Хулоса

Паҳншавӣ ва хусусияти вараҷа дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

С.П. Алиев

Муаллиф дар асоси таҳқиқҳои худ муқаррар кард, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шароит барои амалишавии хурӯҷи вараҷа бо гузаштан ба вогирӣ тағйир меёбад ва пеш аз ҳама бо наздикии Афғонистон маънидод карда мешавад, ки дар он ҷо солҳои зиёд ҳам вараҷаи тропикӣ ва ҳам вараҷаи серӯза ба қайд гирифта шудааст.

Summary

PECULIARITIES OF SPREAD AWAY OF MALARIA AT THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

S.P. Aliev

The author on the base of own investigations found that at the Republic of Tajikistan conditions for realization of malaria-epidemy alterate because at first from nearness of Afganistan where many years tropic and triday malaria are registered.

Key words: triday malaria, tropic malaria

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

З.Х. Рафиева, Х.А. Джамолова
Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Медико-социальный и психоэмоциональный стресс отрицательно воздействовали на репродуктивное здоровье женщин, проживающих в зоне конфликта.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье женщин, медико-социальный и психоэмоцио-нальный стресс

Актуальность. Кризисная ситуация и особенно психоэмоциональные стрессы в социальной, экономической, экологической жизни оказывают непосредственное негативное влияние на женщин репродуктивного возраста [7,10-14]. Показатели репродуктивного здоровья таджикских женщин в настоящее время характеризуются высокой материнской смертностью, заболеваниями репродуктивных органов, в том числе, передаваемыми половым путём, увеличением частоты бесплодия, расстройствами менструального цикла, причём, нарушения репродуктивного здоровья отмечается уже в детском и подростковом возрасте. При отсутствии системы сексуального образования, дефиците информации о контрацепции и службы планирования семьи, единственным доступным методом регулирования рождаемости продолжает оставаться аборт [1,3,4].

Пути сбережения общественного здоровья должны базироваться на научных данных и законах его формирования [2,5,6,8,9]. Сложившаяся ситуация требует поиска новых, нетрадиционных подходов к изучению проблемы репродуктивного здоровья, а также выработки новых эффективных

подходов к организации медицинской помощи женщинам.

Цель исследования: изучение влияния медико-социальных и психоэмоциональных факторов на репродуктивное здоровье женщин.

Материалы и методы. В рамках исследования репродуктивного здоровья женщин Вахдатского района Республики Таджикистан (в 1993 -1998гг.) с целью определения влияния некоторых медико-социальных и психоэмоциональных факторов на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин было проведено их анкетирование на базе районных поликлиник, в местах, где женщины находились в зоне конфликта. По специально разработанной программе опрошено 520 женщин. Группа формировалась методом случайной выборки (рандомизация).

Повозрастное распределение опрошенных было аналогично всей совокупности женщин, обратившихся в поликлиники в течение года, что подтверждает случайный характер выборки.

Результаты и их обсуждение. Так, женщины в возрасте до 20 лет составляли 5,0%, 20-21 лет - 10,5%, 25-34 - 18,6%, 35 - 40 лет - 22,6%, 41-49 лет - 13,2%. Таким образом, самой многочисленной была группа женщин оптимально фертильного возраста - 25-40 лет. Самая большая доля респонденток с диагнозом здорова - отмечалась в возрастной группе 25-34 (40,1%).

Наибольшая доля здоровых женщин была в возрастной группе до 20 лет - 45,5%. При этом наибольшее количество женщин, имевших более одного заболевания, выявлено в группе 35-40 лет - 49,6%, а наименьшее - в группах до 20 лет (14,8%). В целом здоровые женщины составляли 45,6%, а больные - 54,4% общего числа обследованных. Первое место в структуре заболеваний занимали: эрозия шейки матки - 25,6%, второе - воспалительные болезни матки - 15,4%, третье - доброкачественные новообразования матки - 10,1%; затем следовал хронический сальпингит и оофорит - 14,5%, доброкачественные новообразования молочной железы - 5,4%, злокачественные новообразования яичников - 0,3% и прочие заболевания - 20,1%.

Посещают врача-гинеколога реже 1 раза в год 71,8% респонденток, раз в год - 25,8%, раз в полгода - 15,7% и чаще 1 раза в полгода 5,93%. Наибольшая доля женщин, имевших заболевания, была среди тех, кто посещает гинеколога реже 1 раза в год - 52,5%

Женщины, посещающие гинеколога раз в год или раз в полгода и имеющие заболевания, составляли наименьший удельный вес - 50,2 и 52,4% соответственно. Группа больных женщин, посещающих гинеколога чаще 1 раза в полгода, составляла 49,2%. Таким образом, чаще имели патологию женщины, посещающие врача-гинеколога реже 1 раза в год. Довольно большое количество женщин, посещающих гинеколога чаще 1 раза в полгода, объясняется тем, что они уже имели заболевания и поэтому часто обращались к врачу.

Важным фактором, оказывающим влияние на репродуктивное здоровье, является психоэмоциональное состояние женщин. Так, среди опрошенных стресс имели 59,0%, из которых здоровыми оказались лишь 60,8%, а из 99,2% женщин из группы контроля здоровыми были 81,4%.

Бытовые условия проживания в значительной степени влияют как в целом на уровень здоровья женщины, так и на благоприятность протекания беременности, а опосредованно - на состояние здоровья её новорождённого ребёнка. Среди опрошенных 20,9% оценили свои жилищные условия как хорошие; 60,3% - удовлетворительные и 10,8% - неудовлетворительные. В этих группах здоровые со-ставили 33,9%, 25,8% и 14,8% соответственно.

В браке состояли 90,3% женщин, не состояли 9,7%, среди последних здоровыми оказались всего 26,6%, а среди первых - 39,8%.

Как показал анализ, женщины, вступившие в половую жизнь до 18 лет составляли 10,0%, в 18-30 лет - 70,8% и после 30 лет - 19,2%.

При анализе заболеваемости в данных группах установлено, что в группах до 18 лет и старше 30 лет здоровые составили соответственно 10,0 и 1,5% от числа здоровых женщин, начавших половую жизнь в 18-30 лет, была самая большая доля здоровых - 85%.

На вопрос о регулярности половой жизни 59,2% женщин ответили отрицательно, т.к. их мужья находятся за пределами республики как трудовые мигранты, а 40,8% - положительно.

Среди последних здоровые составили 56,8%, а среди женщин, живущих половой жизнью нерегулярно - 26,1%.

При выяснении причин и факторов, оказывающих прямое и опосредованное влияние на генеративную функцию женщин, наиболее актуально изучены детерминанты, определяющие здоровье женщин в репродуктивном периоде, такие как беременность, роды, аборты, выкидыши и др.

Мы рассчитали средние величины данных показателей у здоровых и больных гинекологическими заболеваниями. У здоровых женщин среднее число беременностей было меньше, чем у больных (4,97=0,25 и 3,13±0,19 соответственно). При этом абортов и выкидышей у здоровых было меньше, чем у больных (аборты - 3,03±0,21 и 3,50±0,26, выкидыши - 0,21±0,03 и 0,25±0,06 соответственно). У здоровых женщин родов больше, чем у больных (2,59±0,07 и 1,6±0,06 соответственно). Таким образом, у женщин имеющих гинекологическую патологию, абортов и выкидышей было больше, а родов меньше, чем у женщин, не имеющих данной патологии. В современной Республике Таджикистан выработалась стойкая установка на многодетную семью с 4 и более детьми. Сейчас происходит медленное снижение рождаемости.

На вопрос, хотели ли вы иметь очередного ребёнка? 20,5% женщин ответили отрицательно. Мотивации были различными, так, на материальные затруднения сослались 80,3% женщин, нестабильность в обществе - 10,6%, неудовлетворительные жилищные условия - 60,3%, на сложные взаимоотношения в семье - 40,1%, на плохое здоровье - 21,6%.

Как показало изучение влияния жилищных условий на желание женщины иметь много детей (более 4), была самая высокая доля лиц, не желающих иметь много детей. Женщины, побывавшие в зоне конфликта и вынужденные мигрантки не хотят иметь более 2-х детей (60%).

Вывод. Проведённый анализ показал, что наибольшее количество здоровых женщин было в возрасте до 20 лет (45,5%). Среди женщин, посещавших врача-гинеколога реже 1 раза в год были женщины, побывавшие в зоне конфликта - 71,5% имели хроническую патологию. В группе женщин с хроническими заболеваниями репродуктивной системы у большинства было высшее и средние специальное образование, они чаще находились в отрицательном психо-эмоциональном состоянии, проживали в неудовлетворительных условиях, не состояли в браке, вступали в половую жизнь в возрасте до 18 лет, имели нерегулярную половую жизнь. У них выработалась стойкая установка на семью с малым количеством детей.

Литература

1. Брюховец Т.В. Факторы риска рождения недоношенных детей// Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. Вып. 5. С. 32-33

2. Губарева Л.И., Хондаревская Т.Н. Взаимосвязь физиологических и психологических процессов при угрозе невынашивания беременности // Научные труды II съезда физиологов СНГ. "Физиология и здоровье человека", Москва-Кишинёв, 2008. С.232

3. Малес М. Планирование семьи //1999. №3. С. 19-20

4. Мекоров О.В., Бохарева И.В., Кузнецов П.А., Романовская В.В. Современные подходы и прогнозирования преждевременных родов. Российский вестник "Акушер-гинеколога". 2007. №6. С. 10-15

5. Региональные особенности репродуктивного здоровья девушек - подростков приполярья // Научно-практический журнал "Акушерства и гинекологии". 2008. № 1. С. 53-56

6. Серебренникова К.Г., Пашукова Е.А., Кривилева С.П. Репродуктивное поведение подростков Удмуртии // Матер. 3-го Рос. форума "Мать и дитя". М., 2001

7. Синчихин С.Г., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. К вопросу о психологической оценке беременных и небеременных подростков// Мат. VI. Рос.форума "Мать и дитя". Тез.док. М., 2002. С. 563-564

8. Коколина В.Ф., Митиа М.Ю. Состояние здоровья девочек и девушек - подростков в современных условиях // Российский вестник "Акушер-гинеколога". 2005. №3. Т.5

9. Суслопаров Л.А., Островская Е.А. и др. Характеристика социального статуса и структура забо-

леваемости несовершеннолетних беременных // Матер. науч. конф. "Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков". С-Пб., 1999. №1.С. 24-25

10. Фурдуй В.Ф. Стресс, эволюция человека, здоровье и санкреология //Науч. труды II съезда физиологов СНГ "Физиология и здоровье человека", Москва-Кишинёв, 2008

11. Черниха Ф.А., Соловьёва А.Д., Ткаченко Н.М. и др. Роды и эмоциональный стресс // Материалы VI Рос форума "Мать и дитя". М., 2004. С. 256-259

12. Янчук С.И. Влияние психоэмоционального статуса женщин на исход родов: Мат.VI Рос. форума "Мать и дитя". М., 2004

13. Rein D.T., Schondorf T., Gohring U.S. // J. Reprod. Immunol. 2002. Vol.54. P.133-142

14. Rudolph A.M., Kormei R.K., Oveby, et Rudolph Fundamentals of Pediatrics. 3-d et Meirow-Hill 2002: 242

Хулоса

Таъсири баъзе аз омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва равонию эҳсосӣ ба солимии репродуктивии занон

З.Ҳ. Рофиева, Х.А. Ҷамолова

Иҷҳоди (стресс) тиббӣ-иҷтимоӣ ва равонию эҳсосӣ ба солимии репродуктивии заноне, ки дар манотиқи задухӯрдҳо зиндагӣ мекунанд, таъсири манфӣ расонидааст.

Summary

THE INFLUENCE OF SOME MEDICO-SOCIAL AND PSICHO-EMOTIONAL FACTORS ON REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN

Z.H. Rafieva, H.A. Jamolova

Medico-social and psycho-emotional stress influences on reproductive health of women wich live at zone of conflict negatively.

Key words: reproductive health of women, medico-social and psycho-emotional stress

К ВОПРОСУ О ВНУТРИБОЛЬНИЧНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ КОНГО - КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

А.П. Пиров
Национальный медицинский центр МЗ РТ

Автор на основании клинических исследований указывает, что наряду со средней и тяжёлой формой течения Конго - крымская геморрагическая лихорадка существует и лёгкие формы заболевания. Для подтверждения клинического диагноза в случае последней необходимо провести обязательное лабораторное исследование подозрительных больных.

При лёгкой форме заболевания, обычно протекающей с непродолжительной субфебрильной температурой, отмечается интоксикация, которая была выражена слабо и проявлялась вялостью, отсутствием аппетита, общим недомоганием. Геморрагический синдром был представлен быстроисчезающими кожными высыпаниями. Из кровотечений чаще встречалось носовое, быстро заканчивающееся. В крови наблюдалась умеренная тромбоцитопения и лейкопения.