

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ,
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

БАБАЖАНОВ ХУДАЙНАЗАР РАЖАБОВИЧ

**МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ,
УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
(ХОРАЗМ ВА СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТЛАРИ МИСОЛИДА)**

14.00.30 – Эпидемиология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Бабажанов Худайназар Ражабович

Мохов касаллигининг эпидемиологик хусусиятлари,
унинг профилактикасини такомиллаштириш
(Хоразм ва Сурхондарё вилоятлари мисолида) 3

Бабажанов Худайназар Ражабович

Эпидемиологические особенности болезни лепра,
совершенствование ее профилактики
(на примере Хорезмской и Сурхандарьинской областей)..... 25

Babajanov Khudaynazar Rajabovich

Epidemiological features of leprosy, improvement of its prevention
(in example of Kharezm and Surkhandarya regions)..... 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 48

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ,
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

БАБАЖАНОВ ХУДАЙНАЗАР РАЖАБОВИЧ

**МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ,
УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
(ХОРАЗМ ВА СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТЛАРИ МИСОЛИДА)**

14.00.30 – Эпидемиология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.1.PhD/Tib1773 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академияси, Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.tma.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Эшбоев Эгамберди Хусанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Атабеков Нурмат Сатиниязович
тиббиёт фанлари доктори

Раҳманова Жамила Амановна
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси, Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «24» декабр куни соат 13:00 даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 100109, Тошкент ш., Олмазор тумани, Фаробий кўчаси, 2-уй. Тел/факс: (+99871) 150-78-25.

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (22 рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 2-уй. Тел.: (+998 78) 150-78-25).

Диссертация автореферати 2022 йил «12» декабр куни тарқатилди.
(2022 йил «12» декабр даги 2 рақамли реестр баённомаси)



Л.Н. Туйчиев

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.У. Таджиева

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Б.М. Таджиев

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунё аҳолиси орасида ички ва ташқи миграциянинг ошиб бориши натижасида мохов касаллиги тез-тез қайд қилинадиган бўлиб қолди. Ҳозирги кунда дунёда ҳар йили 180-210 мингдан ортиқ мохов билан касалланган беморлар рўйхатга олинади, «...жумладан, 2019 йилда 118 та мамлакатда мохов касаллиги рўйхатга олинган бўлиб, Африкада 18,0%, Америкада 29,5%, Шарқий ўртаер денгизи худудларида 5,8%, Европада 0,1%, Жанубий-Шарқий Осиё давлатларида 70,4%, Тинч океаннинг Ғарбий соҳилларида 2,1% учраган»¹. Бу муаммонинг долзарблиги мохов касаллигининг эпидемиологик, клиник-лаборатор хусусиятларини ўрганиш, унинг ташхисотини ҳамда профилактикасини такомиллаштириш лозимлигини белгилайди.

Жаҳонда мохов касаллигининг хавfli омиллари, эпидемиологик хусусиятлари, эрта ташхислаш, асоратларини олдини олиш, даволаш ва профилактикасининг самарадорлигини ўрганиш мақсадида қатор тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада, мохов касаллигининг оилада ёки оиладан ташқарида учрашига баҳо бериш, мохов билан касалланишни юзага келтирган омилларни аниқлаш ва маиший-мулоқот йўллари қиёсий баҳолаш, мохов касаллиги эндемик ўчоқлари пайдо бўлишидаги ташқи ва ички миграциянинг аҳамиятини ўрганиш ҳамда мохов касаллигининг профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда юқумли касалликларини эрта ташхислаш ва самарали даволаш, олдини олиш ва асоратларини камайтиришга қаратилган вазифалар юклатилган. Бу борада «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² вазифалари белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга оширишда юқумли касалликларни ташхислаш ва даволаш даражасини янги босқичга кўтариш, профилактик тадбирларни ишлаб чиқиш ва тадбиқ этиш, ҳамда сифатли тиббий ёрдамда инновацион технологияларни қўллаш муҳим аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ - 4947 - сонли «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071 - сонли «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йиллардаги

¹Global Burden of Disease 2019. World Health Organization Geneva. <http://www.who.int/publications>

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармони

ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора - тадбирлари тўғрисида» ги қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий - ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишига мослиги. Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳар қандай юқумли касалликни ўз вақтида аниқлаш учун унга хос бўлган эпидемик жараённи узлуксиз ўрганмоқ зарур. Мазкур патологиянинг ижтимоий аҳамияти касалликнинг ҳаво томчи йўли орқали юқиши билан бир қаторда унинг қайталаниб туриши (рецидив) ва пировард натижада беморни оғир ногиронликка олиб келиши юқумлилик даражасининг ортиб бориши билан хавфли ҳисобланади. Шунини таъкидлаш жоизки, касалликнинг яна бошқа йўллари билан юқиши (масалан тери орқали) ҳанузгача исботланмаган (Дуйко В.В., 2013; Сароянц Л.В., 2015; Эшбоев Э.Х. ва ҳаммуаллифлар, 2021; Darlong J., Govindharaj P., Charles D. et al, 2016; WHO, 2016.). Касаллик қўзғатувчисининг (*M.Leptrae*) аниқланганлигига салкам 150 йил бўлганлигига қарамадан микобактерияларнинг соф культураларини сунъий озиқ муҳитларда ўстиришнинг иложи бўлмапти. Касалликнинг махсус профилактикаси учун долзарб ҳисобланган вакцина тайёрланмаган (Duthie M.S., Gillis T.P., Reed S.G., 2011.). Касаллик қўзғатувчисининг манбаи фақат бемор одам ҳисобланади. Аммо, С.С.Shepard (1960) томонидан экспериментал ҳайвонларда тимэктомия ва субтотал нурлатиш йўли билан аввалига оқ сичқонларда кейинчалик тўққиз белбоғли броненосларнинг (Armadillo) томир ичига микобактериялар юборилгандан сўнг 18-35 ой ўтиб уларда моховнинг клиник белгилари пайдо бўлганлиги исботланган ва шу тариқа табиатда касалликнинг иккинчи манбаи бўлиши мумкин деган назариялар ҳам пайдо бўлган (Ющенко А.А. 2006; Ющин М.Ю. 2008.).

Дунё лепрологлар уюшмаси аъзолари берган маълумотларга кўра, жаҳонда аниқланган мохов касалларининг 85-90% Ҳиндистон, Непал, Индонезия, Бирма, Бразилия, Марказий ва Жанубий Африка давлатлари ҳудудларида истиқомат қилади. Кўпчилик мутахассислар бу ҳолатни ижтимоий-иқтисодий етишмовчилик ва аҳолининг тиббий маданиятининг пастлиги билан боғлашади (Saunderson P. et all 2000; Darlong J. et all 2016; WHO 2016.). Европа давлатларида, жумладан, Испания, Германия, Италия ва Данияда, АҚШ давлатларида ҳозирги кунда 50000 нафардан ортиқ моховга чалинган беморлар бор. Таъкидланишича, уларнинг пайдо бўлишида аҳоли миграциясининг аҳамияти катта ҳисобланади (WHO. 2016; Lockwood D.N.J. et all, 2017.). Қўшни Тожикистон давлатига ҳам мохов касаллигига чалинган беморлар узок йиллар давомида савдо йўллари орқали унга чегарадош бўлган Афғонистон ва Ҳиндистон ҳудудидан, Россия Федерациясига эса аксарият беморлар Монголия, Хитой ва узок Шарқ ўлкаларидан кириб келганлиги

маҳаллий олимлар томонидан исботланган (Косимов А.М. 2013; Зоиров П.Т. 2015.).

Ўзбекистонда мохов касаллигини ўрганишга бағишланган асосий илмий тадқиқот ишлари ўтган асрнинг 60-80 йилларига тўғри келиб, ушбу илмий ишларни амалга ошириш Қорақалпоғистонда россиялик мутахассислар билан амалга оширилган. Асосан, касалликнинг ҳудудда юзага келиш сабаблари, эпидемиологияси, иммунобиологияси, клиник турлари ва янги даволаш услублари ўрганилган. Беморларни моховхоналарда алоҳидалашга катта эътибор қаратилган бўлиб, асосий беморлар 10-20 йиллаб даволаш курсларини олишган. Бир гуруҳ мутахассислар жанубий Орол бўйи ҳудудларида (Қорақалпоғистон, Туркманистон, Қозоғистон) касалликнинг кўп тарқалиши сабаблари, экологик ва ижтимоий-иқтисодий муаммолар билан боғлиқ эканлигини очиқ беришган. Моховга чалинган беморларда аллергия ҳолат, ирсийлик ва қон гуруҳлари ўрганилган. Аммо, мажмуавий дори терапияси ишлаб чиқилгунча катта ютуқларга эришилмаган. Ўзбекистоннинг қолган ҳудудларидаги мохов касаллиги бўйича ҳақиқий аҳвол ўрганилмаган (Абдиров Ч.А. ва ҳаммуаллифлар 1997; Говшудов А.А ва ҳаммуаллифлар 2008; Мырзахметов Е.И. 2009; Эшбоев Э.Х. ва ҳаммуаллифлар, 2018.). Айтиш жоизки, Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида мохов касаллигининг сақланиб қолиш сабаблари тўлиқ ёритилмаган, касалланиш кўрсаткичлари, эпидемиологик хусусиятлари аниқланиб, унга баҳо берилмаган. Эндиликда касалликнинг ўзига хос эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва унинг профилактикасини такомиллаштириш зарурияти туғилди.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 011800228 «Болалар ва катталарда бактериял, вирусли ва паразитар инфекцияларнинг замонавий босқичдаги муаммолари. Мохов касаллиги эпидемиологик хусусиятлари ва профилактикаси» мавзусидаги фундаментал лойиҳаси доирасида бажарилган (2019–2021 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида қайд этилган мохов касаллигининг эпидемиологик хусусиятларини аниқлаш ва унинг профилактикасини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида қайд этилган беморларнинг жинси, ёши, миллати, касалликни аниқланиш муддати ва клиник типлари бўйича эпидемиологик таҳлилини ўтказиш;

ретроспектив таҳлиллар ва ўчоқларда эпидемиологик кузатувлар асосида мохов касаллигининг оилада ёки оиладан ташқарида учрашига баҳо бериш;

мохов билан касалланишни юзага келтирган омилларни аниқлаш ва маиший-мулоқот йўллари қиёсий баҳолаш;

мохов касаллиги эндемик ўчоқлари пайдо бўлишидаги ташқи ва ички миграциянинг аҳамиятини ўрганиш;

мохов касаллигининг профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 212 нафар моховга чалинган беморларнинг касаллик тарихи, лепрозорийларда рўйхатда турган беморлар (назорат гуруҳидаги беморлар ва уларнинг маиший–мулоқотдагилари) ҳамда улар билан 107 нафар маиший - мулоқотда бўлган шахслар, амбулатория, эпидемиологик текширув карталар ва ҳисоботлар олинди.

Тадқиқотнинг предмети мохов касаллигига чалинган беморлар ва улар билан маиший-мулоқотда бўлган шахслар териси ва бурун бўшлиғидан бактериоскопик (*M.leprae*) текширишлар учун суртма материаллар олинди (n=147).

Тадқиқотнинг усуллари. Илмий-тадқиқот ишлари жараёнида эпидемиологик (ретроспектив эпидемиологик таҳлил), микробиологик (бурун бўшлиғи ва тўқима суюқликларидан суртма олиш), статистик (Пирсон коэффициенти хи квадрат (χ^2) вариацион ва Фишер усули) текширув усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида аниқланган беморларнинг жинси, ёши, миллати, касаллик аниқланиш муддати бўйича таҳлили ва касалликнинг клиник (лепраматоз, туберкулоид, қиёсланмаган) турлари бўйича учраши исботланган;

мохов касаллиги аниқланганда эндемик ўчоқ уларнинг оиласида олдиндан мавжудлиги анамнези, касаллик тарихларининг ретроспектив таҳлили натижасида исботланган;

мохов касаллиги аниқланган беморларда эндемик ўчоқ уларнинг оиласида олдиндан мавжудлиги исботланган;

маиший-мулоқотлар сабабли мохов касаллиги аёлларга нисбатан эркаклар ўртасида кўпроқ қайд этилиши ҳамда, мохов касаллигининг турғун эндемик ўчоқлари пайдо бўлишига олиб келиши асосланган;

мохов касаллиги эндемик ўчоқларининг шаклланишида ички ва ташқи миграциянинг аҳамияти исботланган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

1930–2018 йилларда мохов касаллиги бўйича ретроспектив эпидемиологик таҳлиллар ўтказилган;

Хоразм ва Сурхондарё вилоятларидан аниқланган беморлар ва улар билан маиший – мулоқотда бўлган шахслар сони, касалликнинг клиник шакллари ҳамда шифокорларнинг кундалик ишида керак бўладиган эндемик ўчоқларнинг жойлашиш харитаси амалиётга тақдим этилган;

касалланишнинг узоқ йиллар давомида ўсиш ёки пасайиш тенденцияси асослаб берилган;

эндемик ўчоқларнинг турғунлашиши ёки кўпайишида ташқи, ички миграция, оиладаги омил ва маиший мулоқотда бўлган шахслар сони асосий сабаблардан эканлиги изоҳланган;

беморларнинг ёшини ва касаллик клиник типларини ҳисобга олган ҳолда уларнинг маиший – мулоқотда бўлган шахсларига рифампицин

препаратини 6 ой давомида ойига 1 марта энтерал қабул қилиш орқали касалланишни камайтирадиган янги услуб ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги ушбу илмий изланишларда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, ўтказилган текширувларнинг тўғрилиги, эпидемиологик таҳлиллар ва беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган эпидемиологик, клиник, микробиологик ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек мохов касаллигининг профилактикасини такомиллаштириш халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланганлиги, хулосалар олинган натижаларга асосланганлиги билан ифодаланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти, беморларнинг асосий қисми ташқи ва ички миграция туфайли кириб келганлиги, касаллик манбаи эса беморларнинг оиласида илгаридан бўлганлиги, касалликнинг тарқалиши маиший-мулоқотдагилар сонининг ўсиб бориши билан боғлиқлиги эпидемиологик, клиник, микробиологик тадқиқотлар ўтказилиши билан изоҳланади.

Беморларнинг ёши ва клиник ташҳис турларини эътиборга олган ҳолда уларнинг яқин маиший-мулоқотдагиларига рифампицин препаратини бериш йўли билан касалликнинг тарқалишини кескин камайтирадиган такомиллаштирилган профилактика услуби амалиётга тадбиқ этилиши натижасида, беморларнинг шифохонада даволанишига сарфланадиган харажатларни камайтириш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Мохов касаллигининг эпидемиологияси ва унинг профилактикасини такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

мохов касаллигини хусусиятларини аниқлаш натижасида ишлаб чиқилган «Мохов (лепра) касаллиги этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, давоси, профилактикаси ва патоморфологияси» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 07 августдаги 8н-з/265-сонли маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма мохов касаллигини эрта диагностикаси, даволаш ва профилактикасини самарали амалга ошириш имконини бериб, касалланиш кўрсаткичини камайиши натижасида юзага келадиган меҳнатга лаёқатсизлик даражасини камайтириш имконини берган;

мохов касаллигининг олдини олишга қаратилган, такомиллаштирилган профилактикаси, миграциянинг аҳамиятини тўлиқ тушунтириб берувчи илмий маълумотлар Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Хоразм вилояти санитария-эпидемиологик осойишталиги ва жамоат саломатлиги бошқармаси амалиётга жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 14 декабрдаги 08-09/19741-сонли маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши тиббий ёрдам сифатини оширади, шунингдек, ташхислаш ва профилактиканинг янги услубларини қўллаш орқали мохов касаллиги билан касалланган беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш, амбулатория ҳамда стационар шароитда даволаниш

муддатини қисқартириш ва маиший – мулоқотдагилар орасида касалланишни сезиларли даражада камайтириш ҳисобига иқтисодий самарадорликни ошириш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та республика ва 2 та халқаро илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан 7 таси республика ва 2 таси хорижий нашрларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертация ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати, Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мос эканлиги асосланиб, мақсад ва вазифалар шакллантирилган, тадқиқотнинг объекти ва предмети кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган. Олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган ва назарий ҳамда амалий аҳамияти очиб берилган. Тадқиқот натижалари амалиётга жорий этилганлиги, чоп этилган ишлар ҳақида маълумотлар ва диссертациянинг тузилиши келтириб ўтилган.

Диссертациянинг «**Адабиётлар шарҳи. Мохов касаллигининг замонавий ўрганилганлик даражаси**» номли биринчи бобида мохов касаллигининг дунё бўйича тарқалганлиги, унинг этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, диагностикаси, давоси ва профилактикаси тўғрисидаги замонавий маълумотлар келтирилган. Мохов касаллиги тўғрисидаги тарихий маълумотлар, касаллик кўзгатувчисининг микробиологик хусусиятлари, эпидемиологик жиҳатларида ижтимоий, табиий географик, санитария гигиеник омиллар, хорижий ва маҳаллий илмий манбалардаги маълумотлар таҳлил қилинган ҳолда келтирилган.

Диссертациянинг «**Мохов касаллиги билан касалланган беморлар ва уларнинг маиший-мулоқотдагиларидан ажратилган *M.leprae* ни ўрганиш бўйича материаллар ва текшириш усуллари**» деб номланган иккинчи бобида мохов касаллигининг микробиологик, эпидемиологик жиҳатларини ўрганиш учун қўлланилган усуллар ва материаллар ёритиб берилган.

Эпидемиологик услуб тадқиқот ва архив материалларига таянган ҳолда аввал мавжуд бўлган ўчоқларга эпидемиологик жиҳатдан баҳо берилган. Беморлар ва улар билан маиший-мулоқотда бўлган шахслар кузатув остига олинган. Республика лепрозорияларидан изланиш даврида тақдим этилган эпидемиологик карталар, далолатномалар, моховга чалинганлиги

тўғрисидаги хабарномалар, моховга чалинганларнинг назорат картаси, мулоқотда бўлган шахслар ва касаллик тарихлари ретроспектив эпидемиологик таҳлили ўтказилган. Беморларнинг яшаш манзиллари ўрганилиб, жойларга бориб, қишлоқ ва овуллардаги эпидемик ўчоқларга қиёсий баҳо берилган.

Ҳаёт бўлган беморлар ва улар билан маиший-мулоқотда бўлган шахслар йилига икки марта тиббий кўрикдан ўтказилган. Бунда беморларнинг жинси, ёши, миллати ва касаллик юққандан сўнг аниқланганлик муддати алоҳида баҳоланган.

Клиник услуб - беморларнинг барчаси умумқабул қилинган клиник услублар билан тиббий кўрикдан ўтказилган. Унда терининг оғрикни, ҳароратни ва тактил сезувчанлиги аниқланган. Тошма элементлари хусусиятларини ойдинлаштиришда никотин кислотаси, гипохром доғларни аниқлашда эса гистамин эритмаси билан синамалар қўйилди. Терининг тер ажратиш функциясини аниқлаш учун «Минор» синамаси ишлатилди. Беморларни ҳар томонлама ўрганиш пайтида клиник ташхис (лепроматоз, туберкулоид, қиёсланмаган) типларга бўлиниб, ўрганилди.

Микробиологик услуб патологик материаллар беморларнинг бурун шиллиқ қаватидан ҳамда қош, пешона ва ияк териси тўқима суюқликлари умумқабул қилинган услубларда олинди. Циль–Нильсон услубида бўялган препаратлар оддий «Биолам» микроскопининг иммерсион тизимида кўздан кечирилди. Барча эпидемиологик, клиник ва микробиологик тадқиқотлар мамлакатимизда қабул қилинган этика меъёрларига риоя қилинган ҳолда ўтказилди. Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш «Statistica for Windows 7.0» персонал компьютер дастурлари тўплами ёрдамида амалга оширилди.

Диссертациянинг **«Хоразм вилоятида қайд этилган мохов касаллигининг эндемик ўчоқлари ва унинг ретроспектив эпидемиологик таҳлили»** номли учинчи бобида Хоразм вилояти ҳудудида мохов касаллигининг эндемик ўчоқлари ўрганилди ва ўтказилган ретроспектив эпидемиологик таҳлил натижалари тўлиқ баён этилган.

Хоразм вилояти шаҳар ва туманларида дастлабки беморлар (расмий ҳужжатларда) 1931 йилдан аниқлана бошланган ва уларнинг сони 1931-34 йиллар давомида 3 нафарни ташкил этган.

1935–1939 йилларда махсус мутахассислардан иборат экспедиция вилоят аҳолисининг бир қисмини тиббий кўрикдан ўтказиш бошлаган ва бир пайтда жойларда маҳаллий мутахассислар тайёрланган. Бу ташкилий ишлар натижасида 29 нафар янги беморлар рўйхатга олинган.

Ўз -ўзидан маълумки, уруш йиллари (1941–45 й.й.) ва урушдан кейинги (1945–49 й.й.) йилларда бутун дунёдаги каби Ўзбекистонда ҳам мохов касаллигини аниқлашдаги ташкилий ишлар биров сусайган, маҳаллий шифокорлар ва экспедиция ходимлари иштирокида 16 нафар янги беморлар аниқланган холос. XX асрнинг 50–59 йиллари бутун дунёда касалланиш кўпайгани каби Хоразм вилоятида ҳам беморлар сони ошди ва

шу йиллари аниқланган жами беморларнинг 47 нафари (37,0%) ни ташкил қилди.

Ўтган асрнинг 60–йилларигача олиб борилган профилактик чора тадбирлар ҳисобига мохов билан касалланиш Хоразм вилоятида нисбатан камайган. Айтиш жоизки, беморларни топиб алоҳидалаш масаланинг бир томони эди холос, фақатгина сульфон препаратларининг амалиётга тадбиқ қилинишигина бутун республикадаги каби Хоразм вилоятида ҳам мохов билан касалланишни кескин камайтирди. Хоразм вилояти шаҳар ва туманлари кесимида аниқланган мохов касаллигига чалинган беморларнинг таҳлили 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Хоразм вилояти шаҳар ва туманларида 1930–2018 йиллар мобайнида аниқланган мохов касаллиги тўғрисида маълумот (n=130)

Шаҳар ва туманлар	Беморларнинг сони																М.р.	%	
	1930-1934	1935-1939	1940-1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009			2010-2018
Урганч ш. Урганч т.	-	9	6	2	10	6	4	2	1	3	-	-	-	-	-	-	43	33	
Манғит*	2	5	2	1	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	16,9	
Боғот	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	
Гурлан	-	3	1	-	1	-	1	4	5	2	-	-	-	-	-	-	17	13,1	
Қўшқўпир	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	6	4,6	
Хазорасп	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	6	4,6	
Хива	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	
Хонқа	-	1	-	1	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5,4	
Шовот	1	5	-	2	2	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	14	10,8	
Янгиариқ	-	-	1	-	1	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	1	6	4,6	
Янгибозор	-	2	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5,4	
Жами:	3	29	10	6	34	13	7	9	7	6	-	1	1	1	-	3	130	100	
Йиллар бўйича	1930-1934	1935-1939	1940-1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2018	Жами	Жами %

Изоҳ: *– Манғит тумани 1957 йилгача Хоразм вилояти таркибида бўлган.

Аммо, 1990 йиллардан кейин, Хоразм вилоятида мохов касаллиги бўйича касалланиш кўрсаткичлари динамикасида ўзгариш кузатила бошлади. Аввалига Хазорасп туманида (1993), кейин Қўшқўпирда (1997), сўнгра яна Хазораспда (2006), Янгиариқ (2007) ва яна Қўшқўпирда (2007) беморлар рўйхатга олинди. Аниқланган 5 нафар беморларнинг барчаси касалликнинг оғир клиник тури, яъни лепроматоз типи билан касалланган эди.

Таъкидлаганимиздек, вилоятда 1930–2018 йилларда жами аниқланган беморларнинг сони 130 нафар бўлиб, уларнинг 88 нафарини (67,7%)–эркаклар, 42 нафарини (32,3%) эса–аёллар ташкил қилган, икки жинснинг нисбати 2,1:1,0 дан иборат бўлди. Умуман олганда вилоятда эркак жинсига

мансуб беморларнинг аёллардан икки хисса ортиқ бўлиши жойлардаги бошқа қатор муаллифларнинг маълумотларига мос келади (Каданцев Н.Д., 1974; Эшбоев Э.Х, Файзиев Я.М, 2009).

Вилоятда жами аниқланган беморларнинг ёши бўйича таҳлилидан маълум бўлдики, ҳар учта бемордан биттасининг (46 нафар, 35,4%) ёши 21–30 ёшга, ҳар бештадан биттасиники эса (26 нафар, 20,0%) ёши 15–20 га тўғри келади. Умуман олганда беморларнинг ярмидан кўпи (90 нафар, 69,2 %) 15–40 ёшдаги навқирон инсонлардир. Болалар орасида касаллик 6,9% ни ташкил қилди, 61 ёш ва ундан ошган кекса ёшдагилар эса 5,4% дан иборат бўлди. Жами касалланганларнинг ўртача ёши $30,6 \pm 1,3$ эканлиги аниқланди. Энг ёш бемор 8 ёшда, кексалари 65 ёшда бўлган. Касалликнинг эрта бошланиши беморларни фақатгина ногирон қилиб қўймасдан, балки шу ҳудуднинг иқтисодиётига катта зарар етказди, тиббиётнинг ҳамда жамиятнинг олдида эса улкан муаммоларни юзага келтиради, фаол ёшдагиларни бир умрга меҳнатга лаёқатсиз қилиб қўяди.

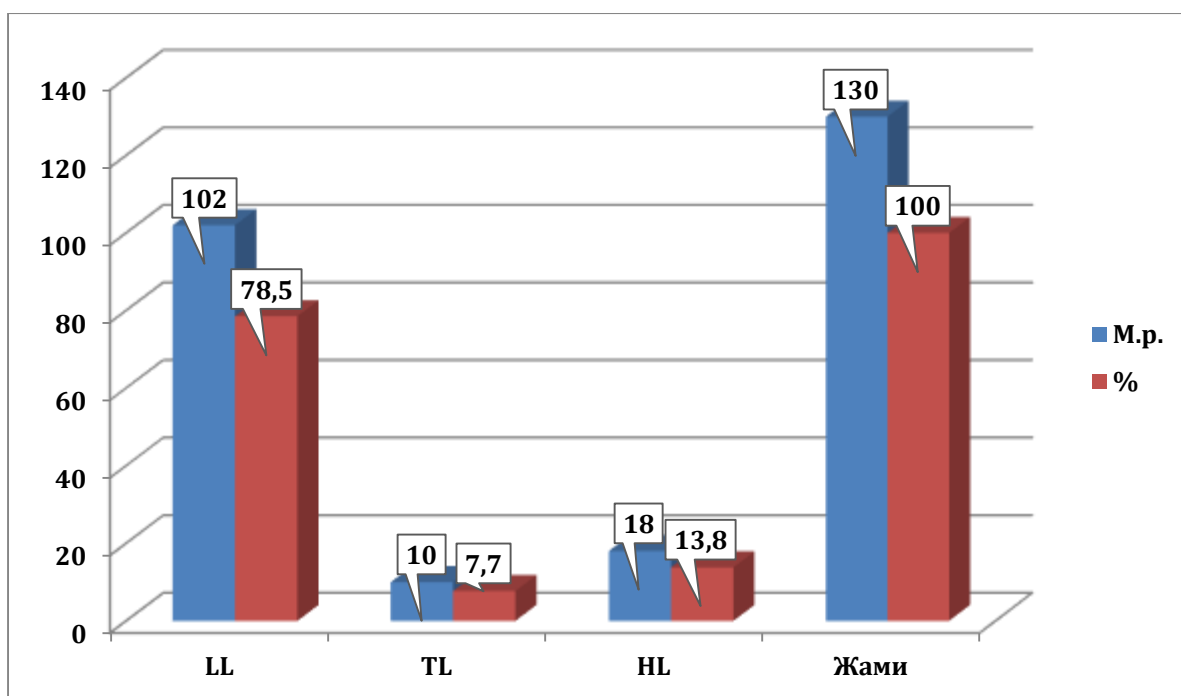
Моховга чалинган беморларнинг миллатлари бўйича таҳлили натижалари 2–жадвалда келтирилган бўлиб, унда Хоразм вилояти ҳудудида аниқланган беморларнинг 17,7% ини қорақалпоқлар, 12,3% ини қозоқлар, 2,3% ини туркманлар, 1,5% ини татарлар, 3,1% ини эронликлар, биттадан (0,8%) озарбайжон ва корейслар, маҳаллий халқ вакиллари яъни ўзбеклар 80 нафарни (61,5%) ини ташкил қилди.

2–жадвал

Моховга чалинган беморларнинг миллатлари бўйича таҳлили натижалари

Миллати	Сони	
	М.р.	%
Ўзбек	80	61,5
Қорақалпоқ	23	17,7
Қозоқ	16	12,3
Татар	2	1,5
Озарбайжон	1	0,8
Туркман	3	2,3
Корейс	1	0,8
Перс (Эрон)	4	3,1
Жами	130	100,0

Дарҳақиқат турли миллат вакиллари ямлаб кўрадиган бўлсак, уларнинг ҳиссаси 38,5 % дан иборат бўлиб, бу юқори кўрсаткич ҳисобланади. Демак беморларнинг бир қисми миграция туфайли бошқа ўлкалардан келиб қолган.



1–расм. Мохов касаллигининг клиник типлари бўйича таҳлил натижалари

1–расмда беморларнинг клиник ташхиси бўйича таҳлил натижалари берилган бўлиб, касалликка чалинганларнинг – 78,5 % ида лепроматоз (LL), 13,8 % ида қиёсланмаган (HL) ва 7,7 % ида туберкулоид тип (TL) аниқланган. Маълумки, моховнинг лепроматоз типи ҳам эпидемиологик, ҳам клиник жиҳатдан ўта хавфли ҳисобланади.

Тадқиқотимизнинг кейинги қисмида касаллик белгилари пайдо бўлгандан кейин якуний ташхис қўйилгунча ўтган муддатини ўргандик.

Вилоятда 33,8 % беморларни касаллик белгилари пайдо бўлгандан кейин орадан 2–3 йил вақт ўтгач аниқлашга муваффақ бўлинган. 14,6 % беморлар бир йил муддатда, 10,0 % эса 6–7 йил ичида, 13,1 % беморлар ҳатто 8–9 йил ва 10 йилдан сўнг қайд қилинган. Умуман барча беморлар ўртача 3,7 йил давомида аниқланган. 20,8 % беморларда бу муддатни аниқлашнинг имкони бўлмади.

Ўтган асрнинг 30–40 йиллари моховга чалинган беморларнинг кўпчилигининг оиласи бўлмаган. Масалан, Хонқа туманидан 1935–1939 йиллар оралиғида аниқланган жами (7 нафар) беморларнинг маиший мулоқотдагилари фақат 4 нафариди бўлган ва 15 нафарни ташкил қилган бўлса, 1997 йили Қўшқўпир туманидан аниқланган беморнинг 29 нафар, худди шу тумандан қайд қилинган (2007) иккинчи беморнинг эса 41 нафар маиший мулоқотдагилари бор. Хоразм вилоятида аниқланган мохов касаллигига чалинганларнинг маиший мулоқотдагилари тўғрисида маълумот 3 - жадвалда келтирилган.

**Вилоят шаҳар ва туманларида 1930–2018 йиллар мобайнида аниқланган
мохов касаллигига чалинганларнинг маиший мулоқотдагилари
тўғрисида маълумот (n= 130)**

Шаҳар ва туманлар	Маиший-мулоқотлари бор беморлар		Маиший-мулоқотдагилари мавжуд бўлмаган беморлар		Жами
	М.р.	%	М.р.	%	
Урганч ш. Урганч т.	20(82)	46,5	23(0)	53,5	43
Манғит	15(56)	68,2	7(0)	31,8	22
Боғот	1(10)	100,0	–(0)	0	1
Гурлан	15(76)	88,2	2(0)	11,8	17
Қўшқўпир	5(99)	83,3	1(0)	16,7	6
Хозарасп	3(34)	50,0	3(0)	50,0	6
Хива	–(0)	0	1(0)	100,0	1
Хонқа	4(15)	57,1	3(0)	42,9	7
Шовот	9(43)	64,3	5(0)	35,7	14
Янгиариқ	4(41)	66,7	2(0)	33,3	6
Янгибозор	6(12)	85,7	1(0)	14,3	7
Жами	82(468)	63,1	48(0)	36,9	130

Изоҳ: () Қавс ичида маиший мулоқотдагилар сони берилган.

Дарҳақиқат, кейинги 20–30 йиллар давомида аниқланган беморларнинг маиший мулоқотдагилари сони 3–4 баробарга ошиб кетган. Ундан ташқари аҳоли орасида ички ва ташқи миграциянинг йилдан–йилга кескин ортиб бораётганлигини ҳисобга оладиган бўлсак, касалликнинг эпидемиологик хусусиятлари ўзига хос равишда мураккаблашиб бораётганлигини кўришимиз мумкин. Шундай қилиб, бизнинг олиб борган изланишларимиздан маълум бўлдики, Хоразм вилоятининг айрим ҳудудларида мохов касаллигининг эндемик ўчоқлари бўлган, бу ҳудудларга Урганч шаҳри, Урганч тумани, Манғит, Гурлан, Янгибозор, Хонқа ва Шовот туманлари киради. Қолган туманларда эса касаллик спорадик ҳолатда қайд қилинган.

Биз юқорида касалликнинг манбаи тўғрисида маҳаллий ва чет элдаги муаллифларнинг фикрини баён қилган эдик. Одатда шифокорлар мохов касаллигининг манбаини ўрганишда иккита вазиятга эътибор беришади, касаллик беморнинг уйида (оиласида) юққанми ёки ташқаридан. Худди шу муаммоларни ўрганиб биз эпидемиологик нуқтаи назардан вилоят

учун келажакка башоратли маълумотларни очиб беришга муваффақ бўлдик.

Жами аниқланган 130 нафар беморларнинг 44 нафарида (33,9%) касаллик манбаи уйда (оиласида) аввалдан бор бўлган, яъни яқин туғишганлари, отаси, онаси, акаси, укаси, опаси ёки синглиси моховга чалинган. Яна 19 нафар беморларнинг (14,6%) қариндошлари, амакиси, аммаси, тоғаси, бувиси, буваси ёки жияни мохов билан касалланган экан. 67 нафар (51,5%) беморларнинг оиласида ёки яқин қариндошлари орасида моховга чалинганлар учрамаган.

Диссертациянинг «Сурхондарё вилоятида аниқланган мохов касаллигининг ретроспектив эпидемиологик таҳлили» номли тўртинчи бобида, Сурхондарё вилоятининг шаҳар ва туманларида юзага келган ўчоқларнинг эпидемиологик таҳлили натижалари келтирилган. 4–жадвалда Сурхондарё вилояти бўйича мохов касаллигига чалинган беморларнинг таҳлил натижалари келтирилган бўлиб, эпидемиологик текширишлар шуни кўрсатдики беморларнинг асосий қисми Денов ва Сариосиё туманлари худудида (76,8%) аниқланган.

4 – жадвал

Сурхондарё вилояти бўйича моховга чалинган беморларнинг таҳлили натижалари (n=82)

Шаҳар ва туманлар	Беморлар сони (м.р.)										Жами	%
	1	10	1	5	1	–	1	–	–	–		
Сариосиё	1	10	1	5	1	–	1	–	–	–	19	23,2
Денов	–	3	1	19	17	1	–	2	1	–	44	53,7
Шўрчи	–	2	0	4	1	2	–	–	–	–	9	11,0
Қумқўрғон	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1,2
Жарқўрғон	–	1	–	–	3	1	–	–	–	–	5	6,1
Термиз т	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Термиз ш.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Ангор	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Музробод	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Шеробод	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Қизирик	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Бандихон	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Бойсун	–	2	–	1	–	–	1	–	–	–	4	4,8
ЖАМИ	1	19	2	29	22	4	2	2	1	–	82	100,0
Йиллар	1930	1931–1940	1941–1950	1951–1960	1961–1970	1971–1980	1981–1990	1991–2000	2001–2009	2010–2018	Жами	

Бизнинг олиб борган тадқиқотларимиздан маълум бўлдики, Сурхондарё вилоятида 1931– 2018 йиллар давомида жами 82 нафар мохов касаллигига

чалинган беморлар аниқланган бўлиб, уларнинг 53 нафари (64,6%) эркаклар, 29 нафарини (35,4%) аёллар ташкил қилган, икки жинс нисбати 1.8:1. Ҳар икки жинс тўғрисидаги ушбу маълумотлар адабиётлардаги кўрсаткичларга деярли мос келади.

Денов тумани аҳолиси сони жиҳатдан вилоятда иккинчи ўринда туради ва Тожикистон билан чегарадош тоғли ҳудуд ҳисобланади. Кейинги асосий кўрсаткичлар Шўрчи (11,0%) ва Жарқўрғон(6,1%) туманларига тўғри келади. Бойсун (4,8%) ва Қумқўрғон (1,2%) туманларида спорадик шаклда беморлар аниқланган. Қолган Термиз шаҳри ва Термиз, Ангор, Қизириқ, Бандихон, Шеробод ва Музробод каби туманларнинг биронтасидан ҳам беморлар аниқланмаган.

Эътиборлиси шундаки, касалликнинг аниқланиш даражаси 1931–1940 йиллар, кейинчалик 1951–1960 йиллар ва 1961–1970 йилларда энг юқори бўлган. Бундай кўрсаткичларни шу пайтлари бутун собиқ иттифок республикаларида ва дунё миқёсидаги статистик маълумотларда кўришимиз мумкин. Жумладан, Сурхондарё вилоятининг Сарийосиё ва Денов туманларига кўшни бўлган Тожикистон Республикаси ҳудудидан жами аниқланган 357 нафар беморларнинг 74,1 % и худди шу йилларга (1931–1970) тўғри келади (Зоиров П.Т ва ҳаммуаллифлар. 2005;).

Беморларнинг ёши бўйича таҳлили қуйидагича: болалар 2 нафар; 15–20 ёшдагилар 17 нафар; 21–30 ёшдагилар 31 нафар, 31–40 ёшдагилар 12 нафар, 41–50 ёшдагилар 9 нафар, 51–60 ёшдагилар 7 нафар ва ниҳоят 61 ёшдан катталар 4 нафар. Вилоятда касалланиш аксарият ҳолларда 15–20 ва 21–40 ёшдагилар орасида тарқалган ва бу кўрсаткич 73,2 % ни ташкил қилади. Одатда касаллик кўп тарқалган ҳудудларда 5–6 яшар болалар орасида мохов билан касалланиш кўрсаткичи юқори бўлади. Иммуни жиҳатдан заиф ҳисобланган ёш болалар инфекцияни эрта ва тез юқтиради. Аммо бизнинг тўплаган маълумотларимизда бу ҳолат қайд этилмади. Болалар орасида касалланиш 2,4 % ни ташкил қилган. Лекин касалликнинг инкубацион даврининг узоклигини ҳисобга оладиган бўлсак, зарарланиш анча илгари бошланганлигини биламиз.

Клиник таҳлилларимиз шуни кўрсатдики, беморларнинг 74 нафари (90,2%) касалликнинг лепроматоз (LL), 6 нафари (7,3%) касалликнинг туберкулоид (TL) ва ниҳоят 2 нафариди (2,5%) эса қиёсланмаган типи (HL) билан касалланганлиги қайд қилинган.

Кўп мутахассислар касаллик манбаи оиладан кўп чиқса унда юзага келган ўчоқнинг давомийлиги кўп йилларга чўзилади ва ўчоқ турғун бўлади дейишади (Зоиров П.Т. 2006;). Бу борадаги тадқиқотларимиздан маълум бўлдики, аниқланган жами 82 нафар беморларнинг 23 нафарининг (28,0 %) оиласида аввалдан (отаси, онаси, акаси, укаси, опаси, синглиси, бувиси, буваси ва б.) мохов билан касалланганлар бўлган. Яна 13 нафарининг (15,8 %) яқин қариндошлари, жумладан, амакиси, аммаси, холаси ёки тоғаси мохов билан касалланган. Демак, жами аниқланган 82 нафар беморлардан 36 нафарининг (43,9%) яқин туғишганлари аввалдан мохов билан касалланганлар бўлган.

Сурхондарё вилояти ҳудудларидан аниқланган беморларнинг асосий қисми (67,1%) жуда кеч, яъни 10 йилдан ортиқ вақт ўтиб, аниқланган бўлса, 21,9% орадан 8–9 йил ўтгандан сўнг аниқланишга муваффақ бўлинган. Дарҳақиқат, ушбу кўрсаткичлар вилоятдаги асл эпидемиологик вазиятдан далолат беради. Беморларнинг ўз пайтида аниқланмаслиги оқибатида эпидемик ўчоқ ҳанузгача ўз кучини салбий жиҳатдан сақлаб турибди.

Моховга чалинган беморларни миллати бўйича таҳлили натижалари 5 – жадвалда келтирилган. Жами беморларнинг 49 нафарини (59,8 %) ўзбеклар, 31 нафарини (37,8 %) тожиклар, 1 нафарини рус (1,2%) ва 1 нафарини (1,2%) афғон миллати вакиллари ташкил қилган.

5–жадвал

Моховга чалинган беморларнинг миллатлари бўйича таҳлили натижалари

Миллати	Сони	
	М.р.	%
Ўзбек	49	59,8
Тожик	31	37,8
Афғон	1	1,2
Рус	1	1,2
Жами	82	100,0

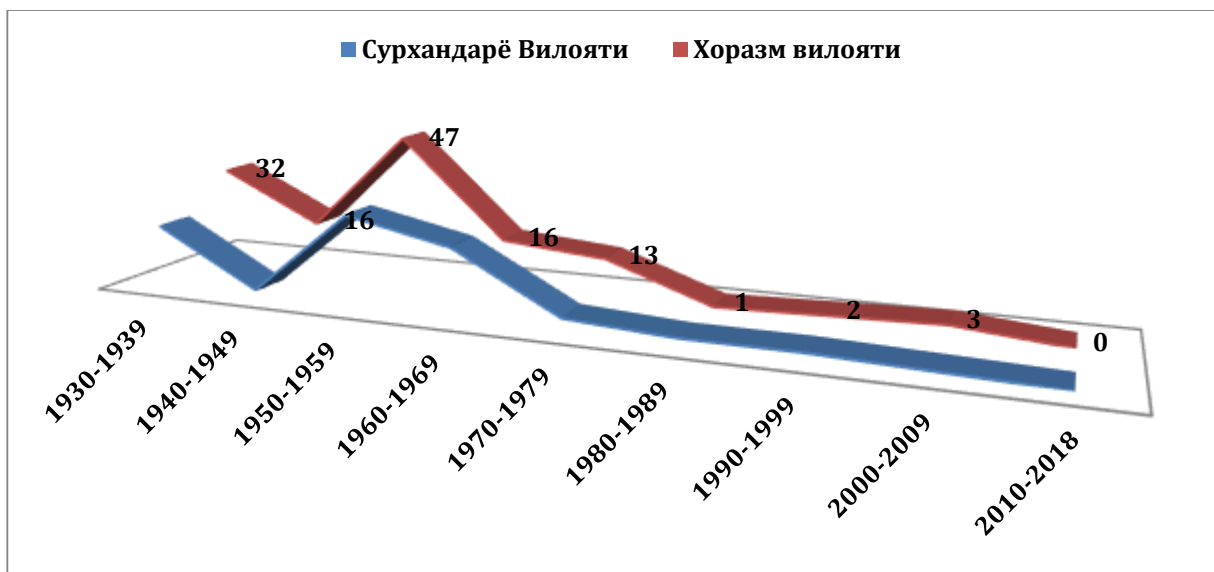
Сурхондарё вилоятининг Денов ва Сариосиё туманларининг айрим ҳудудларида Тожикистон билан боғлиқ равишда юзага келган мохов касаллигининг эски эндемик ўчоқлари бўлган. Қумқўрғон, Жарқўрғон, Шўрчи каби туманларда ва Термиз шаҳрига ички миграция туфайли беморлар кўчиб ўтган

Диссертациянинг «**Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида аниқланган мохов касаллигига чалинган беморларнинг қиёсий таҳлили**» номли бешинчи бобида, географик ҳудудда жойлашиши жиҳатидан, беморларнинг аниқланиш динамикаси, ёши ва жинсига нисбатан таҳлили, касалликнинг клиник типи, инфекция манбаи, тарқалиш йўллари, омиллари, маиший–мулоқотлари, касаллик аниқланиш муддати бўйича, касаллик манбаининг оилада ёки оиладан ташқарида учраши ва миллати бўйича, касалликнинг такомиллаштирилган профилактикаси таҳлили натижалари келтирилган.

Дастлабки беморлар юқорида таъкидганимиздек (III–IV боблар) асосан 1930–1939 йиллар мобайнида қайд қилина бошлаган ва Хоразмда – 32, Сурхондарё вилоятида – 20 нафарни ташкил қилган. 1940–1949 ва ундан кейинги 4–5 йил давомида асосий беморлар Хоразм вилоятидан – 16 нафар, Сурхондарё вилоятидан эса икки нафар бемор аниқланган. 1950 – 1959 йиллар давомида ҳар иккала вилоятдан аниқланган беморлар сони максимал кўрсаткичга етган.

Дарҳақиқат Хоразм вилоятидан 47 нафар, яъни жами аниқланган беморларнинг 36,1%ини, Сурхондарё вилоятидан 29 нафар, яъни умумий

беморларнинг 35,4%ини ташкил қилган. 1970 йиллардан кейин ҳар иккала ҳудудда беморларнинг аниқланиши камай бошлаган ва 1980 йиллардан сўнг спорадик ҳолатга тушган.



2–расм. Хоразм ва Сурхондарё вилоятлари ҳудудларидан 1930–2018 йиллар мобайнида аниқланган мохов касаллиги динамикаси

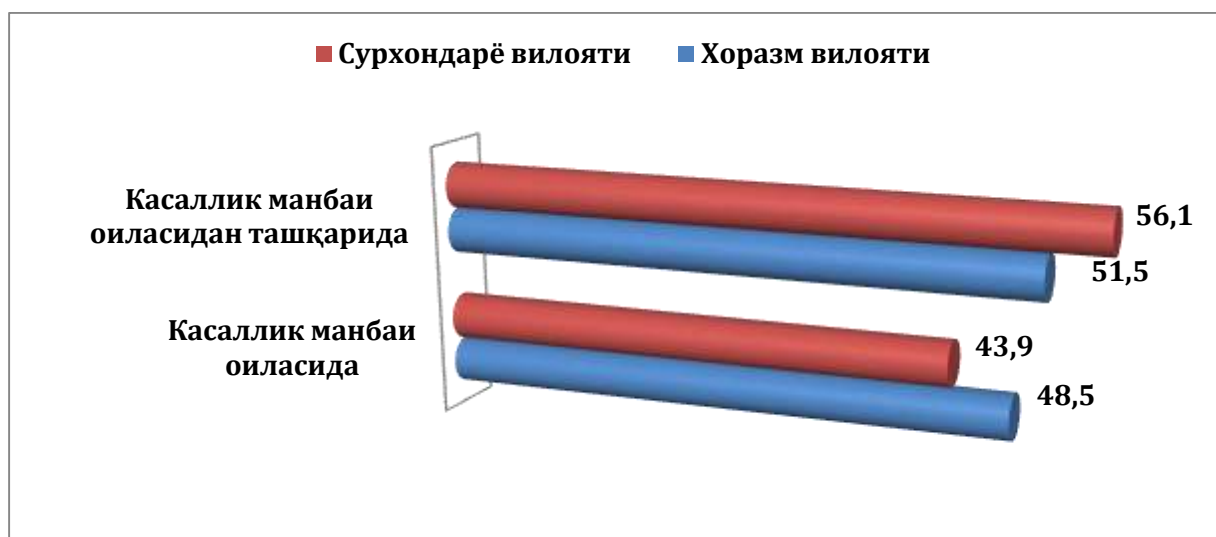
6-жадвалда Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида аниқланган беморларнинг касаллик белгилари пайдо бўлгандан кейин ўтган вақти бўйича таҳлил натижалари келтирилган. Хоразм вилоятида асосий беморлар (34%) орадан 2–3 йил ўтгандан сўнг аниқланган, аксинча Сурхондарё вилоятида (67,1%) орадан 10 йил ўтгач аниқлашга муваффақ бўлишган. Касаллик белгилари пайдо бўлган муддати номаълум бўлган беморлар сони Хоразмда вилоятида 27 (20,8%), Сурхондарё вилоятида эса 1 (1,2%) нафарни ташкил қилган.

**6–жадвал
Аниқланган беморларнинг касаллик белгилари пайдо бўлгандан кейин ўтган вақти бўйича таҳлили**

Вилоятлар	Муддати номаълум	1 йил гача	2–3 йил гача	4–5 йил гача	6–7 йил гача	8–9 йил гача	10 –ва ундан юқори
Хоразм	20,8%	14,6%	33,8%	7,7%	10%	6,1%	6,9%
Сурхондарё	1,2%	0%	3,6%	2,4%	3,6%	21,9%	67,1%

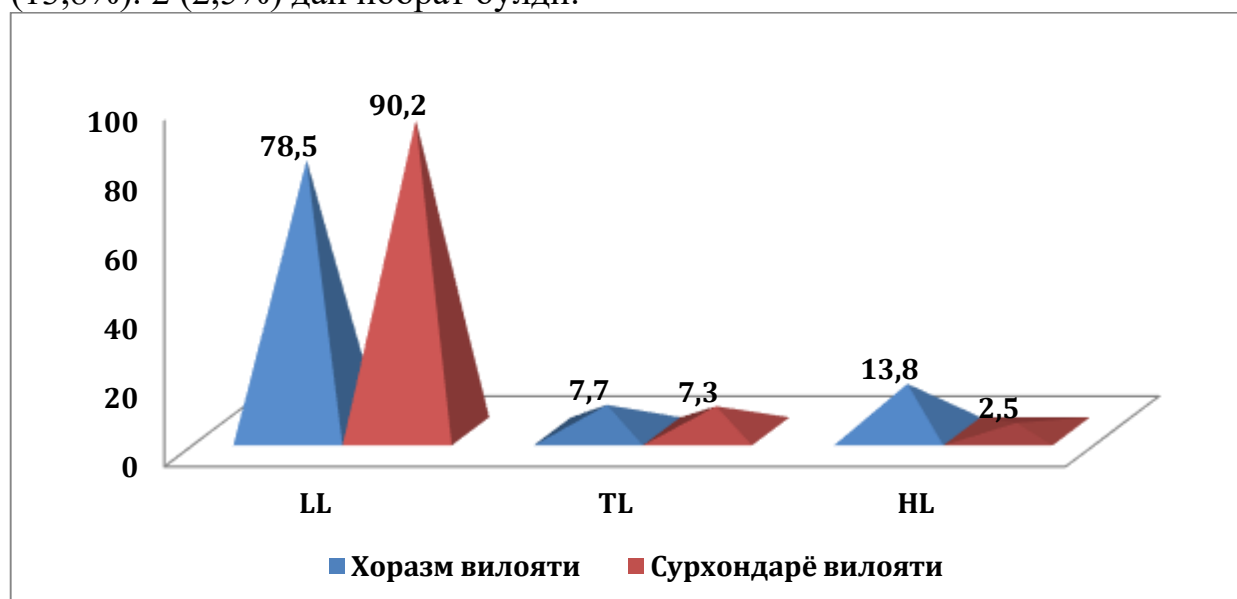
Хоразм вилоятида қайд қилинган жами 130 нафар беморларнинг – 44 нафарининг (38,9%) касаллик манбаи оиласида (уйида) илгаридан бор

бўлган. Ундан ташқари, яна 19 нафар (14,6%) беморларнинг қариндошлари аввалдан моховга чалинган. Худди шундай Сурхондарёда жами 82 нафар беморларнинг 23 нафарида (28,0%) аввалдан оиласида мохов касаллиги билан касалланган. 13 нафарининг (15,9%) яқин қариндошлари илгаридан касаллик туфайли рўйхатда туришган. Демак, Сурхондарёда 36 нафар (43,9%), Хоразмда 63 нафар (48,5%) беморларнинг касаллик манбаи аввалдан оиласида бўлган. Буни 3-расмда кўришимиз мумкин.



3-расм. Аниқланган беморларнинг касаллик манбаи таҳлили натижалари (фоизда).

Ҳар иккала вилоятларда аниқланган беморларни клиник жиҳатдан ўрганишимиз натижалар 4-расмда келтирилган бўлиб, Хоразмда жами аниқланган 130 нафар беморларнинг 102 нафарини (78,5%), Сурхондарёда эса 82 нафардан 74 нафарини (90,2%) лепроматоз (LL) тип ташкил қилди. Туберкулоид тип нисбати – 10 (7,7%): 6 (7,3%), қиёсланмаган тип – 18 (13,8%): 2 (2,5%) дан иборат бўлди.



4-расм. Аниқланган мохов касаллигининг клиник типлари бўйича таҳлили

Сурхондарё вилоятида, яъни тоғли ҳудудда касалликнинг лепроматоз типи чўл ҳудудидагилардан 11,7% га юқори бўлган, аксинча Хоразмда қиёсланмаган тип 11,3 % кўпроқ эканлиги қайд қилинган.

Хоразм вилояти ҳудудида аниқланган беморларнинг 80 (61,5%) нафари ўзбеклар, бошқа миллат вакиллари эса 50 (38,5%) нафарни ташкил қилган. Худди шундай изланишларимизда Сурхондарё вилоятида аниқланган беморнинг 49 (59,8%) нафари ўзбеклар, бошқа миллат вакиллари 33 (40,2%) нафарни кўрсатди. Буни 7-жадвалда кўришимиз мумкин.

7– жадвал

Аниқланган беморларнинг миллатлари бўйича таҳлил натижалари

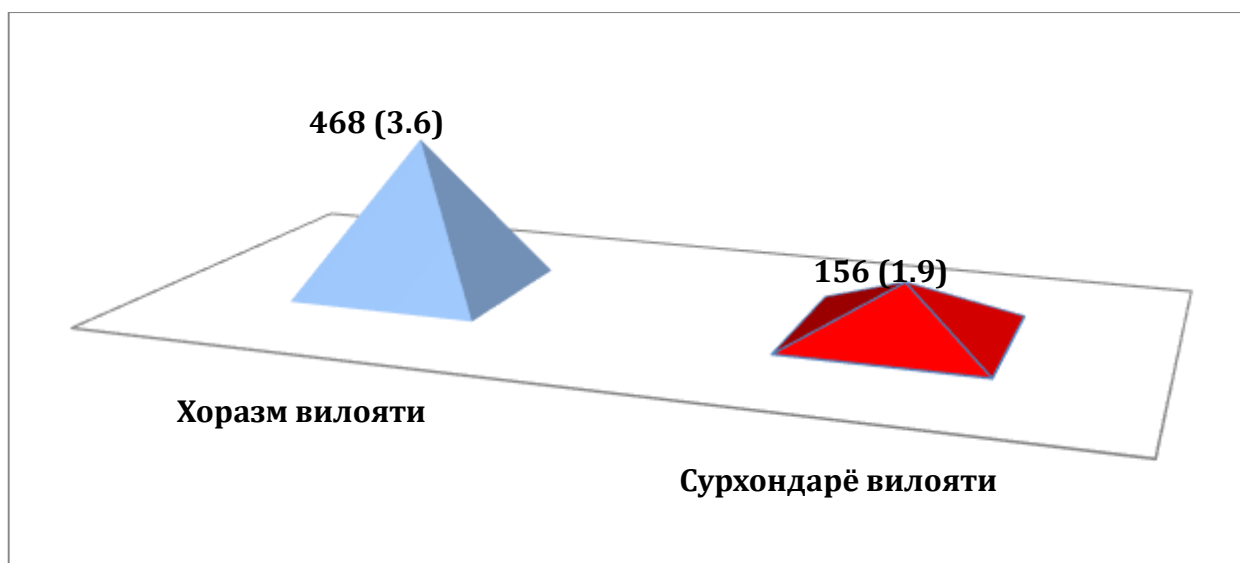
Миллати	Хоразм вилояти	Сурхондарё вилояти
Ўзбек	80 (61.5%)	49 (59.8%)
Қорақалпоқ	23 (17.7%)	0
Қозоқ	16 (12.3%)	0
Татар	2 (1.5%)	0
Озарбайжон	1 (0.8%)	0
Туркман	3 (2.3%)	0
Корейс	1 (0.8%)	0
Перс (Эрон)	4 (3.1%)	0
Афғон	0	1 (1.2%)
Рус	0	1 (1.2%)
Тоҷик	0	31 (37.8%)
Жами	130 (100%)	82 (100%)

Шундай қилиб, аниқланган беморларни миллати жиҳатидан таҳлил қилганимизда бу ҳудудларга тегишли бўлган касалликнинг ўзига хос эпидемиологик хусусиятларини аниқлашга муваффақ бўлдик. Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида касалликнинг пайдо бўлишида аҳоли миграциясининг роли катта бўлган. Хоразмда қорақалпоқлар, қозоқлар, эронийлар, туркманлар, корейс, озарбайжон ва татарлар, Сурхондарёда тоҷиклар, афғон ва руслар миграция туфайли келиб қолишган.

Мохов касаллигининг аҳоли орасида нақадар тарқалиши касалликнинг клиник типларидан ташқари яна ҳар бир беморнинг нечта маиший мулоқотдагилари бўлганлиги билан ҳам тўғридан-тўғри боғлиқ. Олиб борган тадқиқотларимиздан маълум бўлдики, Сурхондарё вилоятида аниқланган 82 нафар беморларнинг 156 нафар, Хоразм вилоятида аниқланган 130 нафар беморларнинг 468 нафар маиший мулоқотдагилари бўлган. Буни 6-расмда кўришимиз мумкин.

Хоразм вилоятида эпидемиологик жараён нисбатан анча мураккаблигича қолмоқда. Аксинча Сурхондарё вилоятида 1991 йилдан кейин аниқланган жами 3 нафар беморларнинг 15 нафар маиший

мулоқотдагилари бўлган. Шунинг учун бу ҳудудда эпидемиологик жараённи мураккаб деб бўлмайди.



5–расм. Беморларнинг маиший мулоқотдагилари бўйича таҳлили

Тадқиқотимизда лепроматоз лепра ташхиси клиник ва микробиологик жиҳатдан тасдиқланган беморларнинг 107 нафар, 30 нафар назорат гуруҳидагиларнинг маиший мулоқотдагилари бўлди. Уларнинг 59 нафарини эркаклар, 48 нафарини эса аёллар ташкил қилди. Жумладан, 3 ёшдан 5 ёшгача бўлганлар – 15 нафар, 6 ёшдан 9 ёшгача бўлганлар – 16 нафар, 10 ёшдан 15 ёшгача бўлганлар – 9 нафар, 15 ёшдан катталар эса 67 нафарни ташкил қилди. Беморларнинг ёши Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тавсия қилинган кўрсатма асосида тақсимланди.

8–жадвал

Тадқиқотдаги ва назорат гуруҳидаги беморларнинг қиёсий таҳлили

Тадқиқотдаги беморлар				Назорат гуруҳидаги беморлар			
Бемор	Ташхис	Мулоқотдагилар сони	Касалланганлар	Бемор	Ташхис	Мулоқотдагилар сони	Касалланганлар
1– ўчоқ	LL	13(12.1%)	–	1– ўчоқ	LL	8 (26.6%)	–
2– ўчоқ	LL	20(18.7%)	–	2– ўчоқ	HL	5 (16.7%)	–
3– ўчоқ	LL	29 (27.1%)	–	3– ўчоқ	LL	9 (30%)	–
4– ўчоқ	LL	41 (38.3%)	–	4– ўчоқ	LL	5 (16.7%)	1 (3.3%)
5– ўчоқ	LL	4 (3.7 %)	–	5– ўчоқ	LL	3 (10%)	1(3.3%)
Жами		107 (100%)	–			30 (100%)	2 (6.6%)

Профилактик чора-тадбирларни белгилашдан олдин мохов касаллиги билан касалланган беморларнинг маиший мулоқотдагиларининг барчасида *M.leprae* га бактериоскопик текширувлар олиб борилди. Ўша пайтда текширилган маиший мулоқотдагилардан биронтасидан ҳам *M.leprae* аниқланмади. Лекин, асосий беморлар эндемик ўчоқдаги маиший мулоқотдагилар орасидан аниқланиши бизга сир эмас.

Препаратнинг дозасини белгилашда маиший мулоқотдагиларнинг ёшини ҳисобга олган ҳолда, 3-5 ёшдагиларга 150 мг, 6-9 ёшдагиларга 300 мг, 10-14 ёшдагиларга 450 мг 15 ёшдан катталарга 600 мг дан 1 ойда бир марта 6 ой давомида рифампицин препарати энтерал қабул қилишга буюрилди. Текширувимиздаги ҳамма маиший мулоқотдагилар бир йилда 2 мартаба 15 йил давомида тиббий кўрикдан ўтказилди ва бирорта ҳам моховга чалинганлар аниқланмади. Аммо назорат гуруҳидаги беморларнинг профилактик мақсадида рифампицин берилмаган 30 та маиший мулоқотдагилари орасидан 12–13 йил ўтгандан сўнг моховга чалинган 2 нафар (6.6%) бемор қайд қилинди.

Шундай қилиб, Республикамизнинг лепрология тарихида биринчи бор амалиётга тақдим қилинган ва узоқ йиллар давомида назоратда бўлган мохов касаллигининг рифампицинни қўллаб, такомиллаштирилган янги самарали профилактика услуби ишлаб чиқилди. Натижада Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида мохов касаллиги бўйича эпидемиологик барқарорликка эришилди.

ХУЛОСАЛАР

«Мохов касаллигининг эпидемиологик хусусиятлари ва унинг профилактикасини такомиллаштириш (Хоразм ва Сурхондарё вилоятлари мисолида)» мавзусидаги диссертация тадқиқотлари натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. 1930–2018 йиллар мобайнида Хоразм вилоятида жами 130 нафар моховга чалинганлар аниқланган бўлиб, уларнинг аксарияти Урганч шаҳри, Урганч туманидан (33,0 %), Манғит (16,9%), Гурлан (13,1%) ва Шовот туманларидан (10,8%) қайд қилинган. Сурхондарё вилоятидан эса 82 нафар бемор аниқланган бўлиб, уларнинг аксарияти Денов туманига (53,7%), Сариосиё туманига (23,2%) ва Шўрчи туманига (19,0%) тўғри келган.

2. Сурхондарё вилоятида аниқланган беморларнинг 90,2%, Хоразм вилоятида 78,5% касалликнинг энг юқумли типи билан касалланганлиги аниқланди.

3. Хоразм вилоятида аниқланган беморларнинг 48,5% ида, Сурхондарё вилоятида аниқланган беморларнинг эса 43,9% ида касаллик манбаи илгаридан оиласида бўлганлиги исботланди.

4. Хоразм вилоятига мохов касаллиги 16,2% ҳолатда эски эндемик ўчоқ Қорақалпоғистондан, 11,5% Қозоғистон Республикасидан кириб келган. Сурхондарёга касаллик 32% ҳолатда миграция туфайли қўшни Тожикистон Республикасидан кириб келганлиги исботланди.

5. Беморларнинг маиший мулоқотдагиларига профилактика мақсадида берилган рифампицин препарати касаллик тарқалишининг олдини олади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ, РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ
ЭПИДЕМИОЛОГИИ, МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ И
ПАЗАРИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

БАБАЖАНОВ ХУДАЙНАЗАР РАЖАБОВИЧ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕПРОЗНОЙ
БОЛЕЗНИ, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ
(НА ПРИМЕРЕ ХОРЕЗМСКОЙ И СУРХАНДАРЬИНСКОЙ
ОБЛАСТЕЙ)**

14.00.30 - Эпидемиология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИЯ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2021.1.PhD/Tib1773.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии, Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре дерматовенерологии и косметологии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.tma.uz) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: Эшбоев Эгамберди Хусанович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Атабеков Нурмат Сатиниязович
доктор медицинских наук
Рахманова Жамила Амановна
доктор медицинских наук, доцент

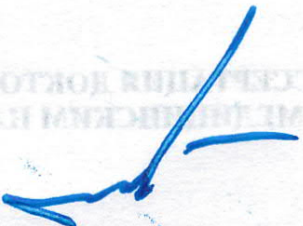
Ведущая организация: Ташкентский педиатрический медицинский институт


Защита диссертации состоится «24» февраля 2022 г. в 13⁰⁰ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 при Ташкентской медицинской академии, Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний (Адресс: 100109, г.Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2. Тел / факс: + 99878-150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

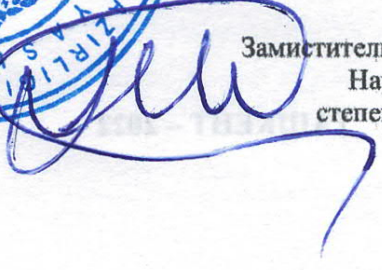
С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за 226). (Адресс: 100109, г.Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2. Тел / факс: + 99878-150-78-25).

Автореферат диссертации разослан «12» февраля 2022 года.
(реестр протокола рассылки № 2 от «12» февраля 2022 года)




Л.Н. Туйчиев
Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор


Н.У. Таджиева
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент


Б.М. Таджиев
Заместитель председателя научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В результате увеличения внутренней и внешней миграции населения мира лепра стала часто выявляться. Сегодня в мире ежегодно регистрируется от 180 000 до 210 000 больных лепрой, «... в частности, в 2019 году лепра была зарегистрирована в 118 странах, из них 18,0% - в Африке, 29,5% - в Северной и Южной Америке, 5,8% - в Восточном Средиземноморье, 0,1% - в Европе и 70,4% - в Юго-Восточной Азии, 2,1% на западном побережье Тихого океана»¹. Актуальность этой проблемы определяет необходимость изучения эпидемиологических, клинико-лабораторных особенностей лепры, совершенствования ее диагностики и профилактики.

Во всем мире проводится ряд исследований по изучению факторов риска лепры, ее эпидемиологических особенностей, эффективности ранней диагностики, профилактики, лечения и профилактики осложнений. В связи с этим важно оценить заболеваемость лепрой в семье или вне семьи, выявить факторы, вызывающие лепру, и провести сравнительную оценку путей контактно-бытового механизма передачи, изучить роль внешней и внутренней миграции в эндемичных очагах лепры с целью усовершенствования профилактических мероприятий.

В нашей стране проводятся исследования, направленные на раннюю диагностику и эффективное лечение инфекционных заболеваний, профилактику и снижение заболеваемости. В Указе Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № ПФ-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» определены такие задачи, как «повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи, оказываемой населению в нашей стране, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний».² При выполнении этих задач важно поднять на новый уровень диагностику и лечение инфекционных заболеваний, разработку и внедрение профилактических мероприятий, а также использование инновационных технологий для оказания качественной медицинской помощи.

Указ Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», 20 июня 2017 года № ПП-3071 «О дальнейшем развитии специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы». Исследование данной диссертации в определенной мере служит реализации задач, поставленных в постановлении и иных нормативных правовых актах, связанных с данной деятельностью.

¹.Global Burden of Disease2019.World Health Organization Geneva.<http://www.who.int/publications>

² Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № ПФ-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование было проведено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики, часть VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Действительно, для того чтобы своевременно выявить любое инфекционное заболевание, необходимо постоянно изучать присущий ему эпидемический процесс. Социальная значимость этой патологии опасна не только тем, что заболевание передается воздушно-капельным путем, но и его рецидивом, и в конечном итоге у пациента с тяжелой инвалидизацией степень инфицирования возрастает. Также следует отметить, что передача заболевания другими путями (например, через кожу) пока еще не доказана (Дуйко.В.В., 2013; Сараянц Л.В., 2015; Эшбаев Е.Х. и соавторы, 2021; Darlong J, Govindharaj P, Charles D et al, 2016; WHO, 2016.). Хотя с момента идентификации возбудителя (M. Leprae) прошло почти 150 лет, выращивать чистые культуры микобактерий в искусственных питательных средах все еще невозможно. Вакцина необходимая для специфической профилактики заболевания не разработана. (Duthie M.S, Gillis T.P., Reed S.G., 2011.). Источником возбудителя заболевания является только больной человек. Однако С.С.Shepard (1960) доказал, что у экспериментальных животных с помощью тимэктомии и субтотального облучения сначала у белых мышей, затем у девятипоясных броненосцев (Armadillo) впервые появились клинические признаки лепры через 18-35 месяцев после внутривенного введения микобактерий и, таким образом, появилась теория о том, что они возможно стали вторым источником болезни в природе (Ющенко А.А. 2006; Ющин М.Ю., 2008.).

Согласно информации, предоставленной членами Всемирной ассоциации лепрологов, 85-90% больных, выявленных в мире проживает на территориях Индии, Непала, Индонезии, Бирмы, Бразилии, стран Центральной и Южной Африки. Многие эксперты связывают эту ситуацию с социально-экономической недостаточностью и низким уровнем медицинской культуры населения (Saunderson P. et all 2000; Darlong J. et all 2016; WHO 2016.). В Европейских странах, включая Испанию, Германию, Италию и Данию, в США в настоящее время насчитывается более 50 000 человек, страдающих лепрой. Отмечается, что роль миграции населения в их возникновении имеет большое значение (WHO. 2016; Lockwood D.N.J. et all, 2017.). Местными учеными было доказано, что больные лепрой пришли в Таджикистан из соседних стран Афганистана и Индии, которые граничат с ней на протяжении многих лет здесь проходили торговые пути, а в Российскую Федерацию большинство больных въезжали из Монголии, Китая и Дальнего Востока (Косимов А.М., 2013; Зоиров П.Т., 2015.).

Основная научно-исследовательская работа, посвященная изучению лепры в Узбекистане, относится к 60-80 годам прошлого века, реализация этой научной работы проводилась в Каракалпакистане совместно с российскими специалистами. В основном были изучены причины

заболевания в регионе, эпидемиология, иммунобиология, клинические формы болезни и новые методы лечения. Большое внимание уделяется изоляции больных лепрой. Основные больные проходили курсы лечения в течение 10-20 лет. Группа экспертов выявила, что причины распространения заболевания в Южных регионах Приаралья (Каракалпакстан, Туркменистан, Казахстан) связаны с экологическими и социально-экономическими проблемами. У больных лепрой изучали аллергическое состояние, наследственность и группы крови. Однако значительного прогресса не было достигнуто до тех пор, пока не были разработаны специфические лечебные методы лечения. Фактическая ситуация с лепрой в остальной части Узбекистана не изучалась (Абдиров Ч.А. и соавторы, 1997; Говшудов А.А. и соавторы, 2008; Мырзахметов Е.И., 2009; Эшбоев Э.Х. и соавторы, 2018.). Следует отметить, что причины выживания лепры в Хорезмской и Сурхандарьинской областях не изучены полностью, показатели заболеваемости и эпидемиологические особенности не выявлены и не оценены. В настоящее время необходимо изучить специфические эпидемиологические особенности заболеваемости и

Связь темы диссертации с научно-исследовательской работой вуза, в котором диссертация была завершена. Диссертационное исследование выполнено в рамках темы фундаментального проекта № 011800228 «Проблемы бактериальных, вирусных и паразитарных заболеваний у детей и взрослых на современных этапах. Особенности эпидемиологии и профилактики лепры» Ташкентской медицинской академии (2019-2021 г.г.).

Цель исследования выявить эпидемиологические особенности лепры зарегистрированные в Хорезмской и Сурхандарьинской областях, усовершенствовать профилактические мероприятия.

Задачи исследования:

с провести эпидемиологический анализ больных с диагнозом лепра в Хорезмской и Сурхандарьинской областях по полу, возрасту, национальности, продолжительности выявления болезни и клиническим формам заболевания;

в оценка заболеваемости лепрой в семье или вне семьи на основании ретроспективного анализа и эпидемиологических наблюдений в очагах;

т выявление факторов вызывающих лепру и сравнительная оценка бытовых контактов;

изучить роль внутренней и внешней миграции в формировании эндемичных очагов лепры;

е усовершенствование профилактических мер против лепры.

Объектом исследования служили истории болезни 212 больных лепрой, больных находящихся на учёте в лепрозории (пациенты контрольной группы и их бытовые контакты), а также 107 лиц имевших бытовые контакты, амбулаторные карты, отчеты и карты эпидемиологического обследования очагов лепры.

и

л

а

к

т

Предметом исследования служили мазки из носовой полости и кожи для бактериоскопического (*M. leprae*) исследования больных лепрой и контактировавших с ними лиц (n = 147).

Методы исследования. В ходе исследовательской работы использовались эпидемиологический (ретроспективный эпидемиологический анализ), микробиологический (мазки из полости носа и тканевых жидкостей), статистический (коэффициент Пирсона хи квадрат (χ^2) вариационный и метод Фишера) методы исследования.

Научная новизна исследования:

впервые проведен эпидемиологический анализ больных с диагнозом лепра в Хорезмской и Сурхандарьинской областях по полу, возрасту, национальности, продолжительности выявления болезни и клиническим формам заболевания;

доказано и подтверждено, с помощью ретроспективного анализа историй болезни при обнаружении лепры, ранее существовавшие эндемические очаги в семьях больных;

доказано, что при выявлении больных лепрой эндемические очаги находятся в их семьях;

определено, что лепра чаще встречается у мужчин, чем у женщин из-за контактно-бытовой причины, что приводит к появлению устойчивых эндемических очагов;

доказана важность внутренней и внешней миграции в формировании эндемических очагов лепры.

Практические результаты исследования, следующие:

ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости лепры проводился за период с 1930 по 2018 гг.;

необходимая информация о количестве выявленных больных, контактировавших с ними лиц, клинические формы заболевания и карта расположения эндемических очагов представлены практическому здравоохранению для повседневной работы врачей Хорезмской и Сурхандарьинской областей;

установлена тенденция к росту или снижению заболеваемости лепрой на протяжении многих лет;

было объяснено, что внешняя, внутренняя миграция, семейные факторы и количество бытовых контактов являются основными причинами увеличения или стабилизации эндемических очагов;

принимая во внимание возраст пациентов и клинические типы заболевания, был разработан новый метод, снижающий заболеваемость путем назначения препарата рифампицина которые находились в бытовом контакте 1 раз в месяц в течение 6 месяцев.

Достоверность результатов исследования выражается в том, что теоретические подходы и методы, используемые в данной исследовательской работе, правильность проведенных исследований, эпидемиологический анализ и адекватность количества пациентов, лечение использованы на основе эпидемиологических, клинических, микробиологических,

профилактических и статистических методов, применяемых в исследовании, а также усовершенствованные меры профилактики лепры основаны на результатах исследования в сравнении с международным и отечественным опытом. Выводы основаны на полученных результатах.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования научно обоснована эпидемиологическими, клиническими, микробиологическими исследованиями, тем фактом, что большинство пациентов поступили в результате внешней и внутренней миграции, источник заболевания уже находится в семье больных, распространение заболевания связано с увеличением числа бытовых контактов.

Принимая во внимание возраст и типы клинических диагнозов больных, в практику был внедрен усовершенствованный метод профилактики, который резко снижает распространение заболеваемости путем введения рифампицина, тем лицам, которые находились в бытовом контакте с больными.

Внедрение результатов исследований. На основании полученных научных результатов по эпидемиологии лепры и усовершенствованию ее профилактики:

разработаны и утверждены методические рекомендации «Этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика и патоморфология лепры», разработанные по результатам определения особенностей лепры (справка Минздрава № 8н-з/265 от 07.08.2021). Данные методические рекомендации способствуют эффективному внедрению ранней диагностики, лечению и профилактики лепры, а также повышению экономической эффективности за счет снижения уровня инвалидности в результате снижения заболеваемости;

научные данные, направленные на профилактику лепры, улучшение профилактики, полностью объясняющую важность миграции внедрены в практику Хорезмского областного кожно-венерологического диспансера, Хорезмского областного управления санитарно-эпидемиологического надзора и здравоохранения (справка Минздрава № 08-09/19741 от 14 декабря 2021 г). Внедрение полученных научных результатов позволит улучшить качество оказания медицинской помощи, а также повысить экономическую эффективность лечения больных лепрой за счет применения новых методов диагностики и профилактики, сокращения сроков амбулаторного и стационарного лечения, и значительного снижения заболеваемости.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования обсуждались на 4 республиканских и 2 международных научных конференциях.

Публикация результатов исследования. Всего по теме диссертации опубликованы 15 научных работ, в том числе 9 статей в научных изданиях, рекомендованных для публикации основных результатов диссертаций ВАК РУз, в том числе 7 в отечественных и 2 в зарубежных изданиях.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении указывается на актуальность и необходимость темы диссертации. Исходя из приоритетных направлений развития науки и технологий в Республике Узбекистан, сформулированы цели и задачи, указаны объект и предмет исследования, описывается научная новизна и практические результаты исследования. Обоснована достоверность полученных результатов и раскрыта теоретическая и практическая значимость. Результаты исследования внедрены в практику, даны сведения об опубликованных работах и структуре диссертации.

Первая глава диссертации **«Литературный обзор. Современный уровень изученности лепры»** дает основную информацию о распространенности лепры в мире, современную информацию об этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечении и профилактике заболевания. Проанализированы исторические данные о лепре, микробиологические особенности возбудителя, эпидемиологические, социальные, природно-географические, санитарно-гигиенические факторы, данные зарубежных и отечественных научных источников.

Во второй главе диссертации, озаглавленной **«Материалы и методы изучения *M. leprae*, выделенных от больных лепрой и их бытовых контактов»**, описаны методы и материалы, использованные для изучения микробиологических, эпидемиологических аспектов лепры.

Эпидемиологический метод. На основе результатов исследований и архивных материалов была проведена эпидемиологическая оценка ранее существовавших очагов. Под наблюдением находились больные и лица, бывшие с ними в бытовом контакте. Ретроспективному анализу заболеваемости подвергались эпидемиологические карты, акты, уведомления о лепре, контрольные карты больных, контактные лица и истории болезни, предоставленные в период исследования лепры в лепрозориях Республики. Были изучены места проживания больных в селах и аулах, проведены выезды на места для сравнительной оценки эпидемических очагов. Выжившие больные и те лица, которые были с ними в контакте, проходили медицинское обследование два раза в год. В этом случае отдельно оценивались пол, возраст, этническая принадлежность и продолжительность выявления заболевания после заражения.

Клинический метод. Все больные были обследованы с использованием общепринятых клинических методов. Определялась тактильная чувствительность кожи на боль, температуру. Были проведены пробы с никотиновой кислотой для уточнения свойств элементов сыпи и раствором гистамина для выявления гипохромных пятен. Проба «Минора» использовалась для определения потоотделения кожи. В ходе

комплексного обследования больных клинический диагноз был изучен и разделен на типы (лепроматоз, туберкулоид, недифференцированный).

Микробиологическим методом были получены патологические материалы со слизистой оболочки носа больных, а также общепринятыми методами - тканевая жидкость кожи бровей, лба и подбородка. Окрашенные по методу Циль-Нильсона препараты исследовали в иммерсионной системе простого микроскопа «Биолам». Все эпидемиологические, клинические и микробиологические исследования проводились в соответствии с принятыми в нашей стране этическими стандартами. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием комплексной программы для персонального компьютера «STATISTICA for WINDOWS 7.0».

В третьей главе диссертации **«Эндемические очаги лепры в Хорезмской области и ее ретроспективный эпидемиологический анализ»** изучались эндемические очаги лепры в Хорезмской области и подробно описывались результаты ретроспективного эпидемиологического анализа.

В городах и районах Хорезмской области первые больные (в официальных документах) были выявлены с 1931 году, а в 1931–34 годах их число увеличилось до 3-х больных. В 1935–1939 годах экспедиция специалистов приступила к медицинскому обследованию части населения области, одновременно обучая местных специалистов. В результате проведенных организационных работ зарегистрировано 29 новых пациентов.

Годы войны (1941-45 г.г.) и послевоенный период (1945-49 г.г.) сама по себе организационная работа несколько замедлилась, и при участии местных врачей и сотрудников экспедиции было выявлено только 16 новых больных. Поскольку 50-е и 59-е годы XX века привели к росту заболеваемости во всем мире, число больных и в Хорезмской области увеличилось, и составило 47 (37,0 %) от общего числа больных, выявленных за эти годы.

Заболеваемость лепрой в Хорезмской области была относительно снижена за счет проведенных профилактических мер, принятых до 1960-х годов прошлого века. Стоит отметить, что изоляция больных была лишь одним из аспектов проблемы, и только внедрение в практику препаратов сульфона резко снизило заболеваемость лепрой как в Хорезмской области, так и в целом по республике. Однако после 1990-х годов в показателях заболеваемости лепрой в Хорезмской области стали наблюдаться изменения. Сначала новые пациенты были зарегистрированы в районе Хазорасп (1993), затем в Кушкупире (1997), затем снова в Хазораспе (2006), Янгиарыке (2007) и снова в Кушкупире (2007). А также резко возросло число людей, находящихся в бытовом контакте с больными. У всех из 5 выявленных больных клиническое проявление заболевания было тяжелым - лепроматозным типом.

Данные о лепре, выявленной за 1930-2018 годы, приведены в таблице 1.

Таблица 1

Информация о лепре, выявленной в городах и районах Хорезмской области за 1930-2018 годы. (n = 130)

Города и районы	Количество пациентов																Абс.	%	
	1930-1934	1935-1939	1940-1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009			2010-2018
Г.Ургенч Ургенчский р	-	9	6	2	10	6	4	2	1	3	-	-	-	-	-	-	43	33	
Мангит*	2	5	2	1	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	16,9	
Багат	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	
Гурлен	-	3	1	-	1	-	1	4	5	2	-	-	-	-	-	-	17	13,1	
Кушкупир	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	6	4,6	
Хазорасп	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	6	4,6	
Хива	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	
Ханка	-	1	-	1	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5,4	
Шовот	1	5	-	2	2	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	14	10,8	
Янгиарик	-	-	1	-	1	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	1	6	4,6	
Янгибазар	-	2	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5,4	
Всего:	3	29	10	6	34	13	7	9	7	6	-	1	1	1	-	3	130	100	
Годы:	1930-1934	1935-1939	1940-1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2018		

Примечание: * - Мангитский район до 1957 года входил в состав Хорезмской области.

Следует отметить, что общее число выявленных в регионе больных с 1930 по 2018 год составило 130, из них 88 (67,7%) - мужчины и 42 (32,3%) - женщины, соотношение двух полов составило - 2,1:1,0. В целом тот факт, что количество пациентов мужского пола в регионе в два раза выше, чем женщин, соответствует данным ряда других отечественных авторов (Каданцев Н.Д., 1974; Эшбоев Э.Х., Файзиев Я.М., 2009).

Анализ, общего числа выявленных в регионе больных показал, что каждый третий больной (46, 35,4 %) был в возрасте от 21 до 30 лет, а каждый пятый (26 человек, 20,0%) - от 15 до 20 лет. В целом более половины больных (90 человек, 69,2%) составляли молодые люди в возрасте 15-40 лет. Среди детей заболеваемость составила 6,9%, а среди пожилых людей в возрасте 61 года и старше - 5,4%. В общей сложности было установлено, что средний возраст всех пациентов составил 30,6±1,3 года. Самому младшему больному было 8 лет, а самому старшему - 65 лет. Раннее начало болезни не только делает больных инвалидами, но и наносит огромный ущерб экономике региона, создает огромные проблемы для медицины и общества, а также делает людей активного возраста непригодными для работоспособности.

Результаты анализа заболеваемости лепрой по этнической принадлежности пациентов, страдающих проказой, представлены в таблице 2, в которой 17,7% больных в Хорезмской области были каракалпаками, 12,3% казахами, 2,3% туркменами, 1,5% татарами, 3,1% - иранцами, по

одному (0,8%) азербайджанцами и корейцами, представители местного населения, то есть узбеки составили 80 человек (61,5 %).

Действительно, если суммировать представителей других национальностей, то их доля будет составлять 38,5 %, что, безусловно, очень большой показатель. Это означает, что часть пациентов в связи с миграцией приехали из других стран.

Таблица 2

Этнический анализ больных лепрой

Национальность	Число	
	Абс	%
Узбеки	80	61,5
Каракалпаки	23	17,7
Казахи	16	12,3
Татары	2	1,5
Азербайджанцы	1	0,8
Туркмены	3	2,3
Корейцы	1	0,8
Персы (Иранцы)	4	3,1
Всего	130	100,0

На рисунке 1 представлены результаты анализа клинического диагноза: больных лепроматозом (LL) было выявлено 78,5; недифференцированным типом лепры (HL) - 13,8%; туберкулоидным типом лепры (TL) - 7,7% больных. Известно, что лепроматозный тип лепры чрезвычайно опасен как эпидемиологически, так и клинически.

В следующей части нашего исследования мы изучали период, от появления первичных признаков болезни до постановления заключительного диагноза.

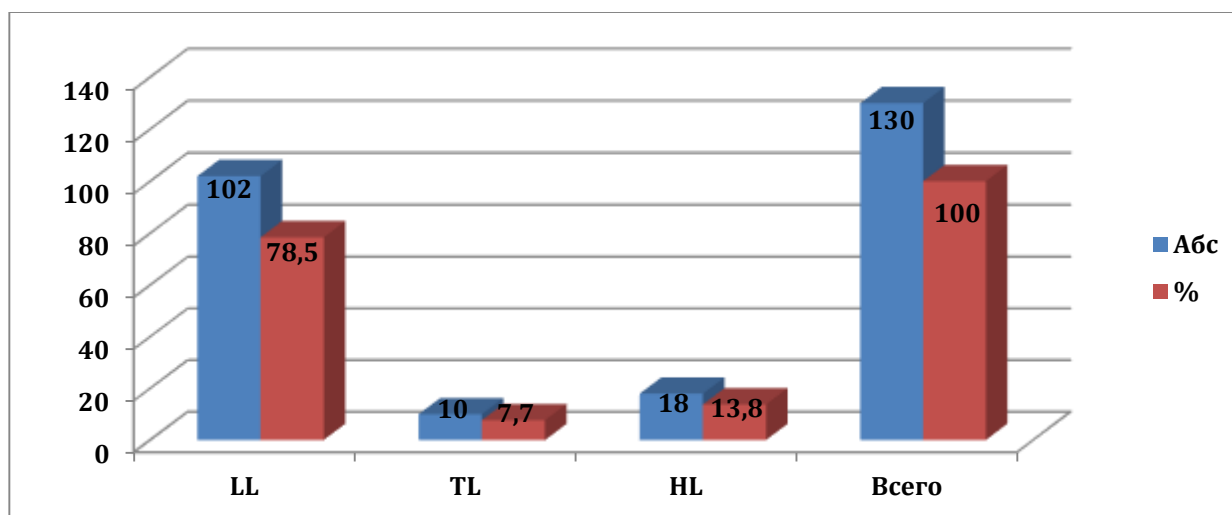


Рис. 1. Результаты анализа по клиническому типу лепры

В области у 33,8 % больных заболевание удалось выявить через 2-3 года после появления первичных признаков болезни. 14,6% пациентов были зарегистрированы в течение года, 10,0% - в течение 6-7 лет, а 13,1% пациентов - даже после 8-9 лет и 10 лет. В целом, все больные были

выявлены в среднем за 3,7 года. У 20,8% больных определить этот период было невозможно.

30-40-е годы прошлого века у большинства больных лепрой не было семьи. Например, в общей сложности количество больных, выявленных в Ханкинском районе в 1935-1939 годах, составляли 7 человек, 4 из них, имели бытовые контакты в семье, контактные лица составили 15 человек. В 1997 году один больной из Кушкупирского района имел 29 контактируемых, 2007 году в этом же районе, выявленный 1 больной имел 41 контактируемых. Информация о бытовых контактах людей с лепрой Хорезмской области, представлена в таблице 3.

Таблица 3

Информация о бытовом контакте лепрозных больных, выявленных в городах и районах Хорезмской области в 1930-2018 гг. (n = 130)

Города и районы	Больные, имеющие бытовые контакты		Больные, не имеющие бытовые контакты		Всего
	абс	%	абс	%	
Г. Ургенч Ургенческий	20 (82)	46,5	23 (0)	53,5	43
Мангитский	15 (56)	68,2	7 (0)	31,8	22
Багатский	1 (10)	100,0	- (0)	0	1
Гурленский	15 (76)	88,2	2 (0)	11,8	17
Кушкупирский	5 (99)	83,3	1 (0)	16,7	6
Хозараспский	3 (34)	50,0	3 (0)	50,0	6
Хивинский	- (0)	0	1 (0)	100,0	1
Ханкинский	4 (15)	57,1	3 (0)	42,9	7
Шаватский	9 (43)	64,3	5 (0)	35,7	14
Янгиарикский	4 (41)	66,7	2 (0)	33,3	6
Янгибазарский	6 (12)	85,7	1 (0)	14,3	7
Жами	82 (468)	63,1	48 (0)	36,9	130

Примечание: () В скобках указано количество бытовых контактов в семье.

Действительно, за последние 20–30 лет количество больных с бытовым контактом, которым поставлен данный диагноз, увеличился в три-четыре раза. Кроме того, учитывая тот факт, что внутренняя и внешняя миграция среди населения резко возрастает из года в год, мы можем видеть, что эпидемиологические особенности заболеваемости по-своему усложняются. Таким образом, из проведенного нами исследования стало известно, что в некоторых районах Хорезмской области имеются эндемические очаги лепры, к этим регионам относятся город Ургенч, Ургенческий район, Мангитский, Гурленский, Янгибазарский, Ханкинский и Шаватский районы. В остальных районах заболевание было зарегистрировано в спорадических случаях.

Мы уже описали выше мнение авторов об источнике заболевания, как в нашей стране, так и за рубежом. Обычно врачи обращают внимание на две

ситуации при изучении источника лепры, первая из которых заключается в том, что передается ли болезнь дома (в семье) больного или за его пределами. Изучая те же проблемы, мы смогли выявить прогностические данные на будущее для региона с эпидемиологической точки зрения.

В общей сложности 130 выявленных больных 44 (33,9 %) имели контакт с источником инфекции дома (в семье), то есть имели контакт с близкими родственниками: отец, мать, старший брат, младший брат, старшая сестра или младшая сестра, которые страдали лепрой. Еще у 19 пациентов (14,6%)-родственники: дяди (брат отца), тёти, дяди (брат матери), бабушки, дедушки, племянники или племянницы были больны лепрой.

В четвертой главе диссертации, озаглавленной «Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости лепры, выявленной в Сурхандарьинской области» приводится описание эпидемиологического анализа очагов в городах и районах Сурхандарьинской области. В таблице 4 представлены результаты анализа больных лепрой в Сурхандарьинской области. Эпидемиологические исследования показали, что большинство больных было выявлено в Денау и Сариосийском районах (76,8%).

Таблица 4

**Результаты анализа больных лепрой в Сурхандарьинской области
(n=82)**

Города и районы	Количество больных (абс)										Всего	%
	1	10	1	5	1	-	1	-	-	-		
Сариасийский	1	10	1	5	1	-	1	-	-	-	19	23,2
Денауский	-	3	1	19	17	1	-	2	1	-	44	53,7
Шурчинский	-	2	0	4	1	2	-	-	-	-	9	11,0
Кумкурганский	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2
Джаркурганский	-	1	-	-	3	1	-	-	-	-	5	6,1
Термезский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Г. Термез	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ангорский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Музрабадский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Шерабадский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Кызырикский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Бандиханский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Байсунский	-	2	-	1	-	-	1	-	-	-	4	4,8
ВСЕГО:	1	19	2	29	22	4	2	2	1	-	82	100,0
Годы	1930	1931-1940	1941-1950	1951-1960	1961-1970	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2009	2010-2018	Всего	

В результате нашего исследования было установлено, что в Сурхандарьинской области с 1931 по 2018 годы было выявлено 82 больных лепрой, из которых 53 (64,6%) мужчины, 29 (35,4%) женщины, причем

соотношение двух полов было 1,8:1. Эти данные по обоим полам почти совпадают с литературными данными.

По численности населения Денауский район является вторым по величине в области и считается горным регионом, граничащим с Таджикистаном. Последующие основные показатели выявления заболевания, составляли: в Шурчинском (11,0 %) в Джаркурганском (6,1 %), в Байсунском (4,8 %) и Кумкурганском (1,2 %) районах были выявлены единичные больные в спорадических случаях. В остальной части города Термез и ни в одном из районов, таких как Термезском, Ангорском, Кызырикском, Бандиханском, Шерабадском и Музрабадском, больные не были выявлены.

Примечательно, что наиболее высокий уровень выявления заболеваемости был в 1931-1940 годах, затем в 1951-1960 годах и 1961-1970 годах. Такие показатели сейчас можно увидеть в статистике во всех бывших советских республиках и всего мира. В частности, 74,1% из 357 больных, выявленных на территории Республики Таджикистан, прилегающей к Сариасийскому и Денаускому районам Сурхандарьинской области, относятся к тем же годам (1931-1970 гг.) (Зоиров П.Т. и соавторы, 2005 г.).

Анализ пациентов по возрасту выглядит следующим образом: дети - 2 человека; 17 человек в возрасте 15-20 лет; 31 человек в возрасте 21-30 лет, 12 человек в возрасте 31-40 лет, 9 человек в возрасте 41-50 лет, 7 человек в возрасте 51-60 лет и, наконец, 4 человека-старше 61 года. В области заболеваемость наиболее распространена среди лиц в возрасте 15-20 и 21-40 лет - 73,2%. В регионах, где болезнь наиболее распространена, заболеваемость лепрой наиболее высока среди детей в возрасте 5-6 лет. Маленькие дети с ослабленным иммунитетом заражаются рано и быстро. Однако по нашим данным такая ситуация не была зафиксирована. Заболеваемость среди детей составила 2,4%. Но учитывая длительность инкубационного периода заболевания, известно, что поражение началось намного раньше.

Наш клинический анализ показал, что у 74 (90,2%) больных был диагностирован лепроматозная лепра (LL), у 6 (7,3%) была туберкулоидная лепра (TL) и, наконец, у 2 (2,5%) был зарегистрирован недифференцированный тип лепры (HL).

Многие эксперты говорят, что если источником инфекции является больной в семье, продолжительность вспышки будет длиться много лет, и вспышка будет стабильной (Зоиров П.Т. 2006;). На основе тех же представлений мы изучили источники заболеваний больных, выявленных в Сурхандарьинской области. Наше исследование показало, что из 82 выявленных - больные 23 (28,0%) имели семейный анамнез лепры (отец, мать, старший брат, младший брат, старшая сестра, младшая сестра, бабушка, дедушка и т. д.). Еще 13 (15,8%) - из числа близких родственников, в том числе дядя (брат отца), тетя (сестра отца), тетя (сестра матери) или дядя

(брат матери), болели лепрой. Это означает, что из 82 выявленных пациентов 36 (43,9%) были близкими родственниками с предыдущей лепрой.

У большинства больных, выявленных в Сурхандарьинской области (67,1%), диагноз был поставлен слишком поздно, более чем через 10 лет, а 21,9% диагноз был поставлен через 8–9 лет. Действительно, эти показатели свидетельствуют об истинной эпидемиологической ситуации в области. В результате несвоевременного выявления больных эпидемического очага инфекции все еще по-прежнему сохраняет отрицательно свою силу.

Результаты анализа больных лепрой по этнической принадлежности представлены в таблице 5. Из общего числа больных 49 (59,8%) были узбеками, 31 (37,8%) - таджиками, 1 - русский (1,2%) и 1 (1,2%) - афганец.

Таблица 5

Результаты анализа больных проказой по этнической принадлежности

Национальность	Количество	
	Абс.	%
Узбеки	49	59,8
Таджики	31	37,8
Афганцы	1	1,2
Русские	1	1,2
Всего	82	100,0

Таким образом, из наших исследований стало известно, что в некоторых районах Денауского и Сариасийского районов Сурхандарьинской области существовали старые эндемичные очаги лепры, возникшие в связи с миграцией из Таджикистана. В остальных районах, таких как Кумкурганский, Джаркурганский, Шурчинский и город Термез, -из-за внутренней миграции.

В пятой главе диссертации «Сравнительный анализ больных, выявленных в Хорезмской и Сурхандарьинской областях», описан с точки зрения их расположения в географической зоне, динамики выявления больных, анализа возраста и пола, клинического типа заболевания, источника инфекции, путей передачи, факторов, бытового контакта, продолжительности определения инфекции, частоты возникновения источника заболевания в семье или вне семьи и по национальности, улучшенная профилактика заболевания.

Первые больные, как указывалось выше (главы III-IV), были зарегистрированы в основном в 1930-1939 годах, в Хорезме – 32 больных, в Сурхандарьинской области - 20 больных. В течение 1940-1949 г.г. и в последующие 4-5 лет были выявлены основные больные – 16 больных из Хорезмской области и двое из Сурхандарьинской области. В период с 1950 г. по 1959 год число выявленных больных в обеих областях достигло максимума. На самом деле, 47 человек из Хорезмской области или 36,1 % от общего числа выявленных больных, 29 - из Сурхандарьинской области, то есть 35,4 % от общего количества заболевших. После 1970-х годов выявляемость больных в обоих регионах начала снижаться, и заболеваемость стала спорадической после 1980-х годов.

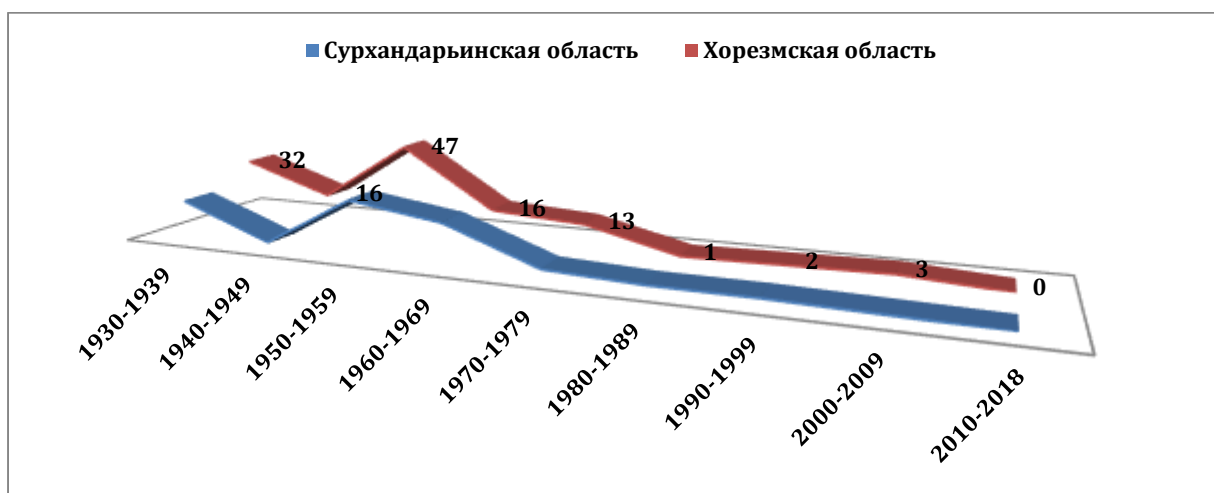


Рис. 2. Динамика выявления лепры в Хорезмской и Сурхандарьинской областях в 1930-2018 г.г.(в абс. пок.)

В таблице 6 представлены результаты анализа больных, выявленных в Хорезмской и Сурхандарьинской областях по времени, прошедшему после появления первичных признаков. В Хорезмской области основные больные (34,0 %) были выявлены через 2-3 года, а в Сурхандарьинской области (67,1 %) их удалось выявить только через 10 лет. Число больных с неизвестной продолжительностью, диагностика болезни составило 27 (20,8 %) в Хорезмской области и 1 (1,2 %) в Сурхандарьинской области.

Таблица 6

Анализ идентифицированных больных по времени, прошедшему после появления первичных элементов болезни

Область	Продолжительность неизвестна	До 1 года	До 2-3 лет	До 4-5 лет	До 6-7 лет	До 8-9 лет	10 лет и выше
Хорезм	20,8%	14,6%	33,8%	7,7%	10%	6,1%	6,9%
Сурхандарья	1,2%	0%	3,6%	2,4%	3,6%	21,9%	67,1%

Из 130 больных, зарегистрированных в Хорезмской области, 44 (38,9%) имели источник инфекции в семье, кроме того, у родственников еще 19 пациентов (14,6%). Аналогичным образом, в Сурхандарье у 23 из 82 пациентов (28,0%) была лепра в семье, и у 13 (15,9%) близкие родственники ранее были зарегистрированы как больные лепрой. Это означает, что из 82 больных, выявленных в Сурхандарьинской области – 36 человек (43,9 %) имели близких родственников, которые ранее были инфицированы и позже заразили других членов семьи. В Хорезме в 63 случаях (48,5 %) источник инфекции находился в семье (рисунок 3).

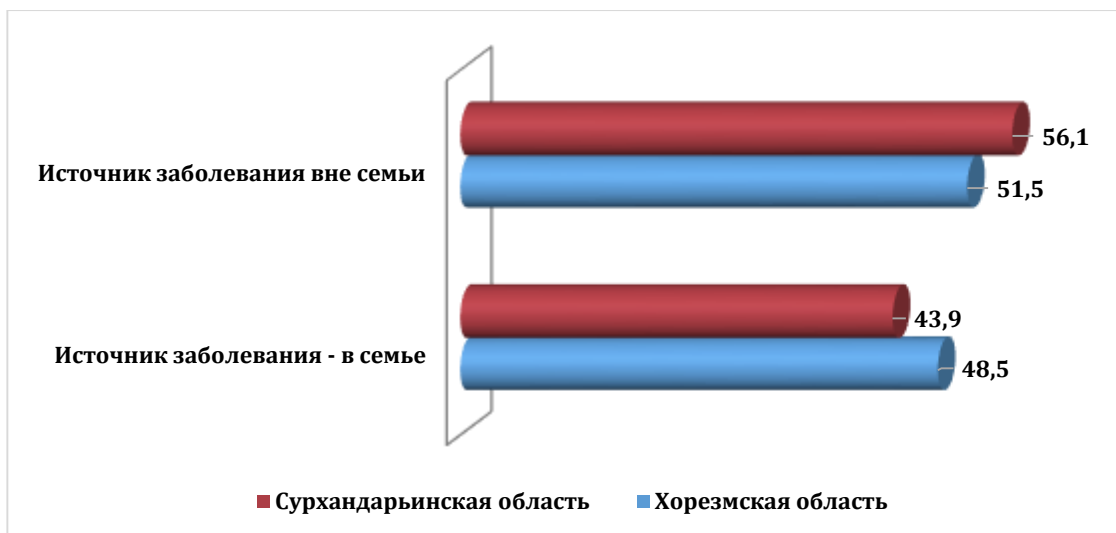


Рисунок 3. Результаты анализа источника заболевания у выявленных больных (в процентах)

Клиническое исследование пациентов, выявленных в обеих областях, дало следующие результаты. Из 130 пациентов, выявленных в Хорезмской области – 102 (78,5 %) и из 82 больных выявленных в Сурхандарьинской области – 74 (90,2%) страдали лепроматозным (LL) типом болезни. Соотношение туберкулоидного типа составило 10 (7,7%): 6 (7,3%), недифференцированного типа - 18 (13,8%): 2 (2,5%).

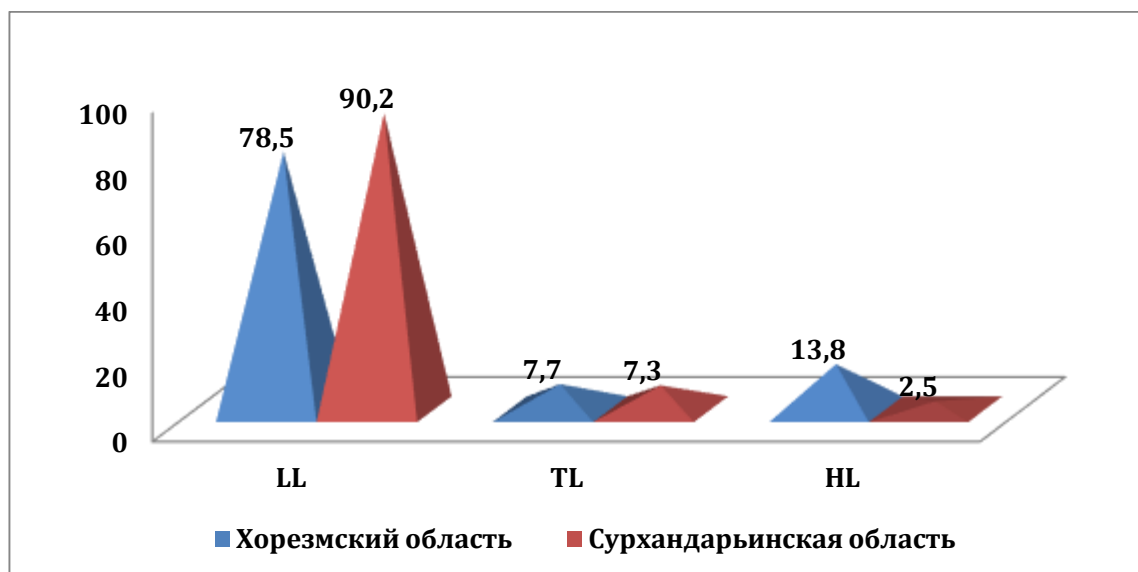


Рисунок 4. Анализ выявленной лепры по клиническим типам

В Сурхандарьинской области, в горном районе лепроматозный тип - 11,7% больше, чем в пустыне, напротив, в Хорезме недифференцированный тип встречался более (11,3%), чем Сурхандарьинской области.

Из числа выявленных больных в Хорезмской области узбеки составляли 80 (61,5 %). Представители других национальностей составляли 50 (38,5 %) населения. В нашем аналогичном исследовании в Сурхандарьинской области 49 (59,8 %) больных составили узбеки, представители других национальностей – 33 (40,2 %) (таблица 7).

Таблица 7

**Результаты анализа по этнической принадлежности выявленных
больных**

Национальность	Хорезмская область	Сурхандарьинская область
Узбеки	80 (61.5%)	49 (59.8%)
Каракалпаки	23 (17.7%)	0
Казахи	16 (12.3%)	0
Татары	2 (1.5%)	0
Азарбайджанцы	1 (0.8%)	0
Туркмены	3 (2.3%)	0
Корейцы	1 (0.8%)	0
Персы (Иранцы)	4 (3.1%)	0
Афганцы	0	1 (1.2%)
Русские	0	1 (1.2%)
Таджики	0	31 (37.8%)
Всего	130 (100%)	82 (100%)

Таким образом, когда мы проанализировали выявленных больных по этническому признаку, мы смогли определить специфические эпидемиологические особенности заболевания, относящиеся к этим областям. Роль миграции населения в возникновении заболеваний в Хорезмской и Сурхандарьинской областях была велика. В Хорезм-каракалпаки, казахи, иранцы, туркмены, корейцы, азербайджанцы и татары, в Сурхандарье - таджики, афганцы и русские прибыли в результате миграции.

Распространенность лепры среди населения напрямую связана не только с клиническими типами заболевания, но и с количеством бытовых контактов каждого пациента. В результате нашего исследования было установлено, что 82 больных, выявленных в Сурхандарьинской области, имели 156 бытовых контактов. В Хорезмской области 130 выявленных больных имели 468 бытовых контактов. Данный показатель представлен на рисунке 6.

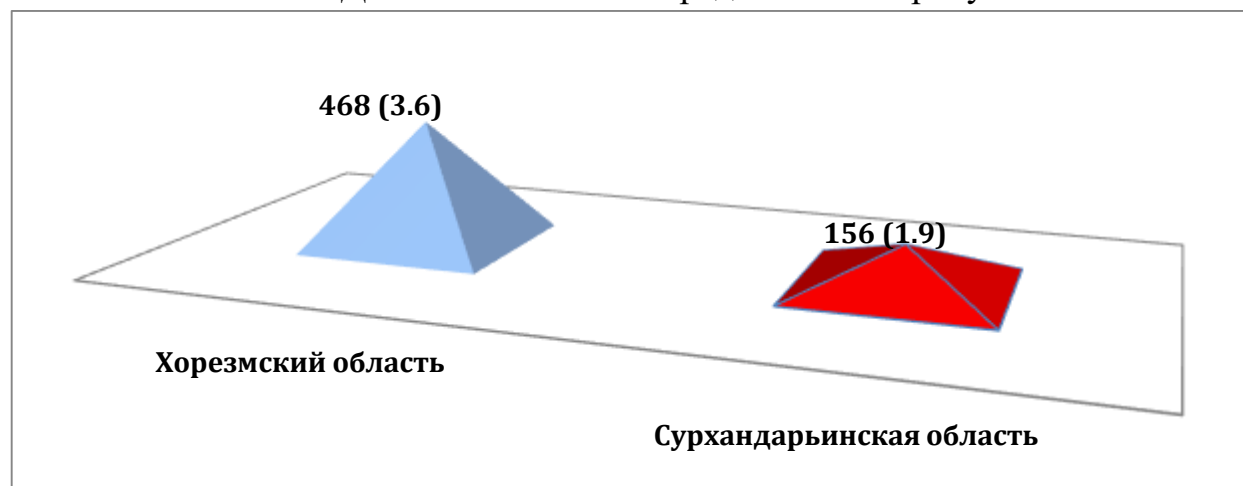


Рис. 6. Анализ больных с бытовыми контактами

Эпидемический процесс в Хорезмской области остается относительно сложным. В Сурхандарье же, с другой стороны, 3-е больных, выявленных после 1991 г., имели 15 бытовых контактов. Поэтому эпидемический процесс в этой области нельзя назвать сложным.

В нашем исследовании из опытной группы 107 человек, которые были в бытовом контакте с больными клинически и микробиологически подтвержденным диагнозом «лепроматозной лепры» и 30 человек контрольной группы имели бытовой контакт с больными лепрой. 59 из них были мужчинами, 48 - женщинами. В частности, контактные лица в возрасте от 3 до 5 лет составляли 15 человек, лица в возрасте от 6 до 9 лет – 16 человек, лица в возрасте от 10 до 15 лет – 9 человек, взрослые в возрасте старше 15 лет составили 67 человек. Возраст контактных лиц был распределен в соответствии с требованиями, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения.

Перед назначением профилактических мер было проведено бактериоскопическое обследование на *M. leprae* всем бытовым контактным с больными проказой. Среди обследованных контактных лиц ни в одном случае не был выделен *M. leprae*. Тем не менее, для нас не секрет, что основные больные выявляются среди тех, кто находится в бытовом контакте в эндемическом очаге заболевания.

Таблица 8

Сравнительный анализ больных основной и контрольной групп

Пациенты в исследовании				Пациенты контрольной группы			
Больной	Диагноз	Количество контактов	Зараженные	Больной	Диагноз	Количество контактов	Зараженные
1– очаг	LL	13(12.1%)	–	1– очаг	LL	8 (26.6%)	–
2– очаг	LL	20(18.7%)	–	2– очаг	HL	5 (16.7%)	–
3– очаг	LL	29 (27.1%)	–	3– очаг	LL	9 (30%)	–
4– очаг	LL	41 (38.3%)	–	4– очаг	LL	5 (16.7%)	1 (3.3%)
5– очаг	LL	4 (3.7 %)	–	5– очаг	LL	3 (10%)	1(3.3%)
Всего		107 (100%)	–			30 (100%)	2 (6.6%)

При определении дозы и продолжительности приема препарата учитывали возраст больных. Следовательно рифампицин назначается внутрь, детям в возрасте до 3-5 лет по 150 мг, 6 - 9 лет по 300 мг. 10 - 14 лет 450 мг, старше 15 лет - по 600 мг 1 раз в месяц в течение 6 месяцев. Все наши бытовые контактные лица проходили медицинское обследование 2 раза в год в течение 15 лет, и случаев лепры ни у одного человека не было выявлено. Однако из 30 семейных бытовых контактов, которым не давали рифампицин

в профилактических целях в контрольной группе, 2 (6,6%) больных лепрой были зарегистрированы через 12–13 лет.

Таким образом, впервые в истории лепрологии Республики Узбекистан был разработан новый эффективный метод профилактики лепры, который внедрялся в практику, и много лет совершенствовался с использованием рифампицина. В результате была достигнута эпидемиологическая стабильность по лепре в Хорезмской и Сурхандарьинской областях.

ВЫВОДЫ

В результате диссертационного исследования на тему «Эпидемиологические особенности лепры и совершенствование ее профилактики (на примере Хорезмской и Сурхандарьинской областей)» были сделаны следующие выводы:

1. За 1930-2018 годы в Хорезмской области было выявлено в общей сложности 130 больных лепрой, большинство из которых были зарегистрированы в городе Ургенч, Ургенчском районе (33,0 %), Мангитском (16,9%), Гурленском (13,1%) и Шаватском районах (10,8%). В Сурхандарьинской области выявлено 82 пациента, большинство из них в Денауском районе (53,7%), Сариасийском районе (23,2%) и Шурчинском районе (11,0%).

2. В Сурхандарьинской области у 90,2% больных а в Хорезмской области у 78,5% больных был диагностирован наиболее заразный тип заболевания (лепроматозный (LL)).

3. Было доказано, что у 48,5 % больных, выявленных в Хорезмской области, и у 43,9 % больных, выявленных в Сурхандарьинской области, источник инфекции уже находился в семье.

4. Было доказано, что в 16,2 % случаев заболевания лепрой в Хорезмской области старый эндемический очаг находился в Каракалпакстане, а в 11,5 % случаев – в Республике Казахстан. 32% случаев лепры в Сурхандарьинской области прибыли из Республики Таджикистан и связаны с миграцией.

5. Препарат рифампицин, который назначается в профилактических целях лицам, находящимся в бытовом контакте с больным лепрой (107 человек), предотвращает появление заболевания.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 ON
AWARDING SCIENTIFIC DEGREES AT THE TASHKENT MEDICAL
ACADEMY, REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC–PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF EPIDEMIOLOGY, MICROBIOLOGY,
INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

BABAJanov KHUDAYNAZAR RAJABOVICH

**EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LEPRI'S DISEASE,
IMPROVEMENT OF ITS PREVENTION
(ON THE EXAMPLE OF KHOREZM AND SURKHANDARYA REGION)**

14.00.30 – Epidemiology

**DISSERTATION ABSTRACT
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2022

The theme of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under № B2021.1.PhD/Tib1773.

The doctor of philosophy (PhD) dissertation was performed at the Tashkent Medical Academy, Republican specialized scientific and practical medical center of dermatovenerology and cosmetology.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council (www.tma.uz) and Information and Educational portal of «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Scientific adviser: Eshbaev Egamberdi Khusainovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: Atabekov Nurmat Satiniyazovich
Doctor of Medical Sciences

Rakhmanova Jamila Amanovna
Doctor of Medical Sciences, Docent

Leading organization: Tashkent pediatric medical institute

Defence will be held on «24 February» 2022, at 13⁰⁰ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 at the Tashkent Medical Academy, The Republican specialized scientific and practical medical center of epidemiology, microbiology, infectious and parasitics disease (Address: 100109, Tashkent, Almazar district, Faraby street, 2. Tel./Fax (+99878) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Centre of the Tashkent Medical Academy (registered under №. 826). (Address: 100109, Tashkent, Almazar district, Faraby street, 2. Tel./Fax (+99878) 150-78-25. e-mail: tta2005@mail.ru)

The abstract of dissertation sent out on «12 February» 2022 y.

(Mailing report №. 2 on «12 February» 2022 y.)



L.N. Tuychiev
Chairman of the Scientific Council for the awards of scientific degrees, doctor of medical science, Professor

N.U. Tadjieva
Scientific secretary of the Scientific council for the awards of scientific degrees, doctor of medical science, docent

B.M. Tadjiev
Vice-chairman of the Scientific seminar at the Scientific council for the awards of scientific degrees, doctor of medical science, docent

INTRODUCTION (abstract the PhD dissertation)

The aim of the research work. Reveal the epidemiological features of leprosy registered in the Khorezm and Surkhandarya regions, improve preventive measures.

The object of the research work were the case histories of 212 patients with leprosy, patients registered with leprosy (control group patients and their household contacts), as well as 107 patients who had household contacts, outpatient records, reports and cards of epidemiological examination of leprosy foci.

Scientific novelty of the research was as follows:

analysis of patients first identified in Khorezm and Surkhandarya regions, by sex, age, nationality, time of diagnosis and clinical picture of the disease (lepromatosis, tuberculoid, undifferentiated);

a history of pre-existing endemic foci in their family upon detection of leprosy, confirmed by a retrospective analysis of case histories;

it is proved that endemic foci in patients diagnosed with leprosy, the disease was previously registered in their families;

on the basis that leprosy is more common in men than in women due to household contact and results in persistent endemic foci of leprosy;

the importance of internal and external migration in the formation of endemic foci of leprosy has been proved;

Implementation of the results of the research. Based on the obtained scientific results on the epidemiology of leprosy and the improvement of its prevention:

the methodological manual «Etiology, epidemiology, clinic, treatment, prevention and pathomorphology of leprosy» was developed and approved, developed on the basis of the results of determining the characteristics of leprosy (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №. 8n-z / 265 dated on July 08, 2021). This guide allows for the effective implementation of early diagnosis, treatment and prevention of leprosy, as well as increased cost-effectiveness by reducing disability as a result of reduced incidence;

scientific data aimed at the prevention of leprosy, improved prevention, fully explaining the importance of migration, have been introduced into the practice of the Khorezm Regional Dermatovenerological Dispensary of the Khorezm Regional Department of Sanitary and Epidemiological Surveillance and Health (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №. 08-09 / 19741 dated on December 14, 2021). The implementation of the obtained scientific results will improve the quality of medical care, as well as increase the economic efficiency of the treatment of patients with leprosy through the use of new methods of diagnosis and prevention, reduce the time of outpatient and inpatient treatment and significantly reduce the incidence.

The structure and scope of the dissertation. The content of the dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, practical recommendations, a list of references and applications. The volume of the dissertation is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Эшбоев Э.Х., Ниязов Х.А., Бабажанов Х.Р. Самарқанд вилояти худудидаги лепрозорийга ётқизилган беморлар тўғрисида маълумот //Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт.–Тошкент. 2011 №4 – Б. 47. (14.00.00; № 1)

2. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р. Самарқанд (Булунғур) лепрозорийсининг ёпилишига хотима: //Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт. –Ташкент, 2012.– № 1–2. –Б. 66–68. (14.00.00; № 1)

3. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р. Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилояти худудида аниқланган мохов касаллигининг таҳлили. (1991–2019)// Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт. 2019. №3 (43). – Б.67. (14.00.00; № 1)

4. Бабажанов Х.Р., Эшбоев Э.Х. Моховдаги невритларни даволаш // Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт. Тошкент 2019. № 3. – Б. 40–41. (14.00.00; № 1)

5. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Файзиев Я.М. Сурхондарё вилоятининг шаҳар ва туманларида юзага келган мохов ўчоқларининг таҳлили (1926–2018 й.) //Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт. 2020. № 1–2 (45–46). –Б.104–106. (14.00.00; № 1)

6. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Файзиев Я.М. Мохов касаллигининг ўчоқлари пайдо бўлишида миграциянинг роли (Сурхондарё вилояти мисолида) // Биология ва тиббиёт муаммолари – 2020. – № 4.1.(121) – Б.251–256. (14.00.00; № 19)

7. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р. Мохов касаллигининг оилада ёки оиладан ташқарида юқиши (Хоразм вилояти мисолида) // Биология ва тиббиёт муаммолари – 2020. – № 4.1 (121) –Б. 257–261. (14.00.00; № 19)

8. Babajanov X.R. Mycobacterium leprae: epidemiology, etiology and pathomorphology //Climate and resource economic review–Volume–9 Issue–5 August 2021. – P.15–18.SJIF Impact factor (2021):7.254 Journal DOI: 10.36713/epra1213. ISSN:2347–7431

9. Babajanov X.R. Analysis of the focus of lepra in cities and regions of the Surkhandarya region (1926–2018) //Socio–economic and environmental outlook–Volume–8 Issue–8 August 2021. –P.11–13. SJIF Impact factor (2021):7.426 Journal. ISSN:2348–4101.

II бўлим (II часть; II part)

10. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Лепра в Хорезмской области Узбекистан // Abstract of the international scientific conference “Health-2018” July 20–22 Ashgabat, Turkmenistan –P.748–749.

11. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Лепра в Сурхандарьинской области Узбекистан // Abstract of the international scientific conference “Health–2018” July 20–22 Ashgabat, Turkmenistan –P.748.

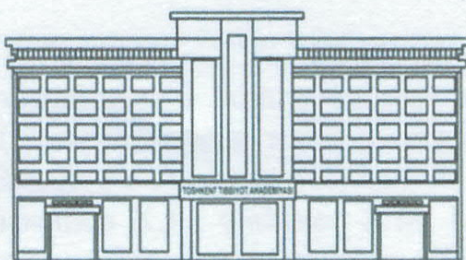
12. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р. Мохов касаллигига чалинган беморларнинг аниқланиши географик ҳудудга боғлиқми? // Дерматовенерология ва эстетик тиббиётнинг долзарб муаммолари халқаро илмий–амалий анжуман илмий ишлар тўплами – Тошкент, 2020. № 3 –Б 111–112.

13. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р. Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида мохов касаллиги бўйича аниқланган беморларнинг миллати бўйича таҳлили // Дерматовенерология ва эстетик тиббиётнинг долзарб муаммолари, халқаро илмий–амалий анжуман илмий ишлар тўплами – Тошкент, 2020. № 3 –Б.113

14. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Худайназаров С.Қ., Ниязов. Х.А., Мохов (лепра) этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, давоси, профилактикаси ва патоморфологияси // –Тошкент .Услубий қўлланма. – 2020. – 23 б .

15. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Мақсудов М.Р. Худайназаров С.Қ., Терининг юкумли ва паразитар касалликлари ҳамда уларнинг лаборатория диагностикаси // Монография.–Тошкент, «Зилол булоқ» нашриёти, – 2021. – 256 б.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
тахририятида тахрирдан ўтказилди.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Разрешено к печати: 03 февраля 2022 года
Объем – 2,5 уч. изд. л. Тираж – 70. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № 1358 - 2022. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru