

**ГОО “Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино”
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической
медицины»**

УДК 616.24-002.5-084; 616-036.22

На правах рукописи

МАХМУДЗОДА ИСФАНДИЁР САФАРИ

**Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза на
доступность к медицинским услугам среди молодёжи и пути её оптимизации
в Республике Таджикистан**

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.02.02 – Эпидемиология**

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Бобоходжаев О. И.

Научный консультант:

доктор медицинских наук

Алиев С.П.

Душанбе - 2020

Оглавление

Список сокращений и условных обозначений.....	3
Введение.....	4
Общая характеристика работы.....	8
Глава 1. Обзор литературы.....	13
1.1.Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу.....	13
1.2.Медико-социальные факторы риска развития туберкулёза среди молодёжи.....	16
1.3.Доступность молодёжи к медицинским услугам по выявлению туберкулёза.....	27
Глава 2. Материал и методы исследования.....	32
Глава 3. Медико-социальные факторы риска развития туберкулёза.....	37
3.1. Социально-экономический статус молодёжи, уровень их информированности о туберкулёзе и связанный с ней уровень стигмы.....	37
3.2. Уровень инфицированности организма у молодёжи микобактерии туберкулёза	43
3.3. Влияние наличия сопутствующих заболеваний на развитие туберкулёза	44
3.4. Индекс питания у молодёжи - больных туберкулёзом.....	45
Глава 4. Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза среди молодёжи на доступность к медицинским услугам и пути её оптимизации.....	49
Обсуждение полученных результатов	59
Заключение.....	71
Список литературы.....	73
Приложение.....	97

Список сокращений и условных обозначений

БЦЖ	–	бацилла Кальметта Герена
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ДОТС(DOTS)	–	стратегия лечения под непосредственным контролем
ИОМ	–	информационно-образовательный материал
ЛЖВ	–	люди, живущие с вирусом иммунодефицита человека
ЛПУ	–	лечебно-профилактическое учреждение
МБТ	–	микобактерии туберкулёза
МЛУ-ТБ	–	туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью
ММКО	–	молодёжные медико-консультативные отделения
НПО	–	неправительственные организации
НТП	–	национальная противотуберкулёзная программа
ПМСП	–	первичная медико-социальная помощь
ПТП	–	противотуберкулёзные препараты
РТ	–	Республика Таджикистан
РФ	–	Российская Федерация
СНГ	–	Содружество независимых государств
СПИД	–	синдром приобретённого иммунодефицита
ТБ	–	туберкулёз
ТЕ	–	туберкулиновые единицы
ШЛУ-ТБ	–	туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.

Туберкулёз (ТБ) занимает особое место среди так называемых социально-обусловленных болезней [Ерохин, В.В. 2006; Руководство по социальной педиатрии, 2010; Lonngroth, K., et al. 2010].

Следует отметить, что более 60% зарегистрированных лиц туберкулёзом в Таджикистане входят в возрастную группу 15-34 лет, это тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь [Здоровье населения и здравоохранение, 2011-2016].

Нижняя возрастная граница молодёжи определяется с 15 лет, когда наступает физическая зрелость и человек может заниматься трудовой деятельностью (период выбора учиться или работать). Верхняя граница - определяется достижением экономической самостоятельности, профессиональной и личной стабильности (создание семьи, рождение детей) [Мощь 1,8 миллиарда..., 2014].

Следует отметить, что границы молодёжного возраста подвижны. Они зависят от социально-экономического развития общества, достигнутого уровня благосостояния и культуры, условий жизни людей [Молодёжь и риски для здоровья / ВОЗ, 2011].

Республика Таджикистан (РТ) считается одной из молодых стран в мире, средний возраст населения составляет 24,7 лет [Здоровье населения и здравоохранение, 2018]. Молодые люди составляют около одной трети от общего количества населения и являются существенной частью человеческого капитала страны. Снижение качества жизни, ухудшение здоровья населения и другие процессы, складывающиеся в период социально-экономических преобразований в Таджикистане, ставят молодое поколение в разряд наиболее уязвимого контингента [Ульмасов, Р. 2011].

Таджикистан входит в число 18 стран Европейского Региона ВОЗ с высоким бременем ТБ и в число 27 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ в глобальном масштабе [WHO Global TB Control, 2015]. В числе основных причин роста заболеваемости ТБ отмечена социально-экономическая нестабильность и связанные с ней ухудшение доступности к медицинским услугам, низкое качество предоставляемых услуг, усиление миграционных процессов и пр. [Recommendation for investing the contacts.../ WHO. 2012; The end TB Strategy / WHO. 2015; WHO European Ministerial Forum, 2009; WHO Global TB Control, 2015]. Республика Таджикистан в последние годы 25-летия своей независимости переживает трудный период социально-экономического развития. Недостаток педагогических и медицинских специалистов, в особенности, в сельских местностях, оставил свой отпечаток на уровне информированности населения, в основном молодёжи, о качестве жизни и социальных факторах, влияющих на его уровень, а также ухудшил доступность к профилактическим, лечебно-диагностическим и реабилитационным услугам [Сиродждинова, У. Ю., и соавт. 2015].

По предварительным данным количество трудовых мигрантов, выезжающих за пределы Таджикистана, оценивается от 750 тыс. до 1,0 миллиона человек, а это, в основном, молодёжь [Умаров, Х. 2010]. Средний возраст мигранта выезжающего на заработки составляет 22 года [Организация Объединенных Наций, 2010]. Среди всех зарегистрированных больных ТБ в 2016 году 19,2% составили трудовые мигранты [Здоровье населения и здравоохранение, 2011-2016].

Не исключается, что недостаточный уровень знаний и связанный с ним высокий уровень стигмы у молодёжи в вопросах ТБ, географические особенности Таджикистана (93% территории занимают горы) и экономические причины нередко являются причиной отказа их от своевременного обследования, что приводит к выявлению запущенных форм ТБ и увеличению сроков и стоимости лечения.

Степень изученности научной проблемы. По данным ВОЗ Таджикистан относится к странам с наиболее высоким уровнем распространенности ТБ в данном регионе. В 2014 г., по оценочным данным ВОЗ, заболеваемость ТБ составляла 91 на 100 тыс. населения [206]. Следует отметить, что более 60% зарегистрированных лиц ТБ в РТ входят в возрастную группу 15-34 лет, это тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь [35].

Известно, что на доступность населения и больных ТБ к медицинским услугам влияют многие факторы, включая и медико-социальные, однако исследования по оценке их влияния, ранжирования, по значимости, а также разработки превентивных мер в Таджикистане до настоящего времени не были проведены. Работа Закировой К.А. (2011) была посвящена декларации большого количества проблем, влияющих на рост заболеваемости ТБ в Республике Таджикистан в целом, таких как экономический кризис, а также рост числа безработных, низкий доход работающей части населения, отсутствие социальной поддержки, низкий материальный уровень населения, неполноценное питание, неудовлетворительное санитарное состояние населенных пунктов, а также недостаточная организация лечебной, профилактической, реабилитационной и социальной помощи больным ТБ [33]. Однако эти исследования не касались такой уязвимой группы населения как молодёжь и не были подкреплены какими-то специально проведенными исследованиями среди молодёжи.

Таким образом, в Таджикистане, к сожалению, всё ещё не изучено влияние различных медико-социальных факторов риска развития ТБ среди молодёжи на их доступность к медицинским услугам. Особую актуальность приобретает проблема разработки эффективных профилактических противотуберкулёзных мероприятий в Республике Таджикистан, где сформировался значительный резервуар туберкулёзной инфекции, с возможно высоким уровнем инфицированности к ТБ молодых людей с различным социальным статусом.

Теоретические и методологические основы исследования

Уровень информированности молодёжи в Республике Таджикистан о качестве жизни и социальных факторах, влияющих на заболеваемость ТБ, а также

доступность к профилактическим, лечебно-диагностическим и реабилитационным услугам повышается с учетом показателей заболеваемости, частоты встречаемости, которая основана на Национальных программах по ведению данной категории больных.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Изучить влияние медико-социальных факторов риска развития ТБ среди молодёжи на доступность к медицинским услугам в Республике Таджикистан и разработать пути её оптимизации.

Объект исследования

Для понимания причин напряжённой ситуации по ТБ в Республике Таджикистан было проведено комплексное изучение социальных и медицинских факторов, влияющих на развитие ТБ, у 390 здоровых лиц, и ретроспективных данных историй болезни 200 больных ТБ. Возраст наблюдаемых лиц в обеих группах колебался от 15 до 34 лет. Мужчин в обеих наблюдаемых группах было соответственно 57,4% и 54,0%.

Предмет исследования

Предметом исследования было изучение уровня инфицированности молодёжи к МБТ и влияние различных факторов риска на развитие ТБ.

Задачи исследования

1. Изучить влияние высокой стигматизации молодёжи относительно факторов риска развития ТБ, географических и экономических особенностей Таджикистана на доступность к медицинским услугам.
2. Изучить уровень инфицированности молодёжи МБТ.
3. Изучить индекс питания у молодёжи и больных ТБ той же возрастной группы и влияние его уровня на развитие ТБ.
4. Изучить влияние различных сопутствующих заболеваний на развитие ТБ.
5. Разработать комплекс мер по оптимизации доступности молодёжи к противотуберкулёзным услугам у жителей Республики Таджикистан.

Методы исследования

В работе проводилось анкетирование и изучение индекса массы тела у 390 здоровых лиц, жителей разных регионов Таджикистана. У всех анкетированных лиц проводилась туберкулиновая проба. Также проведено анкетирование и измерение индекса массы тела у 200 больных ТБ. Кроме этого, проводилась

оценка статуса питания и антропометрических показателей у исследуемых лиц, применялись клинико-лабораторные (общие анализы, биохимия крови) исследования.

Отрасль исследования

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.02 – Эпидемиология: подпункт 3.1. - Закономерности возникновения и особенности распространения эпидемического процесса инфекционных и паразитарных болезней для выявления причин, условий и механизмов его развития. Подпункт 3.5. - Усовершенствование эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями, создание биологических и математических моделей эпидемического процесса, разработка противоэпидемических мероприятий (средств), а также новых организационных форм противоэпидемического (профилактического) обеспечения населения. Подпункт 3.7. - Разработка и усовершенствование противоэпидемических мероприятий (средств), а также новых организационных форм противоэпидемического (профилактического) обеспечения населения.

Этапы исследования

Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Была выявлена зависимость доступности к медицинским услугам населения от географических и экономических особенностей Таджикистана. При этом у молодёжи Таджикистана наблюдается высокий уровень инфицированности к МБТ.

Основная информационная и экспериментальная база

В работе была изучена информация (диссертации, защищённые в Республике Таджикистан, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о проблеме туберкулеза. Исследования проводились на базе НИИ профилактической медицины.

Достоверность диссертационных результатов

Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов

исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов изучения уровня инфицированности молодежи РТ и их доступности к медицинским услугам.

Научная новизна исследования. Впервые показано, что низкий уровень информированности и связанный с ним высокий уровень стигматизации среди молодёжи являются основными факторами, влияющими на доступность молодёжи к противотуберкулёзным услугам. Показана зависимость доступности к медицинским услугам населения от географических и экономических особенностей Таджикистана. Впервые показано, что у молодёжи Таджикистана выявлен высокий уровень инфицированности к МБТ, у них преобладает низкий индекс питания и при наличии заболеваний, сопутствующих развитию ТБ, таких как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ и сахарный диабет, риск развития активной формы ТБ становится высоким.

Теоретическая ценность исследования

Заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Практическая ценность исследования. Подход к оптимизации доступности молодёжи к медицинским услугам должен быть интегрированным. Распространение информации и информационно-образовательного материала среди молодёжи, своевременное выявление инфицированных МБТ молодых лиц и проведение химиопрофилактики у них при сочетании с пониженным индексом массы тела позволяет предупредить развитие ТБ.

Положения, выносимые на защиту:

1. Низкий уровень информированности и высокая стигматизация молодёжи относительно факторов риска развития ТБ являются для молодёжи Республики Таджикистан основными причинными факторами, влияющими на доступность к медицинским услугам.
2. Географические и экономические особенности Таджикистана для

обеспечения должной доступности населения к противотуберкулёзным услугам обязывают пересмотреть некоторые общепринятые подходы к выявлению и диагностике ТБ, которые заключаются в бесплатном скрининге всех лиц входящих в возрастную группу молодёжи и увеличении числа лабораторий по диагностике ТБ.

3. Наличие инфицированности к МБТ в сочетании с низким индексом массы тела, при наличии таких сопутствующих заболеваний как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ и сахарный диабет среди молодёжи Республики Таджикистан являются основными предикторами развития активных форм ТБ.
4. Для оптимизации доступности к медицинским услугам необходимо внедрить интегрированный подход, состоящий из выполнения последовательных шагов: мотивированное консультирование молодёжи по вопросам ТБ; оказание первичной специализированной лечебно-диагностической и медико-социальной помощи молодёжи из групп риска в ММКО при Центрах здоровья; межсекторальное сотрудничество с вовлечением общины, активных лиц переболевших ТБ, волонтёров, хукуматов, махаллинских советов, религиозных учреждений и общественных объединений.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов

Результаты исследований были доложены и обсуждены на Научно-практической конференции, посвященной 25-летию независимости РТ и 85-летию ТНИИ профилактической медицины (Душанбе, 2016), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза» с участием национальных и международных экспертов (Москва, 14 - 15 ноября 2017 г), заседаниях кафедры фтизиопульмонологии Таджикского государственного университета им. Абуали ибни Сино (2018 г.). Работа была допущена к защите на заседании Ученого совета Таджикского НИИ профилактической медицины (2019 г.).

Опубликование результатов диссертации

По теме диссертации опубликовано 10 работ, в том числе 3 работы опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 108 страницах машинописного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы и 3 глав собственных исследований, обсуждения результатов, заключения, списка литературы, включающего 208 источников (из них 109 отечественных и 99 зарубежных), приложения. Работа содержит 16 таблиц и 7 рисунков.

Глава 1. Обзор литературы

1.1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу

Целый ряд таких факторов, как высокая заболеваемость ТБ во многих странах Европейского региона, высокий уровень ТБ с множественной (МЛУ-ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ), вероятность возникновения вспышек ТБ среди постоянно растущего числа людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), многочисленные группы лиц в местах лишения свободы и повышение интенсивности миграции населения, служат причинами возникновения чрезвычайной ситуации по ТБ в регионе, и требуют принятия эффективных мер борьбы с ТБ на уровне всего региона [19, 24, 58, 85, 168, 192, 195, 205].

Согласно оценкам ВОЗ, в 2016 г. во всем мире заболели ТБ более 10 млн. человек и около двух миллионов людей погибли от ТБ. По этим же оценкам, в 2015 году 1 млн. детей заболели ТБ, и 170 000 детей умерли от него. Тем не менее, с 2000 года заболеваемость ТБ снижается в среднем на 1,5% в год. Для достижения контрольных показателей на 2020 год, предусмотренных Стратегией по ликвидации ТБ, эти темпы снижения необходимо ускорить до 4–5% в год [155, 180, 206].

Более 95% случаев смерти от ТБ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода [156, 196].

За последнее десятилетие отмечается значительный прогресс в развитии фтизиатрической науки в области разработки и внедрения более точной и быстрой диагностики всех форм ТБ и новых более качественных лекарственных средств, однако в вопросах обеспечения доступности к этим услугам всё ещё имеются серьёзные проблемы [122, 123, 198, 199].

Если в западном Европейском регионе ВОЗ страны уже наметили ближайшие планы по ликвидации ТБ, ситуация в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) катастрофически ухудшается и составляет 85% всех случаев ТБ в регионе [206]. Среди причин, препятствующих эффективной реализации ТБ программ, основными являются не соблюдение мер инфекционного контроля как в ЛПУ, так и в обществе; не соблюдение принципов

контролируемого лечения, в особенности по распространению МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ; не своевременная диагностика этих случаев; рост сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ, в основном за счёт увеличения числа ВИЧ-инфицированных лиц и недостаточного их охвата АРВ-терапией; не эффективная интеграция ТБ службы и службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), а также недостаточное вовлечение в программы борьбы с ТБ гражданского общества [133, 182]. Подобные проблемы присущи и для Африканского региона. Более того, активные миграционные процессы способствуют трансмиссии ТБ во всем мире [116, 141, 168].

Сообщество должно быть хорошо информировано о том, что такое ТБ и какие меры необходимы для его профилактики и контроля. Они также должны быть информированы о возможности передачи инфекции ТБ через кашель и должны учитывать требования учреждений здравоохранения [45, 171].

Сегодня нет ни одной страны свободной от ТБ, уровень инфицированности микобактериями ТБ, эндогенная и экзогенная реактивация специфического процесса остаются высокими во многих странах мира [176].

В настоящее время актуальными задачами фтизиатрии остаются профилактика, ранняя диагностика и адекватное лечение ТБ, превентивные меры по развитию устойчивости возбудителя ТБ к противотуберкулезным препаратам и сочетание туберкулёза с ВИЧ инфекцией [119, 142].

Россия входит в число 18 стран Европейского региона с наиболее высоким уровнем ТБ. 128 тыс. больных впервые с выявленным ТБ и его рецидивами в РФ в течение года составляют 35% от числа зарегистрированных в Европейском регионе ВОЗ (365 тыс.) [106]. Велика также доля больных из других стран бывших республик СССР [83]. Самые высокие показатели заболеваемости туберкулёзом в 2014 г. имели место в Приморском крае, Республике Тыва и Еврейской автономной области (в 2,8-2,3 раза выше, чем в среднем по России), Республике Бурятия, Омской, Кемеровской, Амурской областях, Хабаровском крае, Иркутской области и Алтайском крае (в 2,0-1,6 раза выше) [3, 6, 7, 44, 49, 101]. Интересные данные получены по результатам анализа социальной

структуры всех впервые выявленных случаев ТБ в 26 субъектах Российской Федерации, которые свидетельствуют о том, что показатель заболеваемости ТБ имеет прямую зависимость от социальных и географических факторов [204]. Показана также зависимость показателя заболеваемости ТБ от экономического статуса жизни населения [30]. При этом, авторы занимающиеся подобным анализом акцентируют на важность комплексного подхода при планировании мер по борьбе с ТБ [40, 84].

Показатель смертности от туберкулёза в 2015 году в РФ снизился по сравнению с 2014 годом на 8,2% и составляет девять случаев на 100 тыс. населения. Однако мы видим, что за пять лет двукратно, почти до 5 тыс. в год, выросло число умерших пациентов с ТБ, которые имели ВИЧ-инфекцию. При этом ТБ не указывается в качестве причины смерти, что искажает истинную статистическую картину [11, 47, 100].

В Казахстане ТБ также считается классическим социально обусловленным заболеванием и продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения [4]. Проблемы верификации диагноза вновь стали актуальны. Не было возможности дифференцировать ТБ от других микобактериальных инфекций, показатель выявляемости ТБ был низок [128, 129, 130, 136, 148, 150, 202]. Особенно пострадала в этих условиях система профилактических противотуберкулёзных мероприятий (иммунизация вакциной БЦЖ, туберкулиновая диагностика, флюорография) [208]. Активация миграционных процессов и увеличение социопатических семей также отразились на эпидемиологической ситуации по ТБ в стране [157, 161]. Увеличение групп риска по развитию заболевания, слабая работа в очагах туберкулёзной инфекции также оказали влияние на ухудшение эпидемиологических показателей по ТБ [50, 158]. В последние годы участились случаи самовольного прерывания лечения и уклонения больных от терапии [4, 23, 150, 153].

По данным ВОЗ Таджикистан относится к странам с наиболее высоким уровнем распространенности ТБ в данном регионе. В 2014 г., по оценочным данным ВОЗ, заболеваемость ТБ составляла 91 на 100 тыс. населения [206].

Оценочные данные по распространенности мультirezистентных форм ТБ среди новых случаев и ранее леченных составили 13% и 61% [149]. Современная эпидемиологическая ситуация по ТБ в Республике Таджикистан (РТ) связана с социально–экономической, политической и демографической ситуацией страны и характеризуется появлением распространенных форм с наличием деструкции и массивным бактериовыделением, генерализации специфических процессов с поражением нескольких органов и систем [82].

Напряжённая эпидемиологическая ситуация по ТБ в Таджикистане имела прямую зависимость от жизненного статуса преимущественно сельского населения, активизации внутренней и внешней миграции [33, 52, 189]. Несмотря на значительные внешние финансовые вложения, ситуация по ТБ в республике остается неблагоприятной до настоящего времени. Высокий уровень заболеваемости и смертности от ТБ отмечается по всем регионам страны, таковые районы есть и в Кулябской и Курган-тюбинской зонах Хатлонской области, в Согдийской области, в ГБАО и в районах республиканского подчинения, что объясняется системными и программными ошибками при планировании противотуберкулезных мероприятий.

1.2. Медико-социальные факторы риска развития туберкулёза среди молодёжи

Средний возраст населения в Республике Таджикистан составляет 24,7 лет [48]. Снижение качества жизни, ухудшение здоровья населения и другие процессы, складывающиеся в период социально–экономических преобразований, ставят молодое поколение в разряд наиболее уязвимого контингента [34, 46].

Следует отметить, что более 60% зарегистрированных лиц ТБ в РТ входят в возрастную группу 15-34 лет, это тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь [35].

Рассмотрим влияние основных социальных (миграция, стигма и дискриминация, низкий уровень информированности о заболевании, недостаточность питания) и медицинских (высокий уровень инфицированности, частые контакты с больным активной формой болезни, заболевания

способствующие развитию ТБ) факторов на эпидемиологическую ситуацию по ТБ.

Миграция и туберкулёз. Несмотря на распад СССР и получение статуса независимых стран, миграционное пространство для большинства их населения остается единым [108]. Основные причины этого – общность языковых и культурных связей, единые транспортные и коммуникационные сети, единые подходы к системе образования и организации труда, безвизовые пересечения границ [32]. Главные проблемы в данной области связаны с чрезвычайными масштабами нелегальной миграции, бесправным положением незаконных мигрантов, узостью миграционной инфраструктуры (различного рода правовых, социальных, бытовых и прочих услуг), размахом неформальной и внеправовой активности, паразитирующей на нуждах трудовых мигрантов [89]. Российская Федерация ежегодно принимает свыше 10 млн. мигрантов и после США занимает второе место в мире по данному показателю. Многие мигранты приезжают в Россию в поисках работы и поэтому стал популярен термин – трудящиеся мигранты. Проведенные официальные и независимые исследования свидетельствуют о том, что из 3–4 млн. трудящихся мигрантов, около половины находятся на нелегальном статусе. Большинство из них приезжают из стран с безвизовым пересечением границ [104]. В современном обществе миграция превращается в одну из сил, влияющих на социальный статус стран, откуда выезжают мигранты [103]. Подобные проблемы связанные с нелегальной миграцией присущи и для других развитых стран, которые к великому сожалению, также не могут найти эффективный подход по их решению [105].

Масштабы и возможные последствия нелегальной миграции могут представлять серьезные риски как международной стабильности, так и экономического статуса стран [56, 146, 152]. Наряду с нелегальным статусом возникают проблемы по обеспечению доступности мигрантов к медицинским услугам и обеспечением жильём, многие из них находятся в странах миграции с семьей и детьми, имеют проблемы с качественным питанием и соблюдением гигиенических норм, норм труда и быта [91, 92]. Около половины мигрантов

заняты в строительном секторе и относятся к разряду тяжелого труда и не всегда соизмеримо оплачивается. И экономика страны отправления, очень плотно зависела от тех денежных переводов, которые направлялись данными мигрантами в свои страны. Внутренний валовой рост, например, того же самого Таджикистана или Кыргызстана напрямую зависит от тех денежных переводов, которые поставляются мигрантами на территорию своих стран [98]. За последние пятнадцать лет трудовая миграция из Таджикистана приобрела беспрецедентный масштаб. Согласно оценкам численность трудовых эмигрантов в 2008 г. составляла от 800 000 до 1 миллиона человек. Около 37 % домохозяйств отправляли своих членов на работу за пределы страны. Для таджиков основная принимающая страна – Россия (97% всех мигрантов из РТ приезжают в РФ) [58, 59]. В настоящее время мигранты и эмигрантские семьи являются наиболее уязвимыми слоями населения [51]. Мигранты чаще вовлечены в сезонные работы. 70-80% из них уезжают из Таджикистана весной или летом и возвращаются в течение зимы. Согласно обзорам о мигрантах эмигранты заняты в строительстве [55.8 %], торговле [16.5 %], транспорте [4.3 %] и домашнем обслуживании [6.2]. Работа плохо оплачивается. Большинство мигрантов работает в трудных условиях [54].

По предварительным данным количество трудовых мигрантов, выезжающих за пределы Таджикистана, оценивается от 750 тыс. до 1,0 миллиона человек, а это, в основном, молодёжь [83]. Возраст мигрантов, объединяющий возрастную группу молодёжь, колеблется в пределах 15-34 лет, средний возраст мигрантов из Таджикистана составляет 22 года [24].

Нами полностью разделяется вывод Шиловой М.В. (2014) о том, что основными факторами, способствующими ухудшению эпидемиологической ситуации по ТБ, являются ухудшение социально-экономического статуса стран мигрантов; увеличение контингента пенитенциарных учреждений; ухудшение финансирования учреждений здравоохранения [100]. Роль названных выше факторов среды в поддержании неблагоприятной ситуации по ТБ подчеркивают в своих публикациях многие авторы [14, 25, 50, 110, 131, 178].

В целом, проблема здоровья мигрантов с каждым годом становится всё актуальнее. Доказано, что мигрирующее население имеют больше рисков заболеть, адаптация к новым условиям жизни и труда не проходит бесследно для их здоровья. В то же время, проблемы обеспечения санитарно-гигиенических и медицинских норм жизнеобеспечения жителей населенных пунктов принимающих территорий, также усугубляются [32]. В рамках реализации традиционной стратегии противотуберкулёзных мероприятий необходимо развивать интеграционные меры с общей лечебной сетью, что позволит проводить раннее выявление и эффективную профилактику ТБ среди мигрантов [98, 134].

Во многих странах, иностранные мигранты в структуре больных ТБ занимают от 9% до 70%. Их риск заражения и развития болезни может отличаться от местного населения, родившегося в связи с повышенной подверженностью ТБ в стране их происхождения. Диагностика и латентной инфекции ТБ и активного туберкулёза являются более сложными, в этой группе населения [154, 160].

В странах Европы заболеваемость мигрантов ТБ за последние 10 лет увеличилась на 20-40%, а распространенность ТБ среди них превышает заболеваемость ТБ среди коренного населения в 6-20 раз. Сегодня существенный процент новых случаев ТБ в Западной Европе и Северной. В Восточной Европе МЛУ ТБ является серьезной проблемой борьбы с ТБ. В эпидемиологическом отношении эта форма ТБ имеет общие черты с ВИЧ-инфекцией, так как она распространена среди одних и тех же групп риска, например, среди ПИН и заключённых [35, 95, 96, 112]. Трудовые мигранты, переезжающие из бедных в богатые в экономическом отношении страны, также относятся к группе повышенного риска инфицирования возбудителем ТБ, развитию заболевания и неэффективного лечения [78]. Рабочие-мигранты, в частности, выезжающие в другие страны бывшего Советского Союза, представляют собой особую группу риска по заболеванию ТБ и прерыванию лечения [14]. Большинство трудящихся мигрантов, часто живут в стесненных условиях и имеют многочисленные и сложные проблемы со здоровьем, которые часто заболевают инфекционными заболеваниями, таких как ТБ и венерические заболевания. Трудящиеся мигранты

часто боятся депортации, и поэтому неохотно обращаются в лечебно-профилактические учреждения [32]. Они чаще проживают в плохих условиях, в одной комнате более 10 человек, недостаточно питаются и одеваются не по сезону, что в совокупности вызывает вторичное иммунодефицитное состояние, способствуют более быстрому инфицированию и развитию активной формы заболевания у инфицированных микобактерией ТБ лиц. Трудовые мигранты становятся уязвимой группой к туберкулёзной инфекции в силу социального экономического положения и условий труда и проживания в принимающей стране. В рамках Программы в сотрудничестве с заинтересованными государственными и международными агентствами необходимо разработать и внедрить мероприятия по улучшению доступа услуг по туберкулёзу среди трудовых мигрантов как в РТ, так и в принимающей стране [20, 21, 52, 54]. Проблема проявляется, в случаях, когда мигрант подрывает свое здоровье в стране трудовой миграции. Многие мигранты потеряли здоровье, работая в другой стране, очень много мигрантов, которые работали на рынках, болеют ТБ. Таким образом, отсутствие постоянной прописки не позволяет трудовому мигранту получить медицинскую помощь [83]. Длительные задержки лечения со стороны мигрантов, которые заболели ТБ в России, имели прямую зависимость от высоких цен [105].

Трудящиеся мигранты в РТ составляли в 2011 году 13,5% вновь зарегистрированных случаев ТБ, в 2012 – 16%, 2013 – 18%, 2014 г. – 19% и в 2015 году – также около 20% [35]. Среди основных причин, способствующих распространению ТБ инфекции среди мигрантов в РТ, ведущее место занимает их низкая информированность о путях передачи ТБ и о мерах профилактики заболевания [78].

Стигма, дискриминация, низкая информированность и туберкулёз. В изменившихся социально-экономических условиях приоритетным направлением эпидемиологического надзора за туберкулёзной инфекцией, концентрация сил и средств на профилактической и противоэпидемической работе, должна быть

направлена на неконтролируемые (неорганизованные) категории [48, 144, 147, 167].

Безработица, ослабление системы социальной защиты населения, прежде всего молодёжи, привели к тому, что в странах значительно увеличилось число лиц, вовлеченных в секс-бизнес и употребляющих наркотики [46]. Урбанизация и быстрая эмансипация молодёжи происходит под воздействием множества факторов, таких как доступность интернета и социальных сетей [75, 190]. С этим связано отличительное поведение молодёжи, содержащее в себе противоречия и не принятие бытующих норм [80].

Большой проблемой для борьбы с ТБ является стигма, сопутствующая этому заболеванию, которая в основном связана с низким уровнем информированности индивидуума о заболевании [162]. Кроме проблем, непосредственно связанных с заболеванием, стигма связанная с ТБ также является социальной проблемой для больных ТБ. Этот факт способствовал тому, что сами больные стали активно вовлекаться в программы борьбы с ТБ [110]. Многие считают, что заболеть ТБ может только асоциальный или не соблюдающий гигиену человек. Стигмы, связанные с ТБ, являются наиболее значительными барьерами на пути предотвращения распространения инфекции, предоставления адекватного ухода, поддержки, лечения и снижения негативного влияния. Связанная с ТБ стигма универсальна и существует в каждой стране и регионе. Этому способствует целый ряд факторов, связанных в основном с незнанием болезни, включая непонимание сути заболевания, мифы о путях передачи ТБ, предубеждение, отсутствие доступа к диагностике и лечению, страх болезни и смерти. Хотя известно, что стигма при ТБ существует, малоизвестны причины, национальные традиции, усиливающие её, формы стигмы и как бороться с ней [78, 114, 127, 172]. Причины само-дискриминации идентифицированы и включают страх передачи ТБ, сплетен и потенциальной дискриминации. Причины дискриминации членами простого сообщества следующие: страх перед риском инфекции; связи ТБ с другими причинами, вызывающими дискриминацию, бедность и низкие касты; связи ТБ с дискредитирующим поведением; а также и

восприятие того, что ТБ было послано как божественное наказание. Кроме того, некоторые пациенты чувствовали к себе предвзятое отношение и со стороны медико-санитарных работников [111, 115].

Причина высокого уровня стигмы в основном сводится к низкому уровню информированности населения. Незнание путей передачи инфекции, исключение генетического фактора, полное излечение заболевания – это неполный перечень информации, не владение которой рождает разные мифы и, тем самым, увеличивает уровень стигмы [78].

Питание и туберкулёз. По данным экспертов ВОЗ, здоровье людей только на 15% зависит от здравоохранения и генетики личности и на 70% зависит от образа жизни и качественного питания [207].

Общеизвестно, что здоровое питание имеет значимое значение в развитии патологических процессов в организме человека [165].

Множество публикаций отражают важность сбалансированного питания для профилактики поддержки гомеостаза организма [36, 39, 77, 107].

За последние годы отмечено нарушение химического баланса состава рациона питания, включая микро- и макроэлементный его состав [77, 165].

Согласно рекомендациям Института питания РАМН РФ для соответствия сбалансированному рациону питания необходимо устранить дефицит содержания основных витаминов, который имеет место в среднем у 20-30% людей [10].

В настоящее время в большинстве исследований по проблемам питания, основное внимание уделяется дефициту микро-нутриентов, что обосновывает их важность в поддержке адаптационных механизмов организма [22, 36, 39].

Исследование, проведенное в 2009 году в Республике Таджикистан, показало, что 46,7% людей относятся к категории бедных, в том числе 13,8 - крайне бедных [59]. В вопросник были включены следующие вопросы:

- Как Вы оцениваете употребление продуктов питания в Вашей семье?
 - 44,3% домохозяйств ответили, что недостаточно.
- Как Вы оцениваете уровень расходов вашей семьи на питание?
 - 44,9% домохозяйств ответили, что недостаточно.

- Считаете ли Вы, что члены Вашего домохозяйства вынуждены есть меньше, из-за нехватки средств для приобретения продуктов питания?
- 23,1 процента домохозяйств ответили «да».
- Считаете ли Вы, что члены Вашего домохозяйства вынуждены есть пищу, которую бы не употребляли при наличии средств?
- 21,4% домохозяйств ответили «да».

Разные исследователи рекомендуют разные методы оценки питания, некоторые называя его трофологическим статусом, другие с помощью проведения биоэлектрического импедансного анализа, третьи определяя индекс питания Кетле [29, 39].

Галкин А.А., изучая трофологический статус у больных раком желудка, делает выводы, что рутинные схемы антропометрического обследования больных раком желудка зачастую не выявляют имеющихся нарушений нутриционного статуса. При этом, автор рекомендует сопоставлять и другие показатели статуса питания [22].

Данцев В.В. в своих исследованиях обосновал значение недостаточного питания в развитии ТБ, и наоборот, значение адекватного питания при лечении больных ТБ у военнослужащих [26].

В литературе также имеются много данных о взаимосвязи качества питания и уровня эффективности лечения больных ТБ [77, 107, 143, 165, 197].

К сожалению, в Таджикистане исследования по изучению индекса питания у больных ТБ и влияния недостаточности питания, на активацию ТБ инфекции инфицированного МБТ организма не проводилось.

Значение уровня инфицированности населения к МБТ и частого контакта с больными активной формой ТБ. Известно, что в мире примерно треть населения инфицирована МБТ и каждый год около одного млн. человек инфицируются МБТ. Инфицированность является основным показателем, отражающим интенсивность эпидемиологического процесса при ТБ [2, 102, 173, 175, 177].

Под инфицированностью ТБ подразумевают процент людей, перенесших первичную туберкулёзную инфекцию, у которых туберкулиновая проба даёт положительные результаты. Инфицированность является одним из основных показателей, характеризующих уровень резервуара возбудителя ТБ. Прогностическое значение активации ТБ процесса среди инфицированных МБТ лиц значительно выше, чем среди неинтактных [1]. Следует отметить, что данный показатель зависит от эпидемиологической ситуации в регионе, эффективности вакцинации, массивности бактериовыделения, эффективности реализации ТБ программы, длительности контакта с источником инфекции. Согласно рекомендациям ВОЗ, ТБ не является социальной проблемой в той стране, где уровень инфицированности детей к МБТ не превышает 1%-планку [194].

Другим значимым эпидемиологическим показателем ТБ является риск инфицирования, отражающий вероятность заражения *Mycobacterium tuberculosis* за 12 мес. года, характеризуя распространенность туберкулёзной инфекции среди населения. Риск инфицирования определяется по положительному результату повторной туберкулинодиагностики у лиц, с отрицательным результатом пробы год тому назад. Показатель рассчитывается на 100 или 1000 обследованных лиц и ранжируется следующим образом: > 1% - очень высокий, 0,5 - 1% - высокий, 0,2 - 0,5% - средний, < 0,1% - низкий. Доказана прямая корреляционная зависимость между риском инфицирования и заболеваемостью за тот же год, при этом 1% риска соответствует заболеваемости 50 на 100 тыс. населения [88, 90, 191].

Известно, что для оценки инфицированности населения *Mycobacterium tuberculosis*, для диагностики ТБ среди детей в связи со сложностями сбора качественной мокроты и выявления лиц, впервые инфицированных МБТ («вираж» туберкулиновых проб), используется преимущественно туберкулинодиагностика, то есть внутрикожная туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ очищенного туберкулина в стандартном разведении [8, 75, 159].

Процент инфицированных людей на определенной территории зависит от социально-экономического развития (чем оно ниже, тем выше заболеваемость). В настоящее время в России определяется очень высокий уровень

инфицированности туберкулёзом. Причем за последние 10 лет резко возросло число заболевших детей [86].

Массовая туберкулинодиагностика многие годы была золотым стандартом при скрининге детей для раннего выявления туберкулёзной инфекции и по ее результатам принималось решение о проведении химиопрофилактики ТБ у детей и подростков [5]. В то же время, было сложно своевременное выявление первичного инфицирования *Mycobacterium tuberculosis* в связи с развитием поствакцинальной аллергии [9].

В подростковом возрасте около две трети детей положительно реагировали на туберкулин и лишь в 14,2% случаев позволяли выявить заболевших [2, 8, 9].

Аксёнова В.А. и соавт. (2015) подытожив результаты многолетних наблюдений разработали критерии для идентификации детей и подростков с наиболее высоким риском заболевания ТБ, предложив при этом использовать отечественный препарат Диаскинтест [72]. Изучение результатов туберкулинодиагностики у школьников выявило положительные или сомнительные реакции на пробу Манту в 90,3% случаев, тогда как на пробу с препаратом Диаскинтест такие же результаты зафиксированы только у 8,2% [1].

По мнению российских ученых применение Диаскинтеста способствует проводить дифференциальную диагностику между ТБ и другими заболеваниями лёгких [2, 9, 43].

Диаскинтест как альтернатива пробе Манту представляет собой туберкулёзный аллерген, в состав которого входит рекомбинантный белок. Он продуцируется генетически модифицированной культурой. Пройдя клинические испытания в НИИ Московской Медицинской Академии, препарат показал высокую эффективность. С помощью Диаскинтеста можно выявить легочных больных, которые заражены палочкой человеческого вида. В то же время, клинические испытания Диаскинтеста показали, что положительную реакцию на доказанные внелегочные локализации туберкулёза с его помощью получить практически невозможно и он не может быть аналогом Манту [5]. В последние годы вместо туберкулиновой пробы рекомендуют использовать более

чувствительный тест «in vitro» квантифероновый тест (QuantiFERON или IGRA), предназначенный для выявления латентной туберкулёзной инфекции [79, 179, 200]. Сущность указанного теста сводится к определению гамма-интерферона, выделение которого стимулируется in vitro *Mycobacterium tuberculosis* [135].

В связи с низкими статистически значимыми различиями данных при больших расходах, массовых исследования по определению уровня инфицированности населения к МБТ по странам не проводятся. Нет подобных сведений и в ежегодных глобальных отчетах ВОЗ по регионам мира [176]. В связи с этим, актуальны наши исследования по изучению уровня инфицированности среди молодёжи.

Повторяющиеся контакты инфицированных лиц с *Mycobacterium tuberculosis* чаще способствуют развитию активной формы заболевания. Только приблизительно у 10 % инфицированных людей болезнь переходит в активную стадию. МБТ могут попасть в кровь и лимфатическую систему, распространяясь по всему организму. У некоторых людей активная стадия наступает через несколько недель после начального инфицирования, но в большинстве случаев вторая стадия начинается только через несколько лет или десятилетий [174].

Заболевания, способствующие развитию туберкулёза. Другими предикторами активации туберкулёзного процесса, являются наличие сопутствующих заболеваний, таких как ХОБЛ [97, 109, 145].

Этого мнения придерживаются многие ученые имея многолетние наблюдения за больными ХОБЛ, у которых значительно чаще происходит переход от инфицированности к активному заболеванию ТБ [28, 38, 55].

Подобные выводы делают исследователи и в отношении больных сахарным диабетом - они заболевают ТБ в 4-11 раз чаще [30, 163].

Следует отметить, что у больных ТБ также чаще развиваются ХОБЛ и сахарный диабет, при сравнении с пациентами которые не страдают ТБ [126, 138].

Доказано, что активация туберкулёзного процесса чаще происходит при снижении сопротивляемости организма, что приводит к снижению способности

организма больного сахарным диабетом вырабатывать иммуноактивные вещества. Течение ТБ с сопутствующим сахарным диабетом, как правило тяжелое и прогрессирующее, чаще развиваются рецидивы и устойчивость к ПТП [16].

Так, Комиссарова О.Г. (2012), Даутова Х.М. и соавт. (2012) в своем обзоре допускают, что в условиях повсеместного распространения МБТ с МЛУ и ШЛУ ТБ у больных сахарным диабетом чаще диагностируют первичный ТБ с МЛУ МБТ [27, 31, 41, 42, 93, 94].

В связи с этим, у данной категории больных повышается риск активации туберкулёзного процесса. Имеются также данные о том, что ТБ при сочетании с сахарным диабетом развивается вторично, в очагах остаточных посттуберкулёзных изменений в лёгких и во внутригрудных лимфатических узлах [62].

Одно из частых проявлений сахарного диабета - микроангиопатия, влияет на неблагоприятные исходы течения ТБ [76].

Авторы многочисленных публикаций указывают на частое развитие ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц [18, 61, 67, 113, 170].

По оценкам, вероятность того, что у людей с ВИЧ разовьётся ТБ, в 20-37 раз превышает аналогичный показатель среди людей, не инфицированных ВИЧ [140, 188]. В странах с высокой инфицированностью населения ВИЧ бремя ТБ также является напряженным [17, 169].

Конечно же данный факт легко объясним - при наличии иммунодефицита организм подвержен повторному экзогенному заражению, равно как реактивация чаще происходит в результате ослабления противотуберкулёзного иммунитета (эндогенная реактивация) [142].

1.3. Доступность молодёжи к медицинским услугам по выявлению туберкулёза

Мнения авторов, по обеспечению больным ТБ необходимой доступности к медицинским услугам, распознаются и зависят, в основном, от формы интеграции противотуберкулёзных услуг в ПМСП [81, 117, 118, 164, 166]. Позднее

выявление лиц с подозрением на ТБ и проблемы с контролируемым лечением имеют непосредственную зависимость от доступности к предоставлению этих услуг [183, 185, 186, 193, 201, 203].

По мнению некоторых авторов, основным барьером в обеспечении доступности больных ТБ к медицинским услугам является децентрализация программных активностей в сторону акцента на семейную медицину и эта форма организации услуг не является определяющим фактором для обеспечения доступа к ранней диагностике болезни [124, 125, 181, 184].

Однако, многолетние наблюдения в Эфиопии, несмотря на географические вариации, выявили улучшение доступности больных ТБ к медицинским услугам, проявившиеся в лучшей интеграции на уровне общин [132, 137].

Исследования, проведенные в Сан-Паулу Бразилии по доступности больных ТБ к медицинским услугам, показали, что эффективность медицинских услуг было неудовлетворительным в обеспечении перемещения больных в медицинское учреждение, что было сопряжено с дополнительными косвенными расходами пациентов, а также нерегулярности посещений медицинских работников больных на дому [115].

Критерии доступности и качества медицинской помощи в РФ определены Порядком предоставления государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Содержат огромное число индикаторов, среди которых учитываются удовлетворенность населения медицинской помощью; порог смертности от основных заболеваний, отзывы пациентов о качестве предоставления услуг; обеспеченность населения медицинскими работниками; средняя длительность лечения в медицинских организациях; средства выделенные на специализированные услуги; число сельских жителей, нуждающихся в экстренной и плановой медицинской помощи и соавт. [68]. Особые условия по обеспечению противотуберкулезных услуг предъявляются к специалистам, занимающимся выявлением и диагностикой ТБ среди детей и взрослых в общей лечебной сети [15, 53, 57, 60, 64, 65, 66, 74].

Независимая оценка по улучшению качества работы 12 противотуберкулёзных учреждений, проведенная Общественным советом при Министерстве здравоохранения Пермского края, выявила ограничения в сфере открытости и доступности информации о медицинской организации, в сфере комфортности условий и доступности получения услуг, в сфере доброжелательности, вежливости и компетентности работников медицинской организации [37].

Предлагаются также различные методологии оценки доступности пациентов к противотуберкулёжным условиям на основе персонального мониторинга с применением компьютерных технологий [99, 187].

В Казахстане в целях предотвращения ситуаций по несвоевременному и некачественному оказанию государственных услуг; обеспечению качества и доступности к противотуберкулёжным услугам регламентированы в специальном приказе Министерства здравоохранения, в котором отслеживаются подготовка и проведение работы по информированию населения о наличии и преимуществах государственных услуг; размещение информационных стендов по стандартам и регламентам государственных услуг и размещение их на web-сайтах медицинских организаций; обеспечение своевременности и качества предоставления государственных услуг; обеспечение проведения внутреннего контроля качества оказываемых государственных услуг на соответствие стандартам и регламентам государственных услуг; подготовка и предоставление всем посетителям медицинских организаций специальных проспектов, буклетов, памяток с информацией об оказании государственных услуг; организация систематического мониторинга за информированностью населения об оказываемых видах государственных услуг, с постоянным обеспечением населения наглядной информацией и соавт. [70, 139].

В Республике Таджикистан, где доступность населения к противотуберкулёжным услугам регламентирована в Национальной программе по защите населения от туберкулёза. В Программе государственных гарантий предоставления медико-санитарной помощи указано, что граждане РТ - больные

ТБ обеспечиваются бесплатными медицинскими услугами на всех этапах оказания профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных услуг, и в отдельных приказах Министерства здравоохранения [69, 71, 73]. К сожалению, эти гарантии не распространяются на группы риска по развитию ТБ: контактные лица, трудовые мигранты, заключённые и пр., и оказываются врачами фтизиатрами и семейными врачами в учреждениях ПМСП [12, 13, 120, 121].

В целом понятно, что на доступность населения и больных ТБ к медицинским услугам влияют многие факторы, включая и медико-социальные, которые мы описали выше, однако исследования по оценке их влияния, ранжирования, по значимости, а также разработки превентивных мер в Таджикистане до настоящего времени не были проведены. Работа Закировой К.А. (2011) была посвящена декларации кучи проблем, влияющих на рост заболеваемости ТБ в Республике Таджикистан в целом, таких как экономический кризис. А также влияли на рост числа безработных, низкий доход работающей части населения, отсутствие социальной поддержки, низкий материальный уровень населения, неполноценное питание, неудовлетворительное санитарное состояние населенных пунктов, а также недостаточная организация лечебной, профилактической, реабилитационной и социальной помощи больным ТБ [33]. Однако эти исследования не касались такой уязвимой группы населения как молодёжь и не были подкреплены какими-то специально проведенными исследованиями среди молодёжи.

Таким образом, представленный обзор литературы, позволяет нам выделить следующие основные факторы риска развития ТБ среди молодёжи:

- фактор миграции и связанные с ним факторы длительности труда в неблагоприятных условиях;
- фактор плохих жилищных условий;
- фактор неадекватного питания;
- фактор контакта с больным ТБ;
- фактор ограниченного доступа к медицинским услугам;

- фактор низкого уровня информированности о профилактике и лечении ТБ, и наконец, психологический фактор, а также фактор стигмы и дискриминации.

Среди указанных факторов, такие как неадекватное питание, частый контакт с больными ТБ, ограниченный доступ к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам и фактор низкой информированности населения, имеют место кроме мигрантов, также и среди других молодых лиц. Из других факторов риска, можно назвать высокий уровень инфицированности населения к МБТ, такие сопутствующие заболевания, как ХОБЛ, сахарный диабет и ВИЧ-инфицированность.

Глава 2. Материал и методы исследования

Для понимания причин напряжённой ситуации по ТБ в Республике Таджикистан было проведено комплексное изучение социальных и медицинских факторов, влияющих на развитие ТБ у 390 здоровых лиц (1 группа), и ретроспективных данных историй болезни 200 больных ТБ (2 группа). Возраст наблюдаемых лиц в обеих группах колебался от 15 до 34 лет. Мужчин в обеих наблюдаемых группах было соответственно 57,4% и 54,0% (таблица 2.1).

Таблица 2.1. - Характеристика данных респондентов

Возраст, в годах	Здоровые лица (1 группа)				Больные ТБ (2 группа)			
	абс.	%	муж. (абс./%)	жен. (абс./%)	абс.	%	муж. (абс./%)	жен. (абс./%)
15-18 лет	63	16,2	38/60,3	25/39,7	32	16,0	17/53,1	15/46,9
19-25 лет	215	55,1	126/58,6	89/41,4	108	54,0	60/55,6	48/44,4
26-34 лет	112	28,7	60/53,6	52/46,4	60	30,0	31/51,7	29/48,3
Всего:	390	100	224/57,4	166/42,6	200	100	108/54,0	92/46,0

Примечание: статистически значимых различий соответствующих показателей в сравниваемых группах наблюдения не выявлено ($p > 0,05$).

Первая группа наблюдения, состоящая из 390 здоровых лиц, была набрана в Районных центрах здоровья из числа лиц, проходящих плановое профилактическое медицинское обследование при условии заключения специалистов в качестве здоровых. Профилактическое обследование включало исследование общего анализа крови, сахара в крови, анализа мочи, кала, флюорографию органов грудной клетки и консультацию семейного врача, эндокринолога и фтизиопульмонолога.

2 группа наблюдения, состоящая из 200 больных ТБ, была набрана из числа больных, поступивших на стационарное лечение в Национальном центре проблем туберкулёза, болезней лёгких и торакальной хирургии. Наличие у больных ТБ сопутствующих заболеваний было верифицировано и констатировано в истории болезни.

Оценка трофологического статуса больных ТБ.

Для оценки статуса питания мы определяли следующие антропометрические показатели:

1. Вес пациентов натошак с использованием стандартных весов.
2. Рост пациентов с использованием стандартного ростомера.

Расчет индекса массы тела (ИМТ) производили путем деления массы тела (кг) на рост пациента (м)².

3. Окружность плечевых мышц (ОМП) с использованием сантиметровой ленты и формулы: $ОМП = ОП, см - (0,314 \times ТКЖСТ, мм)$.
4. Над трицепсом измеряли толщину кожно-жировой складки (ТКЖСТ) с использованием калипера, позволяющего обеспечить стандартную степень сжатия складки.

Основным недостатком антропометрических маркеров является низкая специфичность.

Поэтому при интерпретации значений антропометрических показателей должны учитываться и другие факторы, а клиническое решение должно приниматься также с учетом биохимических маркеров статуса питания.

Мы использовали методологию оценки статуса питания с помощью «комбинированных индексов», разработанных в нашей клинике Бобоходжаевым О.И. и Нуралиевым М.М. (2016).

Методология заключается в балльной оценке 16 показателей статуса питания (таблица 2.2). Эти маркеры включают следующие антропометрические и биохимические данные, которые позволяют более точно интерпретировать состояние белкового и жирового статуса, и иммунный ответ организма:

Полный набор доступных антропометрических показателей и дополнительно биохимические показатели крови (общий белок, альбумин, трансферрин, альфа-1-глобулины, альфа-2-глобулины, бета-глобулины, гамма-глобулины, общие липиды, холестерин, триглицериды).

Таблица 2.2. - Методология подсчёта статуса питания

Показатели	Норма	Недостаточность питания		
		Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
Баллы	0	1	2	3
ИМТ, кг/м ²	25,0-19,0	19,0-17,0	17,0-15,0	<15,0
Окружность плеча, см:				
мужчины	29,0-26,0	26,0-23,0	23,0-20,0	<20,0
женщины	28,0-25,0	25,0-22,5	22,5-19,5	<19,5
ТКЖСТ, мм:				
мужчины	10,5-9,5	9,5-8,4	8,4-7,4	<7,4
женщины	14,5-13	13-11,6	11,6-10,1	<10,1
Окружность мышц плеча, см:				
мужчины	25,7-23,0	23,0-20,5	20,5-18,0	<18,0
женщины	23,5-21,0	21,0-18,8	18,8-16,5	<16,5
Общий белок, г/л	>65,0	65,0-55,0	55,0-15,0	<15,0
Альбумин, г/л	>35,0	35,0-30,0	30,0-25,0	<25,0
Трансферрин, г/л	>2,0	2,0-1,8	1,8-1,6	<1,6
Альфа-1-глобулины, %	>17,5	17,5-10,0	10,0-5,0	<5,0
Альфа-2-глобулины, %	>28,9	28,9-20,0	20,0-10,0	<10,0
Бета-глобулины, %	>12,0	12,0-7,0	7,0-5,0	<5,0
Гамма-глобулины, %	>26,0	26,0-20,0	20,0-16,0	<16,0
Общие липиды, г/л	8,0-6,5	6,5-4,0	4,0-2,0	<2,0
Холестерин, ммоль/л	5,2-4,6	4,6-4,0	4,0-3,5	<3,5
Триглицериды, ммоль/л	1,8-1,5	1,5-1,0	1,0-0,75	<0,75
	0	1-14	15-28	29-42

Примечание: если в сумме получаем 0 баллов это свидетельствует об отсутствии нарушений питания, сумма, 1–14 баллов - о легкой степени, 15-28 баллов – о средней тяжести, 29–42 балла – тяжелой степени белково-энергетической недостаточности

Биохимическое исследование крови у здоровых лиц и у больных ТБ осуществлялось на базе лаборатории Национального центра проблем туберкулёза, болезней лёгких и торакальной хирургии.

Наличие инфицированности организма здоровых лиц МБТ определяли путем проведения стандартной туберкулиновой пробы с 2ТЕ [79, 177].

Для более детального анализа факторов риска развития ТБ у здоровых лиц нами были разработаны анкеты, которые содержат подробные сведения об информированности и стигме по ТБ (см. приложение 1). Анкеты были разработаны с целью определения препятствий, с которыми сталкивались наблюдаемые лица в отношении профилактики, диагностики или лечения вообще, и ТБ при необходимости. В начале каждого опроса у всех участников было взято

информированное согласие. Четко разъяснялись цели и задачи исследования. Анкета состоит из 50 вопросов и позволяет оценить социально-экономическое положение семьи и условия, в которых проживают анкетированные. Анкета позволяла оценить уровень информированности о ТБ среди здоровых лиц. Углубленные опросы для тех, кто был в трудовой миграции, были анализированы с целью определения таких вопросов, как недостаток денежных средств, для оплаты частных консультаций, экономическая необходимость выезда за пределы страны в качестве трудового мигранта, отсутствие знаний об излечимости туберкулёза или страх перед общественной стигмой и возможностью стать социальными изгоями. В анализе данных использовались термины и понятия из собственной фразеологии участников для того, чтобы добраться до сути вопроса. Для проведения данного исследования одинаково были выбраны жители Хатлонской области, Раштской долины и г. Душанбе.

Анализ данных. По завершении, анкетам присвоили коды, и данные были подготовлены посредством введения в программу ввода данных, разработанных для программного обеспечения SPSS.

Был разработан электронный вариант анкеты, упрощающий анализ данных, который позволял также получить графическое отображение данных, с минимально и максимально возможными значениями.

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием персонального компьютера IBM PC в операционной среде Microsoft Windows XP, с помощью приложения Microsoft Excel 2007. Расчет ошибки выборочной средней величины проводили с учетом отклонения совокупности выборочной — «n» от совокупности генеральной — «р», с использованием коэффициента Стьюдента — «t». Статистически значимые различия учитывались при «р» меньше 0,05 [63].

Минимальный размер выборки для исследования был определен с использованием формулы Statcalc программы EpiInfo, версия 6. Размер выборки бесконечной совокупности рассчитывается как $S = Z^2 (P(1-P))/D^2$, где D - это одна вторая часть ширины желаемого доверительного интервала выборки; Z - это

перцентиль стандартизованного нормированного распределения, определяемого конкретным доверительным интервалом (ДИ); он составляет 1,95 % для 95 % ДИ. Поправочный коэффициент для поправки S к конечной генеральной совокупности и получения заключительной оценки размера выборки был вычислен с использованием формулы «Размер выборки = $S/(1+(S/\text{совокупность}))$ ». В данном исследовании 95% ДИ = $Z = 1,96$; $P = 50\%$; $D = 5\%$.

Глава 3. Медико-социальные факторы риска развития туберкулёза

3.1. Социально-экономический статус молодёжи, уровень их информированности о туберкулёзе и связанный с ней уровень стигмы

Социально-экономический статус молодёжи. Опрос здоровых лиц выявил, что лишь 10,8 % из них имели высшее образование, 25,6 % - среднее специальное, остальные среднее и ниже среднего (рисунок 3.1.).

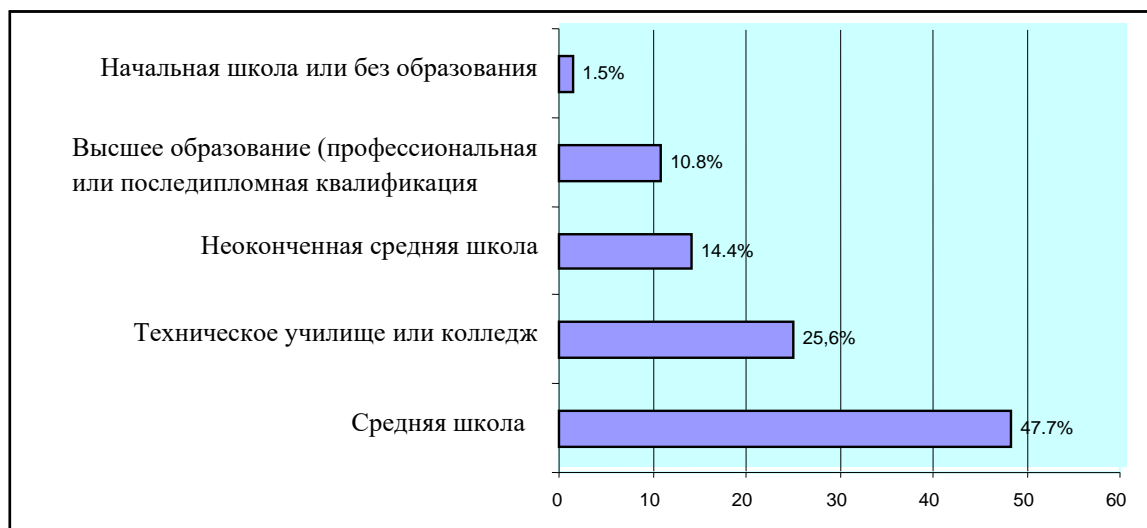


Рисунок 3.1. - Уровень образования среди здоровых лиц

Большинство опрошенных лиц проживали в сельской местности (76,9%). Уровень жизни анкетированных здоровых лиц оценивался в соответствии заработной платы покрытием нужд семьи. Опрос показал, что ни один из анкетированных лиц не оценил свою заработную плату как соответствующую покрытиям нужд семьи. При этом основными нуждами семьи были названы еженедельная покупка необходимых продуктов питания, ежемесячная покупка необходимых непродовольственных товаров, ежедневные необходимые транспортные расходы и другие услуги (Закон Республики Таджикистан «О прожиточном минимуме» // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 2009 год, № 5. ст. 328). К сожалению, потребительская корзина для молодёжи в Таджикистане не рассчитана и мы осознаем, что ответы на указанные вопросы являются весьма субъективными. В связи с этим, у опрошенных лиц место обучения или работы было ранжировано следующим образом: 334 человек или

85,6% работали и остальные 56 человек или 14,4 % учились. Среди работающих и учащихся мужчин и женщин было примерно одинаковое число. Из числа работающих 143 чел. или 42,8% работали в качестве каких-либо специалистов, другие 191 чел. или 51,2% – как подсобные рабочие. Из 191 работающих в качестве подсобных рабочих 87 человек (45,5%) были вынуждены выехать за пределы страны в качестве трудового мигранта. Основной страной миграции респондентов была Российская Федерация.

По длительности пребывания миграции 46 (52,9%) трудящихся-мигрантов находились более одного года, 24 (27,6 %) - от 6 месяцев до 1-го года, остальные 17 (19,5 %) - менее 6 месяцев.

Основная причина возвращения мигрантов в Таджикистан состояла по семейным обстоятельствам 41 человек (47,1%). В 18 случаях (20,7%) - это была потеря рабочего места, 11 человек (12,6%) заявили о проблемах со здоровьем; 3 человека (3,4%) были депортированы в Таджикистан, 8 человек (9,2%) вернулись в Таджикистан, обвиняя финансовый кризис в России, и 6 человек (6,9%) вернулись по другим причинам. Только 47 чел. (54,0%) прошли медицинский осмотр для трудоустройства.

Наибольшая доля опрошенных мигрантов, т.е. 64 человека (73,6%), работали в строительной отрасли. Другие были трудоустроены в разных сферах, как показано в таблице 3.1.

Подверженность к ТБ у лиц бывших в трудовой миграции определялась по данным их анкетирования: 58 человек (66,7%), получали полноценное питание, 26 человек (29,9%) питались два раза в день, а 3 человека (3,4%) - один раз в день.

Опрос жилищных условий показал, что лишь 11,5% мигрантов имели возможность снимать квартиру или комнату и остальные жили в скученных, плохих бытовых условиях (таблица 3.2.).

Таблица 3.1. - Тип трудоустройства среди трудовых мигрантов

Сфера	Количество	%
Строительство	64	73,6

Торговля	11	12,6
Транспорт	5	5,7
Промышленная фабрика/завод	2	2,3
Челночная торговля	2	2,3
Сельское хозяйство	2	2,3
Общественное питание	1	1,2
Итого:	87	100,0

Таблица 3.2. - Жилищные условия у трудовых мигрантов

Жилье	Количество	%
Снимал квартиру или комнату	10	11,5
Совместное проживание в комнате:		
до 4 чел.	44	50,6
4-8 чел.	17	19,5
более 8 чел.	12	13,8
Рабочее место	2	2,3
Вагончик (с 10 или более чел.)	2	2,3
Итого:	390	100,0

Более 20% мигрантов, т.е. 18 человек (20,7 %), сообщили о том, что контактировали с человеком, больным ТБ.

Уровень информированности молодёжи о ТБ. Из 390 анкетированных 213 человек в качестве проявления ТБ указали кашель, 174 человека отметили, что кашель продолжался в течение более трех недель. 72 опрошенных отметили оба вышеуказанных признака. Таким образом, суммарно 315 чел. (80,7%) знали, что основным проявлением ТБ легких является кашель.



Рисунок 3.2. - Проявления ТБ, % (приведены все симптомы)

Знания опрошенных касательно путей передачи ТБ были следующими (таблица 3.3.): 62,7% человек отметили, что ТБ может передаваться при кашле или чихании больного ТБ. При этом, 70% респондентов допустили ошибки указывая на пути передачи ТБ. 8,8 % респондентом отметили, что не знают пути передачи ТБ.

Таблица 3.3. - Как человек может заразиться туберкулёзом? (приведены все упомянутые ответы)

Ответы	Кол-во	%
Совместное использование посуды	273	70,1
Приём пищи из одной тарелки	259	66,4
Воздушным путем, когда человек кашляет или чихает	244	62,7
Через рукопожатие	73	18,7
Через прикосновение к предметам в общественных местах, например, к дверным ручкам	53	13,7
Не знаю	34	8,8
Половым путем	2	0,6
Проживание в переполненном жилье	1	0,2

По результатам анкетирования некоторые группы населения были отнесены к группам риска по развитию ТБ - бедные (46,4%), бездомные (24%), алкоголики (24%), наркоманы (11,8%), ВИЧ-инфицированные (16,7%), заключенные в тюрьмах (17,8%).

262 респондентов (67,2%) оценивали ТБ как серьезное заболевание, в то же время 104 человека (26,7%) недооценивали серьезность ТБ.

324 опрошенных (83,1%) подтвердили, что ТБ является излечимым заболеванием (таблица 3.4.).

Таблица 3.4. - Излечим ли туберкулёз?

Ответы	Количество	%
Да	324	83,1
Нет	54	13,8
Некоторые выздоравливают, некоторые – нет	8	2,1
Люди выздоравливают, если вовремя начать лечение	4	1,0
Всего:	390	100

270 опрошенных (69,4%) правильно отметили, что ТБ лечат специальными противотуберкулезными препаратами, остальные об этом не указали (таблица 3.5).

Таблица 3.5. - Методы лечения туберкулёза? (приведены все упомянутые ответы)

Ответы	Кол-во	%
Специальные лекарственные препараты, выдаваемые в центре здоровья	270	69,4
Завершение всех этапов лечения	189	48,5
Лечебные средства из трав	98	25,3
Покой дома без медикаментов	22	5,7
Религиозное лечение	14	3,5
Хорошее питание	1	0,2
Другое	3	0,6
Не знаю	43	11,0

265 респондентов (67,9%) были информированы о ТБ через телевидение, 218 человек (55,8%) - от медработников; 152 человека (38,9%) были информированы в семье, от друзей, соседей или коллег; некоторые отметили как источник информирования газеты и журналов, радио, брошюры, плакаты и другие источники указаны ниже в рисунке (рисунок 3.3).

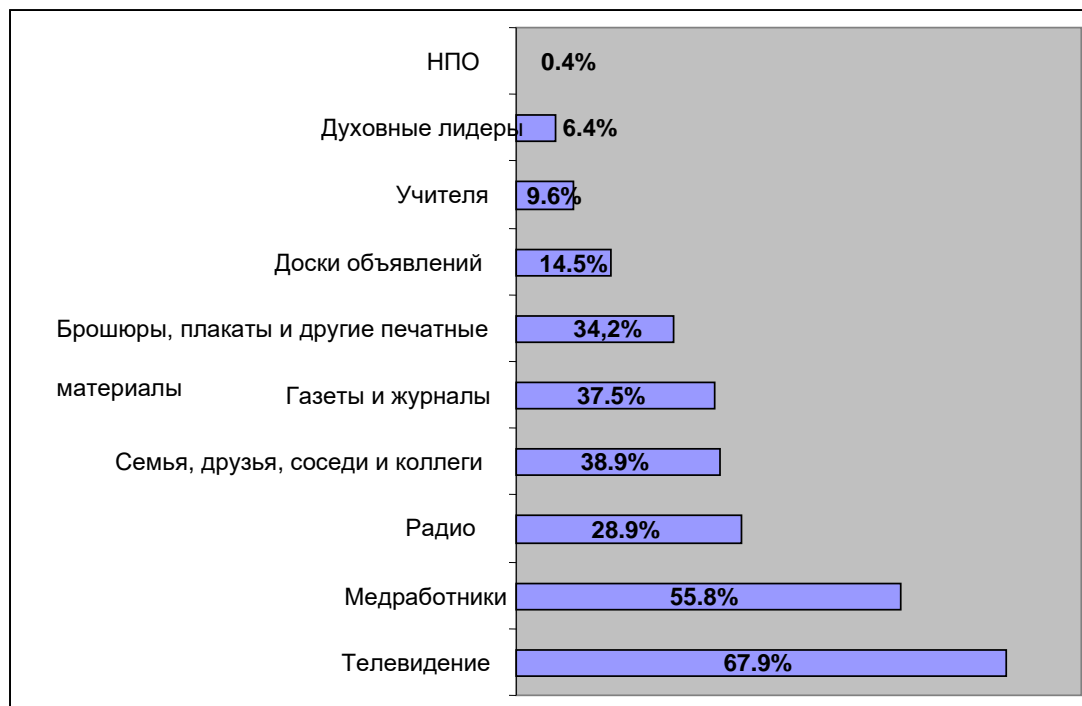


Рисунок 3.3. - Пути получения информации о туберкулезе

Уровень стигмы в отношении к ТБ среди молодёжи. Большинство опрошенных лиц, т.е. 276 человек (70,7%), почувствовали бы уныние или безнадежность, если бы у них обнаружился ТБ. Другой распространенной реакцией было чувство страха, смущения, удивления и стыда (таблица 3.6.).

Большинство опрошенных лиц – 320 человек (82,0%) обсудили бы свою болезнь с врачом или другим медицинским работником. Только 5 человек (1,2%) указали, что они ни с кем бы не обсуждали свою болезнь.

182 респондента (46,8%) отметили, что к больным ТБ нужно относиться дружелюбно. 153 опрошенных (39,3%) подчеркнули, что общество должно помогать больным ТБ и только 5 человек (1,2%) оказались безразличны к судьбе больных ТБ и 3 (0,8%) не знали, как к ним нужно относиться.

Таблица 3.6. Какой была бы ваша реакция, если бы у Вас обнаружили туберкулёз? (Приведены все ответы)

Реакция	Кол-во	%
Уныние или безнадежность	276	70,7
Страх	259	66,4
Удивление	110	28,3
Стыд	72	18,5
Смущение	132	33,8
Неопределенность в жизни	1	0,2
Страх перед неизбежной смертью	2	0,4

Когда опрашиваемых лиц попросили указать, какое из высказываний наиболее близко отражает их отношение к людям, больным ТБ, было получено множество разнообразных ответов.

В таблице 3.7. приводятся ответы опрошенных лиц.

Таблица 3.7. - Какое из высказываний наиболее близко отражает ваше отношение к людям, больным туберкулёзом?

Отношение	Кол-во	%
Я чувствую сострадание и желание помочь	186	47,7
Я чувствую сострадание, но склонен держаться от них подальше	115	29,5
У меня нет какого-либо определенного отношения	44	11,3
Я опасюсь их, поскольку они могут меня заразить	30	7,7
Это их проблема, а я не могу заразиться туберкулёзом	10	2,6
Я бы помог, но, к сожалению, у меня нет денег	5	1,3
Итого:	390	100

3.2. Уровень инфицированности организма у молодёжи МКБ

Следующим этапом наших исследований было изучение проведения туберкулиновой пробы всем 390 опрошенным здоровым лицам (таблица 3.8.).

Таблица 3.8. - Результаты туберкулинодиагностики у здоровых лиц

Результаты пробы Манту	Половозрастные группы											
	15-18 лет				19-24 лет				25-34 лет			
	муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
	Абс	%	Абс	%	абс.	%	абс	%	абс.	%	абс.	%
Отрицательная	32,0	8,23±1,2	33,0	8,46±1,3	36,0	9,23±1,3	39,0	10,1±1,4	44,0	11,3±1,3	43,0	11,0±1,3
Положительная	8,0	2,08±0,6	11,0	2,81±0,4	9,0	2,31±0,5	13,0	3,34±1,0	11,0	2,82±1,0	14,0	3,58±0,92
Резко положительная	16,0	4,10±2,2	15,0	3,84±2,3	11,0	2,82±2,0	13,0	3,33±2,1	9,0	2,31±1,8	8,0	2,05±1,8
Гиперергическая	5,0	1,28±0,5	8,0	2,05±0,2	4,0	1,02±0,4	3,0	0,77±0,3	2,0	0,54±0,4	3,0	0,77±0,3

Выявлены статистически значимые различия по суммарному числу отрицательных (227 чел. или 58,2%) и положительных (163 чел. или 41,8%) результатов пробы Манту ($p < 0,01$).

При интерпретации результатов пробы Манту наряду с вышеуказанными в таблице результатами мы допускали факт, что могут наблюдаться случаи ложноположительных и ложноотрицательных результатов. При дифференциальной диагностике подобных ситуаций и латентной туберкулёзной инфекции (инфицирования) мы учитывали факты, свидетельствующие в пользу туберкулёзного инфицирования – это:

- наличие в семье пациента больных ТБ родственников или переболевших;
- пациенты, имевшие контакт с больным ТБ;
- долгий период, прошедший с момента вакцинации БЦЖ;
- выраженная или гиперергическая реакция Манту.

Таким образом, как видно из данной таблицы, латентная туберкулёзная инфекция среди 390 здоровых лиц выявлена у 163 лиц или около 42% исследованных, у 227 лиц (58,2%) проба была отрицательной.

3.3. Влияние наличия сопутствующих заболеваний на развитие ТБ

Следующим этапом нашего изучения было обнаружение связи развития ТБ с наличием сопутствующих заболеваний. Данное исследование проведено по изучению историй болезни 200 больных ТБ.

Из 200 больных ТБ, в анамнезе заболевания сопутствующие болезни, которые предшествовали ТБ, были выявлены у 68 больных: ВИЧ-инфицированность – у 11 больных, диабет – у 12 больных, ХОБЛ – у 36 больных, гепатиты – у 6, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 3 больных.

После сопоставления этих данных с многочисленными литературными сведениями мы заключили, что взаимосвязь между развитием ТБ может быть связана с предварительной ВИЧ-инфицированностью [17, 18, 47, 56, 61, 67, 97, 113, 114, 119, 140, 142, 169, 170, 188], с наличием ХОБЛ [28, 38, 55, 97, 109, 145], а также сахарным диабетом [16, 27, 30, 41, 62, 76, 93, 126, 138, 163]. Сведений о взаимосвязи развития ТБ с другими заболеваниями, отмеченными у наших больных, в доступной нам литературе мы не нашли.

3.4. Индекс питания у молодёжи - больных туберкулёзом

Следующим этапом наших исследований было определение статуса питания у 200 больных ТБ и сопоставление их с таковыми у 390 здоровых лиц.

Как свидетельствуют данные из таблицы 3.9, большинство изучаемых антропометрических данных у больных ТБ были статистически значимо ниже, чем у здоровых лиц (таблица 3.9).

Используемая нами методология включает также исследование биохимических показателей, отражающих белковый и жировой обмены веществ. При таком подходе, интегрируя эти данные с антропометрическими показателями, можно интерпретировать о наличии или отсутствии белково-энергетической недостаточности (БЭН). На рисунке 3.4. представлены данные биохимического статуса у здоровых лиц и больных ТБ.

Таблица 3.9. Антропометрические показатели здоровых лиц (n=390) и больных ТБ (n=200)

Методы исследования	Половозрастные группы											
	15-18 лет				19-24 лет				25-34 лет			
	муж.		жен.		муж.		жен.		муж.		жен.	
	Здор-е	Больные	Здор-е	Больные	Здор-е	Бол-е	Здор-е	Больные	Здор-е	Больные	Здор-е	Бол-е
ИМТ	22,7±2,8	17,0±1,2*	23,8±2,9	17,5±1,3*	22,2±2,7	16,6±1,3*	24,1±2,8	16,9±1,4*	24,8±2,7	17,6±1,3*	25,7±2,8	17,7±1,3*
ТКЖСТ мм	8,5±0,88	5,1±0,65	11,0±1,1	6,0±0,40*	9,7±0,95	8,5±0,5	13,4±1,5	11,5±1,0	11,3±1,4	10,5±1,0	14,6±1,7	10,5±0,92*
ОП, см	26,1±3,2	21,7±2,2	25,8±3,0	24,2±2,3	28,2±3,6	22,9±2,3*	27,4±3,4	23,3±2,4	29,1±3,8	23,8±2,3*	28,2±3,7	24,4±2,3
ОМП, см	25,1±2,7	18,0±1,4*	21,1±2,4	17,5±1,2*	24,1±2,6	18,0±1,4*	22,0±2,4	19,1±1,3	25,2±2,5	20,8±1,5*	23,3±2,4	21,5±1,5

Примечание: *- статистически значимые различия показателей ($p < 0,01$)

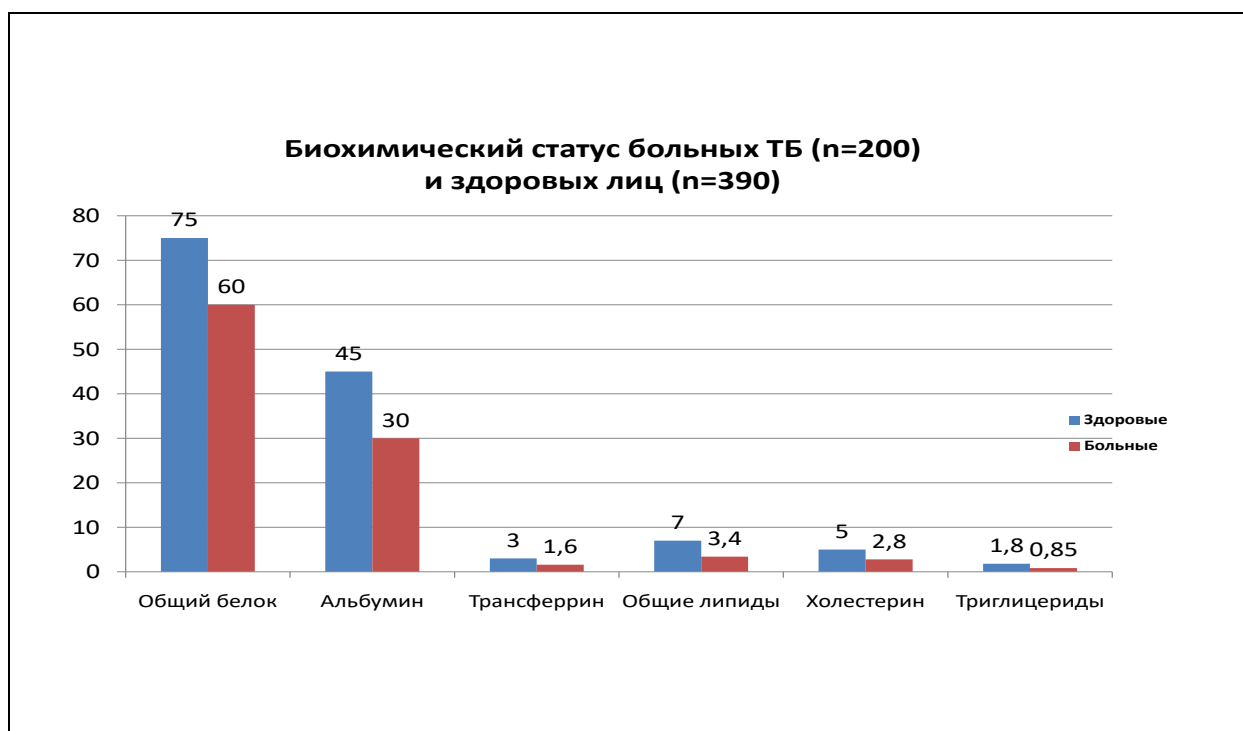


Рисунок 3.4. - Биохимический статус больных ТБ и здоровых лиц

Как видно на рисунке 3.4., изучаемые биохимические маркеры белкового и жирового обмена веществ у наших больных были статистически значимо снижены при сравнении с таковыми показателями у здоровых лиц, что также свидетельствует о наличии БЭН.

Сопоставляя данные таблицы 3.9. и рисунка 3.4. с используемой нами методологией балльной оценки БЭН (см. таблицу 3.10.), мы ранжировали разную степень недостаточности питания у здоровых лиц и больных ТБ.

Таблица 3.10. - Степень БЭН у здоровых лиц и больных ТБ лёгких

Степень белково-энергетической недостаточности	Здоровые лица, n=390				Больные ТБ, n=200			
	муж.		жен.		муж.		жен.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отсутствие БЭН	184	47,2	130	33,3	19	9,5*	12	6,0*
Легкая степень	40	10,3	36	9,2	29	14,5	29	14,5
Средняя тяжесть	-	-	-	-	49	24,5	42	21,0
Тяжелая степень	-	-	-	-	11	5,5	9	4,5
Всего:	224	57,4	166	42,6	108	54,0	92	46,0

Примечание: *- статистически значимые различия показателей ($p < 0,01$)

Как видно из таблицы, БЭН легкой степени была выявлена у 10,3% мужчин и у 9,2% женщин среди здоровых лиц, в то время как БЭН разной степени тяжести была выявлена у 44,5% мужчин и 40,0% женщин среди больных ТБ лёгких ($P < 0,01$).

Проведенные нами исследования позволяют заключить, что основными предикторами развития ТБ среди молодёжи Таджикистана являются низкий социальный статус и связанный с ним высокий уровень трудовой миграции, низкий уровень информированности о ТБ и связанный с ними высокий уровень стигмы; высокий уровень инфицированности МБТ; наличие таких сопутствующих заболеваний как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ и сахарный диабет; средняя тяжесть недостаточности питания.

Глава 4. Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза среди молодёжи на доступность к медицинским услугам и пути её оптимизации

Доступность молодёжи к противотуберкулёзным услугам мы изучили путем анкетирования 390 здоровых лиц.

182 (46,7%) из 390 респондентов отметили о наличии социальной помощи на работе при заболевании (выдачи больничных листов временной нетрудоспособности). 295 опрошенных (75,6%) подтвердили, что им на работе оплачивают расходы на медицинские услуги, а 95 из них (24,4%) отметили, что ранее им предоставлялся оплачиваемый отпуск по болезни.

В то же время, из 73 (18,7%) человек, ранее обращавшихся за медицинской помощью по поводу какого-либо заболевания, 56 человек (76,7%) оплатили их и 17 (23,3%) получили бесплатную медицинскую помощь (таблица 4.1.).

Таблица 4.1. - Медицинские услуги, предоставленные респондентам ранее

Медицинские услуги	Кол-во	%
<i>Бесплатные услуги:</i>		
Больничная помощь, оплаченная работодателем	7	9,6
Врачебная помощь на месте работы	3	4,1
Лечение, предоставленное врачом в поликлинике	3	4,1
Государственная больничная помощь – при переломах	2	2,7
Стоматологические услуги в государственной клинике	2	2,7
<i>Платные услуги:</i>		
Больничная помощь в государственной больнице (очень дорого)	19	26,0
Больничная помощь в частной больнице (очень дорого)	14	19,2
Анализы, выполненные в поликлинике (очень дорого)	10	13,8
Помощь, предоставленная бригадой скорой помощи (дорого)	8	11,0
Лечение, предоставленное врачом в поликлинике (дорого)	5	6,8
Итого:	73	100,0

Большинство из 240 опрошенных лиц, заболевших каким-либо заболеванием ранее, подчеркнули о недоступности лекарств из-за их высокой стоимости (рисунок 4.1.).



Рисунок 4.1. - Стоимость медицинских услуг и лекарственных препаратов

Среди всех опрошенных лиц 283 человека (72,6%) отметили ограниченную доступность к медицинским услугам (таблица 4.2.).

Таблица 4.2. - Доступность к медицинским услугам

Препятствие	Кол-во	%
Стоимость	217	76.7
Страх потерять место работы, если обнаружится факт инфекционного заболевания	24	8.5
Большое расстояние до медицинских учреждений	21	7.4
Страх перед медицинским персоналом	6	2.1
Не мог добраться до медучреждения (неопределенные причины)	4	1.4
Не знаю, куда обратиться за медицинскими услугами	11	3.9
Итого:	283 (72,6%)	100.0

Как видно из данной таблицы, наряду со стоимостью услуг, были названы также психологические, географические препятствия и барьеры, связанные с незнанием.

Таблица 4.3. показывает ответы 390 опрошенных лиц, которые сообщили о том, что сдали конкретно упомянутые лабораторные анализы в течение последних 12 месяцев.

Таблица 4.3. - Лабораторные анализы, проведенные респондентами (возможны дублирующие ответы)

Лабораторный анализ	Количество	%
Анализ на ВИЧ	170	43,6
Анализ на ИППП	137	35,2
Анализ на гепатит С	114	29,3
Микроскопия мазка мокроты на туберкулёз	22	5,7

На вопрос о том, сдавали ли они когда-либо анализы, перечисленные выше, 170 опрошенных лиц (43,6 %) ответили, что проверялись на ВИЧ, 137 человек (35,2%) – на ИППП, 114 человек (29,3%) – на гепатит С, и 22 человека (5,7%) сдавали мазок мокроты на микроскопический анализ на наличие ТБ.

177 человек (45,4%) указали, что они обязательно обратились бы за медицинской помощью как только осознали, что их симптомы могут быть связаны с ТБ. 95 человек (24,4%) подождали бы продолжения симптомов в течение 3-4 недель до того, как обратиться за медицинской помощью. 54 человека (13,9%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами ТБ, когда не подействовало бы самолечение. 53 человека (13,6%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами ТБ, когда не смогли бы продолжать работать или учиться или были в очень плохом состоянии. 11 человек (2,8%) указали, что они не обратились бы в медицинское учреждение. Относительно группы из 11 человек, которые указали, что не обратились бы в медицинское учреждение, если бы обнаружили симптомы ТБ для 5 (45,4%), причина состояла в стоимости, 4 (36,3%) не обратились бы в медицинское учреждение, потому что не хотели узнать, что у них обнаружится что-то серьезное. Другие причины решения не обращаться в медучреждение включали в себя незнание куда идти, транспортные вопросы или невозможность оставить работу.

Убеждения респондентов в отношении стоимости диагностики и лечения ТБ различались. Хотя большинство 250 человек (64,2%) полагали, что стоимость была от умеренной до очень высокой.

5 респондентов указали, что препараты должны быть бесплатными, но они продаются больным. Препараты бесплатные, но лечение платное, и поэтому дорогостоящее.

Восприятие респондентов стоимости приводится в таблице 4.4.

Таблица 4.4. - Насколько дорого стоит, по вашему мнению, диагностика и лечение туберкулёза?

Восприятие стоимости	Количество	%
Бесплатно	97	24,9
Очень дорого	141	36,2
Умеренно дорого	109	27,9
Приемлемая цена	21	5,4
Должно быть бесплатным, но лекарства продают	5	1,3
Я не знаю	17	4,4
Итого:	390	100

Таким образом, доступность к медицинским услугам, в общем, и к противотуберкулёзным услугам, в частности, у исследуемых нами респондентов была весьма ограниченной. Основными препятствиями к обеспечению должной доступности является не владение информацией по услугам и одновременно страх по поводу получения информации о болезни, географические сложности, отсутствие социальных гарантий и пособий, а также чрезмерная оплата за услуги.

Следующим этапом наших исследований была оптимизация доступности предоставления противотуберкулёзных услуг.

Следует отметить, что во всех Национальных стратегических документах по здравоохранению сделан акцент на интегрированную работу разных министерств и ведомств с вовлечением неправительственных общественных объединений, волонтеров и активистов, включая бывших пациентов [87].

При этом приоритизирован пациент-ориентированный подход при предоставлении услуг населению, в особенности молодёжи. К сожалению, подходы по обеспечению доступности молодёжи к профилактическим услугам отдельно не выделены.

В рамках реализуемых реформ организована служба, ответственная за формирование здорового образа жизни у населения. Проведенные ранее оценочные миссии отмечают на недостаточную координацию деятельности организаций в области укрепления здоровья, недостаточную деятельность в области общественного информирования из-за плохого межсекторального подхода и недостаточной активности средств массовой информации [51].

Данный анализ ситуации стал основой для разработки системы мер, направленных на противодействие распространению социально-обусловленных заболеваний в РТ, предоставление профилактических, диагностических и лечебных услуг молодёжи, включая трудовых мигрантов и членов их семей, 4 путями:

- интегрированием этих услуг путем обеспечения межсекторального сотрудничества;
- институализацией Молодёжных медико-консультативных центров (ММКО при Центрах здоровья), основной функцией которых является предоставление необходимой информации молодёжи и при необходимости перенаправление к специалистам;
- обязательный охват химиопрофилактикой лиц с наличием инфицирования МБТ, в особенности, с одновременным наличием недостаточности питания и таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ или сахарный диабет.
- Межсекторальное сотрудничество. Полученные результаты явились основой при разработке схемы межсекторального сотрудничества для профилактики ТБ (рисунок 4.2.).

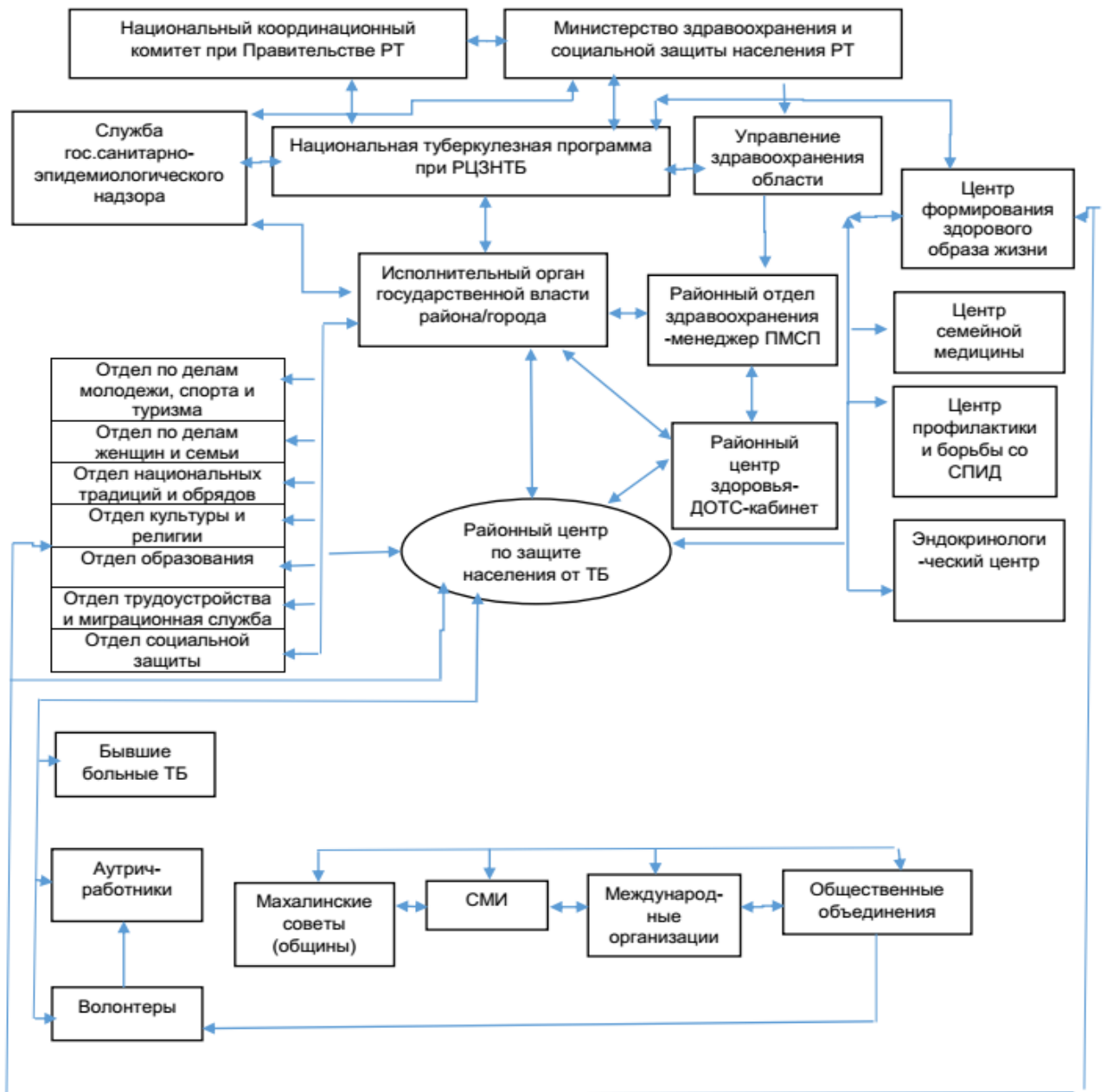


Рисунок 4.2. – Схема межсекторального сотрудничества по профилактике ТБ

Как видно из рисунка 4.2. координирующим и стратегическим органом в проведении межсекторальных действий является НТП при Республиканском центре по защите населения от ТБ. Работа по профилактике ТБ нами реализована путем функциональной интеграции государственных ведомств, международных проектов, неправительственных объединений, средств массовой информации и джамоатов. Согласно данной методологии каждому структурному подразделению Исполнительного органа Государственной власти отводилась определенная, согласно профилю работы роль: комитету по делам женщин и семьи -

осуществление мероприятий по профилактике ТБ и снижению стигмы и дискриминации в семье; отделу культуры и религии - контроль соблюдения нравственных принципов и ценностных ориентаций по снижению стигмы и дискриминации; средствам массовой информации - информирование, просвещение населения по профилактике ТБ и путей обеспечения доступности к медицинским услугам; службе социального обеспечения - обеспечение социальными пособиями молодёжи; управлениям здравоохранения – приоритизация деятельности направленной на формирование ответственности за здоровье и профилактику ТБ; международным организациям - вклад в осуществлении профилактических мер и улучшению доступности, снижению стигматизации; общественным организациям - роль каждого члена общества по улучшению доступности к медицинским услугам; общинам (махаллинским советам) - участие в деле снижения стигмы и дискриминации, профилактике ТБ, путем вовлечения Совета старейшин махали, религиозных лидеров, жителей общин.

В результате выполнения данной диссертационной работы вышеуказанная схема явилась основой внедренного метода интегрального межсекторального подхода для изменения уровня информированности, стигмы и дискриминации. В рамках этих позиций важным является развитие медико-гигиенического, социально-психологического направления, укрепления здоровья и профилактики заболеваний молодёжи в системе образования. Этому будет способствовать создание целостной системы - школьной медицины и системы разноуровневого дифференцированного обучения учащихся, педагогов и родителей, позволяющей оптимизировать содержание, технологии и организацию педагогического процесса для сохранения физического, психического и социального здоровья, развития личности каждого молодого человека.

Задачи, стоящие перед государством по ФЗОЖ среди молодёжи, а также соблюдение вышеперечисленных принципов работы, далеко выходят за рамки сектора здравоохранения и требуют согласованных усилий всех заинтересованных сторон. С этих позиций в сфере формирования ЗОЖ молодёжи

школьного возраста было бы целесообразно реализовать следующие мероприятия:

- открытие школьных медицинских кабинетов на базе организации среднего образования и включение предмета «здоровый образ жизни» и его ведение по единой программе, утвержденной министерством образования, культуры, здравоохранения и социальной защиты населения РТ, обеспечение подготовки педагогов по данной проблеме;

- оказание консультативно-методической помощи организациям здравоохранения и образования в вопросах охраны и укрепления здоровья молодёжи школьного возраста, внедрение, проведение мониторинга и оценки реализации профилактических программ (осмотр, скрининг и соавт.), обучение специалистов по ФЗОЖ;

- проведение информационных кампаний, внешкольных, досуговых мероприятий среди подростков и молодёжи по повышению уровня информированности, знаний и навыков по проблемам ФЗОЖ;

- развитие и укрепление материально-технической базы спортивных и досуговых организаций, молодёжных центров здоровья для оказания комплексной медико-профилактической, социально-психологической помощи подросткам и молодёжи, в соответствии с положениями, утвержденными уполномоченными органами, поддержка НПО, реализующих программы в сфере ФЗОЖ, развитие волонтерского движения;

- оказание содействия всем общеобразовательным школам, средним специальным и высшим учебным заведениям, участвующим в проектах, в вопросах организации мероприятий по сотрудничеству и укреплению здоровья подростков и молодёжи через расширение Государственных сетей «Школ способствующих укреплению здоровья» и «Здоровых университетов».

Институализация ММКО. ММКО при Центрах здоровья – новая служба здравоохранения, дружественная к подросткам и молодёжи групп высокого риска в Таджикистане. ММКО организованы в Таджикистане начиная с 2014 года, оказывают первичную специализированную лечебно-диагностическую и медико-

социальную помощь молодёжи, включая группы риска, направленную на сохранение их здоровья. ММКО придерживаются принципов доброжелательности и конфиденциальности, функционируют на основе национальных стандартов предоставления услуг по принципу дружественного отношения к молодёжи.

В задачи ММКО входит:

1. Организация и проведение консультаций, добровольного диагностирования, лечения и реабилитации с целью профилактики и раннего выявления заболеваний репродуктивной системы, ИППП/ВИЧ, ТБ, наркомании и алкоголизма у молодых людей.
2. Определение медицинских показаний к госпитализации больных с осложненным течением заболеваний репродуктивной системы, ИППП/ВИЧ, ТБ, психологическими нарушениями, наркоманией и алкоголизмом.
3. Психокоррекция поведения подростков, формирование здорового образа жизни, профилактика ИППП/ВИЧ, ТБ, наркомании и алкоголизма.
4. Обеспечение преемственности в работе с другими лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ), своевременное направление на консультацию и лечение в профильные ЛПУ (ТБ центры, консультативно-диагностические центры, кризисные и реабилитационные центры, в стационары и другие специализированные центры).

В первый год были организованы 8 ММКО в разных регионах республики и их деятельность поддерживалась со стороны Международной организации ЮНИСЕФ. В 2015 году по приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан эти отделения были институализированы, выделены соответствующие штатные единицы и государственное финансирование. Согласно данному приказу планируется поэтапное расширение числа подобных отделений по всем регионам республики.

Таким образом, предпринятый комплекс мер по оптимизации доступности молодёжи к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам, включающий обеспечение межсекторального сотрудничества, институализации

ММКО при Центрах здоровья; обязательный охват химиопрофилактикой лиц с наличием инфицирования МБТ, в особенности, с одновременным наличием недостаточности питания и таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ или сахарный диабет, будет способствовать предотвращению заболеваемости ТБ у здоровых лиц и ранней диагностике среди лиц, с подозрением на ТБ.

Обсуждение результатов

Снижение качества жизни, ухудшение здоровья населения и другие процессы, складывающиеся в период социально–экономических преобразований, в Таджикистане ставят молодое поколение в разряд наиболее уязвимого контингента [92]. Более 60% зарегистрированных лиц туберкулёзом в Таджикистане входят в возрастную группу от 15-34 лет, это тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь [35].

К сожалению, в Таджикистане всё ещё не изучено влияние различных медико-социальных факторов риска развития ТБ среди молодёжи на их доступность к медицинским услугам. Особую актуальность приобретает проблема разработки эффективных профилактических противотуберкулёзных мероприятий в Республике Таджикистан, где сформировался значительный резервуар туберкулёзной инфекции, с возможно высоким уровнем инфицированности к ТБ молодых людей с различным социальным статусом [82].

В целом понятно, что на доступность населения и больных ТБ к медицинским услугам влияют многие факторы, включая и медико-социальные, которые мы описали выше, однако исследования по оценке их влияния, ранжирования их по значимости, а также разработки превентивных мер в Таджикистане до настоящего времени не были проведены.

Представленный в работе обзор литературы позволил автору выделить следующие основные факторы риска развития ТБ среди молодёжи:

- фактор миграции и связанные с ним факторы длительности труда в неблагоприятных условиях;
- фактор плохих жилищных условий;
- фактор неадекватного питания;
- фактор контакта с больным ТБ;
- фактор ограниченного доступа к медицинским услугам;

- фактор низкого уровня информированности о профилактике и лечении ТБ, и наконец, психологический фактор, а также фактор стигмы и дискриминации.

Среди указанных факторов, такие как неадекватное питание, частый контакт с больными ТБ, ограниченный доступ к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам и фактор низкой информированности населения, имеют место кроме мигрантов, также и среди других молодых лиц. Из других факторов риска, можно назвать высокий уровень инфицированности населения к МБТ, такие сопутствующие заболевания, как ХОБЛ, сахарный диабет и ВИЧ-инфицированность [64, 79, 95, 113, 141, 157, 173].

Полученные результаты собственных исследований свидетельствуют о том, что большинство опрошенных лиц проживали в сельской местности (76,9%). Уровень жизни анкетированных здоровых лиц оценивался в соответствии заработной платы покрытием нужд семьи. Опрос показал, что ни один из анкетированных лиц не оценил свою заработную плату как соответствующую покрытиям нужд семьи. При этом основными нуждами семьи были названы еженедельная покупка необходимых продуктов питания, ежемесячная покупка необходимых непродовольственных товаров, ежедневные необходимые транспортные расходы и другие услуги. К сожалению, потребительская корзина для молодёжи в Таджикистане не рассчитана и мы осознаем, что ответы на указанные вопросы являются весьма субъективными. В связи с этим, у опрошенных лиц место обучения или работы было ранжировано следующим образом: 334 человек или 85,6% работали и остальные 56 человек или 14,4% учились. Среди работающих и учащихся мужчин и женщин было примерно одинаковое число. Из числа работающих 143 чел. или 42,8% работали в качестве каких-либо специалистов, другие 191 чел. или 51,2% - как подсобные рабочие. Из 191 работающих в качестве подсобных рабочих 87 человек (45,5%) были вынуждены выехать за пределы страны в качестве трудового мигранта. Основной страной миграции респондентов была Российская Федерация [14, 20].

По длительности пребывания миграции 46 (52,9%) трудящихся-мигрантов находились более одного года, 24 (27,6%) - от 6 месяцев до 1 года, остальные 17 (19,5%) - менее 6 месяцев.

Основная причина возвращения мигрантов в Таджикистан состояла по семейным обстоятельствам 41 человек (47,1%). В 18 случаях (20,7%) - это была потеря рабочего места, 11 человек (12,6%) заявили о проблемах со здоровьем; 3 человека (3,4%) были депортированы в Таджикистан, 8 человек (9,2%) вернулись в Таджикистан, обвиняя финансовый кризис в России, и 6 человек (6,9%) вернулись по другим причинам. Только 47 чел. (54,0%) прошли медицинский осмотр для трудоустройства.

Наибольшая доля опрошенных мигрантов, т.е. 64 человека (73,6%), работали в строительной отрасли.

Преобладающее число мигрантов, т.е. 58 человек (66,7%), были обеспечены трехразовым питанием, 26 человек (29,9%) – двухразовым и 3 человека (3,4%) имели возможность питаться за день только однократно.

Опрос жилищных условий показал, что лишь 11,5% мигрантов имели возможность снимать квартиру или комнату, а остальные жили в скученных, плохих бытовых условиях. Более 20% мигрантов, т.е. 18 человек (20,7%), сообщили о том, что контактировали с человеком, больным ТБ.

Полученные нами данные касательно указанных факторов риска среди трудящихся мигрантов полностью совпадают с данными других авторов [24, 32, 50, 51, 54, 56, 89].

Из 390 анкетированных 213 человек в качестве проявления ТБ указали кашель, 173 человека отметили, что кашель продолжался в течение более трех недель. 72 опрошенных отметили оба вышеуказанных признака. Таким образом суммарно 315 чел. (80,7%) знали, что основным проявлением ТБ легких является кашель.

Знания опрошенных касательно путей передачи ТБ были следующими: 62,7% человек отметили, что ТБ может передаваться при кашле или чихании

больного ТБ. При этом, 70% респондентов допустили ошибки указывая на пути передачи ТБ. 8,8 % респондентом отметили, что не знают пути передачи ТБ.

По результатам анкетирования некоторые группы населения были отнесены к группам риска по развитию ТБ - бедные (46,4%), бездомные (24%), алкоголики (24%), наркоманы (11,8%), ВИЧ-инфицированные (16,7%), заключенные в тюрьмах (17,8%).

262 респондентов (67,2%) оценивали ТБ как серьёзное заболевание, в то же время 104 человека (26,7%) недооценивали серьёзность ТБ. 324 опрошенных (83,1%) подтвердили, что ТБ является излечимым заболеванием.

270 опрошенных (69,4%) правильно отметили, что ТБ лечат специальными противотуберкулезными препаратами, остальные об этом не указали.

265 респондентов (67,9%) были информированы о ТБ через телевидение, 218 человек (55,8%) - от медработников; 152 человека (38,9%) были информированы в семье, от друзей, соседей или коллег; некоторые отметили как источник информирования газеты и журналов, радио, брошюры, плакаты.

Большинство опрошенных лиц, т.е. 276 человек (70,7%), почувствовали бы уныние или безнадежность, если бы у них обнаружился ТБ. Другой распространенной реакцией было чувство страха, смущения, удивления и стыда.

Большинство опрошенных лиц - 320 человек (82,0%) обсудили бы свою болезнь с врачом или другим медицинским работником.

Следующим этапом наших исследований было изучение проведения туберкулиновой пробы всем 390 опрошенным здоровым лицам. Латентная туберкулёзная инфекция среди 390 здоровых лиц выявлена у 163 лиц или около 42% исследованных, у 227 лиц (58,2%) проба была отрицательной. По данным ВОЗ одна треть населения земного шара инфицирована *M. tuberculosis*

В последующем периоде нашего изучения было обнаружение связи развития ТБ с наличием сопутствующих заболеваний. Данное исследование проведено по изучению историй болезни 200 больных ТБ, у 68 из которых были выявлены сопутствующие ВИЧ-инфекция – у 11 больных, сахарный диабет – у 12

больных, ХОБЛ – у 36 больных, заболевания печени – у 6, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 3 больных.

После сопоставления этих данных с многочисленными литературными сведениями, мы заключили, что взаимосвязь между развитием ТБ может быть связана с предварительной ВИЧ-инфицированностью [17, 18, 47, 56, 61, 67, 97, 113, 114, 119, 140, 142, 169, 170, 188], с наличием ХОБЛ [28, 38, 55, 97, 109, 145], а также сахарным диабетом [16, 27, 30, 41, 62, 76, 93, 126, 138, 163]. Сведений о взаимосвязи развития ТБ, с другими заболеваниями, отмеченными у наших больных в доступной нам литературе, мы не нашли.

Следующим этапом наших исследований было определение статуса питания у 200 больных ТБ и сопоставление их с таковыми у 390 здоровых лиц. Все изучаемые показатели у больных имели статистически значимые различия от таковых у здоровых лиц и были сниженными.

Используемая нами методология включает также исследование биохимических показателей, отражающих белковый и жировой обмены веществ. При таком подходе, интегрируя эти данные с антропометрическими показателями, можно интерпретировать о наличии или отсутствии белково-энергетической недостаточности (БЭН).

Изучаемые биохимические маркеры белкового и жирового обмена веществ у наших больных были статистически значимо снижены при сравнении с таковыми показателями у здоровых лиц, что также свидетельствует о наличии БЭН.

Таким образом, БЭН легкой степени выявлена у 10,3% мужчин и у 9,2% женщин среди здоровых лиц, а среди больных ТБ лёгких БЭН разной степени тяжести была констатирована у 44,5% мужчин и 40,0% женщин.

Полученные нами результаты исследования, а также литературные данные [61, 67, 80] позволяют заключить, что основными предикторами развития ТБ среди молодёжи Таджикистана являются низкий социальный статус и связанный с ним высокий уровень трудовой миграции, низкий уровень информированности о ТБ и связанный с ними высокий уровень стигмы; высокий уровень

инфицированности МБТ; наличие таких сопутствующих заболеваний как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ и сахарный диабет; средняя тяжесть недостаточности питания.

Доступность молодёжи к противотуберкулёзным услугам мы изучили путем анкетирования 390 здоровых лиц.

182 (46,7%) из 390 респондентов отметили о наличии социальной помощи на работе при заболевании (выдачи больничных листов временной нетрудоспособности). 295 опрошенных (75,6%) подтвердили, что им на работе оплачивают расходы на медицинские услуги, а 95 из них (24,4%) отметили, что ранее им предоставлялся оплачиваемый отпуск по болезни.

В то же время, из 73 (18,7%) человек, ранее обращавшихся за медицинской помощью по поводу какого-либо заболевания, 56 человек (76,7%) оплатили их и 17 (23,3%) получили бесплатную медицинскую помощь.

Наряду со стоимостью услуг, были названы также психологические, географические препятствия и барьеры, связанные с незнанием.

На вопрос о том, сдавали ли они когда-либо анализы для обследования, 170 опрошенных лиц (43,6%) ответили, что проверялись на ВИЧ, 137 человек (35,2%) – на ИППП, 114 человек (29,3%) – на гепатит С, и 22 человека (5,7%) сдавали мазок мокроты на микроскопический анализ на наличие ТБ.

177 человек (45,4%) указали, что они обязательно обратились бы за медицинской помощью как только осознали, что их симптомы могут быть связаны с ТБ. 95 человек (24,4%) подождали бы продолжения симптомов в течение 3-4 недель до того, как обратиться за медицинской помощью. 54 человека (13,9%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами ТБ, когда не подействовало бы самолечение. 53 человека (13,6%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами ТБ, когда не смогли бы продолжать работать или учиться или были в очень плохом состоянии. 11 человек (2,8%) указали, что они не обратились бы в медицинское учреждение. Относительно группы из 11 человек, которые указали, что не обратились бы в медицинское учреждение, если бы обнаружили симптомы ТБ для 5 (45,4%), причина

состояла в стоимости, 4 (36,3%) не обратились бы в медицинское учреждение, потому что не хотели узнать, что у них обнаружится что-то серьезное. Другие причины решения не обращаться в медучреждение включали в себя незнание куда идти, транспортные вопросы или невозможность оставить работу.

Убеждения респондентов в отношении стоимости диагностики и лечения ТБ различались. Хотя большинство 250 человек (64,2%) полагали, что стоимость была от умеренной до очень высокой.

5 респондентов указали, что препараты должны быть бесплатными, но они продаются больным. Препараты бесплатные, но лечение платное, и поэтому дорогостоящее.

Таким образом, доступность к медицинским услугам, в общем, и к противотуберкулёзным услугам, в частности, у исследуемых нами респондентов была весьма ограниченной, что сопоставимо с данными других исследований [50, 70, 115, 117, 132, 181]. Основными препятствиями к обеспечению должной доступности является не владение информацией по услугам и одновременно страх по поводу получения информации о болезни, географические сложности, отсутствие социальных гарантий и пособий, а также чрезмерная оплата за услуги.

Следует отметить, что во всех Национальных стратегических документах по здравоохранению сделан акцент на интегрированную работу разных министерств и ведомств с вовлечением неправительственных общественных объединений, волонтеров и активистов, включая бывших пациентов [87].

При этом приоритизирован пациент-ориентированный подход при предоставлении услуг населению, в особенности молодёжи. К сожалению, подходы по обеспечению доступности молодёжи к профилактическим услугам отдельно не выделены.

В рамках реализуемых реформ организована служба, ответственная за формирование здорового образа жизни у населения. Проведенные ранее оценочные миссии отмечают на недостаточную координацию деятельности организаций в области укрепления здоровья, недостаточную деятельность в

области общественного информирования из-за плохого межсекторального подхода и недостаточной активности средств массовой информации [51].

Данный анализ ситуации стал основой для разработки системы мер, направленных на противодействие распространению социально-обусловленных заболеваний в РТ, предоставление профилактических, диагностических и лечебных услуг молодёжи, включая трудовых мигрантов и членов их семей, 4 путями:

- интегрированием этих услуг путем обеспечения межсекторального сотрудничества;
- институализацией Молодёжных медико-консультативных центров (ММКО при Центрах здоровья), основной функцией которых является предоставление необходимой информации молодёжи и при необходимости перенаправление к специалистам;
- обязательный охват химиопрофилактикой лиц с наличием инфицирования МБТ, в особенности, с одновременным наличием недостаточности питания и таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ или сахарный диабет.

На основании данного анализа, автором разработана схема межсекторального сотрудничества для профилактики ТБ, согласно которой координирующим и стратегическим органом в проведении межсекторальных действий является НТП при Республиканском центре по защите населения от ТБ. Работа по профилактике ТБ нами осуществлялась с вовлечением разных государственных и общественных структур: каждому структурному подразделению Исполнительного органа Государственной власти отводилась определенная, согласно профилю работы роль: комитету по делам женщин и семьи - осуществление мероприятий по профилактике ТБ и снижению стигмы и дискриминации в семье; отделу культуры и религии - контроль соблюдения нравственных принципов и ценностных ориентаций по снижению стигмы и дискриминации; средствам массовой информации - информирование, просвещение населения по профилактике ТБ и путей обеспечения доступности к

медицинским услугам; службе социального обеспечения - обеспечение социальными пособиями молодёжи; управлениям здравоохранения – межведомственный подход по реализации мер по профилактике ТБ; международным организациям - вклад в осуществлении профилактических и информационно-образовательных мероприятий, расширения доступа к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам; общественным организациям – внедрение пациент-ориентированного подхода; общинам (махаллинским советам) - участие в деле снижения стигмы и дискриминации, профилактике ТБ, путем вовлечения Совета старейшин махали, религиозных лидеров, жителей общин.

В результате выполнения данной диссертационной работы вышеуказанная схема явилась основой внедренного метода интегрального межсекторального подхода для изменения уровня информированности, стигмы и дискриминации. В рамках этих позиций важным является развитие медико-гигиенического, социально-психологического направления, укрепления здоровья и профилактики заболеваний молодёжи в системе образования. Этому будет способствовать создание целостной системы - школьной медицины и системы разноуровневого дифференцированного обучения учащихся, педагогов и родителей, позволяющей оптимизировать содержание, технологии и организацию педагогического процесса для сохранения физического, психического и социального здоровья, развития личности каждого молодого человека.

Задачи, стоящие перед государством по ФЗОЖ среди молодёжи, а также соблюдение вышеперечисленных принципов работы, далеко выходят за рамки сектора здравоохранения и требуют согласованных усилий всех заинтересованных сторон [4, 110, 124, 125, 134, 146, 153] . С этих позиций в сфере формирования ЗОЖ молодёжи школьного возраста было бы целесообразно реализовать следующие мероприятия:

- открытие школьных медицинских кабинетов на базе организации среднего образования и включение предмета «здоровый образ жизни» и его ведение по единой программе, утвержденной министерством образования, культуры,

здравоохранения и социальной защиты населения РТ, обеспечение подготовки педагогов по данной проблеме;

- оказание консультативно-методической помощи организациям здравоохранения и образования в вопросах охраны и укрепления здоровья молодёжи школьного возраста, внедрение, проведение мониторинга и оценки реализации профилактических программ (осмотр, скрининг и соавт.), обучение специалистов по ФЗОЖ;

- проведение информационных кампаний, внешкольных, досуговых мероприятий среди подростков и молодёжи по повышению уровня информированности, знаний и навыков по проблемам ФЗОЖ;

- развитие и укрепление материально-технической базы спортивных организаций, молодёжных центров здоровья для оказания комплексной медико-профилактической, социально-психологической помощи подросткам и молодёжи, в соответствии с положениями, утвержденными уполномоченными органами, поддержка НПО, реализующих программы в сфере ФЗОЖ, развитие волонтерского движения;

- оказание содействия всем общеобразовательным школам, средним специальным и высшим учебным заведениям, участвующим в проектах, в вопросах организации мероприятий по сотрудничеству и укреплению здоровья подростков и молодёжи через расширение Государственных сетей «Школ способствующих укреплению здоровья» и «Здоровых университетов».

ММКО при Центрах здоровья – новая служба здравоохранения, дружественная к подросткам и молодёжи групп высокого риска в Таджикистане. ММКО организованы в Таджикистане начиная с 2014 года, оказывают первичную специализированную лечебно-диагностическую и медико-социальную помощь молодёжи, включая группы риска, направленную на сохранение их здоровья.

Первый год были организованы 8 ММКО в разных регионах республики и их деятельность поддерживалась со стороны Международной организации ЮНИСЕФ. В 2015 году по приказу Министерства здравоохранения и социальной

защиты населения Республики Таджикистан эти отделения были институализированы, выделены соответствующие штатные единицы и государственное финансирование. Согласно данному приказу планируется поэтапное расширение числа подобных отделений по всем регионам республики.

Таким образом, предпринятый комплекс мер по оптимизации доступности молодёжи к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам, включающий обеспечение межсекторального сотрудничества, институализации ММКО при Центрах здоровья; обязательный охват химиопрофилактикой лиц с наличием инфицирования МБТ, в особенности, с одновременным наличием недостаточности питания и таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ или сахарный диабет, будет способствовать предотвращению заболеваемости ТБ у здоровых лиц и ранней диагностике среди лиц, с подозрением на ТБ.

На основании проведенных исследований нами разработаны следующие практические рекомендации:

- для индивидуальной оценки состояния здоровья молодёжи необходимо разработать и внедрить стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи, в которых будут отражены методы выявления лиц с подозрением на туберкулёз и верификация диагноза, основанная на доказательной базе;
- шире практиковать проведение информационно-образовательных кампаний (марафонов, акций) для широких слоёв населения, в целевых группах среди молодёжи по профилактике туберкулёза;
- распространять информацию и ИОМ среди молодёжи, в том числе среди планирующих стать трудящимся-мигрантом;
- в предвыездные сезоны массовой миграции интегрировать в деятельность стюардесс и бортпроводниц самолетов и поездов распространение информации и ИОМ среди трудящихся-мигрантов.

Проведенные исследования по изучению влияния различных медико-социальных предикторов развития ТБ, включая низкую информированность и высокую стигматизацию по ТБ, высокий уровень инфицированности к МБТ и

недостаточность индекса питания среди молодёжи, на доступность к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам, позволяют совершенствовать комплекс мер по своевременному выявлению ТБ среди молодёжи. Обеспечить проведение химиопрофилактики инфицированных МБТ лиц при сочетании с пониженным индексом массы тела пациента.

Внедрён в практику здравоохранения разработанный интегрированный подход по оптимизации доступности молодёжи к медицинским услугам, состоящий из выполнения последовательных шагов:

- мотивированное консультирование молодёжи по вопросам ТБ;
- предоставление услуг молодёжи из групп риска при ММКО при Центрах здоровья;
- межсекторальное сотрудничество с вовлечением общины, активных лиц переболевших ТБ, волонтеров, хукуматов, махаллинских советов, религиозных учреждений и общественных объединений.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Установлено, что уязвимость молодёжи в Республике Таджикистан к ТБ подтверждается фактом проживания большинства в сельской местности (76,9%), обеспечения их работой как подсобные рабочие (51,2%), из них 45,5% были вынуждены выехать за пределы страны в качестве трудового мигранта, большинство которых работали в период миграции в строительной отрасли (73,6%), и имели проблемы с качеством питания и жилищных условий (62,5%) [1 – А, 6 – А, 8 - А].
2. Основными предикторами развития ТБ среди молодёжи Таджикистана являются относительно низкий уровень информированности молодёжи, путей передачи ТБ (62,7%), групп риска, подверженных ТБ (30,6%), осознания серьёзности заболевания (26,7%), путей лечения ТБ (69,4%); а также высокий уровень стигматизации (70,7%) и инфицированности МБТ (42,0%), связь развития ТБ с предварительной ВИЧ-инфицированностью, с наличием ХОБЛ, а также сахарным диабетом (29,5%) и наличие разнотипности белково-энергетической недостаточности (84,5%) [7 – А, 9 - А].
3. Основными препятствиями к обеспечению должной доступности молодёжи к лечебно-диагностическим услугам по ТБ являются не владение информацией по услугам и одновременно страх по поводу получения информации о болезни, географические сложности, психологические барьеры, отсутствие социальных гарантий и пособий, а также оплата за медицинские услуги [2 – А, 3 - А].
4. Показано, что внедрение метода интегрального межсекторального подхода для обеспечения молодёжи к специализированным медицинским услугам с вовлечением задействованных государственных и общественных организаций, а также расширение сети молодёжных медико-консультативных отделений при Центрах здоровья, обеспечивают должную доступность молодёжи к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам в целом, в том числе и по ТБ, в частности [4 – А, 5 – А, 10 - А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Интегрированный подход по оптимизации доступности молодёжи к медицинским услугам состоит из выполнения последовательных шагов:
 - мотивированное консультирование молодёжи по вопросам ТБ;
 - оказание первичной специализированной лечебно-диагностической и медико-социальной помощи молодёжи из групп риска в ММКО при Центрах здоровья;
 - межсекторальное сотрудничество с вовлечением общины, активных лиц переболевших ТБ, волонтеров, хукуматов, махаллинских советов, религиозных учреждений и общественных объединений.
2. Совершенствованный комплекс мер по своевременному выявлению ТБ среди молодёжи заключается в обеспечении проведения химиопрофилактики инфицированных МБТ лиц при сочетании с пониженным индексом массы тела пациента.
3. В рамках интегрированного межсекторального подхода необходимо шире практиковать проведение информационно-образовательных кампаний (марафонов, акций) для широких слоёв населения, в целевых группах среди молодёжи по профилактике туберкулёза; распространять информацию и ИОМ среди молодёжи, в том числе среди планирующих стать трудящимся-мигрантом; в предвыездные сезоны массовой миграции интегрировать в деятельность стюардесс и бортпроводниц самолетов и поездов распространение информации и ИОМ среди трудящихся-мигрантов.

Список литературы

Список использованных источников

1. Аксенова, В.А. Современные подходы к скринингу туберкулёзной инфекции у детей и подростков в России / В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Н.И. Клевно // Ж.: Медицинский совет. - 2015. - №4. - С. 30-35.
2. Аксенова, В.А. Актуальные вопросы скрининга детей на туберкулёз / В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Н.И. Клевно // Туб. и бол. лёгких. -2013. - №6. - С. 34-39.
3. Аксютин Л.П. Эпидемическое значение микобактерий туберкулёза, циркулирующих на территории Омской области / Л.П. Аксютин, О.А. Пасечник // Ж. Туберкулёз и болезни лёгких. - 2015. - №6. - С.12-14.
4. Акшалова, Б.Н. Некоторые итоги борьбы с туберкулёзом в Казахстане / Б.Н. Акшалова, К.Х. Баймуханова, Е.С. Белова, М.А. Жунисова // Ежеквартальный научно-практический журнал. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. 2010. - №2. - С. 151-154.
5. Александров, А.Н. и соавт. Кожная проба с препаратом «Диаскинтест» - новые возможности идентификации туберкулёзной инфекции /под ред. М.А. Пальцева. – Москва: Медицина, 2010. – 37 с.
6. Алексеева, Г.И. Динамика бактериовыделения и лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза среди контингента больных туберкулёзом / Г.И. Алексеева // Сб. тезисов III Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. – Санкт-Петербург, 2014. – С.4.
7. Аминев, Х.К. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в Республике Башкортостан / Х.К. Аминев, Р.А. Шарипов, М.М. Азаматова // Сб. тезисов III Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. – Санкт-Петербург, 2014. – С.12.
8. Ахмерова, Т.Е., Бородулина, Е.А., Чижонкова, Е.Б. Особенности диагностики туберкулёза у детей с бактериовыделением / Т.Е. Ахмерова,

- Е.А. Бородулина, Е.Б. Чижонкова // Ж. Туберкулёз и болезни лёгких. - 2015. - №6. - С.17-18.
9. Барышникова, Л.А. Эффективность нового препарата для диагностики туберкулёза у детей и подростков / Л.А. Барышникова, Н.О. Лебедева, Л.И. Каткова // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т.11, №5. - С.104-108.
 10. Бельмер, С.В. Трофологический статус и панкреатические ферменты / С.В. Бельмер, Е.В. Митина, Н.А. Анастасевич // Лечащий врач. - 2012. - №1. - С.27-21.
 11. Белиловский, Е.М. Туберкулёз в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулёзу, используемых в Российской Федерации / Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, Е.И. Скачкова. - Москва, 2010. - С. 22 – 60.
 12. Бобоходжаев, О.И. Руководство по управлению за туберкулёзом / О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджидинова, З.Х. Абдуллоев // Утв. распоряжением МЗиСЗН РТ, №173 от 25.02.2015. - 122 стр.
 13. Бобоходжаев, О.И. Методическое пособие по организации выявления больных туберкулёзом в учреждениях Первичной медико-санитарной помощи / О.И. Бобоходжаев, С.Р. Миралиев, Д.М. Раджабов. – Душанбе, 2014. - 26 с.
 14. Бобоходжаев, О.И. Медико-социальные аспекты развития туберкулёза у трудящихся мигрантов Республики Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, С. Хасанова, У.Ю. Сироджиддинова // Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - 2011. - №1. - С. 12-18.
 15. Богородская, Е.М. Причины гипердиагностики активного туберкулёза у детей в современных условиях / Е.М. Богородская, Т.А. Севостьянова, С.А. Стерликов // Туберкулез и болезни лёгких. - 2013. - №6. - С.43-45.
 16. Борисова, М.И. Туберкулёз органов дыхания, выявленный у больных старших возрастных групп в терапевтическом стационаре / М.И. Борисова, Н.Е. Галыгина, Т.И. Шаркова // XVII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Сборник трудов конгресса. - М., 2010. - С. 319.

17. Бородулина, Е.А. Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией и туберкулёзом / Е.А. Бородулина // Ж. Туб. и болезни лёгких. - 2015. - №5. - С.44-45.
18. Бородулина, Е.А. Динамика характеристик группы пациентов с коморбидностью ВИЧ-инфекции и туберкулёза за 3-летнее наблюдение / Е.А. Бородулина, Б.Е. Бородулин, Е.С. Вдоушкина. - Туберкулез и болезни лёгких. - 2015. - №5. - С.34-40.
19. Брашенко, О.Н. Состояние основных эпидемиологических показателей по туберкулёзу в России в начале III тысячелетия / О.Н. Брашенко // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. - 2013. - Т.XX, №2. –С.23-27.
20. Влияние экономического кризиса на миграционные тенденции и миграционную политику в Российской Федерации и регионе Восточной Европы и Центральной Азии. Аналитический доклад по материалам Круглого стола «Миграционная политика в период экономического спада: современная реальность и долгосрочные перспективы» // МОМ. – Москва, 2009. - С. 42-43.
21. Воронцов, А.В. Здоровоохранение и его роль в воспроизводстве населения: Статистико-социологический анализ / А.В. Воронцов // "Здоровье — основа человеческого потенциала: Проблемы и пути их решения" Труды Пятой Всероссийской научно практической конференции с международным участием. 25-27 ноября 2010. - Санкт-Петербург: Изд-во Политехнического университета, 2010. - С. 15-23.
22. Галкин, А.А. Трофологический статус и методы его коррекции у больных раком желудка: дис. ... канд. мед. Наук / А.А. Галкин. – Санкт-Петербург, 2009. – 111 с.
23. Галкин, В.Б. Оценка динамики численности заболевших туберкулёзом в странах с наибольшим бременем туберкулёза / В.Б. Галкин, Г.С. Баласанянц, Е.М. Белиловский // Сб. тезисов III Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. - Санкт-Петербург, 2014. – С.152.

24. Гомбогарам, Цогт. Туберкулёз и миграция / Цогт Гомбогарам // М/ШЛУ-ТБ – призыв к действиям: международная конференция в Республиках Центральной Азии. – Душанбе, 2010. - С. 56-57.
25. Гринь, Е.Н. Туберкулёз лёгких и его выявление в закрытом административно-территориальном образовании / Е.Н. Гринь, Н.М. Корецкая // Сб. тезисов III Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. – Санкт-Петербург, 2014. - С.7.
26. Данцев, В.В. Клинико-гигиеническое обоснование совершенствования лечебного питания военнослужащих больных туберкулёзом: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / В.В. Данцев. - Санкт-Петербург, 2009. - 32 с.
27. Даутова, Х.М. Проблема множественной лекарственной резистентности у больных хроническим туберкулёзом лёгких (обзор литературы) / Х.М. Даутова, Б.Т. Кумисбаева, П.М. Джазыбекова // Вестник КАЗНМУ. -2012. - № 3. - С.18-25.
28. Дейкина, О.Н. Проблемы дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулёз лёгких в общесоматическом стационаре / О.Н. Дейкина, В.Ю. Мишин, А.Г. Малявин // Туберкулез. и бол. лёгких. - 2011. - № 4. – С.122-123.
29. Дербуггов, В.Н. Оценка состояния питания и эффективности парентерального питания с помощью биоэлектрического импедансного анализа у больных раком желудка и толстой кишки: дис. ... канд. мед. наук / В.Н. Дербуггов. – Москва, 2004. – 119 с.
30. Ерохин, В.В. Туберкулёз в России. Социально значимые болезни в Российской Федерации / под ред. Л.А. Бокерия и И.Н. Ступакова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2006. – С. 263-266.
31. Жумаев, Г. Распространенность, характеристика и исходы лечения всех больных впервые с выявленным туберкулёзом и сахарным диабетом в 2011-2013 гг. в Бухаре, Узбекистан. / Г. Жумаев, М. Тиллашайхов, Б. Муаззамов // Public Health Panorama. – 2016. – Т.2, Выпуск 1. – С. 48-56.

32. Зайончковская, Ж.А. Миграция и демографический кризис в России / Ж.А. Зайончковская, Е.В. Тюрюканова, Ю.Ф. Флоринская. – Москва: Изд-во "Макс пресс", 2010. - 94 с.
33. Закирова, К.А. Влияние медико-социальных факторов на заболеваемость туберкулёзом в Республике Таджикистан и совершенствование профилактической помощи / К.А. Закирова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2011. – № 1. – С. 16-19.
34. Закирова, К.А. Влияние социально-гигиенических факторов на рост и распространение туберкулёза в Республике Таджикистан / К.А. Закирова, П.У. Махмудова // Здравоохранение Таджикистана. – 2010. – № 1. - С. 30-33.
35. Здоровье населения и здравоохранение. – Душанбе. – 2011-2016.
36. Информационный справочник по питанию для консультирования больных туберкулёзом. / Т. Солдак [и др.] // The Recourse and Policy Exchange. - 2013. – 86 с.
37. Итоги независимой оценки противотуберкулёзных учреждений Пермского края. – 2010. url: tubdisp.medicalperm.ru/upload/.../Rezultaty-ocenki-i-rekomendacii.doc.
38. Калинина, Е.Е. Реабилитация больных ХНЗЛ в амбулаторных условиях на базе противотуберкулёзного диспансера / Е.Е. Калинина, Н.А. Жук, А.А. Приймак // Пульмонология. – 2009. – № 1. – С. 28-35.
39. Кахиани, М.И. Роль сбалансированного питания в течении и исходах беременности у женщин с различным трофологическим статусом: дис. ... канд. мед. наук / М.И.. Кахиани. - Санкт-Петербург, 2009. – 198 с.
40. Клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулёза органов дыхания у взрослых / под. ред. П.К. Яблонского. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2013. – 48 с.
41. Комиссарова, О.Г. Туберкулёз лёгких у больных сахарным диабетом / О.Г. Комиссарова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2012. – № 11. – С. 3-7.

42. Комиссарова, О.Г. Особенности течения и эффективность лечения туберкулёза лёгких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя у больных с разными типами сахарного диабета / О.Г. Комиссарова, Ю.Е. Коссий, Р.Ю. Абдуллаев // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2013. – № 3. – С. 10-14.
43. Корецкая, Н.М. Диаскинтест новый метод диагностики туберкулёзной инфекции / Н.М. Корецкая. - Ж.Сибирское медицинское обозрение. – 2013. - № 2 (80). – С. 94-97.
44. Кравченко, А.Ф. Организация противотуберкулёзной помощи с низкой плотностью населения на Севере / А.Ф. Кравченко, М.К. Винокурова, А.А. Корнилов // Сб. тезисов III Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. – Санкт Петербург, 2014. – С.87.
45. Мишин, В.Ю. Выявление и диагностика туберкулёза органов дыхания взрослых в учреждениях общей лечебной сети / В.Ю. Мишин // Справочник поликлинического врача. – 2009. – № 4. – С. 4-8.
46. Молодёжь и риски для здоровья // Резолюция 64 Сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения / ВОЗ. – Женева. – 2011.
47. Мордык, А.В. Туберкулёз в сочетании с ВИЧ-инфекцией на территории Омской области за период с 2008 по 2012 гг. / А.В. Мордык // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2014. – Т.6, № 2. – С. 106-109.
48. Мощь 1,8 миллиарда: подростки, молодёжь и трансформация будущего. – Народонаселение мира в 2014 году // UNFPA. – 138 с.
49. Нечаева, О.Б. Мониторинг туберкулёза в Российской Федерации / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, Д.А. Кучерявая // Туберкулез и болезни лёгких. – 2013. – № 12. – С. 40-49.
50. Ниязов, А. Осведомлённость о туберкулёзе среди узбекских рабочих-мигрантов в Казахстане и степень доступа для них услуг здравоохранения / А. Ниязов // М/ШЛУ-ТБ – призыв к действиям: Международная конференция в Республиках Центральной Азии. – Душанбе, 2010. – С. 62-64.

51. Нуралиев, Н.Н. Еще раз о таджикских трудовых мигрантов в России / Н.Н. Нуралиев // Мониторинг общественного мнения экономические и социальные перемены. – 2009. – № 5 (93). – С. 245-250.
52. Олимова, С. Влияние мирового финансово-экономического кризиса на миграцию: случай Таджикистана / С. Олимова // Партнерство стран СНГ в области миграции: поиск согласованных решений. Региональная встреча экспертов. - Москва, 2009. – С.49-52.
53. Организация противотуберкулёзной помощи на муниципальном уровне: пособие для врачей // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. - 2009. - № 2. – С. 36-65; № 4. – С. 47-64; № 5. – С.37-65; № 6. – С. 52-60.
54. Первый доклад Республики Таджикистан о выполнении Международной конвенции о защите прав всех трудящихся – мигрантов и членов их семей // Организация Объединенных Наций. Международная Конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей. - 2010. – С. 13-14.
55. Орлова, Е.А. Исследование функции внешнего дыхания у пациентов с различными формами туберкулёза лёгких / Е.А. Орлова, Н.А. Турсунова, М.А. Иванова // материалы XX Национального конгресса по болезням органов дыхания. – Москва, 2010. – С. 307.
56. Осведомленность мигрантов о туберкулёзе и ВИЧ-инфекции / Д.В. Полетаев, Ю.Ф. Флоринская // Отчет исследования МФОККиКПиРКК. – Москва, 2015. – 54с.
57. Основные этапы и новые задачи в организации борьбы с туберкулёзом / О.Н. Браженко [и др.] // Новые Санкт-Петербургские ведомости. – 2009. – № 31. – С. 100-104.
58. Отчет Министерства экономического развития и торговли Республики Таджикистан. Цели развития тысячелетия: достижения в Таджикистане. – Душанбе, 2010. – С. 87-89.
59. Отчёт Таджикистана по национальным консультациям: мир после 2015 года. – Душанбе, 2013. – 52 с.

60. Павлунин, А.В. Проблемы организации выявления и диагностики туберкулёза лёгких в общей лечебной сети / А.В. Павлунин, М.А. Шарафутдинова, С.Б. Борисова // Туберкулез и болезни лёгких. – 2014. – № 11. – С.52-57.
61. Пантелеев, А.М. Рецидивы туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией / А.М. Пантелеев // Туберкулез и болезни лёгких. – 2011. – № 5. – С. 97-98.
62. Перельман, М.И. Фтизиатрия: Национальное руководство / М.И. Перельман (ред.). – Москва, 2010. – 512 с.
63. Петри, А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин // Пер. с англ. Под ред. В.П. Леонова. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – С.166.
64. Поддубная, Л.В. Эпидемиологические факторы и иммунный процесс в формировании групп риска по заболеванию туберкулёзом / Л.В. Поддубная, Е.П. Шилова, И.М. Степченко // Туберкулез и болезни лёгких. – 2015. – № 5. – С.153-154.
65. Подгаева, В.А. Интегральный показатель организации и эффективности профилактики туберкулёза как индикатор результативности работы учреждений общей лечебной сети и противотуберкулёзной службы Урала / В.А. Подгаева, Д.Н. Голубев // Фтизиатрия и пульмонология. -2011. – № 2. – С. 64-65.
66. Подгаева, В.А. Результаты оценки эффективности медицинской деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений противотуберкулёзных учреждений на Урале / В.А. Подгаева, Д.Н. Голубев, И.А. Черняев // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2010. – № 3. – С. 82-84.
67. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция и туберкулёз в России: «оба хуже» / В.В. Покровский // Туберкулез и болезни лёгких. – 2014. – Т. 91, № 6. – С. 3-8.
68. Постановление Правительства Московской области от 22 декабря 2015 г. № 1294/49 «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

69. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 524 «О Национальной программе борьбы с туберкулёзом в Республике Таджикистан на 2003-2010 годы».
70. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 180 от 26 мая 2014 г. «О повышении доступности и улучшении качества предоставления государственных услуг населению».
71. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 20 декабря 2009 года № 712 «По усилению противотуберкулёзной помощи населению Республики Таджикистан».
72. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 051 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания»
73. Программа предоставления медико-санитарной помощи населению в государственных учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан на 2015 год. – Постановление Правительства РТ от 12.12.2014. № 234.
74. Пылаева, Ю.В. Организация противотуберкулёзной помощи в общей врачебной практике на примере Ступинского района Московской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.В. Пылаева. – Москва, 2009. – 28 с.
75. Дьяченко, В.Г. Руководство по социальной педиатрии // В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рзянкина, Л.В. Солохина. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2010. – 437 с.
76. Рустамова, М.Т. Значение целенаправленного обследования в диагностике туберкулёза органов дыхания в общей лечебной сети / М.Т. Рустамова, Ф.Р. Исмаилов, К.С. Мухамедов // Мат XX Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2010. – С. 321-322.
77. Сазонова, О.В. Изучение состояния фактического питания, обоснование и разработка программы оптимизации питания населения Самарской области: дис. ... док. мед. наук / О.В.. Сазонова. – Москва, 2011. – 277 с.
78. Салихов, Б. Tuberculosis among labour migrants from Tajikistan: Problems and ways to overcome them / В. Salikhov, O. Bobokhojaev // European researcher. – 2012. - № 2 (17). – P. 213-219.

79. Сапожникова, Н.В. Выявление латентной туберкулёзной инфекции среди групп риска по развитию туберкулёза / Н.В. Сапожникова, Е.В. Истомина, А.А. Старшинова // Туберкулез и болезни лёгких. – 2015. – № 7. – С.123.
80. Сасаров, А. Основные мероприятия, необходимые для эффективного контроля туберкулёза. Безопасность без стигмы / А. Сасаров // Всероссийская сеть снижения вреда. – Москва, 2008. – С. 1-2.
81. Сельцовский, П.П. Анализ особенностей эпидемической ситуации по туберкулёзу и системы защиты населения от туберкулёза в г. Москве / П.П. Сельцовский, Л.И. Рыбка, Е.Я. Кочеткова // Туберкулез и болезни лёгких. - 2011. – № 6. – С. 10-16.
82. Сироджидинова, У.Ю. Анализ ситуации по туберкулёзу в Республике Таджикистан / У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев, З.Ш. Дустматова // Туберкулез и болезни лёгких. – Москва, 2015. – № 2. – С. 32-36.
83. Системы здравоохранения стран бывшего СССР в борьбе с туберкулёзом: задачи и перспективы /А. Мошняга [и др.] // Системы здравоохранения и проблемы инфекционных болезней. Опыт Европы и Латинской Америки / под ред. Р.Кокер, Р.Атун, М.Мак Ки. - European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2009. – P.171-192.
84. Скачкова, Е.И. Динамика и социально-демографическая структура туберкулёза в Российской Федерации, его зависимость от уровня жизни / Е.И. Скачкова, М.Г. Шестаков, С.Ю. Темирджанова // Туберкулез и болезни лёгких. - 2009. – № 7. – С.4-8.
85. Скрягина, Е.М. Эффективные пути решения проблемы туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью в республике Беларусь / Е.М. Скрягина, Г.Л. Гуревич, А.П. Астровко // Туберкулез и болезни лёгких. - 2014. - №3. - С.18-24.
86. Слогоцкая, Л.В. Сравнительная характеристика иммунологических тестов для выявления туберкулёзной инфекции. Возможность массового скрининга / Л.В. Слогоцкая, Е.М. Богородская // Туберкулез и болезни лёгких. - 2016. – Т.94, №5. – С.5-17.

87. Стратегия по охране здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг. // Постановление Правительства РТ от 2 августа 2010 г. № 368.
88. Трифонова, Н.Ю. Исследование медико-организационных проблем распространённости туберкулёза в современных условиях крупного мегаполиса: автореф. дис. ... док. мед. наук / Н.Ю. Трифонова. – Москва, 2010. – 33 с.
89. Трудовая миграция нуждается в совершенствовании законодательного обеспечения // Ж. Вестник Совета Федерации. – 2011. - № 1-2. – С. 94-99.
90. Туберкулёз в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулёзу, используемых в Российской Федерации. – Москва, 2011. – С. 58-60.
91. Умаров, Х. Таджикская трудовая миграция в условиях глобального финансового кризиса: причины и последствия: исследовательский доклад / Х. Умаров // Международная Организация по Миграции. – Душанбе, 2010. – С. 11.
92. Ульмасов, Р. Таджикская миграция: история, последствия и уроки / Р. Ульмасов // Международная миграция населения на постсоветском пространстве: двадцать лет удач, ошибок и надежд / Гл. ред. В.А. Ионцев. – М.: Верди Научная серия: Международная миграция населения: Россия и современный мир; Вып. 25. – 2011. – С. 161-170.
93. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулёза органов дыхания / И.А. Васильева [и др.]. – Москва, 2016. – 52 с.
94. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулёза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя // И.А. Васильева И.А. Васильева [и др.]. – Москва, 2015. – 68 с.
95. Филинюк, О.В. Факторы риска неэффективной химиотерапии больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью / О.В.

- Филинюк, И.Г. Фелькер, Г.В. Янова // Туберкулез и болезни лёгких. – 2014. – № 1. – С. 20-26.
96. Цыбикова, Э.Б. Туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в России в начале XXI века (2004-2013 гг.) / Э.Б. Цыбикова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2015. – Т.43, № 3. – С.14.
97. Чеченин, М.Г. Распределение микрофлоры в лёгких как причина и следствие неэффективности антибактериальной терапии вентилятор-ассоциированной пневмонии / М.Г. Чеченин, А.М. Волков, Д.А. Кудлай // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2016. – Т. 94, №5. – С. 62-72.
98. Чупис, О.Н. Туберкулёз у мигрантов в г. Воронеже / О.Н. Чупис, Н.Е. Хорошилова, О.В. Великая // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2015. – №6. – С.175-176.
99. Шилова, М.В. Совершенствование диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулёзных учреждений на основе персонального мониторинга пациентов с применением компьютерных технологий / М.В. Шилова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2014. – №7. – С.8-15.
100. Шилова, М.В. Туберкулёз в России в 2012-2013 году: монография / М.В. Шилова. – М.: Промобюро, 2014. - 244 с.
101. Шилова, М.В. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в Российской Федерации / М.В. Шилова // Справочник фельдшера и акушерки. - 2015. - №9. - С.10-18.
102. Шилова, М.В. Проблемы туберкулёза у детей и подростков / М.В. Шилова, Л.В. Лебедева // Поликлиника. – 2014. – № 4. – 73-80.
103. Щербакова, Н.И. Как повысить внутреннюю мобильность населения? Как обеспечить права человека в сфере труда и в целом для граждан страны и мигрантов? Конституционно-правовые основы миграционной политики Российской Федерации / Н.И. Щербакова // Мат. Всероссийской науч.-практ. Конференции. – 2009. – С. 63-69.

104. Эксплуатация трудовых мигрантов в российском строительном секторе // Human Rights Watch. – 2009. – С. 10-12.
105. Юдин, С.А. Роль государства в процессе адаптации трудовых мигрантов: сб. тезисов / С.А. Юдин // VI Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения». Стратегия инновационного развития России как особой цивилизации в XXI веке. – Москва, 2010. – С. 1852-1854.
106. Юрасова, Е. Готовность врачей первичной медико-санитарной помощи участвовать в борьбе с туберкулёзом в России / Е. Юрасова, Е. Белиловский, О. Демихова // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2010. – Т.14 (11), №.2. – С.129.
107. Юсупова, Е.Ю. Взаимосвязь особенностей питания, витаминного статуса и психоэмоциональных факторов у больных с метаболическим синдромом, возможности коррекции: дис. ... канд. мед. наук / Е.Ю. Юсупова. – Тюмень, 2009. – 158 с.
108. Яковлева, И.В. Здравоохранение в европейских странах здоровье мигрантов / И.В. Яковлева // Ж. Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2009. – № 1. – С. 113-125.
109. Ярцев, С.С. Посттуберкулёзные изменения и обструктивная болезнь лёгких / С.С. Ярцев, М.Г. Чушкин, П.В. Сенчихин // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2011. – № 5. – С. 254-255.
110. Abebe, G. Knowledge, Health Seeking Behavior and Perceived Stigma towards Tuberculosis among Tuberculosis Suspects in a Rural Community in Southwest Ethiopia / G. Abebe, A. Deribew, L. Apers // PLoS One. –2010. – V.5, N10. – P.1339.
111. Adam, T. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift / T. Adam, D. de Savigny // Health Policy Plan. – 2012. – Suppl 4. – P.1-3.
112. Adhikary, P. Health Issues among Nepalese migrant workers in the Middle East / P. Adhikary, S. Keen, van Teijlingen Edwin // Health science journal. – 2011. – Vol.5, Issue 3. –P. 169-175.

113. Amoakwa, K. Risk factors for active tuberculosis infection after the treatment of latent tuberculosis in HIV-infected adults / K. Amoakwa, N. Martinson, L. Moulton // *The Int J. Tuberculosis and Lung Disease.* – 2013. – V.17, N12. – P. 991-993.
114. Annelies, Van Rie. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales / A. Van Rie, S. Sengupta, P. Pungrassami // *Tropical Medicine and International Health.* – 2008. – V.13, N1. – P. 21–30.
115. Arakawa, T. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance / T. Arakawa, R.A. Arcencio, B.E. Scatolin // *J. Rev. Lat. Am. Enfermagem.* – 2011. – V19, N4. – P.994-1002.
116. Atun, R. Tuberculosis control is crucial to achieve the MDGs / R. Atun, M. Raviglione, B. Marais // *Imperial College Business School, Imperial College London.* – 2010. – V376, N9745. – P.940-941.
117. Aye, R.O. Patient's site of first access to health system influences length of delay for tuberculosis treatment in Tajikistan / R.O. Aye, K. Wyss, H. Abdualimova // *BMC Health Services Research.* – 2010. - N10.
118. Aye, R. Factors determining household expenditure for tuberculosis and coping strategies in Tajikistan / R.O. Aye, K. Wyss, H. Abdualimova // *Tropical Medicine and International Health.* – 2011. – V.16, N3. – P.307-313.
119. Ayles, H. A household-based HIV and TB intervention increases HIV testing in households and reduces prevalence of TB at the community level: the ZAMSTAR Community Randomized Trial / H. Ayles // *19th Conference of Retroviruses and Opportunistic Infections.* – Seattle, WA, USA, 5–8 March 2012.
120. Ayles, H. Effect of household and community interventions on the burden of tuberculosis in southern Africa: the ZAMSTAR community-randomised trial / H. Ayles, M. Muyoyeta, E. Du Toit // *Lancet.* – 2013. – V5, N382(9899). – P. 1183-94.

121. Baussano, I. Tuberculosis Incidence in Prisons: A Systematic Review / I. Baussano, B.G. Williams, P. Nunn // *PloS. Med.* – 2010. – V7, N12. – e1000381.
122. Bhushan, B. Manifestations of tuberculosis in elderly versus young hospitalised patients in Amritsar, India / B. Bhushan, N.C. Kajal, A. Maske // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* – 2012. – №16(9). – P.1210–3.
123. Bjerregaard-Andersen, M. Tuberculosis burden in an urban population: a cross sectional tuberculosis survey from Guinea Bissau / M. Bjerregaard-Andersen, Z. J. da Silva, P. Ravn // *B.M.C. Infect. Dis.* – 2010. – № 10. – P.96.
124. Chadha, V.K. A descriptive study of tuberculosis case finding in private health care facilities in a South Indian district / V.K. Chadha, P. Praceeja, J. Gupta // *Intern.J.Tub.Lung Dis.* – 2014. – V.18, N12. – P.1455-1458.
125. Claassens, M.M. Tuberculosis cases missed in primary health care facilities: should we redefine case finding? / M.M. Claassens, E. Jacobs, E. Cyster // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* – 2013. – V17, N5. – P. 608-14.
126. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes // WHO&UATLD. – Geneva: World Health Organization, 2011. – 40 p.
127. Courtwright, A. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions / A. Courtwright, A.N. Turner // *Public Health Reports.* – 2010. – V.125, Suppl.4. – P. 34-42.
128. Creswell, J.H. Early and Increased Tuberculosis Case Detection: Implementation, Measurement, and Evaluation / J.H. Creswell // PhD thesis. – New York: Faculty AMC-UvA, 2015. – P. 213.
129. Creswell, J. Tuberculosis and non-communicable diseases: neglected links and missed opportunities / J. Creswell, M. Raviglione, S. Ottmani // *Eur. Respir. J.* – 2011. – V37, N5. – P. 1269–82.
130. Daley, C. Mycobacterial infections / C. Daley // *Semin. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – Vol.34, №1. – P.1-22.
131. Daniela, E. Kirwan. The social reality of migrant men with tuberculosis in Kathmandu: implications for DOT in practice / E. Kirwan Daniela, D. Nicholson

- Brian, C. Baral Sushil // *Tropical Medicine and International Health*. - 2009. – V.14, №12. – P.1442–1447.
132. Dangisso, M.H. Accessibility to tuberculosis control services and tuberculosis programme performance in Southern Ethiopia / M.H. Dangisso, D.G. Datiko, B. Lindtjorn // *J. Global Health Action*. – 2015. – №8. – P. 58-64.
133. Dara, M. TB in Central Asia / M. Dara // *Public Health Panorama*. WHO. -2016. – V.2, Issue 1. – P.10-14.
134. Datiko, D.G. Health extension workers improve tuberculosis case detection and treatment success in southern Ethiopia: a community randomised trial / D.G. Datiko, B. Lindtjorn // *PLoS One*. – 2009. – V.4, N5. – P.5443.
135. Denkinger, C.M. Promise versus reality: optimism bias in package for tuberculosis diagnostics / C.M. Denkinger, J. Grenier, J. Minion // *J. Clin. Microbiol.* – 2012. – V50, N7. – P. 2455–2461.
136. Doo, S.J. Treatment Outcome and Mortality among Patients with Multidrug-resistant Tuberculosis in Tuberculosis Hospitals of the Public Sector / S. J. Doo, O. S. Dong, K.P. Seung, // *Journal of Korean Medical Science*. – 2011. – №26. - P.33-41.
137. Gadoev, J. Factors associated with unfavorable treatment outcomes in new and previously treated TB patients in Uzbekistan: a five year countrywide study / J. Gadoev, D. Asadov, M. Tillashayhov // *PlosONE*. – 2015. – 10(6). – e0128907.
138. Gagneux, S. Association of tuberculosis and diabetes mellitus in urban Tanzania / S. Gagneux, N. Blanco, L.T. Minja // *Int J. Tuberc. Lung Dis*. – 2013. – V.17, №12. – P. 991- 203.
139. Godinho, J. Stopping tuberculosis in Central Asia: priorities for action / J. Godinho, J. Veen, M. Dara // *World Bank*. – 2005. – V.1, N1. – P.1-194.
140. Houben, R.M. How can mathematical models advance tuberculosis control in high HIV prevalence settings? / R.M. Houben, D.W. Dowdy, A. Vassall // *Int.J.Tub.Lung Dis*. – 2014. – V.18, N5. – P.509–514.

141. Ibrahim, S. Tuberculosis in humans and cattle in Jigawa state, Nigeria: risk factors analysis / S. Ibrahim, S.I. Cadmus, J.U. Umoh // *Vet. Med. Int.* – 2012. – e: 865924.
142. Implementing Collaborative TB-HIV Activities: A Programmatic Guide / I. Fujiwara Paula [et al.]. – Paris: Int. Union Against Tuberculosis and Lung Disease. – 2012. – 88 p.
143. Importance of weight in treating TB patient // B. Catalina [et al.] // *BSN.* – 2013. – P. 23.
144. Jacqueline, M. Achkar. Ethical Considerations about Reporting Research Results with Potential for Further Stigmatization of Undocumented Immigrants / M. Achkar Jacqueline, Macklin Ruth // *Clin Infect Dis.* – 2009. – V.48, N9. – P.1250–1253.
145. Jha, K. Review of Nepal drug-resistant TB programme on completion of 5 year: lessons learnt & key challenges / K. Jha, S. Verma, B. Lal // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* – 2011. – V.16, №12. – Suppl.1.
146. John, E. Hess. Culturally sensitive health promotion plan for tuberculosis prevention and treatment in Mexican migrant farm worker populations / E. Hess John // *Online Journal of Rural Nursing and Health Care.* – 2009. – V.9, N2. – P.95-102.
147. John, S. Tuberculosis among nomads in Adamawa, Nigeria: outcomes from two years of active case finding / S. John, M. Gidado, T. Dahiru // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* – 2015. – V.19, N4. – P. 463-468.
148. Johnson, M.M. Nontuberculous mycobacterial pulmonary infections / M.M. Johnson, J.A. Odell // *J. Thorac. Dis.* – 2014. – N6.– P. 210-213.
149. Joncevska, M. Surveillance of drug resistance in Central Asia / M. Joncevska, H. Hoffmann, O. Bobokhojaev // *The international Journal of Tuberculosis and lung disease.* – 2014. – V.18, №11. – P.56-57.
150. Kapoor, S.K. How did the TB patients reach DOTS services in Delhi? A study of patient treatment seeking behavior / S.K. Kapoor, A.V. Raman, K.S. Sachdeva, – *PLoS. One.* – 2012. – V.7, N8. - e42458.

151. Kendall, B. Update on the epidemiology of pulmonary nontuberculous mycobacterial infections / B. Kendall, K. Winthrop // *Semin. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – Vol.34, №1. – P. 87-94.
152. Klinkenberg, E. Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations / E. Klinkenberg, D. Manissero, J.C. Semenza // *European respiratory journal.* – 2009. – V.34, №5. – P. 1180-1189.
153. Kohler, S. Ambulatory tuberculosis treatment in post-Semashko health care systems needs supportive financing mechanisms / S. Kohler, D.A. Asadov, A. Brunder // *Intern. J. Tub. Lung Dis.* – 2014. – V.18, N12. – P. 1390-1395.
154. Li, T. Impact of new migrant populations on the spatial distribution of tuberculosis in Beijing / T. Li, X.X. He, Z.R. Chang // *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* – 2011. – V.15, N2. – P. 163-168(6).
155. Lonnroth, K. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control / K. Lonnroth, M. Raviglione // *Semin Respir Crit Care Med.* – 2009. – V.29, N5. – P.481-91.
156. Lonnroth, K. Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care, and social development / K. Lonnroth, K.G. Castro, J.M. Chakaya // *Lancet.* – 2010. – N375. – P. 1814–1829.
157. Lonnroth, K. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. In: Blas E., Sivasankara A.K., editors. *Priority public health conditions: from learning to action on social determinants of health* / K. Lonnroth, E. Jaramillo, B.G. Williams. – Geneva: World Health Organization, 2010. – P. 219-241.
158. MacPherson, P. Pre-treatment loss to follow-up in tuberculosis patients in low- and lower-middle-income countries and high-burden countries: a systematic review and meta-analysis / P. MacPherson, M. Houben, J.R. Glynn // *Bull World Health Organ.* – 2014. – N92. – P.126-138.
159. Moyo, S. Tuberculosis case finding for vaccine trials in young children in high-incidence settings: a randomised trial / S. Moyo, S. Verver, A. Hawkrige // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* – 2012. – №16. – P.185-191.

160. Mulder, C. Effectiveness of tuberculosis contact tracing among migrant and foreign - born population / C. Mulder, E. Klinkenberg, D. Manissero, // *Eurosurveillance*. – 2009, – V.14, Issue 1-12. – P.56-62.
161. Murray, E.J. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study / E.J. Murray // *Lancet*. – 2012. – N 380. – P.2197-2223.
162. Murray, E.J. High levels of vulnerability and anticipated stigma reduce the impetus for tuberculosis diagnosis in Cape Town, South Africa / E.J. Murray, V.A. Bond, B.J. Marais // *Health Policy Plan*. – 2013. – V.28, N4. – P.410-418.
163. Naik, B. Is screening for diabetes among tuberculosis patients feasible at the field level? / B. Naik, A.M.V. Kumar, S. Satyanarayana // *Public Health Action*. – 2013. – V3, Suppl.1. – P.34-37.
164. Nayak, S. Individual and service delivery barriers affect anti-tuberculosis treatment adherence in Punjab, India / S. Nayak, M. Viz, A. Kaur // *Int J. Tuberc. Lung Dis*. - 2013. - V.17, N12. – P. 991-03.
165. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis. - *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2012.
166. Nyathi, B. Tuberculosis treatment delays and associated factors within the Zimbabwe National Tuberculosis programme / B. Nyathi, K. Takarinda, M. Ngwenya // *BMC Public Health*. – 2015. – N15. – P.29.
167. Okeibunor, J.C. Prospects of using Community Directed Intervention strategy in delivering health services among Fulani Nomads in Enugu State, Nigeria / J.C. Okeibunor, N.G. Onyeneho, O.C. Nwaorgu // *Int. J. Equity Health*. – 2013. – N12. – P.24.
168. Out of step TB policies in 24 countries // A survey of diagnostic and treatment practices. –Stop TB Partnership&MsF. – 2015. – 60 p.
169. Palmero, D.J. Treatment and follow-up of HIV- negative multidrug-resistant tuberculosis patients in an infectious diseases reference hospital, Buenos Aires, Argentina / D.J. Palmero, M. Ambroggi, A. Brea // *Int. J. Tuberc. Lung Dis*. - 2004. – V.8, N6. – P. 778-784.

170. Panteleev, A.M. Relapses of tuberculosis in HIV-infected patients in St-Petersburg / A.M. Panteleev // Abstracts of the 8th Nordic-Baltic congress of infectious diseases. – St-Petersburg, Russia, 2009. – P. 59.
171. Public-private mix for TB care and control: a toolkit. – WHO. – Geneva. – 2010. – 29 p.
172. Pungrassami, P. Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for TB symptoms / P. Pungrassami, A.M. Kipp, P.W. Stewart // Int J Tuberc Lung Dis. – 2010. – V.14, N2. – P.181-187.
173. Rafiza, S. Prevalence and risk factors of latent tuberculosis infection among health care workers in Malaysia / S. Rafiza, K. Rampal, A. Tahir // BMC Infect. Dis. – 2011. – Vol. 11. – P.19.
174. Raviglione, M. Tuberculosis. In: Harrison's Principles of Internal Medicine D.I. Longo et al (Eds.) / M. Raviglione. – USA: Hills Companies Inc., 2015. – P.1102-1122.
175. Raviglione, M. Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control: progress and new developments / M. Raviglione B. Marais, K. Floyd // Lancet. – 2012. – V.19, N379(9829). – P.1902-13.
176. Recommendation for investing the contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. – WHO. – Geneva. – 2012. – 28 p.
177. Ruinowicz, A. Evaluating the role of primary care physicians in the treatment of latent tuberculosis: a population study / A. Ruinowicz, G. Bartlett, B. MacGibbon // Intern.J.Tub.Lung Dis. – 2014. – V.18, N2. – P. 1449-1454.
178. Sagbakken, M. Experiences of being diagnosed with tuberculosis among immigrants in Norway - factors associated with diagnostic delay: a qualitative study. / M. Sagbakken, G.A. Bjune, J.C. Frich // Scand. J. Public Health. – 2010. – V.38, N3. – P.283-290.
179. Sato, S. The clinical application of quantiferon TB-2G: its usefulness and limitations / S. Sato, H. Nagai // Kekkaku. – 2011. – V.86, N2. – P.101-112.

180. Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control: Progress and new developments / M. Raviglione [et. al.] // *Lancet*. – 2012. – V.379, N9829. – P.1902-13.
181. Scatena, L.M. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnosis in Brazilian municipalities / L.M. Scatena, T.C. Villa A.R. Netto // *Rev. Saude Publica*. – 2009. – V.43, N3. – P.389-397.
182. Sekandi, J.N. Yield of undetected tuberculosis and human immunodeficiency virus coinfection from active case finding in urban Uganda / J.N. Sekandi, J. List, H. Luzze // *Int. J. Tuberc. Lung Dis*. – 2014. – V.18, N1. – P. 13-19.
183. Sendagire, I. Long Delays and missed opportunities in diagnosing smear-positive pulmonary tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study / I. Sendagire, Van der Loeff M. Schim, M. Mubiru, // *PLoS One*. – 2010. – V.5, N12. – e14459.
184. Shah, S.A. Active contact investigation and treatment support: an integrated approach in rural and urban Sindh, Pakistan / S.A. Shah, S. Qayyum, R.I. Abro // *Int. J. Tuberc. Lung Dis*. – 2013. – V.17, N12. – P. 1569-74.
185. Skordis-Worrall, J. Confusion, caring and tuberculosis diagnostic delay in Cape Town, South Africa / J. Skordis-Worrall, K. Hanson, A. Mills // *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease*. – 2010. – N14. – P.171-180.
186. Small, P. Tuberculosis Diagnosis - time for a game change / P. Small, M. Pai, // *N. Engl. J. Med*. – 2010. – N363. – P. 1070–1071.
187. Squire, S.B. Making innovations accessible to the poor through implementation research / S.B. Squire, A.R. Ramsay, S. van den Hof // *Int. J. Tuberc. Lung Dis*. – 2011. – N15. – P.862–870.
188. Sterling, T.J.L. HIV infection-related tuberculosis: clinical manifestations and treatment / T.J.L. Sterling, P.A. Pham, R.E. Chaisson // *Clin. Infec. Dis*. – 2010. – V.50, N2. – P. 223-230.
189. Stopping TB in Europe: some progress but still not there / D. Falzon [et al.] // *Euro Surveill*. – 2009. – V.13, N12. – P. 8073.

190. Systematic screening for active tuberculosis-principles and recommendations. – WHO. – Geneva. – 2013. – 24 p.
191. Swaminathan, S. Pediatric tuberculosis: global overview and challenges / S. Swaminathan, B. Rekha // Clin. Infect. Dis. – 2010. – N50, Suppl 3. – P.184–194.
192. The end TB Strategy. – Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. – Geneva: WHO, 2015 – 16 p.
193. Theron, G. Do high rates of empirical treatment undermine the potential effect of new diagnostic tests for tuberculosis in high-burden settings? / G. Theron, J. Peter, D. Dowdy // Lancet. – 2014. – V.14, N6. – P. 527-532.
194. Tollefson, D. Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review / D. Tollefson, E. Bloss, A. Fanning, // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2013. – V.17, N9. – P.1139-1150.
195. Towards TB Elimination // An action framework for low-incidence countries. – WHO. – 2014. – 67 p.
196. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries / C. Dye [et al.] // Bull World Health Organ. – 2009. – V.87, N9. – P.683-691.
197. Tuberculosis and nutrition / Krishna Bihari Gupta [et al.] // Lung India. – 2009. – V.26, N1. – P.9-16.
198. Tuberculosis diagnostics technology and market landscape. – WHO&UNITAID. – Geneva. – 2014. – 29 p.
199. Tuberculosis coalition for technical assistance // International standards for tuberculosis care (ISTC), second edition. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. – 2009. – 58 p.
200. Use of tuberculosis interferon-gamma release assays (IGRAs) in low- and middle-income countries: policy statement. - WHO. – Geneva. -2011. -16P.
201. Van Deun, A. et al. Rifampicin drug resistance tests for tuberculosis: challenging the gold standard / A. Van Deun [et al.] // Journal of Clinical Microbiology. – 2013. – № 51. – P. 2633-2640.

202. Van Ingen, J. Diagnosis of nontuberculous mycobacterial infections / J. Van Ingen // *Semin. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – V.34, N1. – P.103-109.
203. Van't Hoog, A.H. High prevalence of pulmonary tuberculosis and inadequate case finding in rural Western Kenya / A.H. Van't Hoog, K.F. Laserson, W.A. Githui // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2011. – N183. – P. 1245–1253.
204. Waters, E. Essential components of public health evidence reviews: capturing intervention complexity, implementation, economics and equity / E. Waters, B.J. Hall, R. Armstrong // *J. Public Health.* – 2011. – V.33, N3. – P. 462-465.
205. WHO European Ministerial Forum: “All Against Tuberculosis” / Berlin Declaration on Tuberculosis. Copenhagen: WHO. – 2009.
206. WHO Global TB Control. – 2015.
207. WHO. Nutritional Care and Support for Patients with Tuberculosis. – 2013.
208. Yassin, M.A. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia / M.A. Yassin, D.G. Datiko, O. Tulloch. // *PLoS One.* – 2013. – N8. – P.5.

Список публикаций соискателя учёной степени

Статьи в рецензируемых журналах

- 1-А.** – Бобоходжаев, О.И. Факторы риска развития туберкулёза в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, И.С. Махмудзода, А.Г. Гаибов // *Вестник Академии мед. наук Таджикистана.* – 2016. - №2. – С. 30-35.
- 2-А.** – Бобоходжаев, О.И. К вопросу о реактивации туберкулёзного процесса / О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджидинова, Р.Р. Джумаев, И.С. Махмудзода // *Вестник Авиценны.* - 2018. – Т.20, №2-3. - С. 320-324.
- 3-А.** – Эффективность выявления случаев туберкулёза среди населения г. Душанбе Республики Таджикистан / С.П. Алиев [и др.] // *Вестник Авиценны.* - 2018. – Т. 21, №4. - С. 56-61.

Руководства, пособия и тезисы в сборниках конференции:

- 4-А.** - Дастурамали методӣ барои вусъати ҳамгироӣ (интегратсия) байни муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ (КАТС), муассисаҳои зиддисилӣ ва ҳамкориҳои байнисоҳавӣ: дастурамали методӣ / И.С. Маҳмудзода [ва ғ.]. – Душанбе, 2017. - 22 с.
- 5-А.** - Дастурамали методӣ барои расонидани кӯмаки амбулатории зиддисилӣ ба аҳоли ва беморони сил ва нигоҳубини шахси бемор дар шароити хона: дастурамали методӣ / И.С. Маҳмудзода [ва ғ.]. – Душанбе, 2017. -54 с.
- 6-А.** - Маҳмудзода, И.С. Медико-социальные предикторы развития туберкулёза в Республике Таджикистан / И.С. Маҳмудзода, О.И. Бобоходжаев // Мат. науч.-практич. конф., посвященной 25-летию независимости РТ и 85-летию ТНИИ профилактической медицины.-Душанбе, 2016. – С. 66.
- 7-А.** – Маҳмудзода, И.С. Социально-демографические особенности больных туберкулёзом в Республике Таджикистан: сб. трудов / И.С. Маҳмудзода // Российская науч.-практич. конференция молодых учёных с международным участием, посвящённой Всемирному дню борьбы с туберкулёзом. – Москва, 2017. – С. 35-37.
- 8-А.** - Проблемы трансграничного контроля за туберкулезом в странах Центральной Азии и Российской Федерации / О.И. Бобоходжаев [и др.] // Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза: тез. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Москва, 2018. - С.43-44.
- 9-А.** - Протокол по организации амбулаторного лечения и психосоциальной поддержки больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом: руководство / И.С. Маҳмудзода [и др.]. – Душанбе, 2017. – С. 41.
- 10-А.** Современные принципы оказания медицинских услуг подросткам и молодёжи групп высокого риска: учебное пособие / М.О. Бобоходжаева [и др.]. – Душанбе, 2017. - 30 с.

А Н К Е Т А

Номер интервью _____

Город/Район _____

Дата опроса _____
Число _____ месяц _____ год _____

Номер интервьюера _____

Тип населенного пункта:

- Город
- Село

Здравствуйте! Мы проводим научное исследование для выявления препятствий, с которыми Вы сталкиваетесь при получении медицинских услуг в Таджикистане. Для этого мы хотели бы задать Вам несколько вопросов о Вашем здоровье, условиях жизни и труда в Таджикистане.

Мы будем Вам очень благодарны, если Вы ответите на вопросы нашей анкеты.

Наша анкета анонимна. Мы не будем спрашивать Ваше имя. Мы не будем беспокоить Вас в будущем. Ваши ответы ни в коем образе на Вас не отразятся. Вы можете отказаться отвечать на отдельные вопросы и от интервью в целом. Ваши ответы, также как и ответы всех участвующих в этом опросе, будут использованы исключительно в научных целях в обобщенном виде после статистической обработки на компьютере. В том случае, если Вы согласны ответить на вопросы, то это займет у Вас чуть более полчаса времени.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ СВЕДЕНИЙ ГАРАНТИРУЕМ!

Большое Вам спасибо за помощь!

Прежде, чем Вы начнете отвечать, прочитайте, пожалуйста, правила заполнения анкеты. Анкета состоит из вопросов и ответов на каждый вопрос. Вы выберете один или несколько ответов на каждый вопрос и обведете ответ кружком.

1. Пол

- Мужской
- Женский
-

2. Сколько Вам полных лет? (ВПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ) _____

[отметьте, в какую возрастную группу вы входите]

- 18-29 лет
- 30-39 лет
- 40-49
- 50-59 лет
- 60 лет и старше

3. Какое учебное заведение Вы окончили?

- Университет
- Институт
- Среднее специальное училище
- Средняя школа второй ступени
- Средняя школа первой ступени
- Начальная школа
- Неполная начальная школа
- Не учился

4. Приходилось ли Вам из-за нехватки денег отказываться отчего-либо из следующего перечня? (возможно несколько ответов)

- Покупка необходимых продуктов питания
- Покупка необходимой одежды, обуви
- Поездка на родину
- Лечение, восстановление здоровья
- Бытовая техника _____
- Другие важные расходы _____
- Ни от чего названного не приходилось отказываться
- Другое (укажите)

Вопросы 5-25 касаются только тех, кто был в трудовой миграции:

5. Если Вам приходилось быть в трудовой миграции, то Ваш уровень дохода в стране трудовой миграции составлял?

- До 1000 долларов США
- До 800 долларов США
- До 600 долларов США
- До 400 долларов США
- До 200 долларов США
- До 100 долларов США
- Другое (укажите)

6. Каковы были причины возвращения на Родину

- Семейные проблемы
- Потерял рабочее место
- Не нашел работу
- Проблемы со здоровьем
- Депортация

- Финансовый кризис

7. В какой сфере Вы работали во время трудовой миграции.

- В челночной торговле
- В строительстве
- В сельском хозяйстве
- В промышленности фабрики/завода
- Обслуживание
- Другое (укажите)

8. Было ли у Вас разрешение на работу в стране трудовой миграции?

Да _____ Нет _____

9. Когда Вы вернулись в Таджикистан?

- меньше года
- один год
- 2-5 лет
- 5-10 лет
- Другое (укажите)

10. Каковы были Ваши жилищные условия, и сколько человек проживает в одном помещении вместе с Вами в стране трудовой миграции?

- Снимал квартиру/комнату
- В общежитии
- Совместно проживали в одной комнате до 4 человек
- Совместно проживали в одной комнате от 4 до 8 человек
- Совместно проживали в одной комнате более 8 человек
- Жил на рабочем месте
- вагончик (с 10 или более человек)
- Другое (укажите)

11. Сколько раз в день Вы питались во время работы в стране миграции?

- один раз в день
- два раза в день
- три раза в день

12. С какими из перечисленных трудностей и проблем Вы столкнулись, находясь в стране миграции.

- Языковые проблемы
- Проблемы со здоровьем

- Дискриминация
- Жилищные проблемы
- Проблемы питания
- Проблема взаимоотношений с местным населением
- Семейные проблемы
- Взаимоотношения с друзьями
- Другое (укажите)

13. Была ли у Вас медицинская страховка в стране трудовой миграции?

Да _____ Нет _____

14. Обращались ли Вы за медицинской помощью в стране трудовой миграции?

Да _____ Нет _____

15. Лечились ли Вы в стране трудовой миграции по поводу любого заболевания?

Да _____ Нет _____

16. Вы платили за медицинские услуги в стране трудовой миграции.

Да _____ Нет _____

17. Проходили ли Вы следующие обследования в Таджикистане за последние 6 месяцев?
(Ответьте по каждой строке)

	Да	Нет
• Флюорография		
• Анализ на ВИЧ		
• Анализ на гепатит С		
• Анализ на ИППП		
• Анализ мокроты		

18. По вашему мнению в случае необходимости какую можно получить бесплатно медицинскую помощь в стране трудовой миграции.

Да Нет

- У врача в поликлинике
- Больничная помощь, оплаченная работодателем
- Помощь врача на рабочем месте
- Больничная помощь при переломах
- Помощь стоматолога в больницы
- Помощь бригадой скорой помощи
- Сдача анализов
- Лечение туберкулёза

- Другое (укажите)

20. Ваш работодатель обеспечивал Вас медицинскими услугами?

- Да
- Нет
- Не знаю, затрудняюсь ответить

21. Когда Вы в последний раз обращались за медицинской помощью во время трудовой миграции?

- Меньше месяца тому назад
- 1-3 месяца тому назад
- 3 - 6 месяцев тому назад
- 6-9 месяцев тому назад
- 9-12 месяцев тому назад
- 1-5 лет тому назад
- Не помню

22. Вы довольны тем как с Вами обращались медицинские работники?

Да _____ Нет _____

23. Ваш работодатель предоставил Вам какую-нибудь помощь/содействие, когда Вы в последний раз обращались за медицинской помощью?

- Да
- Нет

19. По вашему мнению, в случае необходимости, какую можно получить платно медицинскую помощь в стране трудовой миграции?

- У врача в поликлинике
- Больничная помощь, оплаченная работодателем
- Помощь врача на рабочем месте
- Больничная помощь при переломах
- Помощь стоматолога в больницы
- Помощь бригадой скорой помощи
- Сдача анализов
- Лечение туберкулёза
- Другое (укажите)

24. По вашему мнению, в случае если Вам необходима медицинская

**Помощь в стране трудовой миграции, сколько она стоит?
(если Вы сталкивались с этим укажите цену)**

- У врача в поликлинике _____
- Больничная помощь, _____
- Помощь врача на рабочем месте
- Больничная помощь при переломах
- Помощь стоматолога в больницы
- Помощь бригадой скорой помощи
- Сдача анализов
- Лечение туберкулёза
- Другое (укажите)

25. В целом, какие основные проблемы, трудности, которые Вам пришлось преодолевать при обращении к услугам здравоохранения?

Несколько возможных ответов

- консультации очень дорогие
- лечение очень дорогое
- часы работы в медучреждениях не удобные
- медицинское учреждение находится далеко от места работы _____
- я не знаю достаточно о своих правах
- не знаю куда обращаться
- языковой барьер (незнание языка, на котором говорят медработники)
- культурный барьер
- медицинский работник отказал в помощи _____
- страх дискриминации со стороны медицинских работников
- страх, что информация о моем здоровье будет передана работодателю, и я могу потерять работу
- нет денег на транспорт, чтобы добраться до медицинского учреждения
- нет трудностей
- другое (укажите)

26. Были ли ситуации, когда Вам приходилось заниматься самолечением?

Да _____ Нет _____

27. Болели Вы или кто-нибудь из членов Вашей семьи туберкулёзом?

- Да
- Нет

28. Знаете ли Вы лично людей, болевших туберкулёзом?

- Да

- Нет

29. Вы сдавали, когда-либо анализ мокроты на туберкулёз?

- Да
- Нет

30. Получали ли Вы консультацию, когда Вы сдавали анализ мокроты на туберкулёз?

- Да
- Нет

31. Знаете ли Вы лично людей, больных туберкулёзом?

- Да
- Нет

32. Из какого источника Вы получали информацию о туберкулёзе в Таджикистане?

- по телевидению
- радио
- из газет/журналов
- прочитали на досках объявлений в медучреждениях
- от случайной партнерши
- брошюры, плакаты и соавт.
- от врача или медсестры
- от друзей, соседей, коллег
- от учителей школ
- другое (укажите)

33. Какие признаки или симптомы туберкулёза Вы знаете?

- Усталость
- Одышка
- Боль в груди
- Повышения температуры тела (жар)
- Потеря веса
- Тошнота
- Головная боль
- Кашель
- Кашель более трех недель
- Кашель с кровью
- Не знаю

- Другое (укажите)

34. Как Вы думаете, у кого больше риска заболеть туберкулёзом?

(возможно несколько ответов)

- Все люди
- Бедные люди
- Бездомные/БОМЖ
- Алкоголики
- Наркоманы
- ВИЧ инфицированные
- Лица находящиеся в местах заключения
- Не знаю
- Другое(укажите)

35. Как, по-вашему, стоит ли опасаться болезни туберкулёз?

- Да это очень серьёзное заболевание
- Это относительно серьёзное заболевание
- Нет, это не очень серьёзное заболевание
- Не знаю

36. По Вашему мнению, как человек может заразиться туберкулёзом?

(возможно несколько ответов)

- через переливание крови
- через сексуальные отношения без презерватива
- прикосновения к предметам в общественных местах на пример
- к дверным ручкам
- прием пищи из одной тарелки
- воздушным путем, когда человек чихает или кашляет
- через рукопожатия
- через инъекции использованными иглами
- через нестерильные медицинские инструменты
- при проживании в переполненном жилье
- через кровь
- через грудное молоко (при кормлении ребенка)
- совместное использование посуды
- Не знаю
- Другое (укажите)

37. Как, по-вашему, можно ли излечить туберкулёз
(возможно несколько ответов)

- Да
- Нет
- Не которых да, не которых нет
- Не доступно лечение
- Можно если вовремя начать лечение
- Не знаю
- Другое (укажите)

38. Как Вы думаете, бесплатно ли диагностируют туберкулёз в Таджикистане?

- Да
- Нет
- Другое (укажите)

39. Как можно излечить больного туберкулёзом?

- Специальные лекарственные препараты, выдаваемые в центре здоровья (ДОТС)
- Завершение всех этапов лечения
- Лечебные средства из трав
- Покой дома без медикаментов
- Религиозное лечение
- Хорошее питание
- Не знаю
- Другое (укажите)

40. Как Вы думаете, бесплатно ли предоставляются противотуберкулёзные препараты для лечения туберкулёза в Таджикистане?

- Да
- Нет
- Другое (укажите)

41. Знаете ли Вы, какие услуги предоставляются для лечения туберкулёза в Таджикистане?

- Контролируемое лечение (ДОТ)
- Бесплатные противотуберкулёзные препараты
- Не знаю

- Другое (укажите)

42. Какой была бы ваша реакция, если бы у вас обнаружили туберкулёз?

(возможно несколько ответов)

- Уныние или безнадежность
- Страх
- Удивление
- Стыд
- Смущение
- Неопределенность в жизни
- Страх перед неизбежной смертью
- Я не знаю

43. Если у Вас возникнут проблемы, связанные с туберкулёзом в Таджикистане, то кому Вы обратитесь за консультацией и за медицинской помощью?

(Можно больше одного ответа)

- К врачу организации, где я работаю
- В государственную больницу/клинику к врачам
- К народным целителям
- В аптеку
- К жене
- Священнослужителю
- Сам буду лечиться
- Другое (укажите)
- Я не знаю, куда идти

44. Кому Вы бы обратились, если у Вас обнаружили симптомы туберкулёза в Таджикистане, Вы обратились бы за консультацией или за медицинской помощью?

(Можно больше одного ответа)

- В государственную больницу/клинику к врачам
- Подождал бы продолжение симптомов
- К народным целителям
- Если не поможет самолечение
- Когда не смог бы работать
- Священнослужителю
- Не обратился бы в медицинское учреждение
- Другое (укажите)
- Я не знаю, куда идти

45. Насколько дорого стоит, по вашему мнению, диагностика

и лечение туберкулёза в Таджикистане?

- Восприятие стоимости
- Бесплатно
- Очень дорого
- Умеренно дорого
- Приемлемая цена
- Должно быть бесплатным, но лекарства продают
- Я не знаю
- Другое (укажите)

46. Как бы община отнеслась бы больному, который страдает туберкулёзом? (Можно больше одного ответа)

- Дружелюбно
- Поддержат и помогут
- Надо избегать таких больных
- Отвергли
- Безразличны
- Не помогали
- Не беспокоились
- Не знаю
- Другое (укажите)

47. Следует ли ВИЧ-инфицированным, беспокоиться о туберкулёзе?

- Вероятность заболевания туберкулёза у ВИЧ-инфицированных выше
- Не знаю
- Любой может заболеть туберкулёзом
- Пониженный иммунитет повышает риск инфекции
- Они рано умирают
- Вероятность заболевания туберкулёзом у ВИЧ-инфицированного человека не является более высокой
- ВИЧ и туберкулёз не являются взаимосвязанными заболеваниями
- Туберкулёз и ВИЧ излечим
- Не знаю

48. По Вашему мнению, наиболее эффективный источник информации о туберкулёзе?

- По телевидению
- Радио
- Из газет/журналов
- Доска объявлений в медучреждениях
- Брошюры, плакаты и соавт.

- От врача или медсестры
- Семья, друзья, соседи, коллеги
- От учителей школ
- Священнослужители
- По телевидению
- Другое (укажите)_____

49. Из каких источников Вы бы хотели получать информацию по вопросам здоровья?

- Плакаты на родном языке
- Брошюры на родном языке
- Листовки на родном языке
- Видеоролики на родном языке
- Беседы со специалистами
- От друзей, родственников, коллег
- Другое (укажите)_____

50. Какие препятствия у Вас могут быть, чтобы получить информацию относительно туберкулёза?

- Информация не доступна из-за расстояния
- Информация стоит дорого
- Боюсь потерять работу
- Информация на родном языке
- Не знаю
- Другое (укажите)_____