



Medical and social characteristics of sick children and their families

Guli SHAIKHOVA,¹ Laziz AZIMOV², Shahzoda ZOKIRKHONOVA³

Tashkent Medical Academy
Tashkent Dental Institute

ARTICLE INFO

Article history:

Received July 2021

Received in revised form

20 July 2021

Accepted 15 August 2021

Available online

15 September 2021

Keywords:

morbidity,
medical and social factors.

ABSTRACT

Using the questionnaire card, the social conditions of children suffering from tuberculosis were studied, and it was revealed that 92% are socially with a large proportion of people with difficult living conditions, a low level of education, malnutrition and low health literacy on tuberculosis.

Research methods. In the process of work, a complex of methods was used depending on the tasks set: the method of questioning, medical and sociological research, hygienic, medical and statistical, clinical.

Purpose of the study. Study of medical and social characteristics of children suffering from tuberculosis.

Research results: the study of the influence of social factors on the quality of life of various groups of the population showed that persons suffering from tuberculosis differed from the opposite group: 92.0% are socially unprotected segments of the population with a monthly income lower than the national average subsistence minimum by almost 10 times, unemployed, pensioners and workers with a lower income per family member, a low level of education (67%).

2181-1415/© 2021 in Science LLC.

This is an open access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

¹ Professor, Doctor of Medicine, Department of Hygiene children, teenager and Nutrition hygiene Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

E-mail: guli.shayhova@gmail.com.

² Independent applicant for the Department of Hygiene children, teenager and Nutrition hygiene Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

³ Associate Professor at the Department of Pediatric Dentistry Tashkent Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan.

Сурункали сил касаллиги билан оғриган болалар оиласининг тиббий-ижтимоий тавсифи

АННОТАЦИЯ

Калит сўзлар:
касалланиш,
тиббий ва ижтимоий
омиллар.

Анкета картаси ёрдамида сил касаллиги билан оғриган болаларнинг ижтимоий шароитлари ўрганилди, шу билан бирга 92 фоизи ижтимоий аҳволда, уларнинг кўп қисми яшаш шароитлари оғир, таълим даражаси паст, тўйиб овқатланмаган ва сил касаллиги бўйича саводхонлиги пастлиги қайд этилди.

Тадқиқот усуслари. Иш жараёнида қўйилган вазифаларга қараб методлар мажмусидан фойдаланилди: анкета методи, тиббий-социологик тадқиқот, гигиеник, тиббий-статистик, клиник.

Тадқиқотнинг мақсади. Сил касаллигига чалинган болаларнинг тиббий-ижтимоий хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот натижалари: сўровнома харитасидан фойдаланиб, сил касаллигига чалинган болаларнинг ижтимоий шароитлари ўрганилди, бунда 92% ижтимоий жиҳатдан оғир турмуш шароити, таълим даражаси пастлиги, тўйиб овқатланмаслик ва силга қарши масалалар бўйича санитария саводхонлиги пастлиги билан боғлиқ эканлиги маълум бўлди.

Медико-социальная характеристика заболевших детей и их семей

АННОТАЦИЯ

Ключевые слова:
заболеваемость,
медико-социальные
факторы.

С помощью карты анкеты изучены социальные условия у детей, страдающих туберкулезом, при этом было выявлено, что 92% – это социально с большой долей лица с тяжелыми бытовыми условиями, низким уровнем образования, неполноценным питанием и низкой санитарной грамотность по вопросам туберкулеза.

Методы исследования. В процессе работы использованы комплекс методов в зависимости от поставленных задач: метод анкетирования, медико-социологические исследования, гигиенические, медико-статистические, клинические.

Цель исследования. Изучение медико – социальной характеристики детей, страдающих туберкулезом.

Результаты исследований: С помощью карты анкеты изучены социальные условия у детей, страдающих туберкулезом, при этом было выявлено, что 92 % – это социально с большой долей лица с тяжелыми бытовыми условиями, низким уровнем образования, неполноценным питанием и низкой санитарной грамотность по вопросам туберкулеза.

КИРИШ ҚИСМИ

Тошкент вилояти соғлиқни сақлаш тизимининг бутун тарихи давомида болалар ахолисини сил билан касалланишининг энг паст кўрсаткичлари 1991-1992 йилларда 100 минг ахолига 5,6-6,0ни ташкил этиш билан қайд этилган. Бироқ 1993 йилда касалланиш кескин ўсиш суръати 195%ни ташкил этди. Кейинчалик, 1994-1995 йиллардаги бир қадар пасайишдан сўнг, ўсиш тенденцияси давом этди. 1991-1999 йиллар давомида кўрсаткичларни ўсиш суръати 512,5% ни ташкил этиб, 1999 йилларда – 100 минг ахолига нисбатан ўхشاши йўқ бўлган энг юқори кўрсаткич – 34,3 ни ташкил этди. 2000 йилда касалланиш пасайди, бироқ пасайишни суръати сезиларсиз -12,8% бўлди. 2000 йилдан бошлаб, касалланиш кўрсаткичи етарли даражада юқорилигича қолиб, доимий равища 100 000 ахолига нисбатан 24,4-30,0 чегарасида ўзгариб турди [1, 2, 3, 24].

Хозирги вақтда Тошкент вилояти болалардаги сил касаллиги бўйича нокулай эпидемиологик вазиятли миңтақага киради. 2006-2008 йиллардаги касалланишнинг ўртача кўрсаткичи 100 минг ахолига 29,1%ни ташкил этди, бу мамлакат бўйича ўртача кўрсаткичдан 1,6-1,8 мартаға юқоридир. 2008 йилда МБТ болаларини бирламчи юқтириши эса -32,7%ни ташкил этди, шунингдек бу ҳам Ўзбекистон Республикаси бўйича ўртача кўрсаткичлардан юқори бўлди. Болалардаги сил билан касалланиш вилоят ҳудуди бўйича нотекис тақсимланган. (13,14).

Касалланиш тузилмасида сезиларли даражадаги ажралиш билан инфильтрация ва зичлашиш фазасидаги кўкрак қафаси ичи лимфатик тугунларининг сили устунликка эга, унинг улушкига эса барча холатларнинг 62,3%и тўғри келади. Сўнгги йилларда 0-14 ёшли болалар ўртасида сил микобakterияларини ажратувчи bemorlar аниқланмади, 15-17 ёшли болалар ўртасида эса улар барча bemorlarнинг 17,3%ини ташкил этди. 2006-2008 йилларда вилоятнинг болалар ахолисида сил билан касалланишни ўртача даражаси 100 минг ахолига 33,9%ни ташкил этди, бу Ўзбекистон Республикаси бўйича ўртача 1,5 марта юқоридир. 1985-1990 йиллар даврида кўрсаткичларни аста секин пасайиш тенденцияси ўз ўрнига эга бўлди, пасайиш суръати -2,3-11,4% чегарасида ўзгариб турди, 1991-1992 йилларда оғриқлилик 1,7 мартаға пасайди ва ўрганилган даврда 100 минг ахолига нисбатан энг кичик -12,5-12,6 га етди. Бироқ 1993 йилдаётк у 2 мартағдан кўпроққа ошди (ўсиш суръати 100,8%ни ташкил этди) ва 1999 йилгача ўсишнинг турли суръатларида давом этди. 1999 йилда кузатишлар даври мобойнидаги энг юқори кўрсаткичлар – 100 минг ахолига нисбатан 72,2 га етганлиги қайд этилди. 2000 йилдан бошлаб унча катта бўлмаган (2000-2003 йиллар) оғриқлиликни янада аҳамиятли пасайиши қайд этилиши кузатилди, аммо 2006-2007 йилларда кўрсаткичлар яна ошиб, 1995-1996 йиллардаги кўрсаткичларга етиб олди. 2008 йилда оғриқлилик яна пасайди, аммо пасайиш суръати унча катта эмас – бор йўғи 18,4%ни ташкил этди. (21,24).

2002 йилдан бошлаб бирламчи ногиронлик кўрсаткичини сезиларли ўсиш тенденцияси қайд этилиб, 2002 йилда ўсиш суръати 178,9% нит ташкил этди. 2004 йилда бирламчи ногиронлик даражаси деярли 2000 йил даражасигача пасайди. Сўнгра 2007 йилгача кузатишларнинг бутун даври мобойнида 100 минг ахолига нисбтан энг юқори даражагача етиб – 11,5%га эришди ҳамда оғишмай ўсишда давом этди. 2008 йилда бирламчи ногиронлик даражаси пасайди, бироқ пасайиш суръати бор йўғи 36,5%ни ташкил этди, 2008 йилдаги кўрсаткичлар 2001 йилдаги кўрсаткичлардан 3,8 мартаға ошди ва жуда юқорилигича қолди.

2008 йилдаги умумий ногиронлик даражаси 2001 йилдаги кўрсаткичлардан 4,5 марта ошди. Сезиларли узилишлар билан бирламчи ва умумий ногиронлик тузилмасида инфильтратив сил етакчиликка эга, унинг улушкига бирламчи ногиронликнинг 57,7%, умумийнинг -41,3% тўғри келади. Сил оқибатида болалар ахолиси ногиронлигининг энг мухим сабаби бўлиб, фон касалликлар ҳисобланади. 2007-2008 йилларда 64,3% ногирон болалар йўлдош касалликларга эга бўлдилар, бунда 43,2% болаларда 2-3 йўлдош касалликлар ташхисланди [9, 14, 24].

Тадқиқотниң мақсади: сурункали сил касаллиги билан оғриган болалар ва уларнинг оиласининг тиббий-ижтимоий тавсифи.

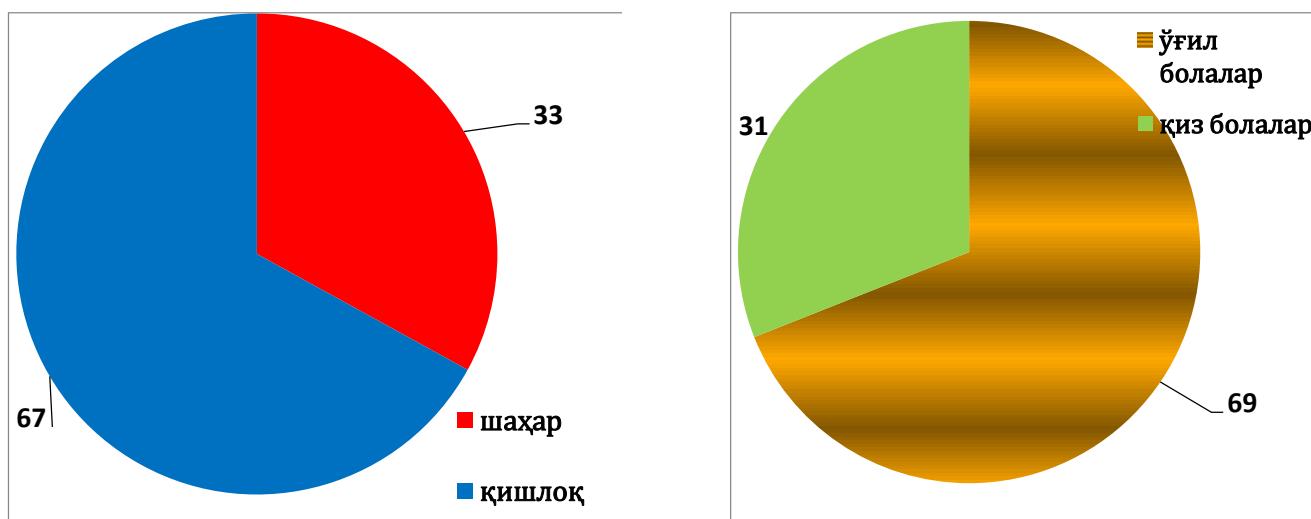
Тадқиқотниң усуслари: аналитик, клиник, сўровнома, тиббий-ижтимоий тадқиқотлар, ҳисоб-китоб ва статистик таҳлил усуслари қўлланилган.

Тадқиқот обьекти. Тошкент шаҳри ва Тошкент вилоятида жойлашган Зангиота тумани болалар сил касалликлар даволаш сиҳатгоҳида тарбияланувчи мактабгача ёшдаги 3-7 ёшли 670 (436та ўғил бола ва 234 та қиз бола) болалар олинди.

Тадқиқотниң асосий мазмуни

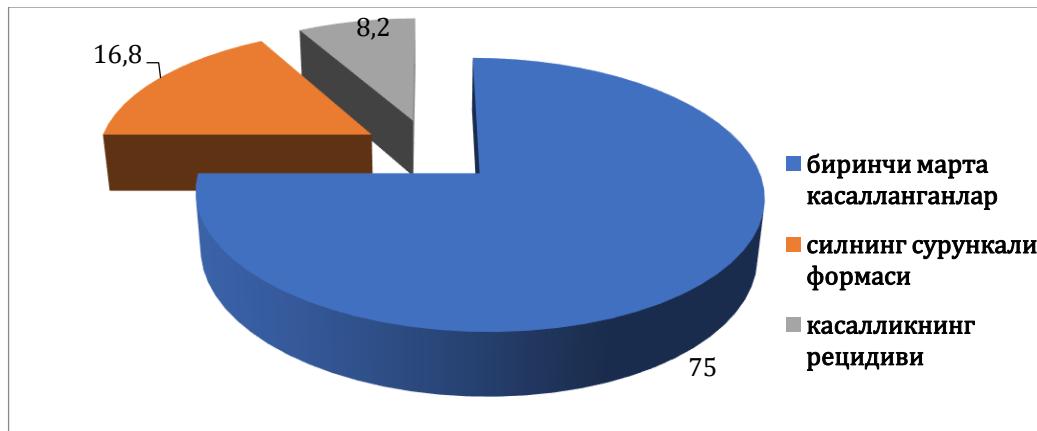
Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти болалари орасидан ўпка сили билан касалланган 3 ёшдан 7 ёшгacha бўлган болалар ва уларнинг оила аъзолари орасида ўтказилган анкета сўров натижаларига кўра, 67,0% қишлоқ ахолиси, 33,0% шаҳар ахолиси болаларига тўғри келади.

Болаларнинг жинси бўйича таҳлили шуни кўрсатдики, 69,5%, ўғил болалар 30,5% қиз болалар ташкил қилди. 94,5%ида сил микобактериялари аниқланган. (1-расм).



1-Расм. Беморларнинг яшаш жойи ва жинси бўйича тақсимланиши

Касалликнинг давомийлигига кўра, биринчи марта аниқланганлар 75,1%, силнинг сурункали формалари – 16,8%, касалликнинг рецидиви – 8,2%.



Беморларнинг касаллик давомийлигига кўра тақсимланиши

Эпидемиологик тадқиқотларда сил инфекциясининг тарқалишида инсоннинг инфекцияга чалинувчанлиги (иммунитети) муҳим ахамиятга эга. Жумладан, сил инфекцияга чалинувчанлик инсоннинг ёшига, жинсига, иммунитети, хамроҳ касалликларга боғлиқ. [16, 17].

Сил билан заарланиш айниқса, эрта болалик ёшида (1 ёшгача ва 1 ёшдан 5 ёшгача) хавфли хисобланади. Бу даврда иммунитет тизими хали етарли даражада ривожланмаган [5, 6, 18].

Наслий мойиллик ёки сил инфекциясига мойиллик юқори бўлган организмларда касаллик ривожланишининг хавфи юқоридир. (12).

Ёш катталашиб бориши билан иммун тизим ривожланиб боради, организмнинг силга чидамлилиги ҳам ортиб боради, лекин касалликларга чалинишда турмуш тарзи омилларининг аҳамияти ҳам жуда мухимдир. Етарлича овқатланмаслик, тез тез касалликларга чалиниш, асаб руҳий зўриқишлиар (стресслар) шулар жумласидандир [10, 12, 15].

Ўрганилган анкета маълумотлари ёрдамида аниқланган bemor болалар оиласидаги болаларнинг ўртacha сони 2,28 ни ташкил этди, битта болали оилалар улуши 21,4%, иккитали – 55,5%, учта – 10,7%, тўртта ва ундан кўп бўлган болалилар эса – 12,4%ни ташкил этди. Шундай қилиб кўп болалали оилалар улушкига 23,1% тўғри келди. Bemor болаларнинг фақат 78,8% қисми тўлақонли оилада истиқомат қиласди ва тарбияланади, бу вақтда 12,8%-отасиз, фақат онаси томонидан тарбияланади, 3,5% болалар бувиси ва буваси ёки улардан бири билан истиқомат қиласди, 1,2% опа-синглиси ва ака-укаси билан истиқомат қиласди, 1% эса бошқалар томонидан (vasiyilar, оталиққа олганлар, яқин қариндошлари билан истиқомат қиласди).

Касалликка чалинган болаларнинг ота-оналарнинг аксариятини маълумотлилик даражаси жуда паст: 58,2% оналар ва 51,0% оталар ҳатто ўрта маҳсус маълумотга ҳам эга эмаслар ва фақат 22,0% оналар ва 21,5% оталар олий ёки тугалланмаган олий маълумотга эгалар. Bemor болалар оналарининг кўпчилиги уй бекаси (37,1%), хизматчи (21,4%), ишбилармонлик билан шуғулланганлар (17,6%), ёхуд ўз мутахассислиги бўлмаган (24,9%) иш билан машғулдирлар. Оталарнинг ижтимоий ҳолати оналарнинг ижтимоий ҳолатидан сезиларли фарқ қиласди: улар орасида аксарият қисмини хизматчилар (27,2%), ҳарбий хизматчилар (26,4%) ва ишсизлар (12,0%) ташкил этади. 4,8% оналар ва 5,6% оталар илгари судланга-

нлардир. Анкета сўровнома натижалари кўрсатдики, 15,6% оналар ва 62,2% оталар тамаки чекади, бунда 8,8% респондентлар, яъни мактаб ёшидаги болаларнинг 13,8% ота-оналари болалар бўладиган хоналарда чекадилар.

Касал бўлган болаларнинг 21,4% оиласарида спиртли ичимликларни мунтазам равишда истеъмол қиласидар, 14,0% оталар ва 3,9% оналар боланинг касал бўлган вақтида ёки ундан олдин спиртли ичимликларни истеъмол қилганлар. 14,5% респондентлар оиласинг ички муҳитини бефарқлик каби, 6,2% – жуда таранг, низоли сифатида баҳолайдилар. Бемор бўлган болаларни аксарият оиласарини моддий холати паст, ҳатто жуда паст (41,0%), фақат 21,1% эса яхши моддий таъминотга эга бўлади. Фақат 24,1% оиласар 1 оила аъзосига 6 м² дан ортиқ алоҳида яшаш майдонига ва барча коммунал қулайликларга эга бўлган турар жой майдонига эга, 34,7% bemor болалар маҳаллаларда (ховлили уй), кўп қаватли уй хонадонида истиқомат қиласидар, 5,6% ижара уйларида яшайдилар.

26,3% оиласарда болалар учун алоҳида хона ажратиш имконияти мавжуд, бироқ 33,2% оиласарнинг болаларига умумий хонадан фақат бурчак ажратилган, 12,4% bemor болалар учун ҳеч қандай алоҳида шароитлар яратилмаган.

Умуман олганда фақат 59,2% респондентлар ўз оиласи шароитини осойишта сифатида баҳолаган бўлса, бу вақтда 34,0% - бола саломатлиги учун алоҳида ҳавф омилларини мавжудлигини кўрсатдилар, 6,8% ўз оиласини нохуш, осойишта бўлмаганлар қаторига киритган.

Ёпиқ муассаса тарбияланувчилари кўпинча овқатланишнинг ёмонлиги (50,4%) ва тоза ҳавода кам бўлишни (49,2%) кўрсатдилар. Бундан ташқари, 12,9% жисмоний фаоллик пастлиги ва қўшимча машғулотларни узоқ вақт давом этишини, 14,9% – уйқуни етишмаслигини кўрсатдилар.

Жисмоний фаолликнинг пастлигини 14,9% уйқуни етишмаслигини – 5,8%, компьютер олдида узоқ ўтиришни – 0,8% ота-оналар қайд этдилар. Мактаб ўқувчиларининг 4,1% доимий бўлмаган, ёмон оқатланишни кўрсатдилар, бунда ота-оналарнинг фикрича 19,0% болалар ёмон ёки жуда ёмон овқатланганлар. Ота-оналар ва болаларнинг ўзлари томонидан ҳавф омилларини қиёсий баҳолаш қиёсий ёндошуви талаб этади.

Шу билан бир вақтда бир қатор субъектив омилларга болалар ва ота-оналарининг муносабати турлича: демак, масалан, болалар учун қўшимча машғулотлар жуда узоқ этаётгандек қабул қилиниши мумкин, ота-оналар учун – бу меъордек, бола унга уйқу етишмаётгандек, кам ухлаётгандек ҳисоблаш мумкин, ота-оналар эса ўзини уйқу вақтини боланинг уйқу вақти билан солишириб, учун ажратилаётгандек уйқу соатларини етарли деб таҳмин қилинади. Равshanки, ушбу омилларни, саломатликка таъсирини баҳолашдаги мазкур холатда боларнинг ўзларини субъектив хисларини ҳисобга олиш керак. Алоҳида ҳавф омиллари бўйича ота-оналар одатда кам маълумотга эга бўлиши мумкин. Ўз оиласида истиқомат қилувчи мактаб ўқувчиларининг фақат 9,4% ва ёпиқ муассасаларнинг 4,0% тарбияланувчилари ўз саломатлигини мустаҳкамлаш учун мунтазам равишда жисмоний тарбия билан (тонгги бадантарбия, чиниқтириш муалажалари) шуғулланганлар. Аниқки дезадаптацияланган болаларда бундай имкониятнинг ўзи бўлмаган. Сўровномада иштирок этган ялпи оналарнинг 34,9% респондентлари касалликка нисбатан ўз болаларининг саломатлик ҳолатини аъло деб, 25,9% – яхши, худди шунчаси (25,9%) – қониқарли, 14,5% – ёмон деб баҳоладилар. Болаларнинг ўзларини касаллик

олдидаги саломатлик холатини баҳолаши сезиларли даражада юқори бўлди: 40,6% болалар ўзларининг аъло даражадаги, 32,3% – яхши, 26,1%и қониқарли даражадаги саломатликка эга деб ҳисоблайдилар ва фақат 1,0% касалликка нисбатан уларнинг саломатлиги ёмон даражада деб таҳмин қиласидар. Равшанки жавоблардаги бундай фарқ шу билан боғлиқки, ўз болаларини саломатлигини баҳолашда оналар одатда саломатлиги устида жуда қайғурувчи шахснинг умумий дезадаптациясини гипертрофирланган холатини кўрадилар.

Саломатликни баҳолашдан фарқли равишда, оналар ва болаларнинг ўзлари томонидан жисмоний тайёргарликни баҳолаш янада яқинроқ бўлди: 5,1% ота – оналар ва 6,0% мактаб ўқувчилари уларни ёмон деб, мос холда 49,8% ва 47,5% – яхши деб баҳоладидар. Ёпиқ муассаса тарбияланувчилари оиласида истиқомат қилувчи болаларга нисбатан касаллик олдида ўзининг саломатлиги ва жисмоний тайёргарлик холатини сезиларли даражада паст баҳоладилар. Демак, ёпиқ муассаса болаларининг фақат 42,4% ўз саломатлигини аъло ва яхши деб баҳолаган бўлса, фақат 4,0% болалар ўзларида аъло даражадаги жисмоний тайёргарлик бор деб таҳмин қиласидар, ёмон ва қониқарсиз кўрсаткичлар – 46,5% болаларда аниқланди. Ўз оиласида тарбияланаётган ва ижтимоий дезадаптацияланган мактаб ўқувчилари, вояга етмаганларнинг ўзини саломатлиги ва жисмоний тайёргарлигини қиёсий баҳолаш, ижтимоий мослаштирилган мактаб ўқувчиларида ўзига баҳо бериш бошқа ижтимоий гурӯҳ болаларига нисбатан солиширилганда ўзларига юқори баҳо беришини кўрсатди. Демак дезадаптацияланган мактаб ўқувчиларининг 73,7% касалликка нисбатан ўз саломатлигини, – 83,9% жисмоний тайёргарлигини аъло ва яхши деб баҳоладилар. Ўз болаларининг саломатлик холати тўғрисида оналарнинг ҳавотирланиш даражасининг таҳлили кўрсатдикি, болалари касалликка чалингунча фақат 34,8% респондентлар болаларининг саломатлиги тўғрисида қайғурганлар, тез-тез ҳавотир олганлар эса – 49,5% ни ташкил этади, шу билан бирга 4,7% оналар ўз фарзандларининг саломатлиги билан умуман қизиқмаган бўлсалар, 11,0% – эса баъзи холатлардагина қизиқганлар. Оналарнинг бир қисмини ўз болаларининг саломатлик холати бўйича қайд этилган ҳавотирланиш даражаси кўпинча мос бўлмайди ва сезиларли пасаяди, бу эса бола ҳаётининг кундалик саломатлигини сақлаш фаолиятига ва профессионал тиббий ёрдамга эҳтиётсизлик билан муносабатига нисбатан руҳий асос бўлиб хизмат қиласидар. Демак, фақат 15,4% болалар касалланган вақтда мактабга бормадилар, 84,6% болалар эса бемор бўлган вақтида машғулотларга қатнаган, жумладан 8,1% болалар касаллик белгилари кучли намоён бўлган вақтида ҳам машғулотларга қатнашганлар. Беморларни касалланиши вақтида мактаб ўқувчиларининг фақат 11,7% и шифокорларга мурожаат қиласидар, 77,9% фақат бола кучли касал бўлганда тиббий ёрдамга мурожаат қиласидар, 10,4% эса амалий жиҳатдан тиббий ёрдамга умуман мурожаат қиласидар.

Тиббий ёрдамга мурожаат қилишнинг ўзи касалликдан даволаниши кафолатламайди. Болани шифокор тавсияларини қатъий бажариши ўта мухимдир. Бироқ, 57,4% болалар шифокор тавсияларини бажармайдилар, 33,5% – мунтазам равишда бажармайдилар ва фақат 9,1% ушбу тавсияларга доим риоя қиласидар.

Инфекцион жараён кечишига сил билан заарланган одамларда ортирилган иммунитетни мавжудлиги ёки мавжуд бўлмаслиги жуда катта таъсир қўрсатади.

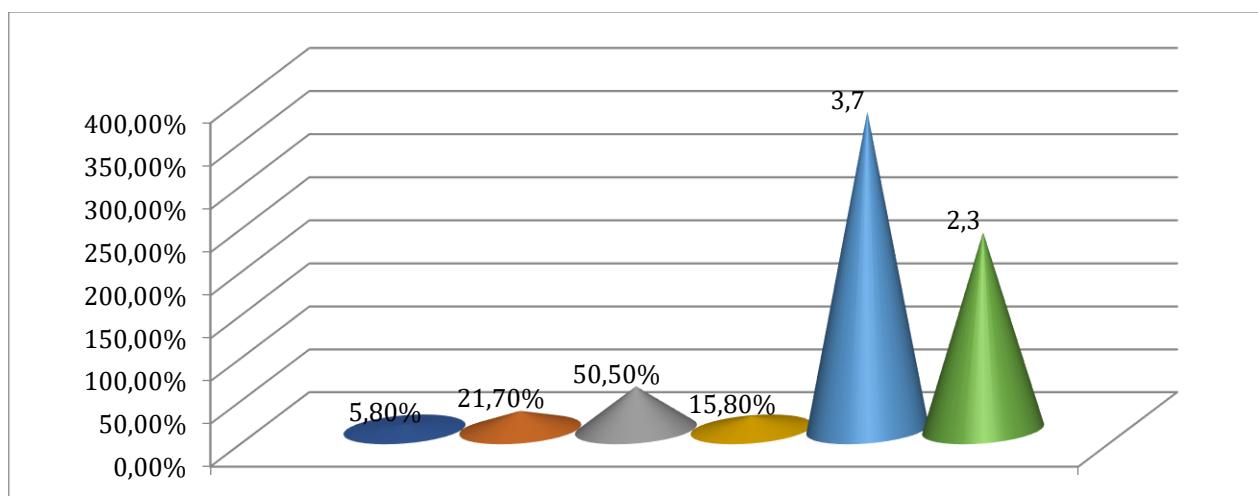
Ҳар бир одамнинг индивидуал ўзига хослиги қанчалик мухим бўлишига қарамасдан сил эпидемиологияси ахоли ёки унинг алоҳида гуруҳлари орасида силни тарқалишини аниқлаб берувчи умумий қонуниятларни ўрганади. Бу билан сил муаммосига бўлган эпидемиологик ёндошув, индивидуумни ўрганувчи клиникадан фарқ қиласди. Шу нуқтаи назардан ахоли ўртасида силга энг таъсирчан бўлган гуруҳни ажратиб олиш ўта мухимдир. Бундай гуруҳларни силни ривожланишини юқори ҳавфи бўлган ахоли гуруҳлари деб номлаш қабул қилинган. Сил патогенезини эътиборга олган холда, силнинг бирламчи шаклларини ривожланиш ҳавфини ортишига касалликни юқтирумagan шахслар, болалар, ўсмирлар ва 30 ёшгача бўлган катталар эга бўлади, чунки ахоли ўртасида ёшини ортиши билан сил билан заарланганлар сони ортиб боради: 40 ёшга келиб бундай холатлар сони 70–90% ни ташкил этади [4-8].

Шунингдек заарланган одамлар сони эпидемиологик кўрсаткич сифатида қаралади – касалликни юқтириш уларда 100 минг ахолига нисбатан фоизларла ифодаланади.

Кўпинч касалликни юқтириш турли ёш гуруҳларга қўлланилиши билан аниқланади..

Чақалоқларни силга қарши эмлаш, болалар ва ўсмирларнинг қайта эмлаш ўтказиладиган мамлакатларда, ахолини сил билан касалланиш кўрсаткичларини аниқлаш, эмлаш ва қайта эмлашдан сўнг мусбат тубиркулин синамаларини пайдо бўлиши сабабли катта қийинчиликни туғдиради. Шунга қарамасдан “заарланиш ҳавфи” ва ушбу кўрсаткичлар билан силни юқадиган шакли билан оғриган bemorлар сони ўртасидаги ўзаро алоқа ўрнатишга имкон берувчи ҳисоблаш усуллари ишлаб чиқилди.

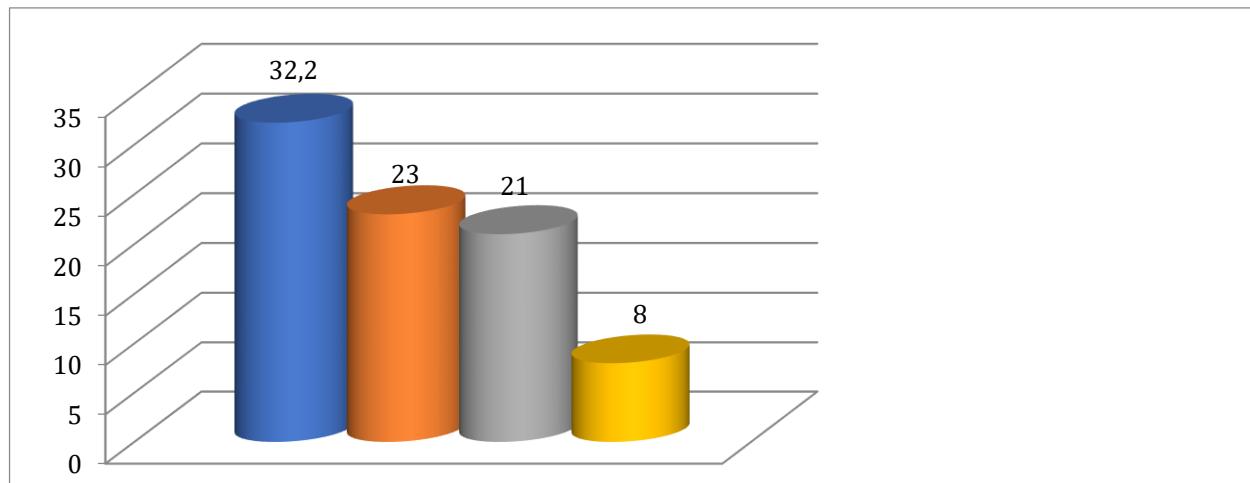
Оилаларнинг турмуш тарзи ва шароити, ота оналарнинг ижтимоий холати ҳар қандай инфекциянинг тарқалишида мухим омиллардан биридир. Ижтимоий холати бўйича сил билан касалланганлар: хизматчилар (5,8%); ишчилар 441 нафар (21,7%); ишламайдиган 1071 нафар (52,8%); нафақа ёшидагилар 321 (15,8%); ишбилармонлар 76 (3,7%) ни ташкил этди. Улардан сўровномада иштирок этган умумий сондан, фаол силли энг меҳнатга яроқли бўлган (15 ёшдан 50 ёшгача) 78,5% ни ташкил этди.(З-расм).



З-расм. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига қўра тақсимланиши

Битта ишловчига ўндан ортиқ одамни қарам бўлиш миқдори bemorlar орасида 27,4% ни ташкил этади, бу асосан oиланинг меҳнатга яроқли аъзолари ёки оила бошлиғи ўз фарзандларини ташлаб, республика ташқарисидан тасодифий мардикорлик билан пул топишга кетган оилалардир. Битта меҳнатга яроқли шахсга боқиманданинг 1 дан 8 гача бўлганлари асосан 3%ни, 4 дан 6 гача бўлганлар – 3,9%ни ва 3 гача бўлганлар эса – 6,4% bemorlarга тўғри келади.

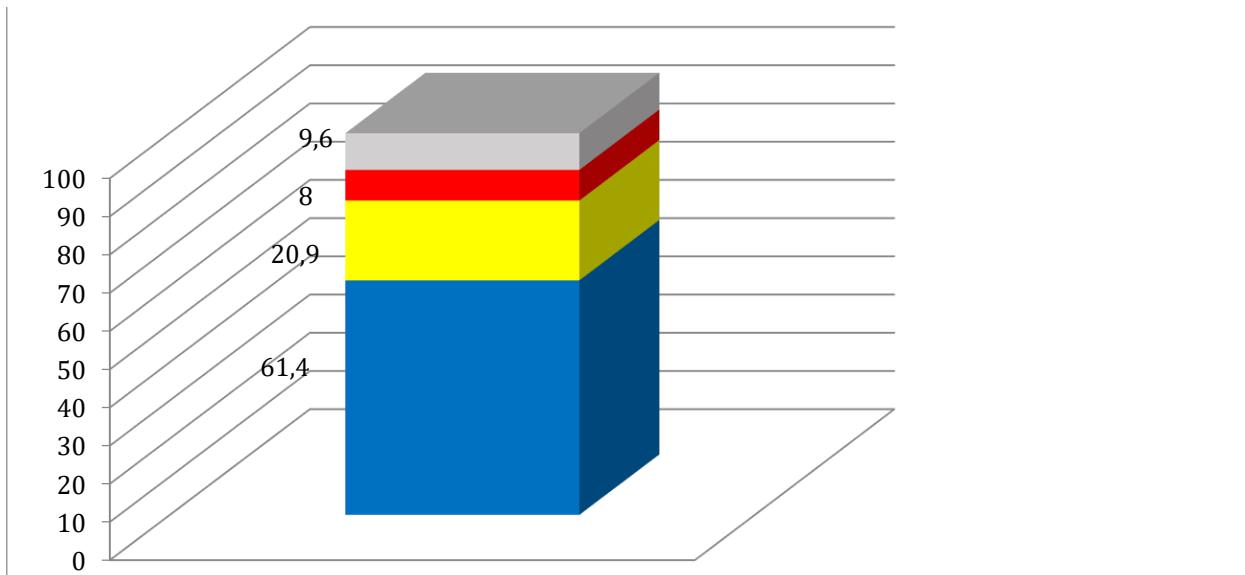
Ўз вақтида ташхислаш ва мос бўлган даволашни олганлигини аниқлаш мақсадида 500 нафар респондентларга берилган: “Бошқа шифокорда қанча вақт давомида даволандингиз?”, саволига қуйидагича: 32,2% – 10-15 кун давомида; 23,0%- бир ой давомида; 21% – 3 ойгача; 8,0% – 6 ойгача; 9,6%-бир йилдан ортиқ вақт давомида деган жавоблар олинди. (4-расм).



Бошқа шифокорларда қанча вақт давомида даволандингиз?

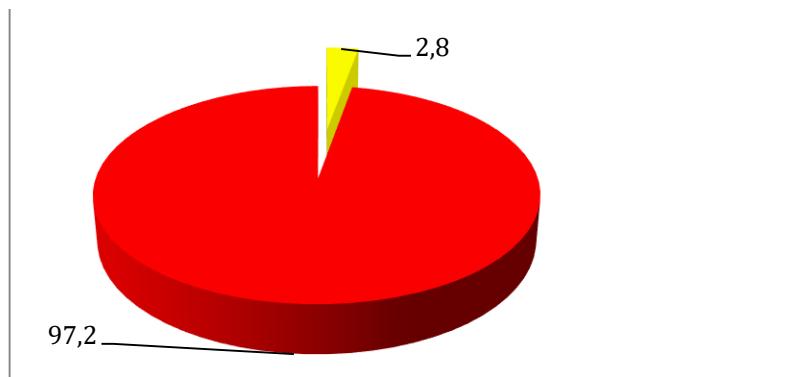
Сил билан оғриган сўровномада иштирок этганлар миқдоридан 61,4% bemorlar фтизиатрга ўз вақтида мурожаат қилганлар, 14,5% ўзларини соғлом деб ҳисобланганлар; 15,1% bemorlar ўзларида мавжуд бўлган клиник белгилар тезда ўтиб кетади деб ўйлаганлар; 4,8% қон туплаганларидан сўнг шифокорга мурожаат қилганлар ва 3,2% таниш шифокорда даволангандар.

“Касаллик бошлангандан сўнг қанча вақт ўтиб сил ташхиси қўйилган?”, деган саволга қуйидагича жавоблар олинди: – 61,4% бир ой давомида; 20,9%-уч ойдан сўнг; 8,0%-4, 6 ойдан сўнг; 9,6% – бир йилдан сўнг, bemorlar асосан силнинг ўпкадан ташқари шакллари билан оғриганлар.(5-расм)



5-расм. Касаллик бошланишидан қанча вақт ўтиб сил ташхиси қўйилган?

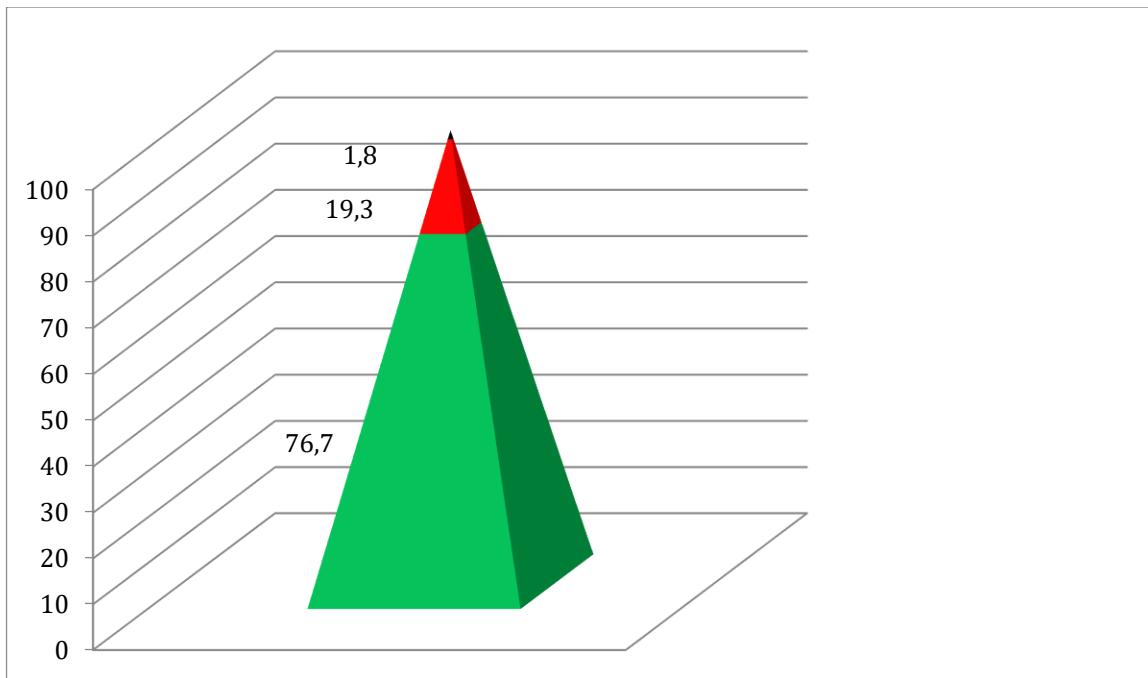
“Сизнинг яшаш майдонингиз ободонлаштирилганми?” деган саволга 2,8% “ҳа” ва 97,2% “йўқ” жавоби олинди. Оиланинг бир аъзоси учун 9 m^2 дан кичик бўлган яшаш майдони билан таъминланиши 87% bemорларда қайд этилди, бу одамларни жуда зич яшасидан гувоҳлик беради, бу эса сил инфекциясини тез тарқалишига сабаб бўлади.



6-расм. Касалликни давомийлик муддатига боғлиқ холда bemларни тақсимланиши

Мазкур кўрсаткич ишсизлар орасида юқорилигicha қолмоқда ва 49,1%ни, ишчиларда – 19,6%, нафақадагиларда – 14,5%, хизматчиларда – 3,5% ва ишбилармонларда – 0,3%ни ташкил этади. Сил билан оғриган bemорларнинг фақат 10% дагина оиланинг ҳар бир аъзоси учун ажратилган яшаш майдони 10-12 m^2 ни ташкил этади.

Шунингдек битта оиладаги сил билан оғриганлар миқдори ўрганилди. Бунда қўйидаги натижалар олинди: 76,7% – оилада битта одам, 19,3% – оилада иккита одам, 1,8% – оилада учта одам, 0,1% – оилада тўртта одам.(7-расм). Шундай қилиб, битта оилада иккита ва ундан ортиқ кишини сил билан касалланишлари миқдори 22,5% ни ташкил этади, бу эса силни дориларга чидамли шаклларини ўсганлигидан гувоҳлик беради, 70,5% сил билан 1-2 йил давомида касалланганлар; 21,3% 3-4 йил давомида; 8,2% – 5-6 йил давомида касалланганларни ташкил этади.



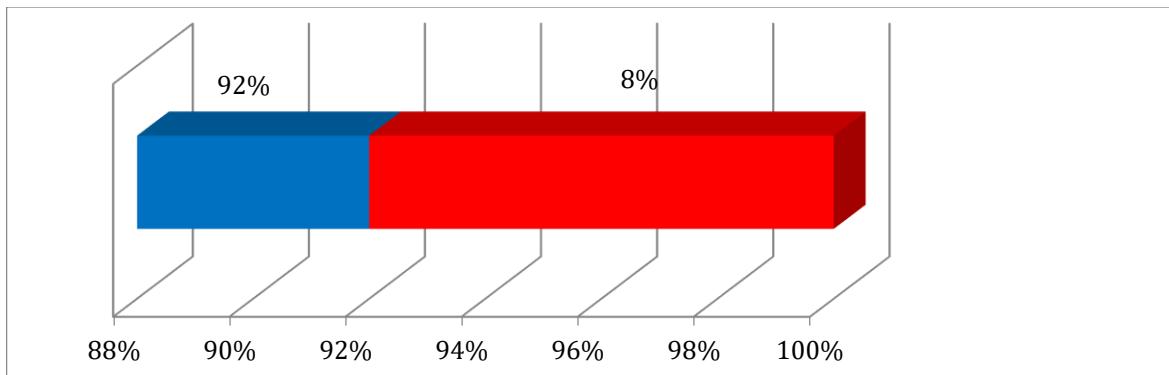
7-расм. Битта оилада сил билан касалланганлар миқдорини ўрганиш.

Колган ахолига нисбатан сил билан касалланиш ҳавф юқори бўлган шахслар контингенти маълум. Ҳозирги кунда сил билан оғриганлар – кўпинч наркоманлар, АИЖБлар, қамоқдагилар ёки қамоқ муддатини ўтаганлар, спиртли ичимликларни сурункали истеъмол қилувчилар, ишсизлар, сил билан касалланиш юқори бўлган минтақалардан келган мигрантлар – бу сил бўйича ижтимоий ҳавф гуруҳини ташкил этувчиладир.

Бироқ, ахоли ўртасида тиббий ҳавф гуруҳи деб номланувчи саломатлик холати бўйича юқори даражадаги ҳавфга эга бўлган шахслар гуруҳи мавжуд.

Мазкур ҳавф гуруҳига ўпканинг сурункали яллиғланиш касалликлари билан оғриган bemорларни, қайталанувчи атипик зотилжам, юқори нафас йўлларининг кўп марта қайталанувчи касалликлари билан оғриганлар, экссудатив плевритни бошидан ўтказганлар, ўпканинг касб касалликлари билан оғриганлар, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касалликлари билан оғриганлар, меъда-ичакларда жарроҳлик амалиётини ўтказганлар, қандли диабет ёки буйрак усти безларининг сурункали етишмаслигидан азият чекувчилар, узоқ вақт давомида гормонал дори воситаси билан даволагганлар, сил билан касаллангандан сўнг даволанган ва ҳисобдан чиқарилган, рентген мусбат шахсларни киритиш лозим. Кўрсатилган гуруҳларни ажратиб олиш ва уларни тизимли равишда текшириб бориш силни ўз вақтида аниқлашнинг бевосита шартларидан бири бўлиб ҳисобланади. Умумий даволаш тармоғи шифокорлари тажовузкор контингентлар тўғрисида маълумотга эга бўлишлари ва поликлиника шароитида уларн ҳар йили мунтазам равишда флюорографик текширувларини ўтказишлари лозим (8-расм).

Шунингдек шифокор фтизиатрлар томонидан кўрсатилган силга қарши ёрдам сифати ўрганилди. “Сиз шифокор-фтизиатр ишидан қониқасизми?”, деган саволга асосан силнинг сурункали шакли билан оғриган bemорларнинг сўровномада иштирок этган 92% “ҳа” -8% “йўқ” – деб жавоб берган.



Шундай қилиб ахолининг турли гуруҳларини ҳаёт сифатига ижтимоий омиллар таъсирини ўрганиш шуни кўрсатдики, силдан азият чекувчи шахслар қарши қўйилган гуруҳдан қуйидагича фарқ қиласди: 92,0% – бу ойлик даромади республика бўйича тирикчилик учун энг кам миқдордан деярли ўн марта паст бўлган ахолининг ижтимоий ҳимояланмаган қатлами, ишсизлар, нафақадагилар ва оиланинг битта аъзосини энг паст даромадига эга бўлган ишчилар, маълумотининг паст даражаси (67%), катта сондаги ишсизлар (2 мартадан юқори), истиқомат қилишнинг қониқарсиз турар жой ва майший, ҳамда санитар шароитлари (4 марта), кўп сондаги одамларнинг зич яшashi (87% bemorlar 9m² dan kam жойда истиқомат қиласидилар), битта ишловчи қарамоғида кўп сонли одамларни бўлиши (10 одамдан кўп – 29 марта), оғир майший шароитга эга бўлганларнинг энг катта улуси, тўлақонли бўлмаган овқатланиш (рационда оқсил ва витаминалар етишмаслиги), сил масалалари бўйича санитар билимларининг пастлигидир.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдусадыкова Ф.Т., Медведева Н.В. – Разработка оптимальных режимов профилактики туберкулеза у детей из очагов лекарственного устойчивого туберкулеза / Тезисы У11 конгресса педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания». Сочи. Краснодарский край. Россия 2015. – С. 6–7.
2. Абдусадыкова Ф.Т., Медведева Н.В., Абдураззакова Л. – Подходы к лечению туберкулеза у ВИЧ-мнфицированных детей / Тезисы У11 конгресса педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания». Сочи. Краснодарский край. Россия 2015; С. 6-7.
3. Абдусадыкова Ф.Т., Ташпулатова Ф.К., Абдураззакова З.К. Эффективность профилактики туберкулеза у детей из очагов лекарственно-устойчивого туберкулеза. УК11 Российский форум “Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения”. 2015г. Санкт-Петербург. – С. 13–14.
4. ВОЗ. Туберкулез, выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. Второе издание. Т.: 2007. – С. 304–307.
5. Кучма В.Р., Ушаков И.Б., Соколова Н.В. и др. - Методы оценки качества жизни школьников. М.: Издательство ГУ НЦЗД РАМН, 2006. – С. 98.
6. Король О.И. Туберкулез у детей и возможности его предупреждения // Туберкулез: Проблемы диагностики, лечения и профилактики: Тр. Всерос. науч.-практ. Конф. / Под ред. Ю.Н. Левешева. –СПб., 2003. –С. 100–103.
7. Лозовская М.Е. Эффективность использования ламинария у подростков при комплексном лечении туберкулеза легких. // Вопросы питания. – 1,2005. – С. 40–43.

8. Нечаева О.Б. – Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России // Туберкулез и болезни легких. 2018;96(8). – С. 15–24.
9. Парпиева Н.Н., Белоцерковец В.Г., Якуббеков Т.Ю. и др. – Медико-социальная характеристика больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз // Материалы VII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. Ташкент. 2010. – С. 63.
10. Пасечник О.А., Плотникова Щ.В. – Профессиональная забота о туберкулезом медицинских работников Омской области. // Гигиена и санитария. 8. 2015. – С. 26–27.
11. Скачкова Е.И., Нечаева О.Б., Пунга В.В. – Организация противотуберкулезной помощи в России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008.
12. Сухова Е.В., Сухов В.М., Корнев А.В. – Социальные последствия туберкулеза легких. // Пульмонология.: 2005. – С. 101–104.
13. Тилляшайхов М.Н., Абдусадыкова Ф.Т., Ташпулатова Ф.К. – Эффективность противотуберкулезных мероприятий среди детей в Республике Узбекистан // XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания. М.: 2015. – С. 230–231.
14. Убайдуллаев А.М., Абсадыкова Ф.Т., Ташпулатова Ф.К. Туберкулёз в Узбекистане // Туберкулез и болезни легких. 2011. – № 11 – С. 10–14.
15. Шайхова Г.И., Рахимов Б.Б. Гигиеническое обоснование рационов питания при ожирении / Методические рекомендации. Т.: 2010. – С. 8–10.
16. Юрьев В.К., Сайфулин М.Х. Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 6. – С. 7–12.
17. Baussano I., Nunn P., Williams B., Pivetta E., Bugiani M., Scano F. Tuberculosis among health care workers. Emerg. Infect. Dis. 2011; 17(3): 488–94.
18. Kuchma V.R., Ushakov I.B., Sokolova N.V. – Methods for assessing quality of pupils' life. Moscow, CA SCCH RAMS Publ., 2006. – P. 98. (In Russian).
19. Moiseeva O.V. The quality of teenagers' life from Udmurt families during their tuberculosis chemoprophylaxis. Voprosy sovremennoi pediatrii. [Questions of modern pediatrics], 2009, no. 6. – PP. 12–13 (In Russian).
20. Nienhaus A., Schablon A., Preisser A.M., Ringshausen F.C., Diel R. Tuberculosis in healthcare workers – a narrative review from a German perspective. J. Occup. Med. Toxicol. 2014; 9(1): 9.
21. Parpieva N.N., Belotserkovets V.G., Iakubbekov T.Iu. Medical and social characteristics of patients with co-infection HIV/Tuberculosis. Materialy VII s'ezda ftiziatrov i pul'monologov Uzbekistana. Tashkent. [Materials of the VII Congress of phthisiologists and pulmonologists of Uzbekistan. Tashkent], 2010. p. 63. (In Russian).
22. Robson P.J. Sociodemographic, health and lifestyle characteristics reported by discrete groups of adult dietary supplement users in Alberta, Canada: findings from The Tomorrow Project / P.J. Robson, G.L. Siou, R. Ullman, H.E. Bryant // Public Health Nutr. – 2008. – № 6. – PP. 1–10.
23. Status of antituberculous work in the Republic of Uzbekistan for the period 1999-2009 and objectives for its improvement: opportunistic review. Tashkent, MZ RUz Publ., 2009. (In Russian).
24. Ubaidullaev A.M., Absadykova F.T., Tashpulatova F.K. Tuberculosis in Uzbekistan. / Probl. tub. [Problems of tuberculosis], 2011, no. 7. – PP. 10–14 (In Russian).