

МУАСИССАИ ДАВЛАТИИ  
«ПАЖУҲИШГОҲИ ТИББИ ПРОФИЛАКТИКИИ ТОҶИКИСТОН»  
ВТ ва ҲИА ҚТ

ВБД: 616-002.5:613.6-084

*Бо ҳуқуқи дастнавис*



САФАРОВ ҚУМА МУМИНОВИЧ

БАСОМАДИ ПАҲНШАВӢ ВА АЛОМАТҲОИ КЛИНИКИЮ  
ГЕМАТОЛОГИИ ГЕЛМИНТОЗҲОИ РӢДАВӢ (АСКАРИДОЗ,  
ЭНТЕРОБИОЗ, ГИМЕНОЛЕПИДОЗ) ДАР ҚӢДАКОН

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии

номзади илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси

3.2.2. Эпидемиология

Душанбе - 2026

Диссертатсия дар Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** Талабзода Муҳаммадали Сайф – доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

**Муқарризони расмӣ:** Каримов Сайфуддин Сайтоҷович – доктори илмҳои тиббӣ, директори МД «Маркази ҷумҳуриявии мубориза бо бемориҳои тропикӣ» ВТ ҲИА ҚТ  
Сатторов Сафархон Сайдамирович – номзоди илмҳои тиббӣ, директори Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО ва гепатитҳои парентералии вирусӣ»

**Муассисаи пешбар:** Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд

Ҳимояи диссертатсия рӯзи «08» ноябр соли 2026 соати 13<sup>00</sup> дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-032 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, [info@tajmedun.tj](mailto:info@tajmedun.tj), тел.: 93-344-03-93

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2026 фиристода шудааст.

Котиби илмии шурои  
диссертатсионӣ, д.и.т.



Усмони Г.М.

## МУҚАДДИМА

**Мубрамии мавзӯи таҳқиқот.** Тибқи маълумотҳои СУТ, тақрибан панҷ миллиард нафар дар саросари ҷаҳон аз бемориҳои паразитӣ азият мекашанд.

Дар байни ҳамаи паразитҳо: «намуди бештар ошкоршуда кирмҳои мудаввар - аскаридоз ва энтеробиоз мебошанд, ки шумораи гирифтورشудагони ин шаклҳои беморӣ зиёда ду миллиардро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки ҳамасола зиёда аз сад ҳазор беморон аз оризаҳо мефавтанд. *Ascaris lumbricoides* дар байни 2/3 ҳиссаи аҳолии Осиё ва Океания, ҳар даҳумин сокини Амрико ва ҳавзаи Кариб ба қайд гирифта шудааст, шумораи беморон дар байни аҳолии Африқои ҷанубии Саҳара ва сокинони Аврупо аз 9% зиёд нест» [7, С. 41-43]. Аскаридоз: «яке аз шаклҳои зуд-зуд ошкоршудаи паразитҳо дар Русия буда, ҳамасола то 60 ҳазор ҳолати ин беморӣ ошкор мешавад, ки ин ба 15% дар байни ҳамаи беморони гирифтори гелминтоз рост меояд» [7, С.41-43].

Тибқи маълумоти Вазорати тандурустии ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар миёнаҳои солҳои 2000-ум, ҳиссаи онҳое, ки ба намудҳои гуногуни паразитҳо дар кишвар гирифтور шудаанд, чунин буд: 1/3 беморон ба *Enterobius vermicularis*, ҳамин миқдор аз *Ascaris lumbricoides*, дар ҳоле ки ҳар чорум гирифтори гелминтоз буданд - 5%.

Дар асоси нишондодҳои муайяншуда дар сатҳи ҷумҳуриявӣ як қатор барномаҳои давлатӣ амалӣ карда шуданд, ки ба коҳиш додани шумораи гирифторони бемории гелминтоз дар байни аҳоли, бештар намудани ошкоркунӣ, ташхис ва табобат равона карда шудаанд.

Дар сохтори манзараи “клиникии гелминтозҳои рӯдавӣ бештар аксуламалҳои аллергияӣ ва ихтилоли системаи ҳозима ба назар мерасад” [8, С. 19-22]. Аломатҳои асосии нематодозҳо беҳолӣ, дерматити аллергияӣ ва доғи пӯст дард дар атрофи ноф мебошанд [9, С. 12-13]. Тибқи маълумотҳо “ҳангоми гимнолепидоз беҳолӣ ва хастагӣ дар 1/3 кӯдакон, дерматити аллергияӣ ва бусуротҳои уртикарий дар 25% -и беморон мушоҳида мешавад” [3, С. 67-68].

Яке аз паёмадҳои клиникӣ аҳамиятноки гелминтоз дар синни кӯдакӣ метавонад бо тағйироти гематологӣ, аз ҷумла ҳолатҳои камхунӣ, алоқаманд бошад: «Инвазияҳои гелминтӣ метавонанд ба рушди камхунӣ оварда расонанд» [2, С .390], [4, С.49], [6, С. 71-73]. Дар байни “омилҳо ва роҳҳои паҳншавии инвазияҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар адабиёти ватанӣ ба аҳамияти омили обӣ ишора мешавад, ки ҳамчун яке аз роҳҳои муҳимми сироятёбӣ баррасӣ мегардад» [1, С. 24-29]. Ҳамзамон, нақши омилҳои рафторӣ ва гигиенӣ низ таъкид мешавад: «Риояи нокифояи гигиенаи шахсӣ ва паст будани фарҳанги санитарӣ хатари инвазияҳоро зиёд мекунад» [10, С.1277-1278]. Ҳаминро ҳам бояд гуфт, ки: «зиёд шудани дараҷаи ошкоркунӣ ба шароити зиндагонии аҳоли низ вобаста аст» [7, С. 41-43]. Дар байни ин гуруҳи омилҳо: «шумораи аъзоёни оила, шароити зист, шароити манзилию коммуналӣ, таъминоти моддӣ, ҳиссаи бучети тандурустӣ дар системаи умумии маблағгузори мамлакат аҳамияти калон дорад» [11, С. 57-58]. Дар вақти ҷо ба ҷо кардани беморон ба талаботи зерин диққати махсус додан лозим аст: «синну сол, чинс, касб, мавсим ва ғайра» [12, С. 138-140]. Маҳз ҳамин доираи масъалаҳо дар равандии ба тартиб андохтани шумораи аҳолии гирифтори гелминтозҳо нақши калон мебозанд. Чун дар аксари кишварҳои минтақа, дар Тоҷикистон бештар: «нематодозҳо паҳн гаштаанд, ки барангезандаҳои онҳо кирмҳои мудаввар (нематодҳо) мебошанд ва роҳи асосии интиқоли онҳо тавассути фазлавӣ-дахонӣ мебошад» [5. 153с]. Дар байни ҳамаи кирмҳои: «ин гуруҳ бештар аскаридоз, энтеробиоз ва трихосефалёз маъмуланд» [3.С.67-69].

Ҳатто бо назардошти маълумоти омӯрӣ оид ба солҳои 2016-2017, сатҳи гирифтورشавӣ ба 100 ҳазор аҳоли аз рӯи баъзе паразитозҳо нишон медиҳад, ки масъала барои соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аҳамияти амалӣ дорад: «ба 100 ҳазор аҳоли: 2,7 - лямблиоз; 21,0 - аскаридоз; 23,3 - энтеробиоз; 4,0 - гименолепидоз» [11, С. 57]. Бо тақия ба ҳамин далелҳо метавон хулоса кард, ки «ин нишондиҳандаҳо муҳимияти масъалаи бемориҳои паразитиро барои низоми тандурустӣ муайян мекунад» [11, С. 57-59с].

Як қатор мушкилотҳои мавҷуда, ки бо тамоюли муайяни ҳаракати аҳоли, чи дар дохили кишвар ва чи берун аз он алоқаманданд, зарурати баҳисобгирии дақиқи шумораи беморон вобаста ба намуди паразит, ҷои истиқомат - деҳа ё шаҳр, таъсиси ташҳиси мукамалтарин ва доруҳои табобатӣ барои ёрии тиббии ҳамаи сатҳҳо, аз ҷумла кӯмаки аввалия қабулшаванда мебошад. Масъалаҳои дар боло зикршуда интихоби мавзӯи тадқиқоти илмиро муайян карданд.

**Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш.** Мушкилоти гирифтورشавии аҳоли бо паразитҳо, бахусус гелминтҳо, яке аз мушкилотҳои муҳимтарин ва таъхирнопазир буда, ҳанӯз ҳам ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст, зеро ин синфи бемориҳо роҳҳои хеле васеи интиқол доранд.

Дар омӯзиши бемориҳои гелминтӣ олимони ватанӣ ва хориҷӣ, ба мисли Камардинов Х.Қ., Раҳмонов Э.Р., Талабзода М.С., Скрыбин К.И., Шувалова Е.П., Кузмичева А.Т. сахми арзанда гузоштаанд. Тадқиқотҳои сершумор тасдиқ мекунанд, ки имрӯз дар бораи ҷи гуна пешгирӣ намудани ин беморӣ фикри ягона вуҷуд надорад. Усулҳои мавҷудаи пешгирӣ ва муолиҷа ҳамеша самарабахш буда, тақмилро талаб мекунанд [1, С. 24]. Бояд гуфт, ки ин мушкилот дар миқёси минтақавӣ, аз ҷумла мушкилиҳои он ба қадри кофӣ мавриди омӯзиш қарор нагирифтааст, зеро таҳлили маълумоти адабии сарчашмаҳои байналмилалӣ дар сатҳи зарурӣ то ҳол ба таври муассир омӯхта нашудааст [5, 153 с.].

Дар асоси муҳимияти масъалаи гелминтозҳо бо дарназардошти гуногунии ҷараёни клиникӣ вобаста ба намуди барангезанда, шабоҳати алоимҳои клиникӣ сироятҳо, вазнинии оқибатҳо ва паразитизми дарозмуддати барангезандаҳо, ки дар заминаи онҳо дар аксари ҳолатҳо тағйироти реологӣ, биохимиявӣ, ситологӣ, тағйиротҳои гомеостатикӣ дар бадани кӯдакон, омӯзиши ҳолати параметрҳои гомеостаз дар шаклҳои гуногуни барангезандаҳои ин беморӣ сари вақт ҳисобида мешавад.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Мавзӯи таҳқиқоти диссертатсионӣ ба рӯйхати самтҳои афзалиятноки таҳқиқотҳои

илмӣ ва илмию техникии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2020-2025 дохил карда шудааст.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши басомади паҳншавӣ, нишондоди беморшавӣ, аломатҳои клиникаи гематологии гелминтозҳои рӯдавӣ барои татбиқи самараноки чорабиниҳои коҳиш додани паҳншавии гелминтозҳои рӯдавӣ дар кӯдакон.

### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Арзёбии басомади паҳншавии гелминтозҳои рӯдавӣ (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз) вобаста ба намудҳо.
2. Омӯзиши омилҳои хавф ва хусусиятҳои клиникаи гелминтозҳо вобаста ба намуди ангезанда.
3. Омӯзиши нишондодҳои гематологӣ дар кӯдакони синни барвақти мактабӣ бо назардошти намуди гелминт.
4. Таҳия намудани вариантҳои оптималӣ ва дастраси баланд бардоштани сатҳи огоҳии мактаббачагон ва волидони онҳо дар бораи роҳҳои пешгирии гелминтозҳо.

**Объекти таҳқиқот.** Таҳқиқот 415 кӯдакero дар бар мегирифт, ки аз соли 2019 то 2023 дар Муассисаи давлатии “Беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакона” -и шаҳри Душанбе таъбабат гирифта буданд. Аз шумораи умумии намунаҳо, 365 нафар (87,9%) ба таъбабати статсионарӣ фаро гирифта шуданд ва 50 нафар (12,1%) ташхиси гелминтоз надоштанд. Усули ҷамъоварии маълумот таҳлили ретроспективии 365 таърихи бемори кӯдакони гирифтори сироятҳои паразитӣ (гурӯҳи таҳқиқотӣ) ва 50 таърихи бемори кӯдакони дар гурӯҳи назоратӣ буда, иборат буд.

Ҳамчунин, маълумоти расмӣ оморӣ ҳисоботҳои расмӣ солона, ки дар маҷмӯаҳои Агентии оморӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон “Ҳисобот дар бораи баъзе бемориҳои сироятӣ ва паразитӣ” нашр шудаанд, барои муайян кардани нишондихандаҳои расмӣ эпидемиологӣ дар байни аҳолии кӯдакони ҷумҳурӣ барои давраи солҳои 2019-2023, гузориш дар бораи

фаъолияти Муассисаи давлатии "Беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакона" -и шаҳри Душанбе барои давраи солҳои 2019-2023 таҳлил карда шуданд. Тавре ки дар боло қайд карда шуд, аз шумораи умумии таърихи беморони гурӯҳи таҳқиқотӣ (365 кӯдак) кӯдакони аз 4 то 14 сола, ки бо таври ретроспективӣ таҳлил шудаанд, 170 (46,5%) кӯдакони гирифтори энтеробиоз; 110 (30,1%) беморони гирифтори аскаридоз буданд; шумораи умумии кӯдакони бемор бо гимнолелидоз 85 кӯдак (23,2%) буд. Барои арзёбии нишонаҳои клиникаи гелминтозҳои рӯдавӣ, аз ҷумла аскаридоз, энтеробиоз ва гимнолелидоз, дар маҷмӯъ 150 кӯдак, аз ҷумла 105 писар ва 45 духтар, мушоҳида карда шуданд. Ҳамаи кӯдакони муоинашуда аз 2 то 14 сола буданд.

Ғайр аз ин, дар таҳқиқот 250 табиб ва ҳамшираҳои оилавӣ, инчунин 100 модари кӯдакони мавриди таҳқиқ бо истифода аз пурсишномаи махсус таҳияшуда пурсиш карда шуданд.

**Мавзӯи (предмети) таҳқиқот.** Маълумоти адабиёт оид ба гелминтозҳо дар кӯдакони синну соли гуногун, роҳҳои интиқоли сироят, пешгирӣ ва табобат; арзёбии маълумот оид ба паҳншавӣ ва беморӣ аз рӯи аҳамият аз намуди гелминтҳо; баҳодихии сатҳи огоҳии аҳоли, бахусус волидон ва роҳҳои пешгирӣ; пурсиши волидон ва кормандони тиб; арзёбии нишондиҳандаҳои гематологӣ вобаста ба намуд; Муайян намудани мавҷудият, пайдоиш, басомад, намуд ва дараҷаи паҳншавии гелминтозҳо бо назардошти усулҳои тадқиқот. Маълумоти оморӣ, ҳисоботи солонаи муассиса, натиҷаҳои тадқиқот.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Муқаррар карда шуд, ки дар байни кӯдакон дар ҷумҳурии Тоҷикистон шумораи миёнаи одамоне, ки ба бемориҳои гелминтӣ гирифтдор мешаванд, аз 1 фоиз зиёд буда, дар як сол аз 50 ҳазор нафар зиёд нест. Исбот карда шуд, ки ҳадди аксар гирифтории гелминтозҳо дар байни кӯдакони аз 4 то 14 сола ба қайд гирифта шудааст. Дар деҳот зиёда аз  $\frac{3}{4}$  ҳодисаҳои гирифтори гелминтозҳо дар давраи кӯдакӣ рӯй медиҳанд.

Муайян карда шуд, ки дар шаҳри Душанбе вазни қиёсии кӯдакони гирифтори гелминтоз аз ҳисоби умумӣ и ҷумҳурӣ аз 2 фоиз зиёд нест. Ҳар

панчумин ҳодисаи гирифторшавӣ ба бемориҳои гелминтӣ дар ҷумҳурӣ дар кӯдакони ноҳияҳои тобеи марказ рух медиҳад, кӯдакони деҳот 2,5 маротиба бештар гирифтори бемории гелминтӣ мебошанд.

Муайян карда шуд, ки зуд-зуд гирифтор шудан ба гелминтозҳо аз шумораи кӯдакони оила вобаста аст, кӯдакони оилаҳои серфарзанд нисбат ба оилаҳои хурд 2,1 маротиба зиёдтар гирифтори гелминтозҳо мебошанд.

Қайд карда мешавад, ки сохтори манзараи клиникии гелминтозҳои рӯдавӣ нишонаҳои зухуроти алергикӣ - 72,3% ва ихтилоли системаи ҳозима - 75,3% бартарӣ доранд. Муайян карда шудааст, ки нишондиҳандаи баландтарини беморшавӣ барои кӯдакони гирифтори аскаридоз, пас энтеробиоз ва гименолепидоз хос аст.

Муайян карда шудааст, ки аз 8 бахши одатҳои бад муҳимтаринаш хоидани ашёи саҳт (нӯги қалам, ручка ва ғ.) ва хоидани нохунҳо мебошанд.

Таъсири гелминтҳо ба нишондиҳандаҳои ҳосиятҳои физикӣ ва химиявии эритроцитҳо қисми сурхи хун муайян карда мешавад.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.** Аҳамияти таҳқиқ дар он аст, ки натиҷаҳои бадастоварда, тафсир ва муҳокимаҳои назариявии онҳо, ҷанбаҳои методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар рисола пешниҳодшуда метавонанд дар ҷараёни таълимии донишгоҳҳои тиббӣ истифода шаванд.

Баланд бардоштани маърифати кӯдакони бемор ва модарон дар бораи бемориҳои гелминтӣ ба коҳиши гирифторшавӣ ба беморшавӣ дар кӯдакон мусоидат мекунад. Маълумотҳои таҳқиқоти рисолаи мазкур дар таҳияи дастури таълимӣ - методии «Гелминтозҳои таммосӣ дар кӯдакон» истифода шудааст.

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Кӯдакони аз 4 то 14 сола бештар ба сирояти гелминтӣ дучор мешаванд. Кӯдакони деҳот назар ба кӯдакони шаҳрӣ бештар гирифтори гелминтоз мебошанд.

2. Зиёда аз 1% кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифтори гелминтҳо мебошанд. Дар НТҶ ҳар 5-умин кӯдаки беморе, ки гирифтори бемории

гелминтӣ аст, зиндагӣ мекунад. Шумораи кӯдакон дар оила омилест, ки ба паҳншавии бемориҳои гелминтӣ дар байни кӯдакон таъсир мерасонад.

3. Дар сохтори манзараи клиникии гелминтозҳои рӯдавӣ нишонаҳои зухуроти аллергикӣ - 72,3% ва ихтилоли системаи ҳозима - 75,3% бартарӣ доранд. Дар баробари аломатҳои клиникӣ нишондиҳандаҳои гематологӣ маркерҳои хеле ҳассос мебошанд.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Кор ба чамъоварӣ ва таҳлили ҳаҷми кофии варақаҳои ҳисоботи омории 01 барои давраи 5 сол, таҳлили ретроспективи таърихи кӯдакони дар Муассисаи давлатии «БКШБСК» шаҳри Душанбе табобатшаванда, ҳисоботи солона оид ба фаъолияти муассиса дар давраи аз соли 2019 то соли 2023 асос ёфтааст. Нишондиҳандаҳои омории беморӣ, таносуб дар сохтори сабабҳо, ҳисоб кардани нишондиҳандаи Т/афзоиш ва/ё Т/камшавӣ бо фоиз дар давраи муайян оварда шудааст.

**Мубоқиати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Кори диссертатсионӣ мутобиқи шиносномаи ихтисосҳои Муассисаи давлатии “Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон”, ки бо қарори Раёсати Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 28 сентябри соли 2017 таҳти №4/1 тасдиқ шудааст, ба ихтисоси - Илмҳои тиббӣ, рамзи ихтисоси 3.2.2. Эпидемиология, соҳаи таҳсил ба зербанди 3.1.- шаклҳои пайдоиш ва хусусиятҳои паҳншавии чараёни эпидемикии бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ барои муайян намудани сабабҳо, шароит ва механизми инкишофи он; банди 3.8.- Таҳия ва тақмили асосҳои илмӣ, методӣ ва ташкили назорати эпидемиологии бемориҳои сироятӣ мутобиқат мекунад.

Мазмуни диссертатсия тадқиқотро оид ба мушкilotҳои эпидемиологӣ, хусусан бемориҳои, ки аз паразитҳо ба амал меоянд, пурра инъикос менамояд. Тамоми муқаррароти илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалии диссертатсия вазифаҳои гузошташударо инъикос намуда, асоснок ва мантиқан аз натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда бармеоянд.

### **Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот.**

Диссертатсия таҳқиқоти мустақили илмӣ буда, муаллиф маълумотҳои ҳисоботи оморӣ, ҳисоботи солонаи муассисаро шахсан ҷамъоварӣ кардааст. Дар байни аъзоёни оила назарсанҷӣ тартиб дод ва амалӣ намуд, ки барои расидан ба ҳадаф ва ҳалли вазифаҳо имкон медиҳад. Довталаб дар асоси сарчашмаҳои сершумор оид ба ҷамъоварӣ ва ба низом даровардани маълумоти ибтидоии клиникӣ дар ду сатҳ - ретроспективӣ ва проспективӣ, дар ҷараёни фаъолияти асосӣ ва дар доираи таҳқиқоти аз ҷониби муаллиф гузаронидашуда корҳо оид ба ташҳиси клиникий кӯдакон гузаронида шуда, дар натиҷа коркарди омории мавод, коркард ва тафсири натиҷаҳои бадастомада амалӣ карда шуд.

**Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Муқаррароти асосии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ дар Шӯрои олимони Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи тиббии профилактикӣ» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2025), конференсияи илмию амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 2024), Конференсияҳои илмию назариявии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон (Душанбе, 2024-2025) баррасӣ ва муҳокима карда шуданд.

**Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯйи маводҳои диссертатсия 9 интишорот, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳо, ки ба феҳристи КОА-и назди президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил мешаванд нашр шудаанд, 1 дастури таълимӣ-методӣ таҳия шудааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 154 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод гардида, аз муқаддима, тавсифи умумии кор, баррасии адабиёт, боби пешниҳоди мавод ва усулҳои таҳқиқот, ду боби таҳқиқоти мустақил, муҳокимаи натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва рӯйхати адабиёт, ки 179 манбаъ, аз ҷумла 139 манбаъ ба забони русӣ ва 40 манбаъ бо забонҳои хориҷиро фаро мегирад, иборат аст. Диссертатсия 26 ҷадвал ва 5 расмро дар бар мегирад.

## МУНДАРИЦАИ КОР

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Кор дар асоси таҳлили фаъолияти Муассисаи давлатии «Беморхонаи клиникии шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакона»-и ш. Душанбе дар давраи солҳои 2019-2023 асос ёфтааст. Арзёбии ретроспективӣ бо таҳлили минбаъдаи таърихи бемории кӯдаконе, ки дар шӯъбаҳои гуногуни Муассисаи давлатии «БКШБСК»-и шаҳри Душанбе бистарӣ шудаанд, гузаронида шуд. Миқдори умумии таърихи ҳолатҳои ретроспективӣ таҳлилшуда 415 ададро ташкил дод, ки аз онҳо 365 (87,9%) кӯдакони беморе, ки бо нозологияи муайяни патологияи сироятӣ ба табобати статсионарӣ қабул карда шудаанд, гурӯҳи назоратӣ аз 50 (12,0%) кӯдакони солими ҳамон як синну сол, ки гирифтори бемории гелминтӣ ташхис нашудаанд, иборат буд. Аз шумораи умумии кӯдакони бемор 170 нафар (46,5%) кӯдакони гирифтори энтеробиоз буданд; 110 (30,1%) беморон ба аскаридоз гирифтор шудаанд; шумораи умумии кӯдакони гирифтори гимнолепидоз 85 нафарро (23,2%) ташкил дод.

Таҳлили манзараи клиникии чараёни гелминтозҳои рӯдавӣ, аз ҷумла (аскаридоз, энтеробиоз, гимнолепидоз) дар 150 нафар кӯдакон, ки 105 нафарашон писарон ва 45 нафарашон духтарон буданд, гузаронида шуд. Синну соли кӯдаконе, ки ба пурсиш шомил шудаанд, аз 2 то 14 сола буданд.

Раванди гузаронидани ташхиси наҷосат дар асоси ҳуҷҷатҳои меъёрии дахлдор, аз ҷумла, Дастури методии МУК 4.2.735-99 «Усулҳои паразитологии ташхиси лаборатории гелминтозҳо ва протозоозҳо» асос ёфтааст. Дар раванди таҳлили маълумотҳои омории ба даст овардашуда усулҳои таҳлили оморӣ васеъ истифода мешуданд - тести Стьюдент, инчунин тести Уилкоксон-Манн-Уитни. Барои ин мақсадҳо барномаи махсусе истифода шуд, ки ба истифодаи маҷмӯи таҳлили MS Excel 2007 асос ёфтааст.

Дар рафти кор дар асоси мақсад ва ҳалли вазифаҳо мо таҳқиқоти нишондиҳандаҳои умумии хуни 150 нафар кӯдаконро бо ташхиси муқарраршудаи гелминтоз гузаронидем.

Дар байни 250 нафар табиб ва ҳамшираҳои оилавӣ, ки дар Марказҳои саломатии шаҳри Душанбе кор меkunанд, инчунин 100 нафар модароне, ки ба қабули табибони оилавӣ омадаанд, бо истифода аз пурсишномаи махсус таҳияшуда пурсиш гузаронида шуд. Ҳама маълумоти рақамии ба даст овардашуда мавриди коркарди омории қарор гирифтанд. Барои арзибии минбаъдаи аҳамияти омории натиҷаҳои бадастомада, арзишҳои нисбӣ ҳисоб карда шуданд. Эътимоднокии фарқиятҳо мувофиқи меъёри  $X^2$  вобаста ба коэффисиенти эътимоднокӣ ва шумораи дараҷаҳои озодӣ муайян карда шуд. Арзиши  $p < 0,05$  назаррас ҳисобида шуд.

### НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Маълумот дар бораи паҳншавии паразитҳо дар байни аҳолии кишвар нишон медиҳад, ки зиёда аз 20 намуди кирмҳо, аз ҷумла аскаридоз, энтеробиоз ва гименолепидоз, ки маъмултарин қайд шудаанд, мавҷуданд. Инҳо аз сабаби паҳншавии васеъ ва эҳтимолияти зарари назаррас ба саломатии аҳоли нигарони махсуси тиббӣ доранд.

Дар тӯли панҷ сол (Ҷадвали 1) 215,413 кӯдаки то 14-сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар шаҳрҳо зиндагӣ меkunанд, аз бемориҳои гуногуни паразитӣ зарар дидаанд.

#### Ҷадвали 1. - Басомади паҳншавии бемориҳои паразитарӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023

Солҳо	Ҷумҳурӣ (шаҳр)							Дехот		
	Бемориҳои паразитӣ									
	Синну сол									
	Ҳамагӣ	0-1		1-4		4-14		ҳамагӣ	0-18	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	
2019	47612	700	1%	9049	19%	20587	43%	33011	25905	78%
2020	44283	511	1%	6358	14%	19514	44%	33159	25141	76%
2021	44015	228	1%	7080	16%	18623	42%	32647	24755	76%
2022	41745	628	2%	8136	19%	17966	43%	29232	23396	80%
2023	37758	735	2%	7364	20%	16427	44%	25370	20819	82%

Тамоюл дар 5 сол	-9854	+35	+1%	+168 5	-1,0%	-4160	+1,0%	-7641	-5086	+4,0%
Т/кам- шавӣ.	- 20,6%	-4,7%	-	- 18,6%		- 20,2%		-23,1%	-19,6%	+4,8%

Шумораи кӯдаконе, ки дар деҳот зиндагӣ мекунанд, ба гелминтҳо гирифтӣ шудаанд 153,419 нафарро ташкил дод, ки нисбат ба кӯдакони шаҳрӣ 1,4 маротиба камтар аст.

Таҳлили муфассалтари сатҳи паҳншавӣ дар байни кӯдакон, бо назардошти синну соли кӯдакони дар шаҳрҳо иқоматдошта, нишон дод, ки 2,802 нафар (1,3%) то 4-сола буданд. Аммо, шумораи кӯдакони гирифтӣ бо синну сол афзоиш ёфт. Муайян карда шуд, ки 37,987 (17,6%) аз ҳамаи кӯдакони аз 1 то 4-сола ба паразитҳо гирифтӣ шудаанд. Шумораи бештари кӯдаконе, ки ба паразитҳо гирифтӣ шудаанд, аз 4 то 14 сола буданд, ки дар маҷмӯъ 93,117 (43%) ҳолатро ташкил медоданд.

Ин натиҷаҳо нишон медиҳанд, ки беш аз ду се ҳиссаи ҳолатҳои бемориҳои гелминтӣ дар байни кӯдакон ва наврасони то 17-сола муайян карда шудаанд.

Синну соли афзоиандаи кӯдакон нишондиҳандаи равшани афзоиши шумораи кӯдакони бемор аст. Таҳлили муқоисавии сатҳи гирифтӣ ба бемориҳои кӯдакон дар саросари кишвар нишон медиҳад, ки танҳо 1% кӯдакони то яксола ба паразитҳо сироят ёфтаанд, дар ҳоле ки аз ҳар панҷ кӯдаки то чорсола як нафар сироят ёфтааст. Шумораи бештари ҳолатҳо, тақрибан нисф, дар кӯдакони аз 4 то 14 сола рух додааст ва беш аз ду се ҳиссаи ин кӯдакон дар деҳот зиндагӣ мекарданд. Бо вучуди ин, бояд қайд кард, ки басомади гирифтӣ ба бемориҳои паразитӣ дар байни кӯдакон дар панҷ соли охир қариб 10,000 ҳолат коҳиш ёфтааст, ки сатҳи Т/пастшавӣ -20,6% -ро ташкил медиҳад. Тамоюли монанд дар байни кӯдакони деҳот бо сатҳи Т/пастшавӣ 23,1% мушоҳида мешавад. Таҳлил дар ҳамаи гурӯҳҳои синну соли тамоюли коҳиши возеҳи шумораи кӯдакони гирифтӣ паразитҳоро нишон медиҳад, ки инро сатҳи Т/пастшавӣ нишон медиҳад.

Дар муқоиса бо дигар паразитҳо (Қадвали 2), кӯдакон бо гименолепидоз бо шумораи нисбатан камтар сироят ёфтаанд. Сатҳи гирифторшавӣ дар соли 2019 134,5 ба 100,000 кӯдакро (5,691 ҳолат) ташкил дод. Дар панҷ соли охир, ин нишондод тамоюли возеҳи коҳиши 1,6 маротибаро (81,9 ба 100,000 кӯдак) нишон дод. Шумораи мутлақи беморон низ 2199 ҳолат коҳиш ёфт, ки дар он сатҳи коҳиши Т/пастшавӣ-39,1% буд. Сатҳи гирифторӣ ба энтеробиоз дар байни кӯдакон дар шаҳрҳои НТҚ ва Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2019 дар НТҚ амалан яқхела буд - 308,7 ба 100,000 кӯдак, дар ҳоле ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон он 315,5 ба 100,000 кӯдакро ташкил дод. Ин тамоюл дар тӯли панҷ соли таҳлили минбаъда нигоҳ дошта шудааст. Сатҳи гирифторӣ ба аскаридоз дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ 28,7% -ро ташкил дод, дар ҳоле ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамин давра 28,7% -ро ташкил дод.

**Қадвали 2. - Басомади паҳншавии аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (шаҳр) дар солҳои 2019-2023 (ба 100 000 нафар аҳоли)**

Гелминтҳо	Соли					Тамоюл дар 5 сол	Т/пастшавӣ %
	2019	2020	2021	2022	2023		
Аскаридоз	361,88	318,86	330,61	327,97	298,00	-63,8	-17,6
Миқдори ҳолатҳо	15310	13522	14020	13941	12697	2613	-17,0
Энтеробиоз	315,53	299,88	281,39	248,55	242,47	73,1	-23,1
Миқдори ҳолатҳо	13349	12717	11933	10565	10331	3018	-22,6
Гименолепидоз	134,51	118,35	116,77	100,80	81,96	52,6	-39,1
Миқдори ҳолатҳо	5691	5019	4952	4285	3492	2199	-38,6

Қадвали 3 нишон медиҳад, ки сатҳи гирифторӣ ба аскаридоз дар байни кӯдакон дар ш.Душанбе дар соли 2019 39,1 ба 100,000 кӯдак (184 кӯдак) -ро ташкил дод. Ин нишондиҳанда дар панҷ соли оянда коҳиш ёфта, то соли 2023 ба 11,02 ба 100,000 кӯдак (53 кӯдак) расид. Сатҳи гирифторшавӣ ба аскаридоз дар байни кӯдакон дар ш. Душанбе дар тӯли панҷ сол 28 ҳолат коҳиш ёфт ва сатҳи гирифторшавӣ ба аскаридоз 71,8%-ро ташкил дод.

**Қадвали 3. - Басомади паҳншавии аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз дар кӯдакони ш. Душанбе дар солҳои 2019-2023 (ба 100000 нафар аҳоли)**

Гелминтҳо	Солҳо					Динамика дар 5 сол	Т/пастшавӣ %
	2019	2020	2021	2022	2023		
Аскаридоз	39,10	14,01	21,65	12,68	11,02	-28	-71,8
Микдори ҳолатҳо	184	66	102	61	53	-131	-71,1
Энтеробиоз	70,77	28,45	38,43	56,16	57,39	-13,4	-18,9
Микдори ҳолатҳо	333	134	181	270	276	-57	-17,1
Гименолепидоз	17,42	10,82	17,62	16,84	11,02	-6,4	-36,7
Микдори ҳолатҳо	82	51	83	81	53	-29	-35,3

Муҳити зист дар интиқоли кирмҳои аскарида нақши муҳим дорад, зеро ин макон ҷараёни яке аз марҳилаҳои муҳими рушди биологии паразитро муайян мекунад. Барои аксари кирмҳо, маконҳои асосии зист хок, об, ашёи рӯзгор ва партовҳои саҳт мебошанд. Дар байни ин омилҳо, хок нақши муҳим мебозад, зеро маҳз дар муҳити зист тухмҳои кирмҳо ба таври васеъ ва шадид зиёд мешаванд ва дар рушд ва зинда мондани онҳо нақши муҳим мебозад. Аз ин рӯ, аз сабаби ҷойгиршавии баланди ангебанда, хоки ҳавлӣ, майдончаҳои бозӣ ва куттиҳои рег дар муассисаҳои томақтабӣ манбаи асосии паразитҳо мебошад.

Бисёре аз ҷанбаҳои ин мушкилот махсусан бо хусусиятҳои рафтори кӯдакон алоқаманданд. Худи кӯдакӣ эҳтимолияти баланди пайдоиши васеъ паҳншудаи одатҳои бад, ки метавонад таъсири манфӣ ба бадани кӯдак расонад, истисно намекунад. Байни кӯдаконе, ки аз гелминтозҳо азият мекашанд ва онҳое, ки дар гурӯҳи назоратӣ ҳастанд, робитаи хеле равшан пайдо шуд. Таҳлили ин омилҳо ҳафт одати бади муҳимтаринро ошкор кард. Кӯдакони гирифтори гелминтоз бо одатҳои муайяни бад тавсиф мешаванд, ки метавонанд сироятро интиқол диҳанд. Инҳо хоидани ашёи саҳт (нӯги қалам, ручка ва ғайра) ва газидани нохунҳоро дар бар мегиранд. Ин дар як аз се кӯдак мушоҳида шудааст ( $t = 0,13$ ;  $p > 0,05$ ), дар муқоиса бо  $9,3 \pm 1,2\%$  кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ( $t = 4,20$ ;  $p < 0,001$ ).

Маълум аст, ки худӣ вазъӣ молиявӣ, ҳамчун омили асосӣ, наметавонад ба паҳншавии гелминтоз таъсири назаррас расонад, дар ҳоле ки таъсири мустақими он аз як қатор омилҳо вобаста аст (Ҷадвали 4).

Ин гурӯҳи омилҳо норасоии молиявӣ ва моддиро дар оила дар бар мегиранд, ки дар аксари мавридҳо метавонад сабаби асосии кам кардани миқдори маводҳои хӯроки аъзои оила бошад. Ин оилаҳо эҳтимоли бештар доранд, ки хӯрокҳои камкалория истеъмол кунанд ва аз норасоии витаминҳо ва минералҳо азият мекашанд. Ҳамаи ин омилҳо чузъи сохтори он чизеро ташкил медиҳанд, ки бадани кӯдакон барои рушди онҳо ниёз дорад.

**Ҷадвали 4. - Таъсири як қатор омилҳои иҷтимоӣ ба паҳншавии паразитҳои рӯдавӣ дар кӯдакон, ки дар шаҳр иқомат доранд**

Сабабҳо	Кӯдакони бо гелминтҳо сироятёфта (n = 150)		Кӯдакони солим (гурӯҳи назоратӣ) (n = 60)		Фарқи нишондодҳо	
	Абс.	%	Абс.	%	t	P
Шароити моддӣ:						
Бад	45	30,0 ± 1,6	11	12,3 ± 1,6	4,29	<0,001
Нисбатан хуб	49	32,6 ± 1,7	20	33,3 ± 2,0	0,76	> 0,05
Нағз	27	18,0 ± 1,3	16	26,6 ± 1,9	4,74	<0,001
Маълум нашудааст	38	25,3 ± 1,5	12	20,0 ± 1,7	1,50	> 0,05
Шароити иҷтимоӣ:						
Нокифоя	53	35,3 ± 1,7	16	22,3 ± 1,9	3,02	< 0,001
Кифоя	57	38,0 ± 1,7	21	35,0 ± 2,0	1,30	> 0,05
Хуб	21	14,0 ± 1,2	12	20,0 ± 1,7	3,46	< 0,001
Маълум нашудааст	16	10,6 ± 1,1	9	15,0 ± 1,5	2,10	< 0,05

Эзоҳ: P-аҳамияти оморӣ фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо истифода аз меёри U - Манн-Уитни)

Вазъи пасти иқтисодии оила дар аксари мавридҳо сабаби асосии муҳити шиддатноки психоэмотсионалӣ мебошад, ки дар афзоиши хатари сироятҳои гелминтӣ нақши муҳим мебозад. Ин далелҳо ба таври возеҳ нишон медиҳанд, ки паҳншавӣ то андозае аз вазъи молиявии оила вобаста аст. Паҳншавии гелминтозҳо дар оилаҳои камдаромад нисбат ба оилаҳои

сарватмандтар баландтар буд, мутаносибан  $30,0 \pm 1,6\%$  ва  $12,3 \pm 1,6\%$  ( $t = 4.29$ ;  $p < 0,001$ ).

Барои муайян кардани хусусиятҳои асосии клиникӣ, мо ҷараёни клиникии 150 кӯдакони беморо арзёбӣ кардем (Ҷадвали 5).

Муоинаи клиникии беморони кӯдакони гирифтори бо гелминтозҳои рӯдавӣ нишон дод, ки алоимҳои асосии аскаридозии рӯда диспепсия (камшудани иштиҳо - 35,0%, дилбеҳузурӣ - 20,0%, қабзият - 20,0%, наҷосати ноустувор - 11,3%) ва дарди шикам (дарди атрофи ноф - 31,7%, дардҳои паррон - 28,3%, дард дар зерқабурғаи рост - 16,7%) буданд.

Алоими астено-невротикӣ худро ҳамчун беҳолӣ (71,7%), асабоният (35,0%), вайроншавии хоб (35,0%) ва дарди сар (25,0%) зоҳир кард. Зухуроти асосии алоими аллергиявии пӯст дерматит ва доғи пӯст (68,3%), пӯсти хушк (26,7%) ва эозинофилия дар 31,7% буданд.

Алоими астено-невротикӣ ҳамчун заифӣ (71,7%), асабоният (35,0%), вайроншавии хоб (35,0%), дарди сар (25,0%) зоҳир мешуд.

**Ҷадвали 5. - Таъсири аломатҳои клиникӣ ҳангоми гелминтозҳои рӯдавӣ дар кӯдакон**

Аломатҳои сарирӣ	Басомади аломатҳо					
	Аскаридоз (n=60)		Энтеробиоз (n=58)		Гименолепидоз (n=32)	
	АБС	%	АБС	%	АБС	%
Беҳолӣ, бемадорӣ	43	71,7	14	24,1	12	37,5
Асабоният	21	35,0	12	20,6	7	21,9
Дарди сар	15	25,0	15	25,9	8	25,0
Сарчарҳзанӣ	11	18,3	8	13,8	6	18,8
Вайроншавии хоб	21	35,0	28	48,3	10	31,3
Бруксизм	5	8,3	11	19,0	3	9,4
Овозбарорӣ ва дамиши шикам	7	11,7	7	12,1	4	12,5
Наҷоти ноустувор	8	11,3	12	20,7	4	12,5
Дамиш	12	20,0	4	6,9	6	18,8
Наҷосати моеъ	7	11,7	13	22,4	3	9,4

Дилбеҳузурӣ	12	20,0	8	12,1	6	18,8
Қайкунӣ	3	5,0	2	3,5	2	6,3
Иштиҳои паст	16	26,7	22	37,9	9	28,1
Дардҳои паррон	17	28,3	8	12,1	10	31,3
Дард дар гирди ноф	19	31,7	32	55,2	10	31,3
Дард дар мавзеи эпигастрӣ	6	10,0	14	24,1	3	9,4
Дард дар мавзеи зеркабургаи рост	10	16,7	4	6,9	9	28,1
Дард дар поёни шикам	4	6,7	6	10,3	2	6,3
Дерматити алергикӣ	41	68,3	25	43,1	11	34,4
Бусурот дар пӯст	41	68,3	6	10,3	11	34,4
Хушкшавии пӯст	16	26,7	22	37,9	7	21,9
Хориши мақъад	5	8,7	36	62,1	2	6,3
Эозинофилия	19	31,7	11	19,0	9	28,1
Нороҳатӣ дар маҳбал дар духтарон	-	-	14	24,1		

Зухуроти асосии алоими алергии пӯст дерматитҳои алергӣ ва бусуротҳо дар пӯст (68,3%), хушкии пӯст (26,7%) ва эозинофилия дар 31,7% буданд.

Аломатҳои асосии алоими диспептикӣ ҳангоми энтеробиоз кам шудани иштиҳо (48,3%), тағирёбии начосат, аз қабилӣ ихроҷи ноустувор (20,7%) ва ихроҷи моъе дар 22,4% кӯдакон буданд.

Алоими дарди шикам бо дарди атрофи ноф (55,2%), дард дар эпигастрӣ (24,1%) ва дарди паррон (12,1%) хос буд.

Дерматитҳои алергӣ (43,1%), хушкии пӯст (37,9%), хориши мақъад (62,1%) ва нороҳатии узвҳои маҳбал дар духтарон (24,1%) аломатҳои асосии алоими алергикӣ ба шумор мераванд.

Ҳангоми гименолепидоз дар 37,5 фоизи кӯдакон заифӣ ва хастагӣ, дар 34,4 фоизи кӯдакон дерматитҳои алергӣ ва бусуротҳо дар пӯст ба назар мерасанд. Эозинофилия дар 28,1% беморон мушоҳида шудааст.

Алоими дарди шикам, ки бо дарди атрофи ноф ва дарди паррон хос буд, дар 31,3% кӯдакони бемор мушоҳида шудааст.

Аксар вақт, тасвири клиникӣ аз ду маҷмӯи асосии аломатҳо иборат аст, ки аломатҳои клиникӣ бемории аллергия ва ихтилоли ҳозима доранд.

Камхунӣ як оризоти аксари сироятҳои гелминтӣ аст, ки аз як қатор омилҳо ба вучуд меояд: вазифаҳои ҳаётии гелминтӣ асосан аз истеъмоли оҳан аз маводи хӯрокӣ вобастаанд. Ҳолатҳои норасоии он аксар вақт дар марҳилаҳои инкишоф меёбанд, аммо нишонаҳои асосии клиникӣ рангпаридагӣ, пӯсти хушк ва лоғар, таркишҳо дар кунҷҳои даҳон, рехтани мӯй ва шикастагӣ, хастагӣ, афзоиши ҳаяҷон ё баръакс, заъф, коҳиши иштиҳо ва таъхири минбаъдаи рушди ҷисмониро дар бар мегиранд.

Камхунӣ, нишонаи асосии гелминтозҳо, метавонад ҳангоми қариб ҳама намудҳои паразитҳо рух диҳад.

**Ҷадвали 6. - Басомади ошкоршавии аломатҳои КНО дар байни кӯдакон вобаста аз сину сол (n= 128)**

Алоимҳо	Кӯдакон <10 сол (n=88)		Наврасон<18 сол (n=40)		p <0,001
	Абс.	%	Абс.	%	
<b>Камхунӣ– 45,7%</b>					
Камқувватии зиёдшаванда	49	43,7	3	7,5	<0,001
Зуд мондашавӣ	30	26,5	6	15,0	<0,001
Торикшавии чашмон	25	22,7	4	10,0	<0,001
Сарчархзанӣ	16	14,7	3	7,5	<0,001
Дарди сар	39	34,8	22	55,0	<0,001
Ҳолати азхушравӣ	7	6,9	7	17,5	<0,001
Нафастангӣ ва кори дил	19	17,1	5	12,0	<0,001
Глоссит	19	16,9	16	40,0	<0,001
Дисфагия	7	6,4	3	7,5	<0,001
Беқуватии мушакҳо	33	29,7	4	10,0	<0,001
Сидеропеникӣ – 49,8					
Хушкшавӣ, рангпаридагии қабати пӯст бо ранги бур	29	25,5	5	12,5	<0,001

Заедаҳо (кафидани кунчи даҳон)	15	13,2	4	10,0	<0,001
Қабатбандӣ ва рахҳои кашидаи нохунҳо, нохунҳои шикаста (койлонихия)	12	10,6	6	15,4	<0,001
Шикастан ва берангии муйҳо	9	7,9	4	10,0	<0,001
Гингивит, ангулярный стоматит	33	29,0	-		
Тағйирёбии таъм ва вайроншавии бӯй	15	13,2	-		
Хоҳиши хурдани бур, хокаи дандон, ғалладонагиҳои хушк, ангиштсанг, оҳак, замин, гил, ях, бӯи бензин, керосин, газҳои ихроҷшуда	26	22,9	-		

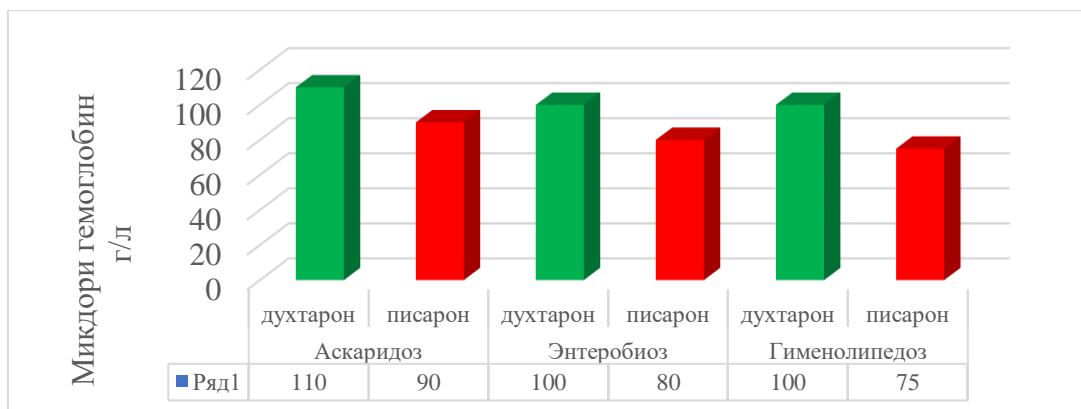
Хуни инсон манбаи асосии қобилияти зинда мондани гелминтҳо дар бадани инсон аст, аз ин рӯ камхунӣ оқибати таъсири гелминтоз аст. Бо рушди камхунӣ, махсусан бо гелминтозҳо, ки аз талаф додани хун иборат аст, як раванди муайяне вучуд дорад, ки сабаби маъмултарини онҳо нематодҳо мебошад.

Таҳлили муфассали натиҷаҳои муоинаи гематологии кӯдакон, вобаста ба намуди гелминтҳо, нишон дод, ки эозинофилия дар таҳлили умумии хун мавҷуд аст. Яке аз сабабҳои асосии баланд шудани сатҳи эозинофилҳо бемориҳои гелминтӣ, (аскаридоз, гименолепидоз, энтеробиоз) буданд.

Арзёбии сатҳи гемоглобин дар кӯдаконе, ки аз ҷониби намудҳои гуногуни гелминтҳо сироят ёфтаанд, фарқияти назаррасро байни писарон ва духтарон нишон дод. Дар айни замон, фарқияти назаррас дар сатҳи гемоглобин дар кӯдакон вобаста ба намуди гелминт муайян карда шуд.

Писароне, ки аз гименолепидоз зарар дидаанд, дар муқоиса бо духтарон арзиши пасттарини ин нишондиҳандаро нишон доданд. Тафовут байни чинсҳо -25,0% буд, ки натиҷаҳо аз сатҳи истинодӣ пасттар буданд. Таҳлили муқоисавии сатҳи гемоглобин дар хуни духтарони гирифтори энтеробиоз арзиши  $100,3 \pm 1,8$  г/л-ро нишон дод. Ин натиҷа нисбат ба аскаридоз 9,0% ба таври назаррас пасттар буд, аммо дар гименолипидоз қариб бетағйир монд.

Коҳиш ёфтани сатҳи гемоглобин барои кӯдакон дар ҳама шаклҳои гельминтозҳои таҳлилшуда хос буд. Шиддати коҳиш дар байни писарон бештар ба назар мерасид, ба таври назаррас 7,0% камтар буд, дар ҳоле ки дар духтарон ин нишондиҳанда ба таври назаррас 5,3% пасттар буд.



**Расми 1. - Сатҳи концентратсияи гемоглобин ҳангоми гельминтозҳои гуногун**

Қайд кардан лозим аст, ки хосиятҳои морфологии эритроцитҳо дар гельминтоз як хусусияти муайян доранд: сатҳи баланди анизотситоз аз 20,0% зиёд аст. Арзёбии хусусияти ҳаҷми миёнаи корпускулярӣ нишон дод, ки камхунии микроситӣ барои ҳама камхунӣҳое, ки дар кӯдакони гирифтори гельминтоз рух медиҳанд, хос аст. Тарафи манфии ин далел дар он аст, ки ҳангоми микротситоз, эритроцитҳо гемоглобини камтар доранд ва дар натиҷа миқдори интиқоли оксиген меафзояд, ки ин бешубҳа ба афзоиши гипоксияи ҳам гемикӣ ва ҳам бофта оварда мерасонад. Дар кӯдаконе, ки бо кирмҳо сироят ёфтаанд, шиддати микротситоз нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ба таври назаррас баландтар буд (мутаносибан  $73,66 \pm 0,58$  ва  $77,350 \pm 7$ ,  $p < 0,001$ ). Пас аз арзёбии хосиятҳои физикию химиявии ҳуҷайраҳои сурхи хун (Ҷадвали 7), индекси ҳуҷайраҳои сурхи хун арзёбӣ карда мешавад. Нишондиҳандаҳои зерин махсусан иттилоотӣ мебошанд: ҳаҷми миёнаи корпускулярӣ (MCV). Ин нишондиҳанда метавонад дар тӯли ҳаёт тағйир ёбад, дар навзодон ба 128 fl мерасад, то охири ҳафтаи аввал то 100 fl коҳиш меёбад, то синни яксолагӣ ба 77-79 fl мерасад ва сипас устувор мешавад. Аз ин рӯ, MCV метавонад барои ташҳиси дифференсиалии камхунӣ истифода шавад.

Сатҳи МСН имкон медиҳад, ки камхунӣ ба нормохромӣ, гипохромӣ ва гиперхромӣ тасниф карда шавад. Гемоглобини миёнаи корпускулярий (МСНС) яке аз нишондиҳандаҳои устувортарин ва аз ҷиҳати генетикӣ муайяншуда мебошад ва муҳимтарин нишондод барои арзёбии тағйироти сифатӣ ва миқдорӣ дар системаи эритроцитҳо мебошад. Таҳқиқоти мо нишон дод, ки гипохромия бо коҳиши МСНС то 0,8 адад нишон дода мешавад. Ин нишондод дар кӯдаконе, ки сирояти гелминтӣ доштанд ( $14,8 \pm 2,85\%$ ), бештар маъмул буд. Бинобар ин, коҳиши таъсири захролудии партовҳои кирмхоро метавон аз рӯи ба эътидол овардани сатҳи гемоглобин ва индексҳои MCV, МСН ва МСНС арзёбӣ кард.

#### Ҷадвали 7. - Нишондоди индекси қисми сурхи хун дар кӯдакон

Нишондод	Гурӯҳи кӯдакони таҳлилшуда		P
	Кӯдакони бо гелминтҳо сироятёфта (n=55)	Кӯдакони гуруҳи назоратӣ (n=35)	
MCV, fl	$72,53 \pm 0,742$	$82,38 \pm 0,123$	<0,001
МСН, пг	$21,97 \pm 0,334$	$32,46 \pm 0,540$	<0,001
МСНС, г/дл	$30,87 \pm 0,245$	$35,68 \pm 0,494$	<0,001
ЦП, ед.	$0,73 \pm 0,009$	$0,92 \pm 0,024$	<0,001

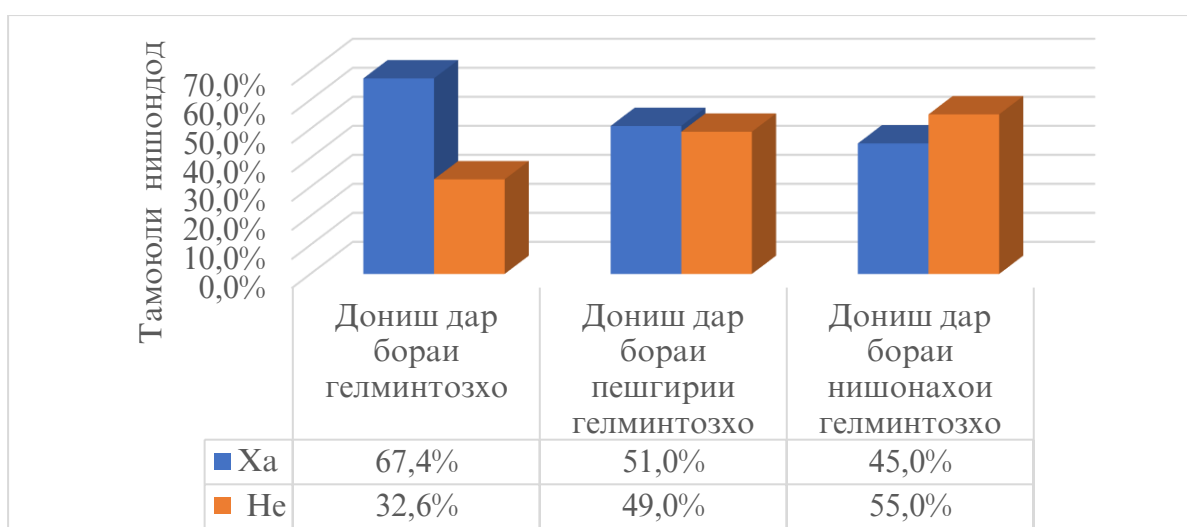
Эзоҳ: P-аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо истифода аз меъёри U - Манн-Уитни)

Бар асоси ҳуҷҷатҳои меъёрие, ки аз ҷониби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ шудаанд, корҳо оид ба арзёбии сатҳи дониши табибони оилавӣ дар бораи сироятҳои гелминтӣ анҷом дода шуданд.

Назарсанҷии 250 табибони оилавӣ ва ҳамшираҳои оилавӣ нишон дод, ки 89,6% табибони пурсидашуда сатҳи баланди дониш доштанд.

Дар байни беморон монеаҳои муайяни раванӣ мавҷуданд, ки дар аксари мавридҳо ба арзёбии воқеии паҳншавии кирмҳо дар аҳолӣ таъсири манфӣ мерасонанд. Ин монеаҳо гурӯҳи бемориҳоеро дар бар мегиранд, ки беморон ҳамеша дар бораи онҳо бароҳат нестанд. Муҳим аст, ки дониш дар бораи кирмҳо на танҳо ба кормандони тиббӣ, балки ба муаллимон, парасторон ва

волидон ва фарзандони онҳо низ паҳн шавад. Пурсиши табибони оилавӣ нишон дод, ки қариб ҳамаи табибон дониши кофӣ доранд ва дар бораи масъалаҳои мавриди баррасӣ қарордошта дар бораи кирмҳо маълумоти зарурӣ доранд. Қариб ҳамаи табибони оилавӣ ва педиатрҳо аз талаботи дастурҳои дахлдор дар бораи зарурати санҷиши секаратаи наҷосат барои муайян кардани сироятёбии кирмҳо огоҳ буданд. Ин талаботро волидон на ҳамеша қатъиян риоя мекунанд, ки ин далел метавонад монеаи назаррасе барои сатҳи пасти ошкор кардани кирмҳо дар санҷиши наҷосати кӯдакон бошад.



## Расми 2. - Ҷавоби модарон ба пурсиши гузаронидашуда

Монеаи дигаре барои ба даст овардани натиҷаҳои боэътимоди санҷиш барои кӯдакон қатъиян риоя накардани талаботи зарурӣ барои ҷамъоварӣ ва интиқоли намунаҳои лабораторӣ мебошад. Табибон ҳамчун омили муҳим таъминоти нокифояи кормандони хадамоти озмоишгоҳии маҳаллиро бо мутахассисони соҳибихтисос қайд мекунанд. Инчунин пурсиши 100 модаре, ки ба назди табибони худ муроҷиат карданд, нишон дод, ки беш аз ду се ҳиссаи модарон аз масъалаи мавриди баррасӣ огоҳанд. Зиёда аз нисфи онҳо аз роҳҳои асосии пешгирии ин синфи бемориҳо огоҳанд, аммо ҳамин миқдор модарони пурсидашуда муайян кардани нишонаҳои асосии ин бемориҳоро душворӣ кашиданд.

## ХУЛОСАҲО

1. Дар сохтори гелминтозҳо дараҷаи баланди гирифташавӣ ба аскаридоз, энтеробиоз ва гименолепидоз рост меояд. Кӯдакони аз 4 то 14 сола бештар ба гелминтозҳо дучор мешаванд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мизони гирифташудан ба гелминтҳо дар байни кӯдакон соле 50 ҳазор ҳолатро ташкил медиҳад, ки ин зиёда 1 фоизи шумораи умумии кӯдакон мебошад. Ҳар панҷумин ҳодисаи гирифташавӣ ба бемориҳои гелминтӣ дар ҷумҳурӣ дар кӯдакони сокинони ноҳияҳои тобеи марказ рух медиҳад, ҳиссаи кӯдакони гирифтори бемориҳои гелминтӣ дар шаҳри Душанбе аз 2 фоизи нишондодҳои ҷумҳуриявӣ зиёд нест [1-М, 3-М, 4-М, 5-М].

2. Шумораи кӯдакон дар оила ба сироятёбӣ аз гелминтозҳо таъсири назаррас мерасонанд. Дар оилаҳои, ки шумораи кӯдакон (4-6 нафар) зиёд аст, сатҳи беморшавӣ нисбат ба оилаҳои хурд (1-3 нафар) 2,1 маротиба баландтар аст. Омилҳои асосии хавфи афзоиши пайдоиши гелминтозҳо омилҳои мебошанд, ки бо одатҳои манфии кӯдакони, ба монанди хоидан аз ашёи саҳт (нӯги қалам ва ғайра), газидани нохун ва риоя накардани гигиенаи шахсӣ алоқаманданд [2-М, 3-М, 4-М].

3. Дар сохтори манзараи клиникии гелминтозҳои рӯдавӣ нишонаҳои зухуроти аллергикӣ - 72,3% ва ихтилоли системаи ҳозима - 75,3% бартарӣ доранд. Дарди шикам, ки бо дарди атрофи ноф ва дардҳои гузаранда тавсиф мешавад, дар 31,3% кӯдакони бемор мушоҳида шудааст. Агар аломатҳоро барои гелминтозҳои алоҳида ба назар гирем, нишонаҳои асосии аскаридоз беҳолӣ (71,7%), дерматити аллергикӣ ва бусуротҳо дар пӯст (68,3%), эозинофилия дар 31,7% буданд; бо энтеробиоз - кам шудани иштиҳо (48,3%), дарди атрофи ноф (55,2%), дерматити аллергикӣ (43,1%), хориши мақъад (62,1%) ва норухати маҳбал дар духтарон (24,1%). Ҳангоми гименолепидоз, дар 37,5% кӯдакон беҳолӣ ва хастагӣ ва 34,4% дерматити аллергӣ ва газнахоришак ба назар мерасад [2-М, 4-М, 6-М, 7-М].

4. Гелминтозҳо ба ҳосиятҳои физикию химиявии эритроцитҳо таъсири назаррас расонида, боиси пастшавии эътимодноки нишондиҳандаҳои асосии

қисми сурхи хун (эритроцитҳо- $3,11 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 115,2 г/л) гемокрит - 33,5%) мегарданд [4-М, 8-М].

## **ТАВСИЯҲО БАРОИ ТАТБИҚИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

1. Ҳангоми муоинаи тиббӣ ва диспансеризатсияи кӯдаконон барои ошкор кардани гелминтозҳо таҳлили озмоишгоҳӣ ташкил карда шавад.
2. Дар оила, муассисаҳои томақтабӣ ва мактабҳо малакаи беҳдоштӣ шахси роҳбар такмил диҳанд, барои баланд бардоштани маданияти санитарӣ ва фаъолияти тиббии падару модарон ва кӯдакон корҳои фаҳмондадихӣ гузаронанд.
3. Барои баланд бардоштани маърифати беҳдошти мактаббачагон ва волидонии онҳо ёддоштҳо оид ба пешгирии гелминтозҳои рӯдавӣ дар кӯдакон таҳия ва тавсия карда шудаанд.
4. Корҳои пешгирӣ кардани бемориҳои гелминтӣ дар байни кӯдакони деҳот пурзур карда, ташкилотҳои ёрирасонро ба гузаронидани дегелминтизатсияи кӯдакон чи дар шаҳр ва чи дар деҳот ҷалб карда шаванд.
5. Дар байни табибони оилавӣ ва ҳамшираҳои шафқат оид ба масъалаҳои мубрами пешгирии гелминтозҳои рӯдавӣ мунтазам семинару симпозиумҳо гузаронида шавад. Баланд бардоштани савияи дониши тиббӣ дар байни аҳоли, махсусан дар байни кӯдакон, аз синни томақтабӣ (яслии кӯдакистон, боғчаҳо), тавассути табибони оилавӣ ва ҳамшираи шафқат ба роҳ монда шавад. Ба намоишҳои телевизион ва радиои маҳаллӣ диққати махсус дода шавад. Дар нақшаҳои таълимии мактабҳо бояд машғулиятҳои амалии тарбияи беҳдоштӣ барои кӯдакон дохил карда шаванд.

## **ИНТИШОРОТИ АЗ РҶЙИ МАВЗҶИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М] Сафаров, Ҷ.М. Басомади паҳншавии бемориҳои паразитӣ дар кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Матн] / Ҷ.М. Сафаров // Илм ва фановарӣ. - 2024. - №4. - Саҳ. 107-112.

[2-М] Сафаров, Ҷ.М. Омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ паҳншавии гелминтозҳо дар кӯдакон [Матн] / Ҷ.М. Сафаров, М.С. Талабзода, Х.Б. Давлатзода// Авҷи Зухал. - 2025. - №3. - С.83-89.

[3-М] Сафаров, Дж.М. Влияние поведенческих факторов на частоту и интенсивность распространения гелминтозов у детей [Матн] / Дж.М. Сафаров, М.С. Талабзода, А. Вохидов// Наука и инновация. - 2025. - №2. - С. 13-18.

[4-М] Сафаров, Ҷ.М. Паҳншавии гелминтозҳои рӯдавии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Матн] /Ҷ.М. Сафаров, М.С. Талабзода, Р.А. Турсунзода// Евразийский научно-медицинский журнал. - 2025. - Том 6. - №3. – С.130-138.

#### **Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маводҳои конференсияҳо**

[5-М] Сафаров, Дж.М. Некоторые результаты оценки эпидемиологии гелминтозов у детей [Матн] / Ҷ.М. Сафаров, Ф.Ҷ. Каюмова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». – Душанбе. - 2024. - С. 32

[6-М] Сафаров, Дж.М. Особенности микрофлоры кишечника у детей при гименолепидозе [Матн] /Дж. М. Сафаров, Н.А. Бурхонова // Материалы Республиканской научно-теоретической конференции профессорско-преподавательского состава и сотрудников ТНУ, посвящённой «30-летию принятия Конституции Республики Таджикистан», «Объявлению 2024 года - Годом правового просвещения» и «20-летию изучения и развития естественных, точных и математических наук в сфере науки и образования (2020-2040 годы)». – Душанбе. - 2024. - С. 387-390.

[7-М]. Сафаров, Дж. М. Особенности клинического течения энтеробиоза с лямблиозом у детей [Матн] /Дж. М. Сафаров, Н.А. Бурхонова //Материалы Республиканской научно-теоретической конференции профессорско-преподавательского состава и сотрудников ТНУ, посвящённой «30-летию принятия Конституции Республики Таджикистан», «Объявлению 2024 года - Годом правового просвещения» и «20-летию изучения и развития

естественных, точных и математических наук в сфере науки и образования (2020-2040 годы)». – Душанбе. - 2024. – С. 384-387.

[8-М] Сафаров, Дж. М. Частота выявления симптомов железодефицитных анемий среди детей с гельминтозами в зависимости от возраста [Матн] / Дж. М. Сафаров, М.С. Талабзода// Материалы Республиканской научно-теоретической конференции профессорско-преподавательского состава и сотрудников ТНУ. - Душанбе. - 2025. - С. 837-844.

### **Дастури таълимӣ-методӣ**

1. Сафаров, Қ.М. Гелминтозҳои таммосӣ дар кӯдакон / Қ.М. Сафаров, М.С. Талабзода // Дастури таълимӣ-методӣ. - Душанбе. - 2025. -32с.

### **Номгуи ихтисорҳо, аломатҳои шартӣ**

АТ	-	Антитела
БКШБСК	-	Беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакона
ВТ ҲИАҚТ	-	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
ИВБ	-	Индекси вазни бадан
ИДМ	-	Иттиҳоди давлатҳои мустақил
ИГ	-	Иммуноглобулинҳо
КМГЭ	-	Концентратсияи миёнаи гемоглобин дар эритроцит
КАТС-		Кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ
КНО	-	Камхунӣ аз норасоии оҳан
МДТ	-	Муассисаи давлатии таълимӣ
МКТ	-	Муассисаи кӯдаконаи томақтабӣ
МСШ	-	Маркази саломатии шаҳрӣ
ММГЭ	-	Миқдори миёнаи гемоглобин дар эритроцит
МТП	-	Муассисаи тиббӣ – профилактикӣ
НИ	-	Нишондоди рангӣ
НТҚ	-	Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ
ОИФ	-	Озмоиши иммуноферментӣ

СТЭ -	Суръати такшини эритроцитҳо
СММ -	Созмони миллали мутаҳид
СУТ -	Созмони умумичаҳонии тандурустӣ
ФИ -	Фосфатазаи ишқорӣ
ҲХА -	Ҳаҷми хуни артериалӣ
ҲМЭ -	Ҳаҷми миёнаи эритроцит

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» МЗ и СЗН РТ

УДК 616-002.5:613.6-084

*На правах рукописи*



**САФАРОВ ДЖУМА МУМИНОВИЧ**

**ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И КЛИНИКО-  
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ  
(АСКАРИДОЗ, ЭНТЕРОБИОЗ, ГИМЕНОЛЕПИДОЗ) У ДЕТЕЙ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук,  
по специальности 3.2.2. Эпидемиология

Душанбе - 2026

Диссертация выполнена в ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Научный руководитель:** **Талабзода Мухаммадали Сайф** – доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета

**Официальные оппоненты:** **Каримов Сайфуддин Сайтоджович** – доктор медицинских наук, директор МД «Республиканский центр по борьбе с тропическими болезнями» МЗ и СЗН РТ

**Сатторов Сафархон Сайдамирович** – кандидат медицинских наук, директор ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с ВИЧ и парентеральными вирусными гепатитами»

**Ведущее учреждение:** Самаркандский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «08» июня 2026г. в 13<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-032 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г.Душанбе, район Сино, улица Сино, 29-31, [info@tajmedun.tj](mailto:info@tajmedun.tj), тел. 93-344-03-93.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «  » \_\_\_\_\_ 2026 года

**Учёный секретарь**  
диссертационного совета, д.м.н.



**Усмони Г.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** По данным ВОЗ, около пяти миллиардов человек во всём мире страдают от паразитарных заболеваний.

Среди всех паразитов: «наиболее распространёнными являются круглые черви - аскаридоз и энтеробиоз, число инфицированных этими формами заболевания составляет более двух миллиардов, при этом более ста тысяч пациентов ежегодно умирают от этой болезни. *Ascaris lumbricoides* зарегистрирован у 2/3 населения Азии и Океании, у каждого десятого жителя Америки и Карибского бассейна, число больных среди населения стран Африки к югу от Сахары и Европы не превышает 9%» [7, С. 41-43]. Аскаридоз: «является одной из наиболее часто выявляемых форм паразитарных заболеваний в России, ежегодно выявляется до 60 тысяч случаев этого заболевания, что составляет 15% от всех больных гельминтозами» [7, С. 41-43].

По данным Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, в середине 2000-х годов доля инфицированных различными видами паразитов в стране была следующей: 1/3 пациентов были инфицированы *Enterobius vermicularis*, такое же количество - *Ascaris lumbricoides*, а каждый четвертый человек был инфицирован гельминтозом - 5%.

На основе установленных показателей на республиканском уровне был реализован ряд государственных программ, направленных на снижение числа случаев гельминтоза среди населения, улучшение выявления, диагностики и лечения.

В структуре «клинической картины кишечных гельминтозов преобладают аллергические проявления и дисфункциональные расстройства ЖКТ» [8, С. 19-22]. Преобладающими симптомами нематодозов являются слабость, аллергический дерматит и высыпание на коже, боли вокруг пупка. По данным авторов при «гименолепидозе слабость и утомляемость отмечался у 1/3 больных, аллергический дерматит и крапивница у 25% больных детей» [3, С. 67-68].

Одним из существенных клинических последствий гельминтоза в детском возрасте могут быть гематологические изменения, включая анемию:

«Гельминтозные инвазии могут привести к развитию анемии» [2, С. 390], [4, С. 49], [6, С. 71-73].

Среди “факторов и путей распространения инвазий в Республике Таджикистан отечественная литература указывает на важность водного фактора которая считается одним из важных путей заражения» [1, С. 24-29]. В то же время подчеркивается и роль поведенческих и гигиенических факторов: «Недостаточное соблюдение личной гигиены и низкий уровень санитарной культуры повышают риск заражения» [10, С. 1277-1278]. Следует также отметить, что: «повышение уровня выявления также зависит от условий жизни населения» [7, С. 57-58]. Среди этой группы факторов: «большую важность имеют количество членов семьи, условия жизни, жилищно-коммунальные услуги, материальная поддержка, доля бюджета здравоохранения в общей системе финансирования страны» [12, С. 138-140]. При перемещении пациентов особое внимание следует уделять следующим требованиям: «возраст, пол, профессия, сезон и т. д.» [10, С. 1277-1281]. Именно этот круг вопросов играет важную роль в процессе регулирования числа людей, инфицированных гельминтозами.

Как и в большинстве стран региона, в Таджикистане: «нематодозы широко распространены, возбудителями которого являются круглые черви (нематоды), а основной путь их передачи - фекально-оральный» [5. 153с]. Среди всех червей: «наиболее распространены аскаридоз, энтеробиоз и трихоцефалёз» [3. С. 67-69].

Даже с учётом статистических данных за 2016–2017 годы, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения по некоторым паразитарным заболеваниям показывает, что проблема имеет практическое значение для сектора здравоохранения Республики Таджикистан: 21,0 - аскаридоз; 23,3 - энтеробиоз; 4,0 – гименолепидоз; 2,7 - лямблиоз;» [11, С. 57].

Исходя из этих фактов, можно сделать вывод, что «эти показатели определяют важность проблемы паразитарных заболеваний для системы здравоохранения» [11, С. 57].

Ряд существующих проблем, связанных с определёнными тенденциями миграции населения как внутри страны, так и за рубежом, включает в себя

необходимость точного учёта количества пациентов в зависимости от вида паразита, места жительства - село или город, а также создание наиболее полной диагностической и лечебной базы для оказания медицинской помощи на всех уровнях, включая первичную медицинскую помощь. Вышеупомянутые вопросы определили выбор темы научного исследования.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы**

Проблема поражённости населения паразитами в частности гельминтами относится к одной из наиболее важных и злободневных проблем продолжает относиться к недостаточно изученной, поскольку данный класс заболеваний имеет достаточно широкий путь передачи.

Вклад в изучение гельминтозных заболеваний внесли отечественные и зарубежные учёные, такие как Камардинов Х.К., Рахмонов Е.Р., Талабзода М.С., Скрябин К.И., Шувалова Е.П., Кузьмичева А.Т.

Многочисленные исследования подтверждают то, что на сегодняшний день нет единого мнения относительно путей профилактики данного заболевания. Существующие пути профилактики и лечения всегда эффективны и требуют необходимости в совершенствовании [1, С.24].

Необходимо отметить о недостаточности изученности данной проблемы в масштабе регионов страны, включая их осложнения, так как анализ литературных данных в международных источниках всё ещё не подвергался эффективному изучению на должном уровне [5, 153 с.].

Базируясь на актуальности проблемы гельминтозов в детской инфекционной службе, учитывая разнообразие клинического течения в зависимости от вида возбудителя, сходность клинических синдромов инфекций, тяжесть последствий и долгосрочного паразитизма возбудителей, на фоне которых в большинстве случаев отмечаются изменение реологических, биохимических цитологических, цитохимических и гомеостатических сдвигов организма детей, считается своевременным изучение состояния параметров гомеостаза при различных формах возбудителей при данной патологии.

## **Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.**

Тема диссертационного исследования включена в перечень приоритетных направлений научно-технических исследований Республики Таджикистан на 2020-2025 годы.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель исследования.** Изучить частоту распространённости, показатели заболеваемости, клинико-гематологические особенности кишечных гельминтозов для эффективного внедрения мер по снижению распространённости кишечных гельминтозов у детей.

### **Задачи исследования:**

1. Дать оценку показателям распространённости кишечных гельминтозов (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз) с учётом видовой принадлежности.
2. Изучить факторы риска и особенности клинических признаков кишечных гельминтозов в зависимости от вида возбудителя.
3. Изучить гематологические показатели у детей раннего школьного возраста с учётом вида паразита.
4. Разработать наиболее оптимальные и доступные варианты повышения осведомлённости школьников и их родителей о путях профилактики гельминтозов.

**Объект исследования.** Объектом исследования были 415 детей, получавших лечение в Государственном учреждении «Городская клиническая детская инфекционная больница» города Душанбе за период с 2019 по 2023 гг. Из общего числа выборки, 365 (87,9%) были дети, получившие лечение, связанное с гельминтозами в стационаре и 50 детей (12,1%), у которых не были выявлены паразитарное заболевание. Методом сбора информации был ретроспективный анализ 365 историй болезней детей с паразитарной нозологией (исследуемая группа) и 50 историй болезни детей, включенных в контрольную группу.

Также были проанализированы официальные статистические данные ежегодных официальных отчётов, опубликованных в сборниках Статистического агентства при Президенте Республики Таджикистан «Отчёт о некоторых

инфекционных и паразитарных заболеваниях» для определения официальных эпидемиологических показателей среди детского населения республики за период 2019-2023 гг., отчёта деятельности Государственного учреждения «Городская клиническая детская инфекционная больница» города Душанбе за период 2019-2023 гг. Как было указано выше, из общего числа ретроспективно проанализированных историй болезней исследуемой группы (365) детей в возрасте 4-14 лет -170 (46,5%) составили дети, страдающие энтеробиозом; 110 (30,1%) - это пациенты, инвазированные аскаридозом; общее число больных детей с гименолепидозом составило 85 детей (23,2%). Анализ оценки клинической картины течения кишечных гельминтозов, включающих (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз), общее число наблюдаемых детей составило 150 детей, из них 105 составили мальчики, 45 девочки. Все обследованные дети были в возрасте от 2 до 14 лет.

Кроме того, в ходе исследования были опрошены 250 семейных врачей и медицинских сестер, а также 100 матерей исследуемых детей с использованием специально разработанного вопросника.

**Предмет исследования.** Литературные данные о гельминтозах у детей различных возрастных групп, пути передачи инфекции, профилактика и лечение; проведена оценка данных распространённости и заболеваемости в зависимости от вида гельминтов; дана оценка уровню осведомлённости населения, особенно, родителей и путях профилактики; проведено анкетирование родителей и медицинского персонала; дана оценка гематологическим показателям в зависимости от вида; определение наличия, встречаемости, частоты, вида и степени распространённости гельминтозов с учётом методов исследования; эффективность и влияние лечебно-профилактических мероприятий гельминтозов среди детей.

Статистические данные, годовые отчёты учреждения, результаты анкетирования, результаты методов обследования детей.

**Научная новизна исследования.** Установлено, что среди детского контингента Республики Таджикистан, среднее число поражённых гельминтозами

несколько выше 1% и не превышает 50000 случаев в год. Доказано, что максимальная популяционная частота гельминтозов регистрируется среди детей в возрасте от 4 до 14 лет. В сельской местности более  $\frac{3}{4}$  случаев гельминтозов приходится на детский возраст.

Определено, что в г. Душанбе показатель доли больных детей гельминтозами от общереспубликанских показателей не превышает 2%. Каждый пятый случай заболевания гельминтозами по стране приходится на детей «Районы республиканского подчинения», сельские дети в 2,5 раза чаще страдают гельминтозами.

Выявлены, различия частоты случаев гельминтоза в зависимости от численности детей в семье, дети из многодетных семей в 2,1 раза чаще поражены гельминтами по сравнению с малодетными семьями.

Отмечено, что среди клинической картины кишечных гельминтозов преобладают классы заболеваний свойственные «Аллергическим проявлениям» - 72,3%, «Дисфункциональным расстройствам ЖКТ» - 75,3%.

Установлено, что наиболее высокий индекс заболевания характерен для детей, страдающих аскаридозом, далее энтеробиозом и гименолепидозом.

Выявлено, что из 8 разделов вредных привычек наиболее значимыми являются жевание твердых предметов (кончиков карандашей и ручек и пр.) и покусывание ногтей.

Доказано, влияние инвазий гельминтами на показатели физико-химических свойств эритроцитов, определено достоверное снижение основных показателей красной части крови величины (эритроциты- $3,11 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 115,2 г/л, гематокрит -33,5%).

### **Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.**

Значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные результаты, их интерпретация и теоретические суждения, методологические аспекты, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть востребованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Повышение уровня информированности больных детей и матерей относительно гельминтозов способствует уменьшению числа больных детей гельминтозами.

Данные диссертационного исследования использованы при разработке учебно-методического пособия «Контактные гельминтозы у детей».

**Положения выносимую на защиту:**

1. Дети в возрасте от 4 до 14 лет наиболее предрасположены к заражению гельминтами. Сельские дети чаще страдают гельминтозами относительно городских.

2. В Республике Таджикистан более 1% детей инфицированы гельминтами. Каждый 5 больной ребенок, страдающий гельминтозами проживает в «Районы республиканского подчинения». Численность детей в семье относится к фактору влияющий на распространённость гельминтозов среди детей.

3. В структуре клинической картины кишечных гельминтозов превалируют такие симптомы как аллергические проявления -72,3% и дисфункциональные расстройства ЖКТ-75,3%. Наряду с клиническими признаками, к достаточно чувствительным маркёрам относятся гематологические показатели.

**Степень достоверности результатов.** Работа основана на сборе и анализе достаточного объёма статистических отчётных форм 01 за 5-летний период, ретроспективного анализа историй болезней детей, находившихся на лечении в ГУ «Городская клиническая детская инфекционная больница» г. Душанбе, ежегодные отчёты о деятельности учреждения за период с 2019 по 2023 гг. Проспективный анализ оценки клинической картины течения кишечных гельминтозов, включающих (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз), проведен у 150 детей, находившихся в ГУ «Городская клиническая детская инфекционная больница» г. Душанбе за период с 2019-2023 гг.

Проведенная работа послужила основанием сформировать выводы и рекомендации, которые основаны на расчёте статистических показателей заболеваемости, удельного веса в структуре причин, расчёт показателя Т/прироста и/или Т/убыли в % за определённый период.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности.**

В соответствии с паспортом специальностей Государственного учреждения «Высшая аттестационная комиссия при Президенте Республики Таджикистан», утвержденного решением Президиума Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан от 28 сентября 2017г. №4/1 работа соответствует специальности «Медицинские науки», шифру специальности 3.2.2. Эпидемиология, область исследования соответствует подпункту 3.1 - Закономерности возникновения и особенности распространения эпидемического процесса инфекционных и паразитарных болезней для выявления причин, условий и механизмов его развития; подпункт 3.8. - Разработка и усовершенствование научных, методических и организационных основ эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями.

Содержание диссертации полностью отражает исследования по эпидемиологическим проблемам, в частности болезней, вызываемых паразитами. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведенных исследований.

**Личный вклад соискателя учёной степени в исследовании.** Диссертация является самостоятельным научным исследованием, автор лично провёл сбор статистических отчётных данных, годовых отчётов учреждения. Составил и внедрил проведение анкетирования среди членов общины, которые позволяют достичь цели и решить поставленные задачи. На основании многочисленных источников, автором проведена работа по осуществлению сбора и систематизации первичных клинических данных на двух уровненом этапе - ретроспективном и проспективном. По ходу основной деятельности и в рамках проводимых исследований автором проводилась работа по клиническому обследованию детей, проведена статистическая обработка материала, обработка и интерпретация полученных результатов.

На основании полученных данных разработаны и предложены учебно-методическое пособие «Контактные гельминтозы у детей», а также памятки для родителей и детей по профилактике гельминтозов у детей.

Лично подготовлены и опубликованы научные статьи, выполнены выступления с докладами на научно-практических конференциях. Анализ полученных результатов, их статистическая обработка и научная интерпретация выполнены автором самостоятельно. Удельный вклад автора в накопление и систематизацию научной информации более 85%, в обобщении, статистической обработке и интерпретации результатов -100%.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные положения результатов диссертационного исследования доложены и обсуждены: на Учёном Совете «Таджикский НИИ профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (Душанбе, 2025), научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино» с международным участием (Душанбе, 2024), научно-теоретической конференции Таджикского национального университета (Душанбе, 2024-2025).

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, в том числе 4 статьи в журналах, включенных в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Разработано 1 учебно-методическое пособие.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 154 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы с изложением материала и методов исследования, двух глав собственных результатов исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования и списка используемой литературы. Указатель литературы содержит 179 источников, из них 139 на русском языке и 40 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 26 таблицами и 5 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материалы и методы исследования.** Работа основана на анализе деятельности ГУ «ДКИБ» г. Душанбе за период с 2019-2023 гг. Проведена ретроспективная оценка с последующим анализом историй болезней детей, находившихся на госпитализации в различных отделениях ГУ «ДКИБ» г. Душанбе. Общее число ретроспективно анализированных историй болезней составило 415, из них 365 (87,9%) составили больные дети, поступившие на стационарное лечение с определённой нозологией инфекционной патологии, контрольную группу составили 50 (12,0%) здоровых детей, той же возрастной группы у которых не выявлены инвазии гельминтами. Из общего числа больных детей - 170 (46,5%) составили дети, страдающие энтеробиозом; 110 (30,1%) – пациенты, инвазированные аскаридозом; общее число больных детей с гименолепидозом составило 85 (23,2%).

Анализ оценки клинической картины течения кишечных гельминтозов, включающих (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз), проведен у 150 детей, из них 105 составили мальчики, 45 девочки. Возраст детей, включенных в обследование варьировал от 2 до 14 лет.

Процесс проведения исследования кала был основан на соответствующих нормативных документах в частности Методические указания МУК 4.2.735-99 "Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтозов и протозоозов". В процессе статистической обработки материалов были произведены расчеты распространенности и заболеваемости: первичных гельминтозов – среди детей. При анализе полученных статистических данных широко использовались методы статистического анализа – критерий Стьюдента, а также критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Для этих целей использовалась специальная программа, основанная на использовании аналитического пакета MS Excel 2007.

В процессе выполнения работы основываясь на цели и решения поставленных задач, нами проведено исследование гематологические показатели 150 детей с установленным диагнозом гельминтоз.

В ходе исследования были опрошены 250 семейных врачей и медицинских сестер, а также 100 матерей исследуемых детей с использованием специально разработанного вопросника.

Весь полученный цифровой материал был подвергнут статистической обработке. Для последующей оценки статистической значимости полученных результатов, вычислялись относительные величины. Достоверность различий определялась в соответствии с критерием  $\chi^2$  в зависимости от коэффициента достоверности и числа степеней свободы. Значение  $p < 0,05$  рассматривали как значимые.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В информации о степени поражённости населения страны отмечается, что разнообразность паразитов превышает 20 видов гельминтов среди них наиболее регистрируются аскаридоз, энтеробиоз и гименолепидоз, которые представляют наибольший медицинский интерес по причине широкой распространённости и вероятностью нанесения значительного ущерба, здоровью населения.

На протяжении пяти лет (таблица 1) в Республике Таджикистан среди детей, проживающих в городах, различными паразитарными заболеваниями были поражены 215413 детей, возраст которых составлял до 14 лет.

**Таблица 1. - Популяционная частота случаев паразитарных заболеваний (гельминтов) по Республике Таджикистан за период с 2019 по 2023 гг.**

Годы	Республика (город)							Село		
	Паразитарные заболевания									
	Возраст									
	Всего	0-1		1-4		4-14		всего	0-18	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	
2019	47612	700	1%	9049	19%	20587	43%	33011	25905	78%
2020	44283	511	1%	6358	14%	19514	44%	33159	25141	76%
2021	44015	228	1%	7080	16%	18623	42%	32647	24755	76%
2022	41745	628	2%	8136	19%	17966	43%	29232	23396	80%
2023	37758	735	2%	7364	20%	16427	44%	25370	20819	82%

Динамика за 5 лет	-9854	+35	+1%	+1685	-1,0%	-4160	+1,0%	-7641	-5086	+4,0%
Т/убыл.	- 20,6%	-4,7%	-	- 18,6%		-20,2%		- 23,1%	- 19,6%	+4,8%

Тогда как число детей, пораженных гельминтами среди проживающих в сельской местности составило 153419, что в 1,4 раза меньше чем городских детей.

Проведя более подробный анализ показателя пораженности детей с учетом возраста детей проживающих в городах установлено, что 2802 (1,3%) ребенка имели возраст, равный до 4 лет, однако с увеличением возраста имело место нарастание числа пораженных детей; выявлено, что от общего число всех детей, дети, возраст которых колебался от 1-4 лет составило 37987 (17,6%). Максимальное число детей, пораженных паразитами составили пациенты, возраст которых был между 4-14 лет- их общее число составило 93117 (43%) случаев.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что более 2/3 случаев гельминтозов были выявлены среди детей и подростков в возраст которых не превышал 17 лет.

Увеличение возраста детей, является критерием четкой тенденции роста числа больных детей; результаты сравнительного анализа показателя поражённости детей в масштабе страны демонстрирует, что всего 1%, детей в возрасте до 1 года жизни были поражены паразитами, тогда как каждый пятый ребенок в возрасте до 4 лет был поражен паразитами. Максимальное число случаев около половины приходится на детей в возрасте 4-14 лет, среди них более 2/3 детей были жителями села. Однако, необходимо отметить тот факт, что динамика частоты регистрации случаев поражения паразитами среди детей в течении пяти последних лет имеет тенденцию к снижению на почти 10000 случаев, где показатель Т/убыли составил -20,6%. Такая же тенденция отмечается и среди детей, проживающих в сельской местности, показатель Т/убыл. – 23,1%. Анализ во всех возрастных группах определенную тенденцию к снижению число пораженных детей паразитами, о чем свидетельствуют показатели Т/убыли.

**Таблица 2. - Показатель заболеваемости населения по Республике Таджикистан (город) аскаридозом, энтеробиозом, гименолепидозом (2019-2023 гг.) на 100000 нас.**

Гельминты	Годы					Динамика за 5 лет	Т/убыл. %
	2019	2020	2021	2022	2023		
Аскаридоз	361,88	318,86	330,61	327,97	298,00	-63,8	-17,6
Число случаев	15310	13522	14020	13941	12697	2613	-17,0
Энтеробиоз	315,53	299,88	281,39	248,55	242,47	73,1	-23,1
Число случаев	13349	12717	11933	10565	10331	3018	-22,6
Гименолепидоз	134,51	118,35	116,77	100,80	81,96	52,6	-39,1
Число случаев	5691	5019	4952	4285	3492	2199	-38,6

По сравнению с другими паразитами (таблица 2) дети относительно в меньшем числе заражались гименолепидозом. Показатель заболеваемости в 2019 г. 134,5 на 100 тыс. дет. нас., (5691 случай); в течении пяти лет данный показатель имел четкую тенденцию к снижению в 1,6 раза (81,9 на 100 тыс. дет. нас.).

Абсолютное число больных также снизилось на 2199 случаев, где показатель Т/убыли составил – 39.1%. Показатель заболеваемости энтеробиозом, как среди детского населения городов РРП и РТ практически в 2019 г. не отличалось: в РРП – 308,7 на 100 тыс. дет. нас., тогда как в РТ – 315,5 на 100 тыс. дет. нас. Указанная динамика сохраняется на протяжении последующих пяти лет анализа. Показатель Т/убыл в РРП – 28,7%, тогда как в РТ за этот же период -28,7%.

Как показали (таблица 3) результаты анализа заболеваемости детского населения г. Душанбе аскаридозом, в 2019 году составило 39,1 на 100 тыс. дет. нас. (184 ребенка), в динамике в течении последующих 5 лет 2023 году анализируемый показатель имел тенденцию к снижению до 11,02 на 100 тыс. дет. нас. (53 ребенка). Динамика частоты случаев аскаридоза среди детей г. Душанбе на протяжении пяти лет снизился на 28 случаев, где показатель Т/убыл. - 71,8%.

Достаточно большая роль в процессе передачи аскарид принадлежит окружающей среде, именно данная среда обитания определяет течение одной из важных стадий биологического развития паразита. Для большинства гельминтов

основной средой обитания является почва, вода, предметы обихода, твердые бытовые отходы. Среди указанных факторов наибольшая роль отводится почве, именно на это среда широко и интенсивно обсеменяется яйцами гельминтов, она и играет неотъемлемую роль в цепи их развития и выживания. В этой связи из-за высокой локализации возбудителя почва дворов, игровых площадок, песочниц дошкольных учреждений и является главным источником паразитов.

**Таблица 3. - Показатель заболеваемости детей г. Душанбе аскаридозом, энтеробиозом, гименолепидозом (2019-2023 гг.) на 100000 нас.**

Гельминты	Годы					Динамика за 5 лет	Т/убыл. %
	2019	2020	2021	2022	2023		
Аскаридоз	39,10	14,01	21,65	12,68	11,02	-28	-71,8
Число случаев	184	66	102	61	53	-131	-71,1
Энтеробиоз	70,77	28,45	38,43	56,16	57,39	-13,4	-18,9
Число случаев	333	134	181	270	276	-57	-17,1
Гименолепидоз	17,42	10,82	17,62	16,84	11,02	-6,4	-36,7
Число случаев	82	51	83	81	53	-29	-35,3

Многие аспекты указанных проблем связаны именно с поведенческими особенностями детей. Сам факт детство не исключает высокой вероятности широкого распространения вредных привычек, которые могут и оказывают негативное воздействие на детский организм.

Определяется достаточно четкая динамика зависимости между детьми страдающими гельминтозами и детьми контрольной группы. Проведя анализ указанных факторов установлено 8 наиболее значимых вредных привычек. Для детей с гельминтозами характерно наличие определенных вредных привычек, которые могут быть переносчиками инфекции; это такие привычки, как жевать твердые предметы (кончик карандаша, ручек и пр.) и грызть ногти, которые имело место у каждого третьего ребенка ( $t = 0,13$ ;  $p > 0,05$ ). Тогда как среди детей контрольной группы составляет  $9,3 \pm 1,2\%$  ( $t = 4,20$ ;  $p < 0,001$ ).

Частота других вредных привычек, была достоверно ниже ( $t = 4,84$ ;  $p < 0,001$ ) и варьирует от 17,2% ( $t = 1,94$ ;  $p > 0,05$ ), указанные данные не существенно отличаются от детей, страдающих гельминтозами.

Низкий уровень экономического статуса семьи и является в большинстве случаев основной причиной напряженной психоэмоциональной обстановки в семье, что играет не последнюю роль в повышении риска поражения гельминтами. Очевидно, указанными фактами можно дать разъяснения того, что распространенность имеет определенную зависимость от статуса материального благополучия в семье. Так пораженность гельминтозами оказалось выше в семьях с низким уровнем материального обеспечения относительно более благополучных семей, соответственно  $28,4 \pm 1,6$  и  $12,7 \pm 1,6\%$  ( $t = 4,29$ ;  $p < 0,001$ ).

Очевидным является тот факт, что именно материальное положение само по себе, как основной фактор не может оказать существенного воздействия на распространенность гельминтозов, тогда как непосредственное его влияние оказывается под воздействием ряда факторов (таблица 4).

Данная группа факторов объединяет, наличие недостатков финансовых и материальных средств в семье которые в большинстве случаев может выступать в качестве основной причины того, что члены семьи осушают обеднению рациона питания детей, для этих семей более свойственно прием низкокалорийной пищи, недостаток витаминов и минералов. Все эти факторы и составляют структурный компонент, в котором нуждается в процессе своего развития детский организм.

**Таблица 4. - Влияние ряда факторов социального характера на распространённость кишечных паразитов среди детей, проживающих в городе**

Причины	Дети, пораженные гельминтами (n = 150)		Здоровые дети (контрольная группа (n = 60)		Различие показателей	
	Абс.	%	Абс	%	t	P
Материальный статус:						
Плохой	45	$30,0 \pm 1,6$	11	$12,3 \pm 1,6$	4,29	< 0,001

Умеренно благополучное	49	32,6 ± 1,7	20	33,3 ± 2,0	0,76	> 0,05
Хорошее	27	18,0 ± 1,3	16	26,6 ± 1,9	4,74	< 0,001
Не установлен статус	38	25,3 ± 1,5	12	20,0 ± 1,7	1,50	> 0,05
Бытовые условия:						
Не достаточные	53	35,3 ± 1,7	16	22,3 ± 1,9	3,02	< 0,001
Достаточные	57	38,0 ± 1,7	21	35,0 ± 2,0	1,30	> 0,05
Благоприятные	21	14,0 ± 1,2	12	20,0 ± 1,7	3,46	< 0,001
Не установлен статус	16	10,6 ± 1,1	9	15,0 ± 1,5	2,10	< 0,05

Примечание: Р-статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Низкий уровень экономического статуса семьи и является в большинстве случаев основной причиной напряженной психоэмоциональной обстановки в семье, что играет не последнюю роль в повышении риска поражением гельминтами. Очевидно, указанными фактами можно дать разъяснения того, что распространенность имеет определенную зависимость от статуса материального благополучия в семье, так пораженность гельминтозами оказалось выше в семьях с низким уровнем материального обеспечения относительно более благополучных семей, соответственно  $30,0 \pm 1,6$  и  $12,3 \pm 1,6\%$  ( $t = 4,29$ ;  $p < 0,001$ ).

Для выявления основных клинических признаков мы оценили клиническое течение у 150 больных детей (таблица 5).

**Таблица 5. - Характеристика клинического симптомокомплекса у больных детей при кишечных гельминтозах**

Клинические симптомы	Частота симптомов					
	Аскаридоз (n=60)		Энтеробиоз n=58)		Гименолепидоз (n=32)	
	АБС	%	АБС	%	АБС	%
Слабость, утомляемость	43	71,7	14	24,1	12	37,5
Раздражительность	21	35,0	12	20,6	7	21,9
Головная боль	15	25,0	15	25,9	8	25,0
Головокружение	11	18,3	8	13,8	6	18,8

Расстройства сна	21	35,0	28	48,3	10	31,3
Бруксизм	5	8,3	11	19,0	3	9,4
Урчание и вздутие живота	7	11,7	7	12,1	4	12,5
Неустойчивый стул	8	11,3	12	20,7	4	12,5
Запор	12	20,0	4	6,9	6	18,8
Жидкий стул	7	11,7	13	22,4	3	9,4
Тошнота	12	20,0	8	12,1	6	18,8
Рвота	3	5,0	2	3,5	2	6,3
Снижение аппетита	16	26,7	22	37,9	9	28,1
Летучие боли	17	28,3	8	12,1	10	31,3
Боли вокруг пупка	19	31,7	32	55,2	10	31,3
Боли в эпигастральной области	6	10,0	14	24,1	3	9,4
Боли в правом подреберье	10	16,7	4	6,9	9	28,1
Боли внизу живота	4	6,7	6	10,3	2	6,3
Аллергический дерматит	41	68,3	25	43,1	11	34,4
Высыпание на коже	41	68,3	6	10,3	11	34,4
Сухость кожи	16	26,7	22	37,9	7	21,9
Анальный зуд	5	8,7	36	62,1	2	6,3
Эозинофилия	19	31,7	11	19,0	9	28,1
Вагинальный дискомфорт у девочек	-	-	14	24,1		

Клиническое обследование больных детей кишечными гельминтозами показало, что преобладающими синдромами кишечного аскаридоза явились диспепсический (снижение аппетита - 35,0%, тошнота – 20,0%, запоры - 20,0%, неустойчивый стул - 11,3%) и болевой - абдоминальный (боли вокруг пупка - 31,7%, летучие боли – 32,3%, боли в правом подреберье – 16,7%) синдромы.

Астено-невротический синдром проявился слабостью (71,7%), раздражительностью (35,0%), расстройством сна (35,0%), головными болями (25,0%). Основными проявлениями кожно – аллергического синдрома были аллергический дерматит и высыпание на коже (68,3%), сухость кожи (26,7%) и эозинофилия у 31,7%.

При энтеробиозе основными симптомами диспептического синдрома были снижение аппетита (48,3%), изменение характер стула – неустойчивый стул (20,7%) и жидкий стул -22,4%.

Болевой-абдоминальный синдром характеризовался болями вокруг пупка (55,2%), в эпигастрии (24,1%), летучими болями (12,1%).

Аллергический дерматит (43,1%), сухость кожи (37,9%), анальный зуд (62,1%) и вагинальный дискомфорт у девочек (24,1%) были основными симптомами кожно-аллергического синдрома.

При гименолепидозе у 37,5% детей наблюдаются слабость и утомляемость, у 34,4% – аллергический дерматит и крапивница. Эозинофилия наблюдалась у 28,1% пациентов. Боли в животе, характеризующиеся болью вокруг пупка и летучими болями, наблюдались у 31,3% больных детей.

Клиническая картина чаще всего складывается из двух основных групп симптомов: клинических признаков аллергического заболевания и расстройств пищеварения.

Одним из осложнений большинства гельминтов является анемия, которая обусловлено рядом факторов: процесс жизнедеятельности гельминтов в значительной степени зависит от уровня железа, поступающего с пищей. Дефицитное состояния в значительной степени развиваются по этапно, где основным клиническим признаком является бледность, сухость и шелушение кожи, появление заедов, выпадение и ломкость волос, быстрая утомляемость, повышенная возбудимость или напротив слабость, снижение аппетита с последующим отставанием в физическом развитии (таблица 6).

**Таблица 6. - Частота выявления симптомов ЖДА среди детей с гельминтозами в зависимости от возраста (n= 128)**

Синдромы	Дети <10 лет, n=88		Подростки <16лет, n=40		p <0,001
	Абс.	%	Абс.	%	
Анемический – 45,7%					
Нарастающая слабость	49	43,7	3	7,5	<0,001
Быстрая утомляемость	30	26,5	6	15,0	<0,001

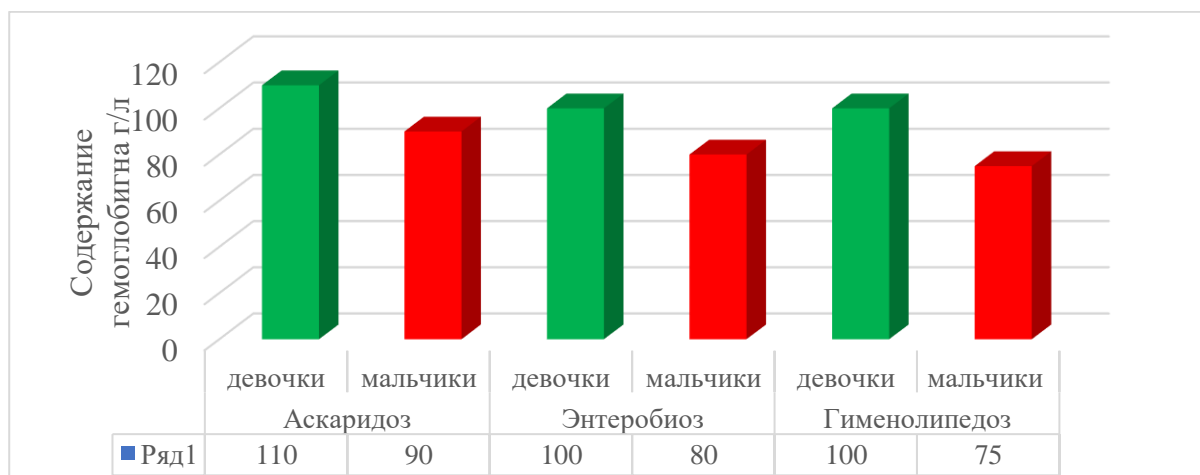
Потемнение в глазах	25	22,7	4	10,0	<0,001
Головокружение	16	14,7	3	7,5	<0,001
Головные боли	39	34,8	22	55,0	<0,001
Обморочные состояния	7	6,9	7	17,5	<0,001
Одышка и сердцебиение	19	17,1	5	12,0	<0,001
Глоссит	19	16,9	16	40,0	<0,001
Дисфагия	7	6,4	3	7,5	<0,001
Мышечная слабость	33	29,7	4	10,0	<0,001
Сидеропенический – 49,8					
Сухость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком;	29	25,5	5	12,5	<0,001
Заеды (трещины в углах рта)	15	3,2	4	10,0	<0,001
Слоистость и поперечная исчерченность ногтей ломкость ногтей (койлонихия)	12	10,6	6	15,4	<0,001
Тусклые, ломкие волосы	9	7,9	4	10,0	<0,001
Гингивит, ангулярный стоматит	33	29,0	-		
Извращение вкуса и нарушение обоняния	15	13,2	-		
Пристрастие к мелу, зубному порошку, сухой крупе, углю, извести, земле, глине, льду, запахам бензина, керосина, выхлопных газов	26	22,9	-		

Для мальчиков, пораженных гименолипедозом было свойственно наименьшее значение анализируемого показателя по сравнению с девочками. Различия между полами составляло -25,0%, полученные результаты были ниже уровню референс показателя. Проведя сравнительный анализ уровня Hb в крови у девочек при энтеробиозе установлен показатель равный  $100,3 \pm 1,8$  г/л, данный результат был достоверно ниже на 9,0 %, чем при аскаридозе, но практически не отличался при гименолепидозе.

Снижение показателя уровня гемоглобина было свойственно детям, при всех анализируемых формах гельминтозов, интенсивность снижения было более

выражено среди мальчиков был достоверно ниже на 7,0 %, в то время как у девочек данный показатель был достоверно ниже на 5,3%.

Необходимо указать на тот момент, что морфологические свойства эритроцитов при гельминтозах имеют определенную особенность в них, отмечается высокий уровень анизоцитоза превышающее 20,0%. Оценивая характер среднего объема эритроцитов было установлено, что при всех анемия возникших у детей, страдающих гельминтозами было характерно микроцитарная анемия. Негативной стороной данного факта является тот момент, что при микроцитозе, эритроциты содержат меньше гемоглобина, и как итог перенос количество кислорода увеличивается, что несомненно приводит к нарастанию как гемической, так и тканевой гипоксии. У детей инвазированных гельминтами выраженность микроцитоза была достоверно выше, чем по сравнению с детьми контрольной группы (соответственно,  $73,66 \pm 0,58$  и  $77,350 \pm 7$   $p < 0,001$ ).



**Рисунок 1. - Уровень концентрации гемоглобина при различных гельминтозах**

Проведя оценку физико-химических свойств эритроцитов (таблица 7) дана оценка индексу красной крови, особенно информативными являются следующих показатели; среднее количество эритроцитов (MCV), данный показатель может меняться в течение жизни, так у новорожденных достигает 128 фл, к концу первой недели снижается до 100 фл, к году составляет 77-79 фл, затем значения стабилизируются. В этой связи значение MCV может быть использован для проведения дифференциальной диагностики анемий.

По уровню МСН возникает возможность производить разделение анемию на нормохромную, гипохромную и гиперхромную. МСНС - среднее содержание гемоглобина в эритроците относится к одному из наиболее стабильных, генетически детерминированных показателей, которое является наиболее значимым показателем, позволяющими провести оценку как качественных, так и количественных изменений эритроцитарной системы, концентрация гемоглобина в клетке. ЦП, нашими исследованиями установлено, что свидетельством гипохромии является снижения величины ЦП до 0,8 ед. данный факт был более свойственен именно инвазированным детям ( $14,8 \pm 2,85\%$  детей).

**Таблица 7. - Показатели индексов красной крови у детей**

Показатель	Группы исследованных детей		p
	Дети инвазированные гельминтами (n=55)	Дети контрольной группы (n=35)	
СКЭ (MCV), fl	72,53±0,742	82,38± 0,123	<0,001
СОГЭ (MCH), пг	21,97±0,334	32,46± 0,540	<0,001
СКГЭ (MCHC), г/дл	30,87±0,245	35,68± 0,494	<0,001
ЦП, ед.	0,73±0,009	0,92± 0,024	<0,001

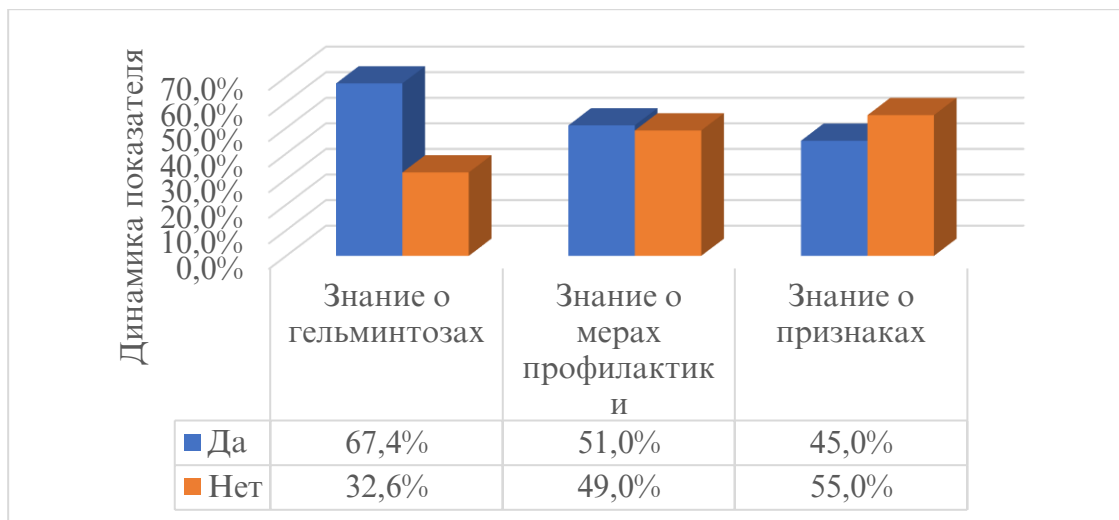
Примечание: Р-статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Следовательно, о снижении токсического воздействия продуктов жизнедеятельности гельминтов можно судить по динамике нормализация уровня гемоглобина и индексов MCV, MCH и MCHC. Основываясь на утвержденные МЗ и СЗН Республики Таджикистан, нормативно правовые документы, проведена работа по оценке уровня знаний семейных врачей, относительно проблем гельминтных инфекций.

Результаты опроса 250 семейных врачей и семейных медсестер, а также 100 матерей, прибывших на прием к семейным врачам, показали, что 89,6% опрошенных врачей имеют достаточно значимый уровень знаний.

Существуют определенные психологические барьеры, среди пациентов, которые в большинстве случаев оказывают негативное влияние на истинную оценку распространенности гельминтозов среди населения. К указанным барьерам

относятся: группа заболеваний, о которых пациентам не всегда удобно говорить. Очень важно именно то, что знаниями о гельминтозах должны быть вооружены не только медицинский персонал, но и учителя, воспитатели, включая также родители, и их дети.



**Рисунок 2. - Ответы матерей на проведенный опрос**

Итоги анкетирования семейных врачей показал, что практически все врачи достаточно осведомлены и владеют необходимой информацией, относительно обсуждаемых проблем, связанных с гельминтозами. Практически все семейные врачи и педиатры были осведомлены о требованиях соответствующих рекомендаций, относительно необходимости 3-кратное исследование кала на выявление глистной инвазии. Указанные требования не всегда четко выполняются родителями, данный факт, именно этот момент может быть достаточно важным барьером низкой выявляемости гельминтов при исследовании фекалий детей.

Другим барьером на пути достоверности получения результатов обследования детей является то, что не всегда четко выполняются необходимые требования к сбору и транспортировке лабораторного материала. Врачи в качестве существенного фактора указывают на то, что на местах имеет место не доукомплектованность лабораторной службы квалифицированными специалистами.

Проведенный опрос (рисунок 2) показал, что более 2/3 матерей имеют представления о обсуждаемой проблеме. Более половины осведомлены о основных путях профилактики данного класса заболеваний, однако в тоже время

столько же опрошенных матерей затруднились ответить на основных признаках данных заболеваний.

## ВЫВОДЫ

1. В структуре гельминтозов продолжает превалировать высокий индекс заболеваемости аскаридозом, энтеробиозом и гименолепидозом. В Республике Таджикистан частота случаев инвазии среди детей составляет 50000 случаев в год, что превышает 1% от общего числа детей. По стране каждый пятый случай заболеваний гельминтозов приходится на детей, проживающих в РРП; доля больных детей гельминтозами в г. Душанбе не превышает 2% от общереспубликанских показателей. Поражению гельминтозами больше предрасположены дети в возрасте от 4 до 14 лет, а инвазивность гельминтами детей, проживающих в сельской местности в 3/4 выше относительно показателей для населения данных регионов [1-А, 3-А,4-А,5-А].
2. Численность детей в семье, существенно влияет на пораженность гельминтозами, в многодетных семьях (4-6 человек) индекс заболеваемости гельминтозами в 2,1 раза выше по сравнению с малодетными (1-3 человек). Ведущими факторами риска повышения заболеваемости гельминтозами остаются факторы, связанные с такими негативными привычками детей, как жевание твердых предметов (кончиков карандашей и пр.), обкусывание ногтей, не соблюдение правил личной гигиены [2-А,3-А,4-А].
3. В структуре клинической картины кишечных гельминтозов превалируют такие симптомы как аллергические проявления -72,3% и дисфункциональные расстройства ЖКТ-75,3%. Боли в животе, характеризующиеся болью вокруг пупка и летучими болями, наблюдались у 31,3% больных детей. Если рассматривать симптомы по отдельным нозологиям, то преобладающими симптомами аскаридоза явились слабость (71,7%), аллергический дерматит и высыпание на коже (68,3%), эозинофилия у 31,7%; при энтеробиозе - снижение аппетита (48,3%), боли вокруг пупка (55,2%), аллергический дерматит (43,1%), анальный зуд (62,1%) и вагинальный дискомфорт у девочек (24,1%). При

гименолепидозе у 37,5% детей наблюдаются слабость и утомляемость, у 34,4% – аллергический дерматит и крапивница [2-А,4-А,6-А,7-А].

4. Гельминтозы существенно влияют на физико-химические свойства эритроцитов, приводящие к достоверному снижению основных показателей красной части крови (эритроциты- $3,11 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 115,2 г/л) гематокрит -33,5%) [4-А,8-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. В процессе медицинских осмотров и диспансеризации детей, необходимо организовать лабораторную диагностику на предмет выявления гельминтозов.
2. В семье, в дошкольных учреждениях и школах повысить навыки личной гигиены, проводить разъяснительную работу по повышению санитарной культуры и медицинской активности родителей и детей.
3. Для повышения уровня санитарной грамотности школьников и их родителей разработаны и рекомендованы памятки по профилактике кишечных гельминтозов у детей.
4. Активизировать работу по профилактике гельминтозов среди детей, проживающих в сельской местности, привлекать партнерские организации к проведению декадников дегельминтизации детей как в городах, так и на селе.
5. Проводить регулярные семинары и симпозиумы по актуальным вопросам профилактики кишечных гельминтозов среди семейных врачей и семейных медицинских сестёр. Повысить уровень медико-санитарных знаний среды населения, прежде всего детей, начиная с дошкольного возраста (ясли, сады), силами семейных врачей и медицинских сестёр. При этом особое внимание уделять местным программам телерадиовещания. В школьных учебных программах предусмотреть проведение практических занятий с детьми по гигиеническому воспитанию с использованием наглядных средств и пособий.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллоева М.А. Паразитарная пораженность населения Таджикистана: диагностика, выявляемость, структура инвазий [Текст] / М.А. Абдуллоева, К.М. Курбонов, Т.М. Хамидова // Лечащий врач. - 2019. - №1. - С. 24-29.
2. Берникова С.М. Изменение некоторых показателей общего анализа крови у детей при различных гельминтозах [Текст] / С.М. Берникова, Е.М. Захарова // Научно электронная библиотека. - 2021. - №2. - С.390-394.
3. Бронштейн А.М. Гельминтозы органов пищеварения: проблемы диагностики и лечения [Текст] / А.М. Бронштейн, В.И. Лучев, Н.А. Малышев // Рос. мед. журн. - 2020. - № 7(2). - С. 67-69.
4. Гуреев С.Ю. Механизмы возникновения анемий при инвазиях [Текст] / С.Ю., Гуреев, Е.А. Богочанов, В.С. Харитонов // Тверской медицинский журнал. - 2021. - №1. - С.49-51.
5. Ортикова М. М. Распространенность часто встречаемых глистных инвазий в республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи [Текст] / М. М. Ортикова // Дис.к.м.н., Душанбе. - 2019. - 153с.
6. Саидмурадова Г.М. Особенности изменений гематологических показателей при сочетании вирусного гепатита, а с кишечными гельминтозами у детей [Текст] / Г.М. Саидмурадова, М.С. Фузайлова // Паёми Сино» («Вестник Авиценны»). - 2018. - С.71-74.
7. Турбабина Н.А. Современная ситуация и ареал аскаридоза в России [Текст] / Н.А. Турбанина, Л.Ф. Морозова // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2019. - №1 - С.41-47.
8. Федорова Е.А. Энтеробиоз у детей и его влияние на развитие желудочно-кишечных заболеваний [Текст] / Е.А. Федорова // Педиатрия и гастроэнтерология. - 2019. - №4. - С. 18-24.
9. Кузнецова В. П. Энтеробиоз и аскаридоз у детей: клинические проявления и методы диагностики [Текст] / В.П. Кузнецова, Н. А. Беляева // Детская инфекция. - 2019. - Т.18. - №1. - С.12-18.

10. Шишова А.В. Медико-социальные аспекты профилактики и лечения гельминтозов у детей [Текст] / А.В. Шишова, Я.М. Решетнев // Вестник науки. - 2023. - №12. - С. 1277 - 1281.
11. Хасанов З.Г. Распространенность аскаридоза, энтеробиоза и лямблиоза среди населения Республики Таджикистан в современных социально-экономических условиях. [Текст] / З.Г. Хасанов, З.Д. Фатихова, О.Х. Саидова, Ф.И. Одинаев, Одинаев Ш.Ф. // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - №3. - С.57-63.
12. Халафли Х.Н. Социально-эпидемиологический анализ распространения гельминтозов среди детей [Текст] / Х.Н. Халафли // Фундаментальные исследования. - 2019. - №3 - С.138-143.

## **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А] Сафаров, Ҷ.М. Басомади паҳншавии бемориҳои паразитӣ дар кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Текст] / Ҷ.М. Сафаров // Илм ва фановарӣ. - 2024. - №4. – С. 107-112.
- [2-А] Сафаров, Ҷ.М. Омилҳои иҷтимоӣ ва маишии паҳншавии гелминтозҳо дар кӯдакон [Текст] / Ҷ.М. Сафаров, М.С. Талабзода, Х.Б. Давлатзода // Авҷи Зӯҳал. - 2025. - №3. - С.83-89.
- [3-А] Сафаров, Дж.М. Влияние поведенческих факторов на частоту и интенсивность распространения гельминтозов у детей [Текст] / Дж.М. Сафаров, М.С. Талабзода, А. Вохидов // Наука и инновация. - 2025. - №2. – С. 13-18.
- [4-А] Сафаров, Ҷ.М. Паҳншавии гелминтозҳои рӯдавии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Текст] / Ҷ.М. Сафаров, М.С. Талабзода, Р.А. Турсунзода // Евразийский научно-медицинский журнал. - 2025. – Том 6. - №3. – С.130-138.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференций**

- [5-А] Сафаров, Дж.М. Некоторые результаты оценки эпидемиологии гельминтозов у детей [Текст] / Дж.М. Сафаров, Ф.Ч. Каюмова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным

участием «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». – Душанбе. - 2024. – С. 32

[6-А] Сафаров, Дж. М. Особенности микрофлоры кишечника у детей при гименолепидозе /Дж. М. Сафаров, Н.А. Бурхонова [Текст] // Материалы Республиканской научно-теоретической конференции профессорско-преподавательского состава и сотрудников ТНУ, посвящённой «30-летию принятия Конституции Республики Таджикистан», «Объявлению 2024 года - Годом правового просвещения» и «20-летию изучения и развития естественных, точных и математических наук в сфере науки и образования (2020-2040 годы)». – Душанбе. - 2024. – С. 387-390.

[7-А]. Сафаров, Дж.М. Особенности клинического течения энтеробиоза с лямблиозом у детей [Текст] /Дж. М. Сафаров, Н.А. Бурхонова //Материалы Республиканской научно-теоретической конференции профессорско-преподавательского состава и сотрудников ТНУ, посвящённой «30-летию принятия Конституции Республики Таджикистан», «Объявлению 2024 года - Годом правового просвещения» и «20-летию изучения и развития естественных, точных и математических наук в сфере науки и образования (2020-2040 годы)». – Душанбе. - 2024. – С.384-387.

[8-А] Сафаров, Дж. М. Частота выявления симптомов железодефицитных анемий среди детей с гельминтозами в зависимости от возраста [Текст] / Дж.М. Сафаров, М.С. Талабзода// Материалы Республиканской научно-теоретической конференции профессорско-преподавательского состава и сотрудников ТНУ, Душанбе. - 2025. – С.837-844.

#### **Учебно-методическое пособие**

1. Сафаров, Дж.М. Контактные гельминтозы у детей / М.С. Талабзода // Учебно-методическое пособие. – Душанбе. - 2025. – 32 с.

## Перечень сокращений, условных обозначений

АТ -	Антитела
ВОЗ -	Всемирная организация здравоохранения
ГОУ -	Государственное образовательное учреждение
ГЦЗ -	Городской центр здоровья
ГУ ГКДИБ -	Государственное учреждение «Городская клиническая детская инфекционная больница»
ДДУ -	Детское дошкольное учреждение
ИМТ -	Индекс массы тела
ИГ-	Иммуноглобулины
ИФА -	Иммуноферментный анализ
ЖДА -	Железодефицитная анемия
ЛПУ -	Лечебно - профилактические учреждения
МЗ и СЗН РТ-	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
ОАК -	Объём артериальной крови
ООН -	Организация Объединенных Наций
РРП -	Районы республиканского подчинения
СОЭ -	Скорость оседания эритроцитов
СОГЭ -	Средний объём гемоглобина в эритроцитах
СКЭ -	Средняя концентрация эритроцитов
СКГЭ -	Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах
СНГ -	Содружество Независимых Государств
ПМСП -	Первичная медико-санитарная помощь
ЦП -	Цветной показатель
ЩФ -	Щелочная фосфатаза

## АННОТАТСИЯ

Сафаров Чума Муминович

### "Басомади паҳншавӣ ва аломатҳои клиникаию гематологии гельминтозҳои рӯдавӣ (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз) дар кӯдакон"

**Калидвожаҳо:** гельминтозҳо, паҳншавӣ, кӯдакон, шаҳр, деҳот, усулҳои пешгирии, омилҳои хавф, нишондодҳои гематологӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши басомади паҳншавӣ, нишондоди беморшавӣ, аломатҳои клиникаию гематологии гельминтозҳои рӯдавӣ барои татбиқи самараноки чорабиниҳои коҳиш додани паҳншавии онҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Арзёбии ретроспективи 415 таърихи беморӣ гузаронида шуд, ки аз онҳо 365 (87,9%) кӯдаконе буданд, ки барои табобати статсионарӣ дар МД «Беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакона»-и ш. Душанбе бо бемории гельминтӣ бистарӣ карда шуда буданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 50 (12,0%) кӯдакони солим аз ҳамон гурӯҳи синну сол иборат буд, ки гирифтори инвазияҳои гельминтӣ набуданд. Синну соли кӯдакон аз 2 то 14 сол буд. Таҳлили манзараи чараёни клиникаи гельминтозҳои рӯдавӣ, таҳқиқоти нишондиҳандаҳои умумии хуни 150 нафар кӯдакон гузаронида шуд. Бо усули пурсиш таввасути назарсанҷӣ (анкета) дар байни 250 нафар табибон ва ҳамшираҳои оилавӣ, ки дар Маркази саломатии шаҳри Душанбе кор мекунанд, инчунин 100 нафар модароне, ки барои қабули табибони оилавӣ омадаанд, пурсиш гузаронида шуд. Ҳамаи маводи рақамии бадастомада бо истифода аз барномаҳои махсуси компютерӣ коркарди оморӣ карда шуд.

**Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии илмӣ.** Муқаррар карда шуд, ки дар байни кӯдакон дар ҷумҳурии Тоҷикистон шумораи миёнаи онҳое, ки ба бемориҳои гельминтӣ гирифтور мешаванд, аз 1 фоиз зиёд буда, дар як сол аз 50 ҳазор нафар зиёд нест. Шумораи бештари кӯдакони гирифтори гельминтозҳо беморони синни 4-14 сола буданд, ки 43% ҳолатҳоро ташкил

медод. Дар аксари мавридҳо, кӯдакон ба одатҳои бад майл доранд, ки ба саломатии онҳо таъсири назаррас мерасонанд. Омилҳои асосии хавф барои афзоиши пайдоиш ҳодан аз ашёи саҳт (нӯги қалам ва ғайра), газидани нохунҳо ва риоя накардани гигиенаи шахсӣ мебошанд. Шумораи кӯдакон дар оила ба паҳншавии гелминтозҳо таъсири назаррас мерасонад. Дар оилаҳои серфарзанд сатҳи паҳншавӣ нисбат ба оилаҳои, ки фарзанди кам доранд, 2,1 маротиба зиёдтар аст. Дар сохтори манзараи клиникӣ гелминтозҳои рӯдавӣ нишонаҳои зуҳуроти алергикӣ - 72,3% ва ихтилоли системаи ҳозима - 75,3% бартарӣ доранд. Нишон дода шудааст, ки гелминтоҳо ба хосиятҳои физикию химиявии ҳуҷайраҳои сурхи хун таъсири назаррас мерасонад, ки боиси коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои асосии ҳуҷайраҳои сурхи хун мегарданд.

**Тавсияҳо барои истифода:** Натиҷаҳои бадастоварда, ҷанбаҳои назариявӣ ва методологӣ, метавонанд дар ҷараёни таълими донишгоҳҳои тиббӣ истифода шаванд. Ҳангоми муоинаи тиббӣ ва диспансеризатсияи кӯдакон, ташҳиси лабораторӣ барои ёфти гелминтозҳо ташкил карда шавад. Барои баланд бардоштани маърифати кӯдакон ва модарон дар бораи пешгирии бемориҳои гелминтӣ ёддоштҳо пешниҳод шудааст, ки ба коҳиши гирифтورشавӣ ба беморшавӣ дар кӯдакон мусоидат мекунад. Дар асоси маълумотҳои рисолаи мазкур дастури таълимӣ - методии «Гелминтозҳои тамосӣ дар кӯдакон», таҳия шудааст.

**Соҳаи татбиқ:** эпидемиология, бемориҳои сироятии кӯдакон, педиатрия, тибби оилавӣ.

## АННОТАЦИЯ

Сафаров Джума Муминович

### «Частота распространённости и клинико - гематологические признаки кишечных гельминтозов (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз) у детей»

**Ключевые слова:** гельминтозы, распространённость, дети, город, село, пути профилактики, факторы риска, гематологические показатели.

**Цель исследования.** Изучить частоту распространённости, показатели заболеваемости, клинико - гематологические признаки кишечных гельминтозов для эффективного внедрения мер по снижению их распространённости.

**Материал и методы исследования.** Проведена ретроспективная оценка 415 историй болезни, из которых 365 (87,9%) - дети, госпитализированные для стационарного лечения в ГУ «Детская клиническая инфекционная больница» г. Душанбе с гельминтозами. Контрольную группу составили 50 (12,0%) здоровых детей той же возрастной группы, не инфицированных гельминтами. Возраст детей составлял от 2 до 14 лет. Был проведён анализ клинической картины течения кишечных гельминтозов, исследование общих показателей крови 150 детей.

В ходе исследования были опрошены 250 семейных врачей и медицинских сестёр, а также 100 матерей исследуемых детей с использованием специально разработанного вопросника.

Все полученные цифровые материалы были статистически обработаны с использованием специальных компьютерных программ.

**Полученные результаты и их новизна.** Установлено, что среди детей в Республике Таджикистан среднее число инфицированных гельминтозами не превышает 1%, и не превышает 50 тысяч человек в год. Наибольшее число детей, инфицированных паразитами, приходится на возраст 4-14 лет, что составляет 43% случаев. В большинстве случаев дети склонны к вредным привычкам, которые существенно влияют на их здоровье. Основными факторами риска повышения заболеваемости являются жевание твердых предметов (кончиков карандашей и т. д.), обгрызание ногтей и соблюдение правил личной гигиены. Количество детей в

семье оказывает существенное влияние на заболеваемость гельминтозами. В многодетных семьях заболеваемость в 2,1 раза выше, чем в семьях с малолетними. В структуре клинической картины кишечных гельминтозов преобладают такие симптомы как аллергические проявления -72,3% и дисфункциональные расстройства ЖКТ-75,3%. Установлено, что гельминтозы существенно влияют на физико-химические свойства эритроцитов, приводящие к достоверному снижению основных показателей красной части крови

**Рекомендации по использованию.** Полученные результаты, теоретические и методические аспекты, могут быть использованы в учебном процессе медицинских вузов. В процессе медицинских осмотров и диспансеризации детей организовать лабораторную диагностику на предмет выявления гельминтозов. Для повышения осведомлённости детей и матерей о профилактике кишечных гельминтозов разработаны памятки, способствующие снижению заболеваемости среди детей. На основе данных данной работы разработано учебно-методическое пособие «Контактные гельминтозы у детей».

**Область применения:** эпидемиология, детские инфекционные болезни, педиатрия, семейная медицина.

## ANNOTATION

**Safarov Chuma Muminovich**

**"Frequency of prevalence and clinical and hematological signs of intestinal helminthiasis (ascariasis, enterobiasis, hymenolepiasis) in children"**

**Keywords:** helminthiasis, prevalence, children, urban, rural, prevention methods, risk factors, hematological parameters.

**Purpose of the work:** To study the prevalence rate, morbidity rates, and clinical and hematological signs of intestinal helminthiasis for the effective implementation of measures to reduce their prevalence.

**Material and methods:** A retrospective evaluation of 415 case histories was conducted, of which 365 (87.9%) were children hospitalized for inpatient treatment at the Dushanbe Children's Clinical Hospital for Infectious Diseases with helminthiasis. The control group consisted of 50 (12.0%) healthy children of the same age group who were not infected with helminths. The children ranged in age from 2 to 14 years. A prospective analysis of the clinical course of intestinal helminthiasis and a blood test were conducted on 150 children. The study included interviews with 250 family physicians and nurses, as well as 100 mothers of the children studied, using a specially developed questionnaire. All digital data were statistically processed using specialized computer programs.

**The obtained results and their novelty.** It was found that the average incidence of helminth infections among children in the Republic of Tajikistan does not exceed 1%, and does not exceed 50,000 per year. The highest number of children infected with parasites is aged 4-14 years, accounting for 43% of cases. In most cases, children are prone to bad habits that significantly impact their health. The main risk factors for increased incidence include chewing hard objects (pen and pencil tips, etc.), nail biting, and poor personal hygiene. The number of children in a family significantly influences the incidence of helminthiasis. In large families, the incidence is 2.1 times higher than in families with few children. The clinical picture of intestinal helminthiasis is dominated by symptoms such as allergic reactions (72.3%) and gastrointestinal dysfunction (75.3%). Helminthiasis has been shown to significantly affect the physicochemical

properties of red blood cells, leading to a significant decrease in the main parameters of the red blood cell count.

**Recommendations for use:** These results, including their theoretical and methodological aspects, can be used in the educational process at medical universities. Laboratory diagnostics for helminthiasis should be organized during medical examinations and screenings of children. To raise awareness among children and mothers about the prevention of intestinal helminthiasis, leaflets have been developed to help reduce the incidence of helminthiasis among children. Based on the data from this study, a scientific and methodological manual, "Contact Helminthiasis in Children," has been developed.

**Application are:** epidemiology, childhood infectious diseases, pediatrics, family medicine.