

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Д.Х. АБДИЕВА¹, Т.Т. УСТОБАЕВА², М.С. ВАЛИЕВА¹, Н.И. ДЫРДА¹

¹ Кафедра дерматовенерологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Городской кожно-венерологический диспансер, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучение динамики заболеваемости чесоткой в Республике Таджикистан и её административных регионах за 1991-2014 гг.

Материал и методы: По данным медицинского информационно-аналитического центра МЗиСЗН РТ проведено изучение интенсивных показателей (ИП) заболеваемости чесоткой в Республике Таджикистан и её административных регионах за 1991-2014 гг.

Результаты: по республике отчётливо выделяются пять периодов: нарастание (1991-1996), пик (1997), резкое (1998) и медленное (1999-2003) снижение, стабилизация (2004-2014). Проведён сравнительный анализ ИП заболеваемости чесоткой в административных регионах Республики Таджикистан. Выше республиканского ИП заболеваемости чесоткой был в Душанбе и районах республиканского подчинения, значительно ниже – в областях республики. Резким ростом заболеваемости чесоткой первым отреагировал в 1996 г. Душанбе (467,9). В 1997 г. пики зарегистрированы в целом по республике (463,6), Горно-Бадахшанской автономной области (93,6), Хатлонской области (275,4) и Согдийской области (58,4). Позднее всех этот процесс наступил в 1998 г. в районах республиканского подчинения (308,7).

Заключение: ИП заболеваемости чесоткой в г. Душанбе на протяжении 19 лет был выше республиканского и только на пике заболеваемости в республике (1997) – ниже. ИП заболеваемости чесоткой в Горно-Бадахшанской автономной области, Хатлонской и Согдийской областях практически во всех случаях был ниже или аналогичен республиканскому показателю. Только в 2004 г. (в 1,7 раза) и в 2004 г. (в 2 раза) ИП в Горно-Бадахшанской автономной области был выше, чем по республике. За 23-летний период заболеваемость чесоткой в Таджикистане снизилась в 5 раз (14,9 против 73,9). Аналогичная ситуация зарегистрирована в Согдийской области – в 4,6 раза (5,9 против 27,3) и районах республиканского подчинения – в 3,9 раза (28,3 против 109,7). Наивысший показатель снижения заболеваемости отмечен в Горно-Бадахшанской автономной области – в 20,9 раза (2,8 против 58,8), наименьший – в Хатлонской области – в 1,9 раза (13,6 против 25,8). В Душанбе заболеваемость снизилась в 12,1 раза (18,5 против 224,2). Полученные данные являются доказательством слабых противоэпидемических мероприятий в очагах чесотки практически во всех регионах республики.

Ключевые слова: чесотка, заболеваемость, интенсивный показатель, темпы снижения и темпы роста.

THE DISEASE INCIDENCE ANALYSIS OF THE SCABIES IN TAJIKISTAN

D.H. ABDIEVA¹, T.T. USTOBAEVA², M.S. VALIEVA¹, N.I. DYRDA¹

¹ Department of Dermatovenereology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

² Local Dermatovenereological Dispensary, Dushanbe, Tajikistan

Objective: The study of the dynamics of the disease incidence of scabies in the Republic of Tajikistan and its administrative regions for 1991-2014.

Methods: According to the medical clearing-house of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Tajikistan, carried out the study of the intensive indices (II) of the disease incidence of scabies in the Republic of Tajikistan and its administrative regions for 1991-2014.

Results: There are five different periods in the republic: the rise (1991-1996), the peak (1997), the sharp (1998) and slow (1999-2003) reduction, and stabilization (2004-2014). A comparative analysis of II the disease incidence of scabies was carried out in the administrative regions of the Republic of Tajikistan. Above the Republican II, the disease incidence of scabies was in Dushanbe and in regions of republican subordination, much lower in the regions of the Republic. A sharp increase in the disease incidence of scabies was first reacted in 1996 to Dushanbe (467.9). In 1997, peaks were registered in the whole country (463.6), Gorno-Badakhshan Autonomous Region (93.6), Khatlon Region (275.4) and Sughd Region (58.4). Later all this process came in 1998 in the Regions of the Republican Subordination (308.7).

Conclusios: The disease incidence of scabies in Dushanbe at 19 years was higher than the Republican one and only at the peak of the disease incidence rate in the Republic (1997) is lower. II morbidity scabies in the Gorno-Badakhshan Autonomous Region, Khatlon and Sughd regions in almost all cases. Only in 2004 (in 1.7 times) and in 2004 (in 2 times) II of the disease incidence of scabies in the Gorno-Badakhshan Autonomous Region was higher than in the Republic. Over a 23-year period, the disease incidence of scabies in Tajikistan decreased in 5 times (14.9 against 73.9). A similar situation was registered in Sughd region – 4.6 times (5.9 against 27.3) and districts of Republican Subordination – 3.9 times (28.3 against 109.7). The highest rate of decline in morbidity was registered in the Gorno-Badakhshan Autonomous Region in 20.9 times (2.8 against 58.8), the lowest in the Khatlon region – 1.9 times (13.6 against 25.8). In Dushanbe, the disease incidence fell to 12.1 times (18.5 against 224.2). The obtained data are evidence of weak anti-epidemic measures in the foci of scabies.

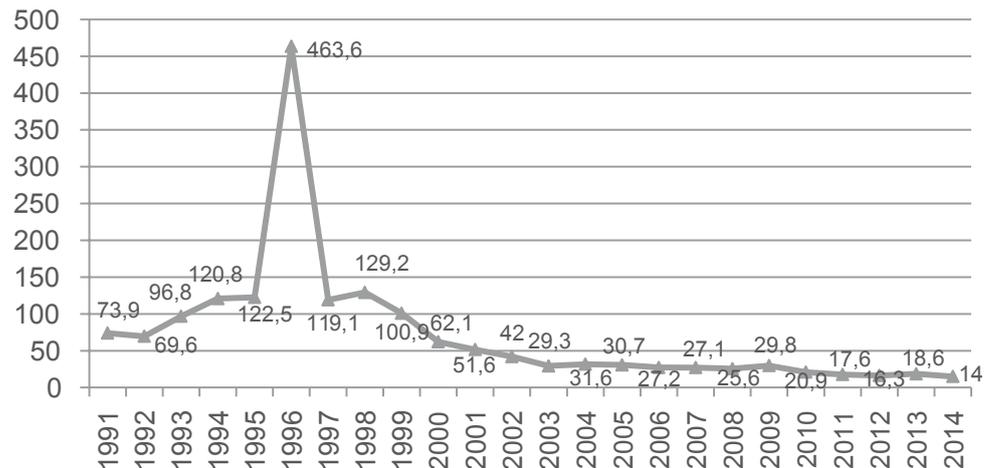
Keywords: Scabies, disease incidence, intensive indices, rates of decline and growth rates.

ВВЕДЕНИЕ

Среди разнообразных примет закончившегося тысячелетия одной из самых важных для дерматологов следует считать рост инфекционно-паразитарных дерматозов. Ряд социально-экономических изменений, произошедших в обществе в последние

годы, привёл к ослаблению внимания к паразитарным болезням кожи, наиболее распространённым среди которых, безусловно, является чесотка (scabies), вызываемая чесоточным зуднем (*Sarcoptes scabiei*) [1-7]. Распространению чесотки способствуют миграция населения, увеличение числа беженцев, бродяжничество, общее снижение уровня жизни, недостаточные навыки и

Рис. 1 Динамика ИП заболеваемости чесоткой в РТ за 1991-2014 г.г.



возможности личной гигиены [8-10]. На современном этапе чесотка является важнейшей медико-социальной проблемой, т.к. она относится к группе социально-значимых заболеваний [11-15]. Разработка комплекса противоэпидемических мероприятий при чесотке в Республике Таджикистан должна базироваться на детальном анализе динамики заболеваемости.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ заболеваемости чесоткой в динамике за 23 года в Республике Таджикистан и её административных регионах за 1991-2014 гг.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено изучение интенсивных показателей (ИП) заболеваемости чесоткой в Таджикистане и административных регионах за 23-летний период по данным медицинского информационно-аналитического центра МЗ и СЗН РТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные рисунка 1 свидетельствуют о том, что в 2014 г. по сравнению с 1991 заболеваемость чесоткой снизилась в 5 раз (73,9 против 14,9). При этом в динамике заболеваемости отчётливо выделяются 5 периодов. I период (1991-1996) характеризуется постепенным ростом заболеваемости чесоткой от 73,9 (1991) до 122,5-119,1 (1995-1996) или в 2-1,9 раза. II период

(1997) – максимального роста уровня заболеваемости до 463,6. Существенно, что только за год заболеваемость возросла в 3,9 раза (463,6 против 119,1).

III период (1998) – резкое снижение уровня заболеваемости. ИП только за год снизился в 3,6 раза (129,2 против 463,6). IV период (1999-2003) – медленное снижение ИП со 100,9 до 29,3, или в 3,4 раза. V период (2004-2014) – стабилизация заболеваемости чесоткой. В этот временной период происходило медленное, статистически не значимое из года в год снижение ИП заболеваемости с 31,6 (2004) до 14,9 (2014). Следует отметить, что на протяжении 10 лет ИП уменьшился только в 2 раза. Выделение 5 периодов подтверждает анализ темпов прироста и снижения ИП заболеваемости за 23-летний период (табл. 1, рис. 2).

В период постепенного роста заболеваемости чесоткой (1991-1996) темп роста колебался от 1,4 до 39%, составляя в среднем 20,2%. Зарегистрированы годы с небольшим темпом снижения заболеваемости (от 2,8% до 5,8%), в среднем 4,3%. Это не повлияло на общую закономерность динамики процесса в данный период.

В период максимального роста заболеваемости чесоткой (1997) темп роста составил 289,3%, а в период резкого уменьшения (1998) – темп снижения достиг 72,1%.

Следующий период – медленного снижения ИП заболеваемости (1999-2003) – характеризовался темпами снижения в пределах 38,5% (2000) – 16,9% (2001) и составлял в среднем 27,7%.

В период стабилизации заболеваемости чесоткой (2004-2014) темпы незначительного снижения ИП (8 лет) преобладали

Таблица 1 Темпы прироста и снижения ИП заболеваемости чесоткой в РТ в динамике за 24-летний период (1991-2014 г.г.)

Годы	Темп (%)	Оценка	Годы	Темп (%)	Оценка
1991	18,2	прирост	2003	30,2	снижение
1992	5,8	снижение	2004	7,8	прирост
1993	39,0	прирост	2005	2,9	снижение
1994	24,8	прирост	2006	14,4	снижение
1995	1,4	прирост	2007	0,4	снижение
1996	2,8	снижение	2008	5,5	снижение
1997	289,3	прирост	2009	16,4	прирост
1998	72,1	снижение	2010	29,9	снижение
1999	21,9	снижение	2011	15,8	снижение
2000	38,5	снижение	2012	7,4	снижение
2001	16,9	снижение	2013	14,1	прирост
2002	25,3	снижение	2014	19,9	снижение

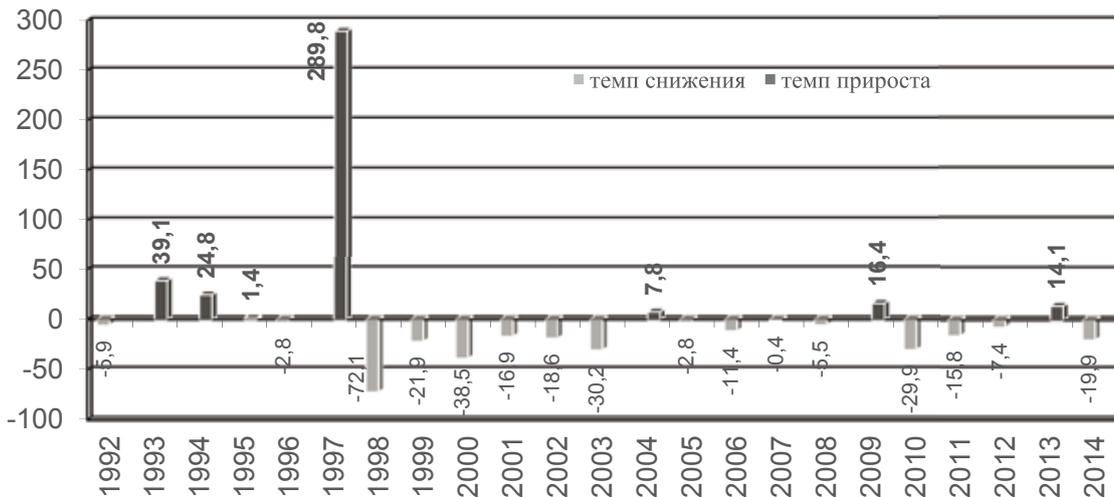


Рис. 2 Темпы прироста и снижения ИП заболеваемости чесоткой за 1992-2014 гг.

над темпами незначительно его роста (2 года). Темпы снижения находились в пределах от 0,4% (2007) до 29,9% (2010), составляя в среднем 15,2%, а темпы роста – составили всего 14,1% (2013) и 16,4% (2009).

Выявленную закономерность можно объяснить политическими событиями, происходившими в стране. Распад СССР и образование СНГ явились основой сложных социально-экономических преобразований, отягощённых гражданской войной в РТ (1991-1997). Возник коллапс системы здравоохранения, обусловленный оттоком, дефицитом, недостаточной квалификацией медицинских кадров. В стране не хватало медикаментов, медицинского оборудования и т.д. Слабо взаимодействовали различные звенья медицинской службы – лечебное, противозидемическое, санитарно-гигиеническое, фармацевтическое и др. Произошло перераспределение потоков больных с учётом боевых действий и акцентом на военный травматизм. Отсутствовал надлежный эпидемиологический надзор за больными с инфекционными и паразитарными заболеваниями. Наблюдалась внутренняя и внешняя миграция населения.

Проведён сравнительный анализ ИП заболеваемости чесоткой в административных регионах РТ. На рис. 3 представлены ИП заболеваемости в г. Душанбе и РРП, а на рис. 4 – ГБАО, Согдийской и Хатлонской областях. Такое подразделение не случайно. В первом случае кривые заболеваемости располагаются выше, чем в РТ, а во втором – ниже. Сравнение ИП заболеваемости в административных регионах проведено с таковой

в стране в целом. Данные рис. 3 наглядно свидетельствуют, что ИП заболеваемости чесоткой в г. Душанбе на протяжении 19 лет был выше республиканского и только на пике заболеваемости в республике (1997) – ниже.

Наивысшие ИП заболеваемости чесоткой (пики) в г. Душанбе зарегистрированы в 1996 г. (467,8) и 1998 г. (394,3). Снижение заболеваемости происходило плавно – с 1999 г. (214,0) до 2003 г. (80,3). Дальнейший период характеризовался волнообразным колебанием ИП. Небольшие подъёмы отмечены в 2006 г. (70,1) и 2009 г. (69,2), а снижение – в 2005 г. (54,9) и 2011 (29,4). ИП заболеваемости чесоткой в г. Душанбе два года (2005, 2011) был больше республиканского в 1,8 и 1,7 раза, 12 лет – в 2-2,7 раза (1994, 1999, 2000, 2001-2004, 2006-2010) и 6 лет – в 3-3,9 раза (1991-1993, 1995, 1996, 1998). Сравнительный анализ ИП заболеваемости чесоткой РРП и г. Душанбе (рис. 3) показал, что динамика процесса аналогична. Отличия состояли в наличии только одного пика в 1998 г. (308,7) и регистрировались более низкие значения ИП. Как и в Душанбе, в РРП ИП был выше, чем в РТ. Пик заболеваемости приходился на 1998 г., в период максимального уровня заболеваемости в стране отмечалось снижение уровня заболеваемости (с 160,4 до 141,2). ИП заболеваемости чесоткой в РРП один год был в 3,3 раза ниже республиканского, два года не отличался от него (1993, 1994), десять лет превышал таковой в 1,3-1,9 раза (1991, 1992, 1995, 1996, 2000, 2006-2008, 2010, 2011) и семь лет – в 2-2,3 раза (1998, 2001-2005, 2009).

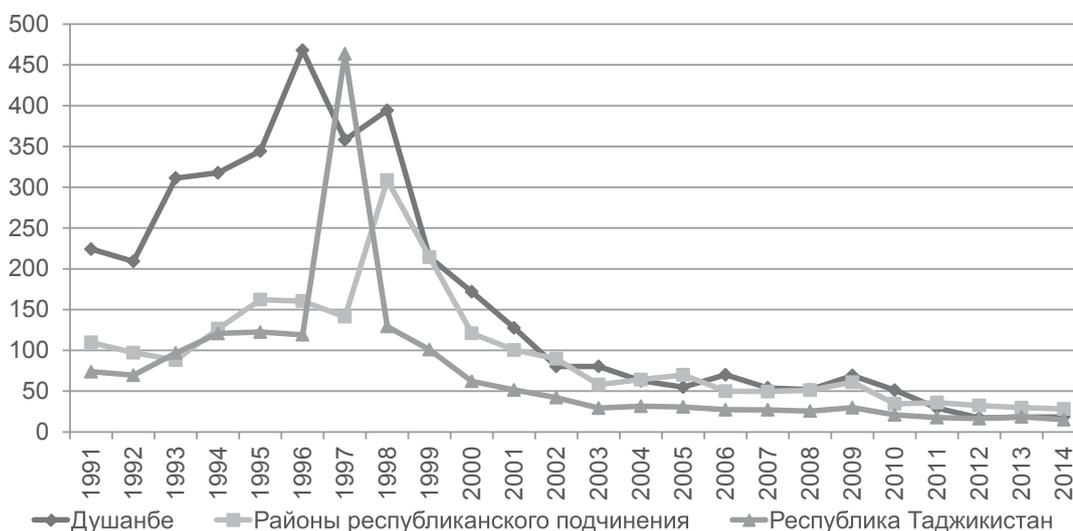


Рис. 3 Сравнительный анализ ИП заболеваемости чесоткой в РТ, г. Душанбе и РРП в динамике за 1991-2011 гг.



Рис. 4 Сравнительный анализ ИП заболеваемости чесоткой в РТ, ГБАО, СО и ХО областях динамике за 1991-2014 г.г.

На следующем рис. 4 представлены ИП заболеваемости чесоткой в ГБАО, Согдийской и Хатлонской областях за 1991-2014 гг.

Отчётливо видно, что ИП заболеваемости чесоткой в ГБАО, СО и ХО практически во всех случаях был ниже или аналогичен республиканскому показателю. Только в 2004 г. (в 1,7 раза) и в 2004 г. (в 2 раза) ИП в ГБАО был выше, чем в РТ. Существенно, что только в Хатлонской области кривая динамики заболеваемости чесоткой совпадала в таковой по стране. Отчётливо представлены все 5 периодов – нарастание заболеваемости, пик, резкое снижение, медленное снижение и стабилизация. Заболеваемость чесоткой на её пике в Хатлонской области была в 1,7 раза меньше, чем в республике (275,4 против 463,6). В Согдийской области динамика процесса характеризовалась постепенным увеличением ИП с 17,4 (1992) до 58,8 (1997), а затем постепенным уменьшением показателя из года в год с 49,4 (1998) до 7,6 (2011). При отсутствии пика максимальный уровень заболеваемости приходился на 1997 г. В ГБАО динамика ИП заболеваемости чесоткой с 1996 до 2006 года носила волнообразный характер. Первый пик соответствовал таковому в РТ и приходился на 1997 год, при ИП в 4,9 раза ниже республиканского (93,6 против 463,6). После резкого снижения заболеваемости в 1998 г. в 2,7 раза (34,4 против 93,6) ИП в 1999 г. вновь увеличился в 2 раза

и достиг 76,0. Третий подъём заболеваемости отмечен в 2005 г. (до 60,0). Затем за 6 лет ИП постепенно снизился до 8,2. Итоговые результаты по динамике заболеваемости чесоткой в РТ за 24-летний период представлены в табл. 2.

За 23-летний период заболеваемость чесоткой в РТ снизилась в 5 раз (14,9 против 73,9). Аналогичная ситуация зарегистрирована в СО – в 4,6 раза (5,9 против 27,3) и РРП – в 3,9 раза (28,3 против 109,7). Наивысший показатель снижения заболеваемости отмечен в ГБАО – в 20,9 раза (2,8 против 58,8), наименьший в ХО – в 1,9 раза (13,6 против 25,8). В Душанбе заболеваемость снизилась в 12,1 раза (18,5 против 224,2). Резким ростом заболеваемости чесоткой первым отреагировал в 1996 г. Душанбе (467,9). В 1997 г. пики зарегистрированы в РТ (463,6), ГБАО (93,6), ХО (275,4) и СО (58,4). Позднее всех этот процесс наступил в 1998 г. в РРП (308,7). Выше республиканского ИП заболеваемости чесоткой были в Душанбе и РРП, значительно ниже – в областях республики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог вышесказанному, можно заключить, что в динамике заболеваемости чесоткой в РТ отчётливо выделяются пять периодов – нарастание, пик, резкое и медленное снижение

Таблица 2. ИП чесоткой в административных регионах РТ в начале, на пике и в конце 24-летнего периода (1991-2014 г.г.)

Административные регионы РТ	Заболеваемость (ИП)				Снижение ИП (разы)
	1991	Заболеваемость на пике		2014	
Республика Таджикистан (РТ)	73,9	1997	463,6	14,9	5,0
Душанбе	224,2	1996	467,9	18,5	12,1
Районы республиканского подчинения (РРП)	109,7	1998	308,7	28,3	3,9
Согдийская область (СО)	27,3	1997	58,4	5,9	4,6
Хатлонская область (ХО)	25,8	1997	275,4	13,6	1,9
Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО)	58,8	1997	93,6	2,8	20,9

ние, стабилизация. В ХО динамика процесса соответствовала РТ, в остальных административных регионах (Душанбе, РРП, ГБАО и СО) выявлены индивидуальные особенности. Полученные данные являются доказательством слабой работы в очагах чесотки практически во всех регионах республики. Особенно неблагоприятная ситуация выявлена в ГБАО и ХО. Можно полагать, что

здесь дерматовенерологи и педиатры уделяли недостаточно внимания выявлению чесотки. Это может быть следствием плохой работы в очагах заболевания. Не исключено лечение чесотки без её регистрации как дерматологами, так и врачами общей лечебной сети, чтобы не проводить противоэпидемические мероприятия в очагах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколова ТВ, Мальярчук АП. Чесотка: состояние проблемы. Часть 1. Заболеваемость этиология, эпидемиология, клиника. *Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии*. 2012;46(3):12-24.
2. Скрипкин ЮК, Бутов ЮС, Иванов ОЛ. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2011. с. 414-42.
3. Мальярчук АП, Соколова ТВ, Важбин ЛБ. Заболеваемость чесоткой: где истина, а где зазеркалье? *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2013;3:41-6.
4. Лузан НВ, Сквонь ГА. Медико-социальные аспекты заболеваемости чесоткой в крупном промышленном регионе (на примере Кемеровской области). *Вестник последипломного медицинского образования*. 2009;2:69-70.
5. Зоиров ПТ, Устобаева ТТ, Абдиева ДХ. Заболеваемость чесоткой детского контингента в Таджикистане. *Вестник Авиценны*. 2013;2:106-9.
6. Устобаева ТТ, Зоиров ПТ, Абдиева ДХ. Особенности клинического течения узелковой чесотки. *Вестник Авиценны*. 2012;1:113-6.
7. Абдиева ДХ, Устобаева ТТ, Саидов БИ, Дырда НИ, Валиева МС. Динамика инвазивности чесотки в семейных очагах. *Здравоохранение Таджикистана*. 2016;3:5-10.
8. Donald BS, Orteu C, Swale V. Bullous scabies associated with positive direct immunofluorescence. *British Journal of Dermatology*. 2013;169(1): 90-1.
9. Alsamarai AM. Frequency of scabies in Iraq. Survey in a dermatology clinic. *J Infect Dev Ctries*. 2009;3(10):779-83.
10. Chung SD, Wang KH, Huang CC. Scabies increased the risk of chronic kidney disease: a 5-year follow-up study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2014;28(3):286-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12099>.
11. Asad F, Khan M, Samdani A. To study therapeutic effect and benefit on quality of life in scabies patients. *Medical Forum Monthly*. 2011;22(11): 34-7.
12. Chosidow O. Scabies. *N Engl J Med*. 2006;354(16):1718-27.
13. Gaspard L, Laffitte E, Michaud M. Scabies in 2012. *Rev Med Suisse*. 2012;8(335):718-22.
14. Coignard B. Skin diseases in rural Yucatan, Mexico. *Int J Dermatol*. 2012; 51(7):823-8.
15. Hafner C. Scabies. *Der Hautarzt*. 2009;2:145-59.

REFERENCES

1. Sokolova TV, Malyarchuk AP. Cheshotka: sostoyanie problemy. Chast' 1. Zabelevaemost', etiologiya, epidemiologiya, klinika [Scabies: state of problem. Part 1. Morbidity, etiology, epidemiology, clinics]. *Ukrainskiy zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii*. 2012;46(3):12-24.
2. Skripkin YuK, Butov YuS, Ivanov OL. *Dermatovenerologiya. Natsional'noe rukovodstvo [Dermatovenereology. National guideline]*. Moscow, RF: GEOTAR-Media; 2011. p. 414-42.
3. Malyarchuk AP, Sokolova TV, Vazhbin LB. Zabelevaemost' cheshotkoy: gde istina, a gde zazerka'le? [Prevalence of scabies: where's true, and where's false?] *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2013;3:41-6.
4. Luzan NV, Skovpen GA. Mediko-sotsial'nye aspekty zabelevaemosti cheshotkoy v krupnom promyshlennom regione (na primere Kemerovskoy oblasti) [Health and social aspects of the incidence of scabies in large industrial region (on the example of Kemerovo region)]. *Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya*. 2009;2:69-70.
5. Zoirov PT, Ustobaeva TT, Abdieva DKh. Zabelevaemost' cheshotkoy detskogo kontingenta v Tadjhikistane [Incidence of scabies in children in Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2013;2:106-9.
6. Ustobaeva TT, Zoirov PT, Abdieva DKh. Osobennosti klinicheskogo techeniya uzellovoy cheshotki [Features of the clinical course of nodular scabies]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2012;1:113-7.
7. Ustobaeva TT, Abdieva DKh, Saidov BI, Dyrda NI, Valieva MS. Dinamika invazirovaniya cheshotki v semeynnykh ochagakh [Dynamics of scabies invasion in family foci]. *Zdravookhranenie Tadjhikistana*. 2016;3:5-10.
8. Donald BS, Orteu C, Swale V. Bullous scabies associated with positive direct immunofluorescence. *British Journal of Dermatology*. 2013;169(1): 90-1.
9. Alsamarai AM. Frequency of scabies in Iraq. Survey in a dermatology clinic. *J Infect Dev Ctries*. 2009;3(10):779-83.
10. Chung SD, Wang KH, Huang CC. Scabies increased the risk of chronic kidney disease: a 5-year follow-up study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2014;28(3):286-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12099>.
11. Asad F, Khan M, Samdani A. To study therapeutic effect and benefit on quality of life in scabies patients. *Medical Forum Monthly*. 2011;22(11): 34-7.
12. Chosidow O. Scabies. *N Engl J Med*. 2006;354(16):1718-27.
13. Gaspard L, Laffitte E, Michaud M. Scabies in 2012. *Rev Med Suisse*. 2012;8(335):718-22.
14. Coignard B. Skin diseases in rural Yucatan, Mexico. *Int J Dermatol*. 2012; 51(7):823-8.
15. Hafner C. Scabies. *Der Hautarzt*. 2009;2:145-59.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдиева Дильбар Ходжиевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Устобаева Тахмина Туграловна, к.м.н., врач-дерматолог Городского кожно-венерологического диспансера

Валиева Мухаббат Сайдалиевна, ассистент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Дырда Нина Ивановна, к.м.н., старший преподаватель кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

AUTHOR INFORMATION

Abdieva Dilbar Khodzhiyevna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, Avicenna TSMU

Ustobaeva Takhmina Tugralovna, Candidate of Medical Sciences, Dermatologist of the Local Dermatovenereological Dispensary

Valieva Mukhabbat Saidaliyevna, Assistant of the Department of Dermatovenereology, Avicenna TSMU

Dyrda Nina Ivanovna, Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer, Department of Dermatovenereology, Avicenna TSMU

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ **АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**

Абдиева Дильбар Ходжиевна
к.м.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
Тел.: (+992) 907 905530
E-mail: 2242651@mail.ru

✉ **ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:**

Abdieva Dilbar Khodzhiyeva
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, Avicenna TSMU

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139
Tel.: (+992) 907 905530
E-mail: 2242651@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ВМС, ДНИ
Сбор материала: УТТ, ВМС, ДНИ
Статистическая обработка данных: УТТ, АДХ
Анализ полученных данных: УТТ, АДХ, ДНИ
Подготовка текста: АДХ, ВМС
Редактирование: АДХ, ВМС
Общая ответственность: АДХ

Submitted 10.02.2017
Accepted 12.07.2017

Поступила 10.02.2017
Принята в печать 12.07.2017