

DOI: <https://doi.org/10.57231/j.ao.2023.3.3.049>

## К ИСТОРИИ ЛИКВИДАЦИИ ТРАХОМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Шарапова А. Х.<sup>1</sup>, Болтаева З. К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кандидат медицинских наук, доцент, врач-офтальмолог Центрального военного клинического госпиталя министерства обороны РУз, [russnar@gmail.com](mailto:russnar@gmail.com), +998 90 981 34 65. Центральный военный клинический госпиталь МО РУз, улица Зиёллилар 4, Ташкент, 100140, Узбекистан.

<sup>2</sup>Кандидат медицинских наук, доцент, врач-офтальмолог Центральной клинической больницы № 1 Главного медицинского управления при АП РУз, [Avrora\\_hol@mail.ru](mailto:Avrora_hol@mail.ru), +998 90 943 34 66. Центральная клиническая больница № 1 ГМУ АП РУз, ул. Мохларойим 40, Ташкент, 100143, Узбекистан.

**Аннотация.** Трахома, которую сегодня можно отнести к группе забытых болезней, до недавнего времени была одной из основных причин, приводивших к слепоте в Узбекистане, как и в целом в регионе. Статья посвящена истории борьбы с трахомой со слов А. Х. Шараповой, непосредственного участника борьбы с этой болезнью в семидесятых годах прошлого столетия в нашей республике. В тот период проводились беспрецедентные организационные мероприятия по поголовному обследованию и лечению населения усилиями отрядов офтальмологов, которые направлялись в очаги заболевания. Непосредственно на местах проводилась самоотверженная работа по обследованию и лечению больных, готовились кадры медицинских сестер, фельдшеров, врачей, создавались трахоматозные диспансеры, в конечном итоге в 1964 году трахома в Узбекистане была ликвидирована.

**Ключевые слова:** трахома, борьба с трахомой, отряды глазных врачей, ликвидация трахомы.

В прошлом веке были достигнуты небывалые успехи в диагностике, профилактике, лечении и в целом ликвидации трахомы, как хронического высококонтагиозного инфекционного заболевания органа зрения. В течение многих веков во многих странах мира это заболевание являлось основной причиной слепоты, практически неизлечимой в то время. Распространению его способствовали бытовые условия и не соблюдение элементарных гигиенических норм и правил в быту и организованных сообществах, таких как военные гарнизоны, сложные климатические условия, отсутствие дорог и транспорта, ограниченный доступ к водоемам, работа в плохо вентрируемых и мало освещенных помещениях, часто кочевой образ жизни. Почти все слои населения не имело представления о причинах возникновения, путях и способах распространения трахомы, не знали, как избавиться от этого заболевания и его осложнений. Болезнь была наиболее распространена среди бедных слоев населения. Трахома очень древнее заболевание человека, греки описали ее еще 2000 лет тому назад. Она была широко распространена в Северной Африке, в Египте, в южных странах Европы, распространялась по ходу движения войск во время военных походов и была занесена в Центральную Азию.

Трахома, которую сегодня можно отнести к группе забытых болезней, до недавнего времени, вплоть до 60-х годов XX века, была одной из основных причин (до 90%), приводящих к слепоте в Узбекистане, как и в целом в регионе. Почти на каждом шагу можно было видеть беспомощных слепых вследствие трахомы, количество которых исчислялось десятками тысяч.

Эффективное лечение и методы профилактики были разработаны лишь с открытием в 1907 году возбудителя заболевания чешским ученым Провачеком. Им оказался один из видов хламидий (*Chlamydia trachomatis*). Это микроорганизм, строение которого напоминает бактерию. Однако хламидии не могут жить и размножаться вне клетки хозяина, что делает их похожими на вирусы.

Практикующие табибы для борьбы с трахомой применяли ляпис и медный купорос. Последний использовали в виде целого кристалла, которым обрабатывали конъюнктиву ежедневно, иногда на протяжении многих лет. Эффективные лекарственные препараты для лечения трахомы были предложены лишь в 1938 году, когда впервые было предложено использовать сульфаниламиды для лечения трахомы.

Трахома на ранних стадиях является высококонтагиозным заболеванием и передается при контактах глаз с руками, при пользовании общими предметами в быту (полотенцами, носовыми платками, косметикой), при контакте с зараженным человеком. Начальные симптомы включают гиперемию конъюнктивы, отек век, фотофобию и повышенное слезоотделение, появление фолликулов. Позже развиваются неоваскуляризация и рубцевание конъюнктивы, роговицы и век. Инкубационный период болезни длится 8–15 дней, при этом поражаются оба глаза. Восприимчивость к трахоме всеобщая и высокая, иммунитет после перенесенного заболевания не вырабатывается.

Диагноз обычно ставится на основе клинических данных. Лечение производится местными

или системными антибиотиками, мазями из антибиотиков, экспрессией трахоматозных фолликулов, комплексным использованием иммуномодуляторов, интерферона, сульфаниламидных препаратов и индивидуально назначаемой витаминотерапией.

Приказом Министерства здравоохранения Узбекской ССР в 1961 году было постановлено осуществить организованный массовый поголовной осмотр всего населения для выявления истинного количества больных трахомой и составления перспективного плана ликвидации трахомы в 2–3 годичный период. Лечение больных трахомой вели подготовленные фельдшеры, с организацией трахоматозных здравпунктов в школах, в сельсоветах, в районных больницах и на некоторых предприятиях. В городах это выполнялось в областных трахоматозных диспансерах, а в удаленных районах – на базах летних оздоровительных лагерей, проводились разъяснительные лекции среди населения по трахоме, ее симптомах, профилактике и необходимости лечения.

Эти организационные мероприятия проводились в условиях, когда на местах практически повсеместно сказывалась нехватка как специалистов, так и обеспечения оборудованием, медикаментами, отсутствовали методики достоверной диагностики и эффективного лечения.

Для решения этих проблем формировались выездные экспедиции из Ташкента на места на 2–3 месячные периоды, направлявшиеся в различные районы Республики Узбекистан, для удаленных районов привлекалась санитарная авиация.

Руководителями таких полевых экспедиций в разное время в Сурхандарьинской, Кашкадарьинской, Бухарской, Хорезмской областей и Каракалпакской АССР были ассистенты Ходжимухамедов Х. К., Джалилов Х. А., Ганиев А. Г., Мирзаев Х. М.

В работе по профилактике болезней и ликвидации трахомы, с участием в полевых экспедициях, в разные периоды выезжали окулисты: Джалилов Х. А., Ходжимухамедов Х. К., Мирзаев Х. М., Ганиев А. Г., Табачкова З. А., Шарапова А. Х., Исламов С. И. и др.

В самом городе Ташкенте, в Республиканском глазном диспансере, эвакуированных с мест сложных больных ежедневно консультировали проф. Комилов М. К., доц. Хамидова М. Х., доц. Касымов Т. Я., доц. Ильина Т. Г. Ординаторы в стационарных учреждениях подменяли выехавших в экспедиции своих коллег, брали сверхурочные часы работы, продолжая лечебный процесс и анализируя данные экспедиций, разрабатывая оптимальные методики организации работ на выезде.

Деятельность профессора П. Ф. Архан-

гельского, как и глазной кафедры в целом, в борьбе с трахомой сыграла очень большую роль, в 1939 году П. Ф. Архангельский основал диспансер для лечения трахомы (главный врач А. В. Кужерская, в последующие годы – Одилова М. О. до 1962 года, с 1963 года Саидов Ш. С. и заместитель главного врача Джалилов Х. А.). Основной задачей диспансера была организация борьбы с трахомой в Узбекистане, были разработаны организационно-методологические основы для борьбы с трахомой. Республиканский глазной диспансер был расположен на территории ТашГосМИ (ныне ТГСИ), рядом с Фармацевтическим институтом, окна диспансера открывались на наружный двор фармацевтического института. Рядом были расположены Санитарный институт и институт профзаболеваний, все они были на территории ТашГосМИ.

Диспансер оказывал профилактическую, лечебную консервативную и оперативную неотложную помощь больным трахомой, в нем разрабатывали и внедряли новые методы лечения, организовывали собрания общества офтальмологов, на которых рассматривали сложные и необычные случаи из практики, проводились лекции, ознакомление с новой медицинской техникой, обмен опытом.

Большой вклад в лечебную и хирургическую работу внесли сотрудники кафедр Комилов М. К., Хамидова М. Х., Касымов Т. Я., Ильина Т. Г., врачи – офтальмологи диспансера Курчевская О. С., Рычкова А. И., Окунь З. Б., Антонова Н. А., Табачкова З. А., Шарапова А. Х. и др. В диспансере проводились амбулаторно операции по исправлению заворота, трихиаса, если у пациента выявлялись дакриоциститы, то его направляли в областную глазную больницу № 2 по улице Саган, остановка Коштут. Там работали ведущие специалисты, выполняя сложные глазные операции, например дакриоцистиностомии (главный врач Агзамова М. А.).

Больные диспансеров ежедневно получали консультации и наблюдались по показаниям, как врачами диспансера, так и привлеченными специалистами глазной кафедры ТашГосМИ. В основном этой деятельностью занимались доцент Касымов Т. Я., доцент Комилов М. К., доцент Хамидова М. Х., доцент Ильина Т. Г.

До 1965 года Сурхандарья и Кашкадарья были единой областью, Кашкадарья входила в состав Сурхандарьинской области. При организации экспедиций для ликвидации массовой трахомы один из авторов – Айниса Ходжаевна Шарапова, ездила из Ташкента в город Термез (вместе с Зинаидой Андреевной Табачковой), где в областной глазной больнице (главный врач Бутько Иван Матвеевич), распределили офтальмологов по районам Термез, Бойсун, Китоб, Гузор, Косонсой, Карши, Шахрисабз, это



**Непосредственный участник экспедиций по борьбе с трахомой Айниса Ходжаевна Шарапова**

проходило в сентябре, октябре и ноябре месяцах 1961–1962 года.

Для борьбы с трахомой в каждой семье района проводили поголовные осмотры членов семьи, начиная с новорожденных до пожилых людей, и оказывали соответствующую помощь, никого не оставляя без внимания. В шестидесятые годы в районах не было асфальта, света,

газа, водопровода, людей собирали на шипанах в поле, осматривали глаза и тут же проводили лечение: промывали глаза фурацилином, обезболивали раствором дикаина и при трахоме 2 и 3 стадии производили экспрессию трахоматозных зерен (фолликулов) слизистой оболочки век пинцетом Беллярминова, закапывали капли альбуцида 30% по 2 капли, назначали закла-

дывать мазь тетрациклина 1% 6 раз в день. В 1962 году появилось дибиомициновая мазь, которая обладала пролонгирующим действием, чему очень обрадовались врачи, потому что его закладывали один раз в день.

Особое внимание уделяли санитарно-гигиеническому состоянию каждой семьи. Во дворе каждого дома проводили беседу с членами семьи о том, что трахома – заразная болезнь, очень контагиозная, при заболевании одного члена в семье тут же быстро переходит и остальным. Из-за отсутствия водопровода жители пользовались арычной водой или колодцем. Врачи были свидетелями того, что в кумгане подавали воду, где сначала умывался дедушка или отец, а потом мама и по возрасту остальные дети, поэтому в семьях проводилась беседа о трахоме, как она передаётся от человека к человеку, что должны соблюдаться санитарно-гигиенические условия, а также на каждого члена семьи должны быть отдельные полотенца и наволочки, что руки должны мыть чаще. В семье заставляли хозяек дать старые платья или рубашки, из которых делали отдельные полотенца детям и другим членам семьям. Члены экспедиций выступали с докладами на местных радио и читали лекции, проводили беседы среды населения.

В каждой экспедиционной группе присутствовали по 2–3 офтальмолога, когда Айнису Ходжаевну Шарапову отправляли в экспедицию, у нее была 10ти месячная дочь Луизахон, которую она оставила на 2 месяца домашним. Кроме того, в составе экспедиции были сотрудники диспансера и кафедры Джалилов Хайрулла Абдуллаевич, Ганиев Абдураим Ганиевич, Хожимухамедов Хамидулла Карабоевич, Мирзаев Хасан Мирзаевич, Табачкова Зинаида Андреевна, Исламов Садриддин Исламович. Остальные врачи Курчевская Ольга Самоуиловна, Рычкова Анна Ивановна, Окунь Зинаида Борисовна, Антонова Нина Андреевна остались на работе Республиканском диспансере в г. Ташкенте.

В конечном итоге такой самоотверженной деятельности врачей в выездных экспедициях и организации комплексных медицинских мероприятий в городах и, прежде всего, в Ташкенте, в 1964 году трахома в Узбекистане была ликвидирована, но ее отдельные последствия и осложнения глаз еще долго лечили амбулаторно и стационарно.

Все действующие врачи-офтальмологи Узбекистана и Каракалпакстана являются продолжателями богатого наследия науки и практики, эффективных методологий, разработанных предшественниками, большинство из которых участвовали в выездных экспедициях, не считаясь со временем и неудобствами полевых условий, внесших свой вклад в устранение такой опасной болезни, как трахома.

Трахома в нашей республике больше не угрожает обществу, как это было еще относительно недавно, однако в беднейших регионах мира количество больных трахомой и ослепших от нее все еще очень велико. Поэтому международным организациям и отдельным государствам потребуется еще много усилий для ее полной ликвидации, а в Узбекистане предпринимаются все меры профилактики ее завоза и распространения.

#### **Заявления.**

А. Заявление о конфликте интересов

Конфликт интересов отсутствует

Б. Заявление о финансировании/поддержке

*Это исследование не получило какого-либо конкретного гранта от финансирующих агентств в государственном, коммерческом или некоммерческом секторах.*

#### **Авторский вклад.**

Шарапова А. Х.: – концепция и дизайн исследования, написание и окончательное редактирование текста.

Болтаева З. К.: – участие в написании и редактировании текста.