

21vek.ru

3. Никифоров А. С. Неврология. Полный толковый словарь, 2010.

Остонова М.К., Нуманова М.А.

Ҳолати гипотериози оразгашта

Калимаҳои калидӣ: гипотиреоз, перикардити музмини экссудативӣ, гепатомегалия.

Дар мақола як ҳолат дар таҷриба, ки гипотиреози ҳолати вазнини миёна боиси пайдошавии оризаҳо ба монанди гепатомегалия, холесистопанкреатити музмин, перикардити гапштааст нишон дода шуда аст. Бисёрнишонии синдроми гипотиреоз дар аксар ҳолатҳо боиси хатогиҳо дар таъхис ва муолиҷаи беморон мегардад.

Астанова М.К., Нуманова М.А.

Случай осложненного гипотиреоза

Ключевые слова: гипотиреоз, хронический экссудативный перикардит, гепатомегалия.

В статье рассмотрен случай гипотиреоза средней тяжести, осложненный гепатомегалией, хроническим холесистопанкреатитом, перикардитом. Полиморфизм проявлений синдрома гипотиреоза нередко служит основой для ошибочного диагноза, а иногда и неадекватного лечения.

Astanova M.K., Numanova M.A.

Event of complicated hypothyreosis

Key words: hypothyreosis, chronic exudative pericarditis, hepatomegaly.

In article considered the event of hypothyreosis average gravity, complicated with hepatomegaly, chronic cholecistopancreatitis, pericarditis. Varied manifestations of the syndrome of hypothyreosis quite often serves central to wrong diagnosis, somet

Ахмедов А., Шарипова А., Нарзулова М. Ф., Шарипова Ш.Т., Толибов А. Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МАЛЯРИЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИГРАНИЧНЫХ РАЙОНОВ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинскую статистику ТИППМК

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ТИИПМК

Инфекционное отделение Городского медицинского центра Управления здравоохранения исполнительного органа государственной власти г. Душанбе

Ключевые слова: малярия, ВОЗ, заболеваемость, приграничные районы, населенные пункты.

Актуальность

По оценкам экспертов ВОЗ, более 2 млрд. человек живут в странах тропического и субтропического климата, где риск заражения малярией очень высок [1,2]. Ситуация по малярии в мире не улучшается и продолжает оставаться одной из актуальных проблем здравоохранения многих регионов мира, в том числе Таджикистана, о чём свидетельствуют

сохраняющиеся многочисленные очаги малярии в южных регионах страны.

Ежегодно в мире заболевают малярией около 110 млн. человек, из числа которых от 1 до 2-х млн. преимущественно дети до 5 лет ежегодно умирают. При этом государства, на территории которых она была ранее ликвидирована, вновь регистрируют "завозные" случаи малярии (примером является Республика Таджикистан) [2].

Известно, что в 30-ые годы XX века в Таджикистане малярия была широко распространенной болезнью и поражала до 200 тыс. человек в год. В результате проведения комплексных мероприятий с учётом особенностей ландшафтно-маляриологических зон малярия в Республике Таджикистан, как массовое заболевание, была ликвидирована в 1957 году [2].

Ситуация в Таджикистане ухудшилась с 1993 года, когда значительное число беженцев начали возвращаться на родину из Исламского государства Афганистан, что привело к массовому завозу малярии в ранее свободные от нее районы страны, в частности в Курган-Тюбинскую зону (в последующем Хатлонская область). Причём случаи малярии регистрировались в районах, климатические условия которых не были благоприятны для её развития. Положение усугублялось тем, что в результате гражданской войны в условиях переходной экономики отмечался спад инвестирования в здравоохранение и неадекватное распределение скудных финансовых ресурсов, в результате которых были прекращены противомаларийные мероприятия в республике [1].

Мировой опыт показывает, что удержать достигнутое благополучие по малярии удастся не всегда и не везде. В мире нет примеров, чтобы хотя бы одна из эпидемий была бы полностью ликвидирована [4]. Особенно устойчивыми бывают такие эпидемии в странах, граничащих с государствами, неблагополучными в отношении малярии, как это имеет место в Таджикистане. Исследования, проведенные ранее в Таджикистане, касались эпидемиологии малярии, но носили общий характер и не отражали ситуации по стране в целом. При этом работ, касающихся изучения распространенности малярии вследствие активного заноса переносчиками с сопредельных государств в приграничные районы Республики Таджикистан, мы не встретили. Это обусловило выбор нашего исследования.

Цель исследования

Изучить распространенность малярии в 2-х приграничных районах Хатлонской области Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования

Объектом исследования было население приграничных кишлаков Пянджского и Кумсангирского районов Хатлонской области Республики Таджикистан. Результаты исследования основаны на данных архивных материалов, годовых отчетов районных, областных и Республиканского Центров по борьбе с малярией.

Результаты и их обсуждение

Проведенный нами анализ архивных материалов показал, что заболеваемость малярией начала регистрироваться по всем административным районам республики Таджикистан. В 1994-1995г.г. было официально зарегистрировано 2411 и 6103 случаев соответственно. В 1997 году уже было зарегистрировано 29794 больных. Данные цифры не отражали реальной ситуации в стране, поскольку по экспертной оценке специалистов ВОЗ численность больных малярией составила свыше 200 000 [3]. Было признано, что маляриологическая ситуация в Таджикистане в эти годы вышла из-под контроля [4].

Учитывая эпидемическую ситуацию, группой в составе ведущих специалистов Министерства здравоохранения Республики Таджикистан и экспертов ВОЗ разработаны долгосрочные Национальные программы борьбы с малярией, которые в последующем были утверждены постановлением Правительства Республики.

В результате проведенных широкомасштабных противомаларийных мероприятий заболеваемость малярией в 2005 году снизилась на 12,9 (2309 случаев), по сравнению с 1997 годом, в 2008 году – на 93,6 (318 случаев) и в 2010 году – на 266 (112 случаев). Из 10 приграничных селений Пянджского района 5 (населенные пункты Тутул, Гулобод, Бедак, М. Горький и Джамиат) расположены напротив 6 селений со стороны Исламского государства Афганистан (ИГА) (Киямтумшук, Яккатут, Хотункала, Гарав, Дилшод, Курикишлок). Остальные (Араб, Киров, К. Маркс, Кизил Юлдуз, Тулаган) не имеют соседних кишлаков со стороны ИГА.

Анализ сводных годовых отчетов районных Центров борьбы с тропическими болезнями (малярии) показал, что за период с 1999 по 2008 г.г. в приграничном Пянджском районе Хатлонской области Республики Таджикистан было выявлено значительное количество больных малярией. Например, в 2002 году зарегистрировано 288 случаев (34,8 случая на 100 тыс. населения). Сравнительный анализ заболеваемости в зависимости от наличия соседства с селениями со стороны ИГА показал более высокую заболеваемость в кишлаках, расположенных напротив населенных пунктов ИГА (таблица); из них 48 случаев (63,4 на 100 населения) приходится на населенные пункты, имеющие противоположные населенные пункты, что на 28,6 раз больше, чем по району, и 17 случаев (30,5 на 100 тыс. населения) приходится на населенные пункты, не имеющие противоположные населенные пункты со стороны ИГ Афганистан.

Заболееваемость малярией среди населения кишлаков Пянджского района Хатлонской области Республики Таджикистан за 2002 год

Пянджский район			
населенные пункты, имеющие противоположные населенные пункты со стороны ИГ Афганистан	Заб-ть на 100 тыс. населения	населенные пункты, не имеющие противоположные населенные пункты со стороны ИГ Афганистан	Заб-ть на 100 тыс. населения
Тугул	478,3	Араб	266,7
Гулобод	1056,9	Киров	284,9
Бедак	235,5	К. Маркс	489,9
М. Горький	670,4	Кизил Юлдуз	118,1
Джамоат	970,9	Тулаган	-

Относительно Кумсангирского района нами не выявлено каких-либо населенных пунктов, которые бы граничили с селениями ИГА. Также следует подчеркнуть, что в населённых пунктах Кумсангирского района (Околтын, Верхний Пяндж, Октябрьский, Хлопковый, Новая земля, Нижний Пяндж), в отличие от таковых Пянджского района находящихся на значительном расстоянии –

более 10 км от реки Пяндж, который является условной границей между Таджикистаном и ИГА, за анализируемый период заболеваемость не регистрировалась (рис.), так как по литературным данным расстояние, которое пролетает комар в обычных метеоусловиях, в среднем составляет 3-7 км, а в ветреную погоду он может преодолевать до 50 км [4].

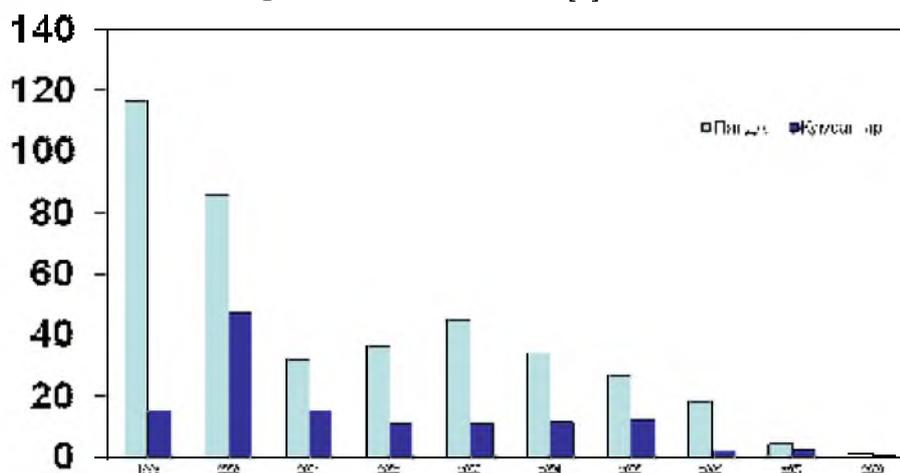


Рисунок. Заболеваемость малярией в Пянджском и Кумсангирском районах

Выводы

Результаты сравнительного анализа показывают, что заболеваемость в двух приграничных районах республики значительно отличается в зависимости от географического расположения населенных пунктов на границе с ИГ Афганистан.

Учитывая вышеизложенное, можно предположить, что ликвидация малярии в республике повсеместна, кроме приграничных районов, в связи с чем необходимо заняться целенаправленным изучением этого феномена и научно обосновать способность комаров преодолевать в полете реку Пяндж, по которой проходит Государственная граница Республики Таджикистан с ИГ Афганистан.

Можно предполагать, что проведение усиленных противомаларийных мероприятий

только в приграничных районах Таджикистана с ИГ Афганистан стойких результатов по ограничению заноса малярии комарами не даёт. В связи с этим необходимо предпринять совместные усилия по проведению противомаларийных мероприятий в северных, приграничных с Таджикистаном, районах ИГ Афганистан с целью создания барьерной приграничной зоны, глубиной не менее 10 - 15 км, в которой противокомарийные мероприятия должны проводиться и после прекращения их на остальной части страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов А., Мирзоева З.А., Одинаев Ф.И. Здравоохранение Таджикистана на современном этапе и основные направления его совершенствования. Душанбе, 2002. С.202.

2. Бромнштейн А.М., Сергиев В.П., Лучшев В.И., Рабинович С.А. Малярия: клиническая диагностика, химиотерапия и профилактика. // Медицинский журнал. М., 2006-2012.
3. Всемирная организация здравоохранения. Ситуация с малярией в странах Центральной Азии, столкнувшихся с проблемой возврата малярии. Европейское региональное бюро, Копенгаген, Дания, 2001. С.30.
4. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В. Маляриология. ВОЗ, Копенгаген, 1998
5. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В., Ежов М.Н. Маляриология. ВОЗ, Копенгаген, 2003. 510с.
6. Сергиев В. П., Баранова А. М., Арсеньева Л. П. Завоз малярии из Афганистана в СССР // Медицинская паразитол. и паразитарные болезни. 1992. №3. С.15 - 18.
7. Шарипов А. А., Шарипов М. Ш., Нарзулоева М. Ф., Шамсиддинова С. Ш. Анализ эффективности межсезонной профилактики примахином в эндемичных зонах малярии // Сборник статей: Ежегодная XIII научно-практическая конференция Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров с международным участием "Современные подходы к улучшению здоровья человека". Душанбе, 2007. С. 146-148.

Ахмедов А., Шарипов А. А., Нарзулоева М. Ф., Шарипова Ш.Т., Толибов А. Х.

Хусусияти фарккунандаи гирифтори аз бемории вараҷа дар байни аҳолии ноҳияҳои наздисарҳади вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон

Калимаҳои калидӣ: бемории вараҷа, ТУТ, ҳолати бемори, ноҳияҳои сарҳадӣ, минтақаҳои аҳолинишин.

Тахмин кардан мумкин аст, ки гузаронидани чораҳои пурзур кардашудаи зиддивараҷагӣ танҳо дар ноҳияҳои сарҳади Тоҷикистон бо ҶИ Афғонистон, оид ба маҳдуд намудани интиқоли бемории вараҷа бо воситаи хомушақҳо, натиҷаҳои қавӣ намедиҳад. Бинобар ин гузаронидани чорабиниҳои тарафайни зиддивараҷагӣ дар ноҳияҳои шимолии бо Тоҷикистон ҳамсарҳади ҶИ Афғонистон, бо мақсади ташкили минтақаи соҳи-

ли сарҳадӣ дар ҳудуди на камтар аз 10-15 км лозим аст, ки дар онҳо чораҳои зиддивараҷагӣ баъд аз қобъқунӣ дар қисмати боқимондаи кишвар низ бояд идома дода шаванд.

Ахмедов А., Шарипов А. А., Нарзулоева М. Ф., Шарипова Ш.Т., Толибов А. Х.

Сравнительная характеристика заболеваемости малярией у жителей приграничных районов Хатлонской области Республики Таджикистан.

Ключевые слова: малярия, ВОЗ, заболеваемость, приграничные районы, населенные пункты.

Можно предполагать, что проведение усиленных противомаларийных мероприятий только в приграничных районах Таджикистана с ИГ Афганистан стойких результатов по ограничению заноса малярии комарами может не давать. В связи с этим необходимо предпринять совместные усилия по проведению противомаларийных мероприятий в северных, приграничных с Таджикистаном, районах ИГ Афганистан с целью создания барьерной приграничной зоны, глубиной не менее 10 - 15 км, в которой противокомарийные мероприятия должны проводиться и после прекращения их на остальной части страны.

Akhmedov A., Sharipov A. A., Narzuloeva M. F., Sharipova Sh. T., Tolibov A. H.

Comparative characteristics of malaria inhabitants of the border areas of the Khatlon region of the Republic of Tajikistan.

Key words: malaria, WHO, morbidity, border areas, populated areas.

Thus we can assume that of the anti-malaria activities only intensified in the border areas of Tajikistan with the Islamic State of Afghanistan persistent results to restrict importation of malaria mosquitoes can not give. In this connection it is necessary to undertake joint efforts for anti-malaria activities in the northern areas bordering Tajikistan the Islamic State of Afghanistan in order to create a barrier of the border zone, a depth of at least 10 - 15 km, in which mosquito measures should be implemented after termination of the rest of the country.