

и более, тогда как среди здоровых с таким значением ИН лишь 8,6%.

Сравнительный анализ показателей МАСР больных с АГ и здоровых лиц с наличием и без наличия факторов риска развития ССЗ позволил установить ряд количественных критериев оценки и прогнозирования степени напряжения регуляторных механизмов

Выводы.

Анализ динамики показателей МАСР показывает, что наблюдается повышение степени напряжения регуляторных механизмов при действии стресса (факторы риска и болезнь), что выражается в увеличении значения амплитуды моды, индекса напряжения, уменьшении σ , моды и вариационного разброса, характеризующего степень вариативности сердечного ритма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М.: Медицина, 1979. 298 с.
2. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача). СПб: СПбГМА им. И.И.Мечникова, 1997. 298с.
3. Руководство по первичной медико - санитарной помощи. М.: Гэотар - Медиа, 2006. С. 314 - 332.
4. Шукуров Ф.А. Оценка и прогнозирование

индивидуальной адаптации человека к высокогорью: Автореферат дис. доктора мед. наук. Душанбе, 1996. 41 с.

Зокирова Қ.А., Махмудова Р.У., Махмудова П.У.

Нишондодҳои асосии математикавии назми дил дар инсонҳои сохат, инсонҳои бо омилҳои хатар ва дар бемориҳои бо фишорбандӣ.

Таҳлили нишондодҳои математикавии назми дили аз баландшавии дараҷаи шиддати механизмҳои танзими дар зери таъсири стресс (омилҳои хатар ва беморӣ), ки бо баландшавии нишондодҳои амплитудай мода, индекси шиддат, пастшавии тағирпазирии квадратии миёнави ва нишондодҳои вариатсионӣ, ки дараҷаи тағирёбандагии назми дилро тавсиф мекунанд, шаҳодат медиҳанд.

Kasimova S., Davlatmamadova M.

Mathematical indicators of cardiac rhythm for health pupil, with factory risk and patients arterial hypertension.

Mathematical indicators of cardiac rhythm analysis show an increase in regulatory mechanisms under the influence of stress (risk factors and illness) - amplitude mode and tension index increase, while standard deviation, mode, and variation spread decrease - characterizing the degree of heart rate variability.

Закирова Қ.А., Махмудова Р.У., Махмудова П.У.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра физиатрии ТИППМК

Ключевые слова: туберкулёз, медико-социальные и гигиенические факторы, профилактика, Республика Таджикистан

Актуальность. В настоящее время, согласно официальным статистическим данным ВОЗ, 1/3 населения планеты (2 млрд.) инфицировано туберкулезом (ТБ) и приблизительно у 10% инфицированных людей заболевание развивается на протяжении их жизни. Ежегодно 8-9 миллионов людей планеты заболевают активной формой туберкулеза и притом 2-3 миллиона умирают. От туберкулеза погибает 5.000 человек в день. На долю развивающихся стран приходится 95% заболеваний туберкулёзом, регистрируемых в мире, и 98% случаев смерти от этой ин-

фекции. Около 75% случаев туберкулёза регистрируются у людей трудоспособного возраста 15-50 лет [2,3,5].

Глобальной проблемой представляется рост туберкулеза с множественными лекарственно устойчивыми формами, рост заболеваемости туберкулезом в период эпидемии СПИДа. У лиц, пребывающих в местах лишения свободы, туберкулез в 50 раз, а смертность в 28 раз выше, чем в гражданском секторе, что представляет реальную угрозу эффективному контролю над туберкулезом. Ситуация по ТБ в Европейском регионе ВОЗ (ЕРВ) тоже остается весьма серь-

езной, и ежегодно десятки тысяч людей умирают от этой болезни [1, 3, 4].

В Центрально-Азиатском регионе с 1990 по 1995 год отмечалось снижение показателей заболеваемости туберкулезом, - это, скорее всего, было связано с недорегистрацией. С 2000 года отмечается рост этого показателя в среднем от 51,0 до 130 случаев на 100 тысяч населения в 2007 году. Аналогичные показатели заболеваемости туберкулезом отмечаются и по Республике Таджикистан, с 2002 года отмечается рост показателя заболеваемости с 49,6 до 86,2 в 2007 году и 84,3 случаев на 100 тысяч населения в 2009г. [5, 6].

Основной причиной роста и распространённости туберкулеза ВОЗ считает бедность и неблагоприятные социальные факторы. Существенные изменения в характеристике состояния здоровья населения Республики Таджикистан внесли социально-экономические преобразования после приобретения независимости. В результате политической нестабильности более 100 000 жителей стали беженцами, усилились миграционные процессы. Это повлияло на все сферы экономики республики, и Таджикистан стал одним из беднейших государств Центральной Азии. По официальным данным Всемирного банка, в 1998 году 85%, в 2006 году 61% населения республики живут за чертой бедности. Политические и этнические конфликты привели страну к социально - экономическому кризису. Рост числа безработных, низкий доход работающей части населения, отсутствие социальной поддержки неработающей части населения, бедность и усиливающийся разрыв между богатыми и бедными слоями населения, однообразное неполноценное питание среди детей и подростков, неудовлетворительное санитарное состояние населённых пунктов, в том числе водоснабжения и канализации, явилось основными факторами, способствующими ухудшению эпидемиологического состояния по туберкулезу в стране [2-5].

Кроме того, недостаточное финансирование противотуберкулезных мероприятий, позднее обращение больных в медицинские учреждения, отток высокоспециализированных кадров, демографические процессы усугубили эту ситуацию. Этот многочисленный комплекс негативных политических, экономических, социально-гигиенических и медико-биологических факторов привел к росту социально-значимых заболеваний, в том числе туберкулёза [1, 3, 5, 6].

Цель работы. Изучить влияние социально-гигиенических и экономических факторов на рост и распространение туберкулезных больных, госпитализированных в туберкулезные учреждения.

Материал и методы исследований. Путем анкетирования 2027 больных туберкулезом, госпитализированных в Республиканскую клиническую туберкулезную больницу поселка Мачетон, противотуберкулезные стационары Хатлонской области и Турсун-задевского района проведен социологический опрос по выявлению социального положения больных. В результате была получена и проанализирована информация о числе работающих и неработающих членов семьи, количестве иждивенцев на каждого работающего, количестве детей, подростков, пенсионеров и домохозяек, месячном доходе на каждого члена семьи, обеспеченность жильем и занимаемой площадью на каждого проживающего, наличия удобств, социально-гигиеническое состояние семьи; период диагностики туберкулеза с момента обращения пациентов до постановки окончательного диагноза туберкулеза; качество обслуживания врачей фтизиатров.

Результаты исследования и их обсуждение. Путем опроса выявлено, что из общего числа 2027 опрошенных туберкулезных больных 73% составляют жители сельской местности, 27% городских, мужчины 71,3%, женщины 28,7%. Из общего количества 87,2% выделяли МБТ. Туберкулез органов дыхания был у 82% больных, а внелегочные формы туберкулеза - у 18% больных. В зависимости от длительности заболевания впервые заболевшие составили 78,1%, хронической формой туберкулеза - 15,7%, рецидивами болезни - 6,2%.

По социальному положению: служащие (5,8%); рабочие 441 (21,7%); неработающие 1071 (52,8%); пенсионного возраста 321 (15,8%); бизнесмены 76 (3,7%). Из них лица самого трудоспособного возраста (от 15 до 50 лет) из общего числа опрошенных с активным туберкулезом составили 78,5%.

Количество иждивенцев на одного работающего свыше 10 человек составляет среди больных 27,4%, в основном это те семьи, у которых работоспособные члены или глава семьи, оставляя своих детей, выезжают за пределы республики на случайные заработки. А количество иждивенцев на одного трудоспособного от 7 до 8 человек приходится у 3%, от 4 до 6 человек - у 3,9% и до 3 человек - у 6,4% больных.

С целью выявления своевременности диагностики и получения адекватного лечения из 2027 респондентов на вопрос: "Сколько времени лечились у других врачей?", ответили: в течение 10-15 дней 32,2%; в течение одного месяца 23,0%; до 3 месяцев 21%; до 6 месяцев 8,0%; более одного года 9,6%. Из количества опрошенных туберкулезных

больных 61,4% обращались к фтизиатру своевременно, 14,5% считали себя здоровыми; 15,1% больных думали, что имеющиеся клинические симптомы скоро пройдут; 4,8% обратились после кровохаркания и 3,2% лечились у знакомых врачей.

На вопрос: "Через какое время от начала болезни выставлен диагноз туберкулез?", получены следующие ответы: в течение одного месяца - 61,4%; через два три месяца - 20,9%; через 4-6 месяцев - 8,0% и через год - 9,6%, в основном больные с внелегочными формами туберкулеза.

На вопрос: "Благоустроена ли Ваша жилплощадь?", получены ответы "да" в 2,8% и ответы "нет" в 97,2%. Обеспеченность жилплощадью менее 9 квадратных метров на одного члена семьи отмечена у 87% больных, что свидетельствует о большой скученности, которая способствует быстрому распространению туберкулезной инфекции. Данный показатель остаётся высоким среди безработных и составляет 49,1%, у работающих - 19,6%, пенсионеров - 14,5%, служащих - 3,5% и у бизнесменов - 0,3%. Только у 10% больных туберкулезом обеспеченность жилплощадью на одного члена семьи составляет по 10-12 квадратных метров.

Также изучено количество заболевших туберкулезом в одной семье. Получены следующие результаты: один человек в семье - 76,7%, двое - 19,3%, трое - 1,8%, четыре человека - 0,1%. Таким образом, количество больных туберкулезом более двух человек в одной семье составляет 22,5%, что свидетельствует о росте лекарственно устойчивых форм туберкулеза, 70,5% болели туберкулезом в течение 1-2 лет; 21,3% в течение 3-4 лет; 8,2% в течение 5-6 лет.

Изучено также качество оказываемой противотуберкулезной помощи врачами фтизиатрами. На вопрос: "Удовлетворены ли Вы работой врача-фтизиатра?", "да" ответили 92% опрошенных, "нет" - 8%, в основном больные с хроническими формами туберкулеза.

Таким образом, изучение влияния социальных факторов на качество жизни различных групп населения показало, что лица, страдающие туберкулезом, отличалась от противоположенной группы: 92,0% - это социально незащищенные слои населения с месячным доходом ниже среднереспубликанского прожиточного минимума почти в 10 раз, безработные, пенсионеры и рабочие с более низким доходом на одного члена семьи, низким уровнем образования (67%), большим числом безработных (более чем в 2 раза), низким уровнем образования (более чем в 3 раза), неудовлетворительными жилищно-

бытовыми и санитарными условиями проживания (в 4 раза), большой скученностью (87% больных проживают менее чем на 9 кв.м.), с большим числом иждивенцев на одного работающего (более 10 человек - в 29 раз), большой долей лиц с тяжелыми бытовыми условиями, неполноценным питанием (дефицит белков и витаминов в рационе), низкой санитарной грамотностью по вопросам туберкулеза.

Заключение. Здоровье населения зависит от влияния социально-гигиенических и экономических факторов. В неблагоустроенных условиях жизни проживает более 92,0% больных туберкулезом. Из общего количество респондентов 87,8% составляют больные с неудовлетворительными жизненными условиями. Обеспеченность жилой площадью ниже санитарной нормы (менее 9 кв.м. на одного человека), месячный доход ниже прожиточного минимума, больные в основном из многодетных семей. Рост числа безработных, большая скученность и низкий месячный доход предрасполагают к более высокому росту и распространённости заболеваемости туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишеров. Достижения и проблемы борьбы с туберкулезом в Кыргызской Республике. // Международная конференция, посвященная вопросам "Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии". 2008. С. 32-35.
2. Аксенова В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей в Рос-сии. // Всеросс. Научно-практич. Конф. СПб., 2003. С. 82.
3. ВОЗ. Руководство для программной терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза. Женева, ВОЗ, 2006; ВОЗ/НТМ/ТБ/2006. 361 с.
4. Гомгобарам Цогт. Стратегия: "Остановить туберкулез": результаты 2006 год и перспективы. //Международная конференция, посвященная вопросам "Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии". 2009. С. 42-43.
5. Закирова К.А. //Международная конференция, посвященная вопросам "Глобального контроля за туберкулезом в странах Центральной Азии". 2010. С.113.
6. Темуров А., Бобоходжаев О. Национальная стратегия действий по борьбе с туберкулезом в Республике Таджикистан. //Международная конференция, посвященная вопросам "Глобального контроля за туберкулезом в странах Центральной Азии". 2006. С. 11

Косимова С.Х., Давлатмамадова М.Б.

Kasimova S., Davlatmamadova M.

Таъсири омилҳои иқтисодӣ ва иҷтимоӣ ба паҳншавии бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

The influence special hygien on the factor on distribution tuberculosis in Tajik Republic

Саломати аҳоли аз таъсири ҳолати иқтисодӣ, иҷтимоӣ ва санитарӣ-гигиенӣ вобастагӣ дорад, 92% беморони гирифтори сил дар шароити гайриқаноатбахш, ки ҳаҷми хонашон бо ҳар як нафар аз 9 метри квадрати кам мебошад, ва даромади оила ба ҳар як нафар шахси дар оила буда аз 20 сомони кам ва оилаҳои серфарзанд мебошанд. Зиёд шудани бекорон, хучраҳои танги ҷойи зист, маблағи моҳонаи ночиз, ба тез паҳншавӣ ва зиёд гаштани бемории сил мусоидат менамояд.

Population health depends on influence socially-hygienic and economic factors. In uncomfortable living conditions lives more than 92,0 % of patients. Of the general quantity of respondents of 87,8 % make sick of unsatisfactory vital conditions. Security a floor space below a sanitary code, (less than 9 sq.m. on one person), the monthly income below a living wage and patients basically from large families. Growth of number of the unemployed, the big density and the low monthly income contribute to higher growth and prevalence of dis-ease of a tuberculosis.

Касимова С.Д., Давлатмамадова М.Б.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ГЕЛЬМИНТНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ЧЕТЫРЕХ ПИЛОТНЫХ РАЙОНОВ ПРОЕКТА СИНО В ТАДЖИКИСТАНЕ

Курс эндокринологии при кафедре терапии ТИППМК
Республиканский клинический центр эндокринологии

Ключевые слова: йоддефицитные заболевания, концентрация йода в моче, эндемический зоб, кишечные паразитные инфекции.

Актуальность. Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) являются одними из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека [1, 3]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приблизительно у двух миллиардов людей на земном шаре отмечается недостаточное потребление йода, включая одну треть детей школьного возраста [5, 6].

Проведенными в различных регионах земного шара исследованиями установлено также, что приблизительно одна треть населения в мире заражена как минимум одним из видов гельминтов, передаваемых через почву [4]. В частности, высокий риск заболевания имеют дети дошкольного и школьного возрастов.

Снижение физических способностей, замедление роста, а самое главное - снижение интеллектуального развития и процессов познания являются негативными последствиями, которые возникают у детей из-за дефицита йода, железа, а также тяжелой глистной инвазии.

Республика Таджикистан является частью Центральной Азии. Окруженная горами страна насчитывает более 7 миллионов жителей, большинство которых живут в сельской местности. Административно-политический состав состоит из 4 административно-территориальных делений: Согдийская область на северо-западе, Хатлонская область на юго-западе, Горно-Бадахшанская Автономная область (ГБАО) на востоке и Районы Республиканского Подчинения (РРП) в центре. Малые административные единицы в районах называются джамоатами и включают в себя 10-20 кишлаков. Несмотря на растущую экономику в последние годы, две трети населения имеет доход менее 2,15 долларов США в день.

Предшествующей информации о распространенности ЙДЗ, сочетающейся с глистной инвазией, у школьников Таджикистана нам в литературе не встречалось. В общем ЙДЗ и гельминты, передаваемые через почву, представляют проблему для здравоохранения в Таджикистане [2, 3]. В связи с этим проведе-