

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**Г О У «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

На правах рукописи

ОРТИКОВА МУНИРА МАМУРЖОНОВНА

**Распространенность часто встречаемых глистных инвазий в республике
Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на
уровне первичной медико-санитарной помощи**

Диссертация

**на соискание учёной степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.02.03- общественное здоровье и здравоохранение**

Научный руководитель: Ахмедов Аламхон - д.м.н.,
профессор, заслуженный работник Таджикистана,
член корр, Академии медицинских наук МЗ и СЗН
РТ, иностранный член Академии естественных наук
Российской Федерации

Душанбе -2019

Оглавление

Список сокращений.....	3
Введение.....	4
Глава 1. Глистная инвазия, распространенность, диагностика и профилактика (обзор литературы).....	7
1.1. Эпидемиология глистных инвазий.....	11
1.2. Особенности эпидемиологического процесса.....	18
1.3. Медицинская профилактика гельминтных заболеваний	
Глава 2. Материал и методы исследования.....	33
Глава 3. Медико – социальная характеристика семей района Хамадони Хатлонской области, Ашского района и города Истаравшан Согдийской области, города Душанбе Республики Таджикистан.....	41
3.1. Определение факторов риска распространенности гельминтных заболеваний.....	
3.2. Некоторые медико - социальные аспекты гельминтных заболеваний членов семей в Республике Таджикистан.....	63
3.3. Определение суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к аскаридам и лямблиям.....	78
3.4. Состояние здоровья детского населения обследуемых регионов, особенности структуры заболеваемости.....	92
3.5. Оценка уровня знаний семейных врачей ГЦЗ №1 города Душанбе в области гельминтных заболеваний	103
3.6. Роль семейного врача в профилактике глистной инвазии в семьях (на примере ГЗЦ №1 г. Душанбе)	108
Заключение.....	113
Список литературы.....	116
Приложение.....	130

Список сокращений и условных обозначений

АТ - Антитела

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

Г И - Глистная инвазия

ГОУ - Государственное образовательное учреждение

ГЦЗ - Городской центр здоровья

ДДУ – Детское дошкольное учреждение

ЖКТ - Желудочно - кишечный тракт

ИМТ - Индекс массы тела

ИГ- Иммуноглобулины

ИФА - Иммуноферментный анализ

ИПО в СЗ – Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения

ЛПУ - Лечебно - профилактическое учреждение

МЗ и СЗН РТ - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикиста

ООН - Организация Объединенных Наций

ОСП - Объем среднего плеча

РТ - Республика Таджикистан

РИФ – Реакция иммунофлюоресценции

СНГ – Содружество Независимых Государств

ТИППМК - Таджикский институт последиplomной подготовки медицинских кадров

ПМСП - Первичная медико-санитарная помощь

ЭН - Эпидемиологический надзор

ЮНИСЕФ - Детский фонд Организация Объединенных Наций

Введение

Актуальность исследования. Проведение эпидемиологических и социально – гигиенических научных исследований, направленных на выявление причин болезней, совершенствование мер профилактики, ранней диагностики и лечения кишечных гельминтозов, имеющих широкое распространение среди населения являются наиболее актуальными проблемами здравоохранения многих развивающихся стран мира [17, 57].

Глистные инвазии (гельминтозы) широко распространены во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 25% населения мира заражено гельминтами, из них 644,4 млн. аскаридами и 335,1 млн. власоглавом. Только в Европе 32 млн. людей инвазированы аскаридами, 34 млн. власоглавом, 62 млн. острицами [17, 57].

В странах СНГ зарегистрировано около 65 видов гельминтов, из них часто встречаются 18-20 видов, которые имеют наибольшее медицинское значение в связи с широким распространением и значительным ущербом, наносимым здоровью населения [57]. В Республике Таджикистан в основном зарегистрированы следующие виды гельминтов: аскариды, фасциолы, острицы, власоглав карликовый, бычий и свиной цепни, описторхоз (сибирская двуустка), широкий лентец, из паразитарных инвазий – лептоспиры, трихинеллы, *Entamoeba histolytica*, токсоплазма [56].

По данным Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (2010) в Республике Таджикистан из общего количества зарегистрированных случаев наибольшее число составляли: энтеробиоз - 35%, аскаридоз - 35%, гименолепидоз - 25% и другие гельминтозы - 5%. С целью снижения уровня инвазивности населения гельминтозами Министерство здравоохранения Республики Таджикистан разработало и приняло 7 сентября 2010г. №519 «Программу по борьбе с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011 - 2015 годы» [86].

В нашей стране наибольшее распространение имеют нематодозы – паразитарные заболевания, вызванные круглыми червями (нематодами),

передающимися фекально-оральным путем. Самыми известными представителями этой группы гельминтов являются аскариды, острицы, власоглавы. Распространенность каждого из этих паразитов среди населения мира достигает сотен миллионов случаев в год [56].

Несмотря на снижение глистных инвазий (в соответствии с статистическими данными 2016-2017 гг.) на 2,7 лямблиоза, на 21,0 аскаридоза, на 23,3 энтеробиоза и на 4,0 геминолепидоза на 100 тыс. населения, данных заболеваний остаются, наиболее актуальными проблемами практического здравоохранения Республики Таджикистан [80, 89].

Распространению глистной инвазии способствуют бытовые условия и навыки населения, такие как: низкие социально – бытовые условия, необеспеченность населения постоянной питьевой водой, централизованной канализацией, использование в качестве удобрения необезвреженных фекалий людей на приусадебных участках, недоступность антигельминтных препаратов и их высокие цены, несвоевременное лечение, здоровое носительство, употребление в пищу сырого и недостаточно обработанного мяса больных животных, низкая информированность населения о путях передачи глистной инвазии, низкий эпидемиологический надзор со стороны ответственных ведомств [14, 40, 54, 57, 82, 83, 84, 87, 91].

Важнейшими факторами распространения геогельминтов остаются огородные культуры. Установлено, что салат, лук, укроп, петрушка, огурцы, морковь, помидоры, клубника, картофель, яблоки, груши выращиваемые в индивидуальных хозяйствах и поступающие в торговую сеть, в значительной мере обсеменены яйцами геогельминтов [58, 85].

Гельминтозы – болезни человека, животных и растений, вызываемые паразитическими червями (гельминтами), резко отличающиеся по своей биологии от других живых возбудителей: вирусов, бактерий, простейших. Гельминтозы составляют самую большую группу паразитарных (инвазионных) болезней. В этиологической структуре последних 85 - 90% приходится на гельминты и 10 - 15% - на протозоозы. В последние годы отмечено увеличение заболеваемости

многими гельминтозами [56, 57, 82]. Ухудшается ситуация по гельминтозам, связанная с заражением сельскохозяйственных животных и употреблением мяса таких животных в пищу (трихинеллёз, тенидиозы). Расширение тепличного и индивидуального овощеводства, связанного с использованием удобрения почвы необезвреженными фекалиями человека, сопровождается ростом числа больных геогельминтами (аскаридоз, трихоцефалез) [56, 57, 82, 83].

Распространение гельминтозов обычно привязано к определённой территории и зависит от природных и социальных факторов (обычаев, особенностей национальной кухни и др.). Некоторые из гельминтов встречаются повсеместно, другие - чаще на территории определённых географических регионов. Острицы и аскариды живут повсеместно на всём земном шаре. Власоглав широко распространён во влажных районах тропического, субтропического и умеренного климата. Трихинеллы встречаются на всех обжитых континентах в северных, центральных и восточных областях России, Белоруссии и в Украине [6, 17, 28, 109]. Бычий цепень – встречается повсеместно в регионах развитого скотоводства. Активные очаги заражения существуют в Закавказье и Средней Азии [98]. Карликовый цепень живет повсеместно, преимущественно в зонах с сухим и жарким климатом (республиках Средней Азии). Лентец широкий обитает в районах с большим количеством пресноводных водоемов. Активные очаги заражения привязаны к бассейнам крупных рек в Прибалтике, Карелии, на севере Сибири, в Поволжье, Казахстане. Наиболее выраженные очаги описторхоза (*opisthorchiasis felineus*) (кошачья, или сибирская, двуустка) регистрируют в бассейнах Иртыша, Оби, Камы, Волги, Дона, в Западной Сибири и Казахстане. Печёночный сосальщик распространен повсеместно. Спорадические заболевания регистрируют на северо – западе России, Закавказье, республиках Средней Азии [52, 82, 83^{Польяпольская В.В.}, 96, 98]. Широкому распространению глистных инвазий способствуют: низкий уровень санитарных условий, невысокое социально - экономическое развитие страны, скученность людей и особенности культурных традиций [57, 87, 88,^{Романенко Н.А.}].

Несмотря на непрерывное снижение общей пораженности населения гельминтами, их распространение ещё остаётся значительным. При возрастающих международных связях в области торговли, культуры, науки, туризма, спорта со многим зарубежными странами (Азии, Африки, Америки), а также, в связи с миграцией населения внутри страны и зарубежом изучение состояния уровня распространенности глистной инвазии в семьях, проживающих в различных регионах Республики Таджикистан и разработка новых целевых рекомендаций по совершенствованию подходов к диагностике и их профилактике на уровне учреждений ПМСП требуют проведения более глубоких изысканий в данном направлении. Это определило выбор темы нашего исследования.

Общая характеристика работы

Связь работы с научными программами, темами

Диссертационная работа выполнялась в рамках выполнения приказа Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 7 сентября 2010г. №519 «Программа по борьбе с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011 - 2015 годы».

Цель. Научное обоснование и изучение состояния уровня распространённости глистной инвазии в семьях, проживающих в различных регионах Республики Таджикистан и разработка научно-обоснованных целевых рекомендаций по совершенствованию подходов профилактики распространения часто встречаемых глистных инвазий на уровне учреждений первичной медико – санитарной помощи республики.

Задачи исследования:

1. Изучить эпидемиологические особенности распространенности некоторых кишечных гельминтов (карликового цепня, остриц, аскарид, лямблий) в различных климатических зонах республики.
2. Изучить распространенность наиболее значимых факторов риска гельминтозов у населения некоторых регионов республики.
3. Оценить состояние здоровья детского населения обследуемых регионов, особенности структуры их заболеваемости.
4. Разработать и рекомендовать новые научно - обоснованные подходы профилактики на уровне учреждений ПМСП.

Научная новизна. Впервые в условиях Республики Таджикистан изучена распространённость глистных инвазий на уровне первичного звена здравоохранения ПМСП, с последующим научным обоснованием оптимизации состояния здоровья населения, проживающего в неблагополучных регионах Республики Таджикистан. На основании полученных результатов установлены основные факторы, влияющие на распространённость глистной инвазии, что в свою очередь, позволит своевременно проводить профилактические мероприятия по снижению заболеваемости в семьях на уровне первичного звена здравоохранения

учреждений ПМСП. Анализ состояния структуры заболеваемости и распространённости глистной инвазии позволит своевременно корректировать выявленные нарушения до начала клинических проявлений заболеваний с использованием современных методик исследования.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Установлены факторы риска и распространённость заболевания глистных инвазий среди населения различных регионов республики.
2. Установлена распространённость наиболее значимых факторов риска глистных инвазий, привязанных к определённой географической территории регионов республики, зависящих от природных и социальных факторов.
3. Дана оценка состояния здоровья детского населения обследуемых регионов и установлены особенности структуры её заболеваемости.
4. Оценена роль степени информированности населения медицинскими, санитарными знаниями о распространённости, часто встречаемых глистных инвазий, путей совершенствования эффективного снижения гельминтозных заболеваний и значения уровня медицинских знаний среди семейных врачей и медицинских сестер, что обосновывает необходимость повсеместного их внедрения на уровне медработников учреждений первичного звена здравоохранения (ПМСП).
5. Разработаны научно-обоснованные, новые подходы к профилактике распространения заболевания глистных инвазий среди населения на уровне учреждений ПМСП Республики в Таджикистан.

Личный вклад соискателя учёной степени в проведении исследования и практической реализации результатов составляет 89%, и заключается в её индивидуальном участии на всех этапах проведенных исследований, получении исходных данных, обработке первичного материала, подготовке публикаций и докладов. Тематические болезни собраны самостоятельно, проведены лабораторные исследования, контролированы при медикаментозном и реабилитационном лечении, лично зарегистрированы все больные и носители от начала до 5 лет наблюдений и записывались в

регистрационную карту. Основной и решающий объём работы выполнен самостоятельно и содержит ряд новшеств, которые свидетельствуют о личном вкладе диссертанта в науку.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на ежегодных научно - практических конференциях (Душанбе, 2015, 2017, 2018) в ГОУ «ИПО в СЗ РТ» и в научно – практической конференции «Перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан» посвященной 25 летию Независимости Республики Таджикистан (2016), дважды апробация диссертационной работы состоялась на заседании межкафедральной экспертной проблемной комиссии по терапевтическим и общественным дисциплинам ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (2015, 2018).

Результаты проведённых исследований позволили установить структуру и факторы риска заболеваемости, их ранговую приоритетность, что позволит в будущем, проведение целевых программ профилактики, как на уровне первичного звена здравоохранения в регионах, так и в государственном масштабе.

Разработаны и внедрены в клиническую практику учреждений ПМСП новые сроки и методы ведения диспансеризации наиболее часто встречающихся глистных инвазий в республике. Разработана методическая рекомендация для семейных врачей «Глистные инвазии: диагностика, лечение, диспансеризация» и внедрена в практику семейных врачей и медицинских сестер ГЦЗ №1 города Душанбе, в учебный процесс кафедры семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ». Разработаны тестовые вопросы о факторах риска, лечения, диспансеризации гельминтных заболеваний для семейных врачей ГЦЗ №1 города Душанбе, разработан алгоритм скрининга диспансеризации случаев глистных заболеваний на уровне учреждений ПМСП в Республике Таджикистан, проведена научно - практическая конференция на тему: «Глистные инвазии: диагностика, лечение и диспансеризация» для семейных врачей в городе Душанбе.

Опубликование результатов диссертации. По результатам исследования и материалам диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 7 статей в журналах рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан, 4 статьи в других медицинских журналах и 1 методическая рекомендация.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 146 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 3-х глав, обсуждения результатов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована 36 таблицами и 16 рисунками. Список литературы включает 146 источников, в том числе 109 авторов стран СНГ и 37 дальнего зарубежья.

ГЛАВА 1. Глистная инвазия, распространенность, диагностика и профилактика (обзор литературы)

1.1. Эпидемиология глистных инвазий

Глистные болезни (гельминтозы) - обширная группа широко распространенных болезней, возбудителями которых являются паразитические черви - гельминты (глисты). Гельминтами поражены до 25% людей, особенно в странах с тропическим климатом, жители которых нередко являются носителями 2 - 3 и более видов гельминтов. К настоящему времени выявлено более 250 видов гельминтов, зарегистрированных в качестве паразитов человека. В основном зарегистрированы аскариды, фасциолы, острицы, власоглавы, карликовый, бычий и свиной цепни. В странах СНГ зарегистрировано около 70 видов гельминтов человека, из них часто встречаются 18 - 20 видов, которые имеют наибольшее медицинское значение в связи с широким распространением и значительным ущербом, наносимым здоровью населения [2, 27, 33, 44, 53, 56, 82, 83, 84, 87, 134].

Гельминтозы - болезни человека, животных и растений, вызываемые паразитическими червями (гельминтами), резко отличающиеся по своей биологии от других живых возбудителей: вирусов, бактерий, простейших. Гельминтозы составляют самую большую группу паразитарных (инвазионных) болезней. В этиологической структуре последних 85- 90% приходится на гельминты и 10 - 15% - на протозоозы [82, 83].

Гельминтозам свойственно очаговое распространение. Очаги гельминто-антропонозов определяются территорией обитания человеческого коллектива. Геогельминтозоозы распространяются как на территории населённых пунктов, так и независимо от них. Наиболее разнообразна гельминтофауна в тропических странах, где нередки полиинвазии (паразитирование в организме человека двух и более видов гельминтов одновременно) [4, 7, 43, 82, 83, 91, 101]. В Республике Таджикистан наблюдается непрерывное снижение общей пораженности населения гельминтами. Однако их распространение остаётся ещё высоким. В нашей стране, как и в Российской Федерации наибольшее распространение имеют круглые черви (аскариды, острицы, трихинеллы, власоглавы), ленточные черви

(свиной, бычий и карликовый цепни, широкий лентец), сосальщики (печеночная и кошачья двуустка) [57, 82, 83, 85].

Из группы кишечных гельминтозов наибольшее значение для России имеют аскаридоз, анкилостомидозы, трихинеллез, трихоцефалез, энтеробиоз, тениаринхоз, тенидиоз, гименолепидоз, дифиллоботриозы [8, 17, 55, 68, 82, 83, 85].

К анкилостомидозам восприимчивость всеобщая. Наибольшему риску заражения подвержены сельскохозяйственные рабочие, шахтёры и дети. Главные очаги инвазии расположены в районах с жарким климатом. В России очаги анкилостомидозов отмечаются в южных районах. Регистрируются также завозные случаи анкилостомидозов, особенно часто – некаторозы [82, 83, 84, 85, 91, 93, 126].

Гельминтозы могут протекать тяжело, быть причиной летальных исходов или хронического поражения пищеварительного тракта, печени, мочевыводящей системы, развития анемии, но чаще наблюдают субклинические формы инвазии, которые существенно влияют на умственное и физическое развитие детей, вызывают нарушение детородной функции, способствуют более тяжелому течению ряда инфекционных и неинфекционных болезней [40, 82, 83, 85, 114, 125].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более одной трети населения мира заражены гельминтами, из них 644,4 млн.- аскаридами и 335,1 млн. – власоглавом. Только в Европе 32 млн. людей инвазированы аскаридами, 34 млн.- власоглавом, 62 млн. – острицами [3, 9, 37, 55, 56, 84, 86, 113, 138].

Уровень инфицированности населения передаваемыми через почву гельминтами в Средней Азии чрезвычайно высок. Уровень зараженности кишечными паразитами среди детей школьного возраста и взрослого населения превышает 50%. Среди преобладающих патогенов: острица (*E.vermicularis*), аскарида (*Ascaris*) и цепень карликовый (*Hymenolepis nana*). Вследствии высокой

зараженности кишечными паразитами среди детей школьного возраста их средний уровень гемоглобина свидетельствовал о наличии анемии.

Основной причиной заражения кишечными паразитами в Таджикистане являются: загрязнение источников воды канализационными стоками, низкий уровень жизни, отсутствие навыков личной гигиены и санитарного просвещения [56, 57, 87].

Кишечные паразиты при имеющемся в Таджикистане уровне заражения вызывают у детей: замедление физического роста и развития, плохую успеваемость, низкую посещаемость учебных заведений, гипотрофию и анемию [34].

К настоящему времени выявлено более 250 видов гельминтов, зарегистрированных в качестве паразитов человека. В странах СНГ зарегистрировано около 65 видов гельминтов человека, из них часто встречаются 18 - 20 видов, которые имеют наибольшее медицинское значение в связи с широким распространением и значительным ущербом, наносимым здоровью населения [2, 24, 44, 56, 82, 83, 87].

Туризм и миграция большого количества людей способствуют завозу на территорию страны тропических и ранее ликвидированных паразитов из стран ближнего зарубежья (Закавказья, Средней Азии)[18, 32, 42, 99, 111, 121, 130].

Условия жизни влияют на течение эпидемиологического процесса. К социальным условиям относят количество членов семьи, условия проживания членов семьи и ее благоустройство, жилищно-санитарные условия, материальный достаток, условия труда, культуру каждого члена семьи, уровень не контролируемого процесса миграции населения, финансирование здравоохранения направленного на профилактику. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на распределение заболевших по возрасту, полу, профессии, периодам года, территории, источникам инфекции, клиническому течению болезни, а также очаговости. Дети наиболее часто болеют гельминтозами [16, 21, 35, 52, 65, 75, 118].

Острицы и аскариды живут повсеместно на всем земном шаре [11, 14, 19, 111, 116]. Широко распространен власоглав в районах с повышенной влажностью куда можно отнести страны субтропического, тропического и субтропического климата [83, 84]. Во всех обжитых северных, центральных и восточных областях России, Белоруссии и Украины распространены трихинеллы [1, 5, 10, 25, 46, 47, 99, 117, 118, 132].

Свиной цепень распространён повсеместно в регионах с развитым свиноводством (России, Белоруссии и на Украине). Бычий цепень - повсеместно в регионах развитого скотоводства. Активные очаги заражения существуют в Закавказье и Средней Азии [61, 78, 99, 116, 126].

Карликовый цепень живет повсеместно, преимущественно в зонах с сухим и жарким климатом (республиках Средней Азии) [83, 84, 85, 96, 103, 120, 139].

Лентец широкий обитает в районах с большим количеством пресноводных водоемов. Активные очаги заражения привязаны к бассейнам крупных рек в Сибири и Прибалтике [83, 84, 85, 96, 103, 120, 139].

Наиболее выраженные очаги описторхиса регистрируются в бассейнах Камы и Волги [29, 62, 82, 83, 84, 99, 113].

Печеночный сосальщик распространен повсеместно. Спорадические заболевания регистрируют на северо - западе России, в Закавказье, республиках Средней Азии, Прибалтике, Украине и Белоруссии [56, 83, 88].

Легочной сосальщик распространен преимущественно в странах Азии, на реке Амур [17, 28, 56, 82, 83, 88, 120, 133].

Гименолепидоз распространён повсеместно. Определенная эпидемиологическая роль принадлежит мухам, разносящим яйца на пищевые продукты. Наиболее часто гименолепидозом болеют дети в возрасте от 4 до 14 лет. Чаще всего они полностью освобождаются от гельминтов к 15 - 16 годам (без специфического лечения). Однако нередки случаи длительно текущих инвазий – до 20 лет и более [12, 20, 50, 80, 82, 83, 84].

В некоторых местностях Армении, Средней Азии трихоцефалез распространен значительно шире, чем аскаридоз. Энтеробиоз относится к числу распространенных гельминтозов и встречается в местностях, где другие геогельминты не получают распространение [16, 59, 71, 82, 83, 84].

Паразитозы – широкая группа болезней, в значительной степени определяющая состояние здоровья населения. Многие паразитозы имеют повсеместное распространение. Наиболее массовой паразитарной болезнью в мире является аскаридоз. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируют более 1 млрд. случаев аскаридоза [82, 83, 84, 85]. Этот гельминтоз распространен везде, кроме безводных пустынь и зоны вечной мерзлоты. Число больных аскаридозом в мире достигает 1 млрд., а поражённость в разных очагах колеблется от 20% до 95%. Заражение населения в умеренном климате России происходит весной, летом и осенью. Инвазированность половозрелыми аскаридами населения в разные сезоны года неодинаковая: выше зимой, ниже весной и летом. У сельских жителей аскаридоз встречается чаще, чем у горожан. Очаги аскаридоза разнообразны по поражённости населения и загрязнённости окружающей среды яйцами, скорости передачи интенсивности инвазии. В крупных благоустроенных городах, где формирование очагов аскаридоза невозможно, люди заражаются летом в сельской местности или через привозимые на рынок овощи и ягоды. Естественная восприимчивость к инвазии высокая. Аскаридоз не оставляет выраженного иммунитета [69, 82, 83, 85, 102, 132].

Практически повсеместно распространены трихоцефалез (500 млн. больных), лямблиоз (370 млн.) [90, 99, 108, 117, 139]. Трихоцефалёз – антропонозный геогельминтоз, протекающий с диспептическим синдромом [82, 83, 84]. Энтеробиоз, также характеризующийся повсеместным распространением, более часто встречается в развитых странах с умеренным климатом, где поражает от 10% до 90% детей в возрасте до 14 лет, а число больных достигает 350 млн [125]. Энтеробиоз это заболевание известно со времен глубокой древности, о чем свидетельствует нахождение яиц гельминтов в копролитах. Возбудитель впервые классифицирован К. Линнеем (1758) [82, 83, 384, 85].

По сложившейся практике, к паразитарным болезням относят протозоозы, вызываемые патогенными простейшими (амебиаз, токсоплазмоз), и гельминтозы, называемые также глистными инвазиями. По оценкам ВОЗ, каждый третий житель Земли заражён кишечными паразитами. По экспертным оценкам, истинное число больных паразитарными болезнями в стране превышает 20 млн. человек [80, 82, 98, 104, 115, 121, 134].

Особенность большинства паразитарных болезней - длительное, многолетнее присутствие возбудителя в организме больного, что определяется продолжительностью жизни многих гельминтов или частными повторными заражениями. Многолетнее течение многих паразитарных болезней вызывает задержку физического и психического развития детей, ухудшение успеваемости школьников, снижает трудоспособность и социальную активность взрослого населения [22, 77, 82, 83, 84, 90, 121].

Жизненный цикл гельминтов чрезвычайно разнообразен, но основные его этапы проходят по общей схеме, в соответствии с которой заболевания, вызываемые гельминтами, подразделяют на гео- и биогельминтозы и контагиозные гельминтозы [70, 82, 83, 84, 85, 89, 107]. Очень важным моментом при глистных инвазиях является численность паразитов в организме человека. Она значительно колеблется в зависимости от вида гельминта. При аскаридозе, например, у человека могут паразитировать всего 1-2 особи, а при анкилостомидозе их число может достигать 2000 особей, каждая из которых потребляет в год до 100 мл крови [82, 83, 84, 124, 135]. Исходом гельминтозов может быть полное выздоровление с ликвидацией гельминтов или развитие необратимых изменений у хозяина [82, 83, 84, 113].

Кроме прямого патологического воздействия, широкая поражённость населения паразитами приводит к более частому возникновению и более тяжелому течению у инвазированных других заболеваний. Наиболее общим патологическим воздействием практически всех возбудителей паразитарных болезней человека является аллергизация и подавление иммунологической реактивности организма [82, 83, 84, 125].

Наибольшее значение на территории европейской части России имеют такие гельминтозы, как энтеробиоз, аскаридоз, трематодоз, трихоцефалез и гименолепидоз. При этом 89% приходится на долю энтеробиоза, 6,8% - аскаридоза. В течение жизни практически каждый человек переносит паразитарное заболевание, причём чаще всего страдают дети [17, 18, 68, 82, 83, 84, 85, 102].

Показатель пораженности различных групп населения энтеробиозом колеблется в пределах от 10% до 30%, причем на долю школьников и детей младшего возраста приходится 90 - 95% всех случаев заболевания. Ежегодный показатель заболеваемости аскаридозом составляет 0,85 - 0,90 случаев на 1 тыс. населения. Среди инвазированных аскаридами также преобладают дети (65,1%). При оценке территориального распределения лямблиоза по России установлено, что самый высокий уровень среднемноголетних показателей заболеваемости отмечен в Санкт - Петербурге, а поражённость детей, посещающих детские учреждения, доходит до 35 %. Среди жителей России всех возрастов ежегодно выявляется около 2 млн. больных паразитозами, однако с учетом поправочных коэффициентов их истинное число может составлять не менее 22,1 млн. В настоящее время не вызывает сомнений положение о том, что гельминтно протозойные инвазии способствуют более частому возникновению соматических и обострению хронических заболеваний [23, 72, 82, 83, 84, 85, 120].

Основоположником медицинской гельминтологии, изучающей круг вопросов, связанных с гельминтами человека, является всемирно известный советский учёный Константин Иванович Скрябин. Он разработал комплексный подход к изучению гельминтозов: установление взаимосвязей между особенностями биологии, морфологии паразитов и клиническими проявлениями, лечением и профилактикой вызванных ими заболеваний [82, 83, 84, 85, 88].

1.2. Особенности эпидемиологического процесса

Биологические особенности гельминтов состоят в стадийности развития, различных экологических требованиях на разных стадиях развития, особенностях размножения, большой продолжительности индивидуальной жизни и высокой

адаптированности к хозяину. Жизненный цикл отдельных гельминтов чрезвычайно разнообразен, но основные его этапы имеют общие закономерности. Гельминты проходят ряд последовательных стадий развития: яйца —> личинки —> половозрелые формы. На различных стадиях развития гельминты предоставляют разнообразные, иногда полярные требования к условиям среды. Например, взрослая аскарида - анаэроб, погибающий в присутствии кислорода, а яйца аскариды, наоборот, не могут развиваться в отсутствие кислорода. Возбудители большинства гельминтозов - атропонозов хорошо адаптированы к защитным механизмам организма хозяина и лишь в редких случаях, например при большой интенсивности инвазии, вызывают серьёзные патологические явления. Заражение гельминтозами чаще всего происходит после попадания в организм яиц или личинок гельминтов. Механизм заражения и факторы передачи определяют условия их развития вне организма человека. В соответствии с этим заболевания, вызванные гельминтами, подразделяют на геобиогельминтозы и контагиозные гельминтозы. Это подразделение гельминтозов, основанное на биологии возбудителей, оказалось очень рациональным не только в научном, но и в практическом отношении, так как даёт чёткую эпидемиологическую систематизацию гельминтозов. Второй важный фактор, который может быть положен в основу дальнейшей эпидемиологической классификации гео-и биогельминтозов и их возбудителей, - неодинаковые требования гельминтов на ранней стадии их развития (яйцо, личинка) к внешней среде, находящейся за пределами организма человека [10, 25, 31, 41, 60, 82, 83, 84] Разделение гельминтозов на группы в соответствии с этими требованиями ранних стадий их возбудителей может вместе с тем послужить основанием для разработки принципиально различных для этих групп мероприятий по борьбе с гельминтозами. В настоящее время предложены следующие принципы классификации: по путям проникновения (заражения); по способам существования во внешней среде; по значению в патологии человека [82, 83, 84, 85].

Геогельминтозы. Взрослые половозрелые особи паразитируют у человека, являющегося, как правило, их окончательным хозяином. Человек выделяет незрелые яйца и личинки в окружающую среду, где они проходят развитие (обычно в почве). Такой путь развития паразитов известен как прямой. Во внешней среде яйца и личинки дозревают и затем приобретают способность заражать здорового человека, проникая в его ЖКТ с овощами, ягодами, водой или при заносе грязными руками (аскаридоз, трихоцефалёз, энтеробиоз) [82, 83, 85]. По различиям в механизмах заражения геогельминтозы, в свою очередь, разделяют на две группы. У представителей одной из них (аскаридоз, трихоцефалёз) развитие заканчивается формированием и созреванием в яйце инвазионной личинки. Заражение происходит при заглатывании инвазионных яиц. Другую группу типичных геогельминтозов (анкилостомоз, стронгилоидоз) отличает то, что яйца их возбудителей снабжены тонкой непигментированной скорлупой; они быстро заканчивают своё развитие формированием в них подвижной личинки [82, 83, 84, 85]. Однако такие яйца неинвазивны, сформировавшиеся в них личинки освобождаются от оболочек яйца и продолжают развитие в почве до инвазионной стадии. Основным путём заражения человека этими гельминтами — активное проникновение через неповреждённую кожу. Возбудители большинства геогельминтозов паразитируют только у человека [82, 83, 84, 85, 106, 124]. Лямблиоз распространен повсеместно, заболеваемость в пределах 0,5 - 18%. Среди детей пораженность лямблиями составляет 27 – 70% [52].

Исключение составляют *Trichocephalus trichiuris* и *Enterobius vermicularis*, паразитирующие также у обезьян. Но эти исключения почти не играют роли в эпидемиологии геогельминтозов человека, который является практически единственным источником заражения людей всеми основными геогельминтами [82, 83, 84, 85, 126].

Заболевание, вызываемые гельминтами, носят названия гельминтозов. Основное патологическое действие сводится к сенсибилизации организма с последующей аллергической реакцией, непосредственному токсическому

действию, снижению кислотности желудочного сока, механическому повреждению тканей и кровеносных сосудов, как самим паразитом, так и его личинками, поглощению крови и пищевых веществ, инокуляции микробной флоры в месте повреждения тканей, угнетению иммунных реакций, дисбактериозу. В России наиболее часто встречаются нематоды: аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз, трихинеллез, анкилостомидозы; цистодозы: гемеолипидоз, тениаринхоз, тениидоз, дифиллоботриоз, эхинококкоз; трематоды: описторхоз, фасциолез [103, 104].

Биогельминтозы. Для развития возбудителей необходим промежуточный хозяин (иногда не только основной, но и дополнительный). Заражение, как правило, происходит при употреблении человеком в пищу рыбы или мяса животных, являющихся промежуточными хозяевами для гельминта, однако пути заражения могут быть самыми разнообразными. К биогельминтозам относят трематодозы, цестодозы и некоторые нематодозы (шистосомозы, описторхоз, тениаринхоз, тениоз, альвеококкоз, эхинококкоз, дифиллоботриоз, трихинеллёз, онхоцеркоз). Возбудителей биогельминтозов отличает сложное развитие с участием двух, а иногда и трёх различных животных. Как ясно из характеристики факторов, положенных в основу подразделения на гео - и биогельминтов, для развития первых обязательно пребывание их яиц в течение того или иного времени во внешней среде, находящейся за пределами организма хозяина. Что касается биогельминтов, то их отношение к этой среде различно. На основе данного различия типичные биогельминты могут быть, в свою очередь, разделены на три группы. Жизненный цикл отдельных гельминтов чрезвычайно разнообразен, но основанные его этапы имеют общие закономерности [48, 53, 55, 82, 83, 84, 85].

Контагиозные гельминтозы. К ним относят гемеолипидоз и энтеробиоз. Пропагативные стадии возбудителей не требуют предварительного развития во внешней среде, они выделяются из организма человека зрелыми и уже способными к инвазии. Заражение происходит контактным путём через предметы обихода или грязные руки [82, 83, 84, 85, 109].

Эпидемиологические особенности гельминтозов определены биологическими особенностями гельминтов. Среди них следует выделить: неконтагиозность гельминтов (за исключением энтеробиоза и гименолепидоза), замедленность распространения гельминтозов и их географическую и социальную приуроченность. Для осуществления одного полного цикла развития гельминта, или одного оборота инвазии (время, необходимое для развития от одной стадии до такой же стадии следующего поколения), требуется значительное время. Полный цикл развития половой особи до внедрения к другому организму 3,5 месяца. Поэтому при появлении источника инвазии в местности, ранее свободной от данного гельминтоза, инвазия охватывает местное население медленно, в течение ряда месяцев или лет. Вследствие потребности паразита в определённых экологических условиях территориальное распространение гельминтозов обычно ограничено. Регионы распространения большинства гельминтозов, как эндемических заболеваний, определяют природно - климатические условия и наличие промежуточных и дополнительных хозяев (последнее не относится к контагиозным гельминтозам). На указанные взаимоотношения биологических популяций всё большее влияние оказывает жизнедеятельность человека. Созданию новых макро- и микроочагов гельминтозов способствуют развитие туризма, освоение новых земель, строительство гидроэлектростанций, развитие дачного и садоводческого хозяйств при низком санитарно-гигиеническом уровне. Чрезвычайно велика роль миграционных процессов. Необходимо принять во внимание и изменчивость самих гельминтов, в частности снижение их чувствительности к лечебным препаратам [82, 83, 84, 85].

Социальные факторы играют ведущую роль в распространении гельминтозов, их ограничении, а равным образом, в их ликвидации. Так, факторами, определяющими распространение гельминтозов, могут быть условия труда, бытовые и санитарно - гигиенические навыки населения, санитарное состояние местности, деятельность человека, связанная с освоением новых природных регионов, и изменения их биотопов.

Распространению гео - и биогельминтозов способствуют такие бытовые навыки населения: отсутствие туалетов и рассеивание экскрементов во внешней среде, применение не обезвреженных фекалий людей для удобрения огородов и садов, употребление в пищу сырого и недостаточно термически обработанного мяса ряда животных и рыбы, а также употребление сырой воды [15, 17, 54, 56, 83, 84, 85, 87]. Источник гельминтозоонозов - человек, домашние, дикие животные. Стадийность: яйцо – личинка - взрослая особь [56,57, 82, 83, 84, 85, 88].

Ликвидация новых макроочагов гельминтозов способствуют развитию туризма, освоение новых земель, строительство новых гидроэлектростанций, развитие дачного и садоводческого хозяйства при низком санитарно-гигиеническом уровне. Чрезвычайно велика роль миграционных процессов. Необходимо принять во внимание и изменчивость самих гельминтов, в частности снижение их чувствительности к лечебным препаратам. [82, 83, 85]

Следует учесть, что при возрастающих международных связях в области торговли, культуры, науки, туризма, спорта со многими зарубежными странами Азии, Африки, Америки, а также в связи с миграцией населения внутри страны не исключается возможность появления на территории Таджикистана и других видов гельминтов [54, 56, 57].

На современном этапе отмечается рост глистных инвазий среди членов семьи. Невнимательное отношение семейного врача к этой патологии в последние годы приводит к поздней диагностике, что, естественно, чревато многими последствиями для членов семьи. Кроме того, глистные инвазии способны снижать качество жизни каждого члена семьи на долгие годы, приобретая хроническое течение. При глистных инвазиях страдают не только поражаемые органы - кишечник, но и многие другие органы и системы (нервная, бронхолегочная, сердечно - сосудистая, костная, мочеполовая, иммунная).

Глистные инвазии остаются наиболее актуальной проблемой практического здравоохранения Республики Таджикистан.

Основными причинами распространения и роста гельминтозов в Республике Таджикистан являются неблагоприятные санитарно - бытовые

условия, нехватка доброкачественной питьевой воды, отсутствие или неисправность канализационно - очистных сооружений, использование некомпостированных удобрений, недостаточные возможности для ранней диагностики, своевременного лечения гельминтозов, недостаточный охват населения, проживающего с риском заражения гельминтами, низкий уровень информированности и недостаточные навыки по профилактике этой болезни среди населения, несоблюдение элементарных санитарно - гигиенических норм, низкий уровень проведения санитарно - ветеринарных мероприятий по профилактике глистных инвазий на местах, недостаточная координация между заинтересованными службами при проведении противогельминтных мероприятий, не укомплектованность оборудованием, материалами и кадрами существующих органов здравоохранения, их недостаточная оплата и, как следствие, неадекватное качество мероприятий по борьбе и профилактике гельминтозов, недостаточный эпиднадзор, включая недостаточную отчетность по уровню зараженности, слабую координацию среди существующих партнеров, вовлеченных в мероприятия по надзору за гельминтами и ограниченные средства, выделяемые государством и внешними донорами для борьбы с гельминтозами [14, 56, 59, 87].

Большинство больных гельминтозами не обращаются за медицинской помощью ввиду самолечения, и, как правило, эти случаи не регистрируются в региональных отчетах. Как дополнение, к рассмотренным факторам присоединяется тот факт, что большинство больных гельминтозами лечатся в амбулаторных условиях и чаще всего не доводят лечение до конца. У большей части населения до сих пор неверное представление о гельминтах и их профилактике. Знания и представления о гельминтах и путях их передачи обычно получают через собственный опыт или слухи. Большинство членов семьи воспринимают гельминты как неизбежное и хроническое состояние. Они ассоциируют гельминтозы с укладом жизни и с окружающей средой, которая способствует началу болезни.

Учитывая все вышеизложенные факторы и серьезность эпидемиологической ситуации по гельминтам в республике, с целью снижения уровня инвазивности населения гельминтозами Министерство здравоохранения Республики Таджикистан решило разработать и принять Программу по борьбе с гельминтозами в Республике Таджикистан на период 2011 - 2015 годы (7.09.2010 г. №513), основываясь на рекомендациях ВОЗ, которая призвала все страны, где распространены гельминтозные инфекции, приступить к активной деятельности по борьбе с паразитарными заболеваниями [86, 87].

Политика и стратегия принятой программы осуществляется в соответствии с национальной Стратегией здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 - 2020 годы, план её реализации, достижение цели тысячелетия и Стратегии снижения бедности в РТ с учётом их целей и задач, а также текущей эпидемиологической обстановки по гельминтозам в РТ [87].

Однако целенаправленные скрининговые исследования глистной инвазии обнаруживают значительно более высокую её распространенность среди популяции, особенно среди членов семьи. При этом качество диагностики, лечения и профилактики такого рода больных на уровне ПМСП остается довольно низким [87].

В истории медицинской науки теория развития патогенности была разной. Некоторые авторы высказывались, что гельминты полезны организму и безвредны человеку, сторонники другой группы доказывали, что гельминты могут вызвать болезни. Значительный шаг вперед сделала медицина Древней Греции, наиболее ярким представителем которой был Гиппократ (460 - 377 г. до н.э.). Ему были известны симптомы аскаридоза, энтеробиоза, тениарихноза, эхинококкоза человека. Ибн Сина (Авиценна, 980 – 1037гг.) для своего времени развивал учение о патологии, вызываемой гельминтами, и её терапии. Советские гельминтологи, во главе с академиком Скрябиным К.И. изучили цикл развития и патогенез гельминтозов. Под его руководством и при непосредственном его участии были организованы многочисленные экспедиции в разные регионы, с

целью изучения гельминтозов человека и животных, и выявления очагов наиболее опасных заболеваний [82, 83, 85].

Более трети населения планеты заражены гельминтами. В России зарегистрировано около 70 видов гельминтов[20, 52, 77, 82, 83]

Согласно статистическим данным, в Республике Таджикистан ежегодно регистрируется свыше 20 тыс. случаев гельминтозов, 80% из них - среди детей до 14 лет. Из общего количества зарегистрированных случаев наибольшее число составляют: энтеробиоз - 35%, аскаридоз - 35%, гименолепидоз - 25% и другие гельминтозы - 5%. Реальные цифры заболеваемости гельминтозами могут быть значительно выше. Аскаридозом и энтеробиозом заражено до 80% населения планеты. Удельный вес носителей при энтеробиозе составляет 90%; 8 из 10 дошкольников имеют глистные инвазии [56, 57, 80, 85].

По данным ВОЗ-а кишечными гельминтозами – анкилостомидозом - поражено свыше 800 млн. населения земного шара. В странах СНГ анкилостомидоз встречается в Туркмении, Узбекистане, южном Казахстане, Грузии, Азербайджане и на Черноморском побережье Краснодарского края. До сих пор у лиц, постоянно проживающих в Таджикистане, эти виды глистов нами не обнаружены. Однако при современной миграции населения не исключена возможность распространения этого паразита на территории Таджикистана. При благоприятных условиях внешней среды развитие яиц заканчивается в течение суток [56, 57]. Заболевания, вызываемые гельминтами, носят название гельминтозов. После внедрения гельминта развивается патогенетическое действие к сенсibilизации организма, после чего развивается аллергическая реакция, снижению кислотности желудочного сока, токсическому воздействию [53, 70, 120]. Паразиты и его личинки механически повреждают ткани и кровеносных сосудов поглощая кровь и пищевых вещества, угнетению иммунных реакций [82, 83, 84, 85, 103, 104].

У женщин репродуктивного возраста, кроме сенсibilизации организма, отмечаются другие нарушения-гормональные, обменные, ферментативные, половой функций: нарушение менструально - овариального цикла, приводящее к

женскому бесплодию [16, 35, 51, 82, 83, 85]. Во время беременности преждевременное отхождение вод у рожениц, во всех периодах родов слабость родовой деятельности, затяжные роды, кровотечение в третьем периоде родов, недостаточный объем количества грудного молока, что приводит к развитию белковой недостаточности, нарушению функции печени, гиповитаминозу фолиевой кислоты, аномалии нервной трубки у плода «спины бифида» [14, 51, 63, 74, 82, 83, 88, 103].

1.3. Медицинская профилактика гельминтных заболеваний

Всемирная организация здравоохранения, профилактику разделяет на первичную, которая направлена на предупреждение появления факторов риска у здоровых лиц, вторичную борьба с имеющимися факторами риска и третичную - лечение развившегося заболевания и предупреждение осложнений [48, 52]. Мероприятия по борьбе и профилактике гельминтозов могут быть направлены на уничтожения возбудителя (в хозяине или во внешней среде) или нейтрализации (выключения) основных факторов передачи [82, 83, 86]

При высокой пораженности населения, превышающий определенный регламентированный уровень, приводит к массовым гельминтным заболеваниям населения [82, 83, 85]. Огромное значение для здоровья и профилактики глистной инвазии имеют профилактические мероприятия, среди всех членов семьи. Они разносторонние и многообразные. Первичная профилактика, полная ликвидация некоторых видов гельминтов, путем устранения причин с целью предупреждения заболевания. Для полной санации организма от гельминтов необходимо установить вид гельминта и целенаправленно их лечение. Ключевым моментом первичной профилактики является здоровый образ жизни. Здоровье семьи зависит из здоровья самих родителей, их материального благополучия, уровня санитарной культуры, эпидемиологической обстановки семьи, санитарного поведения всех членов семьи. Низкий уровень санитарной культуры населения, неудовлетворительные санитарно - гигиенические и бытовые условия способствуют довольно быстрому восставлению исходного числа

инвазированных лиц [82, 83, 85]. Диагностику гельминтозов у членов семьи называют вторичной профилактикой. Установление критического уровня заражённости населения, выявление источников инвазии и разрыв путей передачи возбудителя является первостепенной задачей. Важно выявить источник гельминта или гельминтозов для их последующей ликвидации. Причинами распространения глистной инвазии являются: низкие социально – бытовые условия, не обеспеченность постоянной питьевой водой и централизованной канализацией, использование в качестве удобрений необезвреженных фекалий людей на приусадебных участках, употребление в пищу сырого и недостаточно обработанного мяса больных животных, недоступность антигельминтных препаратов и их высокие цены, несвоевременное лечение, здоровое носительство, низкая информированность населения о путях передачи глистной инвазии, низкий эпидемиологический надзор со стороны ответственных ведомств. Врач общей практики, учитывая эпидемическую обстановку и статус семьи своевременно диагностирует начальные признаки заболевания [14, 30, 40, 50, 54, 57, 71, 81, 82, 83, 84, 87, 91]. При этом следует помнить, что определяющее значение в борьбе с гельминтозами имеет уровень жизни [82, 83, 85].

Первичная профилактика гельминтозов направлена на предупреждение болезни путём устранения её причин. Огромное значение для здоровья и профилактики заболеваний желудочно - кишечного тракта имеют организация правильного рационального питания и соблюдение норм санитарно - эпидемического режима при приготовлении пищи. Одним из ключевых моментов профилактики гельминтозов это правильная кулинарная обработка пищевых продуктов. Неправильная термическая обработка мясных и рыбных продуктов повышает риск заражения гельминтозами [37, 38, 39, 41, 77]. Сутью первичной профилактики является обезвреживание источников инвазии и предупреждение их передачи [88]. Важнейшими факторами распространения геогельминтов остаются огородные культуры. Установлено, что салат, лук, укроп, петрушка, огурцы, морковь, помидоры, клубника, картофель, яблоки, груши, поступающие в торговую сеть, в значительной мере обсеменены яйцами геогельминтов [58]. Чем

выше уронен их обсемененности, тем выше поражаемость населения аскаридозам [39, 77].

Следует тщательно мыть овощи, зелень, ягоды, фрукты. Профилактику и борьбу с гельминтозами обеспечивает правильное санитарное содержание водных источников и качество воды, так как, в воде долго сохраняются возбудители гельминтозов [37, 39, 88].

Большое значение имеет соблюдение санитарно-гигиенических правил в домах, детских садах, домах ребенка, школах, санаториях, больницах и домах престарелых. Любые, даже незначительные, отклонения приводят к росту инфекционных, в том числе кишечных заболеваний, гельминтозов. При содержании на дому домашних животных, таких как, кошка и собака необходимо запомнить о том, что они являются промежуточными хозяевами, носителями гельминтов. Суть первичной профилактики это обезвреживание источников инвазии и предупреждение их передачи [88, 94].

Вторичная профилактика гельминтозов предусматривает раннюю и своевременную диагностику гельминтозов. Для распознавания гельминтозов применяются различные методы исследования, как у больного, так и всех членов семьи. Установление критического уровня заражённости, выявление источников инвазии и разрыв пути передачи возбудителя является первостепенной задачей [88].

Третичная профилактика (реабилитация), это предотвращение ухудшения течения или возникновения осложнений при гельминтозах. При поздней диагностике невозможно разграничить вторичную и третичную профилактику. Третичная профилактика это совокупно взятые первичная и вторичная профилактика, включая все её параметры, который включает образ жизни члена семьи, проведение вакцинации [43, 82, 88, 93].

Основную роль в распространении гельминтозов играет санитарное состояние местности, природные условия, санитарно - эпидемиологические навыки членов семьи, температура почвы, воздуха, осадки, влажность региона. В каждой климатической зоне распространены отдельные виды гельминтозов.

Ключевым фактором распространения гельминтных заболеваний служит вода. Употребление сырой воды зараженной личинками или яйцами гельминтов и ее использование в домашнем хозяйстве является фактором риска развития гельминтозов.

В некоторых регионах использование фекалий животных в качестве удобрения также приводит к заражению почвы, тем самым служит реальным фактором передачи яиц в огородные выращиваемые культуры индивидуальных хозяйств, которые могут попасть в источники водоснабжения. От степени обработки продуктов питания, как мясо (тении, трихинеллы), рыба (описторхис, широкий лентец) зависит распространение гельминтов. Распространение анкилостомиды зависит от частоты контакта через кожу зараженной почвой, водой, насекомыми [56, 57, 66, 82, 83, 88, 104].

Для уничтожения гельминтных заболеваний академиком К.И. Скрябиным выдвинут принцип противоглистных мероприятий. Цель принципа уничтожение гельминтов во всех стадиях развития, а также создание условий на природе, где они не могут развиваться [82, 83, 85, 88, 103].

Система профилактических противоглистных мероприятий включает: своевременное выявления и лечение, воздействие на факторы риска распространения гельминтозов, инаktivация яиц (личинок) во внешней среде, охрана почвы и воды инвазионным материалом, эпидемиологическая, гигиеническая, санитарно – просветительная работа и динамический контроль всех выше изложенных мероприятий.

Для осуществления первой задачи необходимо регулярно проводить скрининг гельминтных заболеваний, при выявлении взять на диспансерный учет в установленные сроки. Проводить два раза в год весной в апреле, осенью в сентябре дегельминтацию [26, 70, 78, 82, 83, 89, 90, 103, 104, 121]. В плановом порядке обследуют детей в детских дошкольных учреждениях и школах. (Расписание согласовывают с руководством этих учреждений).

Всем контингентам населения необходимо в строгом порядке обследоваться на гельминтные заболевания при поступлении в детские

дошкольные, школьные учреждения, при госпитализации в клиники, больницы, зоны отдыха, при отправке в летние лагеря отдыха, поступлении на работу, в средние специальные и высшие учебные заведения, и перед вступлением в брак [80].

К.И. Скрябин впервые разработал и внедрил в практику метод массовой дегельминтации, которую проводят если пораженность аскаридозом составляет 25 - 30 %, геменолепидозом - выше 5%, энтеробиозом выше 10%, оспистархозом - выше - 5% [26, 82, 83, 85, 88, 103, 104].

Для проведения дегельминтации в очагах зараженности необходимо составить план действий. Она должна быть планомерной, периодичной, обязательной и специфической. Особо заслуживает внимание правило обезвреживания фекалий во время дегельминтации паразитов. Испражнения заливают на 40 – 60 минут в открытой посуде двойным количеством кипятка. Не мало важную роль в борьбе с гельминтными заболеваниями играет воздействие на факторы передачи гельминтов это почва, вода, методы термической обработки продуктов питания, санитарный надзор за предметами обихода в домашних условиях, ветеринарный надзор за домашними животными [82, 83, 85, 104]

Необходимо обратить внимание на чистоту поддержания почвы вокруг уборных и мусорных ящиков, её обезвреживание, борьба с мухами, тараканами, которые являются переносчиками яиц аскарид и власоглава. Работники ветеринарно - санитарного надзора должны следить за убоем крупного и мелкого рогатого скота. Санитарный надзор за мясом, поступающим и продающимся на рынках и в магазинах предварительно просматривают на наличие финн эхинококка и фасциол. Ключевым моментом в борьбе с гельминтными заболеваниями является медицинское, санитарное, эпидемиологическая образованность населения [26, 70, 78, 82, 83, 113].

Профилактические мероприятия в семьях с глистной инвазией разносторонны и многообразны. Их чёткое целенаправленное осуществление позволит не только снизить распространённость гельминтов у членов семьи, но и полностью ликвидировать отдельные виды возбудителей [1, 3, 26, 30, 71, 82, 88].

Основной задачей медицинского работника является регулярное проведение беседы при активных посещениях членов семьи, не зависимо от возраста и времени, презентации на актуальные вопросы среди населения, как санитарно – гигиенической нормы поведения каждого члена семьи. Первое - мытье рук перед приёмом пищи, после выхода из санитарного узла, после сна, при рукопожатие с больным человеком, приходя с улицы, после сельскохозяйственной и другой работы. Термическая обработка продуктов питания, мяса, рыбы и игрушек детей. Если в семье регистрируется случай гельминтного заболевания, то все члены семьи должны обследоваться на наличие гельминта в организме. Если при многократном, рутинном исследовании кала не обнаруживаются яйца гельминтов, то выдается альбендазол взрослому контингенту 400мг и детям 200мг однократно.

Медицинский работник во время беседы подчеркивает важность основных санитарных мероприятий в семье по борьбе с гельминтозами, которая включает: применение влажной уборки помещений два раза в день; наличие сменного нательного (нижнего) белья; ребёнок при дотижении возраста 3-х лет должен иметь собственную кровать; соблюдение гигиенических правил в семье и стрижку ногтей. Все домашние животные, включая кошек и собак, должны проходить ветеринарный осмотр и их обследование на наличие глистов в кале. Целью первичной профилактики гельминтных инвазий является сохранение и формирование здорового образа жизни. Принципы здорового образа жизни закладывается до рождения ребёнка и должна сохраниться до конца жизни. Здоровье зависит от санитарно гигиенического уровня и материально благополучия семьи. Главное место занимает взаимоотношения матери и ребенка. Первый контакт с кожей при рождении, начало формирования взаимосвязи матери и ребенка, и его становление в обществе. Молоко матери удовлетворяет физиологические нужды ребенка, включая защиту от проникновения глистной инвазии организм ребенка, и обеспечивает её гармоничное развитие [14, 82, 83, 88, 103, 104]. Незначительные отклонения от санитарных норм поведения может привести к риску возникновения гельминтозов в организме. Правила пребывания

члена семье, это санитарные нормативы которые включают в себя приобретение и использование собственного постельного белья, полотенца, одежды, предметов личной гигиены и других принадлежностей повседневного обихода. Эти санитарные правила должны соблюдаться всеми членами семьи. [14, 88]. Все лица у которых зарегистрирован гельминтоз подлежат строгой диспансеризации, которая преследует две цели, лечение инвазированных и профилактика осложнений [39, 69, 80, 55, 82, 83].

Только своевременное проведение санитарно-просветительной работы, своевременная информация о мерах профилактики может защитить семейство от глистных инвазий.

Все профилактические мероприятия зависят от компетентности медицинского работника, его профессионализма, а также создания государственных программ, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости населения от гельминтных заболеваний.

Таким образом, проведенный анализ литературных данных о распространенности часто встречаемых глистных инвазий в мире свидетельствует от том, что несмотря на принятые правительствами и министерствами здравоохранения ряда стран необходимых нормативно-правовых документов до сих пор вопросы, касающиеся первичной профилактики и реабилитации гельминтных заболеваний остаются открытыми.

В Республике Таджикистан опубликованы единичные работы, касающиеся проведения профилактики и реабилитационных мероприятий среди населения. При этом они проведены среди ограниченного контингента обратившихся за медицинской помощью больных. В связи с этим, совершенствование организации первичной профилактики и реабилитации гельминтных заболеваний в условиях реформирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан, а также научное обоснование медико-социальной эффективности аспектов профилактических вмешательств требуют проведения более масштабных исследований по вышеуказанной проблеме.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования являлись члены семьи различных возрастных категорий. Исследованы 7050 человек с учётом климато - географических особенностей различных административных территорий Таджикистана. Интервью проводилось в городе Душанбе, в районе Хамадони Хатлонской области, городе Истаравшан и Аштском районе Согдийской области.

Перед нами стояли следующие задачи: оценить состояние здоровья детского населения в обследуемых регионах, выявить особенности структуры их заболеваемости в городе Душанбе, которые обслуживаются семейными врачами, района Хамадони Хатлонской области, города Истаравшан и Аштского района Согдийской области, а также изучить эпидемиологические особенности распространённости некоторых кишечных гельминтов (карликового цепня, остриц, аскарид, лямблий) в различных климатических зонах республики; изучить распространённость наиболее значимых факторов риска гельминтозов у населения некоторых регионов республики и разработать и рекомендовать новые научно обоснованные подходы их профилактики на уровне учреждений ПМСП.

У всех членов семьи в возрасте от одного года до 5 лет измерялся объем верхней трети левого плеча для выявления хронического расстройства питания по типу гипотрофии. Для ее диагностики семейный врач проводил скрининг этого состояния с целью профилактики осложнений и своевременного лечения. Для проведения исследования пациентов использовался доврачебный кабинет, где работала обученная семейная медицинская сестра или семейный врач независимо от причины обращения а также во время активных посещений на дому.

Это исследование позволяет своевременно выявить степень гипотрофии у детей в возрасте от года до пяти лет, предупредить возможные серьёзные последствия: задержку физического, психомоторного, а в дальнейшем и интеллектуального развития, ослабление иммунной системы, причиной которых может быть глистная инвазия. Для этого использовалась сантиметровая лента. При измерении левая рука должна быть и освобождена от одежды полностью,

рука должна быть опущена. Нормативы объёма среднего плеча следующие: выше 13,5 см – хороший статус питания, 12,5 - 13,5 см - умеренная гипотрофия, ниже 12,5 см - глубокая гипотрофия.

Для выявления гипотрофии у детей старшего возраста - с 36 месяцев до 20 лет - использовалась центильная таблица развития для девочек и для мальчиков, которая позволяет сравнить индивидуальные антропометрические величины со стандартными табличными данными. Если результаты соответствуют от 5 до 95 центилей, то параметры рассматривались как соответствующие среднему возрасту и уровню развития. Если же показатель ниже 5 центилей, то это говорит о низком развитии. В этом случае семейный врач проводит скрининг таких состояний как анемия, глистная инвазия.

Всем членам семьи в возрасте от 20 лет и более подсчитывался индекс массы тела (ИМТ). Индекс массы тела определяется: масса тела в килограммах, разделенная на рост в квадрате: $ИМТ = (МТ / м)^2$. В норме ИМТ всех членов семьи старше 20 лет и до пожилого возраста составляет 20,0 - 24,9% кг/м², 25,0 – 29,9 кг/м² избыточный вес, свыше 30,0% кг/м² – указывает на ожирение. Таким образом в соответствии с принятыми рекомендациями нормальный индекс массы считается 18,5 – 24,9 кг/рост (м²) и ожирение при ИМТ 30 кг /м² и выше. Все результаты исследования заносились в амбулаторные карты.

Для исследования применялся метод анкетного интервью: часть членов семейства отвечали интервьюерам в личном интервью, часть заполняли анкеты сами.

Для углубленного изучения уровня заражённости населения глистными инвазиями обследовано 100 членов семей, которым проведены общеклинические и специальные методы обследования: сбор анамнеза, объективные обследования, дополнительные методы обследования.

На основании полученных данных изучалась распространённость глистной инвазии среди различных структур населения, проведён анализ ряда наиболее часто встречаемых глистных инвазий среди членов семей страны, оценены последствия воздействия глистов на организм в целом и их профилактика.

Опрос проводился по следующей анкете: «Распространённость часто встречаемых глистных инвазий в республике и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне учреждений ПМСП» (приложение....).

Определялись - демографические параметры, определяющие структуру семьи (прописка, количество проживающих в доме, возрастная структура семьи), медико-социальные причины, влияющие на распространённость глистной инвазии среди членов семьи, степень образованности семьи, оценка бытовых условий, численность состава семьи, её регистрация, средний денежный доход, информированность о путях передачи глистной инвазии, условия стирки белья, употребление фруктов и её обработка перед приемом, употребление сырого фарша, правила личной гигиены (мытьё рук после туалета), глажка нижнего белья, мытьё рук перед едой, чистота ногтей членов семьи; информированность о глистных инвазиях и их профилактике, осведомленность о глистной инвазии, считаете ли Вы глистные инвазии опасными?, ваше отношение к своему здоровью?, и отношение членов семьи к своему здоровью?.

С целью изучения структуры глистной инвазии проведён скрининг результатов сдачи кала на содержание яиц глистов и простейших, соскоб из ануса и перианальных поверхностей, определение титра антител к лямблиозу, аскаридозу с определением иммуноглобулинов Ig M и IgG для определения острого или хронического процесса (для выявления носительства), также учитывались: демографические параметры, социальные аспекты, информация о членах семьи с пропиской и без прописки, перенесенные заболевания в жизни (в детском, в период полового созревания, в зрелом и пожилом возрасте), репродуктивный анамнез, злоупотребление алкоголем, насваем и сигаретами, другие жалобы.

Изучались показатели объективного исследования: рост, показатель массы тела, центильные шкалы (с рождения до 20 - летнего возраста), измерение объема окружности средней трети левого плеча, подсчёт индекса массы тела.

Данные дополнительных методов исследования: анализ кала на яйца глист и простейших. С родителями проводилось консультирование по поводу техники

взятия кала на копрологическое исследование. Определение титра АТ к лямблиозу, аскаридозу, с определением иммуноглобулинов Ig M и IgG, осмотр перианального отверстия у детей до 5 лет, у девочек – вульвы, оценка нервно - психического развития, оценка эффективности сна (оценка по продолжительности зуда в заднем проходе во сне, нарушающего продолжительность сна). Сбор анамнеза и общее объективное исследование проводились по общепринятым методикам.

Лабораторная диагностика глистных инвазий

Исследованию подвергался контингент населения с низкой массой тела с признаками хронического расстройства питания по типу гипотрофии - дети, у которых объём верхней трети плеча составил ниже 12,5см признак глубокой гипотрофии, умеренной гипотрофии 12,5 – 13,5 см. Среди взрослого населения – при индексе массы тела ниже 18 кг/м², признаках анемии - гемоглобин ниже 110 г/л, у беременных - ниже 70 г/л, у взрослого населения у мужчин - ниже 135 г/л. призывников, абитуриентов и при оформлении на работу, особенно в пищевые отрасли; диспансерным пациентам, состоящим на диспансерном учёте по поводу других заболеваний. Если после 3- дневной сдачи анализов в кале не выявлялись яйца глист и простейшие, то лица подвергались биохимическому анализу, определялся титр антител к лямблиям и аскаридам.

Лабораторной диагностикой лямблиоза, аскаридоза у человека сегодня остаются методы иммунофлуоресценции и иммуноферментного анализа. Они позволяют выявить антигены данных возбудителей в сыворотке крови больных и носителей путем определения титр антител (АТ). Чувствительность этого метода высокая (66,3–98,9%), специфичность (92,6%), что отличает их от рутинных микроскопических методов в диагностике аскаридоза, лямблиоза. Данный тест определяет специфические суммарные иммуноглобулины класса IgG, А, М, по которым можно определить степень инвазии и эффективность антигельминтной терапии. Уровень IgG свидетельствует о наличии хронического лямблиоза или начале стадии реконвалесценции острого лямблиоза. Если определяется только

IgM свидетельствует наличие острого лямблиоза. Таким образом, копрологические и серологических методы диагностики позволяют эффективно выявлять аскаридоз и лямблиоз.

Методом иммуноферментного анализа исследовано 35 членов семей для определения титра АТ к лямблиозу, аскаридозу с определением суммарных иммуноглобулинов IgM и IgG для определения острого или хронического процесса (для выявления носительства).

Для диагностики диагноза энтеробиоз, соскоб из ануса брался утром до акта дефекации. Процедура выполнялась с ватной палочкой, смоченной в чистой воде или (0,9%) физиологическом растворе, и проводилось ею несколько раз в складках кожи в области ануса. Ватную палочку помещали в стерильный контейнер. Собранный материал отправлялся в лабораторию мгновенно. В случае отсутствия условий отправки собранный материал хранился в холодильнике. Время отправки соскоба из ануса составлял не более двух часов. С целью изучения структуры глистной инвазии проведён скрининг сдачи кала на содержание яиц глистов, соскоб из ануса и перианальных поверхностей.

Обработка статистических данных. Результаты исследований обрабатывались с помощью компьютерной программы. В системе управления базами данных использован и создан пакет программ. Вся информация ответов анкеты вводилась в программу. Результаты ответов выдавались по исследуемым городам и районам. Во время разработки использованы стандартные статистические требования для расчета в медицинских исследованиях.

Глава 3. МЕДИКО - СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ РАЙОНА ХАМАДОНИ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ, АШТСКОГО РАЙОНА, ГОРОДА ИСТАРАВШАН СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ, ГОРОДА ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

3.1. Определение факторов риска распространенности гельминтных заболеваний

Для изучения распространенности глистной инвазии в семьях разработана анкета, которая состояла из 35 вопросов, в том числе: возрастная структура; пол; количество членов в семье; наличие прописки; санитарно-гигиенические условия проживания; источник водоснабжения и тд.. Исследовано 7050 человек. Опросом охвачено 4005 жителей района Хамадони, 1000 жителей Аштского района, 1000 жителей города Истаравшан, и 1045 жителей города Душанбе. Опрос проводился по следующей анкете: «Распространённость часто встречаемых глистных инвазий в Республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне ПМСП» (приложение...).

Объектом исследования являлись члены семьи с рождения до пожилого возраста. Анкеты детей в возрасте до 7 лет заполнялись родителями.

Возрастная структура исследованных членов семей представлена в таблице 3.1.

Таблица 3.1. - Возрастная структура опрошенных лиц в регионах

Возраст	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ- ВО	%
	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%		
0-3	32	3,1	89	2,2	2	2	14	1,4	137	1,9
4- 6	65	6,2	129	3,2	9	9	32	3,2	235	3,3
7-14	93	8,9	270	6,7	74	7,4	125	12,5	562	8,0
15-19	59	5,6	276	6,9	176	17,6	145	14,5	656	9,3
20-29	231	22,1	579	14,5	202	20,2	321	32,1	1333	18,9
30-39	248	23,7	702	17,5	210	21,0	155	15,5	1315	18,7
40-49	149	14,3	809	20,2	152	15,2	121	12,1	1231	17,5

Продолжение таблицы 3.1

50-60	119	11,4	652	16,3	120	12,0	65	6,5	956	13,6
Свыше 60	49	4,7	499	12,5	55	5,5	22	2,2	625	8,9
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Проведенный анализ возрастной структуры опрошенных лиц позволил установить, что по городу Душанбе наибольшее количество анкетированных соответствует возрасту 30 - 39 лет, что составило 248 человек (23,7%); по району Хамадони 40 - 49 лет, в количестве 809 человек (20,2%), по Аштскому району 30 - 39 лет - 210 (21%) и по городу Истаравшан составляет 20 - 29 лет - 321 (32,1%). Самый низкий процент в обследуемых районах отмечен среди детей возраста 0 - 3 лет (1,9%), с 4 до 6 лет (3,3%) (вместо респондентов до 6 лет на вопросы анкеты отвечали их родители).

Число опрошенных лиц по полу по г. Душанбе, району Хамадони Хатлонской области, району Ашт и г. Истаравшан Согдийской области отражены в таблицы 3.2.

Таблица 3.2. - Распределение опрошенных лиц по полу

Пол	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		к-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
М	438	41,9	2710	67,7	518	51,8	399	39,9	4065	57,7
Ж	607	58,1	1295	32,3	482	48,2	601	60,1	2985	42,3
Итого	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.2. из общего числа опрошенных лиц по полу по городу Душанбе мужчин составляло 438 (41,9%), женщин 607 человек (58,1%); по району Хамадони-мужчин 2710 (67,7%), женщин 1295 (32,3%); по Аштскому

району - мужчин 518 (51,8%), женщин 482 (48,2%) и по городу Истаравшан - мужчин 399 (39,9%), женщин 601 (60,1%). Из общего числа опрошенных женщины составляли - 42,3%, и мужчины - 57,7%.

Также объектом исследования являлось количество проживающих лиц в одной семье (табл. 3.3).

Таблица 3.3. -Распределение опрошенных лиц по количеству членов в одной семье

Количество проживаю - щих лиц в одной семье (человек)	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ- во	
	КОЛ- во	%	КОЛ- во	%	КОЛ- во	%	КОЛ- во	%		
2-3	106	10,1	221	5,5					327	4,6
4-5	492	47,1	989	24,7	538	53,8	152	15,2	2171	30,8
6-10	428	41,0	2139	53,4	423	42,3	707	70,7	3697	52,5
Свыше 10	19	1,8	656	16,4	39	3,9	141	14,1	855	12,1
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Из таблицы 3.3. видно, что по городу Душанбе количество членов семьи состоящей из 2 – 3 человек составляет 106 (10,1%), 4 - 5 человек - 328 (31,4%) и 6 - 10 человек - 428 (41,0%), по городу Истаравшан Согдийский области показатели состоящие из 2-3 человек, не зарегистрированы а 4-5 человек 14 (1,4%), 707 (70,7%) соответственно и свыше 10 человек 141 (14,1%). По району Хамадони Хатлонской области семьи в количестве их общее число 2 - 3 человек, составляло 221 (5,5%), 4 - 5 человек – 460 (11,5%), 6 - 10 человек - 2139 семей, что составило 53,4% и свыше 10 человек - 656 (16,4%). По Аштскому району Согдийский области эти показатели составили: из 2 - 3 человек, не зарегистрированы, 4-5 человек составило 172 (17,2%), состоящая из 6 - 10, составила 423 (42,3%) и свыше 10 человек 39 (3,9,%). Во время исследования установлено, что самое

большое количество людей в семьях состоящих из 6 - 10 членов, составило 52,5% от общего числа опрошенных и наименьшее количество людей в семьях, состоящих из 2 - 3 членов, в опрошенных районах составило 4,6%. Большие семьи, состоящие из 6 - 10 человек больше, встречаются в городах Истаравшан Согдийский области (70,7%) и в районе Хамадони Хатлонской области (53,4%). По подобным показателям Аштский район Согдийский области и г. Душанбе составляли 42,3 и 41% соответственно, что свидетельствует о том, что каждая большая семья является микроочагом глистной инвазии, причем с увеличением ее численного состава резко повышается вероятность заноса и обсеменения всех членов семьи, и тем самым обеспечивается многолетнее течение эпидемического процесса.

Проведенный опрос на предмет выявления наличия прописки у жителей отражен в таблице 3.4.

Таблица 3.4. -Распределение опрошенных лиц по наличию прописки по месту жительства

Прописка по месту жительства	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол- во	%
	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%		
Да	977	93,5	3888	97,1	621	62,1	706	71,1	6192	87,9
Нет	68	6,5	117	2,9	379	37,9	287	28,9	858	12,1
Всего	1045	100	4005	100	100,0	1000	100,0	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.4 семьи, имеющие прописку, в городе Душанбе имеющие 6 и более членов семьи составило 93,5%, по городу Истаравшан Согдийский области 71,1%, по району Хамадони Хатлонской области 97,1%, и по Аштскому району Согдийский области прописаны 62,1%.

Таким образом, 87,9% из общего числа опрошенных лиц прописаны по месту жительства. Жители живущие без прописки, увеличивая количество членов семьи, повышают риск инфицированности по глистным инфекциям.

В Республике Таджикистан основной причиной заражения и распространения кишечными паразитами, является использование недоброкачественной питьевой воды, загрязнённой канализационными стоками, что является опасной в эпидемиологическом отношении. Поэтому изучался такой фактор, как состояние обеспеченности семьи питьевой водой из разных источников хозяйственно-питьевого водоснабжения. Задавался вопрос: «Какой у Вас источник водоснабжения?» (табл. 3.5).

Таблица 3.5.- Результаты опроса по источнику водоснабжения

Источник водоснабжения	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Централизованная система водоснабжения (водопроводное)	875	83,7	1186	29,6	974	97,4	694	69,4	3729	52,9
Децентрализованная система водоснабжения (колодцы, скважины)	170	16,3	2819	70,4	26	2,6	306	30,6	3321	47,1
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.5., по источнику водоснабжения, 52,9% опрошенных лиц указали на наличие централизованной системы водоснабжения (водопроводное) и 47,1% используют воду из децентрализованной системы водоснабжения (колодцы, скважины). В частности источник водоснабжения из централизованной системы водоснабжения составляет: в городе Душанбе 83,7%, г.Истаравшан - 69,4%, Аштском районе Согдийской области - 97,4% и районе Хамадони Хатлонской области 29,6%. Оставшиеся 2,6% опрошенных лиц в Аштском районе, 30,6% - в г. Истаравшан, 16,3% - в г. Душанбе и 70,4% - в районе Хамадони Хатлонской области используют воду из децентрализованной системы водоснабжения (колодцы, скважины). Учитывая, что жилищно-бытовые условия также влияют

на распространение кишечных паразитов, в анкету был включен вопрос: «Тип канализации Вашего дома?» (рис.3.1)

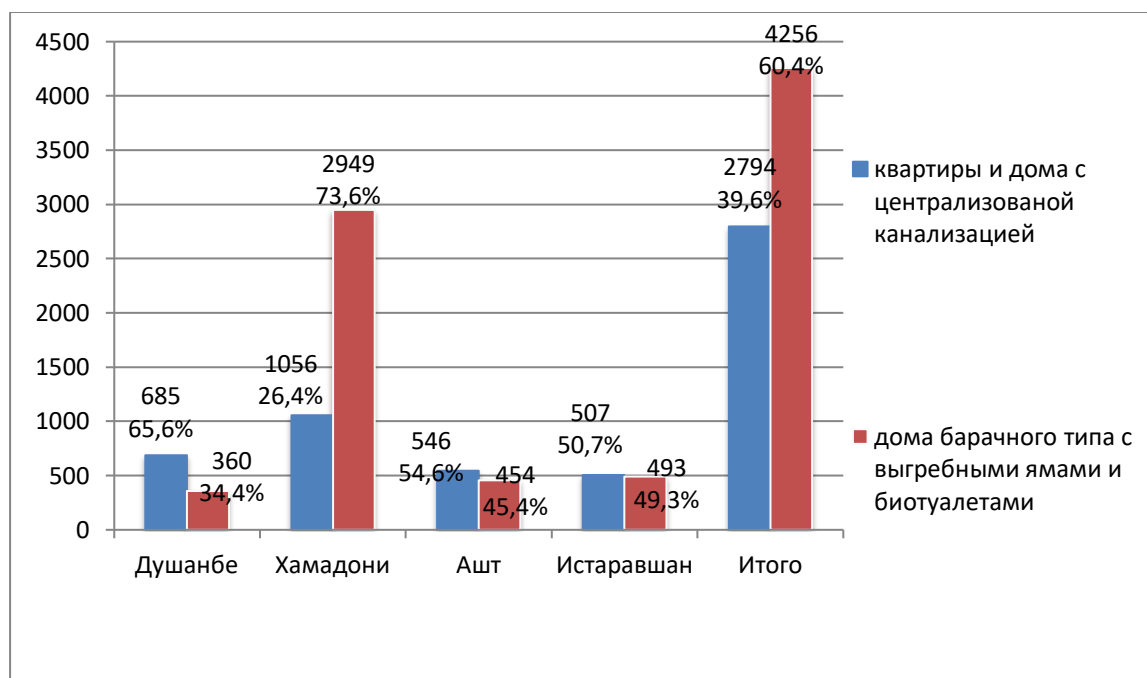


Рисунок 3.1. – Санитарно - гигиенические условия проживания опрошенных лиц

Как показывают данные рисунка 3.1 65,6% опрошенных лиц из г. Душанбе, 26,4% района Хамадони Хатлонской области, 54,6% Аштского района и 50,7% опрошенных лиц из г. Истаравшан Согдийской области живут в квартирах и домах с наличием централизованной канализаций. В домах барачного типа с наличием выгребных ям и биотуалетов живут в г. Душанбе – 34,4% опрошенных лиц, в районах Хамадони Хатлонской области, Ашт и городе Истаравшан Согдийской области – 73,6; 45,4; 49,3% соответственно. Таким образом 60,4% опрошенных лиц проживают в домах барачного типа использующих биотуалеты и выгребные ямы и лишь 39,6% живут в квартирах и домах имеющих централизованную канализацию, в следствии чего риск инфицированности среди населения проживающего в квартирах и домах без централизованной канализации больше, чем у населения проживающего в условиях с наличием центральной канализации.

Проведен опрос исследуемых по санитарно-гигиеническим навыкам. На вопрос: «Есть ли в Вашей семье у каждого члена семьи отдельные полотенца используемые после мытья рук и принятия ванны?» выявили следующее (рис. 3.2).

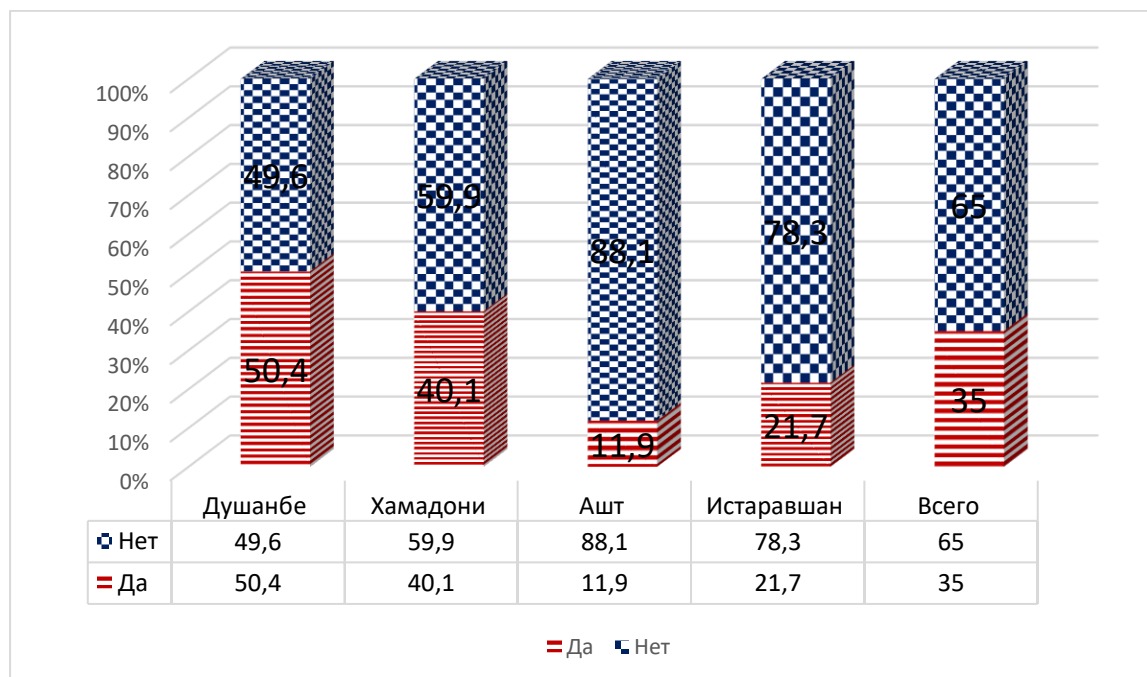


Рисунок 3.2.- Результаты опрошенных лиц по наличию индивидуальных полотенец у каждого члена семьи

Проведенный опрос показал, что по Аштскому району и городу Истаравшан Согдийский области 88,1% и 78,3% соответственно, 49,6% по городу Душанбе и по району Хамадони Хатлонской области 59,9% опрошенных лиц ответили отрицательно. Из общего числа опрошенных лиц вышеназванных городов и районов у 65,0% населения нет отдельного полотенца и только 35,0% лиц подтвердили о наличие отдельных полотенец.

Общеизвестно, что на распространение глистной инвазии влияет профессия (образованность семьи), уровень дохода, информированность членов семьи о путях передачи глистной инвазии.

В результате исследования была получена и проанализирована информация о числе работающих, не работающих и роде занятий членов семей (табл. 3.6).

Таблица 3.6. - Род занятий опрошенных членов семей

Род занятия	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ-ВО	%
	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%		
Пищевики	31	3,0	144	3,6	30	3,0	32	3,2	237	3,4
Работники сельского хозяйства	19	1,8	1122	28,0	335	33,5	295	29,5	1771	25,1
Продавцы мясных продуктов	13	1,2	56	1,4	37	3,7	12	1,2	118	1,7
Служащие	291	27,9	100	2,5	38	3,8	33	3,3	462	6,5
Ученики	296	28,3	1041	26	244	24,4	280	28	1861	26,4
Студенты	124	11,9	32	0,8	16	1,6	33	3,3	205	2,9
Временно не работающие	271	25,9	1510	37,7	300	30,0	315	31,5	2396	34,0
Всего	1045	100	4005	100	1000	100	1000	100	7050	100

Как видно из таблицы 3.6, распределение исследуемых членов семьи по роду занятий показал, что по городу Душанбе из 1045 опрошенных лиц 271 (25,9%) составили не работающие, студенты – 124 (11,9%), учащиеся – 296 (28,3%), служащие-291 (27,9%), работники сельского хозяйства – 19 (1,8%), продавцы мясных продуктов –13 (1,2%) и 31 (3%) опрошенных лиц составляли работники пищевой отрасли. Показатели по роду занятия из 1000 опрошенных лиц по г. Истаравшан Согдийский области составляли: - 315 (31,5%) временно не работающие; студенты –33 (3,3%); учащиеся – 280 (28%); служащие – 33 (3,3%); работники сельского хозяйства –295 (29,5%); продавцы мясных продуктов – 12 (1,2%) и 32 (3,2%) опрошенных лиц составляли работники пищевой отрасли. Показатели опроса по району Хамадони Хатлонской области показал, что из 4005 опрошенных лиц 1510 (37,7%) составили временно не работающие, студенты – 32 (0,8%), учащиеся –1041 (26%), служащие – 100 (2,5%), работники сельского

хозяйства – 1122 (28%), продавцы мясных продуктов – 56 (1,4%) и 144 (3,6%) опрошенных составили работники пищевой отрасли. По Аштскому району из 1000 опрошенных лиц составили 300 (30%) временно не работающие, студенты – 16 (1,6%), учащиеся – 244 (24,4%), служащие – 38 (3,8%), работники сельского хозяйства – 335 (33,5%), продавцы мясных продуктов – 37 (3,7%) и 30 (3,0%) составляли работники пищевой отрасли.

Таким образом, среди опрошенных лиц по городу Душанбе больше всего оказалось учеников (28,3%), по городу Истаравшан Согдийский области – временно не работающих (31,5%), по Аштскому району Согдийский области – работников сельского хозяйства (33,5 %), по району Хамадони Хатлонской области временно не работающих – 37,7%, что связано с отсутствием на этих территориях промышленных предприятий, следовательно местное население вынуждено заниматься в основном приусадебным и огородным хозяйством, скотоводством и ловом рыбы.

Проблема распространённости глистной инфекции, к сожалению остро стоит в Республике Таджикистане. Практика показывает, что уровень информированности членов семьи о путях передачи глистной инвазии находится на низком уровне.

Большое внимание уделялось профилактике глистной инвазии, в связи с чем в анкету были включены такие вопросы, как: «Считаете ли Вы глистные инвазии опасными?», «Знаете ли Вы пути передачи глистной инвазии?», «Отношение членов семьи к своему здоровью?» и «Ваше отношение к своему здоровью?» (табл. 3.7 и 3.8).

Таблица 3.7. -Распределение опрошенных лиц по условиям стирки белья

Стирка белья	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ- ВО	
	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%		%
стирка общая	814	77,9	3814	95,2	944	94,4	854	85,4	6426	91,1

стирка отдельная	231	22,1	191	4,8	56	5,6	146	14,6	624	8,9
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Таблица 3.8. -Распределение опрошенных лиц по условиям полоскание белья

Полоскание белья	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав шан		кол- во	%
	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%		
Полоскание белья под проточной водой	340	32,5	206	5,1	40	4,0	137	13,7	723	10,3
Полоскание белья непосредственно в тазу	705	67,5	3799	94,9	960	96,0	863	86,3	6327	89,7
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из показателей таблиц 3.7 и 3.8 из 1045 опрошенных лиц по городу Душанбе 814 (77,9%) занимаются общей стиркой и 231 (22,1%) осуществляют стирку белья отдельно. Полоскание выполняют под проточной водой 340 (32,5%) и непосредственно в тазу без проточной воды 705 (67,5%). По городу Истаравшан Согдийский области из 1000 опрошенных лиц общую стирку осуществляют 854 (85,4%), отдельную стирку - 146 (14,6%), полоскание под проточной водой 137 (13,7%) и непосредственно в тазу без проточной воды - 863 (86,3%) опрошенных лиц. По району Хамадони Хатлонской области из 4005 опрошенных лиц общую стирку осуществляют 3814 (95,2%), отдельную стирку 191 (4,8%), полоскание белья под проточной водой 206 (5,1%) и непосредственно

в тазу без проточной воды 3799 (94,9%) опрошенных лиц По Аштскому району Согдийский области общая стирка составляла 944 (94,4%) опрошенных и стирка отдельная - 56 (5,6%), полоскание под проточной водой – 40 (4,0%), непосредственно в тазу без проточной воды - 960 (96,0%).

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 91,1% занимаются в быту общей стиркой и полоскают под проточной водой 10,3%; только 8,9% стирают отдельно; 89,7% опрошенных лиц полоскают бельё без проточной воды, что увеличивает риск передачи глистной инвазии среди членов семьи.

Также проведен опрос среди исследуемых контингентов лиц пробующих на вкус продукты питания во время их покупки, без предварительного мытья.

Таблица 3.9., демонстрирует, состояние дел по вопросу «Пробуете ли Вы продукты питания на вкус во время покупки, на рынке, без предварительного мытья?».».

Таблица 3.9. - Распределение опрошенных лиц по факту употребления продуктов питания без предварительного мытья

Употребление продуктов во время их преоб- ретенция	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав- шан		КОЛ- ВО	%
	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%		
Пробую фрукты на базаре на вкус без мытья под проточной водой	370	35,4	995	24,8	270	27,0	377	37,7	2012	28,5
не пробую	675	64,6	3010	75,2	730	73,0	623	62,3	5038	71,5
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Из общего количества опрошенных лиц по городу Душанбе (1045) на вопрос 370 (35,4%) опрошенных ответили положительно и 675 (64,6%) отрицательно. По району Хамадони Хатлонской области из 4005 опрошенных лиц 995 (24,8%) ответили положительно, что пробуют на вкус продукты во время покупки без предварительного их мытья и остальные 3010 (75,2%) опрошенных лиц на вопрос ответили отрицательно. По городу Истаравшан Согдийский области 377 (37,7%) опрошенных лиц ответили положительно и остальные 623 (62,3%) опрошенных ответили отрицательно. По Аштскому району Согдийский области 270 (27,0%) опрошенных лиц ответили, что пробуют на вкус продукты во время покупки без предварительного их мытья и остальные 730 (73,0%) опрошенных на вопрос ответили отрицательно.

Таким образом, из общего числа опрошенных выяснилось, что 71,5% не пробуют, а 28,5% опрошенных пробуют продукты на базаре на вкус, без их предварительного мытья, что может быть причиной заражения яйцами глистов, в районах с плохой санитарией.

Другим фактором распространения глистной инвазии является контакт с инфицированными продуктами (табл. 3.10).

Таблица 3.10.- Распределение опрошенных лиц пробующих качество сырого фарша на вкус

Пробующие качество сы- рого фарша на вкус	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол- во	
	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%		%
Пробую на вкус	395	37,8	503	12,6	391	39,1	308	30,8	1597	22,7
Не пробую	650	62,2	3502	87,4	609	60,9	692	69,2	5453	77,3
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.10., по городу Душанбе 395 (37,8%) опрошенных лиц пробуют сырой фарш на вкус и 650 (62,2%) опрошенных не пробуют.

Показатели по району Хамадони: 503 (12,6%) пробуют на вкус и 3502 (87,4%) не пробуют. По Аштскому району: 391 опрошенных лиц (39,1,%) пробуют сырой фарш на вкус и не пробуют на вкус – 609 (60,9%). По городу Истаравшан эти показатели составили соответственно 308 (30,8%) и 692 (69,2%).

Выяснилось, что больше всего пробуют на вкус фарш животного происхождения в Аштском районе Согдийском области (39,1 %), где в основном занимаются животноводством.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 77,3% не пробуют, а остальные 22,7% пробуют сырой фарш на вкус, который может быть приготовлен из мяса больных животных.

Другим фактором риска распространенности глистной инвазии среди членов семей, является не соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук перед едой, перед приготовлением пищи, после посещение туалета), как городского, так и сельского населения.

Таблица 3.11. -Распределение опрошенных лиц по соблюдению правил личной гигиены

Правила личной гигиены	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Всегда мою руки перед едой, приготовлением пищи и после посещения туалета	916	87,7	3808	95,1	619	61,9	565	56,5	5908	83,8
Забываю мыть руки перед едой, приготовлением пищи и после посещения туалета	129	12,3	197	4,9	381	38,1	435	43,5	1142	16,2
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из табл. 3.11 по городу Душанбе 916 (87,7%) опрошенных лиц всегда моют руки перед приготовлением пищи, едой и после посещение туалета и 129 опрошенных лиц (12,3%) об этом забывают. Полученные результаты по району Хамадони показывает, что 3808 (95,1%) опрошенных лиц моют руки и 197 (4,9%) постоянно об этом забывают. По Аштскому району 619 (61,9%) опрошенных лиц всегда моют руки а 381 (38,1%) опрошенных забывают. Показатели по городу Истаравшану соответственно составляют 565 (56,5%) и 435 (43,5%).

Таким образом, исследование гигиенических навыков, таких как мытьё рук перед приготовлением пищи, едой и после посещение туалета показало, что в городах Душанбе, Истаравшан, районах Хамадони и Ашт 83,8% моют руки и остальные 16,2% забывают мыть или не всегда моют руки, что свидетельствует о низком уровне информированности членов семьи о путях передачи глистной инвазии.

В таблице 3.12 приведены результаты опроса о глажке нижнего белья среди опрошенных лиц.

Таблица 3.12. – Результаты опроса лиц по глажке нижнего белья

Глажка нижнего белья	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав- шан		кол- во	%
	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%		
Ношу всегда глаженое нижнее бельё	576	55,1	1815	45,3	305	30,5	418	41,8	3113	44,2
Не проводим глажку нижне- го белья	469	44,9	2190	54,7	695	69,5	582	58,2	3937	55,8
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.12 по городу Душанбе: 576 (55,1%) респондентов (42,7%) ответили, что всегда носят глаженое нижнее бельё и 469 (44,9%) опрошенных ответили, что не занимаются глажкой нижнего белья в семье. Показатели по району Хамадони, соответственно составили 1815 (45,3%) и 2190 (54,7%) лиц. Показатели по Аштскому району: носят всегда глаженое нижнее бельё 305 (30,5%) лиц и не занимающиеся глажкой нижнего белья составляет 695 (69,5%) опрошенных лиц. Количество опрошенных лиц всегда носящих глаженое нижнее бельё в г. Истаравшан Согдийской области составляет 418 (41,8%), а количество опрошенных лиц не носящих глаженое нижнее бельё составляет 582 (58,2%) лиц.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 44,2% носят всегда глаженное нижнее бельё и 55,8% опрошенных лиц носят не глаженое, что является прямым фактором передачи глистной инвазий среди членов семьи.

Во время анкетирования изучался вопрос гигиенических мер по соблюдению чистоты ногтей среди членов семьи (табл.3.13)

Таблица 3.13. – Результаты опроса лиц по соблюдению чистоты ногтей среди членов семьи

Следятли за чистотой ногтей в Вашей семье?	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ-ВО	%
	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%		
Слежу за чистотой ногтей, особенно у детей	726	69,5	3065	76,5	374	37,4	247	24,7	4412	62,6
Не слежу за чистотой ногтей	319	30,5	940	23,5	626	62,6	753	75,3	2638	37,4
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.13 по городу Душанбе 726 человек (69,5%), опрошенных лиц ответили, что следят за чистотой ногтей и 319 (30,5 %) лиц на это не обращают внимание. Показатели по району Хамадони: 3065 (76,5%) лиц следят за чистотой ногтей и 940 (23,5 %) лиц на это не обращают внимание. Показатели по Аштскому району: составили соответственно 374 (37,4%) и 626 (62,6 %) лиц. По городу Истаравшан члены семьи ответили: следят за чистотой ногтей 247 лиц (24,7%) и 753 (75,3%) лиц не обращают внимание на чистоту ногтей.

Таким образом, полученные результаты показывают, что из общего числа опрошенных, следят за чистотой ногтей 62,6% и 37,4% не следят, что является прямым показателем риска инфицированности членов семьи глистной инвазией.

Гельминтные инфекции, передаваемые через почву, входят в число самых распространенных инфекций в мире и поражают самые бедные и социально-неблагополучные сообщества. Они передаются через яйца, присутствующих в фекалиях человека, которые загрязняют почву (табл. 3.14).

Таблица 3.14 - Результаты опроса лиц по наличию огорода или палисадника около дома

Имеется ли огород или палисадник около Ва - шего дома?	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав-шан		КОЛ-во	%
	КОЛ-во	%	КОЛ-во	%	КОЛ-во	%	КОЛ-во	%		
Да	602	57,6	1565	39,1	758	75,8	650	65,0	3575	59,4
Нет	443	42,4	2440	60,9	242	24,2	350	35,0	3475	40,6
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как демонстрирует таблица 3.14 по городу Душанбе 602 опрошенных лиц (57,6%) ответили о наличие и 443 опрошенных лица (42,4,0%) ответили об отсутствие огорода или палисадника по месту жительства. По району Хамадони Хатлонской области 1565 (39,1%) ответили о наличии и 2440 (60,9%)

опрошенных лиц ответили об его отсутствии. Показатели по Аштскому району Согдийской области составили соответственно 758 (75,8,%) и 242 (24,2%) опрошенных лица. По городу Истаравшан Согдийской области ответили «да» 650 (65,0%) и 350 опрошенных лиц (35,0%) ответили «нет».

Получение результаты показывают, что из общего числа опрошенных лиц наибольшее – 75,8% опрошенных лиц по Аштскому району имеют огород или палисадник около дома, наименьший процент зарегистрирован в район Хамадони Хатлонской области – 39,1%.

Членам семей, у кого имелся огород или палисадник около дома, задавался вопрос «Используете ли Вы рукавицы во время земляных работ?». По городу Душанбе 366 опрошенных лица (35,0%) ответили «да», 679 опрошенных лиц (65,0%) ответили «нет». Показатели по району Хамадони: 1078 опрошенных лиц (26,9%) ответили «да», 2927 опрошенных лиц (73,1%) ответили «нет». Показатели по Аштскому району: 241 опрошенный (24,1%) ответили «да», 759 опрошенных лиц (75,9%) ответили «нет». По городу Истаравшан эти показатели составили соответственно 368 (30,7%) и 632 (69,3%) опрошенных лиц (рис. 3.3).

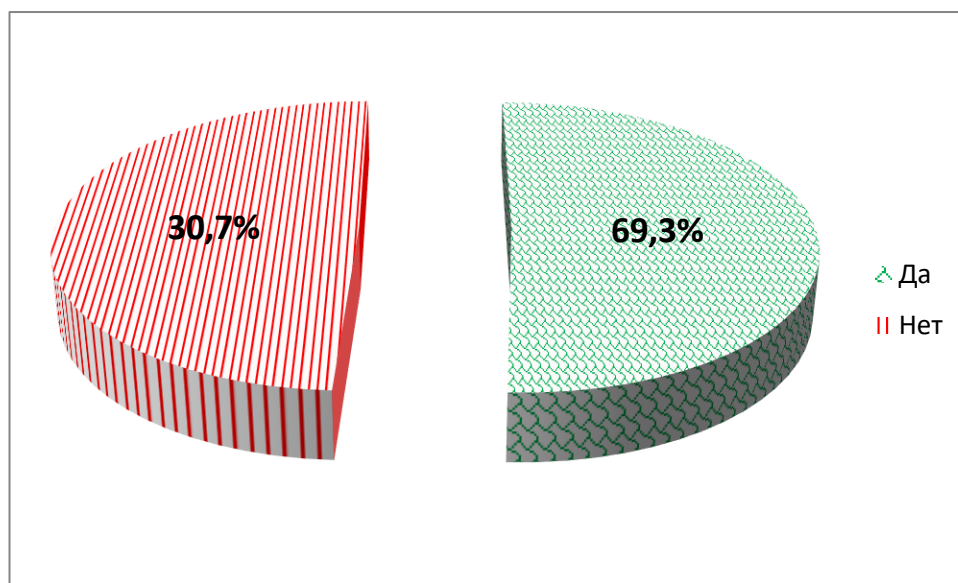


Рисунок 3.3 -Результаты опроса по использованию рукавиц во время выполнения земляных работ в огороде или палисаднике

Из общего числа опрошенных удельный вес не использующих рукавицы во время земельных работах больше (69,3%), чем использующих (30,7%). Эти показатели по регионам одинаковы как в городах, так и в районах.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о наличии таких факторов риска, как недостаточная частота проветривания квартиры, методов уборки, что негативно влияют на распространенность глистной инвазии среди членов семьи (рис. 3.4)

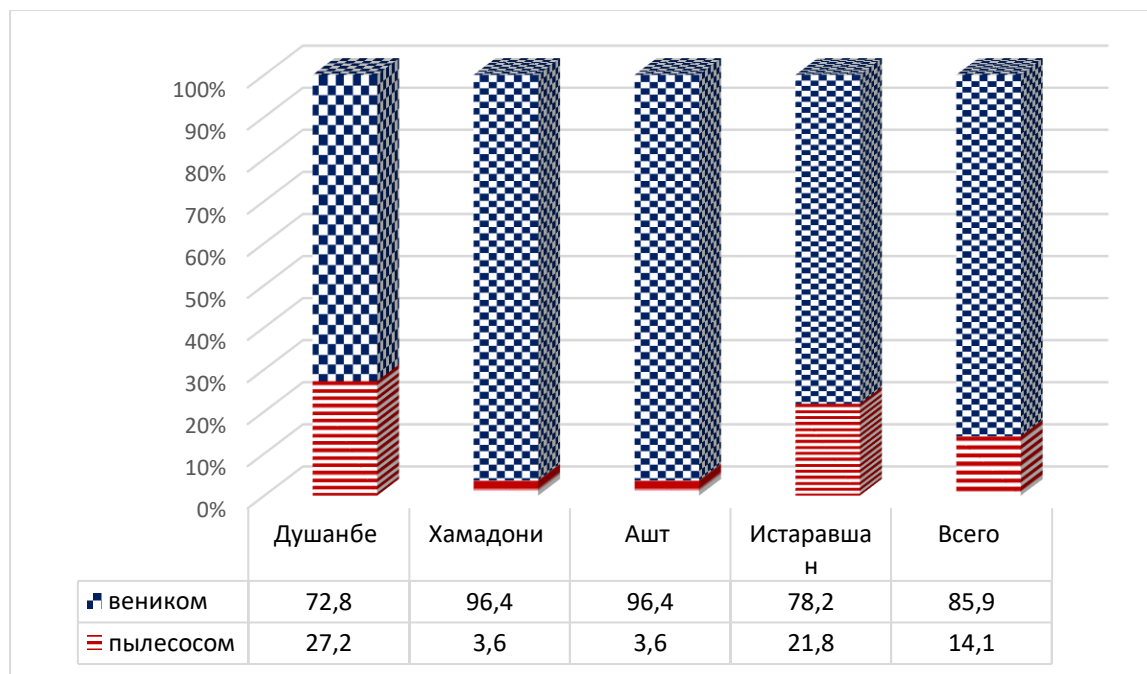


Рисунок 3.4. - Ответы опрошенных лиц по способам проведения уборки в квартире

Данные рисунка 3.4 показывают, что 27,2% опрошенных лиц по городу Душанбе, 3,6% по району Хамадони Хатлонской области, 3,6% по району Ашт Согдийской области, 21,8% по г. Истаравшан Согдийской области во время уборки используют пылесос и соответственно 72,8%, 96,4%, 96,4%, 78,2% во время проведения уборки используют веник.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц во время уборки, только 14,1% используют пылесос, остальные 85,9% используют веники, что даёт худшие результаты в борьбе с пылью.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о наличии таких факторов риска, как использование воды из децентрализованных систем водоснабжения (колодцы, скважины), условия проживания, использование одного полотенца всеми членами семьи, не использование рукавиц при работе на огороде или в палисаднике, недостаточная частота проветривания квартиры, методы уборки, соблюдение правил личной гигиены-мытьё рук перед приёмом пищи, все вышеназванные факторы повышают риск распространенности глистной инвазии среди членов семьи.

3.2. Некоторые медико-социальные аспекты гельминтных заболеваний среди членов семей в Республике Таджикистан

Здоровье членов семьи является показателем и индикатором, характеризующим состояние здоровья в обществе.

С целью выявления медико - социальных аспектов распространённости и развития гельминтных заболеваний среди жителей г. Душанбе, районов Хамадони Хатлонской области и Ашт Согдийской области и г. Истаравшан среди членов семьи нами проведен опрос.

Самым главным компонентом нормального развития каждого члена семьи является рациональное питание. Нами проведён анализ характера и частоты употребляемой пищи среди исследуемых семей (табл. 3.15).

Таблица 3.15 – Результаты опроса лиц по количеству приёмов пищи в день

Количество приёма пищи в день (горячее блюдо)	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ-ВО	%
	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%		
Один раз	227	21,7	146	3,7	266	26,6	295	29,5	934	13,2
Два раза	454	43,5	1884	47,0	611	61,1	339	33,9	3288	46,6
Три раза	364	34,8	1975	49,3	123	12,3	366	36,6	2828	40,1
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.15, по городу Душанбе количество лиц употребляющих горячее блюдо один раз в день составляет 227 (21,7%) , два раза в день - 454 (43,4%) и три раза в день - 364 (34,8%) опрошенных лиц. По району Хамадони Хатлонской области один раз в день употребляющих горячее блюдо составляет 146 (3,7%), два раза -1884 (47,0) и три раза 1975 (49,3%) опрошенных лиц. Показатели по Аштскому району Согдийской области соответственно 266 (26,6%), 611 (61,1%) и 123 (12,3%) опрошенных лиц. Показатели по городу Истаравшан Согдийской области один раз в день употребляют горячее блюдо 295 (29,5%), два раза -339 (33,9%) и три раза - 366 (36,6%) опрошенных лиц. Из общего числа опрошенных лиц 13,2% употребляют горячее блюда один раз в день, 46,7% употребляют два раза в день и 40,1% опрошенных употребляют горячее блюда 3 раза в день.

Проведенные исследования по качеству питания показали, что у большинства членов семьи, занимающихся домашним хозяйством и содержащим домашнего скота, в рационе питания отсутствуют молочные продукты, мясо животных и птиц. Причиной подобного явления они объясняли продажей своего скота и на вырученные средства приобретали продукты первой необходимости.

Нами также был задан вопрос респондентам: «Кто больше страдает глистной инвазией, дети или взрослые?» и были получены следующие ответы (табл. 3.16).

Таблица 3.16 - Результаты опроса лиц: «кто больше всего страдает от глистной инвазии в семье?»

В семье, кто больше страдает от глистной инвазии?	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ-ВО	%
	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%		
Дети	1037	99,2	3946	98,5	961	96,1	907	90,7	6851	97,2
Взрослые	8	0,8	59	1,5	39	3,9	93	9,3	199	2,8
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из выше приведенной таблицы по городу Душанбе 1037 (99,2%) опрошенных лиц ответили, что больше страдают дети и всего 8% опрошенных ответили - взрослые. По району Хамадони Хатлонской области 3946 (98,5%) ответили – дети и 59 (1,5%) - взрослые. Показатели по Аштскому району Согдийской области 961 (96,1%) ответили – дети и 39 (3,9%) ответили - взрослые. Показатели по городу Истаравшан Согдийской области соответственно составили 907 (90,7%) и 93 (9,3%). В результате опроса выяснилось, что 97,2% опрошенных лиц уверены, что глистной инвазии больше страдают дети.

Также проведено исследование по сбору информации о состоянии здоровья членов семьи (табл. 3.17).

Таблица 3.17. - Результаты опроса лиц о состоянии здоровья членов семьи

Считаете ли Вы себя здоровым	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Да	764	73,1	2752	68,7	937	93,7	834	83,4	5287	75,0
Нет	281	26,9	1253	31,3	63	6,3	166	16,6	1763	25,0
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Результаты проведенного опроса показали, что по городу Душанбе мнение опрошенных лиц о состоянии здоровья распределились следующим образом: считают себя здоровыми 764 (73,1%) опрошенных лиц, не считают себя здоровыми - 281 (26,9%). Показатели по району Хамадони Хатлонской области 2752 (68,7%) опрошенных лица считают себя здоровыми и 1253 (31,3%) – нет. По Аштскому району Согдийской области 937 (93,7%) опрошенных лиц считают себя здоровыми и 63 (6,3%) - не считают. Показатели по городу Истаравшан Согдийской области соответственно составили 834 (83,4%) и 166 (16,6%) опрошенных лиц. Из общего числа опрошенных лиц 75,0% считают себя здоровыми и 25,0% не считают себя таковыми.

Для выяснения информации о наличии глистной инвазии у членов семьи и их родственников, нами проведен опрос (табл. 3.18).

Таблица 3.18 - Результаты опроса лиц о наличии глистной инвазии у членов семьи и их родственников

Можете ли привести примеры?	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав-шан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Да	455	43,5	1788	44,6	126	12,6	328	32,8	2697	38,3
Нет	407	39,0	1846	46,1	825	82,5	456	45,6	3534	50,1
Воздержались от ответа	183	17,5	371	9,3	49	4,9	216	21,6	819	11,6
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Выше приведенная таблица отражает мнение опрошенных лиц о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников.

Так, по городу Душанбе выяснилось, что 455 (43,5%) могут и 407 (39%) не могут привести пример (38,9%) и 183 (17,5%) опрошенных лица воздерживались от ответа. По району Хамадони Хатлонской области 1788 (44,6%) опрошенных лиц могут, 1846 (46,1%) не могут и 371 (9,3%) воздержались от ответа. Результаты опрошенных лиц о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников по Аштскому району Согдийской области соответственно составили 126 (12,6%), 825 (82,5%) и 49 (4,9%). По городу Истаравшан Согдийской области 328 (32,8%) опрошенных лиц могут и 456 (45,6%) не могут подтвердить и 216 (21,6%) воздержались от ответа. Таким образом в итоге выяснилось, что только 38,3% из общего числа опрошенных лиц могли и 50,1% не

могли привести пример о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников.

Учитывая важную роль иммунитета в организме особенно при паразитарных болезнях проведено исследование достоверности получения профилактических прививок респондентами (табл. 3.19).

Таблица 3.19. -Получение профилактических прививок по возрасту среди опрошенных лиц

Получили ли члены семьи профилактические прививки	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Да	1001	95,8	3967	99,1	944	94,4	1000	100,0	6912	98,0
Нет	44	4,2	38	0,9	56	5,6	-	-	138	2,0
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Таблица 3.19., показывает, что члены семей в городах Душанбе, Истаравшан Согдийской области, районов Хамадони Хатлонской области и Ашт Согдийской области получали 95,8%, 100%, 99,1% и 94,4% и соответственно не получали профилактические прививки по возрасту 4,2%, 0%, 9%, 5,6%. Таким образом 98% всех опрошенных лиц привиты профилактическими прививками по возрасту.

С целью установления степени информированности членов семьи к приверженности их к лечению, проведен опрос респондентов о желании лечиться в случаях обнаружения в их кале яйца глистов (табл. 3.20).

Таблица 3.20. – Результаты опроса лиц, в случае обнаружение в кале яйца глистов, будут ли они лечиться?

Если в вашей семье обнаружат в кале яйца глистов, будете ли Вы лечиться?	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Нет	69	6,6	1570	39,2	347	34,7	353	35,3	2339	33,2
Да	976	93,4	2435	60,8	653	65,3	647	64,7	4711	66,8
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Результаты опроса респондентов о желании лечиться при обнаружении в кале яиц глистов отражено в табл. 3.20. Из неё видно, что по городу Душанбе 976 (93,4%) респондентов ответили «да» и 69 (6,6%), респондентов ответили «нет», не будут лечиться. По району Хамадони Хатлонской области 2435 (60,8%) респондентов ответили «да», и 1570 (39,2%) респондентов ответили «нет» не будут лечиться. В Аштском районе Согдийской области 653 (65,3%) ответили, что будут лечиться и 347 (34,7%) не будут лечиться. По городу Истаравшан Согдийской области эти показатели соответственно составили 647 (64,7%) и 353 (35,3%). В итоге выяснилось, что 66,8% опрошенных дали своё согласие и 33,2% опрошенных ответили, что не будут лечиться, если в кале обнаружатся яйца глистов, что свидетельствует о низком знании членов семьи о путях передачи гельминтных заболеваний, что требует повышения информированности их знаний в этом направлении.

Также в целях установления причин отказа от лечения проведен опрос респондентов исследованных регионов (табл. 3.21).

Таблица 3.21 - Причины, по которым опрошенные лица не будут лечиться, в случае обнаружения в их кале яйца глистов

Причина, по которой опрошенные лица не будут лечиться	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Отсутствие денег	212	20,3	2091	52,2	497	49,7	521	52,1	3321	47,1
Предпочитаю диетотерапию	505	48,3	1043	26,1	265	26,5	284	28,4	2097	29,7
Затрудняюсь ответить	328	31,4	871	21,7	238	23,8	195	19,5	1632	23,2
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.21, причиной отказа от лечения 212 (20,3%) респондентов по городу Душанбе явилось отсутствие денег, 505 (48,3%) опрошенных заявили, что будут заниматься диетотерапией и 328 (31,4%) респондентов затруднялись в ответе. Показатели по району Хамадони Хатлонской области 2091 (52,2%) респондентов заявили, что по причине отсутствия денег не будут лечиться, 1043 (26,1%) опрошенных лиц будут заниматься диетотерапией и 871 (21,7%) лиц затруднялись ответить. По Аштскому району Согдийской области 497 (49,7%) респондентов причину отказа от лечения связывали с отсутствием денег, 265 (26,5%) предпочитали заниматься диетотерапией и 238 (23,8%) опрошенных лиц затруднялись с ответом. Показатели по городу Истаравшан Согдийской области составили соответственно 521 (52,1%) 284 (28,4%) и 195 (19,5%).

Из общего числа опрошенных 47,1% отказ от лечения, связывали с отсутствием денег, 29,7% опрошенных предпочитали диетотерапию и 23,2% опрошенных лиц затруднились с ответом.

Одной из основных задач семейного врача является проведение постоянного скрининга на глистные инвазии среди членов семьи, а также повышение степени информированности к приверженности лечения в соответствии установленных нормативных документов (табл. 3.22).

Таблица 3.22. - Активность посещения семейного врача членов семьи по месту жительства

Активность посещения семейного врача	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав-шан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Не посещает	6	0,6	30	0,8	-	-	-	-	36	0,5
Посещает 1 раз в месяц	544	52,0	2376	59,3	962	96,2	709	71,0	4591	65,1
Посещает 1 раз в 3 месяца	73	7,0	108	2,7	29	2,9	218	21,8	428	6,1
Посещает 2 раза в год	79	7,6	336	8,4	-	-	22	2,2	437	6,2
Посещает чаще 1 раз в месяц	343	32,8	1155	28,8	9	0,9	51	5,0	1558	22,1
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

В таблице 3.22 отражена степень активного посещения семейного врача пациентов. По г. Душанбе выяснилось, что 6 (0,6%) опрошенных лиц семейные врачи вообще не посещали, посещали: 1 раз в месяц - 544 (52,1%); 1 раз в 3 месяца - 73 (7,0%); 2 раза в год - 79 (7,6%) и чаще одного раза в месяц - 343 (32,8%) опрошенных лиц. По району Хамадони Хатлонской области 30 (0,8%),

респондентов ответили, что семейный врач вообще не посещает семью, посещает 1 раз в месяц - 2376 (59,3%), 1 раз в 3 месяца- 108 (2,7%) опрошенных, 2 раза в год – 336 (8,4%) опрошенных лиц и посещает чаще один раз в месяц - 1155 (28,8%). Показатели по Аштскому району Согдийской области посещает семью семейный врач 1 раз в месяц отметили 962 (96,2%) опрошенных лиц, 1 раз в 3 месяца - 29 (2,9%) опрошенных, чаще 1 раз в месяц - 9 (0,9%) опрошенных. По городу Истаравшан Согдийской области респонденты ответили, что семейный врач посещает семью 1 раз в месяц – 709 (71,0%) опрошенных лиц, 1 раз в 3 месяца - 218 (21,8%) опрошенных, 2 раза в год - 22 (2,2%) опрошенных, чаще 1 раз в месяц - 51 (5,0%). Таким образом выяснилось, что 36 (0,5%) случаях из общего числа опрошенных лиц семейный врач вообще не посещает семью, 1 раз в месяц посещает 65,1% респондентам, один раз в 3 месяца посещал 6,1%, 2 раза в год посещает 6,2% и 22,1% случаев семейный врач посещает семью чаще 1 раз в месяц.

С целью выявления знакомства опрошенных лиц со своим семейным врачом респондентам был задан вопрос «Знакомы ли Вы со своим семейным врачом?» (табл. 3.23).

Таблица 3.23 - Результаты опроса лиц о знакомстве с семейным врачом

Знаете ли Вы своего семейного врача?	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав- шан		кол- во	
	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%	кол- во	%		%
Да	1003	96,0	3861	96,4	996	99,6	999	99,9	6859	97,3
Нет	42	4,0	144	3,6	4	0,4	1	0,1	191	2,7
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.23 по городу Душанбе «да» 1003 (96,0%) опрошенных лиц подтвердили своё знакомство и 42 (4,0%) респондента отрицали. По району Хамадони Хатлонской области 3861 (96,4%) опрошенных лиц знают своего семейного врача, а 144 (3,6%) опрошенных лиц отрицали. Респонденты Аштского района Согдийской области на заданный вопрос: «Знакомы ли Вы со своим семейным врачом?» 996 (99,6%), ответили «да» и 4 (0,4%) опрошенных лица ответили «нет». Показатели по городу Истаравшан Согдийской области 1000 (99,9%) опрошенных лиц знают своего семейного врача. Таким образом выяснилось, что 97,3% опрошенных лиц по всем регионам знали своих семейных врачей.

Для выяснения соблюдения мер гигиены при контакте с денежными средствами проводили опрос 7050 респондентов (табл. 3.24).

Таблица 3.24. -Результаты соблюдения мер гигиены при получении заработной платы

Результаты соблюдения мер гигиены при получении зарплат	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		кол-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
Пересчитываю деньги, «поплёвывая» на пальцы рук	353	33,8	1612	40,2	68	6,7	229	22,9	2262	32,1
Пересчитываю деньги, не «поплёвывая» на пальцы рук	282	27,0	573	14,3	86	8,6	134	13,4	1075	15,2
Мою руки после того, как пересчитаю деньги	143	13,7	255	6,4	236	23,6	83	8,3	717	10,2
Не обратил на это внимания	267	25,5	1565	39,1	610	61,1	554	55,4	2996	42,5

Продолжение таблицы 3.24

Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0
--------------	-------------	--------------	-------------	--------------	-------------	--------------	-------------	--------------	-------------	--------------

Как видно из таблицы 3.24., 353 (33,8%) опрошенных по городу Душанбе при получении заработной платы пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук, 282 (27,0%) опрошенных лиц не делают этого, 143 (13,7%) моют руки после того, как пересчитывают деньги и не обращают на это внимание 267 (25,5%) респондентов. По району Хамадони Хатлонской области 1612 (40,2%) респондентов пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук, не делая этого пересчитывают свою заработанную плату 573 (14,3%), моют руки после того, как пересчитывают деньги 255 (6,4%) и не обращают на это внимания 1565 (39,1%) опрошенных лиц. По Аштскому району Согдийской области 68 (6,7%) опрошенных лиц пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук и 86 (8,6%) не делая этого, моют руки после того, как пересчитывают деньги 236 (23,6%) и не обращают на это внимания 610 (61,1%) опрошенных лиц. По городу Истаравшан Согдийской области эти показатели соответственно составили 229 (22,9%), 134 (13,4%), 83 (8,3%) и 554 (55,4%) респондентов.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 32,1% пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук, 15,2% подсчитывая денег не делают этого, 42,5% не обращают на это внимание и только 10,2% опрошенных лиц моют руки после пересчитывания денежных банкнот.

Нами также изучено знание респондентов о переносчиках яиц гельминтов через продукты питания или через домашних насекомых (мух, тараканов) (таблица 3.25).

**Таблица 3.25. -Оценка информированности населения о переносчиках яиц
гельминтов (мухи, тараканы)**

Знаете ли Вы, что переносчиками яиц гельминтов на продукты питания могут быть мухи, тараканы	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ-ВО	%
	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%		
Да	553	52,9	1889	47,2	256	25,6	337	33,7	3035	43,0
Нет	492	47,1	2116	52,8	744	74,4	663	66,3	4015	57,0
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из табл. 3. 25 по городу Душанбе 553 (52,9%) опрошенных лиц знают о таких переносчиках яиц глистов и не знают об этом 492 (47,1%) опрошенных. Показатели по району Хамадони Хатлонской области показывает, что 1889 (47,2%) опрошенных лиц знают и 2116 (52,8%) не знают. По Аштскому району Согдийской области 256 (25,6%) опрошенных лиц подтвердили, что знают о переносчиках яиц глистов и 744 (74,4%) опрошенных отрицали и владеют этой информацией. По городу Истаравшан Согдийской области 337 (33,7%) опрошенных лиц подтвердили, что знают и 633 (63,3%) опрошенных не знают о переносчиках яиц гельминтов через продукты питания.

Таким образом, проведенные исследования показали, что из общего числа опрошенных лиц 57,0% не знают о том, что переносчиками яиц гельминтов через продукты питания могут быть мухи и тараканы, что свидетельствует о низком знании респондентов о переносчиках яиц гельминтов.

Также нами проведёны исследования уровня материального дохода каждого члена семьи. Нас интересовал денежный доход членов семьи который является наиболее важным источником ведения домашнего хозяйства, поэтому в анкету был включён вопрос о его сумме. Известно, что чем ниже семейный доход у семьи, тем большая часть её остаётся за чертой бедности, что естественно отрицательно отражается на здоровье членов семьи (табл. 3.26).

Таблица 3.26. -Результаты опроса уровня месячного дохода членов семьи

Уровень Вашего месячного дохода	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истарав- шан		КОЛ- ВО	%
	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%	КОЛ- ВО	%		
До 400,0 сомони	90	8,6	947	23,7	22	2,2	76	7,6	1135	16,1
От 401,0 до 450,0 сомони	47	4,5	498	12,4	44	4,4	7	0,7	596	8,4
От 451,0 до 500,0 сомони	70	6,7	757	18,9	44	4,4	87	8,7	958	13,6
От 501,0 до 550,0 сомони	86	8,2	48	1,2	879	87,9	826	82,6	1839	26,1
Свыше 551 сомони	752	72,0	1755	43,8	11	1,1	4	0,4	2522	35,8
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из табл. 3.26 у 90 (8,6%) опрошенных лиц по городу Душанбе, у 947 (23,7%) опрошенных по району Хамадони Хатлонской области, у 22 (2,2%) и 76 (7,6%) опрошенных соответственно по Аштскому району и города Истаравшан Согдийской области, денежный доход составляет до 400 сомонов в месяц. По городу Душанбе у 47 (4,5%) опрошенных лиц, по району Хамадони Хатлонской области – у 498 (12,4%), по Аштскому району и по городу Истаравшан Согдийской области соответственно у 44 (4,4%) и 7 (0,7%) месячный денежный доход составляет от 401 до 450,0 сомони в месяц. Денежный доход от 451,0 до 500,0 сомони составляет по городу Душанбе - у 70 (6,7%), по району Хамадони Хатлонской области у 757 (18,9%), по Аштскому району и города Истаравшан Согдийской области - у 44 (4,4%) и 87 (8,7%) опрошенных соответственно. Денежный доход от 501,0 до 550,0 сомони составляет по городу Душанбе - у 86 (8,2%), по району Хамадони Хатлонской области 48 (1,2%) опрошенных лиц, по Аштскому району и города Истаравшан Согдийской области у 879 (87,9%) и 826 (82,6%) соответственно. По городу Душанбе имели 752 (72,0%) опрошенных лиц,

по району Хамадони Хатлонской области - 1755 (43,8%), по Аштскому району и городу Истаравшан Согдийской области 11 (1,1%) и 4 (0,4%) опрошенных лиц, денежный доход которых составил свыше 551,0 сомони.

Таким образом, общий денежный доход на каждого члена семьи за один месяц свыше 551,0 сомонев был у 35,8%, у 26,1% - от 501 до 550,0 сомони и до 400,0 сомони у 16,1% опрошенных. По регионам эти показатели неравномерны. Самый высокий доход у 72,0% членов семьи в городе Душанбе-свыше 551,0 сомони, самый низкий - по району Хамадони Хатлонской области где члены семьи получают до 400,0 сомони (23,7 %).

С целью выявления носителей изучался вопрос о приверженности к лечению членов семьи при выявлении глистной инвазии (таблица 3.27).

Таблица 3.27 – Результаты опрошенных лиц о приверженности к лечению при выявлении глистной инвазии у членов семьи

Лечились ли Вы у Вашего семейного врача по поводу глистной инвазии	Регион								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		КОЛ-ВО	%
	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%		
Да	453	43,3	889	22,2	156	15,6	276	27,6	1774	25,2
Нет	592	56,7	3116	77,8	744	74,4	663	66,3	5115	72,5
Воздержались от ответа	-	-	-	-	100	10,0	61	6,1	161	2,3
Всего	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	1000	100,0	7050	100,0

Как видно из таблицы 3.27., по городу Душанбе 453 (43,3%), по району Хамадони Хатлонской области 889 (22,2%), по району Ашт и города Истаравшан Согдийской области соответственно 156 (15,6%) и 276 (27,6%) респондентов привержены установленным срокам лечения при выявлении глистной инвазии. Не приверженных к лечению по г. Душанбе составляет 592 (56,7%), по району Хамадони Хатлонской области 3116 (77,8%), по району Ашту и города

Истаравшан Согдийской области составляет 744 (74,4%) и 663 (66,3%) соответственно. От ответа воздержались по этим регионам 100 (10,0%) и 61 (6,1%) опрошенных соответственно. Из общего числа респондентов только 25,2% привержены к лечению при выявлении глистной инвазии, остальные 72,5 % не будут соблюдать условия лечения при выявлении у них глистной инвазии и 2,3% опрошенных воздержались от ответа.

Таким образом, в результате проведенных исследований выявлены определённые недостатки, в плане профилактики глистной инвазии среди членов семей, обусловленные несоблюдением правил личной гигиены, низким уровнем информированности населения о путях передачи глистной инвазии, что требует проведения соответствующих мер, направленных на совершенствование, как диагностики, так и профилактики.

3.3. Определение суммарных иммуноглобулинов классов А, М, G к аскаридам и лямблиям

В настоящее время рутинные методы диагностики глистно- паразитарных инвазий у членов семьи (метод копроскопического исследования кала на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз) малоинформативны. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) является достаточно информативным методом выявления лямблиоза, аскаридоза, где определяются суммарные иммуноглобулины классов М и G.

Следующей нашей задачей явилось проведение исследований на наличие суммарных иммуноглобулинов (ИГ) классов А, М, и G к антигенам аскарид и лямблий в крови человека методом иммуноферментного анализа (ИФА). В январе 2013 года был подготовлен и подписан пакет документов между Таджикским институтом последипломной подготовки медицинских кадров и паразитологической лабораторией НИИ профилактической медицины. Методом выборки были отобраны члены семей, живущие в благоустроенных четырёх - и пятикомнатных квартирах с централизованным источником водоснабжения. Перед началом исследования семейным врачом был проведён махаллинский совет

а тему: «Глистная инвазия, пути передачи, методы диагностики, профилактика». Совместно с медицинской сестрой участка мы посетили семьи и объяснили цель визита, причины предстоящего исследования. Были составлены списки исследуемых членов семей, каждому присвоен идентификационный номер для сдачи мочи и кала, крови на общий анализ и наличие суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам аскарид, лямблий методом иммуноферментного анализа. После проведения консультаций по технике сбора мочи, кала были предоставлены одноразовые пластиковые контейнеры каждому члену семьи по две штуки: один для сбора мочи, другой для сбора кала. Накануне никакой диеты не назначалось и противоглистные препараты не выдавались. При сборе мочи указывалось, что мочу необходимо собирать утром, спустив первую порцию в унитаз, а среднюю порцию собрать в пластиковый стаканчик; кал на яйца глисты собирался в количестве 10 - 15 г в пластиковые контейнеры из свежесвыделенных фекалий. Утром того же дня эти анализы участковой семейной медицинской сестрой были собраны по квартирам и доставлены в лабораторию. Кровь для исследования на наличие суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам аскарид лямблий в крови человека методом иммуноферментного анализа собиралась в ГЦЗ №1, в количестве 5,0 мл одноразовыми шприцами врачом - лаборантом в процедурном кабинете НИИ профилактической медицины. Во время забора крови для анализа у маленьких детей присутствовали их родители.

Из общего числа зарегистрированных членов семей участвовали в исследовании 35 человек.

Половозрастная структура исследуемых представлена на рис. 3.5.

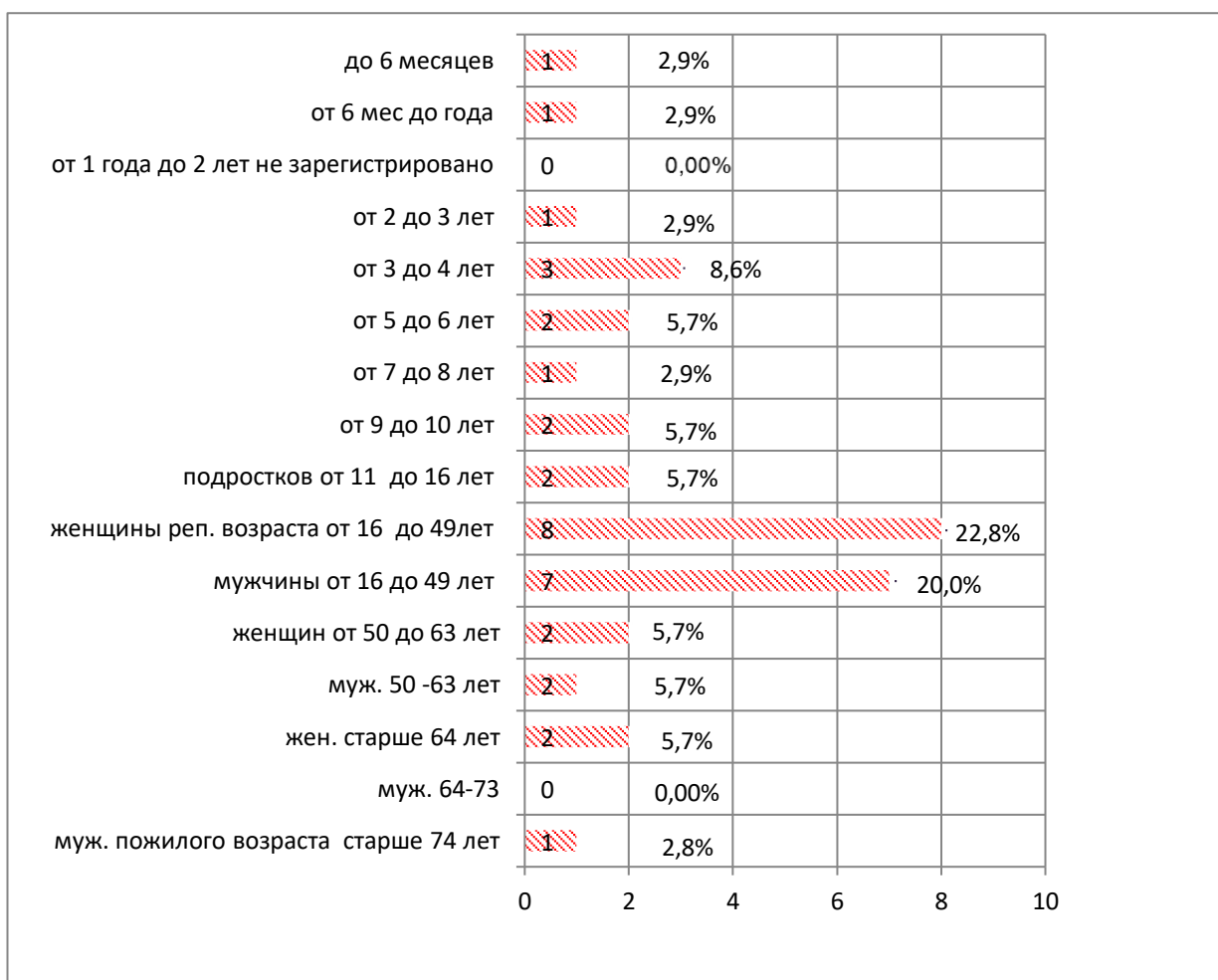


Рисунок 3.5. – Поло возрастная структура обследованных

Мужской пол составлял 19 (54,3%) и женский пол – 16 (45,7%). Из них детей до 6 - месяцев - один человек (2,9%), от 6 месяцев до одного года - 1 (2,9 %), от 1 года до 2 лет - не зарегистрировано, от 2 до 3 лет - 1 (2,9%), 3 - 4 х лет - 3 (8,6%), 5 - 6 лет- 2 (5,7%), с 7 - 8 лет- 1 (2,9%), 9 - 10 лет - 2 (5,7%); подростков от 11 до 16 лет - 2 (5.7%), женщин репродуктивного возраста (от 16 до 49лет)- 8 (22,8%), мужчин от 16 до 49 лет - 7 (20,0%), женщин от 50 лет до 63 лет - 2 (5,7%), мужчин 50 - 63 лет - 2 (5,7%), женщин пожилого возраста – свыше 64 лет -2 (5,7%), мужчин 64 - 73лет – 0, мужчин пожилого возраста (самому старшему 74 года) – 1 (2,8%).

Среди обследуемых из 35 человек на диспансерном учёте состояли по поводу соматических заболеваний: 3 с сахарным диабетом второго типа (8,6%), 1 после перенёсённой черепно - мозговой травмы с левосторонним гемипарезом (2,9%),

мигренью - 1 (2,9%), олигофренией -1 (2,9%), гипертонической болезнью – 5 (14,3%), хроническим бронхитом - 1 (2,8%), грыжей межпозвонковых дисков -1 (2,8%), ребёнок с остаточными явлениями рахита – 1 (2,8%), с анемией первой степени – 3 (8,6%), эндемическим зобом- 1 (2,8%). Общая заболеваемость составила 51,4%, остальные 17 человек жалоб не предъявляли и не состояли на диспансерном учёте у семейного врача. Все 13 детей из числа обследованных на 100% получили профилактические прививки по календарю соответственно возрасту (рис. 3.6).

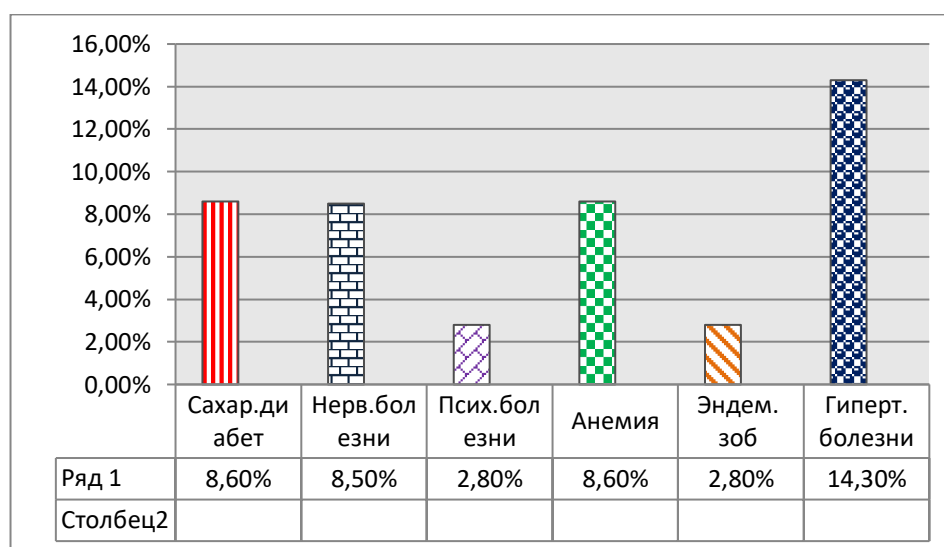


Рисунок 3.6. - Структура заболеваемости лиц, исследованных на иммуноглобулины

Всем обследуемым в день осмотра проводилась антропометрия (определялись масса тела, рост, детям до 5 лет измерялась верхняя треть левого предплечья для выявления гипотрофии). Подросткам в амбулаторных картах даны заключения по процентильным шкалам, вторичным половым признакам, оценка нервно - психического развития. У взрослого населения с 20 лет и старше подсчитывался индекс массы тела, проводился посистемный осмотр всех членов семей с использованием фарингоскопии, отоскопии, риноскопии, подсчёта зубов и оценкой состояния, женщинам репродуктивного возраста - пальпация молочной железы, гинекологический осмотр, мужчинам проводилась пальпация предстательной железы, неврологический осмотр. В конце проводилось консультирование по мерам профилактики глистной инвазии среди членов семей.

Из 35 членов семей, которые не предъявляли жалоб, при сдаче кала на яйца глистов обнаружен карликовый цепень у 9 человек (25,7%). Из них: у детей до 2-х лет - 1 (11,1%), у детей от 3х до 14 лет - 5 (55,6%), подростки– 1 (11,1%), пожилой мужчина, страдающий сахарным диабетом второго типа - 1 (11,1%), женщина репродуктивного возраста- 1 (11,1%). Аскаридоз выявлен у 3 членов семей (8,6%), цисты лямблий обнаружены у 2 (5,7%), острицы-у 8 членов семей (22,8%). При исследовании установлено, что из 35 исследуемых у 22 (62,8%) человек обнаружены яйца глистов. Из общего числа подвергнувшихся исследованию на глистную инвазию на первом месте по частоте отмечался гименолепидоз–у 25,7%, заражённость острицами – 22,8%, аскаридами - 8,5%, лямблиями – 5,7% (рис. 3.7).

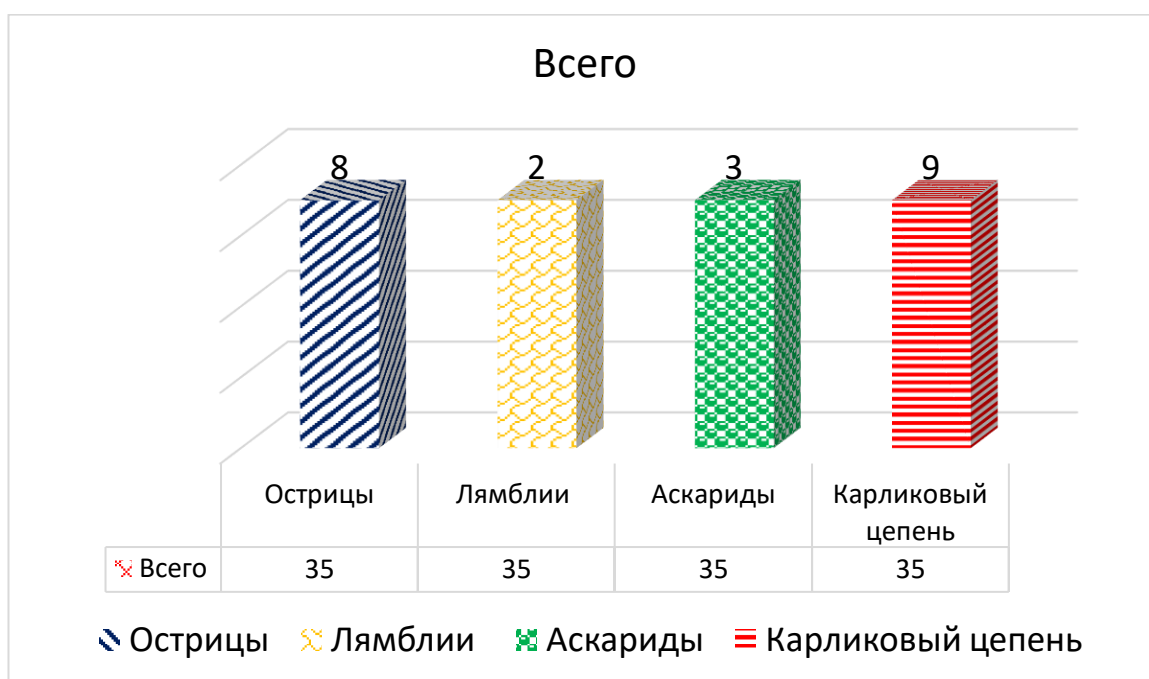


Рисунок 3.7. - Общее количество выявленных глистных инвазий у членов семей

Следующей задачей исследования, было определение суммарного иммуноглобулина классов А, М и G к антигенам аскарид, лямблий в крови человека методом иммуноферментного анализа для выявления носительства.

При исследовании крови на наличие суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам аскарид методом иммуноферментного анализа положительные

результаты выявлены у 14 (31,4%) членов семей: женщин 8 (57,1%), мужчин 6 (42,8%); 8 (57,1%) человек организованного (работающего) населения, 6 (42,8%) неорганизованных (не работающих).

При исследовании нами определялся титр АТ с целью определения давности заболевания и было установлено АТ- 1:100 - 5 (35,7%), АТ- 1:200 - 9 (64,9%) (рис.8). Титр АТ 1:100 расценивается, как отрицательный, АТ 1:200 - положительный результат.

При внедрении яйца аскарид в организм человека, иммунная система начинает производить специфические антитела. В острой фазе заболевания вырабатывается I g M, который считают маркером этой фазы. После 7-14 дней начинает увеличиваться титр I g G, тем самым снижается I g M в сыворотке крови и продолжает увеличиваться I g G, период перехода инфекции из острой фазы в хроническую. Когда организм справляется с инфекцией, то I g G может длительное время оставаться повышенными. Если пациент получает эффективную антигельминтную терапию через 2 месяца уровень I g G снижается. Таким образом, из общего числа исследуемых 64,9% членов семей заражены аскаридозом. Диагностическая чувствительность - 95% (рис. 3.8).

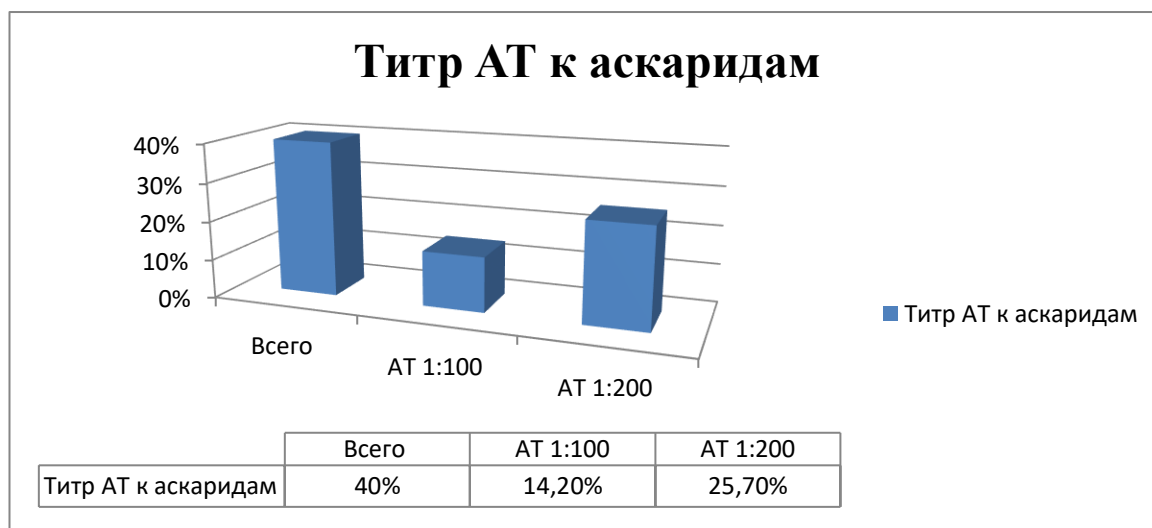


Рисунок 3.8. - Распределение количества выявленных лиц с положительным ответом по титру АТ к аскаридам

Распределение членов семей с наличием суммарных иммуноглобулинов М и G к антигенам лямблий по полу и количеству представлены в рис. 3.9.

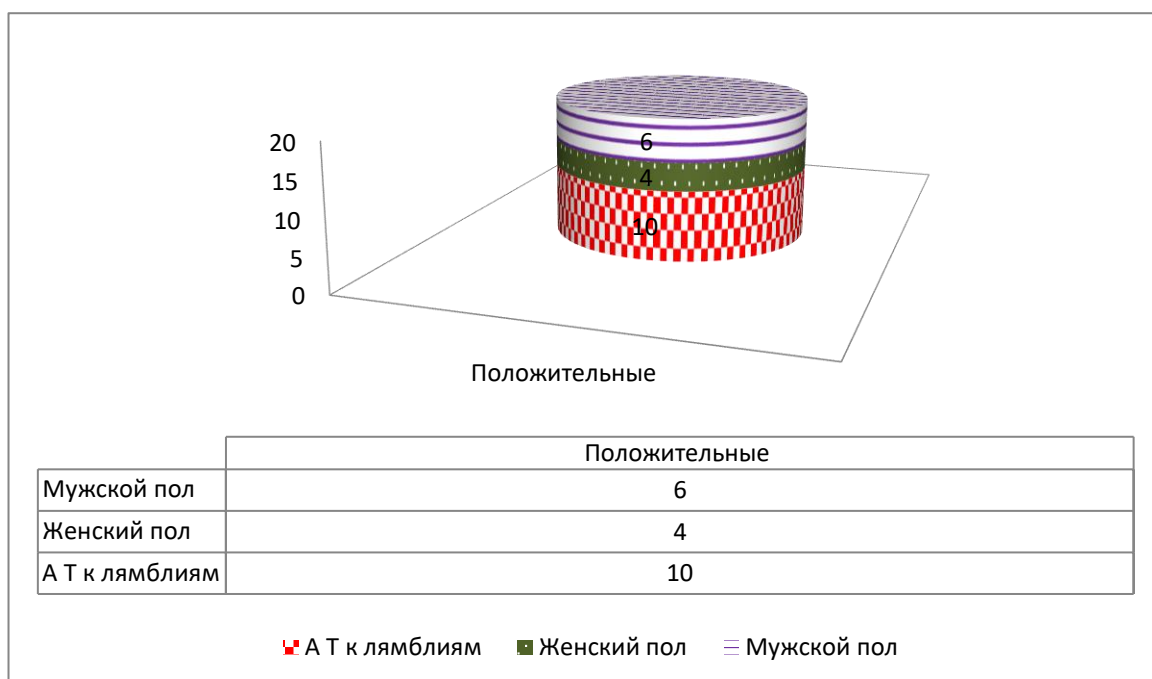


Рисунок 3.9. -Распределение членов семей с наличием суммарных иммуноглобулинов М и G к антигенам лямблий по полу и количеству

Как видно из рис. 3.9 при исследовании установлено, что в крови на наличие суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам лямблий методом иммуноферментного анализа положительные ответы получены у 10 человек (28,5%) среди обследованных членов семей, из них у 4 женщин (40,0%) и 6 мужчин (60%).

Из общего числа лиц с положительным результатом к антигенам лямблий организованных (работающих) - 8 человек (80%), неорганизованных (неработающих) - 2 человека (20%). По определению титра: АТ - 1:200 - 8 человек (80%), АТ-1:800-2 человека (20%). Диагностический титр АТ до 1:200 - результат отрицательный, 1:200 и более - положительный.

Из общего количества исследуемых у 20% членов семей, заражённых лямблиозом, частота распространенности больше среди организованных и среди мужского пола.

Таким образом, при исследовании установлено, что из 35 исследуемых у 22 (62,8%) человек обнаружены яйца глистов. Из общего числа подвергнувшихся исследованию на первом месте по частоте гименолепидоз - 25,7%, острицы - 22,8%, аскариды - 8,5%, лямблии - 5,7%. Гименолепидоз чаще встречается среди

детей от 2 –х до 14 лет - 7 случаев (31,8%), у женщин репродуктивного возраста - 1 (11,1%). Аскаридоз выявлен у 3 членов семей (8,5%), цисты лямблий обнаружены у 2 (5,7%), а острицы у 8 (22,8%). По частоте встречаемости глистной инвазии среди членов семей на первом месте гименолепидоз, далее - энтеребиоз, аскаридоз, лямблиоз. При исследовании АТ к аскаридам выявлено, что заражённость чаще встречается среди женского пола, у организованного контингента населения. Из общего числа исследуемых 64,9% членов семей заражены аскаридозом.

При распределении положительных ответов по титру АТ к лямблиям среди членов семьи заболеваемость отмечается чаще среди мужского пола, у организованного населения.

С целью изучения распространенности гельминтных заболеваний в ГЦЗ №1 города Душанбе проводилось изучение деятельности семейного врача по скринингу гельминтных заболеваний за 2017 год.

В структуре населения, прикрепленного к ГЦЗ №1 города Душанбе, наибольшее количество приходится на возраст 20 - 24 лет и составляет 18.177 (18,4%), наименьшее количество на возраст свыше 80 лет - 293 (0,2%). При распределении по полу установлено, что на территории ГЦЗ №1 города Душанбе лиц женского пола 53,8% больше, чем мужского (46,2%) на 4.906 человек (7,5%).

Последнее десятилетие характеризовалось повышением заболеваемости глистной инвазией среди членов всех семей, особенно социально неблагополучных.

Семейный врач может предположить, в какой семье имеется высокий риск развития гельминтозов. Во время своих активных визитов семейные врачи обращают внимание на такие факторы риска распространения гельминтозов, как наличие централизованной подачи холодной и горячей воды, канализации, профессия членов семьи. Для оценки выявления распространенности глистной инвазии по территории ГЦЗ №1 города Душанбе проведен анализ лабораторных исследований (сдача кала на яйца глистов) по назначению семейных врачей. Критериями проведения лабораторных исследований явились следующие

показатели: снижение процентильных шкал в весовом показателе (ниже 5 центилей), индекс массы тела ниже 18,5 кг/м² снижение уровня гемоглобина ниже 90 г/л в общем анализе крови у подростков, призывников, абитуриентов и при оформлении на работу, особенно в пищевой отрасли; диспансерным пациентам, состоящим на диспансерном учёте по поводу других заболеваний (табл. 3.28).

Таблица 3.28 - Количество обследованных в разные месяцы и их возрастные категории

Возраст обследованного	Месяц исследования											
	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
6-12 мес.	2	1	2	4	4	5	2	3	2	-	-	-
2 года	6	8	12	17	17	7	18	38	41	13	14	7
3-6 лет	40	28	22	74	52	17	76	124	119	19	106	8
7-14 лет	33	15	17	209	50	91	53	151	168	78	70	105
15-20 лет	55	42	52	109	43	17	41	33	27	19	16	19
21-29	38	15	26	21	32	13	38	27	19	20	15	16
30-39	39	16	14	23	21	17	20	19	14	12	7	17
40-49	10	9	14	19	11	4	5	11	8	3	8	1
50-60	3	3	2	2	7	3	2	9	2	1	-	3
Всего	226	137	161	478	237	174	255	415	400	165	236	176

Как видно из таблицы 3.28, при распределении обследованных лиц наибольшее количество находятся в возрасте 3 – 6, 7 – 14, 15 – 20, 21—29 лет. Наибольшее количество исследований проводилось в апреле – 478, августе - 415, сентябре – 400, наименьшее количество исследований – в феврале - 137, марте - 161, октябре

– 165. Это связано тем, что в апреле проводится плановый осмотр детей, поступающих в дошкольные и школьные учреждения, высшие учебные заведения.

Общее количество случаев и структура выявленной глистной инвазии среди членов семей по месяцам года в ГЦЗ №1 г. Душанбе за 2017 год приведены в рисунке 3.10.

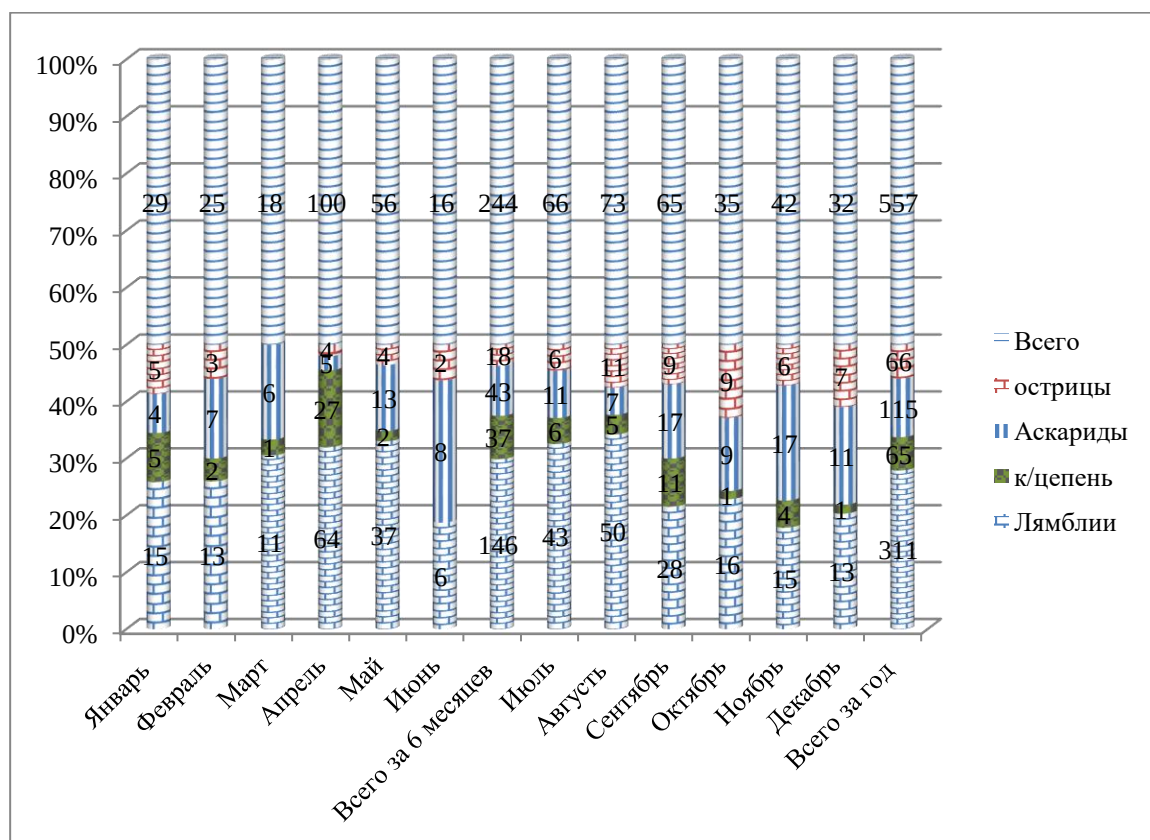


Рисунок 3. 10 - Общее количество случаев и структура выявленной глистной инвазии среди членов семей по месяцам года в ГЦЗ №1 города Душанбе за 2017 год

Как видно из рисунка 3.10., всего за 2017 год выявлено 557 случаев глистной инвазии среди членов семей по ГЦЗ №1 города Душанбе. При распределении по виду паразитов установлено, что наибольшее количество гельминтных заболеваний выявлено в апреле, июле, августе, сентябре 2017 года. Установлено, что максимальное количество гельминтов обнаружено в апреле месяце –100 (18%) случаев глистной инвазии. Из них 64 (64%) случая лямблиоза, гименолепидоза - 27 (27%), аскаридоза - 5 (5%), энтеробиоза – 4 (4%). В июле

выявлено 66 случаев глистных инвазий, из них - 43 (65,2%) лямблиоза, гименолепидоза - 6 (9,1%), аскаридоза - 11 (16,7%), энтеробиоза - 6 (9,1%). В сентябре выявлено 65 лиц с глистными инвазиями, из них – 28 (43,1%) случаев лямблиоза, гименолепидоза-11 (16,9%), аскаридоза- 17 (26,2%), энтеробиоза - 9 (13,8%).

Таким образом, наибольшее количество зараженных лиц выявлено в апреле - 100 случаев из 557 обследованных (18%), наименьшее количество в июне - 16 случаев (2,9%).

При этом наибольшее количество выявленных случаев отмечается среди лиц мужского пола - 333 случая (59,8%), женского пола – 224 (40,2%) случая.

Изучался также вопрос распределения случаев глистных инвазий среди членов семей по возрасту (табл. 3. 29).

Таблица 3.29. –Распределение лиц разных возрастных групп с положительным ответом лабораторных данных по виду глистной инвазии

Возраст	Лямблии	Гименолепидоз	Аскаридоз	Энтеробиоз	Всего
0-12 месяцев	7	1	2	4	14
2-года	18	6	6	11	41
3-6 лет	62	12	9	19	102
7-11лет	68	13	25	10	116
12-14 лет	41	6	22	6	75
15-20 лет	46	9	40	5	100
21-29 лет	36	14	4	3	57
30-49 лет	17	1	4	8	30
50-60 лет	16	3	3	0	22
Всего	311	65	115	66	557

Как видно из таблицы 3.29., из общего числа 557 выявленных случаев глистной инвазии зараженность лямблиозом составила 311 случаев (55,8%), аскаридозом - 115 (20,6%), гименолепидозом – 65 (11,7%), энтеробиозом - 66 (11,9%). При сравнении данных статического центра Министерства здравоохранения и социальной защиты население РТ с данными ГЦЗ №1, можно

сделать вывод, что больше половины случаев глистной инвазии остаётся без бдительного внимания семейного врача. При распределении по возрасту наибольшее количество случаев глистной инвазии регистрируется в возрасте 7 - 11 лет - 116 случаев (20,8%), 3 - 6 лет- 102 случая (18,3%), 15 - 20 лет – 100 случаев (18,0%), с 12 – 14 лет – 75 случаев (13,5%), 21 – 29 лет - 57 (10,2%), 2 – года – 41 случаев (7,4%), 30 - 49 лет – 30 (5,4%), 50 - 60 лет – 22 (3,9%) и с нуля до 12 месяцев - 14 случаев (2,5%).

Заболеваемость чаще регистрируется среди лиц мужского пола, по возрасту среди населения от 7 до 11 лет (20,8%), наименьшее с 0 – 12 месяцев 14 случаев (2,5%).

Наибольшее количество зараженных лиц выявлено в апреле месяце – (100 случаев из 557 обследованных – 18%), наименьшее количество – в июне месяце – 16 – 2,9%), что связано с уменьшением скрининговых исследований на выявление глистной инвазии со стороны семейных врачей.

Наибольшее количество заболевших выявлено среди лиц мужского пола - 333 случая (59,8%), женского – 224 (40,2%) случаев.

Вышеизложенное подтверждает важную роль семейных врачей в проведении динамического скрининга за всеми членами семей, с целью выявления глистных инвазий с последующим лечением и диспансеризацией, особенно в семьях с неблагоприятными условиями.

3.4. Состояние здоровья детского населения обследуемых регионов, особенности структуры заболеваемости

Следующей задачей нашего исследования являлось изучение состояния здоровья, в частности детей, проживающих в неблагоприятных регионах и структуру их заболеваемости.

Нами проведено изучение состояния здоровья детского населения в обследуемых регионах на 100 тыс. населения. Результаты состояния здоровья детей города Истаравшан Согдийской области отражено в таблице 3.30 и рисунке 3.11.

Таблица 3.30. - Распределение и структура заболеваемости детского населения города Истаравшан Согдийской области (в соответствии с МКБ 10 пересмотра) по полу на 1 января 2017 года (население 236.900, из них дети до 14 лет 84933)

Наименование класса и отдельной болезни	Код МКБ 10 пересмотра	0-14лет кол-во, ‰	Мальчики кол-во, ‰	Девочки кол-во, ‰
Болезни эндокринной системы	Е.00-Е 90	60 (70,6‰)	24 (28,2‰)	36 (42,4‰)
Анемия	Д.50-Д64	439 (516,8‰)	197 (231,9‰)	242 (284,9‰)
Болезни нервной системы	G.00-G 99	269 (316,7‰)	159 (187,2‰)	110 (129,5‰)
Болезни глаза и его придаточного аппарата	Н.00- Н 59	200 (235,7‰)	91 (107,1‰)	109 (128,3‰)
Болезни уха и сосцевидного отростка	Р 60-95	83 (97,7‰)	44 (51,8‰)	39 (45,9‰)
Острая ревматическая лихорадка	Н100-102	62 (73,0‰)	26 (30,6‰)	36 (42,4‰)
Кардиомиопатии	J42- 43	22 (25,9‰)	13 (15,3‰)	9 (10,6‰)
Болезни органов дыхания	J30.4	528 (621,7‰)	280 (329,9‰)	248 (46,9‰)
Болезни органов пищеварения	K00- K93	272 (320,2‰)	197 (231,9‰)	75 (88,3‰)

Продолжение таблицы 3.30

Болезни мочеполовой системы	N00-99	195 (229,5‰)	113 (133‰)	82 (96,5‰)
Болезни кожи и подкожной клетчатки	LOO-99	206 (0,0‰)	106 (124,8‰)	100 (117‰)
Травмы	S03-93	26 (30,6‰)	15 (17,6‰)	11 (13,0‰)
Врожденные аномалии развития, хромосомные нарушения	Q00-99	130 (153,1‰)	67 (78,9‰)	63 (74,2‰)

Примечание: процентное соотношение рассчитано от общего числа детей до 14 лет

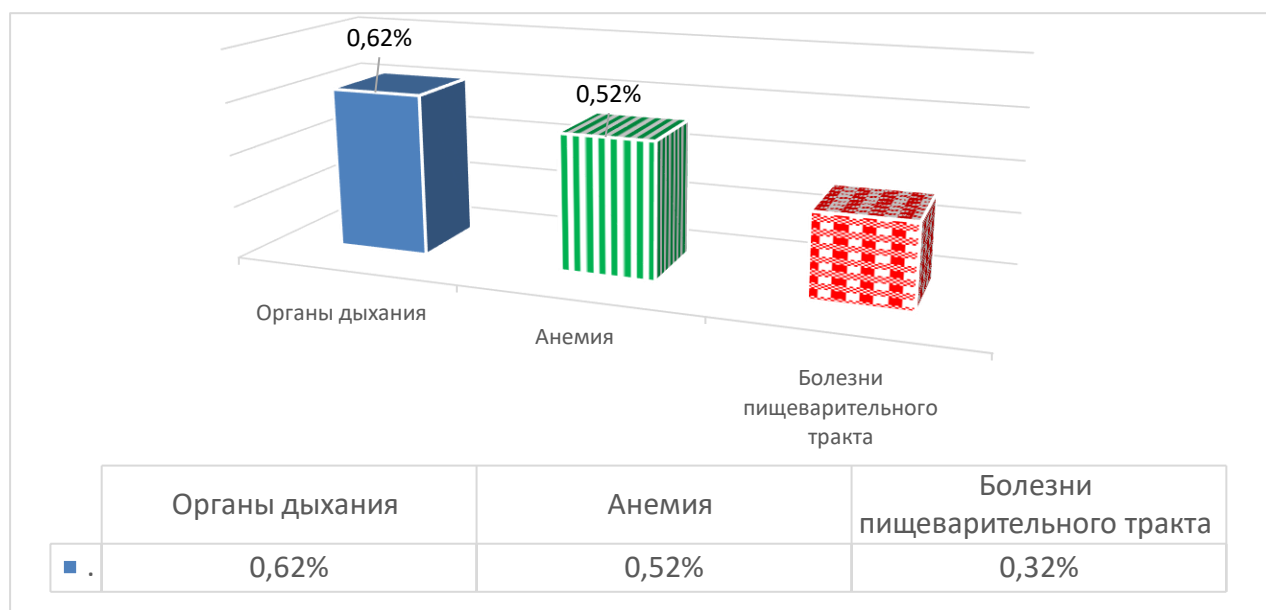


Рисунок 3.11. - Структура детского населения, состоящего на «Д» учете по поводу различных заболеваний, по городу Истаравшан Согдийской области

Как видно из вышеприведенных данных среди других сопутствующих соматических заболеваний установлено, что первое место занимают болезни органов дыхания 528 (0,62% или 621,7‰), второе место – анемия 439 (0,52% или 516,8‰) и третье место - болезни пищеварительного тракта - 272 (0,32% или 320,2‰).

Структура заболеваемости детского населения Аштского района Согдийской области отражена в таблице 3.31 и рисунке 3.12.

Таблица 3.31- Распределение и структура заболеваемости детского населения Аштского района Согдийской области (в соответствии с МКБ 10 пересмотра) по полу на 1 января 2017 года (население 145.500, из них дети до 14лет 52380)

Наименование класса и отдельной болезни	Код МКБ 10 пересмотра	0-14лет, ‰	Мальчики, ‰	Девочки, ‰
Болезни эндокринной системы	Е.00-Е 90	224 (427,6‰)	112 (213,8‰)	112 (213,8‰)
Анемия	Д.50-Д 64	609 (1162,7‰)	260 (496,4‰)	349 (666,3‰)
Болезни нервной системы	G.00-G 99	200 (381,8%)	130 (248,2‰)	70 (133,6‰)
Болезни глаза и его придаточного аппарата	Н.00- Н 59	90 (171,8‰)	50 (95,5‰)	40 (76,3‰)
Болезни уха и сосцевидного отростка	Р 60-95	164 (313,1‰)	92 (175,6‰)	72 (137,5‰)
Острая ревматическая лихорадка	Н100-102	20 (38,2‰)	8 (15,3‰)	12 (22,9‰)
Кардиомиопатии	J42-43	19 (36,3‰)	10 (19,1 ‰)	9 (17,2‰)
Болезни органов дыхания	J30.4	344 (656,7‰)	182 (347,5‰)	162 (309,2‰)
Болезни органов пищеварения	K00- K93	49 (93,5‰)	30 (57,3‰)	19 (36,3‰)
Болезни мочеполовой системы	N00-99	135 (257,7‰)	70 (133,6‰)	65 (124,1‰)
Болезни кожи и подкожной клетчатки	LOO-99	18 (34,4‰)	10 (19,1‰)	8 (15,3‰)

Продолжение таблицы 3.31

Травмы	S03-93	21 (40,1‰)	10 (19,1‰)	11 (21,0‰)
Врожденные аномалии развития, хромосомные нарушения	Q00-99	4 (7,6‰)	2 (3,8‰)	2 (3,8‰)

Примечание: процентное соотношение рассчитано от общего числа детей до 14 лет

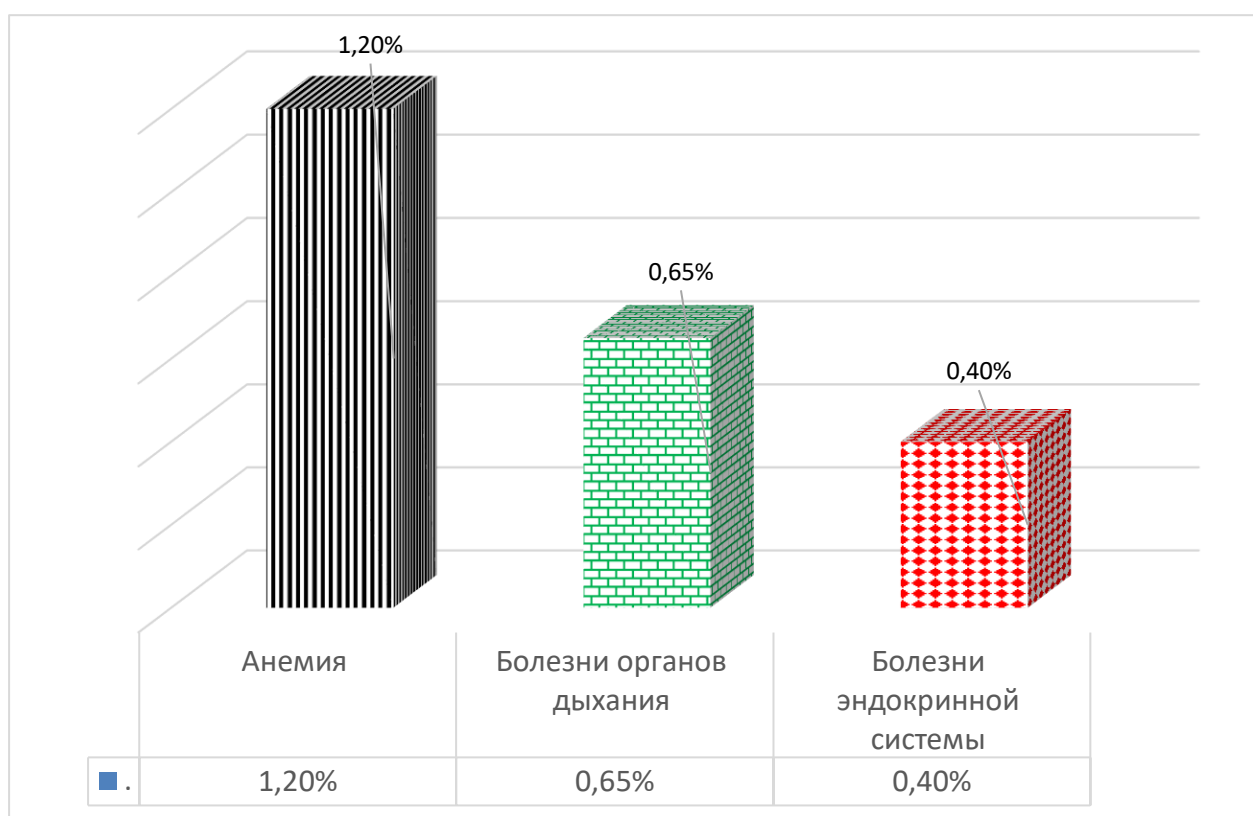


Рисунок 3.12. - Структура детского населения, состоящего на «Д» учете по поводу различных заболеваний, по Аштскому району Согдийской области

Как видно из таблицы 3.31 и рисунку 3.12 в Аштском районе Согдийской области, первое место занимает анемия - 609 (1,2% или 1162,7‰), второе место - болезни органов дыхания - 344 (0,65% или 656,7‰) и третье место - болезни эндокринной системы - 224 (0,43% или 427,6‰).

Структура заболеваемости детского населения района Хамадони Хатлонской области отражена в табл. 3.32 и рисунка 3.13.

Таблица 3.32. - Распределение и структура заболеваемости детского населения района Хамадони Хатлонской области (в соответствии с МКБ 10 пересмотра) по полу на 1 января 2017года (население 131300, из них дети до 14 лет 47268)

Наименование класса и отдельной болезни	Код МКБ 10 пересмотра	0-14лет ‰	Мальчики ‰	Девочки ‰
Болезни эндокрин – ной системы	Е.00-Е 90	61 (129,1‰)	21 (44,4‰)	40 (84,6‰)
Анемия	Д.50-Д 64	497(105,4‰)	225 (476,0‰)	272 (575,4‰)
Болезни нервнойсистемы	G.00-G 99	56 (118,5‰)	17 (36,0‰)	39 (82,5‰)
Болезни глаза, и его придаточного аппарата	Н.00- Н 59	9 (19,0‰)	4 (8,5‰)	5 (10,5‰)
Болезни уха и сосцевидного отростка	Р 60-95	52 (110,0‰)	24 (50,8‰)	28 (59,2‰)
Острая ревматичес - кая лихорадка	Н100-102	3 (6,3‰)	2 (4,2‰)	1 (2,1‰)
Кардиомиопатии	J42 - 43	-	-	-
Болезни органов дыхания	J30.4	2124 (4493,5‰)	1028 (2174,8‰)	1096 (2318,7‰)
Болезни органов пищеварения	КОО- К93	438 (926,6‰)	164 (346,9‰)	274 (522,6‰)
Болезни мочеполовой системы	N00-99	23 (48,7‰)	14 (29,6‰)	9 (19,0‰)

Болезни кожи и подкожной клетчатки	LOO-99	88 (186,2‰)	43 (91,0‰)	45 (95,2‰)
Травмы	S03-93	19 (40,2‰)	12 (25,3‰)	7 (14,8‰)
Врожденные аномалии развития, хромосомные нарушения	QOO-99	19 (40,2‰)	10 (21,2‰)	9 (19,0‰)

Примечание: процентное соотношение рассчитано из общего числа детей до 14 лет

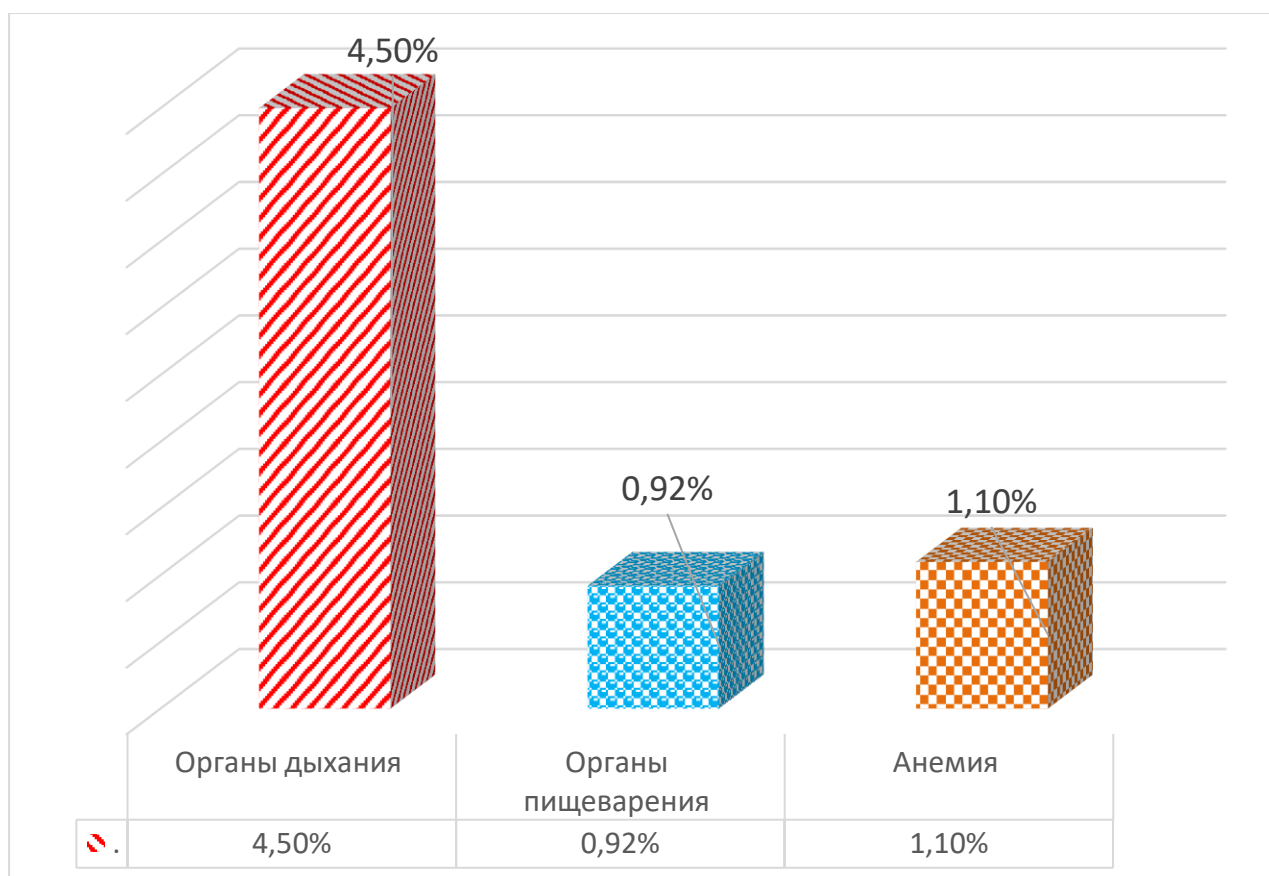


Рисунок 3.13. - Структура детского населения, состоящего на «Д» учете по поводу различных заболеваний, по району Хамадони Хатлонской области

В соответствии данным вышеприведенной таблицы и рисунка по району Хамадони Хатлонской области установлено, что первое место занимают болезни органов дыхания - 2124 (4,5% или 4493‰), второе место – анемия - 497 (1,1% и

1051,4‰) и третье место - болезни пищеварительного тракта - 438 (0,9% или 926,7‰).

Также изучено состояние здоровья детей города Душанбе. Полученные результаты отражены в таблице 3.33 и рисунке 3.14.

Таблица 3.33. -Распределение и структура заболеваемости детского населения города Душанбе (в соответствии с МКБ 10 пересмотра) по полу на 1 января 2017 года (население 775735, из них дети до 14 лет 279265)

Наименование класса и отдельной болезни	Код МКБ 10 пересмотра	0-14лет кал-во, ‰	Мальчики кал-во, ‰	Девочки кал-во, ‰
Болезни эндокрин - ной системы	E.00-E 90	1906 (682,5‰)	706 (252‰)	1200 (429,7‰)
Анемия	Д.50-Д 64	830 (297,2‰)	358 (128,2‰)	472 (169,0‰)
Болезни нервной системы	G.00-G 99	1052 (376,7‰)	525 (188,0‰)	527 (188,7‰)
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H.00- H 59	466 (166,9‰)	232 (83,1‰)	234 (83,8‰)
Болезни уха и сосцевидного отростка	P 60-95	444 (159,0‰)	233 (83,4‰)	211 (75,6‰)
Острая ревмати - ческая лихорадка	H100-102	3 (1,1‰)	1 (0,4‰)	2 (0,7‰)
Кардиомиопатии	J42 - 43	-	-	-
Болезни органов дыхания	J30.4	1256 (449,7‰)	626 (224,1‰)	630 (225,6‰)
Болезни органов пищеварения	K00- K93	546 (195,5‰)	322 (115,3‰)	224 (80,2‰)
Болезни мочеполовой системы	N00-99	533 (190,8‰)	268 (96,0‰)	265 (94,9‰)
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-99	51 (18,3‰)	31 (11,1‰)	20 (7,2‰)

Травмы	S03-93	209 (74,8‰)	120 (43,0‰)	89 (31,8‰)
Врожденные аномалии развития, хромосомные нарушения	Q00-99	272 (97,4‰)	162 (58,0‰)	110 (39,4‰)

Примечание: процентное соотношение рассчитано из общего числа детей до 14 лет

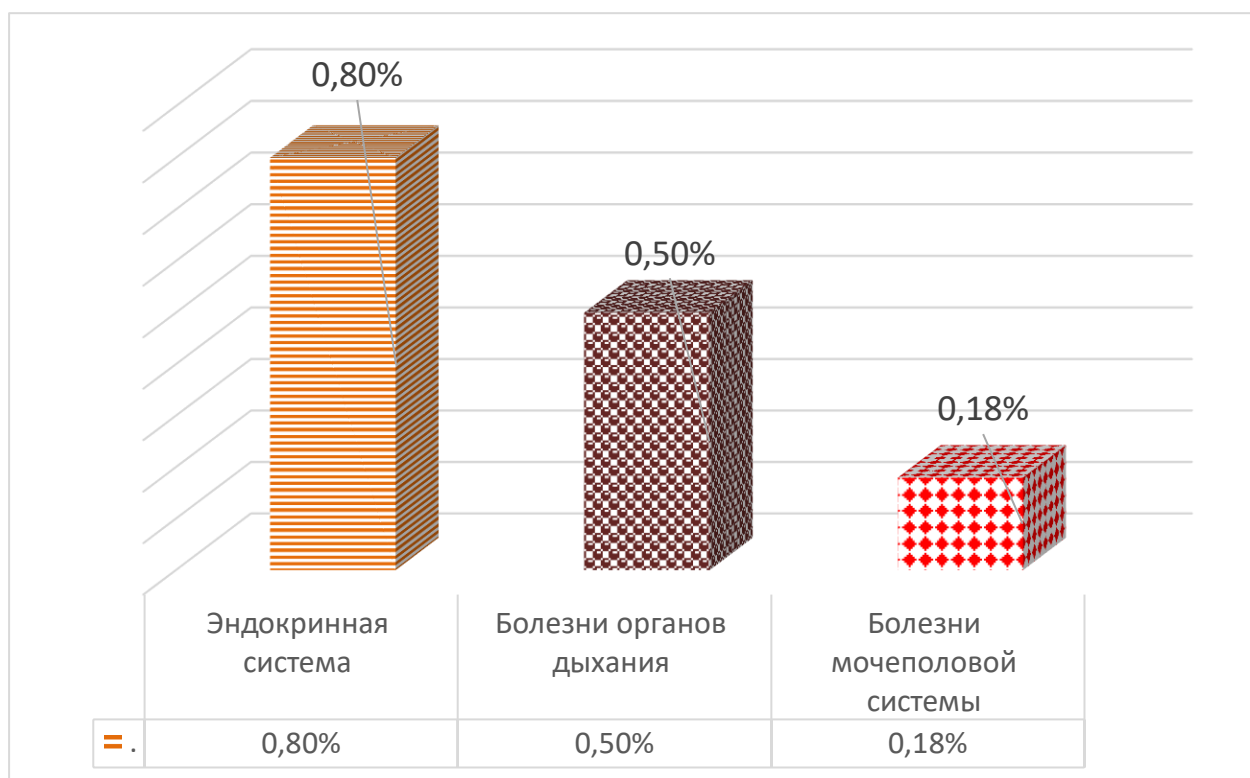


Рисунок 3. 14. -Структура детского населения, состоящего на «Д» учете по поводу различных заболеваний, по городу Душанбе

Из приведенных данных видно, что в городе Душанбе первое место занимают болезни эндокринной системы - 1906 (0,8% или 682,5‰), второе болезни органов дыхания - 1256 (0,5% или 449,7‰) и третье место - болезни нервной системы – 1052(0,5% или 376,7‰).

Изучался также вопрос о распространенности гельминтов - лямблий, аскарид, остриц, карликового цепня в исследуемых регионах (табл.3.34).

Таблица 3.34. -Частота выявленных гельминтов в исследуемых регионах (в расчете на 100.000 населения)

Вид гельминта	Регион			
	Душанбе	Хамадони	Ашт	Истаравшан
Лямблиоз	62,5	-	34,4	72,2
Аскаридоз	11,2	410,6	358,1	607,8
Энтеробиоз	38,6	50,3	22,0	16,5
Гименолепидоз	9,1	139,4	32,3	5,1

Полученные результаты указывают табл. 3.34, что по городу Душанбе больше регистрируется лямблиоз - 62,5 случаев на 100 тыс. населения. Наименьшее количество случаев лямблиоза на 100 тыс. населения зарегистрировано в Аштском районе Согдийской области (34,4). Наибольшее количество аскаридоза зарегистрировано в городе Истаравшан Согдийской области 607,8, в районе Хамадони Хатлонской области - 410,6, в Аштском районе Согдийской области – 358,1 случаев на 100 тыс. населения, наименьшее количество в городе Душанбе - 11,2 случаев. Самое большое количество энтеробиоза зарегистрировано в районе Хамадони Хатлонской области - 50,3 случаев, наименьшее количество регистрируется в городе Истаравшан- 16,5 и в Аштском районе Согдийской области - 22,0 случаев.

Учитывая вышеизложенное, для ограничения распространенности часто встречаемых глистных инвазий и совершенствования профилактической деятельности в Республике Таджикистан на уровне первичной медико-санитарной помощи, нами разработан алгоритм на выявление (скрининг) глистных заболеваний на уровне учреждений ПМСП (рисунок 3.15).

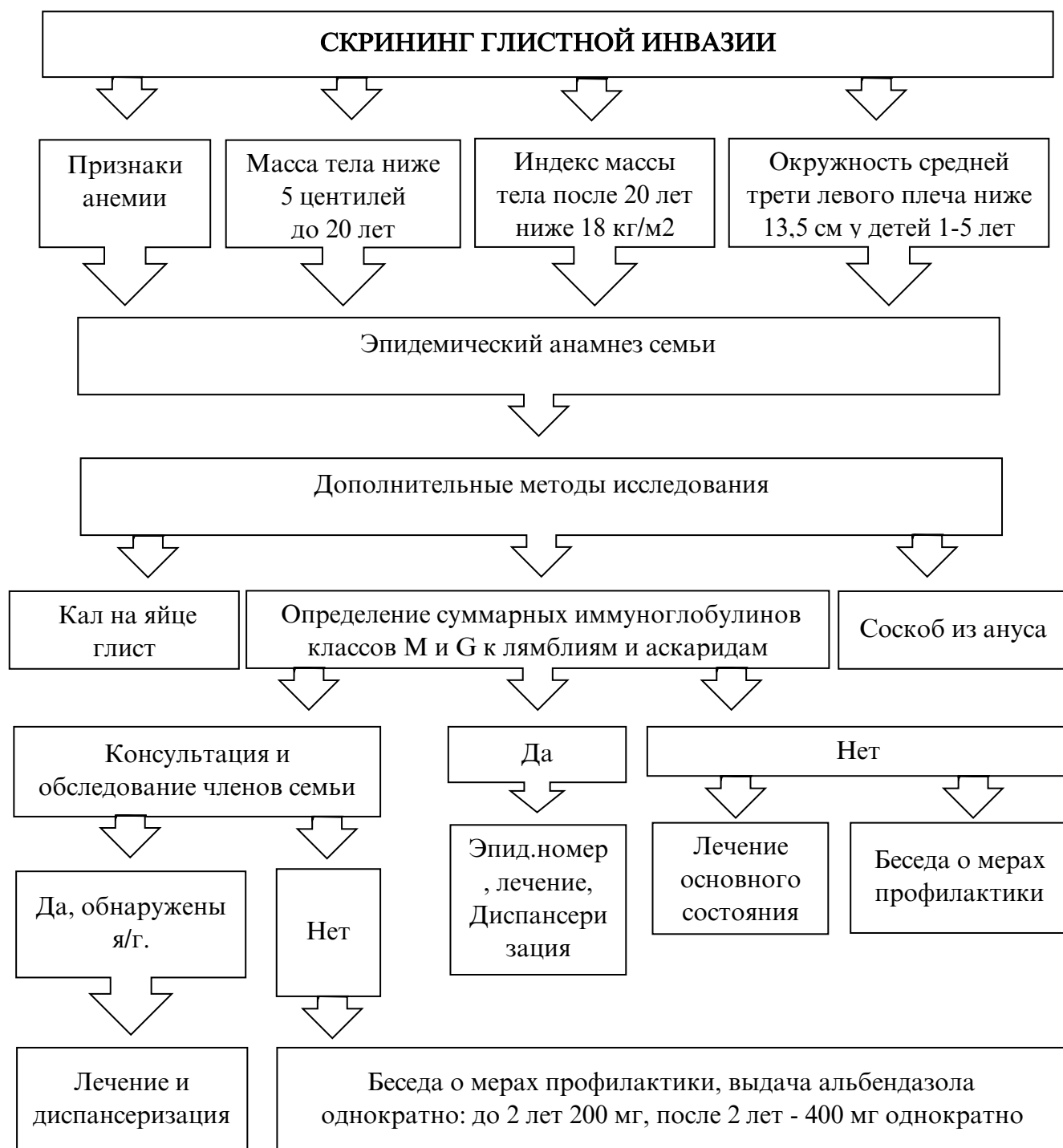


Рисунок 3.15 – Алгоритм на выявления гельминтных заболеваний на уровне ПМСП в РТ

3.5. Оценка уровня знаний семейных врачей в области гельминтных заболеваний по ГЦЗ №1 города Душанбе

Следующая задача нашего исследования состояла из определения уровня знаний семейных врачей в области гельминтных заболеваний по ГЦЗ №1 города Душанбе, а также повышение уровня знаний в области эпидемиологии, клиники, лечения, диспансеризации гельминтных заболеваний.

Проведено тестирование знаний семейных врачей ГЦЗ №1 города Душанбе в области эпидемиологии, клиники, диспансеризации глистных инвазий. Городской центр здоровья №1 города Душанбе расположен по адресу: улица Фирдавси 13/2 и состоит из 10 семейных отделений, лаборатории, отделения функциональной диагностики и репродуктивного центра. Всего врачей в центре здоровья №1 города Душанбе 85, в том числе 72 женщины и 13 – мужчин. Из них семейных врачей 54. Квалификационные категории семейных врачей работающих в ГЦЗ №1 г. Душанбе приведены на рисунке 3.16.

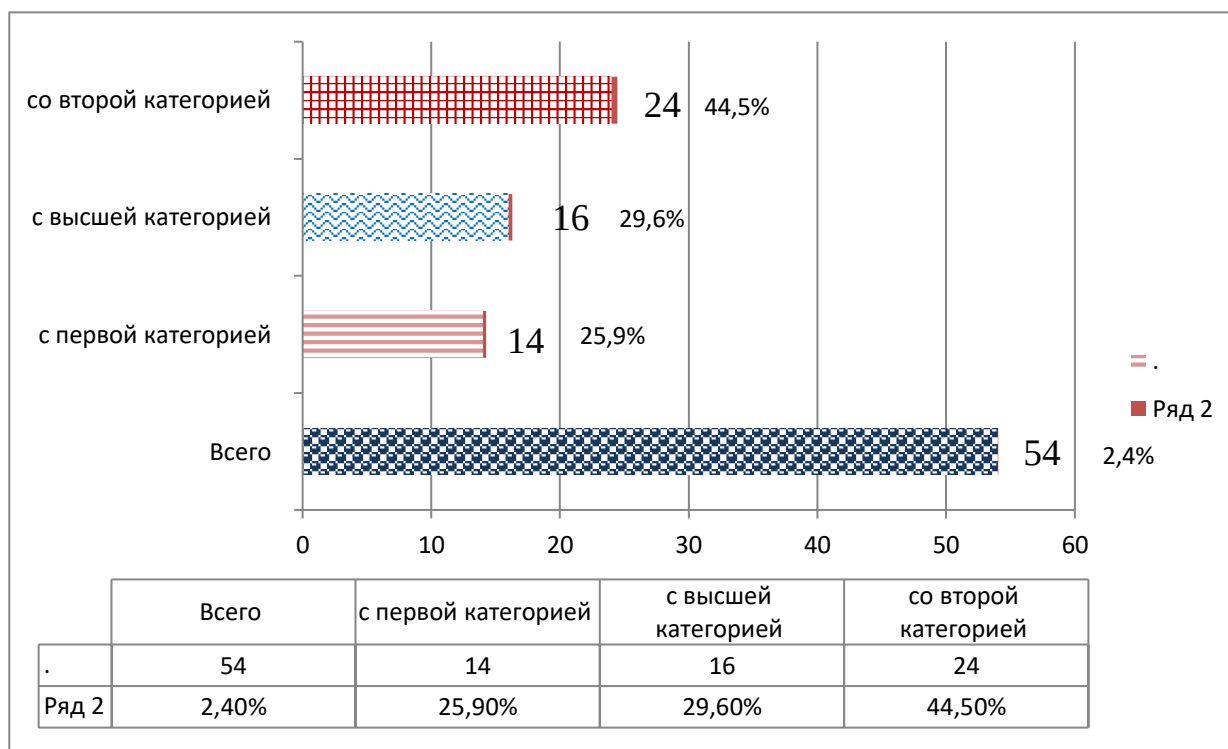


Рисунок 3.16. – Квалификационные категории семейных врачей ГЦЗ №1 г. Душанбе

Как показывает рисунок 3.15, из 54 семейных врачей, врачи с высшей категорией составляют 16 (29,6%), с первой категорией - 14 (25,9%) и со второй категорией 24 (44,5%).

С целью определения уровня знаний семейных врачей был разработан тестовый вопросник по гельминтным инфекциям. Тест состоял из 10 вопросов, в том числе: какие существуют пути передачи глистных инвазий?, каков механизм действия глистных инвазий на организм?, какие виды глистной инвазии Вы знаете?, какие существуют места обитания глистных инвазий?, каковы пути выведения яиц глистов?, каковы клинические проявления болезни?, при каком виде глистной инвазии возникает реинвазия (самозаражение)?, каковы сроки диспансеризации при энтеробиозе?, каковы сроки диспансеризации при гименолепидозе?, каковы сроки диспансеризации при аскаридозе?.

Результаты предтестов всех семейных врачей ГЦЗ №1 были неудовлетворительными (23,2%) (табл. 3.35)

Таблица 3.35. -Оценка уровня знаний семейных врачей ГЦЗ №1 города Душанбе методом тестирования

№ вопроса	Вопрос	Результаты ответов	
		правильно	неправильно
1.	Какие существуют пути передачи глистных инвазий?	28 (51,9%)	26 (48,1%)
2.	Каков механизм действия глистных инвазий на организм?	54 (100%)	-
3.	Какие виды глистной инвазии Вы знаете?	42 (77,8%)	12 (22,2%)
4.	Какие существуют места обитания глистных инвазий?	54 (100%)	-
5.	Каковы пути выведения яиц глистов?	Через испражнения 19 (35,2%)	Через слюну 35 (64,8%)

Продолжение таблицы 3.35

6.	Каковы клинические проявления болезни?	22 (40,7%)	32 (59,3%)
7.	При каком виде глистной инвазии возникает реинвазия (самозаражение)?	При энтеробиозе 42 (77,8%)	При гименолепидозе 12 (22,2%)
8.	Каковы сроки диспансеризации при энтеробиозе?	Нет правильных ответов	-
9.	Каковы сроки диспансеризации при гименолепидозе?	Нет правильных ответов	-
10.	Каковы сроки диспансеризации при аскаридозе?	Нет правильных ответов	-

Как видно из таблицы на вопросы: «Пути передачи глистных инвазий?» и «Механизм действия глистных инвазий на организм?» все семейные врачи ответили правильно (100%). На третий вопрос: «Какие виды глистных инвазий Вы знаете?» из 54 семейных врачей 28 (51,9%) ответили правильно и 26 (48,1%) неправильно. На четвертый вопрос: «Какие места обитания глистных инвазий Вы знаете?» - 42 (77,8%) семейных врачей ответили правильно и 12 (22,2%) - неправильно. На пятый вопрос: «Пути выведения яиц глистов?», «Через слюну» ответили - 35 (64,8%) и через испражнения - 19 (35,2%). На шестой вопрос: «Какие клинические проявления болезни?» ответили правильно—22 (40,7%) и неправильно - 32 (59,3%) респондентов. На седьмой вопрос: «При каком виде глистных инвазий возникает реинвазия (самозаражение)?»- 42 (77,8%) семейные врачи ответили - при энтеробиозе и 12 (22,2%) ответили - при гименолепидозе. На три последних вопроса о сроках диспансеризации при энтеробиозе, гименолепидозе и аскаридозе все респонденты тестирования ответили неправильно. Дополнительно, каждому семейному врачу были выданы индивидуальные задачи по расчёту выдачи антигельминтных препаратов по

возрасту и по массе тела. Все 54 семейных врача решили задачи неправильно. Полученные результаты показывают, что практикующие семейные врачи не владеют в полном объёме немедикаментозным и медикаментозным способами лечения, их назначения не соответствуют стандартам, не используются данные доказательной медицины. Назначается нерациональная антигельминтная терапия. Таким же был и уровень знаний о дифференциальной диагностике гельминтных заболеваний. В клинической практике семейные врачи в первую очередь обращали внимание на следующие симптомы: есть ли бруксизм (скрипение) зубов, слюнотечение, при осмотре обращали внимание на появление белых пятен на лице. Во время осмотра пациента 44 (81,5%) семейных врачей осматривали пери анальную область и только 10 (18,5%) гениталии у девочек.

Учитывая все вышеперечисленные недостатки в знаниях семейных врачей, была проведена научно-практическая конференция по данной тематике. Продемонстрирован полный осмотр пациента при подозрении на глистную инвазию, включая измерение массы тела и роста, подсчета индекса массы тела после 20 лет, с рождения и до 20 лет - использование центильных шкал, сбор эпиданамнеза. Задавались такие вопросы, как наличие индивидуальных полотенец, стрижка ногтей, влажная уборка квартиры, использование рукавиц при земельных работах, источники водоснабжения, канализация, проведение скрининга глистной инвазии, прием альбендазола во время дней национальной дегельминтации, осмотр перианальной области и области наружных половых органов у девочек. После проведения научно-практической конференции повторно проведен мониторинг деятельности семейных врачей, который показал положительную динамику в их знаниях в области гельминтных заболеваний. При повторном проведении тестирования уровень теоретических знаний увеличился с 23,2% до 81%.

Проверка амбулаторных карточек с акцентом на сбор эпиданамнеза установила, что после сбора анамнеза заболевания описывается эпидситуация семьи, количество членов семьи, обращается внимание на наличие отдельных

полотенец, проглаживание нижнего белья, стрижку ногтей, уборку квартиры, санитарный уровень семьи.

К сожалению, исследование кала на яйца глистов и простейших показало, что при выявлении возбудителей инвазированных остаются без назначения соответствующего лечения.

Обучение специалистов семейной медицины через повышение знаний, умений, использования практических навыков, проведение консультирования с членами семьи повысило качество работы с населением, улучшилась выявляемость, диагностика, лечение, профилактика и диспансеризация гельминтных заболеваний.

Проведение научно – практических конференций является большим компонентом непрерывного медицинского образования среди семейных врачей. Процесс непрерывного медицинского образования врачей в том числе семейного врача – является реальным путём повышения потенциала и качества знаний. Практика показала, что необходимо больше привлекать семейных врачей к непрерывному медицинскому образованию во всех регионах Республики Таджикистан на уровне ПМСП.

Исходя из вышеизложенного, учитывая эпидемиологическую ситуацию по гельминтным заболеваниям среди населения Республики Таджикистан и низкое знание семейных врачей, следует чаще привлекать семейных врачей к непрерывному медицинскому образованию, отслеживать уровень знаний и навыков семейных врачей для последующего проведения тренингов.

3.6. Роль семейного врача в профилактике глистной инвазии в семьях (на примере ГЗЦ № 1 г. Душанбе)

Для изучения профилактической работы семейного врача изучены показатели охвата выдачи альбендазола и празиквантела детям в возрасте 7-17 лет (проживающих) на территории обслуживания ГЗЦ №1 г. Душанбе в октябре 2017 года (табл. 3.36).

**Таблица 3.36. -Охват профилактической дегельминтизацией
организованного детского населения - альбендазолом и празиквантелом на
территории обслуживания ГЦЗ №1 г. Душанбе**

Школьники	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс	5 класс	6 класс	7 класс	8 класс	9 класс	10 класс	11 класс	Всего		
												школьники	Неоргани- зованное	общее
Средние школы № 5,50,57,58,77, 78,91, музыкальная школа школа-сад №5 и интернат №1	1777	1657	1651	1673	1611	1585	1746	1651	1511	1154	1112	17128	344	17472
Количество детей, кото- рые должны получать альбендазола	1777	1657	1651	1673	1611	1585	1746	1651	1511	1154	1112	17128	344	17472
Дети, получившие альбендазол	1776 (99,9%)	1656 (99,9%)	1651 (100%)	1673 (100%)	1611 (100%)	1584 (99,9%)	1746 (100%)	1651 (100 %)	1511 (100%)	1154 (100%)	1111 (99,9%)	17124 (99,9%)	344 (100%)	17468 (99,98%)

Из таблицы 3.36 видно, что общее число охвата школьников получивших противоглистные препараты составило 17468 (99,98%). На территории обслуживания ГЦЗ №1 города Душанбе находятся 7 средних школ (№ 5, 50, 57, 58, 77, 78 и 91), одна школа - сад №5 и один интернат №1. Средняя численность учащихся школ составила 17472, в том числе из них 344 неорганизованных детей.

Для выполнения этой задачи в ГЦЗ №1 г. Душанбе были созданы бригады, состоящие из семейных врачей и медицинских сестёр, во главе с заведующими семейных отделений. Эти бригады обслуживали территории детских школьных

учреждений, их задачей было за 3 месяца получить списки классов, которые были подготовлены их предоставлены классными руководителями. По утвержденному графику семейными врачами были проведены беседы с родителями о путях передачи глистной инвазии, о выдаче противоглистных препаратов детям от 7 до 17 лет, целях и задачах этой программы, осведомление родителей о противопоказаниях для назначения препаратов. Выданы информативные буклеты для родителей. У входа в каждую школу, за 14 дней вперёд, был вывешен баннер с датой проведения дегельминтации. Для проведения этих мероприятий в день выдачи препаратов семейными медсёстрами и классными руководителями была подготовлена выдача горячей кипячёной воды и одноразовых стаканчиков для питья. Родители были информированы о побочных действиях препарата и при появлении первых симптомов могли обратиться в штаб ГЦЗ №1, или к своему семейному врачу.

На территории ГЦЗ №1 г. Душанбе находились 344 неорганизованных детей, списки которых были своевременно предоставлены семейным врачам и медсестрами. Эти дети обслуживались непосредственно в здании ГЦЗ №1, в специально отведенном помещении. Учащиеся, которые не были охвачены дегельминтизацией по причине отсутствия в день выдачи альбендазола и пракзивантела, принимали таблетки дома.

Списки детей, не подвергшихся дегельминтации по причине временного выбытия в другие регионы страны, переданы в центральный штаб при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения республики. Следующей задачей семейного врача и медицинской сестры была занесение даты дегельминтации в формы №63 и 026. Для качественного выполнения задачи создана внутренняя группа, которая проводила мониторинг выполнения программы.

Таким образом, лица поражённые гельминтозами подлежат дегельминтации, которая преследует две цели: лечение инвазированных и профилактику болезни. Первоочередная задача семейного врача профилактическая работа с членами

семьи. Если семейный врач некомпетентен то проведение профилактических мероприятий будут несовершенный.

Таким образом, проведенное эпидемиологическое и социально гигиеническое исследование, направленное на выявление причин болезней, мер профилактики, диагностики и лечения кишечных гельминтозов, имеющих широкое распространение среди населения исследуемых регионов республики, выявлены определённые недостатки, обусловленные использованием недоброкачественной воды (47,1%), недостаточным уровнем профилактики глистной инвазии среди членов семей, обусловленных несоблюдением правил личной гигиены, низким уровнем информированности населения и знанием врачей о путях передачи глистной инвазии, требует проведения соответствующих мер, направленных на совершенствование как диагностики, так и профилактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Глистные инвазии (гельминтозы) широко распространены во всем мире. По данным ВОЗ (1916), ежегодно глистами заражаются более 3 миллиардов людей. В Республике Таджикистан наибольшее распространение имеют нематодозы – паразитарные заболевания, вызванные круглыми червями (нематодами), передающимися фекально-оральным путем. Самыми известными представителями этой группы гельминтов являются аскариды, острицы, власоглавы.

Глистные инвазии остаются наиболее актуальными проблемами практического здравоохранения Республики Таджикистан. Согласно статистическим данным Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (2017), в стране из общего количества зарегистрированных случаев, наибольшее число составляли: энтеробиоз – 35%, аскаридоз – 35%, гименолепидоз – 25% и другие гельминтозы 5%. Установлено, что основной причиной распространения глистной инвазии является низкий уровень санитарных, социально-бытовых условий, невысокое социально-экономическое развитие страны, скученность людей, особенности культурных традиций, необеспеченность постоянной проточной централизованной питьевой водой, необеспеченность центральной канализацией, использование природных необеззараженных удобрений, недоступность антигельминтных препаратов, их высокие цены, несвоевременное лечение, здоровое носительство, низкая информированность населения о путях передачи глистной инвазии, низкий эпидемиологический надзор со стороны ответственных ведомств (Покровский, В.В., 2000; Ишук, Н.Д., 2003, Роберт Беркау., 2015). Ухудшается ситуация по гельминтозам, связанная с заражением сельскохозяйственных животных и употреблением мяса таких животных в пищу. Расширение индивидуального овощеводства, связанного с использованием удобрения почвы необезвреженными фекалиями человека, сопровождается ростом числа больных геогельминтами. Учитывая актуальность проблемы, с целью снижения уровня инвазивности

населения гельминтозами Министерством здравоохранением Республики Таджикистан разработана и принята 7.03.2010 г. (№519) «Программа по борьбе с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы» и нами решено провести настоящее исследование, целью которой является изучение состояния уровня распространенности часто встречаемых глистных инвазий в семьях, проживающих в различных регионах Республики Таджикистан и научно обосновать принципы совершенствования подходов к профилактике глистных инвазий среди населения Республики Таджикистан на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи республики.

Для достижения этой цели нами изучены эпидемиологические особенности некоторых кишечных гельминтов (карликового цепня, остриц, аскарид, лямблий) в различных климатических зонах республики, распространенность наиболее значимых факторов риска гельминтозов у населения некоторых регионах республики, на уровне первичного звена здравоохранения (ПМСП) с последующим научным обоснованием оптимизации состояния здоровья населения проживающего в неблагополучных регионах, оценено состояние здоровья детского населения обследуемых регионов, особенности структуры их заболеваемости, разработаны и внедрены новые научно-обоснованные подходы профилактики на уровне учреждений ПМСП. На основании полученных результатов установлены основные факторы, влияющие на распространенность глистной инвазии, что в свою очередь, позволит своевременно проводить профилактические мероприятия по снижению заболеваемости в семьях на уровне учреждения первичного звена здравоохранения (ПМСП).

Учитывая, что данные официальной статистики не всегда отражают реальную ситуацию на первом этапе, проведено изучение распространенности глистной инвазии в семьях с помощью разработанной нами анкеты состоявшей из 35 вопросов, в том числе: возрастная структура; пол; количество членов в семье; наличие прописки; санитарно-гигиенические условия проживания; источник водоснабжения и тд. Исследовано 7050 человек. Опросом охвачено 4005 жителей района Хамадони Хатлонской области, по 1000 жителей Аштского района и

города Истаравшан Согдийской области и 1045 жителей г. Душанбе. Объектом исследования явились члены семьи с рождения до пожилого возраста. Анкеты детей в возрасте до 7 лет заполнялись родителями. Проведено исследование возрастной структуры членов семьи в исследуемых регионах.

Проведенный анализ опрошенных лиц показал, что по г. Душанбе наибольшее количество анкетированных соответствовало возрасту 30-39 лет и составило 248 респондентов (23,7%), по району Хамадони Хатлонской области 40-49 лет, в количестве 809 респондентов (20,2%), по Аштскому району Согдийской области 30-39 лет – 210 (21%) респондентов и по г. Истаравшан Согдийской области составлял 20-29 лет – 321 (32,1%) респондентов. Самый низкий процент в обследуемых районах отмечен среди детей возраста 0-3 лет 1,9%, с 4 до 6 лет 3,3%. Проведен опрос респондентов по полу в г. Душанбе мужчин составил 438 (41,9%), женщин 607 (58,1%), по району Хамадони Хатлонской области - мужчин 2710 (67,7%), женщин 1295 (32,3%); по Аштскому району - мужчин 518 (51,8%), женщин 482 (48,2%) и по городу Истаравшан - мужчин 399 (39,9%), женщин 601 (60,1%). Из общего числа опрошенных женщины составляли - 42,3%, мужчины - 57,7%.

Также объектом исследования являлось количество проживающих лиц в одной семье. Результаты исследования показали, что по городу Душанбе общее количество респондентов, состоящее из 2-3 членов семьи составляет 106 (10,1%), 4 - 5 человек - 328 (31,4%) и 6 - 10 человек - 428 (41,0%), по городу Истаравшан Согдийской области показатели состоящие из 2-3 человек, не зарегистрированы, 4-5 человек 14 (1,4%), 707 (70,7%) соответственно и свыше 10 человек 141 (14,1%). По району Хамадони Хатлонской области общее количество из семей состоящих из 2 - 3 человек, составляло 221 (5,5%), 4 - 5 человек – 460 (11,5%), 6 - 10 человек - 2139 семей, что составило 53,4% и свыше 10 человек - 656 (16,4%). По Аштскому району Согдийской области эти показатели составили: из 2 - 3 человек, не зарегистрированы, 4-5 человек составило 172 (17,2%), состоящая из 6 - 10, составила 423 (42,3%) и свыше 10 человек 39 (3,9%). Установлено, что самое большое количество людей в семьях состоящих из 6 - 10 членов, составило 52,5%

от общего числа опрошенных и наименьшее количество людей в семьях, состоящих из 2 - 3 членов, в опрошенных районах составило 4,6%. Большие семьи, состоящие из 6 - 10 человек больше, встречаются в городах Истаравшан Согдийской области (70,7%) и в районе Хамадони Хатлонской области (53,4%). По подобным показателям Аштский район Согдийской области и г. Душанбе составляли 42,3 и 41% соответственно, что свидетельствует о том, что каждая большая семья является микроочагом глистной инвазии, причем с увеличением ее численного состава резко повышается вероятность заноса и обсеменения всех членов семьи, и тем самым обеспечивается многолетнее течение эпидемического процесса.

Также проведен опрос на предмет выявления наличия прописки у жителей по месту жительства. Результаты опроса показали что в городе Душанбе имеющие 6 и более членов семьи составило 93,5%, по городу Истаравшан Согдийской области 71,1%, по району Хамадони Хатлонской области 97,1%, и по Аштскому району Согдийской области прописаны 62,1%.

Таким образом, 87,9% из общего числа опрошенных лиц прописаны по месту жительства. Жители живущие без прописки, увеличивая количество членов семьи, повышают риск инфицированности по глистным инфекциям. Основной причиной заражения и распространения кишечными паразитами, является использование недоброкачественной питьевой воды, загрязнённой канализационными стоками, что является опасной в эпидемиологическом отношении. Поэтому изучался такой фактор, как состояние обеспеченности семьи питьевой водой из разных источников хозяйственно-питьевого водоснабжения, по источнику водоснабжения. У респондентов испытуемых регионов выяснилось, что 52,9% опрошенных лиц указали на наличие централизованной системы водоснабжения (водопроводное) и 47,1% используют воду из децентрализованной системы водоснабжения (колодцы, скважины). В частности источник водоснабжения из централизованной системы водоснабжения составляет: в городе Душанбе 83,7%, г.Истаравшан - 69,4%, Аштском районе Согдийской области - 97,4% и районе Хамадони

Хатлонской области 29,6%. Оставшиеся 2,6% опрошенных лиц в Аштском районе, 30,6% - в г. Истаравшан, 16,3% - в г. Душанбе и 70,4% - в районе Хамадони Хатлонской области используют воду из децентрализованной системы водоснабжения (колодцы, скважины). Учитывая, что жилищно-бытовые условия также влияют на распространение кишечных паразитов, изучался также вопрос «Тип канализации Вашего дома?». Как выяснилось 65,6% опрошенных лиц из г. Душанбе, 26,4% района Хамадони Хатлонской области, 54,6% Аштского района и 50,7% опрошенных лиц из г. Истаравшан Согдийской области живут в квартирах и домах с наличием централизованной канализаций, а в домах барачного типа с наличием выгребных ям и биотуалетов живут в г. Душанбе – 34,4% опрошенных лиц, в районах Хамадони Хатлонской области, Ашт и городе Истаравшан Согдийской области – 73,6; 45,4; 49,3% соответственно. Таким образом 60,4% опрошенных лиц проживают в домах барачного типа использующих биотуалеты и выгребные ямы, и лишь 39,6% живут в квартирах и домах имеющих централизованную канализацию, в следствии чего риск инфицированности среди населения проживающего в квартирах и домах без централизованной канализации больше, чем у населения проживающего в условиях с наличием центральной канализации.

Также проведен опрос исследуемых на предмет имения санитарно-гигиенических навыков. На вопрос: «Есть ли в Вашей семье у каждого члена семьи отдельные полотенца используемые после мытья рук и принятия ванны?» выявили, что по Аштскому району и городу Истаравшан Согдийский области 88,1% и 78,3% соответственно, 49,6% по городу Душанбе и по району Хамадони Хатлонской области 59,9% опрошенных лиц ответили отрицательно. Из общего числа опрошенных лиц вышеназванных городов и районов у 65,0% населения нет отдельного полотенца и только 35,0% лиц подтвердили о наличие отдельных полотенец.

Общеизвестно, что на распространение глистной инвазии влияет профессия (образованность семьи), уровень дохода, информированность членов семьи о путях передачи глистной инвазии.

В результате исследования была получена и проанализирована информация о числе работающих, не работающих и роде занятий членов семей. Распределение исследуемых членов семьи по роду занятий показал, что по городу Душанбе из 1045 опрошенных лиц 271 (25,9%) составили не работающие, студенты – 124 (11,9%), учащиеся – 296 (28,3%), служащие – 291 (27,9%), работники сельского хозяйства – 19 (1,8%), продавцы мясных продуктов – 13 (1,2%) и 31 (3%) опрошенных лиц составляли работники пищевой отрасли. Показатели по роду занятия из 1000 опрошенных лиц по г. Истаравшан Согдийский области составляли: - 315 (31,5%) временно не работающие; студенты – 33 (3,3%); учащиеся – 280 (28%); служащие – 33 (3,3%); работники сельского хозяйства – 295 (29,5%); продавцы мясных продуктов – 12 (1,2%) и 32 (3,2%) опрошенных лиц составляли работники пищевой отрасли. Показатели опроса по району Хамадони Хатлонской области показал, что из 4005 опрошенных лиц 1510 (37,7%) составили временно не работающие, студенты – 32 (0,8%), учащиеся – 1041 (26%), служащие – 100 (2,5%), работники сельского хозяйства – 1122 (28%), продавцы мясных продуктов – 56 (1,4%) и 144 (3,6%) опрошенных составили работники пищевой отрасли. По Аштскому району из 1000 опрошенных лиц составили 300 (30%) временно не работающие, студенты – 16 (1,6%), учащиеся – 244 (24,4%), служащие – 38 (3,8%), работники сельского хозяйства – 335 (33,5%), продавцы мясных продуктов – 37 (3,7%) и 30 (3,0%) составляли работники пищевой отрасли.

Таким образом, среди опрошенных лиц по городу Душанбе больше всего оказалось учеников (28,3%), по городу Истаравшан Согдийский области – временно не работающих (31,5%), по Аштскому району Согдийский области – работников сельского хозяйства (33,5 %), по району Хамадони Хатлонской области временно не работающих – 37,7%, что связано с отсутствием на этих территориях промышленных предприятий, следовательно местное население вынуждено заниматься в основном приусадебным и огородным хозяйством, скотоводством и ловом рыбы.

Практика показывает, что уровень информированности членов семьи о путях передачи глистной инвазии находится на низком уровне.

Как выяснилось из 1045 опрошенных лиц по городу Душанбе 814 (77,9%) занимаются общей стиркой и 231 (22,1%) осуществляют стирку белья отдельно. Полоскание выполняют под проточной водой 340 (32,5%) и непосредственно в тазу без проточной воды 705 (67,5%). По городу Истаравшан Согдийской области из 1000 опрошенных лиц общую стирку осуществляют 854 (85,4%), отдельную стирку - 146 (14,6%), полоскание под проточной водой 137 (13,7%) и непосредственно в тазу без проточной воды - 863 (86,3%) опрошенных лиц. По району Хамадони Хатлонской области из 4005 опрошенных лиц общую стирку осуществляют 3814 (95,2%), отдельную стирку 191 (4,8%), полоскание белья под проточной водой 206 (5,1%) и непосредственно в тазу без проточной воды 3799 (94,9%) опрошенных лиц. По Аштскому району Согдийской области общая стирка составляла 944 (94,4%) опрошенных и стирка отдельная - 56 (5,6%), полоскание под проточной водой – 40 (4,0%), непосредственно в тазу без проточной воды - 960 (96,0%).

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 91,1% занимаются в быту общей стиркой и полоскают под проточной водой 10,3%; только 8,9% стирают отдельно; 89,7% опрошенных лиц полоскают бельё без проточной воды, что увеличивает риск передачи глистной инвазии среди членов семьи.

Прямым фактором передачи глистной инвазий среди членов семьи является ношение наглаженное нижнее бельё.

Проведенное исследование показал, что по городу Душанбе: 576 (55,1%) респондентов (42,7%) ответили, что всегда носят глаженое нижнее бельё и 469 (44,9%) опрошенных ответили, что не занимаются глажкой нижнего белья в семье. Показатели по району Хамадони, соответственно составили 1815 (45,3%) и 2190 (54,7%) лиц. Показатели по Аштскому району: носят всегда глаженое нижнее бельё 305 (30,5%) лиц и не занимающиеся глажкой нижнего белья составляет 695 (69,5%) опрошенных лиц. Количество опрошенных лиц всегда носящих глаженое нижнее бельё в г. Истаравшан Согдийской области составляет 418 (41,8%), а количество опрошенных лиц не носящих глаженое нижнее бельё составляет 582 (58,2%) лиц.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 44,2% носят всегда глаженное нижнее бельё и 55,8% опрошенных лиц носят не глаженное, что является прямым фактором передачи глистной инвазий среди членов семьи.

Также проведен опрос среди исследуемых контингентов лиц пробующих на вкус продукты питания во время их покупки, без предварительного мытья.

Из общего количества опрошенных лиц по городу Душанбе (1045) на вопрос 370 (35,4%) опрошенных ответили положительно и 675 (64,6%) отрицательно. По району Хамадони Хатлонской области из 4005 опрошенных лиц 995 (24,8%) ответили положительно, что пробуют на вкус продукты во время покупки без предварительного их мытья и остальные 3010 (75,2%) опрошенных лиц на вопрос ответили отрицательно. По городу Истаравшан Согдийский области 377 (37,7%) опрошенных лиц ответили положительно и остальные 623 (62,3%) опрошенных ответили отрицательно. По Аштскому району Согдийский области 270 (27,0%) опрошенных лиц ответили, что пробуют на вкус продукты во время покупки без предварительного их мытья и остальные 730 (73,0%) опрошенных на вопрос ответили отрицательно.

Таким образом, из общего числа опрошенных выяснилось, что 71,5% не пробуют, а 28,5% опрошенных пробуют продукты на базаре на вкус, без их предварительного мытья, что может быть причиной заражения яйцами глистов, в районах с плохой санитарией.

Другим фактором распространения глистной инвазии является контакт с инфицированными продуктами.

Проведенное опрос респондентов показал, что по городу Душанбе 395 (37,8%) опрошенных лиц пробуют сырой фарш на вкус и 650 (62,2%) опрошенных не пробуют. По району Хамадони: 503 (12,6%) пробуют на вкус и 3502 (87,4%) не пробуют. По Аштскому району: 391 опрошенных лиц (39,1,%) пробуют сырой фарш на вкус и не пробуют на вкус – 609 (60,9%). По городу Истаравшан эти показатели составили соответственно 308 (30,8%) и 692 (69,2%).

Выяснилось, что больше всего пробуют на вкус фарш животного происхождения в Аштском районе Согдийском области (39,1 %), где в основном занимаются животноводством.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 77,3% не пробуют, а остальные 22,7% пробуют сырой фарш на вкус, который может быть приготовлен из мяса больных животных.

Другим фактором риска распространенности глистной инвазии среди членов семей, является не соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук перед едой, перед приготовлением пищи, после посещение туалета), как городского, так и сельского населения.

По городу Душанбе 916 (87,7%) опрошенных лиц всегда моют руки перед приготовлением пищи, едой и после посещение туалета и 129 опрошенных лиц (12,3%) об этом забывают. Полученные результаты по району Хамадони показывает, что 3808 (95,1%) опрошенных лиц моют руки и 197 (4,9%) постоянно об этом забывают. По Аштскому району 619 (61,9%) опрошенных лиц всегда моют руки а 381 (38,1%) опрошенных забывают. Показатели по городу Истаравшану соответственно составляют 565 (56,5%) и 435 (43,5%).

Таким образом, исследование гигиенических навыков, таких как мытьё рук перед приготовлением пищи, едой и после посещение туалета показало, что в городах Душанбе, Истаравшан, районах Хамадони и Ашт 83,8% моют руки и остальные 16,2% забывают мыть или не всегда моют руки, что свидетельствует о низком уровне информированности членов семьи о путях передачи глистной инвазии.

Во время анкетирования изучался также вопрос гигиенических мер по соблюдению чистоты ногтей среди членов семьи.

Результаты показали, что по городу Душанбе 726 человек (69,5%), опрошенных лиц ответили, что следят за чистотой ногтей и 319 (30,5 %) лиц на это не обращают внимание. Показатели по району Хамадони: 3065 (76,5%) лиц следят за чистотой ногтей и 940 (23,5 %) лиц на это не обращают внимание. Показатели по Аштскому району: составили соответственно 374 (37,4%) и 626

(62,6 %) лиц. По городу Истаравшан члены семьи ответили: следят за чистотой ногтей 247 лиц (24,7%) и 753 (75,3%) лиц не обращают внимание на чистоту ногтей.

Таким образом, полученные результаты показывают, что из общего числа опрошенных, следят за чистотой ногтей 62,6% и 37,4% не следят, что является прямым показателем риска инфицированности членов семьи глистной инвазией. Гельминтные инфекции, передаваемые через почву, входят в число самых распространенных инфекций в мире и поражают самые бедные и социально-неблагополучные сообщества. Они передаются через яйца, присутствующих в фекалиях человека, которые загрязняют почву огорода или палисадника по месту жительства.

Проведенный опрос респондентов показал, что по городу Душанбе 602 опрошенных лиц (57,6%) ответили о наличии и 443 опрошенных лица (42,4,0%) ответили об отсутствии огорода или палисадника по месту жительства. По району Хамадони Хатлонской области 1565 (39,1%) ответили о наличии и 2440 (60,9%) опрошенных лиц ответили об его отсутствии. Показатели по Аштскому району Согдийской области составили соответственно 758 (75,8,%) и 242 (24,2%) опрошенных лица. По городу Истаравшан Согдийской области ответили «да» 650 (65,0%) и 350 опрошенных лиц (35,0%) ответили «нет».

Полученные результаты показывают, что из общего числа опрошенных лиц наибольшее – 75,8% опрошенных лиц по Аштскому району имеют огород или палисадник около дома, наименьший процент зарегистрирован в районе Хамадони Хатлонской области – 39,1%.

Членам семей, у кого имелся огород или палисадник около дома, задавался вопрос «Используете ли Вы рукавицы во время земляных работ?». По городу Душанбе 366 опрошенных лица (35,0%) ответили «да», 679 опрошенных лиц (65,0%) ответили «нет». Показатели по району Хамадони: 1078 опрошенных лиц (26,9%) ответили «да», 2927 опрошенных лиц (73,1%) ответили «нет». Показатели по Аштскому району: 241 опрошенный (24,1%) ответили «да», 759 опрошенных

лиц (75,9%) ответили «нет». По городу Истаравшан эти показатели составили соответственно 368 (30,7%) и 632 (69,3%) опрошенных лиц

Из общего числа опрошенных удельный вес не использующих рукавицы во время земельных работах больше (69,3%), чем использующих (30,7%). Эти показатели по регионам одинаковы как в городах, так и в районах.

Результаты проведенных опросов показывают, что 27,2% опрошенных лиц по городу Душанбе, 3,6% по району Хамадони Хатлонской области, 3,6% по району Ашт Согдийской области, 21,8% по г. Истаравшан Согдийской области во время уборки используют пылесос и соответственно 72,8%, 96,4%, 96,4%, 78,2% во время проведения уборки используют веник.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц во время уборки, только 14,1% используют пылесос, остальные 85,9% используют веники, что даёт худшие результаты в борьбе с пылью.

Полученные входе исследования данные свидетельствуют о наличии таких факторов риска, как недостаточная частота проветривания квартиры, методов уборки, что негативно влияют на распространенность глистной инвазии среди членов семьи

Таким образом, полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о наличии таких факторов риска, как использование воды из децентрализованных систем водоснабжения (колодцы, скважины), условия проживания, использование одного полотенца всеми членами семьи, не использование рукавиц при работе на огороде или в палисаднике, недостаточная частота проветривания квартиры, методы уборки, соблюдение правил личной гигиены-мытьё рук перед приёмом пищи, все вышеназванные факторы повышают риск распространенности глистной инвазии среди членов семьи.

С целью выявления медико - социальных аспектов распространённости и развития гельминтных заболеваний среди жителей г. Душанбе, районов Хамадони Хатлонской области и Ашт Согдийской области и г. Истаравшан среди членов семьи проведен опрос.

Самым главным компонентом нормального развития каждого члена семьи является рациональное питание. Нами проведён анализ характера и частоты употребляемой пищи среди исследуемых семей. Из общего числа опрошенных лиц выяснилось, что 13,2% употребляют горячие блюда один раз в день, 46,7% два раза и 40,1% употребляют горячее блюда 3 раза в день.

Проведенные исследования по качеству питания показали, что у большинства членов семьи, занимающихся домашним хозяйством и содержанием домашнего скота, в рационе питания отсутствуют молочные продукты, мясо животных и птиц. Причину подобного явления они объясняли продажей продукции животного происхождения и своего скота, на вырученные средства приобретали продукты первой необходимости.

С целью выяснения наличия достоверности информации, проведен опрос респондентов среди населения испытуемых регионов с вопросом «Кто больше страдает от глистной инвазии в семье?», - результаты опроса показали, что 97,2% опрошенных лиц уверены, что от глистной инвазии больше страдают дети.

Также проведено исследование по сбору информации о состоянии здоровья членов семьи. Результаты проведенного опроса показали, что по городу Душанбе мнение опрошенных лиц о состоянии здоровья распределились следующим образом: считают себя здоровыми 764 (73,1%) опрошенных лиц, не считают себя здоровыми - 281 (26,9%). Показатели по району Хамадони Хатлонской области 2752 (68,7%) опрошенных лиц считают себя здоровыми и 1253 (31,3%) – нет. По Аштскому району Согдийской области 937 (93,7%) опрошенных лиц считают себя здоровыми и 63 (6,3%) - не считают. Показатели по городу Истаравшан Согдийской области соответственно составили 834 (83,4%) и 166 (16,6%) опрошенных лиц. Из общего числа опрошенных лиц 75,0% считают себя здоровыми и 25,0% не считают себя таковыми.

Для выяснения информации о наличии глистной инвазии у членов семьи и их родственников, нами проведен опрос.

Так, по городу Душанбе выяснилось, что 455 (43,5%) могут и 407 (39%) не могут привести пример (38,9%) и 183 (17,5%) опрошенных лиц воздерживались

от ответа. По району Хамадони Хатлонской области 1788 (44,6%) опрошенных лиц могут, 1846 (46,1%) не могут и 371 (9,3%) воздержались от ответа. Результаты опрошенных лиц о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников по Аштскому району Согдийской области соответственно составили 126 (12,6%), 825 (82,5%) и 49 (4,9%). По городу Истаравшан Согдийской области 328 (32,8%) опрошенных лиц могут и 456 (45,6%) не могут подтвердить и 216 (21,6%) воздержались от ответа. Таким образом в итоге выяснилось, что только 38,3% из общего числа опрошенных лиц могли и 50,1% не могли привести пример о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников.

Учитывая важную роль иммунитета в организме, особенно при паразитарных болезнях, проведено исследование достоверности получения профилактических прививок респондентами. Результаты проведенного исследования показали, что 98% всех опрошенных лиц привиты профилактическими прививками по возрасту.

С целью установления степени информированности членов семьи к приверженности их к лечению, проведен опрос респондентов о желании лечиться в случаях обнаружения в их кале яйца глистов. Результаты опроса респондентов показали, что 66,8% опрошенных дали своё согласие и 33,2% опрошенных ответили, что не будут лечиться, если в кале обнаружатся яйца глистов, что свидетельствует о низком знании членов семьи о путях передачи гельминтных заболеваний, что требует повышения информированности их знаний в этом направлении.

Также в целях установления причин отказа от лечения проведен опрос респондентов исследованных регионов. Проведенный опрос показал, что причиной отказа от лечения 212 (20,3%) респондентов по городу Душанбе указали на отсутствие денег, 505 (48,3%) опрошенных заявили, что будут заниматься диетотерапией и 328 (31,4%) респондентов затруднялись в ответе. По району Хамадони Хатлонской области 2091 (52,2%) респондентов заявили, что по причине отсутствия денег не будут лечиться, 1043 (26,1%) опрошенных лиц будут заниматься диетотерапией и 871 (21,7%) лиц затруднялись ответить. По

Аштскому району Согдийской области 497 (79,7%) респондентов причину отказа от лечения связывали с отсутствием денег, 265 (26,5%) предпочитали заниматься диетотерапией и 238 (23,8%) опрошенных лиц затруднялись с ответом. Показатели по городу Истаравшан Согдийской области составили соответственно 521 (52,1%) 284 (28,4%) и 195 (19,5%). В итоге из общего числа опрошенных 47,1% отказ от лечения связывали с отсутствием денежных средств, 29,7% опрошенных предпочитали диетотерапию и 23,2% опрошенных лиц затруднились с ответом.

Одной из основных задач семейного врача с целью проведения постоянного скрининга глистной инвазии среди членов семьи является проведение постоянного посещения членов семьи по месту жительства в соответствии установленных нормативных документов. С целью выяснения активности посещения семейным врачом членов семьи по месту жительства проведен опрос испытуемых регионов. Выяснилось, что в 36 (0,5%) случаях из общего числа опрошенных лиц семейный врач вообще не посещает семью, 1 раз в месяц посещает 65,1% респондентов, один раз в 3 месяца посещал 6,1%, 2 раза в год посещает 6,2% и 22,1% случаев семейный врач посещает семью чаще 1 раза в месяц.

С целью выявления знакомства опрошенных лиц со своим семейным врачом респондентам был задан вопрос «Знакомы ли Вы со своим семейным врачом?».

Результаты опроса показали, что 97,3% опрошенных лиц по всем регионам знали своих семейных врачей.

Для выяснения соблюдения мер гигиены при контакте с денежными средствами проводили опрос 7050 респондентов.

Результаты показали, что 353 (33,8%) опрошенных по городу Душанбе при получении заработной платы пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук, 282 (27,0%) опрошенных лиц не делают этого, 143 (13,7%) моют руки после того, как пересчитывают деньги и не обращают на это внимание 267 (25,5%) респондентов. По району Хамадони Хатлонской области 1612 (40,2%)

респондентов пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук, не делая этого пересчитывают свою заработанную плату 573 (14,3%), моют руки после того, как пересчитывают деньги 255 (6,4%) и не обращают на это внимания 1565 (39,1%) опрошенных лиц. По Аштскому району Согдийской области 68 (6,7%) опрошенных лиц пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук и 86 (8,6%) не делая этого, моют руки после того, как пересчитывают деньги 236 (23,6%) и не обращают на это внимания 610 (61,1%) опрошенных лиц. По городу Истаравшан Согдийской области эти показатели соответственно составили 229 (22,9%), 134 (13,4%), 83 (8,3%) и 554 (55,4%) респондентов.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 32,1% пересчитывают деньги, поплёвывая на пальцы рук, 15,2% подсчитывая денег не делают этого, 42,5% не обращают на это внимание и только 10,2% опрошенных лиц моют руки после пересчитывания денежных банкнот.

Нами, также изучены знания респондентов о переносчиках яиц гельминтов через продукты питания или через домашних насекомых (мух, тараканов). Проведенные исследования показали, что из общего числа опрошенных лиц 57,0% не знают о том, что переносчиками яиц гельминтов через продукты питания могут быть мухи и тараканы, что свидетельствует о низком знании респондентов о переносчиках яиц гельминтов.

Также нами проведёны исследования уровня материального дохода каждого члена семьи. Нас интересовал денежный доход членов семьи, который является наиболее важным источником ведения домашнего хозяйства, поэтому в анкету был включён вопрос о его сумме. Известно, что чем ниже семейный доход у семьи, тем большая часть её остаётся за чертой бедности, что естественно отрицательно отражается на здоровье членов семьи. Выяснилось, что 90 (8,6%) опрошенных лиц по городу Душанбе, у 947 (23,7%) опрошенных по району Хамадони Хатлонской области, у 22 (2,2%) и 76 (7,6%) опрошенных соответственно по Аштскому району и городу Истаравшан Согдийской области, денежный доход составляет до 400 сомони в месяц. По городу Душанбе у 47 (4,5%) опрошенных лиц, по району Хамадони Хатлонской области – у 498

(12,4%), по Аштскому району и по городу Истаравшан Согдийской области соответственно у 44 (4,4%) и 7 (0,7%) месячный денежный доход составляет от 401 до 450,0 сомони в месяц. Денежный доход от 451,0 до 500,0 сомони составляет по городу Душанбе - у 70 (6,7%), по району Хамадони Хатлонской области у 757 (18,9%), по Аштскому району и городу Истаравшан Согдийской области - 44 (4,4%) и 87 (8,7%) опрошенных соответственно. Денежный доход от 501,0 до 550,0 сомони составляет по городу Душанбе - у 86 (8,2%), по району Хамадони Хатлонской области 48 (1,2%) опрошенных лиц, по Аштскому району и городу Истаравшан Согдийской области у 879 (87,9%) и 826 (82,6%) соответственно. По городу Душанбе имели 752 (72,0%) опрошенных лиц, по району Хамадони Хатлонской области - 1755 (43,8%), по Аштскому району и городу Истаравшан Согдийской области 11 (1,1%) и 4 (0,4%) опрошенных лиц, денежный доход который составил свыше 551,0 сомони в месяц.

Таким образом, общий денежный доход на каждого члена семьи за один месяц свыше 551,0 сомони был у 35,8%, 26,1% - от 501 до 550,0 сомони и до 400,0 сомони у 16,1% опрошенных. По регионам эти показатели неравномерны. Самый высокий доход свыше 551,0 сомони у 72,0% членов семьи в городе Душанбе самый низкий - по району Хамадони Хатлонской области, где члены семьи получают до 400,0 сомони (23,7 %).

С целью выявления носителей изучался вопрос о приверженности к лечению членов семьи при выявлении глистной инвазии.

Результаты исследований показали, что по городу Душанбе 453 (43,3%), по району Хамадони Хатлонской области 889 (22,2%), по району Ашт и городу Истаравшан Согдийской области соответственно 156 (15,6%) и 276 (27,6%) респондентов привержены установленным срокам лечения при выявлении глистной инвазии. Не приверженных к лечению по г. Душанбе составляет 592 (56,7%), по району Хамадони Хатлонской области 3116 (77,8%), по району Ашт и городу Истаравшан Согдийской области составляет 744 (74,4%) и 663 (66,3%) соответственно. От ответа воздержались по этим регионам 100 (10,0%) и 61 (6,1%) опрошенных соответственно. Из общего числа респондентов только 25,2%

привержены к лечению при выявлении глистной инвазии, остальные 72,5 % не будут соблюдать условия лечения при выявлении у них глистной инвазии и 2,3% опрошенных воздержались от ответа.

Таким образом, в результате проведенных исследований выявлены определённые недостатки, в плане профилактики глистной инвазии среди членов семей, обусловленных несоблюдением правил личной гигиены, низким уровнем информированности населения о путях передачи глистной инвазии, что требует проведения соответствующих мер, направленных на совершенствование, как диагностики, так и профилактики.

В настоящее время рутинные методы диагностики глистно- паразитарных инвазий у членов семьи (метод копроскопического исследования кала на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз) малоинформативны. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) является достаточно информативным методом выявления лямблиоза, аскаридоза, где определяются суммарные иммуноглобулины классов М и G.

Следующей нашей задачей являлось проведение исследований на наличие суммарных иммуноглобулинов (ИГ) классов А, М, и G к антигенам аскарид и лямблий в крови человека методом иммуноферментного анализа (ИФА). В январе 2013 года был подготовлен и подписан пакет документов между Таджикским институтом последипломной подготовки медицинских кадров и паразитологической лабораторией НИИ профилактической медицины. Методом выборки были отобраны члены семей, живущие в благоустроенных четырёх - и пятикомнатных квартирах с централизованным источником водоснабжения. Перед началом исследования семейным врачом был проведён махаллинский совет на тему: «Глистная инвазия, пути передачи, методы диагностики, профилактика». Совместно с медицинской сестрой участка нами посещены семьи и объяснена цель визита, причины предстоящего исследования. Были составлены списки исследуемых членов семей, каждому присвоен идентификационный номер для сдачи мочи и кала, крови на общий анализ и наличие суммарных

иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам аскарид, лямблий методом иммуноферментного анализа. После проведения консультаций по технике сбора мочи и кала были предоставлены одноразовые пластиковые контейнеры каждому члену семьи по две штуки: один для сбора мочи, другой для сбора кала. Накануне никакой диеты не назначалось и противоглистные препараты не выдавались. При сборе мочи указывалось, что её необходимо собирать утром, спустив первую порцию в унитаз, а среднюю порцию собрать в пластиковый стаканчик; кал на яйца глисты собирался в количестве 10 - 15 г в пластиковые контейнеры из свежесвыделенных фекалий. Утром того же дня эти анализы, участковой семейной медицинской сестрой, были собраны по квартирам и доставлены в лабораторию. Кровь для исследования на наличие суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам аскарид лямблий в крови человека методом иммуноферментного анализа забиралась в ГЦЗ №1, г. Душанбе в количестве 5,0 мл одноразовыми шприцами, врачом - лаборантом в процедурном кабинете НИИ профилактической медицины. Во время забора крови для анализа у маленьких детей присутствовали их родители. Из общего числа зарегистрированных членов семей участвовали в исследовании 35 человек. Половозрастная структура исследуемых составляла, - мужской пол 19 (54,3%) и женский пол – 16 (45,7%). Из них детей до 6 - месяцев - один человек (2,9%), от 6 месяцев до одного года - 1 (2,9 %), от 1 года до 2 лет - не зарегистрировано, от 2 до 3 лет - 1 (2,9%), 3 - 4 лет - 3 (8,6%), 5 - 6 лет- 2 (5,7%), с 7 - 8 лет- 1 (2,9%), 9 - 10 лет - 2 (5,7%); подростков от 11 до 16 лет - 2 (5,7%), женщин репродуктивного возраста (от 16 до 49 лет)- 8 (22,8%), мужчин от 16 до 49 лет - 7 (20,0%), женщин от 50 лет до 63 лет - 2 (5,7%), мужчин 50 - 63 лет - 2 (5,7%), женщин пожилого возраста – свыше 64 лет -2 (5,7%), мужчин пожилого возраста до 74 лет – 1 (2,8%).

Среди обследуемых из 35 человек на диспансерном учёте состояли по поводу соматических заболеваний: 3 с сахарным диабетом второго типа (8,6%), 1 после перенесенной черепно - мозговой травмы с левосторонним гемипарезом (2,9%), мигренью - 1 (2,9%), олигофренией -1 (2,9%), гипертонической болезнью – 5 (14,3%), хроническим бронхитом - 1 (2,8%), грыжей межпозвонковых дисков -1

(2,8%), ребёнок с остаточными явлениями рахита – 1 (2,8%), с анемией первой степени – 3 (8,6%), эндемическим зобом- 1 (2,8%). Общая заболеваемость составила 51,4%, остальные 17 человек жалоб не предъявляли и не состояли на диспансерном учёте у семейного врача. Все 13 детей из числа обследованных на 100% получили профилактические прививки по календарю соответственно возрасту.

Всем обследуемым в день осмотра проводилась антропометрия (определялись масса тела, рост, детям до 5 лет измерялась верхняя треть левого предплечья для выявления гипотрофии). Подросткам в амбулаторных картах даны заключения по процентильным шкалам, вторичным половым признакам, оценка нервно - психического развития. У взрослого населения с 20 лет и старше подсчитывался индекс массы тела, проводился посистемный осмотр всех членов семей с использованием фарингоскопии, отоскопии, риноскопии, подсчёта зубов и оценкой состояния, женщинам репродуктивного возраста - пальпация молочной железы, гинекологический осмотр, мужчинам проводилась пальпация предстательной железы, неврологический осмотр. В конце проводилось консультирование по мерам профилактики глистной инвазии среди членов семей. Из 35 членов семей, которые не предъявляли жалоб, при сдаче кала на яйца глистов обнаружен карликовый цепень у 9 человек (25,7%). Из них: у детей до 2-х лет - 1 (11,1%), у детей от 3х до 14 лет - 5 (55,6%), подростки– 1 (11,1%), пожилой мужчина, страдающий сахарным диабетом второго типа - 1 (11,1%), женщина репродуктивного возраста- 1 (11,1%). Аскаридоз выявлен у 3 членов семей (8,6%), цисты лямблий обнаружены у 2 (5,7%), острицы-у 8 членов семей (22,8%). При исследовании установлено, что из 35 исследуемых у 22 (62,8%) человек обнаружены яйца глистов. Из общего числа подвергнувшихся исследованию на глистную инвазию на первом месте по частоте отмечался гименолепидоз–у 25,7%, заражённость острицами – 22,8%, аскаридами - 8,5%, лямблиями – 5,7%.

Следующей задачей исследования, было определение суммарного иммуноглобулина классов А, М и G к антигенам аскарид, лямблий в крови человека методом иммуноферментного анализа для выявления носительства.

При исследовании крови на наличие суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам аскарид методом иммуноферментного анализа положительные результаты выявлены у 14 (31,4%) членов семей: женщин 8 (57,1%), мужчин 6 (42,8%); 8 (57,1%) человек организованного (работающего) населения, 6 (42,8%) неорганизованных (не работающих).

При исследовании нами определялся титр АТ с целью определения давности заболевания и было установлено АТ- 1:100 - 5 (35,7%), АТ- 1:200 - 9 (64,9%).

При внедрении яиц аскарид в организм человека, иммунная система начинает производить специфические антитела. В острой фазе заболевания вырабатывается I g M, который считают маркером этой фазы. После 7-14 дней начинает увеличиваться титр I g G, тем самым снижается I g M в сыворотке крови и продолжает увеличиваться I g G, период перехода инфекции из острой фазы в хроническую. Когда организм справляется с инфекцией, то I g G может длительное время оставаться повышенным. Если пациент получает эффективную антигельминтную терапию через 2 месяца уровень I g G снижается. Таким образом в результате исследований выяснилось, что из общего числа исследуемых 64,9% членов семей заражены аскаридозом (диагностическая чувствительность составляла 95%). При исследовании установлено, что в крови на наличие суммарных иммуноглобулинов классов А, М и G к антигенам лямблий методом иммуноферментного анализа положительные ответы получены у 10 человек (28,5%) среди обследованных членов семей, из них у 4 женщин (40,0%) и 6 мужчин (60%). Из общего числа лиц с положительным результатом к антигенам лямблий организованных (работающих) составлял 8 (80%), неорганизованных (неработающих) - 2 (20%) человек. По определению титра: АТ - 1:200 - 8 человек (80%), АТ-1:800-2 человека (20%) (диагностический титр АТ до 1:200 - результат отрицательный, 1:200 и более – положительный).

Из общего количества исследуемых у 20% членов семей, заражённых лямблиозом, частота распространенности больше среди организованных и среди мужского пола.

Таким образом, при исследовании установлено, что из 35 исследуемых у 22 (62,8%) человек обнаружены яйца глистов. Из общего числа подвергнувшихся исследованию на первом месте по частоте гименолепидоз - 25,7%, острицы - 22,8%, аскариды - 8,5%, лямблии - 5,7%. Гименолепидоз чаще встречается среди детей от 2 –х до 14 лет - 7 случаев (31,8%), у женщин репродуктивного возраста - 1 (11,1%). Аскаридоз выявлен у 3 членов семей (8,5%), цисты лямблий обнаружены у 2 (5,7%), а острицы у 8 (22,8%). По частоте встречаемости глистной инвазии среди членов семей на первом месте гименолепидоз, далее - энтеребиоз, аскаридоз, лямблиоз. При исследовании АТ к аскаридам выявлено, что заражённость чаще встречается среди женского пола, у организованного контингента населения. Из общего числа исследуемых 64,9% членов семей заражены аскаридозом.

При распределении положительных ответов по титру АТ к лямблиям среди членов семьи, заболеваемость отмечается чаще среди мужского пола, у организованного населения.

С целью изучения распространенности гельминтных заболеваний в ГЦЗ №1 города Душанбе проводилось изучение деятельности семейного врача по скринингу гельминтных заболеваний за 2017 год.

В структуре населения, прикрепленного к ГЦЗ №1 города Душанбе, наибольшее количество приходится на возраст 20 - 24 лет и составляет 18.177 (18,4%), наименьшее количество на возраст свыше 80 лет - 293 (0,2%). При распределении по полу установлено, что на территории ГЦЗ №1 лиц женского пола 53,8% больше, чем мужского (46,2%) на 4.906 человек (7,5%).

Последнее десятилетие характеризовалось повышением заболеваемости глистной инвазией среди членов всех семей, особенно социально неблагополучных.

Семейный врач может предположить, в какой семье имеется высокий риск развития гельминтозов. Во время своих активных визитов семейные врачи обращают внимание на такие факторы риска распространения гельминтозов, как наличие централизованной подачи холодной и горячей воды, канализации,

профессия членов семьи. Для оценки выявления распространенности глистной инвазии по территории ГЦЗ №1 города Душанбе проведен анализ лабораторных исследований (сдача кала на яйца глистов) по назначению семейных врачей. Критериями проведения лабораторных исследований явились следующие показатели: снижение процентильных шкал в весовом показателе (ниже 5 центилей), индекс массы тела ниже $18,5 \text{ кг/м}^2$ снижение уровня гемоглобина ниже 90 г/л в общем анализе крови у подростков, призывников, абитуриентов и при оформлении на работу, особенно в пищевой отрасли; диспансерным пациентам, состоящим на диспансерном учёте по поводу других заболеваний. При распределении обследованных лиц наибольшее количество находятся в возрасте 3 – 6, 7 – 14, 15 – 20, 21—29 лет. Наибольшее количество исследований проводилось в апреле – 478, августе - 415, сентябре – 400, наименьшее количество исследований – в феврале - 137, марте - 161, октябре – 165. Это связано тем, что в апреле проводится плановый осмотр детей, поступающих в дошкольные и школьные учреждения, высшие учебные заведения. Всего за 2017 год выявлено 557 случаев глистной инвазии среди членов семей по ГЦЗ №1 города Душанбе. При распределении по виду паразитов установлено, что наибольшее количество гельминтных заболеваний выявлено в апреле, июле, августе, сентябре 2017 года. Установлено, что максимальное количество гельминтов обнаружено в апреле месяце – 100 (18%) случаев глистной инвазии. Из них 64 (64%) случая лямблиоза, гименолепидоза - 27 (27%), аскаридоза - 5 (5%), энтеробиоза – 4 (4%). В июле выявлено 66 случаев глистных инвазий, из них - 43 (65,2%) лямблиоза, гименолепидоза - 6 (9,1%), аскаридоза - 11 (16,7%), энтеробиоза - 6 (9,1%). В сентябре выявлено 65 лиц с глистными инвазиями, из них – 28 (43,1%) случаев лямблиоза, гименолепидоза-11 (16,9%), аскаридоза- 17 (26,2%), энтеробиоза - 9 (13,8%).

Таким образом, наибольшее количество зараженных лиц выявлено в апреле - 100 случаев из 557 обследованных (18%), наименьшее количество в июне - 16 случаев (2,9%).

При этом наибольшее количество выявленных случаев отмечается среди лиц мужского пола - 333 случая (59,8%), женского пола – 224 (40,2%) случая.

Изучался также вопрос распределения случаев глистных инвазий среди членов семей по возрасту.

Как выяснилось из общего числа 557 выявленных случаев глистной инвазии зараженность лямблиозом составила 311 случаев (55,8%), аскаридозом - 115 (20,6%), гименолепидозом – 65 (11,7%), энтеробиозом - 66 (11,9%). При сравнении данных статического центра Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ с данными ГЦЗ №1, можно сделать вывод, что больше половины случаев глистной инвазии остаётся без бдительного внимания семейного врача. При распределении по возрасту наибольшее количество случаев глистной инвазии регистрируется в возрасте 7 - 11 лет - 116 случаев (20,8%), 3 - 6 лет - 102 случая (18,3%), 15 - 20 лет – 100 случаев (18,0%), с 12 – 14 лет – 75 случаев (13,5%), 21 – 29 лет - 57 (10,2%), 2 – года – 41 случаев (7,4%), 30 - 49 лет – 30 (5,4%), 50 - 60 лет – 22 (3,9%) и с нуля до 12 месяцев - 14 случаев (2,5%).

Заболеваемость чаще регистрируется среди лиц мужского пола, по возрасту среди населения от 7 до 11 лет (20,8%), наименьшее с 0 – 12 месяцев 14 случаев (2,5%).

Наибольшее количество зараженных лиц выявлено в апреле месяце – (100 случаев из 557 обследованных – 18%), наименьшее количество – в июне месяце – 16 – 2,9%), что связано с уменьшением скрининговых исследований на выявление глистной инвазии со стороны семейных врачей.

Наибольшее количество заболевших выявлено среди лиц мужского пола - 333 случая (59,8%), женского – 224 (40,2%) случаев.

Вышеизложенное подтверждает важную роль семейных врачей в проведении динамического скрининга за всеми членами семей, с целью выявления глистных инвазий с последующим лечением и диспансеризацией, особенно в семьях с неблагоприятными условиями. Следующей задачей нашего исследования являлось изучение состояния здоровья, структуру заболеваемости детей, проживающих в неблагоприятных регионах. Нами проведено изучение состояния

здоровья детского населения в обследуемых регионах. Результаты состояния здоровья детей города Истаравшан Согдийской области показали, что первое место занимают болезни органов дыхания 528 (0,62% или 621,7‰), второе место – анемия 439 (0,52% или 516,8‰) и третье место - болезни пищеварительного тракта - 272 (0,32% или 320,2‰).

В структуре заболеваемости детского населения Аштского района Согдийской области, первое место занимает анемия - 609 (1,2% или 1162,7‰), второе место - болезни органов дыхания - 344 (0,65% или 656,7‰) и третье место - болезни эндокринной системы - 224 (0,43% или 427,6‰).

В структуре заболеваемости детского населения района Хамадони Хатлонской области, первое место занимают болезни органов дыхания - 2124 (4,5% или 4493‰), второе место – анемия - 497 (1,1% и 1051,4‰) и третье место - болезни пищеварительного тракта - 438 (0,9% или 926,7‰).

Также изучено состояние здоровья детей города Душанбе. Полученные результаты показывает, что в городе Душанбе первое место занимают болезни эндокринной системы - 1906 (0,8% или 682,5‰), второе болезни органов дыхания - 1256 (0,5% или 449,7‰) и третье место - болезни нервной системы – 1052(0,5% или 376,7‰).

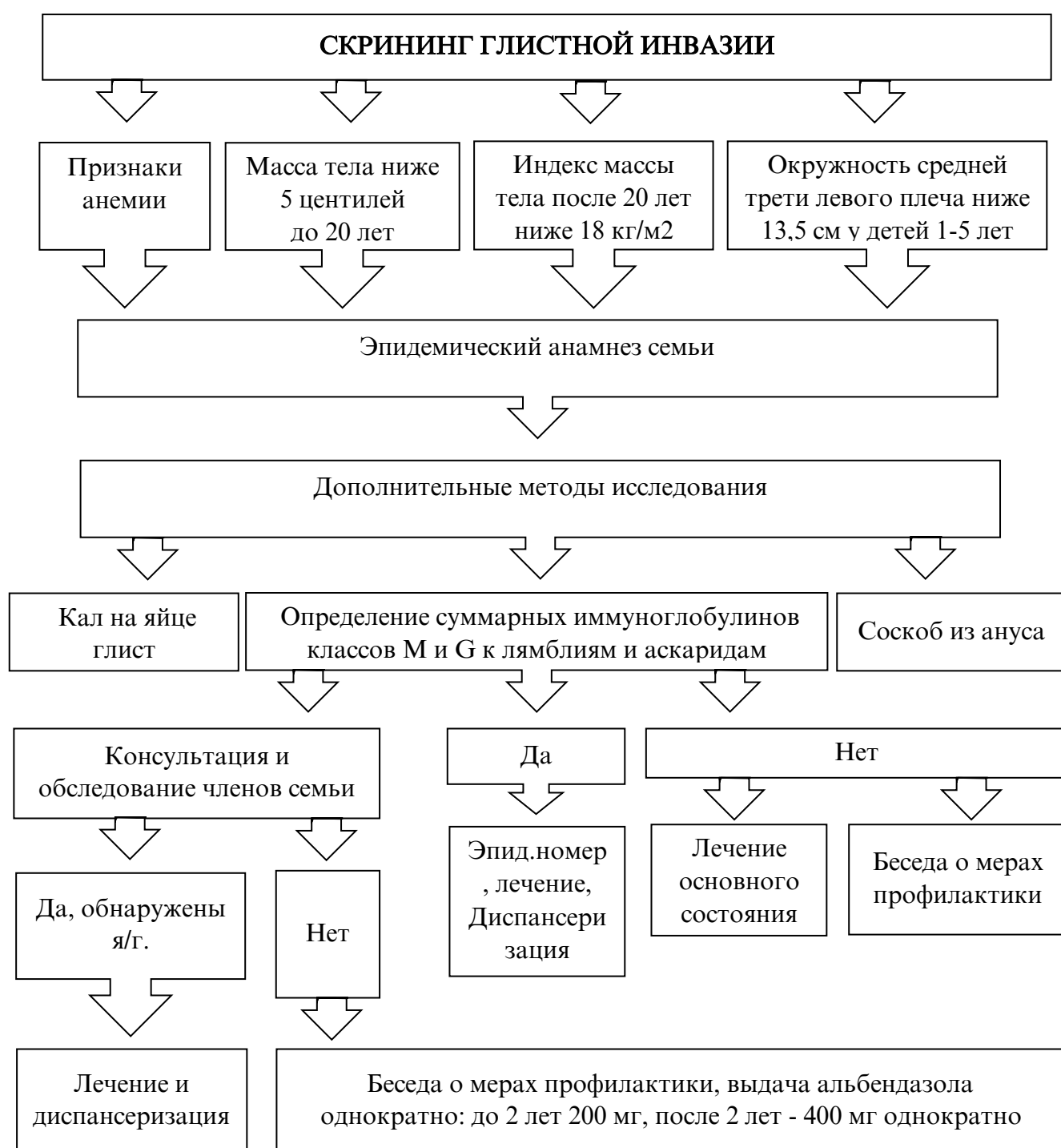
Изучался также вопрос о распространенности гельминтов - лямблий, аскарид, остриц, карликового цепня в исследуемых регионах.

Полученные результаты указывают, что по городу Душанбе больше регистрируется лямблиоз - 62,5 случаев на 100 тыс. населения. Наименьшее количество случаев лямблиоза на 100 тыс. населения зарегистрировано в Аштском районе Согдийской области (34,4). Наибольшее количество аскаридоза зарегистрировано в городе Истаравшан Согдийской области 607,8, в районе Хамадони Хатлонской области - 410,6, в Аштском районе Согдийской области – 358,1 случаев на 100 тыс. населения, наименьшее количество в городе Душанбе - 11,2 случаев. Самое большое количество энтеробиоза зарегистрировано в районе Хамадони Хатлонской области - 50,3 случаев, наименьшее количество

регистрируется в городе Истаравшан- 16,5 и в Аштском районе Согдийской области - 22,0 случаев.

Учитывая вышеизложенное, для ограничения распространенности часто встречаемых глистных инвазий и совершенствования профилактической деятельности в Республике Таджикистан на уровне первичной медико-санитарной помощи, нами разработан алгоритм на выявление (скрининг) глистных заболеваний на уровне учреждений ПМСП.

Алгоритм на выявления гельминтных заболеваний на уровне ПМСП в РТ



Следующая задача нашего исследования состояла из определения уровня знаний семейных врачей в области гельминтных заболеваний по ГЦЗ №1 города Душанбе, а также повышение уровня знаний в области эпидемиологии, клиники, лечения, диспансеризации гельминтных заболеваний.

Проведено тестирование знаний семейных врачей ГЦЗ №1 города Душанбе в области эпидемиологии, клиники, диспансеризации глистных инвазий. Городской центр здоровья №1 города Душанбе состоит из 10 семейных отделений, лаборатории, отделения функциональной диагностики и репродуктивного центра. Всего врачей в центре здоровья №1 города Душанбе 85, в том числе 72 женщины и 13 – мужчин. Из них семейных врачей 54. Проведенный анализ квалификационные категории семейных врачей работающих в ГЦЗ №1 г. Душанбе показал, что из 54 семейных врачей, с высшей категорией составляли 16 (29,6%), с первой категорией - 14 (25,9%) и со второй категорией 24 (44,5%).

С целью определения уровня знаний семейных врачей был разработан тестовый вопросник по гельминтным инфекциям. Тест состоял из 10 вопросов, в том числе: какие существуют пути передачи глистных инвазий?, каков механизм действия глистных инвазий на организм?, какие виды глистной инвазии Вы знаете?, какие существуют места обитания глистных инвазий?, каковы пути выведения яиц глистов?, каковы клинические проявления болезни?, при каком виде глистной инвазии возникает реинвазия (самозаражение)?, каковы сроки диспансеризации при энтеробиозе?, каковы сроки диспансеризации при гименолепидозе?, каковы сроки диспансеризации при аскаридозе?.

Результаты проведенных предтестов всех семейных врачей ГЦЗ №1 были неудовлетворительными (23,2%).

На вопросы: «Пути передачи глистных инвазий?» и «Механизм действия глистных инвазий на организм?» все семейные врачи ответили правильно (100%). На третий вопрос: «Какие виды глистных инвазий Вы знаете?» из 54 семейных врачей 28 (51,9%) ответили правильно и 26 (48,1%) неправильно. На четвертый вопрос: «Какие места обитания глистных инвазий Вы знаете?» - 42 (77,8%) семейных врачей ответили правильно и 12 (22,2%) - неправильно. На пятый

вопрос: «Пути выведения яиц глистов?», «Через слюну» ответили - 35 (64,8%) и через испражнения - 19 (35,2%). На шестой вопрос: «Какие клинические проявления болезни?» ответили правильно—22 (40,7%) и неправильно - 32 (59,3%) респондентов. На седьмой вопрос: «При каком виде глистных инвазий возникает реинвазия (самозаражение)?»- 42 (77,8%) семейные врачи ответили - при энтеробиозе и 12 (22,2%) ответили - при гименолепидозе. На три последних вопроса о сроках диспансеризации при энтеробиозе, гименолепидозе и аскаридозе все респонденты тестирования ответили неправильно. Дополнительно, каждому семейному врачу были выданы индивидуальные задачи по расчёту выдачи антигельминтных препаратов по возрасту и по массе тела. Все 54 семейных врача решили задачи неправильно. Полученные результаты показывают, что практикующие семейные врачи не владеют в полном объёме немедикаментозным и медикаментозным способами лечения, их назначения не соответствуют стандартам, не используются данные доказательной медицины. Назначается нерациональная антигельминтная терапия. Таким же был и уровень знаний о дифференциальной диагностике гельминтных заболеваний. В клинической практике семейные врачи в первую очередь обращали внимание на следующие симптомы: есть ли бруксизм (скрипение) зубов, слюнотечение, при осмотре обращали внимание на появление белых пятен на лице. Во время осмотра пациента 44 (81,5%) семейных врачей осматривали пери анальную область и только 10 (18,5%) гениталии у девочек.

Учитывая все вышеперечисленные недостатки в знаниях семейных врачей, для них была проведена научно-практическая конференция по данной тематике. Продемонстрирован полный осмотр пациента при подозрении на глистную инвазию, включая измерение массы тела и роста, подсчета индекса массы тела после 20 лет, с рождения и до 20 лет - использование центильных шкал, сбор эпиданамнеза. Задавались такие вопросы, как наличие индивидуальных полотенец, стрижка ногтей, влажная уборка квартиры, использование рукавиц при земельных работах, источники водоснабжения, канализация, проведение скрининга глистной инвазии, прием альбендазола во время дней национальной

дегельминтации, осмотр перианальной области и области наружных половых органов у девочек. После проведения научно-практической конференции повторно проведен мониторинг деятельности семейных врачей, который показал положительную динамику в их знаниях, в области гельминтных заболеваний. При повторном проведении тестирования уровень теоретических знаний увеличился с 23,2% до 81%.

Проверка амбулаторных карточек с акцентом на сбор эпиданамнеза установила, что после сбора анамнеза заболевания описывается эпидситуация семьи, количество членов семьи, обращается внимание на наличие отдельных полотенец, проглаживание нижнего белья, стрижку ногтей, уборку квартиры, санитарный уровень семьи.

К сожалению, исследование кала на яйца глистов и простейших показало, что при выявлении возбудителей инвазированных остаются без назначения соответствующего лечения.

Обучение специалистов семейной медицины через повышение знаний, умений, использования практических навыков, проведение консультирования с членами семьи повысило качество работы с населением, улучшилась выявляемость, диагностика, лечение, профилактика и диспансеризация гельминтных заболеваний.

Проведение научно – практических конференций является большим компонентом непрерывного медицинского образования среди семейных врачей. Процесс непрерывного медицинского образования врачей в том числе семейного врача – является реальным путём повышения потенциала и качества знаний. Практика показала, что необходимо больше привлекать семейных врачей к непрерывному медицинскому образованию во всех регионах Республики Таджикистан на уровне ПМСП.

Исходя из вышеизложенного, учитывая эпидемиологическую ситуацию по гельминтным заболеваниям среди населения Республики Таджикистан и низкое знание семейных врачей, следует чаще привлекать семейных врачей к

непрерывному медицинскому образованию, отслеживать уровень знаний и навыков семейных врачей для последующего проведения тренингов.

Для изучения профилактической работы семейного врача изучены показатели охвата выдачи альбендазола и празиквантела детям в возрасте 7-17 лет (проживающих) на территории обслуживания ГЦЗ №1 г. Душанбе в октябре 2017 года.

Общее число охвата школьников получивших противоглистные препараты составило 17468 (99,98%). На территории обслуживания ГЦЗ №1 города Душанбе находятся 7 средних школ (№ 5, 50, 57, 58, 77, 78 и 91), одна школа - сад №5 и один интернат №1. Средняя численность учащихся школ составила 17472, в том числе из них 344 неорганизованных детей.

Для выполнения этой задачи в ГЦЗ №1 г. Душанбе были созданы бригады, состоящие из семейных врачей и медицинских сестёр, во главе с заведующими семейных отделений. Эти бригады обслуживали территории детских школьных учреждений, их задачей было за 3 месяца получить списки классов, которые были подготовлены и предоставлены классными руководителями. По утвержденному графику семейными врачами были проведены беседы с родителями о путях передачи глистной инвазии, о выдаче противоглистных препаратов детям от 7 до 17 лет, целях и задачах этой программы, осведомление родителей о противопоказаниях для назначения препаратов. Выданы информативные буклеты для родителей. У входа в каждую школу, за 14 дней вперёд, был вывешен баннер с датой проведения дегельминтации. Для проведения этих мероприятий в день выдачи препаратов семейными медсёстрами и классными руководителями была подготовлена выдача горячей кипячёной воды и одноразовых стаканчиков для питья. Родители были информированы о побочных действиях препарата и при появлении первых симптомов могли обратиться в штаб ГЦЗ №1, или к своему семейному врачу.

На территории ГЦЗ №1 г. Душанбе находились 344 неорганизованных детей, списки которых были своевременно предоставлены семейным врачам и медсестрами. Эти дети обслуживались непосредственно в здание ГЦЗ №1, в

специально отведенном помещении. Учащиеся, которые не были охвачены дегельминтизацией по причине отсутствия в день выдачи альбендазола и пракзивантела, принимали таблетки дома.

Списки детей, не подвергшихся дегельминтации по причине временного выбытия в другие регионы страны, переданы в центральный штаб при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения республики. Следующей задачей семейного врача и медицинской сестры, было занесение даты дегельминтации в формы №63 и 026. Для качественного выполнения задачи создана внутренняя группа, которая проводила мониторинг выполнения программы.

Таким образом, лица поражённые гельминтозами подлежат дегельминтации, которая преследует две цели: лечение инвазированных и профилактику болезни. Первоочередная задача семейного врача профилактическая работа с членами семьи. Если семейный врач некомпетентен то проведение профилактических мероприятий будут несовершенной.

Таким образом, проведенное эпидемиологическое и социально гигиеническое исследование, направленное на выявление причин болезней, мер профилактики, диагностики и лечения кишечных гельминтозов, имеющих широкое распространение среди населения исследуемых регионов республики, выявлены определённые недостатки, обусловленные использованием недоброкачественной воды (47,1%), недостаточным уровнем профилактики глистной инвазии среди членов семей, обусловленных несоблюдением правил личной гигиены, низким уровнем информированности населения и знанием врачей о путях передачи глистной инвазии, требует проведения соответствующих мер, направленных на совершенствование как диагностики, так и профилактики.

Вышеизложенная динамика часто встречаемых глистных инвазий в исследуемых регионах республики свидетельствует об эффективности внедрения «Программы по борьбе с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы» (приказ Минздрава от 7.09.2010г. №519) и обосновывает: во первых, продолжение её в исследуемом регионе и принятие

подобной программы на последующие годы; во вторых, необходимость контроля за её внедрением на широкомасштабном популяционном уровне. Несмотря на неоднозначные показатели заболеваемости глистных инвазий в регионах страны, обеспечивается непрерывность профилактических мероприятий, совершенствуется диагностика, профилактика и лечения больных глистной инвазией, что в ближайшее десятилетие, несомненно, приведет к снижению часто встречаемых глистных инвазий в республике, что требует регулярного динамического наблюдения за дальнейшей организацией и проведению скрининговых исследований.

Выводы

1. По данным официальной статистики часто встречаемые глистные инвазии занимают ведущее место в структуре заболеваемости и инвалидности наблюдается продолжающийся рост этих показателей среди населения РТ

Из общего числа выявленных случаев глистной инвазии 557 зараженность лямблиозом составила (55,8%), аскаридозом - (20,6%), гименолепидозом - (11,7%), энтеробиозом - (11,9%). Проведённый опрос показывает, что распространенность среди населения гельминтов зависит от источника водоснабжения, санитарно-гигиенических условий проживания, от профессии (образованность семьи), количества членов в семье, уровня материального достатка, информированности членов семьи [2 – А; 3 – А; 4 – А; 6 – А; 8 – А; 10 – А].

2. Основными факторами распространенности глистной инвазии являются популяционно - демографические факторы, их процент составил 87,9%; медико - социальные причины: 52,5% случаев зависит от количества членов семьи (семья состоящая их 6 - 10 человек); от источника водоснабжения и состояния канализации (52,9% обследованных имеют доступ к постоянной холодной воде); информированности населения о глистных инвазиях и путях передачи - только 43,0% из общего числа анкетированных имеют подобные знания. Низкий уровень санитарной культуры населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические и бытовые условия способствуют высокой распространенности гельминтных заболеваний [1 – А; 2 – А; 5 – А; 7 – А; 9 – А; 10 – А; 11 – А].

3. При изучении структуры здоровья детского населения в обследуемых регионах установлено, что среди сопутствующих соматических заболеваний у детей по городу Истаравшан Согдийской области первое место занимает болезни органов дыхания - 528 (0,62% или 621,7‰), второе место – анемия - 439 (0,52% или 516,8‰) и третье место - болезни пищеварительного тракта - 272 (0,2% или 320,2‰) [9 - А].

По Аштскому району Согдийской области первое место занимает анемия - 609 (1,2% или 1162,7‰), второе место - болезни органов дыхания - 344 (0,65%

или 656,7‰), третье место - болезни эндокринной системы - 224 (0,43% или 427,6‰). По району Хамадони Хатлонской области первое место занимают болезни органов дыхания - 2124 (4,5% или 4493‰), второе место – анемия- 497 (1,1% или 1051‰) и третье место - болезни пищеварительного тракта - 438 (0,9% или 926,7‰). По городу Душанбе первое место занимают болезни эндокринной системы - 1906 (0,8% или 6282,5‰), на втором месте - болезни органов дыхания - 1256 (1,3% или 449,7‰) и на третьем месте - болезни нервной системы – 1052 (1,1% или 376,7‰) [9 - А].

4. Разработанный алгоритм на скрининг гельминтных заболеваний на уровне учреждений ПМСП является эффективным методом диагностики, лечения и контроля глистных инвазий среди населения РТ [6 - А].

Практические рекомендации

1. В целях раннего выявления и последующего эффективного лечения целесообразно регулярно осуществлять скрининговые исследования на выявление носителей глистных инвазий, проводить своевременное консультирование членов семьи о факторах риска распространенности гельминтных заболеваний для последующего внедрения эффективных вмешательств по их профилактике.

2. На уровне первичной медико - санитарной помощи необходимо ежегодно проводить тренинги по диагностике, лечению, сроках диспансеризации при гельминтных заболеваниях.

Целесообразно выделить регионов высокого риска развития гельминтных заболеваний, имеющих в анамнезе один и более факторов риска, с целью проведения на местах профилактических мероприятий с обязательным контролем механизма обратной связи.

3. Оказание медицинской помощи, больным глистными заболеваниями, на уровне первичной медико-санитарной помощи позволит своевременно диагностировать состояние здоровья в проведении мониторинга в деле лечебно – профилактической работы.

4. Использовать разработанный алгоритм скрининга на выявление гельминтных заболеваний, который рекомендуется внедрить в учреждениях ПМСП, учебные программы кафедр семейной медицины, инфекционных заболеваний, педиатрии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и в лабораториях разных уровней.
5. Регулярное проведение подготовки и переподготовки практикующих семейных врачей первичного уровня здравоохранения (ПМСП) по вопросам путей передачи, механизма действия, видов, мест обитания, путей выведения яиц глистов, клинических проявлений болезни, медикаментозных и немедикаментозных способов лечения, реинвазии и диспансеризации носителей глистной инвазии.

Список литературы

1. Абдиев, Т.А., Массовая дегельминтизация как метод резкого снижения пораженности населения гельминтозами // Т.А Абдиев. - Проблемы медицинской паразитологии. - 1990. - №1. С. 3 - 7.
2. Абдиев, Т.А. Организация борьбы с паразитарными болезнями в Узбекистане / Т.А. Абдиев, Г.Ш. Шамгунова //Мед.паразитол. - 2001.- №3.- С. 60 - 61.
3. Абдулазизов, А.И. Опыт многолетней борьбы с гельминтозами в горных районах Дагестана. /А.И. Абдулазизов // Мед. Паразитология. -2005.- №2. -С. 33 - 35.
4. Авдюхина,Т.И. Энтеробиоз. Клиническая паразитология: Монография. / Т.И. Авдюхина // – М.:Медгиз, - 2002.- . 260 с.
5. Авдюхина, Т.И., Энтеробиоз Клиническая диагностика, лечение, эпидемиология, профилактика / Т.И. Авдюхина, Т.И Константинова. – Медицина, 2003. - 56с.
6. Адоева, Е.Я. Паразитарные болезни человека / Е. Я. Адоева, А.М Баранова, А.М Бронштейн. – М.: 2006. 589с.
7. Азимов, Г.Д. Влияние водного фактора на здоровье населения Республики Таджикистан / Г.Д. Азимов, К.Н. Дабуров / Сб. трудов 59 годичной науч.-практич. конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, посвященной 20 летию государственной независимости Республики Таджикистан.- Душанбе. – 2011. – С. 56-57.
8. Ахмедова, М.А. Знание основ эндокринологии в процесс обучения семейного врача / М. А. Ахмедова. Здравоохранения Таджикистана. 2011. №3. – С. 5.
9. Багдасарьян, Г.А. Санитарная охрана почвы в профилактике бактериальных, вирусных и паразитарных заболеваний / Г.А. Багдасарьян, Ю.Г. Талаева, М.И. Тарков, Н.А. Романенко, // Санитарная охрана почвы: сб.тр. / Моск.- М., 1971.- С. 26-27.
10. Байрамгулова, Г.Р. Санитарная охрана почвы как основа профилактики аскаридоза в Башкирском Зауралье: автореф. дис. канд. мед. наук 14.00.33. / Байрамгулова Г.Р. – М., 2000.- 24с.

11. Бабамурадов, К.Ш. Англо - русский медицинский словарь. / К.Ш. Бабамурадов.- М.: Медгиз, 2000. - 104 с.
12. Бандаев И.С. Научное обоснование и разработка системы непрерывного медицинского образования специалистов по семейной медицине в Республике Таджикистан и изучение ее эффективности: автореф. дисс..... док. мед. наук: 14.02.03 / Бандаев Илхом Сироджидинович Казан., 2013. – 24 с.
13. Баранова А. А. Детские болезни / А. А. Баранова.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. 753с.
14. Беляков В.Д. Введение в эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний человека / В.Д. Беляков // М.: Медицина, 2001.- 264 с.
15. Басанова, Ц.Б. Инфекционные заболевания. Профилактика и лечение / Ц. Б. Басанова. – М.: Элиста АПП «Джангар», 2000. -: 214с.
16. Безденежных, И.С. Эпидемиология / И. С. Безденежных. – М.: Медицина, 1981. 320с.
17. Белополюский, Ю.А. Справочник по инфекционным болезням / Ю.А. Белополюский. М.: Эксмо, 2009. 18с.
18. Беляев, А.Е. Эпидемиологический надзор при аскаридозе. /А.Е. Беляев, З.А. Ошевская // Паразитология. - 1991. - №6. С. 11.
19. Беляков, В.Д. Методические основы медико - экологического районирования. Региональные проблемы здоровья населения в России.: метод. рекомендации / В.Д. Беляков. М., 1993.-21с.
20. Белоусова, Н.А. Эпидемиология и инфекционные болезни /Н.А Белоусова. // Эпидемиология инфекционные болезни.- 1997. - № 1 С. 23.
21. Боголекова Г.З. Большая медицинская энциклопедия./ Г.З. Боголекова, А.Н. Бахулев. Мед. Лит., 1957. 176 с.
22. Борзосеков, А.Н. Методы дезинвазии сточных вод и их осадков в условиях Центрально - Черноземной зоны (на примере Курской области): авторефер. дис...канд.мед. наук /А.Н Борзосеков. - Москва, 2006.- 23с.
23. Бубнова, М.М. Инфекционные болезни в детском возрасте / М.М. Бубнова. – М.: Медицина, 1964. 670 с.

24. Бунин, К.В. Инфекционные болезни / К.В. Бунин.- М.: Медицина, 1984. 22с.
25. Бурмакина, В.Ф. Особенности эпидемиологии аскаридоза в различных ландшафтных зонах Центрального Таджикистана / В.Ф. Бурмакина.- Научные труды по паразитологии - 1965.- № 1.С. 101.
26. Бурмакина, В.Ф. Сезонность заражения аскаридозом и рациональные сроки дегельминтизации в различных климатических зонах / В.Ф. Бурмакина. // Здравоохранение Таджикистана.-1961. № 6.- С. 56-58.
27. Булекбаева, Ш.А. Вопросы клинической медицины. / Ш.А.Булекбаева. – А.: 2004. - 112 с.
28. Бронштейн, А.Б. Паразитарные болезни человека / А.М. Бронштейн, А.К. Токмалев. Издательство Российского Университетета дружбы народов., 2002. - 112с.
29. Брюхановой, Л.К. /Справочник по инфекционным заболеваниям у детей Л.К.Брюхановой, И. А. Колучина. СПб.;Перспектива., 1998. 208с.
30. Василькова, З.Г. Основы санитарной гельминтологии / З.Г. Василькова.- М.: Медгиз, 1950. -148с.
31. Василькова, З.Г. Особенности эпидемиологии аскаридоза и меры борьбы с ним в различных зонах СССР. /З.Г. Василькова//Материалы 13 Всес. съезда гигиенистов, эпидемиолог, микробиолог и инфекционистов. - 1959. Т. 11.- С. 360-365.
32. Власов В.В. Эпидемиология / В.В. Власов. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – С. 393 – 396.
33. ВОЗ. Безопасная питьевая вода в Европе? Онлайн ресурс [http: // www. euro. who. int / ru / about – us / pathers news / nevs / 2018 / 3 / sate – drinking – vaterin – europe](http://www.euro.who.int/ru/about-us/pathers/news/nevs/2018/3/sate-drinking-vaterin-europe).
34. ВОЗ. Инвестирование в водоснабжение и санитарию: расширению доступа, уменьшение неравенства WHO / FWC / 15.06.2016. - 20 с.
35. ВОЗ. Онлайн ресурс [http: // www. who. int / ru / news – room / detail / 12-07-2017 – 2 – 1 billion – people – lack – sate drinking – water – at – home –more – than – twice – es – sanu – lack – safe – sanitation](http://www.who.int/ru/news-room/detail/12-07-2017-2-1-billion-people-lack-sate-drinking-water-at-home-more-than-twice-es-sanu-lack-safe-sanitation).

36. Гафурова, З.М. Гельминтозы в республике Башкортостан / З.М. Гафурова. // Мед. Паразитол. - 1994. №3. - С. 52-55.
37. Гафурова,З.М. Новые подходы к профилактике гельминтозов в Республике Башкортостан / З.М. Гафурова. // Здоровье населения Российской Федерации и пути его улучшения. - 1994. -№2 -С. 173-174.
38. Гафурова, З.М. Эколого - социальные основы эпидемиологии и профилактики основных гельминтозов на Южном Урале (на примере Республике Башкортостан): автореф. дисс...докт. мед.наук / З.М. Гафурова Москва, 1996. - 43 с.
39. Гандельсман, Б. Дезинфекционное дело / Б. Гандельсман.- М.: Медицина, 1971. 391с.
40. Грабер, А. Руководство по семейной медицине / А. Грабер. М. Латернер.: Бином., 2002. - 176 с.
41. Дабуров, К.Н. Состояние обеспечения питьевой водой населению ГБАО Республики Таджикистан / К.Н. Дабуров, Г.Д. Азимов, Н.Б. Бахтиёрова / Сборник научных статей 65годовой международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино ТОМ 2. – Душанбе. – 2017. – С. 355-357.
42. Денисов, И.Н. Клинические рекомендации для практикующих врачей: метод.рекомендации / И.Н Денисов, В.И Кулаков, Р.М Хаитов. – М., 2001. – 42с.
43. Денисова, И.Н. 2001 болезней от А до Я / И.Н Денисова, Э.Г Улумбекова. - ГЭОТАР - МЕД, 1988. 67 с.
44. Денисов И.Н. Практическое руководство для врачей общей практики / И.Н Денисов.- М.: ГЭОТАР, 2001.- 392с.
45. Дудникова, Э В. Современные взгляды на кишечный дисбактериоз у детей / Э.В.Дудникова. //Южно - Российский медицинский журнал.- 2002. №2. С. 128.
46. Джангар, М. Инфекционные заболевания, профилактика, лечения: инструкция по обследованию населения на гельминтозы / М. Джангар.- М.:АПП, 2000. - 216 с.
47. Джон Нобель. Общая врачебная практика / Джон Нобель. М.: Медицина, 2005. – 252 с

48. Доклад о человеке развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее для всех ПРООН; пер. с англ. ; М.: Весь Мир, 2011. 188 с.
49. Елесева Ю.Ю. Анализы. Полный справочник / Ю.Ю. Елесева. М.: ЭКСМО, 2010 – 323 с.
50. Зильбер, Д.А. Гигиена. Медицина / Д.А. Зильбер, Г.А. Митерова. Медицина., 1970. 383с.
51. Зильбер, Л.А. Избранные труды: бактерии, вирусы, иммунитет / Л. Азильбер.- Л: Медицина, 1971. 439 с.
52. Иванова, В.В. Инфекционные болезни у детей / В.В. Иванова. - М.: Политехника, 2009. 518 с.
53. Джангар. Инфекционные заболевания, профилактика, лечения: инструкция по обследованию населения на гельминтозы / М. Джангар.- М.:АПП, 2000. - 216 с.
54. Ишук, Н.Д. Инфекционные болезни / Н.Д Ишук, Ю.Я Венгеров. - Медицина.: 2003. 519с.
55. Лысенко, А.Я. Клиническая паразитология / А.Я Лысенко,. М.Г Владимирова, А.В Кондрашин. Ж., 2002. - 734 с.
56. Камариддинов, Х.К. Инфекционные и паразитарные болезни. Душанбе. Главная научная редакция Таджикской национальной энциклопедии / Х.К. Камариддинов.- Д.: Ватанпарвар, ТНЭ 2009. – С. 556-560.
57. Камариддинов, Х. К. Инфекционные болезни: Руководство для врачей / Камариддинов, Х. К. Д.:ТНЭ, 2005. 430 с.
58. Камариддинов Х.К. Тропические и паразитарные болезни человека: Руководство для врачей / Х.К. Камариддинов.- Душанбе: - 2003. – 148 с.
59. Каримова К.К. Влияние санитарной очистки и дегельминтизации на загрязненность внешней среды яйцами гельминтов //Научные труды по паразитологии Душанбинского института эпидемиологии и гигиены. 1966. №1. С. 126 - 134.60. Касьянов, В.И. Эколого - паразитологические и организационные основы профилактики аскаридоза в условиях крупномасштабного хранения твердых отходов: автореферат дис... канд. мед наук / В.И Касьянов. – Москва, 2005. 24с.

61. Козловская, Л.В. Учебное пособие по клиническим лабораторным методам исследований :метод. рекомендации / Л.В. Козловская, А.Ю Николаев. - М., 1984. 27 с.
62. Кондрашин,А.В. Опыт комплексного паразитологического изучения аридных ландшафтов (на примере южного Таджикистана): дисс...канд. мед.наук / А.В Кондрашин. Москва, 1969. - 273 с.
63. Корсунский, А.А. Профилактическая и превентивная гастроэнтерология детского возраста как один из путей снижения заболеваемости детей и взрослых. Лекции для врачей / А. А. Корсунский. – М.: Медгиз, 1999. 64 с.
64. Котельников,Г.А. Гельминтологические исследования окружающей среды / Г.А.Котельников. – М.:Росагропромиздат, 1991. - 148с.
65. Краснов, В.В. Инфекционные болезни в практике педиатра / В. В. Краснов. - Н.:НГМА, 1997. - 103 с.
66. Краснонос Л.Н. Многолетняя выживаемость яиц аскарид *A. lumbricoides* в почве Самарканда / Н. Краснонос //Мед.паразитол. - 1978. - №4. С. 103 - 105.
67. Лысенко, А.Я. Клиническая паразитология / А.Я Лысенко,. М.Г Владимирова, А.В Кондрашин. Ж., 2002. - 734 с.
68. Лобзин, Ю. В. Руководство по инфекционным болезням / Ю.В. Лобзин. - М. :СПБ: Фолиант, 2000. 932 с.
69. Лысенко, С.А. Принцип эпидемиологического надзора при паразитарных болезнях / С. А. Лысенко, А. Е. Беляев // Мед. паразитол. и паразит, болезни. - 1990. №2. С. 3-5.
70. Лысенко, С. А. Паразитарные болезни в России: метод. рекомендации / С. А. Лысенко, С. А. Беэр. - М., 1993. – 21с.
71. Макарин, А. В. Первичная и вторичная профилактика глистной инвазии на современных этапе / А. В. Макарин // Мед. Паразитология. - 1996. №3. С.76.
72. Малышева, Н.С. Экологический мониторинг профилактики паразитарных болезней в центрально-черноземной зоне Российской Федерации: дис...доктора биолог.наук / Н.С.Малышева. - Москва, 2006. 45 с.

73. Мансуров, А.А. Некоторые вопросы эпидемиологии аскаридоза в Узбекистане // А. А.Мансуров //Актуальные вопросы медицинской паразитологии в Узбекистане - 1989. - № 1 С. 65 - 67.
74. Мазаева, В.Т. О контроле качества питьевой воды и состава сточных вод новых нормативных актах РФ / В.Т. Мазаев // Водоснабжение и санитарная техника. 2015. №4. С.94-97.
75. Марк, А. Руководство по семейной медицине / А Марк, А.М.Грабер., А. Лантернер. - М: Бином, 2002. 176 с.
76. Маълумоти Агентии омури назди Президенти ҚТ “оид ба маоши ҳадди ақал дар ҚТ” – 2019.20.03 ҳудуди 400 сом. ё 42,0 \$.
77. Мирзоева, Р.К. Роль национальных блюд в передаче инвазионного материала в условиях Средней Азии. Научные труды Федерального научного центра гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана «Факторы риска и здоровье населения в регионах России» / Р.К. Мирзоева, Н.А. Романенко. – Липецк. -2004.- Выпуск 13. – С. 3.
78. Мирзоева, Р.К. Распространение кишечных гельминтозов и лямблиоза и оптимизация борьбы с ними в условиях Душанбинской агломерации: дис...канд. биолог.наук /Р.К. Мирзоева. - Москва, 2002. 25 с.
79. Михайлова, А.А. Справочник практического врача /А. А. Михайлова Л.И.Дворецкого. -: Новая волна., 2011. - 256с.
80. Ортикова М.М. Алгоритм выявления гельминтных заболеваний среди членов семьи в Республике Таджикистан / М.М. Ортикова, А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, Д.Д. Давлятова // Журнал Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. г. Душанбе. 17 ноября 2017. – С. 45-48.
81. Онищенко, Г.Г. Современные проблемы ведения и совершенствования социально – гигиенического мониторинга / Благополучная среда обитания – залог здоровья населения // Научные труды ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана – вып 12, Воронеж, 2008—С. 25-39.
82. Покровский, В.И.. Инфекционные болезни и эпидемиология /В.И. Покровский, С.Г.Пак, Н.И. Бритко. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2000. 233 с.

83. Подъяпольская, В.В., Глистные заболевания человека /В. И. Подъяпольская, В.П. Капустин. – Медгиз., 2000. 17 с.
84. Покровский, В.И., Медицинская микробиология / В.В. Покровский, О.К. Позднеев - : ГЭОТАР.: - Медиа., 2000. - 25 с.
85. Постановление Правительства Республики Таджикистан №436 от 5 ноября 2002 г. «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010г.» Душанбе 2010. 26 С.
86. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 7.09.2010г. №519 «Программа борьбы с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011-2015г.» Душанбе,- 2010.- 37 с.
87. Рахимова, К.В. Глистные инвазии у детей: диагностика, лечение, диспансеризация: дис... кандид.мед. наук / К. В. Рахимова. - Алматы, 2006 . 44 с.
88. Роберт Беркоу. Современная медицинская энциклопедия / Роберт Беркоу, Х. Бирс. – П: Нортинг., 2003. 690с.
89. Руководство по управлению учреждениями ПМСП. Душанбе. 2003. -239 С.
90. Сборник нормативно-правовых и отчетно-учетных документов по семейной медицины. Душанбе. Адиб. 2006. С. 5.
91. Сергеев, В.П. Паразитарные болезни сегодня и завтра // В.П. Сергеев. // Паразитарные болезни. - 2005. - №11 (8). С.10 – 13.
- 92. Сергеев В.. Роль водного фактора в распространении возбудителей кишечных инфекции // Эпид. и инфекционные болезни / В.И. Сергеев. – 2006. - №5. – С. 56-60.**
93. Торопова,Н. П. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков: метод. рекомендации / Н. П.Торопова, Н. А. Сафронова. – Е., 2004. 62 с.
94. Тумольская, Н.И. Альбендазол - новые возможности лечения гельминтозов //Новые лекарства. - 2003. - №4. С.11 - 14.
95. Учайкин, В.Ф. Атлас инфекционных заболеваний /В.Ф Учайкин. – М.: ГЭОТАР, - Медиа, 2009. С. 30-122.
96. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей / В.Ф. Учайкин. – М.: - ГЭОТАР Медиа, 2001. 740 с.

97. Харисон, Р. Внутренние болезни/ Р Харисон. – М.: ГЭОТАР - Медиа 2002.Т. 3. 1441 с.
98. Ходжаян А.Б. Медицинская паразитология и паразитарные болезни /А.Б. Ходжаян,, С. С. Козлова, М. В.Голубиева. - М: ГЭОТАР Медиа, 2014. 448 с.
99. Чебышева, В. Инфекционные и паразитарные болезни / В.Чебышева, С. Г. Пак.- М.: ГЭОТАР- Медиа., 2008.- 496 с.
- 100.** Черкасский, Б.Л. Инфекционные болезни и паразитарные болезни человека / Б, Л,Черкасский. - М: Медицинская газета, 1994. 617 с.
101. Чубакова, Т.Ч. Сборник избранных лекций по актуальным вопросам семейной медицины / Т. Ч.Чубакова, Б. С. Джузенова. - Центр Государственного языка и энциклопедий., 2003. – 64с.
102. Шабалов, Н.П. Инфекционные болезни / Н. П. Шабалов, В.К. Карнаухов. - : Медицина., 1977. 811 с.
103. Шабалов, Н. П. Детские болезни / Н. П. Шабалов. - Москва: Сотис, 1997. 566 с.
104. Шувалова, Б.П. Тропические болезни / Б.П. Шувалова, Е.А. Алмазов. Медицина., 2002. 104 с.
105. Шувалова, Е.П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова. – М.: Медицина, 1995. 280 с.
106. Шувалова, Е.П. Ошибки в диагностике инфекционных заболеваний / Е. П. Шувалова.- М.: Медицина, 1985. 259 с.
107. Шамгулова, Г.Ш. Вопросы эпидемиологии гельминтозов и борьба с ними в Узб.ССР / Г.Ш. Шамгулова, Г.А. Абдиев // Актуальные проблемы медицинской паразитологии. - 1990. № 1- С. 7 - 12.
108. Ющук, Н.Д. Инфекционные болезни /. Н.ДЮщук. Ю. Я Венгеров. – Медицина.: 2003. – 519с
109. Albonico,M., Bickle,Q., Ramsan M., Montresor,A., Savioli, L., Taylor, M. Efficacy of mebendazole and levamisole alone or in combination against intestinal nematode infections after repeated targeted mebendazole treatment in Zanzibar // Bull World Health Organ. 2003.Vol.81(5).P.343-352.

110. Albonico, M., Stoltzfus, R.J., Savioli, L. A controlled evaluation of two school-based anthelmintic chemotherapy regimens on intensity of intestinal helminth infections // *Int. J. Epidemiol.* Jun 1999. Vol. 28 (3). P.591 - 596.
111. American Academy of Pediatrics. *Ascaris lumbricoides* infections. In: Peter G, ed. *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. 24th ed. Elk Grove Village, IL: AAP. 1997. P. 142 - 143.
112. Beitia, A.O., Haller, J.O., Kantor, A. CT findings in pediatric gastrointestinal ascariasis // *Comput Med Imaging Graph.* 1997. Vol. 21 (1). P.47 - 49.
113. Bennett, A., Guyatt, H. Reducing intestinal nematode infection: efficacy of albendazole and mebendazole // *Parasitol Today*. 2000. Vol. 16 (2). P.71 - 74.
114. Bethony, J., Brooker, S., Albonico, M. et al. Soil - transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm // *Lancet*. 2006. Vol. 367(9521) P.1521 - 1532.
115. Bradley, J.E., Jackson, J.A. Immunity, immunoregulation and the ecology of trichuriasis and ascariasis // *Parasite Immunol.* 2004. Vol. 26 (11- 12). P. 429 - 441.
116. Brooker, S., Bethony, J., Hotez, P.J. Human hookworm infection in the 21st century // *Adv Parasitol.* 2004. Vol. 58. P.197 - 288.
117. Carneiro, F.F., Cifuentes, E., Tellez-Rojo, M.M., Romieu. I. The risk of *Ascaris lumbricoides* infection in children as an environmental health indicator to guide preventive activities in Caparaó and Alto Caparaó, Brazil // *Bull World Health Organ.* 2002. Vol. 80(1). P.40 - 46.
118. Crompton, D.W. *Ascaris* and ascariasis // *Adv Parasitol.* 2001. Vol. 48. P.285 - 375.
119. De Silva, N.R., Brooker, S., Hotez, P.J. Soil-transmitted helminth infections: updating the global picture // *Trends Parasitol.* 2003. Vol. 19(12). P.547 - 551.
120. Deworming for health and development. Report of the third global meeting of the partners for parasite control [database online]. Geneva: World Health Organization, 2005.
121. Fallah, M., Mirarab, A., Jamalian F. Evaluation of two years of mass chemotherapy against ascariasis in Hamadan, Islamic Republic of Iran // *Bull World Health Organ.* 2002. Vol. 80 (5). P.399 - 402.

122. Garcia, L.S., Garcia, L.S. Diagnostic Medical Parasitology. 5th ed. Washington, DC: ASM Press, 2007. P.249 - 356.
123. Gilbert, D.N., Moellering, R.C., Jr, Eliopoulos, G.M. et al. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 38th ed. Vermont: Antimicrobial Therapy Inc, 2008. P. 128 - 129.
124. Ishiwata, K., Shinohara, A., Yagi, K. Identification of tissue-embedded ascarid larvae by ribosomal DNA sequencing // Parasitol Res. 2004. Vol. 92(1).P. 50 - 52.
125. Jones, J.L., Schulkin, J., Maguire, J.H. Therapy for common parasitic diseases in pregnancy in the United States: a review and a survey of obstetrician/gynecologists' level of knowledge about these diseases // Obstet. Gynecol. Surv. 2005. Vol.60 (6). P.386 - 393.
126. Keiser. J., Utzinger, J. Efficacy of current drugs against soil-transmitted helminth infections: systematic review and meta-analysis // JAMA. 2008. Vol.299(16). P.1937 - 1948.
127. Khuroo, M.S. Ascariasis // GastroenterolClin North Am. 1996. Vol.25(3). P.553 - 577.
128. Luoba, A.I., Wenzel, Geissler P., Estambale, B. et al. Earth-eating and reinfection with intestinal helminths among pregnant and lactating women in western Kenya // Trop Med Int Health. 2005. Vol.10 (3). P. 220 - 227.
129. Lynch, N.R., Hagel, I.A., Palenque, M.E., Di Prisco, M.C. et al. Relationship between helminthic infection and IgE response in atopic and nonatopic children in a tropical environment // J. Allergy ClinImmunol. 1998. Vol.101(2 Pt 1). P. 217 - 221.
130. Mao, X.Q., Sun ,D.J., Miyoshi, A., Feng, Z., Handzel, Z.T., Hopkin, J.M. The link between helminthic infection and atopy // Parasitol Today. 2000. Vol. 16 (5). P. 186 - 188.
131. Norhayati, M., Oothuman, P., Azizi, O., Fatmah, M.S. Efficacy of single dose albendazole on the prevalence and intensity of infection of soil-transmitted helminths in Orang Asli children in Malaysia // Southeast Asian, J. Trop. Med. Public. Health. 1997. Vol. 28(3). P.563 - 569.

132. O'Lorcain, P., Holland, C.V. The public health importance of *Ascarislumbricoides* // *Parasitology*. 2000. Suppl.121.S.51 - 71.
133. StGeorgiev, V. Pharmacotherapy of ascariasis // *Expert.Opin. Pharmacother.* 2001. Vol.2 (2). P. 223 - 239.
134. Stephenson, L.S., Latham, M.C., Ottesen, E.A. Malnutrition and parasitic helminth infections // *Parasitology*. 2000. Vol. 121. S23 - 38.
135. Van Riet, E.,Wuhrer, M., Wahyuni, S., Retra, K., Deelder, A.M., Tielens, A.G. Antibody responses to *Ascaris*-derived proteins and glycolipids: the role of phosphorylcholine // *Parasite Immunol.* 2006. Vol. 28 (8). P. 363 - 371.
136. World Health Organization. Control of Ascariasis. . WHO technical report series, 1967
137. World Health Organization. Prevention and control of schistosomiasis and soil-transmitted helminths. WHO technical report series, 2002
138. World Health Organization. Report of the WHO informal consultation on the use of praziquantel during pregnancy/lactation and albendazole/mebendazole in children under 24 months. Geneva: WHO, 2002.
139. World Health Organization. Report of the third global meeting on the partners for parasite control: Deworming for health and development. Geneva: WHO, 2004.

Список опубликованных работ по диссертации соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

1–А.Оценка информированности населения города Душанбе, района Хамадони о путях передачи гельминтных инфекций / М.М. Ортикова.,З.А. Мирзоева.,Х.К. Хисомова., Д.Д.Давлятова//Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. - 2014. - № 1. С.21 – 26.

2–А.Выполнение Национальной программы по борьбе с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011- 2015 годы в ГЦЗ №1 города Душанбе /М.М. Ортикова., З.А. Мирзоева., Х.К. Хисомова., Д.Д. Давлятова//Здравоохранение Таджикистана.–Душанбе. - 2014. - №4. С. 17-22.

3–А.Оценка базисного уровня знания специалистов семейной медицины по вопросам гельминтозов в ГИЗ №1 г.Душанбе / М.М.Ортикова., А.Ахмедов., З.А.Мирзоева., Д.Д.Давлятова //Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе . - 2014. - №4. С. 89 – 95.

4-А.Скрининг гельминтных заболеваний в 2015 году в ГЦЗ№1 г.Душанбе Республики Таджикистан / М.М.Ортикова.,З.А. Мирзоева., Д.Д. Джаббарова //Научно- практический журнал ГОУ ИПОвСЗРТ. – Душанбе. – 2016.№1. – С.43 – 49.

5-А.Изучение и анализ факторов риска распространенности гельминтных заболеваний среди членов семьи проживающих в городе Истаравшан, Аштского района Согдийской области, района ХамадониХатлонской области, города Душанбе Республики Таджикистан / М.М. Ортикова.,З.А. Мирзоева., М.О. Гуломова., Д.Д. Давлатова //Научно- практический журнал ГОУ «ИПОвСЗРТ». - Душанбе. - 2016 №2. – С.64 – 70.

6-А.Алгоритм на выявления гельминтных заболеваний среди членов семьи в Республике Таджикистан /М. М. Ортикова., З.А. Мирзоева.,А. Ахмедов., Д.Д. Давлятова. Научно - практический журнал ГОУ «ИПОвСЗ РТ». – Душанбе. – 2017. С. 45 - 48.

Статьи в сборниках

7-А. Роль семейного врача в профилактике глистной инвазии в семьях (на примере ГЗЦ №1 г. Душанбе) / М. М. Ортикова., З.А. Мирзоева.,Х.К. Хисомова., Д.Д. Давлятова//Научно- практический журнал ГОУ «ИПОвСЗРТ». – Душанбе. - 2013. – С. 68 – 69.

8 - А.Ортикова М.М.Определение суммарных иммуноглобулинов классов М и G-информативный метод диагностики лямблиоза, аскаридоза / М. М. Ортикова., З.А.Мирзоева //Научно- практический журнал ГОУ «ИПОвСЗРТ». Душанбе. – 2015. №3 С. 45 - 51.

9 - А.Структура заболеваемости детского населения города Истаравшан, Ашского района Согдийской области, района ХамдониХатлонскойобласти, города Душанбе Республике Таджикистан и пути оптимизации профилактических услуг / М. М. Ортикова., З. А. Мирзоева., З.Ф. Воситзода //Материалы XXІНаучно - практической конференцииГОУ «ИПОвСЗРТ» – Душанбе.- 2015. Приложение. С. 38 - 42.

10 - А.Ортикова М.М. Оценка жилищно-бытовых условий проживания, как фактор передачи гельминтозов среди членов семьи города Истрвшан, Аштского района Согдийской области, района ХамадониХатлонской области, города Душанбе Республике Таджикистан /М.М.Ортикова., З.А. Мирзоева //Научно – практическая конференция «Перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан» посвященная 25 летию Независимости Таджикистан».- Душанбе . – 2016. С. 159 – 165.

11 - А.Некоторые медико - социальные аспекты гельминтных заболеваний среди членов семей в Республике Таджикистан /М. М. Ортикова., А. Ахмедов., З. А.Мирзоева.,Д.Д. Давлатова//Конгресс кардиологов и терапевтов Азии и Содружества Независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно - сосудистых и соматических заболеваний». Душанбе. - 26 – 27 04. 2019. С. 305.

АНКЕТА

Приложение

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫХ
ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЙ В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН
И ПУТИ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.**

1. Ф.И.О. _____

2. Возраст: 0 - 3года

4 - 6 лет

7 - 14 лет

15 - 19 лет

**7. Сколько человек проживают в
вашем доме, квартире?**

1) 2-3

2) .4-5

3) до 5 человек

4) 6-10

8. Профессия членов семьи:

1) пищевики

2) работники сельского- хозяйства

3) продавцы мясных ларьков

4) служащие

5) ученик (и) средней школы

6) студент (ы)

7) члены семьи не работают

9. Стирка белья:

20 - 29 лет

30 - 40

40 - 49 лет

50-59 лет

50-59 лет

↑60

пол 1) М _____ 2) Ж _____

3.

Адрес _____

4. Количество членов в семье:

2-3

4-5

до 5 человек

6-10

Свыше 10 человек

5. Имеется ли прописка у всех членов семьи:

1. Да. 2. Нет

6. Жилищно- бытовые условия:

1) дом с канализацией

2) квартира с централизованной канализацией

3) дом барачного типа с общим сан.узлом

14. Правила личной гигиены:

1) всегда мою с мылом под проточной теплой водой

2) мою без мыла под проточной холодной водой

1) стирка общая (включая нижнее белье)

2) стирка отдельная

3) полоскание под проточной водой

4) полоскание непосредственно в тазу без проточной воды

10. Средний денежный доход вашей семье (зарплата в месяц) укажите сумму:

1) До 60 сомони

2) 61 - 70 сомони

3) 71 - 80 сомони

4) 81 - 90 сомони

5) 100 сомони и выше

11. Стирка белья:

1) стирка общая (включая нижнее белье)

2) стирка отдельная

3) полоскание под проточной водой

4) полоскание непосредственно в тазу без проточной воды.

12. Употребления фруктов:

1) пробую фрукты на базаре на вкус без мытья под проточной водой

2) не пробую

13. Употребление сырого фарша на вкус:

Вашей квартире?

1) пылесосом

- 3) забываю мыть
- 4) хочу помыть,но нет воды
- 5) мою набранной водой

15. Глажка нижнего белья:

- 1) ношу всегда глаженое нижнее бельё
- 2) не занимаемся глажкой нижнего белья
- 3) когда нет света, я могу носить неглаженое бельё

16. Мытьё рук перед едой и приготовлением пищи:

- 1) всегда мою
- 2) забываю
- 3) не всегда
- 4) воздержусь от ответа
- 1)Да, могу привести пример
- 2) нет, немогу

17. Следите ли за чистотой ногтей в Вашей семье:

- 1) слежу за чистотой ногтей, особенно у детей
- 2) не слежу за чистотой ногтей

18. Есть у Вас огород или палисадник около дома?

- 1) Да
- 2) Нет

19.Если есть, используете ли

- 2) веником
- 1) пробую на вкус
- 2) не пробую на вкус

- 3) провожу термическую обработку, затем использую

21. Сколько раз проветривается

Ваша квартира за день?

- 1) проветриваю во время уборки, рано утром
- 2) не проветриваю
- 3) не обратил(а) внимания на это

22. Сколько раз в день питаетесь (горячее блюдо)

- 1) один раз
- 2) два раза
- 3) три раза

23. По Вашему мнению, кто больше всего страдает от глистной инвазии и почему?

- 1)дети
- 2)взрослые

24. Считаетели Вы себя здоровым?

- 1) да
- 2) нет

25. Можете ли Вы привести примеры, когда у Ваших знакомых и родственников были обнаружены яйца глистов в кале или в соскобе из перианального отверстия?

рукавицы при земляных работах:

- 1) да
- 2) нет

20. Как проводится уборка в поплёвывая на пальцы рук

- 3) мою руки после того, как пересчитываю руки
- 4) не обратил на это внимания.

28. Получалили члены семьи профилактические прививки?

- 1) да
- 2) нет

29.Если у Вас или члена Вашей семьи выявятся в анализе кала яйца глистов, будут ли они лечиться?

- 1) нет (почему)
- 2) да, буду лечится

30. Причины, по которым опрошенные лица не будут лечиться, если в кале обнаружатся яйца глистов

- 1) отсутствие денег
- 2) предпочитают диетотерапию
- 3) затрудняюсь ответить

31. Знаете ли Вы своего семейного (лечащего) врача?

- 1) Да, могу провести пример
- 2) Нет не могу

26. У всех ли в Вашей семье есть отдельные полотенца для рук и принятия ванны?

- 1) Да
- 2) Нет

27. Как Вы соблюдаете меры гигиены при получении заработной платы:

- 1) пересчитываю деньги, поплёвывая на пальцы рук
- 2) пересчитываю деньги, не

32. Как часто посещает вас Ваш семейный врач?

- 1)1 раз в месяц
- 2)1 раз в 3 месяца.
- 3)2 раза в год
- 4) часто

33. Знаете ли Вы, что переносчиками яиц гельминтов на продукты питания могут быть мухи, тараканы?

- 1)да
- 2) нет

34. Средний денежный доход в Вашей семье на одного человека, укажите сумму:

1)Да

2)Нет

1) до 100 сомони

2) 111 - 130 сомони

3) 131 - 140сомони

4) 141 - 150сомони

5) 150 сомони и выше

**Благодарим за сотрудничество,
желаем здоровья и успехов!!**