

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

УДК 616-002.5:616.38 (575.3)

**МАХМУДОВА
ПАРВИНА УЛЬМАСОВНА**

**ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С
МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ
ВОЗБУДИТЕЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук по специальностям

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение-
14.01.16 - Фтизиатрия

Работа выполнена в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Муминзода Бободжон Гафор** – д.м.н., профессор кафедры Общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Бобоходжаев Октам Икрамович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Гоибов Амонулло Гоибович** – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ "Институт последипломого образования в сфере здравоохранения" (шифр специальности - 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение)

Пиров Кадриддин Икрамович – кандидат медицинских наук, директор центра по защите населения от туберкулеза р. Джалолидин Балхи Хатлонской области (шифр специальности – 14.01.16 -Фтизиатрия)

Оппонирующая организация: Национальный центр фтизиатрии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

Защита диссертации состоится « » 2022 г. в часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA–053 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: (734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки,139, www.tajmedun.tj)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «__» _____ 2022 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
к.м.н.**

М.Х. Ганизода

Введение

Актуальность темы исследования. Туберкулёз (ТБ) в настоящее время представляет собой глобальную угрозу обществу. Согласно последним официальным данным Европейского регионального Бюро ВОЗ, 1/3 населения планеты (2 млрд.) инфицировано ТБ. Ежегодно заболевают 9-10 млн. человек (новые случаи) и около 1.6 млн. умерли в 2017 году [Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control, 2015; Basic facts on tuberculosis in the WHO European Region, 2018].

На 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принята Глобальная стратегия и определены цели в области профилактики, лечения и борьбы с ТБ после 2015 года. Ближайшие цели к 2025 г.: снижение смертности на 75% (по сравнению с 2015 г.), заболеваемости – на 50% (менее 55 на 100 тыс. населения) [Панова Л.В., Петренко Т.И., Global Tuberculosis Report, 2019].

По оценкам ВОЗ, в 2017 году в Европейском регионе, было зарегистрировано 275 000 новых случаев и 24 000 смертей от ТБ, большинство из них пришлось на страны Восточной и Центральной Европы: это 18 приоритетных стран (Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Молдова, Румыния, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Эстония), в которых приходится 85% бремени ТБ и 99% бремени ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). В Европейском регионе ВОЗ находятся 9 из 27 стран с наибольшим бременем МЛУ ТБ в мире Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Украина и Узбекистан [Панова Л.В. и соавт., 2018; Global Tuberculosis Report, 2019].

МЛУ ТБ – одна из основных движущих сил развития эпидемии ТБ в Европе, наряду с ВИЧ, социальными факторами и факторами риска инфицирования ТБ, а также ограниченным потенциалом систем здравоохранения. Как видно из приведенных данных, Таджикистан входит в число стран с высоким бременем ТБ, и его лекарственно-устойчивых форм [Бобоходжаев О.И. и соавт., 2019; Сироджидинова У.Ю. и соавт., 2017].

МЛУ ТБ, который определяется, как устойчивый к не менее двум наиболее сильнодействующим препаратам изониазиду и рифампицину стал очень важной проблемой. Появились ЛУ ТБ не только к основным ПТП, но и к резервным, что является показателем неэффективности лечения ТБ и основной причиной смерти в ряде стран [Балабанова Я.М. и соавт., 2017; Иванова Д.А., Борисов С.Е., 2018; Овсянкина Е.С., 2018].

МЛУ ТБ не поддается стандартному шестимесячному лечению ПТП первого ряда (ППР), успешно применяемыми при обычной форме ТБ. Для лечения МЛУ ТБ требуются ПТП второго ряда (ПВР), которые имеют больше побочных эффектов, и, кроме того, во много раз более дорогостоящие. Лечение больных с МЛУ ТБ этими препаратами продолжается от 1,5 года до двух лет и более [Тюлькова Т.Е. и соавт, 2017; Ahiya S.D. et al., 2017]. Если для лечения одного больного с обычной формой ТБ необходимо примерно от 50 до 100 долларов США, то для лечения больного с МЛУ ТБ - в сотни и более раз выше [Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом, 2016; Краснов В.А. и соавт., 2018].

Актуальность изучения данной проблемы, в том числе в Республике Таджикистан, объясняется сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости, распространённости, смертности, особенностей клинического течения и эффективности лечения МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ, как среди взрослого, так и среди детского населения [Бобоходжаев О.И. и соавт., 2019; Global Tuberculosis Report, 2019].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Республика Таджикистан, как мы отмечали выше, относится к одной из 27 стран мира, где борьба с МЛУ-ТБ является одной из приоритетных задач. Большим достижением в республике является бесплатное противотуберкулёзное лечение, которое стало возможным, благодаря

поддержке Правительства Республики Таджикистан, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, грантовых средств (Глобальный фонд по борьбе со СПИД, ТБ и малярией) и активного партнерства с рядом международных организаций, работающих в стране. Однако несмотря на острую социальную обусловленность МЛУ-ТБ ТБ, сравнительное изучение распространённости, диагностики, эффективности методов лечения больных с МЛУ ТБ, до настоящего времени, в Республике Таджикистан не проводилось.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Научная работа связана с реализацией постановления Правительства Республики Таджикистан «О Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010 – 2020гг.» от 02.08.2010 г., №368, Национального стратегического плана защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2015-2020 годы, утвержденной протоколом Национального координационного комитета от 18 июля 2014 года №27, а также Национальной программе защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы", утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года, №49, одним из существенных направлений, которой является повышение качества диагностики и эффективности лечения, множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Разработать научно-обоснованный комплекс профилактических мероприятий по снижению бремени МЛУ ТБ в Республике Таджикистан.

Задачи исследования:

1. Изучить распространённость МЛУ ТБ у больных с ТБ лёгких по Республике Таджикистан за 2014–2018 годы.
2. Провести сравнительный анализ эффективности лечения МЛУ ТБ разными режимами химиотерапии в когорте больных ТБ лёгких за 2014-2018 годы в Республике Таджикистан.
3. Изучить влияние медико-социальных факторов на формирование множественно-лекарственных форм туберкулеза.
4. Разработать научно-обоснованный комплекс профилактических мероприятий по снижению случаев МЛУ ТБ среди населения республики и повышению эффективности их лечения.

Объект исследования. Объектом исследования стали больные с МЛУ ТБ в Республике Таджикистан. Под нашим наблюдением находилось всего 685 больных с МЛУ ТБ, из них, в соответствии с критериями включения, были отобраны 402 больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких.

Для проведения научного исследования по изучению эффективности лечения, больные с МЛУ ТБ были распределены на 2 группы. Первая группа, основная, включала 134 пациента, принимавших лечение по короткому курсу лечения МЛУ ТБ (9-12 месяцев). Вторая группа, группа сравнения, состояла из 268 пациентов с МЛУ ТБ, которые лечились стандартной схемой лечения МЛУ ТБ в течении не менее 20 месяцев.

Предметом исследования было изучение распространённости и эффективности лечения больных с туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулёза разными режимами лечения, а также разработка комплекса профилактических мероприятий по снижению бремени МЛУ ТБ в Республике Таджикистан.

Научная новизна исследований. Впервые в Республике Таджикистан изучены распространённость, сравнительная эффективность разных методов диагностики и лечения

больных с МЛУ ТБ у больных с ТБ лёгких. Выявлены проблемы раннего выявления, своевременной диагностики и раннего охвата лечением и влияние медико-социальных факторов на распространенность МЛУ ТБ в Республике Таджикистан.

Установлено, что основным фактором роста распространенности лекарственно устойчивых форм ТБ, являются результаты нескольких взаимодействующих факторов - несоблюдение схемы лечения, неудачное лечение ТБ, отсутствие контролируемого лечения, ограничение или прерывание приема противотуберкулёзных препаратов, плохая их биологическая усвояемость, неадекватные схемы лечения, связанные с перерывами в поставках препаратов, отсутствием полного перечня противотуберкулёзных препаратов, единого стандарта лечения, а также низкий социально-экономический статус больного. Всё это привело к значительному увеличению «резервуара» постепенной мутации МБТ и способствовало росту числа больных с МЛУ ТБ, последовательно ухудшало эпидемиологическую ситуацию.

Особенно важно отметить несоблюдение непосредственно контролируемого лечения (DOT) со стороны медицинских работников ПМСП, что естественно не могло не отразиться на увеличении бремени МЛУ ТБ.

Определено, что показатель распространённости МЛУ ТБ в 2014 году составлял 10,8 случаев на 100 тысяч населения, который снизился в 2016 г. до 8,1 случаев на 100 тысяч населения, а в дальнейшем отмечается постепенный рост показателя и в 2017-2018 годы данный показатель составил 8,9-10,2 случаев на 100 тысяч населения, соответственно.

Установлено, что распространенность микобактерий туберкулёза, происходит в результате не соблюдения больными, выделяющими микобактерии ТБ, инфекционного контроля, в результате, заражается в первую очередь контактные с больным лица (до 75-80%).

Изучено влияние медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ среди 402 пациентов с МЛУ ТБ методом анкетирования. Изучено и проанализировано распределение респондентов в зависимости от уровня образования, роста показателя заболеваемости по возрастно-половой структуре (страдают туберкулёзом молодые, трудоспособные люди), в половом аспекте (разница между мужчинами и женщинами не велика, хотя и незначительно превалирует ТБ у мужчин) и по социальному положению (среди заболевших преобладали безработные). Исследование обеспеченностью жильем выявило более высокий уровень заболеваемости (63,9%) при проживании в стесненных условиях (в одном доме или хозяйстве несколько семей), что увеличивает число контактов, а следовательно и заболеваемость ТБ. Анализ материальной обеспеченности пациентов указал на сравнительно большее количество респондентов с низким прожиточным минимумом, имеющих более 3-х иждивенцев в семье болеют чаще.

В группе по оказанию качества предоставляемой медицинской помощи было отмечено, что наиболее часто больные выявляются в лечебных учреждениях с удовлетворительным качеством обслуживания.

Изучены сроки длительности диагностирования МЛУ ТБ – этот показатель не превышал одного месяца. В клинической структуре туберкулёза преобладает инфильтративная форма, но следует отметить, что улучшилась диагностика малых форм туберкулёза легких. Анализированы и сопутствующие заболевания - под угрозой заболевания наиболее часто находятся пациенты с сахарным диабетом и ВИЧ инфекцией.

Определено, что эффективность лечения МЛУ ТБ больных с разными режимами химиотерапии дают более высокий процент конверсии мазка и приводят к закрытию

полостей распада (в первой группе -85,8%, показатель второй группы также считается неплохим - 66,8%).

Разработан новый алгоритм лечения МЛУ ТБ и комплекса профилактических мероприятий по снижению случаев МЛУ ТБ среди населения и повышению эффективности их лечения.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы. Полученные сведения официальной статистики в сопоставлении с полученными собственными результатами по изучению распространенности, сравнительной эффективности разных методов диагностики и лечения больных с МЛУ ТБ у больных с ТБ лёгких легли в основу разработки Национального стратегического плана по профилактике и контролю над ТБ в Республике Таджикистан на период 2015-2020гг. и были приняты во внимание при разработке нового Руководства по управлению за МЛУ ТБ в РТ .

Положения, выносимые на защиту.

1. Эпидемическая ситуация по лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза в Республике Таджикистан сводится к прогрессирующей тенденции усиления её распространения.
2. За период длительностью в 7 лет, при сравнении динамики за 2011 г. и 2017 г., бремя МЛУ ТБ в Таджикистане среди новых случаев заболевания ТБ возросло с 12,5 % до 19,9 % и среди ранее пролеченных случаев ТБ - снизилось с 53,6 % до 41,1 %.
3. Ухудшение эпидемиологической ситуации по МЛУ ТБ в Таджикистане связано с недостаточным кадровым потенциалом, недостаточным уровнем соблюдения мер инфекционного контроля, несвоевременное обследование контактных лиц с больным туберкулёзом, влиянием ряда медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ и логистикой управления противотуберкулёзной программой.
4. Эффективность укороченного режима химиотерапии пациентов с МЛУ ТБ статистически достоверно выше персонифицированных (эмпирических) режимов и составляет 85,8% перед 66,8%.

Степень достоверности результатов. Методологической основой выполненной работы явилась реализация Национального стратегического плана защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2015-2020 годы, утверждённого на заседании Национальным координационным комитетом, протокол №27 от 18.07.2014 года, а также Национального стратегического плана защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2020-2025 годы.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием персонального компьютера IBM PC с помощью приложения Microsoft Excel 2007. Расчет ошибки выборочной средней величины проводили с учетом отклонения совокупности выборочной — «n» от совокупности генеральной — «r», с использованием коэффициента Стьюдента — «t». Достоверность различий учитывалась при «р» меньше 0,05.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспортам Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан по специальностям 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение и 14.01.16 – Фтизиатрия.

По специальности 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение касательно следующих подпунктов раздела 3 Области исследований:

3. Комплексное воздействие социальных, экономических, биологических, экологических и медицинских факторов на здоровье населения, разработка мер профилактики и путей снижения неблагоприятных эффектов;

4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп;

5. Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи;

8. Исследование закономерностей развития системы профилактики, разработка методологии оценки эффективности профилактических программ.

По специальности 14.01.16 – Фтизиатрия касательно следующих пунктов раздела Область исследований:

1. Патогенез туберкулеза, изучение свойств возбудителя микобактерий туберкулеза, взаимодействие возбудителя туберкулеза и организма больного, методы выявления микобактерий туберкулеза, иммунологические, генетические, патоморфологические, биохимические, патофизиологические изменения в организме больных в процессе болезни и лечения.
2. Клинические проявления туберкулеза органов дыхания у детей, подростков и взрослых, нарушения функции органов дыхания и других органов и систем при туберкулезе, туберкулез с сопутствующими заболеваниями, диагностика туберкулеза органов дыхания с использованием клинических, лабораторных, лучевых, бронхолегочных и других методов исследования, дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания и других заболеваний легких.
3. Лечение туберкулеза органов дыхания: химиотерапия, патогенетическая терапия, санаторно-курортное лечение, амбулаторная химиотерапия, организационные формы проведения химиотерапии, реабилитационное лечение туберкулеза и его последствий.
4. Выявление, эпидемиология и статистика туберкулеза, диспансерное наблюдение за контингентами больных туберкулезом, организация борьбы с туберкулезом. Профилактика, противотуберкулезная вакцинация, химиопрофилактика, санитарная профилактика туберкулеза, лучевая диагностика, туберкулинодиагностика, бактериологическая и молекулярно-генетическая диагностика в выявлении туберкулеза, эпидемиология туберкулеза в меняющихся условиях, изучение резервуара туберкулезной инфекции и путей заражения, взаимозаражения туберкулезом человека и животных, новые формы противотуберкулезных мероприятий, диспансерной, стационарной и санаторной работы, статистической отчетности и обработки статистических данных.

Личный вклад автора в исследовании. Автором проведен научный обзор 160 литературных источников, выполнен в полном объеме, отбор 402 больных с легочной формой МЛУ ТБ в разные режимы лечения согласно критериям. Тематические больные собраны самостоятельно, проведены анализ данных официальной статистики в сопоставлении с полученными результатами по изучению распространенности, эффективности методов диагностики и лечения больных с МЛУ ТБ лёгких. Все 402 пациента с легочной формой МЛУ ТБ когорты 2014-2018 гг., находились под личным наблюдением автора за которыми, начиная с этапа верификации диагноза, определения разных режимов лечения, мониторинга лечения, нежелательных реакций и определения их исходов в сравнительном аспекте проводилось клинико-лабораторное и рентгенологическое наблюдение. Проведено формирование базы данных и ее статистический анализ, самостоятельно разработан алгоритм лечения МЛУ форм ТБ.

Основной и решающий объем работы выполнен самостоятельно и содержит ряд новшеств, которые свидетельствуют о личном вкладе диссертанта в науку.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на XXI, XXII и XXIII научно-практических конференциях ИПОСЗ РТ (Душанбе 2015, 2016 гг.), на научно-практических конференциях с международным участием (г. Алматы 2016г., г. Бишкек 2019г.) на международной конференции молодых ученых Российской Федерации (г. Москва 2018), на заседании Ученого совета Таджикского НИИ профилактической медицины.

Разработан новый алгоритм лечения МЛУ ТБ и комплекс профилактических мероприятий по снижению случаев МЛУ ТБ среди населения и повышению эффективности их лечения.

Выявлены основные причины роста и распространённости МЛУ ТБ. Определение факторов риска МЛУ ТБ будет способствовать разработке мероприятий по профилактике заболевания, выбора соответствующего режима лечения с использованием новых ПТП, в том числе укороченных схем лечения, эффективному мониторингу лечения и определения исходов химиотерапии МЛУ ТБ, а также предупредить действие нежелательных явлений, что позволит в будущем, проведение целевых программ профилактики, как на уровне противотуберкулёзной службы, так и на уровне первичного звена здравоохранения в регионах и по всей республике.

Разработаны и внедрены в клиническую практику противотуберкулёзных учреждениях и в учреждений ПМСП республики учебно-методическое Руководство по менеджменту лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в Республике Таджикистан. Новые методы ведения и диспансерного наблюдения за нежелательными явлениями противотуберкулёзных препаратов у больных с МЛУ формой ТБ.

Результаты настоящего исследования легли в основу пересмотра диагностического алгоритма по МЛУ ТБ, порядка сортировки (триаж) больных при определении краткосрочных и индивидуальных режимов лечения с использованием новых ПТП, в том числе укороченных режимов лечения, мониторинга лечения и определения исходов химиотерапии МЛУ ТБ.

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 17 печатных работ, в том числе 2 руководства и 12 статей в журналах, рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объем диссертации.

Материалы диссертации изложены на 145 страницах, включает введение, общую характеристику работы, обзор литературы, материал и методы исследования, 3 главы собственных исследований, обсуждения результатов, выводы, рекомендации по практическому использованию результатов, список литературы, перечень опубликованных работ по диссертации и приложения. Диссертация иллюстрирована 20 таблицами и 9 рисунками. Библиографический указатель состоит из 160 источников, из них 93 на русском и 67 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Для выполнения цели и поставленных задач изучена распространенность множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза за период 2009-2018 гг. путём анализа статистической документации по ЛУ ТБ официальных отчетных данных Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Республиканского центра защиты населения от туберкулёза.

Для оценки объема и качества диагностических мероприятий на амбулаторном и стационарном этапе проводилась выкопировка данных из медицинской документации, учетных и отчетных форм официальной медицинской статистики областных и городских Центров по защите населения от туберкулёза.

Изучение бремени МЛУ ТБ в Республике Таджикистан проведено по данным исследований лекарственной чувствительности, которые были проведены в стране дважды – в 2011 году и в 2017 году. Мы провели сравнительный анализ их результатов.

Объектом исследования стали контингенты больные с МЛУ ТБ в Республике Таджикистан. Было изучено всего 685 амбулаторных карт пациентов с МЛУ ТБ (форма 25/у), из них отобраны для исследования 402 карты впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких.

Также изучена сравнительная эффективность проводимого лечения и мониторинг течения болезни у 402 МЛУ ТБ больных на амбулаторном и стационарном уровне за период 2014-2017 годы, используя методы стандартного лечения в течение 20-24 месяцев и укороченный метод лечения в течение 9-12 месяцев.

Для проведения научного исследования по изучению эффективности лечения больных с МЛУ ТБ были взяты 2 группы. Первая группа, основная, включала 134 пациента, принимавших лечение по короткому курсу химиотерапии МЛУ ТБ (9-12 месяцев). Вторая группа, группа сравнения, состояла из 268 пациентов с МЛУ ТБ, которые лечились стандартной схемой лечения МЛУ ТБ в течении не менее 20 месяцев.

В амбулаторных и стационарных условиях проведено обследование и лечение 134 МЛУ ТБ больных 1 группы, из которых мужчин было 69 человек (51,5%), женщин - 65 (48,5 %). Возраст больных варьировал от 13 до 69 лет. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких недель до 3 лет. 29 пациентов (21,6%) страдали клинически более легкой формой МЛУ ТБ, у 105 (78,4%) наблюдалось заболевание средней тяжести. Прогрессирующая стадия заболевания наблюдалось у всех больных, диагноз ТБ подвержен бактериологическим и рентгенологическим методами диагностики.

Фактором риска, возникновения множественно лекарственно устойчивой формы туберкулёза у 93 (69,4%) был контакт с ТБ пациентом в течение жизни. Сопутствующие заболевания выявлены у 64 (47,8%) больных.

До обращения в противотуберкулёзное учреждение большинство пациентов получали противовоспалительную терапию на уровне общей лечебной сети, однако лечение было либо неэффективным, либо имело временный эффект и через 3-6 недель снова наступало ухудшение самочувствия.

Изучение влияния медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ проведено с использованием социологического метода исследования (анкетирования).

Для выполнения поставленных задач с целью обследования больных нами применялись следующие методы исследования:

1. Клинический метод, сбор анамнеза заболевания: наличие контакта с туберкулёзным больным, ранее перенесённые заболевания в том числе ТБ, время начала заболевания. Проведение обследования пациентов с МЛУ ТБ у узких специалистов с целью определения сопутствующей патологии: терапевта, окулиста, ЛОР врача, невропатолога, эндокринолога, кардиолога, и акушер гинеколога (с целью исключения беременности).

2. Лабораторный метод: анализ мокроты на выявление МБТ

- 2.1. Микроскопия и культуральное исследование мазка мокроты,

- 2.2. Молекулярно-генетическое исследование с одновременным определением лекарственной чувствительности (ТЛЧ) МБТ к ПТП:

3. Клинико-биохимическое лабораторное исследование: биохимическое исследование крови, ОАК, ОАМ.

4. Исследование на др. инфекционные заболевания (гепатит В, С, ВИЧ- инфекцию).

5. Методы лучевой диагностики: цифровые рентгенснимки органов грудной клетки (ОГК), компьютерная-томография для определения объёма поражения легких и определение наличия деструкции легочной ткани.

6. Аналитический метод, изучения учетно-отчетных форм по выявляемости и распространенности МЛУ ТБ (формы ТБ №03У, ТБ №01У, ТБ №07У, ТБ №08У).

7. Статистический метод изучения распространенности и эффективности лечения больных с МЛУ ТБ: были взяты 2 группы, отбор пациентов осуществлялся согласно общим критериям включения и исключения в исследование.

8. Социологический метод изучено влияние медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ анкетированием пациентов.

Изучение влияния медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ по Республике Таджикистан проведено путем социологического опроса.

В опросе приняло участие 402 лица с активной формой МЛУ ТБ из них 134 (33,3%) больных 1-й группы и 268 (66,7%) группы сравнения или 2-ой группы. Все опрошенные пациенты, состояли на диспансерном учете в противотуберкулёзных учреждениях, с разными сроками длительности активного МЛУ ТБ, находящиеся на разных этапах лечения. Больные в основном, жители сельской местности (71%). В результате этого исследования распределение респондентов показало следующее: в зависимости от уровня образования – более 34,4% не имели законченное среднее образование; роста показателя заболеваемости в возрастно половой группе - страдают туберкулёзом молодые, трудоспособные люди; в половом аспекте - разница между мужчинами и женщинами особо не велика, хотя и незначительно превалирует ТБ у мужчин, группа по социальному положению - среди заболевших преобладали безработные.

Исследование обеспеченностью жильем выявило более высокий уровень заболеваемости (63,9%) в стесненных условиях (в одном доме или хозяйстве несколько семей), что увеличивает число контактов, а следовательно и заболеваемость ТБ. Анализ материальной обеспеченности пациентов указал на сравнительно большее число больных с низким прожиточным минимумом.

В вопросе по качеству медицинской помощи среди населения показало, что наиболее часто больные с МЛУ ТБ выявляются в лечебных учреждениях с удовлетворительным качеством обслуживания.

Изучены также сроки длительности диагностирования МЛУ ТБ – этот показатель не превышал одного месяца. Анализированы и сопутствующие заболевания - под угрозой более часто больные с сахарным диабетом, ВИЧ- инфекцией.

Изучены нежелательные реакции (НР), наблюдаемые при приеме противотуберкулёзных препаратов (ПТП), которые наблюдались у 105 (78,4%) больных из первой группы и у 219 (81,7%) больных второй группы.

Чаще всего развитие нежелательных реакций наблюдалось со стороны пищеварительной системы, зарегистрированных у 93 (69,4%) пациентов первой группы (n=134), и у 213 (79,5%) пациентах второй группы (n=268). Развитие нежелательных реакций при приеме ПТП со стороны нервной системы и гепатотоксичность среди больных первой группы наблюдались в 57,8% и 81,3% случаев, соответственно. Развитие НР дерматологического характера, гипотиреоза, а также поражение слуха и почек у больных первой группы отмечались, соответственно, в 23,8%, 3,0%, 13,8%, и 15,6% случаях, а среди больных второй группы эти показатели составили, соответственно, 31,3%, 9,2%, 21,0%, и 17,5 случаев. У 4,8% больных было обнаружено побочное влияние ПТП на

зрение. Развитие периферической нейропатии среди больных первой группы наблюдалось в 17 (15,6%) случаях, а среди больных второй группы – в 64 (23,8%) случаях. Чаще всего развитие нежелательных реакций наблюдалось среди больных с наличием сахарного диабета, гепатитов и т.д. В среднем у одного больного наблюдались нежелательные реакции со стороны трех систем организма.

Среди легочных форм туберкулёза показатель больных, выделяющих микобактерии туберкулёза за анализируемый период в 2017-2018 годы показал ежегодный его рост. Так, в 2017 году этот показатель достиг 70% при сравнении с 2014 году (57,3%) выявление пациентов с МБТ+ увеличился на 12,7%, что свидетельствует об улучшении лабораторной диагностики туберкулёза и целевом направлении пациентов на бактериологическое исследование мокроты. В 2018 году бактериовыделители среди легочных форм ТБ составили 67,3%.

Изучена сравнительная эффективность лечения и мониторинг течения болезни у 402 МЛУ ТБ больных, из которых 134 (33,3%) пациентов с МЛУ ТБ, вошли в первую, основную группу, где применялся укороченный метод лечения в течение 9-12 месяцев и 268 (66,7%) больных, вошли в контрольную, вторую группу и лечились методом стандартного эмпирического лечения в течение 20-24 месяцев на амбулаторном и стационарном уровне за период 2014-2018 годы.

В терапии больных с МЛУ формой туберкулеза легких использовались 2 режима лечения, каждый из которых состоял из интенсивной фазы терапии и поддерживающей. В период проведения интенсивной фазы терапии на протяжении 4 (6) месяцев у всех пациентов первой группы (134 чел.) применялась укороченная схема противотуберкулезного лечения, в которую были включены лекарственные средства из второго ряда - каприомицин (Сm), моксифлоксацин (Mxf), протионамид (Pto), клофазимин (Cfz) и ПТП первого ряда - изониазид в высоких дозах (Нвд), этамбутол (Е), пипразинамид (Z) в течение 9 (11) месяцев. Поддерживающая фаза химиотерапии длилась 5 мес. и включала следующие ПТП: моксифлоксацин (Mxf), протионамид (Pto), клофазимин (Cfz), этамбутол (Е), пипразинамид (Z).

В группу 1 вошли пациенты, получившие лечение с 2016 по 2018 годы по короткому курсу лечения МЛУ ТБ и имеющие исход лечения. Всего 134 пациента.

Группу сравнения составили 268 больных (2-я группа), получавших следующие препараты: капреомицин, левофлоксацин, протионамид, циклосерин, пипразинамид, ПАСК (Сm, Lfx, Pto, Cs, Z, PAS) в течение 20-24 месяца, из них 8-10 месяцев длилась интенсивная фаза и 12 месяцев - поддерживающая.

В связи с тем, что важная роль в развитии МЛУ МБТ также принадлежит семейному очагу при проживании с больным, выделяющим устойчивые к действию противотуберкулезным препаратам штаммы *M. tuberculosis*, необходимо обеспечить соблюдение мер инфекционного противотуберкулезного контроля на дому больного с активной формой заболевания. При этом, необходимо обучить каждого члена семьи о возможных рисках трансмиссии ТБ инфекции, делая акцент на первый месяц химиотерапии больного с МЛУ ТБ.

В случае амбулаторного режима химиотерапии, необходимо обеспечить соблюдение мер инфекционного контроля в учреждении ПМСП, куда ежедневно должен приходиться пациент для получения ПТП.

Эффективность лечения пациентов с МЛУ ТБ зависит от сроков выявления заболевания и своевременности начатой терапии. В связи с этим, важная роль в этом отводится семейным специалистам, которые первые начинают работать с пациентом с подозрением на ТБ. От их грамотности и оперативности организации диагностического процесса с использованием современных подходов и экспресс-методов верификации

болезни, зависит как эффективность лечения, так и прерывание цепочки трансмиссии ТБ инфекции.

Наличие сопутствующей патологии у больных ТБ зачастую также препятствует успешному завершению курса химиотерапии. В особенности, наличие ВИЧ-инфекции, сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), хронических гепатитов, язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, не только повышают риск заболевания ТБ, но и способствуют формированию его более тяжелых форм, снижают результативность лечения и повышают летальность. В подобных случаях необходимо привлекать профильных специалистов, выносить случаи на обсуждение ЦВКК, при необходимости своевременно применять в комплексную терапию основного и сопутствующего заболевания также терапию сопровождения, включающей проведение интенсивной инфузионно-детоксикационной, гепатопротекторной терапии и экстракорпоральных методов лечения.

Контроль эффективности лечения. Оценка состояния пациента проводилась в начале лечения (базовая оценка), в ходе лечения (ежемесячно) и после завершения лечения, вне зависимости от режима лечения.

Мониторинг эффективности лечения: Наиболее важным индикатором эффективности назначенной схемы лечения является конверсия культуры мокроты. Мониторинг эффективности лечения осуществлялся регулярно, при каждом посещении пациента. Сбор клинических данных, физикальный осмотр пациента, отслеживание рентгенологической динамики и результатов лабораторно-инструментальных тестов – основные этапы контроля эффективности проводимой терапии. Вес записывался ежемесячно, начиная с базового измерения (до лечения), а рост фиксировался только в начале лечения). Рентгенограммы повторялись в динамике, по крайней мере, один раз в 3-6 месяцев, в зависимости от состояния пациента. Рентгенснимки использовались также для документирования прогресса и с целью сравнения с клинической динамикой состояния пациента.

Тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) повторялся у всех пациентов, у которых оставались положительными мазок мокроты и/или посев на культуру и для пациентов с безуспешным лечением ТБ. Ключевым компонентом контроля за эффективностью лечения пациента являлось лечение под непосредственным наблюдением и контролем со стороны ответственных лиц.

Исход лечения «вылечен» ставился когда у пациента с МЛУ ТБ с бактериологическим подтверждением туберкулеза, в процессе лечения суммарно имелось 5 и более подряд отрицательных результатов микроскопии мазка и не менее 3 отрицательных полученных подряд (с разницей в 30 дней от предыдущего) результатов посева на жидких средах – ВАСТЕС MGIT; в поддерживающей фазе лечения.

При отсутствии эффекта от терапии (отрицательная клинико-рентгенологическая и лабораторная динамика) больной из короткосрочного режима химиотерапии, по решению ЦВКК, переводился на индивидуальный (персонифицированный) режим лечения.

Статистическая обработка материала проводилась на ПК с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoftInc., США, 2011). Вычислялось среднее значение (M) и его стандартная ошибка ($\pm m$), для относительных величин определялись доли (%). Парное сравнение качественных показателей выполнялось с помощью критерия χ^2 , при малом количестве наблюдений (<10) применялась поправка Йетса, а также точный критерий Фишера (<5). Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза в Республике Таджикистан.

В 2009 г. в стране началось поэтапное внедрение программы по выявлению и лечению ЛЛУ-ТБ и в 2014 году все выявленные пациенты с МЛУ ТБ получили доступ к лечению противотуберкулёзными препаратами второго ряда (ПВР).

Частота распространённости множественной лекарственно-устойчивой формы туберкулёза (МЛУ ТБ) среди впервые выявленных больных с легочными формами заболевания в течение с 2014 по 2018 годы в Республике Таджикистан.

Распространённость множественно лекарственно устойчивых форм ТБ среди легочных случаев в 2014 году составлял 737 или 10,8 случаев на 100 тысяч населения, в последующие 2015-2016 гг. наблюдается постепенное уменьшение данного показателя до 8,1 случаев на 100 тысяч населения. В 2017 и 2018 годы наблюдалось увеличение частоты распространённости МЛУ формы туберкулеза по республике - 10,2 случаев на 100 тысяч населения, что связано с улучшением оснащённости лабораторий ТБ службы дополнительными молекулярно-генетическими методами выявления ТБ.

Таким образом, за анализируемый период 2014 – 2018 годы распространённость туберкулёза легких с МЛУ ТБ имеет тенденцию снижения по республике на 0,6 случаев на 100 тысяч населения.

Особенности клинической структуры МЛУ ТБ. Изучив особенность клинической структуры распространённости МЛУ ТБ, среди пациентов легочных форм ТБ, наибольший процент приходится на инфильтративную форму туберкулёза, которая в период 2014 - 2016 гг. составляла в пределах 78,8-78,5%. В период 2017-2018 гг. процент данной формы ТБ незначительно снизился до 75,6 -75,5% соответственно, что указывает на снижение всего на 3,3% по сравнению с данными 2014 года.

Другим не менее важным показателем распространённости МЛУ ТБ, составляет, распространённость диссеминированной формы туберкулёза, которая за анализируемый период, снизилась незначительно с 5,3 до 4,7% или на 0,6%. Показатель распада легочной ткани за анализируемый период снизился с 74,7% в 2014 г. до 66,9% в 2018 г., или на 7,8%, что свидетельствует об улучшении выявления туберкулёза на уровне республики (таблица 1).

Таблица 1. - Клиническая структура МЛУ ТБ органов дыхания за период 2014-2018гг. (в %)

Год	Форма туберкулёза				Показатель распада легочной ткани
	Очаговая	Инфильтративная	Диссеминированная	Деструктивная	
2014	10,6	78,8	5,3	6,9	74,7
2015	11,2	77,6	4,9	6,7	72,5
2016	10,5	78,5	4,3	6,3	71,3
2017	11,9	75,6	5,1	5,8	68,7
2018	12,7	75,5	4,7	5,4	66,9

Необходимо отметить, уменьшение числа больных с деструктивными, запущенными формами туберкулёза среди впервые выявленных больных туберкулёзом, это фиброзно-кавернозный, кавернозный и цирротический формы МЛУ ТБ. В 2014 году данный показатель составлял 6,9%, а в 2018 г. - 5,7%, что указывает на постепенное снижение данных форм и уменьшение показателя на 1,2%.

Одним из показателей своевременного выявления туберкулёза является очаговая форма туберкулёза, выявление которой за анализируемый период увеличилось незначительно с 10,6% в 2014 г. до 12,7% в 2018 г. или на 2,1%.

Таким образом, сравнительное изучение результатов двух исследований показало, что за период длительностью в 7 лет (2011 и 2017 гг.) бремя МЛУ ТБ в Таджикистане среди новых случаев заболевания возросло с 12,5% (в 2011 году) до 19,9% (в 2017 году) ($p < 0,05$). Этот рост не наблюдается среди ранее пролеченных случаев, где отмечается снижение с 53,6% (2011) до 41,1% (2017) ($p < 0,05$), развитие случаев МЛУ ТБ среди новых случаев возрос на 7,4% ($p < 0,05$), а среди ранее леченных случаев – снизился на 12,5% ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ показателей устойчивости каждого противотуберкулёзным препаратам (ПТП) 1 ряда, показал самую высокую устойчивость к стрептомицину (S) с 11,8% в 2011 г. возрос до 35,8% в 2017 г. или на 24%. Рост возникновение устойчивости к стрептомицину связано с широким применением врачей общей медицинской сети как эффективный противовоспалительный препарат, в течение короткого времени и возможно его более частое назначение. Устойчивость к изониазиду (H) в период 2011-2017 г г. возрос 15,9 до 28,4%, или на 12,5%. Устойчивость к рифампицину (R) среди новые случаев больных за этот период возрос с 13,9 до 21,4% или на 7,5%. Устойчивость к этамбутолу (E) возрос с 6,6 до 16,4% или на 9,8%.

Среди ранее пролеченных больных туберкулёзом отмечается рост устойчивости только у больных, которые принимали этамбутол, возросла с 28,9 до 33,1% или на 4,2%. Устойчивость к изониазиду (H) среди ранее пролеченных больных туберкулёзом в период 2011-2017 гг. снизилась с 59,0 до 51,3% или на 7,7%. Устойчивость к рифампицину (R) снизилась 56,3 до 43,0% или на 13,3%. Устойчивости к стрептомицину (S) снизилась 59,8 до 50,6% или на 9,2%.

Исследование показало, что неизменным остается профиль устойчивости с преобладанием резистентности ко всем четырем препаратам среди ранее леченных больных туберкулёзом 1 ряда - HRSE - и трем препаратам первого ряда – HRS (рисунок 1).

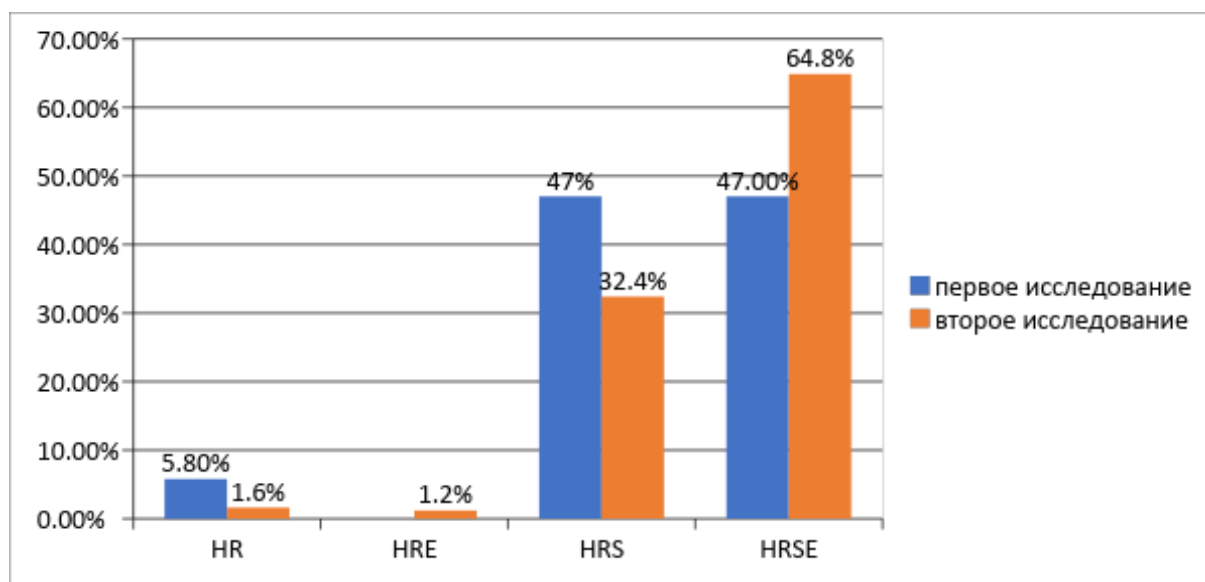


Рисунок 1. - Сравнение моделей устойчивости МЛУ ТБ среди новых случаев больных туберкулёзом

Однако неблагоприятная ситуация указывает на снижение профиля HRS и рост профиля HRSE, что указывает на дальнейший эффект усиления резистентности в общей

картине устойчивости к ПТП 1 ряда. Такая же картина была обнаружена и у ранее пролеченных пациентов (рисунок 2).

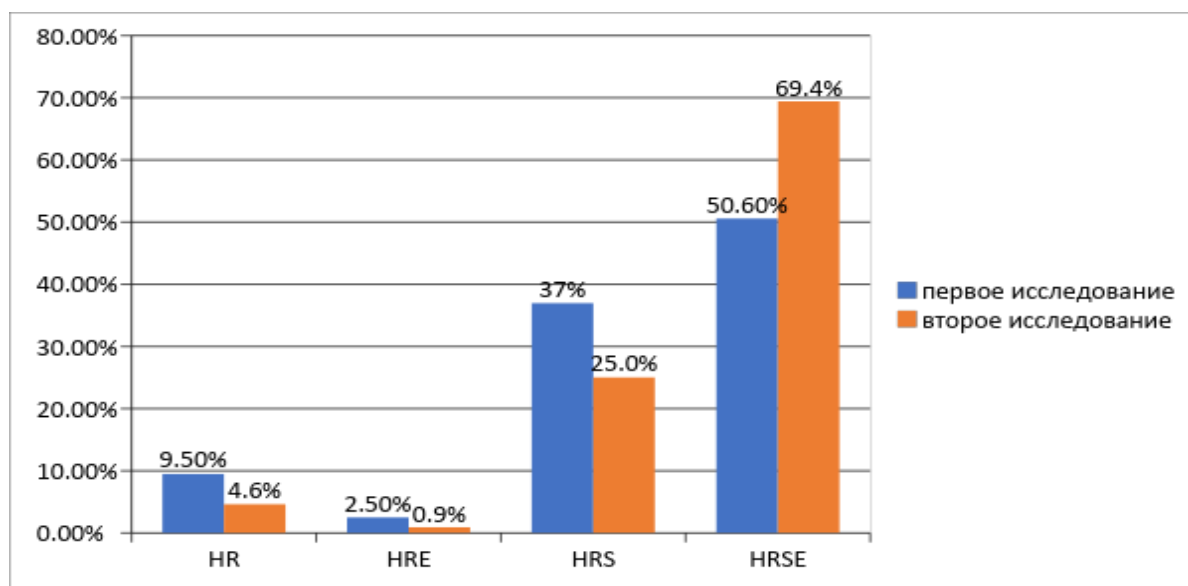


Рисунок 2. - Сравнение моделей устойчивости МЛУ ТБ среди ранее пролеченных случаев больных туберкулёзом

Проведенный анализ, показал степень выраженности и возможные причины, повлиявшие на динамику бремени ЛУ ТБ:

1. Несвоевременное выявление пациента с подозрением на ТБ, проблемы с быстрой верификацией диагноза, задержка в своевременном получении результата исследования из лаборатории и началом адекватной химиотерапии;
2. Проблемы, связанные с качеством сбора, хранения и логистикой транспортировки диагностического материала от кабинета сбора мокроты до бактериологической лаборатории, и далее из этой лаборатории до лаборатории более высокого уровня;
3. Несоблюдение схемы и режима лечения, связанное с низкой приверженностью пациентов к лечению;
4. Некачественное или отсутствие проведения бесед медицинских работников с пациентами о важности полного, непрерывного лечения ТБ с соблюдением режима приема лекарств для поддержания терапевтической дозы ПТП в крови.
5. Неадекватная химио-терапия, проводимая из-за неправильной лечебной тактики (п-р, несвоевременная коррекция дозы ПТП при увеличении веса пациента во время лечения);
6. Отсутствие отслеживания раннего возникновения нежелательных реакций на приём ПТП и их устранения;
7. Недостаточная настороженность при работе с контингентом повышенного риска заболевания лекарственно-резистентными формами туберкулеза, из очагов туберкулёзной инфекции, как лица, контактировавшие с людьми с заболеваниями МЛУ ТБ; находящиеся в местах заключения; люди без определенного места проживания (БОМЖ); трудовые мигранты; пациенты с сахарным диабетом; лица, употребляющие алкоголь и наркотические средства; лица с иммунодефицитным состоянием, а также при сочетании нескольких из приведенных выше факторов.

Большим достижением в республике является бесплатное противотуберкулёзное лечение, которое было организовано при содействии Правительства РТ, МЗиСЗН РТ,

грантовых средств (Глобальный фонд по борьбе с СПИД, ТБ и малярией, KNCV, MSF) и активного партнерства с рядом международных организаций, работающих в стране.

Таким образом, лекарственная устойчивость МБТ у впервые выявленных больных имеет серьёзные последствия не только для самого больного, но и для населения в целом, так как не излеченные больные являются резервуаром опасной инфекции и источником распространения МЛУ ТБ среди здоровых населения. Обеспечение и соблюдение адекватных мер инфекционного контроля, в особенности если пациент получает лечение в амбулаторных условиях, особенно если пациент проживает в сельской местности, требует отдельного внимания, начиная с назначения ответственных лиц со стороны специалистов санитарно-эпидемиологического надзора, и также расширения программ по повышению уровня информированности населения о путях распространения туберкулёзной инфекции.

Влияние медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ. Изучение влияния медико-социальных факторов на формирование множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза (МЛУ ТБ) в исследуемых пилотных районах (г. Душанбе, районы Рудаки, Вахдат) проведено путем социологического опроса. Была разработана специальная анкета, состоящая из 20 вопросов.

Всего опрошены 402 пациента с активной формой МЛУ ТБ из них 134 (33,3%) больных 1-й группы и 268 (66,7%) второй. Все опрошенные пациенты, состояли на диспансерном учете в противотуберкулёзных учреждениях, с разными сроками длительности активного множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёзом, находящиеся на разных этапах лечения. Больные в основном, жители сельской местности (71%) и города Душанбе (29%).

При изучении уровня образования пациентов с МЛУ ТБ первой группы исследования было выявлено, что 36,7% пациентов имели начальное, неполное среднее образование, 38% - с общим средним, 16,4% - со средне специальным – и лишь 2,2% - с высшим.

А в группе сравнения пациенты без среднего образования составили 31,3%, общим средним - 36,2%, средним специальным образованием составило 21,3%, неоконченным высшим - 7,8% и с высшим образованием - 3,4%.

При сравнении пациентов со средне специальным образованием количество больных в группе сравнения больше на 4,9%. В основной группе показатель больных без среднего образования на 5,4%, больше, а с неоконченным высшим образованием на 1,1% меньше, другие же показатели почти на одном уровне в обеих группах.

Изучение возрастно-половых особенностей пациентов основной группы больных с множественно лекарственно устойчивой формой туберкулёза показало, что из 134 больных 69 (51,5%) составляют мужчины и 65 (48,5%) женщин. А в группе сравнения из 268 больных мужчины составляют 154 (57,5%), женщины 114 (42,5%).

Среди заболевших лекарственно устойчивой формой туберкулёза (ЛУ ТБ) самый высокий показатель в возрастной группе 35-44 года, в основной группе составляет 30,6%, (мужчин 30,4%, женщин 30,7%) сравнительно женщины составляют столько же, сколько и мужчин, в возрастной группе 25-34 года, в основной группе составляет 21,6%, а в группе сравнения - 25,4%. В этих группах количество заболевших мужчин больше, что составляет 24,6 - 28,0% соответственно. Среди самой молодой возрастной группы 15-24 года, показатель заболевших с множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза в основной группе составляет - 17,2%, в группе сравнения - 10,8%. женщины.

Необходимо отметить, что количество заболевших детей до 15 лет, в основной группе составляет 1,5%, а в группе сравнения 3,0%, т. е. в два раза больше, чем в основной группе, все они из числа лиц, бывших в контакте с близкими родственниками, болевшими множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёзом. Люди самого трудоспособного возраста от 15 до 50 лет в основной группе составляет 76,6%, в группе

сравнения - 72,5%. В процентном соотношении между наблюдаемыми группами в каждой поло-возрастной группе достоверных отличий не выявлено ($P > 0,05$).

По социальному положению основную группу больных с множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёзом составили социально незащищенные слои населения, безработные - 51,5%, рабочие 35,1% и пенсионеры 6,7% в общем, составляет 93,3%. Самые низкие показатели заболеваемости среди служащих - 3,0% и предпринимателей - 3,7%.

В группе сравнения больных с множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза, также в основном приходится на социально незащищенные слои населения, безработные - 49,6%, рабочие 34,7% и пенсионеры 7,3%, что кумулятивно составляет 91,6%. В процентном соотношении между наблюдаемыми группами в каждой группе по социальному положению достоверных отличий не выявлено ($P > 0,05$).

Таким образом, МЛУ ТБ болеют в основном социально незащищенные слои населения в основной группе 93,3% (это безработные - 51,5%, рабочие 35,1% и пенсионеры 6,7%), а в группе сравнения 91,6% (это безработные - 49,6%, рабочие 34,7% и пенсионеры 7,3%).

Изучение обеспеченности жильём пациентов с МЛУ ТБ показало, что в собственно благоустроенных жилищных условиях проживает 37,1% больных. 63,9% проживают в коммунальной квартире чаще с родственниками, или как в общежитии, в одном доме несколько семей.

Согласно результатам исследования, было установлено, что как в основной группе, так и в группе сравнения семьи больных с множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза проживали на средства ниже прожиточного минимума на одного члена семьи - 71,2% , а в группе сравнения - 66,8%. Выше прожиточного минимума проживали в основном предприниматели и служащие.

Как видно из данной таблицы, сопутствующие заболевания в обеих группах встречались примерно у половины наблюдаемых нами больных. При этом, наиболее часто встречалось сочетание ТБ с сахарным диабетом – 25,4% в первой группе и 28,7% - во второй. На втором месте по частоте сопутствующих заболеваний были железодефицитные анемии (соответственно 14,2 и 16,4 %). Сочетание ТБ с ВИЧ-инфицированием встречалось соответственно в 6,0 и 7,8 % случаев, различные формы гепатитов – соответственно в 6,7 и 4,5 % случаев.

Эффективность лечения больных с множественно лекарственно устойчивыми формами ТБ с разными режимами химиотерапии. С 2009 года в Республике Таджикистан началось поэтапное внедрение лечения больных с МЛУ ТБ, которые проводились в 2 режимах. Лекарственная устойчивость к 2 основным противотуберкулёзным препаратам (МЛУ ТБ) рифампицину и изониазиду проводилась в течение 18-20 месяцев, а широкий лекарственная устойчивых (ШЛУ ТБ) больных в течение 24-36 месяцев. В стране с 2015 г. также начато внедрение более коротких (9-12 месяцев) курсов лечения МЛУ ТБ.

В данном исследовании, нами изучена эффективность лечение коротким курсом среди впервые заболевших пациентов МЛУ ТБ лёгочной формой заболевания. Было применено 2 режима химиотерапии, каждый из которых состоял из 2-х фаз: интенсивной и фазы продолжения.

Для изучение эффективности лечения коротким курсом впервые заболевших пациентов множественно лекарственной устойчивостью лёгочным туберкулёзом нами взято всего 402 пациента, из них - 134 больных вошли в 1-ю группу и прошли лечение по краткосрочному курсу химиотерапии МЛУ ТБ и контрольная группа из 268 больных МЛУ ТБ формой, которые вошли во 2-ю группу, группу сравнения.

Интенсивной фазы лечения при краткосрочном курсе продолжалась от 4 до 6 месяцев, а поддерживающая фаза - 5 месяца. Курс составлял от 9 до 11 месяцев лечения. Всем пациентам (134 чел.) назначался курс лечения по укороченному режиму с включением ПТП: каприомицин (Сm), моксифлоксацин (Mxf), протиномид (Pto), клофазимин (Cfz), изониазид в высоких дозах (Нвд), Этамбутол (Е), пипразинамид (Z) в течение 4 (6) месяцев. Поддерживающая фаза химиотерапии длилась 5 мес. и включала следующие ПТП: моксифлоксацин (Mxf), протиномид (Pto), клофазимин (Cfz), Этамбутол (Е), пипразинамид (Z).

Группу сравнения составили 268 больных (2-я группа), получавших лечение: капреомицин (Сm), левофлоксацин (Lfx), протионамид (Pto), циклосерин (Cs), пипразинамид (Cs) и парааминосалициловая кислота (ПАСК) в течение 8 (10) месяцев на интенсивной фазе и левофлоксацин (Lfx), протионамид (Pto), циклосерин (Cs), пипразинамид (Cs) и парааминосалициловая кислота (ПАСК) в течение 12 месяцев на поддерживающей фазе. Принимая во внимание тот факт, что для отбора на краткосрочное лечение мы рассматривали когорту только новых случаев МЛУ ТБ, для репрезентативности сравнения, во второй группе лечения мы также выбрали когорту больных только с новыми случаями ЛУ-ТБ.

В первые три месяца краткосрочной химиотерапии конверсия по посеву в первой группе наблюдения была констатирована в 62,9% случаев, а во второй группе – в 44,1% случаев. Одновременно с этим, спустя 4 месяца от начала лечения у пациентов первой группы в 7,1% случаях конверсия по посеву не была отмечена, а у пациентов второй группы – в 12,3% случаях.

Одним из показателей эффективности лечения является показатель закрытия полостей распада легочной ткани методами рентгено- томографического исследования. Закрытие полостей распада у пациентов из первой группы в первые 4 месяца химиотерапии было отмечено в 60,9% случаев, а у пациентов из второй группы – в 49,0% случаев. К концу 6-месяца лечения закрытие полости распада лёгочной ткани у больных первой группы было достигнуто до 82,9% случаев, у больных второй группы – 70,1% случаев.

Таким образом, полученные сравнительные данные по изучению эффективности лечения больных с МЛУ ТБ свидетельствуют о том, что при соблюдении всех норм и рекомендаций по критериям отбора пациентов на лечение, контроля за каждой дозой принимаемого противотуберкулёзного препарата, своевременной коррекции побочных действий препаратов, одновременно при проведении грамотного менеджмента нежелательной реакции (НР).

Наличия сопутствующей патологии были вовлечены профильные узкие специалисты-консультанты, которые проводя коррекцию диагностических назначений и лечения, ежемесячно также проводили и мониторинг лечения этих пациентов.

По окончании полного курса химиотерапии, с учётом клинико-рентгенологических, бактериоскопических и бактериологических данных, нами произведен анализ исходов лечения.

Таким образом, успешное лечение, у пациентов 1 группы наступило в 85,8% случаях и в 66,8% случаях у пациентов второй группы, что свидетельствует о преимуществе выбора укороченного режима лечения. Неудача лечения и отрывы от химиотерапии во второй группе наблюдения, значительно выше, чем в первой группе. Кроме того, число умерших в процессе лечения в первой группе было значительно ниже, чем во второй, что составило соответственно 0,7% и 7,8% случаев.

Известно, что эффективность лечения больных с МЛУ ТБ зависит от многих факторов, одним из которых является высокая частота развития НР на ПТП во время лечения.

При развитии «больших» или серьезных НР (кожная сыпь, снижение слуха, вестибулярные расстройства, желтуха и гепатит, спутанность сознания, нарушения зрения, шок, пурпура, острая почечная недостаточность) – требуется отмена, как минимум, одного ПТП, предполагаемого виновника НР или же всей химиотерапии.

У больных, находящихся под нашим наблюдением, мониторинг реакции на лечение и токсичность осуществляли посредством регулярного опроса, физического обследования, рентгенографии грудной клетки, использования специальных тестов для определения остроты и цветоощущения зрения, аудиометрия, электрокардиография, а также лабораторный мониторинг состояния ферментов печени, поджелудочной железы, а также креатинина и расчета клубочковой фильтрации и повторно назначенных препаратов в схемах лечения МЛУ ТБ. Токсичность определенных препаратов может увеличиваться с продолжительностью использования (например, повреждение слухового нерва аминогликозидами, зрительного нерва линезолидом) и может ограничивать их постоянную работу у пациента, а иногда и полное прекращение лечения (таблица 2).

Таблица 2. - Виды и частота возникновения нежелательные реакции

Вид нежелательных реакций	1-я группа (n=134)		2-я группа (n=268)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Желудочно-кишечные	74	55,2	213	79,5	<0,001
Дерматологические	26	19,4	84	31,3	<0,05
Неврологические	63	47,0	218	81,3	<0,001
Гепатотоксические	69	51,5	192	71,6	<0,001
НР на органы слуха и зрения	15	11,2	56	20,9	<0,05
Эндокринные	3	2,2	42	15,7	<0,001**

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , **по точному критерию Фишера)

При мониторинге лечения также использовались таблица Снеллена для проверки остроты зрения, в то время как цветные пластины Ишихара использовались для определения красно-зеленой цветовой дискриминации.

Признаки ототоксичности в ходе применения противотуберкулезных препаратов наблюдались у каждого четвертого больного с МЛУ ТБ из второй группы, и обнаруживались позднее других НР. К примеру, минимальный период до момента появления жалоб у больных на снижение слуха составлял 114 суток после начала терапии.

Таким образом, нарушение функционирования ЖКТ и ЦНС, артралгия, в нашем исследовании оказались преобладающими в структуре всех нежелательных реакций, возникающих во время проведения химиотерапии у пациентов с МЛУ формой туберкулеза и проявляющихся, как правило, в интенсивной фазе терапевтического курса. Наиболее часто наблюдаемые нежелательные реакции имели вторую степень тяжести (у 79% больных с НР), в результате чего лечащему врачу приходилось дополнительно назначать симптоматическое лечение; а при тяжелой степени НР приходилось прекращать дальнейший прием противотуберкулезных препаратов и проводить корректирующие мероприятия.

Автор самостоятельно проводила многократные беседы о важности и непрерывности лечения с пациентами, которые прекратили лечение и убедила их не прерывать химиотерапию.

Разработка комплекса профилактических мероприятий по снижению случаев МЛУ ТБ среди населения и повышению эффективности их лечения. Для реализации комплекса мероприятий по снижению распространённости МЛУ ТБ в первую очередь необходимо четкое соблюдение DOT или лечения под непосредственным контролем каждой дозы принимаемого противотуберкулёзного препарата, что является важным требованием для предотвращения развития ЛУ возбудителя и эффективного завершения курса лечения ТБ. Также важным фактором является соблюдение мер инфекционного контроля, своевременное обследование на ТБ и постоянное наблюдение контактных из очагов туберкулёзной инфекции.

Выводы

Основные научные результаты диссертации

1. За анализируемый период 2014 – 2018 годы распространённость туберкулёза легких с МЛУ ТБ варьировала, имея тенденцию то снижения, то увеличения. Так в 2014 году данный показатель составлял 10,8 случаев на 100 тысяч населения, в 2016 г. он снизился - до 8,1 случая на 100 тысяч населения, а в период 2017-2018 гг. - увеличился до 8,9, и 10,2 на 100 тыс. жителей страны соответственно [8-А, 9-А, 10-А, 13-А, 14-А, 16-А]. Несмотря на предпринимаемые усилия со стороны задействованных государственных и негосударственных структур, высокой политической приверженности и больших внешних инвестиций, закономерность эпидемического процесса лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза в Республике Таджикистан сводится к прогрессирующей тенденции усиления распространения МЛУ ТБ [3-А, 4-А, 5-А, 6-А, 9-А, 12-А, 16-А].

2. Основными причинами ухудшения эпидемиологической ситуации по МЛУ-ТБ в Таджикистане являются задержки в процессе выявления лиц с подозрением на ТБ, верификации диагноза и начала адекватной химиотерапии; нарушения пациентом режима лечения, связанной с низкой приверженностью его к лечению; проблемы, связанные с качеством сбора, хранения и логистикой транспортировки диагностического материала; отсутствие отслеживания раннего возникновения нежелательных реакций на приём ПТП и недостаточного менеджмента их устранения; отсутствие настороженности при работе с контингентом повышенного риска заболевания МЛУ-ТБ [1-А, 2-А, 11-А].

3. Сравнительный анализ эффективности лечения МЛУ ТБ разными режимами лечения, показал более высокую эффективность среди пациентов первой группы, лечившихся укороченным курсом, достигнув 85,8% излечения по сравнению с пациентами второй группы, (66,8%) что свидетельствует о преимуществе и эффективности укороченного режима лечения [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 9-А, 11-А].

4. Изучение влияния медико-социальных факторов на формирование множественно лекарственно устойчивых форм ТБ показало, что чаще болеют мужчины (51,5%) по сравнению с женщинами (48,5%), социально незащищенные слои населения (93%), безработные (51,5%), рабочие (35,1%) и пенсионеры (6,7%). Это лица, не имеющие среднего образования (36,7%) или с общим средним образованием (а 38%), лица, не имеющие собственного жилья, проживающие в коммунальной или съемной квартире, либо в общежитии (63,9%) [1-А, 2-А, 11-А].

5. С целью предотвращения дальнейшего распространения лекарственно устойчивых форм ТБ в Республике Таджикистан разработан научно-обоснованный комплекс профилактических мер, направленный на профилактику передачи устойчивых штаммов МБТ: рекомендации по своевременному проведению ускоренной экспресс-диагностики МЛУ форм туберкулеза, усилению контроля за приёмом каждой дозы ПТП в период лечения больных, своевременному обследованию контактных лиц и их дальнейшая химиопрофилактика, а также своевременный охват соответствующей эффективной

терапией в рамках интегрированного мониторинга ТБ, позволяющего снизить частоту распространения МЛУ ТБ [1-А, 2-А, 11-А, 13-А, 14-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Для улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу и МЛУ ТБ необходимо систематически проводить анализ когорт больных, взятых на лечение и выделить пациентов с изначально-неблагоприятным социальным фоном и слабой приверженностью к лечению;
2. Изыскать возможность социальной поддержки пациентов в любом виде (продуктовые наборы, решением местных Хукуматов освобождение от уплаты некоторых коммунальных налогов, выделение земельных участков и прочие).
3. Учитывая высокий уровень стигмы среди населения, необходимо привлечение общественных организаций, бывших пациентов-активистов и волонтеров программы, лидеров джамоатов, махалинских советов и религиозных деятелей, в частности, для проведения воспитательных мероприятий с пациентами с туберкулезом, которые не придерживаются назначенного режима терапии для проведения санитарно-гигиенического просвещения.
4. Пациента должны достаточно информировать об особенностях болезни, его течении, режимах лечения и важности доведения химиотерапии до полного окончания курса, так как прекращение приема противотуберкулезных препаратов досрочно воздействует на исход болезни, и появлению туберкулеза с широкой лекарственно-устойчивой формой туберкулеза.
5. Эффективность лечения больных с МЛУ ТБ зависит от сроков выявления заболевания и своевременности начатой терапии. В связи с этим, важная роль в этом отводится семейным специалистам, которые первыми начинают работать с пациентом с подозрением на туберкулез.
6. Основными моментами в профилактике и контроле туберкулеза с множественной лекарственно-устойчивой формой являются: комплексное решение проблемы туберкулеза с адекватной финансовой поддержкой республиканскими и местными органами власти, наличие действующих механизмов преемственности в ведении больных туберкулезом, в частности во взаимодействии между гражданским и пенитенциарным сектором, и между противотуберкулезной службой и первичной медико-санитарной сетью.
7. Надежное и бесперебойное обеспечение полного перечня качественных противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда всех лечебно-профилактических учреждений, принимающих участие в лечении больных туберкулезом, а также наличие препаратов для патогенетического и симптоматического лечения нежелательных реакций от противотуберкулезной терапии.

Список публикаций соискателя учёной степени

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Махмудова П.У. Социально-гигиенические особенности туберкулеза органов дыхания в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Здравоохранение Таджикистана, Душанбе. – 2010. - №1. - С. 23-26.

[2-А]. Махмудова П.У. Влияние медико-социальных факторов на распространение туберкулеза в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Научно-практический журнал ТИППМК, Душанбе. - 2011. - №3. – С. 9-11.

- [3-А]. Махмудова П.У. Частота диагностики лекарственно- устойчивых форм туберкулеза и эффективность их лечения / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Научно-практический журнал ТИППМК, Душанбе, 2014. - №4. - С. 74-76.
- [4-А]. Махмудова П.У. Диагностика и лечение множественно-лекарственно-устойчивых форм туберкулеза / П.У. Махмудова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. – 2015. - №4. - С. 65-68.
- [5-А]. Махмудова П.У. Инновационные методы лечения множественно лекарственно устойчивых форм туберкулеза / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2016. - №4. - С. 90-93.
- [6-А]. Махмудова П.У. Эффективность лечения больных с лекарственно устойчивыми формами туберкулёза / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2017. - №4. - С. 62-65.
- [7-А]. Махмудова П.У. Инновационные методы диагностики ТБ в современных условиях РТ / Махмудова П.У., Махмудова Р.У., Закирова К.А. // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2017. - № 4. - С. 63-67.
- [8-А]. Махмудова П.У. Клиническое течение и лекарственная устойчивость микобактерии туберкулёза у больных с сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции / П.У. Махмудова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2018. - №2. - С. 34-38.
- [9-А]. Махмудова П.У. Эффективность лечения больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза легких в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, К.А. Закирова // Вестник Авиценны, Душанбе. -2018. – №2-3. - С. 235-239.
- [10-А]. Махмудова П.У. Закономерности эпидемического процесса по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в Республике Таджикистан / О. И. Бобоходжаев, П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова // Симург, Душанбе. – 2019. - №2. - С. 110-115.
- [11-А]. Махмудова П.У. Развитие, диагностика и лечения туберкулёза с лекарственно-устойчивыми формами в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова // Симург, Душанбе. - 2021. - №11(3). - С.76-82.
- [12-А]. Махмудова П.У. Смертность ВИЧ-инфицированных лиц от туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью/ Махмудова П.У., Муминзода Б.Г., Махмудова Р.У., Закирова К.А., Зиёзода З.К./ Ж. Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения №2 (1), Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения. Душанбе 2022г.- С.21-23.

Руководства, статьи и тезисы в сборниках конференций:

- [13-А]. Махмудова П.У. Особенности клинического течения множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза у ВИЧ-инфицированных детей / П.У. Махмудова, К.А. Закирова // Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». Приложения к журналу «Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе, 2021. – С. 81-82.
- [14-А]. Махмудова П.У. Руководство по менеджменту туберкулёза в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова, З.Х. Абдуллоев, Ф. Шарипов. – Душанбе, 2015. - 217 с.
- [15-А]. Махмудова П.У. Эффективность внедрения молекулярно-генетических методов диагностики и современных методов лечения ТБ/МЛУ/ШЛУ в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, О.И. Бобоходжаев, А. Раджабзода // Наука новые технологии и инновации Кыргызстана, Бишкек. - 2017. - №8. - С. 60-61.

[16-А]. Махмудова П.У. Руководство по менеджменту лекарственно-устойчивых случаев туберкулёза в Республике Таджикистан / А.С. Раджабзода, З.Х. Абдуллоев, С.М. Касимова, Г.Н. Джалилова и др. – Душанбе, 2019.- 137 с.

[17-А]. Махмудова П.У. Частота распространенности лекарственно устойчивых форм микобактерий туберкулёза у больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Актуальные проблемы туберкулёза. Материалы V11 межрегиональной научно-практической с международным участием 15.03. 2019. - г. Тверь, РФ, 2019. - С. 93-98.

Список сокращений и условных обозначений

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДОТС (DOTS)	Стратегия лечения под непосредственным контролем
ИПОВСЗ РТ	Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
ЛУ	Лекарственная устойчивость
МБТ	Микобактерии туберкулёза
МЗ и СЗН РТ	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МЛУ ТБ	Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью
НКЛ	Непосредственно контролируемое лечение
НР	Нежелательные реакции
НРЛ	Национальная референс-лаборатория
НТП	Национальная противотуберкулёзная программа
ОГК	Органы грудной клетки
ПВР	Противотуберкулёзные препараты второго ряда
ПМСП	Первичная медико-социальная помощь
ППР	Противотуберкулёзные препараты первого ряда
ПТП	Противотуберкулёзные препараты
РТ	Республика Таджикистан
РУ	Устойчивость к рифампицину
СПИД	Синдром приобретённого иммунодефицита
ТБ	Туберкулёз
ТЛЧ	Тест на лекарственную чувствительность
ХОБЛ	Хронический обструктивный болезнь легких
ЦВКК	Центральная врачебно-консультативная комиссия

Аббревиатура и наименование противотуберкулёзных препаратов:

Am	Амикацин
Amx/Cl	Амоксициллин/клавуланат
Bdq	Бедаквилин
Cfz	Клофазимин
Sm	Капреомицин
Cs	Циклосерин
E	Этамбутол
H	Изониазид
Km	Канамицин
Lfx	Левифлоксацин
Lzd	Линезолид

Mfx	Моксифлоксацин
Pto	Протионамид
R	Рифампицин
Z	Пиразинамид

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ
«ДОНИШКАДАИ ИЛМИЮ ТАҲҚИҚОТИИ ТИББИ ПРОФИЛАКТИКИИ
ТОЧИКИСТОН»-И ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ
АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН**

УДК 616-002.5:616.38 (575.3)

**МАҲМУДОВА ПАРВИНА
УЛЬМАСОВНА**

**ҚОНУНМАНДИИ ПРОТССЕССИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА
САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА
СИЛ БО БАРАНГЕЗАНДАИ БА ДОРУҲОИ СЕРШУМОР
УСТУВОР ДАР ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти унвони илмии номзади илмҳои тиб
аз рӯйи ихтисоси

14.02.03 - Солимии ҷомеа ва нигоҳдории тандурустӣ ва
14.01.16 - Силшиносӣ

Таҳқиқот дар МД «Донишкадаи илмию таҳқиқоти тибби профилактикии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Муминзода Бобочон Ғаффор** – доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мушовири илмӣ: **Бобоҳочаев Октам Икромович** – доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ: **Ғоибов Амонулло Ғоибович** – д.и.т., профессори кафедраи тандурустии ҷамъиятӣ, менечмент (менечмент)-и тандурустӣ бо курси омили тиббии МДТ “Институти таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустӣ” (рамзи ихтисос – 14.02.03 – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ)

Пиров Қадриддин Икромович - номзади илмҳои тиб, директори Маркази Ҷимояи аҳоли аз бемории сили ноҳияи Ҷалолиддини Балхӣ, вилояти Хатлон (рамзи ихтисос – 14.01.16 – фтизиатрия)

Ташкилоти муҳолиф: Маркази миллии фтизиатрия назди Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон

Ҷимояи рисолаи илмӣ рӯзи «___» _____ с.2023 соати «___» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-053-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, tajmedun.@tj.

Бо рисола дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2022 ирсол шуд.

Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб

М.Х. Ғанизода

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзӯи тадқиқот. Бемории сил имрӯз барои ҷомеа хатари глобалӣ дорад. Мувофиқи маълумотҳои охири расмии Бюрои Аврупоии минтақавии ТУТ, 1/3 аҳолии сайёра (2 млрд) аз бемории сил (БС) сироятнок шудааст. Ҳамасола 9-10 млн. нафар ба ин беморӣ гирифта (ҳолатҳои нав) ва тақрибан 1,6 млн. дар соли 2017 фавтидааст [Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control, 2015; Basic facts on tuberculosis in the WHO European Region, 2018].

67-умин Ассамблеяи Умумиҷаҳонии Тандурустӣ Стратегияи Глобалиро қабул кард ва ҳадафҳои пешгирӣ, таъбиқ ва мубориза бо бемории силро пас аз соли 2015 муайян кард. Ҳадафҳои наздиктарин то соли 2025: 75% коҳиш додани фавт (нисбат ба соли 2015), 50% (камтар аз 55 нафар ба 100 ҳазор аҳоли) [Панова Л.В., Петренко Т.И., Global Tuberculosis Report, 2019].

Тибқи баҳогузориҳои ТУТ дар соли 2017 дар минтақаи Аврупо 275 000 ҳолати нави фавт ва 24000 ҳолати фавт аз БС ба қайд гирифта шудааст, ки бештари онҳо ба мамлакатҳои Аврупои Шарқӣ ва Марказӣ рост меоянд: инҳо 18 давлати авлавиҷдошта (Озёрбойҷон, Армения, Беларус, Булғория, Грузия, Қазоқистон, Қирғизистон, Латвия, Литва, Молдова, Руминия, Федератсияи Россия, Тоҷикистон, Туркменистон, Туркия, Узбекистон, Украина ва Эстония) мебошанд, ки дар онҳо 85%-и бори БС ва 99%-и бори БС ба доруҳои сершумор устувор (БСДСУ) рост меоянд. Дар минтақаи Аврупоии ТУТ аз ҷумлаи 27 давлати дунё 9 давлат гирифтаи нисбатан барзиёди БСДСУ ба ҳисоб меравад, инҳо Озёрбойҷон, Беларус, Қазоқистон, Қирғизистон, Ҷумҳурии Молдова, Федератсияи Россия, Тоҷикистон, Украина ва Узбекистон мебошанд [Панова Л.В., 2018; Global Tuberculosis Report, 2019].

БСДСУ дар Аврупо, дар баробари ВНМО, омилҳои иҷтимоӣ ва омилҳои хатари БС, ҳамчунин потенциали маҳдуди системаи нигоҳдории тандурустӣ яке аз асоситарин қувваҳои ҳаракатдиҳандаи пайдошавии эпидемияи БС мебошад. Тавре ки аз маълумотҳои овардашуда дида мешавад, Тоҷикистон ба қатори кишварҳои дохил мешавад, ки бори вазнини БС –ро ба дӯш дорад [Бобоходжаев О.И. ва ҳаммуаллифон, 2019; Сироджидинова У.Ю. ва ҳаммуаллифон, 2017].

БСДСУ, ки ба ду-се препарати саҳтгаъсири изониазид ва рифампитсин устувор аст, ҳамчун проблемаи хеле муҳим дониста мешавад. ДУ-БС на танҳо ба доруҳои зиддисилии асосӣ, балки ба доруҳои захиравӣ низ пайдо шудааст, ки нишондиҳандаи бемарии таъбиқи БС ва сабаби асосии марг дар бисёр кишварҳои ба ҳисоб меравад [Иванова Д.А., Борисов С.Е., 2018; Овсянкина Е.С., 2018].

БСДСУ ба доруҳои зиддисилии қатори якум (ДЗС) бо таъбиқи стандартии шашмоҳа, ки ҳангоми шаклҳои маъмулии БС бомуваффақияти тифода мешаванд, муолиҷа намешавад. Барои таъбиқи БСДСУ доруҳои зиддисилии қатори дуюм талаб карда мешаванд, ки онҳо таъсири манфии иловагӣ доранд ва ғайр аз ин чандин маротиба арзиши баланд доранд. Таъбиқи беморони гирифтаи БСДСУ бо ин доруҳо аз 1,5 то 2 сол ва аз он зиёдтар давом мекунад [Тюлькова Т.Е. ва ҳаммуаллифон, 2017; Ahuja S.D. et al., 2017]. Агар барои таъбиқи як бемори гирифтаи шакли оддии БС тақрибан 50-100 доллари ИМА зарур бошад, пас барои таъбиқи беморони мубтало ба БСДСУ вай 100 маротиба зиёд мешавад [Гузориш дар бораи муборизаи глобалӣ бо сил, 2016; Краснов В.А. ва ҳаммуаллифон, 2018].

Мубрам будани омӯзиши проблемаи мазкурро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон боқӣ мондани сатҳи баланди беморӣ, паҳншавӣ, фавтият, омӯхта нашудани хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва самаранокии таъбиқи БСДСУ ва БСДСУВ (Бемории сили ба доруҳои сершуморустувории васеъдошта) ҳам дар байни калонсолон ва ҳам дар байни аҳолии кӯдакони ҷумҳурӣ ба миён меоварад [Бобохоҷаев О.И. ва дигарон, 2019; Гузориши глобалии бемории сил, 2019].

Дарачаи инкишофи илмии проблемаи таҳқиқшаванда. Ҷумҳурии Тоҷикистон, тавре ки қайд кардем, ба қатори 27 кишваре дохил шудааст, ки дар он ҷойҳо мубориза бар зидди БСДСУ яке аз вазифаҳои асосӣ шуморида мешавад. Дастоварди бузург дар ҷумҳурии табобати ройғони БС аст, ки тавассути дастгириҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, кӯмакҳои грантӣ (Фонди глобалии мубориза бар зидди СПИД, БС ва варача) ва ҳамшарикӣ фаъолият як қатор созмонҳои байналмилалӣ, ки дар кишварамон фаъолият мекарданд, ба даст оварда шуд [Бобоходжаев О. И. ва ҳаммуаллифон, 2019; Global Tuberculosis Report, 2019]. Аммо, сарфи назар аз шароити шадиди иҷтимоии бемории сил, то имрӯз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тадқиқоти муқоисавии паҳншавӣ, ташхис ва самаранокии усулҳои табобати беморони гирифтори бемории сил гузаронида нашудааст.

Алоқаи тадқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Қорҳои илмӣ ба татбиқи Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи Стратегияи миллии ҳифзи саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020» аз 02.08.2010с., № 368, Нақшаи миллии ҳифзи аҳоли аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015-2020, ки бо протоколи Кумитаи миллии ҳамоҳангсозӣ аз 18 июли соли 2014 № 27 тасдиқ шудааст, инчунин «Барномаи миллии ҳифзи аҳоли аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 феввали соли 2021, № 49 тасдиқ шудааст, марбутанд ва яке аз самтҳои назаррас, ки баланд бардоштани сифати ташхис ва самаранокии табобати шаклҳои ба бисёр доруҳо тобовар сил мебошад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Қоркарди комплекси илман асоснок оид ба ҷорабиниҳои профилактикии паст кардани вазнинии БСДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани паҳншавии БСДСУ дар беморони гирифтори сили шуш дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2014–2018.
2. Гузаронидани таҳлили муқоисавии самаранокии табобати БСДСУ бо речаҳои гуногуни химиотерапия дар когорти беморони гирифтори сили шуш дар солҳои 2014-2018.
3. Омӯхтани таъсири омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ бар ташаккули шаклҳои ба доруҳои сершумор устувори бемории сил.
4. Қоркарди комплексҳои илман асосноки ҷорабиниҳои профилактикӣ оид ба кам кардани ҳолатҳои БСДСУ дар байни аҳолии ҷумҳурий ва баланд бардоштани сатҳи самаранокии табобати онҳо.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқотеморони гирифтори БСДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аст. Таҳти таҳқиқоти мо ҳамагӣ 685 бемори гирифтори БСДСУ қарор дошт, ки аз ҷумлаи онҳо тибқи меъёрҳои дохилкунӣ 402 бемори бори нахуст дар онҳо муайян кардани сили шушҳо интиҳоб карда шуданд.

Барои гузаронидани таҳқиқоти илмӣ оид ба омӯзиши самаранокии табобат, беморони гирифтори БСДСУ ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар гурӯҳи якум-асосӣ 134 бемор дохил карда шуд, ки табобатро тибқи курси кӯтоҳмуддати БСДСУ (9-12 моҳ) мегирифтанд. Гурӯҳи дуюм-назоратӣ (муқоисавӣ) аз 268 бемори гирифтори БСДСУ иборат буд, ки онҳо бо схемаи стандартии табобати БСДСУ дар давоми на камтар аз 20 моҳ муолиҷа мешуданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Омӯзиши паҳншавӣ ва самаранокии табобати беморони гирифтори сили шуши ба дорувориҳои сершуморустувори микобактерияи сил бо речаҳои гуногуни табобат, ҳамчунин қоркарди комплекси ҷорабиниҳои профилактикӣ

чиҳати кам кардани бори БСДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳншавӣ, самаранокии муқоисавии усулҳои гуногуни ташхис ва табобати беморони дорои шаклҳои шушии БСДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхта шуд. Мушкилоти ошқорсозии барвақт, сари вақт ташхис кардан, ба табобат фаро гирифтани ва таъсири омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ ба паҳншавии БСДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шуданд.

Муқаррар карда шуд, ки омилҳои асосии афзоиши паҳншавии шаклҳои ба дору устувори БС таъсири мутақобилаи якҷанд омил, яъне риоя накардани схемаи табобат, табобати номуваффақонаи БС, набудани табобати назоратшаванда, маҳдуд ё қатъ кардани истеъмоли доруҳои зиддисилӣ, ҳалшавии бад ё биологӣ, схемаҳои номуносиби табобат, ҳамчунин статуси пасти иҷтимоӣ-иқтисодии бемор мебошанд.

Ҳамаи ин ба хеле бузург шудани “маҳзани” мутатсияи тадриҷии микобактерияи сил (МБС) оварда мерасонад ва боиси афзоиши миқдори беморони гирифтори БСДСУ гашта, оҳиста-оҳиста вазъи эпидемиологиро бад месозад. Ғайр аз ин, риоя накардани табобати бевоситаи назоратшаванда (DOT) аз тарафи кормандони кӯмаки аввалияи тибби санитарӣ (КАТС) наметавонад, ки ба афзудани гаронии БСДСУ таъсир нарасонад.

Муайян карда шуд, ки паҳншавии БСДСУ дар соли 2014 ба 10,8 ҳолат ба 100 ҳазор аҳоли буда, дар соли 2016 то 8,1 ҳолат ба 100 ҳазор аҳоли коҳиш ёфтааст, минбаъд тадриҷан афзудани ин нишондиҳанда дар солҳои 2017-2018 мутаносибан ба андозаи 8,9-10,2 ҳолат ба 100 ҳазор аҳоли зиёд шудааст.

Муқаррар карда шуд, ки паҳншавии микобактерияҳои сил дар натиҷаи аз тарафи бемор риоя карда нашудани назорати сироятии микобактерияҳои хориҷшудаи БС ба амал меояд, ки дар натиҷаи ин дар навбати аввал шахсони бо бемор тамосдошта сироятнок мешаванд (то 75-80%).

Таъсири омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ ба ташаккули БСДСУ дар 402 бемор бо усули анкетаронӣ, тақсим кардани респондентҳо вобаста аз ба вучуд омадан, афзоиши нишондиҳандаҳои беморшавӣ дар гурӯҳҳои синнусолӣ ва ҷинсӣ (ҷавонон ва ашхоси қобилияти қорӣ ба сил гирифтдор мешаванд) омӯхта шуд; дар ҷанбаи ҷинсӣ (фарқият байни мардҳо ва занҳо зиёд нест, гарчанде БС дар мардҳо каме бештар аст); аз лиҳози вазъи иҷтимоӣ (дар байни беморон бекорон (50,5%) бартарӣ доштанд). Таҳқиқоти бо ҷои зист таъмин будан муайян кард, ки сатҳи нисбатан баландтари беморшавӣ (63,9%) дар байни бемороне дида мешавад, ки дар шароити табиӣ зиндагӣ мекунанд (дар як хона ё дар як хоҷагӣ якҷанд оила), ки ин миқдори тамосҳо ва гирифтдоршавӣ ба БС-ро зиёд мекунад. Таҳлили таъминнокии моддии беморон нишон дод, ки миқдори бештари беморон дар байни беморони сатҳи зиндагӣашон паст ба назар мерасад.

Аз хусуси сифати хизматрасонии кормандони тиббӣ ва дастрас кардани ёрии тиббӣ, таҳқиқот нишон дод, ки беморон дар муассисаҳои тиббӣ табобат мешаванд, ки дар онҳо сифати хизматрасонӣ қаноатбахш аст.

Ҳамчунин муҳлати давомнокии ташхискунии БСДСУ омӯхта шуд – ин нишондиҳанда аз як моҳ зиёд набуд. Дар сохтори клиникаи БС шакли инфилтративи бартарӣ дорад, вале бояд зикр кард, ки шакли хурди силро низ ташкил кардаанд. Беморҳои ҳамроҳшуда таҳлил шуданд, зеро хатар бештар беморони гирифтори бемории диабетӣ қанд ва сирояти ВНМО таҳлил карда шуд.

Муайян карда шуд, ки самаранокии табобати БСДСУ беморон бо речаҳои гуногуни химиотерапия фоизи баланди конверсияи дурда ва банд шудани ковоқиҳои таҷзия дар гурӯҳи аввал (85,8%) буд, нишондиҳандаҳои гурӯҳи дуюм низ бад набуд (66,8%).

Алгоритми нави табобати БСДСУ ва маҷмуи чорабиниҳо оид ба кам кардани

ҳолатҳои БСДСУ дар байни аҳоли ва баланд бардоштани самаранокии табobati онҳо таҳия карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Маълумоти ба даст овардашудаи омори расмӣ дар муқоиса бо натиҷаҳои ба даст овардашудаи мо оид ба омӯзиши паҳншавӣ, самаранокии нисбии усулҳои гуногуни ташхис ва табobati беморони гирифтори БСДСУ дар беморони мубтало ба бемории сили шушҳо дар асоси коркарди Нақшаи миллии стратегияи пешгирӣ ва назорати БС дар ҚТ дар давраи солҳои 2015-2020 ҳангоми коркарди Дастури нави идора кардани БСДСУ дар ҚТ ба эътибор гирифта шудаанд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Вазъи эпидемии устувори микобактерияҳои сил ба доруҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба тамоюли пешравандаи қувват гирифтани паҳншавии он мувофиқат мекунад.

2. Дар давраи давомнокияш 7 сол, дар муқоисаи динамикаи солҳои 2011-2017 гаронии БСДСУ дар Тоҷикистон дар байни ҳолатҳои нави бемории сил аз 12,5% то 19,9% зиёд ва дар байни ҳолатҳои қаблан табобатшудаи БС аз 53,6 % то 41,1 % кам шудааст.

3. Бад шудани вазъи эпидемиологӣ оид ба БСДСУ дар Тоҷикистон аз нокифоя будани потенциали кадрӣ, назорати нокифояи сироятӣ, сари вақт таҳқиқ накардани шахсон ба беморони гирифтори сил тамосдошта, таъсири як қатор омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ ба ташаккули БСДСУ ва логистикаи идораи барномаи зиддисилӣ вобаста аст.

4. Самаранокии кӯтоҳ кардани речаи химиотерапияи беморони гирифтори БСДСУ аз ҷиҳати омӯрӣ аз речаи персонифитсионӣ (эмпирикӣ) баланд аст ва 85,8% - ро ташкил медиҳад, нисбат 66,8%.

Дарчаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Асоси методологии таҳқиқоти иҷрошуда Нақшаи миллии стратегияи муҳофизати аҳоли аз сил дар ҚТ дар давраи солҳои 2015-2020 буд, ки дар ҷаласаи Кумитаи Ҳамоҳангсозии миллии, протоколи №27 аз 18.07. соли 2014 тасдиқ шудааст, ҳамчунин Нақшаи миллии стратегияи муҳофизати аҳоли аз сил дар ҚТ дар давраи солҳои 2020-2025 ба ҳисоб мераванд.

Коркарди омории мавод бо истифода аз компютери инфиродии IBM PC бо ёрии замимаи Microsoft Excel 2007 анҷом дода шудааст. Ҳисоб кардани ғалатҳои бузургии миёнаи интихобӣ бо назардошти дуршавии маҷмуи генералӣ— «n» бо истифода аз коэффитсиенти Стюдент — «t» ҳисоб карда шуд. Эътимоднокии фарқиятҳо ҳангоми аз 0,05 кам будани «р» ҳисоб карда мешвад.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Пажӯҳиши диссертатсия ба шиносномаи КОА-и назди Президенти ҚТ оид ба ихтисоси 14.01.03 - солимии ҷомеа ва нигоҳдории тандурустӣ ва 14.01.16-Фтизиатрия мувофиқат мекунад.

Оид ба ихтисоси 14.01.03 - Солимии ҷомеа ва нигоҳдории тандурустӣ ба зербандҳои фасли 3.

Соҳаи таҳқиқот:

3. Таъсири омилҳои комплекси иҷтимоӣ, иқтисодӣ, биологӣ, экологӣ ва тиббӣ ба солимии аҳоли, таҳияи чораҳои пешгирикунанда ва роҳҳои паст намудани таъсири манфи;

4. Ҳолати солимии аҳоли ва равандҳои тағйироти он, таҳқиқи равандҳои демографи, беморшавӣ, рушди фарди, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографи ва омилҳои муҳит ба солимии аҳоли, ба гуруҳҳои алоҳидаи он;

5. Ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, коркарди моделҳои нави ташкилӣ ва технологияи профилактикӣ, расонидани ёриитирбӣ ва реабилитатсия ба аҳоли; баҳодихӣ ба сифати ёрии тиббии хориҷибеморхонагӣ ва статсионарӣ;

8. Таҳқиқи нонумандии рушди соҳаи пешгири, таҳияи усулҳои баҳодихии самаранокии барномаҳои пешгирикунанда.

Оид ба ихтисоси 14.01.16-Фтизиатрия бандҳои зерини Соҳаи таҳқиқот:

1. Патогенези сил, омӯзиши хосиятҳои барангезандаи микобактерияи сил, иртиботи мутақобилаи барангезандаи сил ва организми бемор, усулҳои муайян кардани микобактерияи сил, тағйироти иммунологӣ, генетикӣ, патоморфологӣ, биохимиявӣ, патофизиологӣ дар организми бемор дар чараёни беморӣ ва табобат;

2. Зухуроти клиникӣ ва узвҳои нафаскашӣ дар кӯдакон, наврасон ва калонсолон, ихтилоли функцияи узвҳои нафаскашӣ ва дигар узвҳои системаҳои хангоми беморӣ сил, сил бо бемориҳои ҳамроҳшуда, таҳлили сили узвҳои нафаскашӣ бо истифода аз усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, шуӣ, бронху шуӣ ва дигар усулҳои таҳқиқот, таҳлили тафриқии сили узвҳои нафаскашӣ ва дигар бемориҳои шуӣ;

3. Табобати сили узвҳои нафаскашӣ: химиотерапия, табобати патогенетикӣ, табобати санаторӣ-курортӣ, химиотерапияи амбулаторӣ, шаклҳои ташкилии гузаронидани химиотерапия, табобати реабилитатсионии сил ва оқибатҳои он.

4. Муайян кардан, эпидемиология ва омори сил, муоинаи диспансерии гурӯҳи беморони мубтало ба сил, ташкил намудани мубориза бар зидди сил. Профилактика, ваксинатсияи хизиди сил, химиопротектсия, профилактикаи санитарии сил, таҳлили шуӣ, туберкулинодиагностика, таҳлили бактериологӣ ва молекулярӣ-генетикӣ дар ошкор намудани сил, эпидемиологияи сил дар шароити тағйирёбанда, омӯзиши манбаҳои сироятёбии сил, аз ҷаҳати сироятнокшавии одам ва ҳайвонот, шаклҳои нави чорабинӣ зиддисилай, қорҳои диспансерӣ, стационарӣ ва санаторӣ, ҳисоботҳои омори ва қорҳои маълумотҳои омори.

Саҳми шахсии доктарабони дарёфти дарҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллифи рисола шарҳи адабиёти 160 сарчашмаҳо анҷом дода, 402 бемори гирифтори шакли шуӣ БСДСУ – ро дар речаҳои гуногуни табобат мувофиқи критерияҳо пурра интихоб намудааст. Бемориҳои мавзӯи мустақилона интихоб шуда, таҳлили маълумотҳои омори расмӣ дар муқоиса бо натиҷаҳои ба даст овардашуда аз омӯзиши паҳншавӣ, самаранокии усулҳои таҳлил ва табобати гирифтори шакли шуӣ БСДСУ гузаронида шудааст. Ҳамаи 402 бемори гирифтори шакли шуӣ БСДСУ солҳои 2014-2018 таҳти муоинаи табобатии муаллиф қарор дошта, сар қарда аз верификатсияи таҳлил, муайян кардани речаҳои гуногуни табобат, мониторинги табобат, аксуламалҳои ногувор ва муайян кардани натиҷаҳои онҳо дар ҷанбаи муқоисавӣ муоинаҳои клиникӣ-лабораторӣ ва рентгенологӣ гузаронида шуд.

Ташкил намудани пойгоҳи маълумотҳо ва таҳлили омори онҳо гузаронида, мустақилона алгоритми табобати БСДСУ таҳия қарда шуд. Ҳаҷми асосӣ ва ниҳоии таҳқиқот мустақилона иҷро шуда, дорои як қатор нағзҳои мебошад, ки аз саҳми шахсии муаллифи диссертатсия дар илм гувоҳӣ медиҳад.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар конференсияҳои илмӣ-амалии ХХ1, ХХ11 ва ХХ111-и ДТБСТ ҚТ (ш. Душанбе, солҳои 2014, 2015, 2016), конференсияҳои илмӣ-амалии бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Алмаато 2116, ш. Бишкек 2019), конференсияҳои илмӣ-амалии олимони ҷавони Федератсияи Россия (ш. Москва. 2018), дар ҷаласаи Шӯрои олимони ПИТ тибби профилактикии Тоҷикистон баррасӣ ва гузориш шудаанд.

Алгоритми нави табобати БСДСУ ва комплекси чорабинӣҳои профилактикӣ оид ба қарда кардани ҳолатҳои БСДСУ дар байни аҳоли ва баланд бардоштани самаранокии табобати онҳо таҳия қарда шудааст.

Нағзҳои оид ба мавзӯи диссертатсия. Дар асоси маводи рисола 17 асари ҷопӣ, аз ҷумла 2 дастури таълимӣ ва 12 мақола дар маҷаллаҳои аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон баррасӣ қарда ба таъ

расидаанд.

Сохтор ва доираи рисола. Маводҳои диссертатсия дар ҳаҷми 145 саҳифа, аз ҷумла муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои тадқиқотӣ, 3 боби тадқиқоти худ, муҳокимаи натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо пешниҳод шудаанд, руйхати адабиёт, номгуи асарҳои оид ба диссертатсия ва аризаҳо ҷопшуда. Рисола бо 20 ҷадвал ва 9 расм тасвир шудааст. Нишондиҳандаи библиографӣ аз 160 сарчашма иборат аст, ки 93-тоаш ба забони русӣ ва 67-тоаш ба забонҳои хориҷӣ мебошад.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади иҷро кардани мақсад ва вазифаҳои дар пеш гузошташуда паҳншавии шаклҳои ба доруҳои сершумор устувори сил дар давраи солҳои 2009-2018 бо роҳи таҳлил кардани асноди омӯрӣ оид ба БСДУ –и маълумотҳои расмӣ ҳисоботҳои Маркази омили тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Маркази ҷумҳуриявии мубориза бар зидди сил омӯхта шудаанд.

Бо мақсади баҳо додан ба ҳаҷм ва сифати чорабиниҳои ташхисӣ дар марҳалаҳои амбулаторӣ ва статсионарӣ нусхабардории ҳуҷҷатҳо аз асноди тиббӣ, шаклҳои ҳисоботҳои омили тиббии Марказҳои вилоятӣ ва шаҳрӣ оид ба муҳофизати аҳоли аз сил анҷом дода шуд.

Омӯзиши гаронии БСДУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тибқи маълумоти таҳқиқотҳои ҳассосият ба доруҳо сурат гирифт, ки дар кишвар 2 маротиба –дар солҳои 2011 ва 2017 гузаронида шуда буданд. Мо таҳлили муқоисавии ин натиҷаҳо ро анҷом додем.

Объекти таҳқиқот гурӯҳи беморони гирифтори БСДУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон интихоб шуданд. Ҳамагӣ 685 картаи амбулатории беморони гирифтори БСДУ (формаи 25/у) омӯхта шуд, ки аз онҳо 402 картаи беморони бори аввал мубталошуда ба сили шушҳои интихоб гашт.

Ҳамчунин самаранокии муқоисавии табобати гузаронидашуда ва мониторинги ҷараёни беморӣ дар 402 бемори мубтало ба БСДУ дар сатҳи табобати амбулаторӣ ва статсионарӣ дар давраи солҳои 2014-2017 муддати 20-24 моҳ ва усули кӯтоҳшудаи табобат дар муддати 9-12 моҳ мавриди омӯзиш қарор гирифтанд.

Барои гузаронидани таҳқиқоти илмӣ оид ба омӯзиши самаранокии табобати беморони мубтало ба БСДУ 2 гурӯҳи гирифта шуд. дар гурӯҳиякум, асосӣ, 134 бемор дохил шуда буд, ки тибқи курси кӯтоҳмуддати химиотерапияи БСДУ (9-12 моҳ) табобат гирифта буданд. Гурӯҳи дуюм, гурӯҳи муқоисавӣ аз 268 бемори мубтало ба БСДУ иборат буд, ки бо схемаи стандартии табобати БСДУ дар муддати на камтар аз 20 моҳ муолиҷа шудаанд.

Дар шароитҳои амбулаторӣ ва статсионарӣ таҳқиқот ва табобати 134 бемори гирифтори БСДУ аз гурӯҳи 1 гузаронида шуд, ки аз онҳо мардҳо 69 нафар (51,5%), занҳо 65 (48,5 %) нафар буданд. Синну соли беморон аз 13 то 69-сола буд. Давомнокии беморӣ аз якҷанд ҳафта то 3 солро ташкил дод. 29 бемор (21,6%) гирифтори шакли аз ҷиҳати клиникӣ сабуктари БСДУ буданд, дар 105 (78,4%) бемор бемории вазнинияш миёна ба назар расид. Марҳалаи пешравандаи беморӣ дар ҳамаи беморон дида шуд, ташхиси БС бо усулҳои бактериологӣ ва рентгенологии ташхис сурат гирифт.

Омили хатари пайдошавии шакли бемории сили ба доруҳои сершумор устувор дар 93 (69,4%) тамос бо бемори гирифтори БС дар тӯли ҳаёт буд. Бемориҳои ҳамроҳшуда дар 64 (47,8%) ба қайд гирифта шуданд.

То мурочиат қардан ба муассасаҳои зиддисилӣ бештари беморон табобати

зиддисилюро дар сатҳи шабакаи умумии табобатӣ гирифтаанд, аммо табобат бесамар буд, ё таъсири муваққатӣ дошт ва пас аз 3-6 моҳ аз нав бад шудани вазъи сихатии бемор ба амал омад.

Омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣ- иҷтимоӣ ба ташаккули БСДУ бо истифода аз усули таҳқиқоти сотсиологӣ (анкетагузаронӣ) сурат гирифт.

Барои иҷро кардани вазифаҳои дар пеш гузошташуда мо усулҳои зерини таҳқиқотро истифода намудем:

1. Усули клиникӣ, чамъоварии анамнези беморӣ: вучуд доштани тамос бо беморони дорои сил, беморҳои қаблан аз сар гузаронида, аз ҷумла БС, замони саршавии беморӣ. Гузаронидани таҳқиқоти беморони мубтало ба БСДУ аз тарафи мутахассисони соҳавӣ бо мақсади муайян кардани беморҳои ҳамроҳшуда: терапевт, окулист, ЛОР-табиб, невропатолог, эндокринолог, кардиолог ва акушер гинеколог (бо мақсади истисно кардани ҳомилагӣ).

2. Усулилабораторӣ: таҳлили балғам барои муайян кардани МБС (микобактерияи сил).

2.1. Микроскопия ва таҳқиқоти кишти дурдаи балғам.

2.2. Таҳқиқоти молекулярӣ-генетикӣ бо ҳамзамон муайян кардани ҳассосият ба доруҳо (ТХД –тести ҳассосияти доруҳо) МБС ба ДЗС.

3. Таҳқиқоти лаборатории клиникӣ-биохимиявӣ: таҳқиқоти биохимиявии хун, узвҳои қафаси сина (УҚС) ОАК, ОАМ.

4. Таҳқиқотидигар беморҳои сироятӣ (гепатити В, С, ВНМО- сироят).

5. Усулҳои ташхиси шуӣ: акси рентгении рақамии узвҳои қафаси сина, томографияи компютерӣ барои муайян кардани вучуд доштани деструксияи бофтаҳои шуӣ.

6. Усули таҳлилӣ, омӯхтани шаклҳои ҳисоботӣ оид ба ошкорсозӣ ва паҳншавии БСДУ (формаҳои ТБ №03У, ТБ№ 01У, ТБ№07У, ТБ№).

7. Усули омории омӯхтани паҳншавӣ ва самаранокии табобати беморони гирифтори БСДУ: 2 гурӯҳ гирифта шуд, интиҳоби беморон мувофиқи меъёрҳои умумии дохилкунӣ ва хоричкунӣ дар таҳқиқот амалӣ карда шуд.

8. Усули сотсиологии омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ба ташаккул ёфтани БСДУ бо роҳи анкетаронии беморон.

Омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ба ташаккул ёфтани БСДУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо роҳи пурсиши сотсиологӣ анҷом дода шуд.

Дар пурсиш 402 нафари дорои шакли фаъоли БСДУ иштирок кард, аз онҳо 134 (33,3%) бемор аз гурӯҳи 1 ва 268 (66,7%) нафар аз гурӯҳи муқоисавӣ ё гурӯҳи 2 буданд. Ҳама беморони пурсидашуда дар қайди диспансерии муассисаҳои зиддисилий буданд бо муҳлатҳои гуногуни давомнокии БСДУ-и фаъол, ки дар марҳалаҳои гуногуни табобат қарор доштанд. Беморон асосан, сокинони деҳот (71%) буданд. Дар натиҷаи ин таҳқиқоти тақсимкунии респондентҳо натиҷаи зеринро нишон дод: вобаста аз сатҳи таҳсилот- зиёда аз 34,4% маълумоти миёнаи пурра надоштанд; афзоиши нишондиҳандаҳои беморшавӣ дар гурӯҳҳои синнусолӣ ва чинсӣ – ба БС ҷавонон, одамони қобилияти корӣ гирифтор мешаванд; аз ҷиҳати чинс – фарқияти байни занҳо ва мардҳо бузург нест, гарчанде БС дар мардҳо камее бештар аст, гурӯҳ аз ҷиҳати мавқеи иҷтимоӣ- дар байни беморон бекорон бартарӣ доштанд. Таҳқиқоти таъминнокӣ бо ҷойи зист сатҳи баланди бемориро (63,9%) дар шароити танг (дар як хона ё хоҷагии якчанд оила) нишон дод, зеро миқдори тамосҳои менаҷиб мешавад ва дар натиҷаи ин бемории сил низ. Таҳлили таъминнокии моддӣ нишон дод, ки беморӣ дар сатҳи минимуми зиндагӣ зиёд ба назар мерасад.

Дар масъалаи сифати расонидани ёрии тиббӣ дар байни аҳоли нишон дод, ки аксари бештари вақт беморони гирифтори БСДУ дар муассисаҳои тиббӣ бо сифати қаноатбахши хизматрасонӣ ошкор карда мешаванд.

Ҳамчунин муддати давомнокии ташҳиси БСДУ гузаронида шуд – ин нишондиҳанда аз як моҳ зиёд набуд. Бемориҳои ҳамроҳшуда низ таҳлил карда шуданд- хатарноктарин барои беморони гирифтори бемории қанд, ВНМО-сироят аст.

Таъсири номатлуб (ТН) омӯхта шуданд, ки ҳангоми истеъмоли доруҳои зиддисилӣ (ДЗС) дида мешуданд ва дар 105 (78,4%) бемори гурӯҳи 1 ва 219 (81,7%) бемори гурӯҳи 2 ба қайд гирифта шуд.

Бештар аз ҳама ТН дар узвҳои ҳозима ба назар расид ва дар 93 (69,4%) беморони гурӯҳи 1 (n=134), 213 (79,5%) бемори гурӯҳи 2 (n=268) ба қайд гирифта шуд. Пайдот шудани ТН дар вақти истеъмоли ДЗС дар системаи асаб ва гепатотоксикият мутаносибан дар беморони гурӯҳи 1 57,8% ва 81,3% ҳолат ба мушоҳида расид. Пайдо шудани ТН–и дерматологӣ, гипотиреоз, ҳамчунин осеби шунавой ва гурдаҳо дар беморони гурӯҳи 1 мутаносибан дар 23,8%, 3,0%, 13,8%, ва 15,6% ҳолат дида шуд, дар байни беморони гурӯҳи 2 ин нишондиҳанда мутаносибан 31,3%, 9,2%, 21,0%, ва 17,5 ҳолатро ташкил дод. Дар 4,8% -и беморон таъсири иловагии манфии ДЗС ба босира мушоҳида шуд. Пайдо шудани нейропатияи периферӣ дар байни беморони гурӯҳи 1 дар 17 (15,6%) ҳолат, дар байни беморони гурӯҳи 2 – в 64 (23,8%) ҳолат буд. Бештар пайдо шудани ТН дар байни беморони дорои диабети қанд, гепатит ва ғайр дида шуд. Ба ҳисоби миёна дар як бемор ТН –и се системаи организм дида шуд.

Дар байни шаклҳои сили шуш нишондиҳандаи бемороне, ки микобактерияи сил хорич мекарданд, дар давраи таҳлилшуда дар солҳои 2017-2018 ҳамасола меафзуд. Чунинчун, дар соли 2017 ин нишондиҳанда то 70% расид, ки дар муқоиса аз соли 2014 (57,3%) миқдори беморони дорои МБС+ то 12,7% зиёд шудааст, выявление пациентов с МБТ+ увеличился на 12,7%, ин аз беҳтар гаштани ташҳиси лаборатории сил ва самти мақсадноки беморон чиҳати таҳқиқоти бактериологӣ балғам гувоҳӣ медиҳад. Дар соли 2018 бактерияхоричкунандаҳо дар байни шаклҳои шуши БС 67,3%-ро ташкил дод.

Самаранокии муқоисавии табобат ва мониторинги чараёни беморӣ дар 402 бемори гирифтори БСДУ омӯхта шуд, ки аз онҳо 134 (33,3%) беморони дорои БСДУ ба гурӯҳи якум, гурӯҳи асосӣ дохил карда шуданд, ки дар ин чо усули кӯтоҳи табобат дар муддати 9-12 моҳ иҷро карда шуд ва 268 (66,7%) бемор ба гурӯҳи дуум, гурӯҳи назоратӣ дохил шуд ва бо усули стандартии табобати эмпирикӣ дар давоми 20-24 моҳ дар сатҳи амбулаторӣ ва статсионарӣ дар давраи солҳои 2014-2018 муолиҷа шуданд.

Дар табобати беморони дорои БСДСУ –и шушҳо 2 речаи табобат истифода шуд, ки ҳар кадоми онҳо аз фазаи табобати интенсивӣ ва дастгирикунанда иборат буд. Дар давраи гузаронидани фазаи табобати интенсивӣ дар давоми 4 (6) моҳ дар беморони гурӯҳи 1 (134 нафар) схемаи кӯтоҳшудаи табобати зиддисилӣ истифода шуд, ки ба он доруҳои қатори 2- каприомитсин (См), моксифлоксатсин (Мхф), протионамид (Рто), клофазимин (Сфз) ва ДЗС қатори 2 ПТП - изониазид бо дозаҳои баланд (Н^{вд}), этамбутол (Е), пиразинамид (Z) дар давоми 9 (11) моҳ истифода карда шуданд. Фазаи дастгирикунандаи химиотерапия 5 моҳ давом кард ва аз доруҳои зерини зиддисилӣ иборат буд: моксифлоксатсин (Мхф), протионамид (Рто), клофазимин (Сфз), этамбутол (Е), пиразинамид (Z).

Ба гурӯҳи 1 бемороне дохил карда шуданд, ки дар солҳои 2016-2018 мувофиқи курси кӯтоҳмуддати табобати БСДСУ табобат шудаанд ва натиҷа додааст. Ҳамагӣ 134 бемор.

Дар гурӯҳи назоратӣ 268 бемор (гурӯҳи 2) доруҳои зеринро истифода намуданд: капреомитсин, левофлоксатсин, протионамид, сиклосерин, пиразинамид, ПАСК (См, Lfx, Pto, Cs, Z, PAS) дар давоми 20-24 моҳ, аз онҳо 8-10 моҳ фазаи интенсивӣ ва 12 моҳ фазаи дастгирикунанда давом кардаанд.

Вобаста аз он, ки дар пайдошавии БСДСУ МБС низ лонаи оилавӣ ҳангоми бо

бемор, ки штаммҳои *M. tuberculosis* ба таъсири доруҳои зиддисилӣ устувор хориҷ мекунад, зиндагӣ қардан нақши муҳим дорад, таъмин қардани чорабиниҳои сироятии назорати зиддисилиро дар хонаи бемори дорои шакли фаъоли беморӣ риоя қардан зарур мебошад. Дар ин ҳолат ҳар як узви оиларо аз хатари имконпазири сирояти БС омӯзонидан ва ба моҳи якуми химиотерапияи БСДСУ лозим аст.

Дар мавриди речаи амбулатории химиотерапия, дар муассисаҳои ЁАТС, ҳамарӯза ба он ҷо бемор барои гирифтани ДЗС меояд, бояд чорабиниҳои сироятии назорат риоя қарда шавад.

Самаранокии табобати беморони гирифтори БСДСУ аз муҳлати ошқор қардани беморӣ ва сари вақт сар қардани табобат вобаста аст. Вобаста аз ин, дар ин маврид нақши муҳимро табиби оилавӣ мебозад, ки аввалин шуда бо беморе, ки аз БС гумонбар шудааст, қорро оғоз мекунад. Аз саводнокии табибони оилавӣ ва фаврӣ ташкил қардани раванди ташхис бо истифода аз равишҳои муосир дар экспресс-методҳои верификатсияи табобат, ҳам самаранокии табобат ва ҳам қатъ қардани занҷири трансмиссияи сирояти БС вобаста аст.

Мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори БС бисёри вақтҳо садди роҳи анҷоми бомуваффақонаи курси химиотерапия мегардад. Махсусан, вучуд доштани сирояти ВНМО, диабети қанд, бемориҳои музмини обструктивии шушҳо, гепатитҳои музмин, решмарази меъда ва рӯдаи 12-ангушта на танҳо хатари бемории силро баланд мекунад, балки натиҷаи табобатро бад ва фавтро зиёд мекунад.

Дар чунин ҳолатҳо ҷалб қардани мутахассисони соҳавӣ, ба муҳокимаи комиссияи марказии тиббӣ-машваратӣ вогузор қардани ҳодисаи мазкур зарур аст, дар мавриди пайдо шудани зарурат сари вақт дар табобати комплекси бемории асосӣ ва ҳамроҳшуда табобати ҳамроҳиқунанда муҳим аст, ки гузаронидани усулҳои табобати инфузионӣ-детоксикатсионӣ, гепатопротекторӣ ва экстракорпоралиро дар бар мегирад.

Назорати самаранокии табобат. Баҳо додан ба ҳолати бемор дар оғози табобат (баҳои базавӣ) ва дар раванди табобат (ҳармоҳа) ва пас аз анҷоми табобат, новобаста аз речаи табобат гузаронида мешавад.

Мониторингисамаранокии табобат. Индикатори нисбатан муҳимми самаранокии схемаи табобат конверсияи кишти балғам ба шумор меравад. Мониторинги самаранокии табобат мунтазам, ҳангоми ҳар як ташрифи бемор амалӣ мегардад. Ҷамъоварии маълумотҳои клиникӣ, муоинаи физикалии бемор, назорати рентгенологии динамика ва натиҷаҳои тестҳои лабораторӣ-инструменталӣ- марҳалаҳои асосии назорати самаранокии табобати гузаронидашуда. Вазн ҳар моҳ қайд қарда мешавад (то табобат) ва қад танҳо дар оғози табобат сабт мегардад. Рентгенограмма дар динамика такрор мешавад, ақаллан, як маротиба дар 3-6 моҳ, вобаста аз ҳолати бемор. Акси рентгенӣ ҳамчунин барои ҳуҷҷатнигории пешравӣ бо мақсади муқоиса қардан бо динамикаи клиникаи ҳолати бемор истифода шуданд.

Тести ҳассосият нисбат ба доруҳо дар ҳамаи бемороне, ки дар онҳо молишаки балғам ва ё кишти онмусбат боқӣ мондааст ва барои бемороне, ки дар онҳо табобат номуваффақона буд, такрор қарда шуд. Чузӣ калидии назорати самаранокии табобати беморон табобат таҳти муоина ва назорати шахсони масъул буд.

Натиҷаи табобат дар он ҳолат «табобатшуда» ҳисобида мешавад, ки агар дар бемори дорои БСДСУ бо усули бактериологӣ сил тасдиқ шуда бошад, дар протесси табобат дар маҷмӯъ 5 ва ё зиёда ҳолат пай дар пай микроскопияи молишак натиҷаҳои манфӣ дода бошад ва на камтар аз 3 натиҷаи пай дар пайи манфии (бо фарқияти 30 рӯз аз собиқ) натиҷаҳои кишт дар муҳити моеъ -ВАСТЕС МGIT; дар фазаи дастгириқунандаи табобат.

Дар сурати самаранок набудани табобат (динамикаи манфии клиникӣ-

рентгенологӣ ва лабораторӣ) бемор аз речаи кӯтоҳмуддати химиотерапия, бо қарори КМТМ ба речаи инфиродии табобат гузаронида шуд.

Қоркарди омории мавод дар ПК бо ёрии барномаи амалии «Statistica 10.0» (StatSoftInc., ИМА, 2011) гузаронида шуд. Аҳамияти миёна (M) ва хатои стандартӣ ($\pm m$), бузургҳои нисбӣ ҳисоб карда ва ҳиссаи онҳо (%) муайян карда шуд. Муқоисаи чуфти нишондиҳандаҳои сифатӣ бо ёрии меёри χ^2 иҷро карда шуд, дар ҳолати кам будани муоина (<10) ислоҳи Йетс, ҳамчунин меёри дақиқи Фишер (<5) истифода шуд. Фарқият аз ҷиҳати оморӣ дар мавриди сатҳи $<0,05$ будан муҳим ҳисобида шуд.

Солҳо	Шакли лонавии сил	Шакли инфилтративӣ	Шакли паҳнӣ фтаи сил	Шакли дес трук-тивӣ	Нишондиҳандаи таҷзияи бофтаи шушҳо.
2014	10,6	78,8	5,3	6,9	74,7
2015	11,2	77,6	4,9	6,7	72,5
2016	10,5	78,5	4,3	6,3	71,3
2017	11,9	75,6	5,1	5,8	68,7

Натиҷаҳои таҳқиқот

Паҳншавии шакли бемории сили ба доруҳои сершумор устувор (БСДСУ) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Дар соли 2009 дар кишварамон татбиқи марҳила ба марҳилаи барномаи ошқорсозӣ ва табобати БСДУ шурӯъ шуд, дар соли 2014 ҳама беморони ошқоршудаи дорой БСДСУ ба табобати зиддисилӣ тавассути доруҳои қатори дуҷумла дастрасӣ пайдо карданд.

Басомади паҳншавии бемории сили ба доруҳои сершумор устувор (БСДСУ) дар байни беморони бори нахуст ошқоршудаи дорой шаклҳои шушии ин беморӣ дар давоми солҳои 2014-2018 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхта шуд. Паҳншавии бемории сили ба доруҳои сершумор устувор (БСДСУ) дар байни шаклҳои шушии беморӣ дар Соли 2014 ҳамагӣ 737 ё 10,8 ҳолат ба 100 аҳолиро ташкил дод, дар солҳои минбаъдаи 2015-2016 ин нишондиҳанда тадриҷан кам шуда, то 8,1 ҳолат ба 100 аҳоли расидааст. Дар солҳои 2017 ва 2018 зиёд шудани миқдори паҳншавии БСДСУ дар ҷумҳурӣ ба 10,2 ҳолат ба 100 аҳоли баробар шудааст, ки ин аз беҳтар таҷҳизотонидани лабораторияҳои БС бо усулҳои молекулярӣ-генетикии БС алоқаманд аст.

Ҳамин тавр, дар давраи таҳлилшудаи солҳои 2014 – 2018-и паҳншавии сили шушҳо бо БСДСУ дар ҷумҳурӣ ба камшавӣ майл дорад ва то 0,6 ҳолат ба 100 аҳоли расидааст (ҷадвали 1.).

Хусусиятҳои сохтори клиникии БСДСУ. Хусусиятҳои клиникии сохтори паҳншавии БСДСУ-ро дар байни беморони шакли шушии БС омӯхта, муайян карда шуд, ки фоизи бештари беморони БС-ро шакли инфилтративии сил ташкил медиҳад, ки дар 2014 - 2016 вай 78,8-78,5%-ро ташкил дод. Дар солҳои 2017-2018 %-и ин шакли БС каме паст шуда, мутаносибан ба 75,6 -75,5% расидааст, ки дар муқоиса аз маълумотҳои соли 2014 аз паст шудани он ҳамагӣ то 3,3% дарак медиҳад.

Ҷадвали 1.-Хусусиятҳои клиникии шаклҳои БСДСУ узвҳои нафаскашӣ дар давраи солҳои 2014-2018 (бо %).

2018	12,7	75,5	4,7	5,4	66,9
-------------	------	------	-----	-----	------

Нишондиҳандаи дигари муҳимми паҳншавии БСДСУ паҳншавии шакли паҳнфтои БС ба ҳисоб меравад, ки дар давраи таҳлилшуда каме, яъне аз 5,3 то 4,7% ё то 0,6% кам шудааст. Нишондиҳандаи таҷзияи бофтаи шушҳо дар давраи таҳлилшуда аз 74,7% дар соли 2014 то 66,9% дар соли 2018 ё то 7,8% кам шудааст, ки гувоҳи беҳтар шудани ошкорсозии сил дар сатҳи ҷумхурӣ мебошад.

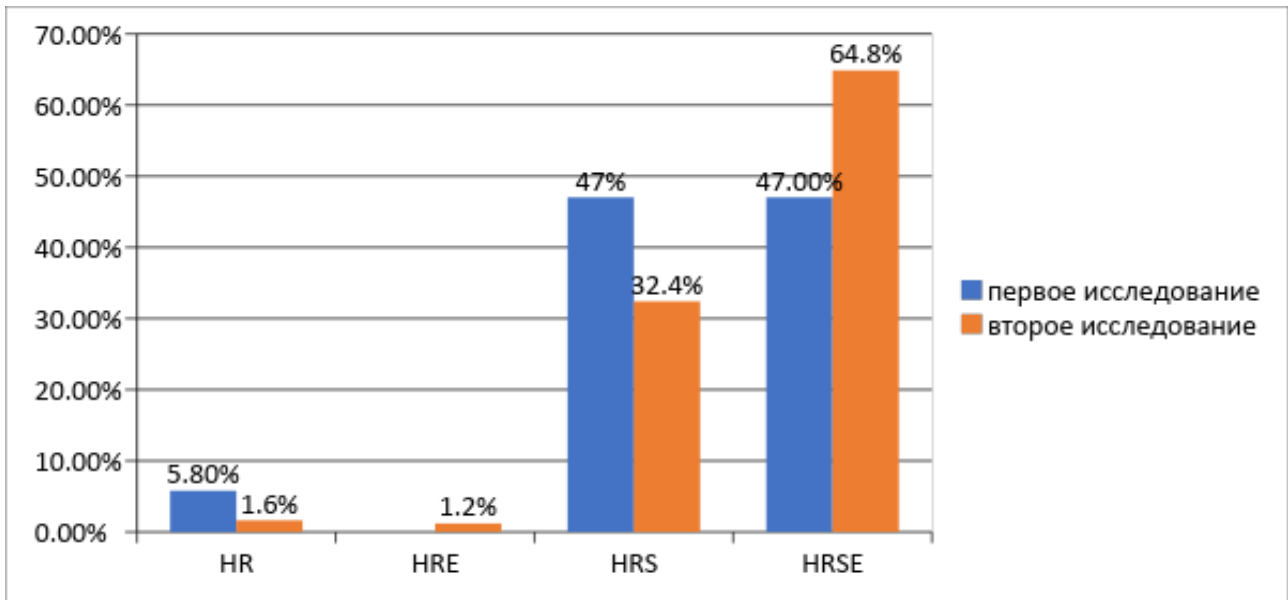
Кам шудани микдори беморони дорои шаклҳои деструктивӣ вақӯнашудаи силро дар байни беморони бори аввал ошкоршудаи силзикр қардан зарур аст, ки инҳо шаклҳои фиброзӣ-кавернозӣ, кавернозӣ ва сиррозии БСДСУ мебошанд. Дар соли 2014 ин нишондод 6,9%, дар соли 2018 - 5,7% -ро ташкил дод, ки аз тадриҷан кам шудани шаклҳои зикршуда ва то 1,2% паст рафтани нишондиҳандаҳо дарак медиҳад.

Яке аз нишондиҳандаҳои ошкорсозии муосири сил шакли лонавии сил мебошад, ки ошкорсозии он дар давраи таҳлилшуда каме баланд - 10,6% дар соли 2014 то 12,7% дар соли 2018 шудааст.

Ҳамин тавр, омӯзиши муқоисавии натиҷаҳои ду таҳқиқот нишон дод, ки дар давраи давомнокияш 7 сол (солҳои 2011-2017) бори вазнини БСДСУ дар Тоҷикистондар байни ҳолатҳои нави беморӣ аз 12,5% (дар соли 2011) то 19,9% (дар соли 2017) ($p < 0,05$) афзудааст. Ин афзоиш дар байни ҳолатҳои қаблан табобатшуда мушоҳида намешавад, дар ин ҷо пастшавӣ аз 53,6% (соли 2011) то 41,1% (соли 2017) ($p < 0,05$) ба қайд гирифта шуд, пайдо шудани ҳолатҳои БСДСУ дар байни ҳолатҳои нав то 7,4% ($p < 0,05$), зиёд шудааст, дар байни ҳолатҳои қаблан табобатшуда – то 12,5% ($p < 0,05$) кам шудааст.

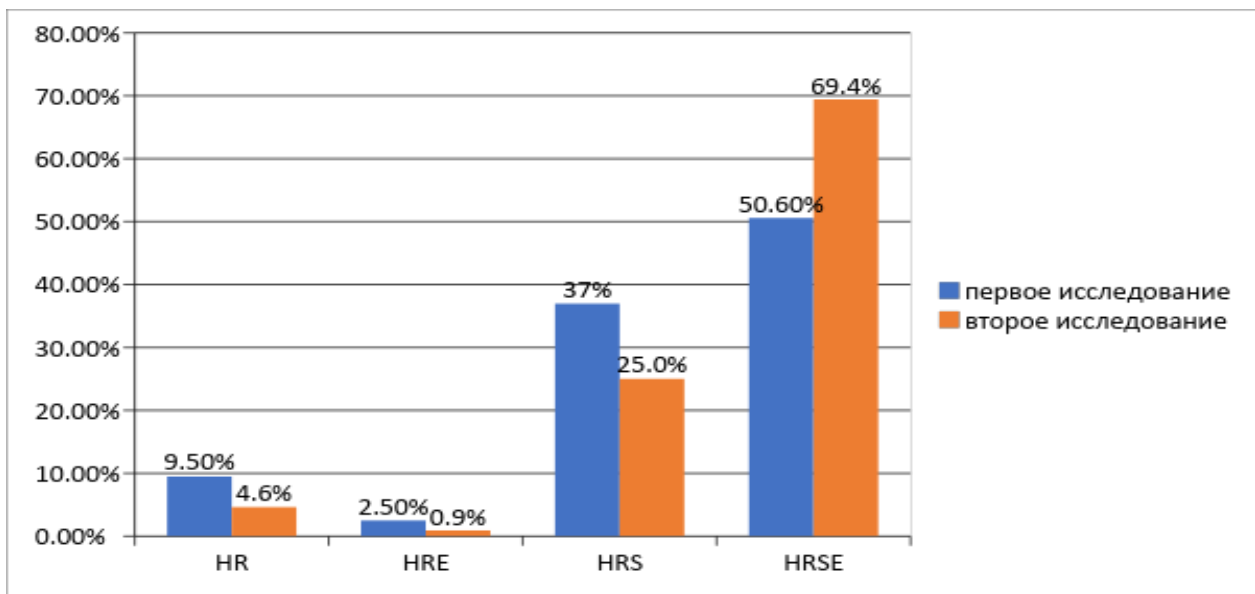
Таҳлили муқоисавии устувории ҳар як доруи зиддисилии қатори 1 устувории баландтарин ба стрептомитсин (S) –ро нишон додаз 11,8% дар соли 2011 то 35,8% дар соли 2017 ё то 24% баланд шудааст. Суръати пайдо шудани устуворӣ нисбат ба стрептомитсин ба он вобаста аст, ки табибони шабакаҳои умумии тиббӣ онҳоро ҳамчун доруи самараноки зиддилтиҳобӣ дар давоми замони кӯтоҳ ва зиёд истифода ва ба таври васеъ таъйин мекунанд. Устуворӣ нисбат ба изониазид (H) дар давраи соли 2011-2017 аз 15,9 то 28,4%, ё 12,5% афзудааст. Устуворӣ нисбат ба рифампитсин (R) дар байни ҳолатҳои нав дар ин давра аз 13,9 то 21,4% ё то 7,5% зиёд шудааст. Устуворӣ нисбат ба этамбутол (E) аз 6,6 то 16,4% ё то 9,8% афзудааст.

Дар байни беморони гирифтори сили қаблан табобатшуда афзоиши устуворӣ танҳо дар бемороне, ки этамбутол истеъмол кардаанд, аз 28,9 то 33,1% ё то 4,2% зиёд шудааст. Устуворӣ нисбат ба изониазид (H) дар байни беморони гирифтори сили қаблан табобатшуда дар давраи солҳои 2011-2017 аз 59,0 то 51,3% ё то 7,7% кам шудааст. Устуворӣ нисбат ба рифампитсин (R) аз 56,3 то 43,0% ё то 13,3% паст шудааст. Устуворӣ нисбат ба стрептомитсин (S) аз 59,8 то 50,6% ё то 9,2% паст шуд.



Расми 1. – Муқоисаи моделҳои устуворӣ нисбат ба БСДСУ дар байни ҳолатҳои нави беморони сил

Таҳқиқот нишон дод, ки профили устуворӣ бо бартарӣ доштани резистентнокӣ нисбат ба ҳамаи чор дору дар байни беморони гирифтори сили қаблан табобатшуда – қатори 1- HRSE – ва се доруи қатори 1-и HRS бетағйир боқӣ мондааст. Аммо вазъи нугувор пастшавӣ дар профили HRS-ро нишон медиҳад, ки аз самаранокии минбаъдаи қувватгирии резистентнокӣ дар манзараи умумии устуворӣ нисбат ба ДЗС қатори 1 дарак медиҳад. Ҳамин гуна манзара дар беморони қаблан табобатшуданиз дида шуд.



Расми 2. - Муқоисаи моделҳои устуворӣ нисбат ба БСДСУ дар байни беморони қаблан табобатшуда.

Таҳлили гузаронидашуда дараҷаи возеҳӣ ва сабабҳои имконпазири ба динамикаи бори вазнини БСДУ таъсиркунандаро нишон дод:

- a. Сари вақт ошкор накардани беморони гумонбар шуда аз БС, мушкилоти верификатсияи зудӣ ташхис, таъхир дар сари вақт ба даст овардани натиҷаҳои таҳқиқот аз лаборатория ва саркардани химиотерапияи муносиб;
- b. Мушкилоти алоқаманд ба ҷамъоварӣ, нигоҳдорӣ ва интиқоли логистикӣ маводи

ташхисӣ аз ҳучраи чамъоварии балғам то лабораторияи бактериологӣ ва минбаъд аз ин лаборатория то лабораторияҳои сатҳашон баландтар;

с. Риоя накардани схемаи речаи табобат, ки ба тамоюли пасти беморон нисбат ба табобат алоқаманд аст;

d. Бесифат гузаронидан ва ё нагузаронидани суҳбати кормандони тиббӣ бо беморон аз хусуси муҳим будани табобати пурра ва бетанаффуси БС бо риоя кардани речаи истеъмоли доруҳо барои дастгирӣ кардани дозаи табобатии ДЗС дар хун;

е. Химиотерапияи номуносиб, ки бинобар тактикаи нодурусти табобат (сари вақт ислоҳ накардани дозаи ДЗС ҳангоми зиёд шудани вазни бемор ҳангоми табобат несвоевременная коррекция дозы ПТП при увеличении веса пациента во время лечения) гузаронида мешавад;

f. Назорат накардани барвақт пайдо шудани аксуламалҳои нохуб ба истеъмоли ДЗС ва баргараф кардани онҳо;

g. Эҳтиёткории нокифоя ҳангоми кор кардан бо гурӯҳи дорои хатари баланди бемории шаклҳои сили дорои резистентнокӣ ба доруҳо аз лонаи сирояти силӣ, ба монанди ашхоси бо одамони гирифтори бемориҳои БСДСУ тамосдошта; маҳбусон; одамони бидуни макони зисти доимӣ; муҳоҷирони меҳнатӣ, беморони гирифтори ДҚ; истеъмоли алкоғол ва маводи муҳаддир; шахсони мубтало ба ҳолати иммунодефитсит, ҳамчунин якҷоя шудани якҷанд омилони зикршуда.

Дастоварди бузург дар ҷумҳурӣ табобати ройғони БС аст, ки бо ташаббуси Ҳукумати ҚТ, ВТ ва ҲСА ҚТ, васоити грантӣ (Фонди глобалии мубориза бо СПИД, БС ва вараҷа KNCV, MSF) ва шарикӣ фаъол бо як қатор ташкилотҳои байналмилалӣ, ки дар кишварамон кор мекунанд, ба даст оварда шудааст.

Ҳамин тавр, ба дору устувории МБС (микобактерияи бемории сил) дар беморони бори аввал ошкоршуда на танҳо барои бемор, балки барои аҳоли дар маҷмӯъ оқибатҳои ҷиддӣ дорад, зеро беморони табобатнашудаи захираи хатарноки сироят ва сарчашмаи паҳншавии БСДСУ дар байни аҳолии солим мебошад. Таъмин ва риоя кардани чорабиниҳои муносиби назорати сироятӣ, махсусан, агар бемор дар шароити амбулаторӣ табобат гирифта бошад, агар дар деҳот зиндагӣ кунад, сар карда аз таъин кардани шахсони масъул аз тарафи мутахассисони назорати санитарӣ-эпидемиологӣ ва низ густариш додани барномаҳо оид ба баланд бардоштани иттилоотнокии аҳоли дар бораи роҳҳои паҳншавии сирояти сил таваҷҷуҳи махсусро талаб мекунад.

Таъсири омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ба ташаккули БСДСУ. Омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ба ташаккули бемории сили ба доруҳои сершумор устувор (БСДСУ) дар ноҳияҳои пилотии таҳқиқшаванда (ш. Душанбе, ноҳияҳои Рӯдакӣ, Ваҳдат) тариқи пурсиши сотсиологӣ гузаронида шуд. Анкетаи махсус таҳия гашт, ки аз 20 савол иборат буд.

Ҳамагӣ 402 бемори дорои шакли фаъоли БСДСУ пурсида шуд, ки аз онҳо 134 (33,3%) бемори гурӯҳи 1 ва 268 (66,7%) аз гурӯҳи 2 буданд. Ҳамаи беморони пурсидашуда, дар қайди диспансерии муассисаҳои зиддисилӣ қарор доштанд, ки муҳлати шакли фаъоли бемории сили ба доруҳои сершумор устувор дар онҳо гуногун буда, дар марҳалаҳои гуногуни табобат меистоданд. Беморон, асосан сокинони деҳот (71%) ва шаҳри Душанбе (29%) буданд.

Ҳангоми омӯختани сатҳи таҳсилоти беморони гурӯҳи якуми гирифтори БСДСУ муайян карда шуд, ки 36,7%-и беморон маълумоти ибтидоӣ, миёнаи нопурра, 38% - миёнаи умумӣ, 16,4% - миёнаи махсус ва танҳо 2,2% - маълумоти олии доштанд. Дар гурӯҳи назоратӣ беморони бидуни маълумоти миёна 31,3%, миёнаи умумӣ - 36,2%, миёнаи махсус 21,3%, олии нопурра - 7,8% ва олий - 3,4% буданд.

Ҳангоми муқоиса кардани беморони дорои маълумоти миёнаи махсус миқдори беморон дар гурӯҳи назоратӣ (муқоисавӣ) 4,9% зиёд буд. Дар гурӯҳи асосӣ

нишондихандаи беморони бидуни маълумоти миёна 5,4% зиёд, вале бо маълумоти олиинопура 1,1% кам буд, нишондихандаҳои дигар дар ҳар ду гурӯҳ тақрибан як хел буд.

Омӯхтани хусусиятҳои синнусолӣ-чинсии беморони гурӯҳи асосӣ бо БСДСУ нишон дод, ки аз 134 бемор 69 (51,5%) –ро мардҳо ва 65 (48,5%)–ро занҳо ташкил доданд. Дар гурӯҳи назоратӣ аз 268 бемор мардҳо 154 (57,5%), занҳо 114 (42,5%) нафарро ташкил доданд.

Дар байни бемориҳои шакли ба доруҳо устувори сил(БС ДУ) нишондихандаи баландтарин дар гурӯҳи синнусолии 35-44-сола ба назар расид, ки дар гурӯҳи асосӣ 30,6%-ро ташкил дод, (мардҳо 30,4%, занҳо 30,7%) тақрибан миқдори мардҳо ва занҳо як хел аст, дар гурӯҳи синнусолии 25-34-сола, ки дар гурӯҳи асосӣ 21,6% ва дар гурӯҳи муқоисавӣ 25,4%-ро ташкил дод. Дар ин гурӯҳҳои миқдори беморони чинси мард зиёдтар буда, мутаносибан ба 24,6 - 28,0% аст. Дар байни гурӯҳи синнусолии ҷавонтарин 15-24-сола, нишондихандаи гирифтрон ба бемориҳои шаклҳои сили ба доруҳои сершумор устувор дар гурӯҳи асосӣ - 17,2%, дар гурӯҳи муқоисавӣ- 10,8% буд.

Қайд кардан зарур аст, ки миқдори кӯдакони беморшудаи то 15-сола дар гурӯҳи асосӣ - 1,5%, вадар гурӯҳи муқоисавӣ - 3,0%, яъне 2 маротиба аз гурӯҳи асосӣ зиёд буд, ҳамаи онҳо аз ҷумлаи шахсоне буданд, ки бо ҳешовандони наздики худ, гирифтрон бемориҳои шаклҳои сили ба доруҳои сершумор устуворбуданд, тамос доштанд. Одакони қобилияти коридоштаи синну соли аз 15 то 50-сола дар гурӯҳи асосӣ - 76,6%, дар гурӯҳи муқоисавӣ- 72,5% буданд. Бо таносуби ғоизӣ дар байни гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар ҳар як гурӯҳи чинсӣ-синнусолӣ фарқияти эътомод нок ба назар нарасид ($P>0,05$).

Аз мавқеи иҷтимоӣ гурӯҳи асосии гирифтрон бемориҳои шаклҳои сили ба доруҳои сершумор устуворроқишри аз ҷиҳати иҷтимоӣ ҳимоянашавандаи аҳоли, бекорон - 51,5%, коргарон- 35,1% ва нафақахӯрон - 6,7% ташкил дод, ки дар маҷмӯъ ба 93,3% баробар буд. Нишондихандаҳои пасттарини гирифтравӣ ба ин беморӣ дар байни хизматчиён - 3,0% ва соҳибкорон- 3,7%. ба қайд гирифта шуд.

Дар гурӯҳи муқоисавӣ гирифтрон бемориҳои шаклҳои сили ба доруҳои сершумор устувор ба монанди гурӯҳи асосӣ низ асосан қишри аз ҷиҳати иҷтимоӣ ҳимоянашавандаи аҳоли, бекорон - 49,6%, коргарон- 34,7% ва нафақахӯрон – 7,3%-ро ташкил дод, ки дар маҷмӯъ ба 91,6% баробар аст.

Бо таносуби ғоизӣ дар байни гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар ҳар як гурӯҳи мавқеи иҷтимоӣ фарқияти эътомод нок ба назар нарасид ($P>0,05$).

Ҳамин тавр, ба БСДСУ асосан қишри аз ҷиҳати иҷтимоӣ ҳимоянашавандаи аҳолигирифтрав мешаванд, ки 93,3%-ро ташкил медиҳад (инҳо бекорон - 51,5%, коргарон- 35,1% ва нафақахӯрон - 6,7%), дар гурӯҳи муқоисавӣ бошад 91,6% (бекорон - 49,6%, коргарон- 34,7% ва нафақахӯрон – 7,3%) аст.

Омӯзиши бо макони зист таъмин будани беморони гирифтори БСДСУ нишон дод, ки дар шароити бароҳати зист 37,1% -и беморони зиндагӣ мекунанд. Дар ҳуҷраҳои коммуналӣ 63,9%, аксаран бо ҳешовандон ё ҳам дар хобгоҳҳо ё дар як хона якҷанд оила умр ба сар мебаранд.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқот муқаррар карда шуд, ки ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар гурӯҳи муқоисавӣ оилаҳои гирифтори БСДСУ - 71,2%, дар гурӯҳи муқоисавӣ бошад, ин рақам ба - 66,8% баробар аст. дар сатҳи болотар аз минимуми зиндагӣ асосан соҳибкорон зиндагӣ мекунанд.

Тавре ки дар ҷадвал дида мешавад, бемориҳои ҳамроҳшуда дар ҳарду гурӯҳ тақрибан дар нисфи беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда ба назар мерасад.

Дар ин маврид асосан якҷояшавии БС бо ДҚ– 25,4% дар гурӯҳи якум ва 28,7% - дар гурӯҳи дуюм ба мушоҳида расид. Дар ҷойи дуюм дар байни бемориҳои

хамроҳшуда камхунии дефитсити оҳан (мутаносибан 14,2 ва 16,4 %) меистад. Якҷояшавии БС бо ВНМОмутаносибан дар 6,0 ва 7,8 % ҳолат ва шаклҳои гуногуни гепатитҳо мутаносибан дар 6,7 4,5 % ҳолат дида шуд.

Самаранокии табобати беморони гирифтори бемориҳои шаклҳои сили ба доруҳои сершумор устувор бо речаҳои гуногуни химиотерапия. Аз соли 2009 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон марҳила ба марҳила татбиқ намудани табобати беморони гирифтори БСДСУ сар шуд, ки дар ду реча сурат гирифт. Устувории беморон ба 2-доруи асосии зиддисилӣ- (БСДСУ) рифампитсин ва изониазид дар давоми 18-20 моҳ ва устувории васеи беморон ба доруҳо (БСУВД) дар давоми 24-36 моҳ гузаронида шуд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар аз соли 2015 татбиқи курсҳои нисбатан кӯтоҳмуддати (9-12 моҳ) табобати БСДСУ низ роҳандозӣ шуд.

Дар ин таҳқиқот, мо самаранокии табобати курсҳои кӯтоҳмуддатро дар байни беморони бори аввал ба БСДСУ гирифторшудаи шакли шуширо омӯхтем. Тақрибан 2 речаи химиотерапия буд, ки ҳар кадом аз 2 фаза –интенсивӣ ва фазаи давом иборат буд.

Бо мақсади омӯхтани самаранокии табобати курсҳои кӯтоҳмуддати беморони бори аввал ба БСДСУ гирифторшудаи шакли шушӣ мо ҳамагӣ 402 беморро интиҳоб кардем, ки аз онҳо 134 бемор ба гурӯҳи 1-ум дохил шуданд ва табобатро аз рӯйи курси кӯтоҳмуддати химиотерапия гирифтанд, дар гурӯҳи муқоисавӣ (гурӯҳи 2-юм) 268 бемори дорои шакли БСДСУ буд.

Фазаи интенсивии табобат ҳангоми курсҳои кӯтоҳмуддат аз 4 то 6 моҳ давом кард, фазаи дастгирикунанда бошад 5-моҳро дар бар гирифт. курс аз 9 то 11 моҳи табобатро дар бар мегирад. Дар ҳамаи беморон (134 нафар) курси табобат аз рӯйи речаи кӯтоҳмуддат бо истифода аз ДЗС сурат гирифт: каприомитсин (См), моксифлоксатсин (Мхф), протиномид (Рто), клофазимин (Сфз), изониазид бо дозаҳои баланд (Н^{вд}). Этамбутол (Е), пиразинамид (Z) дар давоми 4 (6) моҳ. Фазаи дастгирикунандаи химиотерапия 5 моҳ давом кард ва аз ин ДЗС иборат буд: моксифлоксатсин (Мхф), протиномид (Рто), клофазимин (Сфз), Этамбутол (Е), пиразинамид (Z) иборат буд.

Дар гурӯҳи муқоисавӣ (гурӯҳи 2) 268 бемор буд, ки чунин табоба гирифтанд: капреомитсин (См), левофлоксатсин (Лфх), протионамид (Рто), сиклосерин (Сс), пиразинамид (Сс) ва кислотаи параамилосалитсцилинӣ (ПАСК) дар давоми 8 (10) моҳ ва дар фазаи интенсивӣ ва левофлоксатсин (Лфх), протионамид (Рто), сиклосерин (Сс), пиразинамид (Сс) ва кислотаи параамилосалитсцилинӣ дар давоми 12 моҳ дар фазаи дастгирикунанда. Он далелро дар назар доштан лозим аст, ки барои интиҳоб кардан ба табобати кӯтоҳмуддат мо когорти танҳо ҳолатҳои нави БСДСУ-ро баррасӣ кардем, барои репрезентативнокии муқоиса, дар гурӯҳи дуюм низ мо когорти танҳо ҳолатҳои нави БСДСУ-ро гирифтём.

Дар се моҳи аввали химиотерапияи кӯтоҳмуддат конверсияи кишт дар гурӯҳи якумдар 62,9% ҳолат ва дар гурӯҳи дуюм 44,1% дида шуд. Ҳамзамон бо ин, баъди 4 моҳи баъди табобат дар беморони гурӯҳи якум 7,1% ҳолат конверсия дар кишт дида нашуд, дар беморони гурӯҳи дуюм бошад, дар 12,3% ҳолат ба назар расид.

Яке аз нишондиҳандаҳои самаранокии табобат нишондиҳандаи пӯшида шудани ковокиҳои таҷзияи бофтаҳои шуш бо усули таҳқиқоти рентгено-томографӣ ба ҳисоб меравад. Пӯшида шудани ковокиҳои таҷзияи бофтаҳои шуш дар беморони гурӯҳи 1-ум дар 4 моҳи аввали химиотерапия дар 60,9% ҳолатҳо ва дар беморони гурӯҳи 2 дар 49,0% ҳолат дида шуд, Дар охири моҳи 6-уми табобатпӯшида шудани ковокиҳои таҷзияи бофтаҳои шуш дар беморони гурӯҳи 1-ум дар 82,9% ва дар беморони гурӯҳи 2 дар 70,1% ҳолат дида шуд.

Ҳамин тавр, маълумотҳои муқоисавии ба даст овардашуда оид ба омӯхтани самаранокии табобати беморони дорои БСДСУ аз он гувоҳӣ медиҳад, ки вай ҳангоми

риоя кардани ҳамаи меъёрҳо ва тавсияҳо оид ба критерияҳои барои таъобат интиҳоб кардани беморон, назорати ҳар як дозаи доруи зиддисилии истифодашуда, ислоҳи саривақтии таъсирҳои манфии дору, ҳамзамонҳангоми гузаронидани менечменти босаводонаи аксуламалҳои нохуб (АН) ба даст оварда мешавад.

Ҳангоми мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшудамутахассис-мушовирони соҳавӣ чалб карда шуданд, онҳо таъйиноти ташхис ва таъбатро ислоҳ карда, ҳамчунин ҳаммаҳамониторинги таъобати ин беморонро гузаронидаанд.

Дар анҷоми курси пурраи химиотерапия, бо назардошти маълумотҳои клиникӣ-рентгенологӣ, бактериоскопӣ ва бактериологӣ, монитиҷаҳои таъбатро таҳлил намуем.

Бад-ин тартиб, таъобати муваффақона дар беморони гурӯҳи 1 дар 85,8% ҳолат ва дар гурӯҳи 2 дар 66,8% ба даст омад, ки ин аз бартарии интиҳоби речаи кӯтоҳшудаи таъобат гувоҳӣ медиҳад. Бемуваффақиятии таъобат ва дурӣ чустан аз таъобати химиотерапия дар гурӯҳи 2 нисбат ба гурӯҳи 1 хеле зиёд буд. Ғайр аз ин, миқдори фавтидагондар протсессии таъобат дар гурӯҳи 1 назар ба гурӯҳи 2 хеле кам буд ва мутаносибан 0,7% ва 7,8% ҳолатро ташкил дод.

Маълум аст, ки самаранокии таъобати беморони дорои БСДСУ аз омилҳои зиёд вобаста аст, ки яке аз онҳо басомади баланди АН нисбат ба ДЗС ҳангоми таъобат ба ҳисоб меравад.

Ҳангоми пайдо шудани АН –и «бузург» ва ҷиддӣ (донаҷаҳо дар пӯст, суст шудани шунавоӣ, ихтилолҳои вестибулярӣ, зардпарвин, гепатит, мавҳум будани шуур, ихтилоли босира, шок, норасоии шадиди гурдаҳо) – қатъ кардани истифодаи, ҳадди ақал як ДЗС, ки сабабгори АН аст ё тамоми химиотерапия талаб карда мешавад. Дар бемороне, ки тахти муоинаи мо қарор доштанд, мониторинги аксуламал ба таъобат ва захрогинӣ тавассути пурсиши мунтазам, таҳқиқоти физикӣ, рентгенографияи қафаси сина, истифодаи тестҳои махсусбарои муайян кардани тезшавӣ ва рангҳискунии босира, электрокардиография, аудиометрия, ҳамчунин мониторингилаборатории ҳолати ферментҳои ҷигар, ғадуди зери меъда, инчунин креатинин ва ҳисоби филтратсияи калобачаҳо ва такроран таъйин кардани доруҳо дар схемаи таъобати БСДСУ иҷро карда шуд. Захрнокии доруҳои ҷудогона метавонад, ки бо давом додани истифодаи доруҳо (масалан, осеб дидани асаби шунавоӣ аз аминогликозидҳо, асаби босира аз линезолид) зиёд шавад ва кори доимии онҳоро дар беморон маҳдуд ва баъзан таъбатро пурра қатъ созад.

Ҷадвали 2.- Намудҳо ва басомади пайдошавии таъсири номатлуб.

Намуди Таъсири номатлуб	Гурӯҳи беморон				P
	1-ум		2-юм		
	Абс.	%	Абс.	%	
Меъдаву рӯдаҳо	74	68,0	213	79,4	< 0,05
Дерматологӣ	26	23,8	84	31,3	< 0,05
Неврологӣ	63	57,8	218	81,3	< 0,05
Гепатотоксикӣ	69	63,3	192	71,6	< 0,05
АН ба узвҳои шунавоӣ ва босира	15	13,8	56	21,0	< 0,05
Эндокринӣ	3	2,7	42	15,6	< 0,05
Ҳамагӣ	245	100	901	100	

Ҳангоми мониторинги таъобат ҷадвали Снеллен барои санҷидани қувваи босира истифода шуд, ҳоло ки пластинаҳои рангаи Ишихара барои муайян кардани дискриминатсияи рангҳои сурх ба қор бурда шуд.

Аломатҳои ототоксикӣ дар раванди истифоданабудани ДЗС дар ҳар як бемори чоруми гурӯҳи 2-и гирифтори БСДСУ ба мушоҳида расид, дертар дигар ТН низ ошкор

карда шуд. Барои мисол, давраи минималӣ то лаҳзаи пайдошудани шикоятҳои беморон аз хусуси пастшавии шунавоӣ баъди табобат 114 шабонарӯзро ташкил дод.

Ҳаминтавр, ихтилоли фаъолияти роҳи ҳозима ва СМА, артралгия дар таҳқиқоти мо дар миёни сохторҳои ҳама таъсири номатлуб, ки ҳангоми гузаронидани табобати химиотерапия дар беморони дорои БСДСУ пайдо мешуданд ва маъмулан, дар фазаи интенсивии курси табобатӣ зоҳир мегаштанд, авлавиат доштанд. Таъсири номатлуби бештар дучоршаванда дар дараҷаи дуҷуми вазнинӣ (дар 79%-и беморони дорои ТН) ба қайд гирифта шуд, ки дар натиҷаи он табиби муолиҷакунандаро лозим омад, ки ба таври иловагӣ табобати симптоматикӣ таъйин кунад; дар дараҷаи вазнини ТН қатъ кардани истифодаи минбаъдаи ДЗС ва гузаронидани чорабиниҳои ислоҳкунӣ лозим шуд.

Муаллифи рисола аз хусуси муҳим ва бефосила будани табобат бо беморон бе восита чандин маротиба суҳбаткарда, барои қатъ накардани химиотерапияи онҳоро водор сохтааст.

Коркарди чорабиниҳои комплекси профилактикӣ оид ба кам кардани ҳолатҳои БСДСУ дар байни аҳоли ва баланд бардоштани самаранокии табобати онҳо.

Бо мақсади амалӣ кардани чорабиниҳои комплекси профилактикӣ оид ба камкардани ҳолатҳои БСДСУ дар навбати аввал риояи дақиқи DOT ё табобат бевосита таҳти назорат гирифтани ҳар як дозаи доруи зиддисилӣ зарураст, ки ин талаботи муҳимтарин барои пешгирӣ намудани устувории барангезанда ба доруҳо ва самаранокии анҷом додани курси табобати БС ба ҳисоб меравад. Омили дигари муҳим ин риоя кардани чорабиниҳои назорати сироят, сари вақт таҳқиқ кардани БС ва муоинаи доимии шахсони бо лонаи сирояти сил тамосдошта мебошад.

ХУЛОСА

НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

1. Дар давраи таҳлилшавандаи солҳои 2014-2018 паҳншавии бемории сили шуш бо сили ба доруҳои сершумор устувор гуногун буда, дам тамоюли камшавӣ ва дам зиёдшавӣ дошт. Ҳамин тариқ, дар соли 2014 ин нишондиҳанда 10,8 ҳолатро ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли ташкил дод, дар соли 2016 то ба 8,1 ҳолат ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли коҳиш ёфт ва дар солҳои 2017-2018 — то ба 8,9 ва 10,2 ҳолат ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли мутаносибан зиёд шуд [8-А, 9-А, 10-А, 13-А, 14-А, 16-А]. Бо вучуди пешравиҳое, ки ҳам дар ташхис ва ҳам дар усулҳои муолиҷаи беморони сил ба даст омадаанд, ин беморӣ ҳамоно яке аз сироятҳои маъмултарин боқӣ монда, аҳамияти махсуси иҷтимоӣ дорад. Сарфи назар аз кӯшишҳои сохторҳои дахлдори давлатӣ ва ғайридавлатии ҷалббуда, дастгирии баланди сиёсӣ ва сармоягузориҳои бузурги беруна, қонуниятҳои ҷараёни эпидемиявии устувории микобактерияи сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба тамоюли прогрессивии афзоиши паҳншавии бемории сили ба доруҳои сершумор устувор [3-А, 4-А, 5-А, 6-А, 9-А, 12-А, 16-А] омада мерасад.

2. Сабабҳои асосии бад шудани вазъи эпидемиологӣ сили ба доруҳои сершумор устувор (СДСУ) дар Тоҷикистон таъхир дар раванди муайян намудани шахсони гумонбар ба бемории сил, тасдиқи ташхис ва оғози табобати мувофиқи кимиёвӣ; вайрон кардани речаи табобат аз ҷониби бемор, ки бо пайравиҳои пасти ӯ ба табобат алоқаманд аст; мушкилоти марбут ба сифати ҷамъоварӣ, нигоҳдорӣ ва логистикаи интиқоли маводи ташхисӣ; набудани мониторинги зуҳури барвақти таъсироти номатлуб аз истифодаи доруҳои зиддисилӣ ва идоракунии нокифояи бартарафсозии онҳо; набудани ҳушёрӣ ҳангоми кор бо доираи гурӯҳҳои дорои хатари баланди беморшавӣ бо СДСУ мебошанд [1-А, 2-А, 11-А].

3. Таҳлили муқоисавии самаранокии муолиҷаи сили ба доруҳои сершумор устувор бо речаҳои гуногуни табобат дар байни беморони гурӯҳи яқум, ки бо курси кӯтоҳшуда муолиҷа шудаанд, дар муқоиса бо беморони гурӯҳи дуҷум (66,8%) самаранокии баландтар нишон

дода, ба 85,8% шифо ёфтанд, ки ин нишон медихад. бартарӣ ва самаранокии речаи табобати кӯтоҳшуда [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 9-А, 11-А].

4. Омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣю иҷтимоӣ ба ташаккули СДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки тавассути тадқиқоти сотсиологӣ гузаронида шуд, маълум кард, ки мардон (51,5%) нисбат ба занон (48,5%), табақаҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ осебпазири аҳоли (93 фоиз), бекорон (51,5 фоиз), коргарон (35,1 фоиз) ва нафақахӯрон (6,7 фоиз) бештар бемор мешаванд. Инҳо шахсоне мебошанд, ки маълумоти миёна надоранд (36,7%) ё маълумоти миёнаи умумӣ доранд (38%), шахсоне мебошанд, ки манзили шахсии худро надоранд, дар шароити танг (якҷанд оила дар як хона ё хонавода), квартираи коммуналӣ ё иҷоравӣ, ё дар хобгоҳ (63,9 фоиз) зиндагӣ мекунанд, ки ин боиси зиёд шудани шумораи тамос ва аз ин рӯ, гирифтورشавӣ ба бемории сил, инчунин вобастагии беморшавӣ аз таъминоти моддии беморон (шумораи зиёди беморон бо сатҳи пасти зиндагӣ) ва мавҷудияти бемориҳои ҳамрадиф, ба монанди диабети қанд ва сирояти ВНМО мегардад [1-А, 2-А, 11-А].

5. Тақвияти тадбирҳои оид ба пешгирии бемории сил, аз ҷумла шакли СДСУ-и беморӣ бо роҳи таҳияи тадбирҳои муносиби клиникӣ ва эпидемиологӣ пешгирӣ, ки ба пешгирии интиқоли штаммҳои устувори МБС, пурзӯр намудани назорат аз болои қабули ҳар як вояи ДЗС дар давраи муолиҷаи (ДОТ) ҳам беморон ва ҳам ҳангоми пешгирии кимиёвии шахсони алоқаманд, муоинаи саривақтии шахсони алоқаманд, таъмини имконияти ташхиси босуръати шакли СДСУ-и сил, оғози саривақтии табобати мувофиқ дар доираи мониторинги маҷмӯии бемории сил ба коҳиш додани басомади инкишофи СДСУ имкон фароҳам месозанд [1-А, 2-А, 11-А, 13-А, 14-А].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Барои беҳтар намудани вазъи эпидемиологӣ оид ба бемории сил ва СДСУ ба таври мунтазам гузаронидани таҳлили гурӯҳҳои беморони барои табобат қабулшуда ва муайян намудани беморони дорои шароити ибтидоии иҷтимоии номусоид ва пайравии суст ба табобат зарур аст;
2. Дарёфт кардани имконияти дастгирии иҷтимоии беморон дар ҳар шакл (бастаҳои озуқаворӣ, бо қарори ҳукуматҳои маҳаллӣ озод кардан аз баъзе андозҳои коммуналӣ, ҷудо кардани қитъаҳои замин ва ғайра).
3. Бо дарназардошти дараҷаи баланди доғзанӣ дар байни аҳоли ҷалб кардани ташкилотҳои ҷамъиятӣ, собиқ беморони фаъол ва ихтиёриёни барнома, сарварони ҷамоатҳо, шӯроҳои маҳаллаҳо ва ходимони дин, аз ҷумла барои гузаронидани ҷорабинҳои маърифатӣ бо беморони сил, ки речаи муқарраршудаи муолиҷаро барои гузарондани таълими санитарӣю гигиенӣ риоя намекунанд, зарур аст.
4. Ба бемор дар бораи хусусиятҳои беморӣ, рафти он, речаи табобат ва аҳамияти ба анҷом расондани курси пурраи табобати кимиёвӣ бояд ба таври кофӣ маълумот дода шавад, зеро пеш аз мӯҳлат қатъ кардани қабули доруҳои зиддисилӣ ба оқибати беморӣ ва пайдоиши шакли ба доруҳои сершумор устувори сил таъсир мерасонад.
5. Самаранокии табобати беморони гирифтори БСДСУ аз мӯҳлатҳои ошкор кардани беморӣ ва саривақтии табобати оғозшуда вобаста аст. Дар ин росто, дар ин кор ба мутахассисони оилавӣ, ки аввалин шуда бо беморони гумонбар ба бемории сил кор мекунанд, нақши муҳим воғузур карда мешавад.
6. Нуқтаҳои асосии пешгирӣ ва мубориза бо бемории сили ба доруҳои сершумор устувор аз инҳо иборатанд: ҳалли ҳамаҷонибаи мушкилоти бемории сил бо дастгирии кофӣю молиявӣ мақомоти ҷумҳуриявӣ ва маҳаллии ҳокимияти давлатӣ, мавҷудияти механизмҳои амалкунандаи муттасилӣ дар бурдани беморони сил; аз ҷумла дар ҳамкориҳои бахшҳои граждани ва пенитенсиарӣ ва байни ҳадамоти мубориза бо сил ва кӯмаки аввалияи тиббӣю санитарӣ.
7. Таъминоти боэътимод ва муттасил бо номгӯи пурраи доруҳои баландсифати зиддисилии қатор якум ва дуюм дар тамоми муассисаҳои табобатӣю профилактикӣ, ки

дар табобати беморони сил иштирок мекунанд ва инчунин мавҷудияти доруворӣ барои табобати патогенетикӣ ва симптоматикӣ таъсири номатлуб аз табобати зиддисилӣ.

Феҳристи интишороти доктараби дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тиб Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-М]. Махмудова П.У. Социально-гигиенические особенности туберкулеза органов дыхания в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Здоровоохранение Таджикистана, Душанбе. – 2010. - №1. - С. 23-26.
- [2-М]. Махмудова П.У. Влияние медико-социальных факторов на распространение туберкулеза в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Научно-практический журнал ТИППМК, Душанбе. - 2011. - №3. – С. 9-11.
- [3-М]. Махмудова П.У. Частота диагностики лекарственно- устойчивых форм туберкулеза и эффективность их лечения / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Научно-практический журнал ТИППМК, Душанбе, 2014. - №4. - С. 74-76.
- [4-М]. Махмудова П.У. Диагностика и лечение множественно-лекарственно-устойчивых форм туберкулеза / П.У. Махмудова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. – 2015. - №4. - С. 65-68.
- [5-М]. Махмудова П.У. Инновационные методы лечения множественно лекарственно устойчивых форм туберкулеза / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2016. - №4. - С. 90-93.
- [6-М]. Махмудова П.У. Эффективность лечения больных с лекарственно устойчивыми формами туберкулёза / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2017. - №4. - С. 62-65.
- [7-М]. Махмудова П.У. Инновационные методы диагностики ТБ в современных условиях РТ / Махмудова П.У., Махмудова Р.У., Закирова К.А. // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2017. - № 4. - С. 63-67.
- [8-М]. Махмудова П.У. Клиническое течение и лекарственная устойчивость микобактерии туберкулёза у больных с сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции / П.У. Махмудова // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, Душанбе. - 2018. - №2. - С. 34-38.
- [9-М]. Махмудова П.У. Эффективность лечения больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза легких в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, К.А. Закирова // Вестник Авиценны, Душанбе. -2018. – №2-3. - С. 235-239.
- [10-М]. Махмудова П.У. Закономерности эпидемического процесса по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в Республике Таджикистан / О. И. Бобоходжаев, П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова // Симург, Душанбе. – 2019. - №2. - С. 110-115.
- [11-М]. Махмудова П.У. Развитие, диагностика и лечения туберкулёза с лекарственно-устойчивыми формами в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова // Симург, Душанбе. - 2021. - №11(3). - С.76-82.
- [12-М]. Махмудова П.У. Смертность ВИЧ-инфицированных лиц от туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью/ Махмудова П.У., Муминзода Б.Г., Махмудова Р.У., Закирова К.А., Зиёзода З.К./ Ж. Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения №2 (1), Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения. Душанбе 2022г.- С.21-23.

Дастурамал ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

- [13-М]. Махмудова П.У. Особенности клинического течения множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза у ВИЧ-инфицированных детей / П.У.

Махмудова, К.А. Закирова // Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». Приложения к журналу «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе, 2021. – С. 81-82.

[14-М]. Махмудова П.У. Руководство по менеджменту туберкулёза в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова, З.Х. Абдуллоев, Ф. Шарипов. – Душанбе, 2015. - 217 с.

[15-М]. Махмудова П.У. Эффективность внедрения молекулярно-генетических методов диагностики и современных методов лечения ТБ/МЛУ/ШЛУ в Республике Таджикистан / П.У. Махмудова, О.И. Бобоходжаев, А. Раджабзода // Наука новые технологии и инновации Кыргызстана, Бишкек. - 2017. - №8. - С. 60-61.

[16-М]. Махмудова П.У. Руководство по менеджменту лекарственно-устойчивых случаев туберкулёза в Республике Таджикистан / А.С. Раджабзода, З.Х. Абдуллоев, С.М. Касимова, Г.Н. Джалилова и др. – Душанбе, 2019.- 137 с.

[17-М]. Махмудова П.У. Частота распространенности лекарственно устойчивых форм микобактерий туберкулёза у больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ / П.У. Махмудова, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Актуальные проблемы туберкулёза. Материалы V11 межрегиональной научно-практической с международным участием 15.03. 2019. - г. Тверь, РФ, 2019. - С. 93-98.

Рӯйхати ихтисораҳо

БС- Бемории сил
БСДСУ – Бемории сили ба доруҳои сершумор устувор
БСДУВ – Бемории сили ба доруҳои устувори васъдошта
ВНМО - Вируси норасоии масунияти одам
ТУТ- Ташкилоти Умумичаҳони Тандурустӣ
ДОТ//ТТНБ- Табобат таҳти назорати бевосита
ПТБД СТ ҚТ - Пажӯҳигоҳи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии ҚТ.
УД - устуворӣ ба доруҳои
МБС - Микобактерияи бемории сил
ВТ ва ҲИА ҚТ–Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ
БСДСУ –Бемории сили ба доруҳои сершумор устувор
ТБН - Табобати бевосита назоратшаванда
АН - Аксуламалҳои нохуб
РЛМ - Референс-лабораторияи миллии
БМЗС - Барномаи миллии зиддисилӣ
УҚС - Узвҳои қафаси сина
ДЗСҚЯ-Доруҳои зиддисилии қатори якум
ЁАТИ- Ёрии аввалияи тиббӣ-иҷтимоӣ
ДЗС - Доруҳои зиддисилӣ
ҚТ - Қумҳурии Тоҷикистон
УР - Устуворӣ ба рифампитсин
СПИД//СИДИ - Синдромҳои иммунодефитситаи ихтисобӣ
БС-Бемории сил
ТБХД - Тест барои ҳассосияти доруҳои
БМОШ–Бемории музмини обструктивии шушҳо
ЦВКК (КМТМ) - Комиссияи марказии тиббӣ-машваратӣ

Ихтисора ва номи доруҳои зиддисилӣ:

Am Амикатсин
Amx/Cl Амокситсиллин/клавуланат
Vdq - Бедаквилин
Cfz - Клофазимин
Cm - Капреомитсин
Cs - Сиклосерин
E - Этамбутол
H - Изониазид
Km - Канамитсин
Lfx - Левофлоксатсин
Lzd - Линезолид
Mfx - Моксифлоксатсин
Pto - Протионамид
R - Рифампитсин
Z - Пиразинамид

АННОТАЦИЯ
МАХМУДОВА ПАРВИНА УЛЬМАСОВНА
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Ключевые слова: Туберкулез, множественная лекарственная устойчивость, микобактерии туберкулеза, заболеваемость, нежелательные побочные реакции, противотуберкулезные препараты.

Цель исследования: Разработать научно-обоснованный комплекс профилактических мероприятий по снижению бремени МЛУ ТБ в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Для проведения научного исследования по изучению эффективности лечения, больные с МЛУ ТБ были распределены на 2 группы. Первая группа, основная, включала 134 пациента, принимавших лечение по короткому курсу лечения МЛУ ТБ (9-12 месяцев). Вторая группа, группа сравнения, состояла из 268 пациентов с МЛУ ТБ, которые лечились стандартной схемой лечения МЛУ ТБ в течении не менее 20 месяцев.

Для выполнения поставленных задач с целью обследования больных применялись следующие методы исследования:

- Клинико-рентгенологические методы и сбор анамнеза заболевания;
- Лабораторные молекулярно-генетические методы;
- Клинико-биохимическое лабораторное исследование;
- Аналитический метод, изучения учетно-отчетных форм по выявляемости и распространенности МЛУ ТБ (формы ТБ №03У, ТБ №01У, ТБ №07У, ТБ №08У).
- Статистический метод изучения распространенности и эффективности лечения больных с МЛУ ТБ;
- Социологический метод изучения влияния медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ.

Полученные результаты и их новизна:

Научно доказано, что эпидемическая ситуация по ТБ с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза в Республике Таджикистан сводится к прогрессирующей тенденции усиления её распространения. За период длительностью в 7 лет, при сравнении динамики за 2011 г. и 2017 г., бремя МЛУ ТБ в Таджикистане среди новых случаев заболевания ТБ возросло с 12,5 % до 19,9 % и среди ранее пролеченных случаев ТБ - снизилось с 53,6 % до 41,1 %, удельный вес пациентов с ШЛУ ТБ среди новых случаев МЛУ ТБ вырос с 12,7 % до 15,2 % и среди ранее леченных случаев ТБ – уменьшился с 21,3 % до 8,3 %. Показано, что ухудшение эпидемиологической ситуации по МЛУ ТБ в Таджикистане связано с недостаточным кадровым потенциалом, недостаточного инфекционного контроля, несвоевременное обследование контактных лиц с больным туберкулёзом, влияния ряда медико-социальных факторов на формирование МЛУ ТБ и логистикой управления противотуберкулёзной программой. Выявлено, что эффективность укороченного режима химиотерапии пациентов с МЛУ ТБ статистически достоверно выше персонифицированных (эмпирических) режимов и составляет 85,8% перед 66,8%.

Впервые в Республике Таджикистан изучены распространённость, сравнительная эффективность разных методов диагностики и лечения больных с легочной формой МЛУ ТБ. Выявлены проблемы раннего выявления, своевременной диагностики и раннего охвата лечением и влияние медико-социальных факторов на распространённость МЛУ ТБ в Республике Таджикистан. Установлено, что основным фактором роста распространённости лекарственно устойчивых форм ТБ, являются результаты нескольких взаимодействующих факторов - несоблюдение схемы лечения, неудачное лечение ТБ, отсутствие контролируемого лечения, ограничение или прерывание приема противотуберкулёзных препаратов, плохая их биологическая усвояемость, неадекватные схемы лечения, связанные с перерывами в поставках препаратов, отсутствием полного перечня противотуберкулёзных препаратов, единого стандарта лечения, а также низкий социально-экономический статус больного.

Рекомендации по использованию: Подход к оптимизации алгоритма лечения МЛУ ТБ и разработка комплекса профилактических мероприятий по снижению случаев МЛУ ТБ среди населения и повышению эффективности их лечения, позволят снизить бремя по туберкулезу в Таджикистане.

Области применения: общественное здоровье и здравоохранение и фтизиатрия.

АННОТАЦИЯ

МАҲМУДОВА ПАРВИНА УЛЬМАСОВНА ҚОНУНМАНДИИ ПРОТССЕССИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ СИЛИ БА ДОРУҶОИ СЕРШУМОР УСТУВОР

Калимаҳои калидӣ: Бемории сил, муқовимат ба доруҳои сершумор, микобактерияҳои сил, паҳншавӣ, аксуламалҳои номатлуб, доруҳои зидди сил.

Мақсади тадқиқот: Таҳияи маҷмӯи чорабиниҳои пешгирикунанда дар асоси далелҳои оид ба паст кардани вазнинии БСДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои гузаронидани тадқиқоти илмӣ оид ба омӯзиши самаранокии табобат беморони гирифтори бемории сил ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи якум, ки асосан 134 нафар беморни гирифтори БСДСУ дохил карда шуд, ки бо як курси кӯтоҳи муолиҷаи бемории сил (9-12 моҳ) табобат гирифтаанд. Гурӯҳи дуюм, гурӯҳи муқоиса, аз 268 беморони гирифтори БСДСУ иборат буд, ки бо речаи муолиҷаи стандартии БСДСУ дар давоми на камтар аз 20 моҳ табобат карда шудаанд. Барои иҷрои вазифаҳои, ки бо мақсади муоинаи беморон гузошта шудаанд, усулҳои зерини тадқиқот истифода шуданд:

Усулҳои клиникӣ ва рентгенӣ ва ҷамъоварии анамнези беморӣ;

Усулҳои генетикии молекулавии лабораторӣ;

Тадқиқоти лаборатории клиникӣ ва биохимиявӣ;

Усули таҳлилӣ, омӯзиши шаклҳои бақайдгирӣ ва ҳисоботдиҳӣ оид ба ошкор намудан ва паҳншавии БСДСУ (шаклҳои ТБ № 03У, ТБ № 01У, ТБ № 07У, ТБ № 08У).

Усули омории омӯзиши паҳншавӣ ва самаранокии табобати беморони гирифтори БСДСУ;

Усули иҷтимоии омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣю иҷтимоӣ ба ташаккули БСДСУ.

Натиҷаҳои бадастомада ва навоарии онҳо: Аз ҷиҳати илмӣ исбот шудааст, ки вазъи эпидемикии бемории сил бо муқовимат ба доруҳои микобактерияи сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба тамоюли пешраванда афзоиши паҳншавии он коҳиш ёфтааст. Дар тӯли 7 сол, ҳангоми муқоисаи динамикаи солҳои 2011 ва 2017, вазнинии бемории сил дар Тоҷикистон дар байни беморони нави БСДСУ аз 12,5% ба 19,9 % афзуда, дар байни беморони БСДСУ қаблан табобатшуда аз 53,6% то 53,6% коҳиш ёфтааст. 41,1%-и ҳиссаи беморони БСДВУ дар байни ҳолатҳои нави бемории сил аз 12,7% то 15,2% афзуда, дар байни беморони БСДВУ барвақт табобатшуда аз 21,3% то 8,3% кам шуд. Нишон дода шудааст, ки бад шудани вазъи эпидемиологии бемории сил дар Тоҷикистон ба нокифояи захираҳои инсонӣ, назорати нокифояи сироятӣ, сари вақт муоина накардани шахсони гирифтори бемории сил, таъсири як қатор омилҳои тиббӣю иҷтимоӣ ба ташаккули БСДСУ алоқаманд аст. Муайян карда шуд, ки самаранокии речаи кӯтоҳшудаи химиотерапия дар беморони гирифтори БСДСУ аз ҷиҳати оморӣ нисбат ба речаҳои фардӣ (эмпирикӣ) хеле баландтар (85,8% нисбат ба 66,8%) мебошад. Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳншавӣ ва самаранокии муқоисавии усулҳои гуногуни ташхис ва муолиҷаи беморони гирифтори БСДСУ дар шуш омӯхта шуд. Мушкilotи барвақт ошкор намудан, ташхиси саривақтӣ ва фарогирии барвақтии табобат ва таъсири омилҳои тиббӣю иҷтимоӣ ба паҳншавии БСДСУ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шуд. Муайян шудааст, ки омилҳои асосии афзоиши паҳншавии шаклҳои ба дору тобовари сил натиҷаи якҷанд омилҳои ба ҳам таъсиркунанда – риоя накардани речаи табобат, табобати бемуваффақияти бемории сил, набудани табобати назоратшаванда, маҳдудият ё қатъ намудани истеъмоли доруҳои зидди сил, бад будани ҳазмкунии биологии онҳо, режими нокифояи табобат вобаста ба қатъи таъминоти доруворӣ, мавҷуд набудани номгӯи пурраи доруҳои зидди сил, инчунин вазъи пасти иҷтимоию иқтисодӣ мебошанд.

Тавсияҳо барои истифода: Муносибат ба оптимизатсияи алгоритми табобати бемории сил ва таҳияи маҷмӯи тадбирҳои пешгирикунанда барои коҳиш додани ҳолатҳои БСДСУ дар байни аҳоли ва баланд бардоштани самаранокии табобати онҳо сарбории бемории сил дар Тоҷикистонро коҳиш медиҳад.

Самтҳои истифода: солимии ҷомеа ва ниғаҳдории тандурустӣ ва фтизиатрия.

ANNOTATION
MAKHMUDOVA PARVINA ULMASOVNA
REGULARITIES OF THE EPIDEMIC PROCESS AND THE EFFICIENCY OF TREATMENT
OF TB PATIENTS WITH MULTI-DRUG RESISTANCE TUBERCULOSIS ON THE
EXAMPLE OF PILOT REGIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Keywords: Tuberculosis, multidrug resistance, mycobacterium tuberculosis, incidence, adverse reactions, anti-tuberculosis drugs.

The purpose of the study: To develop an evidence-based set of preventive measures to reduce the burden of MDR-TB in the Republic of Tajikistan.

Material and research methods. To conduct a scientific study to study the effectiveness of treatment, patients with MDR-TB were divided into 2 groups. The first group, the main one, included 134 patients treated with a short course of treatment for MDR-TB (9-12 months). The second group, the comparison group, consisted of 268 MDR-TB patients treated with the standard MDR-TB treatment regimen for at least 20 months.

The following research methods were used to fulfill the tasks set for the purpose of examining patients:

- Clinical and radiological methods and collection of anamnesis of the disease;
- Laboratory molecular genetic methods;
- Clinical and biochemical laboratory research;
- Analytical method, study of registration and reporting forms on detection and prevalence of MDR-TB (forms TB No. 03U, TB No. 01U, TB No. 07U, TB No. 08U).
- Statistical method to study the prevalence and effectiveness of treatment of patients with MDR-TB;
- Sociological method of studying the influence of medical and social factors on the formation of MDR-TB.

The results obtained and their novelty: It has been scientifically proven that the epidemic situation of TB with drug resistance of Mycobacterium tuberculosis in the Republic of Tajikistan is reduced to a progressive trend of increasing its spread. Over a period of 7 years, when comparing the dynamics for 2011 and 2017, the burden of MDR-TB in Tajikistan among new TB cases increased from 12.5% to 19.9% and among previously treated TB cases decreased from 53.6% to 41.1%, the proportion of patients with XDR-TB among new cases of MDR-TB increased from 12.7% to 15.2% and among early treated TB cases decreased from 21.3% to 8.3 %. It is shown that the deterioration of the epidemiological situation of MDR-TB in Tajikistan is associated with insufficient human resources, insufficient infection control, untimely examination of contact persons with tuberculosis, the influence of a number of medical and social factors on the formation of MDR-TB and the logistics of managing the anti-TB program. It was found that the effectiveness of a shortened regimen of chemotherapy in patients with MDR-TB is statistically significantly higher than personalized (empirical) regimens and is 85.8% versus 66.8%.

For the first time in the Republic of Tajikistan, the prevalence and comparative effectiveness of various methods of diagnosis and treatment of patients with pulmonary MDR-TB were studied. The problems of early detection, timely diagnosis and early treatment coverage and the impact of medical and social factors on the prevalence of MDR-TB in the Republic of Tajikistan were identified. It has been established that the main factor in the increase in the prevalence of drug-resistant forms of TB are the results of several interacting factors - non-compliance with the treatment regimen, unsuccessful treatment of TB, lack of controlled treatment, restriction or interruption of anti-TB drugs, their poor bioavailability, inadequate treatment regimens associated with interruptions in supply of drugs, the lack of a complete list of anti-tuberculosis drugs, a single standard of treatment, as well as the low socio-economic status of the patient.

Recommendations for use: An approach to optimizing the MDR-TB treatment algorithm and developing a set of preventive measures to reduce MDR-TB cases among the population and increase the effectiveness of their treatment will reduce the burden of tuberculosis in Tajikistan.

Applications: public health and healthcare and phthisiology.