTUM

Department of Histology, SEI ATSMU. Tajikistan

Relevance. The digestive system of humans consists of the gastrointestinal tract and some other organs that are required for digestion. Along with the GI tract, the digestive system consists of the small intestine, large intestine, and rectum. The large intestine is called the large bowel. The word rectum is derived from the Latin word, *intestinum rectum* which means straight. The rectum length in adults is about 14-18 centimetres.

Similar to that of the colon, in the rectum electrolytes are absorbed and the food that is indigestible is decomposed by the anaerobic bacteria. Due to the absorption of water, the stools are thickened and it gets mixed with the mucus.

The rectal ampulla consists of stretch receptors, when stools enter the rectal ampulla the signals are sent to the central nervous system, when these signals are received by the brain then the person feels the urge to defecate. Now the person can relax or tense the sphincter ani externus muscle and the levator ani muscle to initiate or delay the process of defecation. But the increase in the pressure of holding the stools can increase the effort, along with this abdominal pressure is increased due to the voluntary tension of abdominal muscles and the diaphragm. Due to the contraction of the rectum, it supports in the defecation.

Material and research methods. The rectum can be divided functionally and anatomically into two parts: the upper part being mainly propulsive and sharing a similar diameter to the sigmoid above; the lower part, being mainly for storage, is dilated, sometimes considerably, to form the rectal ampulla.

Research results and their discussion. The visceral blood supply to the rectum is from the inferior mesenteric artery via the superior rectal artery dividing into mesorectal branches and comprises at least 80 % of the rectal blood supply. The mesorectal branches further ramify from posterior to lateral and anteriorly perforating the muscle layers of the rectal wall to supply the muscles, submucosa and mucosa. They descend in the muscle and submucosal layers towards the upper anal canal.

These mesorectal arteries anastomose at capillary level with supply from the middle rectal arteries which are branches of the internal iliac arteries to supply that portion of the rectum passing through the pelvic floor. They are inconsistently present and are only bilaterally detectable as distinct vessels in 10 % of individuals. They pass with rectal branches of the inferior hypogastric nerve plexi in fascial condensations commonly, but not universally, recognised as the “lateral ligaments”.

Below the pelvic floor the remainder of the blood supply to the anorectum is from the superior haemorrhoidal (also known as the inferior rectal) arteries which, passing through the ischioanal space, are branches of the internal pudendal arteries which pass through Alcock’s canal, themselves branches of the internal iliac arteries. Thus there is a connection between visceral and somatic blood supplies – inferior mesenteric and internal iliac.

The inferior mesenteric artery is divided close to its origin from the aorta at curative rectal cancer surgery taking care to avoid damaging the hypogastric nerve plexus. This often results in taking the ascending left colic branch which supplies the descending colon and anastomoses variably with the marginal artery from the distal branches of the middle colic arteries supplying the transverse colon, whose origin is the superior mesenteric artery. Once the specimen is resected the residual colon to be anastomosed to the anorectum at the pelvic floor can therefore be considered a pedicled flap, whose sole blood supply is then the marginal artery.

The inferior mesenteric vein can cause significant tethering of the colonic pedicle if not divided high near the ligament of Treitz. This manoeuvre is important in ensuring a tension free coloanal anastomosis.

It is thanks to the multiplicity of blood supply to the lowermost anorectal muscle and mucosa that coloanal anastomoses are possible. Thus marginal arterial supply from the superior mesenteric artery meets pudendal arterial supply from the internal iliac arteries to perfuse the healing anastomosis.

Via multiple veins within the mesorectum most blood drains to the inferior mesenteric vein which drains into the splenic vein behind the pancreas. The inferior mesenteric vein is seen within the descending colonic mesentery passing behind the pancreas at the level of the ligament of Treitz at the duodenojejunal flexure. The blood then enters the portal venous system and it is thought that hepatic metastases arise by haematogenous spread via this route.

There is a rich network of venous connections within the mesorectum, however, and some of the rectal blood supply also drains via the inferior rectal veins to the internal iliac veins. It is thought that via this route distant extrahepatic metastases (e.g. lung) arise by haematogenous spread.

Lymphatic drainage of the rectum is mainly in a cranial direction from the submucosa to mesorectal lymph nodes to inferior mesenteric lymph nodes and then para-aortic nodes. Thus typical patterns of lymph node involvement present themselves in cases of rectal cancer. However given the presence or absence of middle rectal vessels drainage to lateral pelvic sidewall or internal iliac nodes is also possible. Thus lateral pelvic lymph node metastases may also occur but tend to happen with more locally advanced mid to lower rectal cancers which have breached the circumferential mesorectal fascial margin.

Due to the unique ability of immunocytes to migrate and recycle, all major groups of the immune system function as a whole, and lymphoid tissue and lymphoid organs of the gastrointestinal tract are closely functionally related to other components of this system. Another feature of the gastrointestinal immune system is that it is in the closest contact with a huge flow of microbial and allergenic material coming from the intestinal lumen, and this is practically the first barrier to this flow.

Reticuloendothelial system is considered one of the local immune response regulation centers. It takes part in most physiological and pathological processes, namely, in local homeostasis, in regulation of trophism and immunological responses of both primary and secondary immune responses. The main cell population of reticuloendothelial system is a macrophage, which is a stationary cell that can move only within the tissue layer. Dendritic cells as representatives of reticuloendothelial system as well are under direct control of macrophages. Up to 80% of all immunocompetent cells are concentrated in the intestinal mucosa.

Immunocompetent cells of lymphoid nodules of the gastrointestinal tract, unlike similar other immune organs not related to the gastrointestinal tract, are distinguished by the highest, ten times greater than in other organs, ability to migrate.

The rectum is neurally supplied by the autonomic nervous system. This comprises an intrinsic (myenteric Auerbach's plexus and submucosal Meissner's plexus) and extrinsic sympathetic and parasympathetic system. The intrinsic system consists of a network of nerve plexi and ganglia supplying the mucosa, submucosa and all muscle layers of the rectum. Responsive to stretch and chemical stimuli, the intrinsic system is chiefly responsible for motility, secretion, absorption, perception and immune function. These nerve plexi are linked to the central nervous system by autonomic sympathetic and parasympathetic nerves via ganglia to spinal visceral afferents.

The sympathetic nerves reach the rectum via the superior sympathetic pre-aortic, and inferior mesenteric plexi which condense to form the hypogastric bundle which then divides below the aortic bifurcation anterior to the sacral promontory into right and left hypogastric nerves. These then course laterally in the pelvis and join spinal parasympathetic nerves (pelvic splanchnic nerves), which exit the sacral foramina with sacral nerves 2, 3 and 4, to form the inferior hypogastric plexi, branches of which form the rectal plexus to supply the rectum on each lateral side through the aforementioned fascial condensations known as the lateral ligaments. The inferior hypogastric plexus then continues anteriorly as a condensation within neurovascular bundles to supply the urinary bladder and cavernous nerves of sexual function.

Conclusions. Histologically the rectum is similar to the rest of the large intestine with its usual structure: mucosa, submucosa, muscularis and serosa/adventitia. The mucosa has the typical intestinal epithelium with simple columnar enterocytes and numerous goblet cells. At the anal transitional zone the columnar epithelium flattens more and more and eventually becomes stratified squamous nonkeratinized epithelium. The epithelial layer is followed by the connective tissue layer (lamina propria) with blood and lymph vessels and a muscle layer (lamina muscularis mucosae).

The submucosa contains loose connective tissue with blood vessels, lymph follicles and the Meissner's plexus. It has a dense network of veins (rectal venous plexus) and is thickened at the transverse folds.

References

- MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT DURING CHRONIC ALCOHOLISM. / Khasanova, M. T., Movm-Assistant, K. M. 2021.// Достижения науки и образования, 80, 81-85.
- MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF THE ORGANISM IN ENERGY DRINK ABUSE. / Nurmurodovna B. M.2022.
- Morphofunctional Changes of the Gastrointestinal Tract During Alcohol Intoxication / Boymurodova M. N. 2021.
- R. V. Ukrainets, Yu. S. Korneva, G. N. Alenina, N. V. Doronina 2020 // Journal of Anatomy and Histopathology P. 86-93.
- Modern Data on the Structure and Functioning of the Immune System of the Gastrointestinal Tract / N. A. Oripova. 2021 // American Journal of Social and Humanitarian Research. Vol. 2 No. 10 2021. P. 198-203.

Mukhamadieva Z.A.

SOME SIMILARITIES AND DIFFERENCES BETWEEN THE GRAMMATICAL UNITS OF ENGLISH AND TAJIK LANGUAGES

Foreign languages department of SEI "Avicenna Tajik state medical university"

Relevance. We know that there is neither easy nor difficulty in learning a language when we compare their grammatical rules. The best way to start learning a language is to understand how it differs from our native language. Since we assume that you are fairly fluent in the language, we will take this opportunity to detail the most notable qualities which distinguish it as a language.

The purpose of the study. To identify some similarities and differences between the grammatical units of English and Tajik languages.

Material and research methods. English and Tajik languages are very different in a lot of important language aspects.

For example, the problem of translating a formal subject from English into ETajik is solved, as a rule, using techniques such as zero translation, functional substitution, and rearrangement. Zero translation is used for English sentences with a formal subject that is purely grammatical in nature and has no lexical-semantic content:

It is time to begin our experiment. - Вақти иљро кардани таърибаамон шуд.

It was not cold yesterday. - Дирӯз сард набуд.

Will it be difficult to do this work? - Оё иљро кардани ин кор (дар оянда) душвор мешавад?

Or

It is necessary for us to work hard during the whole academic year if we want to pass our first examination session successfully, for "A good beginning makes a good ending".

- Агар мо хоҳем, ки сессияи аввалини имтихони худро бомуваффақият сунорем, дар давоми тамоми соли тахсил бо гайрати дучанд меҳнат кардан лозим аст, зеро «Огози хуб анҷоми хуб мебахшиад».

However, in cases where the formal subject contains any significant semes that require lexical type in Tajik, a functional replacement is required, that is, a lexical unit that includes any semes inherent in the original formal subject. Such subjects include the pronouns “you”, “we”, “they” and “one”, used in an indefinite sense, for example, for generalization, edification, to designate an unknown subject of action. In such cases, the translation may refer to functionally similar but formally different syntactic structures in Tajik, that is, to indefinite-personal, generalized-personal or impersonal sentences.

If the initial uncertainty is accompanied by more obvious semantic components, then the translation uses a functional replacement - a personal syntactic structure, in which the subject is no longer expressed by a pronoun, but by some generally meaningful word, usually the word “person” is used:

One must be humane.

Шахс бояд инсон бошад.

Or,

Бояд одамгари дошта бошад.

Zero translation is almost never used for predicate; with the exception of the translation from English of denomination or existential sentences, in which the meaning of the original predicate is to state, the existence of a particular object:

Here is an auditorium. Мана аудитория.

This is my sister. Ин хохари ман аст.

Functional replacement is often supplemented by such a technique as rearranging the components of a sentence. This technique is used when the sequence of elements, while having a common meaning, is determined by different speech traditions and conditions, for example, in the way of expressing negation:

They had no money but they had their wits.

Онҳо пул надоштанд, аммо ақл доштанд.

As a rule, the rearrangement accompanies the difference in the principles of the actual division of the sentence in the source and target languages, for example, when determining the place of circumstances in a verb:

He was breathing hard and sweating profusely.

Вай сахт нафас мекашид ва бисёр арақ мекард.

In general, the difference in the order of words and its functional features in the Tajik and English languages forces the translator to quite often resort to the technique of permutation, which is associated, first of all, with differences in the perception of the actual division of the sentence. Thus, in a Tajik sentence, communicatively significant components that carry new information gravitate towards the end of the phrase, up to the splitting of the nominal predicate.

I read a book about our university.

Ман дар бораи донишгоҳамон китоб хондам.

The order of words in a sentence in English and Tajik differs in many ways. Theoretical linguistics distinguishes between two types of word order: free order and strict order. Word order in English is strict, but in sentences in Tajik it is relatively free. Members of a sentence in the Tajik language can change place depending on the actual division of the sentence. However, the place of sentence members in both languages is strict and definite. In the Tajik language, minor members of a sentence are located between the main members, but in English they are located after the main members of the sentence, which makes it difficult for Tajik students to learn English.

The adverbial tense used at the end of a sentence is automatically perceived by a Tajik speaker as a message rheme, in contrast to English speakers, for whom the place in the sentence is not necessarily rhematically significant.

Another technique that is used in connection with sentences is also worthy of attention: antonymic translation, that is, replacing a negative or interrogative form of a sentence with an affirmative form or vice versa. The conditions for applying such a transformation are usually associated with the lexical-semantic composition of the predicate. On translating into Tajik from English, most often the negative form of a sentence changes to an affirmative form.

No kidding, I'm sorry - I kept telling her.

Љидди, ман аз ин хеле пушаймонам, - ман ба ӯ гуфтам.

Among the techniques for transforming a sentence, one can include the so-called addition - and its opposite, omission. The addition is more often used on translating from English into Tajik, due to the greater conciseness inherent in the English syntax; accordingly, translation from Tajik into English sometimes allows significant omissions.

The most common condition for addition, along with others, is the presence of subtext, an implied component of the statement in the source text, which, according to the laws of the source language, can be implied, but in the conditions of the translating language must be defined verbally.

To summarize, it should be noted once again that the translation techniques discussed here, as a rule, complement each other, thus partially compensating for the inevitable losses of information associated with the transformation of the source text. We should not forget that each such technique is aimed, first of all, at the optimal way of transmitting source information in forms acceptable to the translating language and cultural tradition.

References

1. Essential English for Medical students (bachelor)/Z.A. Mukhamadieva, S.K. Khamroeva//study guide. -Dushanbe, -2018.- 192p.
2. Usmanov, K./ Comparative grammar of English and Tajik languages / K. Usmanov. //Khujand: Nuri ma'rifat. 2015. - 380 p.
3. Garry J. & Rubino C. Facts about the World's languages. /H.W. Wilson. 2001.
4. Fedorinova Z.V., E.S. Eremeeva /Differences Between Russian and English Language //Young scientist. - 2012. - № 9. - P. 198-199.

Relevance. The English language, as one of the means of communication and knowledge of the world around us, takes place a special place in the system of modern education due to its social, cognitive and developmental functions. Working in higher educational institutions with a medical focus on English, we constantly think about how the structure and what method to choose that lessons be more effectively. As practice has shown, this can be achieved by using a communicative approach in teaching English, the goal of which is to teach students to freely navigate a foreign language environment and be able to respond adequately in various situations.

The purpose of the study will be comparison of methods of teaching English.

Material and research methods. The communicative approach is the best motivated: its goal is to interest students in learning English by means of accumulating and expanding their knowledge and experience. Students must be prepared to use the language for real communication outside of class, for example, during a conference or report, during a meeting with doctors, when corresponding with friends, etc. Some try to learn the language on their own with the help of tutorials, audio lessons and other materials that help them master the English language in a short period of time. But not everyone can master English they often turn to teachers.

The learning process using a communicative-oriented approach is between the teacher and the student. The relationship between them is based on cooperation and equal verbal partnership. During the lesson, the following principles are usually taken into account:

Firstly, speech orientation, teaching foreign languages through communication. This means a practical orientation of the lesson. Only lessons in the language, not about the language, are legitimate. Of course, at the initial stage it is impossible to teach a lesson only in a foreign language. But key phrases that are repeated from lesson to lesson must initially be voiced in the target language.

Secondly, functionality presupposes that both words and grammatical forms are acquired immediately in the activity: the student performs some speech task - confirms a thought, doubts what he heard, asks about something, encourages the interlocutor to act, and in the process learns necessary words or grammatical forms.

Thirdly, situationality, role-based organization of the educational process. It is fundamentally important to select and organize material based on situations and communication problems that interest the student. At the initial stage, this is the structure of the skeleton or muscle, symptoms of the disease, especially the similarity of medical terms with the Latin language. Almost always, textbook material can be presented in the form of a situation roles can be assigned, thereby forcing each student to speak the language of the educational process. Experts recommend starting study by mastering the basics, so special attention must be paid again to the alphabet, grammar and reading rules, especially medical ones. Today, many companies combine English language learning with work.

However, the basis of any practical method of teaching an English language is theory. The professional sphere of communication is an interconnected complex of topics and situations determined by the characteristics of professional communication. It includes such communication zones that reflect the specific knowledge and skills inherent in a particular profession.

Study results and discussion. Exercise options using a communication-oriented approach are varied, for example.

It is imperative to take into account the personal orientation of communication. Speech is always individual. Any student differs from other both in his abilities and skills to carry out educational and speech activities and in his characteristics as an individual, and even more so students from different areas.

Communicative learning involves taking into account all these personal characteristics, and only in this way can the conditions for communication be created: communicative motivation is evoked, the focus of speaking is ensured, relationships are formed, etc.

Another important principle is collective interaction - a way of organizing a process in which students actively communicate with each other, and the condition for the success of each is the success of the others.

And finally, exercises. In the learning process, almost everything depends on exercise. The exercise reflects the entire concept of learning. In communicative training, all exercises should be speech in nature, i.e. communication exercises. This could be a retelling of a medical text in your own words, a description of the skeleton, types of muscles, symptoms of a disease, medications, a dialogue between a doctor and a patient, etc. Thus, communicative teaching is teaching organized on the basis of tasks of a communicative nature, for example;

1. Theme «Type of muscles»

2. Translate the word combinations:

the bands of muscular fibers, cervical vertebrae, a blood vessel, according to, body weight, nerve endings, contraction of the muscle, an artificial joint, the point of origin.

3. Finish the sentences choosing the necessary word combination from those given below:

1. The patient was ill for a long time and... 2. About 40% of the body weight... 3. The oblique muscle is called so... 4. The muscles are active agents of... 5. The static muscles are connected with...

motion and contraction, according to its direction, his weight changed greatly, large surfaces of the bones, is formed by the muscles

4. Dialogue

- Hello, Helen! Where are you going?

- Hello, Katy! I'm going to the dissecting room to study muscles.

- May I go with you? I don't know them either. Will you help me?

- Certainly. You must remember that muscles form about 35-40% of the body weight. All muscles are divided into muscles of trunk, head and extremities. What groups of muscles do you know?
- I'm afraid I don't know any. Will you tell me?
- Long, short and wide muscles form three basic groups.
- What does the muscles consists of?
- The muscles consist of a mass of muscle cells.
- What do the muscles take part in?
- They take part in motion and contraction.
- Thank you, Helen. You are kind.

5. Give extended answers:

1. What can you tell us about Prof. Lesgaft? 2 What was determined by Prof. Lesgaft in his research works on muscles? 3. What did Prof. Koveshnikova determine by her scientific work on muscles?

6. Choose the appropriate translation of the following phrases:

соединительная ткань, кровеносный сосуд, вес тела, сокращение мышцы, нервные окончания, место начала, пучки мышечных волокон, поверхность кости, в соответствии с, искусственный сустав, шейные позвонки.

the surface of the bone, connective tissue, the bands of muscular fibers, cervical vertebrae, a blood vessel, according to, body weight, nerve endings, contraction of the muscle, an artificial joint, the point of origin.

Conclusion. Based on this lesson, we came to the conclusion that communicative forms of work help to increase the motivation and interest of students in learning English. At the same time, the essence of the communicative method of teaching speaking is revealed that the purpose of this method is to develop the student's personality, prepare him for communication, teach students the technology of learning foreign languages and develop their self-educational potential to satisfy their personal interests in learning a foreign language. In oral speech, the student must be able to express his opinion, feeling; formulate a demand, request, take part in an exchange of opinions, discussion, and conversation.

Communicative interaction, as is known, is, on the one hand, the expression of any thoughts using language, i.e. generating statements, and on the other hand, understanding what others say, i.e. understanding their thoughts expressed in linguistic form.

Based on the studied essence of the communicative method of teaching a foreign language and analysis of typologies of communicative tasks, we developed a model of an English lesson using communicative exercises for students studying English on the topic "Muscles", taking into account the level of students' preparedness.

So, we have come to the conclusion that this method represents the implementation of a method of teaching in which orderly, systematized and interrelated teaching of a foreign language as a means of communication is carried out in the conditions of speech activity modeled during training sessions - an integral and integral part of the overall activity.

References

1. Galskova N.D., Gez N.I. Theory of teaching foreign languages: Linguodidactics and methodology: higher. ped. Textbook institution. - M.: Publishing center "Academy", 2004. - 336 p.
2. Pedagogical practice of students of the Faculty of Linguistics: Method. Instructions / Compiled by: O.A. Simonova, S.G. Kulagina; Surgut. State univ. - Surgut: Surgut State University Publishing House, 2004. - 54 p.
3. A.M. Maslova, Z.I. Winnestein, L.S. Plebeyskaya "Essential English for medical students". -M. GEOTAR-Media, 2015.- 336p.
4. Z.A. Mukhamadiev, S.K. Khamroeva, G.H. Mirzoeva. English (dialogues in pairs) for the 1st and 2nd year students of Medical, Pediatrician, Stomatology, Pharmaceutical, Public Health faculties and the faculty of bachelor. -Dushanbe, 2018.-72-76p.

Mukhamadiev Z.A.

THE INFLUENCE OF THE NATIVE LANGUAGE IN THE PROCESS OF TEACHING A FOREIGN LANGUAGE

Foreign languages department of SEI "Avicenna Tajik state medical university"

Relevance. As we know, a foreign language is usually studied with a comparison of the native language, since without comparison problems may arise and it is studied either for communication or for reading necessary materials to get additional information. In fact it is humanitarian also to accept mother interference in Learning a foreign language.

The purpose of the study. To compare the systems of the native and foreign languages.

Material and research methods. Throughout the history of English language teaching and second language acquisition, the role of mother tongue has been an important issue. The various views are reflections on the methodology changes in English language teaching, which have in such way brought different perspectives on the role of mother tongue. I would like to find out to what increase and what decrease the role of mother tongue in the process of teaching a foreign language. Although the use of mother tongue was banned by the supporters of the direct method at the end of the nineteenth century, the positive role of the mother tongue has recurrently been acknowledged as a rich source which, if used judiciously, can assist second language teaching and learning.

Learning a foreign language always faces the problem of the influence of the native language at every stage of learning. This influence is stronger the lower the student's level of language training and the less time allocated for practical classes.

The final result of training, the effectiveness of the methodological techniques used, depends not only on the educational abilities of the student, on the basic level, but also on the amount of training time for practical work in the classroom. It is impossible to achieve the level of communication for fluent communication in a foreign language with two or three hours a week. Independent work in the absence of stable motivation does not have the proper impact on the process of developing

communication skills. On studying a foreign language, it is necessary to compare the systems of the native and studied languages in the field of phonetics, vocabulary and grammar, which gives a unit of communication. The text is essentially the basis for the methodological selection and organization of educational material. The communicative approach focuses on the basic functions of communication. And here we need such linguistic means that make it possible to implement the basic principles of communication, providing each communicative type of speech and each functional variety of dialogue. Physiologists and psychologists conclude that the possession of a second language is not just the accumulation of linguistic material but also the restructuring of human speech mechanisms for interaction, for the parallel use of two or more language systems; this is the ability to conduct a comparative analysis of a linguistic phenomenon. The essence and peculiarity of the bilingual approach in modern methods is the stimulation of familiar connections of lexical units when necessary or possible to choose between two language systems.

Study results and discussion. Every word in any language system has corresponding semantic connections. Therefore, the literal transfer of these connections from the native language to another is the second feature of bilingualism. The third feature of the formation of the mechanism of bilingualism is associated with the law of the dominant language, which suppresses the second and other languages and is the cause of not only lexical, grammatical, but also linguistic interference. The problem of comparing foreign and native languages invariably arises every time when developing methods for teaching a foreign language, when translating text. The complexity of this problem is reflected in the well-known methodological principles of teaching: reliance on the native language, taking into account the native language, complete exclusion of the features of the native language from the process. Until now, no authoritarian decisions can change the real state of affairs: all speech mechanisms have been formed and work in the native language and reflect the national vision of the surrounding reality. Therefore, in the learning process, especially at the initial stage, it is necessary to use experience and knowledge in the native language as an aid. Only with a high level of proficiency in a foreign language, with a deep understanding of the laws of functioning of language systems, does coordinate bilingualism begin to take shape with two conceptual bases, each of which is associated with one language.

But even at this linguistic level it is impossible to completely exclude the native language, as this sometimes hinders the understanding of national, cultural and regional characteristics. The formation of a linguistic personality through language systems, the role of the structural organization of the text for the development of a linguistic personality are reflected in the works of Yu.N. Karaulova, V.V. Vinogradova, I.V. Arnold et al. We can achieve a positive effect through comparison with the native language, which enhances the impact on the learner, since any linguistic phenomenon has the function of highlighting, underlining, conveying emotions, and expressing expression.

Thus, in order to avoid repetition of the same words, the need for lexical substitutions arises. However, such replacements are not always convenient and acceptable. In particular, difficulties arise when creating special texts when another name for a scientific concept is not possible due to its clear content. In this case, the use of keywords of the native language is inevitable. Literary, journalistic, and scientific texts reveal a desire to diversify the names in the flow of speech, to update the vocabulary, vocabulary content. However, the possibility of substitutions here also has certain textual limitations. In addition, the absence of substitutions (with lexical repetition) can increase the semantic and stylistic tension of the text and, therefore, enhance its expressiveness. Thanks to the psychological phenomenon of transfer, two languages - the foreign language being studied and the native language - enter into complex interaction with each other. This interaction is both stimulating, helping the process of understanding the text, and interfering, interfering with this process if the translations do not correspond to the semantic task of the original source.

Each language can be considered as an integral system in which everything is interconnected and interdependent. Language serves for communication, is realized in the process of communication, i.e. in the process of certain interrelated speech actions. Any language contains certain sound, lexical material and structures; this material is recognized or reproduced in the process of speech, since it exists in a ready-made form. To express thoughts, this material must be selected and combined in accordance with what we want to express. When perceiving someone else's speech, we not only recognize this material, but also relate it to the context and speech situation in order to understand the utterance. In order for us to focus our thinking and voluntary attention on the content of the utterance, the reproduction and recognition of material for speech, as well as some other operations with it, must be completely automated. Since all these operations are common to many languages, it is obvious that they will be common to each of the pairs of these languages – the native one and the foreign one being studied. Sometimes two languages may have exactly the same or very similar sounds, letters, words, structures. However, the coincidence is rarely complete: an identical sound appears in a word that is alien to one of the two languages, a similar word changes differently in two languages, identical structures are filled with different vocabulary, etc.

Conclusion. Thus, what is different in two languages is usually intertwined in the most bizarre way with what is similar or identical in these languages, and consequently, the relationship between positive transfer and interfering moments is characterized by great complexity. From the above, the following conclusions can be drawn:

- Differences and similarities or identities in the two languages exist both in the area of material for speech and in the area of operations with this material.
- On mastering a foreign language, the named differences and similarities, the identities of the selected options, most often appear in the form of skills, similar or different, and these similarities and differences are intertwined.
- Consequently, in order to anticipate the possibilities of positive transfer and interference on mastering a foreign language, it is necessary to keep in mind both the material of two languages and the abilities to be used in the communication process, in the process of translating text and text-forming means.

Taking into account the native language plays an extremely important role as a means of communication, as an intermediary in organizing the structure of the text. The modern era of broad international cooperation and dialogue between cultures forces us to rethink the attitude towards the country of the language being studied, in particular to avoid ideological labels, to see, first of all, universal values, and the importance of comparing translated texts cannot be overestimated. In this case, one of

the important places should be the extraction of information from the text, the ability to divide the text into semantic parts, highlight the main idea in each of them, and distinguish between basic and detailed information. This underlies the formation of such skills as penetration into the specifics of national and cultural concepts characteristic of a given foreign language, the ability to understand regional studies commentary, establish cause-and-effect relationships between facts from history, geography, literature when reading foreign language texts, and the ability to apply acquired knowledge. Thus, we can conclude that the ways to develop these skills, among others, are updating, comparison and systematization.

References

1. Li, D. Teaching Business Translation / The Interpreter and Translator Trainer. - 2013.-№ 7.-P. 1-26.
2. Structural-semantic classification of construction terms in English and Uzbek languages. ACADEMICIA: / Gafurova N.I. // An International Multidisciplinary Research Journal.- 2021. - 11(5).-P.571-575.
3. Ekvivalentsiz leksikaning O'zbek va Ingliz tillarida ifodalanishi / Mirzaaliyev I., & Oxunov A. //Academic research in educational sciences.- 2021.- № 2(6).- P. 209-212.
4. Essential English for Medical students (bachelor)/Z.A. Mukhamadiev, S.K. Khamroeva//study guide. -Dushanbe, -2018.- 192p.

Mukhamedova I.G., Parpiev F.M.

OPTIONS FOR BONE PLASTY IN THE TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMYELITIS OF TUBULAR BONES

Department of Traumatology, Orthopedics and Military Surgery, ATSMU

Relevance. Surgery for chronic osteomyelitis at the present stage is plastic reconstructive surgery. Treatment aimed at removing the purulent-necrotic substrate, restoring the integrity and function of the affected bone segment (1.5). Due to the evolution of purulent infection and changes in the body's resistance to it, there has been an increase in the number of unsuccessful treatment outcomes for chronic osteomyelitis. The high rate of relapses after it is associated with the radical nature of the surgical intervention. Radical intervention inevitably leads to the formation of bone cavities. At the same time, the problem of eliminating residual bone cavities, as one of the reasons for the persistent course of the disease in chronic osteomyelitis, remains relevant and debated to this day (1,4). Currently, in order to reduce the possibility of relapse and to fill the resulting bone defect after sequestration, implantable materials with osteoconductive and osteoinductive effects are used. This is plastic surgery of bone cavities using both auto and xenogeneic tissues. One of the effective ways to fill the defect is bone autoplasty using bone tissue of the iliac crest and fibula (4). However, this method cannot fully provide one of the important functions - filling the bone cavity with histologically homogeneous tissue. The problem of the limited possibilities of the autoplasty method forces surgeons to resort to the search for new biocompatible composite materials that are identical to bone tissue and methods used for the treatment of chronic osteomyelitis, which indicates the relevance of improving methods for the treatment of chronic osteomyelitis.

Purpose of the study. Study of the results of replacement of bone cavities formed after sanitation of a purulent focus in patients with chronic osteomyelitis.

Materials and methods of research. The results of surgical treatment of 145 patients with chronic osteomyelitis of long bones, who underwent bone grafting in the conditions of the Traumatology and Orthopedics Clinic at the National Medical Center-RT, were analyzed. According to a retrospective analysis of medical records, there were 104 (71.7%) males and 41 (28.3%) females. The age of the patients ranged from 17 to 65 years. In 50.3% there was damage to the tibia, and in 31.7% to the femur. The localization of the osteomyelitic focus in the tibia in the vast majority of patients - 41 (28.2%) was noted in the upper third of the diaphysis, in 20 (13.8%) patients in the condyles, in 12 (8.3%) - in the distal tibia bones. Among the bones of the upper extremities, the most common localization of the osteomyelitic process was the humerus (26 cases - 17.9%). In a number of cases, chronic osteomyelitis was found in combination with pseudarthrosis and nonunion of fractures - 33 (22.7%), long-term functioning fistulas - 17 (11.7%). Before hospitalization in the clinic, the patients underwent multiple surgical interventions in other medical institutions.

Research results and discussion. Analysis of the material showed that, depending on the volume of the purulent-necrotic lesion, the resulting bone cavity was replaced with bone grafts of different nature. With well-preserved muscle and skin, with localization of the process at the level of the lower leg, mainly in the middle third and shoulder, the presence of a bone defect of up to 3 cm, without the threat of a pathological fracture, in 89 (61.3%) cases the bone cavity was filled with autologous bone, bone graft, taken from the nearby healthy part of the affected segment. Among them, 5 (3.4%) patients with a bone defect of more than 3 cm in the proximal humerus, distal femur and proximal tibia and the presence of extensive scars, it was supplemented with muscle plasty (in the form of free bone grafting in combination with muscle plasty on the feeding pedicle.) In 25 (17.2%) patients, xenoplasty was used. The formation of large-volume or periarticular bone cavities in 31 (20.9%) patients contributed to the performance of combined plastic surgery. In this case, in 26 (17.9%) patients, through the combined use of autologous bone with xenograft. The main sources of autografts in 79 patients were the iliac crest, in 48 patients - the metaphysis of the tibia and part of the fibula. In 8 patients, with incomplete adaptation and stability of the bone graft, the latter was fixed with knitting needles, and in 10 patients with a threat of fracture, the limb was fixed with an Ilizarov compression-distraction apparatus. Postoperative management of patients was carried out according to generally accepted methods. Depending on the location, volume of the bone cavity and method of plastic surgery, the immobilization of the limb was in the form of a plaster splint. Antibacterial therapy in the postoperative period, selected according to the sensitivity of the microflora, was not the only direction. Immunomodulators increased the body's defenses. For desensitization during xenoplasty, antihistamines and calcium preparations were used.

The results were analyzed in the short term to prevent postoperative complications and early relapses, and in the long term - to assess the effectiveness of reconstructive plastic surgery. When assessing the immediate results, attention was paid to the extent of the destructive process in the bone and the condition of the surrounding tissues, the nature of the implanted grafts,

the nature and time of wound healing, since it was noted that when the wound healed by primary intention, the long-term result, as a rule, turned out to be good. With prolonged wound healing, satisfactory results were more often observed, and with suppurative wounds, relapse of the disease was observed. Thus, in 121 (83.4%) patients, postoperative wounds healed by primary intention, including in 77 (53.1%) patients who underwent bone autoplasty, in 22 (15.1%) patients with xenoplasty, in 20 (13.7%) patients with combined bone grafting and one (0.6%) with the combined use of musculoskeletal grafting. In 12 (8.3%), 3 (2.1%) and 6 (4.1%) patients, respectively, with pronounced cicatricial changes in the area of infection, wound suppuration, marginal and widespread necrosis of soft tissues, abscesses in the area surgical intervention led to wound healing by secondary intention. In 3 (2.06%) patients, wound suppuration led to a relapse of the process. They performed a second intervention with removal of the festering part of the graft.

The timing of control radiography corresponded to the timing of immobilization for infected fractures of the corresponding location, every 2 months. In the first 7-10 days, the transplanted bone grafts densely filled the defect and had clear contours. Their structure has not been changed. After 4 months, in 78 patients (87.6%) with autogenous bone grafting, on control photographs the grafts lost their clear outline and merged with the receiving bone almost along their entire length. There was almost complete recovery of cortical bone, but it was inferior to the density of adjacent bone areas. The restoration of the bone marrow space began. In 10 (11.2%) patients, a decrease in the bone cavity was observed with signs of callus formation in the area where the grafts were located. After 5 months, all patients showed a decrease in the bone cavity with restoration of the bone structure and medullary canal. In patients with muscular and xenoplasty, the size of the bone cavity during the studied periods remained the same. Xenografts in the receptive bed adapted easily. In patients with relapse of the osteomyelitic process, areas of destruction were noted.

A comparative x-ray assessment of reparative processes in the area of the bone defect allowed us to come to the conclusion that filling it with autologous bone leads to complete restoration of the integrity of the damaged defect after 6 months.

Long-term results up to two years were studied in 100 (68.9%) patients. As a result of the study, good results were found in 72 (80.9%) patients who underwent bone grafting, in 13 (52%) with xenoplasty, in 21 (80.7%) with the combined use of autograft and xenograft, and in 1 patient (0.7%) with musculoskeletal plastic surgery. They achieved stable remission of the disease with preservation of limb function, absence of trophic ulcers and fistulas. Radiologically, restoration of the anatomical structure of the transplanted grafts with donor bone was noted. The results of treatment were assessed as satisfactory in 13 (14.6%), 8 (32%) and 3 (9.7%) patients, with recovery achieved, respectively. After treatment, they developed limb dysfunction. Unsatisfactory results (relapse or removal of the bone graft) were observed in 4 (4.49%) patients who underwent bone grafting; in 4 (2.7%) - with xenoplasty, in 2 (1.4%) in the case of combined use of auto- and xenograft, and 1 patient (0.7%) - in the case of using auto- and myoplasty, a rejection crisis developed transplant. In these observations, the patients had permanently or periodically functioning fistulas, and perifocal skin changes in the form of pigmentation, dermatitis, and ulcerations were noted. X-ray examination revealed foci of bone tissue destruction in the area of surgical intervention.

Data from the analysis of the results of reconstructive operations showed that a differentiated approach when choosing a plastic surgery method allows one to cope with purulent infection in the lesion, restore the anatomical integrity of the affected limb and significantly improve the functional results of treatment.

Conclusions. Bone autoplasty, like xenoplasty, are effective methods for replacing osteomyelitic cavities. The use of auto-, xeno- and combined types of plastic surgery provided positive results in 132 (91.03%) patients.

Literature

1. Mamyshev A.D., Abdurakhmanov N.S., Zhumabaev A.Zh., Suyunbaev R.T., Muratov K.K. An improved method of osteoperforation for chronic osteomyelitis in patients with diabetes mellitus. Bulletin of KSMA named after. I.K. Akhunbaeva. 2016; 2: 110-112.
2. Mironov S.P. Chronic post-traumatic osteomyelitis as a problem of modern traumatology and orthopedics (literature review) / S.P. Mironov, A.V. Tsiskarashvili, D.S. Gorbatyuk // Genius of orthopedics. 2019. T. 25, No. 4. P. 610-621. DOI 10.18019/1028-4427-2019-25-4-610-621. 37
3. Novomlinsky V.V. Modern aspects of diagnosis and treatment of osteomyelitis / V.V. Novomlinsky, N.A. Malkina, A.A. Andreev A.A. Glukhov, E.V. Mikulich E.V. // Modern problems of science and education. 2016. No. 5. P. 122.
4. Osipova Yu.A. Surgical treatment of segmental bone defects against the background of chronic osteomyelitis / Yu.A. Osipova // Student science and medicine of the 21st century: traditions, innovations and priorities. 2017; 266-267.
5. Afanasyev A.V. Result of staged treatment of chronic recurrent osteomyelitis of the leg. / A.V Afanasyev// Bulletin of Surgery named after. I.I. Grekova. -2017. -No. 176(1). -WITH. 93-96.
6. Shastov A.L. The problem of replacing post-traumatic defects of long bones in domestic traumatology and orthopedic practice (literature review) / A.L. Shastov, N.A.Kononovich, E.N. Gorbach // Genius of orthopedics. 2018. T. 24, No. 2. P. 252-257. DOI 10.18019/1028-4427-2018-24-2-252-257.40.

Murodov Sh.D., Adilova F.Kh., Tuidiev Sh.Sh.

ULTRASOUND DISINTEGRATION OF INFERIOR NASAL CONCHAS OF PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS Department of Otorhinolaryngology named after Yu.B. Iskhaki SEI "ATSMU", Tajikistan.

Relevance. The inferior turbinates are part of the main structures that form the nasal valve and are of great importance in the organization of the nasal cycle. The mucosa of this structure contains ciliated epithelium, which takes an active part in the migration of secretions, i.e. with its help, the nasal cavity is cleansed. Due to the significant surface of the mucous membrane of the inferior nasal concha and the blood supply characteristic of this area, local warming of the air flow entering the nasal passages occurs, its moistening and filtration. The inferior turbinates are considered the most mobile structure of the nasal cavity, which in a fairly short period of time can reduce or increase the lumen of the nasal passages, thereby regulating the flow

of air entering the nasal cavity.

In the etiology of chronic allergic rhinitis, a significant role is played by such local factors as the anatomical and topographical features of the structure of the nasal cavity and paranasal sinuses, as well as the nature of the reactivity of the structures of the mucous membrane of the nasal cavity. Among the common etiological factors in the development of this pathology, climatic, household and nutritional ones are especially distinguished. An important role in the development of chronic hypertrophic rhinitis and allergic rhinitis is played by the climatic factor, which, under unfavorable conditions, leads to circulatory disorders in the nasal mucosa and disruption of its barrier function.

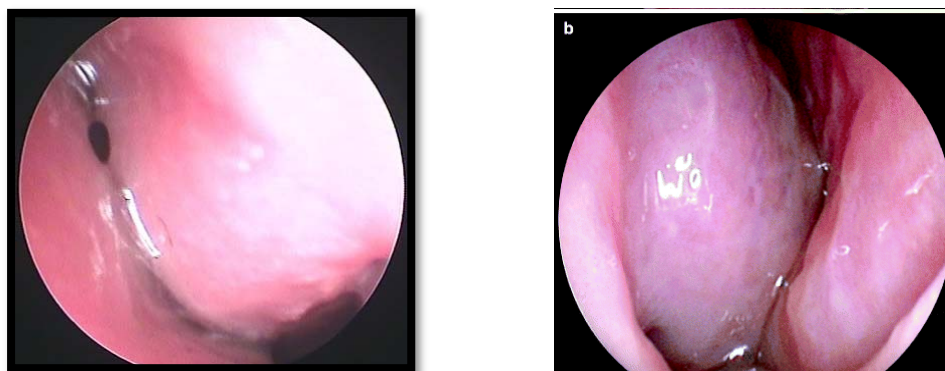
Heredity, past and concomitant diseases can also contribute to the development of chronic rhinitis. Vascular disorders that arise as a result of constant exposure to the causes that cause them lead to functional disorders of the ciliated epithelium and negatively affect its protective function.

According to a number of authors, the main factor leading to morphofunctional changes in chronic allergic rhinitis is considered to be swelling of the corpora cavernosa, which results in hyperplasia of local tissues with an increase in their volume, which is accompanied by worsening nasal breathing.

Purpose of the study. To evaluate the effectiveness of using ultrasound of the nasal turbinates in the treatment of patients with allergic rhinitis.

Material and research methods. From 2022 to 2023, 42 patients with allergic rhinitis were under outpatient observation in the ENT departments of the Shifobakhsh National Medical Center. The age of the patients ranged from 18 to 45 years. Of these, there were 29 men, 13 women. Before the operation, patients underwent ultrasound disintegration of the inferior turbinates and in the postoperative period, they underwent otorhinolaryngological, immuno-allergological, clinical and laboratory studies, as well as a study of the functional state of the nose.

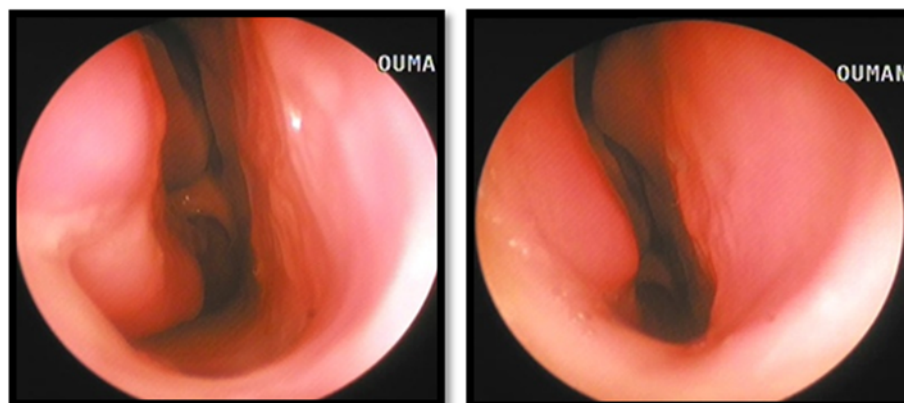
Research results. All patients had complaints of difficulty in nasal breathing, copious mucous, mucous-watery nasal discharge, frequent sneezing and itching in the nose. During rhinoscopy against the background of allergic reactions, a pale bluish mucous membrane was noted nasal cavity, hypertrophy of the inferior turbinates, watery accumulations in the nasal passages. Mucociliary transport before complex treatment averaged from 45 minutes to 1 hour. 15 minutes. Smell impairment of varying severity was detected in all patients.



Pic. 1.

Allergic rhinitis with hypertrophy of inferior turbinate, before USD.

Against the background of antihistamine and corticosteroid therapy, all patients underwent ultrasonic disintegration of the inferior turbinates, as the gentlest and physiological option for turbinate surgery. In the postoperative period, from the day the tampons were removed from the nose, a nasal preparation in the form of a spray "Rinaler" was used, consisting of Mometasone furoate and having strong anti-allergic, anti-inflammatory and anti-edematous properties, 2 doses 3 times a day in each nostril with a course duration of 7-10 days. The postoperative period proceeded without complications. Swelling of the nasal mucosa and swelling of the nasal turbinates decreased on days 5-7 of observation with a gradual restoration of nasal breathing.



Pic.2. Condition of inferior concha after ultrasound disintegration of turbinates.

Mucociliary clearance after treatment averaged 25-35 minutes. As postoperative reactive phenomena were eliminated, a gradual improvement in the olfactory function of the nose was observed in almost all patients.

Conclusions. Treatment of allergic rhinitis is a complex problem that requires gentle surgical treatment methods (ultrasound of the nasal turbinates) and an individual pharmacotherapeutic approach. This choice of treatment for patients with this pathology allows us to reduce the risk of exacerbations of allergic manifestations and achieve the desired effect.

Literature

1. Jankowski R. Chronic respiratory rhinitis [Text] / R. Jankowski [et al.] // European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases. – 2018. – T. 135. – №. 4. – C. 255-258.
2. Kakli H.A., Riley T.D. Allergic rhinitis. Primary Care [Text] / H.A. Kakli, T.D. Riley // Clinics in Office Practice. 2016;43(3):465-475.
3. Kim S.W. Bronchial hyperresponsiveness in pediatric rhinitis patients: the difference between allergic and nonallergic rhinitis [Text] / S.W. Kim [et al.] // American Journal of Rhinology & Allergy. – 2013. – T. 27. – №. 3. – C. e63-e68.
4. Liva G.A., Karatzanis A.D., Prokopakis E.P. Review of rhinitis: Classification, types, pathophysiology [Text] / G.A. Liva, A.D. Karatzanis, E.P. Prokopakis // Journal of Clinical Medicine. – 2021. – T. 10. – №. 14. – C. 3183.

Muzaffarova N.Sh., Nurquov F.N., Toshtemirova N.B.

RESEARCH ON THE THERMAL STABILITY OF TEXTILE MATERIALS TREATED WITH ANTIPYRENE

Termez branch of Tashkent Medical Academy, Termez city, Republic of Uzbekistan

Relevance. Cotton fabrics are known as one of the most important natural fibers present in the manufacture of clothing, the application of home appliances and industrial products. This is due to the excellent properties of cotton, such as biodegradability, softness, warmth and processing. However, the high flammability of cotton fabrics is considered its disadvantage.

The purpose of the study: the application of an anti-flame agent (antipyrène) to slow down the burning of cotton fabrics and or reduce the spread of flame, for this purpose, we have synthesized antipyrène and studied its fireproofness and thermal stability of cotton fabrics.

Methods and techniques: to determine the thermal stability of fabrics treated with Antipyrènes, we used TGA (thermogravimetric analysis).

Results: the Antipyrène is introduced into the substrate by the soaking method, a chemical cross-linking reaction occurs between the antipyrène and the cotton Matrix, and perfect thermal stability has been determined under high temperature conditions. In addition, antipyrène treated cotton has shown a higher initial degradation temperature and greater coagulation compared to pure cotton. The resulting antipyrène was soaked in cotton fabric and its thermal stability was analyzed in a thermogravimetric way. In TGA fields, a mass loss of 0.05 mg was observed as a result of evaporation of water containing antipyrène up to a temperature of 3mg sample 100° C. Based on the results of thermal analysis (TGA), a mass of 0.10 mg was lost in the temperature range of 100-200° C, a mass of 0.20 mg was lost in the temperature range of 200-300° C, in addition, a mass loss of 0.66 mg was analyzed in the temperature range of 300-450° C. At temperatures 450-543° C, however, 50% of the total mass was found to be thermally decomposed to 0.50 mg (i.e. 1.5 mg of decomposed from 3 mg) (Figure 1).

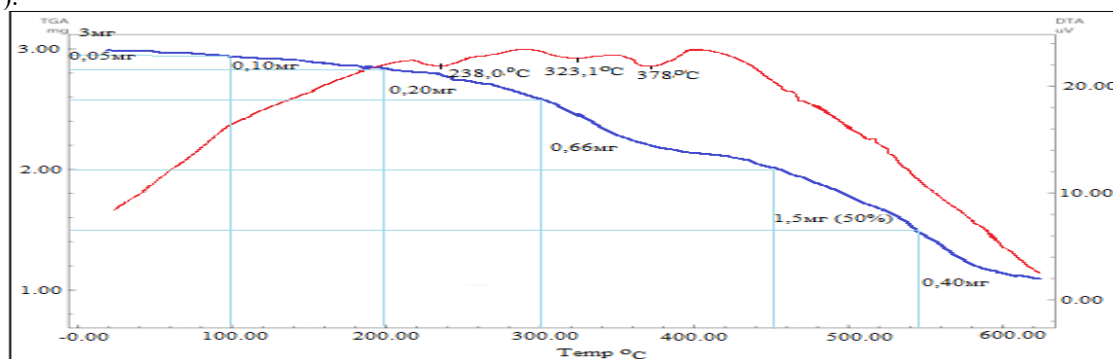


Figure 1. FM branded antipyrène is a fabric sample treated with theinig derivative.

Conclusion: thus, on the basis of experimental data obtained on the kinetics of processes in the temperature range from 50° C to 600° C, the properties of the thermo-oxidative degradation of the impregnated fabric of the FM-branded antipyrène were studied. The thermal analysis of antipyrène-treated cotton fabric has been experimentally determined to have a higher termic stability compared to non-antipyrène-treated textile materials.

Naimov A.M., Parpiev F.M., Razzokov A.A.

PREDICTION OF OUTCOMES IN THE ACUTE PERIOD OF SEVERE COMBINED TRAUMA

Department of Traumatology, Orthopedics and Military Surgery, ATSMU, Tajikistan

Relevance. Among the complex of problems associated with injuries, a special place is occupied by the issues of diagnosis and treatment of combined injuries [1, 2, 3, 4]. The main causes of death are the severity of injuries, defects in medical care, the development of complications, as well as the presence of a subjective factor when assessing the clinical symptoms of a combined injury and when making decisions due to the need to take into account a huge amount of information [4, 6]. In

order to overcome these objective difficulties, many authors recommend using various objective scoring scales [2, 5]. There are very few works in the literature devoted to a detailed analysis of the structure of patients with a fatal outcome due to combined trauma, as well as to the prediction of fatal outcomes based on the analysis of large clinical material.

The purpose of the study is to improve the results of treatment of combined injury by predicting its outcomes and optimizing treatment tactics in the acute period of combined injury.

Material and research methods. The work is based on the analysis of data from 3186 patients with combined trauma observed at the National Medical Center of the Republic of Tajikistan for the period 2013-2022. Due to the characteristic features of combined trauma, their diagnosis and treatment were carried out with the participation of an orthopedic traumatologist. There were 2432 men (76.3%), women – 754 (23.7%). Age of patients: 18-44 years – 2290 (71.9%), 45-59 years – 638 (20.0%), 60-74 years – 258 (8.1%). Lethal outcomes were observed in 514 (16.1%) patients. By the concept of “severe combined injury” we mean if the severity of the injuries on the Nazarenko scale is more than 12 points. The criteria for including patients in this work were: the presence of damage in two or more generally accepted locations; age of patients from 18 years or more; the severity of the patient’s condition on the Gumanenko scale is more than 20 points; - the severity of injuries on the Nazarenko scale is more than 13 points. Examination and treatment of patients was carried out around the clock in a highly specialized medical institution, equipped with the necessary equipment, with the participation of all necessary specialists. The inclusion of patients in the present sample was continuous. During the period of traumatic shock, complex diagnostics and treatment, including surgical treatment, were carried out in a highly specialized emergency room with an intensive care unit and an operating unit. To relieve the manifestations of shock and stabilize hemodynamic parameters, the patients, taking into account the dominant injury, were transferred to specialized departments. Depending on the diagnostic and treatment tactics, patients with combined trauma were divided into two groups. In the main group, 1669 (52.4%) patients were diagnosed and treated using optimized approaches based on predicting the likelihood of deaths; in the control group, 1517 (47.6%) patients were diagnosed and treated using traditional approaches. In addition to determining the generally accepted clinical symptoms, when collecting clinical data, the results of an objective assessment of the severity of the patients’ condition according to the Gumanenko scale and the severity of the patients’ condition according to the Nazarenko scale were used. During the work, also in a comprehensive examination of patients with combined trauma, based on its clinical manifestations, all necessary research methods were used according to indications (radiography, ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging, laboratory tests, etc.). By formalizing the characteristics obtained using the above research methods, a database was formed, which was subjected to statistical processing. The comparison of the frequency of signs in deceased and non-dead patients was chosen as the basic thesis for statistical processing. Statistical processing of clinical material was carried out using the application package “Statistica 10.0” (Statsoft Inc, USA). The normality of the sample distribution was assessed using the Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov tests. Quantitative values were described in the form of mean and standard error, qualitative values were presented in the form of absolute and percentage values. Paired comparisons of qualitative indicators between independent groups were carried out using the χ^2 criterion. When comparing two groups on a binary basis, the odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI) were calculated. Differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results and its discussion. The results of the study did not reveal the statistical significance of the effect of the gender of patients on the mortality rate. Statistical differences in the mortality rate are determined only in elderly (60-74 years) patients (10.9% and 7.6%, respectively). A statistically significant predominance of the mortality rate is observed in patients with sub-compensated and decompensated somatic diseases. A statistically significant increase in this indicator was established in case of road traffic accidents (61.1% and 51.6, respectively). The largest number of observations, both in the general sample and among deceased and non-dead patients, occurs in patients with injury severity of 21-22 and 23-25 points on the Nazarenko scale. As the severity of injuries increases, among the deceased there is a tendency for the proportion of deaths to increase, while among the non-dead this trend is inversely proportional. In general, the severity of the condition in 1985 (34.1%) patients was assessed as moderate (13-20 points), in 1569 (49.2%) - as severe (21-31 points), in 358 (11.2%) - as extremely severe (32-45 points) and in 174 (5.5%) as critical (>45 points). In a comparative analysis, in the above samples, the proportion of those who died increased from 14.4% to 28.8%, while among those who did not die, this figure decreased from 37.9% to 1.3%. In a comparative analysis of the frequency of lethal and non-fatal outcomes depending on the severity of the patients’ condition, also as this indicator increases, assessed by the Gumanenko objective scale, among the deceased there is a tendency to increase the proportion of lethal outcomes as the severity of the patients’ condition increases, while among For those who have not died, this trend is inversely proportional. With intercompeting injuries, the most statistically significant increase in the proportion of deceased patients compared to non-dead patients is observed (OR = 1.99; 95% CI = 1.64-2.41), which indicates their significant significance in the development of deaths. Finally, according to the results of the study, a statistically significant significance of the classical and clinical forms of fat embolism syndrome (FES) in the development of deaths in severe forms of combined trauma was established. A statistically significant adverse effect of FES on the development of deaths in severe combined injuries is observed only in the classical and subclinical forms of this complication.

During the work in the main group, the treatment tactics for the acute period of severe combined injuries were optimized, taking into account the identified risk factors for the development of deaths. Optimization of treatment tactics was as follows:

- introduction of modern stable and minimally invasive technologies for the treatment of fractures;
- preventive diagnosis and specific prevention and treatment of fat embolism syndrome;
- improvement of treatment tactics taking into account objective methods for assessing the severity of injuries and the condition of patients;
- introduction of modern methods for diagnosing injuries (computer and magnetic resonance imaging, express method for diagnosing fatty globulemia, etc.);
- improving the organization of specialized medical care for the injuries discussed.

Based on the above results, we have developed a scale for predicting lethal outcomes in the acute period of severe

combined injuries, which was also used to optimize the treatment tactics for the injuries discussed in patients of the main group. This scale is based on the principle of statistical significance of the prognostic criteria used for the development of lethal outcomes, as well as the assignment of certain points to this feature, taking into account its statistical significance, using the method of expert assessments. Testing of the proposed scale was carried out in the main group (n=1517) by comparing the results of predicting fatal outcomes with the actual outcome of the injuries discussed. The average score in the total sample was 47.7 ± 3.4 points. The effectiveness of the developed scale as a whole amounted to 1424 (93.9%) positive results, which exceeds the recommended indicators for similar scales (more than 80%). Negative results were established in 93 (6.1%) cases. A direct dependence of this indicator on the value of the sum of points was established: with a score of up to 20 (not found in our material), the probable prognosis for the development of a fatal outcome was considered low; with a total score from 21 to 40 points (n=586) it was 502 (85.7%), with a total score from 41 to 60 (n=783) it was 774 (98.9%), with a total > 61 points (n=148) – 148 (100.0%). As a result, with a total score of up to 20, the probability of death should be assessed as low, from 21 to 30 points as average, from 41 to 60 points as high, and over 61 points as very high. It should be noted that the use of the results of the proposed scale for predicting lethal outcomes in the acute period of severe combined trauma should be taken not as a verdict for the patient, but as a guide to action when choosing the optimal tactics for treating the injuries under discussion. In particular, taking into account the results of the developed scale, we use the following optimized tactics for the treatment of combined injuries:

- if the prognosis is low, it is necessary to resort to the use of the entire range of therapeutic and diagnostic procedures according to indications;
- with an average prognosis, it is necessary to resort to an incomplete diagnosis scheme and minimally invasive technologies;
- with a high prognosis, priority should be given to resuscitation measures, and surgical interventions should be performed only for health reasons;
- with an extremely high prognosis - only complex treatment of shock and vital disorders.

The results of using the optimized tactics turned out to be better than in the control group, as evidenced by a statistically significant decrease in the frequency of deaths (13.5% and 18.5%, respectively, $p < 0.01$).

Conclusion. The statistical significance of the probability of the development of lethal outcomes of severe combined injuries depending on the age of the patients, the presence of subcompensated and decompensated forms of somatic diseases, types of injuries, localization of the dominant injuries, the severity of the injuries and the condition of the patients and the presence of classical and clinical forms of fat embolism syndrome has been established. Taking into account the identified risk factors, a highly effective scale has been developed for predicting the likelihood of developing lethal outcomes in the acute period of combined trauma, the introduction of which into clinical practice helps to improve the results of the injuries discussed. The introduction of optimized approaches in combination with the use of the results of predicting the probability of fatal outcomes contributed to a statistically significant decrease in this indicator compared to traditional approaches (13.5% and 18.5%, respectively, $p < 0.01$).

Literature

1. Inozemtsev E.O., Grigoriev E.G., Apartsin K.A. Current issues in surgery of combined injuries. Polytrauma. 2017;1:14-8.
2. Razzokov A.A., Salimzoda N.F., Salikhov D.N., etc. Improving medical care, diagnosis and treatment of the acute period of multiple and combined trauma. Dushanbe, RT: Maorif; 2016. 649 p.
3. Shchekolova N.B., Nenakhova Y.V., Zubareva N.S. Analysis of mortality, errors and complications in the treatment of victims with multiple and combined injuries. Ural Medical Journal. 2015;7:127-31.
4. Reith F.C., Lingsma H.F., Gabbe B.J., Lecky F.E., Roberts I, Maas A.I. Differential effects of the Glasgow Coma Scale Score and its Components: an analysis of 54,069 patients with traumatic brain injury. Injury. 2017; 48(9):1932-1943.
5. Skaga N.O., Eken T., Sovik S. Validating performance of TRISS, TARN and NORMIT survival prediction models in a Norwegian trauma population. Acta Anaesthesiol Scand. 2018;62(2):253-266.

Najmiddinova D.M.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF POSITIVE EMOTIONS (JOY, SURPRISE) AND THEIR INFLUENCE ON HUMAN BEHAVIOR.

Department of foreign languages SEI "ATSMU"

Relevance.

Emotions are indicators that reflect what a person is feeling at a given moment. They may hide them by using false words, but if you watch their facial expressions, gestures and body language, you can find out the truth.

Purpose. To determine the psychological characteristics of positive emotions (joy, surprise) and their impact on human behavior.

Materials and methods. Emotion is a mental process of medium duration reflecting a subjective evaluative attitude to existing or possible situations and the objective world. Positive emotions are a positive response to an event that induces a state of joy and fully corresponds to expectations and internal attitudes. They are derived from the received positive energy, directed in various forms - material, mental, verbal or in combination, coming to us from other people, things, phenomena.

Positive emotions include joy, pleasure, delight, elation, jubilation, confidence, pride, sympathy, trust, love, admiration, emotion, respect, relief. However, some psychologists believe that such emotions as interest, curiosity, amazement are also positive, although canonically they are neutral.

When a person experiences positive emotions, they immediately show up on their face and body. Let's take a look at a few frequent emotions and how they can be unraveled.

Happiness

Happiness is the human condition that corresponds to the greatest inner satisfaction with the conditions of one's being, completeness and meaningfulness of life.

Happiness = deep satisfaction with life + maximum positive emotions + minimum negative emotions. Manifestation:

- Mouth smiling (open or closed position).
- Laughter is possible, but probably not loud.
- "Crow's feet" on the sides of sparkling eyes.
- Slightly raised eyebrows.
- Head held straight.

Joy

Joy is an inner feeling of satisfaction, pleasure, cheerfulness and happiness. There is joy in contemplation, in movement, joy in communication, in learning, in beauty, in life. It is the opposite of sadness and sorrow.

It is possible to distinguish joy from happiness, for this purpose pay attention to the speech of the interlocutor. He can use the following words: cheerful, playful, comfort, satisfaction, harmony, celebration. The manifestations are similar:

Desire

Desire is a middle degree of will, between a simple organic want on the one hand, and a considered decision or choice on the other. Not all psychologists and scientists consider this emotion to be positive, however, it all depends on the individual and the situation. For example, if determination is added to the desire to achieve what is desired, then a person experiences a pleasant feeling because he or she knows what to do.

- - Eyes wide open, pupils dilated.
- - Slightly raised eyebrows.
- - The lips are smiling, yet slightly parted.
- - The head is tilted forward, as if trying to seize what he wants.

Admiration

Admiration is a social emotion evoked by the approval of people who demonstrate their talent or skills beyond accepted standards.

- Eyes wide open.
- A fixed gaze.
- Passionate desire to shorten the distance with the object of admiration.
- Open mouth.
- Face relaxed.

Interest

Interest is a positively coloured emotional process associated with the need to learn something new about the object of interest, increased attention to it.

For some psychologists it is neutral, for others - a positive emotion that allows a person to turn increased concentration of attention to an object, thought or interlocutor and get satisfaction in this regard.

- Steady gaze at the object of interest.
- Slightly raised eyebrows.
- Lips slightly pressed together.
- Head straight or forward.

Surprise

Surprise can be pleasant or unpleasant, but we will consider the former case as we analyse positive emotions.

Pleasant surprise is a cognitive emotion that arises when an unexpected situation occurs. It can occur as a reaction to meeting an old friend, receiving a compliment, or receiving a gift.

- Eyes wide open.
- Highly raised eyebrows.
- Lower jaw dropped.
- Head slightly thrown back.

Relief

Relief is a state of lightness, release from something. This emotion appears when a person was tense inside, expecting news and is set for the worst case scenario. However, the news turned out to be good for him.

- The outer edges of the lips are lowered.
- The mouth is slightly tilted or smiling.
- The head is tilted.
- To correctly interpret a person's emotions, one sign is not enough. You will need to gather a variety of information. Pay attention to the following elements:
- - Cues: when a person thinks about something or experiences an intense emotion, it is immediately reflected in their behaviour, body language, gestures and facial expressions.
- - Changes in body language and behaviour: if a person changes their body language, behaviour, facial expressions and gestures, it means that something significant has happened in their inner world. Try to understand what you said, how you behaved a few seconds before.
- - Clusters: psychologists claim that it is much more effective for understanding a person's emotions to analyse not just one clue, but several clues combined into a so-called cluster. If your interlocutor first leans slightly towards you during the dialogue, listens attentively, and then raises his eyebrows slightly, it most likely indicates that he is interested. Try to view the prompts as a whole group rather than individually.

- - Character: You can be very wrong in interpreting the body language and behaviour of your interlocutor if you don't know about his character and temperament. Choleric, phlegmatic, sanguine and melancholic behave very differently in the manifestation of the same emotions, so try to begin to make his psychological portrait. Otherwise you will perceive phlegmatic as a timid person, and sanguine emotions as joyful, although in fact it may be the opposite.
- - Context: Every situation is unique, so you first need to understand what the specific context means to your interlocutor. He may react completely differently to the same words. Also take into account his mood at the moment, his general psychological state and the presence of other people. For example, in a dialogue the interlocutor may reveal himself from one side, and when a third person appears, he may behave completely differently. Always take into account new factors so that you do not make a mistake with the interpretation.

The result of the study and their discussion. It is important not only to promote positive emotions in the person you want to understand and influence, but also to interpret them correctly. Joy and happiness are positive emotions, but clearly learn to distinguish the former from the latter because it can have big consequences.

Conclusion. When you learn to recognize positive emotions, you will be able to bring your interlocutor out of an unproductive, negative state and into a positive one. Remember that it is much easier to influence a person if they are comfortable with you and if you evoke positive emotions in them.

Reference

1. Ryan, R. L., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. Ryff, C. D., & Singer, B. H. (1998). Contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1—28. Ryff, C. D., & Singer, B. H. (in press). The role of emotion on pathways to positive health. In R. J. Davidson, H. H. Goldsmith, & K. Scherer (Eds.), *Handbook of affective science*. New York: Oxford University Press.
2. Izard K.E.. The Psychology of Emotions per. from Engl. St. Petersburg, 1999. P.464.

Normatova M.A.

PREDICTIVE BIOMARKERS IN GASTRIC CANCER

Department of surgical disciplines №2, KHSMU, Tajikistan.

Introduction. In the world, gastric adenocarcinoma (GC), which accounts for almost 800.000 fatalities globally, is the third most prevalent cause of cancer-related deaths and the fifth most common cancer overall. Geographically, GC has a variable incidence and prevalence, and it affects men twice as frequently as it does women. According to newly available statistics, East Asia, Central Europe, and Eastern Europe account for 87% of all newly reported cases of GC globally. The main risk factors for gastric adenocarcinoma are dietary variables, such as high salt intake, tobacco use, and infection with *Helicobacter pylori* (H. pylori). Individual cancer risk is further modulated by host variables, such as polymorphisms in the genes encoding for pro- and anti-inflammatory cytokines, environmental factors, and socioeconomic status. Barrett's mucosa and gastroesophageal reflux disease are linked with proximal gastric cancer (GC) and esophagogastric junction cancer.

Epstein-Barr virus-associated (EBV), microsatellite instable (MSI), chromosomally instable (CIN), and genomically stable (GS) GC are four molecular subtypes that the Cancer Genome Atlas Research Network has proposed and which can be used to stratify patients and design clinical trials for targeted therapy. These investigations connected certain molecular subtypes to certain histological characteristics. Precision medicine and new therapeutic approaches are based on it.

The cornerstone of precision medicine is predictive biomarkers. The development of tissue-based diagnostic biomarkers for stomach cancer, which is regarded as the primary cause of cancer-related deaths worldwide, is summarized in this article. It is a condition that affects the elderly and is frequently detected too late to offer effective treatment. Neoadjuvant/perioperative (radio-)chemotherapy is used in Western nations while adjuvant chemotherapy is used in Eastern nations. New paths for diagnosing Epstein-Barr virus (EBV)-positive, microsatellite-instable, genomically stable, and chromosomally unstable stomach tumors have been made possible by the morpho-molecular classification of this disease.

The purpose of research. To study the role of predictive biomarkers in diagnostic search of gastric cancer variants and detection of therapeutic route according to the molecular type of gastric cancer.

Material and methods of research. A brief literature review of the published articles available on various online reference databases on life sciences and biomedical subjects with further analysis of the relevant data.

Results of research and discussion.

Gastric tumors with microsatellite instability (MSI-GC)

CpG-island methylator phenotype (CIMP) and a very high mutational load are two characteristics of MSI-GCs. In these cancers, the DNA mismatch repair protein MLH1 is usually silenced. Up to 44.5% of all GC cases are MSI-GCs. They are mainly found in the distal stomach and are mostly seen in elderly patients. MSI-GCs have higher overall and tumor-specific survival rates and significantly fewer lymph node metastases. Due to the absence of BRAF mutations, MSI-GCs are not the same as sporadic microsatellite instable colorectal cancer and BRAF cannot be employed as a predictive biomarker like it can in malignant melanomas.

MSI-GC categorization is clinically useful for two reasons: improved patient outcomes are predicted by MSI-GCs, and treatment with immune checkpoint drugs due to MSI-GCs typically express immune checkpoint molecules like PD-L1. The majority of MSI-GCs exhibit loss of MLH1 expression. Therefore, finding MSI-GC may be more affordable by using immunostaining to detect deletion of MLH1. However, additional DNA-repair system components, such as MSH2, can be deleted and may be a sign of Lynch syndrome, despite their rarity in GC. MSI may also serve as a predictive biomarker for the administration of immune checkpoint inhibitors. Anti-PD-1 drugs significantly and consistently improved overall survival, progression free survival, and objective response rate compared to chemotherapy alone in the subset of patients with advanced MSI-GC because MSI-GC typically express PD-L1.

Epstein–Bar-virus-associated gastric cancer (EBVaGC)

Another molecular subtype that exhibits a CIMP-phenotype and accounts for 2-20% of all GC cases is EBVaGC. It typically harbors PIK3CA and ARID1A mutations, JAK2 and CD274/PDCD1LG2 copy-number amplifications, and dysregulation of immune cell signaling components. According to data, EBVaGC is more common in Caucasians than Asians, is more common in men, and affects patients who are younger in age. The proximal stomach and the post-gastrectomy leftover stomach are where it mostly occurs. In comparison to EBV-negative GCs, multiple EBVaGCs are common, whereas lymph node metastases are less frequently found. EBVaGC may have a better prognosis in Asian people than EBV-negative GCs. MSI-GC and EBVaGC cannot coexist. EBVaGC may exhibit intestinal and tubular differentiation histologically. It is common to observe a thick infiltration of lymphocytes that has an undifferentiated character. Therefore, it is important to send any atypical histological phenotype for EBV testing. The best way to do this is using a nuclear signal provided by EBER-in-situ hybridization. Less sensitive is immunostaining. EBVaGCs may react to immune checkpoint inhibitors and, like MSI-GC, express PD-L1. Data on immune checkpoint inhibitors' effectiveness in treating EBVaGC, however, are scarce. Therefore, more research is needed even if the detection and diagnosis of EB-VaGC may be clinically useful.

Chromosomal instable gastric cancers (CIN GC)

Chromosomal instability promotes development of cancer cell populations and intratumoral heterogeneity, which results in cancer resistance. Thus, it is crucial to recognize CIN GC. However, it could not actually represent a separate subgroup but rather a collection of more diverse tumors. Somatic copy number alteration analysis and established molecular markers are the only currently available verified easy diagnostic methods for the diagnosis of CIN.

The TP53 tumor suppressor gene frequently undergoes mutations in CIN GC, which is one of their genetic hallmarks. 71% of their CIN tumors had a TP53 mutation. Therefore, detecting TP53 mutations may be a reliable way to identify CIN in GC. In this situation, the immunohistochemical staining of the protein p53 was thought to be a helpful diagnostic tool, and some organizations attempted to categorize this form of cancer based on the status of the p53 protein.

HER2 stands for human epidermal growth factor receptor 2. The combination of chemotherapy and trastuzumab, a monoclonal antibody that targets the human epidermal growth factor receptor 2 (HER2), was approved by the European Medicines Agency in 2010 as the first-line therapy for advanced gastric or esophagogastric junction cancer that is HER2-positive. Testing HER2 became the first prognostic biomarker for GC after receiving regulatory approval. Numerous subsequent investigations showed a strong correlation between HER2 overexpression and HER2-gene amplification. Overexpression of HER2 is more frequently observed in proximal and intestinal type GCs, respectively, and can be heterogeneously distributed in both the main tumor and metastases.

Genomically stable gastric cancers

According to the Laurén classification, GCs that are genetically stable are characterized by a diffuse histological phenotype. They commonly exhibit rearrangements between CLDN18 and ARHGAP26 or ARHGAP6, as well as mutations in CDH1 and RHOA. Regardless of the molecular subtype, Claudin 18.2 is also being investigated as a therapeutic target in GC in addition to CLDN18 mutations. Claudin 18.2 (CLDN18.2) CLDN18.2, a member of the claudin family, is a component of tight junctions, regulating paracellular barrier functions. Its potential as a druggable target is highlighted by the fact that only differentiated gastric mucosal and primary GC epithelial cells express isoform 2 of CLDN18.2 (CLDN18.2). Ectopic expression is frequently found in several tumor forms, including ovarian, lung, esophageal, and pancreatic cancer. A limited number of studies explored CLDN18.2 in GC.

Conclusion. Precision oncology's cornerstone is predictive biomarkers. Significant advancements in GC treatment have been realized recently. While HER2 targeting continues to be the primary therapy for a small subset of patients with advanced GC, new targets, particularly those addressing immune checkpoint molecules, have been discovered. Immuno-oncology, however, needs to take into account sexual dimorphism in tissue-based diagnoses, medication plans, and patient outcomes. Among other targets, CLDN18.2 is currently being investigated, and more developments are anticipated soon. Intratumoral heterogeneity, which impacts tissue-based diagnostics due to the possibility of sample errors and patient outcomes and may likely result in primary and secondary drug resistance, is the main barrier to precision medicine for GC.

References

1. Ahn S, Kim KM. PD-L1 expression in gastric cancer: interchangeability of 22C3 and 28–8 pharmDx assays for responses to immunotherapy. *Mod Pathol.* 2021;34(9):1719–1727. doi: 10.1038/s41379-021-00823-9.
2. Cristescu R, Lee J, Nebozhyn M, Kim KM, Ting JC, Wong SS, et al. Molecular analysis of gastric cancer identifies subtypes associated with distinct clinical outcomes. *Nat Med.* 2015;21(5):449–456. doi: 10.1038/nm.3850.
3. Haffner I, Schierle K, Raimúndez E, Geier B, Maier D, Hasenauer J, et al. HER2 expression, test deviations, and their impact on survival in metastatic gastric cancer: results from the prospective multicenter VARIANZ study. *J Clin Oncol.* 2021;39(13):1468–1478. doi: 10.1200/jco.20.02761.
4. Lee HH, Kim SY, Jung ES, Yoo J, Kim TM. Mutation heterogeneity between primary gastric cancers and their matched lymph node metastases. *Gastric Cancer.* 2019;22(2):323–334. doi: 10.1007/s10120-018-0870-6.
5. Warneke V, Behrens HM, Haag J, Balschun K, Böger C, Becker T, et al. Prognostic and putative predictive biomarkers of gastric cancer for personalized medicine. *Diagn Mol Pathol.* 2013;22(3):127–137.

Normuratov A.N.

CRUSIAL ASPECTS OF ADAPTATION TO DENTURES AND USING DRUGS CORRECTLY

Department of Orthopedic Dentistry of Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Abstract: The process of adaptation to dentures in patients is influenced by local and systemic factors. The data on the influence of the type of higher nervous activity on the process of adaptation to dentures and on the temporal and physiological characteristics of the formation of an adaptive response are presented. The results of experimental and clinical studies of the

effect of local and systemic use of drugs of various pharmacotherapeutic groups on the parameters of adaptation of patients to dental structures are analyzed. The effectiveness of the use of drugs with stress-protective, antioxidant and antitoxic effects was noted.

Keywords: dental prosthetics, adaptation to dental structures,

Introduction: Rehabilitation of patients who have completely or partially lost their teeth is an urgent problem of orthopedic dentistry. Modern technologies make it possible to carry out effective orthopedic treatment and manufacture high-quality dentures taking into account the individual parameters of the patient. However, it is not enough to make an appropriate prosthesis, it is important to restore full functional activity and psychological comfort of the patient. Functional rehabilitation after dental prosthetics is no less difficult task in modern dentistry than prosthetics itself. It is known that 40% of patients have to adapt to poor-quality dental structures for a long time, and about 30% of patients do not use removable dentures due to problems with adaptation. Therefore, for many years, the interest of dental scientists in solving the problem of patients' adaptation to removable dentures and orthopedic treatment in general has not weakened. The problem of adaptation to dental structures is multifaceted and still insufficiently studied. Many functional systems of the body are involved in the mechanisms of adaptation to dentures. Among them, the central nervous system (CNS) plays the main role, the activity of neurophysiological and metabolic processes, as well as other systemic and local adaptive factors depend on the functioning of which. The so-called stress-limiting systems of the body play an important role in adaptive mechanisms. Important in these processes are time-physiological factors, from the point of view of which adaptation is a wave-like process with a clearly defined rhythm. Systemic factors of adaptation to dentures. Adaptation of patients to removable dentures is, as a rule, a complex and lengthy process, which is influenced by a number of factors. Some features of the adaptation process are common and differ in different people, which is explained by the individual characteristics of the organism. Traditionally, there are two interrelated components of the adaptation process: psychological and functional adaptation. Psychological adaptation is more unstable and largely depends on the type of higher-order functional and neural activity in the central nervous system. Functional adaptation is more complex when it comes to the movements necessary for speech, chewing food and normal facial expressions. This requires a significant restructuring of the usual motor stereotypes, taking into account the new orthopedic structures. Such a psychophysiological restructuring takes a long time and is determined by the speed of neural processes. Adaptation can be considered as a complex of adaptive reactions at different levels, leading to the formation of persistent structural traces of adaptation, the content of which is complete adaptation to the factors that caused disharmony. The body's response when interacting with orthopedic dental structures is formed in accordance with the capabilities of the body, which are determined by the intensity of the influencing factors, the duration of exposure and the availability of functional and metabolic resources. The degree of adaptation is determined primarily by systemic factors, such as the state of the body (presence or absence of concomitant diseases, age), the type of activity of the higher nervous system, psychological state, etc. The type of GNI The patient's adaptation to a complete removable prosthesis is greatly influenced by the functional state of the central nervous system, the level of personal and situational anxiety. It is not by chance that many researchers have shown that the effectiveness of orthopedic rehabilitation in dentistry largely depends on the full consideration by the orthopedic surgeon of not only the clinical and morphofunctional characteristics of the patient, but also his psychoemotional state and personal characteristics. It is noted that even if the morphofunctional characteristics of the alveolar system, the features of the general physical condition of the patient and the quality of the prosthesis are relatively similar, the process of adaptation to them occurs in different ways: in more than 40% of cases, the difficulties of adapting the patient to the manufactured structure do not depend on its design features and technical characteristics, but are largely determined by the mental state of the patient. largely determined by the mental state of the patient. Clinical studies convincingly demonstrate the influence of the type of higher nervous activity and the patient's temperament on adaptation to complete removable prostheses. The type of higher nervous activity (HNI) is understood as innate and acquired features of the nervous system that determine the nature of the interaction of the organism with the environment and affect all functions of the body. The significance of innate and acquired aspects of higher nervous activity depends on the conditions. In extreme conditions, innate mechanisms of higher nervous activity come to the fore, and I.P. Pavlov identified four types of temperament with different adaptive capabilities and resistance to neuroexcitators (Choleric, sanguine, phlegmatic and melancholic can be clearly distinguished. According to literature data, the melancholic type is characterized by the most difficult adaptation to complete removable prostheses, which is explained by the peculiarities of the properties of the nervous system of this type of temperament, namely, the predominance of inhibitory processes over excitatory and low motor capabilities. Adaptation processes in melancholics can be difficult without sufficient reason. Unfortunately, the determination of the psychological characteristics of the patient is not included in the diagnostic protocol of the consultation, which does not allow orthopedic dentists to use psychological testing methods to adequately prepare the patient for treatment and effective subsequent adaptation to prosthetics. However, since these methods are subjective in nature, they cannot objectively assess the patient's adaptation to dental structures and predict the duration of adaptation. Therefore, there is an urgent need to search for indicators that objectively integrate the patient's adaptation to dental structures. Temporal physiology. Aspects of temporary physiology are of great importance in the process of adaptation to removable dentures. If during the adaptation period to take into account the peculiarities of changes in general and local physiological parameters of the body during the day, it is possible to shorten the adaptation period and achieve physical and psychological comfort earlier when using removable dentures. It is shown that the most favorable time interval for the "initiation" of adaptation and its more adequate course is the time interval corresponding to the total volume of oral fluid, tactile sensitivity of the oral mucosa and the minimum indicator of systolic blood pressure, taking into account the chronoprofile of the patient. Such tactics of management of dental patients with complete absence of teeth allows optimizing the process of adaptation to removable plate prostheses and reducing its duration. Age. The duration of adaptation to removable dental structures is also determined by the age of the patient. In elderly patients, especially with signs of cognitive decline in higher mental functions (memory, attention, thinking), the duration of adaptation may be delayed for several months, or qualitative adaptation may be absent. With age, the inhibitory effect of the cerebral cortex on the subcortical centers weakens. Therefore, psychophysiological aspects are of particular importance in the process of adaptation in the elderly.

In such patients, it is important to prevent and eliminate all possible stress factors during prosthetics, as well as to carry out pharmacological correction of the process of adaptation to dentures with the help of stress-protective agents and adaptogens. Pharmacological correction of the process of adaptation to dentures. Pharmacological means are used to optimize the process of adaptation to removable dentures. The literature describes studies in which drugs of local and systemic action are used for this purpose. For example, the effectiveness of local ozone therapy in elderly patients with removable prostheses has been shown. Local application of ozone contributed to the improvement of a number of clinical and experimental indicators of the state of the prosthesis base and oral tissues, as well as generally increased the effectiveness of orthopedic treatment of patients with removable prostheses and improved their long-term prognosis. Topical application and mouthwash with antiseptic solutions are widely used, such as decoction of chamomile flowers, decoction of oak bark, 0.06% solution of chlorhexidine biglucanate and tincture of calendula. These drugs have an antiseptic and anti-inflammatory effect on the oral mucosa and periodontal tissues, creating conditions conducive to both local and systemic adaptive reactions. Adaptation problems arise when oral hygiene is violated in patients with removable dentures. Modern disinfectants for the care of removable dentures and their rational use make it possible to normalize and optimize the adaptation process. The local use of means with pronounced antioxidant and antihypoxic effects in dentistry has proved to be highly effective. In experimental models of inflammation, it was found that hypoxene potentiates the anti-inflammatory effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs, which themselves exhibit a moderate anti-inflammatory effect. The possibility of individualized pharmacological modification of the patient's adaptation to prostheses formed in the oral cavity is investigated. Among the pharmacological methods of treatment, the use of substances with immunomodulatory activity is considered, normalizing the altered parameters of local and systemic immunity and improving the quality of the adaptive response that occurs in the process of "getting used" to the installed prosthesis. Among systemic drugs to improve the process of adaptation to orthopedic structures, those that affect the level of anxiety of patients and have a stress-protective effect are often used [3]. Clinical studies show that a significant part of the adult population is afraid of dental treatment. Ensuring the psychological comfort of the patient is an important factor in the safety of dental treatment and the formation of an adaptive response to dental prosthetics. Stress is a non-specific reaction of the body to severe physical or psychological shocks, the action of which is aimed at adapting to these shocks. The intensity and direction of the stress reaction is determined by various neurochemical systems, one of the main of which is the catecholaminergic system. Since most procedures in the maxillofacial area, including dental prosthetics, are associated with pain, many patients experience psychoneurotic tension, anxiety and fear when visiting the dentist. Approximately 10% of the adult population have a strong fear of dental treatment, and 35% have a strong or moderate fear. For such patients, a visit to the dentist is psychoemotional stress. During treatment, hemodynamic parameters, respiration and blood glucose levels may change in such patients, sweating may increase and existing physical diseases may worsen, which leads to a slowdown in the process of adaptation to dental structures. All these factors undoubtedly affect the quality of treatment and should be taken into account in the work of doctors. Benzodiazepine derivatives can be used for pharmacological modification of the psychoemotional state of patients during a dental appointment. Benzodiazepine derivatives effectively suppress anxiety, anxiety, fear, emotional tension and have a pronounced stress-protective effect. However, the use of benzodiazepines, which have a pronounced sedative and muscle relaxation effect, leads to a violation of concentration, speed of reactions and reduces the patient's ability to work. Due to the possibility of developing drug dependence, these drugs are used for a short time. In addition, the use of these drugs requires strict accounting and administration and cannot be used only by dentists. These factors indicate the need for further search for effective and safe stress-protective agents that could be used exclusively by dentists, including in orthopedic dentistry. The literature presents the results of many studies on pharmacological protection against stress in dentistry.

Conclusion: The problem of adaptation to removable dental structures (prostheses) is one of the most important in orthopedic dentistry, as it largely determines the success of dental prosthetics. Adaptation to removable dentures is a complex and lengthy process, depending on many local and systemic factors. However, the most important role in the adaptation process is played by neurophysiological mechanisms that ensure the development of adaptive reactions of the central and peripheral (autonomic and somatic) nervous systems to qualitatively different sensory stimuli coming from the oral cavity. Adaptation to dentures, of course, depends on the morphofunctional characteristics of the dental system of the patient, but to an even greater extent - on the functioning of the central nervous system and the type of higher nervous activity. To optimize the patient's adaptation to removable dental structures, local and systemic use of various pharmacological agents is possible. As a means of systemic action, anxiolytic and stress-protective drugs are usually used. When choosing pharmacological means of correcting the adaptive reaction, the patient's age, the functional activity of the central nervous system and the type of higher nervous activity should be taken into account. Patients with a melancholic temperament require more intensive pharmacological modulation of the process of adaptation to dentures.

REFERENCES:

27. Astanovich A. D. A. et al. The State of Periodontal Tissues in Athletes Engaged in Cyclic Sports //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – C. 235-241.
28. Astanovich A. A. Comparative Analysis of the Stress-Strain State of the Lower Jaw with Different Splinting Systems in Localized Periodontitis of Middle Gravity by Finite Element Modeling //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – T. 2. – №. 5. – C. 181-187.
29. Ortikova N., Rizaev J. THE PREVALENCE AND REASONS OF STOMATOPHOBIA IN CHILDREN //E-Conference Globe. – 2021. – C. 339-341.
30. Ахмедов А. А. Иммунологические аспекты патогенеза гингивита и пародонтита //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – C. 121-123.
31. Ортикова Н. POLITICAL ELITE AS A SCIENTIFIC PROBLEM //МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ КОНЦЕНСУС. – 2021. – Т. 2. – №. 1.
32. Alimjdjanovich R. J., Khairullaevna O. N., Normuratovich N. A. CORRECTION OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN

CHILDREN WITH NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF DENTAL ADMISSION //Archive of Conferences. – 2021. – С. 108-114.

33. Xairullaeva N. O., Alimjanovich R. J. Improving the effectiveness of therapeutic and preventive measures by correcting psychoemotional stress in children at a dental appointment. – 2022.
34. Maxzuna U., Zafaruz B. IMPROVING THE PROVISION OF THERAPEUTIC DENTAL CARE TO PREGNANT WOMEN //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 618-623.
35. Zafaruz B., Hekmat K. H. A. S. MANIFESTATION OF HERPETIC INFECTION IN THE ORAL CAVITY AND THEIR TIMELY ELIMINATION //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 47-52.
36. Qobilovna B. Z., Nodirovich E. A. EVALUATION OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH REMOVABLE DENTAL PROSTHESES FOR PATIENTS WITH PAIR PATHOLOGY //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2023. – Т. 11. – С. 95-101.
37. Ruziyeva K. A., Burhonova Z. K. K. Complex Application Of Magnetic Laser Therapy And Propolis Tincture For The Prevention And Treatment Of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – №. 06. – С. 127-130.
38. Абдуллаева Н. ИСКРИВЛЕНИЕ ШПЕЕ ПРИ ЗУБОАЛЪВЕОЛЯРНОМ УДЛИНЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНОГО РЯДА //Collection of scientific papers «ЛОГОС». – 2023. – №. May 26, 2023; Boston, USA. – С. 344-348.
39. Jamshed S. PREVALENCE OF PHYSIOLOGICAL BITE FORMS IN PEOPLE WITH DIFFERENT FACE TYPES //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
40. Makhmudova U. B. The Effectiveness Of The Use Of Parapulpal Pins (Ppp) When Restoring Defects In The Crown Part Of The Frontal Teeth //Asian journal of pharmaceutical and biological research. – 2022. – Т. 11. – №. 2.
41. Bakhtiyorovna M. U. Causes Of Removable Denture Breaks And Allergic Reactions //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 374-377.
42. Bustanovna I. N. Assessment Of Clinical And Morphological Changes In The Oral Organs And Tissues In Post-Menopause Women //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3..
43. Nizomitdin A. I. Therapeutic Effect Of Improved Enamel Surface Preparation Technique In The Treatment Of Acute Initial Caries Of Temporary Teeth In Children //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 440-445.
44. Jamshed S. Prevalence Of Physiological Bite Forms In People With Different Face Types //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 451-454.
45. Nazhmiddinovich S. N., Obloberdievich S. J. Optimization of Orthopedic Treatment of Dentition Defects in Patients with Chronic Diseases of the Gastrointestinal Tract //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 157-159.
46. Ахмадов И. Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАСТИЧНЫХ И ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
47. Ахмадов И. Н. Нарушения в системе перекисного окисления липидов при парадантозе //IQRO. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 124-127.
48. Ахмадов И. ОБЗОР СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ //ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ НАВИКАМИ «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ». – 2021. – С. 43
49. Ikramova F. F. Ikramova Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs: Application of lymphotropic therapy for complicated forms of varicosis of the lower limbs //Архив исследований. – 2021.
50. Shoxrux S., Shoxrux I., Faxriddin C. PREVENTION AND TREATMENT OF ORAL INFECTIONS IN DENTURE WEARERS //International Journal of Early Childhood Special Education. – 2022. – Т. 14. – №. 4.
51. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
52. Fakhridin C., Shokhrux S., Nilufar I. ENDOKANAL PIN-KONSTRUKSIYALARNI ISHLATISHDA ASO-RATLAR VA XATOLAR TAHLILI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.

Numonova.A.A.

ANALYSIS OF BLASTOMYCOSIS BASED ON THE STUDY OF BLASTOMYCES DERMATITIDIS

Department of microbiology; Samarkand State Medical University. Samarkand. Uzbekistan

Abstract. This article highlights and describes the characteristic features of the incidence of blastomycosis. The author focuses on the causative agent- Blastomyces dermatitidis, the main symptoms, diagnosis and prevalence of this disease.

Keywords: blastomycosis, Blastomycosis dermatitidis, epidemiology, endemicity, diagnosis

Relevance of the study: In April 2023, in the state of Michigan in the city of Escanaba at the Billerud paper mill (USA), an outbreak of blastomycosis occurred in the workers of this factory. According to preliminary data, all those affected had varying degrees of severity of the disease, more than 100 people were injured, one died. Due to the increase in the number of tourist routes, the migration of a large number of people, the strengthening of interstate relations and globalization in general, there is an increasing likelihood of the spread of this dangerous disease to the countries of Europe, Asia and in particular to Uzbekistan.

Aim: the main purpose of writing this article is a comprehensive review of mycosis in order to better understand the disease and disseminate data about it among a wide range of readers

Materials and methods of research: The objects of the study were fungal spores of *Blastomyces dermatitidis*. The relevance of the research methods is a comprehensive analysis of the data provided by both domestic authors and foreign scientists. Maps of the spread of blastomycosis and a special case of infection in the state of Michigan were also considered

Results and discussions: Blastomycosis is a chronic fungal infection caused by inhalation of *Blastomyces dermatitidis* spores, which initially affects the lungs, and then in many patients tends to hematogenous dissemination.

Epidemiology: the disease is endemic to the following territories: North America, the Ohio and Mississippi River Valleys, Southern Canada, the Northern part of the Midwest, and the Northern part of New York State. However, cases have also been observed in other territories, such as the Middle East, Africa (Congo, Morocco, Tunisia, Uganda), Australia, India, Latin America, Europe and other parts of America Minnesota, Wisconsin, Ohio, Kentucky, Arkansas, Tennessee, North and South Carolina, Virginia, Mississippi, Louisiana

Etiology: *Blastomyces* is currently invalid according to the International Code of Botanical Nomenclature. Along with two other important pathogenic fungi for humans, *Histoplasma capsulatum*, *Paracoccidioides brasiliensis* and *Polytolypha hystricis*, *Blastomyces* species belong to the recently recognized family of fungi *Ajellomycetaceae*. All three main pathogens in this family are physiologically grouped as "dimorphic fungi": fungi that transition from a mold-like (filamentous) form of growth in their natural habitat to a yeast form of growth in a warm-blooded host animal. The fungus is thermally dimorphic, an asexual state of *Ajellomyces dermatitidis*. The mycelial phase is formed at 22-30 °C; the mycelium is branching, with a transverse size of about 3 microns. The microconidia are rounded, oval or pear-shaped, measuring 2 x 10 microns, attached to the lateral conidiophores. Lumpy chlamydospores resembling macroconidia of histoplasmas are detected in large numbers. At 37 °C and in the affected organism, the fungus is represented by a yeast phase. Yeast cells are large (10-20 microns), multinucleated, carry single buds that attach to the mother cell with a wide base. Does not differ in whimsicality to the nutrient substrate. It has common antigens with *H. capsulatum*. When growing on a liquid medium for 3 days, the mycelial form produces exo-antigen A, which can be determined by immunodiffusion in a gel.

Pathophysiology: The primary factor in the development of mycosis is the inhalation of dust containing fungal spores by a person or animal. Further, the fungus in the form of conidia enters the lower parts of the respiratory system. At this stage, the fungus can still be phagocytized and destroyed by the immune cells of the body, however, when it passes into the yeast form, it acquires stability due to its thick walls. In the early stages of the disease, the foci of inflammation are infiltrated by granulocytes, which are then replaced by epithelioid and giant cells. Even with the formation of granuloma, areas of suppuration and necrosis adjacent to intact tissues are revealed. Pronounced alterations predetermine the massiveness of the allocation of the fungus with pathological material. Once in the lungs, the infection can:

- 1) Stay localized in the lungs
- 2) Spread hematogenically

Hematogenic spread can cause focal infection in many organs, including the skin, prostate, appendages, testicles, seminal vesicles, kidneys, spine, ends of long bones, subcutaneous tissues, central nervous system, mucous membrane of the mouth or nose, thyroid gland, lymph nodes and bone marrow. The incubation period ranges from a few weeks to 4 months. The disease can begin as a respiratory infection with minimal symptoms, and then progress dramatically.

Clinical symptoms: Blastomycosis infection has common features, however, depending on the affected organ, it can acquire distinctive symptoms. They will be presented in table number 1.

Table number 1. Symptoms of blastomycosis depending on the damaged organ

Respiratory system	Productive or frequent dry cough, chest pain, shortness of breath, fever, chills and severe sweating, weight loss, tachypnea, hypoxemia. A breakthrough into the pleura is possible. Sometimes it progresses to acute respiratory failure.
Skin	Papules or papule-pustules, painless abscesses, wart-like irregular bumps, blisters, atrophic scars, raised verrucose area, ulceration
Genitourinary system	Painful epididymal tumor, severe discomfort in the perineum, prostate soreness, prostatitis, orchitis or epididymitis.
CNS	Headaches, brain abscess, epidural abscess or meningitis
Lymph nodes	Lymphangitis and lymphadenopathy
Bones and joints	The overlying tissues sometimes swell, become hot and painful, lytic damage, osteomyelitis is more common in the lower part of the spine and pelvis. Arthralgias
Muscles	Myalgias

Diagnostics: differential diagnosis of Gilchrist's blastomycosis with: cryptococcosis, tuberculosis, syphilis, chromomycosis,

is suspected, a chest X-ray is also required. Focal or diffuse infiltrates can sometimes manifest as inhomogeneous leishmaniasis, sporotrichosis. Diagnostic methods:

Culture examination for fungi and smear. The studied material is pus from fistulas and abscesses, cerebrospinal fluid, sputum, urine, punctate of lymph nodes.

Detection of the *Blastomyces* antigen in urine.

To date, polymerase chain reaction (PCR) makes it possible to provide fast and accurate detection of the causative agent of blastomycosis.

If blastomycosis bronchopneumonia, unfolding in a fan from the chylus. These phenomena need to be distinguished from other causes of pneumonia.

Treatment: the most suitable drug for treatment is intraconazole. It is recommended to take 600 mg daily for 3-7 days,

and then the dose is reduced to 200-400 mg per day for six months. Intracozazole is considered a priority due to its low toxicity and high efficiency. However, domestic authors often offer ketoconazole and fluconazole. These drugs have lower efficacy and higher toxicity. With dissemination in the central nervous system, voriconazole is recommended because of its ability to penetrate well into the cerebrospinal fluid. In atypical and particularly severe conditions, Amphotericin is recommended in the range of 0.7 to 1 mg / kg / day to a total dose of 1.5-2 grams. These drugs are used especially carefully during pregnancy.

Predicting the risk of diseases and their prevention is extremely difficult due to our very poor understanding of where and how this organism usually grows in nature. Despite decades of attempts to isolate organisms from epidemiological foci, *B. dermatitidis* has been isolated from the environment only 21 times. If only the skin is affected with timely full-fledged treatment, the outcome of the disease is favorable. In the visceral form of the disease, there is a high mortality rate. After getting over the disease, immunity is formed.

Prevention: special prevention measures have not been developed. It is recommended to observe hygiene standards and eat right, because the main target are people with low immunity.

Conclusions: The outbreak of mycosis in the state of Michigan, as well as its occurrence in remote areas, shows the high danger of this disease, which often leads to fatal outcomes. Despite the available methods of treatment, the main role in the patient's recovery is played by timely diagnosis and competent care. Blastomycosis remains today one of the most mysterious and intractable infections. The topic needs further research.

Literature:

1. Markin A.M., Grishina M.A., Kochubeeva E.H. Epidemiology of blastomycosis and paracoccidioidomycosis // Problems of particularly dangerous infections. – 2014. – No. 3. – pp. 34-37
2. Sanjay G. Revankar, MD, Wayne State University School of Medicine blastomycosis// Medical Review Apr 2021
3. Smith J.A., Kauffman C.A. Blastomycosis. Proc. Am. Thorac. Soc. 2010; 7(3):173–80
4. Development of a diagnostic kit for indication of causative agent of blastomycosis by real time PCR // Markin A.M, Tkachenko G.A, Polovec N.V, Savchenko S.S, Antonov V.A, Toporkov A.V.
5. Bialek R., Gonzalez G.M., Begerow D., et al. Coccidioidomycosis and blastomycosis: advances in molecular diagnosis// FEMS Immunol. Med. Microbiol. – 2005. – Vol. 45. – P. 355-360.
6. Sestero C.M., Scalarone G.M. Detection of the surface antigens BAD1 and α -(1,3)-glucan in six different strains of Blastomyces dermatitidis using monoclonal antibodies// J. Biology. – 2007. – Vol. 1, №1.
7. Alyssa Miceli; Karthik Krishnamurthy// Blastomycosis National library of medicine
8. Smith JA, Riddell J, Kauffman CA. Cutaneous manifestations of endemic mycoses. Curr Infect Dis Rep. 2013 Oct;15(5):440-9.
9. Goughenour KD, Rappleye CA. Antifungal therapeutics for dimorphic fungal pathogens. Virulence. 2017 Feb 17;8(2):211-221.
10. ru.wikipedia.org // Blastomycosis
11. Dworkin M.S., Duckro A.N., Proia L., et al. The epidemiology of blastomycosis in Illinois and factors associated with death// Clin. Infect. Dis. – 2005. – Vol. 41. – P.107-111.

Ohmirzoev U.A, Abduraupova H.N.

PHILOSOPHY OF 'MOSAIC THINKING'

Department of Social disciplines of Avicenna Tajik State Medical University

In the past, the civilization of memory was replaced by the civilization of the book. Now the civilization of books is naturally being replaced by an information civilization. Fundamental revolutionary changes taking place in human consciousness and the way of thinking. **Mosaic thinking (clip, fragment thinking)** opens up new, previously unprecedented opportunities for learning, self-development, and communication. A new information elite of civilization is being formed, communicating with computers from infancy.

Information technologies are widely used in everyday life, production, and in the education system. However, the involvement of modern man in the global information system is not unambiguous in terms of its benefits for the individual's psyche in general and for his thinking in particular. Under the influence of television, computer, smart phones and Internet resources, an individual develops a special type of thinking - "clip-type". Due to the exponential increase in the amount of information, a person transforms his cognitive strategies and skills, processes a larger number of messages in a shorter period of time. A serious problem of modern man is fragmented thinking. Thinking is discrete – it proceeds in fragmentary structures, images, models. This is due to the active work of the media as a "means of brain exhaustion", promoting the paradigm of "clip thinking", when a person is bombarded with an endless stream of small, fragmented, digestible information packages.

It must be admitted that modern man, to a much greater extent than before, experiences an influx of heterogeneous information. Often this information is completely redundant and unnecessary for a person. It "loads" the channels of perception and thinking. A person simply does not have enough resources to process and reprocess such amount of information, and therefore clip thinking acts as a defense mechanism against information and psychological overload. Mindset changes and adapts to the new reality.

Mosaic thinking is a cognitive skill one of the ways of perceiving the surrounding reality. Perhaps the development of such skill is carried out to the detriment of others, but ability to quickly perceive and process information in itself can become a technical requirement in certain life situations. The strength of the generation, raised during the boom in computer and communications technologies, is their ability to multitask. However, it is difficult to deny that the cost of multitasking is distraction, hyperactivity and attention deficit. A modern representative of the "clip culture" prefers visual symbols and images instead of relying on logic and consistent schemes, as a result of which the ability to analyze and build long logical chains is

lost. The world around us is perceived as a set of disparate, little interconnected events and facts that constantly replace each other. The lack of context as a certain semantic connection between phenomena, fragments or events is recognized as one of the main problems of mosaic thinking. The clip itself is just a form of information, but problems begin when a person tries to interpret and comprehend the information received.

The absence of a general context in the individual's consciousness does not allow one to obtain a complete picture, because consciousness relies only on scattered fragments. Context is what connects the fragments. Accordingly, there is no context—no connection—no holistic picture of perception and understanding. Another problem with clip-based perception of the world may arise from the lack of context. The information received cannot be correctly summarized and systematized. Generalization is one of the basic operations of perception. Since a person with “mosaic thinking” relies on images, errors may occur when performing and generalizing in one's mind. In addition, interaction with a large flow of information often does not allow deep insight into what is happening. This occurs both due to the fact that the information is given in a compressed form, and due to limited time resources for understanding the received material. As a result, information is perceived superficially and can be simplified to a large extent. There is nothing wrong with simplification itself if it is done correctly and without violating logic. Incorrect simplification (violating the laws of logic) can cause incorrect understanding and interpretation of the information received. The problem of an individual's interaction with a large amount of information also lies in the fact that the person begins to feel as if he knows more than he actually does. This “illusion of knowledge” does not allow one to correctly evaluate one's own actions, which are based on this knowledge.

The phenomenon of clip thinking is actively discussed on Internet forums, scientific conferences, and newspaper pages. Thus, V. Kostomarov, president of the State Institute of Russian Language named after V.S. Pushkin, claims that work has already begun in the United States to prevent the disease ADD (Attention Deficit Disorder), which arises as a result of people, in particular young generation, being overly interested in Internet technologies and is characterized by attention disorders and difficulties in reading books.

However, the “clip” phenomenon has not yet received a fully scientifically substantiated interpretation. Research into the phenomenon of modern times is carried out mainly empirically. At the same time, there is a need for a scientific description of the transformations of thought processes in human activity and for finding ways to solve this problem.

Due to the development of “mosaic thinking”, **a problem arises**: changes in perception, a decrease in the ability to analyze, a lack of attention and concentration, a deterioration in learning ability and a drop in the coefficient of assimilation of information.

The problem of clip thinking is extremely relevant for modernity. The twentieth century was characterized by the rapid development of communication technologies, which as we assume, influenced human cognitive activity. Changes in the perception of the surrounding world and in stereotypes of mental and creative activity are the subject of the work of various scientists, psychologists and teachers, media and social communications researchers who study the influence of the information environment on human consciousness and the formation of his worldview.

Historically, the term “consumer society” characterizes only a certain period of time at the end of the twentieth century. The beginning of the 21st century. The transition from classical philosophy and philosophy of science to voluntarism and existentialism makes achievements in the study of information consumption more visible and significant. The first to use the term “consumer society” was the German philosopher and sociologist E. Fromm in his work “To have or to be?” The consumption of information is one of the main types of human activity, covering numerous areas, and in the new era it is a particularly acute problem that affects the picture of the world as a whole.

“Mosaic thinking” is based on emotional and figurative perception of information and ignoring logical chain. All information, even text, is subjected to “clip” processing, which is divided into blocks-headings of not large semantic volume, the main task of which is to create an illogical, but an emotional attitude to what is happening. Most scientists focus on the lack of analytical abilities and critical thinking, which are prerequisites for creative activity, and also note the fragmented acquisition of knowledge and the inability to consistently reproduce it. These changes are especially important for the consciousness of young people who are brought up on screen and media culture.

The main problem with “mosaic thinking” is the lack of context. Context (from the Latin “contextus” - close connection) is oral or written speech that has semantic completeness, allowing one to clarify the meaning and significance of the individual fragments that make up it. When perceiving any related text, a certain context is formed - a set of provisions and assumptions that have already been considered in connection with the present issues, and a person considers any new provision from the text both in the formed context and in the context of his own knowledge and experience.

Literature:

1. Azarenok N.V. Clip definition of consciousness and its corresponding influence on human psychology subsequently In the modern systemic world. // conf., which are dedicated to 120-anniversary and birthday of S.L. Rubinstein “Psychology of rational man in democracy in modern times”- 2011
2. Antipov M.A. Screen of activity as a communication ethical basis of the postmodern society // XXI semanticization: results of the past and problems of using the present. – Penza: Publishing house – 2013. – Issue. 08 (12). – p. 216-221.
3. Arshinov V.I., Lebedev M.V. Post-non-classical rationality, virtualistics, clip and information technologies / V. I. Arshinov, Science M. V. Lebedev /Philosophical fundamental sciences. – Humanitarian, 2007. – No. 7. – p. 9-29.
4. Asmolov A., Semenov A., Uvarov A. “We are waiting for changes” // Children's role in information society. – 2010. – No. 5. – P. 74-77.
5. Bryksin V.G. Clip fragments of thinking. – [Electronic enable resource], Access <http://virtualmind.ru/2011/12/01/chunk-mentality/>
6. Vronsky O.G. Scientific and innovative methods of activity of a pedagogical university: traditions, problems, specific perspectives // VII assimilation of the International scientific - practical conf. /Tula the state. ped. University named after L.N. Tolstoy, the International Academy of SciencesPed.education. – Tula:Publishing house TSPU after. L.N. Tolstoy, 2012. –

- pp. 81-84.
7. Girenok F.I. Anthropological configurations of philosophy // Philosophy of activity Sciences. – Vol. 8: Synergetics of human-dimensional reality, 2012. –pp. 415-420.
 8. Dokuka S.V. Mosaic thinking as phenomenon of the information society //Social sciences and modernity. No. 2. – 2013. – p. 9-11.
 9. Wikipidia - https://ru.wikipedia.org/wiki/Клиповая_культура

Orzikulov A.O., Zhuraev Sh.A., Nematov H.A.

NEUROLOGICAL CHANGES IN MUMPS INFECTIONS IN ADULTS (BASED ON THE EXAMPLE OF SAMARKAND REGION)

Samarkand State Medical University Department of Infectious Diseases , Uzbekistan

Relevance of the topic. Mumps has a high index of contagiousness with a disease prevalence of 50-85%. Mumps is an acute infectious disease with fever, general intoxication, damage to the internal glands (salivary, genital, pancreas, etc.), observed with damage to the MNT [3, 8]. Mumps belongs to the group of infectious diseases of children; the causative agent of the disease is a highly contagious virus that has the property of rapidly spreading among children. In some cases, irreversible changes are observed during the course of the disease. Vaccine prevention is an effective and cost-effective method of preventing infectious diseases [4,5]. When using vaccinations to prevent mumps, there was a tendency to reduce the incidence. The introduction of the vaccine against measles, mumps and rubella into the national vaccination calendar of the republic in 2007 led to a decrease in the incidence of this disease several times compared to previous years [5,6]. As a result, the epidemiological situation in our republic has become much more stable. In modern times, vaccination against this disease is included in the national vaccination calendar of 38% of the world's countries; reducing the incidence of this disease and implementing preventive measures have not lost their relevance to this day. However, this fact does not change the fact that the disease occurs among adults. In recent years, there have been minor changes in the structure of the disease. That is, there is an increase in the age of the sick. The inclusion of adolescent children and adults in the epidemic process is associated with their lack of collective immunity [1,2]. This is also inextricably linked with the process of migration between states. As a result, the disease mumps spreads among this segment of the population. In adults, the consequence is mumps, and in some cases male infertility occurs. According to other researchers, the development of orchitis as a specific complication of mumps infection is observed in up to 70% [7,9]. In adults, mumps infection has specific features. Mumps infection in adults is characterized by a severe course, causing various complications, including such serious complications as pancreatitis, meningitis and orchitis. Neurological signs are observed in the recessive period after the disease. During the period of early recovery, cerebrastrhenic and asthenoneurotic syndrome is observed. In some cases, 3 months after the disease, diencephalic syndrome develops. Its duration is up to 2 years. Mumps infection belongs to the group of vaccine-preventable diseases, the rate of infection with this disease is associated with vaccination.

Purpose of the study: analysis of neurological changes in mumps meningitis in adults

Research materials: the research materials are patients who applied to the Clinical Hospital of Infectious Diseases of the Samarkand region over the past 10 years, and their medical histories. The subject of the study is blood, urine, blood serum, and protocols of examined patients. The examination methods used were clinical, epidemiological, laboratory - general blood test, general urinalysis, general stool analysis, biochemical, serological, ELISA and statistical methods. In combination with standard examination methods, in certain patients, if necessary, an analysis of the prothrombin index, blood coagulation system, protein and protein fractions, determination of the level of alkaline phosphatase, amylase and cholesterol, and liquor fluid was carried out. From instrumental examinations, an ultrasound examination of the liver, pancreas, prostate, and testicles was performed.

Research methods: anamnestic, epidemiological, clinical and laboratory.

Discussion of the study: for this purpose, in 2009-2018, a retrospective analysis of the medical records of patients treated at VYUCKSH with a diagnosis of mumps was carried out. Adults made up 26.7% of hospitalized patients diagnosed with mumps. During the analysis, we focused on the epidemiological factors of this disease at the present stage, the characteristics of age- and gender-dependent abstinence, along with concomitant diseases.

According to the analysis results, distribution by age. This disease was relatively common among adults in the following age range: 18–59 years (75.4%). The age range of the remaining patients was below 17 years - 24.6%. Analyzing the age structure of patients, one can notice that this disease is “maturing.” Number of patients by year: 2009 was 4.5%, 2010 - 4.8%, 2011 - 5.6%, 2012 - 6.7%, 2013 - 8.7%, 2014 - 10, 8%, 2015 - 11.9%, 2016 - 13.5%, 2017 - 15.6%, 2018 - 17.9%. In recent years, the incidence among children has decreased, and the incidence of this disease among adults is increasing. The decrease in morbidity among children can be explained by the introduction of vaccination into the national immunization schedule in 2007. When analyzing the gender of patients, the majority of observed patients were men (73.8%). Comorbidities were also studied in the adult patients observed. Thus, 56.7% of patients had the following concomitant diseases: obesity - 13.4%, arterial hypertension - 3.2%, cholecystitis - 9.8%, chronic viral hepatitis - 3.2%, chronic tonsillitis - 25.3 %, chronic colitis - 1.7%, neuritis of the facial nerve - 4.3%, chronic gastritis - 11.5%, chronic pancreatitis - 8.7%, chronic sinusitis - 7.6%, adnexitis - 11.3% and b. According to patient bed days, up to 5-10 days - 11.3% of patients, up to 10-16 days - 25.2%, up to 16-25 days - 30.5%, up to 25-30 days - 22. 4%, more than 30 days - 10.6%. When a combined form of the disease was observed in patients under observation, an increase in bed days was recorded in patients (32.7%).

In terms of seasonality of the disease, patients were treated: January -6.8%, February -12.9%, March - 8.6%, April - 8.6%, May - 5.1%, June - 5.1% , July – 8.6%, August – 13.7%, September – 10.3%, December – 11.2%. The study revealed that the spring and autumn months occupied the main place in the seasonality of the disease (Fig. 3). During the analysis, when patients were distributed by place of residence, it was found that most of them were from the districts of the Samarkand region

(72.1%), and 27.9% came from the city of Samarkand. When the vaccination status of patients was examined, it was found that adults over 16 years of age had not received any vaccination at all. 6.5% of patients were hospitalized on the 1st day of the disease, 43.3% on the 2nd day, 45.6% on the 3rd day of the disease, 4.6% on the 4th day. Patients are mainly hospitalized on the 2-3rd day of illness (88.9%).

According to the researchers, it was found that in adults the disease occurs mainly in moderate to severe forms. This case was also confirmed in our observations. Moderate and severe forms of the disease were observed in 85.7% of cases, mainly in patients aged 18-59 years. A mild form of the disease was observed mainly in 17-18 year olds (Fig. 6).

Comorbidities were also studied in the adult patients observed. Thus, 56.7% of patients had the following concomitant diseases: obesity - 13.4%, arterial hypertension - 3.2%, cholecystitis - 9.8%, chronic viral hepatitis - 3.2%, chronic tonsillitis - 25.3 %, chronic colitis - 1.7%, neuritis of the facial nerve - 4.3%, chronic gastritis - 11.5%, chronic pancreatitis - 8.7%, chronic sinusitis - 7.6%, adnexitis - 11.3%.

The disease began acutely in all patients. In patients, the disease began with an increase in body temperature (100%) and the appearance of swelling in the projection of the earlobes. The main symptom of mumps is enlarged glands. This symptom appeared on the 1st day of the disease, excluding 70% of cases. Bilateral gland damage was caused in 16.9% of patients, in 79.7% of cases. In all patients, the gland was soft and slightly painful on palpation. Filatov's sign was found positive in 100% of patients. Patients experienced the following symptoms: fever (100%), weakness (100%), nausea (55.7%), pain when chewing (98.7%), decreased salivation (56.7%), dry oral mucosa (67.5%), reflex trismus (34.5%), pain in the abdominal area (23.4%). Fever peaked within 1–3 days and lasted 4–8 days. Fever was observed in patients lasting up to 3 days (80%), in 16% - up to 5-6 days, in 4% - up to 7-8 days.

Paying attention to the clinical forms of mumps infection, it should be noted that pancreatitis (22.6%) was observed in female patients. They found that within 25-30 days of illness there was a decrease in clinical signs of the disease and normalization of the amount of enzymes in the blood. In the remaining patients, treatment of pancreatitis was carried out qualitatively, and no unpleasant consequences were observed. Among women, the following combined forms of the disease were encountered: mumps + submandibular arthritis (11.8%), mumps + pancreatitis (13.6%), mumps + submandibular arthritis + pancreatitis (12.7%), mumps + pancreatitis + oophoritis (9, 5%), mumps + submandibular arthritis + sublingitis (8.7%). It is noteworthy that among women, these combined types of diseases were identified against the background of concomitant pathologies, in recent years: obesity - 7.2%, adnexitis - 11.3%, cholecystitis - 4.4%, pancreatitis - 3.3%, chronic tonsillitis - 12.1%.

Among men, the glandular form of mumps infection was detected in 78.8% of patients, while the combined form was detected in 21.2% of patients. Meningeal symptoms were caused by increased intoxication. The following positive meningeal signs were found in patients: superior Brudzinski in 67%, ens muscle rigidity in 87.7%, Kernig's sign in 65.3%. The remaining meningeal signs are weakly expressed. No pathological reflexes are observed. Meningeal symptoms occurred on the 7-10th day of the disease and persisted for 10-15 days. In 70.8% of patients, the disease occurred in a severe form. In two patients, the disease occurred in the form of meningoencephalitis. Acute neurological signs of the disease were observed mainly in the form of meningoencephalitis.

Among men, orchitis + mumps in a combined form of the disease was observed in our observations in 43.7% of cases. This symptom was mainly observed in dynamics in recent years and was observed in 8.7% of children under the age of 17 years. Among men, the following combined forms of the disease were encountered: mumps + orchitis + meningitis (17.7%), mumps + orchitis + pancreatitis (17.2%), mumps + orchitis + submaxillitis + meningitis (8.8%).

At discharge, 29% of patients still had the following complaints: irritability, sleep disturbances, weakness, low appetite, migraine headaches. These signs are mainly observed in asthenoneurotic syndrome. It is known from the literature that after mumps meningitis, asthenoneurotic, diencephalic and hypertensive syndromes often occur for a long time.

Conclusion: In adults, serous meningitis due to mumps occurs in a severe form and after the illness, patients should be monitored by a neurologist for at least 3 years.

REFERENCES

1. Сидельников Ю.Н. и др. //Осложнения эпидемического паротита у мужчин молодого возраста// Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2008 йил. №13. С.46-48.
2. Муминова, Ш., Рустамова, Ш., & Ярмухамедова, Н. (2022). Ранняя клиничко-лабораторная диагностика гемолитико-уремического синдрома у детей с оки. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (3 (79), 128–129.
3. Рустамова Шахло Абдухакимовна ,Вафокулова Наргиза Хамзаевна, Хусанова Мамура Шералиевна. (2023). Современные аспекты реабилитации детей с острой кишечной инфекцией. *IQRO* , 2(2), 130–135.
4. Rustamova Shakhlo Abduhakimovna, Zhuraev Shavkat Abdulvakhidovich, Isroilova Sohila Buribaevna Comparative analysis of the problems of acute intestinal infections in young children in the section of years of the Samarkand region // Web of Scientist: International Scientific Research Journal. ISSN: 2776-0979, Volume 3, Issue 6, Yune., 2022 PP: 1098-1105
5. Ш.А. Жураев, Ш.А. Рустамова, Ш.М. Уралов- Медицинское образование сегодня, 2020. № 3. С. 15-25. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования" Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE SHIN BONES IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA

Department of Traumatology, Orthopedics and Military Surgery, ATSMU, Tajikistan

Relevance. According to the literature, traumatism and its consequences are among the most urgent medical and social problems, which is explained by the increase in their specific weight in the structure of morbidity, disability and mortality. In particular, in the world, traumatism ranks first among the causes of mortality in people under 40 years of age. Among the complex of problems associated with traumatism, a special place is occupied by combined injuries. According to the literature, the mortality rate for combined trauma ranges from 12.0% to 60%. Despite the close attention of researchers to this problem, the issues of optimizing the tactics of treatment of fractures of the acute period of combined trauma with the use of modern technologies are among the least developed sections of injury surgery.

A natural complication of combined open fractures of the lower leg bones are malformations of bone fusion due to a violation of the trophic soft tissues, which causes disability of patients and the duration of the period of disability.

The aim of this study was to improve the results of surgical treatment, diagnosis, prevention of early complications and complex treatment of combined fractures of the lower leg bones.

Material and methods of research. The work is also based on the analysis of data on 250 patients with combined trauma with dominant limb injury treated at the Department of Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery at the Department of Emergency Surgery and Combined Trauma in 2017-2023. Depending on the treatment tactics, patients were divided into the main (treated with optimized tactics) and control (treated with traditional approaches) groups. Of these, there were 157 men (62.8%), 93 women (37.2%). Males and the most able-bodied persons predominated, which indicates the social and economic significance of the problem under discussion.

Depending on the time and type of osteosynthesis, patients were divided into 2 groups: group 1 (main) included 111 (44.5%) people whose fractures were treated on the basis of orthopedic damage control, minimally invasive technology was used for osteosynthesis. The second group (control) consisted of 139 (55.5%) patients who were treated with traditional methods of fracture treatment.

The results of the study and their discussion. First aid at the prehospital stage was provided to 90 (35.8%) patients. The analysis of the frequency of organ injuries, taking into account the dominant trauma in the studied patients, shows that fractures of the shin bones dominate - 50.4%, skull injury - 9.5%, chest injury - 5.8%, abdominal injury - 8%, pelvic injuries 10.9% and mutually concurring injuries - 15.4% of cases.

Depending on the nature of injuries to the bones of the lower leg, oblique fractures prevail - 35.6%, transverse and comminuted fractures account for 22%, segmental fractures - 10.4%. Depending on the localization, diaphyseal fractures of the lower leg bones are most common (48.6%). The characteristic localization for segmental fractures is the diaphyseal parts, which make up 10.4%.

Duplex scanning of the vessels of the lower extremities during the first week in the studied patients was performed in 42 (16.8%) cases.

The tactics of surgical treatment of patients of the main group are implemented on the basis of orthopedic damage control.

With combined open fractures in patients of the main group, primary surgical treatment of wounds and osteosynthesis with a rod system were performed in 26 (10.4%) cases. In the control group, primary surgical treatment of wounds and osteosynthesis with Ilizarov devices was performed in 7 (2.8%) cases, skeletal traction - in 6 (1.6%) patients.

In a delayed manner, in patients of the control group, bone osteosynthesis with plates was performed in 74 (29.6%) cases, skeletal traction in 31 (12.4%) patients who had plaster bandages applied. In the main group, intramedullary osteosynthesis was performed in 99 (39.6%) cases, spoke-rod osteosynthesis - in 28 (11.2%) patients, closed application of the Ilizarov apparatus - in 18 (7.3%) cases.

In the immediate post-traumatic period, 22 (8.8%) patients had marked swelling of the soft tissues of the lower leg and foot. Duplex vascular scanning after three weeks in only 6 (2.4%) patients showed a decrease in blood flow along the anterior tibial artery.

In order to prevent thromboembolic complications, all patients from the first day were prescribed Kleksan 40mg- 2 times a day, Rheopolyglucin - 400.0 with Trental 5.0 intravenously, elastic bandaging of the lower extremities, local application of Heparin ointment.

In the acute period, complications associated with interstitial tissue edema were often observed, the development of which is undoubtedly associated with hypodynamia. In 1.5% and 2.2% of cases, respectively, pneumonia was observed. Purulent complications of postoperative wounds and open limb fractures were observed in 9 (3.6%) and 14 (5.6%) cases, respectively. In the long-term period, unsatisfactory results of treatment of fractures of the shin bones were noted in 1.5% and 2.9% of cases, respectively. Limb deformity occurred in 1.5 and 2.3%, respectively, false joints - in 4, posttraumatic osteomyelitis - in 3 patients in the control group.

Conclusions. The improvement of long-term results achieved in the main group is explained by the use of objectified criteria for assessing the severity of injuries and the condition of patients, adequate anesthesia, timely and adequate treatment of shock, prevention and treatment of complications, as well as synchronization of the timing of osteosynthesis with the pace of regenerative processes in the fracture zone. Earlier, the relief of pain syndrome contributed to the maximum minimization of the manifestations of the "mutual burden" syndrome, which created more favorable prerequisites for the regression of the manifestations of other components of combined trauma.

The course of the post-traumatic period in patients with combined fractures of the lower leg bones correlates with the severity of the dominant injury, the severity of segment damage, the nature and localization of the fracture, with treatment

methods, the timing of the final stabilization of fragments and with the prevention of venous congestion.

Literature

1. Khromov A.A., Gumanenko E.K., Linnik S.A. Minimally invasive osteosynthesis in patients with severe combined trauma and polytrauma/ A.A. Khromov, // Bulletin of experimental and clinical surgery. 2022;XV(1):18-25.
2. Arnaut O. Trauma scoring systems/ Oleg Arnaut, Dan Croitoru, Ion Grabovschi, Serghei Sandru/ Moldovan Medical Journal. 2020; 63(1):66-76.
3. Volpin G., Pfeifer R, Saveski J, Hasani I, Cohen M, Pape, H.C. Damage control orthopaedics in polytraumatized patients - current concepts. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma. 2020;12(1). DOI:10.1016/j.jcot.2020.10.018.
4. Dyusupov A.A. Minimally invasive osteosynthesis of injuries of the musculoskeletal system in polytrauma. Polytrauma. 2018;2:17-34.
5. Sefrioui I, Amadini R, Mauro J, El Fallahi A, Gabbrielli M. Survival prediction of trauma patients: a study on US National Trauma Data Bank. Eur J Trauma Emerg Surg. 2017;43(6):805-822.
6. Shapkin Yu.G. Advantages and dangers of early osteosynthesis of the femur in polytrauma with chest injuries. Sklifovskiy Journal of Emergency Medical Care. 2017; 238-45.

Pirov¹ U.M., Rakhmonov² Kh.Dzh., Razzokov³ A.A.

NEW TREATMENT TECHNOLOGIES FOR UNCOMPLICATED OSTEOPOROTIC FRACTURES OF THE LOWER THORACIC AND UPPER LUMBAR VERTEBRAE

¹Kutbiddinov Regional Clinical Hospital, Khujand

²Department of Neurosurgery and Combined Trauma, Avicenna Tajik State Medical University

³Department of Traumatology, Orthopedics, and Military Field Surgery, Avicenna Tajik State Medical University

Relevance. Due to the increasing life expectancy worldwide, there is a consistent trend towards a progressive increase in the proportion of osteoporosis in the morbidity, disability, and mortality rates. Until recently, the literature reported serious challenges in the surgical treatment of osteoporotic fractures due to osteoporosis. However, with the introduction of vertebroplasty into clinical practice, significant progress has been made in this area. This progress is associated with the possibility of performing the procedure under local anesthesia and achieving rapid results through the transpedicular injection of bone cement into the affected vertebral body [3, 4]. Subsequently, this technique was successfully modified to involve minimally invasive introduction of a special balloon into the affected vertebral body, which restored the lost height of the spine followed by vertebroplasty [1, 2]. Despite the widespread adoption of these techniques, their application in our country has not been reported to date.

Research objective - to improve the treatment outcomes of low-energy uncomplicated fractures of the lower thoracic and upper lumbar vertebrae in the presence of osteoporosis using vertebroplasty and kyphoplasty.

Materials and Methods. The study is based on the analysis of data from 95 patients with low-energy uncomplicated stable fractures of the lower thoracic and lumbar vertebrae against the background of primary systemic osteoporosis. The age of the patients ranged from 49 to 74 years. There were 22 (23.2%) male patients and 75 (76.7%) female patients. The median age was 64.5±2.3 years. The patients were divided into three groups: Group I - 31 (32.6%) patients treated with vertebroplasty technique; Group II - 23 patients treated with a combination of vertebroplasty and kyphoplasty techniques; Group III - 41 patients treated conservatively due to refusal of surgery. Clinical, radiological, magnetic resonance imaging (MRI), computed tomography (CT), assessment of pain syndrome using the Visual Analog Scale (VAS), assessment of quality of life using the Oswestry Scale, and statistical research methods were used during the study.

Results and their discussion. The choice of an optimal strategy for minimally invasive surgical treatment of osteoporosis using vertebroplasty and kyphoplasty depended on clinical manifestations. All low-energy fractures of the spine in the analyzed sample were localized at the transition between the lower thoracic and upper lumbar vertebrae. Monosegmental fractures were detected in 56 (58.9%) patients, while polysegmental fractures were observed in 39 (41.1%) patients. Severe forms of osteoporosis in the spine (T-score < -2.5 with low-energy fractures) were identified in 54 (56.8%) patients using radiographic densitometry, while osteopenia (T-score between -1 and -2.5) was present in 6 (11.1%) patients. The time interval between spinal fracture and surgery in our study ranged from 2 months to one year, with an average of 6.2 ± 2.1 months. When performing both aforementioned minimally invasive surgical interventions, we prefer local anesthesia, as it allows for intraoperative assessment of neurological symptoms. General anesthesia was used only in exceptional cases for patients with moderate severity and comorbid somatic conditions (13-20 points on the Humanenko scale). Both surgeries are performed under intraoperative monitoring of central hemodynamics, respiration, and oxygen saturation levels. It is recommended to perform vertebroplasty with patients positioned on their stomachs, as this positioning, in addition to convenience, allows for more accurate needle placement in the spine along the midline of the spinous process. Transpedicular access is utilized in vertebroplasty. Prior to the surgery, the root of the necessary spinal segment is identified in two projections under the guidance of an electronic-optical converter (EOC). Subsequently, the identified landmarks are marked. After preparing the surgical field, infiltration of the soft tissues with a Novocain solution is performed. Then, using an EOC-guided Jamshidi 13G needle, transpedicularly with a trocar, a small incision is made in the upper outer quadrant of the desired vertebra. According to the navigation data under EOC control, the needle tip should be positioned in the anterior half of the vertebral body. The next stage of the operation involves preparing a mixture of bone cement. An important element of the bone cement injection stage is controlling the solidification process, which depends on the room temperature. For this purpose, we prepare liquid bone cement in three containers, two of which are used for injection into the spine, and one is used for monitoring the solidification process of the bone cement. Every 30 seconds, we check the state of the bone cement in the control sample. The solidification process is considered complete when the bone cement forms a gel-like consistency. From this point on, we begin cement extravasation by immersing the cannula into the needle. Gradually, under pressure, we introduce the cement into the damaged vertebra. The

total amount of bone cement injected is 4 ml, i.e., 2 ml on each side. The wound is usually not sutured. In case of bleeding, it is stopped by applying mechanical pressure or suturing. The same manipulation is performed on the other side as well. After the surgery, it is necessary to lie down for two hours. After this period, sitting, standing, and walking with external support are allowed. A postoperative X-ray is performed to assess the degree of cement filling and the condition of the injured vertebra compared to preoperative images. Patients are discharged the next day with recommendations for taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs and muscle relaxants. Additionally, patients are prescribed basic pharmacotherapy for osteoporosis with ibandronic acid at a dose of 3 ml every 3 months, which must be combined with daily oral intake of calcium-D3 Nicomed Forte (one tablet twice a day) under the control of blood calcium levels.

Kyphoplasty is a further modification of percutaneous vertebroplasty. The difference between them lies in the fact that during kyphoplasty, an inflatable balloon tampon is placed in the damaged vertebra before cement injection, which restores the height of the affected vertebra. This intervention allows for the restoration of height and reduction of deformity in the damaged vertebrae. Subsequently, bone cement is injected into the restored space using the aforementioned vertebroplasty technique. Postoperative management of patients is also identical.

Among the operated patients, the intensity of pain syndrome is significantly lower, and the quality of life is significantly better compared to those treated conservatively. Moreover, these indicators are significantly improved after the surgery compared to preoperative data, while there is no statistically significant difference before and after conservative treatment. The achieved regression of pain syndrome was maintained in 35 (64.8%) out of 54 operated patients for a period ranging from one to three years. In the remaining 19 (35.2%) operated patients, relative intensification of pain syndrome and decreased quality of life were associated with non-compliance with the medication regimen and new fractures.

Conclusion. The initial results of implementing minimally invasive technologies using vertebroplasty and kyphoplasty with optimized indications, in combination with continuous basic pharmacotherapy for osteoporosis, are comparable to the existing literature data [1, 3, 4]. According to the results of the conducted study, it has been established that performing vertebroplasty and kyphoplasty with optimized indications, along with continuous basic pharmacotherapy for osteoporosis, are effective methods for reducing the intensity of pain syndrome and improving the quality of life in stable uncomplicated low-energy fractures of the lower thoracic and upper lumbar vertebrae.

References:

1. Zaretskov VV, Arsenievich VB, Likhachev SV, Stepukhovich SV, Shulga AE, Mizyurov SA. On the use of balloon kyphoplasty in the surgical treatment of aggressive vertebral hemangiomas (clinical observations). *Orthopedic Genius*. 2020;26(2):234-7.
2. Pavlov B. Balloon kyphoplasty and percutaneous vertebroplasty in the surgery of osteoporotic vertebral fractures. *Ukrainian Neurosurgical Journal*. 2016;4:39-44.
3. Bonnard E, Foti P, Kastler A, Amoretti. Percutaneous vertebroplasty under local anesthesia: feasibility regarding patients' experience. *European Radiology*. 2017;27:1512-16.
4. Clarençon F, Fahed R, Gabrieli J. et al. Safety and Clinical Effectiveness of Percutaneous Vertebroplasty in the Elderly (≥ 80 years). *European Radiology*. 2016;26:2352-58.
5. Fang X, Yu F, Fu S, Song H. Intravertebral clefts in osteoporotic compression fractures of the spine: incidence, characteristics, and therapeutic efficacy. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2015;8:16960.

Pulatov P., Yusupov Sh.A., Khakimova L.R.

INFLUENCE OF GENOTYPES OF POLYMORPHIC MARKERS OF GENES ON MANIFESTATION, DURATION OF COURSE, RECURRENCES AND CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE COURSE OF UROLITHIASIS

Samarkand State Medical University. Uzbekistan

Actuality. The results of studies conducted to date on a global scale have shown that the problem of the occurrence of dysmetabolic nephropathies related to risk groups for the development of USD in children is of great interest. Many authors in their works note the significance and prevalence of USD in environmentally unfavourable regions and indicate the influence of endogenous factors on the development of urolithiasis (1, 2). At the same time, many works identify polygenically inherited membranopathy as one of the factors in the development of dysmetabolic nephropathy associated with environmentally unfavourable environmental factors (3).

Numerous studies have shown that the detection of urolithiasis in children is characterised by the rapid development of complications and the risk of recurrence over the next few years (4). In this regard, the search for ways to predict the occurrence of urolithiasis, based on the detection of immunogenetic markers has certain prospects, it will allow to detect predisposition to the occurrence of the disease at any age, practically from birth, since the genotype does not have a feature to change during life. This becomes especially important when early diagnosis is possible in the absence of any clinical and biochemical manifestations (5).

Aim of the study. The aim of this study is to investigate the association of genotypes of polymorphic markers of vitamin D receptor and interleukin-1 β genes on the manifestation, duration of course, recurrences and clinical and functional features of the course of urolithiasis in children of Uzbek population.

Material and methods of research. The study was conducted in the Samarkand Specialised Children's Surgical Clinic of the Samarkand State Medical University. Quantitative and qualitative analysis of the main clinical and laboratory parameters, instrumental methods of research, as well as immunogenetic methods of research in 100 children with urolithiasis, who made up the main group, and 100 children without urinary stone disease, who made up the control group, was carried out in connection with the set tasks. The inclusion criteria were the age of children from 1 to 17 years, and the established diagnosis of urinary stone disease N20 according to ICD-10. Immunogenetic studies were conducted in the Laboratory of Genomics at the

Results of the study and their discussion. The analysis of clinical manifestations of urolithiasis revealed a very variable picture. The most characteristic complaints were pain of different localisation and intensity, urine turbidity, increased body temperature, haematuria, increased or decreased frequency of urination. In some cases, acute urinary retention was noted. For patients with chronic renal failure the characteristic symptoms were intoxication manifested by headache, poor appetite, drowsiness.

All symptoms of the disease by significance and specificity were divided into two groups: main (pain, leukocyturia, proteinuria, haematuria, bacteriuria, dysuria) and additional (leukocytosis, acceleration of COE, temperature reaction, poor appetite). The results of the study show the frequency characterisation of the main and additional symptoms of urinary stone disease in children with regard to age. It can be seen that the most frequent symptom in the whole group of sick children was pain (89%). However, the diagnostic value of this indicator varies with age groups. Thus, in young children (from 1 to 4 years old) this indicator is in the 3rd place, and in the group of older adolescents (15-17 years old) - in the first place.

Before the age of 5 years (77,2%), frequent and characteristic clinical signs of the disease were attacks (1-2 times a month) of restless crying due to abdominal pain, usually associated with the discharge of small concretions accompanied by macrohaematuria. Parents reported poor appetite somewhat less frequently - 60.0%. In 34.2% of cases, ICH was accompanied by elevations of body temperature to subfebrile against the background of "relative" somatic well-being.

The second sign is leucocyturia. In the general age group it was found in 85% of cases. In the older age group leucocyturia was more frequent than in the younger group. In the group of children over 5 years of age, leucocyturia ranged from insignificant (up to 40 leucocytes) to severe leucocyturia (more than 100 in the field of view), indicating a prolonged course of urinary stone disease. The third sign is proteinuria. It was detected in 73.0% of patients. In all age groups proteinuria had close values, but in the middle age group it is in the first place.

While in the whole group of patients, haematuria was 48.0%, in young children this indicator was much higher (60.0%), which is probably due to the highest detectability of haematuria in children of this age group. The incidence of haematuria increases with age, as haematuria, both macro- (more than 200 erythrocytes p/view) and microhaematuria (no more than 20 erythrocytes p/view), is related to the size of the urolith. Bacteriuria ranks fifth. Its frequency of detection depends on the age of patients. Thus, bacteriuria is detected more frequently (54.2% - 100.0%) in young children and older adolescents than in older children and younger adolescents. The older the age of the child, the more often dysuric phenomena tend to decrease, and are detected in 2/3 of children of early age, 1/4 of older and younger adolescents and 1/3 of patients - older adolescents.

All patients in the main and control groups underwent immunogenetic analysis of blood samples for DNA extraction and PCR analysis for VDR (FokI) and IL-1 β (T31C) genes with subsequent interpretation of the results.

The analysis of the studies showed that in children with urinary stone disease, i.e. in the main group, a statistically significant association of F/f+f/f genotypes of the VDR (FokI) gene and C/C and T/T genotypes of the IL-1 β (T31C) gene with urolithiasis was found. Consequently, the above genes are markers of stone formation in the urinary system in children. No less interesting was the fact that in children of the control group, i.e. in whom there were no clinical and laboratory manifestations of urolithiasis, the 48% F/f+f/f genotypes of the VDR gene (FokI) were also detected, only in a slightly lower ratio. The occurrence of this gene genotype in children without urolithiasis indicates a predisposition to the disease in this category of patients.

In the course of the study in 100 patients with USD, clinical, biochemical and immunogenetic analyses also revealed that in 83 patients with severe course of urolithiasis (presence of coral-like, multiple stones, bilateral location of stones, morphofunctional changes in the kidneys, presence of complications of urolithiasis - pyelonephritis, CPN etc.) not only changes in biochemical analyses were noted, but also the involvement of genes - VDR (FokI) and interleukin-1 β (T31C), which are directly responsible for the appearance of different types of stones and, accordingly, for the severity of the course of the disease, the appearance of complications and recurrences. The analysis of the studied genes showed some association of alleles with the types and sizes of uroliths. Thus, alleles f of VDR gene (FokI) and C of IL-1 β gene (T31C) are responsible for the development of small and single uroliths, and alleles F of VDR gene (FokI) and T of IL-1 β gene (T31C) - for multiple, multilocular and coral stones. Thus, immunogenetic studies in children without clinical and laboratory signs of urolithiasis can predict the development of urinary stone disease with one or another variant of types and sizes of uroliths, i.e. small and solitary, or multiple, multilocular, coral-like.

Conclusions. At present, due to the development of immunogenetic studies, it has become possible to search for genetic markers that influence the clinical and functional features of the course of urolithiasis. Since metabolic disorders are a genetically determined condition, it allows us to conclude that it is reasonable to carry out immunogenetic studies with the study of VDR (FokI) and IL-1 β (T31C) gene expression. The results obtained in this study indicate that genetic variants of VDR (FokI) and interleukin-1 β (T31C) genes and osteopontin influence the manifestation, duration of course, recurrences and clinical and functional features of the course of urolithiasis. In particular, in Uzbek population genetic markers of predisposition to USD are: Ff+ff genotypes of VDR gene (FokI) and CC and TT genotypes of interleukin-1 β gene (T31C). A complete understanding of immunogenetic causes of urolithiasis, including the identification of mutant genes, can contribute to the choice of the correct tactics in the pre- and postoperative preparation of patients, which requires a certain amount of time and a lot of research, and of course, to solve the problem of recurrences, prediction and metaphylaxis of USD, as well as the introduction of more rational treatment protocols.

List of literature

1. Ikromov, T.Sh. / Ikromov TSH, Ibodov HI, Muradov AM, Asadov SK, Shumilina MV. Assessment of functional state of kidneys in children with urolithiasis complicated by chronic kidney disease. Bulletin of postgraduate education in health care. - 2020. - № 3. P. 17-23.
2. Voshchula, V.I. Statistics and risk factors of urinary stone disease in Belarus. Voshchula V.I., Nitkin D.M., Lelyuk V.Y. et al. // Experimental and clinical urology. - 2019. - №2. - P. 21-26.

3. Carmen Inés, R.C. Educational review: role of the pediatric nephrologists in the work-up and management of kidney stones. Carmen Inés R.C., Peter Zh.Tao Wang, Freundlich M., Filler G. // *Pediatr Nephrol.* - 2020 -№ 35(3). – P. 383-397.
4. Kusumi, K. Trends in pediatric urolithiasis: patient characteristics, associated diagnoses, and financial burden. Kusumi K., Becknell B., Schwaderer A. // *Pediatr Nephrol.* – 2015. - № 30. P. 805-810.
5. Alyaev Y.G. Clinical significance of physico-chemical study of the composition of urinary stones and urine. // *Urol-ogy* - 2019. - № 1. - P. 8-12.

Rajabov R.R., Mahmudova C. C.

THE FORMATION OF INTERCULTURAL COMPETENCE AMONG THE STUDENTS IN THE PROCESS OF TEACHING ENGLISH

Department of foreign languages of SEI “Avicenna Tajik state medical University”

Relevance. This article is about the formation of intercultural competence of students. The different technologies as: projects, discussions, brainstorming, and roles games were used for the formation of the intercultural competence. The effectiveness of competence-based approach in the formation of intercultural competence of future medical students.

The purpose of the study. The great interest to the problem of formation the intercultural communication in the modern world is obvious. It is connected with the processes of global integration, the expansion of the information space and enriching personal contacts. Tajikistan enters the world community and this necessitates new approaches in teaching foreign language to students of the university. The problem of formation of intercultural competence of future doctor is connected with the real process of intercultural communication and requires not only a high level of professional and communicative competence, but also the ability for independent reflexive mastering of their own norms of behavior for intercultural communication.

Material and methods of the research. Most of the literatures are descriptive in nature. Self-assessments typically reflect significant increases in knowledge, attitudes, and awareness after cultural training I hope will be provide, while more objective behavior-based measures have yielded, indicating varying degrees of effectiveness. The impact of training on patient (foreign men who live in our country) behavior change or health outcomes.

One challenge in evaluating the impact of cultural training is related to the lack of a standardized and validated assessment tool. Although one of the most commonly accepted definitions of culture is broad and includes race, ethnicity, gender, sexual orientation, religion, and limited English proficiency, most existing measures only assess competencies related to race and ethnicity. An example of a measure developed to assess the impact of cultural training is the Cross-Cultural Care Survey (CCCS), which assesses resident preparedness to treat diverse patient populations. Initial reliability and validity of the CCCS has been documented. Unlike most measures that focus primarily on assessing attitudes, the CCCS is a multidimensional tool to assess knowledge (preparedness), skill, attitudes, and quantity of cultural content integrated into a resident training program. To enhance the feasibility and further provide support for the validity and reliability of this tool for use in assessing cultural competency among residents across specialties.

Acquisition of cultural competence requires a multifaceted process of learning. Medical education literature supports training that addresses varying learning styles and levels of competence upon program entry. This complexity is supported by cultural competence models that emphasize a tripartite assessment of knowledge, skill, and awareness or attitudes (KSAs). Integrating multiple opportunities for enhancing cultural competence training programs is presumed to be effective.

“We are talking about communicative tasks, because people use their specific competencies strategically when performing to achieve a certain result. Therefore, an action-oriented approach also takes into account people's cognitive and emotional capabilities and intentions, as well as the whole range of abilities that people possess and use as social agents.

Results of the study and their discussion. Communication in foreign languages is included in a number of core competencies that every person needs today for self-realization and development in a rapidly changing world. Therefore, one of the priorities of the modern school is to improve the quality of teaching foreign languages to the level of free communication of school graduates in it. Often, students who possess a fairly high level of knowledge of a foreign language are unfortunately not always ready and able to put this knowledge into practice, i.e. in oral - verbal communication. Obviously, it is time to teach a foreign language in a new way, applying communicative -oriented methods and forms that contribute to the achievement of the general goal of language education in our country - the formation of a multicultural multilingual personality capable of intercultural communication, i.e. dialogue of cultures.

Conclusions. During the teaching of foreign language one should proceed from the understanding of the nature of a language as a sign system used in communication. This means that mastering the formal side of the language (phonetics, vocabulary and grammar) and the language system should be carried out in order to communicate and in the course of communication. Thus, the communicative-cognitive approach in the study of foreign languages becomes dominant in learning.

1. Speech orientation. Learning foreign languages through communication. This means a practical lesson orientation. Only language lessons are legitimate, not language. You can teach to speak only by speaking, listening - listening, reading - reading. First of all, it concerns exercises: the more an exercise is like real communication, the more effective it is. In speech exercises there is a smooth, dosed and at the same time a rapid accumulation of a large amount of vocabulary and grammar with immediate implementation; not a single phrase is allowed that could not be used in real-life communication.

2. Functionality. Speech activity has three sides: lexical, grammatical, phonetic. They are inextricably linked in the process of speaking. From this it follows that words cannot be assimilated in isolation from their forms of existence (use). Functionality assumes that both words and grammatical forms are absorbed immediately in the activity: the student performs a speech task - confirms the idea, doubts what he heard, asks about something, encourages the interlocutor to act, in the process of which he learns the necessary words or grammatical forms.

3. Situation. Fundamentally important is the selection and organization of material based on situations and communication problems that interest students of each age. Novelty. It manifests itself in various components of the lesson. First of all, this is a novelty of speech situations (change of the subject of communication, problems of discussion, speech partner, conditions of communication, etc.). This is the novelty of the material used (its information content), and the novelty of the organization of the lesson (its types, forms), and the variety of working methods. In these cases, students do not receive direct instructions for memorization – it becomes a by-product of speech activity with the material (involuntary memorization).

4. Personal orientation of communication. Faceless speech does not happen, it is always individual. Any person differs from the other with his natural properties (abilities), and the ability to carry out educational and speech activities, and his characteristics as individuals: experience (each has his own), context of activity (each student has his own set of activities that he does and which are the basis of his relationship with other people), a set of certain feelings and emotions (one is proud of his city, the other is not), his interests, his status (position) in the team (class).

5. Communicative learning implies taking into account all these personal characteristics, because only in this way can the conditions for communication be created.

6. Collective interaction is a way of organizing a process in which students actively communicate with each other, and the success of each is a prerequisite for the success of each.

7. Modeling. The volume of cross-cultural and linguistic knowledge is very large and cannot be learned in the school course. Therefore, it is necessary to select the amount of knowledge that will be necessary to present the country's culture and language system in a concentrated, model form.

Reference:

1. Sinicrope C., Norris J., Watanabe Y., Understanding and assessing intercultural competence: A summary of theory, research, and practice, 2012.
2. Артемов В.А. Технические средства и программированное обучение в средней и высшей школе [Текст] / В.А. Артемов – М., 2011.
3. Гришанова, Н.А. Компетентностный подход в обучении взрослых [Текст] / Н.А. Гришанова - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2014.
4. Иванов, Д.А., Митрофанов К.Г., Соколова О.В. Компетентностный подход в образовании. Проблемы, понятия, инструменты. Учебно-методическое пособие. - М.: АПКИПРО, 2016.

Saddam Shaikh, Dr. Imran Aslam, Yuldashev Soatboy Jiyanoevich, Abdurakhmanova Zamira Ergashboevna IVABRIDINE WITHOUT CLINICAL HEART FAILURE IN STABLE CARDIOVASCULAR DISEASE

Department of Pharmacology, Samarkand State Medical University, Uzbekistan

Abstract

Heart beat is a recognized indicator cardiovascular system risk. According to research conducted in the past, the anti-arrhythmic medicine ivabradine has the potential to enhance the outcomes for stable cardiovascular disease, failure of the left ventricle, and at beats per minute of at least 70.

Key words: Ivabradine, cardiac arrest and coronary artery disease, and the risk of cardiovascular disease

Introduction

When the body's metabolic functions create an undue burden on the heart because it cannot pump enough blood, A disease that is referred to as heart failure (HF) can develop. According to the most recent set of guidelines offered by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association (ACCF/AHA), A defect, either structural or functional, in the ability of the ventricles to fill or to discharge blood. can cause the complicated medical condition known as heart failure (HF). A deterioration in the structure or function of ventricular filling or blood ejection can result in heart failure. 1 High prevalence and poor clinical outcomes are related with HF, a serious public health issue. Around 5 million Americans are impacted in the U.S., and more than 500,000 new cases are identified yearly. 2,3 HF is the most common reason for hospitalization in people over 65. 4 Each year, more than 1 million patients with HF as their primary diagnosis are hospitalized, costing Medicare more than \$17 billion overall. 4 Despite the fact that medical treatment has led to a substantial improvement in outcomes, admission rates following HF hospitalization are still high, with more than 50% of patients returning within six months of discharge. Any disorder that causes a change in left ventricular (LV) structure or function can put a patient at risk for developing heart failure (HF). The primary cause of HF is coronary artery disease (CAD). 6 Ejection fraction (EF) of 50% or more is normal or preserved in about 50% of HF patients. Patients who have been diagnosed with heart failure can be separated into two distinct groups: those who have heart failure but have preserved ejection fraction and those who do not. (HFpEF) and those who have heart failure with decreased ejection fraction (HFrEF; also known as systolic HF): (HFpEF; formerly diastolic HF). HFpEF is defined by aberrant ventricular relaxation and inadequate ventricular filling, whereas HFrEF is characterized by reduced myocardial contractility and inadequate ventricle emptying. HFrEF is also characterized by inadequate ventricular emptying. Dyspnea, exhaustion, and indicators of volume overload, such as peripheral edema and pulmonary rales, are among the primary clinical symptoms of HF.

The most widely used technique for determining the severity of functional restrictions in HF patients is the New York Heart Association (NYHA) functional classification scheme. 8 Although it can be challenging to determine a person's prognosis, A poor prognosis is associated with the onset of clinical heart failure (HF). 6 Patients who have symptoms when at rest (NYHA class IV) have an annual death rate that ranges from 30% to 70%, whereas patients who experience symptoms while engaged in moderate activity (NYHA class II) only have a mortality rate that ranges from 5% to 10%. 6

Literature View

A higher heart beat is a known sign of higher cardiovascular risk in individuals, including healthy persons as well as

individuals who currently suffer from cardiovascular disease. This is the case regardless of whether the individual has cardiovascular disease or not. 1-5 By suppressing the Ivabradine can lower heart rate while having no impact on blood pressure or the function of the left ventricle during systole. If there is pacemaker current in the sinoatrial node 6. It has been established that it helps people with stable angina pectoris symptoms by lowering ischemia. This helps those who have angina pectoris. Patients who suffer from systolic heart failure may find that ivabradine helps them get better results. 9 On the other hand, a post hoc analysis found that ivabradine improved outcomes for patients with a heart rate of 70 beats per minute or higher, particularly in those who suffered from angina. Patients who had been given a diagnosis of angina were especially likely to experience this issue. These findings were consistent with what was revealed during the trial in which ivabradine was tested on patients suffering from coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction. 11 We conducted a large-scale randomized controlled study of ivabradine in individuals with stable coronary artery disease who did not have any clinical indications of heart failure in order to give more data in support of these findings. The title of the clinical trial was An Investigation on the Morbidity and Mortality Benefits of the I-F Inhibitor Ivabradine in Patients Suffering from Coronary Artery Disease (SIGNIFY).

Relevance

Ivabradine was added to the usual background medicine in individuals who had coronary artery disease that was stable but did not have any clinical signs of heart failure, to lower heart rate. This was done in order to achieve the desired outcome of lowering the heart rate. Ivabradine treatment did not result in an improved prognosis for the patients, despite the fact that it was given to them.

Purpose of Study

In the participants of our trial who had stable coronary artery disease and no clinical signs of heart failure, we investigated the efficacy of adding ivabradine to the standard medical therapy that is recommended by guidelines. These participants were included because they met the criteria for the trial. We did not find any evidence that ivabradine was beneficial in lowering the risk of cardiovascular events.

Methods

In addition to the standard clinical trial, we also carried out an inquiry using ivabradine that was controlled by randomization, blinding, and placebo. A total of 19,102 patients who met the following criteria for background therapy were included in the study: they had stable In patients with coronary artery disease, a heart rate of at least 70 beats per minute is considered to be abnormal and no clinical signs of heart failure (includes 12,049 individuals with angina that prevented them from participating in strenuous physical activity (class II on the scale used by the Canadian Cardiovascular Society, which ranges from I to IV, with higher classes suggesting greater restrictions on physical activity). Participants in the study were actual patients. Patients were given either a placebo or ivabradine, both of which could be taken up to twice a day in quantities of up to ten milligrams each. The dosage was selected with the goal of achieving a heart rate in the range of beats per minute of 55 to 60 when using the medicine. The major composite served as the endpoint. Measure that counted either myocardial infarction that did not cause mortality or cardiovascular causes. This measure was chosen as the primary end point since it was easier to analyze.

Results

Individuals that are suffering from coronary artery disease that has been stable (19,102) who had a heart rate of at least 70 beats per minute, we added ivabradine to conventional background therapy in a blinded, randomized, placebo-controlled experiment (included 12,049 individuals with angina that limited their ability to participate in physical activity [class II on the Canadian Cardiovascular Society scale, which spans from I to IV, with higher classes indicating greater limitations on physical activity]). Your heart rate ought to be somewhere in the range of 55 and 60 beats per minute. Patients were given either ivabradine in doses of up to 10 mg two times day or a placebo. Patients took 20 milligrams four times day. The study's primary endpoint was a composite measure that included both fatal and nonfatal myocardial infarctions.

Conclusion

Ivabradine was added to the standard background medicine in order to slow a stable case of coronary artery disease patients' heart rate and did not have any clinical signs of heart failure. This was done in order to achieve the desired outcome of decreasing heart rate. The patients did not see an improvement in their prognosis as a result of the treatment of ivabradine.

Reference

1. Fox K, Borer JS, Camm AJ, et al. Resting heart rate in cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:823-830
2. Fox KM, Ferrari R. Heart rate: a forgotten link in coronary artery disease? *Nat Rev Cardiol* 2011;8:369-379
3. Diaz A, Bourassa MG, Guertin MC, Tardif JC. Long-term prognostic value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease. *Eur Heart J* 2005;26:967-974
4. Diaz A, Bourassa MG, Guertin MC, Tardif JC. Long-term prognostic value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease. *Eur Heart J* 2005;26:967-974
5. Bohm M, Swedberg K, Komajda M, et al. Heart rate as a risk factor in chronic heart failure (SHIFT): the association between heart rate and outcomes in a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2010;376:886-894
6. DiFrancesco D. Funny channels in the control of cardiac rhythm and mode of action of selective blockers. *Pharmacol Res* 2006;53:399-406
7. Tardif JC, Ford I, Tendera M, Bourassa MG, Fox K. Efficacy of ivabradine, a new selective I(f) inhibitor, compared with atenolol in patients with chronic stable angina. *Eur Heart J* 2005;26:2529-2536
8. Tardif JC, Ponikowski P, Kahan T. Efficacy of the I(f) current inhibitor ivabradine in patients with chronic stable angina receiving beta-blocker therapy: a 4-month, randomized, placebo-controlled trial. *Eur Heart J* 2009;30:540-548
9. Swedberg K, Komajda M, Bohm M, et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet* 2010;376:875-885

10. Fox K, Ford I, Steg PG, Tendera M, Ferrari R. Ivabradine for patients with stable coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2008;372:807-816

Sharipova Farida Salimjanovna

INNOVATIVE EDUCATIONAL METHODOLOGY IN TEACHING MEDICAL BIOLOGY IN HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Termiz Branch of Tashkent Medical Academy
Department of Medical Biology and Histology

Relevance of the topic. Ensuring the effectiveness of the process of improving the teaching methodology of medical biology in medical institutions of higher education, using pedagogical technologies in the process of teaching medical biology, the possibilities of the information-educational environment in improving the quality of education, and preparing students to use interactive tools from the science of medical biology are considered one of the main tasks of today.

Objectives and tasks. In the educational system, with the help of a large number of interactive methods, methods and techniques, it is possible to remember information and gain the quality of future education and knowledge from it.

Conclusions. The psychological basis of the use of interactive methods in the educational process sheds light on the circumstances that affect the professional development of the person involved in the integration of information. The purpose of the "Bieterminological chain" method: this method is used to determine the level of mastering of basic concepts of the subject by students or participants, to independently check and evaluate their knowledge, as well as to diagnose the level of initial knowledge on this new subject. Procedure for implementing the method: participants are introduced to the training rules; Learners will chain words and terms that are related to the topic in a coherent way. (individually or in groups); learners provide written information about what these concepts mean, when and in what situations they are used; at the end of the set time, the teacher will read or show a correct and complete explanation of the given concepts through a slide; each participant compares his personal attitude with the given correct answers, identifies the differences and checks and evaluates his level of knowledge.

"Analysis of concepts" method

The purpose of the method is that this method is used to determine the level of mastery of the basic concepts of the students or participants on the subject, to independently check and evaluate their knowledge, as well as to diagnose the level of preliminary knowledge on this new subject. Procedure for implementing the method: participants are introduced to the training rules; learners are given handouts with the names of words and concepts related to the topic (individually or in groups); learners provide written information about what these concepts mean, when and in what situations they are used; at the end of the set time, the teacher will read or show a correct and complete explanation of the given concepts through a slide; each participant compares his personal attitude with the given correct answers, identifies the differences and checks and evaluates his level of knowledge.

"Question vortex" method

This method is a method that collects free opinions and comments expressed by students on a problem and comes to a certain solution through them. There are written and oral forms of the "Question Vortex" method. In oral form, each student expresses his or her opinion to a question posed by the teacher. Learners state their answers clearly and concisely. To a written question, learners write their answers on flipcharts in a concise and legible manner. Answers are attached to the board (using magnets) or pinboard.

In the written form of the "Question vortex" method, there is an opportunity to group the answers by certain characters. When this method is used correctly, it is possible to teach a person to think freely and creatively.

When using the "Question Vortex" method, it is possible to involve all learners, including the formation of a culture of communication and discussion among learners. They develop the ability to express their thoughts not only verbally, but also in writing, logical and systematic thinking. The lack of evaluation of the expressed opinions leads to the formation of different ideas.

This method serves to develop creative thinking in students. The "Question Vortex" method is implemented depending on the goal set by the teacher:

1. When the goal is to determine the basic knowledge of learners, this method is implemented in the introductory part of the lesson.

2. Repetition of the topic or connection of one topic with the next topic is carried out in the transition to a new topic.

3. When the goal is to strengthen the subject, it is carried out in the reinforcement part of the lesson after the subject.

The main rules for using the "Question Vortex" method:

1. Opinions expressed are not discussed and evaluated.

2. Any opinions expressed will be considered, even if they are not correct.

3. Every learner must attend.

The stages of the "Question Vortex" method are as follows:

Learners are asked a question and asked to give their response (opinion, idea, and reasoning) to that question;

Learners provide feedback on the question;

Learners' ideas are collected on colored papers or on the board;

Ideas are grouped by certain symbols;

A clear and correct answer to the above question will be selected.

Advantages of the "question vortex" method: non-evaluation of results leads to the formation of different ideas among learners; all learners participate; ideas are visualized; there is an opportunity to check the basic knowledge of learners; learners are interested in the subject.

Disadvantages of the "question vortex" method:
Inability to put the question correctly by the teacher; a high level of listening ability is required from the teacher. [58; p. 47].

Application of the "Question Vortex" method in the field of ontogeny and its main types

1. What is the meaning of the word ontogeny?

Answer: personal development comes from the Greek ontosis and genesis means to develop.

Types of ontogeny?

Answer: it is divided into larval and non-larvae and development in the mother's womb.

Stages of ontogenesis?

Answer: divided into prenatal and postnatal stages.

The main periods of ontogenesis?

Answer: there are progenesis, embryogenesis and postembryonic periods.

What is progenesis?

The period before fertilization

Conclusion. Effectiveness of interactive methods in education: changing the forms of teaching (dialogue exchange of information, mutual understanding, action) guarantees the main content and final goal of the educational process; forms corporate culture by providing leadership qualities, personal and team work results; implementation of a democratic approach to the solution of assigned tasks, study of humanitarianism, creation of an educational product.

Used literature

1. **Tolipov U.K.** Pedagogical basic razvitiya obshchetrudovykh i professionalnykh umeniy i navykov v sisteme vyshego obrazovaniya: Autoref. dis. ... Ph.D. science - Tashkent: TGPU, 2014. - 51 p.

2. **Safarova S.T. Sharipova F.S.** Medical biology general genetics Tashkent 2023

3. **Saveleva M.G., Novikova T. A., Kostina N. M.** Use of active and interactive educational technology: method. recommendation. /- Izhevsk: Izd-vo "Udmurtsky University", 2013. – S. 5.

Shukurova D.A., Mirzoeva M.T.

STRUCTURAL FEATURES OF THE SKIN DERMA IN PATIENTS DEPENDING ON THE REPRODUCTIVE SYSTEM CONDITION

Department of Histology, of SEI "Avicenna Tajik State Medical university" Tajikistan.

Relevance. Currently, there is a clear tendency towards an increase in the population of elderly and senile people. Their share in the population in many countries exceeded 20%. Prevention of aging is one of the most actively and dynamically emerging new directions of medicine in recent. In the process of natural aging, factors such as decrease in metabolism, dysfunction of the endocrine system and immunity, disruption of microcirculation and neurohumoral regulation play a certain role. An age-related decrease in the level of estrogen in a woman's body plays a significant role in the development of endogenous skin aging.

Skin aging plays an important role in the mechanisms of the general biological process of aging of the body. On the one hand, the mechanisms of skin aging are determined by metabolic, structural and functional changes common to the entire body, and the condition of the skin as a whole can indicate the degree of aging of the body. On the other hand, the skin is an organ that is constantly in contact with the external environment, as a result of which signs of aging may appear much earlier than in other organs.

The skin is an estrogen-sensitive and reactive organ due to its specialized receptors. Estrogens stimulate the proliferation of epidermal cells, skin pigmentation, positively effect its hydration and turgor, enhance vascularization, and increase the level of hyaluronic acid in the dermis. The decrease of estrogen levels are one of the important causes of skin aging. Hormone-dependent aging of the latter occurs independently of photoaging and is expressed in thinning of the skin and degradation of elastin and collagen fiber

Purpose of the study. To conduct a comparative analysis of data from a morphological study of the skin dermis in patients with normal and impaired reproductive function.

Material and research methods. The skin biopsy specimens obtained from 21 women aged 16 to 64 years served the object of the study. Surgical material was obtained from healthy female patients of plastic surgery clinics in Dushanbe. When selecting patients for this study, the following criteria were taken into account: age, state of the reproductive system, somatic diseases.

In order to identify morphological changes in epidermal cells, histological examination of skin biopsy specimens was carried out. In order to detect changes in the thickness of the epidermis, sections were stained with hematoxylin and eosin. To identify and determine the degree of degeneration of collagen and elastic fibers of the dermis, sections were stained with hematoxylin, picrofuchsin and orcein.

Microscopic examination was carried out using a light microscope "MBI-6" at magnification - vol. 10x, 20x; OK. 5x, 10x, additional microscope magnification - 2.5x. Morphological assessment of the obtained results was carried out by a semi-quantitative manner.

Research results and their discussion. The features of the characteristics of the skin structure of the patients depending on the state of the reproductive system were compared. At the same time, a comparative analysis was carried out in patients with a normal menstrual cycle and patients with age-related changes in the menstrual cycle (peri- and postmenopause).

The border between the epidermis and the papillary layer of the dermis remained unchanged in 83.8% and smoothed in 16.2% of the examined patients. In 62.2% of patients with a normal menstrual cycle, the structure of the collagen fibers of the

dermis corresponded to the norm, a weak degree of their degeneration was detected in 30.6% of examined patients, and a moderate degree in 7.2%. In 46.2% of representatives of this group, elastin fibers in skin preparations remained unchanged. The same percentage of examined women showed signs of weakly expressed elastosis, moderately expressed - in 7.6%. When analyzing the morphological properties of the skin in patients with age-related reproductive dysfunction, the following results were obtained.

The morphological structure of collagen fibers corresponded to the norm in 76.2% of examined patients; in the remaining 23.8% of patients, a weak degree of degeneration of collagen fibers was detected. Normal elastin fibers were detected in 59.2% of cases, a weak degree of elastosis was detected in 5.9% of patients, moderate - in 34.7% of cases.

In a comparative analysis of data of morphological study of the skin in patients with normal and impaired reproductive function, the following regularities were found.

Collagen fibers of the dermis remained unchanged in 61.5% of patients of the first and 76.5% of patients of the second group. There were no statistically significant differences between groups in the degree of collagen fiber degeneration ($p=0.526$).

Elastin fibers of the dermis corresponded to the norm in 46.2% of patients with preserved reproductive function and in 58.8% of patients with peri- and postmenopause. The weak degree of elastosis in representatives of the first group was detected almost 8 times more often than in representatives of the second group, and a moderate degree of elastosis, on the contrary, was detected in representatives of the second group almost 4.5 times more often than in patients of the first group. In general, the differences in the degree of skin elastosis in patients of the two compared groups were statistically significant ($p = 0.027$).

Conclusions. Thus, when comparing the structural features of skin biopsy specimens in female patients depending on the state of the reproductive system, statistically significant differences between groups in the degree of elastosis in the dermis of the skin were revealed. Certain differences between the groups of the examined by changes in the thickness of the epidermis attracted attention.

In comparing skin biopsy specimens in patients with a normal menstrual cycle and in patients with age-related in the menstrual cycle changes, statistically significant differences in the degree of skin elastosis between groups were revealed ($p = 0.027$). It was noteworthy that an obvious increase in the thickness and/or number of elastin fibers in women with impaired reproductive function was detected almost 4.5 times more often than in patients with a normal menstrual cycle. Confirmation of this fact is shown in the literature, where indicated that a decrease in estrogen levels is one of the important causes of skin aging: hormone-dependent aging of the latter is expressed in thinning of the skin and degradation of elastin and collagen fibers.

Literature

1. Bagaeva, M.I. Atlas. Basal membrane of human skin in different age periods / M.I. Bagaeva. - M.: Triumph, 2015. - pp. 120-123.
2. Gubanov, E.I. Wrinkles: diversity of topography, anatomy, etiopathogenesis / E.I. Gubanov // Kosmetik international. - 2013. - No. 5. - P. 8-17.
3. Sukolin G.I. Clinic of hereditary dermatoses.: Atlas-guide / Sukolin G. I. - M.: Binom, 2014. - 312 p.
4. Sharova, A.A. Thermal aging of the skin - a new concept for the development of involutionary changes / A.A. Sharova // Injection. methods in cosmetology. - 2014. - No. 1. - P. 96-99
5. Farage, M.A. Characteristics of the Aging Skin / M.A. Farage [et al.] // Adv. Wound Care (New Rochelle). - 2013. - Vol. 2, No. 1. - P. 5-10.

Shukurova D.A., Mirzoeva M.T., Imomnazarova V.Sh.

PARTICIPATION OF SKIN CELL STRUCTURES IN THE IMMUNE PROCESS

Department of Histology of SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Tajikistan

Relevance. The skin is the largest organ of the human body. The unique role of the skin is that it acts as a barrier between the body and its environment. The skin consists of two inseparable layers - the epidermis and the dermis and is represented by numerous types of cells and auxiliary structures, each of which has its independent value. The protective function of the skin lies in its ability to participate in maintaining homeostasis by regulating the evaporation of water, maintaining body temperature, excluding the penetration of microorganisms and chemicals, developing an immune response to those agents that were able to penetrate the mechanical barrier and, finally, the formation of pigment and keratin for protection from sun rays.

Material and research methods. The skin is an important part of the immune system and can largely be regarded as a border organ of immune defense. It is the skin that often takes the first contact with various pathogens - bacteria and viruses, fungi and protozoa. If the skin manages to fully realize its barrier function, then the internal environment of the body is preserved. If, as a result of some influences, the protective function and integrity of the skin is impaired, then the body finds itself in a critical situation, as it is noted for example with burns of large areas of the skin. The mechanism of immune defense involving the skin can be broadly divided into two types: with the participation of innate immunity and with the participation of acquired (adaptive) immunity.

The first and most important protective function of the skin is associated with innate immunity. The most differentiated layer of the epidermis is the corneal layer, which makes first contact with the environment. This physical barrier is composed of extracellular lipids and keratinized cells, and it is permeable only to water and some non large molecules. Some lipid components secreted by the corneal layer (sebaceous lipids, glycosphingolipids, free fatty acids) have antimicrobial activity. Resident skin microflora also competitively suppresses the growth of pathogenic microorganisms. With adaptive - acquired immunity, the skin has a full range of immune defense mechanisms. This type of immune response is antigen-specific and is associated with immunological memory function. The components of this system are Langerhans cells and other antigen-presenting cells, resident and migratory lymphocytes, and endothelial cells, which together exert active immune control. This complex was called "skin-associated lymphoid tissue" by analogy with conjunctival-, broncho- and gastrointestinal-associated

lymphoid tissue.

The skin has the ability to mount a full-scale immune response. The main antigen-presenting cells of the skin are Langerhans cells. They contain characteristic cytoplasmic organelles that resemble tennis rackets in appearance and are called Birbeck granules. Their role is to recognize and present antigen. These cells originate from the bone marrow, but penetrate the epidermis of the fetus already in the first trimester of pregnancy, and their number increases further during pregnancy. In an adult, they make up from 2 to 8% of all epidermal cells. In addition, Langerhans cells contain numerous cell surface antigens and membrane-associated proteins. Langerhans cells are unstable, but, on the contrary, very dynamic, they migrate into and out of the epidermal layer, change their surface phenotype, their localization and degree of maturity. Their main function is the presentation of antigen to naive T cells of the epidermis, which is where the immune reaction begins.

Other antigen-presenting cells in the skin and regional lymph nodes include dermal dendrites (in the dermis layer), follicular dendritic cells (in lymph nodes), monocytes, macrophages, and B cells. The circulating lymphocytes in healthy skin, all extravascular lymphocytes of the T-cell type are an integral part of the skin immune system. The perivascular and periadnexal areas of the dermis contain 90% T lymphocytes. The majority of skin lymphocytes are in an activated state

Research results and their discussion. The process of migration between peripheral blood and skin is regulated by cell adhesion molecules on the surface of lymphocytes, endothelial cells and keratinocytes. Keratinocytes are the most numerous cells of the epidermis. They are not just a structural component, but are immunologically active. Keratinocytes may play a role in initiating cell-mediated immune responses in the skin through the release of interleukins and the expression of adhesion molecules. Activated keratinocytes can also influence the influx and outflow of lymphocytes and other migrating immune cells into and out of the skin.

Mast cells, eosinophils and basophils are also present in the skin. They participate in skin immune reactions in various inflammatory dermatoses and are found in foci of malignant degeneration. When an allergen enters a sensitized body, it reaches the places of where mast cells are concentrated and, by contacting them, causes their activation and degranulation. As a result, a large number of enzymes, inflammatory mediators, and chemokine factors are released to attract other effector cells, in particular basophils and eosinophils. The content of eosinophils in the skin increases during an allergic reaction when mast cells degranulate. Eosinophils capture histamine and destroy it using the enzyme histaminase, and are also involved in the destruction of protein-derived toxins, foreign proteins and immune complexes.

Melanocytes are also actively involved in the skin immune response. Like keratinocytes, these pigment-producing cells can both themselves synthesize various biologically active compounds that act as mediators of the dermal and epidermal inflammatory process, and respond to them

Conclusions. Thus, the skin is the largest specialized organ. In particular, the skin is a barrier organ and, most importantly, like the thymus, it is the site where certain types of immune cells mature and immunological reactions occur. The skin barrier contains all types of cells capable of carrying out a wide range of immune responses.

Literature:

1. Agageldieva S.S., Bordzhakova A.O., Udaeva G.A. The immune system and other cognitive systems // Science through the prism of time. 2020. No. 1 (34). pp. 93–95.
2. Aguilar A. Skin associated lymphoid tissues (SALT). Its normal and pathological function // An R AcadNac Med. - 2016. - №123. - P. 367377.
3. Bazarny V.V. Skin immune system // Mesotherapy. - 2014. - No. 2. - pp. 52-56
4. 12. Gharib, F. Yu. Interaction of pathogens with innate immunity / F. Yu. Gharib. - M.: Moscow State University Publishing House, 2013. - 531 p.
5. Sedych P. N., Lebedeva M. N. Interrelation of local intestinal immunity and general immunity of the body // Bulletin of medical Internet conferences. 2017. T. 7, no. 6. pp. 10–15.

Thi Lan Pham¹, Thi Ngoan Nguyen², Xuan Minh Vu¹

RESEARCH ON THE CONVERSION OF RUTIN TO QUERCETIN BY THE FERMENTATION PROCESS OF KOMBUCHA TEA

¹Institute for Tropical Technology, Vietnam Academy of Science and Technology, Hanoi, 100000, Vietnam

²Institute of Chemistry, Vietnam Academy of Science and Technology, Hanoi, 100000, Vietnam

Introduction.

Kombucha originated in Northeast China (historically known as Manchuria) around 220 BC. Its name is believed to derive from Dr. Kombu, a Korean physician who brought the tea to Japan to cure Emperor Inkyo. By the early 20th century, kombucha was introduced to Russia and then other parts of Eastern Europe and Germany. Kombucha is now commercially produced around the world, its global market worth about \$1.7 billion in 2019 [1].

To produce kombucha, sugar is added to green or black tea and then fermented by symbiotic culture of bacteria and yeast (SCOBY), which contains yeast, lactic and acetic bacteria. The composition of kombucha usually includes ethanol; organic acids (acetic, gluconic, glucuronic, citric, lactic, malic...); sugars (sucrose, glucose and fructose); group B vitamins (B1, B2, B3, B6, B12); amino acids; color pigment; fat and proteins; hydrolytic enzymes; polyphenols; as well as other fermentation products of yeast, acetic bacteria, and lactic acid bacteria, giving kombucha its distinctive flavor [2].

Many studies have claimed that kombucha has positive effects on human health such as its antioxidant and detoxifying activity, or its ability to prevent stomach ulcers, diabetes and cancer. However, medicinally valuable components of kombucha have not been fully exploited. In this study, the fermentation of kombucha tea by SCOBY was investigated, and the presence of pathogenic microorganisms, and antioxidant activity in the product was recorded. Besides, the conversion of quercetin upon the hydrolysis of rutin in the kombucha solution is also studied.

Chemical and experiments.

Chemical

Dried black tea, symbiotic culture of bacteria and yeast (SCOBY) and its solution, brown sugar and rutin were purchased in Vietnam.

The production of kombucha by SCOBY

Brew 30g of dried black tea in 4.5 L of hot water (80-100°C, 30 minutes), then add 450g (10%) brown sugar. Cool the solution to room, then evenly divide into four jars. Add SCOBY solution (4% content) to each jar and perform static culture. The fermentation process is recorded in 14 days.

Conversion of quercetin from rutin in kombucha solution

During fermentation, the pH of kombucha tea gradually decreases. After about 7-10 days, the tea has a slightly acidic environment. Therefore, in this study, a fermented kombucha tea solution was used to synthesize quercetin from rutin. The experiment was conducted as follows: Dilute 0.132g rutin and 10g brown sugar (sucrose) in 100mL of water, add SCOBY to the resulting solution.

Determination of antioxidant activity

In this study, DPPH (2,2-diphenyl-1-picrylhydrazyl free radical) was used to determine the antioxidant activity of kombucha tea. The antioxidants neutralize the DPPH free radical by donating hydrogen, reducing the absorbance at its characteristic wavelength of 517 nm.

Determination of antibacterial and fungicidal activity of kombucha tea

The kombucha tea sample was subjected to quantitative analysis of total microorganisms, total molds and *E.coli* bacteria according to TCVN 4884:2001, the Vietnamese standard for general guidance on the enumeration of microorganisms in food or by counting colonies grown in solid medium after aerobic culture at 30°C.

Results and discussion.

Microbial growth in kombucha tea samples

Results of total bacteria count, total mold count and *E.coli* in tea samples are shown in Table 1. Based on Tables 1 it can be seen that the total bacteria count begins to appear in the solution with a concentration of 10^6 CFU/ml and decreased to 10^1 CFU/ml on day 4 and completely did not appear after day 7 until the end of the test. Studies have proven that kombucha tea also has the ability to inhibit Gram (+) strains of bacteria such as *Staphylococcus epidermidis*, *S. aureus*, *M. luteus* and Gram (-) bacteria such as *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *S. typhimurium*, *Listeria monocytogenes*... It can be concluded that the possibility of harmful bacteria and mold infection of the post-fermented tea solution is insignificant.

Table 1. The analysis results of total bacteria count, total mold count and *E.coli* in 13 days.

Day	Sample	Unit	Standard	Total bacteria count (CFU/ml)	Total mold count (CFU/ml)	<i>E.Coli</i> (CFU/ml)
1	1	CFU/mL	TCVN 4884: 2001	1.0×10^6	not detected	not detected
4	2	CFU/mL	TCVN 4884: 2001	1.0×10^1	not detected	not detected
7	3	CFU/mL	TCVN 4884: 2001	not detected	not detected	not detected
10	4	CFU/mL	TCVN 4884: 2001	not detected	not detected	not detected
13	5	CFU/mL	TCVN 4884: 2001	not detected	not detected	not detected

Antioxidant properties of kombucha tea

During the determination of antioxidant activity, kombucha tea was diluted several times. The C_0 concentration show the kombucha solution undiluted. From the data, we can build a graph using the *Origin* software (Figure 1), from which we can determine the correlation equation between the content of kombucha tea and the percentage of free radical capture, $y = 7880.988x + 9.37$, where y is the percentage of free radical scavenging, x is the kombucha tea. Based on this equation, we determine the value of IC_{50} as follows: $IC_{50} = 0.00528C_0$, that is, diluting the solution 189 times, the kombucha tea solution will capture 50% of the free radicals of the DPPH solution with a concentration of $1.9 \cdot 10^{-5}$ M.

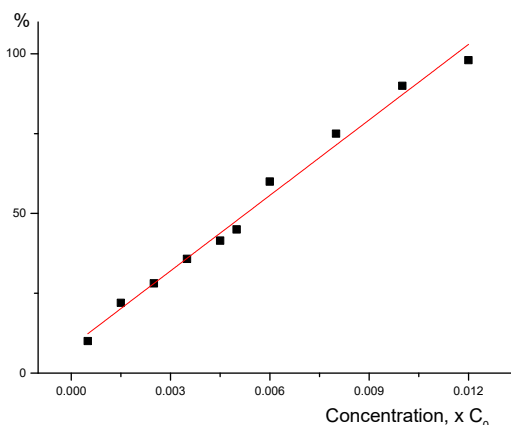


Figure 1. Correlation between the percentage of DPPH free radical captured and the content of kombucha solution.

Synthesis of quercetin from rutin in kombucha solution

To probe deeper into the structure of the synthesis product from rutin, ^{13}C NMR has been carried out. Based on the NMR data and comparison of the data given in the literature previously, the structure of this compound was identified as quercetin. ^1H -NMR (CD_3OD , 500 MHz): δH 7.65 (1H, d, $J = 2.1$ Hz, H-2'), 7.50 (1H, dd, $J = 8.4, 2.1$ Hz, H-6'), 6.85 (1H, d, $J = 8.4$ Hz, H-5'), 6.40 (1H, d, $J = 2.0$ Hz, H-8), 6.20 (1H, d, $J = 2.0$ Hz, H-6).

Antioxidant properties of rutin solution fermented by SCOBY

The Table 2 showed the percentage of free radical scavenged (P) of rutin in kombucha solution with different concentrations. In experimental the concentration of DPPH solution was $3.82684 \cdot 10^{-5}$ mol. L^{-1} . The results showed that the rutin solution in kombucha exhibited very good antioxidant activity. The diluted solution rutin in kombucha (3.33 times) neutralized about 85% of free radicals from DPPH.

Table 2. Percentage of free radical scavenged (P) for different rutin concentrations in kombucha solution.

Sample	$V_{\text{rutin solution, mL}}$	$V_{\text{DPPH solution, mL}}$	$V_{\text{EtOH, mL}}$	A	P, %
1	0	5	5	1.428	-
2	0.5	5	4.5	0.436	69.46
3	1	5	4	0.198	86.134
4	1.5	5	3.5	0.151	89.425
5	2	5	3	0.162	88.655
6	2.5	5	2.5	0.198	86.134
7	3	5	2	0.219	84.663

Conclusion.

In this study, kombucha tea was prepared from black tea in the presence of Scoby. The resulting kombucha tea has high antioxidant activity and has anti-bacterial and mold-killing effects. Kombucha tea is used to convert quercetin from rutin. NMR spectrum analysis results demonstrate that the conversion was successfully.

Acknowledgments.

This work was funded by The Vietnam Ministry of Science and Technology (MOST) under the grant number NDT/BY/22/01.

References.

1. Kitwetcharoen, H. Kombucha Healthy Drink-Recent Advances in Production, Chemical Composition and Health Benefits / H. Kitwetcharoen, L.T. Phung, P. Klanrit, S. Thanonkeo, P. Tipayawat, M. Yamada, P. Thanonkeo // Fermentation. – 2023. Vol, 9, № 1, -P. 48.
2. Yang, J. Conversion of Rutin to Quercetin by Acid Treatment in Relation to Biological Activities / J. Yang, H. Lee, J. Sung, Y. Kim, H. S. Jeong, J. Lee // Prev. Nutr. Food Sci. – 2019. -Vol. 24, № 3. -P. 313–320.

Yagubova S.M., E.Ch. Akbarov, T.S. Sultanova

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF MESENTERIC LYMPH NODES DURING THE COMBINED EFFECT OF HYPOXIA AND INFECTION

Azerbaijan Medical University, Department of Pathological Anatomy, Baku, Azerbaijan

Relevance. An important role in the formation of integral reactions and adaptation processes to the impact of stressors is played by the immune system, in particular, lymph nodes, which have high potential capabilities and plastic properties [3]. Thus, lymph nodes, a key part of immune status, become susceptible to hypoxia and infection, which allows organs and systems of the body to adapt, gaining resistance to these factors [1,2]. Also, lymph nodes are actively involved in complex infectious processes as well as in the processes of immunogenesis in response to microbes introduced into the abdominal cavity, regulating specific antigenic control.

On the other hand, stress factors, especially hypoxia and infection, stimulate phagocytic activity in the body, increase the amount of complement and immunoglobulins in the blood, and cause morphofunctional changes in lymphoid tissues [3]. Morphofunctional changes occurring in lymphoid tissues in hypoxic and infectious conditions indicate the development of immune deficiency in the body, and increase the risk factors of many diseases, including immune pathologies [2,3].

In the literature, the information about the combined effect of hypoxia and infection is very few and fragmentary; a detailed study of these factors, their interaction, and systematic study is very important. At the same time, the analysis of numerous data once again confirms the relevance of the study for both theoretical and clinical medicine [4,5].

The objective of the study was to study the immunohistochemical features of morpho-functional changes in mesenteric lymph nodes under the combined effects of hypoxia and infection.

Materials and methods of the study. In the course of the study, 40 healthy white male rats weighing 180–200 grams, grown under special conditions, were used. A combined model of hypobaric hypoxia and staphylococcal infection was created using experimental animals. To do this, after intraperitoneal infection with the *S. aureus* culture, the animals were placed in a special barochamber with ventilation, creating an environment corresponding to atmospheric pressure at an altitude of 2000–3000 m above sea level. The animals, divided into 2 subgroups, were kept in a barochamber for 15 and 30 days, 5 times a week and 2 hours each time (with a 1-hour break). On the 15th and 30th days of the study, lymph nodes were taken comprehensively, and the staining intensity of lymphocytes CD4+ and CD8+ antigens in lymph nodes (3 positive (+++), 2 positive (++), 1 positive (+)) by immunohistochemical and morphometric methods. The preparations were examined microscopically under x10, x20, and x40 magnification, microphotographs of the preparations were taken with the digital camera system of the “Olympus BX-41” microscope.

Results and their discussion. On the 15th day of the study, the following results were obtained during the analysis of the immunohistochemical staining parameters of CD4+ and CD8+ lymphocyte subpopulations in the preparations obtained from the mesenteric lymph nodes of the experimental animals included in subgroup I: CD4+ antigen parameters 2 and 3 positive ("++" and "+++") respectively, 3%, 1 positive («+») 4%, CD8+ lymphocytes antigen parameters 3 positive («+++») 5%, 2 positive («++») 8%, and 1 positive («+») is 3%. No staining is observed in 90% of CD4+ antigen populations and 84% of CD8+ antigen populations (Figure 1. A, B.) (Table 1.).

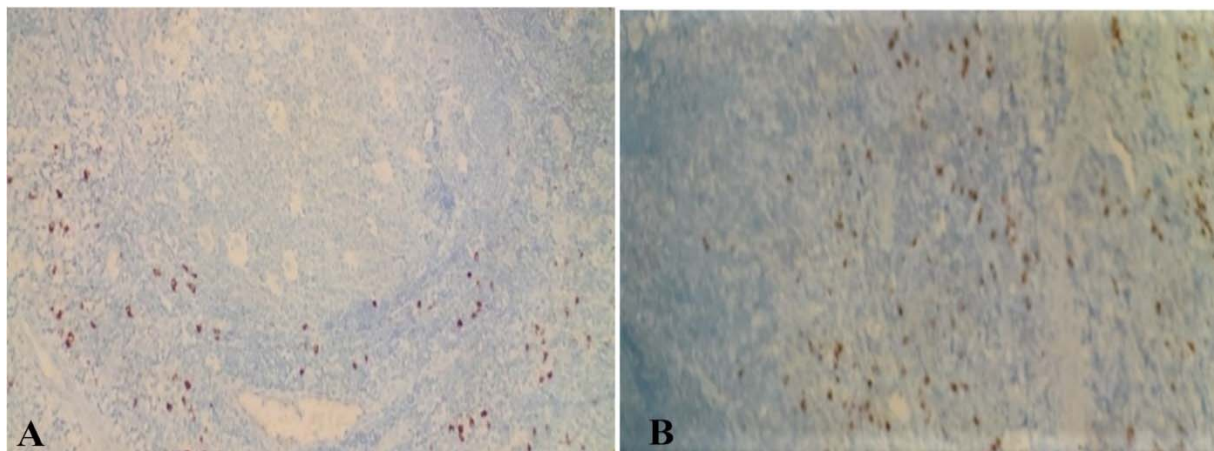


Figure 1. Day 15 of the study. Immunohistochemical staining of the mesenteric lymph nodes. X20. A – CD4+ lymphocytes (antigens); B – CD8+ lymphocytes (antigens).

CD4+ and CD8+ antigens are not stained in 95% and 92% of cases, respectively, during CD4+ and CD8+ immunohistochemical staining of lymphocytes in preparations taken from the lymph nodes of experimental animals of subgroup II (Fig. 2. A, B.). 2 and 3 positive ("++" and "+++") of CD4+ antigen staining parameters respectively 2%, 1 positive ("+") 1%; it is noted that 1 and 3 positive ("+" and "+++") CD8+ antigen staining parameters are 3% each, 2 positive ("++") 2% (table 1.).

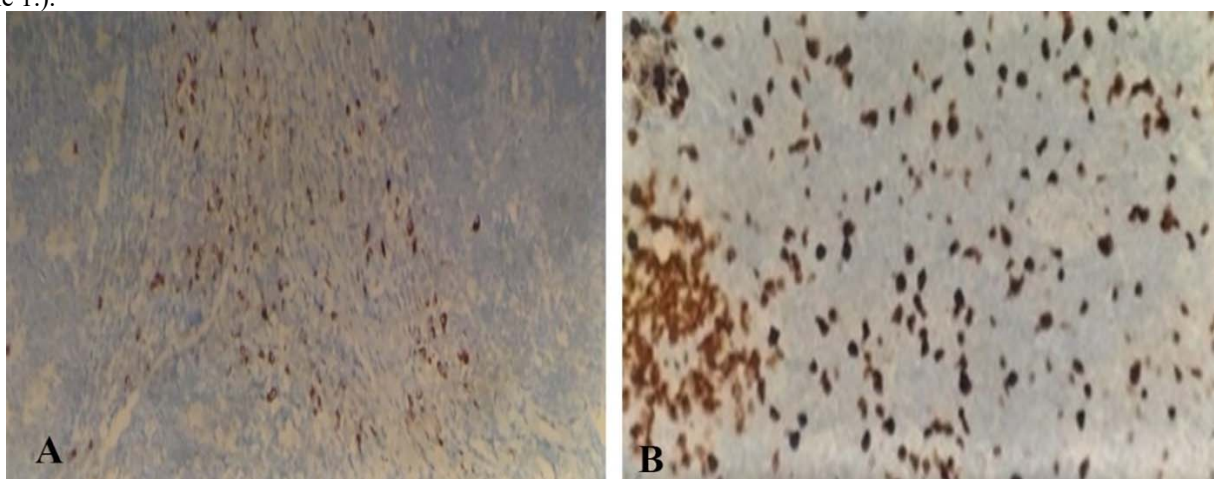


Figure 2. Day 30 of the study. Immunohistochemical staining of the mesenteric lymph nodes. X20. A – CD4+ lymphocytes (antigens); B – CD8+ lymphocytes (antigens).

Proliferation of lymphocyte subpopulations can be observed during the course of the study.

During the immunohistochemical study, when comparing the immunohistochemical staining characteristics of CD4+ and CD8+ antigens of lymphocytes in the mesenteric lymph nodes of experimental animals, they are markedly different from each other. The CD4+ antigen of lymphocytes is intensively stained on the 15th day of the experiment, and the CD8+ antigen on the 30th day of the experiment.

Table 1.
CD4+ and CD8+ immunohistochemical staining of the mesenteric lymph nodes during the combined effect of hypoxia and infection

Parameters	CD4+		CD8+	
	Duration of experiment			
	15 th day	30 th day	15 th day	30 th day
+++	3.0%	2.0%	5.0%	3.0%
++	3.0%	2.0%	8.0%	2.0%
+	4.0%	1.0%	3.0%	3.0%
—	90.0%	95.0%	84.0%	92.0%

Conclusion. Immunohistochemical results obtained during hypoxia development on the background of infection are explained by the occurrence of morphofunctional changes in the mesenteric lymph nodes. These changes are characterized by damage, progressive destruction of lymphatic follicles and follicular cells, a decrease in the volume and size of lost parenchyma, and an increase in fibrous structures in the intercellular space of lymphoid tissue on the 15th day of the study. On the 30th day of the experiment, during the period of extinction of inflammatory processes in the abdominal cavity, with an increase in macrophage cells, the morphofunctional characteristics of the components of the lymphatic follicles change significantly, lymphoid and reticuloendothelial cellular elements with hyperplastic and hypertrophic changes appear predominantly. In addition to maintaining the general structure of the lymph nodes, progressive damage and local atrophy of individual follicles attract attention [4,5].

REFERENCES

1. Schaffer, K., Taylor, C.T. The impact of hypoxia on bacterial infection // FEBS J. – 2015, 282(12), – p. 2260-2266
2. Taylor, C.T., Colgan, S.P. Regulation of immunity and inflammation by hypoxia in immunological niches // Nat Rev Immunol. – 2017, 17(12), – p. 774-785
3. Wenger, R.H. Frequently asked questions in hypoxia research / R.H. Wenger, V.Kurtcuoglu, C.C.Scholz [et al.] // Hypoxia. – 2015, 18(3), – p. 35-43
4. Yagubova, S.M. Morphology of lymph nodes and lymphocytes of peripheral blood during acute hypobaric hypoxia // - Baku: Life Sciences and Biomedical Journal, - 2020, No. 1, - p. 97-103 [in Azerbaijani].
5. Yagubova, S.M., Akbarov E.Ch., Rustamova, S.M. Morphofunctional characteristics of the mesenteric lymph nodes in the experimental staphylococcal peritonitis // - Baku: Azerbaijan Oncology Journal, - 2020, No. 2, - p. 22-25 [in Azerbaijani].

Zerbe, B.L., Joe I.E.

A CHART REVIEW OF THE RESULTS OF SELECTIVE LASER TRABECULOPLASTY TREATING OPEN ANGLE GLAUCOMA IN TAJIKISTAN

Solim Med Clinic, Dushanbe, Tajikistan

Relevance.

Selective laser trabeculoplasty (SLT) has been shown to be an effective treatment for open angle glaucoma since 1998. Recent studies have continued to confirm and expand the role of SLT in treating open angle glaucoma, showing that compared to medication as initial therapy SLT decreased visual field progression, increased the number of visits with target intraocular pressure (IOP), and decreased the need for future surgical procedures.¹ Repeat SLT has been shown to be as effective as initial SLT, even with early failure of initial SLT.² SLT may have an even greater role in Tajikistan than many countries, give the high rate of pseudoexfoliative glaucoma present in Tajikistan and studies that show that SLT may have a greater IOP lowering effect in pseudoexfoliation.³

Objective of the study.

To investigate the effect of SLT on eyes with chronic open angle glaucoma in Tajikistan.

Materials and research methods:

This was a retrospective chart review of 64 SLTs performed at Solim Med Clinic from 2011 to 2021. SLT was performed with Frequency-doubled, Q-switched, 532-nm wavelength Nd:YAG laser at a 400 micrometer spot size, with the trabecular meshwork treated with 100 spots over 360 degrees. IOP, measured with Goldmann applanation tonometry, was compared pre- and 4-6 weeks post laser, and yearly for as long as follow-up data was available. A student T-test was used to determine statistical significance.

Results of the study and their discussion:

Average pressure was 23.6 mmHg pre-SLT, dropping to 17.4 mmHg 4-6 weeks after SLT (26% drop, $p < 0.001$). At 6-12 months this was maintained with an average IOP of 18.0 mmHg (24% drop, $p = 0.004$). 48% of eyes had an IOP drop of $>20\%$ after SLT. For those with longer term follow-up, the percentage of eyes with $>20\%$ IOP drop from baseline was 25% at 1-2 years, 40% at 2-3 years, and 40% at over 5 years. SLT was repeated in 5 eyes. Pre-SLT medications averaged 2.8 per eye with no significant change post-SLT.

Conclusions:

The results of our study are consistent with findings internationally which have shown the effect of SLT to be similar to the effect of latanoprost.⁴ Based on recent larger studies, it would be good to expand SLT use as initial treatment for open angle glaucoma, and to more often repeat SLT, even when initial SLT was ineffective. One of the limitations of our study was that relatively few patients followed-up beyond 1-2 years. This highlights the challenges with compliance that makes treating glaucoma difficult, regardless of the treatment modality. Besides incorporating effective treatments, like SLT, into our protocols, patient compliance and follow-up also need to be addressed to effectively treat glaucoma.

References:

1. Gazzard G. Six-Year Results of Primary Selective Laser Trabeculoplasty versus Eye Drops for the Treatment of Glaucoma and Ocular Hypertension. / G. Gazzard and the LiGHT Trial Study Group // Ophthalmology. – 2022. – No. 130(2).-p.139-151.
2. Guo Y. Selective laser trabeculoplasty: a review of repeatability. /Y. Guo, A. Ioannidou, P. Jute // Ann Eye Sci. – 2019. – No.4.- p.20.
3. Kara N. Comparison of the efficacy and safety of selective laser trabeculoplasty in cases with primary open-angle glaucoma and pseudoexfoliative glaucoma. / N. Kara, C. Altan, K. Yuksel, M. Tetikoglu // Kaohsiung J Med Sci. – 2013.-No. 29(9).-p.500-4.
4. Germano RAS. Comparison of the hypotensor effect between latanoprost versus selective laser trabeculoplasty obtained with the water-drinking test. / RAS Germano, M. Hatanaka, AS Garcia, et al. // Arq Bras Oftalmol. – 2021. – No.-84(4).-p.361-366.

INTRODUCTION. The search and identification of gene variants related to the characteristics of the disease (susceptibility or susceptibility, susceptibility, remission) is important to improve the epidemiological outcome of the disease, to improve the diagnosis of the disease, and to develop a personalized approach to the treatment of patients. Such studies are of particular importance in the fight against infectious diseases of social importance, including HIV infection, hepatitis B and C viruses, tuberculosis, malaria and a number of other diseases. Taking into account the individual genetic markers of susceptibility and resistance to infectious diseases can improve the identification of disease risk, improve prevention, improve the effectiveness of vaccination and antiviral therapy. This review examines gene variants associated with individual resistance/susceptibility to HIV infection. Cohort and population studies have shown the individual nature of susceptibility to HIV infection, as well as the heterogeneity of disease development in individual individuals. Despite repeated contact with the HIV virus, individuals have been found who are not infected with the disease, that is, they have a certain resistance to infection. Among people infected with HIV, "long-term non-progressors" (LTNP) are individuals whose viral load remains relatively low for a long time without the use of antiretroviral therapy and slow progression of the disease.

Both groups describe similar features of the immune response, including the formation of neutralizing antibodies and effector cells directed against similar antigens that interfere with viral entry and spread.

The study of the mechanisms of viral resistance to HIV is important for the development of new antiviral strategies for the palliative treatment of the disease, including the creation of innovative vaccine constructs and gene therapy methods [1, 2]. Many studies have been devoted to identifying specific genes affecting different stages of the HIV life cycle, studying their polymorphism, and evaluating the role of allelic variants in the development of the disease. Genetic characteristics, characteristics of innate and adaptive immunity, mutations or attenuation of the virus are taken into account in explaining the increased or decreased susceptibility to HIV infection.

Viral resistance or susceptibility to HIV infection and the dynamics of disease development are mainly determined by the allelic status of a number of specific genes that can be classified into one of **two categories**:

1. Specific genes involved in the life cycle of HIV, from the moment the virus enters the target cells, to the intracellular processes that ensure the multiplication of the virus and the release of new virus particles from the cell.

2. Its specific genes associated with the functioning of the immune system and specific protective antiretroviral mechanisms.

HIV entry into target cells requires the presence of functionally active CD4 surface receptors and co-receptors. The main co-receptor for M-tropic strains of the virus is the chemokine receptor CCR5, and for T-tropic strains of the virus is CXCR4. CCR2, CX3CR1, and other chemokine receptors, as well as the DC-SIGN (CD209) receptor on dendritic cells and SDC2 on endothelial cells, can act as minor HIV-1 co-receptors. Polymorphism of any of these receptors can lead to increased susceptibility or, conversely, resistance to HIV infection. Significant polymorphisms of the CXCR4 receptor have not been characterized. Functional CXCR4 receptors are essential for normal individual development of the organism [1,3]. The emergence of HIV-1 strains that use CXCR4 to infect target cells is associated with accelerated disease progression and increased loss of CD4+ T cells [2,3]. The presence or absence of full-sized and normally functioning CCR5 receptors does not affect the implementation of important processes of human life, including the functioning of the immune system. Thus, inhibitors of CCR5 receptor functional activity may be used to attenuate HIV infection. The CCR5 gene is located on chromosome 3 as part of a cluster of genes encoding other chemokine receptors (CCR1, CCR2, CCR3, CCRL2, CCRX, CCXCR1). More than 10 mutations in the promoter region of the CCR5 gene and more than 20 mutations in its coding part have been identified. A number of these mutations have been shown to be associated with resistance to HIV infection and the rate of disease progression [1,5].

Deletion of the 32nd pair in the CCR5 gene coding for the second extracellular loop of the transmembrane protein leads to frameshift and premature termination of translation. As a result, the CCR5 protein loses three transmembrane segments and loses its functionality. This mutant allele is designated as D32 (rs333). Mononuclear cells were completely resistant to infection with viruses of the R5 phenotype and sensitive to infection by virus strains of the X4 phenotype. The CCR5D32 allele prevents sexual infection of homozygous individuals with R5 HIV-1 strains, shows partial resistance to HIV-1 infection of the R5X4 phenotype, and significantly slows the progression of HIV infection in heterozygous carriers [2,5]. Homozygosity does not guarantee absolute protection against HIV infection [2,4]. People with HIV who are heterozygous for CCR5D32 have slow disease progression. The phenotypic effect of heterozygosity for CCR5D32 is manifested in a decrease in the expression of functional molecules of this coreceptor on the cell surface compared to the homozygous "wild" type. As a result, in an organism with a heterozygous genotype, the ability of HIV-1 to bind to its coreceptors decreases, which slows down the spread of the virus in the body [2, 4]. Individuals heterozygous for the CCR5D32 mutation were found, whose cells have absolute resistance to R5 viruses in vitro. Later, the cause was shown to be the extremely rare CCR5 303TaA mutation (M303, C101X, rs1800560). A TaA substitution occurs at position 303 of the nucleotide sequence of the CCR5 gene, leading to the premature formation of a stop codon. As a result, the functionality of the resulting mutant coreceptor is impaired and the entry of R5 HIV strains into the target cell is blocked [1,4].

The combination of CCR5D32 and CCR5m303A alleles in the genotype leads to the highest resistance to HIV infection [1,5]. Both of these mutations are found only in individuals of European ancestry. The mean frequency of CCR5D32 and CCR5m303A protective mutant alleles was 10 and 0.2%, respectively [3]. CCR5P1 allele (rs113552054) is associated with rapid progression of HIV infection to AIDS [11]. Chemokine receptor CCR2 is a minor co-receptor for M-tropic strains of HIV-1. The CCR2 gene, located on chromosome 3 in the 3p21 region, encodes two receptor isoforms (CCR2A and CCR2B). The well-studied CCR2-V64I (rs1799864) mutation causes an AaG substitution at position 190 of the CCR2 gene sequence, resulting in the replacement of the amino acid valine with isoleucine at position 64 of the protein sequence. The mutant allele

CCR2-64I is associated with a slower progression of HIV infection to a later stage of the disease. The CCR2-64I allele is common in continental Asian and African populations, with a frequency of more than 35%. In European countries, the frequency of this allele is slightly lower, in Oceania countries it is very rare [2, 4].

Binding of HIV-1 to dendritic cells occurs as a result of interaction of gp120 with DC-SIGN molecules. Dendritic cells transfer the DC-SIGN/HIV-1 complex to CD4⁺ T-lymphocytes in the lymph nodes and mediate their infection due to the interaction between DS-SIGN and ICAM-3 [2,5].

DARC protein (Duffy antigen) is a receptor for a number of cytokines - IL-8, MCP-1, RANTES, PF4 (CXCL4), ENA-78 (CXCL5), NAP-2 (CXCL7), NAP-3 (CXCL1) (CXCL2) [3, 4]. DARC has been identified in erythrocytes, reticulocytes, epithelial cells, endothelial cells of the postcapillary venules of the spleen, endothelial cells of the kidneys, liver, pulmonary vessels, and some types of neurons in the central nervous system. DARC is required for entry of *Plasmodium malariae* into erythrocytes. The majority of Duffy-deficient Africans are resistant to malaria [3].

DARC can form heterodimers with the CCR5 receptor. In this case, the signal transduction process through CCR5 is disturbed [3]. DARC regulates circulating cytokine levels, and chemokines are involved in transcytosis and regulation of leukocyte migration [1,3]. The DARC gene is located on the long arm of chromosome 1 (1q23.2). The 46T>C mutation in the promoter region of the gene is associated with the expression level of the DARC receptor. Mutations in rs12075 (Asp42Gly), rs2427837, rs3027012, rs3027016, rs863002 are associated with DARC-mediated regulation of circulating chemokine levels [2, 4]. The presence of the "null" 46C allele in the homozygous form leads to the complete suppression of DARC expression in erythrocytes and, as a result, resistance to malaria plasmodiysy. The 46C allele is found in sub-Saharan African populations, and the 46T allele in European populations. A correlation between DARC expression and susceptibility to HIV infection was found [2,4]. The frequency of 46C/C homozygotes is 70% among HIV-infected African-Americans and 60% among HIV-uninfected individuals. Absence of the DARC receptor is associated with increased susceptibility to HIV infection. The presence of the "null" genotype is associated with slow disease progression [9, 14]. Chemokines are ligands for natural coreceptors that HIV uses to enter target cells. They affect the entry of HIV into target cells, compete with the virus for binding to the coreceptor, and reduce the expression of coreceptors on the cell surface as a result of internalization after interaction with the ligand. Polymorphisms associated with differential susceptibility to HIV infection have been described in the genes encoding RANTES, macrophage inflammatory proteins MIP1a and MIP1b, and SDF-1.

SDF-1 (CXCL12) is a ligand of the CXCR4 receptor, which is one of the main coreceptors that mediates the binding of T-tropic HIV-1 strains to target cells. It causes SDF-1 to bind to its receptor and consequently prevents the receptor from binding to HIV [2]. SDF-1 is encoded by the CXCL12 gene located on chromosome 10 (10q11). Membrane, intracellular and soluble forms of this chemokine have been identified. The target cells of SDF-1 (CXCL12) are mainly lymphocytes and monocytes; it is also a chemoattractant for leukocytes [2,4]. SDF-1 enhances chemotaxis, suppresses apoptosis. The SDF1-3'A mutation in the homozygous state is associated with a significant increase in chemokine expression and, as a result, effective blocking of T-tropic strains of HIV [2,4]. The data on the effect of SDF1-3'A mutation on the development of HIV infection in AIDS are contradictory: compared to heterozygotes, SDF1-3'A homozygotes have a slower progression of the disease and an accelerated development of AIDS. The combination of the SDF1-3'A allele in the homozygous form with the CCR5-D32 and CCR2-64I protective alleles in the individual genotype increases the overall protective effect against HIV infection. This is because mutant forms of CCR5D32 and CCR2-64I receptors act against R5 strains of the virus, and SDF1-3'A against X4 strains [1, 3]. The highest frequency of the SDF1-3'A allele is observed in Oceania countries (72%). Among the indigenous people of Africa, this allele is almost never found. The frequency of occurrence of the SDF1-3'A allele in other investigated populations ranges from 3 to 43% [1,4].

The MIP-1 α protein (CCL3) is encoded by the CCL3 gene located on chromosome 17 (17q12). MIP-1 α is a ligand of CCR1, CCR4 and CCR5 receptors and activates leukocytes during the acute phase of inflammation. The level of MIP-1 α in the human body largely depends on the number of copies of the CCL3 gene that encodes this protein [3,5].

A number of polymorphisms located in the coding and non-coding regions of the CCL3 gene are associated with resistance to HIV infection and the progression of HIV infection to AIDS [4]. The highest number of copies of the CCL3L1 (or MIP1aP) gene was found in representatives of the African population [3,5]. The 459CaT (rs2282674) mutation located in the intron of the CCL3L1 gene is associated with an increased rate of disease progression [2,4]. The MIP-2b protein is encoded by the CCL4 gene located on chromosome 17 (17q11.2). MIP-2b is a ligand of the CCR5 receptor and has a high degree of homology to MIP-1a (CCL3). It serves as a chemoattractant for NK cells, monocytes, and a number of other immunocytes [1, 4]. MIP-2b is a major HIV suppressor factor produced by CD8⁺ T cells, mainly memory CD8⁺ T cells.

The CCL4 gene is expressed in two allelic forms: L1 and L2. In individuals who are homozygous for the L2 allele, the level of transcription of this gene is reduced compared to L1/L1 homozygotes. The frequency of the L2 allele in HIV-infected patients is significantly higher than in a group of healthy donors [1, 2]. A decrease in CCL4 gene expression leads to a decrease in competition with HIV-1 for binding to the CCR5 receptor, which HIV uses to bind to the target cell [2, 3, 5].

The MCP-1 protein is a ligand for the CCR2 receptor. CCL2 is involved in a number of physiological and pathological processes, including the pathogenesis of HIV infection (AIDS). The CCL2 gene encoding MCP-1 is located on chromosome 17 (17q11.2-q21.1). Analysis of the CCL2-CCL7-CCL11 gene cluster identifies polymorphisms leading to reduced susceptibility to HIV infection [4]. The -2578G polymorphism located in the promoter region of the CCL2 gene has been shown to be associated with a reduced risk of HIV-1 infection. The heterogeneity of the distribution of alleles associated with resistance or susceptibility to HIV infection (AIDS) is very different in different races and populations, which affects the dynamics of the epidemic in different regions of the world and in different populations. Therefore, it is important to further study the mechanisms of resistance to HIV infection and the underlying genetic factors.

Conclusion: Both the expediency and the fundamental importance of such studies are determined by their practical aspect, because the results of these studies open the way to new opportunities in the formation of targeted strategies for the consequences of the disease, as well as in the prevention of exacerbation of HIV infection and increasing the effectiveness of

treatment.

References:

1. Limou S., Le Clerc S., Coulonges C., Carpentier W., Dina C., Delaneau O., Labib T., Taing L., Sladek R., Deveau C., Ratsimandresy R., Montes M., Spadoni J.L., Lelievre J.D., Levy Y., Therwath A., Schachter F., Matsuda F., Guth I., Froguel P., Delfraissy J.F., Hercberg S., Zagury J.F. Genomewide Association Study of an AIDS-Nonprogressive Cohort Emphasizes the Role Played by HLA Genes (ANRS Genomewide Association Study 02). *J. Infect. Dis.* 2009; 199(3):419–426. DOI: 10.1086/596067.
2. Khaitov R.M. AIDS. 2-e izd., pererab. i dop. M.: GEOTAR-Media, 2018: 496. [Khaitov R.M. AIDS. 2nd edition, revised and supplemented. Moscow: GEOTAR-Media Publ., 2018: 496 (in Russ.)].
3. Kofiadi I.A., Rebrikov D.V., Trofimov D.Yu., Alekseev L.P., Khaitov R.M. Distribution of allele genes CCR5, CCR2, and SDF1, associated with resistance to VICH-infections in the Russian population. *Doc. Acad. science* 2007; 415(6):842–845. [Kofiadi I.A., Rebrikov D.V., Trofimov D.Y., Alexeev L.P., Khaitov R.M. Allelic distribution of the CCR5, CCR2, and SDF1 gene polymorphisms associated with HIV-1/AIDS resistance in Russian populations. *Doc. Biol. Sci.* 2007; 415 (6): 842–845 (in Russ.)]. DOI: 10.1134/s0012496607040217.
4. Рузиева М., Шукуров Ф., Шодиева Д. Самарканд вилоятида оив инфекцияси эпидемиологик аспектлари //Журнал вестник врача. – 2014. – Т. 1. – №. 01. – С. 11-13.
5. Рустамова Ш.А., Ерназаров А.М. Клинические проявления хронического вирусного гепатита В у больных ВИЧ-инфекцией // Проблемы биологии и медицины. - 2014 - №3.- С. 112.

Ziyadullaeva H., Dilmudorova K., Hazratkulova M.I.

THE STATE OF NEONATAL NEUROSONOGRAPHY IN INFANTS WITH PERINATAL NERVOUS SYSTEM DAMAGE.

Samarkand State Medical University, Samarkand.

INTRODUCTION

Perinatal hypoxia occupies a prominent place among perinatal factors that affect not only the fetus's condition but also the characteristics of the neonatal period, ultimately impacting the child's health and future development [5]. More than half of all cases of central nervous system (CNS) dysfunction in infants are attributed not to acute hypoxia during childbirth but to prolonged, chronic hypoxia in the fetus and newborn [1,3]. Among perinatal brain injuries, cerebrovascular pathology takes a leading role. One of the primary causes of hemorrhagic and ischemic brain injuries is cerebral hemodynamic disturbances [4]. Hypoxia is recognized as the primary etiological factor in perinatal nervous system pathology, cerebral vascular disorders, leading to the development of hemorrhagic and ischemic CNS injuries in newborns [2,4].

OBJECTIVES

The aim of this study was to investigate the clinical manifestations and neurosonography features in newborns with perinatal nervous system injuries.

MATERIALS AND METHODS

A total of 60 newborns with various gestational ages and perinatal nervous system injuries were observed in the Physiological and Neonatal Intensive Care Department of the Samarkand Regional Perinatal Center.

The criteria for including children in the study groups were as follows: Group I consisted of 20 healthy newborns born to healthy mothers aged 21 to 33 years, with no complicated obstetric history, and a normal course of pregnancy and delivery.

The second group consisted of 20 children who experienced acute asphyxia during childbirth but were born to healthy mothers. The causes of acute hypoxia were as follows: cesarean section (5); umbilical cord entanglement around the neck (5); prolonged labor (7); foot and breech presentation (3). Group II comprised 20 newborns born to healthy mothers who experienced acute asphyxia during childbirth, with Apgar scores averaging below 6-7 points. The clinical picture manifested as a syndrome of increased neuro-reflex excitability characterized by regurgitation, sleep disturbances, chin tremors, restlessness, spontaneous Moro reflex (phase I), and a syndrome of depression characterized by muscle hypotonia, hypodynamia, weak suckling, horizontal nystagmus, and gastrointestinal dyskinesias.

The third group included 20 newborns who experienced chronic intrauterine hypoxia. The causes of chronic intrauterine hypoxia were severe anemia (5); exacerbation of chronic pyelonephritis with severe preeclampsia (5); elevated blood pressure and edema (4); threatened abortion and vomiting in pregnant women (4); prolonged gestosis (1); complete low fetal presentation (1). This group exhibited low Apgar scores of 1-3 points, a complicated obstetric-gynecological history, and more pronounced signs of immaturity. When studying neurological symptoms in these children, there were observations of no reaction to examination and painful stimuli, adynamia, areflexia, atony, a sluggish or absent pupillary reaction to light, sometimes localized ocular symptoms. The skin was cyanotic, pale with a "marble shade" (indicative of microcirculation disturbances). Spontaneous breathing was shallow, with intercostal retraction. Heart sounds were diminished, and moderate hepatomegaly was palpable.

The diagnosis of perinatal encephalopathies, depending on the nervous system lesions, was established according to the classification of perinatal nervous system injuries in newborns by Sarnat and Sarnat in 1976.

The structural ultrasound examination of the brain using B-mode (neurosonography) was performed on the GE Logic F 8 device (USA) with the use of multi-frequency convex probes of 5.5 MHz.

Statistical data analysis was carried out using specialized SPSS software (version 29, IDV Co., Armonk, NY, USA).

RESULTS AND DISCUSSION

During the analysis of neurosonography parameters, including the depth of the anterior horns (right and left) and the depth of the lateral ventricles (right and left), in healthy newborns and those with acute and chronic hypoxia, significant alterations were identified, demonstrating statistically significant differences. Conversely, data for the parameters of the third and fourth ventricles in healthy infants and those with acute or chronic hypoxia did not exhibit statistical variance.

Specifically, the depth of the right anterior horn of the lateral ventricles in healthy subjects was 0.3 cm, while in cases of acute asphyxia, it averaged 0.388 ± 0.100 cm, with statistical significance ($p \leq 0.05$), and in instances of chronic hypoxia, it measured 0.418 ± 0.124 cm ($p \leq 0.05$). On the left side, the depth of the anterior horns of the lateral ventricles was 0.3 cm in healthy subjects, 0.388 ± 0.103 cm in cases of acute asphyxia ($p \leq 0.05$), and 0.437 ± 0.133 cm in cases of chronic hypoxia, all showing statistical differences ($p \leq 0.05$).

The depth of the lateral ventricles' bodies on the right side in healthy newborns was 0.3 cm, whereas in cases of acute asphyxia, it averaged 0.426 ± 0.134 cm with statistical significance ($p \leq 0.05$), and in instances of chronic intrauterine hypoxia, it measured 0.448 ± 0.172 cm ($p \leq 0.05$). On the left side, the depth of the lateral ventricles' bodies was 0.3 cm in healthy subjects, 0.417 ± 0.147 cm in cases of acute asphyxia ($p \leq 0.05$), and 0.425 ± 0.185 cm on average in cases of chronic intrauterine hypoxia ($p \leq 0.05$). Conversely, the parameters of the third and fourth ventricles in healthy newborns and in children with acute asphyxia and chronic hypoxia did not exhibit statistically significant differences (Table 1).

Comparative characteristics of neurosonography parameters in newborns(M±m).

Table 1.

No	Groups of examined patients Variables		Healthy new- borns n=20	Acute hypoxia n=20	Chronic hypoxia n=20
		Right(sm)	0,3±0,000	0,388±0,100 $p \leq 0,05$	0,418±0,124 $p1 \leq 0,05, p2 > 0.5$
		Left(sm)	0,3±0,000	0,388±0,103 $p \leq 0,05$	0,437±0,133 $p1 \leq 0,05, p2 > 0.5$
		Right (sm)	0,300±0,000	0,426±0,134 $p \leq 0,05$	0,448±0,172 $P1 \leq 0,05, p2 > 0.5$
		Left (sm)	0,300±0,000	0,417±0,147 $p \leq 0,05$	0,425±0,185 $p1 \leq 0,05, p2 > 0.5$
3	III ventricle (sm)		0,450±0,000	0,515±0,124 $p > 0.5$	0,492±0,173 $p1 > 0.5; p2 > 0.5$
4	IV ventricle (sm)		0,460±0,000	0,461±0,101 $p > 0.5$	0,462±0,111 $p1 > 0.5 p2 > 0.5;$

“P” stands for the significance of the differences between healthy and acute hypoxia groups.

“P1” stands for the significance of the differences between healthy and chronic hypoxia groups.

“P2” stands for the significance of the differences between the acute and chronic hypoxia groups.

During neurosonography in Group II (Figure 1) newborns, the following findings were observed: 1st-degree lateral ventricular dilatation (LVH) in 4 newborns (20%); ventriculomegaly in 6 newborns (30%); hypoxic changes in the basal ganglia and periventricular area in 9 newborns (45%), and one newborn without pathology (5%).

The ultrasonographic picture in Group III was characterized by immaturity of brain structures in 2 newborns (10%), hypoxic changes in the basal ganglia and periventricular area in 4 newborns (20%), ventriculomegaly in 6 newborns (30%), 1st to 2nd-degree lateral ventricular dilatation (LVH) in 6 newborns (30%), brain edema in one newborn (5%), and a pseudocyst of the cerebral ventricles in one newborn (5%).

CONCLUSIONS

Therefore, infants born with chronic intrauterine hypoxia and acute birth asphyxia are at risk of perinatal nervous system damage. To facilitate early detection and timely staged treatment of infants with hypoxic nervous system damage, it is recommended to perform neurosonography of the brain structures for all newborns in the risk group.

REFERENCE

- Gulyamova, M. A., Yernazarova, B. ZH., Ruzmetova, G. B., & Ziyakhodzhaeva, N. A. (2017). Molodoy uchenyy, 10(144), 130-133.
- Dil'muradova, K. R., & Ziyadullaeva, Kh. O. (2022). Sostoyanie sistemy gemostaza i endoteliya sosudov pri perinatal'nykh porazheniyakh nervnoy sistemy. Problemy Biologii i Meditsiny, 5(139), 315-322.
- Krylov, V. V., Kalinkin, A. A., & Petrikov, S. S. (2014). Patogenez sosudistogo spazma i ishemii golovnogo mozga pri netravmaticheskom subarakhnoidal'nom krovoizliyanii vsledstvie razryva tserbral'nykh anevrizm. Nevrologicheskiy zhurnal, 5, 4-8.
- Panakhova, N. F., Guseynova, S. A., i dr. (2013). Patogeneticheskie mekhanizmy narusheniy funktsii gematoentsefalicheskogo bar'era u nedonoshennykh novorozhdennykh s tserebral'noy iskhemiye. Pediatriya, 92(2), 28-32.
- Samsonova, T. V. (2018). Kliniko-funktsional'naya kharakteristika, prognozirovaniye i korrektsiya nevrologicheskikh narusheniy u detey s perinatal'nymi gipoksicheskimi porazheniyami golovnogo mozga, ikh rannimi i otdalennymi novorozhdennymi. Ros. vestnik perinatologii i pediatrii, 63(1), 40-45.

Zokirov R.Kh. Asanbekova S.Kh. Qodirova F.R. Menliqulov M.F.

NUMEROUS PERFORATING BRANCHES OF THE INTERLOBULAR ARTERIES OF THE DOG'S KIDNEY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS

Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Y.A. Rakhimov
State educational institution Avicenna Tajik state medical university.Tajikistan.

Relevance of the problem. Research devoted to the study of the body's adaptation to various environmental conditions is relevant and has national economic significance, especially for our mountainous republic. It is known that the process of

active transport, which underlies the functional status of the kidney, causes high energy consumption and oxygen consumption by the tissues of this organ.

The purpose of the study was the study of a complex of histological, histochemical and morphometric characteristics of adaptive changes in the kidney, which determine the restructuring of the microcirculatory vessels of the organ when the body adapts to high-altitude factors.

Material and research methods. A morphometric study of the convoluted tubules of the proximal and distal nephron was carried out on 25 mature dogs of both sexes weighing 10-15 kg. 10 dogs served as control (Dushanbe, 820 m above sea level.). The remaining (15) were taken to the mountains (Anzob lane, 3375 m above sea level.). All animals were kept on a standard diet. Experiments in the mountains were carried out in the summer months (June, July). The experimental animals were kept under a canopy against the backdrop of high altitude factors.

Research results and discussion. Numerous perforating branches of the interlobular arteries, supplying blood to the main part of the fibrous capsule, are less in size than capsular arteries. Perforating arteries with a diameter of 40-150 microns, together with the veins of the cortex, transit through the inner plate of the fibrous membrane to its outer layer, where they branch according to the main or scattered type.

Ordinal arteries and arterioles, located in the thickness of the fibrous capsule, are accompanied by paired and unpaired companion venules, anastomose with each other and form a primary large network. Arterioles and precapillaries with smooth contours have a slightly tortuous course. The diameter of the arterioles is $19.1 \pm 0.29 \mu\text{m}$, and the diameter of the precapillaries is $12.2 \pm 0.2 \mu\text{m}$. The walls of arterioles contain one row of spirally arranged smooth muscle cells, when they contract, the lumen of the arteriole narrows, and when relaxed, it expands.

In the initial sections of the precapillaries, accumulations of smooth muscle cells are also detected, which apparently play the role of sphincters and regulate local blood flow. Capillaries gradually branch off from the precapillaries according to the scattered and main type. The diameter of the arterial parts of the capillaries is 7.1 ± 0.17 microns, and the venous parts are 9.0 ± 0.16 microns.

On preparations impregnated with silver, growing capillaries are revealed in the kidney capsule, at the base of which there is a concentration of epithelial nuclei. Growing capillaries have the form of blind outgrowths of varying lengths (30 - 210 μm). They are formed from the endothelial cells of the capillaries themselves, postcapillaries and venules by budding. Due to the sequential fusion of venous capillaries, postcapillaries with a diameter of $15.9 \pm 0.22 \mu\text{m}$ are formed, following independently. In turn, postcapillaries form venules, the diameter of which is $29.9 \pm 0.55 \mu\text{m}$. Postcapillaries and venules merge into the ordinal venous vessels of the capsule, which together with the arteries form a large network.

At the level of the intraorgan bloodstream of the fibrous capsule of the kidney, various microcirculatory structures involved in the regulation of blood flow are identified. These include numerous arteriol-venular anastomoses of various types and structures, as well as valves in small venous vessels.

In general, the venous links of the bloodstream of the fibrous capsule of the kidney are characterized by a significant variety of structures. Moreover, the capacity and length of venous vessels is greater than arterial ones, which determines their drainage function.

Conclusions. Thus, in the intraorgan vascular bed of the dog's kidney, 5 orders of arteries and veins are identified. The terminal sections of the circulatory system of the kidney and its fibrous capsule have all the components that meet the structural and functional needs of the organ. The abundance of blood vessels and capillaries in the fibrous capsule determines their reserve function. Being a blood depot, they serve as a source of additional blood supply to the kidney parenchyma.

LITERATURE

6. Valishin E.S. Morphology of the intraorgan vascular bed of the kidney, its role in the pathogenesis of renal circulatory disorders. Diss. ...cand. honey. Sci. – Kazan, -1966. -186 pp.
7. Zhukov S.G. Morphology of the liver in the high altitudes of the Pamirs. Author's abstract. diss. . Ph.D. honey. Sci. – Novosibirsk, 1985. - 21 s.
8. Qurbanov S. Dynamics of changes in the area of the renal corpuscle in high mountain conditions // Influence of natural and climatic factors on the human body and animals. - Dushanbe. - 1987. – P. 20-21.
9. Pantelev S.M. Morphometric assessment of the dynamics of growth and differentiation of renal corpuscles of nephrons of various generations in human ontogenesis // Sat. scientific works, dedicated 30th anniversary of the Tyumen Medical Institute. - Tyumen. - 1993. – P. 92-107.
10. Kayumov A.K., Makhmadaliev B.U. Climate change and its impact on human health. – Dushanbe.-2002.-172 p.

Zokirov R.Kh. Qodirova F.R. Asanbekova S.Kh.

NUMEROUS PERFORATING BRANCHES OF THE INTERLOBULAR ARTERIES OF THE KIDNEY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS

Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Y.A. Rakhimov
State educational institution Avicenna Tajik state medical university. Tajikistan.

Relevance of the problem. Any issue related to the problem of high mountains must currently be considered urgent. This is due to the ongoing process of migration of various segments of the population to the mountains, and with it agricultural and domestic animals. For Tajikistan, 93% of whose territory is occupied by mountains and where a significant part of the republic's population lives, the problems of high-mountain physiology and morphology are of paramount importance.

The purpose of the study was the study of a complex of histological, histochemical and morphometric characteristics of adaptive changes in the kidney, which determine the restructuring of the microcirculatory vessels of the organ when the body adapts to high-altitude factors.

Material and research methods. Morphometric study of convoluted tubules of the proximal and distal nephron was

studied on 35 mature dogs of both sexes weighing 10-15 kg. 15 dogs served as control (Dushanbe, 820 m above sea level.). The remaining (20) were taken to the mountains (Anzob lane, 3375 m above sea level.). All animals were kept on a standard diet. Experiments in the mountains were carried out in the summer months (June, July). The experimental animals were kept under a canopy against the backdrop of high altitude factors.

Research results and discussion. Numerous perforating branches of the interlobular arteries, supplying blood to the main part of the fibrous capsule, are less in size than capsular arteries. Perforating arteries with a diameter of 40-150 microns, together with the veins of the cortex, transit through the inner plate of the fibrous membrane to its outer layer, where they branch according to the main or scattered type.

Ordinal arteries and arterioles, located in the thickness of the fibrous capsule, are accompanied by paired and unpaired companion venules, anastomose with each other and form a primary large network. The cells of this network have oval, triangular and polygonal shapes, the sizes of which range from 7x9.5 to 120x190 microns. Arterioles and precapillaries with smooth contours have a slightly convoluted course. The diameter of the arterioles is $19.1 \pm 0.29 \mu\text{m}$, and the diameter of the precapillaries is $12.2 \pm 0.2 \mu\text{m}$. The walls of the arterioles contain one row of spirally arranged smooth muscle cells, when contracted, the lumen of the arteriole narrows, and when relaxed, it expands.

In the initial sections of the precapillaries, accumulations of smooth muscle cells are also detected, which apparently play the role of sphincters and regulate local blood flow. Capillaries gradually branch off from the precapillaries according to the scattered and main type. The diameter of the arterial parts of the capillaries is $7.1 \pm 0.17 \mu\text{m}$, and the venous parts are $9.0 \pm 0.16 \mu\text{m}$.

On preparations impregnated with silver, growing capillaries are revealed in the kidney capsule, at the base of which there is a concentration of epithelial nuclei. Growing capillaries have the form of blind outgrowths of varying lengths (30 - 210 μm).

They are formed from the endothelial cells of the capillaries themselves, postcapillaries and venules by budding. Due to the sequential fusion of venous capillaries, postcapillaries with a diameter of $15.9 \pm 0.22 \mu\text{m}$ are formed, following independently.

In turn, postcapillaries form venules, the diameter of which is $29.9 \pm 0.55 \mu\text{m}$. Postcapillaries and venules merge into the ordinal venous vessels of the capsule, which together with the arteries form a large network.

At the level of the intraorgan bloodstream of the fibrous capsule of the kidney, various microcirculatory structures involved in the regulation of blood flow are identified. These include numerous arteriole-venular anastomoses of various types and structures, as well as valves in small venous vessels.

In general, the venous parts of the bloodstream of the fibrous capsule of the kidney are characterized by a significant variety of structures. Moreover, the capacity and length of venous vessels is greater than arterial ones, which determines their drainage function.

Conclusions. Thus, in the intraorgan vascular bed of the dog's kidney, 5 orders of arteries and veins are identified. The terminal sections of the circulatory system of the kidney and its fibrous capsule have all the components that meet the structural and functional needs of the organ. The abundance of blood vessels and capillaries in the fibrous capsule determines their reserve function. Being a blood depot, they serve as a source of additional blood supply to the kidney parenchyma.

LITERATURE:

11. Valishin E.S. Morphology of the intraorgan vascular bed of the kidney, its role in the pathogenesis of renal circulatory disorders. Diss. ...cand. honey. Sci. – Kazan, -1966. -186 pp.
12. Zhukov S.G. Morphology of the liver in the high altitudes of the Pamirs. Author's abstract. diss. ...cand. honey. Sci. – Novosibirsk, 1985. - 21 s.
13. Kurbanov S. Dynamics of changes in the area of the renal corpuscle in high mountain conditions // Influence of natural and climatic factors on the human body and animals. - Dushanbe. - 1987. – P. 20-21.
14. Panteleev S.M. Morphometric assessment of the dynamics of growth and differentiation of renal corpuscles of nephrons of various generations in human ontogenesis // Sat. scientific works, dedicated 30th anniversary of the Tyumen Medical Institute. - Tyumen. - 1993. – P. 92-107.
15. Kayumov A.K., Makhmadaliev B.U. Climate change and its impact on human health. – Dushanbe.-2002.-172 p.

Zokirov R.Kh. Qodirova F.R. Asanbekova S.Kh. Salomzoda N.R.

MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC NUNIFORM PLETHORA OF BLOOD VESSELS IN THE DOG'S KIDNEY DURING THE INITIAL PERIOD OF STAY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS.

Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Y.A. Rakhimov
State educational institution Avicenna Tajik state medical university. Tajikistan.

Relevance of the problem. Any issue related to the problem of high mountains must currently be considered urgent. This is due to the ongoing process of migration to the mountains of various segments of the population, and with them farm and domestic animals. For Tajikistan, 93% of whose territory is occupied by mountains, and where a significant part of the republic's population lives, the problems of high-mountain physiology and morphology are of paramount importance.

The purpose of the study .To study a complex of histological, histochemical, morphological and morphometric characteristics of adaptive changes in the kidney, which determine the restructuring of the organ's vessels when the body adapts to high-altitude factors.

Material and research methods. Morphological and morphometric studies nuniform plethora of kidney vessels in 20 mature dogs of both sexes weighing 10-15 kg, 8 dogs served as control (Dushanbe, 820 m above sea level.). The remaining (12) were taken to the mountains (Anzob lane, 3375 m above sea level.). All animals were kept in

standard diet. Experiments in the mountains were carried out in the summer months (June, July). The experimental animals were kept under a canopy against the backdrop of high altitude factors.

Research results and discussion. As a result of our research in high altitude conditions, we found that adaptive vascular-tissue restructuring begins from the first days of the animals' stay at altitude and continues until the end of the experiment.

On the first day of adaptation, single pointed hemorrhages are observed on the smooth surface of the kidney. The study of histological preparations showed pronounced morphological signs of circulatory disorders in the organ. A noticeable dilatation of the vessels of the venous parts of the vascular bed is observed, vessels with deformed contours are identified, usually surrounded by swollen connective tissue fibers. Sharp, uneven plethora observed in all capillaries of the cortex and medulla of the kidney. At the same time, the most dilated vessels were the medullar and peritubular capillaries located between the elements of the nephrons.

The diameter of the interlobular arteries is 65-70 μm , which is slightly less than in the control (75-80 μm). This is apparently due to vasospasm that developed as a result of oxygen starvation. In the lumen of these vessels, parietal thrombi are found in some areas.

In sections of the kidney stained according to Weigert, in the interlobular and arcuate arteries, internal elastic membranes that are more tortuous than in the valley are clearly revealed. Edema and infiltration of the stroma with lymphohistiocytic elements are noted. In the nephron tubules there are groups of epithelial cells in a state of granular degeneration and necrosis.

When sections are stained with Alcian blue, traces of acidic mucopolysaccharides are detected in the renal cortex along the capsule of the vascular glomeruli and internephrotic stroma. In the medulla they are concentrated between the descending and ascending tubules of the loop of Henle. On the first day of the animals' stay at high altitudes, the diameter of the peritubular capillaries of the medulla was $15.28 \pm 0.38 \mu\text{m}$, which is 115.5% ($p < 0.05$) greater than that in the control. At the same time, in the cortex their sizes reach 11.93 ± 0.22 microns, exceeding the control values by 133.3% ($p < 0.05$).

A slight increase in the height of the epithelial cells of the distal convoluted tubules ($5.9 \pm 0.1 \mu\text{m}$, $p < 0.05$) causes a decrease in their lumen ($14.3 \pm 0.2 \mu\text{m}$, $p < 0.05$). In the control, these indicators are respectively: $5.6 \pm 0.1 \mu\text{m}$ and $17.5 \pm 0.1 \mu\text{m}$. On planar preparations impregnated with silver nitrate according to the method of V.V. Kupriyanov, signs of reactive circulatory disorders are revealed in the fibrous capsule of the kidney. Uneven, compared with the control ($19.1 \pm 0.2 \mu\text{m}$), narrowing of arterioles (17.9 ± 0) is noted $.28 \mu\text{m}$, $p < 0.001$). Pronounced changes are also observed in the venous vessels of the microvasculature, the diameter of the capillaries of which reaches $10.7 \pm 0.16 \mu\text{m}$ ($p < 0.001$), in the control this figure is $9.0 \pm 0.16 \mu\text{m}$.

Conclusions. Thus, the morphometric analysis of the capillary-parenchymal structures of the kidney in the initial stages of adaptation showed, first of all, a sharp expansion of the peritubular capillaries of the cortex and medulla in the intraorgan vessels of the microvasculature. Dog kidneys have uneven, convoluted contours, their loops retain the correct shape, but acquire small lobed species.

LITERATURE

1. Rakhimov Ya.A., Etingen L.E., Belkin V.Sh. Characteristics of the architectonics of the terminal vascular bed of the internal organs of experimental animals at different altitude levels // Blood circulation in conditions of high-mountain and experimental hypoxia. - Dushanbe. - 1978. - P. 200-201
2. Qurbanov S. Intraorgan bloodstream of the kidney in normal conditions and in extreme peritonitis in valley and highland conditions: Abstract of thesis. diss. ...cand. honey. Sci. -Novosibirsk, 1981. - 22 p.
3. Qayumov A.K., Makhmadaliev B.U. Climate change and its impact on human health. - Dushanbe.-2002.-172 p.

Оглавление

Гулзода Махмадшоҳ Курбонали ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ	3
СТОМАТОЛОГИЯ	4
Абдуллаева М.У. ¹ , Халилова Н.Ш. ^{2*} , Олимов Н.К. ¹	4
ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МАЛЫХ КОЛИЧЕСТВ НЕИЗВЕСТНОГО ВЕЩЕСТВА МЕТОДОМ ГХ/МС	4
Абдуллаева Н.И.	6
ВЛИЯНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РТА	6
Абдурахмонов А.З., Саъдуллоева З.Б., Дабилова Н.М.	8
КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА С ПОМОЩЬЮ «ОБТУРАТОРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЛЯ РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОЛНОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА»	8
Абдурахмонов А.З., Постников М.А., Н.А., Ворожейкина.	8
АЛГОРИТМ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА	8
Ахмадов И.Н.	9
ОСОБЕННОСТИ КЕРАМИЧЕСКИХ ИНКРУСТАЦИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ СРЕДСТВАМИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ	9
Ахмадов И.Н.	12
VARК В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	12
Ахмадов И.Н.	14
VARК КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.	14
Ахмедов Д.Х., Абдуллаева Н.И.	16
ВЛИЯНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РТА	16
Ашуров Г.Г., Шокиров М.К., Джонибекова Р.Н.	17
СОСТОЯНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ С ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	17
Бутвиловский А.В., Алшарифи А.А.М., Бутвиловский В.Э.	19
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ IN VITRO РАЗМЕРОВ И ПЛОЩАДИ АДГЕЗИОННОГО КОНТАКТА РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НЕСЪЕМНЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ С МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ АРМАТУРОЙ	19
Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Зарипов Дж.А.	21
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ	21
Зарипов А.Р., Кувватова М.Х., Зарипова С.А.	22
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОТЕЗОВ С УМЕНЬШЕННЫМ БАЗИСОМ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ	22
Зарипов А.Р., Хамидов А.И., Зарипов Дж.А.	24
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ	24
Исламова Н.Б., Чакконов Ф.Х.	25
ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	25
Каримов С.М., Шокиров М.К., Муллоджанов Г.Э.	27
АССОЦИИРОВАННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЭМАЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ	27
¹ Косимов М.М., ² Вохидов А., ¹ Юсупов З.Я.	28
ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	28
Курбонова А.Л., Ёраков Ф.М., Давлатмуродзода Г.Д.	30
ПРОВЕДЕНИЕ ПРЯМОЙ КОМПОЗИТНОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛЕНИЯ	30
Матчин А.А., Четверова А.А.	32
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНДРОМА ПСИХОСЕНСОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ К ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	32
Матчин А.А. ¹ , Носов Е.В. ¹ , Клевцов Г.В. ²	33
ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА	33
Махмудов М.М., Рахимов А.А., Кувватова М.Х.	35
РЕЗУЛЬТАТЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОКОЛОЗУБНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕНТАЛЬНЫХ СУПРАКОНСТРУКЦИОННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ	35
Махмудов М.М., Эсанов М.А., Хушвахтов Т.А.	37

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....	37
Махмудов Д.Т., Шокиров М.К., Гурезов М.Р.	38
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОЧАГОВОМ ПАРОДОНТИТЕ У ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ.....	38
Муратова С.К., Уринова Д.Х., Тешаева Р.О.	39
СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕТОДА ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ.....	39
Муратова С.К., Шукурова Н.Т., Тешаев Ш.О.	41
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	41
Назарова Н.Ш., Ортикова Н.Х.	43
ИННОВАЦИОННЫЕ КОНЦЕПЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	43
Назарова Н.Ш., Ахмедов А.А.	46
ПРОГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В, С И МИКСТ-ИНФЕКЦИЯХ.....	46
Ражабов А.А., Камалова Ф.Р.	49
РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ.....	49
Рахматова Р.А., Косимова Ф.С., Курбонов М.А.	51
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИЦА И НЁБА.....	51
Садриев Н.Н., Ахроров Т.В.	51
БЮГЕЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ЗАМКОВЫМИ КРЕПЛЕНИЯМИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ.....	51
¹ Салимов Б. А., ² Вохидов А.	55
ОЦЕНКА УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ.....	55
Терехова Т.Н. ¹ , Бутвиловский А.В. ² , Пыко Т.А. ^{1,2}	56
СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СИЛЕРОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	56
Тишков Д.С., Пихур О.Л.	58
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	58
Тишков Д.С., Пихур О.Л.	59
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ В ПОЛОСТИ РТА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА.....	59
Толибова М. И., Камалова Ф. Р.	59
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	59
Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О.	60
ГАЛИТОЗ. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА.....	60
Умаров Р.А., Қосимова Ф.С.	62
ЧАНБАҲОИ БЕҲДОШТИИ ТАШАККУЛИ БЕМОРИҲОИ СТОМАТОЛОГИИ АҲОЛӢ.....	62
Умаров Р.А. ¹ , Қосимова Ф.С. ¹ , Набиев З.Н. ²	63
ТАҲЛИЛИ ПАҲНШАВӢ ВА ШИДДАТНОКИИ КАРИЕСИ ДАНДОНҲО ДАР БАЙНИ ГУРӢҲОИ СИННУ СОЛИ ГУНОГУНИ АҲОЛӢ.....	63
Хасанова Б.К., Разакова Ш.К.	65
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ГОУ ТГМУ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ.....	65
Ходжимуродов Б. Р., Равшанов Р.	66
ВАРИАТИВНОСТЬ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	66
Хожимуродов Б.Р.	68
ВАЖНЫЕ ЭТАПЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ ВИНИРАМИ.....	68
¹ Худоёрв С.А., ² Махмудов Д.Т.	70
ДИНАМИКА ИНДИКАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ.....	70
¹ Худоёрв С.А., ² Ёраков Ф.М., ² Махмудов Д.Т.	71
СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ОККЛЮЗИОННО-Артикуляционных ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ.....	71
Чакконов Ф.Х.	72
ЯТРОГЕННЫЕ ОШИБКИ В СТОМАТОЛОГИИ И ИХ ПРИЧИНЫ.	72
Чакконов Ф.Х.	74
ЯТРОГЕННЫЕ ОШИБКИ В СТОМАТОЛОГИИ И ИХ ПРИЧИНЫ.	74
ШариповХ.С.,ЭсановМ.А., ХушвахтовТ.А.	76
К ВОПРОСУ О ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....	76
ШафозодаМ.Б., КурбоналиеваШ.К., ДжалоловМ.А.	77

ОБОСНОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....	77
Шокиров М.К., Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г.	79
СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У РАБОТНИКОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	79
ЮсуповаЗ.Х., ХамидовА.И., ЭсановМ.А.	81
К ВОПРОСУ О НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	81
ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ.....	Ошибка! Закладка не определена.
Абдукаримзода Х., Сафарзода Р.Ш., Шарифзода Ш.Б.	83
ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ: ПРАКТИКА В ПРОИЗВОДСТВЕ	83
Маммадова А.Э., Сулейманова Т.Х., Маммадова З.Ч.	84
ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ НЕКОТОРЫХ ПОЛИМЕРНЫХ НОСИТЕЛЕЙ	84
Ахмедова Н.Т., Абдуллочонов А.А.	85
ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ШЕЛКОВИЦЫ (<i>Mórus álba</i>)	85
Борониев Н.С., Раджабов Г.О., Рухшонаи Ҳакималӣ.....	86
МАКОН ВА НАҚШИ ФАРМАКОГНОЗИЯИ МУОСИР ҲАМЧУН ИЛМ ВА ФАНИИ ТАҲЛИМИ ДАР ТАҲСИЛОТИ ФАРМАТСЕВТӢ.....	86
Борониев Н.С., Каландарзода Ё.К., Маджидова У.А.	87
ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТЕНИЯ ТЫСЯЧЕЛИСТНИК ОБЫКНОВЕННЫЙ- <i>ASCHILLEAMILLEFOLIUM</i>	87
Гулов Э.С., Саидова М.Н.	89
ИЗУЧЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН (НА ПРИМЕРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ).....	89
Чулаев А.С., Сулаймонзода Ф.С., Мискинова Ф.Х.	90
ОМУӢИШИ ВИТАМИНӢО ВА ИСТИФОДАБАРИИ ОНӢО.....	90
Чулаев А.С., Сулаймонзода Ф.С., Мискинова Ф.Х.	91
МАВОДӢОИ ДОРУГИИ ПАЙВАСТАГИӢОИ МАГНИЙ ВА ИСТИФОБАРИИ ОНӢО ДАР ТИБ	91
Чулаев А.С., Сулаймонзода Ф.С., Чулаев У.Н.	93
АСОСНОК НАМУДАНИ ТАҶРИБАИ КЛИНИКИИ ИСТИФОДА БУРДАНИ РУСТАНИӢОИ ШИФОӢ БАРОИ ТАБОБАТ ВА ПЕШГИРИИ СИРОЯТӢОИ ЭНДОГЕНӢ	93
Джулаев А.С., Сулаймонзода Ф.С., Эшпулатов А.Э.	94
ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ВЗГЛЯД ФАРМАКОЛОГИИ	94
Джулаев У.Н., Назарова Х.Д., Алимова Б.О.	96
ПОДОРОЖНИК БОЛЬШОЙ (<i>PLANTAGO MAJOR L.</i>). ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ПРИМЕНЕНИЕ	96
Джураев У.Н., Алимова Б.О., Джулаев А.С.	96
ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ТРАВЫ МАКЛЮРА (<i>MACLRAROMIFERA</i>) И ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ	96
Джураев У.Н., Навруззода Г.Ф.	97
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЩАВЕЛЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ	97
Зубайдова Т. М., Урунова М.В., Хабилова С.З.....	98
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ И ЕГО ЭФИРНЫЕ МАСЛА, КАК ЛЕКАРСТВО В ФАРМИНДУСТРИИ ТАДЖИКИСТАНА.....	98
Ишанкулова Б.А.	100
ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ ФАРМАЦЕВТОВ	100
Ишонкулова Б.А., Насруллоева М.Х., Музафарова М.Х.	101
ОМУӢИШИ ТАӢСИРИ ОЗУРДАКУНИИ НОӢИЯВИИ ҚИӢМИ БАРГИ ТУТ	101
Каландарзода Ё.К., Раджабов Г.О., Борониев Н.С.	102
МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛЕӢ НИЗКИЙ- <i>LINUMHUMILEM</i> Ш. ИЗ СЕМЕЙСТВА <i>LINACEAE</i>	102
Котина В.П., Шепетило Е.С., Берникова Д.	104
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЯ, ОБЪЕМА ПОТРЕБЛЕНИЯ И ЗАТРАТ НА АНТИДЕПРЕССАНТЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА	104
Котина В.П., Наумова А.А., Валиджонова М.И.	106
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЯ, ОБЪЕМА ПОТРЕБЛЕНИЯ И ВЕЛИЧИНЫ ЗАТРАТ НА АНТИДЕПРЕССАНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ.....	106
Кудратова М.Б., Рачабов Г.О., Рачабова У.А.	107
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ ОБЛЕПИХИ-НІРРОРАЕ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ	107
МадиномовА.М., Раджабов У.Р.	108

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ Fe (II) С МЕТИОНИНОМ	108
Миров С.Ш., Борониев Н.С., Раджабова У.А.	109
ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ХВОЩ ПОЛЕВОЙ – <i>EQUISETUM ARVENSE</i> L. – ЧИЛБУГУМИ САХРОЙ	109
Музафарова М.Х., Насруллоева М.Х., Урунова М.В.	111
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ И КАПИЛЛЯРОСТАБИЛИЗИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЯ СБОРА «ЧОРБАРГ»	111
Назаров М. Н., Назаров Н. М., Миров С. Ш.	112
ТУҲФАҲОИ ТАБИАТ	112
Назаров М. Н., Назаров Н. М., Борониев Н. С.	114
КАЛИДИ МУАЙЯН КАРДАНИ НАМУДҲОИ АВЛОДИ <i>ROSA</i> L. – САДБАРГҲОИ ТОҶИКИСТОН.	114
Назарова Х.Д., Раджабов У.Р., Бободжонов В.А.	116
ТЕРМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИОННОГО РАВНОВЕСИЯ В ВОДНЫХ РАСТВОРАХ БЕНЗИМИДАЗОЛА	116
Назарова Х.Д., Азимова Г.Н., Бободжонов В.А.	117
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНСТАНТ ПРОТОНИРОВАНИЯ БЕНЗИМИДАЗОЛА	117
Раджабов Г.О., Ахророва М.А., Сафарзода Р.Ш.	119
НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ПРОДВИЖЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ	119
Раджабов У.Р., Рахимова Б.Н.	121
МОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ПРОВОДИМОСТЬ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ МАЛЬБЦИНКАТА КОНДУКТOMETРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ	121
Рахимова Б.Н., Раджабов У.Р.	121
ИЗУЧЕНИЕ ИНВАЗИОННОЙ АКТИВНОСТИ МАЛЬБЦИНКАТА	121
Сатторова Т.С, Джулаев У.Н, Навруззода Г.Ф.	122
ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРАВЫ ЗИЗИФОРЫ ПАМИРОАЛТАЙСКОЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ ВО ФЛОРЕ БАДАХШОНА	122
Сафарзода Р.Ш., Шарифзода Ш.Б., Саломзода Ф.	123
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОГО И ЗАРУБЕЖНОГО СЫРЬЯ	123
Сафарзода Р.Ш., Абдукаримзода Х., Саломзода Ф.	125
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЗИ С СУХИМ ЭКСТРАКТОМ ТРАВЫ <i>HELIANTHUS TUBEROSUS</i> (ТОПИНАМБУР)	125
Сафарзода Р.Ш., Шарифзода Ш.Б., Абдукаримзода Х.	126
ТОПИНАМБУР В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ	126
Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж.	128
ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЕ И СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИЗУЧЕНИЯ КИСЛОТНОЙ ГИДРОЛИЗ-ЭКСТРАКЦИИ ПРОТОПЕКТИНОВ	128
Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Раджабов У.Р.	130
БОТАНИЧЕСКОЕ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АЛТЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО (<i>ALTHAEA OFFICINALIS</i>)	130
Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Раджабова Д.У., ...	132
АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА И МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИНАМИКА РОДИОЛЫ ХОЛОДНОЙ (<i>RHODIOLA GELIDA</i> SCHRENK) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОИЗРАСТАНИЯ И ТЕМПЕРАТУРЫ	132
Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Раджабов У.Р.	133
ЭПР-ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕКТРОСКОПИЧЕСКИХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ПОДОРОЖНИКА ЛАНЦЕТНОГО (<i>PLANTAGO LANCEOLATA</i> L.)	133
Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж.	135
ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ СТРУКТУРЫ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОИЗРАСТАНИЯ МЕТОДОМ СПИНОВОЙ МЕТКИ	135
Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж.	137
ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ СТРУКТУРЫ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОИЗРАСТАНИЯ МЕТОДОМ СПИНОВОЙ МЕТКИ	137
Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Навруззода Г.Ф., ...	139
ЭПР-ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕКТРОСКОПИЧЕСКИХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ПОДОРОЖНИКА ЛАНЦЕТНОГО (<i>PLANTAGO LANCEOLATA</i> L.)	139
Урунова М.В., Ишанкулова Б.А., Музафарова М.Х.	141
СРАВНИТЕЛЬНОЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ТАДЖИКИСТАНА ПРИ ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У КРЫС	141
Халилова Ш.Н., Ишанкулова Б.А.	142
СРАВНИТЕЛЬНОЕ АНТИОКСИДАНТНОЕ И СЕКРЕТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЕВ ЛУКОВ РОЗЕНБАХА И ГИГАНТСКОГО РЕГЕЛЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	142
Хилолова М.Х., Урунова М.В., Мирзоев У.К.	144
ХОСИЯТИ ГИПОЛИПИДЕМИИ БАРГИ БИҲӢ ДАР ТАҶРИБАҲО	144

Ходжаева Ф.М., Ишанкулова Б.А, Акрамова И.А.	146
ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО И МЕСТНО-РЕГЕНЕРИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ОТВАРА ПЛОДОВ СОФОРЫ ЯПОНСКОЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	146
Холова Ш., Раджабов Умарали	147
КОМПЛЕКСНОЕ СОЕДИНЕНИЕ СЕРЕБРА (I) С ДИБАЗОЛОМ.....	147
Шарифзода Ш.Б., Сафарзода Р.Ш., Абдукаримзода Х.....	148
РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ СУХИХ КОНЦЕНТРАТОВ: ИЗВЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ КЛУБНЕЙ ТОПИНАМБУРА МЕТОДОМ РАСПЫЛИТЕЛЬНОЙ СУШКИ.....	148
Шарифзода Ш.Б., Сафарзода Р.Ш., Абдукаримзода Х.....	149
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ БИОТЕХНОЛОГИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЫЗОВЫ.....	149
ЮлдашеваУ.П., Ишанкулова Б.А.....	150
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СБОРА «ХУШКГУРА» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОЖИРЕНИЯ... ..	150
Юсуфзода А.Ч., Хикматзода И.И., Рачабзода С.И.....	152
ТАҲҚИҚИ МИКРОДИАГНОСТИИ INULA MASORPHYLLA L. –И МИНТАҚАИ ҶАНУБИ ТОҶИКИСТОН.....	152
¹ Юсуфи С. Дж., ² Сафарзода Р.Ш., ² Абдукаримзода Х.	154
ПОЛУЧЕНИЕ ОПЫТНО-ЛАБОРАТОРНОГО ЭКСТРАКТА ИЗ ЛИСТЬЕВ И СТЕБЛЕЙ HELIANTHUS TUBEROSUS МЕТОДОМ ПЕРКОЛЯЦИИ С МЕХАНИЧЕСКИМ ПЕРЕМЕШИВАНИЕМ.....	154
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	Ошибка! Закладка не определена.
Абдуллоев Д.А., Холбеков М.Ё., Пирова Ш.К.	156
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино	156
Абдуллоев З.Р., Бахромов М.Б., Мансуров Х.Н.	157
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СТЕНОЗА МОЧЕТОЧНИКА.....	157
Абдуллоева Т.М.....	158
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТОНАЦИОННЫХ ОШИБОК РУССКОЙ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА.....	158
Абдуллоева Парвина Саидҷоновна.....	160
МАВҶЕИ САНЪАТИ ТАЛИМҲ ДАР АШЌОРИ МАЗМУНИ ЗАРОБОДИ	160
Гулзода М.К., Абдуллозода С.М., Усманова Г.М. Умарова З.А.	162
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССАХ ТЕЛА	162
Абдуллозода С.М., Усманова Г.М., Кобилов К.К.	164
СКРИНИНГ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	164
Абдураупова Х.Н., Охмиров У.А., Давлатзода Ф.Ф.	167
НРАВСТВЕННЫЙ КРИЗИС СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ТАДЖИКИСТАНА В 90-Е ГОДЫ XX ВЕКА И СПОСОБЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ	167
Абдураупова Х.Н., Охмиров У.О., Давлатзода Ф.Ф.	168
НАҚШИ ҶАВОНОН ДАР БАҶҚАРОР НАМУДАНИ ВАҲДАТИ МИЛЛӢ ВА ЯҚПОРЧАГИИ ДАВЛАТ ДАР ТОҶИКИСТОН	168
Абдураупова Х.Н., Охмиров У.О., Давлатзода Ф.Ф.	170
НАҚШИ ҶАВОНОН ДАР БАҶҚАРОР НАМУДАНИ ВАҲДАТИ МИЛЛӢ ВА ЯҚПОРЧАГИИ ДАВЛАТ ДАР ТОҶИКИСТОН	170
Абдураупова Х.Н., Охмиров У.А., Давлатзода Ф.Ф.	171
НРАВСТВЕННЫЙ КРИЗИС СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ТАДЖИКИСТАНА В 90-Е ГОДЫ XX ВЕКА И СПОСОБЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ	171
Абдураупова Х.Н., Охмиров У.А., Давлатзода Ф.Ф.	172
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ НРАВСТВЕННЫХ ОСНОВ ЖИЗНИ МОЛОДЁЖИ В СОВРЕМЕННОМ ТАДЖИКИСТАНЕ.....	172
Абдурахмонов З.В., Саидасанов Ю. Ш., Мамадносирова Ш.Қ.....	174
САҲМИ АКАДЕМИК БАҲОДУР ИСКАНДАРОВ ДАР ОМУӢЗИШИ ТАЪРИХИ ТОҶИКИСТОН.....	174
Абдурахмонов З.В., Саидасанов Ю. Ш., Мамадносирова Ш.Қ.....	176
ТАҲҚИҚОТИ СЕМЕНОВ А.А. ДАР МИНТАҚАИ ПОМИР ДАР ДАВРАИ ОХИРИ АСРИ XIX ВА НИМАИ АВВАЛИ АСРИ XX.....	176
Абдурахмонов З.В., Каландарбекова С.Х.	177
ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СТАНОВЛЕНИЯ ПРИГРАНИЧНОЙ ТОРГОВЛИ ГОСУДАРСТВ СРЕДНЕЙ АЗИИ В НАЧАЛЕ 90-Х ГОДОВ XX ВЕКА	177
Абдухалилзода К.А., Сафарова М.ҶС., Комилов А.	179
МАҚОМИ ПАДИДАШИНОСИИ ДИН ДАР ДИНШИНОСИИ ИЛМӢ	179
Абдухалилзода К.А., Абдуразоков Ш.Р., Назаров Ш.С.	180
МОҲИЯТИ ТАФАККУРИ ДИНӢ	180
Аброров М.М., Мамадаминов О.Н., Ширинбекова М.Д.....	181

БАҚАЙДГИРИИ БЕМОРИИ КАБУДСУЛФА ДАР ШАҲРИДУШАНБЕ ДАВОМИ 10 МОҲИ СОЛИ 2019	181
Аброров М.М., Мамадаминов О.Н.	184
БАҚАЙДГИРИИ ҲОДИСАҲОИ ФАЛАҶИ ШАДИДИ СУСТ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАВОМИ 10 МОҲИ СОЛИ 2019	184
Авгонов Н.К., Давронзода И., Назурдинов А.Б.	185
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ФАРХОРСКОМ РАЙОНЕ В ПЕРИОД 2015-2019гг.	185
Азизов З.А., Хасанова З.М., Бабаев М.Р.	186
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В УРОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ	186
Азизов З.А., Каримов С.С., Сангзода З.М.	189
ПАЗАРИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАННЕ ЭНДЕМИЧНЫХ ПО МАЛЯРИИ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	189
1 Азимов Г.Д., 2Рахмоналиев О.Б., 1Эдрок Абдул Матин	191
СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВОДОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г.ДУШАНБЕ С ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ	191
1 Азимов Г.Дж., 2М.У. Каюмова., 2Д.Д. Пиров	194
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫХ СТОЧНЫХ ВОД В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	194
Азимов Г.Дж., Эдрок А.М., Хасанова З.М.	195
ЭКОНОМИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ РАЗНЫХ МЕТОДОВ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН	195
Азимов Г.Дж., Эдрок А.М., Назурдинов А.Б.	197
НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ МЕРЫ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН	197
Азимова Г.Н., Назарова Х.	199
ОМУЗИШИ МУҚОИСАВИ-ФИЗИОЛОГИИ НАҚШИ НЕЙРОПЕПТИДИ ВАЗОПРЕССИН ДАР ФАЪОЛИЯТИ РЕФЛЕКСИ ШАРТӢ ДАР ФИЛОГЕНЕЗИ СУТУНМУҲРАҶО	199
Азимова М.М.	200
МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ	200
Азимова М.М.	201
КУЛЬТУРА НАЦИОНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ	201
Азимова М.М., Одилов Ф.Р., Амроев У.М.	203
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА НА МАССОВЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ	203
Азимова М.М., Сафарова М.Ҷ. Абдурахмонов З.В.	204
ДУРНАМОИ РУШӢИ АРЗИШӢОИ МИЛЛӢ ДАР ШАРОИТИ ҶАҲОНИШАВӢ	204
Азимова М.М., Одилов Ф.Р., Назаров Ш.С.	206
ЦЕННОСТНЫЕ РЕГУЛЯТИВЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В ПЕРИОД ГЛОБАЛИЗАЦИИ	206
Алиев З.М. Саидова М.Н.	207
КРИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДОВ АНАЛИЗА ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ОРГАНИЗАЦИИ	207
<i>Алиева Н.Ш.</i>	208
РЕЧЕВОЙ ЭТИКЕТ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	208
<i>Алиева Н.Ш.</i>	210
ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ РЕЧЕВОГО ЭТИКЕТА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	210
<i>Алиева Н.Ш.</i>	211
МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК НЕРОДНОГО	211
Аманова Н.Д., Тураев Х.Х., Абдиразоков А.	212
ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ РАДИОНУКЛИДОВ НОВОГО МОДИФИЦИРОВАННОГО СЕРОБЕТОНА	212
Амонова С.Б., Сайфидинова Р.С.	214
ИЗУЧЕНИЯ СУЩНОСТИ ГРАЖДАНСКОЙ ВЛАСТИ В ИСТОРИЧЕСКОМ ПЕРЕУДЕ	214
Амонова С.Б., Абдураззоков Ш.Р.	216
НАУКА И КОНЦЕПЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГЕОПОЛИТИКИ	216
Амонова С.Б.	217
МУШКИЛОТИ СОҲАИ МАОРИФ ДАР ДАВРОНИ ИСТИҚЛОЛИЯТ.	217
Амроев У.М., Одилов Ф.Р.	219
ИСТИҚЛОЛИЯТ ВА БУНӢИ ТЕАТРИ КАСБИИ ДАНҒАРА	219
Арабова З. У., Шукурова Н.Я., Абдусатторов Т.А.	221
ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ПРОЖИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРНОЙ ГИПОКСИИ	221
Асомова У.И.	222
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ	222
Асомова У.	223
ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ	223

Асомова У.	225
ИЗ ИСТОРИИ ЛАТИНСКИХ ТЕРМИНОВ В АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА	225
Асроров С. А., Хочаев Б. М., Сирочиддинов М. Э.	226
МОДЕЛКУНОНИ МАТЕМАТИКӢ ВА ФИЗИКӢИ ПАЙВАСТАГИҶОИ ФУНКЦИОНАЛИИ ПАРАМЕТРҶОИ РАВАНДИ ПАРМАКУНИ	226
Атакуллаев У.И.	228
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧИТЕЛЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ.....	228
Ашურიён Ш.Р., Абдураупова Х.Н., Файзуллоев Ғ.....	229
АҶКОРИ ҲУҚУҚӢ ВА СИЁСИИ АКАДЕМИК Ғ.Т. ТОҶИРОВ	229
Ашურიён Ш.Р., Охмирзоев У.А., Давлатзода Ғ.Ғ	231
НАҚШИ АКАДЕМИК Ғ.Т. ТОҶИРОВ ДАР РУШДИ ПАЖУҶИШИ ТАЪРИХИ ДАВЛАТ ВА ҲУҚУҚӢ ТОҶИКИСТОН.....	231
Ашуров А.Т.	232
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИН « ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ» КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ	232
Ашуров А.Т.	233
ВИЗУАЛИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ» В ТЕРМЕЗСКОМ ФИЛИАЛЕ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	233
Хамроева Х.М.	235
ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКЗОГЕННЫХ АНТИОКСИДАНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОГЕННОЙ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В РАСТЕНИЯХ АРАБИДОПСИСА ПРИ КОНТРАСТНЫХ УСЛОВИЯХ СРЕДЫ.....	235
Бобоев М. В., Касимов Ш. М., Мукимов А. М.	236
ПРОЯВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АРИТМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	236
Бобоева Г.А.	238
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЦИДУАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА	238
Варакян М.Дж.	240
СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ЗНАНИЙ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ ОБЩЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ	240
Варакян М.Дж.	241
ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ЛЕКСИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ	241
Гайратова И.Б.1,2, Бекова Ш.Х.2, Файзалиева Г.С.2	243
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	243
Ганиев Х.А.	244
ЖЕЛЧЕГОННЫЕ СВОЙСТВА СОЧЕТАННОГО ВВЕДЕНИЯ ФЕРАЗО-НА И ЭФИРНЫХ МАСЕЛ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	244
Ганизода В.А.,1 Эшонова З.Ш.,2 Якубова М.М.2	246
ВЛИЯНИЕ УДОБРЕНИЙ НА СТРУКТУРУ УРОЖАЯ ПШЕНИЦЫ В РАЗНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА.....	246
Гелеван И.И. Симонян Р.З.	248
К ВОПРОСУ О ДОВЕРИИ РОССИЯН ВРАЧАМ В ВОПРОСАХ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	248
Гулбекова З.А.1, Муминзода Б.Ғ1., Зарипов Н.А.2	250
БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	250
Гулзода М.К., Абдуллозода С.М., Усманова Г.М.	252
МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ЭМОЦИОНАЛЬНО-ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА У БЕРЕМЕННЫХ ГРЫЗУНОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ	252
Гусейнова Т.В.	254
МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВЫХ УРОКОВ РУССКОГО ЯЗЫКА В НАЧАЛЬНОЙ ТАДЖИКСКОЙ ШКОЛЕ	254
Давлатзода Фарзонаи Фарход	257
ГЛОБАЛИЗАТСИЯ ВА БҶҲРОНИ МАЪНАВӢ	257
Давлатзода Ғ.Ғ. Файзуллоев Ғ.Ғ. Абдураупова Х.Н.....	258
ТАЪЛИМОТИ ТАСАВВУҒӢ ВА НАЗАРМИЯИ МАЪРИФАТИИ ҒАЗОЛӢ.....	258
Давлатзода Ғ.Ғ. Абдураупова Х.Н. Охмирзоев У.А.	259
МАҚОМИ АҚЛ ВА ИЛМ ДАР ТАЪЛИМОТИ АХЛОҚӢИ НОСИРИ ХУСРАВ.....	259
Давлатов1 Д.А., Турсунзода2 А.М., Саидов3 Ғ.А.....	261

ТАДБИҚИ ПРЕЗЕНТАТСИЯ ТАВАССУТИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛОӢИ ВА КОММУНИКАТСИОНӢ ДАР ДАРСИ ФАНҲОИ ДАҚИҚ	261
Давлятов И.А., Девонаев О.Т., Менликулов М.Ф.	263
НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЛИМФОИДНОГО АППАРАТА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХОЛОДОВОГО СТРЕССА.....	263
Давлятов С.А.	265
ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОФАЗНЫХ СХЕМ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ВЫСШИХ ГАРМОНИК ТОКА.....	265
1Давлатова Г.М., 2Одинаев Ш.Т., 1Кураева М.К.	268
ХУСУСИЯТҲОИ ҚАРЗДИҲӢ БА ҚОРҲОНАҲОИ КИШОВАРӢ ДАР ИҚТИСОДИ МУОСИР	268
Давлятов И.А., Курбонов С., Асанбекова С.Х.....	270
АДАПТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ	270
Давронзода И., Хафизова Б.М., Одинаева Л.М.	271
АҲАМИЯТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИРОЯТИ ВНМО АЗ РӢӢИ СИННУ СОЛ (АЗ 10 ТО 70 СОЛА) ДАР НОҲИЯИ РӢДАКӢ.....	271
Девонаев О.Т., Менликулов М.Ф., Саломзода Н.Р.	273
НЕКОТОРЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	273
Джонмахмадова Г.Ш.1, Хотамова С.А.2, Тошбоева Г.Ю. 2	275
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ.....	275
Джумаева Г.С.....	277
ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ К ИЗУЧЕНИЮ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	277
Джумаева Г.С.....	278
КУЛЬТУРА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТИ ИНТЕРНЕТ В СОВРЕМЕННОЙ ОБЩЕСТВЕ.....	278
Джумаева Г.С.....	279
СТРУКТУРНЫЕ МОДЕЛИ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА	279
Джураев Д.Р.	281
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЕ ПИЛОРИЧЕСКИХ ХЕЛИКОБАКТЕРОВ (НР) НА ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА	281
Джураева Н.С.	282
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НЕЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В МИРЕ.....	282
Джураева Н.С., Аброров М.М.	284
ЗНАНИЯ, ОТНОШЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	284
Дмитрикова Д.С., Симонян Р.З.....	285
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБРАЗА ВРАЧА СТУДЕНТАМИ МЕДИКАМИ И ОБЩЕСТВА В ЦЕЛОМ	285
Должикова В.А.3, Абдуллаева Т.М. 1, Тошбоева Г.Ю. 2	286
МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННО-ИНТЕРАКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕЧИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ	286
Езепчик О.А., Сурмач М.Ю.	288
АНАЛИЗ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	288
Ёрмухамедова М.....	290
ПОРТРЕТНОЕ ОПИСАНИЕ ГЕРОЕВ В РОМАНЕ Ф. МУХАММАДИЕВА "УГЛОВАЯ ПАЛАТА" В ПЕРЕВОДЕ С ТАДЖИКСКОГО ЯЗЫКА НА РУССКИЙ ЯЗЫК	290
Жақсыбай З.А., Курмангалиева С.С., Бактикулова К.Б.	291
ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМОМ	291
Жумашов С.Н., Жумашов Б.С., Сабит А.Е.	294
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛЕНИЕ БЕЛКОВ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ФРАКЦИИ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....	294
Завадская А.В., Пожидаева А.С.	294
ОБЗОР ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	294
Закревский В.В., Подорванов А.А.	295
ПРОИЗВОДСТВО ОРГАНИЧЕСКОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ, КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ МИНИМИЗАЦИИ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ	295
Зардиева С. Н.	297
ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ «НАРЕЧИЕ» НА ОСНОВЕ СИСТЕМНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА.....	297
Зияева З.Ж., Умарова Т.Х.	299
ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК И ТКАНЕЙ ПРИ СТАРЕНИИ.....	299

Зияева З.Ж., Умарова Т.Х.	300
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТИМУСА И ИММУНОБИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ	300
Зоидова М.Т., Зоидова М.	302
СИНТЕЗ И УСТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ 2-S-ПРОИЗВОДНЫХ 5-БРОМ-6-(4-БРОМФЕНИЛ)ИМИДАЗО[2,1-b][1,3,4]-ТИАДИАЗОЛА	302
Зокиров Р.Х., Менликулов М.Ф., Давлатова М.Б.	304
МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ПЕРФОРИРУЮЩИЕ ВЕТВИ МЕЖДОЛЬКОВЫХ АРТЕРИЙ ПОЧКИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ	304
Зухур Н.	305
ҲИНДУСТОНУ ПОКИСТОН ВА ИНТИШОРИ ЗАБОНҲОИ ЭРОНӢ	305
Зухурова П.М., Истамова З.Х., Раджабова Н.Х.	306
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЛЮКОЗЫ И КОРТИЗОЛА В РАЗЛИЧНЫЕ ТРИМЕСТРЫ БЕРЕМЕННОСТИ	306
Иззатов К. 1, Саидов С.Б.1, Холматова М.А.2	307
ПОЛИКУЛЬТУРНОСТЬ ПОСЛОВИЦ ПРИ ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	307
Икромов Д.В.	309
ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ СИНТАКСИСА РУССКОГО ЯЗЫКА В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКСКО-РУССКОГО ДВУЯЗЫЧИЯ	309
Имамбердиева М.А., Шераков А.Х.	311
ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА	311
Имамбердиева М.А., Шераков А.Х.	313
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ	313
Имамбердиева М.А., Шераков А.Х.	314
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОКАЛОВИДНЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА	314
Имомназарова В.Ш., Шераков А.Х.	315
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	315
Индираи Абдулсамад, Баратова Н.Г.	316
ВЛИЯНИЕ АСКОРБАТ ПЕРОКСИДАЗЫ НА ХЛОРОПЛАСТЫ БАТАТА (PROMOEAVATATAS) ПРИ СТРЕССЕ	316
Иргашева Дж.З., Шукуров Ф.А., Халимова Ф.Т.	318
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ	318
Иргашева Дж.З., Шукуров Ф.А., Халимова Ф.Т.	320
ДИНАМИКА ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПРИ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ	320
Исаева В.А., Католикова А.С., Погодина Е.И.	322
СОСТАВ И УСТОЙЧИВОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ КРИПТАНДА[2.2.2] С ИОНАМИ Ni ²⁺ И Cu ²⁺ В ВОДНОМ РАСТВОРЕ	322
Исламов Ш.Э., Мардиева З.А.	323
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ	323
Исмоилова М.А., Мамадаминов О.Н., Расулов Р.Н.	325
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЕЙ ALLIUM OSCHANINPO.FEDSCH, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН К KLEBSIELLA PNEUMONIAE.	325
Исмоилова М.А., Мамадаминов О.Н., Урманова З.Х.	327
ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ СПЕКТРА АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЗЕВА У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ	327
Исроилов Р, Холбекиён М.Ё., Хомиджонова Д.Х., ...	328
АНАЛИЗ РОДОСЛОВНЫХ ТАБЛИЦ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	328
Калбагаева Ж.Е., Аманбаев Н.К., Хисметова З.А.	330
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ	330
Калбагаева Ж.Е., Амирханов Р.М.	331
УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	331
Калонова М.Ч., Шарипов Ш.Р.	332
ФАККИ ИЗОФАТ ВА ҚОЛИБҲОИ КАЛИМАСОЗИИ ОН ДАР АШЌОРИ ШОИРОНИ АСРИ XIV	332
Калонова М.Ч., Шарипов Ш.Р.	334
САЙРИ ТАЪРИХИИ ВОЖАИ «СОВА»	334
Калонова М.Ч., Шарипов Ш.Р.	335
МАВҚЕИ БАҲРИ ҲАЗАҚ ДАР ҒАЗАЛИЁТИ ЗУҲУРИИ ТУРШЕЗӢ	335
Камолова Р.Р.	337
ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЙ АУДИТОРИИ	337
Камолова Х.	339

ФАРҲАНГИ ҚОМЕАИ МУОСИР ВА ТАЪСИРИ ҚАҲОНИШАВӢ	339
Қамоллова Ҳ.	340
ФАРҲАНГИ МИЛЛӢ ВА МАДАНИЯТИ ТАЪРИХӢ ҲАМЧУН ВОСИТАӢ ШИНОХТИ	340
Қаримов С.С., Усманова Г.М., Солиев А.А.	342
ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	342
Қаримов С.С., Усманова Г.М., Шарипов Э.Ш.	343
ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕРЕНОСЧИКОВ МАЛЯРИИ ЧЕЛОВЕКА В ТАДЖИКИСТАНЕ	343
Қаримова И. С.	345
ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ПОЧВЕННОЙ ЗАСУХИ НА ПАРАМЕТРЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ПРОДУКТИВНОСТИ РАСТЕНИЙ ХЛОПЧАТНИКА	345
Қаримова А.Р.	346
САБАБҲО ВА ОҚИБАТҲОӢ БА АМАЛ ОМАДАНИ ТАҒИРӢБИ ИҚЛИМ ВА ОБШАВИИ ПИРЯҲҲО	346
Қаримова А.Р.	348
ЛЕДНИКИ ТАДЖИКИСТАНА И ИХ РОЛЬ В СИСТЕМЕ ОРОШЕНИЯ В СРЕДНЕЙ АЗИИ	348
Қаримова А.Р.	350
СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО ТАДЖИКИСТАНА В СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЕ РАЗДЕЛЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА	350
Қаримова М.Д.	351
ВРАЧ-ПЕДАГОГ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ	351
Қасирова С. Ҳ., Мирзоева Ш.Ю., Нарзуллозода М.Дж.	352
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ	352
Қасирова С.Ҳ., Мирзоева Ш.Ю., Махмудова С.С.	353
МЕТОД ПРОЕКТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ	353
Қасирова С.Ҳ., Нарзуллозода М.Дж.	355
ИСТОРИЯ ПРОИСХОЖДЕНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА	355
Қаюмов Ҳ.Б., Худжагельдиева З.У.	356
ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	356
Қаюмова М.А.	357
СИНОНИМИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В ТАДЖИКСКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ	357
Қаюмова М.А.	358
ЗАИМСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	358
Қаюмова М.А., Раджабов Р.Р., Махмудова С.С.	360
ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ЗАИМСТВОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ	360
Қаюмова М.А.	361
ЗАИМСТВОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	361
Қенджаева И.А., Холбобоев Дж.К., Уманов И.Г.	361
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ S.AUREUS БОЛЬНЫХ ВЗРОСЛОЙ УРОЛОГИИ И ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ	361
Қенҷазода М.С.	363
ВИЖАГИҲОӢ ҚУМЛАҲОӢ СОДАӢ ЯҚТАРҚИБАӢ УНВОӢ ДАР ЗАБОНИ ТОҶИКИ	363
Қеримзаде Г.Э., Мовсумов Н.Т.	365
РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ВЕРХУШКОЙ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА И ШИЛОСОЦЕВИДНЫМ ОТВЕРСТИЕМ РАЗНЫХ ФОРМ СУХИХ ЧЕРЕПОВ ЧЕЛОВЕКА	365
Қизоркин И.В., Бистаякина А.А., Елисеев Н.А.	367
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ	367
Қодириён Анӯша	368
КОРБУРДИ ИФОДАҲОӢ МАҚОЗӢ ДАР ЗАБОНИ ВАО	368
Қомилов А.Ф.	370
ТЕХНОЛОГИЯӢ СИЁСӢ ВА ДЕМОКРАТИЯ	370
Қомилов А.Ф.	371
ЗНАЧЕНИЕ СФРАГИСТИКИ В ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ СРЕДНЕВЕКОВЫХ ГОСУДАРСТВ	371
Қорнейко П.Л., Сурмач М.Ю.	373
ГЕНДЕРНОЕ РАЗЛИЧИЕ В УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СОСТОЯНИЕМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ НА ПРИМЕРЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	373
Қравченко Е.О.	374
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	374
Қурбонбекова П.К., Рустамова Л.М., Муқимов А. М.	375
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПИОДЕРМИЙ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ ТАДЖИКИСТАНА	375

1Курбонов С., 1Девонаев О.Т., 2Алиев А.А., 2Боронов Х.А.	377
РАЗЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИНЫ	377
НАЧАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛЁЗ В СТЕНКАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ.....	377
Курбонов С., Ишмирозов Р.Э., Кодирова Ф.Р.	379
ВАРИБАЛЬНОСТЬ ПАРАМЕТРЫ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	379
Қиматзода Р.С., Раҷабов У.Р., Қодирова М.М.	381
ТАШАККУЛИ САЛОҲИЯТИ КАСБИИ ТАБИБОН-ДОРУСОЗОНИ ОЯНДА БО ЁРИИ ҲАЛЛИ МАСЪАЛАҲОИ ХИМИЯВӢ.....	381
Қосимов Олимҷон, Неъматзода Фарҳунда	382
ТАВЗЕҲИ ЧАНД МАФҲУМИ ТИББӢ ДАР ФАРҲАНГИ ТАФСИРИИ УСТОД АЙНӢ	382
Кураева М.К., Давлатова Г.М., Шералиев Б.Р.	385
ПРЕЗИДЕНТ ҲАМЧУН ҲОМИИ ҲУҚУҚ ВА ОЗОДИҲОИ ШАХС ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН	385
Кураева М.К., Шералиев Б.Р., Кучакшоева М.С.	386
ШАРТ ВА ҲУҚУҚҲОИ ДАВЛАТДОРӢ АЗ НИГОҲИ МИР САӢИД АЛИИ ҲАМАДОНӢ.....	386
Саидов С.Б.1, Махсутшоева Н.М.1, Лысых И.А. 2.....	388
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РУССКИХ ПОГОВОРОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ.....	388
Лысых И.А.	389
СРЕДСТВА ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА	389
Лысых О.А.	391
ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	391
Лысых О.А.	393
ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОЦЕССА ИЗУЧЕНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА	393
Ляпина С.А., Семелева Е.В., Плигина Е.В.	395
ПРОПАГАНДА ОСНОВ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ, КАК ФАКТОР УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ	395
Маджидзода А.Р.	397
ПРИСТАВОЧНЫЕ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫЕ С ПРИСТАВКОЙ ПО- В РУССКОМ ЯЗЫКЕ.....	397
Макарова Е.А.	398
ОТНОШЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ “МОУ БОЛЬШЕЕЛХОВСКАЯ СОШ” К ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ	398
Макарцева К.П., Симонян Р.З.	402
ПРОБЛЕМА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	402
Мананова П. И.	403
НАИМЕНОВАНИЯ ЛИЦ ПО ПРОФЕССИИ В МЕДИЦИНЕ	403
Мананова П.И.	404
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНЫХ ИМЕН В ЯЗЫКЕ	404
Мананова П.И.	405
ЛИНГВОСТРАНОВЕДЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ.....	405
Махмадалиев М.М., Сафаров Б.Б., Мавлонова Х.С.....	406
МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТОЧНЫХ НАУК	406
Маҳмуд Б., Ғоибзода Н.	408
ЗИНАПОЯҲОИ БИНОҲОИ ТАЪЛИМӢ ВА ҲОЛАТҲОИ ФАВҚУЛОДДА	408
Махмудзода К.Н.1, Султанова Д.Х. 2, Шодимотова М.К. 2.....	408
ВОСПИТАНИЕ НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ТАДЖИКИСТАНА НА ПРИМЕРЕ ГУМАНИСТИЧЕСКИХ ИДЕЙ ВЕЛИКОГО МЫСЛИТЕЛЯ, ВРАЧА- ЭНЦИКЛОПЕДИСТА АБУАЛИ ИБНИ СИНО.....	408
Махмудова Л.Б., Сайдахмедова. Д.Б.	410
СИТУАЦИЯ ПО ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	410
Махмудова С.С., Хамроева С.К.....	413
ПРОБЛЕМА МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОММУНИКАЦИИ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ....	413
Маҳмадова Майсара	414
ТАБЛИҒИ ҲУСУСИЯТҲОИ МИЛЛӢ ВА ХУДШИНОСИИ МИЛЛӢ ДАР ОЧЕРКИ ТАЪРИХИИ САДРИДДИН АЙНӢ “ҚАҲРАМОНИ ХАЛҚИ ТОҶИК ТЕМУРМАЛИК”	414
Маҳмадова Майсара	416
ИНЪИКОСИ ХУДШИНОСӢ ВА ҲУВВИЯИ МИЛЛӢ ДАР “ПАЁМ АЗ БУХОРО”-И АСАД ГУЛЗОДА БУХОРОӢ.....	416
Мачидова Б.	418
БАЪЗЕ ВИҶАҒИҲОИИ ЧИДАШАВИИ САРАЪЗОҲО ДАР ОЧЕРКҲОИ ТАЪРИХИИ САДРИДДИН АЙНӢ.....	418

Мачурашвили М.Л., Симонян Р.З.	420
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА).....	420
Меликова Н.Х., Косимов Ш.М., Бобоев М.В.	422
ЛИЧНОСТНЫЕ КРИТЕРИИ ДОНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ	422
Меъроҷиддини Насридин, Наврузбекова М.А.	425
РАВАНДИ ДИПЛОМАТИЯИ МУОСИРИ ТОҶИКИСТОН.....	425
Мирзоева Г.Х., Ортыкова С.М., Хамроева С.К.	426
СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХ ЯЗЫКОВ В ПРОЦЕССЕ КОММУНИКАЦИИ	426
Мирзоев А.С., Азимов Г. Дж., Рахмоналиев О.Б.	428
ПОЛИОМИЕЛИТ В КОНТЕКСТЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	428
Мирзоев А.М. 1, Бозорова Л.М. 1, Хотамова С.А. 2.....	429
РОЛЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ РУССКОМУ ЯЗЫКУ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ	429
Мирзоев Ғ.Ҷ., Сафарова М. Ҷ.	431
ДОИР БА МУШКИЛОТИ ДАВЛАТСОЗИИ МИЛЛӢ ВА АҲАМИЯТИ ВАҲДАТИ МИЛЛӢ ДАР ПОЙДОРӢ ВА РУШДӢ ОН	431
Мирзоева Г.Х., Хамроева С.К., Ортукова С.М.	433
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ НА УРОКЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА	433
Мирзоева Г.Х.	434
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАНЯТИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА	434
Мирзоева С.Р., Тагайкулов Э.Х., Гадоева М.А.	435
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗ И ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ	435
Раджабов Р.Р., Касирова С.Х.	437
ВИДЫ И ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ	437
Мирзоева Ш.Ю., Нарзуллозода М.Дж., Касирова С.Х.	439
ВАЖНОСТЬ ПЕРЕВОДА ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ С АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА РУССКИЙ ЯЗЫК	439
Мирзоева Г.Х.	440
УСУЛӢҲОӢ МУОСИР ДАР ОМУӢЗИШИ ЗАБОНӢҲОӢ ХОРИҶӢ	440
Мирзоева Г.Х.	441
ОМОНИМӢҲО ДАР ЗАБОНИ АНГЛИСӢ ВА ТОЧИКӢ	441
Абдурахмонов З.В., Мирзошарифзода И.М., Мамадносирова Ш.Қ.	443
МУҲТАСАРЕ АЗ ТАӢРИХИ ТИББИ ҚАДИМИ ЧИН, ҲИНД ВА ЮНОН	443
Мукушева А.А., Исакова З. С.	444
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ССМП В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	444
Мукушева А. А., Исакова З. С.	445
ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ...	445
Мукушева А.А., Хисметова З. А., Исакова З.С.	447
ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕМАТРАНСФУЗИОННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	447
Мукушева А.А., Хисметова З. А., Исакова З.С.	448
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЛЕКАРСТВ С НЕДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕМЕЙ	448
Мукушева А.А., Хисметова З. А.	448
КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	448
Муллоджонова Ф.М.1, Шарипова Ф.Р.1, Тагаева М.Дж.2	450
МЕТОДИКА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РУССКОЙ УСТНОЙ И ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКСКО-РУССКОГО ДВУЯЗЫЧИЯ.....	450
Муминова Ш.И., Зарипов И.А.	452
ҲАРФИ Ү (ИПСЕЛОН) ДАР ЗАБОНИ ЛОТИНӢ, ВА МАВҚЕИ ОН ДАР ДИГАР ЗАБОНҲО ВА СОҲАҲО	452
Муминджонов С.А., Алиазарова Ш.М., Бекмуродова Ш.Ф.	453
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В. ANTHRACIS И ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ОТ ДРУГИХ ВИДОВ РОДА BACILL	453
Муминджонов С.А., Восиева Н.Ю., Шоев Б.А.	455
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ	455
Муратова Ч.Ҷ	456
ОМУӢЗИШИ ФАНӢҲОӢ ТАБИАТШИНОСӢ ВА РИЁӢӢ ДАР МУАССИСАҲОӢ ОЛИИ КАСБӢ-ТИББӢ ..	456

Муродов В.М., Нурализода М.А., Халимова Ф.Т.	458
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬЮ.....	458
Муродова М.К.	460
ТАҲЛИЛИ СОҲТОРИЮ СЕМАНТИКИИ ИСТИЛОҲОТИ ТИББИИ ФАРОНСАВӢ, КИ АЗ АФФИКСҲО ТАШАККУЛ ЁФТААНД.....	460
Муродова Т.А.	461
БО ВОЖАИ ХОНА СОХТА ШУДАНИ ИСМҲОИ МУРАККАБ И ИФОДАКУНАНДАИ МАКОН ДАР ОСОРИ ЛИРИКИИ БАДРИДДИН ҲИЛОЛӢ.....	461
Муродова Ф., Холбекиён М.Ё ОМУӢЗИШИ ФАӢОЛИЯТИ РЕФЛЕКСИ ШАРТӢ ДАР ҲАШАРОТҲУРОН (HEMIPHSINUS AURITUS) ДАР ШАРОИТИ ГУНОГУНИ ФИЗИОЛОГӢ	463
Мусозода М.А., Юсуфов А.И.	464
УНСУРҲОИ ИСТИЛОҲСОЗ ҲАМЧУН АСОСИ ТАСНИФИ ИСТИЛОҲОТИ ТИББӢ	464
Мухамеджанова А.Ш., Ануархан А., Самарова У.С.	466
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г.СЕМЕЙ РАБОТОЙ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ	466
Мухторова И.1, Камолова Р.Р. 2, Шарипова З.И. 2	468
ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ В ПОЛИКУЛЬТУРНОМ ОБРАЗОВАНИИ.....	468
Мухтарова М., Сахариев Е., Искакова Н.С.	470
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ГОРОДА СЕМЕЙ Наврузшоев Б. Х.....	471
РОҲҲОИ ТАРЧУМАИ ВОҲИДҲОИ ФРАЗЕОЛОГӢ ДАР ЗАБОНҲОИ АНГЛИСӢ ВА ТОЧИКӢ	471
Наврузшоева Г.Х.	473
МОРФОЛОГИИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЯН БОРЩЕВИК ЛЕМАНАHeracleumlehmannianum	473
Нажмиддинова Д.М.	475
ЗНАЧЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ (ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ) ЭМОЦИЙ В КОММУНИКАЦИИ.....	475
Назаралиев Ф.А.	476
ТАҲДИДҲОИ ҲАРАКАТҲОИ ЭКСТРЕМИСТӢ БА ЧОМЕА ВА НАҚШИ ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН ДАР ПЕШГИРИИ ФАӢОЛИЯТИ ҒАЙРИҚОНУНИИ ОНҲО (солҳои 2000-2010).....	476
Назаров Дж.Т., Азимов А.С., Разоков Г.Г.	478
ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА, А ТАКЖЕ ЕГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ СРЕДИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ.....	478
Назаров Дж.Т., Разоков Г.Г., Эргашев И.З.....	479
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ КИНЕМАТОГРАФИИ НА МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ ГОУ «ХГМУ»	479
Назаров Ш.С.....	481
ПСИХОЛОГИЯ И ХАРАКТЕР ПРИСУЩЕ ЧЕЛОВЕКУ.....	481
Назарова М.Р.....	483
ИДЕИ К. Д. УШИНСКОГО В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ ИНОЯЗЫЧНОЙ МОЛОДЕЖИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ	483
Назарова М.Р.....	485
ТВОРЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ УШИНСКОГО ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕТОДИКИ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ	485
Назарова Р. Т.....	486
К ВОПРОСУ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ.....	486
Назарова М.Р., Лысых О.А.	488
ОСНОВНЫЕ ВИДЫ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ	488
Нарзуллозода М.Дж., Касирова С.Х., Мирзоева Ш. Ю.....	491
ПРОИЗНОСИТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ БРИТАНСКОГО И АМЕРИКАНСКОГО ВАРИАНТОВ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА.....	491
Насырджанова Х.Р.1, Сабурова А.М.1, Музаффаров Ш.С.2	492
ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС В ОРГАНИЗМЕ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	492
ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	494
Наумова А. С., Симонян Р. З.....	496
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	496
Низомова С.Ф.....	497
ВОЖАСОЗИИ ПАСВАНДИ –ГАР ДАР НАСРИ БАДЕЙ ВА ПУБЛИТСИСТИИ САДРИДДИН АЙНӢ....	497
Низомова С.Ф.....	499
МАВҶЕИ КАЛИМАСОЗИИ ПЕШВАНДГУНАИ ХУШ- ДАР ЗАБОН АДАБИИ ТОЧИКӢ (дар асоси маводи наси бадеи Садриддин АйнӢ).....	499
Николаева В.В., Файзилов И.У.....	500
СВЯЗЬ ХИМИИ И БИОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ НА ПРИМЕРЕ ЗНАЧЕНИЯ АМИНОСПИРТОВ В ОРГАНИЗМЕ	500

Норжигитов А.М., Хамидова Ф.М., Шарипов У.М.	502
МОРФОХАРАКТЕРИСТИКА АПУДОЦИТОВ ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ..	502
Нурализода М.А., Саидова М.Г., Халимова Ф.Т.	504
ВЗАИМОСВЯЗЬ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ И ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ НАВЫКОВ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТА	504
Нурализода М.А., Саидова М.Г., Халимова Ф.Т.	505
ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	505
Нурматова М.Р.	507
РОЛЬ СИСТЕМЫ СВЯЗИ И РАДИО СЕВЕРНЫХ РАЙОНОВ РМАЦИИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ РОЛЬ СИСТЕМЫ СВЯЗИ И РАДИО СЕВЕРНЫХ РАЙОНОВ ТАДЖИКИСТАНА В ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ	507
Ҳабибзода Зоҳир Иззат	509
СИФАТҲОИ МУРАКАБИ ТАВСИФӢ ДАР ДОСТОНИ “ХУСРАВ ВА ШИРИН”-И АМИР ХУСРАВИ ДЕҲЛАВӢ	509
Обидов Ч.М., Каримзода М.Б., Сангинов Б.И.	511
СИНТЕЗИ ДИКАРБАМАТҲО ДАР АСОСИ ЭФИРИ СОДДАИ ГЛИТСЕРИН	511
Одилов Ф.Р.	513
ИНТЕГРАЦИЯ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ И БАРЬЕРЫ НА ПУТИ ПРОЦЕССА КООПЕРАЦИИ ..	513
Одилов Ф.Р.	514
ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ СТРАН СНГ В УСЛОВИЯХ ГЕОПОЛИТИЧЕСКОГО ПРОТИВОСТОЯНИЯ	514
Олимов Р.А., Обидов Дж.М.	516
СИНТЕЗ НА ОСНОВЕ МОНОАЛКИЛОВЫХ ЭФИРОВ ГЛИЦЕРИНА	516
Орзуи Саид, Инамов А.А., Шамсов Ф.Б.	518
ТАБЪӢЗ ВА ТАМҒАГУЗОРӢ ДАР БАӢНИ ШАХСОНИ БО ВНМО ЗИНДАГӢ КУНАНДА ДАР ТОЧИКИСТОН.....	518
Орзуи Саид, Авғонов Н.К., Бабаев М.Р.	520
ВАЗӢИ ЭПИДЕМИКӢИ ВИРУСИ НОРАСОГИ МАСУНИЯТИ ОДАМ ДАР НОҲӢЯИРУДАКӢ	520
Ортукова С.М., Мирзоева Г.Х., Хамроева С.К.....	522
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНТЕНСИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ	522
Разиков Ш.Ш., Холбеков М.Ё., Пирова Ш.К.	524
ВАЗӢИ ЭПИЗООТОЛОГИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРИИ ЭХИНОКОККОЗ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН.....	524
Плигина Е.В., Семелева Е.В., Ляпина С.А.	525
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ.....	525
Рабиқов Х.М.	527
БОЗТОБИ ТАСОВИРИ ШОИРОНА ДАР ҒАЗАЛИЁТИ САӢӢИДО	527
Раджабов Р.Р.	529
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ.....	529
Раджабов Р.Р., Ортыкова С.М.	530
СЕМАНТИЧЕСКИ – СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ В ТАДЖИКСКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ	530
Раджабов Р.Р.	531
ТЕРМИН КАК РЕЗУЛЬТАТ И ОРУДИЕ ПРОФЕССИАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ В АНГЛИЙСКОМ И ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКАХ.....	531
Раҳимов Т.Ф.	533
МУШК ВА МАӢНИИ ЛУҒАВИИ ОН.....	533
Раҳимов Т.Ф.	534
ПЕШВАНДИ БЕ- ВА ХУСУСИЯТҲОИ ИСТИЛОҲСОЗИИ ОН	534
1Раҳимов С. , 2Саидов С.М.....	536
ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОЛОГИИ НАВРУСТАҲОИ КАМОЛИ ТОҶИКОН ДАР ШАРОИТИ МАДАНИИ НОҲӢЯИ ДАНҒАРА	536
Рахимова М.С., Муминджонов С.А., Абдуназарова Ш.Ш.	537
ФУНГИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ СПИРТОВЫХ ЭКСТРАКТОВ ALLIUM SUWOROWII.....	537
Рахимова М.С., Хусейнова Ш., Муминджонов С.А.	538
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ALLIUM SUWOROWII В ОТНОШЕНИИ STAPHYLOCOCCUS AUREUS И ESCHERICHIA COLI.....	538
Рахимова М.С., Кенджаева И.А., Уманова Н.Э	539
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПЕКТРА АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЗЕВА У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И МОЧИ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ.....	539
Рахматов П.А., Назаров Дж.Т., Эргашев И.З.	541
РОЛЬ ЭПИГЕНЕТИКИ В ПЕРЕДАЧЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОПЫТА ПОТОМСТВУ.....	541
1Рахматуллаева С.И., 2Шамсов Б.А., 1Рузиев М.М., ...	542
ДЕТСКОЕ ОЖИРЕНИЕ ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ...	542

Рахмоналиев О.Б., Бахронбекова М.Б., Хайров Х.С.	544
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ Вузов Г.ДУШАНБЕ.....	544
Рахмонбекова Н.С. Шагиахметова Л.Р. Хайров Х.С.	545
ОЖИРЕНИЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН в возрасте 18 – 29 лет	545
Ризоева О.А.....	547
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ИЗ СРЕДНЕГОРНЫХ И НИЗКОГОРНЫХ РЕГИОНОВ ТАДЖИКИСТАНА.....	547
Розиқов Ш.Ш., Холбеғов М.Ё., Пирова Ш.Қ.	548
ТАҒЙИРЁБИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ БИОХИМИЯВИИ ХУНИ ХАРҒУШҶО ПАС АЗ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ЭЙМЕРИОЗ.	548
Рузиев Ф.А.	550
ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЁТОМ УРОКОВ ПОСТКОВИДНОГО ПЕРИОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	550
Рустамзода Мукаддас Рустам.....	551
О ЗНАЧЕНИИ КОНТРАСТИВНОЙ ФОНЕТИКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА	551
Сабурова А.М., Махсудова М.С., Курбанова М.Б.	553
АКТИВНОСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРИ СТРЕССОРНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ. ВЛИЯНИЕ α – ТОКОФЕРОЛА	553
СодиқоваС.С., Ганиев И.Н.	554
ПОТЕНЦИАЛСВОБОДНОЙ КОРРОЗИИСПЛАВА ВЫСОКОЧИСТОГО ЦИНКА С МЕДЬЮ В СРЕДЕ ЭЛЕКТРОЛИТА 0,03%-НОГО NaCl.....	554
Саёхати Н., Муминҷонов С.А., Пардаева Г.С.	555
БАҚАЙДГИРӢ БА БЕМОРИИ ГУЛАФШОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАВОМИ 10 МОҲИ СОЛИ 2019	555
Саёхати Н., Кенджаева И.А., Сабруддинова Г. Н.....	557
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БАКТЕРИИ РОДА PROTEUS В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ОТИТА.....	557
Саидасанов Ю. Ш., Абдурахмонов З.В., Наврузбекова М.А.	558
ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ РУШДИ ҶОЯҲОИ ИДОРАКУНИИ ҶУМҲУРИЯВИИ ШАРҚ ВА ҒАРБ.....	558
Саидасанов Ю.Ш.....	559
РАЗВИТИЕ ОРУЖЕЙНОГО ДЕЛА НА ЗАПАДЕ ПЕРИОДА X-XV ВВ.....	559
Саидасанов Ю.Ш., Абдурахмонов З.В. Шомусаламова Х.Ш.	561
СИСТЕМАИ КОРИИ САМТИ ЗИРОАТКОРӢ ДАР ВМКБ СОЛҶОИ 1940-1945	561
Саидова Р.М.	563
СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ВУЗАХ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ.....	563
Саидов А.С., Абдураззоков Ш.Р.	564
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ ТАДЖИКИСТАНА ПО ВОДНОЙ ПРОБЛЕМЕ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МИРОВОГО СООБЩЕСТВА	564
Саидов А.С., Азимова М.М., Амонова С.Б.....	566
ВКАЛАД РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В РЕШЕНИИ ВОДНЫХ ПРОБЛЕМ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	566
Саидова Б.М.	567
БАЪЗЕ АНДЕШАҶО ДОИР БА ХУСУСИЯТҶОИ ИСТИЛОҶОТИ СОДАИ ТИББӢ ДАР «ДОНИШНОМА»-И ҲАКИМ МАЙСАРӢ.....	567
Саидова Б.М.	569
МАВҚЕИ ИСТИЛОҶОТИ ТИББИИ АРАБИАСОС ДАР «ДОНИШНОМА»-И ҲАКИМ МАЙСАРӢ	569
Саидова С.Н.....	572
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В МИРЕ И В ТАДЖИКИСТАНЕ.....	572
Саидова Б.М., Рахимов Т.Ф.....	573
МАВҚЕИ ВОЖАИ НАБЗ ДАР «ДОНИШНОМА»-И ҲАКИМ МАЙСАРӢ	573
Сайфиддинова Р.С.....	575
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТЧУЖДЕНИЯ И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ.....	575
Сайфиддинова Р.С.....	576
ВЛИЯНИЕ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И ОБЩЕСТВА НА ОТУЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ	576
СаломзодаН.Р., ДевонаевО.Т., НаботоваГ.Х.	578
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	578
Самадова Г.Ю. 1, Махсутшоева Н.М. 2, Камолова Р.Р. 2.....	579
РОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НЕЯЗЫКОВЫХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА	579
Самарова У.С. Нурахимова Н. Н.....	581
ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ Г.СЕМЕЙ.....	581
Сангзода З.М., Одинаева Л.М., Шарипов Э.М.....	582

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ПРОБЛЕМАХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ....	582
Сангова Х.Р., Зарипов И.А.....	585
МУЛОҲИЗАҶО ОИДИ МЕТОДИ ТАЪЛИМИ ЗАБОНИ ЛОТИНӢ	585
Сангова Х.Р., Зарипов И.А.....	586
АҲАМИЯТИ АСАРИ “ЗАХИРАИ ХОРАЗМШОӢ” – И ИСМОИЛИ ҶУРҶОНӢ ДАР ИЛМИ ТИБ	586
Саторов Д.К., Шерматов Д.С.	587
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ	587
Сафаров Б.Б. Давлатов Д.А., ...	588
ТАДБИҚИ ПРЕЗЕНТАТСИЯ ТАВАССУТИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛООТӢ ВА КОММУНИКАТСИОНӢ ДАР ДАРСИ ФАНҲОИ ДАҚИҚ. ТОҶИКИСТОН.....	588
Сафарова С.Р.	591
РОЛЬ МАКРОФАГОВ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ.....	591
Сафарова Фирӯза, Азимов Ҷамшед.....	592
ЭССЕ – ВОСИТАИ АРЗЁБИИ ДОНИШ ВА САЛОҲИЯТҲО.....	592
Сафарова М.Ч.....	593
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И КУЛЬТУРА	593
Сахариев Е.Д., Искакова Н.С.	595
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	595
Серегин А. А., Симонян Р.З.	596
МЕДИКО – СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ СО ЗРЕНИЕМ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (НА ПРИМЕРЕ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА).....	596
Солехзод Б.А.....	596
НУРИҲОИ АЗ ҶИҲАТИ ЭКОЛОҒӢ ТОЗА ВЕРМИКОПОСТ	596
Солиев А.А., Давронзода И., Авгонов Н.К.....	597
ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ: АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ.....	597
Солиев А.А., Усманова Г.М., Азизов З.А.....	600
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДАВНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН В 2021 ГОДУ	600
Сопроматзе Н.Ш., Симонян Р.З.	602
АНАЛИЗ МОТИВАЦИОННО-ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	602
Материал и методы исследования.	602
Список литературы.....	603
Сохибова З.Н.1, Шукурова Ф.Ш2.	603
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНЪЕКЦИЯМИ СКИНБУСТЕРОВ ПРИ СТАРЕНИИ У ЖЕНЩИН.....	603
Сохибова З.Н.1, Шукурова Ф.Ш2.	605
КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА.....	605
Субхонов Мубориз	606
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧНЫХ ЧАТ-БОТОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЫХ ПРИВЫЧЕК ..	606
Субхонов Мубориз	608
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРОВОЙ ЭПОХЕ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА НА МЕДИЦИНСКИХ ВЕБ-ПЛАТФОРМАХ.....	608
Султанова Д.Х.	609
МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ КАК КРИТЕРИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	609
Султанова Д.Х.	611
ВЛИЯНИЕ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА	611
Султонмамади Гулмамад	613
СПЕКТОРҲОИ - ИС ҶУРЕ ПАЙВАСТАГИҲОИ НИТРОГЕНИИ ОМУҲТАШУДАИ ТАРКИБИ СИЧИ КАЛОН (EREMURUSROBUSTUS)	613
Суфиева Г. А.	614
ОБ ҲАМ ҶӢЯД БА ОЛАМ ТАШНАҒОН.....	614
Табаров М.С., Ходжаева М.Х., Марипов Х.Ш.....	615
ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТАМИ	615
Табаров М.С., Шукуров Ф.А., Касирзода С.К.	616
ГОМОЦИСТЕИН КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	616
Тагаева М.Дж.1, Мухторова И.2, Алиева Н.Ш.3	618
МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРКОВ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНО-ПОЛИКУЛЬТУРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ	618
Тагаева М.Дж. 1, Муллоджонова Ф.М. 2, Шарипова Ф.Р. 2.....	619
МЕТОДИКА РАБОТЫ ПО ОБОГАЩЕНИЮ ЛЕКСИЧЕСКОГО ЗАПАСА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ АНТОНИМОВ И СИНОНИМОВ	619
Тагайкулов Э.Х. , Имомназарова Н.А., Аскарализода Ф.	621

МИКРОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУР ЖЕЛЁЗ, СФИНКТЕРНЫХ ЗОН ПОДВЗДОШНО-СЛЕПОКИШЕЧНОГО УГЛА У ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ	621
Тагайкулов Э.Х., Махмадова П.Ш., Курбонов Г.И., ...	623
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ	623
Тагаева М.Дж. 1, Муллоджонова Ф.М. 2, Шарипова Ф.Р. 2.....	624
МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ РУССКОЙ РЕЧИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО И ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА.....	624
Тоштемирова З.М., Табаров М.С., Назариен Н.Р.	627
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ С ЭУЭНТЕРИЕЙ И БРАДИЭНТЕРИЕЙ	627
Турдалиев М.З.1., Пулатов Э.Х.2, Тоиров Дж. Дж.2.	628
СИНТЕЗ ТИАЗОЛИДИОВ И ТИАДИАЗИНОВ, СОПРЯЖЕННЫХ С 1.4-БЕНЗОДИОКСАНОМ.....	628
Туробова З.Н., Ахмадов С.А., Гайратова Н.Н.	629
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А.....	629
Умарова З.Д., Холмирзоева Г.Т.	631
АПОПТОЗ И ИММУННАЯ СИСТЕМА	631
Умарова З.Д., Холмирзоева Г.Т.	632
МОТИВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ БАЗОВЫХ ДИСЦИПЛИН	632
Розиқов Ш.Ш., Холбеғов М.Ё., Пирова Ш.Қ.	634
ТАҒЙИРЁБИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ БИОХИМИЯВИИ ХУНИ ХАРГЎШҲО ПАС АЗ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ЭЙМЕРИОЗ.	634
Ўрмонова М.М.	635
МАВҚЕИ КАЛИМАИ СОМАТИКИИ “САР” ДАР ТАРШКИЛИ ИБОРАҲОИ ФРАЗЕОЛОҒИ ДАР ЗАБОНИ МУОСИРИ ТОЧИҚИ (дар асоси маводи романи "Двоздаҳ дарвозаи Бухоро"-и Ҷ.Иқромӣ)	635
1Урунова Д.М., 1Уббиниязова К.Т., 2Мадреимова Д.Р.	637
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ	637
Усаров Г. Х1,2., Турицин В.С.3, Саттарова Х.Г. 1,2	639
ВИДОВОЙ СОСТАВ (DIPTERA: PHLEBOTOMINAE) ПЕРЕНОСЧИКОВ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В ЮЖНЫХ ОБЛАСТЯХ УЗБЕКИСТАНА	639
Усачева Т.Р.1, Кабиров Д.Н.2, Куранова Н.Н.1	640
КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЕ 18-КРАУН-6 С ИОНОМ НИКЕЛЯ (II) В ВОДНО-ЭТАНОЛЬНОМ РАСТВОРИТЕЛЕ.....	640
Усачева Т.Р.1, Барсукова А.А.2, Куранова Н.Н. 1	642
ТЕРМОДИНАМИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АЛЬБУМИНА С АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ.....	642
Усманова Г.М., Солиев А.А, Хасанова З.М.	644
РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	644
Усманова Г.М., Ҳафизова Б.М., Давронзода И.	645
БАҲОДИҲИИ ҲОЛАТИ ЭПИДЕМИОЛОГИ СИРОЯТЁФТАҒОНИ ВНМО/БПНМ АЗ Рӯи МАРҲИЛАИ БЕМОРИҲАНҒОМИ ДАРЁФТ ДАР НТҶ	645
Устобаева Н.Х.	647
С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ	647
Материалы и методы. Обследовано 36 больных в возрасте 18-52 лет с туберкулезом легких, находившихся на лечении в Национальном центре туберкулеза РТ. Мужчин было 21 (58.3%), женщин -15 (41.7%). Больные были разделены на две группы: с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза (ЛУФТ) (16) и лекарственно-чувствительной формой туберкулеза (20). С-реактивный белок (СРБ) в сыворотке крови определялся методом Лифотроник МЛУПБ.	648
Файзуллоев Ф. Ф., Давлатзода Ф.Ф., Ашуриён Ш. Р.	649
МАФҲУМИ АРЗИШҲОИ ТАМАДДУНИ БАШАР	649
7. Токарев А.М. Секуляризация как социальная форма десокрализации и рационализации духовной жизни (западноевропейский контекст): дисс. ... к. филос. н. (09.00.11). – Нижний Новгород.: 2011. -323 с	650
Фозилова М. М.	650
КОРБУРДИ ИСТИЛОҲОТИ КОГУЗОРИ ДАР ОЧЕРКҲОИ ТАЪРИХИИ САДРИДДИН АЙНИ	650
Фозилова М.М.	652
КОРБУРДИ КАЛИМАҲОИ ХУШОБУРАНГИ ТАВСИФИ ДАР ДАР ОЧЕРКҲОИ ТАЪРИХИИ САДРИДДИН АЙНИ	652
Хабибова М.О.	654
КОММУНИКАТИВНОЕ И ДИДАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕКСТОВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ СТУДЕНТОВ НЕЯЗЫКОВЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ	654
Халелов С.Ф., Искакова Н.С., Нығмет А.С.	656
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ НА ОСНОВЕ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ	656

Халимова Ф.Т., Шукуров Ф.А., Мавлонова С.Н.	656
АНТИТЕЛА К ФОСФОЛИПИДАМ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ	656
Халифаева Ш.Х., Шерматов Д.С., Ибронов С.С.	658
ВАРИАЦИИ КОНЦЕНТРАЦИИ Cu И Ni В ПОЧВАХ ЮЖНОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО ТАДЖИКИСТАНА	658
Хамроева С.К., Мирзоева Г.Х., Махмудова С.С.	659
РОЛЬ НЕМЕЦКОГО ЯЗЫКА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	659
Хамроева С.С.	661
КАФОЛАТҲОИ КОНСТИТУТСИОНИИ ҲУҚУҚУ ОЗОДИҲОИ ИНСОН ВА ШАҲРВАНД ОИД БА ТАЪЛИМ ВА ТАРБИЯ	661
Хасанова Д.М.	662
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РОГОВИЦЕ ГЛАЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И АСПЕКТЫ РЕГЕНЕРАЦИИ	662
Хасанова Д.М.	663
ПАТОГЕНЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ АЭРОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА В ЛЁГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПУЛЬМОНОТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ	663
Хасанова Т.Г.	664
НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕНТАЛИТЕТЫ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ УНИВЕРСИТЕТСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	664
Хасанова З.М., Азизов З.А., Назурдинов А.Б.	666
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	666
Хасанова З.М., Инамов А.А., Шамсов Ф.Б.	668
ОПТИМИЗАЦИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОЛУЧИВШИМ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, В УСЛОВИЯХ ОБЪЕДИНЁННЫХ ПОЛИКЛИНИК	668
Хафизова Б.М., Хасанова З.М., Авғонов Н.Қ.	670
БАҲОДИҲИИ НИНОШДИҲАНДАҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГИ СИРОЯТЁҲТАҒОНИ ВНМО/БПНМ ДАР СОЛҲОИ 2013 то 2022 ДАР ШАҲРИ ДУШАНБЕ	670
Хафизова Б.М., Сангзода З.М., Одинаева Л.М.	671
АҲАМИЯТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ САТҲИ ПАҲНШАВИИ СИРОЯТИ ВНМО/БПНМ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН	671
Ходжаева С.М., Асанбекова С.Х.	673
СЛЕД ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ	673
Ходжаева С.М., Кодирова Ф.Р., Асанбекова С.Х.	674
ВАЖНОСТЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ	674
Ходжиматова Г.М.	676
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ	676
Холиқова О.У., Азонов Ҷ.А.	678
ОМУЗИШИ ТАЪСИРИ ТАҒЕТОЛ БА БАЪЗЕ АЗ НИШОНДИҲАН-ДАҲОИ БИОХИМИЯВИИ ТАРКИБИ ХУН ҲАНГОМИ ГЕПАТИТИ ТОКСИКИ	678
Холматова М.А.	679
ОБОГАЩЕНИЕ СЛОВАРНОГО ЗАПАСА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С ПОМОЩЬЮ ВЫРАЗИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ РУССКОГО ЯЗЫКА	679
Холматова М.А.	681
КОМПЛЕКС ЗАДАНИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ОБУЧЕНИЕ РУССКОЙ ЛЕКСИКЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	681
Холов Ф.Н. Давлатзода Ф.Ф. Каримова А.Р.	682
МАФҲУМИ ГЛОБАЛИЗАЦИЯ ВА НИШОНАҲОИ АСОСИИ ОН	682
Холов А.А., Қосимова Р.А., Саидов Н.А.	684
ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ ТАЪЛИМИЙ-ПРОБЛЕМАВИ ВА САМАРАИ ОН	684
Холов А.А., Амираҳтаи Ҳ., Қосимова Р.А.	685
ТЕХНОЛОГИЯИ ТАЪЛИМИЙ ВА ОМУЗИШИ ХУСУСИЯТҲОИ ОН	685
Холов А.А.	686
ИСТИФОДАБАРИИ ИМКОНΙΑТҲОИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛООТӢ ДАР ОМОДА НАМУДАНИ МУТАХАССИСОНИ СОҲАИ ФИЗИКА	686
Холов А.А.	688
ТАТБИҚ ВА ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛООТӢ-ДАР ҶАРАӢНИ ТАЪЛИМ	688
Холов Ф.Н. Азимова М.М. Хамроева С.С.	689
ҶАҲОНИ МУОСИР ВА ОҚИБАТҲОИ БҶҲРОНИ МАЪНАВИ	689
Холов Ф.Н.	690
СОЦИАЛЬНО _ФИЛОСОФСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГОРОДСКИХ РИНКОВ	690
Холов Ф.Н.	692
ТАҲЛИЛИ ФАЛСАФИИ ТИҶОРАТИ ДАВЛАТҲОИ ШАРҚ ДАР ДАВРАИ АСРҲОИ МИӢНА	692
Холов Ф.Ш., Солеҳзод Б.А. Каримов Ҳ.С.	693
АРЗИШИ ҶИЗОИИ МЕВА ВА САБЗАВОТ БА ҲАӢТГУЗАРОНИИ ОРГАНИЗМ	693

Холова Б., Рахмоналиев О.Б., Нуриддинова М.	694
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	694
Худжагелдиева З.У., Рузиев М.М., Мубораккадамова Р.Х., ...	696
ИЗУЧИТЬ ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОБОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ	696
Худойдодов А.Г., Ситчотхонов А.А., Хайров Х. С.	697
ОМИЛИ ИРСИ ВА бемории фарбеҳӣ дар аҳолии синни 40-59 солаи вилояти Суғди ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН	697
Хайбуллоева О. И.	698
ХУСНИ БАЁН ВА ОМИЛҲОИ АСОСИИ ОДОБИ МУОШИРАТ ДАР ИНТЕРНЕТ	698
Хусейнова М.Д., Якубова П.У., Бойназарова Ф.М.	700
ТАСНИФОТИ ГРАММАТИКИ ВА СИНТАКСИСИИ ИБОРАҲОИ СИФАТИ ФЕЪЛИИ ЗАБОНҲОИ АНГЛИСӢ ВА ТОҶИКӢ	700
Чемезов С.А.1, Сахновская Е.Г.1, Мусатаева И.С.2	701
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОНЛАЙН КУРСОВ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ МИКРОБИОЛОГИИ В ТЕРМЕЗСКОМ ФИЛИАЛЕ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	701
Чобирова Ч.М., Рахмонова Л.У., Хайров Х.С.	703
НОРАСОИИ ҒИЗО ДАР ЗАНҲОИ СИННИ 40-59 СОЛАИ ВИЛОЯТИ СУҒД	703
Чоршанбезода М.Ч.	704
ВОЛЯ НАРОДА КАК РЕШАЮЩИЙ ФАКТОР СОЗДАНИЯ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.	704
Чоршанбезода М.Ч.	705
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНСТИТУТА ПАРЛАМЕНТАРИЗМА ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА	705
Чумъаев Мехроб	706
БАЪЗЕ МУШКИЛОТИ ИСТИЛОҲ ДАР ШАРОИТИ ИМРӯЗАИ ТАШАККУЛИ ЗАБОНИ ТОҶИКӢ	706
Шаликова Л.О.	709
ФЕТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ И ТОПОГРАФИИ ОРГАНОВ МОЧЕВЫВЕДЕНИЯ	709
Шарипов С.Ф., Хайров Х.С., Холбегова Н.М., ...	711
Статуси ҒИЗОИ ЗАНҲОИ 40-59 СОЛАИ вилояти суғди Ҷумҳурии тоҷикистон	711
Шарипова З.И.	712
РАЗВИТИЕ ЯЗЫКОВОЙ И КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В УСЛОВИЯХ ДВУЯЗЫЧИЯ	712
Шарофидинова М.А., Давлатов Д.М., Хайров Х.С.	713
ИЗУЧЕНИЕ ПИТАНИЯ И РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ГИПОТРОФИИ СРЕДИ МУЖЧИН 40-59 ЛЕТ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ	713
Шахнозаи Шамсиддин	714
МИЛЛАТГАРОИИ КАНОРА ҲАМЧУН ШАКЛИ ИДЕОЛОГИЯИ СИЁСӢ	714
Шахсуфбекова О.М.	716
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ГУСТОГО ЭКСТРАКТА КЛУБНЕЙ СОРТА «САРВАТ» КУЛЬТИВИРУЕМОГО В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	716
Шералиев Б.Р., Акбаров Ш.Д., Кураева М.Қ.	717
АҲКОРИ ФАЛСАФИИ АҲЛОТУН	717
1Шералиев Б. Р., 2Асомуддинов Ш.А.	719
АНДЕШАҲОИ ҲАСТИШИНОСӢ ДАР “МУСУЛ”-И АҲЛОТУН	719
Шерматов Д.С., Мамадалиев М.М., Шерматзода О.Т.	721
ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТОЧНЫХ НАУК	721
Шерматов Д.С., Мисокова Ф.С., Ибронов С.С.	723
ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ	723
Шодиматова М.К.	724
ИСТИЛОҲОТИ ТИББӢ ВА БАЪЗЕ ХУСУСИЯТҲОИ ОН ДАР ОСОРИ БАДЕӢ	724
Шомусаламова Х.Ш., Абдурахмонов З.В.	726
ВАЗӢИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН ДАР АСОСИ МАХАЗҲОИ БОЙҒОНӢ (солҳои 1980- 1989)	726
Шукуров Ф.А., Наврузбекова С.А., Бобокулова М.Х.	728
ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	728
Шукурова Н.Я., Арабова З. У., Раджабова Н.Х.	729
ИЗМЕНЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ИНДЕКСА В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ ПРИ ВЫСОКОГОРНОЙ ГИПОКСИИ	729
Шукурова Н.Я., Зухурова П.М., Ризоева М.Д.	730
ИЗМЕНЕНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ВО ВРЕМЯ СДАЧИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ	730
Эгамназаров Х.Н., Шарипов С.Ф., Хайров Х.С.	733

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМ ВОДОСНАБЖЕНИЯ И ВОДООБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ	733
Эльджанов А. Г.	734
ПОСЛОВИЦЫ И ПОГОВОРКИ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА	734
Юлдошев У.Р., Должикова В.А., Шодиматова М.К.	736
ПОДГОТОВКА КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО И ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЧЕБНОГО МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ	736
Юлдошев У.Р.1, Должикова В.А.2, Лысых И.А.1	739
МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО УЧЕБНОГО ПОСОБИЯ.....	739
Юлдошев У.Р.1, Должикова В.А.2, Варахян М.Дж.1	740
МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕКСТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИЛИНГВАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	740
Юлдошев У.Р.1, Мухторова И.2, Шарипова З.И.1	742
ТЕКСТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧЕВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ПОЛИЛИНГВАЛЬНОЙ АУДИТОРИИ	742
Юлдошев У.Р.1, Должикова В.А.2, Султанова Д.Х.1	744
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛОВ ИЗ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ТЕКСТОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ В ПРОЦЕССЕ ВОСПИТАНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ	744
Юсуфов А.И., Шодиматова М.К., Суфиева Г.А.	746
ТАРТИБИ ОМУҲТАНИ ИЛМИ ТИБ АЗ НИГОҶИ УНСУРУЛМАОЛИИ КАЙКОВУС.....	746
СТАТЬИ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ..... Ошибка! Закладка не определена.	
Abdullaeva N.I.	748
LASERS IN THERAPEUTIC AND ORTHOPEDIC DENTISTRY	748
Burxonova Z.Q.	749
ASPECTS OF PROSTHETICS OF TEETH ON IMPLANTS AND THEIR FEATURES.....	749
Burxonova Z.Q.	751
ASPECTS OF USING VENEERS IN MODERN AESTHETIC DENTISTRY	751
Devonaev O.T. Asanbekova S.Kh.	753
PERCENTAGE OF DIFFERENT TYPES OF LYMPHOID CELLS IN THE URINARY TRACT OF PEOPLE OF DIFFERENT AGES.....	753
Djumaeva N. S.	754
NEUROLOGICAL CHANGES IN POST-COVID SYNDROME.....	754
Fayzov M.S.	756
MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF MUCOSA AND SUBMUCOSAL LAYERS OF RECTUM	756
Ganiyeva.Sh.F, Numonova.A.A.....	757
BREASTFEEDING IS THE BEST WAY TO FEED AN INFANT	757
Goncharova M.S.	758
IDENTIFICATION OF DEPRESSIVE STATES AS A PREDICTOR OF A POSSIBLE DECREASE IN SOCIAL FUNCTIONING	758
Goncharova M.S.	759
REORGANIZATION OF PSYCHIATRIC SERVICE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN	759
Huseinova Y.F., Yuldasheva U.P., Urunova M.V.	760
EFFECT OF NETTLE DIOECIOUS LEAF INFUSION ON LIPID PEROXIDATION PROCESSES IN WHITE RATS	760
Ilkhomjonova S.T., Abdullaeva N.I.	761
LASERS IN THERAPEUTIC AND ORTHOPEDIC DENTISTRY	761
Islamov Sh.E., Takhirova Z.I.	762
CHARACTERISTICS OF ADRENAL CHROMAFFIN CELLS UNDER LONG-TERM EXPOSURE TO MAGNESIUM CHLORATE	762
Kowalczyk, K.K.	763
DO HARM REDUCTION APPROACHES PROVIDE NEW OPPORTUNITIES TO ADDRESS NCDS?.....	763
Khamroeva S.K.	765
ACTIVE VOICE VERSUS PASSIVE VOICE.	765
Khojaeva S.M.	766
LEARNING MEDICAL CLINICAL TERMS.....	766
Kussainova D.K. (1), Khismetova Z.A. (1), Akhmetova K.M. (2)	768
ASSESSMENT OF SATISFACTION WITH THE WORKING CONDITIONS OF ADMINISTRATIVE AND MANAGERIAL PERSONNEL BASED ON THE RESULTS OF A QUESTIONNAIRE (on the example of the NCJSC "Semey Medical University").....	768

Mananova P.I.	769
COMPARATIVE ANALYSIS OF ENGLISH AND RUSSIAN PRONOMINAL PHRASES	769
Makhmatmuradova N.N., Prashant Kumar	769
RADIATION DIAGNOSTICS NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA	769
Mananova P.I.	771
BORROWED SURGICAL TERMINOLOGY IN THE TAJIK LANGUAGE	771
Mirzoeva Sh.Yu., Rajabov R.R.	772
A ROLE PLAY ACTIVITY WITH DISTANCE LEARNERS IN AN ENGLISH LANGUAGE CLASSROOM	772
Mirzoeva Sh.Yu.	773
THE FEATURES OF COMMUNICATIVE COMPETENCE IN PROFESSIONAL ENGLISH	773
Muhabbatzoda J.Q., Fayzov M.S.	775
MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF MUCOSA AND SUBMUCOSAL LAYERS OF RECTUM	775
Mukhamadieva Z.A.	776
SOME SIMILARITIES AND DIFFERENCES BETWEEN THE GRAMMATICAL UNITS OF ENGLISH AND TAJIK LANGUAGES	776
Mukhamadieva Z.A., Mirzoeva Sh.Yu.	778
SOME METHODS OF TEACHING ENGLISH AT MEDICAL UNIVERSITY	778
Mukhamadieva Z.A.	779
THE INFLUENCE OF THE NATIVE LANGUAGE IN THE PROCESS OF TEACHING A FOREIGN LANGUAGE	779
Mukhamedova I.G., Parpiev F.M.	781
OPTIONS FOR BONE PLASTY IN THE TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMYELITIS OF TUBULAR BONES	781
Murodov Sh.D., Adilova F.Kh., Tuidiev Sh.Sh.	782
ULTRASOUND DISINTEGRATION OF INFERIOR NASAL CONCHAS OF PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS	782
Muzaffarova N.Sh., Nurquov F.N., Toshtemirova N.B.	784
RESEARCH ON THE THERMAL STABILITY OF TEXTILE MATERIALS TREATED WITH ANTIPYRENE	784
Naimov A.M., Parpiev F.M., Razzokov A.A.	784
PREDICTION OF OUTCOMES IN THE ACUTE PERIOD OF SEVERE COMBINED TRAUMA	784
Najmiddinova D.M.	786
PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF POSITIVE EMOTIONS (JOY, SURPRISE) AND THEIR INFLUENCE ON HUMAN BEHAVIOR	786
Normatova M.A.	788
PREDICTIVE BIOMARKERS IN GASTRIC CANCER	788
Normuratov A.N.	789
CRUSIAL ASPECTS OF ADAPTATION TO DENTURES AND USING DRUGS CORRECTLY	789
Numonova.A.A.	792
ANALYSIS OF BLASTOMYCOSIS BASED ON THE STUDY OF BLASTOMYCES DERMATITIDIS	792
Ohmirzoev U.A., Abduraupova H.N.	794
PHILOSOPHY OF 'MOAIC THINKING'	794
Orzikulov A.O., Zhuraev Sh.A., Nematov H.A.	796
NEUROLOGICAL CHANGES IN MUMPS INFECTIONS IN ADULTS (BASED ON THE EXAMPLE OF SAMARKAND REGION)	796
Parpiev F.M., Naimov A.M., Karimov K.K., Boturov U.N.	798
OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE SHIN BONES IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA	798
Pirov ¹ U.M., Rakhmonov ² Kh.Dzh., Razzokov ³ A.A.	799
NEW TREATMENT TECHNOLOGIES FOR UNCOMPLICATED OSTEOPOROTIC FRACTURES OF THE LOWER THORACIC AND UPPER LUMBAR VERTEBRAE	799
Pulatov P., Yusupov Sh.A., Khakimova L.R.	800
INFLUENCE OF GENOTYPES OF POLYMORPHIC MARKERS OF GENES ON MANIFESTATION, DURATION OF COURSE, RECURRENCES AND CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE COURSE OF UROLITHIASIS	800
Rajabov R.R., Mahmudova C. C.	802
THE FORMATION OF INTERCULTURAL COMPETENCE AMONG THE STUDENTS IN THE PROCESS OF TEACHING ENGLISH	802
Saddam Shaikh, Dr. Imran Aslam, Yuldashev Soatboy Jiyanboevich, Abdurakhmanova Zamira Ergashboevna	803
IVABRIDINE WITHOUT CLINICAL HEART FAILURE IN STABLE CARDIOVASCULAR DISEASE	803
Sharipova Farida Salimjanovna	805
INNOVATIVE EDUCATIONAL METHODOLOGY IN TEACHING MEDICAL BIOLOGY IN HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS	805
Shukurova D.A., Mirzoeva M.T.	806
STRUCTURAL FEATURES OF THE SKIN DERMA IN PATIENTS DEPENDING ON THE REPRODUCTIVE SYSTEM CONDITION	806
Shukurova D.A., Mirzoeva M.T., Imomnazarova V.Sh.	807

PARTICIPATION OF SKIN CELL STRUCTURES IN THE IMMUNE PROCESS.....	807
Thi Lan Pham ¹ , Thi Ngoan Nguyen ² , Xuan Minh Vu ¹	808
RESEARCH ON THE CONVERSION OF RUTIN TO QUERCETIN BY THE FERMENTATION PROCESS OF KOMBUCHA TEA	808
Yagubova S.M., E.Ch. Akbarov, T.S. Sultanova	810
IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF MESENTERIC LYMPH NODES DURING THE COMBINED EFFECT OF HYPOXIA AND INFECTION.....	810
Zerbe, B.L., Joe I.E.....	812
A CHART REVIEW OF THE RESULTS OF SELECTIVE LASER TRABECULOPLASTY TREATING OPEN ANGLE GLAUCOMA IN TAJIKISTAN.....	812
Ziyadullaev Sh.Kh., Yarmukhamedova N.A., Shodieva D.A.....	813
THE SIGNIFICANCE OF GENETIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF HIV INFECTION.....	813
<i>Ziyadullaeva H., Dilmudorova K., Hazratkulova M.I.</i>	815
THE STATE OF NEONATAL NEUROSONOGRAPHY IN INFANTS WITH PERINATAL NERVOUS SYSTEM DAMAGE.	815
Zokirov R.Kh. Asanbekova S.Kh. Qodirova F.R. Menliqulov M.F.	816
NUMEROUS PERFORATING BRANCHES OF THE INTERLOBULAR ARTERIES OF THE DOG'S KIDNEY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS	816
Zokirov R.Kh. Qodirova F.R. Asanbekova S.Kh.	817
NUMEROUS PERFORATING BRANCHES OF THE INTERLOBULAR ARTERIES OF THE KIDNEY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS.....	817
Zokirov R.Kh. Qodirova F.R. Asanbekova S.Kh. Salomzoda N.R.	818
MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC NUNIFORM PLETHORA OF BLOOD VESSELS IN THE DOG'S KIDNEY DURING THE INITIAL PERIOD OF STAY IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS.	818

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:

HALEON

ОФИЦИАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:



ГЕДЕОН РИХТЕР



СПОНСОР-УЧАСТНИКИ:

