

- Ital. Chir. - 2008. - N.79.- P. 255-260.
12. Mazuski J.E. Intra-abdominal infections. / J.E. Mazuski, J.S. Solomkin // J. Surg. Clin. North. Am. - 2009. - N 89. - P.421-437.
13. Shein M., Marshall J. Eds. Source control. A Guide to Management of Surgical Infection. -Springer Berlin, Heidelberg.- New York, 2002.- 467 p.
14. Wichmaun M.W. Intensive Care / M.W. Wichmaun, D. Luthorn, И.И. // J. Med. 2000. -N1. - P.167-172.

Акилов Х.Д., Кахаров М.А., Сидиков А.У.

Плановая релапаротомия в лечении терминальной стадии общего перитонита

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 61 пациента, поступивших в клинику в терминальной стадии перитонита. Наряду с комплексом современных лечебно-диагностических мероприятий, авторами изучена прогностическая значимость МПИ и ее корреляция с числом плановых санаций брюшной полости и ЧМТ. Это позволило выявить наиболее тяжелый контингент больных, снизить общую летальность до 22,9%. Изучена динамика изменения ЧМТ в ходе плановых санаций брюшной полости, что позволило оптимизировать тактику лечения этой категории пациентов. Исследования в данном направлении продолжаются. Акилов Х.Д., Кахаров М.А., Сидиков А.У.

Релапаротомия нахшави дар табобати мархилаи терминалии перитонити фарогир

Натиҷаҳои табобати ҷарроҳии 61 беморони ба беморхона воридшуда дар мархилаи терминалии перитонити фарогир дар қор таҳлил карда шуд. Дар баробари ҷорабиниҳои маҷмуии замонавии муолиҷавӣ - таъхисӣ аз ҷониби муаллиф моҳияти пешгуи зарурии Индекси перитонити мангейми омукта шудааст ва мувофиқати он бо миқдори тозакунии нахшавии ковокии шикам ва адади ҷисмҳои микробӣ оварда шудааст. Ин имкон медиҳад, ки беморони вазнин дарёфт карда шуда ғавтнокиро то 22, 9% кам мекунад. Тағйирёбии адади ҷисмҳои микробӣ дар ҷараёни санатсияи нахшавии ковокии шикам омукта шуд ва он ба мо имконияти беҳбуди дар тактикаи табобати ҳамин гуна беморонро пайдо кунонд. Татқиқот дар ҳамин равиҷ давом дорад.

Akilov H.D., Kaharov M. A., Sidikov A. U.

Planned the reiaparotomiya in treatment of the terminal stage of the general peritonitis

We analyzed the results of surgical treatment of 61 patients admitted to hospital in the terminal stage of peritonitis. Along with a complex of modern medical diagnostic measures the authors studied the prognostic significance of MPI, which allowed surgeons to concentrate on the most difficult group of patients. The dynamics of change in the number of microbial cells during the planned renovation of the abdomen that will optimize the treatment policy for these patients. Research in this direction is continuing.

Ахмедов А.А., Бобоходжаева М.О., Касымова М.К., Назирова М.А., Хусаинова А.А.

ТЕНДЕНЦИИ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ТИППМК
Городской центр репродуктивного здоровья г. Душанбе

Ключевые слова: рождение, рождаемость, коэффициенты рождаемости, типы рождаемости, смертность, естественный прирост, воспроизводство.

Актуальность

Прогресс в области устойчивого развития определяется рядом факторов, существенно влияющих на показатели демографического развития, в том числе динамика рождаемости, смертности и естественного прироста.

Демографическое развитие, его состояние играют решающую роль в эффективном решении экономических, социальных, экологических, этнических, политических и других проблем.

Среди всех процессов естественного движения населения в последние 15 лет в Республике Таджикистан наибольшие перемены произошли в рождаемости, от уровня и тенденций которой решающим образом зависит режим воспроизводства населения.

В 1990-х годах уровень рождаемости в странах Восточной Европы и ряде бывших Советских республик резко упал. Сейчас здесь наряду со странами Южной Европы наблюдается самый низкий уровень рождаемости в мире. В большинстве Европейских стран бывшего социалистического лагеря суммарный коэффициент рождаемости находится в интервале от 1,1 до 1,3 рождений на 1 женщину. Это привело к тому, что в 2000 году доля детского населения в этой части Европы существенно сократилась.

В России доля детского населения меньше, чем в таких странах, как Великобритания, Норвегия, США, Австралия, Франция, Швеция [4].

Цель работы

Изучить тенденции воспроизводства населения Республики Таджикистан, определить современные факторы, влияющие на рождаемость и динамику изменения рождаемости в новых экономических условиях.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы материалы Государственного статистического Агентства при Правительстве РТ, данные годовых отчетов Центров Репродуктивного здоровья (Национального, областных, г Душанбе.), Республиканского Центра медицинской статистики и информации МЗ РТ за последние 20 лет, Всеобщей переписи населения Республики Таджикистан 2000 года, а также проведен социологический опрос 2000 человек анкетным методом среди населения ряда городов и районов республики. Анкеты включали вопросы, характеризующие основные параметры репродукции населения. Для анализа динамики воспроизводства населения изучены: общий показатель рождаемости, смертности и естественный прирост населения.

Результаты и их обсуждение

В современной литературе при анализе рождаемости используются следующие понятия: рождение (деторождение), рождаемость, типы рождаемости.

Под рождением следует понимать абсолютное число детей, которые родились в обществе в течение определенного времени.

Этот показатель не дает сведений о численности населения, на которое родилось столько детей; рождаемость же является относительной величиной, которая показывает число рождений, приходящихся на определенное число населения.

Общий коэффициент рождаемости показывает число родившихся живыми за 1 год на 1000 населения, вместе с тем, общий коэффициент рождаемости не дает исчерпывающего представления об интенсивности процесса и используется лишь для приблизительной характеристики процесса.

Более точную оценку рождаемости дают специальные показатели - специальный коэффициент рождаемости, который рассчитывают на 1000 женщин 15 - 49 лет, который называется фертильным, генеративным или плодовитым периодом жизни. Число рождений до и после данного возрастного интервала незначительно. Особое внимание уделяется повозрастным показателям рождаемости, которые рассчитывают по формуле: (общее число родившихся живыми за 1 год у женщин соответствующего возраста /среднегодовая численность женщин соответствующего возраста) x 1000.

В этом случае выделяются возрастные интервалы 15 - 19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49 лет.

Важное значение в характеристике процессов рождаемости имеет суммарный коэффициент рождаемости, показывающий, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении жизни при условии сохранения в каждом возрасте существующего уровня рождаемости. Этот показатель не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период. Суммарный коэффициент рождаемости вычисляется как сумма возрастных показателей рождаемости, рассчитанных по одногодичным возрастным группам. Чтобы сохранить численность населения на нулевом уровне (без ее увеличения), этот показатель должен превышать 2,0 (2,15- 2,20), так как часть браков бесплодны.

Всесторонняя характеристика рождаемости, содержащая анализ всех показателей в связи с факторами и условиями, влияющими на их величину, дает возможность разработать наиболее реалистическую программу воздействия на рождаемость.

Принято оценивать средний уровень рождаемости в пределах 15-25 промилле, рождаемость ниже 15 промилле считается низкой, выше 25 промилле - высокой.

Анализ числа деторождений населением республики за 1991- 2007 гг. показал, что число родившихся в 1991 году составило 212,6 тыс. чел., к 2000 году снизилось до 167,2 тыс, т.е. на 45,0 тыс. чел, далее наблюдается постепенное увеличение числа деторождений и по настоящее время сохраняется такая динамика. В 2007 году родилось 200,0 тыс. детей [2].

Число деторождений значительно варьирует по отдельным регионам страны. Так, по состоянию на 2007 год, по Хатлонской области родилось 78,4 тыс. чел., по Согдийской- 53,2 тыс. чел, по ГБАО - 3,3 тыс. чел, по г. Душанбе-18,7 тыс. чел, по Районам Республиканского подчинения- 46,4 тыс. чел. Вместе с тем, по данным числа деторождений, не

удается определить динамику числа родившихся, поэтому для более правильного представления о динамике рождаемости рассчитывают относительные показатели, так называемые коэффициенты рождаемости.

Анализ общего коэффициента рождаемости по Таджикистану показал, что в период между 1990 и 1996 гг. общий коэффициент рождаемости сократился на 50%, возможной причиной быстрого снижения рождаемости за этот период является гражданская война, ее последствия, становление рыночной экономики, далее наметилась определенная тенденция к росту. В 2009 году рождаемость составила 26,8 ‰, причем отмечают значительные колебания его в разрезе регионов страны (табл.1).

Таблица 1

Рождаемость в Республике Таджикистан в разрезе регионов 1991-2009 г.г. (на 1000 чел. населения)

Регионы	1991	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Республика Таджикистан	39,1	34,1	30,6	31,3	29,8	27,0	27,2	27,3	27,1	26,8	26,4	26,7	28,0	27,9	26,8
ГБАО	35,4	27,2	27,7	26,4	20,6	17,4	17,2	20,3	20,0	19,2	14,9	20,4	15,1	17,3	17,9
Согдийская область	33,9	32,0	28,0	26,8	25,7	25,1	25,1	25,4	23,0	23,9	22,8	24,0	25,2	25,8	27,6
Хатлонская область	46,0	37,6	33,9	35,4	35,2	28,6	28,6	29,0	29,9	31,9	31,4	29,4	30,8	30,5	28,0
РРП	43,7	34,3	30,7	33,1	30,3	28,1	29,7	28,8	29,3	26,0	26,5	27,9	29,2	28,7	28,4
г.Душанбе	24,1	29,9	27,1	28,0	25,6	28,5	26,2	25,6	26,6	20,9	22,2	23,8	27,8	25,6	18,7

Показатель рождаемости наиболее высок в Хатлонской области (28,0‰), в РРП (28,4‰), в Согдийской области (27,6‰), несколько ниже по г. Душанбе (18,7‰) и ГБАО -17,3‰ [2, 5, 7].

Уровень рождаемости в мире составил в 2005 году 21,0 на 1000 населения. Этот показатель высок в целом по странам Африки и составляет 38,0 на 1000, по странам Азии - 20,0 на 1000, в Европе - 10,0 на 1000 населения [8].

Показатель рождений на 1000 женщин репродуктивного возраста в (специальный коэффициент рождаемости) в 2004 году в мире составил 50,0, в более развитых регионах последний составил 27,0, в менее развитых - 53,0, наименее развитых - 124,0.

Этот показатель высок в целом по странам Африки и составляет 107 на 1000 женщин репродуктивного возраста, по странам Азии -35,0 на 1000 женщин репродуктивного возраста, в Европе - 20,0 .

По странам Центральной Азии показатель рождений на 1000 женщин репродуктивного возраста составляет: в Узбекистане - 64,0,

Казахстане - 45,0, Кыргызстане -33,0, Туркменистане -17,0 [8]

Специальный показатель рождаемости в Республике Таджикистан на протяжении ряда лет превышает показатели стран как Центральной Азии, так и СНГ.

Анализ данных динамики специального показателя рождаемости в Республике Таджикистан (табл. 2) показал, что в 1990 году специальный коэффициент рождаемости составил 175,1, далее отмечается снижение данного показателя до 110,5 в 2001 году, т. е. в 1,7 раз, и в последующие годы стабилизировался на уровне 100,1 [1, 3].

Анализ динамики специального коэффициента рождаемости свидетельствует о снижении данного показателя в целом и по различным возрастным группам женщин детородного возраста. Так, в возрастной группе до 20 лет данный показатель повысился в 1995 году до 60,74 против 46,24 в 1990 году, т.е. в 1,3 раза, далее отмечается снижение и стабилизация на уровне 34,38 в 2005 году, и по настоящее время сохраняется такая динамика.

Динамика специального коэффициента рождаемости в Республике Таджикистан за 1990 - 2006 г.г.

Годы	Возраст матери, лет								
	До 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	15-49
1990	46,24	316,43	279,76	205,8	115,78	45,96	8,36	1,16	175,10
1995	60,74	269,2	237,47	169,67	98,90	34,71	5,27	0,98	147,8
2000	41,77	207,50	188,19	140,70	85,11	31,10	3,65	0,65	110,52
2005	34,38	186,69	182,75	138,20	82,70	27,27	2,64	0,2	100,20
2006	35,03	182,14	181,81	140,20	83,48	27,83	2,50	0,12	100,18

Наиболее выражена репродуктивная активность в возрастной группе 20 - 24 года. Специальный коэффициент рождаемости в данной возрастной группе в 1990 году составил 316,43 на 1000 женщин, далее отмечается снижение данного показателя до 182,14 в 2006 году, т. е. в 1,7 раз.

Такая же динамика отмечена в возрастной группе 25 - 29 лет, специальный коэффициент рождаемости в данной возрастной группе снизился в 2006 году, по сравнению с 1990 годом, в 1,5 раза, в возрастной группе 30- 34 года - с 205,8 в 1990 г. до 140,20 (в 1,4 раза), в возрастной группе 35-39 лет - 115,78 в 1990 г. до 83,48 в 2006 году (1,3 раза), в возрастной группе 40 -44 года - с 45,96 в 1990 г. до 27,83 в 2006 году (в 1,6 раз). Значительное снижение данного показателя отмечено в возрастных группах 45- 49 лет - в 3,3 раза, в возрастной группе 50- 54 года в 9,6 раз, что свидетельствует о значительном изменении репродуктивного поведения различных возрастных групп населения.

Суммарный коэффициент рождаемости за последние годы указывает на снижение показателя с 5,0 в 1990г. до 3,2 в 2006 году (табл. 3) [1, 3].

По материалам Всеобщей переписи населения Республики Таджикистан 2000 года, средний размер семьи составил 5,8 человека, в городской местности - 4,5, в сельской - 6,5 (в 1989 году - 6,1 человек, в городской местности - 4,7, в сельской -7,0). Более 60% семей состоят из 5 и более человек, а в сельской местности - около 75%.

Следовательно, семья свою репродуктивную функцию выполняет в различных странах по-разному: в одних эта функция играет важную роль в семье, а в других - ее место заняли другие функции семьи, больше отвечающие ее интересам.

К концу 20-го века сложилось 3 укрупненных типа рождаемости: западно-европейский, восточно-европейский, азиатский.

1-й тип характеризуется "старой" рождаемостью (высоким возрастом при рождении первых детей, высокой долей сознательной, а не биологической бездетности, более эффективным планированием рождений).

2-й тип - при низком уровне рождаемости отличается "молодой" рождаемостью (низким возрастом при рождении первых детей и сравнительно низкой долей социальной бездетности).

3-й тип демонстрирует высший уровень рождаемости, сопровождающийся низкой долей сознательной бездетности, низким возрастом матери при первых рождениях [4].

Республика Таджикистан в рамках данной классификации относится к третьему типу - молодая рождаемость на высоком уровне с низкой долей естественной бездетности.

В таджикских семьях репродуктивная функция семьи различается в зависимости от территорий. Например, среди городских семей рождаемость ниже, чем среди сельских. Имеются различия в уровне рождаемости в разрезе отдельных территорий республики, вместе с тем, отмечается тенденция роста рождаемости как в целом по стране, так и в разрезе отдельных регионов. Известно, что на число рождений в семье влияет ряд факторов: возраст вступления в брак супругов, возраст первых родов, установки на число детей в семье, интервалы между родами, уровень образования супругов и т.д. Как показали результаты опроса, наиболее благоприятным возрастом для первых родов абсолютное

Таблица 3

Суммарный коэффициент рождаемости в Республике Таджикистан за 1990-2006 гг.

	Годы				
	1990	1995	2000	2005	2006
Суммарный коэффициент рождаемости	5,0	4,3	3,4	3,2	3,2

большинство респондентов (72,5%) считают от 20 до 24 лет. Наряду с этим, 13,8% опрошенных считают, что первого ребенка следует рожать до 19 лет, этот возраст, по мнению 6,2% опрошенных, составляет старше 25 лет. Следует отметить, что жители ГБАО предпочитают более поздние роды (62,5% опрошенных указали, что первого ребенка следует рожать в возрасте старше 25 лет.)

Результаты исследований указывают, что отношение респондентов к многодетности в 12,7% отрицательное, 15,6% опрошенных относятся положительно, значительное число респондентов считают, что многодетность - это "божий дар" (22,3%), а 10,3% респондентов считают, что иметь много детей - это обеспеченная старость.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что на детность семьи значительное влияние оказывает уровень образования супругов и, прежде всего, женщины. Установлено, что существует обратная зависимость между образовательным уровнем женщин и их детностью: чем выше уровень образования, тем ниже и рождаемость. При этом на селе высокообразованные женщины имеют более высокую рождаемость, чем в городах. Наиболее четкая связь между образованием и рождаемостью установлена среди женщин, имеющих высшее или среднее специальное образование. Женщины, имеющие более высокое образование, желают и считают идеальным иметь 2- 3 детей, т.е. предпочитают малодетность. Более высокое образование женщины значительно расширяет доступ к духовным ценностям, увеличивает доход, дает возможность более активно участвовать в производственной и общественной жизни и т.д. Важным показателем в отношении охраны здоровья женщин репродуктивного возраста и рождения здоровых детей являются интервалы рождений. Исследования показали, что интергенетические интервалы до 1 года наблюдались у 0,9%

женщин, женщины с интервалами между родами 1-1,5 года составили 28,4%, от 2 до 2,5 года - 45,9%, свыше 3 лет - 19,6% [7].

Социологические исследования (2002 г.) показали, что интервалы между родами у 43,0% женщин составляют менее 2-х лет, 5,7% женщин рожают 2 раза в год [2]. По данным Национального Центра репродуктивного здоровья (2005г.), интервалы между родами составили менее 2 лет у 38,9% женщин в 2001году, 27,0% - в 2005 году, т.е. за период с 2001 по 2005 гг. снизились на 11,9 процентных пункта, однако, несмотря на то, что в Республике с 1996 года проводится работа по планированию семьи при поддержке международных сообществ, все же 33,0% женщин в РРП рожают с интервалами менее 2 лет, 28,8% женщин в Согдийской области, каждая четвертая женщина из Хатлонской области и ГБАО [8]. Таким образом, несмотря на снижение, рождаемость остается на достаточно высоком уровне и обеспечивает расширенное воспроизводство населения. Это в значительной мере обусловлено демографическим потенциалом, созданным в стране - молодая возрастная структура населения.

В период становления рыночных отношений в Таджикистане наблюдается снижение темпов прироста населения. Если в среднем население увеличивалось с 1981-1990 гг. за год на 3%, в т.ч. в городах - на 2,3%, на селе - 3,5%, то за 1989- 1994 гг. эти показатели составили 2,1%, 0,4%, и 3,2%, за 1995-1996 гг. соответственно - 1,6%, 0,1% и 2,1%, за 1997 - 2008 гг. - соответственно 2,1%, 2,0% и 2,2%.

Снижение темпа роста населения явилось результатом влияния разнообразных и разнонаправленных факторов. Среди них можно выделить снижение уровня занятости населения, изменение демографических структур, широкое распространение практики планирования семьи, активизация внешней миграции населения и др. Изменение некоторых показателей воспроизводства населения представлено в таблице 4 [6].

Таблица 4

Динамика некоторых показателей воспроизводства населения Таджикистана за 1990-2009 гг. (на 1000 чел. населения)

	1990	1991	1992	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2005	2008	2009
Общий коэффициент рождаемости	38,8	38,9	32,2	28,6	30,0	30,6	31,3	27,0	27,2	26,4	27,8	26,8
Общий коэффициент смертности	6,2	6,1	6,6	5,9	5,5	4,8	4,9	4,7	5,1	4,6	4,4	4,3
Общий коэффициент естественного прироста	32,6	32,8	25,6	22,7	24,5	25,8	26,3	22,3	22,1	21,8	23,5	22,5

Из данных таблицы 4 видно, что общий коэффициент рождаемости населения за 1990-2009 гг. снижался так же, как и коэффициент смертности. Но смертность снизилась относительно меньше, чем рождаемость, и поэтому произошло значительное снижение общего коэффициента естественного прироста населения. По данным Агентства по статистике Республики Таджикистан, величину данного недоучёта можно определить в пределах 5-10%. Изменения в динамике показателей воспроизводства населения Таджикистана в трансформационный период условно можно оценить как переход от преимущественно традиционного к современному (рациональному) типу воспроизводства, потому что снижение рождаемости происходило не в условиях стабильности, а в условиях гражданской войны, демократических преобразований, политических событий, экономических трансформаций и т.д. Поэтому данную тенденцию показателей рождаемости и смертности условно можно назвать более интенсивно начавшимся процессом становления современного (рационального) типа воспроизводства населения.

Выводы

1. До начала 90-х годов прошлого столетия численность населения увеличивалась в пределах 2-4% в год. В результате распада СССР, приобретения республикой независимости, становления рыночной экономики, а также перенесенной гражданской войны отмечается некоторое снижение показателей рождаемости и естественного прироста. Так, за 1992-1996 годы среднегодовые темпы прироста населения составляли 0,2-1,2%, а с 1997 по 2009 год - 1,9- 2,1%.

2. В рамках демографического перехода трансформировались все характеристики процесса рождаемости - одного из основных демографических процессов: снизился уровень рождаемости, изменился возрастной профиль и календарь рождений, семьи стали планировать рождение детей, имеет место распространение норм средне - и малодетности. Все эти трансформации явились следствием глубоких социальных изменений.

3. Изменения в динамике показателей воспроизводства населения Таджикистана в трансформационный период условно можно оценить как переход от преимущественно традиционного к современному (рациональному) типу воспроизводства.

4. В последующие годы можно ожидать дальнейшего повышения коэффициента рождаемости. Резервами повышения рождаемо-

сти является молодая возрастная структура населения, улучшение экономического статуса семей, возросшая роль традиций, улучшение регистрации рождений и смертей, высокая экономическая и социальная функция детей в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический ежегодник Республики Таджикистан.- 2006.- С.6
2. Демографический ежегодник Республики Таджикистан.- Душанбе, 2008.-С.56, 57-58
3. Население Республики Таджикистан.- Душанбе, 1999.-С.58;
4. Население России на рубеже XX-XXI веков.- Москва: МАКС Пресс, 2002.- С. 11, 31
5. Отчет Национального Центра репродуктивного здоровья Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, 2005.- С.3
6. Статистический ежегодник Республики Таджикистан. 2009. - Душанбе, 2009.- С.26-27.
7. Таджикистан: 15 лет Государственной независимости.- Статистический сборник.- Душанбе, 2006. - С. 31.
8. World Population.- 2005. - С.2

Тенденции воспроизводства населения Республики Таджикистан в новых экономических условиях

Ахмедов А.А., Бобоходжаева М.О., Назирова М.А., Касымова М.К., Хусаинова А.А.

По материалам Государственного статистического Агентства при Правительстве РТ, данных годовых отчетов Центров Репродуктивного здоровья (Национального, областных, г Душанбе.), Республиканского Центра медицинской статистики и информации МЗ РТ за последние 20 лет, Всеобщей переписи населения Республики Таджикистан 2000 года и социологического опроса 2000 человек анкетным методом населения ряда городов и районов республики изучены тенденции воспроизводства населения, определены современные факторы, влияющие на рождаемость и динамика изменения рождаемости в условиях перехода к рыночной экономике. Изменения в динамике показателей воспроизводства населения Таджикистана в трансформационный период условно можно оце-

нить как переход от преимущественно традиционного к современному (рациональному) типу воспроизводства.

Ахмедов А.А., Бобоходжаева М.О., Назирова М.А., Касимова М.К., Хусаинова А.А.

Тамоилоти дигаргуншавии сатҳи бозтавлиди аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зимни шароити нави иқтисодӣ

Дар асоси санҷиши маводҳои Агентии давлатии омори ҚТ, Марказҳои солимии репродуктивӣ, Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилоотии тиббии Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон толи 20 соли охир, маводҳои барӯйхатгирии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (с.2000), натиҷаҳои тадқиқотҳои социологӣ байни 2000 нафар аҳолии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳури сатҳи таваллуди аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо назардошти таъсири омилҳои, ки ба раванди бозтавлиди аҳоли вобастаги доранд, муайян карда шудаанд. Ба таври ғаври паст шудани сатҳи таваллуд дар солҳои 1990-1996 дар натиҷаи пастшавии вазъияти иқтисодии оила, некуаҳолии аҳоли, сатҳи маълумотнокии аҳоли мушоҳида мешавад. Дар солҳои оянда баландшавии сатҳи таваллуд пешбини карда мешавад, ки он бо омилҳои зерин вобаста аст: ҳисси баланди аҳолии синну соли репродуктивӣ, баланд шудани вазъи иқтисодии оила, баланд гардидани мақоми анъанаҳо дар ҷомеа, беҳтар гардидани бақайдгирии таваллуд ва ғайр, вазифаҳои баланди иқтисодӣ ва иҷтимоии қудакон дар оила.

Ашуров Г.Г., Исмоилов А.А.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК
Областная стоматологическая поликлиника г. Худжанд

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, общесоматическая патология, остеопороз, межальвеолярная перегородка, зуб, верхняя и нижняя челюсти

Актуальность

Распространенность хронического генерализованного гингивита и пародонтита среди гастроэнтерологических пациентов составила 7,4% и 90,4% соответственно, среди пульмонологических пациентов - соответственно 7,8% и 88,2%, среди обследованных с кардиологической патологией - соответственно 5,9% и 88,8% при соответствующем значении

11,2% и 85,8% среди соматически неотягощенных пациентов [3].

На примере обследования населения одного из территориальных участков Москвы Ю.М. Максимовским и соавт. [2] установлены сопутствующие общие заболеваний у 64,3% лиц, обратившихся для лечения зубов. Из них 21,1% больных страдали болезнями желудочно-кишечного тракта, среди которых