УДК: 616-002.73-036.22(575.172)

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ЖИҲАТЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ[1], Б.Ш. ФАТТАХОВ[1], У.Д. УТЕПБЕРГЕНОВА[1]

[1]"Республика иқтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази", Қорақалпоғистон Тиббиёт Институти

https://doi.org/10.5281/zenodo.21339064

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада Қорақалпоғистон Рсепубликаси худудида пайдо бўлган мохов касаллигининг ўчоқлари ретроспектив тахлил қилинган. Тахлил қилиш жараёнига 1933 йилдан то 2024 чи йилгача бўлган малумотлар киритилган.

Калит сўзлар: *мохов, эпидемиология, ретроспектив тахлил, моховнинг ўчоқлари.*

АННОТАЦИЯ

В данной статье ретроспективно проанализированы очаги лепры, возникшие на территории Республике Каракалпакстан. В процесс анализа были включены данные с 1933 по 2024 год.

Ключевые слова: *лепра, эпидемиология, ретроспективный анализ, очаги лепры.*

ABSTRACT

In this article, leprosy foci that emerged in the territories Republic of Karakalpakstan region were retrospectively analyzed. Data from 1933 to 2024 were included in the analysis process.

Key words: *leprosy, epidemiology, retrospective analysis, leprosy foci.*

Мавзунинг долзарблиги. Мохов (лепра) касаллиги фақат одамларга юқадиган сурункали юқумли касаллик бўлиб, у энг қадимий хасталиклардан ҳисобланади. Ҳозирги кунга келиб, унинг самарали даво услублари ишлаб чиқилган бўлсада, барибир бу борада ҳанузгача муаммоли масалалар талайгина. Мисол учун, шундай ривожланган даврда ҳам касалликнинг профилактикаси учун махсус вакцина ишлаб чиқилмаган. Моховда касалликнинг инкубацион даврининг узоқлиги (ўртача 6-8 йилдан, 20-30 йилгача) ҳисобига маиший контактлари орасида касалликка чалинганларни эрта аниқлаш услублари ривожланмаган. Дунёнинг 90 га яқин давлатларида мохов касаллиги хали ҳам муаммоли масалалардан ҳисобланади. Айниқса, Жануби-Шарқий Осиё, Марказий ва Жанубий Африка, Лотин Америкасининг айрим худудларида касалликнинг тарқалиши 1:10 000 дан юқоридир. Айниқса, қайд қилинган беморларнинг 70-80 % и Бразилия, Хиндистон, Бангладеш, Непал, Индонезия ва Бирма каби катта мамлакатлар ҳисобига таалуқлидир (1,4,9,10).

Кейинги йилларда бутун дунёда ички ва ташқи миграция ва туризмнинг ривожланиб бораётганлиги хеч кимга сир эмас. Худди шу миграция ҳисобига иқтисодий ва ижтимоий жиҳатдан мукаммал ривожланган Европа давлатларида ҳам, жумладан, Германия, Испания, Франция, Дания, Италия ва Грецияда моховга чалинган беморларнинг 80-90% ҳолатларида мигрантлар ҳисобига қайд қилинади (2,3,5).

Парчаланиб кетган собиқ иттифоқ республикаларида 1933-1990 йиллар мобайнида 14 500-15 000 дан ортиқ моховга чалинган беморлар аниқланган. Улар иттифоқнинг турли худудларида жойлашган 20 дан ортиқ моховхоналарда даволанишган. Шулардан 2 та катта моховхоналар Ўзбекистон

Республикасига тегишлидир. Улардан бири Самарқанд вилоятининг Булунғур туманида, иккинчиси Қорақалпоғистон Республикасида 70 йилдан ортиқ вақт фаолият кўрсатди. Ҳозирда Қорақалпоқ Республика лепрозорияси ўз хизматини давом эттирмоқда (1,3,6,7,8).

Ҳақиқатдан, Ўрта Осий халқлари орасида ўтган асрнинг бошларида мохов билан касалланиш жада юқори даражада бўлган. Айниқса, Орол денгизининг Жанубий ҳам Шимолий қисмида мохов билан касалланиш шунчалик юқори бўлганки, уларнинг умумий сони жами иттифоқда аниқланганларнинг 20-30 % ини ташкил қилган. Эндемик ўчоқларнинг сони 3500-4500 дан юқори бўлган. Касалланиш шу даражага етганки, ҳатто битта оиланинг 2-3 нафар вакили бир пайтда касалланганлар.

Мохов билан одатда, хайвонлар касалланмайди, унинг манбаи бемор инсон ҳисобланади. Демак, янги беморларни маиший мулоқотда бўлганлар орасидан излаш керак. Кейинчалик ушбу фикр ва мулоҳазалар аста секин амалий хаётга тадбиқ қилина бошланди. Касалликнинг наслдан- наслга ирсий йўл билан ўтади деган фикр ўз тасдиғини топмади. Унинг ўрнига мойиллик туфайли касаллик юқади деган фикрлар олдинга сурилди.

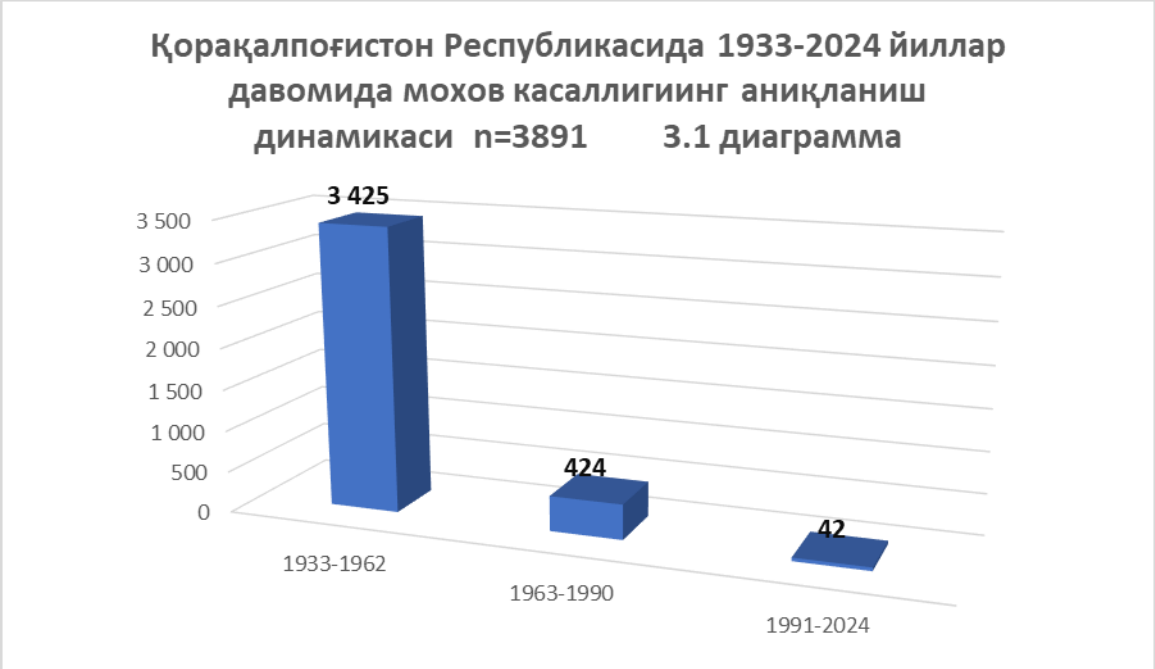
Ўтган асрнинг 50 йиллар ниҳоясида лепрологияда катта бурилиш яратилди, яъни бу соҳага сульфон препаратлари даво мақсадида кириб келди. Оқибатда, мохов билан касалланиш бутун дунёда кескин камайиб кетди. Бундан албатта Қорақалпоғистон ҳам мустасно эмас. Аммо собиқ иттифоқнинг парчаланиб кетиши, бошқа жойларда кузатилганлиги каби лепрология хизматига салбий таъсирини кўрсатди. Кейинги 20-30 йил мобайнида Қорақалпоғистонда лепрологияга бағишланган илмий тадқиқот ишлари кескин камайди. Бу борадаги кўпгина муаммолар ўз холига ташлаб қўйилди.

Ушбу маълумотларни эътиборга олган холда, биз Қорақалпоғистон Республикасида аниқланган мохов касаллигининг эпидемиологиясини ўрганиш ва у билан курашишнинг истиқболли йўналишини белгилашни **мақсад қилиб қўйдик**.

Дарҳақиқат, аввал бўлиб ўтган мохов касаллиги бўйича тарихий жараённи билмасдан туриб янгисини ўрганишнинг иложи бўлмаслигини хис қилиб биз асосий вазифалардан қилиб касалланишнинг олдинги ва ҳозирги кундаги динамикасини ўрганишни асосий вазифа қилиб олдик.

Ретроспектив тадқиқотларни амалга ошириш учун биз жами аниқланган беморларни уч даврга бўлиб ўргандик.

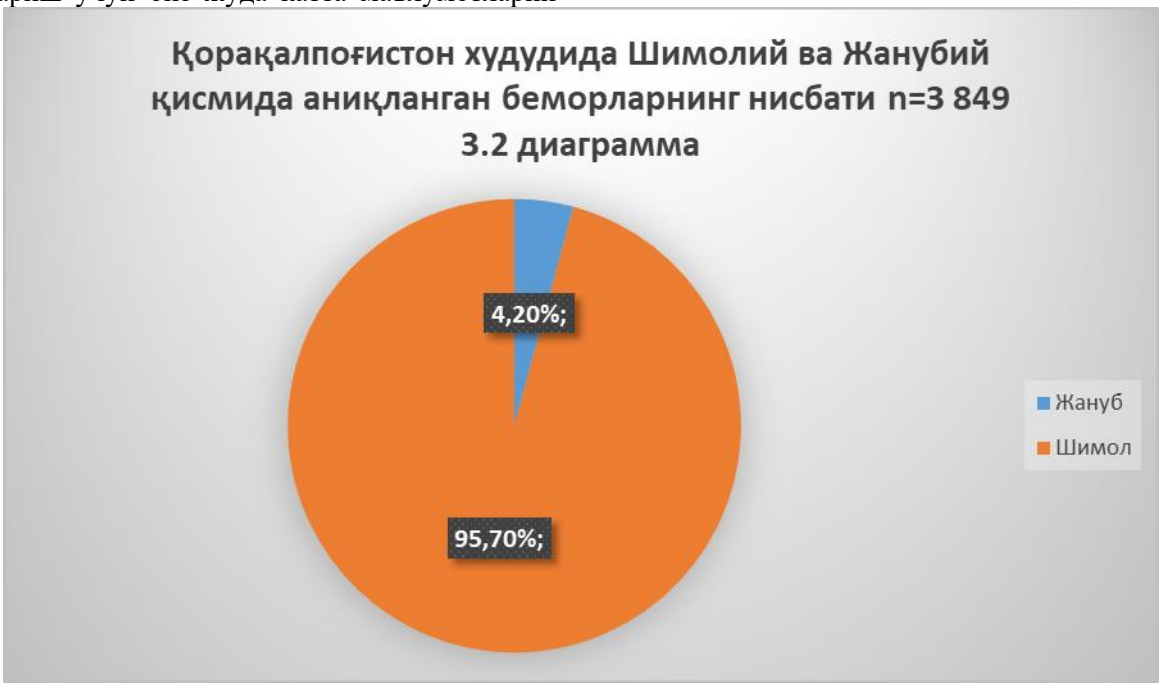
Биринчи давр 1933-1962 йиллар Республикада энг оғир пайт бўлиб, дастлабки 30 йилликда 3425 та моховга чалинган беморлар қайд қилинган (Диаграмма 1).



Иккинчи давр 1963-1990 йиллар давомида 424 та янги беморлар қайд қилинган. Бу муддат сульфон препаратлари амалиётга тадбиқ қилинган ва ўртача оғирликдаги давр деб атадик.

Учинчи давр 1991-2024 йилларни ўз ичига олган бўлиб бор йўғи 42 та янги беморлар қайд қилинган. Бу муддат тўлиқ комплекс даво терапияси (КДТ) амалиётга жорий қилинган учинчи самарали даво даври деб атадик.

Дарҳақиқат, асосий мақсад ва вазифаларни бажариш учун биз жуда катта маълумотларни эпидемиологик жиҳатдан таҳлил қилдик. Эътиборлиси шундаки, мохов касаллигининг Қорақалпоғистонда худудий жиҳатдан тарқалиши бир хил эмас экан. Ушбу маълумотларга таянган холда биз шартли равишда Республикани икки худудга ажратдик: Шимолий ва Жанубий худуд. Изланишларимиз шуни кўрсатдики, 1933-1990 йилларда жами аниқланган 3844 та беморларнинг 95,7% и Шимолий худудга, 4,2% и Жанубий худудга тўғри келди (Диаграмма 2).



Шимолий худудга Мўйноқ, Тахтакўпир, Чимбой, Кейгейли, Қораузак, Қонликўл, Қўнғирот, Нукус, Хўжайли, Шуманай, Бўзатоу туманлари, Нукус ва Тахиаташ шаҳарлари киритилди. Жанубий худудга эса Беруний, Амударё, Тўрткўл ва Элликқалъа каби тўртта туман киритилди.

Ретроспектив изланишларимиздан маълум бўлдики, биргина Мўйноқ туманида аниқланган беморларнинг сони Қорақалпоғистон Республикасида жами аниқланганларнинг 31,1% ини ташкил қилган. Тахтакўпир туманидан – 12,3%, Нукус туманидан – 10,5%, Чимбой туманидан – 9,8% ва Қўнғирот туманидан 6,0 % беморлар қайд қилинган. Оролбўйи худудидан аниқланган беморларнинг сони жуда кўп бўлган ва ўша даврларда 100 минг аҳолига интенсив кўрсаткич Мўйноқ туманининг ўзида 183,0 – 185,6 ни ташкил қилган. Ваҳоланки, бу даврда Қорақалпоғистон Республикаси бўйича 100 минг аҳолига интенсив кўрсаткич 30,4 бўлган холос.

Аксинча, Қорақалпоғистоннинг жанубида жойлашган худудлар аҳолиси орасида мохов касаллиги унчалик тарқалмаган, 100 минг аҳолига бўлган интенсив кўрсаткич 1,2 – 2,0 дан ошмаган. Биз шартли равишда ажратган Жанубий туманлар аҳолиси орасида 1933-1990 йиллар мобайнида бор йўғи **163** тани ташкил қилган. Уларнинг 68 таси (2,0%) – Беруний, 33 таси (1,1%) – Элликқалъа, 44 таси (1,2%) – Амударё, 18 таси (0,5%) – Тўрткўл туманларига тўғри келди. Лекин айтиб ўтиш жоизки, бутун Қорақалпоғистоннинг аҳолисини географик жиҳатдан жойлашишини ҳисоблайдиган бўлсак, уларнинг салкам ярми (40,0 %) юқорида санаб ўтилган Жанубий худуддаги тўртта туманларга тўғри келади.

Биз эпидемиологик нуқтаи назардан Шимолий ва Жанубий худуддаги мохов билан касалланиш орасидаги бундай тавофутнинг

сабабларига аниқлик киритишга ҳаракат қилдик. Жанубий худуд аҳолисининг аксарият қисми деҳқончилик, боғдорчилик, қолаверса полиз экинларини етиштириш билан шуғулланиб келган. Оқсил ва витаминларга бой мевали маҳсулотлар етарли миқдорда бўлган. Ичимлик суви таъминоти яхши йўлга қўйилган. Аксинча, Шимолий худуд аҳолиси кўчманчи чорвадор бўлган, денгиз атрофидагилари эса йил давомида балиқчилик билан шуғулланган. Аҳолисининг асосий қисми дудланган ва қовурилган балиқ истеъмол қилишган. Қишнинг оғир совуқ ойлари ёзнинг жазирама иссиғи, қолаверса ичимлик сувининг танқислиги, яъни климатик омилларнинг роли катта бўлган. Мохов аниқланган оилаларнинг кўпчилиги антисанитария шароитида болалари билан тор хужралар ва қари уйларда хаёт кечиришган. Денгиз атрофидаги балиқчилик саноатининг ривожланиши туфайли Шимолий қўшни давлатлардан Қозоғистон ва Россия Федерациясидан юзлаб хизматчилар олиб келинган. Ўша даврлари Орол денгизининг шимолий қисмида жойлашган Қозоғистоннинг Қизилўрда, Аралск ва Каспий денгизининг Волга дарёси қуйиладиган дельта қисмида жойлашган Астрахань губернаси аҳолиси орасида ҳам моховга чалинганлар кўп бўлган. Бизнинг узоқ йиллик тажрибамиз шуни кўрсатмоқдаки, Мўйноқ худудида бир вақтлар ривожланган балиқчилик саноати эвазига собиқ иттифоқнинг мохов бўйича эндемик зоналаридан миграция сабабли кўплаб беморлар йиғилиб қолган. Биргина Орол денгизининг шимолида жойлашган Қозоғистон худудида 2000-2500 дан ортиқ мохов касаллигининг эндемик ўчоқлари бўлган. Яшаш тарзи, тили ва урф одати бир бирига жуда яқин бўлган қорақалпоқ ва қозоқ халқи вакиллари жуда кўп йиғинларни бирга ташкиллаштирганлар, қуда-анда бўлиб кетишган.

Учинчи даврда 1991-2024 йиллари жами аниқланган 42 та беморларнинг 88,1% и – Шимолий худуддан, 11,9% и – Жанубий худуддан аниқланган, яъни Жанубий худудда аниқланган беморларнинг сони салкам 3 бараварига кўпайган. Эндиликда Шимолий худуддан, мисол учун Мўйноқдан қайд қилинган беморлар сони умумий беморларнинг 7,1 % инги ташкил қилди холос. Аксинча, Республиканинг маркази бўлмиш Нукус шаҳрида қайд қилинганлар сони 28,6% ни ташкил қилди.

1980 йиллардан кейинг республиканинг шимолидаги Орол денгизининг қурий бошлаши ҳисобига у жойларда чўлга айланиш, фойдаланилаётган ерларнинг шўрланиши ва балиқчилик саноатининг ўз аҳамиятини йўқотиши, яъни экологик талафот туфайли маҳаллий аҳолининг шу билан биргаликда моховга чалинган беморлар, айниқса, уларнинг маиший мулоқотдорлари Республиканинг маркази ва унинг атрофидаги туманларга кўчиб ўтишди ва янги мохов касаллигининг ўчоқлари пайдо бўлишига сабаб бўлди.

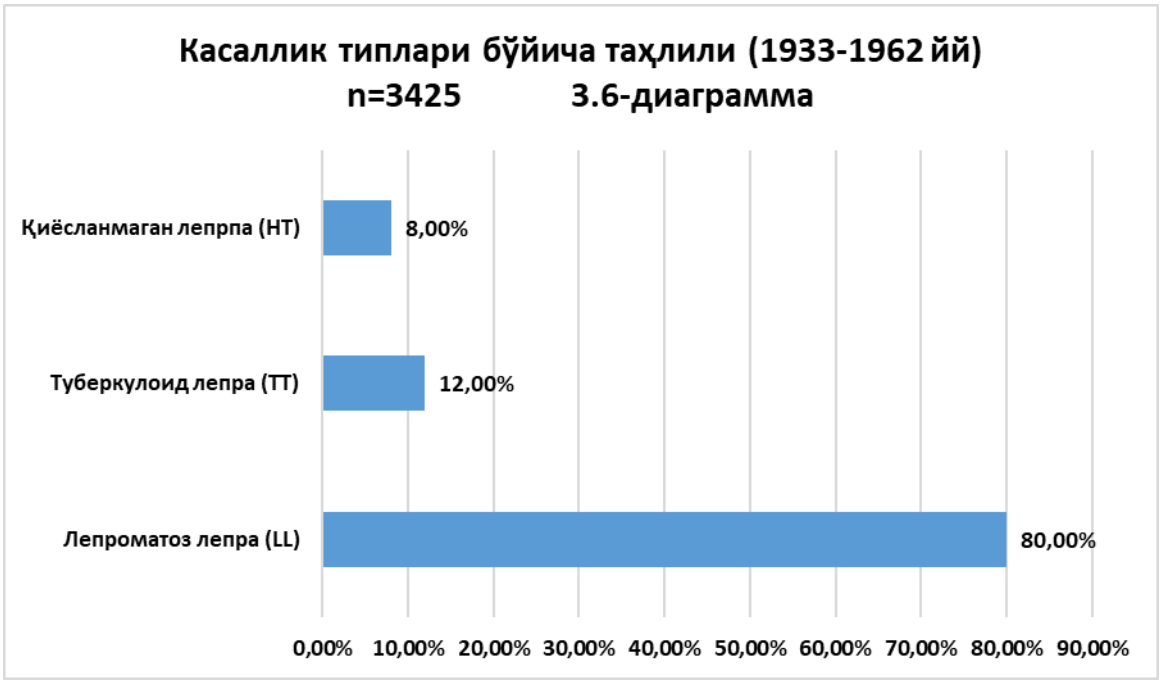
Кейинги изланишларимизда бизни моховга чалинганларнинг ёши ва жинси қизиқтирди. Эътиборлиси шундаки, дастлабки 30 йил ичида аниқланган беморларнинг 20,1% и болалар ва ўспирин ёшлар бўлган (Диаграмма 3).



Кейинги асосий касалланиш (56,5%) 31-50 ёшдагиларга тўғри келди. Иккинчи даврда, яъни 1963-1990 йилларда аниқланган беморларнинг 2,3%ини (10 та) болалар ва 20 ёшгача бўлган ўспиринлар ташкил қилган. Асосий касалланганларнинг 24,5%-21-30 ёш, 25,9%-41-50 ёш, 51-60 ёшдагилар – 16,5% ни ташкил қилди. Демак, сульфон препаратларнинг самарали таъсири ҳисобига болалар орасида касалланиш деярли 10 бараварига камайган.

Учинчи даврга келиб комплекс даво терапияси (КДТ) ҳисобига эса болалар ва ўспиринлар орасида касалланиш умуман йўқотилди. Умумий касалланиш спорадик ҳолатга туширилди. Лекин бундай вазиятда катта ёшларнинг касалланиши ортиб борди. Масалан, 51-60 ёшда 21,4%, 61-70 ёшда 23,8%, 71-80 ёшда 11,9 %га кўпайди. Беморларни жинси бўйича ўрганганимиздан маълум бўлдики, дастлабки 30 йил ичида касалланганлар орасида эркакларнинг учраши аёллардан 2 хиссага ортиқ бўлди. Кейинги даврда бу икки жинси орасидаги тафовут деярли тенглашди, аммо касаллик спорадик ҳолатга туширилган учинчи даврда эса бу икки жинс орасидаги фарқ мутлақо ўзгарди, яъни эркакларнинг касалланиши аёлларникига нисбатан (4,2:1,0) тўрт хиссага ошиб кетди.

Касалликнинг юқиш ва тарқалиш даражаси албатта унинг клиник типлари билан боғлиқ эканлигини юқорида айтиб ўтган эдик. Худди шу борадаги изланишларимиз кўрсатмоқдаки 1933-1962 йиллар мобайнида қайд этилган беморларнинг 80,0%и хасталикнинг лепроматоз (LL), 12,0% - туберкулоид (TT), 8,0% - қиёсланмаган (НТ) лепрага тўғри келди. Худди шундай, тадқиқотнинг иккинчи даврида (1963-1990) рўйхатга олинган беморларнинг 72,0%и – лепроматоз (LL), 15,0% - туберкулоид (TT), 13,0% - қиёсланмаган (НТ) ташкил қилди. Комплекс даво жорий қилинган учинчи даврда эса (1991-2024) лепроматоз (LL) – 69,1%, туберкулоид (TT) – 9,5%, қиёсланмаган (НТ) – 21,4% ни ташкил қилди (Диаграмма 4).



Демак, энг самарали комплекс даво терапияси амалиётга тадбиқ қилинишига қарамасдан янги беморларнинг орасида лепроматоз типнингт аниқланиши нисбатан юқори бўлиб қолмоқда.

Касалликнинг юқиб қолишида бемор билан яқин мулоқотда бўлишнинг аҳамияти катта. Албатта, одатда жуда яқин молоқотда бўлиш битта оила вакиллари орасида кузатилади. Бу борада олиб борилган 91 йиллик ретроспектив таҳлилларимиз бизга лепрологиянинг яна бир қиррасини очилишига сабаб бўлди. Дастлабки биринчи даврда 33,3%, иккинчи даврда 42,4% ва учинчи даврда – 80,9%га касаллик оила вакилларидан биридан (бемордан) юққан. Демак, касалликнинг кам қайд қилинадиган даврида инфекция манбаи аксарият ҳолларда беморнинг уйида бўлади. Албатта бу маълумотларнинг ҳам илмий, ҳам амалий фойдаси катта. Шу ерда иккинчи яна бир масалага ойдинлик киритдик. Битта оила вакилларидан касалликнинг бир-бирига юқиб қолишида 40,5% ҳолатларда оиланинг боши – ота, 19,1%да – ака, 4,7%да – тоға ва қолган қондош қариндошлар сабаб бўлар экан. Касалликнинг ўчоқларини ўрганиш жараёнида ушбу янги маълумотларни ҳисобга олиш зарур бўлади.

Қорақалпоғистон қўп миллатли республикадир. Унда қорақалпоқлардан ташқари қозоқ, ўзбек, рус, туркман, корейс ва татар каби миллат вакиллари яшайди. Бизнинг ушбу сохада олиб борган тадқиқотларимиз кўрсатдики, моховга чалинганларнинг 98,8%и қорақалпоқ ва қозоқ миллат вакиллари экан. Бу ҳолат иккинчи (94,0%) ва учинчи даврда (90,4%) ҳам деярли ўзгармади.

Собиқ иттифоқ даврида Қорақалпоғистонг Республикасининг аҳолиси иттифоқ аҳолисининг 0,3%ини ташкил қилган холос. Лекин иттифоқ бўйича аниқланган жами беморларнинг 20-21%ини қорақалпоғистонликлар ташкил қилган. Ўзбекистоннинг Самарқанд вилояти Булунғур туманида жойлашган лепрозорияда даволанган беморларнинг 34,1%и қорақалпоғистонлик фуқаролар бўлган.

Хулосалар. Шундай қилиб, Қорақалпоғистон Республикасида мохов касаллигининг эпидемиологик жиҳатларини ўрганиш йўналишидаги илмий изланишларимиз натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1933-1990 йиллар мобайнида Қорақалпоғистон Республикасида жами 3849 та моховга чалинган беморлар аниқланган, уларнинг аксарияти – 95,7% (3686 та) Шимолий ҳудудга тўғри келди. Касалланишининг энг юқори даражаси (31,0%), Тахтакўпир (12,3%), Нукус (10,5%), Чимбой (9,0%), Қўнғирот (6,0%)

туманларига тўғри келади. Аксинча Жанубий ҳудуддан Беруний, Амударё, Элликқалъа ва Тўрткўл туманиларидан 4,2% (163 та) беморлар аниқланди холос.

1933-1962 йиллар давомида аниқланган беморларнинг 20,1 %, кейинги 27 йил давомида аниқланганларнинг 2,3 % болалар ва ўспиринлар бўлган. Касалликнинг спорадик ҳолатга тушганда, яъни 3 чи даврида болаларнинг касалланиши умуман қайд қилинмаган. Аксинча 51-60; 61-70; 71-80 ёшдагиларнинг хасталаниши умумий касалланганларнинг ярмидан кўпини (57,1%) ташкил қилган.

Таҳлиллар кўрсатмоқдаки, касалликнинг энг юқумли типи билан зарарланиш уч даврда 80,0%; 72,0%; 69,1% га тўғри келган. Орадан 91 йил ўтганига қарамасдан лепроматоз тип ҳали ҳам юқори ўринларда эканлиги аниқланди.

Спорадик даврга келиб, касалликнинг манбаи илгаридан оиласида 80,9% бўлганлиги ва 40,5% ҳолларда бемор отаси эканлиги исботланди. Бу даврда эркакларнинг касалланиши аёлларга нисбатан тўрт ҳисса юқори бўлиши кўрсатиб берилди.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдиров Ч. А. Лепра в Каракалпакстане, возможность ее ликвидации как проблемы здравоохранения в ближайшие годы: сборник научных трудов // 3-съезд дерматовенерологов Узбекистана (Ташкент, 9-10 октября 1997 г.). - Ташкент, 1997. – С. 85-86.
2. Дуйко В. В. Особенности организации противолепрозных мероприятий в России на современном этапе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. - №2.- С. 20-22.
3. Ещанов Т. Б. Специфическая реакция ГЗТ у контактных по лепре в Республике Каракалпакстан // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 70-летию Каракалпакского лепрозорию – Нукус: Билим, 2004. – С. 68-70.
4. Каданцев Н. Д. К истории борьбы с лепрой в Средней Азии // Тезизы докладов конференции по истории лепрологии, посвященной 100-летию описания возбудителя лепры. – Астрахань, 1974. – С. 44-47.
5. Мирзахметов Е. И. Лепра в Казахстане: эпидемиология, клинико- иммунологическая характеристика, совершенствование методов диагностики и терапии: автореф. дис. док. мед. наук- Алматы, 2006. – 49 с.
6. Нажимов Б. Об инвалидности среди диспансерных больных лепрой в Республике Каракалпакстан: материалы конференции // Международная юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 80-летию противолепрозной службы Республики Казахстан: сборник научных трудов. – Кызыл-Орда, 2009. – С. 79-81
7. Эшбоев. Э.Х., Бабажанов. Х.Р., Худойназаров. С.Қ., Ниязов.Х.А. Мохов (лепра) этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, давоси, профилактикаси ва патоморфологияси: Услубий қўлланма. – 2020. – 23 б.
8. Эшбоев Э.Х., Кудеков Р.М. Жанубий Орол бўйи ҳудудида мохов касаллигининг ўзига хос эпидемиологик хусусиятлари. Сб. науч. прак. конф. по акт. проблем. дерматологии и вен. - Самарканд, 5-6 ноябрь 2004. – С. 179-181.
9. BCG vaccine: WHO position paper // World Health Organization. – 2018. – Vol. 36– P. 3408-3410.
10. World Health Organization. Global leprosy: situation 2016-2020. – 2016. – P. 1-20.