МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»

ВБР 616-002.5-07-036-08 (575.3)

Бо ҳуқуқи дастнавис

ЗИЁЗОДА ЗУБАЙДУЛЛОИ КАРОМАТУЛЛО

БАҲОДИҲИИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ШАКЛҲОИ БА ДОРУҲО ҲАССОС ВА ТОБОВАРИ МЕНИНГИТИ СИЛӢ ДАР МАРҲИЛАИ БЕМОРХОНАВӢ

Диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиббӣ аз рӯйи ихтисоси
3.1.16 – Фтизиатрия

Роҳбари илмӣ:
доктори илмҳои тиббӣ, дотсент
Закирова Қ

Душанбе – 2026

МУНДАРИҶА

Рӯйхати ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ.....3

Номгӯи ихтисораҳои доруҳои зидди силӣ.....4

Муқаддима.....5

Тавсифи умумии таҳқиқот.....7

БОБИ 1. Тавсифи умумии таҳқиқот оид ба патогенези инкишоф, зуҳуроти клиникӣ, ташхис ва муолиҷаи шаклҳои ба доруҳои зидди силӣ ҳассос ва тобовари менингиги силӣ ва оризаҳои онҳо (Шарҳи адабиёт)...14

1.1. Хусусиятҳои клиникӣ, эпидемиологӣ ва патогенетикии инкишофи менингити силӣ.....14

1.2. Ташхиси менингити силӣ ва оризаҳои онҳо, муайян кардани M. tuberculosis ва спектри тобовари он ба доруҳои зидди силӣ дар моеъи ҳароммағз.....24

1.3. Муолиҷаи шаклҳои ба доруҳо ҳассос ва тобовари менингити силӣ ва оризаҳои онҳо.....36

БОБИ 2. Мавод ва методҳои таҳқиқот.....47

БОБИ 3. Хусусиятҳои демографию клиникии беморон ва самаранокии ташхиси онҳо.....60

3.1. Хусусиятҳои демографӣ ва клиникии беморон.....60

3.2. Самаранокии ташхиси тафриқавии менингити силӣ ва оризаҳои онҳо...60

БОБИ 4. Самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо.....91

БОБИ 5. Баррасии натиҷаҳои таҳқиқот.....107

Хулосаҳо.....132

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот.....133

Рӯйхати адабиёт……135

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия……174

Замимаҳо……...178

Рӯйхати ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

БС	Бемории силӣ
ВНМО	Вируси норасоии масунияти одам
ҒШ	Ғайришуши
ДЗС	Доруҳои зидди силӣ
МД "ММБСШҶҚС"	Муассисаи Давлати «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина»
МД "МҶҲАБС"	Муассисаи Давлати «Маркази ҷумҳуриявии ҳимояи аҳолӣ аз бемории сил»
МС	Менингити силӣ
МЭМС	Менингоэнсефаломиелити силӣ
МЭС	Менингоэнсефалити силӣ
МҲ	Моеъи ҳароммағз
МБС	Микобактерияи сил
НТҶ	Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ
САМ	Системаи асаби марказиро
СҲД	Санҷиши ҳассосият ба доруҳо
СНС	Сирояти ниҳонии сил
ТУТ	Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ
ТД	Тобоварии доруҳо
ТК	Томографияи компютери
ТМР	Томографияи магнитию резонанси

Номгӯи ихтисораҳои доруҳои зидди силӣ

Доруҳо	Ихтисораҳо
Доруҳои даҳонгузари қатори якум	
Изониазид (Isoniazid)	H
Рифампитсин (Rifampicin)	R
Этамбутол (Ethambutol)	E
Пиразинамид (Pyrazinamide)	Z
Доруҳои тазриқӣ	
Канамитсин (Kanamycin)	Km
Амикатсин (Amikacin)	Am
Капреомитсин (Capreomycin)	Cm
Стрептомитсин (Streptomycin)	S
Фторхинолонҳо (FQ)	
Левофлоксатсин (Levofloxacin)	Lfx
Моксифлоксатсин (Moxifloxacin)	Mfx
Офлоксатсин (Ofloxacin)	Ofx
Дигар доруҳои қатори дуюм бо фаъолнокии бактериостатӣ	
Этионамид (Ethionamide)	Eto
Протионамид (Prothionamide)	Pto
Сиклосерин (Cycloserine)	Cs
Теризидон (Terizidon)	Trd
Кислотаи парааминосалитсилат	PAS
Доруҳои зиддибактериалии дар муоличаи ТД-БС истифодашаванда	
Клофазимин (Clofazimine)	Cfz
Линезолид (Linezolide)	Lzd
Амокситсиллин/клавуланот	Amx/Clv
Тиоатсетазон (Tiacetazone)	Thz
Кларитромитсин (Claritromycin)	Clr
Имипенем (Imipenem)	Ipm
Виомитсин (Viomycine)	Vm
Деламанид (Delamanide)	Dlm
Бедаквилин (Bedaquiline)	Bdq
Претоманид (Pretomanid)	Pa

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи (предмет) таҳқиқот. Тибқи Ҳисоботи глобалии Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ) аз соли 2023, Тоҷикистон яке аз 30 кишварест, ки бори гарони бемории силӣ (БС) шакли тобоварии доруҳо (ТД) дорад. Соли 2022 коэффитсенти баҳисобгирии гирифторшавии аҳолӣ ба БС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 78 ҳодисаро ба 100 ҳазор аҳолӣ, БС-ТД бошад 20 ҳодисаро ба 100 ҳазор аҳолӣ ташкил дод. Соли 2022 дар кишвар 4316 ҳолати БС ба қайд гирифта шудааст, аз ҷумла ҳиссаи БС бо ТД зиддисилӣ дар байни ҳодисаҳои нав 69,2% ва дар байни онҳое, ки муолиҷаи аз такрорӣ мегузаранд, 31,8% буд.

«Осеби силии пардаҳои мағзӣ ва системаи марказии асаб дорои аҳаммияти баланди тиббӣ-иҷтимоӣ боқӣ мемонад, зеро ба вариантҳои вазнинтарини сили ғайришушӣ тааллуқ дорад» муаллиф Синицын Михаил Валерьевич ва ҳаммуаллифон дар ин назаранд (2018). «Менингити силӣ зуҳуроти вазнин ва аз ҷиҳати пешгӯйӣ номусоиди сил аст. Рақамҳои дақиқ оид ба паҳншавии воқеии патологияи мазкур номаълум мебошанд, мувофиқи маълумоти муаллифони гуногун, аз 0,5% то 10%-и ҳолатҳо ба осеб дидани системаи марказии асаб (СМА) ҳангоми сил рост меоянд» [77, с. 76]. Зимни таҳқиқоти И.Ю. Бабаева ва ҳаммуаллифон таъкид гардидааст, ки «сили пардаҳои мағзӣ ва системаи марказии асаб (СМА) яке аз шаклҳои вазнинтарини сили берунишушӣ мебошад, зеро ҷараёни номусоиди клиникӣ, басомади баланди оризаҳои неврологӣ ва оқибатҳои марговар дорад. Мушкили ташхиси барвақт ҳанӯз ҳалношуда боқӣ мемонад» [8, с. 558]. Ба мубрам будани ин мушкил О.А. Кичерова бо ҳаммуаллифон ишора намуда қайд мекунад, ки «сили СМА миёни ҳамаи шаклҳои осебҳои сили берунишушӣ ҳиссаи нисбии калон дорад ва сарфи назар аз рушду дастрасии усулҳои муосири ташхис (ташхиси радиологӣ, ПСР-и ликвор) ва табобат, як мушкилоти мубраму аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳим аст. Сабаби сатҳи баланди маъюбшавӣ ва фавт ҳангоми менингоэнсефаломиелити силӣ бисёр вақт таъхир дар ташхиси клиникӣ мегардад, ки метавонад ба тасвири клиникии

ғайрихоси беморӣ, инчунин маълумоти нокифоя доштани натиҷаҳои муоинаи асбобӣ ва иммунологӣ алоқаманд бошад» [57, с. 135].

Муаллиф Макогонова, М. Е. дар он назаранд, ки қоидатан, «манбаи ибтидоии сили системаи марказии асаб одатан шуш аст» [77, с. 75]. Тибқи маълумоти М.Е. Макогонова ва ҳаммуаллифон, «зуҳуроти магнитӣ-резонансии сили асаб метавонанд ба дигар равандҳои патологии сироятӣ монанд бошад. Томографияи магнитӣ-резонансӣ бо контрастикунонии дохиливаридӣ имкон медиҳад, ки дақиқии ташхиси тафриқавӣ баланд бардошта шуда, равандҳои патологӣ дар муҳлатҳои барвақт ошкор карда шаванд. Ташхис ва тасдиқи осеби мағзи сар дар беморони гирифтори сил муқоисаи тасвири клиникӣ, маълумоти таҳқиқотҳои лабораторӣ, визуализатсияи шуоӣ ва мувофиқи имкон, маълумоти морфологиро талаб мекунад» [77, с. 75].

Муаллифон Ракишева А. С., Арбузова Е. В дар он ақидаанд, ки «далели иловагии мубрамии таҳқиқот душвор боқӣ мондани ташхиси барвақти менингити силӣ ҳатто дар сурати хос будани тасвири клиникӣ аст». Н.В. Корнетова ва ҳаммуаллифон таъкид мекунанд, ки «ташхиси барвақти беморӣ (дар муҳлати то 10 рӯз) дар камтар аз 20% беморон амалӣ шудааст, гарчанде симптомҳои умумӣ дар ҳудуди тасвири клиникии хос буданд» [66, с. 16]. Бино ба маълумоти ин муаллифон Борисов, С. Е, «менингити силӣ метавонад дар ҳолати ҳама гуна шаклҳои сил инкишоф ёбад, аммо бештар бо сили ибтидоӣ ва гематогенӣ бо мавҷҳои такрории бактериемия ба вуҷуд меояд. Асоси патогенетикии паҳншавиро ҳассосияти баланд нисбати МБС, ба ибораи дигар, марҳилаи манфии масуният ташкил медиҳад» [66, с. 18].

Т. Парфенова ва ҳаммуаллифон қайд мекунанд, ки «сабабҳои ташхиси дер ва хусусиятҳои ҷараёни менингоэнсефалитҳои силиро дар кӯдакон дар марҳилаи муосир таҳлил кардаанд, ки то ҳол ҳали худро наёфтааст» [107, с. 73]. Муаллиф Парфенова Т ва ҳаммуллифон «зарурати баланд бардоштани ҳушёрии табибон, сари вақт дарёт намудани бемори, беҳтар кардани оқибатҳои менингити сил, зарурати сари вақт муайян намудани далели

сироятёбӣ бо микобактерияҳои сил, ба кор бурдани усулҳои ташхиси этиологӣ, аз ҷумла реаксияи занҷири полимеразӣ ва Bactec ва дар сурати гумонбар шудан аз менингити силӣ фавран таъин кардани доруҳои зидди силӣ таин намудан» таъкид намуданд [107, с. 73].

«Ҳамин тариқ, аҳаммияти иҷтимоии беморӣ, маълумоти нокофӣ оид ба сабабҳои дер ошкор шудани менингитҳои силӣ ва талаботи омузиши хусусиятҳои ташхис ва самаранокии муолиҷаи онҳо зарурати гузаронидани таҳқиқоти мазкурро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон асоснок мебошад»

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Дар Тоҷикистон самаранокии ташхис, ташхиси тафриқавӣ ва табобати беморони гирифтори менингити силӣ бори нахуст мавриди таҳқиқ қарор дода шудааст. Ҷанбаҳои зикршуда ба қатори масъалаҳое дохил мешаванд, ки то ҳанӯз ҳалли худро пайдо накардаанд, ки боиси дар натиҷаи ташхиси дермонда ва табобати бесамар зери хавфи фавт мондани бисёр беморон мегардад.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзуъҳои илмӣ. Таҳқиқот дар доираи иҷрои мавзуи илмии кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” гузаронида шуда, ҳамчунин бо “Барномаи миллии ҳимояи аҳолӣ аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025” робита дорад (бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 феврали соли 2021, №49 тасдиқ карда шудааст).

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани сохтори шаклҳои клиникӣ, самаранокии ташхис ва муолиҷаи беморони гирифтори осеби сили мағзи сар ва ҳароммағз вобаста ба ҳассосияти доруйи онҳо ба доруҳои зиддисилӣ дар марҳилаи беморхонавӣ ва таҳияи маҷмӯи тадбирҳо оид ба пешгирии иллатҳои мазкур дар шароити кунунии эпидемиявии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани сохтори шаклҳои клиникӣ ва самаранокии усулҳои гуногуни ташхиси тафриқавии беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо.

2. Омухтани самаранокии муолиҷа бо реҷаҳои гуногуни химиотерапия барои беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои он вобаста ба спектри тобоварӣ ба доруҳо.

3. Таҳия намудани маҷмуи тадбирҳо оид ба самаранокии ошкорнамоӣ ва муолиҷаи менингити силӣ ва оризаҳои он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Объекти таҳқиқот. Дар давоми солҳои 2017-2023 ба Муассисаи давлатии “Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина” (МД “ММБСШ ва ҶҚС”) ҳамагӣ 167 бемор бо ташхиси “менингити силӣ” ворид гардида буданд. Беморон аз манотиқи гуногуни кишвар буданд, вале бештари онҳо аз дигар статсионарҳои неврологӣ ё сироятӣ интиқол шуданд.

Ҳангоми воридшавии беморон манзараи клиникии менингити силӣ аз шакли клиникии осеби силӣ ба мағзи сар ва ҳароммағз вобаста буд. Дар клиника беморон аз усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ташхису таҳқиқ, аз ҷумла аз усулҳои молекулавӣ-генетикӣ ва ситологӣ, радиологӣ (рентгени рақамии тафсирии узвҳои қафаси сина), томографияи компютерӣ, ташхиси ултрасадо (ТУС), томографияи компютерӣ (ТК), томографияи магнитию резонансӣ (ТМР), ТМР бо контрастикунонӣ ва пунксияи камарӣ гузаронида шуданд. Ба беморони гирифтори менингити силӣ дар шароити статсионари силӣ ҳар ҳафта бо мақсади ташхис ва мониторинги муолиҷа пунксияи камарӣ ва баъдан ташхиси лабораторӣ моеи ҳароммағз (GeneXpert MBT/Rif, Xpert MBT/Rif Ultra, Xpert MBT/Rif MDR ва таҳлили ситологӣ) гузаронида шуд. Ҳангоми ташхиси моеи ҳароммағз ҳамчунин динамикаи лейкотситҳо, сатҳи сафеда ва қанд ба назар гирифта шуд.

Мавзӯи (предмети) таҳқиқот. Омузиши муқоисавии самаранокии усулҳои гуногуни ташхис ва муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои ба доруҳо ҳассос ва ба доруҳо тобовари менингити силӣ ва оризаҳои онҳо.

Навгонии илмии таҳқиқот. Бори аввал дар асоси маълумотиҳои беморхонавии МД “Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина” манзараи эпидемиологии менингити силӣ ва мушкилоти марбут ба он дар минтақаҳои ҷудогонаи Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсиф ёфтааст. Дар таҳқиқот хусусиятҳои кунунии тасдиқнамоии ташхиси “менингити силӣ” дар шароити муосир, аз ҷумла арзёбии клиникии ҷараёни оризадори беморӣ ифшо карда шудаанд. Бори аввал таҳқиқоти омӯзиши муқоисавии самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори менингити силӣ бо оризаҳои он, бо назардошти ҳассосияти доругӣ ба доруҳои зиддисилӣ ва реҷаи химиотерапияи татбиқшаванда гузаронида шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Дар диссертатсия илман исбот шудааст, ки аксар вақт менингити силӣ дар беморони дучори паҳншавии раванди сил, беморони гирифтори шакли аввалияи бемории сил, ҳангоми бемории сили пошхӯрдаи шушҳо ва сили милиарии шушҳо, ба осеби ҳам мағзи сар ва ҳам ҳароммағз ҳамбаста аст, ки ҳангоми ошкоркунӣ ва муолиҷа таваҷҷуҳи бештарро талаб мекунанд. Инчунин муайян карда шуд, ки самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори иллати силии мағзи сар ва ҳароммағз, дар баробари оғози барвақти муолиҷа, аз спектри ҳассосияти доругии онҳо ба ДЗС низ вобаста аст. Бори аввал маҷмуи чорабиниҳое таҳия карда шуд, ки ба паст кардани фавтнокии беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо тавассути ошкоркунӣ ва муолиҷаи барвақтии беморон дар шароити имрӯзаи иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон нигаронида шудаанд.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1.Дар байни беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо бештар беморон аз вилояти Хатлон, баъд аз ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (НТҶ) ва шаҳри Душанбе мушоҳида шуданд.

2. Иллати алоҳидаи СМА танҳо дар 8,4% беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо рух медиҳад.

3. Самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо аз спектри ҳассосияти доругии микобактрияҳои БС ба ДЗС ва намуди химиотерапия вобастагӣ дорад.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Хулосаҳо ва пешниҳодҳо дар асоси таҳқиқи илмӣ ба барномаи омузиши табибон дар курсҳои тахассусгирии аввалия ва бозомузии такрорӣ дар заминаи кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” ворид карда шудаанд, инчунин дар амалияи ҳаррӯзаи табибон дар МД “Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода бурда мешаванд.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия бо ҳаҷми кифояи маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва интишорот тасдиқ карда мешавад. Хулосаву тавсияҳо бо таҳлили илмии натиҷаҳои омӯзиши беморшавӣ, фарогирӣ бо муоина ва табобати беморони гирифтори намудҳои гуногуни клиникии бемории менингитҳои сили ва оризаҳои онҳо, таҳия карда шудаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Диссертатсия ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси Фтизиатрия - 3.1.16: банди 1. Патогенези БС, омузиши хосиятҳои барангезандаи микобактерияи БС, таъсири мутақобилаи барангезандаи БС бо организми бемор, усулҳои муайян кардани микобактерияи БС, тағйиротҳои иммунологӣ, генетикӣ, патоморфологӣ, биохимиявӣ, патофизиологӣ дар организми бемор дар раванди беморӣ ва табобат; банди 2. Аломатҳои клиникии бемории сили узвҳои нафаскашии кӯдакон, наврасон ва калонсолон, ихтилоли функсияҳои узвҳои нафаскашӣ ва дигар узву системаҳо ҳангоми БС, БС бо бемориҳои ҳамроҳшуда, ташхиси бемории сили узвҳои нафаскашӣ бо истифода аз усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, шуоӣ, бронху шушҳо ва дигар усулҳои таҳқиқот, ташхиси тафриқавии бемории сили узвҳои нафаскашӣ ва дигар

бемориҳои шушҳо; банди 3. Муайян кардани эпидемиология ва омори БС, ташкили мубориза бар зидди БС, ваксинатсияи зиддисилӣ, муоинаи диспансерии контингентҳои беморони мубтало ба БС, химиопрофилактика, профилактикаи санитарии БС, ташхиси шуоӣ, ташхиси туберкулинӣ, ташхиси бактериологӣ ва молекулярӣ-генетикӣ дар муайян кардани БС, эпидемиологияи БС дар шароити тағйирёбанда, омузиши маҳзани сирояти сил ва роҳҳои сироятёбӣ, баҳамсирояткунии БС аз одамон ва ҳайвонот, шаклҳои нави чорабиниҳои зиддисилӣ ва корҳои санаторӣ, ҳисоботҳои оморӣ ва коркарди маълумотҳои оморӣ мутобиқ аст.

Саҳми шахсии довталаби дараҷаи илмӣ.

Аз тарафи муаллиф тафсири илмии 290 сарчашмаи адабиёти илмӣ гузаронида шудааст. Бо иштироки шахсии ӯ дар клиникаи МД “Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина” дар давоми солҳои 2017 – 2023 дар маҷмуъ 167 бемор баррасӣ карда шуд, аз тарафи унвонҷӯй маҷмуи усулҳои ташхисӣ (клиникӣ, радиологӣ ва лабораторӣ), инчунин пунксияи камарӣ дар динамикаи муолиҷа гузаронида шуд. Таҳти назорати шахсии унвонҷӯй ҳамаи беморон вобаста ба спектри ҳассосияти доругӣ курси пурраи муолиҷа тавассути ДЗС-ро гирифтанд. Ҳаҷми асосӣ ва ҳалкунандаи кор мустақилона анҷом дода шуда, як қатор навовариҳоро дар бар мегирад, ки саҳми шахсии муаллифро дар илм нишон медиҳанд. Навиштани тамоми бобҳои рисола, таҳияи ҳадафу вазифаҳо, муқаррароти барои дифоъ пешниҳодшуда, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ аз ҷониби унвонҷӯй шахсан иҷро карда шудааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.

Нуктаҳои асосии диссертатсия дар конференсияҳои зерин пешниҳод ва муҳокима шудаанд: Конференсияи XXVIII-уми солонаи илмӣ-амалӣ (бо иштироки байналмилалӣ) “Тамоюли муосири илм ва амалия дар соҳаи тандурустӣ” -и МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” (7 октябри с. 2022, Душанбе); Конференсияи XXIX-уми солонаи илмӣ-амалӣ (бо иштироки байналмилалӣ)

“Ҳамгироии технологияҳои муосир дар илм ва таҳсилоти тиббӣ - асоси тайёрнамоии кадрҳои муосири соҳаи тандурустӣ”, МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” (27 октябри с. 2023, Душанбе); Симпозиуми 10-уми минтақавӣ оид ба масъалаҳои табобати бемории сил дар кишварҳои Аврупои Шарқӣ ва Осиёи Марказӣ “Пешрафти илмӣ: ҳалли мушкилоти бемории сили ба доруҳо устувор дар дасти худи мо аст” (3-4 майи с. 2023, Душанбе); Конференсияи XIX илмӣ-амалии олимон ва донишҷӯёни ҷавон (бо иштироки байналмилалӣ) “Ҷавонон ва навовариҳои тиббӣ: эҷоди оянда – имрӯз” МДТ “Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” (3 майи с. 2024, Душанбе); Конференсияи илмию амалии 72-юми солона “Уфуқҳои нав дар илм, таҳсилот ва амалияи тиб” (бо иштироки байналмилалӣ) бахшида ба 85-солагии МДТ “Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” (1 ноябри с. 2024, Душанбе); Конференсияи XXX солонаи илмӣ-амалӣ (бо иштироки байналмилалӣ) “Илм ва таҳсилоти тиббӣ - аз анъана ба инноватсияҳо”, МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” (11 октябри с.2024, Душанбе); Конференсияи IV-уми солонаи ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ “Стратегияи рушди илми тиббӣ-иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон: таҷриба, мушкилот ва роҳҳои ҳалли онҳо”, МТҒ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” (18-19 октябри с. 2024, Душанбе).

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия.

Дар асоси маводи диссертатсия 19 таълифоти чопӣ, аз ҷумла 6 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, 13 фишурда ва 2 дастурамали методӣ ба табъ расидаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.

Маводи диссертатсия дар 189 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шуда, аз инҳо иборат аст: рӯйхати ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ, номгӯйи ихтисораҳои доруҳои зиддисилӣ, муқаддима, боби 1 “Тавсифи умумии таҳқиқот оид ба

патогенези инкишоф, зуҳуроти клиникӣ, ташхис ва муолиҷаи шаклҳои ба доруҳои зиддисилӣ ҳассос ва тобовари менингити силӣ ва оризаҳои онҳо (шарҳи адабиёт)”, ки 3 зербобро дар бар мегирад: “Хусусиятҳои клиникӣ, эпидемиологӣ ва патогенетикии инкишофи менингити силӣ ва оризаҳои онҳо”; “Ташхиси менингити силӣ ва оризаҳои онҳо, муайян кардани M. tuberculosis ва спектри тобовари он ба доруҳои зидди силӣ дар моеъи ҳароммағз”; “Муолиҷаи шаклҳои ба доруҳо ҳассос ва тобовари менингити силӣ ва оризаҳои онҳо”; боби 2 “Мавод ва методҳои таҳқиқот”; боби 3 “Хусусиятҳои демографию клиникии беморон ва самаранокии ташхиси онҳо”, ки 2 зербобро дар бар мегирад: “Хусусиятҳои демографӣ ва клиникии беморон”; “Самаранокии ташхиси тафриқавии менингити силӣ ва оризаҳои онҳо”; боби 4 “Самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо”; боби 5 “Баррасии натиҷаҳои таҳқиқот”; хулосаҳо; тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот; рӯйхати адабиёт; интишорот дар мавзуи диссертатсия; замимаҳо. Ба диссертатсия 28 ҷадвал ва 8 расм дохил карда шудаанд. Рӯйхати адабиёти истифодашуда 290 сарчашмаи адабиёти илмиро дар бар мегирад, ки 186-тоаш ба забони русӣ ва 104-тоаш ба забони англисӣ мебошанд. Рӯйхати интишороти унвонҷӯйи дараҷаи илмӣ оид ба мавзуи диссертатсия ҳамчунин замима карда мешавад.

БОБИ 1. ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ ОИД БА ПАТОГЕНЕЗИ ИНКИШОФ, ЗУҲУРОТИ КЛИНИКӢ, ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ ШАКЛҲОИ БА ДОРУҲОИ ЗИДДИ СИЛӢ ҲАССОС ВА ТОБОВАРИ МЕНИНГИТИ СИЛӢ ВА ОРИЗАҲОИ ОНҲО (ШАРҲИ АДАБИЁТ)

1.1. Хусусиятҳои клиникӣ, эпидемиологӣ ва патогенетикии инкишофи менингити силӣ ва оризаҳои онҳо

Туткышбаев, С. О ва ҳаммуаллифон қайд мекунанд, ки «менингити силӣ зуҳуроти бемории сили ғайришушӣ буда, дар 1–5% аз тақрибан 10 миллион ҳолати бемории сил дар саросари ҷаҳон инкишоф меёбад» [157, с 32-36; 239, с 20]. Ба ақидаи Seddon, J. A ва ҳаммуаллифон иброз менамояд,ки инкишофи «менингити силӣ ва оризаҳои онҳо натиҷаи паҳншавии M. tuberculosis ба мағзпарда, ҳароммағз ва моеъи ҳароммағз (МҲ) мебошад. МЭС як шакли вазнини МС мебошад, ки метавонад оризаи шаклҳои паҳншудаи беморӣ бошад» [263, с 167]. Авалиани, З. Р ва дигар муаллифон исбот намуданд, ки дар таҳқиқоти гузаронидашуда «вобаста ба паҳншавии марҳалаи менингити сили басомади инкишофи бемории сил фарқ мекунад, ҳамзамон ошкор карда мешавад, ки ҳиссаи баланд (тақрибан 10%) ба мамлакатҳои дорои вазнинии зиёди бемории сил дар муқоиса бо мамлакатҳои дорои сатҳи паҳншавии бемории сил рост меояд» (тақрибан 1%) [1, с 31-50; 47, с 96 -104; 97, с 207-209; 122, с 22-23; 124, с 18-19; 200, с 117–130].

Михайлова, Ю. Д ва ҳаммуаллифонаш «асъалаҳои марбут ба ташкили назорати сил, патогенез, эпидемиология, ташхис ва табобати сил ва дигар бемориҳои шушро фаро мегиранд, дар бар гирифта шудаанд» [83, с 279-298].

Миронова, А. Д ва ҳаммуаллифонаш «имкониятҳои реҷаҳои нав дар табобати силӣ ба доруҳо тобовар таҳлил карда мешаванд. Таваҷҷӯҳи махсус ба реҷаҳое, ки бедаквилин, деламанид ва претоманидро дар бар мегиранд, равона карда шудааст. Таҳқиқоте низ баррасӣ мешавад, ки аҳамияти интихоби давомнокии реҷаҳоро меомӯзад» [82, с 204-207].

Ба ақидаи Poplin V ва ҳаммуаллифон «ба ғайр аз МС инкишофи менингити сироятиро аксар вақт вирусҳо, бактерияҳо ва занбӯруғҳое

барангезиш медиҳанд, ки аксаран онро аз менингити силӣ ба вуҷуд омада фарқ кардан душвор аст» [253, с 132]. Мувофиқи маълумотҳои Венгеров, Ю. Я ва муалилифон «менингити вирусӣ ҳам дар кӯдакон ва ҳам дар калонсолон бештар дучор мегардад ва пас аз он менингити бактериявӣ ва занмбуруғӣ меистад» [22, с 78-85]. Муаллифон Aksamit A., J Jr., Berkowitz AL. «Streptococcus pneumoniae сабаби нисбатан паҳншудаи менингити бактериявӣ дар саросари ҷаҳон ҳам дар калонсолон ва ҳам кӯдакон мебошад, пас аз он Klebsiella pneumoniae ва сипас Neisseria meningitis меояд» [198, с 267-280]. Ба ақидаи Manyelo C. M [239, с 20], «менингити силӣ тақрибан 5% ҳолатҳои бемории сили ғайришуширо ташкил медиҳад, ки натиҷаи паҳншавии M. tuberculosis дар мағзпарда ва ҳароммағз мебошад ва ҳар сол менингити сили ҳадди аққал дар 100 000 нафар дар саросари ҷаҳон инкишоф меёбад» [35, с 60-65]. Мувофиқи маълумотҳои муаллифон Маргарет Хонга, Марк Патрик Никол «50% беморони гирифтори менингити сили мефавтанд ё аз оқибатҳои неврологӣ ва оризаҳо азият мекашанд. Менингити сили бештар дар кӯдакони хурдсол (2 то 4 сола) ва шахсони гирифтори ВНМО дучор мегардад» [40, с 6-8; 54, с 31-38; 55, с 15-28; 79, с 17-19; 80, с 55-58; 81, с 85-87; 93, с 35-45; 94, с 38-44; 95, с 207-209]. Муаллифон Л.Ю. Волобоева., Ю.В. Федосеев исбот намудан, ки «аз рӯи басомад, ҳам дар кӯдакон ва ҳам дар калонсолон бештар менингити вирусӣ дида мешавад, пас аз он менингити бактериявӣ ва менингити замбуруғӣ меоянд. Дар кӯдакони мамлакатҳои дорои дараҷаи баланди БС, МС (22%) ҳамчун шакли нисбатан паҳншудаи менингити бактериявӣ ба қайд гирифта шудааст, пас аз он Streptococcus pneumoniae (4%) ва Klebsiella pneumoniae (3%)» [23, с 237] меояд.

Мувофиқи маълумотҳои муаллифон Charles M. Manyelo, Regan S. Solomons,b Gerhard Walzl «Муолиҷаи клиникии менингитҳои сили аз сабаби фаҳмиши нопурраи иммунопатогенези асоси беморӣ вазифаи душвор мебошад». Муаллифон N. C. Bahr, D. R. Boulware, G. барои таҷдиди назар кардани донишҳо оид ба муолиҷаи ин беморӣ, аз ҷумла «таҳияи доруҳои

самараноки зидди силӣ, табоабти инфиродӣ, ваксинаҳо ва воситаҳои ташхис таҳқиқоти минбаъда заруранд».

Мушоҳидаи нимасраи МС дар беморхонаҳои Санкт-Петербург, ки аз ҷониби Н. В. Корнетова ва дигарон [66, с 14-24] гузаронида шуд, «ба таври боварибахш нишон медиҳад, ки дар фаҳмидани моҳияти ин патология, ҳанӯз як қатор мушкилот бартараф карда нашудааст, ки ҳамчун монеаи маълум дар роҳи ташхиси барвақти он ва аз ин рӯ муолиҷаи самаранок» [66, с 14-24] хизмат мекунанд.

Исбот шудааст аз тарафи муаллифон С.Е. Бликян., А.А. Енгибарян «менингити сили муолиҷа карда нашавад, МЭС инкишоф меёбад, ки метавонад натиҷаҳои номатлуб ва оқибатҳои бозгаштнопазири неврологӣ (асабӣ) дошта бошад, ки ташхис ва муолиҷаи зудро талаб мекунад» [14, с 330-340; 167, с 144-161]. Пешгӯӣ муаллифон Ю.А Рябов ва Чугаев, Ю. П «бевосита ба марҳилаи клиникии ташхис гузоштан алоқаманд аст» [132, с 345-380; 175, с 71]. Мувофиқи маълумотҳои муаллиф Basu, R. R ва ҳаммуаллифон (2021) «давомнокии аломатҳо метавонад аз 1 рӯз то 9 моҳ (одатан аз як ҳафта то як моҳ) фарқ кунад, ба давраи продромалӣ одатан хос нест; дарди сар, қайкунӣ, рушноитарсӣ ва табларзаро дар бар мегирад» [190, с 857]. Менингизм низ метавонад пайдо шавад [206, с 1240]. Ба ақидаи Шахгильдян, В. И ва ҳаммуаллифон қайд гирифта шудааст, ки «дар сурати сари вақт ташхис ва муолиҷа накардани беморони гирифтори МЭС дар рӯзи 10-11-уми баъди оғози беморӣ мефавтанд» [177, с 46-54]. World Health Organization «ошкор намудани МС аз вазнинии вазъи эпидемиологии ин минтақа шаҳодат медиҳад» [287, с 427-432]. Ба ақидаи муаллифон С.А. Ракишева, В.Е. Арбузова (2020) «ба менингити силӣ бештар кӯдакони сироятшуда аз манбаъҳои сироят, ки бо ваксинаи БСЖ эм карда нашудаанд, дучор мешаванд» [120, с 301-305]. Ба ақидаи З. И. Лурье «равиши беморӣ аз давраи продромалӣ оғоз мешавад, ки метавонад 1-4 ҳафта давом кунад, дар ин давра аломатҳои захролудшавии умумӣ пайдо мешаванд», ба мондашавии зиёд, дарди сар, ҳарорати субфебрилӣ, қайкунӣ, ки бо истеъмоли ғизо алоқаманд

нест, брадикардия. Дар рӯзҳои 5-7 аломатҳои менингеалӣ пайдо мешаванд - сахтии мушакҳои пушти сар, аломатҳои Керниг ва Брудзинский, баъд осеби асабҳои касохонаву мағзи сар (3-6 ҷуфт), птоз, олӯсии ҷудошаванда, тангшавӣ ё васеъшавии мардумаки чашм, пистонакҳои рукудии қаъри чашм, осеби асаби рӯй (7 ҷуфт) ҳамроҳ мешаванд. Аз рӯзи 8-ум давраи барангезиши системаи асаби марказӣ оғоз шуда, ҳарорат то 38-39℃ боло меравад, дарди сар, қайкунии «фавворашакл», анорексия шиддат мегирад, шуур фурӯ менишинад, брадикардия бо тахикардия, гиперестезияи пӯст иваз мешавад, ихтилоли вегетативӣ-рагӣ (дермографизми сурх дар рӯй ва сина, доғҳои Труссо) [33, с 20-23] ҳамроҳ мешаванд.

В.Е. Корж (2023) Таҳлилҳо нишон медиҳад, ки «баръакси аксари шаклҳои менингити бактериявӣ, МЭС эҳтимоли зиёд дорад, ки ба ихтилоли асабӣ, аз ҷумла тағирёбии ҳолати рӯҳӣ, тағирёбии шахсият оварда мерасонанд, осебҳо метавонанд боиси фишурдани рагҳои асаб, норасоии асабҳои мағзи сар ва сактаи мағзи сар гарданд» [61, с 55-62].

Муаллифон M. A. El-Shazly, A. A. El-Shazly, M. A. El-Sayed «Агар бемор манзараи клиникии менингоэнсефалит дошта бошад, махсусан дар гурӯҳҳои хавфи баланд ё минтақаҳои эндемӣ, клинитсист бояд ҳангоми этиологияи сил эҳтиёткории баланди клиникӣ дошта бошад». Ба ақидаи муаллифон Y. C. Wang, Y. H. Lin, C. H. Lin «Ҳангоми фарқ кардани МЭС аз дигар менингоэнсефалитҳо, махсусан менингитҳои қисман муолиҷашуда аксар вақт номуайянии ташхисӣ вуҷуд дорад». Муаллифон А. П. Демчило Е. И. Козорез барои ташхиси тафриқавии «менингоэесефалит бояд на танҳо аз дигар шаклҳои менингити шадид ва зершадид, балки аз шароитҳои воқеӣ, ба монанди сироятҳои вирусӣ ва думмалҳои мағзи сар фарқ кунад».

Муаллиф М. К. Недзведь дар он ақидааст, ки «Ҷойгиршавии дунгичаи васеъшаванда (яъне манбаи Рич) намуди иллатнокшавии системаи асаби марказиро (САМ) муайян мекунад». Муаллифон Арнольд Рич ва Говард Маккордок фармудаанд, ки «Туберкулаҳое, ки ба фазои субарахноид ворид мешавад, боиси менингит мешаванд, ҳоло он ки дар паренхимаи мағзи сар ё

ҳароммағз амиқтар ҷойгиршавии онҳо боиси туберкулёмаҳо ё думмал мешаванд». «Экссудати (тарашшуҳи) ғафси полудамонанд метавонад ба рагҳои хунгарди кортикалӣ ё менингеалӣ ворид шуда, боиси илтиҳоб, обстуратсия ё сактаи мағзи сар шавад». «Баръакси аксари шаклҳои менингитҳои бактериявӣ, МС одатан дар асоси косахонаи сар (менингитҳои базалӣ) пайдо шуда метавонад, ки боиси вайроншавии зуд-зуди асабҳои краниалӣ (аз ҷумла III, VI ва VII) ва гидросефалияи обструктивӣ (инсидодӣ) аз сабаби систернаҳои базилярӣ мегардад», маълумот медиҳад маллиф Арнольд Рич ва Говард Маккордок. Исбот шудааст, ки мувофиқи маълумотҳои муалиф Cresswell, F. V (2020) «иллатҳои минбаъдаи неврологӣ аз сабаби се раванди умумӣ ба вуҷуд меояд: ҳосилшавии илтиёмҳо, васкулити облитератсияшаванда ва энсефалит ё миелит» [197, с 164].

Зимни таҳқиқоти И. С. Искаков ва ҳаммуаллифон «туберкулёмаҳо манбаъҳои казеозии конгломератӣ мебошанд, ки дар паренхимаи (лаҳимаи) мағзи сар ба вуҷуд меоянд. Онҳо метавонанд дар ҳар ҷойи мағзи сар пайдо шаванд. Манбаъҳои фаъоли дар марказ ҷойгиршуда метавонанд ба андозаи назаррас расида, боиси менингит нашаванд. Дар шароити муқовиматпазирии сусти вазъи масуният ин раванд метавонад ба шаклҳои манбавии серибрит (илтиҳоби мағзи сар) ё ҳосилшавии думмали ошкор оварда расонад, аммо ҷараёни муқаррарӣ-омезиши манбаъҳои казеозӣ ва инкапсулятсияи фиброзӣ (яъне туберкулёма) мебошад» [50, с 58-64; 290, с 857].

Ye T., Luo Y. Зикр менамоянд, ки «туберкулёмаҳо метавонанд ҳатто ҳангоми муолиҷаи идомаёбандаи зидди силӣ якҷоя шавад ё андозааш калон шавад, бо вокуниши иммунологии организм шарҳ дода мешавад. Туберкулёма инчунин метавонад ба рагҳои ҳамшафати дохили косахонаи сар таъсир расонда, аксар вақт боиси васкулит ва ҳамчун натиҷа сактаи мағзи сар гардад» [289, с 2320-2321].

Dian S. ва ҳаммуаллифон (2020) «ихтилоли нейрорадиологиро дар гурӯҳи беморҳои гирифтори МС дар Индонезия омӯхтанд. Бо истифода аз сканеркунии ТМР, муаллифон беморони гирифтори туберкулёмаи милиари

ва афзоиши менингеалии қисмҳои базалии мағзи сарро ошкор намуданд» [205, с 323].

Yadav S. ва ҳаммуаллифон (2022) «Мувофиқи маълумоти интишороти гуногун, басомади назорати ихтилолҳои нейрорадиологӣ хеле фарқ мекунад, ки аз таносуби МС аз ҷиҳати микробиологӣ тасдиқшуда дар доираи беморони омӯхташуда вобаста аст» [288, с 654-656]. Е. С. Иващенко ва И. С. Протасов «Ихтилоли нейрорадиологӣ дар шароити мо бештар дар беморони дер муроҷиат намудаи гирифтори МС, дар марҳилаҳои кӯҳнашудаи беморӣ мушоҳида мешавад иброз мекунад». S. K. Singh, A. K. Singh, R. K. Singh «Дар асоси натиҷаҳои ибтидоии ТМР, муаллифон натавонистанд фарорасии ҳолатҳои бадшавии парадоксалӣ, маъюбӣ ё маргро ҳангоми назорати минбаъдаи беморони гирифтори МС пешгӯӣ кунанд». Муҳаққиқон Li, Y. J., Wilkinson, K. A., Wilkinson, R.J «гуногун механизми инкишофи ихтилоли нейрорадиологиро ба таври мухталиф шарҳ медиҳанд. Ба ақидаи баъзе муаллифон Li, Y. J., Wilkinson, K. A., Wilkinson, R.J муҳосира кардани реабсорбсия (ҷаббиши) моеъи ҳароммағз аз сабаби экссудати ғафси базалӣ, ки дар марҳилаҳои минбаъдаи беморӣ ба вуҷуд меояд, ба амал меояд, ки он инчунин шараёнҳои воридшаванда ва асабҳои косахонаи сарро дар бар мегирад» [232, с 82–86]. S. K. Singh, A. K. Singh, R. K дар он назаранд, ки «Иллатҳои ҳадди ақал дар марҳилаҳои аввали беморӣ метавонанд дар тасвирҳои муқаррарии ТМР сарфи назар карда шаванд, хусусан агар онҳо бе контрастикунонӣ ба даст оварда шуда бошанд, фарқиятро дар басомади мушоҳидаҳои ихтилоли нейрорадиологӣ бо рушди илтиҳоби зоҳиршаванда шарҳ медиҳанд».

Муаллифон Schaller, M. A., Wicke F., Foerch C иброз менамоянд, км «сарфи назар аз муолиҷаи мувофиқи зидди силӣ, туберкулёмаҳои аз нав инкишофёбанда ё калоншавандаи дохили косахонаи сар пас аз беҳбудии аввалия метавонанд дубора мушоҳида карда шаванд» [262, с 3–18]. Мувофиқи маълумотҳои муаллифон А.Д. Климук., М.Е. Скрягина., И.М. Дюсьмикеева (2020), «бисёре аз беморон пас аз ду моҳи муолиҷаи зидди силӣ метавонанд

бад шудани натиҷаҳои ТМР (ба истилоҳ «аксуламалҳои парадоксалӣ») мушоҳида карда шаванд, ҳазамон маъмултаринашон туберкулёмаҳои нави милиарӣ ва пурзӯршавии менингеалии пардаҳои мағзи сар мебошанд» [58, с 709-713]. Муаллифон S. K. Singh, A. K. Singh, R. K. Singh таҳкид менамоянд, ки «боиси тавақҷуҳ аст, ки аксари ин аксуламалҳои радиологии парадоксалӣ бо маълумотҳои нави клиникӣ ҳамбастагӣ надоштанд. Ин натиҷаҳо бо дигар таҳқиқотҳо мувофиқат мекунанд, ки нишон медиҳанд, ки бадшавии нисбатан бештари радиологӣ зиёдшавии беаломати миқдор ё андозаҳои туберкулёма мебошад, ки аксар вақт дар давоми 3 моҳи пас аз оғози муолиҷаи зидди силӣ ба амал меоянд»

Маълумотҳои муаллифон Рябов, А. Ю, Manyelo, C. M ва дигар ҳаммуаллифон «дар бораи он мавҷуданд, ки тавассути инкишофи гидросефалия ва сактаи мағзи сар марганҷомиро аз МС пешгӯи кардан мумкин аст» [135, с 478-479; 238, с 376].

Мувофиқи маълумоти муаллифон Soni N., Bathla G., Tandon, P. N дар як таҳқиқот «сактаҳои мағзи сар ва туберкулёма асосан ба андозаи хурд ошкор карда шуданд, бе таъсири андоза ва массаи боиси варами мағзи сар шаванда буданд. Як ҳолати думмали силӣ низ тавсиф шудааст, ки як иллати калони ҳалқашакл ва варами вазогении атроф ва таъсири самараи андоза ва вазнро нишон медиҳад» [271, с 1281-1284]. Муаллифон S. K. Singh, A. K. Singh, R. K. Singh «Барқарорсозии динамикии функсионалии функсияҳо дар беморони бе аксуламалҳои парадоксалӣ мушоҳида карда мешавад, ки тахминан бо нигоҳ доштани роҳҳои кортикоспиналӣ (қишру ҳароммағз) ва кортикобулбарӣ (қишру мағзи дарозрӯя) асоснок мешаванд, ки ба онҳо осеби ишемикии бемории туберкулёмаи калоншуда таъсир расонда метавонад». Муаллиф S. K. Singh «Муҳим аст, ки ошкор кардани аксуламалҳои парадоксалӣ ҳамчун муолиҷаи бесамар, ташхиси алтернативӣ ё муқовимати доругӣ шарҳ дода нашавад, зеро ин метавонад ба қарори хатарнок дар бораи рад кардани истеъмоли доруҳои зиддисилӣ ва стероидҳо оварда расонад» [114, с 60-66; 159, с 285-286; 173, с 67-71; 250, с 323].

Инкишофи патогенетикии менингоэнсефалит аз сирояти респиратории БС ва минбаъд паҳншавии гематогении он ба САМ ва ҳароммағз оғоз меёбад. Бемории сил оғоз меёбад ва макрофагҳои алвеолярӣ, нейтрофилҳо ва ҳуҷайраҳои дендритӣ фаъол мешаванд ва бисёр ситокинҳо, хемокинҳо ва пептидҳои зиддимикробиро хориҷ мекунанд. Дар зери таъсири ситокинҳо ва химокинҳо, ҳуҷайраҳои дендритии сироятёфта ба гиреҳҳои лимфаҳои маҳаллӣ муҳоҷират мекунанд, то фарқкунии ҳуҷайраҳои ёрирасони Т-хелперҳои 1-ро, ки ситокинҳоро (гамма интерферон [IFN-] ва омили некрозии омоси алфа [TNF-])-ро дар ҷои сироят хориҷ мекунанд ва макрофагҳо ва ҳуҷайраҳои дендритиро барои тавлиди ситокинҳои зиддимикробӣ фаъол мекунанд ва пептидҳо барои пешгирии сироят. Дар ниҳоят, гранулома ҳангоми дар ҳолати пинҳон будани батсиллаҳо ба вуҷуд меояд. Паҳншавии гематогенӣ ба дигар системаҳои узвҳо, аз ҷумла СМА, метавонад пас аз яке аз ду раванд ба амал ояд, яъне: (i) бактериемияи кӯтоҳмуддат ҳангоми азхудкунии микобактерияи сил дар гиреҳҳои лимфатикии маҳаллӣ дренажӣ метавонад ҳангоми сирояти ибтидоии сил, пеш аз пайдоиши гранулема инкишоф ёбад; ё (ii) марҳилаи ниҳонии сироят метавонад ба шакли фаъоли сил аз сабаби бад шудан ё кам шудани аксуламали масунӣ, хусусан дар пиронсолон, одамони дорои системаи заифи масунӣ ё одамони хеле ҷавон, ки боиси вайроншавии бофтаи шуш мешаванд. Микобактерияи сил эпителияи алвеолярӣ тавассути фагоситҳои сироятёфта ё дар шакли бактерияҳои озод канорагирӣ мекунанд, ҳамзамон охирин бо ду сафедаи бактериявӣ дар якҷоягӣ бо адгезини гемагглютинини гепарин пайваст ҳастанд [261, с 231-236]. Чубчамикроби сил метавонад тавассути тавораи бо истифода аз механизмҳои зерини тахминӣ муҳоҷират кунад: (i) «аспи троянӣ», ки дар он M.tuberculosis монеаҳо - макрофагҳо ва нейтрофилҳои сироятшуда давр зада мегузаранд [198, с 33-45]; ё (ii) инвазияи батсиллярии эндотелияи мағзи сар, ки тавассути M.tuberculosis ғайримустақим ифода мегардад [273, с 144]. Мувофиқи назарияи Мвллия «Дар мағзи сар чубчамикроби сил инкишофи иллатҳои силиро (ҳамчун манбаъҳои Рич маълум аст) дар мағзпардаҳо, сатҳи

субпиалӣ (зери нармпардаи мағзи сар) ё субэпендималӣ барангезиш медиҳанд. Дар ин маврид M.tuberculosis ба фазои зериан кабутиявӣ ё системаи меъдачагӣ ворид шуда, боиси сирояти грануломатозӣ ва илтиҳоби минбаъдаи мағзпардаҳо мегардад» [256, с 1675].

Мувофиққи таҳқиқотҳои Ахтичанова, Г. О, Исроилов, У. А ва ҳаммуаллифон маълум гашт, ки «нақши паҳншавии милиарӣ, илова ба механизми патогенетикии аз ҷониби умум қабулшудаи Рич, дар асоси маълумоти минбаъдаи клиникӣ, патологӣ ва эпидемиологӣ аз нав дида баромада шуд. Дар 75% кӯдакон пайдоишии МС камтар аз 12 моҳ пас аз сирояти аввалия рух медиҳад» [7, с 31-39; 51, с 203-206]. Муаллифон Carlo Foppiano Palacios., Paul, G. Saleeb равиши бемориро чунин шаҳр доданд «Аксуламалҳои илтиҳобӣ боиси пайдо шудани экссудати ғафс дар пояи мағзи сар мешаванд. Экссудати зиччи базилярӣ систернаҳои базалии субарахноидиро тавассути ташаккули адгезияҳо маҳкам мекунад, ҷоришавии моеъи мағзи сарро душвор мегардонад ва боиси гидросефалия ва баланд шудани фишори дохили косахонаи сар мегардад. Паҳншавии минбаъдаи экссудат ба инҳо оварда мерасонад: (i) васкулитҳои масдудкунандаи рагҳои хурди нуфузкунанда, ки боиси инкишофи тағйироти ишемикии манбаъвӣ ва паҳншуда дар асабҳои косахонаи сар мегарданд, дар ҳоле ки баста шудани рагҳои калонтар боиси сактаи майнаи сар мегардад; ва (ii) периневрит, ки боиси фалаҷи асабҳои косахонаи сар мегардад; ва дар ҳолатҳои вазнин (iii) иллати бевоситаи паренхима (лаҳима) мегардад» [224, с 2196-2199; 249, с 148-156].

Муаллиф de Almeida, S. M тавсиф менамояд, ки «дар марҳилаи имрӯза иммунопатогенези МС низ муфассал тасвир шудааст: дар САМ макрофагҳои резидентӣ, ва шояд маълумтарин ҳуҷайраҳои эффектории масунӣ барои шинохтан ва интернализатсияи M.tuberculosis масъуланд, мебошанд» [202, с 267-276]. Муаллиф de Almeida, S. M ҳамчунин қайд менамояд, ки «ҳуҷайраҳои микроглиалӣ ва нейтрофилҳо ва макрофагҳои сироятшудаи муҳоҷир зуд фаъол мешаванд ва метавонанд экспрессияи молекулаҳои гуногунро нуфуз ва

афзоиш диҳанд, инчунин ситокинҳо ва химокинҳоро тарашшуҳ намоянд, ки дар навбати худ аксуламалҳои масуниро дар САМ амсиласозӣ менамоянд» [203, с 130-139]. Eurelings, L. E. M қайд мекунад, ки «ситокинҳо ва химокинҳо метавонанд тавораи гематоэнсефаликиро вайрон карда, маҷрои дигар ҳуҷайраҳои сироятнашударо (монотситҳо, нейтрофилҳо ва лимфоситҳо) таъмин кунанд» [229, с 201]. Муаллиф Otto C қайд намудааст, ки «ҳуҷайраҳои сироятшуда (ҳуҷайраҳои микроглиалӣ ва ҳуҷайраҳои муҳоҷир) дар якҷоягӣ бо ҳуҷайраҳои сироятнашудаи муҳоҷир ба ташаккули манбаи Рич оварда мерасонанд. Пас аз шикастани манбаи Рич, баровардани M.tuberculosis ба фазои субарахноидӣ (зерианкабутиявӣ) ҷавоби ҷузъии Т-ҳуҷайраро ба вуҷуд меорад, ки бо илтиҳоби казеозии грануломатозӣ тавсиф мешавад».

Нақши ҳуҷайраҳои Т ва ҳуҷайраҳои NK дар менингитҳои сил аз ҷониби якчанд таҳқиқот тасдиқ карда шудааст [217, с 342-347; 236, с 104-115]. Бартарии ҳуҷайраҳои Т ва ҳуҷайраҳои NK дар моеъи ҳароммағз дар беморони гирифтори МС бо зиндамонии беҳтар алоқаманд буд [228, с 401].

Медиаторҳои илтиҳоб (ситокинҳо ва хемокинҳо), аз ҷумла TNF-, IFN-, IL-1, IL-6, IL-8 ВА IL-10 дар моеъи мағзи сар дар беморони менингити сил баланд карда шудаанд [222, с 116979]. TNF- бар зидди M.tuberculosis тавассути ташаккули гранулемаҳо нақши муҳофизатӣ мебозад [223, с 830029; 234, с 116025].

Омили афзоиши эндотелии рагҳо - VEGF омили пурқуввати васеъкунандаи рагҳо ва ангиогенез, васкулотоксикӣ, протромботикӣ, ҷараёни хуни мағзи сарро коҳиш медиҳад ва оксиди азот, инчунин радикалҳои озоди оксигенро ҳавасманд мекунад. Ҳангоми менингитҳои сили, VEGF бо инкишофи варами мағзи сар ва вайронкунии девораи гематоэнтсефалӣ алоқаманд аст, ҳамзамон индуксияи он тавассути TNF баррасӣ мешавад [192, с 1084].

Ба ақидаи муаллифон Li X., Du W «раванди клиникии менингитҳои силӣ одатан ҳамчун як бемории зершадид зоҳир мешавад, ки дар тӯли ҳафтаҳои зиёд (ба ҳисоби миёна аз 5 то 30 рӯз) бо аломатҳои ғайримуқаррарӣ, аз ҷумла

субфебрилтет, нотобӣ, дарди сар, чарх задани сар, қайкунӣ, тағирёбии шахсият ва аломатҳои марбут ба сили шушҳо алоқаманд (масалан, сулфа) идома меёбад» [231, с 126-130]. Муаллиф Kidd, D. P «исбот намудааст, ки дар беморони гирифтории марҳилаи кӯҳнашудаи беморӣ дарди сари нисбатан сахт, тағйирёбии ҳолати рӯҳӣ, инсулт, гидросефалия ва нейропатияҳои краниалӣ мушоҳида карда мешавад» [225, с 199-212].

Мувофиқи маълумотҳои муаллифон Charles M Manyelo, Regan S Solomons, Gerhard Walzl, Novel N Chegou «Дар кӯдакон, нишонаҳои клиникӣ метавонанд бепарвоии аввалия ё асабоният, ки ба менингизм мегузарад, нишонаҳои фишори баланди дохили сар ва нишонаҳои неврологии манбаъвиро дар бар гиранд» [214, с 1973-1991]. Ҳангоми таҳқиқоти Федькина, Ю. А ва муаллифони дигар муайян карда шуд, ки «дар калонсолон, аломатҳои клиникӣ метавонанд шахшавии гардан, фалаҷи асабҳои косахонаву мағзи сар (асабҳои косахонаи сарии III, IV, VI ва VIII), дарҳамбарҳамшавии шуур ва иғморо дар бар гиранд. Ихтилоли клиникии мутаҳаррикӣ (моноплегия, гемиплегия ё параплегия) тақрибан дар 10-20% ҳолатҳо рух медиҳад. Марг ҳамеша ногузир аст, агар МЭС муолиҷа карда нашавад» [164, с 143-147].

1.2. Ташхиси менингити силӣ ва оризаҳои онҳо, муайян кардани M. tuberculosis ва спектри тобовари он ба доруҳои зидди силӣ дар моеъи ҳароммағз

Garcia, J. J. B. қайд мекунад, ки «зуҳуроти клиникии ғайри муқаррарӣ ва ҳассосияти маҳдуди усулҳои мавҷудаи лабораторӣ ташхиси менингити силӣ ва оризаҳои онҳоро аз сабаби табиати олиго-батсиллярии МС душвор мегардонад» [211, с 17].

Ба ақидаи муаллифон В.К. Шур., Г.С. Фролова., И.Н. Акимова «ташхиси менингити силӣ ва оризаҳои онҳо мураккаб аст ва аксар вақт ба таъхир меафтад ва аз ин рӯ, агар гумонбари ба МС мавҷуд бошад, бояд тамоми маҷмӯи дастраси чораҳои ташхисӣ, аз ҷумла усулҳои клиникӣ ва радиологи ва таҳқиқоти моеъи ҳароммағз (МҲ) истифода шаванд» [179, с 108-111; 207, с 1240].

Муаллиф M. A. Marais «Усулҳои ҳоло истифодашавандаи ташхиси менингити силӣ ва оризаҳои онҳо, махсусан дар кӯдакон, эътимоднок нестанд» [70, с 791-795; 168, с 337-341]. Муаллифон В.Т. Пьянзова., Т.Ю. Джангильдин «аломатҳо ва нишонаҳои беморӣ ғайримуқаррарӣ буда, тестҳое, ки барои ташхиси беморӣ истифода мешаванд, баландолоиш буда, вақти зиёдро талаб мекунанд. Тестҳои умумии ташхисӣ, аз ҷумла ҳисобкунии ҳуҷайраҳои сафеди хун (лейкоситҳо) дар МҲ (лейкоситҳо) бо тафриқави, ченкунии сафедаи умумӣ ва сатҳи глюкоза» [116, с 37-44]. M. A. Marais дар амалия чунин гуфтааст «Тағйироти муқаррарӣ дар МҲ ҳангоми МС зиёдшавии сафедаи умумӣ, паст шудани таносуби қанд дар МҲ ва зардоб ва зиёдшавии миқдори умумии лейкоситҳоро бо плеотситози лимфоситарӣ дар бар мегирад». D. van de Beek, C. Cabellos ва ҳаммуаллифон «Менингити бактериявӣ бо миқдори кам ё зиёди сафедаи умумӣ, паст шудани таносуби қанд дар МҲ ва зардоб аз дараҷаи сабук то дараҷаи назаррас ва афзоиши шумораи умумии лейкоситҳо бо бартарии нейтрофилҳо тавсиф мешаванд». Муаллиф R. L. Hammersley «Ҳангоми менингитҳои вирусӣ сатҳи сафедаи умумӣ аз муқаррарӣ то баланд мушоҳида мешавад, одатан таносуби муътадили қанд дар МҲ ва зардоб ва ҳадди ақали шумораи умумии лейкоситҳо бо бартарии лимфоситҳо; Менингити замбуруғӣ бо баланд шудани сатҳи сафедаи умумӣ, таносуби пасти қанд дар моеъи ҳароммағз ва зардоб ва ҳадди ақали шумораи умумии лейкоситҳо бо бартарии лимфоситҳо тавсиф карда мешаванд» [178, с 29-38]. Муаллиф Ракишева, А. С ва ҳаммуаллифон «алгоритмҳои гуногуни ташхисӣ, ки аломатҳоро ба инобат мегиранд, дар ҳамбастагӣ бо натиҷаҳои тестҳои лабораторӣ ва айёнӣ барои истифода ҳангоми таснифи шахсони ба МС гумонбар, лоақал барои мақсадҳои таҳқиқотӣ пешниҳод карда шудаанд» [119, с 221-225; 160, с 224-226; 169, с 84-88].

Муаллифон Б. П. Шарипов, Д. М. Юсупджанова, У. Ю. Сироджидинова, Д. М. Ибрагимова «Усули муосири молекулавии генетикӣ барои муайян кардани МТВ дар моеъи мағзи сар (CSF) — G-XPERT MTB/RIF — дар

ташхиси менингити силӣ арзиши баланди ташхисӣ дорад, ки бартарии он муайян кардани зуди муқовимат ба дору ба рифампицин мебошад». Маълумоти мо Сироджидинова У.Ю., Бобоходжаев О.И., Укуматшоева «нишон медиҳад, ки менингити силӣ дар кӯдаконе, ки бо ваксинаи BCG эм нашудаанд, кӯдаконе, ки аз манбаъҳои сироятёбии сил ва кӯдаконе, ки аз оилаҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ ва иқтисодӣ осебпазиранд, бештар маъмул аст» [142, с 20].

Leonard, J. M дар ин бора маълумоти медиҳад «мушкилоти марбут ба дермонии ташхиси МЭМС алоқаманд аксар боиси оқибатҳои зараровар барои беморон мегарданд. Ин мушкилот дар кӯдакони хеле хурдсол боз ҳам ҷиддитаранд. Аломатҳо ва нишонаҳои беморӣ ғайримуқаррарӣ буда, тестҳое, ки барои ташхиси беморӣ истифода мешаванд, хеле инвазивӣ буда, вақти зиёдро талаб мекунанд. Барои ташхиси менингит санҷишҳои умумии ташхисӣ, аз ҷумла ҳисоб кардани ҳуҷайраҳои сафеди хун дар моеъи ҲМ (лейкоситҳо) бо чен кардани сафедаи умумӣ ва сатҳи қанд талаб карда мешаванд» [230, с 66]. Муаллиф M. A. Marais «Тағйироти маъмулии МҲ дар МС афзоиши сафедаи умумӣ, паст шудани таносуби қанд дар МҲ ва зардоб ва афзоиши шумораи умумии ҳуҷайраҳои сафеди хун бо плеотситози лимфоситҳоро дар бар мегирад» [226, с 379-393].

Менингитҳои бактериявӣ бошанд бо афзоиши сабӯк ё баландшавии зоҳиршавандаи сафедаи умумӣ, пастшавии сабук ё зоҳиршавандаи таносуби қанд дар моеъи ҲМ ва зардоб тавсиф мешавад [154, с 303-306; 163, с 123-125].

Ҳангоми менингити вирусӣ дараҷаи сафедаи умумӣ аз муқаррарӣ то баланд, одатан таносуби муқаррарии қанд дар моеъи ҲМ ва зардоб ва ҳадди ақали миқдори умумии лейкоситҳо бо бартарии лимфоситҳо мушоҳида мешавад; дар ҳоле ки менингити замбуруғӣ бо баланд шудани сатҳи сафедаи умумӣ, таносуби пасти қанд дар моеъи ҲМ ва зардоб ва ҳадди ақали миқдори умумии лейкоситҳо бо бартарии лимфоситҳо тавсиф мешаванд [191, с 755-760; 281, с 701].

Муаллифон Thwaites, Marais «Аз сабаби нокифоя будани гузаронидани таҳқиқоти микробиологӣ, кӯшишҳои муқаррар кардани меъёрҳои ташхисӣ-клиникии ташхиси МС дар асоси ҳамбастагии ҳамаи маълумотҳо аз таърихи беморӣ, баҳодиҳии клиникӣ ва дигар таҳқиқоти дахлдор (аз ҷумла ташхиси моеъи ҳароммағз ва нейровизуализатсия) анҷом дода шуданд. Сарфи назар аз кӯшишҳои сершумори сохтани қоидаҳои пешгӯии клиникӣ барои фарқ кардани МС аз дигар менингитҳо дар асоси ин тестҳо, меъёрҳои стандартикунонидашудаи ташхис ҳанӯз вуҷуд надоранд» [60, с 71-77; 98, с 170-172; 210, с 985].

Дар як таҳқиқот системаи холҳо барои ташхиси МС дар калонсолон дар асоси маълумотҳои асосии клиникӣ ва лабораторӣ пешниҳод карда шуд [104, с 53-58]. Ракишева А.С. ва дигарон (2022) «меъёрҳои ташхисии МС барои муайян кардани ҳолатҳои клиникӣ бо муайян кардани ҳолат тавассути тасниф кардани беморон ба «эҳтимолӣ» «имконпазир» ва «ғайри МС» дар асоси баҳодиҳии маҷмӯии маълумоти клиникӣ, маълумоти МҲ, нейровизуалӣ ва маълумоти воқеӣ дар бораи бемории сил таҳия карда шудаанд» [118, с 174-177]. M. A. Marais «Бояд қайд кард, ки меъёрҳои ягонаи ташхисӣ барои муайян кардани ҳолатҳои ТД барои истифода дар амалияи клиникӣ таҳия нашудаанд. Аз ин рӯ, ҳангоми истифодаи таърифҳо барои кӯмак ба беморони гирифтори МС эҳтиёткор будан лозим аст» [90, с 95-96].

«Усули микроскопияи андуда усули аз ҳама васеъ истифодашаванда, зуд ва арзон барои ташхиси бемории сил мебошад, аммо ранг кардани андудаҳои моеъи ҳароммағз барои мавҷудияти батсиллаҳои ба кислота тобовар ҳассосияти паст доранд (тақрибан 10–15%)» [219, с 41-48]. Аз ин рӯ, микроскопияи андуда усули боэътимоди ташхиси МС нест. Муалиф Shen Y тасдиқ мекунад, ки «усули кишти микобактерияҳо – стандарти тиллоӣ барои ташхиси БС мебошад, ки аз ҷониби Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ барои истифода ҳам дар калонсолон ва ҳам кӯдакон, аз ҷумла ҳангоми МС тавсия шудааст» [266, с 26778]. R. P. Visconti (Clinical Microbiology Reviews, 2003) «Гарчанде, ки кишт (бактерияҳо) барои ташхиси микобактерияҳои сил

нисбат ба дигар санҷишҳои микобактерияҳои сил ҳассосияти баландтар дорад (тақрибан 50-60%), мӯҳлати нигоҳдории он (то 8 ҳафта дар шароити муҳити сахт, ба монанди Левенштейн-Йенсен) барои истифодаи васеъ маҳдуд аст».

D. C. Reiss (Clinical Infectious Diseases, 2008) «Гарчанде ки системаҳои автоматикунонидашуда ба монанди Bactec MGIT 960 вақти миёнаи ба даст овардани натиҷаи мусбати киштро коҳиш доданд (тақрибан то 18 рӯз дар муқоиса бо 38 рӯз ҳангоми истифодаи усулҳои анъанавӣ), клиникҳо наметавонанд натиҷаҳои киштро пеш аз оғози табобат дар беморони дорои хавфи баланд интизор шаванд, зеро дар ин ҳолат эҳтимолияти марг вуҷуд дорад, терапияи эмпирикӣ ба таъхир гузошта мешавад» [136, с 10-15; 172, с 545-547]. M. A. Marais «Бо вуҷуди ин, микобактерияҳои сил барои истихроҷи бактерияҳое, ки барои тести минбаъдаи фенотипии санҷиши ҳассосияти доругӣ (СҲД) ва таҳқиқоти эпидемиологӣ ва таҳқиқот дар асоси секвестеркунонӣ заруранд, муҳим боқӣ мемонад» [242, с 1206056].

Тестҳои молекулярӣ. Барои бартараф кардани маҳдудиятҳои муносибатҳои анъанавӣ нисбати ташхиси лабораторӣ, тестҳои тиҷоратии амплификатсияи кислотаи нуклеинӣ (АКН) пайдо шуданд. Бартарии ин тестҳо аз суръати тези онҳо ва ошкоркунии ҳамзамони тобовари доругӣ иборат аст [11, с 115.]. Муаллифон Е.Л. Киселева., Д.Н. Голубев «дар тафсири системавии ба наздикӣ ҷойдошта ва мета-таҳлили 18 таҳқиқот нишон дода шуд, ки АКН самаранокии беҳтарро ҳангоми ҳассосияти якҷоя ва махсусияти мутаносибан 96% ва 92%-ро таъмин мекунанд» [59, с 31-38]. Бо вуҷуди ин, дақиқии ташхисии АКН вобаста ба намуди намуна фарқ мекунад, ҳамзамон намунаҳои роҳҳои нафас дақиқии баландтар доранд [96, с 228-232]. Муаллифон Д.Ю. Михайлова., В.И. Перетокина., Ю.Л. Крылова ба ҳамин ақидаанд, ки ба ҳамин тариқ, ин «тестҳо барои истисно намудани БС аз намунаҳои ғайриреспираторӣ аз сабаби ҳассосияти нисбатан паст эътимоднок нестанд. Аз ҷумла, барои ташхиси МС, баррасии мунтазам ва мета-таҳлили АКН ҳассосияти якҷояи 82% ва махсусияти 99% баръакси кишт, инчунин ҳассосият ва махсусияти мутаносибан 68% ва 98% мувофиқи стандарти

эталонӣ нишон дод» [83, с 279-298]. Дар асоси ин натиҷаҳо, мета-таҳлили дигар ҳассосияти камтарро (64%) нишон дод, аммо махсусияти баланд (98%) нисбати кишти МҲ M.tuberculosis CLM барои АКН-ҳои тиҷоратӣ дорад [137, с 263-268].

Thomas F. Byrd «Силӣ нисбати доруҳо тобовар, аз ҷумла менингитҳои силии ба доруҳо тобовар (МС-ДТ) дар бисёр кишварҳо мушкилоти нави саломатӣ мебошад» [25, с 44-53; 67, с 146-147; 69, с 353-362; 72, с 344-347; 103, с 16-27; 279, с 12-15].

Ба ақидаи муаллиф Перетокина, И. В ва ҳаммуаллифон «алоқа бо штаммҳои Beijing ва мутатсияҳои марбут бо ТД, ба мисли мутатсия дар генҳои katG ва rpoB ошкор карда шуд» [110, с 17-26]. Патогенез, хусусиятҳои клиникӣ ва тавсифҳои нейровизуалии МС-ТД ба мисли менингитҳои силии ба доруҳо ҳассос мебошад [74, с 172-173; 76, с 22-28]. Муайян кардани микобактерияҳо дар МҲ бо истифода аз усулҳои анъанавӣ (андуда ё кишт) аксар вақт душвор аст. Муаллиф Павлова, М. В «иброз менамояд, ки МС-ТД як бемории барои ҳаёт хатарнок аст ва ташхис ва муолиҷаи саривақтиро талаб мекунад» [102, с 115-121; 193, с 109].

Муаллифон С. Н. Авдеев, А. А. Визель, А. В. Лещенко (2020) «Таҳлили бисёрҷанба самаранокии баланд ва таҳаммулпазирии хуби реҷаҳои химиотерапияи дорои бедаквилинро барои MDR/XDR-TB нишон дод, сарфи назар аз таърихи табобати дарозмуддат ва номуассири беморон. Истифодаи тӯлонии бедаквилин ба муддати беш аз 24 ҳафта бо сатҳи баланди аксуламалҳои манфӣ алоқаманд набуд. Муайян карда шуд, ки циклосерин/тиризидон ба натиҷаи мусбати химиотерапия саҳми назаррас мегузорад. Омилҳое, ки бо натиҷаҳои бадтари табобат алоқаманданд, синну соли аз 60 боло, бемории музмини обструктивии шуш, вобастагии машрубот ва/ё маводи мухаддир ва тамокукаширо дар бар мегирифтанд» [148, с 56-62].

Муаллиф Филинюк, О. В рафшану возеҳ мефармояд, ки «дар реҷаҳои дорои Бедаквилин барои беморони гирифтори сили MDR-B 95,7% пайдоиши аксуламалҳои номатлуб, асосан сабук ё миёна (65,2%), мушоҳида шудааст.

Дар 30,4% ин ҳолатҳо (асосан аз сабаби инкишофи аксуламалҳои гепатотоксикӣ), бедаквилин муваққатан қатъ карда шуд. Дар посух ба бедаквилин кардиотоксикӣ мушоҳида нашуд; фосилаи миёнаи ислоҳшудаи QT 413 мс буд, ки ҳадди аксар 438 мс буд. Ҳангоми истифодаи бедаквилин дар ин реҷаҳо, тозакунии фарҳанги бактериявӣ зудтар (дар 3 моҳи аввали табобат) ва зудтар (94,7%) дар муқоиса бо 63,8% ҳолатҳо дар режимҳои бе он ба даст омад. Самаранокии табобат бо реҷаҳои дорои бедаквилин дар 82,61% беморон ба даст оварда шуд, дар ҳоле ки самаранокии табобат бо реҷаҳои бе бедаквилин дар 65,2% ҳолатҳо ба даст оварда шуд» [165, с 40-45].

Муаллифон Stephen D. Lawn**,** Mark P. Nicol «Озмоиши Xpert MTB/RIF (Cepheid, Sunnyvale, Калифорния, ИМА), ки шояд қоидаҳои бозиро тағйир дода бошад, барои ташхиси зудтари БС таҳия шудааст [218, с 41-48]. Ин як системаи автоматии картриджи пӯшида аст, ки ба шумо имкон медиҳад, ки муқовимати МБС-ро ба рифампицин (RIF) зуд (дар давоми 2 соат) муайян кунед» [247, с 1370]. Технологияи Xpert MTB/RIF Ultra барои ошкор намудани микобактерияи БС ва тобовари нисбати рифампитсин дар МҲ ҳатто бо миқдори ками микобактерияҳо имконият медиҳад [265, с 26778].

Сарфи назар аз он, ки Xpert MTB/RIF дар ташхиси МС дақиқии баланд нишон дод, натиҷаи манфии тести Xpert MTB/RIF МС-ро истисно намекунад. Тести такрории Xpert талаб карда шуда метавонад. Дар амалияи клиникӣ, Xpert MTB/RIF суръат ва ҳассосиятро нисбат ба усулҳои классикии ташхиси МС ё усулҳои қаблии тиҷоратии амплификатсияи кислотаи нуклеинӣ зиёд мекунад [150, с 146-150]. Барои тез тасдиқ намудани ташхиси МС дар кӯдакон таҳқиқотҳои илвагӣ ва стратегияҳои нисбатан самаранок лозим аст.

ТУТ санҷиши GeneXpert-ро барои ташхиси ТВД-БС, аз ҷумла МЭМС, бо истифода аз намунаҳои МҲ дар калонсолон ва кӯдакон тавсия медиҳад. Ҳассосияти санҷиши GeneXpert барои МС тақрибан аз 50% то 60% (56) аст ва дар бораи хусусиятҳои гуногуни он гузориш дода мешавад. Муаллиф Y. Chen «Тадқиқотҳои дар Чин гузаронидашуда нишон доданд, ки ҳассосият аз 28%

то 72% бо истифодаи миқдори зиёди (6 мл) МҲ консентратсияшуда дар муқоиса бо 2 мл МҲ сентрифугашуда беҳтар карда шудааст» [235, с 216–224]. Муаллиф M. A. Marais «Дар таҳқиқоти дигар, санҷиши GeneXpert ҳассосияти умумии 59,3% - ро дар муқоиса бо ташхиси клиникӣ дар калонсолони гумонбар ба менингитҳои сил нишон дод [171, с 545-547] ва инчунин мета-таҳлили дигари арзёбии умумии ҳассосият ва мушаххасият мутаносибан 70% ва 97%-ро гузориш дод [247, с 1370]. Xpert MTB/RIF Ultra (Xpert Ultra) барои бартараф кардани баъзе камбудиҳои санҷиши ибтидоии Xpert, аз ҷумла ҳассосияти нокифоя таҳия шудааст» [265, с 568-573]. Муаллиф Nathan C Bahr ва ҳаммуаллифон «Дар омӯзиши когорти ба наздикӣ, Xpert Ultra ҳассосияти 70% ба менингитҳои эҳтимолӣ ё дақиқи силро нишон дод, дар муқоиса бо 43% ҳангоми истифодаи Xpert ё кишт дар муқоиса бо Xpert ё кишт, Xpert Ultra менингитро дар калонсолони гирифтори ВНМО бо ҳассосияти 95% (21 аз 22 ҳолат) ташхис мекунад» [8, с 558-564; 12, с 18-22; 40, с 6-8; 56, с 172-173; 88, с 75–80; 218, с 41-48].

Муаллифон S. K. Singh, A. Kumar, R. K. Singh «Усули дигари умедбахши АКН, ки эҳтимолан барои истифода дар шароити маҳдуди захираҳо мувофиқ хоҳад буд, зеро он асбобҳои гароннарх ё таҷрибаро талаб намекунад ва дар 60 дақиқа натиҷа медиҳад, - тести амплификатсияи ҳалқагии изотермикӣ (LAMP) мебошад» [254, с 18].

Муаллифон Lee, S. A ва ҳаммуалифон «ҳангоми таҳқиқи LAMP ҳамчун тести ташхисӣ барои МС, он иқтидорро бо ҳассосият аз 88% то 96% ва махсусият аз 80% то 100% нишон дод. Чи хеле ки дар тафсири охирин нишон дода мешавад, ба таври тиҷорати дастрас (ПСР-тести Amplicor TB), ҳассосият 40% ва хосият аз 90% то 100%-ро ҳангоми ташхиси МС дорад. Ҳамзамон, талабот ба кормандони омӯзонидашудаи лабораторӣ ва арзиши баланд истифодаи васеи ин тестро маҳдуд мекунад» [229, с 201]. Тести мустақими Gene бо МБС-и амплификатсияшуда, боз як АКН сараввал барои ошкор намудани МБС дар намунаҳо аз роҳҳои нафас пешбинӣ шуда буд [231, с 126-130]. Ҳангоме, ки дар тест намунаҳои МҲ истифода шуданд, он

потенсиали самранокро дар ташхиси МС бо ҳассосияти умумии 86% ва махсусияти 99% нишон дод. Дигар АКН-и тиҷоратӣ, Genotype MTBDRplus, аз таҳлили хати молекулярӣ иборат мебошад, ки ба генҳои мушаххаси M.tuberculosis, инчунин ҳассосияти рифампитсин (RIF) ва изониазид (INH) нигаронида шудааст. Ҳангоми баҳодиҳии якчанд ҳолатҳои МС, ҳассосияти тест 33% бо махсусияти 98% дар муқоиса бо стандарҳои клиникии эталонӣ [239, с 20] буд. Дар маҷмӯъ, АКН-ҳои тиҷоратӣ махсусияти баланд нишон доданд, аммо одатан ҳассосияти субоптималӣ ба МС доранд, дар ҳоле ки Xpert MBT/RIF Ultra, гарчанде, ки умедбахш аст, ба ҳар ҳол то 30% беморони гирифтори МС-ро истисно мекунад. Сарфи назар аз беҳтар шудани тавсифҳои ташхисӣ, тестҳои GeneXpert ва Xpert Ultra наметавонанд МС-ро аз сабаби натиҷаи манфии қимати пешгӯии онҳо сарфи назар кунанд [240, с 451-457]. Дастоварди бузург дар ташхиси БС усулҳои кишьткунии МБС ва технологияҳои насли нави секвенизатсияи метагеномӣ (mNGS) мебошанд, ки муайянкунии беҳтари МБС дар намунаҳои МҲ бо таҳмили пасти бактериявӣ нишон медиҳанд [242, с 1206056]. Бо вуҷуди ин, барои тасдиқи самаранокии ин усулҳо таҳқиқотҳои иловагӣ лозиманд.

Визуализатсияи мағзи сар. Муаллифон М.В. Примкулова., В.М. Примкулова., Ф.И. Копылова исбот намуданд, ки «усулҳои аёнкунии (визулизатсияи) мағзи сар ба монанди томографияи компютерӣ (ТК) ва томографияи магнитию резонансӣ (ТМР) як қисми баҳодии клиникии ташхиси МС мебошанд» [115, с 61–62]. ТК бо пурзӯршавии контрастии тарашшуҳи асосии менингеалиро, ки ба МС хос аст, муайян мекунад ва оқибатҳои бади бемориро пешгӯӣ мекунад [98, с 170-172]. Бо вуҷуди ин, аломатҳои неврологӣ ё ба мисли сактаҳо ва гидросефалия, ки тавассути ТК муайян карда шудаанд, хусусияти ташхисии МС надоранд, асосан барои он ки чунин аломатҳои шабеҳ дар дигар бемориҳои сироятӣ ва ғайрисироятӣ мушоҳида карда мешаванд [188, с 54-61; 191, с 755-760]. Cresswell, F. V. ва ҳаммуаллифон таъкид мекунанд, ки «ҳамчунин ошкор карда шуд, ки ТМР дар муқоиса бо ТК имкониятҳои баландтари ташхиси дорад» [197, с 164]. Ин

беҳтар муайянкунии асосии менингеалии базавӣ ва сактаҳо (хусусан дар пояи мағзи сар) ва сирояти барвақтиро дар бар мегирад [207, с 1240]. Маҳдудияти асосии умумии ин усулҳои айёнкунии мағзи сар дар он аст, ки ТК-сканеркунӣ дар тақрибан 30% одамони гирифтори БС дар марҳилаи барвақтӣ муътадил аст, дар ҳоле ки ТМР-сканеркунӣ дар тақрибан 15% муқаррарӣ аст [222, с 116979]. Илова бар ин, ҳам баҳодиҳии ТК ва ҳам ТМР одатан аз ҷониби коршиносони тиббӣ дар муассисаҳои кумаки сеюмдараҷаи тиббӣ гузаронида мешаванд ва аксаран дар муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ ё дар шароити маҳдуди захираҳо дастрас нестанд (ТМР бештар назар ба ТК) [226, с 379-393]. Бо вуҷуди ин, муаллифон Lee, S. A., Kim, S. W., Chang, H. H (2018) «инчунин ҳолатҳои МС-ро бемории сил тамоюл дар ТМР-и мағзи сар ва натиҷаҳои манфии таҳқиқоти микробиологӣ тасвир мекунанд» [229, с 201]. Дигар муаллифон Pormohammad A., Nasiri, M. J., McHugh TD (2019) тасдиқ мекунанд, ки «аксари беморони гирифтори МС ихтилолҳои зиёди ибтидоии ТМР, асосан пурзӯршавии менингеалӣ ва туберкулёма мушоҳида карда мешавад» [254, с 18]. Пурзӯршавии менингеалӣ асосан дар систернаҳои асосии зерианкабутияай дида мешаванд. Экссудатҳои зиччи полудамонанди менингеалӣ патологияи маъмултарин ҳангоми МС мебошад [191, с 755-760]. Дар беморон, ихтилоли васеътари мағзи сар метавонад бо дараҷаи пасти ҷадвали комаи Глазго, фалаҷи асабҳои мутаҳаррикӣ ва косахонаи сар, мавҷудияти сили шушҳо, тасдиқи микробиологӣ, инчунин дараҷаи нисбатан пасти қанди моеъи ҳароммағз (МҲ) ва дараҷаи баланди сафеда дар МҲ алоқаманд мебошад, ки илтиҳоб ё ҷараёни шадидтари бемориро инъикос мекунад. Баъзе муаллифон аз он ҷумла Huynh J., Abo, Y. N., du Preez. K ҳеҷ гуна робитаи байни маълумоти ибтидоии ТМР ҳангоми қабул бо мавҷудияти аксари нишонаҳои клиникии илтиҳоб ё нишонаҳои илтиҳоби МҲ пайдо накардаанд [220, с 221].

Ташхис дар асоси аксуламали масунӣ. Тестҳои ташхиси масунӣ, аз қабили тестҳои озодкунии гамма-интерферон (IGRA), асосан барои ташхиси сирояти МБС истифода мешаванд. IGRA дараҷаи интерферонеро, ки

лимфоситҳо ҳангоми барангезиши МБС аз тарафи антигенҳои махсус ҳосил менамоянд, чен мекунад. Аз баски ин тестҳо барои фарқ кардани сирояти ниҳонии сил (СНС) аз БС-и фаъол имконият намедиҳанд, истифодаи онҳо барои ташхиси БС-и фаъол тавсия дода намешавад [121, с 311-316; 235, с 216-224]. ТУТ «тавсия медиҳад, ки IGRA барои тестикунонии СНС дар одамони дар гурӯҳи хатар қарордошта, аз ҷумла одамони гирифтори ВНМО, инчунин кӯдакони навзод ва кӯдакони синни 5 сола ва хурдтар, ки дар хона бо беморони гирифтори БС-и шушҳо дар кишварҳои дорои бори ҳам кам ва ҳам баланди БС тавсия медиҳад» [24, с 47-55; 30, с 99; 37, с 40, 125, с 32-42; 239, с 20]. Ҳангоми МС, дақиқии миёнаи ташхисӣ барои IGRA мушоҳида карда шуд, ҳамзамон ҳассосият 77% ва махсусият 88% қайд карда шуд [259, с 3767]. Усули маъмултарини иммунодиагностика (ташхиси масунӣ) ҳангоми муолиҷаи МС ин чен кардани дараҷаи аденозиндесаминаза (ADA) мебошад. ADA ин ферментест, ки аз ҷониби лимфоситҳо ҷудо мешавад ва дар паҳншавӣ ва фарқияти Т -ҳуҷайраҳои нақши муҳим мебозад [273, с 144]. Аз бас, ки баровардани ADA аз Т-ҳуҷайраҳо бо вокуниши масунии тавассути ҳуҷайра ба бактерияҳои сил алоқаманд аст, ченкунии сатҳи ферментҳо дар моеъи ҲМ ҳамчун муносибат барои ташхиси МС гузаронида мешавад [277, с 884]. Муаллифон Bahr NC., Meintjes G., Boulware DR (2019) «дар як таҳқиқоти мета-таҳлили 20 таҳқиқоти дақиқии ADA натиҷаи маҷмӯии ҳассосиятро 89% ва махсусиятро 91% ҳангоми ташхиси МС нишон дод» [192, с 109]. Бо вуҷуди ин, маълумот дар бораи манфиатҳои клиникии ADA барои МҲ мухталиф аст. Муаллиф Эккерманс ва ҳамкасбони ӯ хабар доданд, ки «ҳангоми қимати оптималии ҳаддӣ 2,0 воҳид/литр, ҳассосият ва махсусияти ADA дар МҲ мутаносибан 85,9% ва 77,7% буд» [19, с 395-402]. Таҳқиқотҳои дигар нишон доданд, ки қимати оптималии ҳаддӣ барои ташхиси муқаррарии МС муқаррар карда нашудааст, зеро бисёре аз ҳолатҳои МС сарфи назар карда шуданд [104, с 53-58]. Илова бар ин, таҳқиқоти дигар оид ба одамони гирифтори ВНМО дар бораи шумораи зиёди натиҷаҳои мусбати бардурӯғ ва фоидаи маҳдуди ADA барои МҲ хабар дода мешавад [40, с 6-8; 62, с 200-202; 65, с 26-34; 70, с 791-

795]. Нигаронии асосӣ аз сабаби истифодаи ADA дар амал аз он иборат аст, ки чунин дараҷаи сафеда дар беморони гирифтори дигар иллатҳои сироятӣ, аз ҷумла менингитҳои бактериявӣ ва вентрикулит, ки тафсири натиҷаҳоро душвор мегардонад, баррасӣ карда шудааст. Ҳамин тариқ, ADA дар шароите, ки ташхиси тафриқави васеъ аст, самаранок нест [134, с 75-83]. Аз бас, ки натиҷаҳои ADA барои МҲ метавонанд ба иштибоҳ андозанд, табибон бояд ҳангоми қабули қарорҳо оид ба ташхиси МС аз маҳдудиятҳои он огоҳ бошанд [145, с 322-337]. Ба таври ҷамъбастӣ гуфтан мумкин аст, ки ҳеҷ яке аз усулҳои мавҷуда барои истифода ҳамчун тести мустақил барои ташхиси МС мувофиқ нестанд. Аз ин рӯ, барои таҳияи усулҳои нав ва такмилёфтаи ташхис гузаронидани таҳқиқот лозим аст.

Муаллифон В. И. Литвинов, О. В. Морозова, Е. М. Долгова «Одатан, микобактерияҳои сил аз шуш ба ҷараёни хун ворид шуда, сили милиарӣ-шуши инкишоф меёбад ва инчунин метавонанд ба лимфагиреҳҳо, пардаҳои мағзи сар, ҳароммағз, ҷигар, испурч ва дигар узвҳо дар тамоми бадан паҳн шаванд» [151, с 135-137; 181, с 255-263]. Муаллиф R. D. Coen «Ҳангоми МЭМС, МБС ба системаи асаб ворид шуда, илтиҳоби ғайриримии бактериявии пардаҳои мағзи сар бо назардошти пардаи нарми мағзи сар, пардаи анкабути, лаҳимаи мағзи сар ва ҳароммағз ба вуҷуд меоранд» [155, с 32-35; 158, с 103-107]. Ба ақидаи муаллиф R. Sharma «МС аксаран нисбат ба дигар қисмҳои бадан, махсусан ҳангоми паҳншавии гематогении бемории сил дуюмдараҷа аст, аз ин рӯ беморони гирифтори сили милиарии шуш бояд сари вақт муоина карда шаванд, то муайян карда шавад, ки оё МС-и якуминдараҷа ва МС-и дигар узвҳо вуҷуд дорад» [161, с 224-226; 162, с 906-907]. Илова бар ин, барои беҳтар кардани аниқияти ташхиси БС далелҳои патогенезро ҷустуҷӯ карда ва натиҷаҳои СҲД-ро ба даст овардан лозим аст. Дар ҳолати мазкури клиникӣ дар бемор табларза, чарх задани сар, дарди сар, туманнокии шуур, мушкилоти биноиш ва дигар аломатҳои неврологии хоси МС пайдо шуданд [170, с 545-547]. Муаллифон S. K. Singh, A. Kumar, R. K. Singh «ТМР осеби назарраси лаҳимаи мағзи сар, пулҳои мағзи сар ва пардаҳои мағзи сарро

нишон доданд, ки ба хусусиятҳои айёнкунии МС мувофиқат мекунанд [39, с 62-89; 77, с 75-81]. Дар моеъи ҲМ, тести GeneXpert микобактерияи силро бо тобовари номаълуми доругӣ нишон дод. Ҳамагӣ пас аз 3 моҳ, натиҷаҳои ҳассосияти фенотипӣ, ки ба МС тобоварии баланди доруҳо хосанд, ба даст оварда шуданд» [274, с 12879].

Ҳангоми тавсифи як ҳолати клиникии дигар, як шаҳрванди 50-солаи Америкаи лотинӣ, ки дар анамнезаш депрессия дорад, 9 сол пеш дар пойи чапаш сустӣ пайдо шуда буд, ташхиси сактаи ганглияи ҳисаи рости мағзи сар гузошта шуд. Пас аз 6 моҳ, ӯ бо бад шудани сустӣ, афтидан ва нигоҳ дошта натавонистани пешоб муроҷиат кард. ТМР-и такрории мағзи сар ҳосилаи фишороварандаи пояи мағзи сарро бо гидросефалияи ғайрииртиботӣ муайян кард. Дар патологияи биопсияи ноҳияи мағзи сар илтиҳоби казеозии грануломатозӣ ошкор шудааст. Ранги батсиллаҳои ба кислота тобовар (БКТ) ҳангоми биопсияи мағзи сар манфӣ буд. Таҳқиқоти МҲ ҳамчунин ба раванди БС хос буд. Гарчанде, ки бемор аломатҳои МС надошт, тести T-SPOTTB мусбат буд. Дар давоми 3 моҳ аз БС (изониазид, рифампин, пиразинамид ва левофлоксатсин) ба таври эмпирикӣ муолиҷа карда шуд. Баъдан, рифабутин, этамбутол, амикатсин, линезолид, мокифлоксатсин, сиклосерин ва Кислотаи парааминосалитсилат низ марҳила ба марҳила таъин карда шуданд. Беҳтаршавии минималии неврологӣ мушоҳида карда шуд. ТМР-и тамоми бадан лимфаденопатияҳои сершумори гиперметаболикиро дар гурӯҳҳои гарданӣ, болои қулфакӣ, миёнадеворӣ, назди диафрагмавӣ, қафои сифоқӣ, косӣ ва дутарафаи қадкашаки лимфагиреҳҳо ошкор намуд. Барои тезонидани муоина, бистарикунонии нақшавӣ, аз ҷумла биопсияи лимфагиреҳҳо ва муолиҷа пешниҳод карда шуд [233, с 200184].

Ин ҳолат душвориҳои ташхиси тафриқавии бемориҳои грануломатозӣ (саркоидоз ва БС)-и САМ-ро бо ихтилол ва шароитҳои такроршаванда бо оқибатҳои имконпазир ва хатогиҳои ташхисиро таъкид мекунад.

1.3. Муолиҷаи шаклҳои ба доруҳо ҳассос ва тобовари менингити силӣ ва оризаҳои онҳо

Муаллиф Pillenahalli, M. R баён менимояд, ки «менингити силӣ ва оризаҳои онҳо - марговартарин дар байни ҳама шаклҳои БС мебошад, зеро дар 50% -и ҳолатҳо натиҷа метавонад марговар бошад ва дар наҷотёфтагон ихтилоли бебозгашти неврологӣ мушоҳида карда мешавад» [252, с 17-28]. Муаллиф А. И. Струкова «Вақте ки МБС ба маҷрои хун ворид мешаванд, онҳо дар шуш васеъ паҳн мешаванд ва метавонанд яке аз шаклҳои вазнин - сили милиарии шушҳоро ба вуҷуд ованд [251, с 695-715]. Онҳо инчунин метавонанд ба якчанд узв дар тамоми бадан паҳн шаванд». Муаллиф R. Thwaites «МЭМС шакли нисбатан харобиовар ва маъюбкунандаи БС мебошад. Агар он дар силӣ ба доруҳо тобовар инкишоф ёбад, эҳтимолияти оқибати номатлуб ба таври назаррас меафзояд» [243, с 93-142].

Табобати менингити сироятӣ, аз ҷумла навсозии усулҳои нави ташхиси молекулавӣ барои ташхиси микробиологӣ баррасӣ мешавад. Усулҳои нави ташхиси молекулавӣ, ки ба реаксияи занҷираи полимеразӣ асос ёфтаанд, саривақтии ташхиси микробиологии менингитро беҳтар кардаанд, аммо табибон бояд аз маҳдудиятҳои ин санҷишҳо огоҳ бошанд. Акнун секвенсияҳои насли ояндаро метавон ба моеъи мағзи сар татбиқ кард, ки имкон медиҳад сироятҳоеро, ки бо усулҳои анъанавӣ муайян кардан мумкин нест, ташхис кунанд. Менингити сироятӣ метавонад аз ҷониби доираи васеи микроорганизмҳо ба вуҷуд ояд. Табибон бояд аз хусусиятҳои санҷиши усулҳои нави ташхиси микробиологии молекулавӣ, инчунин усулҳои анъанавӣ барои мутобиқсозии мувофиқи терапияи зиддимикробӣ дар беморони гирифтори менингит огоҳ бошанд [189, с 836–854].

Муаллиф Панова, Л. В ва ҳаммуаллифон баён менамоян, ки «табобати зидди силӣ бояд фавран оғоз карда шавад, то маъюби ва фавт ҳангоми МЭМС кам карда шавад» [105, с 836-854; 128, с 27-42; 174, с 169-172]. Муаллифон Grace E. Marxand, Edward D. Chan «Доруҳои зидди силии дараҷаи аввал ба МҲ воридшавии хубе доранд. Муолиҷаи МЭМС аз як марҳилаи шадиди чормоҳаи истеъмоли ҳаррӯзаи изониазид (INH), рифампитсин (RIF), пиразинамид (PZD) ва этамбутол (EMB) [227, с 658-661] иборат аст. Пас аз ин

реҷа марҳилаи идомаи табобати INH ва RIF 8 моҳ давом мекунад. Ин нақшаи табобат ба он асос ёфтааст, ки МБС як штамми тобовар аст. Аммо, ба даст овардани натиҷаҳои ҳассосият ба доруҳо метавонад якчанд моҳ тӯл кашад ва табобат метавонад барои муайян кардани ҳассосият ба доруҳо мутобиқ карда шавад. [245, с 1201]. Дар кӯдакон, этамбутол (EMB) бо сабаби мушкилии мониторинги неврити оптикӣ, ки бо этамбутол алоқаманд аст, бо аминогликозид ё этионамид иваз карда мешавад» [195, с 810].

«Ҳангоми бемории силӣ ба изониазид тобовар САМ табобат бо истифодаи ҳамарӯзаи рифампитсин, этамбутол, пиразинамид ва фторхинолон тавсия дода мешавад [196, с 267-288]. Дар ин ҳолат, давомнокии табобат бояд вобаста ба вокуниши клиникӣ ба табобат, вазнинии беморӣ ва ҳолати масунии бемор то 18–24 моҳ зиёд карда шавад» қайд мекунал муаллиф M. A. Marais [200, с 117–130].

Агентҳои зиддимикробии кунунӣ қобилияти гуногуни доруҳоро барои убур аз монеаи хун-мағзи сар ба назар намегиранд. Рифампинин метавонад дар вояҳои баландтар самараноктар бошад, аммо озмоиши охирини клиникӣ натавонист фоидаи зинда монданро дар вояи 15 мг/кг/рӯз нишон диҳад. Тадқиқотҳо оид ба муайян кардани воя нишон медиҳанд, ки вояҳои баландтар метавонанд бехатар ва самараноктар бошанд. Фторхинолонҳо айни замон дар байни агентҳои муҳими сатри дуюм барои МБС-и тобовар ба дору дохил карда шудаанд; аммо, фоидаи зинда мондан ҳамчун агенти сатри аввал ҳанӯз нишон дода нашудааст. Линезолид метавонад як агенти умедбахши зиддимикробӣ бо воридшавии хуби системаи марказии асаб бошад. Дексаметазон фавтро дар байни шахсони сироятнаёфтаи ВИЧ коҳиш медиҳад, аммо далелҳо барои истифодаи он дар сироятёбии муштараки ВИЧ вуҷуд надоранд. Аспирин хосиятҳои зиддиилтиҳобӣ ва зиддитромботикӣ дорад. Тадқиқотҳои хурд самаранокиро дар коҳиш додани пайдоиши сакта нишон доданд, аммо барои беҳтар фаҳмидани таъсири он ба назорати вокуниши илтиҳобии мизбон таҳқиқоти бештар лозим аст. Кашфи полиморфизмҳои генетикӣ метавонад терапияи иммунии инфиродӣ роҳнамоӣ кунад ва

миёнаравҳои вокуниши иммунии модарзодӣ метавонанд ҳадафҳоро барои таҳияи табобатҳои нав таъмин кунанд. Дар айни замон, ягон пойгоҳи далелҳои назаррасе барои роҳнамоии табобати гидросефалия ҳангоми сироятёбии муштараки ВИЧ вуҷуд надорад. Барои беҳтар кардани натиҷаҳои табобат дар МБС, бахусус дар робита бо арзиши рифампини вояи баланд, доруҳои нави зиддимикробӣ бо воридшавии беҳтар ба системаи марказии асаб ва терапияи мизбон, маълумоти бештари озмоишҳои клиникӣ лозиманд. Чораҳои дастгирикунанда, бахусус табобати гидросефалия ҳангоми сироятёбии муштараки ВИЧ, бояд самти таҳқиқоти оянда бошанд [201, с 5].

Муаллифон Esmail A., Oelofse S., Lombard C таҳкид менамоянд, ки «ҳангоми табобати МС истифодаи табобати иловагӣ бо кортикостероидҳо тавсия дода мешавад» [208, с 1214]. Мақсади табобат бо стероидҳо суст кардани аксуламали аз ҳад зиёди системаи масуният мебошад, ки боиси оризаҳои зиёди неврологии дар МС мушоҳидашавандае, аз ҷумла осеби бофтаҳо ва варами мағзи сар мегардад [138, с 106-110; 276, с 1720-1724]. Нигарониҳое баён карда шуданд, ки стероидҳо воридшавии доруҳои зидди силиро ба МҲ коҳиш медиҳанд, аммо таҳқиқот то имрӯз, рӯй додани онро нишон надодааст [275, с 913-919]. Муаллифон van Toorn R., Zaharie, S. D., Seddon, J. A «дар таҳқиқотҳои беҳтар шудани натиҷаҳои клиникӣ ва паст шудани фавтро бо истифодаи стероидҳо нишон доданд» [278, с 102125]. Гарчанде ягон таҳқиқот оид ба муқоиса намудан, ҷиҳати беҳтар будани кадом стероидҳо гузаронида нашудааст, муолиҷаи асосӣ тазриқи ҳаррӯзаи дохиливаридии дексаметазон дар тӯли чор ҳафта ва пасткунии чор ҳафтаинаи вояи ҳаб иборат буд. Нақшаи оптималии табобат бо ДЗС ҳангоми МС-ТД асосан маълум нест, зеро ягон реҷаи табобат бо доруҳои зидди силии самти дуюм бо тестикунонии назоратшаванда ҳангоми МС-ТД санҷида нашудааст [49, с 11-16; 139, с 51-59; 153, с 132; 156, с 169-176; 180, с 88-91]. Омезиши левофлоксатсин, канамитсин, этионамид, линезолид ва пиразинамид метавонад як реҷаи мувофиқи табобат бошад, зеро аксари ин доруҳо ба МҲ хуб ворид мешаванд [140, с 2075-2077; 182, с 67-75]. Табобати МС-ТД аз

хусусияти ҳассосияти доругии изолят ва/ё таърихи табобати қаблии бемор вобаста аст [31, с 38 – 45; 32, с 52-59; 38, с 56-63]. Бемории ба изониазид монорезистентӣ илова кардани доруи дигарро бо воридшавии беҳтар ба МҲ талаб мекунад. Монорезистентнокӣ ба изониазид сабаби маъмултарини бемории МС-ТД барои ҳаёт хатаровар мебошад [183, с 6-15; 186, с 23-35].

Дар тавсифи ҳолати клиникии муаллиф De Alwis S, «табобати бемори гирифтори МС ба воридкунии доруҳои алоҳида бо вояи ба вазни беморон мутобиқшуда иваз карда шуд. Стероидҳо ба дексаметазони дохиливаридӣ иваз карда шуданд. Ин реҷа ду моҳ давом кард ва баъдан вай тадриҷан сихат шуд. Дар маҷмӯъ, марҳилаи шадиди табобат 14 ҳафта, кортикостероидҳо бошанд бо тазриқи дохиливаридӣ – 6 ҳафта давом карданд. Ягон доруи иловагии зидди силӣ истифода нашудааст. Кишти МҲ-и ӯ барои МБС мусбат буд. Пас аз ба итмом расидани марҳилаи нигоҳдорандаи табобат, самараи назарраси мусбӣ ба даст омад».

Дар беморони гирифтори МС одатан аломатҳои клиникии атипикӣ, душвориҳо дар ташхиси барвақтӣ ва дараҷаи баланди фавт мушоҳида карда мешавад. Зиёда аз нисфи зиндамондагон пас аз МС оқибатҳои неврологӣ доранд [86, с 25-30]. БС-ТД то рафт паҳншудатар шуда истодааст, ки ташхис ва табобати БС-ТД-ро душвор мекунад. Беморони мубталои ВНМО-и гирифтори БС-ТД-ро мебошанд, инчунин зуҳуроти шадиди клиникӣ доранд, ки дараҷаи фавти бениҳоят баланд доранд [40, с 6-8; 130, с 54-64].

Лимфомаи системаи асаби марказӣ, ҳам ибтидоӣ ва ҳам дуюмдараҷа, як зермаҷмӯи нодир, вале хеле хашмгини лимфомаи ғайриҲоджкин (NHL) мебошад. Сарфи назар аз обрӯи худ барои хашмгинӣ ва пешгӯии бад, лимфомаи системаи асаби ибтидоӣ аксар вақт ба табобат хуб посух медиҳад ва имконияти табобат дорад. Афзоиши бештар, терапияи миелоаблативии вояи баланд дар якҷоягӣ бо трансплантатсияи ҳуҷайраҳои бунёдии аутологӣ ва пайдоиши стратегияҳои нави терапевтӣ (масалан, ибрутиниб) имконияти беҳтар кардани натиҷаҳоро фароҳам меорад. PCNSL як варианти нодири NHL экстранодалӣ мебошад, ки метавонад ба маконҳои ҳама ҷо дар баробари

меҳвари нейро, аз ҷумла мағзи сар, лептоменингҳо, мағзи сар ва ҳароммағз таъсир расонад. Аз тарафи дигар, лимфомаи дуюмдараҷаи CNS ба NHL-и системавӣ ишора мекунад, ки ба CNS паҳн шудааст [213, с 49-56].

Дар як таҳқиқот ҳодисаи клиникие баён шудааст, ки дар он TST ва IGRA мусбат буданд, аммо натиҷаи микроскопияи андудаи балғам ба бактерияҳои ба кислота тобовар манфӣ буд. Тестҳои дигари марбут ба балғам вуҷуд надоранд, аз ин рӯ дар ин ҳолат пас аз ташхиси клиникии БС-и шушҳо табобати зидди силӣ оғоз шудааст. Аломатҳои клиникии бемор пас аз 2 моҳи табобат коҳиш ёфтанд, аммо баъдан КТ-и қафаси сина нишон дод, ки иллат ба сили милиарии шушҳо табдил ёфтааст. Дар ин ҳолат, таърихи иртибот бо беморони гирифтори БС-ТД вуҷуд надошт, гарчанде, ки сироят бо бактерияҳои навъи ёбоӣ истисно карда нашудааст. Табобат бо доруҳои зидди силии қатори аввал баъзе самараҳои клиникӣ дод. Муаллифон инро бо мавҷудияти микобактерияи омехтаи ба дору ҳассос ва ба дору тобовари БС дар бемор шарҳ доданд. Дар аввал МБС ҳассоси БС бартарӣ доштанд. Пас аз муолиҷаи анъанавии зидди силӣ МБС ба дору тобовари силӣ тадриҷан бартарӣ пайдо карда, боиси авҷ гирифтани беморӣ гардиданд. Бо вуҷуди ин, дар марҳилаҳои аввали табобат ягон маълумоти СҲД барои ин вуҷуд надошт, бинобар ин тасдиқ карда нашуд [274, с 83].

Афроде, ки бо вируси норасоии масунияти одам сироят ёфтаанд, хатари баланди пайдоиши менингити сил доранд. Мо ҳадаф доштем, ки паҳншавии сироятёбии муштараки МС-ВИЧ-ро баҳо диҳем. Ин таҳқиқот паҳншавии баланди сироятёбии муштараки МС-ВИЧ-ро нишон медиҳад. Муқаррар кардани меъёрҳои мувофиқи ташхис ва чораҳои пешгирикунанда барои сироятёбии МС метавонад ба пешгирӣ ва табобати сироятёбии МС, махсусан сироятёбии муштараки МС ва ВИЧ мусоидат кунад [255, с 960-968.].

Дар як тафсири мунтазам ва мета-таҳлил натиҷаҳои табобат дар байни беморони гирифтори МС баҳодиҳӣ карда шуданд. Натиҷаҳо нишон доданд, ки 24% беморони гирифтори МС ҳангоми табобат фавтидаанд ва шиддатнокии фавт бо шиддати беморӣ зиёд гардид. Илова бар ин, дар

беморони гирифтори ко-сирояти МС ва ВНМО дараҷаи фавт баландтар буданд. Ташхиси барвақтии МС барои баланд бардоштани самараи муолиҷа аҳамияти муҳим дорад. Басомади боэътимоди ташхиси МС 38,9% буд. Қариб 22,3% беморон барои аксуламали занҷиравии полимеразии МҲ барои M. tuberculosis мусбат буданд. Дар байни падидаҳои клиникӣ таб, дарди сар, қайкунӣ ва талафёбии вазн бартарӣ доштанд. Аз ин рӯ, табибон бояд нисбати ин беморӣ эҳтиёкор бошанд ва дар сурати гумонбар шудани МС, тести тасдиққунандаро интизор нашуда бо доруҳои зидди силӣ табобат кардан лозим аст. Таҳқиқот нишон дод, ки фавт ҳангоми ҳарду намуди муолиҷа баланд аст: дар давоми минимум 6 моҳу 9 моҳ. Аз сабаби сатҳи баланди фавт ва оқибатҳои МС, табобат бояд инфиродӣ бошад [280, с 200].

Сабаби баланд шудани сатҳи беморшавӣ дар гурӯҳи режими кӯтоҳмуддат, иштирокчиён бодиққат назорат карда шуданд ва баъзеҳо тасҳеҳи доруворӣ гирифтанд. Марг дар 8.5% иштирокчиёни гурӯҳи режими кӯтоҳмуддат ва 6.4% дар гурӯҳи режими тӯлонӣ рух дод ва муқовимати бадастоварда ба фторхинолонҳо ё аминогликозидҳо мутаносибан дар 3.3% ва 2.3% ба амал омад [245, с 1201].

Муолиҷаи кӯдакони гирифтори МС мушкилтар аст [106, с 35-39; 107, с 73-79; 141, с 86-94]. То 15% ҳолатҳои БС-и кӯдакон ҳамчун МС ҷараён меёбад [152, с 16-20]. Бо дарназардошти камшавии гирифторшавӣ ба менингитҳои бактериявии бо сабабҳои дигар пайдошуда БС сабаби асосии менингити бактериявӣ дар бисёр ҳолатҳо мебошад [200, с 117-130; 220, с 38]. Хатари марги кӯдакони 0–14-солаи гирифтори МС 19,3% ва хатари оризаҳои асабӣ дар байни зиндамондагон 36,7% баҳо дода мешавад [236, с 104-115]. Ҳатто дар кӯдакони бе оқибатҳои шадиди асабӣ баъди гузоштани ташхиси МС аксар вақт норасоии диққат ва ихтилоли рафтор мушоҳида карда мешавад, бори вазнини молиявӣ барои оила ва ҷамъият зиёд аст.

Аз соли 1985 инҷониб дар Африқои Ҷанубӣ реҷаи шашмоҳаи муолиҷаи пуршиддат бо натиҷаҳои нисбатан мусоид истифода бурда мешавад [243, с 93]. Дар баъзе бемороне, ки дар давоми 2 сол пас аз анҷоми муолиҷа таҳти

назорат қарор доштанд, хуруҷи такроршавӣ мушоҳида карда нашуд [263, с 167].

Самаранокии реҷаи кӯтоҳмуддати муолиҷаи пуршиддат дар кишварҳои гуногун дар муқоиса бо реҷаи стандартии 12-моҳаи иборат аз изониазид, рифампитсин, этамбутол ва пиразинамид ҳар рӯз дар давоми 2 моҳи аввал, пас аз он изониазид ва рифампитсин ҳар рӯз барои 10 моҳи иловагӣ омӯхта шуд (2HRZE/10HR) [85, с 54-64; 131, с 57-66; 185, с 103-107; 279, с 12-15]. Реҷаи кӯтоҳмуддати шадид истеъмоли ҳаррӯзаи изониазид, рифампитсин, пиразинамид ва этионамидро дар тӯли 6 моҳ (6HRZEto) бо вояи баландтари изониазид ва рифампитсин бо мг/кг дар муқоиса бо реҷаи 12 моҳа [280, с 200] дар бар гирифт. Этионамид ба тавораи гематоэнтсефалӣ хуб ворид мешавад [192, с 1084; 196, с 267-288]. Дар натиҷа, реҷаи 6HRZEto нишондиҳандаҳои нисабатан камтари фавт дошт дараҷаи муваффақияти табобат баландтар буд, аммо дар муқоиса бо реҷаи стандартии 12-моҳа дараҷаи оризаҳои неврологии зиндамондагон баландтар буд [184, с 618 -632; 286, с 23-35].

Солҳои охир дар бораи самаранокии истифодаи бедаквелин дар комплекси табобати шаклҳои ба ТД-БС, аз ҷумла оризаҳои МС мақолаҳои зиёде пайдо шуданд [3, с 91-97; 9, с 103-108; 10, с 90-91; 15, с 15-20; 18, с 28-42; 26, с 115-116; 28, с 35-36; 89, с 90-96; 127, с 341; 276, с 1720-1724]. Ҳамзамон ҳодисаҳои имконпазири номатлубе, ки аз ин доруҳо ба вуҷуд меорад, дар хотир доштан лозим аст [42, с 20-26; 46, с 45-53].

Барномаи ҷаҳонии мубориза бо сил таърифи силӣ ба таври васеъ ба доруворӣ тобоварро (XDR-TB) аз нав дида баромад, ки он низ бори аввал пеш аз силӣ ба доруворӣ тобоварро муайян кард ва ҷиддияти ин шаклҳои силро таъкид кард. Таърифҳои нави пеш аз XDR ва XDR-TB ба муайян кардани дақиқтари гурӯҳҳои беморони сил, ки ба реҷаҳои мураккаби табобат ниёз доранд, кӯмак мекунанд. Интизор меравад, ки ин таърифҳои нав инчунин гузоришдиҳӣ, назорат ва мониторинги силӣ ба доруворӣ тобоварро дар кишварҳо беҳтар кунанд. Онҳо инчунин метавонанд таҳияи реҷаҳои

самараноктари табобати ин шаклҳои хатарноки силро ҳавасманд кунанд [283, с 6-15].

Силӣ ба доруворӣ тобовар як бемории ҷиддии клиникӣ буда, мушкилоти ҷаҳонии тандурустии ҷамъиятӣ боқӣ мемонад. Таърифҳои нав дастрасиро ба имконоти муассири табобат барои беморони гирифтори силӣ ба доруворӣ тобовар таъмин мекунанд [283, с 6-15]. ТУТ пешниҳод менамояд, ки «таърифи навшудаи бемории сили XDR-TB чунин аст: сил, ки аз штаммҳои mycobacterium tuberculosis ба вуҷуд омадааст, ки ба таърифи MDR/RR-TB мувофиқат мекунад ва инчунин ба ҳама гуна доруҳои гурӯҳи фторхинолон ва ҳадди аққал ба як доруи иловагии гурӯҳи А тобовар аст, (доруҳои гурӯҳи А пурқувваттарин гурӯҳи доруҳо дар табобати сатри дуюми шаклҳои тобовар ба дору бо истифода аз реҷаҳои тӯлонӣ мебошанд ва левофлоксацин, моксифлоксацин, бедаквилин ва линезолидро дар бар мегиранд)» [283, с 6-15].

Таҳқиқотҳо оид ба истифодаи аспирин дар маҷмӯи табобати МС баён карда шудаанд, ки бехатар буд ва ҳам бо вояи кам (81 мг) ва ҳам бо вояи баланд (1000 мг) хуб таҳаммул карда мешуд. Ин таҳқиқотҳо дар рушди хунравии меъдаю рӯда, хунравии дохили косахонаи сар ва падидаҳои номатлуби дараҷаи 3 ё 4 фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим надоштанд[126, с 44-54].

Мета-таҳлил нисбатан барвақттар аз ҷониби Rizvi et al. [257, с 32-36] «гузаронида шуда нишон дод, ки аспирин хатари сактаи дилро дар беморони гирифтори МС коҳиш медиҳад, аммо дараҷаи фавтро кам намекунад. Ин мета-таҳлил минбаъд таҳқиқоти кушодаро дар кӯдакон дар бар гирифт, ки ба он танҳо беморони гирифтори шакли шадиди МС (марҳилаи III) ҷалб карда шуданд, аммо ташхис тасдиқ карда нашуд. Гарчанде ки ин мета-таҳлил дар муқоиса бо платсебо коҳиши назарраси фавт ва натиҷаи якҷояро (фавт ва сактаи бори аввал пайдошуда) ҳангоми истеъмоли аспирин нишон надодааст, дар муқоиса бо платсебо, пастшавии назарраси сактаи бори аввал пайдошуда дар гурӯҳи аспиринро истеъмолкунанда мушоҳида карда шуд, ҳангоми

табобати беморони гирифтори МС аҳамияти клиникӣ дошта метавонад» [258, с 103-107].

Бояд тазаккур дод, ки мушкилоти рушд, пешгирӣ, ташхиси саривақтӣ ва табобати самараноки МС то имрӯз ҳал нашудааст ва ҳамчун мушкилоти ҷиддии тиббию иҷтимоӣ боқӣ мондааст [41, с 12-13]. Муносибатҳои навро барои муолиҷаи МС бо тобовари васеи доругӣ ҷустуҷӯ кардан лозим аст [91, с 92-96; 92, с 35-42; 99, с 235-248; 101, с 22-29; 112, с 238-241; 117, с 75-81; 149, с 56-63], консентратсияи минималии ингибитории бедаквилинро бар зидди Mycobacterium tuberculosis [110, с 17-26; 111, с 64-65], самаранокии доруҳои ба фаъолияти макрофагҳо таъсиркунанда [100, с 14-16], самаранокии муайян кардани кортизол дар МҲ таҳқиқ карда [4, с 59-69], сабабҳои такрори беморӣ [52, с 57-64], самаранокии истифодаи диарилхинолинҳо ё ҳуҷайраҳои стромалии аутологии мезенхималиро барои табобати беморони гирифтори МС-ТД [68, с 41-47; 146, с 633-641], самаранокии амалиёти ҷарроҳии ликворошунтикунанда [20, с 289-290; 21, с 875-876; 113, с 51-59], истифодаи шаклҳои нави доруҳои зидди силӣ [13], гузаронидани таҳқиқоти иловагӣ дар соҳаи бемориҳои ҳамрадиф бо МС ва ҳолатҳои мултиморбидӣ [78, с 128-130; 84, с 56-62; 87, с 15-21; 109, с 912; 147, с 41-45] ва ғайраро омӯхтан лозим аст. Дар хотимаи баррасии маълумоти адабиёти илмӣ ҷустуҷӯйҳои илмии олимони точикро дар ҳалли мушкилотҳои дар боло зикршуда кайд кардан лозим аст: инҳо Шарипов Б. П. 2018 [176, 305-308], Сироҷиддинова У. Ю. 2021 [142, с 20], Бобохоҷаев О. И. 2023, 2024 [16, с 73-79; 17, с 161-164] мебошанд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, МЭМС бештар дар кишварҳои дорои вазнинии зиёди БС, бештар дар кӯдаконе, ки бо ваксинаи БСЖ эм карда нашудаанд, шахсони мубталои ВНМО ва ҳангоми паҳншавии МБС дар беморони муолиҷанашудаи гирифтори БС-и шушҳо бештар дучор мегардад. Давомнокии зоҳиршавии аломатҳо метавонад аз 1 рӯз то 9 моҳ давом кунад ва давраи пайдоиши нишонаҳои беморӣ одатан ғайримуқаррарӣ аст. Илова ба МЭС, рушди менингомиелитҳои сироятиро низ аксаран вирусҳо, бактерияҳо

ва занбӯруғҳо ба вуҷуд меоваранд, ки аксар вақт аз раванди БС фарқ кардан душвор аст. Баръакси аксари шаклҳои менингитҳи бактериявӣ, МЭС бо эҳтимолияти зиёд боиси ихтилоли асабӣ, аз ҷумла тағирёбии ҳолати рӯҳӣ, тағирёбии шахсият шуда метавонад ва азбаски осебҳо метавонанд ба фишороварии рагҳои асаб, норасоии асабҳои косахонаву мағзи сар ва сактаи майнаи сар оварда расонанд. Инкишофи патогенетикии МЭС аз БС-сирояти респираторий бо минбаъд паҳншавии гематогенӣ дар САМ оғоз меёбад. Дар марҳилаи имрӯза иммунопатогенези МС низ ба таври муфассал тавсиф карда шудааст. Зуҳуроти клиникии ғайримуқаррарӣ ва ҳассосияти маҳдуди усулҳои мавҷудаи лабораторӣ ташхиси МС-ро аз сабаби табиати олиго-батсиллярии МС душвор мегардонад. Алгоритми ташхис бояд тамоми усулҳои мавҷударо дар бар гирад, аз ҷумла ташхиси микробиологӣ, тестҳои молекулавӣ, усулҳои тасвири мағзи сар ба монанди ТК ва ТМР, тестҳои иммунодиагностикӣ ба монанди тестҳои озодкунии гамма интерферон (IGRA). Ҳангоми муолиҷаи МС дар баробари доруҳои зидди силӣ, ки реҷаи таъиноташон аз спектри ҳассосияти МБС вобаста аст, истифодаи табобати иловагии кортикостероидҳо ва истеъмоли аспирин тавсия дода мешавад. Табобати зидди силӣ бояд фавран оғоз карда шавад, то ин ки беморшавӣ ва фавт ҳангоми МС кам карда шавад.

БОБИ 2. МАВОД ВА МЕТОДҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Дизайни таҳқиқот когорти проспективӣ буда, дар он дохилкунии 100%-и яклухти ҳамаи 167 беморони гирифтори МС, ки дар давоми солҳои 2017 – 2023 дар МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» табобат гирифтаанд, истифода шудааст.

Дар клиника беморон барои верификатсияи ташхиси менингитҳои силӣ ва шаклҳои клиникии он усулҳои клиникӣ ва лабораторӣ, аз ҷумла генетикии молекулавӣ, бактериологӣ ва ситологӣ, усулҳои радиологӣ (рентгенографияи рақамии шушҳо, ТК-и шушҳо, ТК-и мағзи сари, ТМР ва ТМР бо контрастикунонӣ аз рӯи нишондодҳо), ташхисҳои функционалӣ (ТУС, электрокардиограмма (ЭКГ) барои сабти фаъолиятии барқии дил) гузаронида шуданд (Ҷадвалҳои 2.1, 2.2. ва 2.3.).

Ҷадвали 2.1. - Ташхиси хун ва пешоб дар беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо

Таҳлили умумии хун	167 (100%)
Таҳлили биохимиявии хун	167 (100%)
Таҳлили умумии пешоб	167 (100%)
Хун барои гепатити В	167 (100%)
Хун барои гепатити С	167 (100%)
Хун барои RW	167 (100%)
Хун барои ВНМО	167 (100%)

Манбаъ: муаллиф

Ҷадвали 2.2. - Ташхисҳои радиологиии беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо

Усули ташхисҳо	Шумора	%
Рентгени шушҳо	167	100%
КТ-и шушҳо	109	65%
КТ-и мағзи сар	115	69%
ТМР-и мағзи сар	54	32%
ТМР-и мағзи сар бо контраст	23	14%
ТМР-и ҳаром-мағз бо контраст	9	5%

Манбаъ: муаллиф

Ҷадвали 2.3. - Ташхиси функсионалии беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо

Ташхисҳои функционалӣ	Шумора	%
ТУС	167	100%
ЭКГ	167	100%
Пунсияи люмбалӣ	167	100%

Манбаъ: муаллиф

Дар байни бемороне, ки мо мушоҳида кардем, шаклҳои зерини клиникии менингитҳои силӣ пайдо шуданд:

127 нафар беморон (76%) – и гирифтори менингити силӣ бемориро бо давомнокии то ду ҳафта нишон доданд;

26 нафар беморон (16%) - гирифтори менингоэнсефалити силӣ бо ҷараёни шадиди торпидӣ ҳангоми мавҷуд будани аломатҳои манбаъвӣ бо давомнокии беморӣ то се ҳафта;

14 нафар беморон (8%) - гирифтори миелити силӣ бо ҷараёни шадиди атипикӣ бо вайроншавии узвҳои коси хурд, парез ё фалаҷи дасту пойҳо, ки давомнокии беморӣ то як моҳ аст (ҷадвали 2.4).

Ҷадвали 2.4. - Шаклҳои клиникии менингити силӣ ва оризаҳои онҳо (n=167)

Шаклҳои клиники	**Шумора**	**%**	**Таносуби эҳтиолӣ, 95% ФЭ**	**р қимат**
Менингити силӣ	127	76%		
Менингоэнсефалитҳои силӣ	26	16%	17,02 (9.63, 31.04)	p1=0
Миелити силӣ	14	8%	34,2 (17,4-74,4)	p2=0

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: 95% ФЭ -фосилаи эътимодии 95%

Тести тақсимоти баробари бо χ^2 нишон дод, ки тақсимот нобаробар аст ($p<0,05$), тақсимоти беморон аз рӯи шаклҳои сили системаи марказии асаб дар байни беморони ба беморхона воридшуда аз ҷиҳати оморӣ ба таври назаррас фарқ мекард ($\chi^2 = 120$; $p < 0.001$), фарқият байни менингити силӣ бо менингоэнсефалит (ТЭ 17,0; 95%ФЭ 9.63, 31.04; p1=0) ва миелити силӣ (ТЭ 34,2 95%ФЭ17,4-74,4; p2=0) дида мешавад, вале байни менингоэнсефалити силӣ ва миелити силӣ фаққият нест (ТЭ 2,01; 95% ФЭ 0,97-4,34; p=0.0627).

Самаранокии муқоисавии табобат ва мониторинги ҷараёни беморӣ дар ҳама беморони мушоҳидашуда низ омӯхта шудааст.

Дар ҳолати зарурӣ ба беморон машваратдиҳии мутахассисони соҳаи маҳдуд (машваратҳои асабшинос (72 машварат) – барои баҳодиҳии динамикии осеби САМ, машварат бо ҷарроҳи асаб (12 машварат) – нишондод барои ҷарроҳи САМ, машварат бо офталмолог (53 машварат) – муайянкунӣ

ва мониторинги динамикии тағйирот дар қаъри чашм, машварат бо мутахассиси бемориҳои сироятӣ (21 машварат) – барои истисно кардани этиологияи ғайримуқаррарии менингит ва бемориҳои сирояти, машваратҳо бо кардиолог (31 машварат) – бо патологияи ҳамбастаи дилу рагҳо, машваратҳо бо акушер – гинеколог (21 машварат) ҳангоми ҳомиладорӣ ва/ҳангоми муайян кардани патологияи узвҳои репродуктивӣ, машварат бо оториноларинголог ҳангоми муайян кардани патологияи узвҳои болоии роҳҳои нафас ҳангоми қабули ДЗС, машварат бо равоншинос ҳангоми муайян кардани шикоятҳои мушаххас, машварат бо психолог (2 машварат) - дар ҳолати ноустувори психоэмотсионалӣ, машварат бо дерматолог (2 машварат) - барои тағйироти ғайримуқаррарӣ дар пӯст, стоматолог (2 машварат) - барои безараргардонии нуқтаҳои сирояти музмин, анестезиолог-реаниматолог (19 машварат) – барои муайян кардани намуди анестезия, равиши табобат, инчунин ҳамоҳангсозии равиши пеш аз ҷарроҳӣ, машварат бо корманди иҷтимоӣ (2 машварат) – барои муайян кардани мушкилоти иҷтимоӣ ва расонидани дастгирии иҷтимоӣ ва дигар мутахассисон дар вақти лозима (ҷадвали 2.5).

Ҷадвали 2.5. - Машваратдиҳии мутахассисони соҳаи махдуд ихтисос ба беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо (n=167)

Машваратдиҳии мутахасиссони махдудихтисос	Шумора	%
Асабшинос	72	43,1%
Ҷарроҳи асаб	12	7,2%
Окулист	53	31,7%
Сироятшинос	21	12,6%
Кардиолог	31	18,6%
Гинеколог	21	12,6%
Оториноларинголог	8	4,8%
Равонпизишк	2	1,2%
Реаниматолог	19	11,4%
Уролог	8	4,8%
Ҷарроҳ	3	1,8%
Ҷарроҳи дил	3	1,8%
Эндокринолог	6	3,6%
Нефролог	7	4,2%
Гепатолог	6	3,6%

Манбаъ: муаллиф

Барои гузаронидани таҳқиқоти илмӣ ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Аз шумораи умумии 167 нафар беморон дар 100 нафар беморон ташхиси ниҳоии клиникии «менингитҳои силӣ бо ҳассосияти доругии МБС» (МС-ҲД) гузошта шуд. Ба 67 бемори боқимонда ташхиси ниҳоии клиникии «менингитҳои силӣ бо тобовари доругии МБС» (МС-ТД) гузошта шуд (Ҷадвали 2.6).

Ҷадвали 2.6. - Тавсифи клиникӣ менингити силӣ ва оризаҳои онҳо вобаста ба ҳасосият ва тобовари доруҳо

Шакли клиникии менингити силӣ	МС-ҲД (n=100)		МС-ТД (n=67)		P	Ҳамагӣ (n=167)	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Менингити силӣ	89	89,0	38	56,7	<0,001	127	76,0
Менингоэнсефалити силӣ	9	9,0	17	25,4	<0,01*	26	15,6
Миелити силӣ	2	2,0	12	17,9	<0,001**	14	8,4

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи санҷиши χ2, *бо ислоҳи Йейтс, **аз рӯи санҷиши дақиқи Фишер); МС-ҲД- менингитҳои силӣ бо ҳассосияти доругии МБС; МС-ТД - менингитҳои силӣ бо тобовари доругии МБС.

Манбаъ: муаллиф

Баёни усулҳои таҳқиқотии дар боло зикршуда:

✓ Муоинаи клиникӣ, муайян кардани индекси вазни баданро муайян кардан, ҷамъоварии анамнези эпидемиологӣ ва анамнез аз рӯи муносибатҳои муқаррарии асосҳои бемориҳои дарунӣ ва муносибатҳо ба ташхиси тафриқави дар фтизио-онко-пулмонология, ташхиси тафриқавии нейроинфексия (сироятҳои асаб).

✓ Усулҳои лабораторӣ:

-Микроскопия: ранг кардани андудаи балғам ва моеъи ҳароммағз бо рангкунандаи ауромин ва минбаъд гузаронидани микроскопияи люминестсентӣ;

✓ Омӯзиши молекулярӣ-генетикии бо ҳамзамон муайянкунии кардани ҳассосияти доругӣ (ҲД) МБС ба ДЗС:

✓ Ташхиси картриҷӣ бо истифода аз аксуламалҳои полимеразӣ - занҷирӣ ПСР) дар дастгоҳи GeneXpert MTB/RIF;

✓ Ташхиси картриҷӣ бо истифода аз аксуламалҳои полимеразӣ - занҷирӣ ПСР) дар дастгоҳи Xpert MTB/RIF Ultra;

✓ Ташхиси картриҷӣ бо истифода аз аксуламалҳои полимеразӣ - занҷирӣ ПСР) бо санҷиши Xpert MTB/XDR;

✓ Тести Ҳайн-1 (LPA DR plus), дар асоси ПСР барои муайян кардани МБС ва муайян кардани ҳассосият ба доруҳои зидди силии қатори аввал (H, R);

✓ Тести Ҳайн-2 (LPA SL), дар асоси ПСР барои муайян кардани МБС ва муайян кардани ҳассосият ба доруҳои зидди силии қатори дуюм (тазриқи ДЗС-и қатори 2 ва фторхинолонҳо);

✓ Таҳқиқотҳои фенотипӣ (микробӣ) дар муҳити зичи Левенштейн-Йенсен ва дар муҳити моеъ дар системаи автоматикунондашудаи BACTEC MGIT-960 бо гузаронидани СҲД;

- Ташхисҳои лабораторию клиникӣ ва биохимиявӣ:

✓ Муайян кардани таҳлили умумии хун ва пешоб бо истифода аз усулҳои стандартии муқаррарӣ анҷом дода шуд;

✓ Таҳлили биохимиявии хун дар анализатори нимавтоматии биохимиявии истеҳсоли «Biobase Silver» гузаронида шуд. Аланин аминотрансфераза (АЛТ) ва аспартат аминотрансфераза (АСТ) бо усули кинетикӣ бо истифода аз маҷмӯи реагентҳои ширкати «Еколаб» (Москва) муайян карда шуданд. Консентратсияи билирубини умумӣ, мустақим ва ғайримустақим бо усули ягонаи Эндрассик-Гроф муайян карда шуд. Дараҷаи сафедаи умумӣ бо усули биурет бо истифода аз реагентхои «Еколаб» (Москва) муайян карда шуд. Дараҷаи С-протеини реактивӣ тавассути агглютинатсияи латекс муайян карда шуд. Давомнокии вақти протромбин бо истифода аз реагентҳои «Техпластин - тест», Русия (Барнаул) бо усули Квик ва ҳисоб кардани индекси протромбин муайян карда шуд. Витамини D дар анализатори иммуносорбенти ферментҳои MINDRAYMR96A бо истифода аз ҳисобҳои M, R1, R2,-VITD-T ширкати DIA Source муайян карда шуд;

- Усулҳои ташхиси радиологи: рентгенҳои рақамӣ - узвҳои қафаси сина дар дастгоҳи Motorized Collimators R302 MLP\A, томографияи компютерӣ барои муайян кардани ҳаҷми иллатҳои шуш ва муайян кардани мавҷудияти деструксияи бофтаи шуш, осеби мағзи сар дар дастгоҳи Siemens Somaton Emotion гузаронида шуд.

- Муоинаи бронхоскопӣ бо истифода аз бронхоскопи Karl-Storz Endoscope гузаронида шуд.

- ЭКГ дар дастгоҳи Sino-HeroSE 600 гузаронида шуд.

- Мувофиқи нишондодҳо, ТК ё ТМР-и мағзи сар, ҳангоми зарурият ТМР бо контрастикунонии дохиливаридӣ дар беморони гирифтори менингитҳои силӣ барои ташхиси тафриқавӣ ва муайян кардани ҷойгиршавӣ ва тасдиқи ташхис (туберкулёма, думмали мағзи сар) гузаронида шуд.

- Барои беморони гирифтори нейроинфексия (сироятҳои асаб) аз рӯйи нишондодҳо ба мақсади ташхиси тафриқави таҳлили хун барои сироятҳои паразитӣ гузаронида шуд. Иммуноглобулинҳои умумии синфҳои А, М ва G ба антигенҳои токсокароз, иммуноглобулинҳои умумии синфҳои А, М ва G ба антигенҳои аспергиллез, титри токсоплазмозҳои антитело IgG ва IgM, титри антителаҳои ситомегаловирус IgG ва IgM, кандидози титр антитело IgG ва IgM, токсоплазмаи IgG, BEB IgM барвақтӣ, VEB IgG, токсокарҳои а/тела, эхинококк IgG.

- Мувофиқи нишондодҳо, таҳлили хун барои ПСР аз гепатити С (миқдорӣ), ПСР аз гепатити В (миқдорӣ).

- Таҳлили хун барои ВНМО, мувофиқи нишондодҳои ПСР барои муайян кардани ҳуҷайраҳои CD ва сарбории вирусӣ.

- Бо мақсади ташхиси мониторинги муолиҷа ҳар ҳафта пунксияи қубури ҳароммағз бо ташхиси лабораторииmоеъи ҳароммағз (GeneXpert MBT/Rif, Xpert MBT/Rif Ultra, Xpert MBT/Rif MDR) гузаронида шуд.

- Таҳлили хун ва МҲ (ликвор) барои муайян кардани микрофлораи ғайримуқаррарӣ бо муайянкунии ҳассосият ба доруҳои зидди бактериявӣ;

- Таҳлили ситологии МҲ (ликвор): ситоз (лейкоситҳо) лимфоситҳо, нейтрофилҳо, сафеда, қанд, pH.

Техникаи анҷом додани пунксияи люмбалӣ:

1. Сӯзани хушк бо мандрен ва ду пробиркаро (лулаи озмоиширо) барои сӯрох омода кунед, ки яке аз онҳо бояд безарар бошад ва пӯк бошад.

2. Бемор ба рӯйи мизи дастамалҳо ба тарафи рост гузошта мешавад.

3. Табибе, ки пунксия мекунад, дастонашро бодиққат мешӯяд, дастпӯшакҳои бесироят мепӯшад ва онҳоро бо спирт коркард мекунад.

4. Пеш аз сӯрох кардан, ҳамшираи тиббӣ пӯсти сутунмӯҳраи камарро аз ҷойи пунксияи пешбинишуда сар карда, сипас дар шакли доираҳои ҷудошаванда аввал 2 маротиба бо йод ва баъд 3 маротиба бо спирт коркард мекунад, то боқимондаҳои йодро пурра хориҷ кунад. Илова бар ин, пӯсти болои устухони тиҳигоҳ коркард мешавад.

5. Ёрдамчӣ, ки беморро қарор медиҳад, ӯро то ҳадди имкон хам мекунад, то фазои байни шохаҳои шавқии мӯҳраро зиёд кунад.

6. Табиб макони ворид кардани сӯзани пунксияро муайян мекунад. Вай тоҷи устухони тиҳигоҳро ламс карда, аз он перпендикуляр ба сутунмӯҳра паст мекунад, нуқтаи буриш ба фосилаи байни мӯҳраҳои 3 ва 4-уми камар мувофиқат мекунад. Пунксияро дар ин фосила ба вуҷуд овардан мумкин аст ё як мӯҳра болотар баромадан лозим аст, дар ин сатҳҳо ягон моддаи ҳаромағз вуҷуд надорад, бинобар ин сузанхалонӣ (пунксия) бехатар аст.

7. Пеш аз пунксия, шумо метавонед анестезияи макони пунксияро бо лидокаин ё прокаин анҷом диҳед: 0,1 – 0,2 мл анестетик ба дохили пӯст ворид карда, «қабати лимуӣ»-ро ташкил дода, сипас 0,2 - 0,5 мл анестетикро ба қабатҳои амиқтари пӯст ворид мекунанд. Аксар вақт, пунксия бе наркозҳои пешакӣ анҷом дода мешавад.

8. Сӯзани мандриндор ба боло ба маркази фосилаи байни мӯҳраҳо перпендикуляр ворид карда мешавад, баъд сӯзан оҳиста ҳаракат карда, нӯги сӯзанро (10 – 15°) ба нӯги сар каме дур мекунанд. Ҳангоми ҳаракат кардани

сӯзан табиб се ноҷуриро ҳис мекунад: пас аз сӯрох шудани пӯст, пайванди байни мӯҳраҳо ва пардаи сахти ҳаромағз.

9. Пас аз ноҷурии сеюм, мандрин хориҷ карда мешавад ва мебинанд, ки оё моеъи ҳаромағз аз сӯзани пунксиякунанда хориҷ карда мешавад. Агар моеъ набошад, сӯзан то пайдо шудани моеъи ҳаромағз пеш бурда мешавад, дар ҳоле ки мандрин давра ба давра (ҳар 2 – 3 мм) хориҷ карда мешавад. Эҳтиёт бояд кард, ки сӯзанро аз ҳад зиёд дур накашед ва бофтаи варидии пеши канали сутунмӯҳраро сӯрох накунед – ин мушкилии маъмултарини пунксияи люмбалӣ мебошад.

10. Вақте, ки сӯзан ба канали ҳароммағз мерасад, фишори моеъи ҳароммағзро чен кардан лозим аст: мандрен аз сӯзан хориҷ карда мешавад, ба сӯзан дастгоҳи қулфкунанда ва ченаки фишор пайваст карда мешавад ва фишор аз рӯи баландии сутуни моеъи ҳароммағз дар ченаки фишор баҳо дода мешавад. Дар сурати набудани ченаки фишор, фишори моеъи ҳароммағз тақрибан аз рӯи суръати ҷараёни моъи ҳаромағз аз сӯзан ҳисоб карда мешавад. Дар одами солим моеъи ҳароммағз дар қатраҳои кам – 40-60 қатра дар як дақиқа ҷорӣ мешавад.

11. Пас аз хомӯш кардани монометр, моеъи ҳаромағз ба ду найчаи озмоишӣ гирифта мешавад: (а) 2 мл ба найчаи безарар барои ташхиси бактериоскопӣ, бактериологӣ ва реаксияи агглютинатсияи латексӣ (РЛА) ворид карда мешавад; б) ба найчаи дуюм – барои муайян кардани таркиби ҳуҷайра, консентратсияи сафеда, қанд (1 мл). Бо танзими намудани суръати хориҷшавии он бо мандрин ҷараёни бо суръати моеъи ҳаромағзро танзим кардан лозим аст.

12. Пас аз гирифтани моеъи ҳароммағз сӯзанро бе пурра ворид кардани мандрен хориҷ мекунанд, зеро ҳангоми хориҷ кардани сӯзан часпидани решаҳои сутунмӯҳра ва ҷудошавии минбаъдаи онҳо имконпазир аст, ки боиси пайдоиши дард ва ихтилоли ҳаракат мегардад.

13. Ба пӯст дар минтақаи сӯрохи пункционӣ фатилаи пахтагини хушки бесироят гузошта мешавад, ки бо часпаки марҳамдор мустаҳкам карда мешавад.

14. Пас аз пунксия кардан беморро дар ҳолати уфуқӣ ба кат интиқол медиҳанд ва 2 соат ба шикам ё якпаҳлу, бе болишт дар зери сар хоб кунад. Кӯдакони соли аввали ҳаётро ба пушт гузошта, дар зери сурин ва пойҳояшон болишт мегузоранд. Мавқеи уфуқии бемор бо нӯги сараш каме пастшуда имкон медиҳад, ки мушкилии пунксияи люмбалӣ – ҷойгиршавии мағзи сар ва ворид шудани он ба сӯрохи калони оксипиталӣ пешгирӣ карда шавад.

15. Дар давоми 3-4 соат пас аз пунксия (ҳар 15 дақиқа) ҳолати бемор назорат карда мешавад, то ҷойгиршавии мағзи сар сари вақт шинохта шавад ва ёрии таъҷилӣ расонда шавад, зеро тавассути сӯрохии пункционӣ дар мағзпардаи сахт 4-6 соати дигар ҷоришавии моеъи ҳароммағз ба вуҷуд меояд.

16. Пас аз гузаронидани пунксияи люмбал, бемор бояд реҷаи қатъии бистариро риоя кунад: дар давоми 2–3 рӯз ҳангоми гирифтани нишондиҳандаҳои муқаррарии моеъи ҳароммағз ва то 14 рӯз – ҳангоми муайян кардани тағйироти патологӣ дар моеъи ҳароммағз. Тафсири моеъи ҳароммағз дар ҷадвалҳои 2.7 - 2.10 оварда шудааст.

Ҷадвали 2.7. - Тафсири моеъи ҳароммағз вобаста ба этиологияшон

Шакли клиникӣ	Шикоятҳои хос	Оғози муқаррарӣ	Зоҳиршавандагии аломатҳои Менингеалӣ	Аломатҳои умуми сироятӣ
Менингитҳои зардобӣ (менингококкӣ, пневмококкӣ, стафилококкӣ, стрептококкӣ ва ғайра).	Дарди сари зуд зиёдшаванд, дилбеҳузур, ларза, қайкунӣ.	Шадид. Пешхабари кутоҳ имкон дорад (якчанд соат).	Якбора бо зиёдшавӣ дар соату шабонарӯзҳои аввал	Хеле баландшавии ҳарорат (39-40°С) ларза, Гиперемияи пӯст
Менингитҳои зардобии вирусӣ (паротитӣ, энтеровирусӣ, хориоменингити шадиди	Дарди сар, ларза, дилбеҳузур, гоҳо қайкунӣ	Шадид, Гоҳо баъди назлаи роҳҳои нафаскашӣ ва ихтилоли меъдаву рӯдаҳо	муътадил, гипертензияи дохили косахонаи сар бартарият дорад.	Табларзаи муътадил, гоҳо думарҳилагӣ, кутоҳмуддат (3-7 шабонарӯз)

лимфотситарӣ ва ғайра).				
Менингити сили	Мондашавӣ, анорексия, серарақӣ, дилбеҳузур, дарди на он қадар сахти сар.	Тадриҷан бо аломатҳои умумии астения, гоҳо дар калонсолон шадид	Аввал андак бо тадриҷан зиёдшаванда	Субфебрилитет бо бартарӣ доштани аломатҳои интоксикатсия
Менингизм ҳангоми бемориҳои умуми сироятӣ ва соматикӣ	Дарди на он қадар сахти сар.	Гуногун	Муътадил	Аз бемории асосӣ вобаста аст

Манбаъ: муаллиф

Ҷадвали 2.8. - Тавсифи моеъи ҳароммағз ҳангоми меъёр ва ҳангоми менингити силӣ

Нишондиҳанда	Ҳангоми меъёр		Ҳангоми менингити сили	
	Бо воҳидҳои анъанавӣ	Бо воҳидҳои СИ	Бо воҳидҳои анъанавӣ	Бо воҳидҳои СИ
Намуди умумӣ	Шаффоф, беранг		Шафоф, беранг. Ҳангоми рост истодан 12-24 соат пардаи маҳини тори анкабутшакл ҳосил мешавад	
Хусусияти ҷоришавӣ ҳангоми пунксия	50-60 қатра дар як дақиқа		Бо қатраҳои тез-тез ё фавраҳо ҷорӣ мешавад	
Фишор дар канали ҳароммағз	50-150 мм сутунчаи обӣ.		300-500 мм сутуни обӣ	
Миқдори ҳуҷайраҳо	1-5 (1-10)	До 0,0005х10/л	100-150 ва зиёдтар	То 0,1-0,3 х 10/л ва зиёдтар
Микобактерияи Сил	Нест		Дар 10-20% беморон дида мешавад	
Миқдори қанд	0,4-0,5 г/л	2,22-3,33 ммол/л	Якбора паст шудааст, дараҷаи пастшавӣ дар вобастагии бевосита аз вазнинии менингит қарор дорад	
Миқдори Хлорид	7,2-7,6 г/л	120-130 ммол/л	Паст мешавад	
Аксуламали Панди	Манфӣ		Якбора мусбат	
Аксуламали Ноне-Аппелт	Манфӣ		Якбора мусбат	
Миқдори сафеда	0,15-0,33 г/л (150-330 мг/л)		0,8-1,5 г/л ва зиёдтар (800-1500 мл/л ва зиёдтар)	

Манбаъ: муаллиф

Ҷадвали 2.9. - Нишондиҳандаҳои моеъи ҳароммағз ҳангоми меъёр ва ҳангоми менингитҳои этиологияшон гуногун

Нишондиҳанда	Меъёр	Менингити силӣ	Менингитҳои вирусӣ	Менингитҳои бактериалӣ
Фишор	100-150 мм сут.обӣ, 60 қатра дар як дақиқа	Баланд аст	Баланд аст	Баланд аст
Шаффофият	Шафоф	Шафоф ва каме ғуборбаста	Шаффоф	Тира
Ситоз (лейкоситҳо), кл/мкл	1 - 3 (то 10)	То 100 - 600	400 - 1000 ва зиёдтар	Садҳо, ҳазор
Таркиби ҳуҷайравӣ	Лимфотситҳо, Монотситҳо	Лимфотситҳо (60-80%), нейтрофилҳо, тозакунӣ баъди 4-7 моҳ	Лимфотситҳо (70-98%), тозакунӣ баъди 16-28 рӯз	Нейтрофилҳо (70-95%), тозакунӣ баъди 10 - 30 рӯз
Миқдори Глюкоза	2.2 - 3.9 ммол/л	Якбора паст аст	Меъёр	Паст аст
Муҳтавои Хлоридҳо	122 - 135 ммол/л	Паст аст	Меъёр	Паст аст
Миқдори Сафеда	То 0.2 - 0.5 г/л	То 3 - 7 маротиба ва зиёдтар баланд аст	Меъёр ё на он қадар	То 2 - 3 маротиба баланд аст
Аксуламали Панди	0	+++	0/+	+++
Пардаи фибринӣ	Нест	Аксаран	Хеле кам	Хеле кам
Микобактерияҳо	Нест	"+" дар 50% ҳолатҳо	Нест	Нест

Манбаъ: муаллиф

Ҷадвали 2.10. - Қимати баъзе аз нишондиҳандаҳои МҲ ҳангоми меъёр [Светанова Е. М., 1986, мухтасар]

Нишондиҳанда	Воҳидҳои системаи қабулшуда	Воҳидҳои ФБ
Фишори МҲ	70-200 мм. вод .ст	0.686-1.96 кП а
Зичии нисбӣ	1.005 - 1009	1.005 – 1009
Фишори осмотикӣ	295 - 300 мосм/л	
Лейкостситҳо	0.0 - 6.0 в 1 мм^3	(0.0 - 6.0)•10^6
Эритротситҳо	0.0 - 5.0 в 1 мм^3	(0.0 - 50)•10^6
Лимфотситҳо	60 - 80%	0.60 - 0.8 0 ед.
Монотситҳо	20 - 40%	0.20 - 0.40 ед.
Сафедаи умумӣ	12 - 45 мг %	0.12 - 0.45 г/л
Оҳан	3.2 - 24.2 мг %	0.58 - 4.33 мкмоль/л
Калий	2.6 - 2.9 мэкв/л	2.6 - 2.9 ммоль/л
Калтсий	1.8 - 2.7 мэкв/л	0.9 - 1.35 ммоль/л
Мис	14.99 - 15.9 мг %	2.36 - 2.5 мкмоль/л
Натрий	135 - 155 мэкв/л	135 - 155 ммоль/л

Фосфори ғайриорганикӣ	1.2 - 2.5 мг %	0.4 - 0.8 ммоль/л
Хлоридҳо	115 - 125 мэкв/л	115 - 125 ммоль/л
Бикарбонат	22.0 - 25.0 мэкв/л	22.0 - 25.0 ммоль/л
pH	7.30 - 7.40	7.30 - 7.40
$^{p}co^{2}$	40.0 - 52.0 ммрт.ст.	5.32 - 6.9 кПа
$^{p}o_{2}$	40.0 - 53.0 ммрт.ст.	5.32 - 7.1 кП а
Глюкоза	45.0 - 70.0 мг %	2.4 - 4.4 ммоль/л
Лактат	9.0 - 25.2 мг %	1.0 - 2.8 ммоль/л
Пируват	0.57 - 0.31 мг %	65 - 150 мкмоль/л
Липидҳои умумӣ	1.0 - 2.0 мг %	10.0 - 20.0 г/л
Холестерол	0.45 - 0.54 мг %	12.0 - 14.0 мкмоль/л
Аминокислотаҳои озоди умумӣ	1.05 -1.2мг %	750 - 850 мкмоль/л
Креатинин	0.5 - 1.1 мг %	44.0 - 95.0 мкмоль/л
Мислотаи оксипропионат	0.1 - 0.3 мг %	6.0 - 18 мкмоль/л
Карбамид	6.0 - 33.3 мг %	1.0 - 5.5 ммоль/л
Азоти карбамид	2.8 - 15.4 мг %	1.0 - 5.5 ммоль/л
Аммиак	20.2 - 34.0 мг %	11.86 - 20.0 мкмоль/л

Манбаъ: Неврологияи клиникӣ. Дар се ҷилд. Ҷилди I. А. С. Никифоров, А. Н. Коновалов, Е. И. Гусев. Москва "Медицина " 2002. Моеъи мағзи сару ҳароммағз ва мағзпардаҳо. Синдроми менингеалӣ. - С. 679.

Меъёрҳои дохилшавӣ ба ин таҳқиқот:

Беморҳо ба меъёрҳои истифодаи нақшаи муолиҷаи МС-ҲД ва МС-ТД ҳангоми иҷрои ҳамаи шартҳои дар поён овардашуда мувофиқ буданд, аз ҷумла:

1) розӣ ҳастанд ва метавонанд ба татбиқи ин реҷаи муолиҷа ва иштирок дар назорати минбаъда (имзо ё шаҳодати ризоият) розиги диҳанд;

2) аз МС аз ҷиҳати бактериологӣ ва ситологӣ тасдиқшуда азият мекашанд, ки барои онҳо маълумоти ибтидоии лабораторӣ оид ба тобовари ҳадди аққал рифампитсин ба даст оварда шудааст.

Нақшаи муолиҷаи истифодашуда

Айни замон ҳамаи беморони ошкоршудаи гирифтори бемории МС-ҲД ва МС-ТД бо қарори Консилиуми Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии ҳифзи аҳолӣ аз бемории сил» мувофиқи меъёрҳои ТУТ вобаста ба доираи ҳассосияти ба ДЗС ва мувофиқи меъёрҳои ТУТ ба гурӯҳҳо ҷудо карда шуданд.

Ба беморони гирифтори МС-ҲД-и мушоҳида намудаи мо (100 нафар) доруи омехтаи 4-компонентӣ барои 4 моҳ давраи шидатноки табобат таъин карда шуд, ки дар таркибаш изониазид (H), рифампитсин (R), пиразинамид

(Z), этамбутол (E) бо вояи шабонарӯзӣ мутаносибан ба вазни бемор дошт ва давоми 8 моҳи дигар давраи ёрирасони табобат бо доруҳои изониазид (H), рифампитсин (R). Давраи пурраи табобати МС-ҲД 12 моҳро дар бар мегирад.

Беморони гирифтори МС-ТД-и мушоҳиданамудаи мо (67 нафар) тибқи хулосаи Консилиуми Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии ҳифзи аҳолӣ аз бемории сил» дар асоси натиҷаҳои тестҳои молекулавии ҳассосияти доругӣ, дар сурати мавҷуд набудани хатари таҳаммулнопазирӣ ва/ё натиҷаи тасдиқшудаи LPA-SL ва мувофиқат ба меъёрҳои дохилшавӣ, 18-24 моҳ реҷаи муолиҷа бо истифода аз ҳадди аққал 5 ДЗС вобаста ба спектри ҳассосият: бедаквилин (Bdq) ё деламанид (Dlm), фторхинолонҳо (левофлоксатсин (Lfx) ё моксифлоксатсин (Mfx)), капреомитсин (Cm) ё амикатсин (Am), протионамид (Pro), сиклосерин (Cs), клофазимин (Cfz) ва ПАСК(PAS), Амоксиклав (Am) Имипенем (Имп) таъин карда шуд. Ба беморон глюкокортикоидҳо, диуретикҳо, витаминҳо, гепатопротекторҳо ва доруҳои умуми таҳкимдиҳанда таъин карда шуданд.

Коркарди омории маълумоти бадаст овардашуда дар компютери шахсӣ бо истифода аз барномаи «Software Rstudio, version 4.3.2» анҷом дода шуд. Баробарии тақсимоти беморон бо усули Шапиро -Вилк (Shapiro-Wilk) бо назардошти он, ки шумораи беморон дар зергурущщо аз 50 каманд, санҷида шудааст. Барои муқоисаи нишондиҳандаҳои мушоҳидашуда дар маълумотҳои категориалӣ бо гипотезаи нулӣ χ^2 (chi-squared test) ва p -қимат (p-value) истифода шудааст. Гуруҳҳо ва зергуруҳҳо байни худ бо таносуби эҳтимолият (ТЭ), фосилаи эътимодии 95% (95% ФЭ), p -қимат муқоиса карда шудаанд. Тафовутҳои байни гурӯҳҳо ҳангоми $p<0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд. Ҳангоми шумораи ками мушоҳида меъёри дақиқи Фишер (дар $n<5$) истифода шудааст.

БОБИ 3 ХУСУСИЯТҲОИ ДЕМОГРАФИЮ КЛИНИКИИ БЕМОРОН ВА САМАРАНОКИИ ТАШХИСИ ОНҲО

3.1. Хусусиятҳои демографӣ ва клиникии беморон

Қисмати зиёди беморони ба МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» воридшуда ба синну соли 11–24 сола (41% ва ё 68 аз 167) дуруст омадааст. Баъдан тақсимоти беморон ба синну соли 25-34 -сола (30% ва 50/167) ва 35-44- сола (20% ва ё 33/167) афтида, шумораи аз ҳама ками беморон дар синни 45-54-сола (9% ва 16/167) вомехурад. Тақсимоти беморон бо синну сол аз якдигар фарқи оморӣ дорад ($\chi^2 = 35.85$; $p < 0.001$), ки қисмати асосии онҳо, яъне беш аз 70% ба синни аз 11 сола то 34 сола рост меояд (ҷадвали 3.1).

Ҷадвали 3.1. - Синну соли беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо (n=167)

Синну сол	Шумора	%	P
11–24 сола	68	41%	p < 0.001
25-34 сола	50	30%	
35-44 сола	33	20%	
45-54 сола	16	9%	
Ҳамагӣ	167	100%	

Манбаъ: муаллиф

Тақсимоти беморон вобаста ба ҷинс аз ҷиҳати оморӣ фарқ надоранд ($\chi^2 = 1.012$, p-value = 0.3144) (ҷадвали 3.2).

Ҷадвали 3.2. - Таркиби гендерии беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо (n=167)

Ҷинс	Шумора	%	P
Занҳо, аз он ҷумла Ҳомиладорон	90 6	54% 7%	-
Мардҳо	77	46%	0.3144
Ҳамагӣ	167	100%	

Манбаъ: муаллиф

Чунон, ки аз ҷадвали 3.2 дида мешавад, ҳарчанд аз ҷиҳати оморӣ назаррас ҳам набошад, занон (54%) дар байни беморони бистаришуда бартарӣ доштанд ва 7% онҳо ҳомиладор буданд.

3.2. Самаранокии ташхиси тафриқавии менингити силӣ ва оризаҳои онҳо (n=167)

Бо мақсади омӯзиши усулҳои муосири ташхиси тафриқавии менингитҳои силӣ мо таҳлилро барои соли 2017 – 2023 мувофиқи маълумотҳои МД «Маркази миллии бемориҳои сила, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» маълумоти таърихи бемории 167 беморони гирифтори менингитҳои силӣ аз рӯйи маълумоти моеъи ҳароммағз барои мавҷудияти микобактерияи сил бо истифода аз усулҳои микроскопияи моеъи ҳароммағз, таҳқиқот бо усулҳои генетикии молекулавӣ - GeneXpert MTB/RIF, Xpert MTB/RIF Ultra, Xpert XDR, ки дар давоми 2 соат мавҷудияти МБС-ро дар моеъи ҳароммағз ва ҳамзамон тобоварии МБС-и ба рифампитсин муайян мекунад; Тести Ҳейн (HainLifescience - LPA MTB, sl) - МБС-ро муайян мекунад ва ҳамзамон тобоварии доругиро ба рифампитсин ва изониазид ва ДЗС-и қатори 2-юмро дар тӯли 48 соат ошкор менамояд; кишти маводи таҳқиқшаванда дар муҳити сахт ва моеъ (Левенштейн-Йенсен, MGIT 960) бо минбаъд гузаронидани тести ҳассосияти доругӣ анҷом дода шуд. Ҳангоми ташхиси бемории сил ҳамчунин хусусияти оғози беморӣ, ҷараёни клиникии беморӣ, ҳолати шуур, зоҳиршавандагии аломатҳои менингеалӣ ва тадқиқи қаъри чашм низ ба назар гирифта шудааст. Таҳқиқоти радиологӣ: рентгени рақами ва томографии қафаси сина (барои дарёфт намудани тағиротҳои этиологияи силии бемориро истисно намекунад), ТК ва ТМР-и мағзи сар, ки ҳангоми он васеъшавии меъдачаҳои мағзи сар ва манбаҳои энсефалитӣ ва манбаҳои ҳаҷмӣ ошкор карда мешавад, инчунин ташхиси ТМР бо контрастикунонии дохиливаридӣ (Brainlmage 0,2 мл/кг) таъъиротҳоро дарёфт намуданд (ҷадвали 3.3).

Ҷадвали 3.3. - Натиҷаҳои таҳқиқоти радиологӣ

Ташхиси радиологӣ	Улосаҳои ташхисҳои радиологи	Шумораи	%
Рентгени рақамии шушҳо 167 (100%)	Сили пошхурдаи шушҳо	78 бемор	47 %
	Сили иртишоҳи шушҳо	63 бемор	38%
	Сили фиброзӣ – кавернози шушҳо	12 бемор	7 %
	Ғайри шуши	14 бемор	8 %
ТК-и шушҳо 109 (65%)	Сили иртишоҳии шушҳо	63 бемор	58 %
	Сили пошхурдаи шушҳо (диссеминатсионӣ) ва сили милиари	78 бемор	71 %
	Сили ковокидори шушҳо ва сили фиброзӣ – кавернози шушҳо	12 бемор	11 %

	Сили гиреҳҳои лимфавии дохили қафаси сина	64 бемор	59 %
	Илтиҳоби пардаҳои шуш	14 бемор	13 %
КТ-и майнаи сар 115 (69%)	Ҳосилаҳои ҳаҷмӣ	16 бемор	14 %
	Гидросефалияи омехта	21 бемор	18 %
	Манбаҳои энсефалити	48 бемор	42 %
	Бе тағирот	30 бемор	26 %
ТМР-и майнаи сар 54 (32%)	Ҳосилаҳои ҳаҷмӣ	16 бемор	30 %
	Гидросефалияи окклюзиони	12 бемор	22 %
	Гидросефалияи тривентрикуляри	9 бемор	17 %
	Манбаҳои энсефалити	17 бемор	31 %
ТМР-и майнаи сар бо маводи контрастӣ 23 (14%)	Думал	4 бемор	17 %
	Туберкулемаҳои сершумор	8 бемор	35 %
	Туберкулёмаҳои гиреҳшакл	6 бемор	26 %
	Илтиҳоби пардаҳо	5 бемор	22 %
ТМР-и ҳароммағз бо маводи контрастӣ 14 (8%)	Туберкулёмаи ҳароммағз	2 бемор	14 %
	Думмали ҳароммағз	2 бемор	14 %
	Миелити трансверсивӣ	6 бемор	43 %
	Илтиҳоби ҳароммағз	4 бемор	29 %

Манбаъ: муаллиф

МС бо маълумоти пунксияи люмбали ва таҳқиқи ликвор тасдиқ карда шуд. Аз 167 беморони гирифтори МС дар моеъи ҳароммағз микобактерияҳои БС бо истифода аз усулҳои молекулярӣ-генетикӣ - Xpert MTB/RIF - дар 125 нафар (75%) ошкор, 42 нафар (25%) бо усули ситологӣ тасдиқ карда шуд. Аз 125 ҳолати ошкоркардаи МБС, 25 (20%) –и беморон тобоварии доругӣ ба рифампитсин ва изониазид ва 100 нафари боқимонда ҳасос ба рифампитсин ва изониазид нишон доданд. Аз шумораи умумии беморон дар 116 нафар (69,4%) фишори моеъи ҳароммағз баланд буд (аз рӯи суръати ҷараёни фавраи моеъ), ки гипертонияи моеъи ҳароммағзро (зиёда аз 60 қатра дар як дақиқа) нишон медиҳад, (N=100-150 мм. сутуни обӣ, 60 қатра дар як дақиқа), дар 97% - моеъи ҳароммағз шаффоф, дар 3% - ғуборнок (N=шаффоф, беранг), дар 127 бемор (76%) дар моеъи ҳароммағз миқдори ҳуҷайраҳо (лейкоситҳо) аз 88 то 200 ё бештар (N=3-10) баланд буд. Миқдори сафеда то 0,8-1,5‰ ва аз он боло (N=0,33‰), асосан аз ҳисоби глобулинҳо зиёд шуда, дар 149 (89,2%) беморон (N=2,5-3,5 ммоль/л) пастшавии қанд (то 0,5) ба назар мерасад.

Бемороне, ки мо мушоҳида кардем, аз ноҳияҳои зерини мамлакат ба МД "ММБСШ ва ҶҚС" дохил шуданд: шаҳри Душанбе – 40 (24,0%) бемор,

Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (НТҶ) – 52 (31,1%) бемор ва вилояти Хатлон – 75 (44,9%) бемор ташхис ва табобат гирифтанд ва фарқияти ҳиссаи беморон вобаста ба минтақа назаррас мебошад (p= 0.0034) (ҷадвали 3.4).

Ҷадвали 3.4. - Минтақаҳои мамлакат, ки беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо дар давраи солҳои 2017-2023 аз он ҷо ворид гардидаанд (n=167)

Минтақа	Шумораи беморон	%	P
Шаҳри Душанбе	40	24%	<0,001
Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (НТҶ)	52	31%	
Вилояти Хатлон	75	45%	

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи санҷиши χ^2, барои ҷадвалҳои ҳолати фавқулодда)

Манбаъ: муаллиф

Ҳангоми воридшавӣ аломатҳои осеби моддаи мағзи сар (менингоэнсефалит) дар ҳар як бемори 2-юми гирифтори МС қайд карда шуд, ки ин аз дер ошкор шудани раванди силӣ шаҳодат медиҳад. Дар аксари 153 беморон (92%) МС дуюмдараҷа, 14 нафар беморон (8%) гирифтори МС-и аввалия буданд. МС аз ҷихати оморӣ назаррас ба сили иртишоҳии шушҳо ва сили пошхурдаи шушҳо вобастагӣ дорад (p<0,001) (ҷадвали 3.5).

Ҷадвали 3.5. - Шаклҳои аввалияи клиникӣ дар беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо

Шакли аввалияи клиникӣ	Шумора	Фоиз	p
Сили иртишоҳии шушҳо	63	37,7%	<0,001
Сили пошхурдаи шушҳо (милиарӣ)	78	46,7%	<0,001
Фиброзӣ-кавернозӣ	12	7,2%	-
Иллати ҷудогонаи САМ	14	8,4%	0.6949

Манбаъ: муаллиф

Пеш аз дохил шудан ба муассисаи зидди силӣ 47 нафар (28%) беморон дар беморхонаи сироятӣ, 78 нафар (47%) – дар Маркази миллии тиббии ҶТ «Шифобахш» бистарӣ шуда буданд, пас аз тасдиқи ташхис ҳамаи беморон интиқол дода шуданд ва дар назди силшинос (менинголог) дар МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» қарор доштанд. 42 нафари боқимонда (25%) аз дигар муассисаю ноҳияҳо ба клиникаи мо ворид

шудаанд. Барои муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни МС тавсифи тиббию иҷтимоӣ ва клиникӣ-эпидемиологӣ омӯхта шуда, маълумоти таҳқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ таҳлил карда шуданд: усулҳои таҳқиқоти бактериологӣ (бактериоскопияи моеъи ҳароммағз ва балғам), молекулярӣ-генетикӣ – GeneXpert MBT/Rif, Xpert MBT/Rif Ultra, Xpert MBT/Rif XDR ва тести Ҳайн (ликвор) ва нейро-визуализатсионӣ (рентгенографияи тафсирӣ ва ТК-и узвҳои қафаси сина).

Ҳангоми қабул, ҳамаи беморон аз дарди сар, заифӣ ва ҳарорати субфебриалӣ шикоят карданд. Беморӣ дар зери «ниқоби» сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ (СШВР) (45,0%), сироятҳоии токсикии ғизоӣ (СТҒ), сироятҳои шадиди рӯда (СШР) (43,0%) ҷараён дошт. Дар беморхонаи бемориҳои сироятӣ ва асаб қаблан бо ташхиси менингитҳои менингококкӣ, мигрен ё сирояти токсикии ғизоиро гузошта буд.

Аломатҳои менингеалӣ дар аксари беморон (94%) муайян карда шуданд: дар ҳама – шахшавии мушакҳои пушти сар, 89% – аломати мусбати Керниг. Аломатҳои иллати асабҳои косахонаву мағзи сар дар ҳар сеяки беморон (33,5%) мушоҳида карда шуданд. Аломатҳои иллати моддаи мағзи сар (менингоэнсефалит) ҳангоми қабул дар ҳар як 2-юм нафар (50,0%) ба қайд гирифта шуд. Муҳимтарин меъёр барои ташхиси МС омӯзиши моеъи ҳароммағз буд, аммо дар тафсири он аксар вақт мушкилотҳо ба миён меомаданд. Тағйироти классикӣ дар моеъи ҳароммағз на ҳамеша вуҷуд дошт, зеро беморон пеш аз муқаррар кардани этиологияи МС табобати зидди илтиҳобӣ гирифтанд, аз ҷумла доруҳои зидди бактериявӣ бо фаъолнокии туберкулостатикӣ (фторхинолонҳо, аминогликозидҳо), ки ташхиси саривақтиро душвор мегардонад.

Гоҳо нишондиҳандаҳои муқаррарии сафеда ва қанд дар моеъи ҳароммағз муайян карда шуд. Дар гемограммаи беморон камхунии дараҷаи 1–2, лейкотситозҳои муътадил (то 12,0х10^0), лимфопения ва пурзӯршавии СТЭ мушоҳида карда шуд. Ҳангоми ворид шудан ба беморхона вазъи ҳар як бемори 2-юм вазнин (51%) ва ҳар 3-юм – ниҳоят вазнин (33%) баҳодиҳӣ карда

шуд. Этиологияи силии раванд бо ошкор намудани МБС дар моеъи ҳароммағз тасдиқ карда шуд, дар ҳоле ки усули муосири молекулярӣ-генетикӣ– GeneXpert қимати баланди ташхисӣ дошт. Дар ҳамаи беморони сараввал дар статсионари сироятӣ қарордошта ҳангоми муоинаи моеъи ҳароммағз натиҷаҳои мусбати GeneXpert муайян карда шуданд, дар ҳоле ки ташхиси микроскопия манфӣ буд. Ҳамин тариқ, ташхиси бактериологӣ танҳо ташхиси МС-ро тасдиқ карда метавонист. Технологияҳои баландҳассосият ва махсус, аз қабили ПСР-и моеъи ҳароммағз бо ҷудокунии КДН-и микобактерияҳои сил, ҳоло танҳо дар муассисаҳои алоҳидаи ҷумҳурӣ истифода бурда мешаванд ва истифода бурда шуда истодаанд; ташхиси барои табобати саривақтии махсус зарурӣ дар асоси аломатҳои зерин муқаррар карда шудааст: мавҷудияти иртиботи силӣ ё БС-и қаблан дучоршуда; инкишофи тадриҷии даврии беморӣ; синдроми хоси моеъи ҳароммағз.

Ҳамин тариқ, тибқи маълумоти мо, дар шароити муосир, МС бештар дар одамони синну соли қобили меҳнат, аз 11 то 54 сола рух медиҳад, ҳамзамон дар ҳар шахси дуюм раванди силӣ аллакай дар марҳилаи иллати моддаи мағзи сар (менингоэнсефалит) ошкор карда мешавад. Мушкилоти ташхиси саривақтии этиологияи махсуси менингит аз нестшавии тағйироти хос дар моеъи ҳароммағз дар беморони истеъмолкунандаи доруҳои зидди бактериявӣ мебошад. Бо дарназардошти ин далел, дар ҳолатҳои ташхиси тафриқавии МС ҳангоми табобат табибон бояд аз истифодаи доруҳои таъсирашон васеи гурӯҳҳои фторхинолонҳо ва аминогликозидҳо худдорӣ кунанд. Усули муосири молекулярӣ-генетикӣ GeneXpert дар ташхиси МС қимати баланди ташхисӣ дорад, ки имкон медиҳад на танҳо МБС дар моеъи ҳароммағз дар давоми ду соат ошкор карда шавад, балки мавҷудияти тобоварии зиёди доругӣ муайян карда шавад, ки барои ба зудӣ таъин кардани табобати мувофиқи этиотропӣ мусоидат мекунад.

Беморони гирифтори иллати силии системаи асаби марказии муоинакардаи мо ҷойгиршавии гуногун бо маълумоти тасдиқшудаи моеъи ҳароммағз ба мавҷудияти МБС бо истифода аз усулҳои микроскопӣ ва

таҳқиқот бо усулҳои молекулярӣ-генетикӣ – GeneXpert MBT/Rif, Xpert MBT/Rif Ultra, GeneXpert XDR доштанд.

МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» маркази асосии махсуси зидди силӣ мебошад, ки дар он беморон аз тамоми минтақаҳои кишвар бистарӣ карда мешаванд. Аммо аз сабаби дур будани масофа ва вазнинии ҳолати беморони гирифтори МС аксар вакт аз сабаби интиқолнопазир будани онхо беморон аз ВМКБ ва вилояти Суғд ба клиникаи мо ворид намешаванд. Тахлили мо ошкор намуд, ки дар давоми 7 соли охир ба Муассисаи давлатии «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» аз шаҳри Душанбе - 40 (24%) нафар беморони МС, аз ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (НТҶ) - 52 (31%) нафар беморони МС, аз вилояти Хатлон – 75 (45%) нафар беморони МС ворид гардидаанд.

Ҳангоми гузаронидани ташхиси ТК, ТМР ва ТМР бо контрастикунонии мағзи сар бо нишондодҳо дар беморон, тағйироти ошкоршуда бештар ба шаклҳои клиникии зерини иллати силии мағзи сар мувофиқат карданд: менингити сили - дар 127 (76%), менингоэнсефалити силӣ - дар 26 (16%), миелити силӣ – дар 14 (8%), дар 4 бемор - туберкулёмаи ҳароммағз, дар 2 бемор – думмали ҳароммағз, дар 4 бемор - миелити трансверсивӣ, дар 4 бемор - илтиҳоби ҳароммағз (ҷадвали 3.6).

Ҷадвали 3.6. - Шаклҳои клиникии менингити силӣ ва оризаҳои онҳо (n=167)

Шаклҳои клиникии менингитҳо	Шумора	Фоиз	P
Менингити силӣ	127	76%	< 0.001
Менингоэнсефалитҳои силӣ	26	16%	0.05778
Миелити силӣ	14	8%	-

Манбаъ: муаллиф

Миелити силӣ ҳангоми мавҷудияти манбаи сил дар организм инкишоф меёбад, ки ҳангоми он сироят ба пардаҳои мағзи сар ба таври гематогенӣ ворид мешавад. Дар ин намуди менингит тухмнокшавии пардаҳо, асосан пояи мағзи сар, бо гиреҳчаҳои силии андозаашон аз сараки сӯзанак то донаи арзан ба вуҷуд меояд. Экссудати хокистарранг-зарди атоламонанд дар фазои зерианкабутия ҷамъ мешавад.

Ҳангоми миелити силӣ раванди илтиҳобӣ хусусияти сермаҳсул дорад, дар пардаҳои мағзи сар ҷойгир шуда, инчунин ба пардаҳои мағзи дарозрӯя ва ҳароммағз паҳн мешавад. Бо аломатҳои иллати пардаи нарми мағзи сар оғоз меёбад. Дар даврaҳои 2 ва 3 дардҳои фарогиранда дар сутунмӯҳра, қафаси сина ва шикам пайдо мешавад, ки дар натиҷаи ба сегменти кортикалии асабҳои ҳассоси сутунмӯҳра паҳн шудани ин раванд ба амал меояд. Дард хеле шадид аст ва дар баъзе мавридҳо, ҳатто бо маводҳои дардпаскунандаи махсус суст кам карда мешавад. Ҳангоми ҷараёни шиддатёбандаи беморӣ, ихтилоли функсияи узвҳои коси хурд пайдо мешавад - дар аввал пешобкунии душвор ва қабзияти устувор, баъдан нигоҳ дошта натавонистани пешоб ва фазла. Ихтилоли мутаҳаррикӣ дар шакли монопарез, фалаҷи хусусияти «ланҷ» дошта пайдо мешавад. Ҳангоми ТМР-и ҳароммағз ва сутунмӯҳра динамикаи манфӣ дар шакли зиёдшавии андозаи манбаи баландшавии сигнали МР дар реҷаи Т2, дар дараҷаи қисматҳои гарданӣ ва синагии сутунмуҳра, бе аломатҳои ҷамъшавии моддаи контрастӣ, контрастикунонии диффузии пардаҳои ҳароммағз қайд карда мешавад. Ҳангоми муоинаи беморон синну соли қобили меҳнат бо манзараи махсуси иллати системаи марказии асаб бояд эҳтиёкорона муоина карда шавад (ҷадвали 3.7).

Ҷадвали 3.7. - Беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо вобаста ба сину сол

Сину сол	11 – 24 сола	25 – 34 сола	35 – 44 сола	45 – 54 сола	Ҳамагӣ
Мутлақ	68	50	33	16	167
%	41%	30%	20%	9%	100%

Манбаъ: муаллиф

Беморон бо нишондодҳо аз муоинаи мутахассисон (машваратдиҳии асабшинос, ҷарроҳи асаб, офталмолог, сироятшинос, кардиолог, анестезиолог-реаниматолог), мушоҳидаи динамикӣ ва интихоби дурусти табобат ҷой дошта бошад.

Дар асоси анамнез, шикоятҳо (дарди сар, чарх задани сар, сустӣ) ва маълумотҳои неврологӣ (мавҷудияти аломатҳои менингеалӣ ва манбаъвӣ, парезҳои дараҷаи гуногуни вазнинӣ) иллатҳои махсуси мағзи сар гумонбар шудааст.

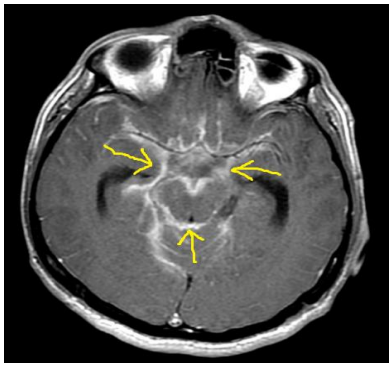
18 нафар беморон дар ҳолати ниҳоят вазнин (ҳолати сопорозӣ ва иғмо) қарор доштанд, аз ин рӯ ташхиси рентгении мағзи сар гузаронида нашудааст. 149 нафар беморони боқимонда бо мақсади ташхис гузоштан гузаронида шуд: ТМР-и мағзи сар – 54 (32%) бемор, ТК-и мағзи сар - 115 (69%) бемор. Дар 23 (14%) бемор ТМР бо контрастикунонии дохиливаридии мағзи сар, дар 9 (5%) бемор ТМР бо контрастикунонии дохиливаридии ҳароммағз, дар 109 (65%) бемор ташхиси ТК-и шушҳо ва дар 167 бемор рентгенографияи шушҳо истифода шудааст.

Ба сифати контраст доруи BrainImage дар вояи 0,2 мг/кг вазни бадан дар асоси контрасти гадолиниум истифода шуд. Протоколи ин таҳқиқот дар бар гирифт: – Т2 тасвирҳои баркашидашуда (sagittal); – Т1 тасвирҳои баркашидашуда (axial); – FLAIR пайдарҳамии импулсӣ (axial); – Т2 Gradient ECHO (GREaxial); - пайдарҳамии диффузиявӣ - баркашидашуда (DWIb-1000 axial); - Т1 + С (бо контрастикунонии дохиливаридӣ (3D). Маълумоти пайдарҳамиҳои иловагӣ имкон медиҳад, ки ҷой ва ҳаҷми манбаи энсефалӣ, мавҷудияти беоҳакшавӣ, туберкулёмаҳо, баҳодиҳии иллатҳои нисбатан хурдтари сохторҳои мағзи сар нисбатан дақиқ муайян карда шаванд. Барои таҳқиқот дастгоҳҳои зерин истифода шуданд: ТК - Pilips Brillians 64 Slice; ТМР – Siemens Magnetom C бо шиддатнокии майдони магнитии 0,35 Tesla ва Philips Intera бо шиддатнокии майдони магнитии 1,5 Tesla.

Ҳангоми ҷамъоварии собиқаи беморӣ ва дар асоси иқтибосҳо аз варақаҳои назорати амбулаторӣ маълум шуд, ки беморӣ аз давраи продромалӣ оғоз шудааст, ки бо аломатҳои заҳролудшавии умумӣ зоҳир мешуд: ҳарорати субфебриалӣ, зуд мондашавӣ, сустӣ, дарди сар, қайкунӣ, ки бо истеъмоли ғизо алоқаманд нест, брадикардия. Дар ин давра аломатҳои барангезиши системаи асаби марказӣ низ мушоҳида карда шуданд: зиёд шудани дарди сар хангоми хам шудан, гиперестезияи пуст, кайкуни «фавворамонанд», анорексия. Ҳарорати бадан то 38-39^{o}С баланд шуд, шуур афсурда шуд, брадикардия аксар вақт ба тахикардия иваз карда шуд ва ихтилоли вегетативӣ-рагҳо низ ҳамроҳ шуданд (дермографизми сурх, мавҷудияти доғҳои Труссо

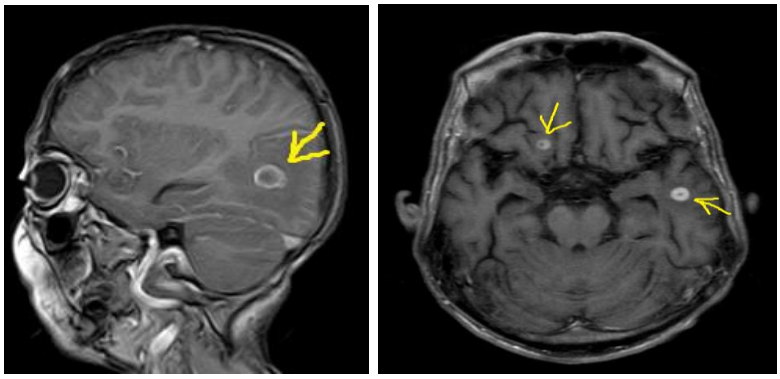
дар рӯй ва қафаси сина). Беморон дар клиника асосан дар рӯзи 5-7-уми пас аз бад шудани вазъият бистарӣ карда шуданд, вақте ки ба аломатҳои мавҷуда аломатҳои менингеалӣ - шахшавии мушакҳои пушти сар, аломатҳои Керниг, Брудзинский ҳамроҳ шуданд, сипас ҳамчунин аломатҳои осеби асабҳои косахонаву мағзи сар (одатан 3-6 ҷуфт), пистонакҳои рукудии қаъри чашм, иллати асаби рӯй (7 ҷуфт) ҳамроҳ шуданд. Верификатсияи ташхис бо истифода аз таҳқиқотҳои клиникӣ-рентгенологӣ ва лабораторӣ гузаронида шуд, ки аломатҳои зеринро тасдиқ карданд: сили пошхурдаи шушҳо дар 78 нафар (47%), сили иртишоҳии шушҳо дар 63 нафар (38%), сили фиброзӣ-кавернозии шушҳо дар 12 нафар (7%), иллати ҷудогонаи системаи асаби марказӣ дар 14 нафар (8%) беморон. Аз 167 нафар беморони гирифтори менингити силӣ 12 нафар (7%) гирифтори илтиҳоби пардаҳои шуш буданд. Дар 19 (11%) беморон сили устухон ва пайвандҳо ҷойгиршавиашон гуногун, дар 64 нафар (38%) иллати лимфагиреҳҳои дохили қафаси сина мушоҳида карда шуд. Аммо дар ин маврид таҳқиқи моеъи ҳароммағз бо усули молекулярӣ-генетикӣ мавҷудияти МБС-ро дар 125 нафар (75%) аз 167 бемор нишон дод. Дар онҳо аломатҳои зерини менингит (ҳангоми пунксияи люмбали) дида шуд: фишори дохили косахонаи сар баланд буд, лейкоситҳо зиёд шудааст, пиелоситози лимфоситӣ, паст шудани қанд ва зиёд шудани сафеда. Ташхиси иллати силии мағзи сар дар заминаи раванди силии ҷойгиршавии гуногун аз ҷиҳати бактериологӣ (МБС дар моеъи ҳароммағз муайян карда шуд) - дар 125 бемор (75%) тасдиқ карда шуд, дар беморони боқимонда ташхис дар асоси ташхиси ситологии моеъи ҳароммағз, маълумотҳои клиникӣ рентгенӣ, собиқаи беморӣ оид ба иртибот бо бемори гирифтори БС ва ташхиси тафриқавӣ бо дигар менингитҳо гузошта шудааст.

Дар мушоҳидаҳои мо, аломати хоси менингит ҳангоми ТМР-сканеркунӣ пас аз тазриқи дохиливаридии доруи контрастӣ ғафсшавӣ ва ҷамъшавии моддаи контрастӣ дар пардаи нарм, ҷойгиршавии нисбатан маъмултарин дар минтақаи системаҳои базалӣ буд (расми 1).



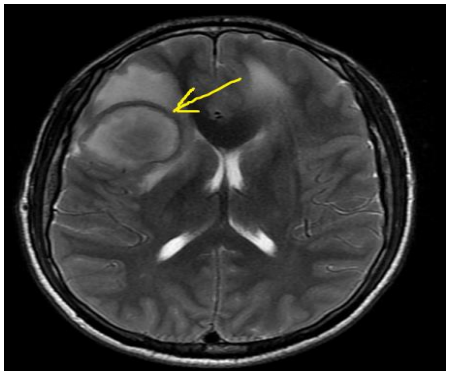
Расми 3.1. - Тасвири T1-муаллақ бо пурзӯршавии контрастӣ. Бо тирҳои зард ғафсшавии диффузӣ ва ҷамъшавии моддаи контрастӣ дар пардаи нарм дар қисмати систернаҳои базалии мағзи сар нишон дода шудааст.

Аломатҳои хоси менингоэнсефалит афзоиши МР-сигнал дар реҷаҳои T2IP ва Flair ва ҷамъшавии «бесарусомонаи» моддаи контрастӣ дар пардаи ғафсшудаи мағзи сар ва дар моддаи мағзи сар буданд. Хусусияти хоси туберкулёма ҷамъшавии гиреҳӣ ва/ё ҳалқашакли моддаи контрастӣ бо иллатҳои гиреҳии мағзи сар буд (расми 2).



Расми 3.2 - Тасвири T1-муаллақ бо пурзӯршавии контрастӣ. Бо тирҳои зард тубуркулёмаҳои ҳиссаи пешонагӣ аз тарафи рост, ҳиссаи чакка аз тарафи чап ва қисмати пуштисарӣ аз тарафи рост нишон дода шудааст.

Ғуншавии моддаи контрастӣ аз рӯйи навъи «ҳалқа» (дар ғилофак) хоси думмали мағзи сар аст (Расми 3).



Расми. 3.3. - Тасвири Т2-муаллақ. Бо тирчаи зард думмали ҳиссаи пешонагӣ аз тарафи рост бо варами перифокалии мағзи сар нишон дода шудааст.

Дар ҳама беморон дар рафти таҳқиқот пеш аз воридкунии дохиливаридии доруи контрастӣ, минтақаҳои ТМР-сигнали тағирёфта ҳангоми IP FLAIR бе контурҳои равшан, сохтори гуногун, дар қисмати маҳдуд ё диффузӣ бо аломатҳои варами перифокалӣ ва варами моддаи мағзи сар ошкор карда шуд, ки ба мо барои гумонбар шудани аломатҳои энсефалит имконият дод.

Ташхиси тафриқавии иллати силии мағзи сар мураккаб буда, аз токсоплазмоз, энсефаломиелити шадиди паҳншуда, энсефалитҳои герпетикӣ ва метастазҳои лептоменингеалӣ тафриқа карда мешавад. МС дар мушоҳидаҳои мо дар давраи продромалӣ бо аломатҳои заҳролудшавии умумӣ, аломатҳои барангезиши системаи марказии асаб бо минбаъд илова шудани ихтилоли вегетативӣ-рагӣ ва аломатҳои менингеалӣ тавсиф ёфт. Верификатсияи ташхис дар асоси анамнез бо истифода аз таҳқиқоти клиникӣ-рентгенологӣ ва лабораторӣ, гузаронидани ТК, ТМР, ТМР бо контрастикунонии дохиливаридии, моеъи ҳароммағз ва таҳқиқоти ситологӣ гузаронида шуд.

Марҳилаи навбатии таҳқиқоти мо омӯзиши зуҳуроти клиникии МС дар заминаи сирояти ВНМО ва сили шаклҳои ба доруҳои зиёд тобовар ва таркиби гендрии беморон дар марҳилаи беморхонавӣ буд. Бояд тазаккур дод, ки 13 нафар (8%) беморон гирифтори ВНМО буданд (ҷадвали 3.8).

Ҷадвали 3.8. - Беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо вобаста ба сину сол, ҷинс бо бемории ҳамравӣ ВНМО

Сину сол	Шумораи	%	ВНМО	%	P	Занҳо		Мардҳо	
						ВНМО	%	ВНМО	%
11 – 24 сола	68	41%	4	6%	0.4142	1	1%	3	4%
25 – 34	50	30%	7	14%	0.096	2	2%	5	6%
35 – 44	33	20%	2	6%	-	1	1%	1	1%
45 – 54	16	9%	-	-		-	-	-	-
Ҳамаги	167	100%	13	7,8%		4	4%	9	11%

Манбаъ: муаллиф

Солҳои охир дар зуҳуроти клиникии МС дар заминаи сирояти ВНМО, норасоии шадиди масуният афзоиши вазни хоси менингоэнсефалит ва сили мағзи сар мушоҳида мешавад. Азбас, ки менингоэнсефалит аз рӯйи патогенез як варианти шиддатёбии МС бо гузариши илтиҳоб ба моддаи мағзи сар, туберкулёма бошад яке аз оқибатҳои менингоэнсефалит мебошад, метавон тахмин кард, ки афзоиши паҳншавии ин бемориҳо бо сабаби дер ташхис шуданашон асоснок карда шудааст. Ҳамбастагии сирояти ВНМО-1 ва шаклҳои тобовари доруҳои зиёди МС боиси марги 75-90% мегардад. Ҷараёни клиникии патология гуногун буда, бемории душвор ташхисшаванда ҳам дар ҷараёни шадид ва ҳам дар ҷараёни музмини он ҳисобида мешавад. Сабаби асосии пайдоиши МС ташхиси дери сили узвҳои нафаскашӣ ва шаклҳои ғайришушии бемории сил мебошад, ки дар натиҷа оризаҳо ба вуҷуд меоянд.

Ҳамин тариқ, дар синни 11–24 сола – 40,7% (68) беморон, аз 25 то 34 сола –29,9%, (50), аз 35 то 44 сола –19,8% (33), аз 45 зиёда – 9,6% (16), буданд, яъне ҳамаи одамони синну соли қобили мехнат.

Аксаран МС бемории дуюмдараҷа буд - 153 (92%), ҳол он ки дар сохтори шаклҳои клиникӣ сили пошхурдаи шушҳо (милиарӣ) дар 78 (47%) бартарӣ дошт, сили иртишоҳии шушҳо – 63 (38%), сили фиброзӣ-кавернози шушҳо – дар 12 (7%), иллатҳои ҷудогонаи системаи марказии асаб дар 14 (8%) беморон дучор гардид. Бояд тазаккур дод, ки 8% (13) беморон гирифтори ВНМО буданд. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки зуҳуроти клиникии МС дар заминаи сирояти ВНМО ва бемории сили шаклҳои ба

доруҳои зиёд тобовар бо гуногунрангиашон фарқ мекунанд ва бемории душвор ташхисшаванда ҳам ҳангоми ҷараёни шадид ва ҳам музмини он мебошад. Сабаби асосии МС дер ошкор шудан ва ташхиси бемории сили шушӣ ва ғайришушӣ дар байни аҳолӣ мебошад.

Ҳангоми тақсимоти гендерӣ дар байни беморони гирифторшудагони МС 90 зан (54%) ва 77 мард (46%) бартарӣ доштанд. Дар 100 нафар (60%) беморон бемории сил ҳассосияти доругӣ дошт, дар 67 нафар (40%) беморон сили ба доруҳо тобовар мушоҳида карда шуд, аз инҳо дар 2% (4) хуруҷи такрории беморӣ ба назар расид. Бояд гуфт, ки дар байни занон 7% (6) ҳомиладор буданд.

Дар марҳилаи навбатӣ мо истифодаи томографияи магнитию резонанси (ТМР) дар ташхиси иллатҳои силии системаи марказии асаб дар заминаи иттилоотнокии баланди ТМР контрастикунонии дохиливаридӣ аз ҷиҳати илмӣ асоснок кардем.

Беморони гирифтори иллати силии системаи марказии асаби ҷойгиршавиашон гуногун, ки дар байни онҳо туберкулёмаи дохили мағзи сар, туберкулёмаҳои менингеалӣ, думмали дохили мағзи сар, думмали эпидуралӣ, лептоменингитҳо ва пахименингитҳои дорои хусусияти хос ва гидросефалияи дохилии гиперсекреторӣ гумонбар шудаанд.

Ташхиси таҳқиқи ТМР-и мағзи сар дар дастгоҳи дорои майдони магнитии индуксионии аз 0,35 то 3,0 Tesla гузаронида шуд. Барномаи таҳқиқотӣ иборат буд: ба даст овардани Т2 FLAIR дар проексияи меҳварӣ, Т1 тасвирҳои муаллақ (ТМ) дар 3 проексия, ФБ (b = 50, 500, 1000) бо сохтани ИКД, Т2* ВИ дар проексияи аксиалӣ, сипас гадолиниум - дорои моддаи ниммолярии контрасти (ба ҳисоби 0,2 мл/кг вазн) ворид карда шуд ва Т1ВИ-ҳои барвақтии баъди контрастӣ дар проексияҳои 3, Т2ВИ дар проексияҳои 3-юм, Т1 76GRE бо сершавии чарб дар проексияи аксиалӣ ба даст оварда шуданд. Инчунин усулҳои ба даст овардани Т1ВИ-ҳои дертари постконтрастиро дар проексияи аксиалӣ дар бар мегирад. Барои як қатор

беморон, ТМР-и мағзи сар барои баҳодиҳии динамикаи раванд дар заминаи муолиҷа чандин карат гузаронида шуд.

Протоколи таҳқиқоти мазкур инҳоро дар бар гирифт:

– Т2 тасвирҳои муаллақ(сагиттал)

– Т1 тасвирҳои муаллақ (аксиалӣ);

– FLAIR пайдарҳамии импулсӣ (аксиалӣ);

– Т2 ЭХО-и градиентӣ (GREaxial);

– пайдарҳамии диффузии муаллақ (DWIb-1000 axial);

– Т1 + С (бо контрастикунонии дохиливаридӣ (3D). Маълумоти пайдарҳамиҳои иловагӣ имкон медиҳад, ки ҷой ва ҳаҷми манбаи энсефалӣ, мавҷудияти оҳакбандӣ, туберкулёма дақиқтар муайян карда шавад ва иллатҳои нисбатан хурдтари сохторҳои мағзи сар баҳо дода шаванд.

Philips Achieva 3.0 Tesla: д/в Т2, Т1, Flair, Т2*, DWI и Т1 ИП (Brain Image 0.2 мл/кг), Т1 ИП, Т2-ВИ, STIR ва Т1-Spair (MRSCAN15мг), Т2ИП, 3D-Т1ИП, Flair, диффузияҳои (DWI-ADC), Т2*, Т2, Т1, FlairИП, Т2*, диффузияҳо ва Т1ИП+С (Brain Image 0.2 мл/кг), Т1, Т2, Flair, Т1 3D ИП (Brainimage 0.2 мл/кг)

Philips Intera1.5 Tesla: д/в Т2, Т1, Flair, Т2W_FFE ва диффузияҳо (DWIb-1000) и 3DТ1ИП(Brain Image 0.2 мл/кг)

Philips Intera1.5 Tesla:в/в Т2, Т1, Flair, Т2W_FFE (GR) ва диффузияҳо (DWI b-1000) и Т1ИП(Brain Image 0.2 мл/кг), Т2, Т1, Flair, Т2W_FFE ва диффузияҳо (DWI b-1000) и Т1ИП(Brain Image 0.2 мл/кг), Т2, Т1, Flair, Т2W_FFE (GR) ва диффузияҳо (DWI b-1000)

Philips Intera0.35 Tesla:Т1, Т2, Flair, (GR), DWIИП

NEUSOFT 1.5 Tesla:в/в Т1, Т2, DWI,PD, Т2*Homo, Т1FS (Brainlmage 0.2 мл/кг) ба Т1FS ИП

Siemens MagnetomC! 1.5 Tesla:в/в Т2, Т1, Flair ИП ва диффузияҳо ваТ1 ИП, (Brain Image),Т2ИП, Т1ИП, FlairИП и Т1ИП (Brain Image 0.2 мл/кг)

Neusoft Superstar 0.35 Tesla:Т2, FLAIR ИП, Т1ИП, Т2, FLAIR ИП

TOSHIBA0.35 Tesla:в/в Т1, Т2 и STIR ВИ

Superstar 0.35Tesla:T2 и FLAIR ИП, T1ИП, DWI

AIEMENS0.35 Tesla:T2, Flair, T1 ИП

Philips Intera 0.35(аниқтараш 1,5Tesla): T1, T2, Flair, (GR), DWIИП

Дар ҳамаи 167 беморон, тағйиротҳои муайяншуда ба шаклҳои клиникии иллати силии мағзи сар мувофиқ буданд, дар 54 нафар (32,3%) беморон, ки аз онҳо таҳқиқоти ташхиси ТМР гузаронида шудааст, дар 23 (14%) беморони ТМР бо контрастикунонии мағзи сар, дар 9 нафар (5%) беморон - ТМР бо контрастикунонии ҳароммағз, дар 115 нафар (69%) беморон - ТК мағзи сар, дар 109 (65%) беморони ТК шушҳо иҷро карда шуд. Дар ҳамаи 167 (100%) беморон инчунин рентгенографияи рақамии қафаси сина гузаронида шуд.

Ҳангоми ворид шудан ба беморхона барои тасдиқи иллати шушии САМ ба ҳар як бемор инҳо гузаронида шуданд: ҷамъоварии балғам, моеъи ҳароммағз барои ташхиси микроскопия на камтар аз се маротиба, маводи ҳосилшуда барои мавҷудияти бактерияҳои ба кислота тобовар баҳодиҳӣ карда шуд ва балғам бо истифода аз ПСР барои муайян кардани КДН M.Tuberculosis (GeneXpert MBT/RIF, Xpert MBT/RIF Ultra, Xpert MBT/RIF XDR), як маротиба дар муҳити моеъ коштани балғам ва моеъи ҳароммағз, ду маротиба дар муҳити зич коштани балғам, рентгенография ва баъзе беморон томографияи компютерии спиралии узвҳои қафаси сина ва ТУС-и ковокии шикам анҷом дода шуд.

Сарфи назар аз гуногунии хусусиятҳо ва намудҳои беморӣ, ки дар сарчашмаҳои гуногун тавсиф шудаанд. Дар робита ба ин, мо таҷрибаи шахсии худро таҳлил карда, кӯшиш кардем, ки даҳ шакли иллати менингитҳои силиро баён ва дар маводи клиникӣ нишон диҳем, ки ҳар яки онҳо манзараи хоси ТМР доранд.

Дар мушоҳидаҳои мо, аломати хоси менингит ҳангоми ТМР-сканеркунӣ пас аз тазриқи дохили вариди доруи контрастӣ ғафсшавӣ ва ҷамъшавии моддаи контрастӣ дар пардаҳои мағзи сар бо нисбатан бештар мавзеъгирӣ дар қисмати систернаҳои асосӣ буд. Ғуншавии моддаи контрастӣ аз рӯйи навъи «ҳалқа» (дар ғилофак) хоси думмали мағзи сар мебошад. Дар ҳама

беморон, дар рафти таҳқиқот пеш аз тазриқи дохили вариди доруи контрастӣ, минтақаҳои МР-сигнали тағирёфтаи дар FLAIR ИП бе контурҳои (тарҳҳои) равшан, сохторҳои гуногун, дар минтақаи маҳдуд ё паҳншуда бо аломатҳои диффузии варами перифокалӣ ва варами моддаи мағзи сар бо тангшавии фазои субарахноидӣ ва аломатҳои инфузия ошкор карда шуданд, ки барои тахмин намудани аломатҳои энсефалит ба мо имкон доданд. Аломатҳои хоси менингоэнсефалит зиёдшавии МР- сигнал дар реҷаҳои Т2ИП ва Flair ва ҷамъшавии «бесарусомонаи» моддаи контрастӣ дар пардаи ғафсшудаи мағзи сар ва дар моддаи мағзи сар буданд. Хусусияти хоси туберкулёма ғуншавии гирехӣ ва/ё ҳалқашакли моддаи контрастӣ бо иллатҳои гирехии мағзи сар аст.

Туберкулёмаҳо бо навъи гирехии контрастикунонӣ ба сохторҳои андозаашон хурдтар (то 4 мм) тааллуқ доранд ва барои визуализатсия минтақаи некрозии казеозӣ кофӣ нестанд; туберкулёмаҳо бо ғуншавии моддаи контрастӣ дар ҳалқа дар натиҷаи рушди раванди патологӣ ташаккул меёбад ва дорои минтақаи некрозии казеозӣ ки, дар он ғуншавии моддаи контрастӣ ба амал намеояд. Минтақаи некрозии казеозӣ бо таҳвили некрозҳои сахти казеозӣ, ки дар Т1ВИ гипо-изоинтенсивӣ аст, ба казеози моеъ ва нисбатан баркамол, ки дар Т2ВИ гиперинтенсивӣ аст, дучор мегардад. Сипас таҳвили туберкулёма бо казеози моеъ ба думмали силӣ ба амал меояд.

Хусусияти ҷолиби туберкулёмаҳои мушоҳидакардаи мо дар он аст, ки дар ҷавоби таъин намудани табобати зидди силӣ дар давраи барвақтӣ манзараи динамикаи манфии раванд метавонад ташаккул ёбад. Ҳамчунин туберкулёма дар заминаи табобати зидди силии масалан, ба муолиҷаи МС нигаронида шуда ташаккул ёфта метавонад.

Бояд ба назар гирифт, ки пайдоиши туберкулёмаҳои нав ё афзоиши тағйироти реактивӣ нисбат ба қаблан муайян кардашуда ҳатто пас аз таъин/тағйир додани реҷаи табобати хеле фаъоли зидди ретровирусӣ (ВААРТ) имконпазир аст, ки аломати синдроми барқарорсозии масунӣ мебошад. Дар робита ба ин, ҳангоми тафсири натиҷаҳои тадқиқи ТМР бояд ҳолатҳои ВААТ-ро қабул намудани беморон ба назар гирифта шаванд.

Дараҷаи зоҳиршавандагии омоси перифокалӣ тағйирёбанда буд: дар бемороне, ки табобати зидди силӣ намегиранд, туберкулёмаҳо одатан бо варами шадиди перифокалӣ иҳота мешавад. Пас аз таъини табобати зидди силӣ, ҳангоми динамикаи мусбати раванд, якбора паст шудани зоҳиршавандагии варам ба амал омад.

Ҳамин тариқ, туберкулёмаҳои дохили мағзи сар як шакли маъмули нейротуберкулёз мебошанд, ки бо иллатҳои манбавии андозаҳои гуногун зоҳир мешаванд, бо омоси перифокалӣ иҳота шудаанд, як моддаи контрастиро дар шакли гиреҳ ё ҳалқа ҷамъ мекунанд, сигнал аз қисмҳои марказӣ дар Т2ВИ аз гипоинтенсивӣ то гиперинтенсивӣ тағйир меёбад. Минбаъд туберкулёмаҳои дохили мағзи сар ё ҳаҷмашон кам шуда, бо ташаккули минтақаи хурди глиоз ҳал мешаванд ё ба думмали силӣ таҳвил меёбанд.

Думмали дохили мағзи сар, як шакли хеле нодири бемории сили системаи марказии асаб мебошад. Аз рӯйи намуди зоҳирӣ, думмал ба туберкулёма бо казеози моеъ монанд аст: дар Т2 ВИ сигнал аз қисмати марказӣ дар муқоиса бо моддаи кортикалӣ ба таври гуногун гиперинтенсивӣ аст, дар Т1ВИ тамоми сохтор изо-гипоинтенсивӣ аст ва пас аз ворид кардани моддаи контрастӣ онро дар як ҳалқаи васеъгиаш якхела ҷамъ мекунад. Дар тасвирҳои МР, думмал аз туберкулёмаҳои казеози моеъ бо мавҷудияти рестрексияи диффузӣ мувофиқи тасвирҳои диффузиӣ-баркашидашуда ва ИКД фарқ мекунад. Меъёри андозаи сохтори патологӣ барои ташхиси тафриқавии ин ҳолатҳо асосӣ нест.

Ҳамин тариқ, думмалҳои силии дохили мағзи сар сохторҳои иловагии ҳаҷмдор бо самараи массавӣ мебошанд, ки бо варами перифокалӣ иҳота шудаанд, ки дар Т2ВИ гиперинтенсивӣ, дар Т1ВИ гипоинтенсивӣ мебошанд, ба таври ҳалқавӣ моддаҳои контрастиро ҷамъ мекунанд, бо аломатҳои рестриксияи диффузия дар ДВИ думмали силӣ аз рӯйи МР -тасвир ба думмалҳои бактериявӣ монанданд.

Туберкулёмаҳои менингеалӣ нисбат ба туберкулёмаҳои дохили мағзи сар хеле камтар ошкор карда шуданд. Эҳтимол меравад, ки онҳо дар натиҷаи

пуршиддатшавии «фокусҳои Рич» (гранулемаи барвақтӣ бе казеоз) дар пардаҳои мағзи сар инкишоф меёбанд. Чунин шуморида мешавад, ки чунин фокусҳо бо ворид шудани микобактерияҳо ба фазои субарахноидӣ кушода шуда, менингитро ба вуҷуд меоваранд. Гоҳо андозаи онҳо бе кафидан зиёд шуда, туберкулёмаҳои менингеалии андозаашон барои ТМР-визуализатсия кофиро ташкил медиҳанд. Ҷараёни бартаридошта дар роҳи менингит ба шакли пардаи арахноид, ва маҳз ғафсии хурди он вобаста аст. Мумкин аст, ки рафти ташаккули бемории туберкулёмаи менингеалӣ бо равандҳои қаблӣ алоқаманд бошад, ки дар рафти он ғафсии мембранаҳо зиёд мешавад.

Мувофиқи тавсифҳои ТМР – туберкулёмаҳои менингеалӣ сохторҳои сершумори хурди патологӣ (то 5 мм) мебошанд, ки як моддаи контрасти ҳалқашаклро ҷамъ мекунанд, ки дар сарҳади пардаҳои менингеалӣ ва моддаи қишрии мағзи сар зич ҷойгир шудаанд. Аксар вақт туберкулёмаҳои менингеалӣ ба қабати кортикалӣ паҳн мешаванд.

Ҳамин тариқ, туберкулёмаҳои менингеалӣ ба шаклҳои нодири сили асаб (нейротуберкулёз) тааллуқ доранд, ки ба таври ҷузъӣ пардаҳои мағзи сар ва қисмҳои ҳамшафати моддаҳои кортикалиро иллатнок менамоянд, одатан хурд, сершумор, асосан гиперинтерсивӣ дар Т2ВИ, моддаи контрастиро дар ҳалқа ҷамъ мекунанд.

Думмали эпидуралӣ бо ҷамъшавии муҳтавои патологӣ дар фазои эпидуралӣ тавсиф ёфтааст. Сигнал аз муҳтавои думмал дар Т2ВИ ба таври яксон гиперинтенсивӣ аст ва аз ҳисоби муҳтавои римӣ ба ДВИ (b1000) зиёд мешавад. Ҳангоми пурзӯршавии контрастӣ, мавод дар капсула ҷамъ мешавад. Баръакси думмалҳои дохили мағзи сар, капсула дорои бандҳои нахдор мебошад, ки онҳо низ контрастӣ мешаванд.

Лептоменингити силӣ классикӣ ва мувофиқи адабиёти илмӣ шакли паҳншудаи сили асаб мебошад. Ҳангоми ТМР, ин ҳолат бо ҷамъшавии пуршиддати моддаи контрастӣ дар пардаҳои мағзи сар, асосан дар минтақаи систернаҳо ва танаи мағзи сар тавсиф меёбад. Барои лептоменингитҳои силӣ

ҷамъшавии пуршиддати моддаи контрасӣ дар пардаҳои мағзи сар дар қисмати систернаҳо ва танаи он хос аст.

Пахименингити силӣ дар муқоиса бо лептоменингит шакли хеле нодиртар мебошад, ки бо ғафсшавии барои этиологияи силӣ ғайри муқаррарӣ ва ҷамъшавии маводи контрастӣ дар пардаи сахти майнаи сар тавсиф меёбад. Ҳамин тариқ, ҳангоми ТМР, пахименингит бо зиёд шудани ғафсии парда ва ҷамъшавии маводи контрастӣ тавсиф мешавад.

Ҳангоми иллатнокшавии M. Tuberculosis дар САМ дар худи пардаҳои мағзи сар ё қишри мағзи сар манбаи казеозӣ ташаккул меёбад. Инкишофи МС ва менингоэнсефалит оқибати нисбатан бештар дучоршавандаи кафидани манбаи казеозӣ мебошад, аммо шахсоне, ки аксуламалҳои масунии тавассути ҳуҷайра нигоҳ дошташуда метавонанд туберкулёма ё думмали силӣ инкишоф ёбад.

Зуҳуроти клиникии иллати силии САМ табларза, дарди сар, вайроншавии шуур ва аломатҳои иллатнокшавии асабҳои косахонаву мағзи сар буданд. Зуҳуроти манбавии неврологӣ ба мисли гемиплегия, аломатҳои булбарӣ ё ихтилоли ҳассосият мушоҳида карда шуданд. Ҳангоми осеб дидани асабҳои косахонаву мағзи сар, вайроншавии ҳаракати чашмҳо аксар вақт дучор мегардад. МС ё менингоэнсефалит хеле кам дар алоҳидагӣ ҷараён меёбад, аксаран ба ғайр аз осеби САМ, манбаъҳо дар шуш (шакли паҳншуда), камтар дар лимфагиреҳҳо, рӯдаҳо ва гурдаҳо ба қайд гирифта мешаванд. Чунин хусусияти дигари тадқиқотҳо баён карда шудааст.

ТМР ҳангоми менингоэнцефалити силӣ барои баҳодиҳии паҳншавии раванди патологӣ дар мағзи сар истифода мешавад. Ҳангоми менингоэнцефалити силӣ дар ТМР экссудати (тарашшуҳи) базилярӣ, арахноидит, туберкулёмаҳо ва ғафсшавии пардаҳои мағзи сарро ошкор намудан мумкин аст. Ҳамчунин гранулёмаҳои калон бо некрозҳои казеозӣ ё бе он айён карда мешаванд.

Барои айёният мо тавсифи якчанд ҳолатҳои клиникиро пешниҳод мекунем:

Бемор П. М. с.т.1996. Шикоятҳо: дарди сар, табларза, баландшавии ҳарорат то 38°С, дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ, сустии умумии бадан, чарх задани сар, гиперестезия, биниши норавшан, вайроншавии фаъолияти узвҳои коси хурд, вайроншавии ҳаракат, дарди қафаси сина, душвории роҳ рафтан, кам шудани иштиҳо. Бемор худро дар давоми 2 моҳ бемор мешуморад.

Ташхис: Менингоэнсефаломиелити силӣ, Gene Xpert МБС мусби, ҳассос ба рифампитсин. Думмали субдуралӣ дар қисмати ҳароммағзии қафаси синаги Th4-Th9. Парапарез, вайроншавии фаъолияти узвҳои коси хурд.

Ҷарроҳӣ гузаронида шуд: Ламинэктомияи минтақаи муҳраҳои қафаси сина Th7-Th8-Th9 тавассути резексияи думмали субдуралӣ.

Ликвор аз 10/02/2023 №178578: Ранг-беранг, pH-6,5, сафеда-40,0 г/л, қанд-1,6 ммол/л, ситоз-324, лимфоситҳо-226, нейтрофилҳо-98.

Ликвор аз 19/10/2023 №107: Ранг-зардчатоб, қанд-1,4 ммол/л, таҷзияи панди+++, сафеда-0,099‰, лейкоситҳо-103, лимфоситҳо-98, нейтрофилҳо -5.

Ликвор аз 19/10/2023 №178578: Ранг-беранг, pH-7,5, сафеда-2,5 г/л, қанд-3,0 ммол/л, ситоз-385, лимфоситҳо-150, нейтрофилҳо-235.

Ликвор аз 02/11/2023 №182123: Ранги зардчатоб, pH-6,8, сафеда-41,2, г/л, қанд-3,2 ммол/л, ситоз-61, лимфоситхо-59, нейтрофилхо-2.

Ликвор аз 02/11/2023 №115: Ранг-беранг, қанд-1,2 ммоль/л, таҷзияи панди+, сафеда-0,033‰, лейкоситҳо-6, лимфоситҳо-5, нейтрофилҳо-1.

Ликвор аз 02/10/2023 №6828: микроскопияи манфӣ, Gene Xpert-МБС мусби, Рифампитсин ҳассос, лимфоситҳо 100%.

Таҳлилҳои лабораторӣ: патогистология аз 01/05/2024 №261-265/24: Хулоса: Бофтаи фиброзӣ-чарбӣ бо тағйиротҳои илтиҳобӣ.

Таҳлилҳои лабораторӣ: тадқиқи бофта аз макони ҷарроҳӣ аз 05/01/2024 №252: Gene Xpert-МБС мусби, Рифампитсин ҳассос, Xpert DXR: INH, FQL, AM ҳассос.

TMP TOSIBA 1.5 Tesla қисмати синагии сутунмӯҳра ва ҳароммағз бо контрастикунонии дохиливаридӣ: Таҳқиқоти TMP дар реҷаҳои T1, T2 ва STIR

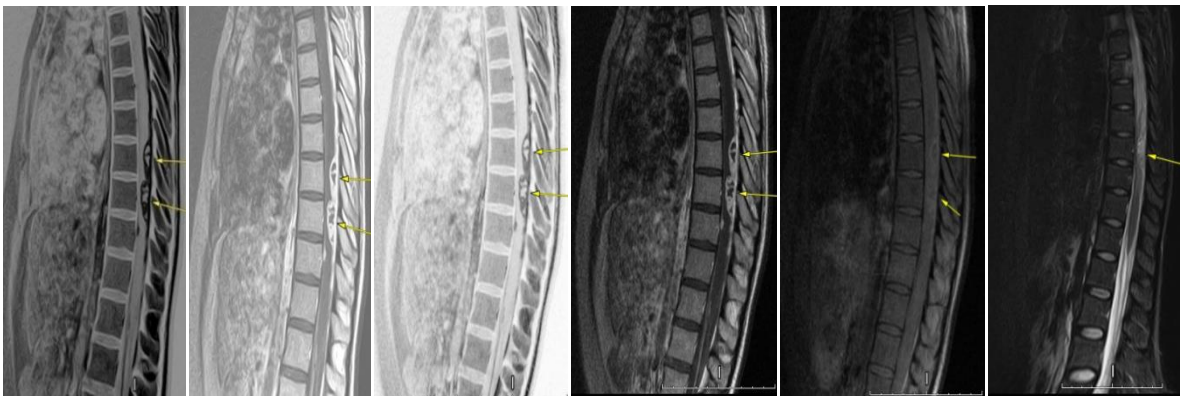
ВИ дар ҳамвориҳои сагиталӣ, коронарӣ ва меҳварӣ гузаронида шудааст. Кифози сина ҳамвор аст.

Ҳангоми контрастикунонии дохили вариди дар 3/6/9 дақиқа қайд карда мешаванд:

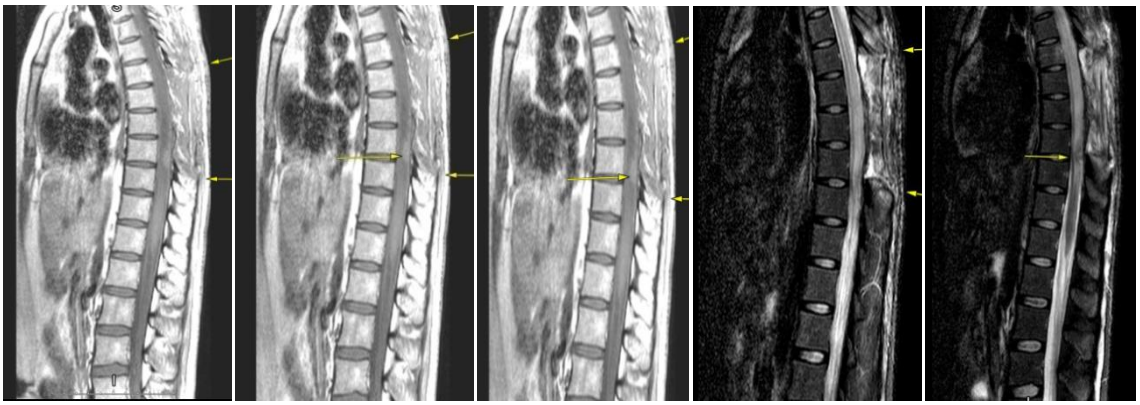
- ғафсшавии пардаи менингиалӣ аз ҳудуди ҳароммағзии муҳраҳои Th4 сар карда то Th10, асосан дар сатҳи ақиби халтаи duralӣ бо мавҷудияти думмалҳои эпидуралӣ дар сатҳи ақиб дар дараҷаи мӯҳраҳои Th8-Th9, шаклҳои нодуруст, сохтори гуногун, контурҳои равшан ва нобаробар, андозаҳои 7х24х10 мм, 8х26х8 мм, ки ҳароммағзро фишурда, канали сутунмӯҳраро танг мекунанд, инчунин тағйирёбии андозаи хурдтар дар камераи пеши фазои эпидуралӣ дар муҳраҳои Th10 андозаи 2х6х4 мм бо ҷамъшавии моддаи контрастӣ;

- васеъшавии кистозии ҳароммағз дар дараҷаи мӯҳраҳои Th5-Th8 ;

- камшавии ҳадди ақали шиддатнокии сигнали МР аз дискҳои байни мӯҳраҳои Th1-Th12, лаҳачаҳои васлкунанда нобаробар мебошанд;



А) То ҷарроҳӣ



Б) Пас аз ҷарроҳӣ

Расми 3.4. - Хулоса: Аломатҳои МР бештар ба миелит бо думмали эпидуралӣ дар дараҷаи мӯҳраҳои Th8-Th9 хосанд. Фишороварии ҳароммағз ва танг шудани канали сутунмӯҳра дар дараҷаи мӯҳраҳои Th8-Th9. Васеъшавии кистозии ҳароммағз дар дараҷаи мӯҳраҳои Th5-Th8. Остиохандрозҳои қисмати синагии сутунмӯҳра.

Бемор А. С., с.т. 1988. Шикоятҳо: дарди сар, табларза, баландшавии ҳарорат то 38-39°С, дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ, сустии умумии бадан, чарх задани сар, гиперестезия, биниши норавшан, вайроншавии фаъолияти узвҳои коси хурд, вайроншавии эҷодкунӣ, рагкашӣ, душвории роҳ рафтан, кам шудани иштиҳо. Бемор худро 4 моҳ боз бемор мешуморад.

Ташхис: Менингоэнсфалити силӣ. Туберкулёмаҳои зиёди мағзи сар. Gene Xpert MBT мусби, рифампитсин тобовар аз моеъи ҳароммағз. Ҳолати рагкашӣ. Сили иртишоҳии шушҳо дар марҳилаи тачзия, МБС манфӣ. Ҳамрав:В 20+.

Таҳлилҳои лабораторији моеъи ҳароммағз аз 15/06/23 №3803/3790: микроскопияи манфӣ, Gene Xpert MBT мусби, тобовар ба рифампитсин. Ликвор аз 13/06/23 №4578: микроскопияи манфӣ, Gene Xpert MBT мусби, тобовар ба рифампитсин.

Ликвор аз 15.06.23 №3775: микроскопияи манфӣ, Ҳайн-2 манфӣ.

Ликвор аз 13/06/2023 №57: Ранги-беранг, қанд-1,5 ммол/л, тачзияи панди +, сафеда-0,033‰, лейкоситҳо-79, лимфоситҳо-66, нейтрофилҳо-13.

Ликвор аз 19/06/2023 №100242: Ранг-беранг, pH-6,9, сафеда-18,4 г/л, ситоз-152, қанд-2,1 ммоль/л, лимфоситҳо-150, нейтрофилҳо-2.

Ликвор аз 07/03/2023 №67: Ранг-беранг, қанд-1,2 ммол/л, тачзияи панди +, сафеда-0,033‰, лейкоситҳо-14, лимфоситҳо-12, нейтрофилҳо-2.

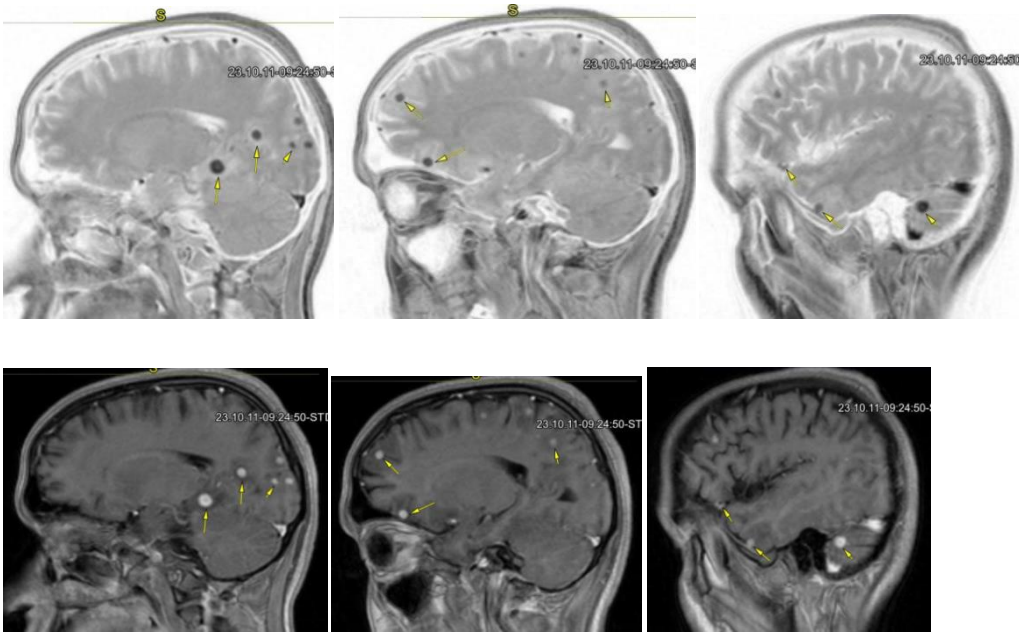
Ликвор аз 07/03/2023 №172412: Ранг-беранг, pH-6,9, сафеда-14,1 г/л, ситоз-31, қанд-3,9 ммол/л, лимфоситҳо-30, нейтрофилҳо-1.

TMP Simens MagnetomC 0,35 Tesla мағзи сар бо контрастикунонии дохили вариди (Brain Image 0,2 мл/кг): МР- тадқиқи мағзи сар дар реҷаҳои T2IP, T1IP, FlairIP ва T1IP ва пас аз контраст ва диффузия дар се ҳамворији ба

ҳамдигар перпендикуляр (аксиалӣ, короналӣ ва сагиталӣ) тасвирҳои сохторҳои суб- ва супратентории мағзи сар ба даст оварда шуданд:

- дар проексияи қисмҳои қишрӣ-субкортикии қисмати пешонӣ дар тарафи рост, ҳиссаҳои фарқи сар, чакка, пушти сар аз ҳарду тараф, таламус дар тарафи рост, гемисфераи рости мағзча ва тана дар қисмати купрук, иллатҳои сершумори манбаъвӣ бо варами вазогении перифокалӣ, минтақаҳои марказии некроз, моддаи контрасти ба диффузӣ-якхела ҷамъшаванда дар канор, андозааш аз 4 мм то 8,5 мм дар қутр айён мешаванд;

сохторҳои миёнаи мағзи сар беҷо нашудаанд, системаҳои асосӣ симметрӣ мебошанд;



Расми 3.5. - Хулоса: ТМР – аломатҳо маълумоти бештар дар бораи манбаъҳои зиёди туберкулёмаи қисмҳои қишрӣ-субкортикалии қисмати ҳиссаи пешонӣ аз тарафи рост, ҳиссаҳои фарқи сар, чакка, пушти сар аз ҳар ду тараф, таламус дар тарафи рост, гемисфераи рости мағзча ва тана дар қисмати купрук.

Бемор С. А., с.т. 1996. Шикоятҳо: ҳароратбаланди аз 38 °С зиёдтар, дилбеҳузурӣ, рагкашӣ, сустии умумӣ дар организм, парапарези поёнӣ, дарди сина, вайроншавии фаъолияти узвҳои коси хурд.

Ташхис: Менингоэнсефаломиелити силӣ, Gene Xpert MBT мусби тобовар ба Рифампитсин. Плеврити экссудативӣ дар тарафи чап. Сили

муҳрашои қисмати қафаси синаги пайкари Th6-Th7 бо шикастани патологии муҳраи Th6. Миелити кӯндаланг дар сатҳи Th6-Th10. Туберкулёмаи ҳароммағз дар ҳудуди ҳароммағзи қафаси синаги Th10.

Дар пойҳо парапарез, вайрон шудани функсияи узвҳои коси хурд.

Таҳлилҳои лабораторӣ: тадқиқи балғам аз 19/04/2024 №2374: микроскопия-манфӣ. Gene Xpert MBT-мусби, RIF тобовар, Xpert XDR: PTO, FLQ, AM - ҳассос, тобовари ба INH.

Ликвор аз 20/04/2024 №2375: микроскопияи манфӣ. Gene Xpert MBT мусби RIF тобовар, Xpert XDR: манфӣ.

TMP Philips Achieva 3 Tesla мағзи сар бо контрастикунонии дохили вариди (Brain Image 0,2 мл/кг) ва қисмати синагии сутунмӯҳра бо контрастикунонии дохили вариди (MRSCAN 15 мг).

Тасвир: Ҳангоми TMP – тадқиқи мағзи сар дар реҷаҳои T2, T1, Flair, T*, DWI ва T1ИП пас аз ворид кардани маводи контрастӣ дар се ҳамвории ба ҳамдигар перпендикуляр (аксиалӣ, короналӣ ва сагиталӣ) тасвирҳои сохторҳои суб- ва супратентории мағзи сар ба даст оварда шуданд:

- дар қисмҳои субкортикалӣ ва сохторҳои амиқи моддаҳои сафеди ҳиссаҳои пешонӣ ва фарқи сар, гемисфера ва пояҳои мағзи сар аз ҳарду тараф, тағйироти сершумори парокандаи манбаъвии сигнали MP дар T2 ва Flair, бо варами перифокалӣ, бо диффузияи маҳдуд, андозаашон то 5-7 мм дар қутр;

- тағйироти манбаъвии дар боло зикршуда моддаи контрастиро ба таври ҳалқашакл ҷамъ мекунанд;

- дар проексияи қисмҳои чапи мағзи дарозрӯя ташаккули шакли нодурусти мудаввар бо контурҳои нобаробар (аломати «попкорн»), хусусиятҳои сигналӣ, гиперинтенсивӣ дар T2ИП ва Flai, бе варами перифокалӣ, андозаашон 10х9,6 мм;

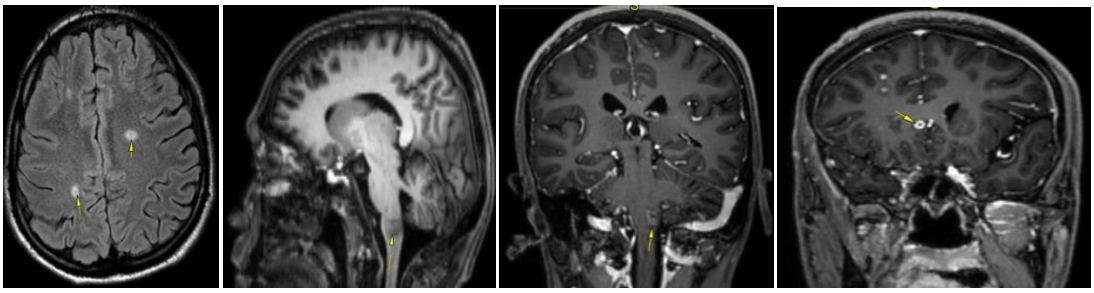
- ҳосилаҳои дар боло зикршуда контрастро дар канор дар шакли чанбарак ҷамъ мекунанд;

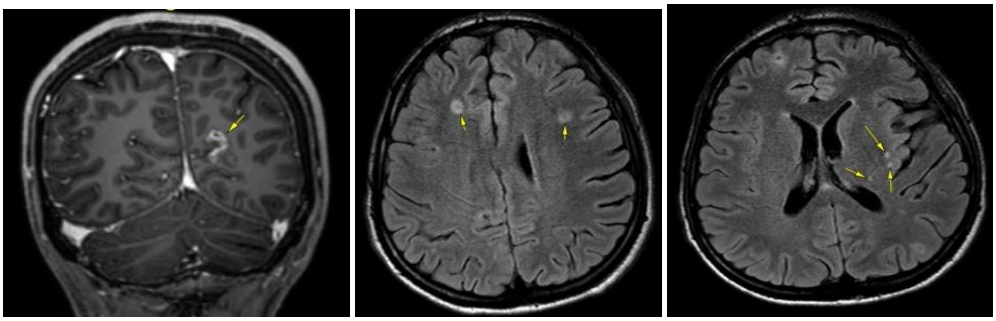
- гемисфераҳои мағзи сар симметрӣ буда, ҷӯякҳо васеъ нашудаанд, бодомакҳои мағзи сар аз сатҳи БЗО баландтаранд, системаи калони мағзи сар васеъ шуда, андозааш 20х15 мм;

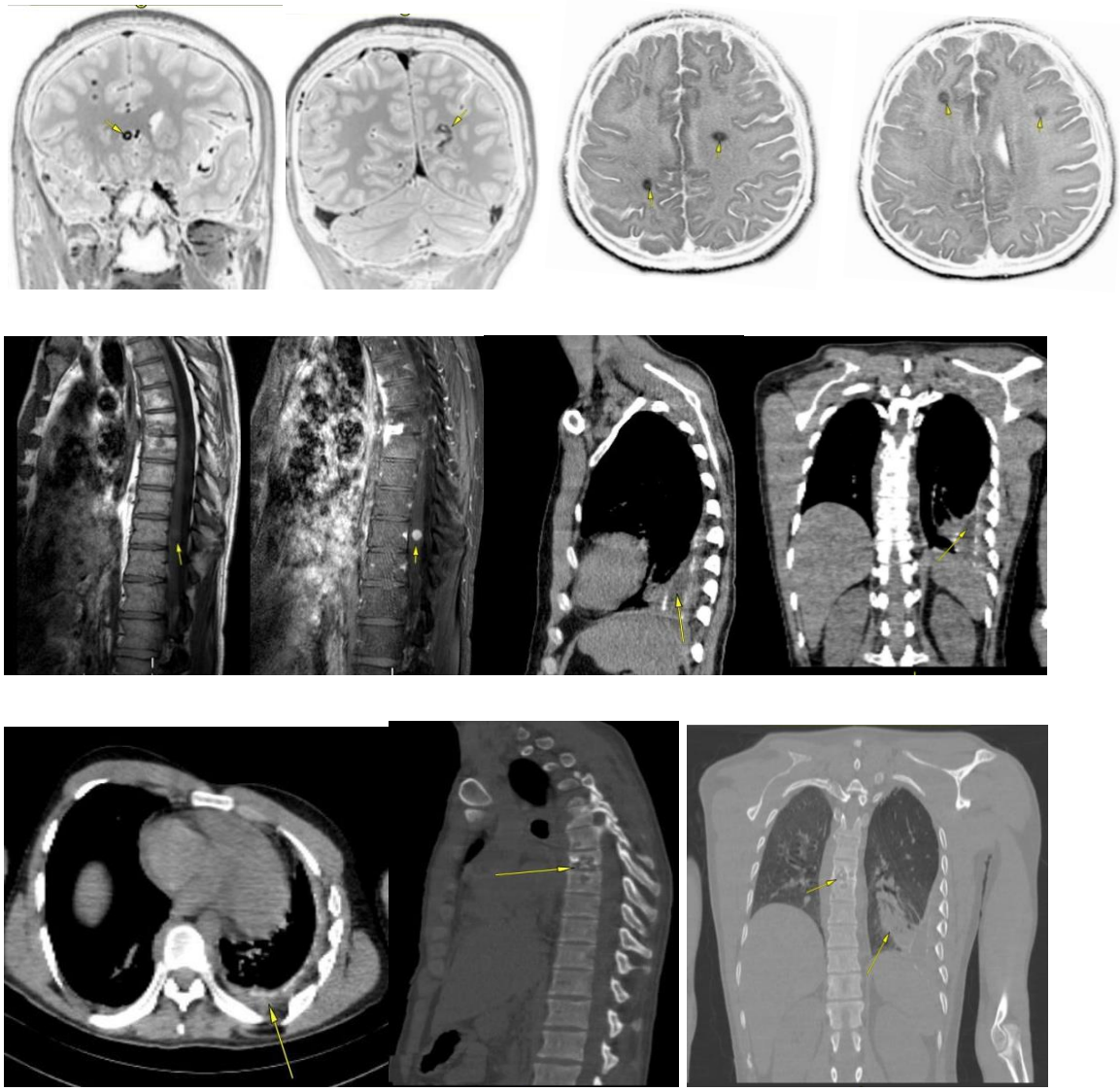
Тасвир: Дар як қатор томограммаҳои МР бо Т1ИП, Т2-ВИ, STIR ва Т1-Spair баркашидашуда пас аз ворид кардани маводи контраст дар се ҳамвории ба ҳамдигар перпендикуляр:

Дар проексияи ҷисмҳои Th6-Th7 иллатҳои устухонӣ-деструктивӣ бо деструксияи лавҳачаҳои пайвасткунандаи қисмҳои ҳамҳудуд, шикастани патологии танаи мӯҳраҳо, бо ҷамъшавии думали паравертебралии дар сатҳи Th4-Th8 тасвир карда мешавад.

Ба таври интрамедуллярӣ дар сатҳи Th6-Th10, он тавассути баландшавии сигнали МР дар Т2 ва SpairИП, изоинтенсивӣ дар Т1ИП, ки маводи контрастро ҷамъ намекунад, тасвир карда мешавад. Ба таври интерамедуллярӣ, дар дараҷаи Th10 ҳосилаи гиреҳӣ муайян карда мешавад, ки контурҳои нобаробар, андозаи 10х9 мм, ба таври диффузӣ якхела ҷамъкунандаи моддаи контрастӣ доранд. (расми 3.6)







Расми 3.6. - Хулоса: аломатҳои МР-и иллатҳои зиёди манбаъвии гиреҳҳои пароканда дар нимкураи мағзи сар ва мағзча - туберкулёмаҳо. Ҳосилаҳои қисмҳои чапи мағзи дарозрӯя, маълумоти бештар барои мавҷудияти сӯрохиҳо (кавернаҳо). Аломатҳои МР-и спондилодистсит дар сатҳи Th6-Th7 бо думмали паравертебралӣ, шикастани патологии мӯҳраи Th6. Миелити кӯндаланг дар дараҷаи Th6-Th10. Ҳосилаи гиреҳии дохилимедуллярӣ дар дараҷаи Th10, маълумоти бештар дар бораи туберкулёмаҳо.

Бемор С. У, с.т. 1985. Шикоятҳо: дарди сар, табларзаи аз 38 °С зиёдтар, дилбеҳузурӣ, рагкашӣ, беҳолии умумӣ бадан, сарчархзани, дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ, гиперестезия, биниши хира, қисман вайроншавии фаъолияти узвҳои коси хурд. Бемор худро дар муддати 1 моҳ бемор меҳисобад.

Ташхис: Менингоэнсефалити силӣ. Думмалҳои сершумори манбаъвии моддаҳои сафеди ҳиссаи фарқи сар ва ҷазиравӣ аз тарафи чап, мағзи мобайнӣ (поякҳои мағзи сар дар ҳар ду тараф), купрӯк ва гемисфераи мағзча дар ҳар ду тараф. Парапарези тарафи рост, парастезияи тарафи чап. Ихтилоли асабҳои косахонаву мағзи сар: III-VI-VII аз чап. Вайрон шудани фаъолияти узвҳои коси хурд. Сили иртишоҳии шушҳо, марҳилаи таҷзияи МБС манфӣ.

Таҳлилҳои лабораторӣ: Ликвор аз 20/05/2022: Ранг-беранг, сафеда-0,066‰, қанд-1,8 ммол/л, таҷзияи панди++, лейкоситҳо-108, лимфоситҳо-80, нейтрофилҳо-28.

Ликвор аз 05/07/2022: Ранг-беранг, сафеда-0.033‰, қанд-1,4 ммол/л, таҷзияи панди+, лейкоситҳо-72, лимфоситҳо-57, нейтрофилҳо-15.

Ликвор аз 06/06/2022. Ранг-беранг, pH-7.0, сафеда-9,9 г/л, ситоз-216, лимфоситҳо-84, нейтрофилҳо-132, қанд-1,6 ммол/л.

Ликвор аз 07.06.2022. №3266-микроскопия манфӣ, Gene Xpert манфӣ.

Ликвор аз 05/07/2022. Ранг-беранг, pH-5,6, сафеда-13,2 г/л, ситоз-4, лимфоситҳо-4, нейтрофилҳо-0, қанд-3,6 ммол/л,

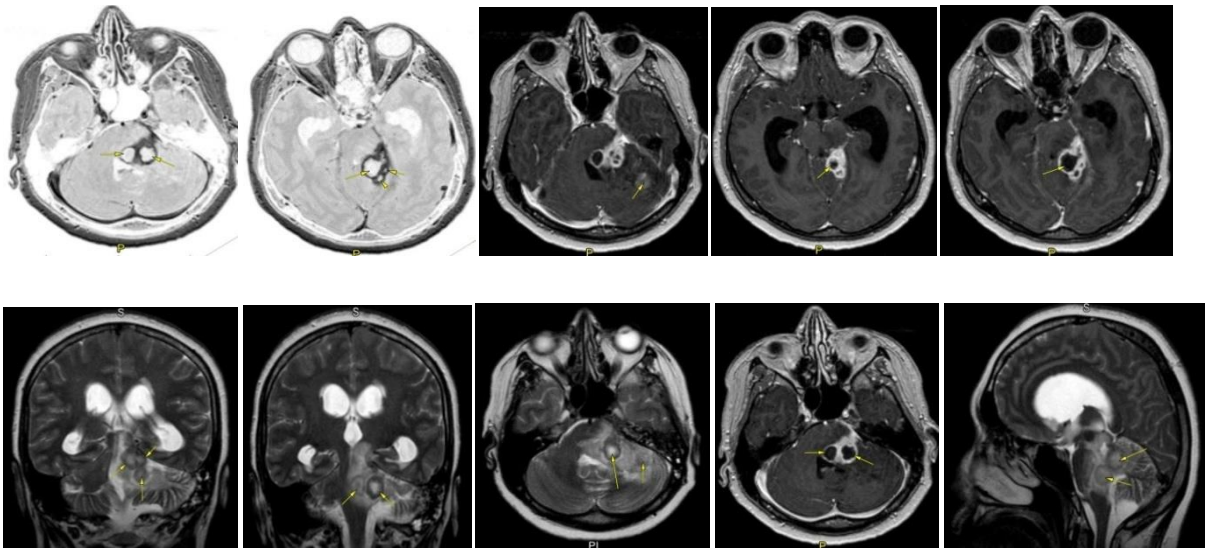
TMP Philips Intera 1.5 Tesla мағзи сар бо контрастикунонии д/в.

Тасвир: Тадқиқи МР-и мағзи сар дар реҷаҳои T2, T1, T2 FFE (GR) ва диффузия (DWIb-1000) ва T1 ИП пас аз ворид кардани моддаи контрастии Brain Image 0,2 мл/кг дар се ҳамвории ба ҳамдигар перпендикуляр (аксиалӣ, короналӣ ва сагиталӣ), тасвирҳои сохторҳои суб ва супратентории мағзи сар ба даст оварда шуданд:

- дар проексияи танаи мағзи сар, асосан қисматҳои ақиби купрук, қисмҳои болоии кирм ва поякҳои мағзча дар тарафи чап, ҳосилаҳои гиреҳӣ бо миқдори 4, бо варами зоҳиршавандаи перифокалӣ, сохтори гетерогенӣ аз ҳисоби дар минтақаи некроз дар марказ, ҷамъшавии патологии моддаи контрастӣ дар канор (навъи «ҳалқа» –), андозаашон аз 10х7 мм то 21х17 мм, масса бо таъсире, ки оби мағзи сар ва равзанаи меъдачаи IV-ро танг мекунад, вайрон кардани ликвородинамика муайян карда мешавад дар гемисфераи чапи мағзи сар тағйироти глиозӣ-атрофӣ муайян карда мешавад:

меъдачаҳои паҳлӯӣ васеъ шуда, D=S симметрӣ, шохҳо мудаввар, перивентрикулярӣ бо варами гидростатикӣ, ВКИ-1 35%, меъдачаи III васеъ шудааст - 16,2 мм;

- дар проексияи ҳуҷайраҳои шохаи пистоншакл, муҳтавии илтиҳобӣ дар тарафи чап намоён мешавад;



Расми 3.7. - Хулоса: МР - аломатҳо ба шаклҳои гирехи қисмҳои паси пул, қисмҳои болоии кирм ва пояи мағзи сар дар тарафи чап (туберкулёма), бо гидросефалияи мураккаби дохилии тривентрикулярии окклюзӣ мувофиқат мекунанд.

Бемор Х. Ш. с.т.1993. Шикоятҳо: дарди сар, табларзаи аз 38 °С зиёдтар, дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ, рагкашӣ, беҳолии умумии бадан, сарчархзани, дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ, биниши хира.

Ташхис: Менингоэнсефалити силӣ, давраи шадид, ҷараёни вазнин. Туберкулёмаҳои сершумори манбаъвии ҳиссаҳои фарқи сар ва ҷазиравӣ дар тарафи чап, мағзи мобайнӣ (поякҳои мағзи сар аз ҳар ду тараф), купрук ва гемисфераи мағзи сар аз ҳар ду тараф. Ихтилоли асабҳои косахонаву мағзи сар: III аз чап. Gene Xpert MBT мусби, Рифампитсин ҳассос. Xpert XDR: H, R, Am, Km, FQ - ҳассос. Сили пошхурдаи шушҳо дар марҳилаи таҷзия, МБС - манфӣ. Гипопаратиреозияи ибтидоӣ. Ангиопатияи шабакия. Вайроншавии даври ҳайз.

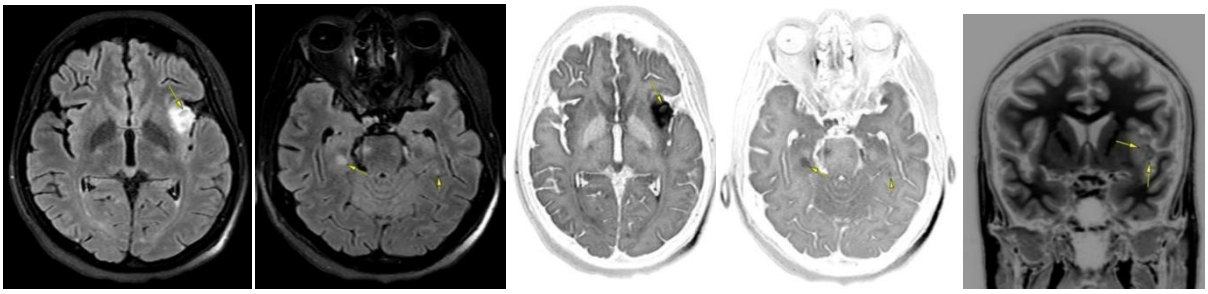
Ликвор аз 03/07/2024 №3736: Gene Xpert MBT мусби, Рифампитсин ҳассос, Xpert XDR-INH, PTO, FLQ, AM-ҳассосияти.

Тадқиқи балғам аз 03/07/2024 №43734: микроскопияи манфӣ, Gene Xpert-MBT манфӣ.

Ликвор аз 12/08/2024 №528: Ранг- беранг, pH-7.5, сафеда-2,5 г/л, ситоз-11, лимфоситҳо-5, нейтрофилҳо-6, қанд-3,0 ммол/л.

TMP Philips Achieva 3 Tesla мағзи сар бо контрастикунонии дохили вариди (MRSCAN): TMP- тадқиқи мағзи сар дар реҷаҳои T2ИП, 3D-T1ИП, Flair-Spair, диффузия (DWI-ADC), T2* ва 3D-T1IP пас аз ворид кардани маводи контрастӣ дар се ҳамвории ба ҳамдигар перпендикуляр (аксиалӣ, короналӣ ва сагиталӣ) тасвирҳои сохторҳои суб- ва супратенториалии сохторҳои мағзи сар ба даст оварда шуданд:

- дар проексияи моддаи сафеди субкортикалии ҳиссаи фарқи сар ва ҷазиравӣ дар тарафи чап, мағзи мобайнӣ (пойякҳои мағзи сар аз ҳар ду тараф), купрук ва гемисфераи мағзча, осебҳои сершумори манбаъвӣ аз ҳарду тараф, бо ҳадди ақали варами перифокалӣ, гиперинтенсивӣ дар T2 ва Flair-Spair IP, бе диффузияи маҳдуд, ҷамъшавии маводи контраст аз рӯйи навъи «нуқта» ва «ҳалқавӣ», андозаашон аз 3 мм то 13 мм дар қутр;



Расми 3.8. - Хулоса: TMP аломатҳои осебҳои сершумори манбаъвии моддаҳои сафеди субкортикалии ҳиссаи фарқи сар ва ҷазиравӣ дар тарафи чап, мағзи мобайнӣ (поякҳои мағзи сар аз ҳар ду тараф), купрук ва гемисфераи мағзча аз ҳар ду тараф. Маълумоти бештар дар бораи иллатҳои силии мағзи сар (туберкулёмаҳо).

Ҳамин тариқ, ташхиси дифференсиалии иллатҳои силии мағзи сар ва дигар сироятҳои асаб аз назорати динамикӣ, муқоисаи маълумоти клиникӣ ва

радиологӣ, сари вақт ошкор кардани маҳалли ҷойгиршавии иллати мушаххас ва интихоби дурусти равиши табобат бо мақсади ташхиси дифференсиалӣ вобаста аст. ТМР бо контрастикунонии дохиливаридӣ як муносибати самараноки ташхисӣ мебошад, ки барои ошкор намудани нейротуберкулёз (сили асаб), фарқ кардани вариантҳои ҷараёни он ва баҳо додани натиҷаҳои табобат дар динамика имконият медиҳад.

БОБИ 4. САМАРАНОКИИ МУОЛИҶАИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ МЕНИНГИТҲОИ СИЛӢ ВА ОРИЗАҲОИ ОНҲО

Дар ин боб мо натиҷаҳои омӯзиши самаранокии клиникии муолиҷаи беморони гирифтори менингитҳои силиро пешниҳод менамоем.

Таҳлили самаранокии табобати 167 беморони гирифтори осеби силии системаи асаб, ҷойгиршавиашон гуногун аз рӯи маълумотҳои рентгени рақами шушҳо, ТК-и шушҳо, ТМР-и майнаи сар, ТМР-и майнаи сар бо маводи контраст, ТМР-и ҳароммағз бо маводи контраст, ташхиси ситологии моеъи ҳароммағз ва назорати динамикӣ гузаронида шуд.

Мо омӯзиши муқоисавии табобати инфузионии доруҳои зидди силӣ, бо истифодаи доруҳои зиди силӣ ба таври ҳаб вобаста ба спектри ҳассосияти микобактерияҳои микобактерияи сил дар беморони гирифтори менингитҳои силиро гузаронидем.

Мо натиҷаҳои муоина ва муолиҷаи 167 беморони гирифтори менингитҳои силиро, ки дар МД "Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина" аз соли 2017 то соли 2023 ворид буданд, таҳлил кардем. Пас аз верификатсияи ташхис, мо нақшаи зерини муолиҷаро истифода бурдем (Ҷадвали 4.1.):

Ҷадвали 4.1. - Нақшаҳои муолиҷаи беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо вобаста ба спектри ҳассосият ва тобоварии доругӣ

	Ҳассос	Тобовар
Реҷаи I	HRZE	
Монорезистентнокӣ	HRZ	Z и E
Полирезистентнокӣ	HR	Z+E
Реҷаи II	-	R
ШТС	-	H+R
Пеш аз ШВТС	-	H+R+Fq
		R+Fq
ШВТС	-	HR+Fq+Bdq/Lzd
		R+Fq+Bdq/Lzd

Манбаъ: муаллиф

Барои муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни менингитҳои силӣ маълумотҳои таҳқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ таҳлил карда шуданд: бактериологӣ, тадқиқи ситологии моеъи ҳароммағз ва назорати динамикӣ.

Беморонро аз руи нақшаи табобат вобаста ба спектори ҳассосияти доругӣ ба 2 гурӯҳ тақсим кардем: 1. Бемороне, ки табобатро бо реҷаи 1 вобаста ба спектри ҳасоссияти ДЗС қатори аввал гирифтанд; 2. Бемороне, ки табобатро бо реҷаи 2 вобаста ба спектри ҳасоссияти ДЗС қатори дуюм гирифтанд.

Беморони ҳарду гурӯҳро ба 4 зергурӯҳ тақсим карда шуданд: ба зергурӯҳи якуми беморон табобати инфузионии вобаста ба спектри ҳасоссияти бо ДЗС-и қатори якум (40 бемор) таъин карда шуд. Зергурӯҳи дуюм ДЗС-и қатори якумро ба таври ҳаб вобаста ба спектри ҳасоссиятӣ гирифтаанд (60 бемор). Ба беморони зергурӯҳи сеюм реҷаи табобат барои беморони ТД (56 бемор) вобаста ба спектри ҳасоссияти ДЗС таъин карда шуд. Дар зергурӯҳи чорум беморон барои ТВД (11 бемор) вобаста ба спектри ҳасоссияти ДЗС табобат гирифтанд. Тестҳои химиотерапия дар асоси натиҷаҳои ташхиси ситологии моеъи ҳароммағз гузаронида шуд (Ҷадвали 4.2.).

Ҷадвали 4.2. – Баҳодиҳии самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори менингитҳои силӣ вобаста ба спектри ҳассосият ва тобоварии доругӣ

Гурӯҳҳо	Зергурӯҳҳо	Навъи муолиҷа	Шумораи беморон	Муҳлати тозашавии моеъи ҳароммағз	Натиҷаи муолиҷа	P
Гурӯҳи I	Зергурӯҳи I	ДЗС-и инфузионии қатори аввал гирифтанд	40	Аз 30 то 56 рӯзи марҳилаи шиддатноки муолиҷа	Тозашавии пурра дар ҳамаи 40 беморон мушоҳида карда шуд (100,0%)	
	Зергурӯҳи II	ДЗС-и ҳаби қатори аввал гирифтанд	60	Аз 45 рӯз то 2 моҳи марҳилаи шиддатноки муолиҷа	Тозашавии моеъи ҳароммағз дар 54 нафар бемор мушоҳида карда шуд (90,0%)	p1= 0.0783
					Дар 6 нафар бемор самараи муолиҷа дида нашуд, фавт (10,0%)	

Гурӯҳҳо II	Зергурӯҳи III	Реҷаи муолиҷаро барои ТД беморон гирифтанд	56	Аз 50 рӯз то 3 моҳи	Тозашавии моеъи ҳароммағз дар 50 нафар бемор мушоҳида карда шуд (89,0%)	p2= 0.0392
					Дар 6 нафар бемор самараи муолиҷа дида нашуд, фавт (11,0%)	
	Зергурӯҳи IV	Реҷаи муолиҷаро барои ТВД беморон гирифтанд	11	Аз 2 моҳ то 4 моҳ	Тозашавии моеъи ҳароммағз дар 7 нафар бемор мушоҳида карда шуд (64,0%)	p3 = 0.0013
					Дар 4 нафар бемор самараи муолиҷа дида нашуд, фавт (36,0%)	

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: p-қимати умумӣ бо Фишер = 0.004409877; p1-муқоисаи зергуруҳи 1 ва 2; p2-муқоисаи зергуруҳи 1 ва 3; p3-муқоисаи зергуруҳи 1 ва 4

Самаранокии табобат дар зергуруҳҳо аз якдигар фарқи оморӣ доранд (p-қимати умумӣ бо Фишер = 0.004409877), асосан фарқият дар муқоисаи зергуруҳи 1 бо 3 (p2= 0.0392) ва 4 (p3 = 0.0013) дида мешавад, ҳамзамон зургуруҳи 1 нисбати 2 аз ҷиҳати оморӣ фарқ надорад (p1= 0.0783).

Марҳилаи муолиҷаи интенсивӣ дар беморони гирифтори менингитҳои силӣ бо назардошти вазнинии беморӣ ва бо назардошти таҳқиқи ситологии моеъи ҳароммағз пеш аз тозашавии он то 4 моҳ дароз карда шуд.

Дар ҳама зергурӯҳҳои беморони гирифтори бемории сил, ки мо мушоҳида кардем, ҷараёни шадиди клиникии бемории сил қайд карда шуд, ки ин аз дер ошкор шудани раванди бемории сил шаҳодат медиҳад. Ташхиси дери менингитҳои силӣ ва аз ин рӯ, сари вақт оғоз накардани муолиҷа табиист ба натиҷаҳои табобат таъсир расонида, имкони натиҷаи мусоидро коҳиш дод ва дар баъзе аз ҳодисаҳо боиси марг гардид.

Табобати ҳабии ДЗС бо реҷаи стандартии 12-моҳаи аз ҷониби ТУТ тавсияшуда, ки аз изониазид, рифампитсин, этамбутол ва пиразинамид иборат аст, дар давоми 4 моҳи аввал ҳар рӯз пас аз гирифтани изониазид ва

рифампитсин ҳар рӯз барои 8 моҳи иловагӣ (4HRZE/8HR) дар вояи мутаносиб бо вазни бемор мувофиқ буд.

Табобати инфузионии беморони гирифтори МС бо ҳассосияти нигоҳдошташуда ба ДЗС чунин буд: изониазид (10 мг\кг дохили вариди), рифампитсин (10 мг\кг+глюкоза 5%-250 мл ё маҳлули физиологи 0,9%-250 мл), пиразинамид (20-30 мг/кг ҳаб), этамбутол (15-25 мг/кг) дар оби нӯшокӣ маҳлул карда шуда, дахонӣ дода мешуд; дексаметазон (12 мг/рӯз) ва кислотаи атсетилсалитсилӣ (1 г/рӯз) ба таври дохили видӣ қатрагӣ ба 100 мл маҳлули 5% декстроза, оҳиста-оҳиста муддати 90 дақиқа, 1 бор/шабонарӯз ворид карда шуданд, дар якҷоягӣ бо истифодаи витамини В6 (барои пешгирии таъсири иловагӣ). Витамини В6 ба дохили мушак дар вояи 100–125 мг 30 дақиқа пас аз тазриқ ворид карда шуд. Давомнокии курси пурраи табобат дар ин ҳолатҳо низ ба ҳисоби миёна то 12 моҳ давом кард.

Дар 67 ҳолат (40,1%) аз 167 бемор, менингитҳои силии тобовар ба доруҳо муайян карда шуд, ки ҳамаи онҳо ба зергурӯҳҳои III ва IV беморон дохил карда шуда буданд. Табобати инфузионӣ барои беморони гирифтори МС-ТД аз зергурӯҳи III аз спектри ҳассосияти ДЗС вобаста буд ва чунин буд: левофлоксатсин (750-1000 мг/рӯз) дар якҷоягӣ бо канамитсин (15-20 мг/кг), ҳабҳои линезолид (600 мг/рӯз), пиразинамид (20-30 мг/кг), табобати иловагӣ бо дексаметазон (12 мг/рӯз) ва кислотаи атсетилсалитсилӣ (1 г/рӯз) ба/рӯз ба таври қатрагӣ ба 100 мл маҳлули 5% декстроза, оҳиста-оҳиста барои 90 дақиқа ворид карда шуданд, этионамид (500-750 мг/рӯз) дар оби нӯшокӣ ҳал карда шуда даҳонӣ дода шудааст. Витамини В6 ба дохили мушак бо вояи 100–125 мг 30 дақиқа пас аз тазриқ ворид карда шуд. Давомнокии табобат дар ин ҳолатҳо ба ҳисоби миёна то 18-20 моҳ давом кард. Табобати беморони зергурӯҳи IV ҳамон доруҳоро дар бар мегирифт, ба истиснои фторхинолонҳо, ки вобаста ба спектри ҳассосияти доруҳо таъин карда мешаванд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар зергурӯҳи якуми беморони гирифтори менингитҳои силӣ бо ҳассосияти нигоҳдошташуда ба ДЗС, ки табобати инфузионии ДЗС-и қатори якумро гирифтаанд, тозашавии

моеъи ҳароммағз аз 30 то 56-умин рӯзҳои давраи пуршиддати муолиҷа оғоз шуд. Дар ҳамаи 40 нафар беморон (100 %) тозашавии пурраи моеъи ҳароммағз мушоҳида карда шуд.

Дар зергурӯҳи дуюми беморони гирифтори менингитҳои силӣ бо ҳассосияти нигоҳдошташуда ба ДЗС, ки ДЗС-и қатори якумро ҳаббӣ гирифтаанд, тозашавии моеъи ҳароммағз аз 45 рӯз то 2 моҳ мушоҳида карда шуд. Аз 60 нафар беморон дар 54 нафарашон (90%) тозашавии пурраи моеъи ҳароммағз мушоҳида карда шуд, дар 6 нафар беморон (10,0%) самаранокии муолиҷа дида нашуд, ки онҳо фавтиданд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои бадастомада самаранокии бештари химиотерапияи инфузионии зидди силиро нисбат ба истифодаи ҳаббии ДЗС нишон медиҳанд.

Табобати самаранок дар беморони зергурӯҳи сеюми гирифтори ТД-МС дар 50 бемор (89%) аз 56 нафар мусбат арзёбӣ шудааст, дар 6 бемор таъсири табобат номусоид арзёбӣ шуда, фавт (11%) муқаррар шудааст.

Дар зергурӯҳи IV беморони гирифтори ТВД-ТС, табобати самаранок дар 7 нафар аз 11 бемор (64%) мушоҳида карда шуд ва дар 4 нафар – (36%) марганҷомӣ ба қайд гирифта шудааст.

Тақсимоти беморони дорои натиҷаи самаранокии табобат вобаста ба спектри ҳасоссият ва тобоварии доругӣ дар ҷадвали 4.3 оварда шудааст ва барои беморони гирифтори бемории сил ба доруҳо ҳассос 94% ва барои беморони гирифтори бемории сил ба доруҳо тобовар 85%-ро ташкил дод.

Ҷадвали 4.3. - Самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори менингити силӣ ва оризаҳои онҳо вобаста ба спектри ҳасосноки ва тобоварии доруҳо

	Табобати самаранок, шумора, (%)	Фавт, шумора (%)	P
Менингитҳои силии нисбати доруҳо ҳассоснок	94 (94)	6 (6)	-
Менингитҳои силии нисбати доруҳо тобовар	57 (85)	10 (15)	0.0644

Манбаъ: муаллиф

Ҳамин тариқ, самаранокии умумии муолиҷа дар ҳамаи 4 зергурӯҳи беморон 90,4% ҳолатҳоро (151 бемор) ташкил дод, фавт дар 9,6% ҳолатҳо (16 бемор) ба қайд гирифта шудааст, вале аз ҷиҳати оморӣ фарқият миёни фавт аз менингитҳои силии ба доруҳо тобовар ва ҳассос дарёфт нагардид (р-қимат бо Фишер= 0.0644).

Ҳангоми муолиҷаи менингитҳои силӣ дар баробари ДЗС, ки реҷаи таъиноташон аз спектри ҳассосияти M. tuberculosis вобаста аст, тавсия медиҳем, ки табобати иловагӣ бо кортикостероидҳо, кислотаи атсетилсалитсилӣ ва витамини В6 истифода бурда шавад. Табобати зидди силӣ бояд фавран оғоз карда шавад, то гирифторшавӣ ва фавт ҳангоми менингитҳои силӣ кам карда шавад.

Ба дохили варидӣ ворид намудани доруҳои химиявӣ иҷрои вазифаҳои гузошташударо таъмин намуда, самаранокии клиникии табобати менингитҳои силиро зиёд мекунад. Муҳимтар аз ҳама марҳилаи пуршиддати химиотерапияи бемории сил мебошад, ки вазифаи асосии он то ҳадди имкон нест кардан ва фурӯ нишондани инкишоф ва афзоиши популятсияи МС дар организми бемор мебошад. Маҳз дар ҳамин марҳила назорати табобат, пурзӯр кардани табобат ва рафъи муқовиматпазирии МС ва пешгирии пайдоиш ва паҳншавии он махсусан муҳим аст. Тазриқи дохиливаридӣ кафолат медиҳад, ки доруҳо пеш аз биотрансформатсияи онҳо дар ҷигар ба нуқтаҳои патологӣ ворид мешаванд, ки таъсири бештари клиникиро таъмин мекунанд. Ҳосил намудани консентратсияи баланди доруҳо дар хун ва бофтаҳо метавонад муқовимати МС-ро бартараф намояд ва биодастрасии доруҳо меафзояд. Ҳангоми ҳар гуна воридкунӣ, ба ғайр аз дохиливаридӣ, танҳо як қисми вояи моддаи доруворӣ дар натиҷаи ҷаббиши нопурра, нобудшавӣ дар макони тазриқ дар зери таъсири ферментҳои махсус ва ғайримуқаррарӣ, pH-и номувофиқ ба гардиши системавии маҷрои хун мерасад ва ҳангоми истифодаи ҳабҳо бошад дар натиҷаи самараи гузариши аввал аз ҷигар. Биодастрасии

маводи доруворӣ бевосита самаранокии табобатро муайян мекунад, ки ҳангоми ин табобат коҳиш меёбад.

Яке аз принсипҳои химиотерапияи зидди силӣ яккарата истеъмол намудани вояи шабонарӯзии доруҳо мебошад, ки ба фароҳам овардани консентратсияи максималии имконпазири доруҳо барои таъсири самараноктарин ба МС нигаронида шудааст. Танҳо воридкунии дохиливаридӣ риояи ин принсипро таъмин мекунад.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои бадастомада самаранокии бештари химиотерапияи зидди силиро нисбат ба истифодаи ҳабҳо нишон медиҳанд, ки шумораи рӯз-катҳоро дар беморхона кам мекунад.

Мо инчунин самаранокии бештарро дар беморони гирифтори МС-и ба доруҳо ҳассос муайян кардем, ки самаранокии табобатро аз спектри ҳассосияти доругии беморони гирифтори МС инъикос мекунад.

Вобаста ба ташхиси радиологии рентгени рақамии шушҳо чунин натиҷаҳо ба даст оварда шуд:дар асоси рентгени рақамии шушҳо 167 нафар бемор (100%), дар 78 нафар бемор (47%) тағйироти сили пошхурдаи шушҳо мушоҳида шуд. Самаранокии табобат: бо пуррагӣ бартараф шудани сили пошхурдаи шушҳо дар 71 бемор (91%), қисман бартараф шуд – дар 6 бемор (9%) мушоҳида шуд. Дар 63 (38%) бемор сили иртишоҳии шушҳо мушоҳида шуда, ки самаранокии табобат бо пурра бартараф шудани иллати шушҳо дар 51 бемор (81%), қисман бартараф шуд дар 9 бемор (14%), бартараф нашуда дар 3 бемор (5%) мушоҳида шуд. Дар 12 (7%) беморон, ки сили фиброзӣ – кавернозии шушҳо дида мешуд, самаранокии табобат бо пурра бартараф шудани манба дар 3 бемор (25%), қисман бартараф шуда - дар 6 бемор (50%), бартараф нашуда - дар 3 бемор (25%) мушоҳида шуд. Дар 14 беморон (8%) дар рентгени рақамии шушҳо тағйироти патологӣ мушоҳида нашуд.

Ҷадвали 4.4. - Тавсифи самаранокии табобат вобаста ба натиҷаи ташхисҳои радиологӣ (рентгени рақамии шушҳо), n=167

Ташхиси радиологӣ	Муайянкунии иллатнокии шушҳо	Шумораи беморон	%	Натиҷаи муолиҷа					
				Пурра бартараф шуд		Қисман бартараф шуд		Бартараф нашуд	
				мутл	%	мутл	%	Мутл	%
Тағйиротҳои рентгении шушҳо мувофиқ ба натиҷаи муолиҷа	Сили пошхурдаи шушҳо	78 бемор	47%	72	91%	7	9%	-	-
	Сили иртишоҳии шушҳо	63 бемор	38%	51	81%	9	14%	3	5%
	Сили фиброзӣ – кавернозии шушҳо	12 бемор	7%	3	25%	6	50%	3	25%
	Бе тағироти шушҳо	14 бемор	8%	14	100%	-	-	-	-

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: мутл–шумораи мутлақ

Ҷадвали 4. 5. - Тавсифи самаранокии табобат вобаста ба натиҷаи ташхисҳои радиологӣ (томографияи компютерии шушҳо), n=109

Ташхиси радиологи	Муайянкуни и илатнокии шушҳо	Шумора и беморон	%	Натиҷаи муолиҷа					
				Пурра бартараф шуд		Қисман бартараф шуд		Бартараф нашуд	
				мутл	%	мутл	%	Мутл	%
Натиҷаи ташхиси томографияи компютерии шушҳо вобаста ба ҷойгиршавиашон	Сили пошхурдаи шушҳо	78 бемор	72%	71	91%	7	9%	-	-
	Сили иртишоҳии шушҳо	63 бемор	58%	51	81%	9	14%	3	5%
	Сили фиброзӣ – кавернозии шушҳо	12 бемор	11%	3	25%	6	50%	3	25%
	Сили гиреҳҳои лимфавии дохили қафаси сина	64 бемор	38%	48	29%	12	7%	4	2%

	Илтиҳоби пардаҳои шуш	14 бемор	13%	9	64%	4	29%	1	7%
	Бе тағйироти шушҳо	14 бемор	13%	14	100%	-	-	-	-

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: мутл–шумораи мутлақ

Вобаста ба ташхиси радиологии томографияи компютерии (ТК) шушҳо чунин натиҷаҳо ба даст омад: ҳангоми ташхиси ТК шушҳо, ки дар 109 нафар бемор (65%) гузаронида шуд, дар 78 бемор (72%) тағйироти сили пошхурдаи шушҳо мушоҳида шуд. Самаранокии табобат: пурра бартараф шудани сили пошхурдаи шушҳо дар 71 бемор (91%), қисман бартараф шуда – дар 7 бемор (9%) мушощида шуд. Дар 63 бемор (58%) сили иртишоҳии шушҳо мушоҳида шуда буд, самаранокии табобат бо пурра бартараф шудани иллати шушҳо дар 51 бемор (81%), қисман бартараф шуд – дар 9 бемор (14%), бартараф нашуда – дар 3 бемор (5%) мушоҳида шуд. Дар 12 нафар беморон (11%), ки сили фиброзӣ – кавернозии шушҳо дида мешуд, самаранокии табобат бо пурра бартараф шудани манба дар 3 бемор (25%), қисман бартараф шуда – дар 6 бемор (50%), бартараф нашуда – дар 3 бемор (25%) мушоҳида шуд. Дар 64 бемор (38%) сили гиреҳҳои лимфавии дохили қафаси сина мушоҳида шуд, ки самаранокии табобат бо пурра бартараф шудани манба дар 48 бемор (29%), қисман бартараф шуда – дар 12 бемор (7%), бартараф нашуда – дар 4 бемор (2%) мушоҳида шуд. Ҳангоми томографияи компютерии қафаси сина дар 14 бемор (13%) илтиҳоби пардаҳои шуш мушоҳида шуда, самаранокии табобат бо пурра бартараф шудани манба - дар 9 бемор (64%), қисман бартараф шуда – дар 4 бемор (29%), бартараф нашуда - дар 1 бемор (7%) мушоҳида шуд. Дар 14 беморон (13%) дар томографияи компютерии шушҳо тағйироти патологь мушоҳида нашуд.

Ҷадвали 4.6. - Тавсифи самаранокии табобат вобаста ба натиҷаи ташхисҳои радиологӣ (томографияи компютерии мағзи сар), n=115

Ташхиси радиологӣ	Муайянкунии иллатнокии шушҳо	Шумораи беморон	%	Натиҷаи муолиҷа					
				Пурра бартараф шуд		Қисман бартараф шуд		Бартараф нашуд	
				мут	%	мут	%	мут	%
Натиҷаи ташхиси томографияи компютерии мағзи сар вобаста ба ҷойгиршавиашон	Ҳосилаи ҳаҷмӣ	16 бемор	14%	7	44%	3	19%	6	37%
	Гидросефалияи омехта	21 бемор	18%	9	43%	8	38%	4	19%
	Манбаъҳои энсефалитӣ	48 бемор	42%	9	19%	11	23%	28	58%
	Бе тағйирот	30	26%	-	-	-	-	-	-

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: мутл–шумораи мутлақ

Вобаста ба ташхиси радиологии ТК майнаи сар чунин натиҷаҳо ба даст омада шуд. Ҳангоми ташхиси ТК майнаи сар, ки дар 115 нафар бемор (69%) гузаронида шуда буд, дар 16 бемор (14%) тағйироти ҳосилаи ҳаҷмии майнаи сар мушоҳида шуд. Самаранокии табобат: пурра бартараф шудани ҳосилаи ҳаҷмӣ - дар 7 бемор (44%), қисман бартараф шуда – дар 3 бемор (19%), бартараф нашуда – дар 6 бемор (37%) мушоҳида шуд.

Аз 7 нафар бемороне, ки ҳосилаи ҳаҷмии майнаи сар дар асоси ТК-и майнаи сар даёфт гардида буд, дар 4 нафар бемор усули ҷарроҳии бартараф намудани ҳосилаи ҳаҷмии майнаи сар гузаронида шуд, ки 25%-ро ташкил медиҳад.

Дар 21 бемор (18%), ки гидросефалияи омехта мушоҳида шуда буд, самаранокии табобат бо пурра бартараф шуда - дар 9 бемор (43%), қисман бартараф шуда - дар 8 бемор (38%), бартараф нашуда – дар 4 бемор (19%) мушоҳида шуд.

Дар 48 бемор (42%) бо манбаъҳои энсефалитии майнаи сар, самаранокии табобат бо пурра бартараф шудани манбаъ - дар 9 бемор (19%), қисман бартараф шуда - дар 11 бемор (23%), бартараф нашуда – дар 28 бемор

(58%) мушоҳида шуд. Дар 30 (26%) бемор пас аз ташхиси ТК тағйироти патологӣ мушоҳида нашуд.

Ҷадвали 4.7. - Тавсифи самаранокии табобат вобаста ба натиҷаи ташхисҳои радиологи (томографияи могнитии резонанси майнаи сар), n=54

Ташхиси радиологӣ	Муайянкунии иллатнокии шушҳо	Шумораи беморон	%	Натиҷаи муолиҷа					
				Пурра бартараф шуд		Қисман бартараф шуд		Бартараф нашуд	
				мутл	%	мутл	%	мутл	%
Натичаи ташхиси томографияи магнити- резонансии маҒзи сар вобаста ба ҷойгиршави	Ҳосилаи ҳаҷмӣ	16 бемор	30%	10	62%	4	25%	2	13%
	Гидросефалияи окклюзионӣ	12 бемор	22%	3	25%	4	33%	5	42%
	Гидросефалияи тривентрикулярӣ	9 бемор	17%	3	33%	4	45%	2	22%
	Манбаъҳои энсефалитӣ	17 бемор	31%	9	53%	5	29%	3	18%

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: мутл–шумораи мутлақ

Ҳангоми ташхиси томографияи магнитии резонансии (ТМР) майнаи сар, ки дар 54 бемор (32%) гузаронида шуда буд, чунин тағйиротҳои манбаъвӣ мушоҳида шуд. Дар 16 бемор (30%) тағйироти ҳосилаи ҳаҷмии майнаи сар мушоҳида шуд. Самаранокии табобат: пурра бартараф шудани ҳосилаи ҳаҷмӣ - дар 10 (63%) бемор, аз он ҷумла дар 4 бемор - бо роҳи ҷарроҳӣ бартараф намудани ҳосилаи ҳаҷмии майнаи сар гузаронида шудааст; қисман бартараф шуда – дар 4 бемор (25%), бартараф нашуда – дар 2 бемор (12%) мушоҳида шуд. Дар 12 бемор (22%) дар асоси ТМР-и майнаи сар ташхиси гидросефалияи окклюзионӣ дарёфт гардид. Самаранокии табобат: дар 3 бемор (25%) пурра бартараф шуд, қисман бартараф шуда – дар 4 бемор (33%), бартараф нашуда - дар 5 бемор (42%) мушоҳида шуд. Дар 9 бемор (17%) гидросефалияи тривентрикулярӣ мушоҳида шуд. Самаранокии табобат: дар 3 бемор (33%) пурра бартараф шуд, қисман бартараф шуда - дар 4 бемор (45%), бартараф нашуда - дар 2 бемор (22%) мушоҳида шуд. Ҳангоми ташхиси ТМР майнаи сар дар 17 бемор (31%) манбаъҳои энсефалитӣ мушоҳида шуд; натиҷаи

самаранокии табобат дар 9 бемор (53%) - бо пуррагӣ бартараф шуд, дар 5 бемор (29%) - қисман бартараф шуд, дар 3 бемор (18%) - бартараф нашуд.

Ҷадвали 4.8. - Тавсифи самаранокии табобат вобаста ба натиҷаи ташхисҳои радиологӣ (томографияи магнити-резонансӣ бо маводи контрасти мағзи сар), n=23

Ташхиси радиологӣ	Муайянкунии илатнокии шушҳо	Шумора	%	Натиҷаи муолиҷа					
				Пурра бартараф шуд		Қисман бартараф шуд		Бартараф нашуд	
				мутл	%	мутл	%	мутл	%
Натиҷаи ташхиси томографияи магнити- резонансӣ бо маводи контрасти мағзи сар вобаста ба ҷойгиршавиашон	Думмал	4 бемор	17%	4	100%	-	%	-	%
	Туберкулёмаҳои сершумор	8 бемор	35%	5	63%	3	37%	-	%
	Туберкулёмаҳои гиреҳшакл	6 бемор	26%	3	50%	2	33%	1	17%
	Илтиҳоби пардаҳо	5 бемор	22%	5	100%	-	%	-	%

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: мутл–шумораи мутлақ

Ҳангоми ташхис тариқи томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) бо маводи контрасти мағзи сар вобаста ба ҷойгиршавиашон ки дар 23 бемор (14%) гузаронида шуда буд, чунин тағйиротҳои манбаъвӣ мушоҳида шуд. Дар 4 бемор (17%) думмали майнаи сар мушоҳида шуд. Самаранокии табобат: пурра бартараф шудани думмали майнаи сар - дар 4 бемор (17%) бо роҳи ҷарроҳӣ; дар 8 бемор (35%) дар асоси ТМР-и майнаи сар бо маводи контрастӣ туберкулёмаи сершумори майнаи сар ташхис гузошта шуд. Самаранокии табобат: дар 5 бемор (63%) - пурра бартараф шуда, қисман бартараф шуда - дар 3 бемор (37%) мушоҳида шуд.

Дар 6 бемор (26%) баъди натиҷаи ТМР бо маводи контрасти мағзи сар вобаста ба ҷойгиршавиаш самаранокии табобат: дар 3 бемор (50%) - пурра бартараф шуда, қисман бартараф шуда - дар 2 бемор (33%), бартараф нашуда - дар 1 бемор (17%) мушоҳида шуд.

Ҳангоми натиҷаи ташхиси томографияи магнити резонанси бо маводи контрасти мағзи сар вобаста ба ҷойгиршавиашон, ки илтиҳоби пардаҳои майнаи сар мушоҳида мешуд, ҳамаи беморон (5 бемор - 22%) ташкил медиҳад, самаранокии табобат ба пурраги дар 5 бемор (100%) мушрҳида шуд.

Ҳангоми натиҷаи ташхиси ТМР бо маводи контрасти ҳароммағз вобаста ба ҷойгиршавиашон дар 2 бемор (14%) туберкулёмаи ҳароммағз мушоҳида шуд. Самаранокии табобат бо пуррагӣ бартараф шудани туберкулёмаи ҳароммағз - дар 1 бемор (50%), дар 1 бемор (50%) - қисман бартарафшуда, янеки оҳаксоршавӣ мушоҳида шуд. Дар 2 бемор (14%) дар асоси ТМР-и майнаи сар бо маводи контрасти думмали ҳарромағз ташхис гузошта шуд. Самаранокии табобат бо усули ҷарроҳӣ бо пуррагӣ бартараф намудани думал дар ҳар ду бемор (100%), дар 6 бемор баъди натиҷаи ТМР бо маводи контрасти ҳароммағз – дар 3 бемор (50%) пурра бартараф шуд, дар 2 бемор (33%) - қисман бартараф шуд ва дар 1 бемор (17%) - бартараф нашуд. Дар натиҷаи ТМР бо маводи контрасти ҳароммағз вобаста ба ҷойгиршавиашон аз 4 бемор (29%), дар 1 бемор (25%) - пурра бартараф шуда, дар 1 бемор (25%) - қисман бартараф шуд ва дар 2 бемор (50%) - илтиҳоби ҳароммағз бартараф нашуда, мушоҳида шуд.

Ҷадвали 4.9. - Тавсифи самаранокии табобат вобаста ба натиҷаи ташхисҳои радиологӣ (томографияи магнитӣ-резонансӣ бо маводи контрасти ҳароммағз), n=14

Ташхиси радиологӣ	Муайянкунии илатнокии шушҳо	Шумора	%	Натиҷаи муолиҷа					
				Пурра бартараф шуд		Қисман бартараф шуд		Бартараф нашуд	
				мут	%	мут	%	Мутл	%

Натичаи ташхиси томографияи магнитӣ-резонансӣ бо маводи контрасти ҳароммағз вобаста ба ҷойгиршавиашон	Туберкулёмаҳо и ҳароммағз	2 бемор	14%	1	50%	1	50%	-	%
	Думмали ҳарромағз	2 бемор	14%	2	100%	-	-%	-	%
	Миелити трансверсивӣ	6 бемор	43%	3	50%	2	33%	1	17%
	Илтиҳоби ҳароммағз	4 бемор	29%	1	20%	1	25%	2	50%

Манбаъ: муаллиф

Эзоҳ: мутл–шумораи мутлақ

Вобаста ба шаклҳои клиникӣ ва ҷойгиршавии манбаъ беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи аввал: бемороне, ки манбаъи асосии силӣ дар шуш мебошад, ки инҳо сили пошхурдаи шушҳо - 78 бемор, сили иртишоҳии шушҳо - 63 бемор ва сили фиброзӣ – кавернозии шушҳо - 12 беморро дар бар мегиранд. Гурӯҳи дуюм бошад, ин сили паҳнгашта мебошад, ки манбаъ ғайр аз шуш дар дигар узвҳо ҷой дорад ба монанди: сили устухон ва пайвандҳо - 19 бемор, илтиҳоби пардаҳои шуш - 12 бемор, сили ғадудҳои дохили қафаси сина – 64 (39%) бемор ва бемороне, ки камтар вомехуранд ба монанди сили шикам, ғадудҳои канории гардан, перикардит, ки умумӣ - 4 бемор мебошанд.

Натиҷаи самаранокии табобат нишон дод, ки сили пошхурдаи шушҳо аз 78 бемор бо пуррагӣ бартараф шуда – дар 71 бемор (91%), қисман бартараф шуда – дар 6 бемор (9%) мушоҳида шуд. Сили иртишоҳии шушҳо дар 63 бемор мебошад, ки аз руи ҷойгиршавии манбаъ ба ду гуруҳ тақсим карда шуд: яктарафа - 41 бемор (27%), ки самаранокии табобат бо пурра бартараф шуда – дар 33 бемор (80%), қисман бартараф шуда – дар 6 бемор (15%), бартараф нашуда – дар 2 бемор (5%) мушоҳида шуд. Сили иртишоҳии дутарафаи шушҳо бошад - 22 бемор (14%), ки самаранокии табобат бо пурра бартараф шуда – дар 16 бемор (73%), қисман бартараф шуда – дар 5 бемор (23%), бартараф нашуда - дар 1 бемор (4%) мушоҳида шуд. Сили фиброзӣ – кавернрзии шушҳо 12 бемор мебошад, ки аз руи ҷойгиршавии манбаъ ба ду

гуруҳ тақсим карда шуд: яктарафа - 9 бемор (6%), ки самаранокии табобат бо пурра бартараф шуда - дар 2 бемор (22%), қисман бартараф шуда – дар 5 бемор (56%), бартараф нашуда – дар 2 бемор (22%) мушоҳида шуд. Сили фиброзӣ – кавернозии дутарафаи шушҳо бошад 3 бемор (2%), ки самаранокии табобат бо пурра бартараф шуда – дар 2 бемор (67%), қисман бартараф шуда – дар 1 бемор (33%) мушоҳида шуд.

Ҷадвали 4.10. - Динамикаи тағйиротҳои клиникӣ баъди табобат дар шаклҳои клиникии сили шушӣ ва сили ғайришушӣ, n=167

Шаклҳои клиникии сили шушӣ ва сили ғайришушӣ дар динамикаи тағиротҳои клиникӣ, баъди табобат								
	Сили шикам, ғадудҳои канории гардан, перикардит, n=4		3	75	1	25	-	-
	Сили ғадудҳои дохили қафаси сина, n=64		48	29	12	7	4	2
	Илтиҳоби пардаҳои шуш, n=12		7	58	5	42	-	-
	Сили устухон ва пайвандҳо, n=19		14	74	5	26	-	-
	Сили фиброзӣ – кавернозии шушҳо, n=12	Дутарафа	2	67	1	33	-	-
		Яктарафа	2	22	5	56	2	22
	Сили иртишоҳии шушҳо, n=63	Дутарафа	16	73	5	23	1	4
		Яктарафа	33	80	6	15	2	5
	Сили пошхурдаи шушҳо, n=78		71	91	6	9	-	-
Шаклҳои клиникӣ ва ҷойгиршавии манбаъ			мут	%	мут	%	Мут	%
			Пурра бартараф шуд		Қисман бартараф шуд		Бартараф нашуд	
			Самаранокии табобат					

Манбаъ: муаллиф.

Эзоҳ: мут-шумораи мутлақ.

Шаклҳои клиникии сили ғайришушӣ дар динамикаи тағйиротҳои клиникии натиҷаи самаранокии табобат нишон дод, ки сили устухон ва пайвандҳо дар 19 бемор: бо пуррагӣ бартараф шуда – дар 14 бемор (76%), қисман бартараф шуда – дар 5 бемор (26%) мушоҳида шуд. Натиҷаи самаранокии табобати илтиҳоби пардаҳои шуш дар 12 бемор: бо пуррагӣ бартараф шуда – дар 7 бемор (58%), қисман бартараф шуда – дар 5 бемор (42%) мушоҳида шуд. Натиҷаи самаранокии табобати сили ғадудҳои дохили

қафаси сина 64 (38%) бемор: бо пуррагӣ бартараф шуда – дар 48 бемор (29%), қисман бартараф шуда -дар 12 бемор (7%), бартараф нашуд 4 бемор (2%) мушоҳида шуд. Натиҷаи самаранокии табобати сили шикам, ғадудҳои канории гардан, перикардит, ки умуми 4 бемор мебошад: бо пурраги бартараф шуда – дар 3 бемор (75%), қисман бартараф шуда – дар 1 бемор (25%) мушоҳида шуд.

Ҳамин тариқ, дар асоси аломатҳои клиникии беморон, верификатсияи ташхиси, муайян кардани шаклҳои клиникии ва лабораторӣ, аз ҷумла генетикии молекулавӣ, бактериологӣ ва ситологӣ, усулҳои радиологӣ (рентгенографияи рақамӣ, ТК-и шушҳо, ТК-и мағзи сари, ТМР ва ТМР бо контрастикунонӣ аз рӯи нишондодҳо), ташхисҳои функсионалии (ТУС, ЭКГ), пунксияи камари натиҷаҳои бадастомада самаранокии бештари химиотерапияи инфузионии зидди силро нисбат ба истифодаи ҳабҳо нишон медиҳанд, ки миқдори рӯз-катҳоро дар беморхона кам мекунад. Мо инчунин самаранокии бештарро дар беморони гирифтори МС-и ба доруҳо ҳассос муайян кардем, ки самаранокии табобатро аз спектри ҳассосияти доругии беморони гирифтори МС инъикос мекунад. Самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори менингитҳои силӣ вобаста ба спектори ҳассосиятноки доруги ва тобовари доруги ва навъи химиятерапия чунин натиҷа дод: менингитҳои сили нисбати доруҳо ҳассос 94 аз 100 бемор (94%), менингитҳои сили нисбати доруҳо тобовар 57 аз 67 бемор (85%), фавт 16 (10%).

БОБИ 5. БАРРАСИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Диссертатсияи мазкур ба проблемаи актуалии бемории сил бахшида шудааст, ки ба «менингити сили шаклҳои ба таври шадид рушдкунандаи бемории сил дахл дорад, ки ҳангоми онҳо сатҳи фавт аз 16 то 55 %-ро ташкил медиҳад, ки аҳамияти иҷтимоии бемориро муайян мекунад» (мувофиқи маълумотҳои муаллифон Г.М. Авдеева., И.А. Шевченко., П.Л. Блажняя (2021) ва В.Е. Корж., А.Н. Подчос., Ф.А. Завгородний (2019)) [2, с 5-7; 60, с 71-77]. Дар ҳолатҳои паҳншавии раванди бемории сил ба ғайр аз мағзи сар инчунин ҳароммағз инкишоф меёбад, ки натиҷаи ташхиси дер ва ҳамчун натиҷа табобати саривақтии муқаррарнашуда мебошад, ки ба оқибатҳои номатлуб дар шакли маъюбшавӣ ё марги беморон оварда мерасонад.

Мақсади ин таҳқиқот омӯзиши самаранокии ташхис ва табобати беморони гирифтори иллати сили мағзи сар ва ҳароммағз вобаста ба спектри ҳассосияти доругии онҳо ба ДЗС дар марҳилаи беморхонавӣ ва таҳияи маҷмӯи тадбирҳо оид ба пешгирии ин патологияҳо дар шароити муосири эпидемии Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Барои ноил шудан ба ин максад вазифаҳои зерини таҳқиқот таҳия карда шудаанд:

1. Муайян кардани сохтори шаклҳои клиникӣ ва самаранокии усулҳои гуногуни ташхиси тафриқавии беморони гирифтори менингоэнсефаломиелити силӣ.

2. Таҳия намудани маҷмуи тадбирҳо оид ба самаранокии ошкоркунӣ ва муолиҷаи менингоэнсефаломиелити силӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

3. Омӯхтани самаранокии муолиҷа бо реҷаҳои гуногуни химиотерапия барои беморони гирифтори менингоэнсефаломиелити силӣ вобаста ба доираи тобоварӣ нисбати доруҳо.

Барои ноил шудан ба ҳадафу вазифаҳо диссертант 290 сарчашмаи адабиётро аз ҷиҳати имлӣ тафсир намудааст. Ҳамин тариқ, муайян карда шуд, ки МЭС бештар дар кишварҳои дорои вазнинии БС, бештар дар кӯдаконе, ки бо ваксинаи БСЖ эм карда нашудаанд, шахсони мубталои ВНМО ва

паҳншавии МБС дар беморони табобатнашуда гирифтори БС-и шушҳо маъмул аст. Давомнокии нишонаҳо метавонад аз 1 рӯз то 9 моҳ фарқ кунад ва давраи продромалӣ одатан ғайри муқаррарӣ аст. Ба ғайр аз МЭС, рушди менингомиелитҳои сироятӣ низ аксар вақт вирусҳо, бактерияҳо ва занбӯруғҳо ба вуҷуд меоварад, ки аксаран аз раванди бемории сил фарқ кардан душвор аст. Баръакси аксари шаклҳои менингитҳои бактериявӣ, МЭС эҳтимоли зиёд дорад, ки боиси ихтилоли асабӣ, аз ҷумла тағирёбии ҳолати рӯҳӣ, тағирёбии шахсият гардад ва осебҳо метавонанд ба фишурдани рагҳои асаб, норасоии асабҳои косахонаву мағзи сар ва сактаи дил оварда расонанд. Патогенетикии МЭС аз сирояти респиратории БС ва минбаъд паҳншавии гематогенӣ дар системаи марказии асаб оғоз меёбад. Дар марҳилаи ҳозира иммунопатогенези МС низ ба таври муфассал баён карда шудааст. Зуҳуроти клиникии ғайри муқаррарӣ ва ҳассосияти маҳдуди усулҳои мавҷудаи лабораторӣ ташхиси МС-ро аз сабаби табиати бисёрбактерияви МС душвор мегардонад. Алгоритми ташхис бояд тамоми усулҳои мавҷударо дар бар гирад, аз ҷумла ташхиси микробиологӣ, тестҳои молекулярӣ, усулҳои визуализатсияи мағзи сар ба монанди ТК ва ТМР, тестҳои иммунодиагностикӣ ба монанди таҳлилҳои озодшавии гамма интерферон (IGRA). Ҳангоми муолиҷаи МС дар баробари доруҳои зидди силӣ, ки реҷаи таъиноташон аз спектри ҳассосияти M. tuberculosis вобаста аст, истифодаи табобати иловагӣ бо кортикостероидҳо ва истеъмоли аспирин тавсия дода мешавад. Табобати зидди силӣ бояд фавран оғоз карда шавад, то гирифторшавӣ ва фавт аз бемории сил кам карда шавад.

Маводи худи диссертатсия 167 нафар беморони МС-ро дар бар мегирад, ки дар давоми солҳои 2017-2023 ба МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» ворид шудаанд.

Дар беморхона, беморон барои верификатсияи ташхиси менингити силӣ ва шаклҳои клиникии он, усулҳои клиникӣ ва лабораторӣ, аз ҷумла молекулярӣ-генетикӣ, бактериологӣ ва ситологӣ, усулҳои радиологӣ (рентгенографияи рақамӣ, КТ-и шушҳо, ТК-и мағзи сари), (ТМР ва ТМР бо

контрастикунонӣ аз рӯйи нишондодҳо), ТУС ва дигар усулҳои таҳқиқоти функсионалӣ гузаронида шуданд.

Дар байни бемороне, ки мо мушохида кардем, шаклчхои зерини клиникии менингити силӣ дучор шуданд:

127 нафар беморон (76%) - гирифтори менингити сил, ки зиёда аз ду ҳафта давом кардааст;

26 нафар беморон (16%) - гирифтори менингоэнсефалитҳои сил бо ҷараёни шадиди торпидӣ ҳангоми аломатҳои манбаъвӣ бо давомнокии беморӣ то се ҳафта;

14 нафар беморон (8%) - гирифтори миелити силӣ бо ҷараёни вазнини ғайримуқаррарӣ бо вайроншавии функсияи узвҳои коси хурд, парез ё фалаҷи дасту пойҳо, ки давомнокии беморӣ то як моҳ буд.

Самаранокии муқоисавии табобати гузаронидашуда ва мониторинги ҷараёни беморӣ дар ҳама беморони назоратшаванда низ омӯхта шудааст.

Дар ҳолати зарурӣ ба беморон аз машварати мутахассисони ихтисос маҳдуддошта (машваратҳои асабшинос (72 машварат) – барои баҳодиҳии динамикии осеби системаи марказии асаб, машварат бо ҷарроҳи асаб (12 машварат) – барои гидросефалия, ихтилоли ликвородинамика, машварат бо офталмолог (53 машварат) – муайян кардан ва мониторинги динамикии тағйирот дар қаъри чашм, машварати сироятшинос (21 машварат) – барои истисно кардани этиологияи ғайримуқаррарии менингит, машварати кардиолог (31 машварат) – ҳангоми патологияи ҳамбастаи дилу рагҳо, машварат бо акушер – гинеколог (21 машварат) ҳангоми ҳомиладорӣ ва ҳангоми муайян кардани патологияи узвҳои репродуктивӣ, машварати оториноларинголог ҳангоми муайян кардани патологияи узвҳои гуш, гулу бини дар заминаи қабули ДЗС, машварати равонпизишк ҳангоми муайян кардани шикоятҳои махсус, машварати психологи (2 машварат) - дар ҳолати ноустувори психоэмотсионалӣ, машварати дерматолог (2 машварат) - барои тағироти ғайримуқаррарӣ дар пӯст, стоматолог (2 машварат) - барои тозакунии манбаъҳои сирояти музмин, анестезиолог-реаниматолог (19

машварат) – барои муайян кардани намуди анестезия ва равиши табобат, машварат бо корманди иҷтимоӣ (2 машварат) – барои муайян кардани мушкилоти иҷтимоӣ ва расонидани дастгирии иҷтимоӣ.

Барои гузаронидани таҳқиқоти илмӣ ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Аз 167 нафар беморон дар 100 нафар беморон ташхиси ниҳоии клиникии «менингитҳои силӣ бо ҳассосияти доругии МБС» (МС-ҲД) гузошта шуд. Ба 67 бемори боқимонда ташхиси ниҳоии клиникии «менингитҳои силии ба дору тобовар МБС» (МС-ТД) гузошта шуд.

Меъёрҳои дохилшавӣ ба ин таҳқиқот:

Беморон ба меъёрҳои истифодаи реҷаи табобати МС-ДҲ ва МС-ДТ ҳангоми иҷрои ҳамаи шартҳои дар поён овардашуда ҷавобгӯ буданд, аз ҷумла:

1) розӣ ҳастанд ва метавонанд ба татбиқи ин реҷаи муолиҷа ва иштирок дар назорати минбаъда (имзо ё шаҳодати ризоият) розигии огоҳона диҳанд;

2) аз МС-ҳои аз ҷиҳати бактериологӣ ва ситологӣ тасдиқшуда азият мекашанд, ки барои онҳо маълумоти ибтидоии лабораторӣ оид ба тобовари ҳадди аққал рифампицин ба даст оварда шудааст.

Нақшаи муолиҷаи истифодашуда:

Айни замон ҳамаи беморони ошкоршудаи гирифтори бемории МС-ҲД ва МС-ДТ бо қарори Консилиуми марказии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии ҳифзи аҳолӣ аз бемории сил» мувофиқи меъёрҳои ТУТ вобаста ба доираи ҳассосияти ба ДЗС ва мувофиқи меъёрҳои ТУТ ба гурӯҳҳо ҷудо карда шуданд.

Ба беморони гирифтори МС-ДҲ-и мушоҳиданамудаи мо (100 нафар) доруҳои омехтаи 4-компонентӣ барои 6 моҳ таъин карда шуд, ки дар таркибаш изониазид (H), рифампитсин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E) бо вояи шабонарӯзӣ мутаносибан ба вазни бемор дошт.

Беморони гирифтори бемории МС-ДТ-и мушоҳиданамудаи мо (67 нафар) тибқи хулосаи Консилиуми марказии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии ҳифзи аҳолӣ аз бемории сил» дар асоси натиҷаҳои тестҳои молекулавии ҳассосияти доругӣ, дар сурати мавҷуд набудани хатари

таҳаммулнопазирӣ ва/ё натиҷаи тасдиқшудаи LPA-SL ва мувофиқат ба меъёрҳои дохилшавӣ, 18-24 моҳ реҷаи муолиҷа бо истифода аз ҳадди аққал 5 доруи зидди силӣ вобаста ба спектри ҳассосият: бедаквилин (Bdq) ё деламанид (Dlm), фторхинолонҳо (левофлоксатсин (Lfx) ё моксифлоксатсин (Mfx)), капреомитсин (Cm) ё амикатсин (Am), протионамид (Pro), циклосерин (Cs), клофазимин (Cfz) ва ПАСК (PAS), Амоксиклав (Am) Имипенем (Имп) таъйин карда шуд.

Ба беморони ҳарду гурӯҳ инчунин мувофиқи нишондодҳо ва тавсияҳои мутахассисон глюкокортикоидҳо, диуретикҳо, витаминҳо, гепатопротекторҳо ва доруҳои умумитаҳкимдиҳанда таъин карда шуданд.

Бо мақсади омӯзиши усулҳои муосири ташхиси тафриқавии менингитҳои силӣ (МС) мо таҳлилро барои соли 2017 – 2023 мувофиқи маълумотҳои МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» маълумоти таърихи бемории 167 беморони гирифтори МС аз рӯйи маълумоти моеъи ҳароммағз барои мавҷудияти микобактерияи сил бо истифода аз усулҳои микроскопияи моеъи ҳароммағз, таҳқиқот бо усулҳои генетикии молекулавӣ - Xpert MTB/RIF, ки дар давоми 2 соат мавҷудияти МБС-ро дар моеъи ҳароммағз ва ҳамзамон тобовари МБС-и муайяншударо ба рифампитсин муайян мекунад; Тести Ҳейн (HainLifescience - LPA MTB, sl) - МС-ро муайян мекунад ва ҳамзамон тобовари доругиро ба рифампитсин ва изониазид ва ДЗС-и қатори 2 дар тӯли 48 соат ошкор менамояд; кишти маводи тадқиқшаванда дар муҳити сахт ва моеъ (Левенштейн-Йенсен, MGIT 960) бо минбаъд гузаронидани тести ҳассосияти доругӣ гузаронидем. Ҳангоми ташхиси бемории сил ҳамчунин хусусияти оғози беморӣ, ҷараёни клиникии беморӣ, ҳолати шуур, зоҳиршавандагии аломатҳои менингиалӣ ва тадқиқи қаъри чашм низ ба назар гирифта шудааст. Таҳқиқоти радиологи: рентгенӣ-томографии қафаси сина (набудани тағйироти рентгенӣ этиологияи силии бемориро истисно намекунад), ТК ва ТМР-и мағзи сар, ки ҳангоми он васеъшавии меъдачаҳои мағзи сар ошкор карда мешавад, инчунин ТМР бо контрастикунонии дохили варидӣ (Brainlmage 0,2 мл/кг) гузаронида шуд. МС

бо маълумоти пунксияи камари ва таҳқиқи ликвор тасдиқ карда шуд. Аз 167 беморони гирифтори МС дар моеъи ҳароммағз микобактерияҳои БС (МБС) бо истифода аз усулҳои молекулярӣ-генетикӣ - Xpert MTB/RIF - дар 125 нафар (75%) ошкор карда шуданд, 25% бо усули ситологӣ тасдиқ карда шуданд. Аз 125 ҳолати ошкоркардаи МБС, 40 (32%) беморон тобовари доругӣ ба рифампитсин ва изониазид нишон доданд. Аз шумораи умумии беморон дар 116 нафар (69,4%) фишори моеъи ҳароммағз баланд буд (аз рӯи суръати ҷараёни фавраи моеъ), ки гипертонияи моеъи ҳароммағзро (зиёда аз 60 қатра дар як дақиқа) нишон медиҳад, (N=100-150 мм. сутуни обӣ, 60 қатра дар як дақиқа), дар 97% - моеъи ҳароммағз шаффоф, дар 3% - ғуборнок (N=шаффоф, беранг), дар 127 бемор (76%) дар моеъи ҳароммағз миқдори ҳуҷайраҳо (лейкоситҳо) аз 88 то 200 ё бештар (3-10) баланд буд. Миқдори сафеда то 0,8-1,5‰ ва аз он боло (N=0,33‰), асосан аз ҳисоби глобулинҳо зиёд шуда, дар 149 (89,2%) беморон (N=2,5-3,5 ммоль/л) пастшавии қанд (то 0,5) ба назар мерасад.

Ҳангоми воридшавӣ аломатҳои осеби моддаи мағзи сар (менингоэнсефалит) дар ҳар як бемори 2-юми гирифтори МС қайд карда шуд, ки ин аз дер ошкор шудани раванди силӣ шаҳодат медиҳад. Дар аксари 153 беморон (91,6%) МС дуюмдараҷа, 14 нафар беморон (8,4%) гирифтори МС-и аввалия буданд. Бояд тазаккур дод, ки 13 нафар (7,7%) беморон гирифтори ВНМО буданд.

Пеш аз дохил шудан ба муассисаи зидди силӣ 47 нафар (28,1%) беморон дар беморхонаи сироятӣ, 78 нафар (46,7%) – дар Маркази миллии тиббии ҶТ «Шифобахш» бистарӣ шуда буданд, пас аз тасдиқи ташхис ҳамаи беморон интиқол дода шуданд ва дар назди силшинос (менинголог) МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» қарор доштанд. 42 нафари боқимонда (25,1%) аз дигар муассисаю ноҳияҳо ба МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» ворид шудаанд. Барои муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни МС тавсифи тиббию иҷтимоӣ ва клиникӣ-эпидемиологӣ омӯхта шуда, маълумоти таҳқиқоти лабораторӣ ва

инструменталӣ таҳлил карда шуданд: усулҳои таҳқиқоти бактериологӣ (бактериоскопияи моеъи ҳароммағз ва балғам), молекулярӣ- генетикӣ - GeneXpert MTB/Rif, Xpert MTB/Rif Ultra ва Xpert XDR, тести Ҳайн (ликвор) ва нейро-визуализатсионӣ (рентгенографияи тафсири ва ТК-и узвҳои қафаси сина). Ҳангоми қабул, ҳамаи беморон аз дарди сар, заифӣ ва ҳарорати субфебриалӣ шикоят карданд. Беморӣ дар зери «ниқоби» сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ (СШВР) (45,0%), сироятҳоии токсикии ғизоӣ (СТҒ), сироятҳои шадиди рӯда СШР) (43,0%) ҷараён дошт. Дар беморхонаи бемориҳои сироятӣ ва асаб қаблан ташхиси менингитҳои менингококкӣ, мигрен ё сирояти токсикии ғизоиро гузошта буд.

Аломатҳои менингеалӣ дар аксари беморон (94%) муайян карда шуданд: дар ҳама – шахшавии мушакҳои пушти сар, 89% – аломати мусбати Керниг. Аломатҳои иллати асабҳои косахонаву мағзи сар дар ҳар сеяки беморон (33,5%) мушоҳида карда шуданд. Аломатҳои иллати моддаи мағзи сар (менингоэнсефалит) ҳангоми қабул дар ҳар як 2-юм нафар (50,0%) ба қайд гирифта шуд. Муҳимтарин меъёр барои ташхиси МС омӯзиши моеъи ҳароммағз буд, аммо дар тафсири он аксар вақт мушкилотҳо ба миён меомаданд. Тағйироти классикӣ дар моеъи ҳароммағз на ҳамеша вуҷуд дошт, зеро беморон пеш аз муқаррар кардани этиологияи МС табобати зидди илтиҳобӣ гирифтанд, аз ҷумла доруҳои зидди бактериявӣ бо фаъолнокии туберкулостатикӣ (фторхинолонҳо, аминогликозидҳо), ки ташхиси саривақтиро душвор мегардонад.

Нишондиҳандаҳои муқаррарии сафеда ва қанд дар моеъи ҳароммағз низ муайян карда шуд. Дар гемограммаи беморон камхунии дараҷаи 1–2, лейкотситозҳои муътадил (то $12,0x10^0$), лимфопения ва пурзӯршавии СТЭ мушоҳида карда шуд. Ҳангоми ворид шудан ба беморхона вазъи ҳар як бемори 2-юм вазнин (51%) ва ҳар 3-юм – ниҳоят вазнин (33%) баҳодиҳӣ карда шуд. Этиологияи силии раванд бо ошкор намудани МБС дар моеъи ҳароммағз тасдиқ карда шуд, дар ҳоле ки усули муосири молекулярӣ-генетикӣ– GeneXpert қимати баланди ташхисӣ дошт. Дар ҳамаи беморони сараввал дар

беморхонаҳои сироятӣ қарордошта ҳангоми муоинаи моеъи ҳароммағз натиҷаҳои мусбати GeneXpert муайян карда шуданд, дар ҳоле ки ташхиси микроскопи манфӣ буд.

Ҳамин тариқ, ташхиси бактериологӣ танҳо ташхиси МС-ро тасдиқ карда метавонист. Технологияҳои баландҳассосият ва махсус, аз қабили ПСР-и моеъи ҳароммағз бо ҷудокунии КДН-и микобактерияҳои сил, ҳоло танҳо дар муассисаҳои алоҳидаи ҷумҳурӣ истифода бурда мешаванд ва истифода бурда шуда истодаанд; ташхиси барои табобати саривақтии махсус зарурӣ дар асоси аломатҳои зерин муқаррар карда шудааст: мавҷудияти иртиботи силӣ ё БС-и қаблан дучоршуда; инкишофи тадриҷии даврии беморӣ; синдроми хоси моеъи ҳароммағз.

Ҳамин тариқ, тибқи маълумоти мо, дар шароити муосир, МС бештар дар одамони синну соли қобили меҳнат, аз 11 то 54 сола рух медиҳад, ҳамзамон дар ҳар шахси дуюм раванди силӣ аллакай дар марҳилаи иллати моддаи мағзи сар (менингоэнсефалит) ошкор карда мешавад. Мушкилоти ташхиси саривақтии этиологияи махсуси менингит аз нестшавии тағйироти хос дар моеъи ҳароммағз дар беморони истеъмолкунандаи доруҳои зидди бактериявӣ мебошад. Бо дарназардошти ин далел, дар ҳолатҳои ташхиси тафриқавии МС ҳангоми табобат табибон бояд аз истифодаи доруҳои таъсирашон васеи беморони гирифтори иллати силии системаи асаби муоинакардаи мо ҷойгиршавии гуногун бо маълумоти тасдиқшудаи моеъи ҳароммағз ба мавҷудияти МБС бо истифода аз усулҳои бактероскопи ва таҳқиқот бо усулҳои молекулярӣ-генетикӣ – GeneXpert MBT/Rif, GeneXpert MBT/Rif ULTRA, GeneXpert XDR доштанд.

МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» маркази асосии махсуси зидди силӣ мебошад, ки дар он беморон аз тамоми минтақаҳои кишвар бистарӣ карда мешаванд. Аммо аз сабаби дур будани масофа ва вазнинии аҳволи беморони гирифтори МС аксар вакт аз сабаби интиқолнопазир будани онхо беморон аз ВМКБ ва вилояти Суғд ба клиникаи мо ворид намешаванд. Таҳлили мо ошкор намуд, ки дар давоми 7 соли охир

ба Муассисаи давлатии «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» аз вилояти Хатлон - 75 (45%) нафар беморони МС, аз ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (НТҶ) - 52 (31%) нафар беморони МС, аз шаҳри Душанбе – 40 (24%) нафар беморони МС ворид гардидаанд.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти радиологии ТК, ТМР ва ТМР бо контрастикунонии мағзи сар дар 167 бемор, тағйироти ошкоршуда бештар ба шаклҳои клиникии зерини иллати силии мағзи сар мувофиқат карданд: менингити сили - дар 127 (76%), менингоэнсефалити силӣ - дар 26 (16%), миелити силӣ – дар 14 (8%), дар 4 бемор - туберкулёмаи ҳароммағз, дар 2 бемор – думмали ҳароммағз, дар 4 бемор - миелити трансверсивӣ, дар 4 бемор - илтиҳоби ҳароммағз, ҳолатҳо дучор гардид.

Миелити силӣ ҳангоми мавҷудияти манбаи сил дар организм инкишоф меёбад, ки ҳангоми он сироят ба пардаҳои мағзи сар ба таври гематогенӣ ворид мешавад [5, с 77-82; 20, с 289-290; 24, с 47-55; 176, с 46-54]. Дар ин намуди менингит тухмнокшавии пардаҳо, асосан пояи мағзи сар, бо гиреҳчаҳои силии андозаашон аз сараки сӯзанак то донаи арзан ба вуҷуд меояд. Экссудати хокистарранг-зарди атоламонанд дар фазои зерианкабути ҷамъ мешавад [6, с 22; 12, с 18-22; 14, с 330-340; 154, с 303-306; 155, с 32-35].

Ҳангоми миелити силӣ раванди илтиҳобӣ хусусияти сермаҳсул дорад, дар пардаҳои мағзи сар ҷойгир мешавад, инчунин ба пардаҳои мағзи дарозрӯя ва ҳароммағз паҳн мешавад. Бо аломатҳои иллати мағзпардаҳои мағзи сар оғоз меёбад. Дар даврaҳои 2 ва 3 дардҳои фарогиранда дар сутунмӯҳра, қафаси сина ва шикам пайдо мешавад, ки дар натиҷаи ба сегменти кортикалии асабҳои ҳассоси ҳароммағз паҳн шудани ин раванд ба амал меояд. Дард хеле шадид аст ва дар баъзе мавридҳо, ҳатто бо маводи мухаддир дардҳо суст кам карда мешавад. Ҳангоми ҷараёни шиддатёбандаи беморӣ, ихтилоли функсияи узвҳои коси хурд пайдо мешавад - дар аввал пешобкунии душвор ва қабзияти устувор, баъдан нигоҳ дошта натавонистани пешоб ва фазла. Ихтилоли мутаҳаррикӣ дар шакли монопарез, фалаҷи хусусияти «ланҷ» дошта пайдо мешавад. Ҳангоми ТМР-и ҳароммағз ва сутунмӯҳра динамикаи манфӣ дар

шакли зиёдшавии андозаи манбаи баландшавии сигнали МР дар реҷаи Т2, дар дараҷаи қиматҳои ҳароммағии гарданӣ ва синаги, бе аломатҳои ҷамъшавии моддаи контрастӣ, контрастикунонии диффузии пардаҳои ҳароммағз қайд карда мешавад [33, с 20-23; 37, с 20-23; 168, с 337-341; 170, с 545-547].

Ҳангоми муоинаи одамони синну соли қобили меҳнат бо манзараи махсуси иллати системаи асаби марказӣ бояд эҳтиёкории мутахассисон (машварати асабшинос, ҷарроҳи асаб, духтури чашм, сироятшинос, қалбшинос, эҳёгар), мушоҳидаи динамикӣ ва интихоби дурусти табобат ҷой дошта бошад [155, с 32-35; 161, с 224-226; 164, с 143-147].

Дар асоси собиқаи беморӣ, шикоятҳо (дарди сар, чарх задани сар, сустӣ) ва маълумотҳои неврологӣ (мавҷудияти аломатҳои менингеалӣ ва манбаъвӣ, фалаҷҳои дараҷаи гуногуни вазнинӣ) иллатҳои махсуси мағзи сар гумонбар шудааст.

18 нафар беморон дар ҳолати ниҳоят вазнин (ҳолати сопорозӣ ва иғмо) қарор доштанд, аз ин рӯ ташхиси ТК-и мағзи сар гузаронида нашудааст. 149 нафар беморони боқимонда бо мақсади ташхис гузоштан гузаронида шуд: ТК-и мағзи сар – 115 (69%) бемор, ТМР-и мағзи сар – 54 (32%) бемор, дар 23 (14%) бемор ТМР бо контрастикунонии дохиливаридии мағзи сар, дар 9 (5%) бемор ТМР бо контрастикунонии дохиливаридии ҳароммағз, дар 109 (65%) бемор ТК-и шушҳо ва дар 167 (100%) бемор рентгенографияи рақамии шушҳо истифода шудааст.

Ба сифати контраст доруи Brain Image дар вояи 0,2 мг/кг вазни бадан дар асоси контрасти гадолиниум истифода шуд. Протоколи ин таҳқиқот дар бар гирифт: – Т2 тасвирҳои баркашидашуда (sagittal); – Т1 тасвирҳои баркашидашуда (axial); – FLAIR пайдарҳамии импулсӣ (axial); – Т2 Gradient ECHO (GREaxial); - пайдарҳамии диффузиявӣ - баркашидашуда (DWIb-1000 axial); - Т1 + С (бо контрастикунонии дохиливаридӣ (3D). Маълумоти пайдарҳамиҳои иловагӣ имкон медиҳад, ки ҷой ва ҳаҷми манбаи энсефалӣ, мавҷудияти беоҳакшавӣ, туберкулёмаҳо, баҳодиҳии иллатҳои нисбатан

хурдтари сохторҳои мағзи сар нисбатан дақиқ муайян карда шаванд. Барои таҳқиқот дастгоҳҳои зерин истифода шуданд: ТК-Pilips Brillians 64 Slice; ТМР – Siemens Magnetom C бо шиддатнокии майдони магнитии 0,35 Tesla ва Philips Intera бо шиддатнокии майдони магнитии 1,5 Tesla.

Ҳангоми ҷамъоварии анамнез ва дар асоси иқтибосҳо аз варақаҳои назорати амбулаторӣ маълум шуд, ки беморӣ аз давраи продромалӣ оғоз шудааст, ки бо аломатҳои заҳролудшавии умумӣ зоҳир мешуд: ҳарорати субфебриалӣ, зуд мондашавӣ, сустӣ, дарди сар, қайкунӣ, ки бо истеъмоли ғизо алоқаманд нест, брадикардия. Дар ин давра аломатҳои барангезиши системаи асаби марказӣ низ мушоҳида карда шуданд: зиёд шудани дарди сар хангоми хам шудан, гиперестезияи пуст, кайкуни «фавворамонанд», анорексия. Ҳарорати бадан то 38-39^{o}С баланд шуд, шуур афсурда шуд, брадикардия аксар вақт ба тахикардия иваз карда шуд ва ихтилоли вегетативӣ-рагҳо низ ҳамроҳ шуданд (дермографизми сурх, мавҷудияти доғҳои Труссо дар рӯй ва қафаси сина). Беморон дар клиника асосан дар рӯзи 5-7-уми пас аз бад шудани вазъият бистарӣ карда шуданд, вақте ки ба аломатҳои мавҷуда аломатҳои менингеалӣ - шахшавии мушакҳои пушти сар, аломатҳои Керниг, Брудзинский ҳамроҳ шуданд, сипас ҳамчунин аломатҳои осеби асабҳои косахонаву мағзи сар (одатан 3-6 ҷуфт), пистонакҳои рукудии қаъри чашм, иллати асаби рӯй (7 ҷуфт) ҳамроҳ шуданд. Верификатсияи ташхис бо истифода аз таҳқиқотҳои клиникӣ-рентгенологӣ ва лабораторӣ гузаронида шуд, ки аломатҳои зеринро тасдиқ карданд: сили пошхурдаи шушҳо дар 78 нафар (46,7%), сили иртишоҳии шушҳо дар 63 нафар (37,7%), сили фиброзӣ-кавернозии шушҳо дар 12 нафар (7,1%), иллати ҷудогонаи системаи марказии асаб дар 14 нафар (8,4%) беморон. Аз 167 нафар беморони гирифтори менингити силӣ 14 нафар (7%) гирифтори илтиҳоби пардаҳои шуш сабабаш силӣ буданд. Дар 19 (11%) беморон сили устухон ва пайвандҳо ҷойгиршавиашон гуногун, дар 64 нафар (38,3%) иллати лимфагиреҳҳои дохили сина мушоҳида карда шуд. Аммо дар ин маврид таҳқиқи ситологи моеъи ҳароммағз мавҷудияти МБС-ро дар 167 нафар (100%) аз 167 бемор

нишон дод, маълумоти усули молекулярӣ-генетикӣ бошад мавҷудияти МБС-ро дар 125 (75%) аз 167 бемор нишон дод.

Дар ҳолатҳои ташхиси менингити силӣ 127 (76%), менингоэнсефалити силӣ 26 (16%) нафар, миелити силӣ 14 (8%) нафаро ташкил дод.

Дар онҳо аломатҳои зерини менингит (ҳангоми пунксия) дида шуд: фишорбаландии дохили косахонаи сар буд, ситоз зиёд шудааст, плеотмитози лимфоситӣ, паст шудани қанд ва зиёд шудани сафеда. Ташхиси осеби силӣ мағзи сар дар заминаи раванди силӣ ҷойгиршавиашон гуногун аз ҷиҳати бактериологӣ тасдиқ карда шуд (МБС дар моеъи ҳаромағз муайян карда шуд) - дар 125 бемор (75%), дар дигар беморон ташхис дар асоси ташхиси ситологии моеъи ҳароммағз гузошта шудааст: моеъи ҳаромағз, маълумоти рентгенӣ, таърихи тамос ва ташхиси тафриқави бо дигар менингитҳо.

Дар мушоҳидаҳои мо, аломати хоси менингит ҳангоми ТМР-сканеркунӣ пас аз тазриқи дохиливаридии доруи контрастӣ ғафсшавӣ ва ҷамъшавии моддаи контрастӣ дар мағзпардаҳо, ҷойгиршавии нисбатан маъмултарин дар минтақаи системаҳои базалӣ буд (расми 1). Аломатҳои хоси менингоэнсефалит афзоиши МР-сигнал дар реҷаҳои Т2IP ва Flair ва ҷамъшавии «бесарусомонаи» моддаи контрастӣ дар пардаи ғафсшудаи мағзи сар ва дар моддаи мағзи сар буданд. Хусусияти хоси туберкулёма ҷамъшавии гирехӣ ва/ё ҳалқашакли моддаи контрастӣ бо иллатҳои гирехии мағзи сар буд.

Дар ҳама беморон дар рафти таҳқиқот пеш аз воридкунии дохиливаридии доруи контрастӣ, минтақаҳои ТМР-сигнали тағирёфта ҳангоми IP FLAIR бе контурҳои равшан, сохтори гуногун, дар қисмати маҳдуд ё диффузӣ бо аломатҳои варами перифокалӣ ва варами моддаи мағзи сар ошкор карда шуд, ки ба мо барои гумонбар шудани аломатҳои энсефалит имконият дод.

Ташхиси тафриқавии иллати силии мағзи сар мураккаб буда, аз токсоплазмоз, энсефаломиелити шадиди паҳншуда, энсефалитҳои герпетикӣ ва метастазҳои лептоменингеалӣ тафриқа карда мешавад. МС дар мушоҳидаҳои мо дар давраи продромалӣ бо аломатҳои заҳролудшавии умумӣ, аломатҳои барангезиши системаи марказии асаб бо минбаъд илова

шудани ихтилоли вегетативӣ-рагӣ ва аломатҳои менингеалӣ тавсиф ёфт. Верификатсияи ташхис дар асоси анамнез бо истифода аз таҳқиқоти клиникӣ-рентгенологӣ ва лабораторӣ, гузаронидани ТК, ТМР, ТМР бо контрастикунонии дохиливаридии моеъи ҳароммағз ва таҳқиқоти ситологӣ гузаронида шуд.

Марҳилаи навбатии таҳқиқоти мо омӯзиши зуҳуроти клиникии МС дар заминаи сирояти ВНМО ва сили шаклҳои ба доруҳои зиёд тобовар дар марҳилаи беморхонавӣ буд.

Солҳои охир дар зуҳуроти клиникии МС дар заминаи сирояти ВНМО, норасоии шадиди масуният афзоиши вазни хоси менингоэнсефалит ва сили мағзи сар мушоҳида мешавад. Азбас, ки менингоэнсефалит аз рӯйи патогенез як варианти шиддатёбии МС бо гузариши илтиҳоб ба моддаи мағзи сар, туберкулёма бошад яке аз оқибатҳои менингоэнсефалит мебошад, метавон тахмин кард, ки афзоиши паҳншавии ин бемориҳо бо сабаби дер ташхис шуданашон асоснок карда шудааст. Ҳамбастагии сирояти ВНМО-1 ва шаклҳои тобовари доруҳои зиёди МС боиси марги 75-90% мегардад. Ҷараёни клиникии патология гуногун буда, бемории душвор ташхисшаванда ҳам дар ҷараёни шадид ва ҳам музмини он ҳисобида мешавад. Сабаби асосии пайдоиши МС ташхиси дери сили узвҳои нафаскашӣ ва шаклҳои ғайришушии бемории сил мебошад, ки дар натиҷа оризаҳо ба вуҷуд меоянд.

Ҳамин тариқ, дар синни 11–24 сола – 41% (68) беморон, аз 25 то 34 сола –30% (50), аз 35 то 44 сола –20% (33), аз 45 – 54 сола 9% (16), буданд, яъне ҳамаи одамони синну соли қобили мехнат.

Аксаран МС бемории дуюмдараҷа буд - 153 (91,6%), ҳол он ки дар сохтори шаклҳои клиникӣ паҳншуда (милиарӣ) дар 78 (46,7%) бартарӣ дошт, сили иртишоҳии шушҳо – 63 (37,7%), сили шадиди фиброзӣ-кавернозӣ – дар 12 (7,1%), иллатҳои ҷудогонаи системаи марказии асаб дар 14 (8,4%) беморон дучор гардид. Бояд тазаккур дод, ки 8% (13) беморон гирифтори ВНМО буданд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки зуҳуроти клиникии МС дар заминаи сирояти ВНМО ва бемории сили шаклҳои ба доруҳои зиёд тобовар бо гуногунрангиашон фарқ мекунанд ва бемории душвор ташхисшаванда ҳам ҳангоми ҷараёни шадид ва ҳам музмини он мебошад.

Сабаби асосии МС дер ошкор шудан ва ташхиси бемории сили шушӣ ва ғайришушӣ дар байни аҳолӣ мебошад [40, с 6-8; 79, с 17-19; 81, с 93; 97, с 207-209].

Беморон бо сирояти муштараки бемориҳои менингитҳои силӣ ва ВНМО, мисли ҳама беморони гирифтори сил, бояд бо равиши ба бемор таммакузшуда табобат шавад. ВНМО дар байни 167 нафар беморрони менингитҳои сили 13 нафар, ки 8%-ро ташкил медиҳад. Аксарияти беморрони ВНМО бо менингитҳои силӣ шакли тобоварии доруги мебошад.

Зуҳуроти шадиди клиникӣ бемории менингитҳои силӣ ва ВНМО дараҷаи фавти бениҳоят баланд доранд. Ҳамбастагии сирояти ВНМО ва шаклҳои тобовари доруҳои зиёди МС боиси марги 75-90% мегардад.

Барои муайян кардани вазнинии ҳолати клиникии таҳлили хун барои ВНМО, мувофиқи нишондодҳои ПСР барои муайян кардани ҳуҷайраҳои CD ва сарбории вирусӣ гузаронида мешавад [40, с 6-8; 132, с 345-380; 143, с 152-160; 151, с 135-137].

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки зуҳуроти клиникии МС дар заминаи сирояти ВНМО ва бемории сили шаклҳои ба доруҳои зиёд тобовар бо гуногунрангиашон фарқ мекунанд ва бемории душвор ташхисшаванда ҳам дар ҳангоми ҷараёни шадид ва ҳам дар ҳангоми ҷараёни музмини он мебошад. Дар ҳолатҳое, ки менингитҳои силӣ ва ВНМО, хуруҷи беморри ва такроран шудани бемори менингитҳои силӣ афзалияти баланди беморшави дорад.

Беморони гирифтори менингитҳои силӣ, инчунин бо бемории ҳамравӣ ВНМО, умуми 13 (7,8%) бемор гирифтори ВНМО мебошад, ки аз онҳо 4 нафарашон занҳо, ки 4%-роташкил медиҳад, мардҳо бошад 9, ки 12%-ро ташкил медиҳад. Менингитҳои силӣ ва ВНМО вобаста ба сину сол, бартари

дорад аз 11 – 21 сола 4 нафар (31%), аз 25 – 34 сола 7 нафар (54%), аз 35 – 44 сола 2 нафар (15%) ва дар сину соли аз 45 – 54 сола мушоҳида нашудааст. Аз ин нишондодҳо вобаста ба ҷинс ва сину сол бошад: занҳо аз 11 – 24 сола 1 нафар (25%), аз 25 – 34 сола 2 нафар (50%), аз 35 – 44 сола 1 нафар (25%)-ро ташкил додав а мардщо бошад аз 11 – 24 сола 3 нафар (33%), аз 25 – 34 сола 5 нафар (56%), аз 35 – 44 сола 1 нафар (11%)- ро ташкил дод.

Ҳангоми тақсимоти гендерӣ дар байни беморони гирифтори МС 90 зан (53,9%) ва 77 мард (46,1%) бартарӣ доштанд. Дар 100 нафар (59,9%) беморон бемории силӣ ҳассосияти доругӣ дошт, дар 67 нафар (40,1%) беморон силӣ ба доруги тобовар мушоҳида карда шуд, аз инҳо дар 2,4% (4) хуруҷи такрории беморӣ ба назар расид. Бояд гуфт, ки дар байни занон 6,6% (6) ҳомила буданд.

Беморон вобаста ба спектори ҳассосият ва тобовари, сину сол ва инчунин ҷинс гӯруҳбанди карда шудааст. Сину соли беморони менингитҳои сили аз 11 то 24 сола 68 нафар (41%)-ро ташкил медиҳад ва аз ин шумора МС-ҲД занҳо 14 бемор (16%), МС-ТД бошад 8 бемор (9%), мардҳо МС-ҲД 12 бемор (16%), МС-ТД 12 бемор (16%)-ро ташкил медиҳад. Аз 25 то 34 сола 50 нафар (30%)-ро ташкил медиҳад ва аз ин шумора МС-ҲД занҳо 29 бемор (32%), МС-ТД бошад 16 бемор (18%), мардҳо МС-ҲД 20 бемор (26%), МС-ТД 18 бемор (23%)-ро ташкил медиҳад. Аз 35 то 44 сола 33 нафар (20%)-ро ташкил медиҳад ва аз ин шумора МС-ҲД занҳо 13 бемор (14%), МС-ТД бошад 2 бемор (2%), мардҳо МС-ҲД 4 бемор (5%), МС-ТД 8 бемор (10%)-ро ташкил медиҳад. Аз 45 то 54 сола 16 нафар (9%)-ро ташкил медиҳад ва аз ин шумора МС-ҲД занҳо 6 бемор (7%), МС-ТД бошад 2 бемор (2%), мардҳо МС-ҲД 2 бемор (3%), МС-ТД 1 бемор (1%)-ро ташкил медиҳад. Натиҷаи таҳқиқоти умумии МС-ҲД дар байни занҳо 62 (69%) бемор, МС-ТД 28 (31%) бемор ва МС-ҲД дар байни мардҳо 38 (50%) бемор, МС-ТД 39 (50%) беморо ташкил дод.

Дар таҳқиқот муайян карда шуд, ки беморон вобаста ба ҷои зист дар деҳот 92 (55%) ҳолати гирифторшави ба менингити силӣ ва дар шаҳр бошад 75 (45%) ҳолати менингити сили ба қайд гирифта шудааст. Дар соли 2017 дар

деҳа 18 (69%) ва шаҳр 8 (31%) ҳолати менингитҳои силӣ ба қайд гирифташудааст. Дар соли 2018 дар деҳа 17 (61%) ва шаҳр 11 (39%) ҳолати менингитҳои силӣ ба қайд гирифташудааст. Дар соли 2019 дар деҳа 3 (18%) ва шаҳр 14 (82%) ҳолати менингитҳои силӣ ба қайд гирифташудааст. Дар соли 2020 дар деҳа 11 (58%) ва шаҳр 8 (42%) ҳолати менингитҳои силӣ ба қайд гирифташудааст. Дар соли 2021 дар деҳа 17 (55%) ва шаҳр 14 (45%) ҳолати менингитҳои силӣ ба қайд гирифташудааст. Дар соли 2022 дар деҳа 14 (56%) ва шаҳр 11 (44%) ҳолати менингитҳои силӣ ба қайд гирифташудааст. Дар соли 2023 дар деҳа 12 (57%) ва шаҳр 8 (43%) ҳолати менингитҳои силӣ ба қайд гирифташудааст.

Дар марҳилаи навбатӣ мо истифодаи томографияи магнитии резонансиро (ТМР) дар ташхиси иллатҳои силии системаи марказии асаб дар заминаи иттилоотнокии баланди иттилоотии ТМР контрастикунонии дохиливаридӣ аз ҷиҳати илмӣ асоснок кардем.

Беморони гирифтори иллати силии системаи марказии асаби ҷойгиршавиашон гуногун, ки дар байни онҳо туберкулёмаи дохили мағзи сар, туберкулёмаҳои менингеалӣ, думмали дохили мағзи сар, думмали эпидуралӣ, лептоменингитҳо ва пахименингитҳои дорои хусусияти хос ва гидросефалияи дохилии гиперсекреторӣ гумонбар шудаанд.

Дар ҳамаи 167 беморон, тағйиротҳои муайяншуда ба шаклҳои клиникии иллати силии мағзи сар мувофиқ буданд, дар 54 нафар (32%) беморон, ки аз онҳо таҳқиқи ТМР гузаронида шудааст, дар 23 (14%) беморони ТМР бо контрастикунонии мағзи сар, дар 9 нафар (5%) беморон - ТМР бо контрастикунонии ҳароммағз, дар 115 нафар (69%) беморон - ТК мағзи сар, дар 109 (65%) беморони ТК шушҳо иҷро карда шуд. Дар ҳамаи 167 (100%) беморон инчунин рентгенографияи рақамии қафаси сина гузаронида шуд.

Ҳангоми ворид шудан ба беморхона барои тасдиқи иллати шушии САМ ба ҳар як бемор чунин ташхисҳо гузаронида шуданд: ҷамъоварии балғам, моеъи ҳароммағз барои микроскопия на камтар аз се маротиба, маводи ҳосилшуда барои мавҷудияти бактерияҳои ба кислота тобовар баҳодиҳӣ карда

шуд ва балғам бо истифода аз ПСР барои муайян кардани КДН M. Tuberculosis (GeneXpert МБТ/Rif, Xpert МБТ/Rif Ultra, Xpert XDR), як маротиба дар муҳити моеъ коштани балғам ва моеъи мағзи сар, ду маротиба дар муҳити зич коштани балғам, рентгенография ва бо нишондодҳо дар беморон томографияи компютерии спиралии узвҳои қафаси сина ва ТУС-и ковокии шикам анҷом дода шуд.

Сарфи назар аз гуногунии хусусиятҳо ва намудҳои беморӣ, ки дар сарчашмаҳои гуногун тавсиф шудаанд. Дар робита ба ин, мо таҷрибаи шахсии худро таҳлил карда, кӯшиш кардем, ки дақ шакли иллати силии мағзи сарро баён ва дар маводи клиникӣ нишон диҳем, ки ҳар яки онҳо манзараи хоси ТМР доранд.

Дар мушоҳидаҳои мо, аломати хоси менингит ҳангоми ТМР-сканеркунӣ пас аз тазриқи дохили вариди доруи контрастӣ ғафсшавӣ ва ҷамъшавии моддаи контрастӣ дар пардаҳои мағзи сар бо нисбатан бештар мавзеъгирӣ дар қисмати систернаҳои асосӣ буд. Ғуншавии моддаи контрастӣ аз рӯйи навъи «ҳалқа» (дар ғилофак) хоси думмали мағзи сар мебошад. Дар ҳама беморон, дар рафти таҳқиқот пеш аз тазриқи дохили вариди доруи контрастӣ, минтақаҳои МР-сигнали тағирёфтаи дар FLAIR ИП бе контурҳои (тарҳҳои) равшан, сохторҳои гуногун, дар минтақаи маҳдуд ё паҳншуда бо аломатҳои диффузии варами перифокалӣ ва варами моддаи мағзи сар бо тангшавии фазои субарахноидӣ ва аломатҳои инфузия ошкор карда шуданд, ки барои тахмин намудани аломатҳои энсефалит ба мо имкон доданд. Аломатҳои хоси менингоэнсефалит зиёдшавии МР- сигнал дар реҷаҳои Т2ИП ва Flair ва ҷамъшавии «бесарусомонаи» моддаи контрастӣ дар пардаи ғафсшудаи мағзи сар ва дар моддаи мағзи сар буданд. Хусусияти хоси туберкулёма ғуншавии гирехӣ ва/ё ҳалқашакли моддаи контрастӣ бо иллатҳои гирехии мағзи сар аст.

Туберкулёмаҳо бо навъи гирехии контрастикунонӣ ба сохторҳои андозаашон хурдтар (то 4 мм) тааллуқ доранд ва барои визуализатсия минтақаи некрозии казеозӣ кофӣ нестанд; туберкулёмаҳо бо ғуншавии моддаи

контрастӣ дар ҳалқа дар натиҷаи рушди раванди патологӣ ташаккул меёбад ва дорои минтақаи некрозии казеозӣ дар он, ки дар он ғуншавии моддаи контрастӣ ба амал намеояд. Минтақаи некрозии казеозӣ бо таҳвили некрозҳои сахти казеозӣ, ки дар Т1ВИ гипо-изоинтенсивӣ аст, ба казеози моеъ ва нисбатан баркамол, ки дар Т2ВИ гиперинтенсивӣ аст, дучор мегардад. Сипас таҳвили туберкулёма бо казеози моеъ ба думмали силӣ ба амал меояд [37, с 20-23; 41, с 12-13; 73, с 53-59; 79, с 17-19; 81, с 85-87; 93, с 35-45; 97, с 207-209].

Хусусияти ҷолиби туберкулёмаҳои мушоҳидакардаи мо дар он аст, ки дар ҷавоби таъин намудани табобати зидди силӣ дар давраи барвақтӣ манзараи динамикаи манфии раванд метавонад ташаккул ёбад. Ҳамчунин туберкулёма дар заминаи табобати зидди силӣ, масалан, ба муолиҷаи МС нигаронида шуда ташаккул ёфта метавонад [122, с 22-23; 124, с 18-19; 132, с 345-380; 143, с 152-160].

Бояд ба назар гирифт, ки пайдоиши туберкулёмаҳои нав ё афзоиши тағйироти реактивӣ нисбат ба қаблан муайян кардашуда ҳатто пас аз таъин/тағйир додани реҷаи табобати хеле фаъоли зидди ретровирусӣ (ВААРТ) имконпазир аст, ки аломати синдроми барқарорсозии масъунӣ мебошад. Дар робита ба ин, ҳангоми тафсири натиҷаҳои таҳқиқот ТМР бояд ҳолатҳои ВААТ-ро қабул намудани беморрон ба назар гирифта шавад [73, с 53-59; 79, с 17-19; 81, с 85-87].

Шиддати варами перифокалӣ тағйирёбанда буд: дар бемороне, ки дараҷаи зоҳиршавандагии омоси перифокалӣ тағйирёбанда буд: дар бемороне, ки табобати зидди силӣ намегиранд, туберкулёмаҳо одатан бо варами шадиди перифокалӣ иҳота мешаванд. Пас аз таъйини табобати зидди силӣ, ҳангоми динамикаи мусбати раванд, якбора паст шудани зоҳиршавандагии варам ба амал омад.

Ҳамин тариқ, туберкулёмаҳои дохили мағзи сар як шакли маъмули силӣ асаб мебошанд, ки бо иллатҳои манбавии андозаҳои гуногун зоҳир мешаванд, бо омоси перифокалӣ иҳота шудаанд, як моддаи контрастиро дар шакли

гиреҳ ё ҳалқа ҷамъ мекунанд, сигнал аз қисмҳои марказӣ дар Т2ВИ аз гипоинтенсивӣ то гиперинтенсивӣ тағйир меёбад. Минбаъд туберкулёмаҳои дохили мағзи сар ё ҳаҷмашон кам шуда, бо ташаккули минтақаи хурди глиоз ҳал мешаванд ё ба думмали силӣ таҳвил меёбанд [56, с 172-173; 62, с 200-202; 63, с 5-13; 72, с 344-347].

Думали дохили мағзи сар, як шакли хеле нодири бемории силӣ системаи марказии асаб мебошад. Аз рӯйи намуди зоҳирӣ, думмал ба туберкулёма бо казеози моеъ монанд аст: дар Т2 ВИ сигнал аз қисмати марказӣ дар муқоиса бо моддаи кортикалӣ ба таври гуногун гиперинтенсивӣ аст, дар Т1ВИ тамоми сохтор изо-гипоинтенсивӣ аст ва пас аз ворид кардани моддаи контрастӣ онро дар як ҳалқаи васеъгиаш якхела ҷамъ мекунад. Дар тасвирҳои МР, думмал аз туберкулёмаҳои казеози моеъ бо мавҷудияти реабсорбсия диффузӣ мувофиқи тасвирҳои диффузиӣ-баркашида шуда ва ИКД фарқ мекунад. Меъёри андозаи сохтори патологӣ барои ташхиси тафриқавии ин ҳолатҳо асосӣ нест [107, с 73-79; 108, с 123-128; 118, с 174-177; 120, с 301-305].

Ҳамин тариқ, думмалҳои силии дохили мағзи сар сохторҳои иловагии ҳаҷмдор бо самараи массавӣ мебошанд, ки бо варами перифокалӣ иҳота шудаанд, ки дар Т2ВИ гиперинтенсивӣ, дар Т1ВИ гипоинтенсивӣ мебошанд, ба таври ҳалқавӣ моддаҳои контрастиро ҷамъ мекунанд, бо аломатҳои реабсорбсия диффузия дар ДВИ думмали силӣ аз рӯйи МР - тасвир ба думмалҳои бактериявӣ монанданд.

Туберкулёмаҳои менингеалӣ нисбат ба туберкулёмаҳои дохили мағзи сар хеле камтар ошкор карда шуданд. Эҳтимол меравад, ки онҳо дар натиҷаи пуршиддатшавии «фокусҳои Рич» (гранулемаи барвақтӣ бе казеоз) дар пардаҳои мағзи сар инкишоф меёбанд. Чунин шуморида мешавад, ки чунин фокусҳо бо ворид шудани микобактерияҳо ба фазои субарахноидӣ кушода шуда, менингитро ба вуҷуд меоваранд. Гоҳо андозаи онҳо бе кафидан зиёд шуда, туберкулёмаҳои менингеалии андозаашон барои ТМР-визуализатсия кофиро ташкил медиҳанд. Ҷараёни бартаридошта дар роҳи менингит ба шакли пардаи арахноид, ва маҳз ғафсии хурди он вобаста аст. Мумкин аст, ки

рафти ташаккули бемории туберкулёмаи менингеалӣ бо равандҳои қаблӣ алоқаманд бошад, ки дар рафти он ғафсии мембранаҳо зиёд мешавад [33, с 20-23; 56, с 172-173; 62, с 200-202; 79, с 17-19; 81, с 85-87].

Мувофиқи тавсифҳои ТМР – туберкулёмаҳои менингеалӣ сохторҳои сершумори хурди патологӣ (то 5 мм) мебошанд, ки як моддаи контрастии ҳалқашаклро ҷамъ мекунанд, ки дар сарҳади пардаҳои менингеалӣ ва моддаи қишрии мағзи сар зич ҷойгир шудаанд. Аксар вақт туберкулёмаҳои менингеалӣ ба қабати кортикалӣ паҳн мешаванд [155, с 32-35; 161, с 224-226; 164, с 143-147].

Ҳамин тариқ, «туберкулёмаҳои менингеалӣ ба шаклҳои нодири сили асаб (нейротуберкулез) тааллуқ доранд, ки ба таври ҷузъӣ пардаҳои мағзи сар ва қисмҳои ҳамшафати моддаҳои кортикалиро иллатнок менамоянд, одатан хурд, сершумор, асосан гиперинтерсивӣ дар Т2ВИ, моддаи контрастиро дар ҳалқа ҷамъ мекунанд» қайд мекунад муаллиф R. K. Rich**.**

Муаллифон M. A. K. Ahmed или M. A. K. Ahmed «Думмали эпидуралӣ бо ҷамъшавии муҳтавои патологӣ дар фазои эпидуралӣ тавсиф ёфтааст. Сигнал аз муҳтавои думмал дар Т2ВИ ба таври яксон гиперинтенсивӣ аст ва аз ҳисоби муҳтавои римӣ ба ДВИ (b1000) зиёд мешавад. Ҳангоми пурзӯршавии контрастӣ, препарат дар капсула ҷамъ мешавад. Баръакси думмалҳои дохили мағзи сар, капсула дорои бандҳои нахдор мебошад, ки онҳо низ контрастӣ мешаванд» [124, с 18-19; 132, с 345-380; 143, с 152-160; 151, с 135-137].

Муаллиф S. K. Pal «Лептоменингити силӣ классикӣ ва мувофиқи адабиёти илмӣ шакли паҳншудаи силӣ асаб мебошад. Ҳангоми ТМР, ин ҳолат бо ҷамъшавии пуршиддати моддаи контрастӣ дар пардаҳои мағзи сар, асосан дар минтақаи систернаҳо ва танаи мағзи сар тавсиф меёбад. Барои лептоменингитҳои силӣ ҷамъшавии пуршиддати моддаи контрасӣ дар пардаҳои мағзи сар дар қисмати систернаҳо ва танаи он хос аст» [132, с 345-380; 143, с 152-160; 151, с 135-137].

Пахименингити силӣ дар муқоиса бо лептоменингит шакли хеле нодир мебошад, ки бо ғафсшавии барои этиологияи силӣ ғайримуқаррарӣ ва ҷамъшавии маводи контрастӣ дар мағзпардаи сахти сар тавсиф меёбад. Ҳамин тариқ, ҳангоми ТМР, пахименингит бо зиёд шудани ғафсии парда ва ҷамъшавии маводи контрастӣ тавсиф мешавад [41, с 12-13; 155, с 32-35].

Ҳангоми иллатнокшавии M. Tuberculosis дар САМ дар худи пардаҳои мағзи сар ё қишри мағзи сар манбаи казеозӣ ташаккул меёбад. Инкишофи МС ва менингоэнсефалит оқибати нисбатан бештар дучоршавандаи кафидани манбаи казеозӣ мебошад, аммо шахсоне, ки аксуламалҳои масунии тавассути ҳуҷайра нигоҳ дошта шуда метавонанд туберкулёма ё думмали силӣ инкишоф ёбад [62, с 200-202; 108, с 123-128].

Зуҳуроти клиникии иллати силии САМ табларза, дарди сар, вайроншавии шуур ва аломатҳои иллатнокшавии асабҳои косахонаву мағзи сар буданд. Зуҳуроти манбавии неврологӣ ба мисли гемиплегия, аломатҳои булбарӣ ё ихтилоли ҳассосият мушоҳида карда шуданд. Ҳангоми осеб дидани асабҳои косахонаву мағзи сар, вайроншавии ҳаракати чашмҳо аксар вақт дучор мегардад. МС ё менингоэнсефалит хеле кам дар алоҳидагӣ ҷараён меёбад, аксаран ба ғайр аз осеби САМ, манбаъҳо дар шуш (шакли паҳншуда), камтар дар лимфагиреҳҳо, рӯдаҳо ва гурдаҳо ба қайд гирифта мешаванд. Чунин хусусияти дигари таҳқиқотҳо баён карда шудааст [12, с 18-22; 14, с 330-340; 47, с 96 -104].

ТМР ҳангоми менингоэнсефалити силӣ барои баҳодиҳии паҳншавии раванди патологӣ дар мағзи сар истифода мешавад. Ҳангоми менингоэнсефалити силӣ дар ТМР экссудати (тарашшуҳи) базилярӣ, арахноидит, туберкулёмаҳо ва ғафсшавии пардаҳои мағзи сарро ошкор намудан мумкин аст. Ҳамчунин гранулёмаҳои калон бо некрозҳои казеозӣ ё бе он айён карда мешаванд [93, с 35-45; 97, с 207-209; 107, с 73-79].

Таҳлили самаранокии табобати 167 беморони гирифтори осеби силии системаи марказии асаби ҷойгиршавиашон гуногун аз рӯи маълумотҳои ТМР,

ТМР бо контраст, ТК-и шушҳо, таҳқиқоти ситологии моеъи ҳароммағз ва назорати динамикӣ гузаронида шуд.

Мо омӯзиши муқоисавии табобати инфузионии ДЗС бо истифодаи ҳабҳои ДЗС вобаста ба спектри ҳассосияти микобактерияҳои БС дар беморони гирифтори МС гузаронидем.

Мо натиҷаҳои муоина ва муолиҷаи 167 беморони гирифтори МС-ро, ки дар МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина" аз соли 2017 то соли 2023 ворид буданд, таҳлил кардем. Пас аз верификатсияи ташхис, мо нақшаи зерини муолиҷаро истифода бурдем.

Барои муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни МС маълумотҳои таҳқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ таҳлил карда шуданд: бактериологӣ (бактериоскопияи моеъи ҳароммағз ва балғам), молекулярӣ – генетикӣ Gene-Xpert MTB/Rif, Xpert MTB/Rif Ultra, Xpert XDR ва тести Хайн (ликвор), ташхисҳои радиологи: рентгенография ва ТК-и шушҳо, ТК, ТМР,ТМР бо контрасткунонии мағзи сар ва ТМР бо контрасткунонии ҳароммағз.

Вобаста спектори ҳассосияти ДЗС ва намуди химиятерапия беморонро ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуд:

- Гурухи 1: Шаклҳои ҳассос (100 бемор): натиҷаи СҲД ба ДҚЯ ҳассос
- Гурухи 2: Шакли тобовар (67 бемор): натиҷаи СҲД ба ДҚД ҳассос

Беморони ҳарду гурӯҳро ба 4 зергурӯҳ тақсим карда шуданд: ба зергурӯҳи якуми беморон табобати инфузионии зидди силӣ бо ДЗС-и қатори якум (40 бемор) таъин карда шуд. Зергурӯҳи дуюм ДЗС-и қатори якумро ба таври ҳаб гирифтаанд (60 бемор). Ба беморони зергурӯҳи сеюм реҷаи табобат барои беморони ТД (56 бемор) таъин карда шуд. Дар зергурӯҳи чорум беморон барои ТВД (11 бемор) табобат гирифтанд. Тасҳеҳи химиотерапия дар асоси натиҷаҳои ташхиси ситологии моеъи ҳароммағз гузаронида шуд (Ҷадвали 4.2.). Марҳилаи муолиҷаи интенсивӣ дар беморони гирифтори МС бо назардошти вазнинии беморӣ ва бо назардошти таҳқиқи таҳлили ситологии моеъи ҳаромағз пеш аз тозашави он то 6 моҳ дароз карда шуд.

Дар ҳама зергурӯҳҳои беморони гирифтори МС, ки мо мушоҳида кардем, ҷараёни шадиди клиникии бемории сил қайд карда шуд, ки ин аз дер ошкор шудани раванди бемории сил шаҳодат медиҳад. Ташхиси дери бемории сил ва аз ин рӯ, сари вақт оғоз накардани табобат табиатан ба натиҷаҳои табобат таъсир расонида, имкони натиҷаи мусоидро коҳиш дод ва боиси марг гардид.

Табобати тавассути ҳабҳо ба реҷаи стандартии 12-моҳаи аз ҷониби ТУТ тавсияшуда, ки аз изониазид, рифампитсин, этамбутол ва пиразинамид иборат аст, дар давоми 4 моҳи аввал ҳар рӯз пас аз гирифтани изониазид ва рифампицин ҳар рӯз барои 8 моҳи иловагӣ (4HRZE/8HR) дар вояи мутаносиб бо вазни бемор.

Табобати инфузияи бемории МС бо ҳассосияти нигоҳдошташуда ба ДЗС чунин буд: изониазид (10 мг\кг), рифампицин (10 мг\кг), пиразинамид (20-30 мг/кг), дексаметазон (12 мг/рӯз) ва кислотаи ацетилсалицилӣ (1 г/рӯз) ба/қатра ба 100 мл маҳлули 5% декстроза, оҳиста-оҳиста барои 90 дақиқа, 1 бор/рӯз ворид карда шуда дар якҷоягӣ бо истифодаи витамини В6 (барои пешгирии таъсири тараф). Витамини В6 ба дохили мушак дар вояи 100–125 мг 30 дақиқа пас аз тазриқ ворид карда шуд. Этамбутол (15-25 мг/кг) дар оби нӯшокӣ маҳлул карда нушонида мешавад. Давомнокии пурраи реҷаи табобат дар ин ҳолатҳо низ ба ҳисоби миёна то 12 моҳ давом кард.

Дар 67 ҳолат (40,1%) аз 167 бемор, ТД-МС муайян карда шуд, ки ҳамаи онҳо ба зергурӯҳҳои III ва IV беморон дохил карда шудаанд. Табобати инфузионӣ барои беморони гирифтори МС-ТД аз зергурӯҳи III аз спектри ҳассосияти ДЗС вобаста буд ва чунин буд: левофлоксатсин (750-1000 мг/рӯз) дар якҷоягӣ бо канамитсин (15-20 мг/кг), линезолид (600 мг/рӯз), пиразинамид (20-30 мг/кг), дексаметазон (12 мг/рӯз) ва кислотаи атсетилсалитсилӣ (1 г/рӯз) ба/рӯз ба таври қатрагӣ ба 100 мл маҳлули 5% декстроза, оҳиста-оҳиста дар давоми 90 дақиқа, этионамид (500-750 мг/рӯз) дар оби нӯшокӣ ҳал карда нушонида мешавад. Витамини В6 ба дохили мушак дар вояи 100–125 мг 30 дақиқа пас аз тазриқ ворид карда шуд. Давомнокии табобат дар ин ҳолатҳо ба ҳисоби миёна то 18-24 моҳ давом кард. Табобати беморони зергурӯҳи IV

ҳамон доруҳоеро дар бар гирифт, ки вобаста ба спектри ҳассосияти доругӣ таъин карда мешаванд, ба истиснои фторхинолонҳо.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар зергурӯҳи якуми беморони гирифтори МС бо ҳассосияти нигоҳ дошташуда ба ДЗС, ки табобати инфузионии ДЗС-и дараҷаи якумро гирифтаанд, тозашавии моеъи ҳароммағз аз 30 то 56-умин рӯзи давраи пуршиддати табобат зоҳир шудан гирифт. Дар хамаи 40 нафар беморон (100%) пурра баркарор намудани моеъи ҳароммағз мушохида карда шуд.

Дар зергурӯҳи дуюми беморони гирифтори менингитҳои сили бо нигоҳ дошташуда ҳассосияти ба ДЗС, ки ДЗС-и қатори якумро ба таври ҳаб гирифтаанд, тозашавии моеъи ҳароммағз аз 45 рӯз то 2 моҳ мушоҳида карда шуд. Аз 60 нафар беморон дар 54 нафарашон (90%), тозашавии пурраи моеъи ҳароммағз мушошоҳида карда шуд, дар 6 нафар беморон (10,0%) самара аз муолиҷа ба назар нарасид, фавтиданд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои бадастомада самаранокии зиёди химиотерапияи инфузионии зидди силро нисбат ба ҳаб истифода бурдани ДЗС нишон доданд.

Табобати самараноки беморони зергурӯҳи сеюми беморони гирифтори МС-ТД аз 56 бемор 50 (89,2%) бемор тозашавии моеъи ҳароммағз аз 50 рӯз то 3 моҳ мушоҳида карда шуд, дар 6 бемор таъсири табобат номусоид арзёбӣ шуда, фавт (11%) муқаррар шудааст. Дар зергурӯҳи IV беморони гирифтори МС-ТВД, табобати самаранок дар 7 нафар аз 11 бемор (63,6%) ба назар расид ва дар 4 нафар – (36,3%) марганҷомӣ ба қайд гирифта шуд.

Тақсимоти беморон бо натиҷаи самараноки табобат вобаста ба спектри ҳасосият ба доруҳо барои беморони гирифтори МС-и ба доруҳо ҳассос 94% ва барои беморони гирифтори МС-и ба дору тобовар 85%-ро ташкил дод.

Ҳамин тариқ, самаранокии умумии табобат дар ҳамаи 4 зергурӯҳи беморон 90,4% ҳолатро (151 бемор) ташкил дод, фавт дар 9,6% ҳолат (16 бемор) ба қайд гирифта шудааст. Ҳангоми муолиҷаи бемории сил дар баробари ДЗС, ки речаи таъиноташон аз спектри ҳассосияти ДЗС вобаста аст, мо истифода бурдани табобати иловагиро бо кортикостероидҳо, кислотаи

атсетилсалитсилӣ ва витамини B6 тавсия медиҳем. Табобати зидди сил бояд фавран оғоз карда шавад, то беморшавӣ ва фавт ҳангоми МС кам карда шавад.

Ба дохили вариди ворид намудани доруҳои кимиёвӣ иҷрои вазифаҳои гузошташударо таъмин намуда, самаранокии клиникии табобати менингитҳои силиро зиёд мекунад. Марҳилаи пуршиддати химиотерапияи бемории сил аз ҳама муҳим мебошад, ки вазифаи асосии он то ҳадди имкон нест кардан ва фурӯ нишондани инкишоф ва афзоиши популятсияи МС дар организми бемор мебошад. Маҳз дар ҳамин марҳила назоратшавандагии табобат, пурзӯр намудани муолиҷа ва бартараф намудани муқовиматпазирии МС ва пешгирӣ намудани пайдоиш ва паҳншавии он махсусан муҳим аст. Тазриқи дохиливаридӣ воридшавии доруҳоро пеш аз биотрансформатсияи онҳо дар ҷигар ба нуқтаҳои патологӣ ворид шавии онҳоро таъмин менамояд, ки таъсири бештари клиникиро фароҳам меоварад. Ба вуҷуд овардани консентратсияи баланди дору дар хун ва бофтаҳо метавонад муқовиматпазирии МС ва биодастрасии онҳоро бартараф кунад. Ҳангоми ҳар гуна воридкунӣ, ба ғайр аз дохиливаридӣ, танҳо як қисми вояи моддаи доруворӣ дар натиҷаи ҷаббиши нопурра, вайроншавӣ дар макони тазриқ дар зери таъсири ферментҳои хос ва ғайрихос, pH-и номувофиқ ба маҷрои хуни системавӣ мерасад, ҳангоми истеъмоли ҳабҳо бошад дар натиҷаи самараи гузариши аввала тавассути ҷигар. Био-дастрасии маводи доруворӣ бевосита самаранокии муолиҷаро муайян мекунад, ки ҳангоми методикаи мазкур паст мешавад. Яке аз принсипҳои химиотерапияи зидди силӣ истеъмоли яккаратаи вояи шабонарӯзии дору мебошад, ки ба фароҳам овардани консентратсияи ба таври максималӣ имконпазири дору барои таъсири нисбатан самаранок ба МС нигаронида шудааст. Танҳо воридкунии дохиливаридӣ риояи ин принсипро таъмин мекунад.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои бадастомада самаранокии бештари химиотерапияи инфузионии зидди силро нисбат ба истифодаи ҳабҳо нишон медиҳанд, ки миқдори рӯз-катҳоро дар беморхона кам мекунад. Мо инчунин самаранокии бештарро дар беморони гирифтори МС-и ба доруҳо ҳассос

муайян кардем, ки самаранокии табобатро аз спектри ҳассосияти доругии беморони гирифтори МС инъикос мекунад.

ХУЛОСАҲО

1. Дар сохтори клиникии осеби силии системаи марказии асаб дар 167 бемори таҳқиқшуда менингити силӣ дар 127 нафар (76,0%), менингоэнсефалити силӣ дар 26 нафар (16,0%) ва миелити силӣ дар 14 нафар (8,0%) ба қайд гирифта шуд. Дар байни 14 ҳолати осеби ҳароммағз 2 ҳолати туберкулёма, 2 ҳолати думмал, 6 ҳолати миелити трансверсивӣ ва 4 ҳолати илтиҳоби ҳароммағз муайян карда шуданд [1-М, 2-М, 3-М, 6-М, 8-М, 9-М, 14-М, 15-М, 16-М, 17-М].

2. Дар 125 нафар (75,0%) беморон M. tuberculosis дар моеъи ҳароммағз бо усулҳои молекулавӣ-генетикӣ ошкор гардид; дар 42 нафар (25,0%) ташхис бе тасдиқи мустақими молекулавӣ-генетикӣ бо маҷмӯи маълумоти клиникӣ, ликворологӣ, радиологӣ ва ташхиси тафриқавӣ асоснок карда шуд. Дар 153 нафар (91,6%) осеби системаи марказии асаб дар заминаи дигар шаклҳои сил ба қайд гирифта шуда, дар 14 нафар (8,4%) ҳамчун осеби ҷудогона арзёбӣ гардид [1-М, 2-М, 3-М, 6-М, 8-М, 9-М, 14-М, 15-М, 16-М, 17-М].

3. Натиҷаҳои таҳқиқот аҳамияти истифодаи маҷмӯии усулҳои ташхисиро нишон доданд: арзёбии клиникӣ ва неврологӣ, пунксияи люмбалӣ бо таҳқиқи ликвор, санҷишҳои молекулавӣ-генетикӣ барои M. tuberculosis ва спектри устувории доруӣ, инчунин ТК/ТМР-и мағзи сар ва ҳароммағз аз рӯйи нишондодҳо. Натиҷаи манфии як усули алоҳидаи лабораторӣ ҳангоми мавҷуд будани гумони асосноки клиникӣ ташхиси менингити силиро истисно намекунад [1-М, 2-М, 3-М, 6-М, 8-М, 9-М, 14-М, 15-М, 16-М, 17-М].

4. Натиҷаи мусоид ба госпиталӣ дар 94 аз 100 бемори гирифтори МС-ҲД (94,0%) ва дар 57 аз 67 бемори гирифтори МС-ТД (85,0%) ба қайд гирифта шуд; фавт дар 16 аз 167 бемор (9,6%) мушоҳида гардид. Дар зергурӯҳи МС-ҲД бо воридкунии инфузионии доруҳо тозашавии моеъи

ҳароммағз дар рӯзҳои 30–56 ва дар зергурӯҳи қабулкунандаи шакли ҳабӣ аз рӯзи 45 то 2 моҳ ба қайд гирифта шуд. Ин фарқият бинобар дизайни мушоҳидавӣ ҳамчун ассотсиатсия арзёбӣ шуда, барои исботи бартарии мустақими роҳи воридкунӣ таҳқиқоти назоратшаванда зарур аст [5-М, 12-М, 18-М, 19-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ТАДБИҚИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Ҳангоми гумони менингити силӣ бемор бояд ҳарчи барвақт аз ҷониби силшинос ва асабшинос арзёбӣ гардида, маводи зарурӣ барои ташхиси этиологӣ гирифта шавад. Дар ҳолати гумони асосноки клиникӣ оғози табобати зидди силӣ набояд танҳо аз сабаби интизории натиҷаи як санҷиши лабораторӣ ба таъхир гузошта шавад.

2. Дар беморони гирифтори менингит ё менингоэнсефалити этиологияаш номуайян бояд эҳтимоли сил ба назар гирифта шуда, анамнези эпидемиологӣ, мавҷудияти дигар шаклҳои сил, ҳолати ВНМО ва натиҷаҳои таҳқиқи моеъи ҳароммағз ба таври маҷмӯӣ арзёбӣ карда шаванд.

3. Барои бемороне, ки дар муассисаҳои ғайрисилӣ бо гумони менингити силӣ қарор доранд, машварати ҳарчи барвақти силшинос ташкил карда шуда, Xpert MTB/RIF ё Xpert MTB/RIF Ultra барои ошкор намудани M. tuberculosis ва устуворӣ ба рифампитсин истифода шавад. Барои муайян намудани устуворӣ ба изониазид ва дигар доруҳо санҷишҳои иловагии молекулавӣ ва/ё фенотипӣ гузаронида шаванд.

4. ТК ё ТМР-и мағзи сар ва, ҳангоми аломатҳои осеби ҳароммағз, ТМР-и сутунмӯҳра/ҳароммағз аз рӯйи нишондодҳои клиникӣ истифода карда шавад. Контрастикунонии дохиливаридӣ барои муайян намудани туберкулёма, думмал, илтиҳоби пардаҳо ва дигар осебҳои ҳаҷмӣ мувофиқи нишондодҳо анҷом дода шавад.

5. Реҷаи табобати зидди силӣ бояд аз рӯйи спектри ҳассосияти доругии M. tuberculosis ва протоколҳои амалкунандаи клиникӣ интихоб карда шуда, ҳангоми дастрас шудани натиҷаҳои нави ҳассосияти доругӣ сари вақт ислоҳ карда шавад.

6. Беморони гирифтори менингити силӣ дар тамоми давраи бистарӣ бояд таҳти назорати муштараки силшинос ва асабшинос қарор гиранд; ҳангоми гидросефалия, осеби ҳаҷмӣ ё нишонаҳои фишор ба сохторҳои асаб машварати ҷарроҳи асаб сари вақт ташкил карда шавад.

7. Пунксияи такрории люмбалӣ ва таҳқиқи динамикии моеъи ҳароммағз бояд аз рӯйи нишондодҳои клиникӣ ва мувофиқи протоколи амалкунанда гузаронида шавад. Ҳангоми мониторинг динамикаи ситоз, сафеда, глюкоза ва дигар нишондиҳандаҳои ликвор ба назар гирифта шавад; такрори санҷишҳои молекулавӣ-генетикӣ танҳо ҳангоми мавҷуд будани нишондоди клиникӣ ё зарурати ташхисӣ анҷом дода шавад.

8. Табобати иловагӣ, аз ҷумла глюкокортикоидҳо ва дигар воситаҳои патогенетикӣ, мувофиқи протоколҳои клиникӣ ва ҳолати бемор таъин карда шавад. Роҳи воридкунии доруҳои зидди силӣ бо назардошти вазнинии ҳолат, имкони қабули энтералӣ, хусусияти дору ва тавсияҳои протокол интихоб карда шавад; риояи пурраи реҷаи табобат таҳти назорати табиби муолиҷакунанда таъмин карда шавад.

9. Пас аз анҷоми марҳилаи беморхонавӣ барои беморони дорои оқибатҳои неврологӣ нақшаи инфиродии барқарорсозӣ ва назорати минбаъда бо иштироки силшинос, асабшинос ва, аз рӯйи нишондодҳо, мутахассисони тавонбахшӣ таҳия карда шавад.

РӮЙХАТИ АДАБИЁТ

1. Авалиани, З. Р. Клинический спектр туберкулеза ЦНС в Национальном центре туберкулеза и лёгочных заболеваний г. Тбилиси и трудности его диагностики [Текст] / Р.З. Авалиани., Р.Ш. Сабанадзе., Д.Т. Бакурадзе // Кавказский журнал медицинских и психологических наук. - 2023. - №2 (3). - Т. 1. - С. 31-50.

2. Авдеева, М. Г. Дифференциальная диагностика поражения центральной нервной системе при лихорадке западного нила и туберкулезе [Текст] / Г.М. Авдеева., И.А. Шевченко., П.Л. Блажняя // В сборнике: противотуберкулезная служба сегодня, ее место в лечении социально значимых инфекций. Сборник статей научно - практической конференции, посвященной 100 - летию образования противотуберкулезной службы Краснодарского края. Краснодар. - 2021. - С. 5-7.

3. Аксенова, В. А. Опыт применения препарата бедаквилин в схеме лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (клиническое наблюдение) [Текст] / А.В. Аксенова., И.Н. Клевно., Д.А. Пахлавонова // Медицинский совет. - 2020. - №17. - С. 91-97.

4. Алексеева, Л. А. Диагностическое значение определения кортизола в биологических жидкостях при инфекционных заболеваниях (обзор литературы) [Текст] / А.Л. Алексеева., В.Е. Макаренкова., В.Н. Скрипченко., В.Т. Бессонова., А.А. Жирков., Е.Н. Монахова // Педиатр. - 2021. - №5. - Т. 12. - С. 59-69.

5. Арымбаева, А. Б. Случай позднего выявления туберкулезного менингоэнцефалита у ребенка (наблюдение из практики) [Текст] / Б.А. Арымбаева., К.П. Нуралбаева., С.З. Бекбенбетова // Фтизиопульмонология. - 2023. - № 2. - С. 77-82.

6. Ахмедов, Д. Р. Случай сочетанного менингоэнцефалита в практике врача-инфекциониста [Текст] / Р. Д. Ахмедов., М.Н. Сааева., А.С. Пашаева // В книге: Инфекционные болезни в современном мире: эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика. Сборник трудов XII Ежегодного

Всероссийского интернет - конгресса по инфекционным болезням с международным участием. Под ред. В.И. Покровского. Москва. - 2020. - С. 22.
7. Ахтичанова, Г. О. Туберкулез у подростков. Научный вестник Омского государственного медицинского университета [Текст] / О.Г. Ахтичанова // Мордык. - 2022. - №4 (8). - Т. 2. - С. 31-39.
8. Бабаева, И. Ю. Клинические особенности течения туберкулезного менингита у ВИЧ-инфицированных больных [Текст] / Ю.И. Бабаева., И.А. Шевченко., В.Д. Дудченко // Consilium Medicum. - 2023. - №9. - Т. 25. - С. 558-564.
9. Баласанянц, Г. С. Эффективность химиотерапии у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя с использованием бедаквилина [Текст] / С.Г. Баласанянц // Пульмонология. - 2022. - № 1. - Т. 32. - С. 103-108.
10. Барканова, О. Н. Опыт применения нового противотуберкулезного препарата бедаквилин у больных туберкулезом в Волгоградской области [Текст] / Н.О. Барканова., З.Р. Казанбиев, А.Э. Муташева // Colloquium - Journal. - 2019. - №13. - Т. 3 (37). - С. 90-91.
11. Басиева, О. З. Комплексный подход в лечении туберкулеза на фоне лекарственной устойчивости возбудителя [Текст] / З.О. Басиева., К.З. Джагаева., В.В. Дзагоев // Современные проблемы науки и образования. - 2022. - № 6 (1). - С. 115.
12. Бекташев, И. Б. Методы выявления туберкулезного менингита у ВИЧ инфицированных пациентов [Текст] / Б.И. Бекташев., А.К. Юсупов., С.М. Жуманова., К.З. Мамажонова // Студенческий форум. - 2021. - №1 (1). - С. 18-22.
13. Белогорцев, Д. А. Результаты анализа организации обеспечения противотуберкулезными лекарственными препаратами на региональном фармацевическом рынке [Текст] / А.Д. Белогорцев., М.Н. Бат // Современная организация лекарственного обеспечения. - 2019. - № 2. - С. 9-11.

14. Бликян, Е. С. Менингиты, арахноидиты [Текст] / С.Е. Бликян., А.А. Енгибарян // Инновации. Наука. Образование. - 2023. - №72. - С. 330-340.
15. Блохина, А. А. Бедаквилин, линезолид, претоманид: их нежелательные явления [Текст] / А.А. Блохина., Д.А. Пономаренко., С.В. Саргсян // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы V Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале. - 2020. - С. 15-20.
16. Бобоходжаев, О. И / Закономерности эпидемического процесса и эффективность лечения больных туберкулезом с разными спектрами лекарственной устойчивости в Республике Таджикистан [Текст] / Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У.Ю., Нуров Р.М // Туберкулез и болезни легких. – 2023. - №101 (2). – С. 73-79.
17. Бобоходжаев, О. И. Эффективность применения магнитно-резонансной томографии при диагностике туберкулёза у ВИЧ-инфицированных детей: клинический случай [Текст] / Бобоходжаев О. И., Бобоев М. У., Нурова Г. М // Вестник Авиценны. - 2024. - №26 (1). – С. 161-164.
18. Борисов, С. Е. Эффективность и безопасность основанных на использовании бедаквилина режимов химиотерапии у больных туберкулезом органов дыхания: непосредственные и окончательные результаты [Текст] / Е.С. Борисов., В.А. Филиппов., А.Д. Иванова // Туберкулез и болезни легких. - 2019. - №5. – Т. 97. - С. 28-42.
19. Бородулина, Е.А. Использование технологической платформы ELISPOT в диагностике туберкулезной инфекции у пациентов с ВИЧ инфекцией [Текст] / А.Е. Бородулина., А. Д. Кудлай., Н.А. Кузнецова // Иммунология. - 2021. - № 4. - Т. 42. - С. 395-402.
20. Ванярха, Е. Г. Применение ликворошунтирующих операций при осложненном течении туберкулезного менингита у детей [Текст] / Г. Е. Ванярха., П. Р. Мазуренко // Мечниковские чтения. - 2020. - С. 289-290.

21. Ванярха, Е. Г. Использование ликвор о шунтирующих операций при туберкулезном менингите у детей [Текст] / Г.Е. Ванярха., П.Р. Мазуренко // Forcipe. - 2020. - Т. 3. - № S1. - С. 875-876.
22. Венгеров, Ю. Я. Актуальные аспекты патогенеза, диагностики и лечения бактериальных гнойных менингитов [Текст] / Я.Ю. Венгеров., В.М. Нагибина., М. Т. Коваленко // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. - 2018. - № 1. - Т. 7. - С. 78-85.
23. Волобоева, Ю. Л. Заболеваемость туберкулезом центральной нервной системы в Оренбургской области [Текст] / Л.Ю. Волобоева., Ю.В. Федосеев // Вестник Центрального научно - исследовательского института туберкулеза. - 2023. - № S1. - С. 41-42.
24. Габидуллина, Р. Р. Проблемы диагностики туберкулезного менингита у больных с ВИЧ-инфекцией [Текст] / Р.Р. Габидуллина., В.Д. Щелушкина., С.О. Воков // Конференция - современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. - 2019. - С. 47-55.
25. Гайда, А. И. Обоснование длительности химиотерапии больных туберкулезом с множественной и преширокой лекарственной устойчивостью возбудителя в Российской Федерации [Текст] / И.А. Гайда., В.А. Абрамченко., И. М. Романова // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - № 12. - Т. 100. - С. 44-53.
26. Галстян, А. С. Применение бедаквилина у больных ВИЧ – инфекцией и туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / С.А. Галстян // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. - 2019. - №. S1. - С. 115-116.
27. Галстян, А. С. Эффективность и безопасность включения бедаквилина в режим химиотерапии у больных с коинфекцией туберкулез/ВИЧ [Текст] / С.А. Галстян., В.М. Синицын., Е.С. Борисов // Туберкулез и социально - значимые заболевания. - 2019. - № 4. - С. 78-80.
28. Галстян, А. С. Применение бедаквилина у пациентов с коинфекцией туберкулез / ВИЧ с множественной и широкой лекарственной устойчивостью

возбудителя [Текст] / С.А. Галстян // Туберкулез и социально - значимые заболевания. - 2022. - № 1 (37). - Т. 10. - С. 35-36.

29. Герасимова, А. А. ВИЧ- ассоциированный туберкулез с поражением центральной нервной системы [Текст] / А.А. Герасимова., М.А. Пантелеев., В.И. Мокроусов // Медицинский альянс. - 2020. - №8.- Т 8. - С. 25-31.

30. Герасимова, А. А. Структура туберкулезных поражений разных органов у больных ВИЧ - ассоциированным туберкулезом в зависимости от приема антиретровирусной терапии [Текст] / А.А. Герасимова., А.А. Вязовая., В.И. Мокроусов // Проблемы медицинской микологии. - 2023. - № 2. - Т. 25. - С. 99.

31. Голубчиков, П. Н. Опыт лечения больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, в том числе с длительным применением бедаквилина, в Томской Области: непосредственные и отдаленные результаты [Текст] / Н.П. Голубчиков., А.Е. Крук., П.С. Мишустин // Туберкулез и болезни легких. - 2019. - № 8. - Т. 97. - С. 38 - 45.

32. Голубчиков, П. Н Случай успешного комбинированного лечения больной фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью [Текст] / Н.П. Голубчиков., Ю. Д. Щегерцов., И. Т. Мельникова // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - № 6. - Т. 98. - С. 52-59.

33. Гончарова, С. И. Особенности клинического течения туберкулезного менингита у ВИЧ- инфицированных пациентов [Текст] / И.С. Гончарова., М.Н. Корецкая., Ф.В. Элярт // Медицинский альянс. - 2019. - №1.- С. 20-23.

34. Грядунов, Д. А. Способ определения генетических детерминант резистентности возбудителя туберкулеза к бедаквилину и линезолиду [Текст] / А.Д. Грядунов., В.Д. Зименков // Патент на изобретение RU 2677293 C1, 16.01.2019. Заявка № 2017140462 от 21.11.2017.

35. Гусева, Г. Р. Внелегочные формы туберкулеза [Текст] / Р.Г. Гусева // Справочник врача общей практики. - 2021. - № 1. - С. 60-65.

36. Гусейналиева, Н. В. Совершенствование выявления туберкулеза в учреждениях первичного медицинского звена и его влияние на показатель

заболеваемости [Текст] / В.Н. Гусейналиева // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - №. 98 (10). - С. 41-46.

37. Гончарова, Н. С. Особенности клинического течения туберкулезного менингита у ВИЧ-инфицированных пациентов [Текст] / Н.С. Гончарова., М.Н. Корецкая., Ф.В. Элярт // Медицинский альянс. - 2019. - №1. - С. 20-23.

38. Данилова, Т. И. Результаты применения схем терапии на основе бедаквилина у больных туберкулезом с МЛУ / ШЛУ, в том числе при сочетании с ВИЧ - инфекцией (опыт Ленинградской Области) [Текст] / И.Т. Данилова., В.Ю. Корнеев., А.Д. Кудлай // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - № 9. - Т. 98. - С. 56-63.

39. Дроздов, А. А. Магнитно-резонансная томография головного мозга в лечении больных с нейротуберкулезом и СПИДом [Текст] / А.А. Дроздов., М.В. Черемисин., Г. И. Камышанская // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии. - 2020. - № 4. - Т. 20. - С. 62-89.

40. Диагностическая точность Xpert MTB/RIF Ultra при туберкулезном менингите у ВИЧ-инфицированных взрослых: проспективное когортное исследование. Маргарет Хонга , Марк Патрик Никол /Ланцет Инфекционные болезни/, том 18, выпуск 1, январь 2018 г., стр. 6-8

41. Ершова, А. В. Туберкулезный менингит – нерешенная медико-социальная проблема (клинический случай) [Текст] / В.А. Ершова., В.Е. Кашуба., А.Л. Перминова // Инфектологии. - 2022. - № 1. - S1. - Т. 14. - С. 12-13.

42. Егоров, Э. П. Эффективность лечения мультирезистентного туберкулеза по IV/V режимам химиотерапии с включением бедаквилина [Текст] / П.Э. Егоров., Е.Н. Евдокимова., С.Е. Павлова // Вестник Северо -Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. - 2022. - № 4 (29). - С. 20-26.

43. Жукова, Е. М. Влияние современной химиотерапии туберкулеза с МЛУ / ШЛУ на изменение у больных интервала QT на ЭКГ [Текст] / М.Е. Жукова., Г.Л. Вохминова., А.Д. Кудлай // Туберкулез и болезни легких. - 2019. - № 11. - Т. 97. - С. 19-24.

44. Жукова, Е. М. Эффективность и безопасность комбинированной терапии, включающей бедаквилин, у мультиморбидного ВИЧ - позитивного больного туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью [Текст] / М.Е. Жукова., В.Е. Кульчавеня // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - № 6. - Т. 100. - С. 53-58.

45. Журкин, Д. М. Эффективность применения бедаквилина среди взрослых пациентов с туберкулезом легких с множественной или широкой лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь [Текст] / М.М. Журкин., М.Е. Скрягина., Г.А. Скрягин // В сборнике: Современные аспекты здоровьесбережения. Сборник материалов юбилейной научно - практической конференции с международным участием, посвященной 55 - летию медико - профилактического факультета УО "БГМУ". Под редакцией А.В. Сикорского., А.В. Гиндюка, Т.С. Борисовой. - 2019. - С. 477-481.

46. Зубова, Е. Д. Нежелательные побочные реакции у детей и подростков при применении в схемах химиотерапии туберкулеза препаратов второго и третьего ряда [Текст] / Д.Е. Зубова., Р.Г. Тахтоходжаева., Ю.О. Сенчихина // Туберкулез и социально - значимые заболевания. - 2021. - № 1. - С. 45 - 53.

47. Ибрахимова, Х. Р. Туберкулезный менингит у больных, проживающих в Хорезмской области [Текст] / Р.Х. Ибрахимова., З.Ш. Отажанов., У.О. Матякубова // Конференция. - 2019. - С. 96 -104.

48. Иванов, В. А. Последствия несвоевременной диагностики туберкулезного менингита [Текст] / А.В. Иванов., С.Е. Деомидов // В сборнике: Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов. Сборник статей // Чебоксары. - 2022. - С. 325-328.

49. Иззатуллаева, Г. А. Новые возможности лечения туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью [Текст] / А.Г. Иззатуллаева., К.Г. Азимханова // Фармация Казахстана. - 2020. - № 3. - С. 11-16.

50. Искаков, И. С. Клинический случай лечения диссеминированного туберкулеза легких и множественных туберкулем головного мозга у пациента

с ВИЧ – инфекцией [Текст] / С.И. Искаков // Фтизиопульмонология.- 2022. - № 1. - С. 58-64.

51. Исроилов, У. А. Клиническое течение и диагностика туберкулезного менингита у детей [Текст] / У.А.А. Исроилов., У.А.Ж. Туробов // В сборнике: Лучшая студенческая статья 2022. сборник статей XLIII Международного научно-исследовательского конкурса // Пенза. - 2022. - С. 203-206.

52. Истомина, Е. В. Клинический пример эффективного лечения рецидива туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий [Текст] / В.Е. Истомина., Г.Е. Соколович., В.М. Павлова // Медицинский альянс. - 2019. - № 2. - С. 57-64.

53. Камышанская, И. Г. Дифференциальная диагностика поражений ЦНС инфекционной этиологии в нейрохирургической практике (клинические наблюдения) [Текст] / Г.И. Камышанская., М.В. Черемисин., Ю.М. Подгорняк // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. - 2021. - № 3. - Т. 13. - С. 46-51.

54. Капустин, Д. В. Особенности поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией в Новосибирской области [Текст] / В.Д. Капустин., И.Е. Краснова., И.Н. Хохлова // Лечащий врач. - 2023. - № 11. - Т. 26. - С. 31-38.

55. Капустин, Д. В. Современные аспекты поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией (обзор литературы) [Текст] / В.Д. Капустин., И.Е. Краснова., И.Н. Хохлова // Инфектологии. - 2023. - № 3. - Т. 15. - С. 15-28.

56. Карташев, В. В. Туберкулезный менингит, ассоциированный и не ассоциированный с ВИЧ-инфекцией в Ростове на Дону [Текст] / В.В. Карташев., Н.Н. Долгова., С.В. Кутенко // Конфронция 73-я итоговая научная конференция студентов Ростовского Государственного Медицинского Университета. - 2019. - С. 172-173.

57. Кичерова, О. А. Случай туберкулезного менингоэнцефаломиелита [Текст] / А.О. Кичерова., И.Л. Рейхерт., Е.Е. Иванова // Неврологии и психиатрии. - 2022. - № 4. - Т. 122. - С. 135-143.
58. Климук, Д. А. Структура пула пациентов с туберкулезом на симптоматическом лечении в Республике Беларусь [Текст] / А.Д. Климук., М.Е. Скрягина., И.М. Дюсьмикеева // Рецепт. - 2020. - № 5. - Т. 23. - С. 709-713.
59. Киселева, Е. Л. В помощь практическому врачу: новые технологии диагностики туберкулезного менингита [Текст] / Е.Л. Киселева., Д.Н. Голубев. - М.: 2018. - 467 с.
60. Корж, Е. В. Анализ случаев расхождения диагнозов в противотуберкулезном диспансере [Текст] / В.Е. Корж., А.Н. Подчос., Ф.А. Завгородний // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2019. - № 3. - Т. 9. - С. 71-77.
61. Корж, Е. В. Гипердиагностика туберкулеза у болных, направляемых на госпитализацию в противотуберкулезное отделение [Текст] / В.Е. Корж., А.Н. Подчос., Ф.А. Завгородний // Туберкулез и болезни легких. - 2023. - № 1. - Т. 101. - С. 55-62.
62. Корж, Е. В. Клиника и лечение туберкулезного менингита у ВИЧ-инфицированных лиц [Текст] / В.Е. Корж., М.С. Лепшина., Г.Е. Гуренко // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2023. - № 3. - Т. 27. - С. 200-202.
63. Корж, Е. В. Криптококковый менингит у больных у ко - инфекцией туберкулез/ВИЧ [Текст] / В.Е. Корж., А.Н. Подчос., А.С. Искевич // Университетская клиника. - 2023. - № 1 (46). - С. 5-13.
64. Корж, Е. В. Туберкулезный менингит у больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ- инфекции, начавших антиретровирусную терапию: Особенности течения и прогноз [Текст] / В.Е. Корж., А.Н. Подчос // Туберкулез и болезни легких. - 2019. - № 9. - Т. 97. - С. 5-10.

65. Корж, Е. В. Токсоплазмоз головного мозга у больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ [Текст] / В.Е. Корж., А.Н. Подчос., Ф.А. Завгородний // Университетская клиника. - 2019. - №1 (30). - С. 26-34.
66. Корнетова, Н. В. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы. Опыт клинической диагностики в Санкт-Петербурге на протяжении 50 лет [Текст] / Н.В. Корнетова., А.Н. Крузе., А.И. Нестерова // Медицинский альянс. - 2020. - Т. 8. - № 1. - С. 14-24.
67. Крушинская, Е. А. Применение бедаквилина в химиотерапии туберкулеза органов дыхания у подростков с МЛУ / ШЛУ МБТ [Текст] / А.Е. Крушинская // Вестник Центрального научно - исследовательского института туберкулеза. - 2019. - №. S1. - С. 146-147.
68. Кудлай, Д. А. Разработка и внедрение в клиническую практику нового фармакологического вещества из класса диарилхинолинов [Текст] / А.Д. Кудлай // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2021. - № 3. - Т. 84. - С. 41-47.
69. Кукурика, А. В. Экономические аспекты применения новых режимов химиотерапии туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью [Текст] / В.А. Кукурика // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2022. - № 3. - Т. 15. - С. 353-362.
70. Кульчицкая, С. С. Туберкулез у детей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека [Текст] / С.С. Кульчицкая., М.А. Малик., Л.А. Баранецки // В сборнике: Современные технологии в медицинском образовании. Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию Белорусского государственного медицинского университета. Минск. - 2021. - С. 791-795.
71. Леонгард, И. С. Трудности диагностики туберкулеза мозговых оболочек у детей раннего возраста [Текст] / С.И. Леонгард., А.Е. Смушкина., В.Э. Телицина // Сборник статей V Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы

современной медицинской науки и здравоохранения». – Екатеринбург. - 2020. - С. 56

72. Лепшина, С. М. Результаты лечения резистентного туберкулезного менингита в интенсивной фазе [Текст] / М.С. Лепшина., В.О. Сердюк., И.Е. Юровская // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2019. - № 4. - Т. 23. - С. 344-347.

73. Лицкевич, Л. В. Туберкулезный менингит (клиническое наблюдение и оценка индексаTHWAITES, консенсуса LANCET) [Текст] / В.Л. Лицкевич., И.Ж. Кривошеева., А.А. Астапов // Здравоохранение (Минск). - 2023. - № 12 (921). - С. 53-59.

74. Лушина, О. В. Ближайшие результаты лечения лекарственно – устойчивого туберкулеза легких у впервые выявленных пациентов [Текст] / В.О. Лушина // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. - 2021. - № S1. - С. 172-173.

75. Лушина, О. В. Успешное лечение туберкулеза легких с широкой лекарственной устойчивостью микобактерий у пациентки с онкологической патологией [Текст] / В.О. Лушина., В.М. Павлова., И.Л. Арчакова // Туберкулез и социально - значимые заболевания // - 2020. - № 3. - С. 63-67.

76. Лушина, О. В. Эффективность основного курса химиотерапии туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / В.О. Лушина., В.М. Павлова., В.И. Чернохаева // Медицинский альянс. - 2021. - № 2 - Т. 9. - С. 22-28.

77. Макогонова, М. Е. Визуализация нейротуберкулеза при магнитно - резонансной томографии [Текст] / Е.М. Макогонова., Р.Е. Мухаметшина., В.П. Гаврилов // Медицинский альянс. - 2022. - № 1. - Т. 10. - С.75-81.

78. Малинич, Ю. И. Выявление случаев распространенного туберкулезного процесса у пациентов с подозрением на новую коронавирусную инфекцию [Текст] / И.Ю. Малинич // В сборнике: Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы IX Всероссийской

междисциплинарной научнопрактической конференции с международным участием. Краснодар. - 2022. - С. 128-130.

79. Мамонов, В. А. Клинико - лабораторные особенности туберкулезного менингита у ВИЧ - инфицированных пациентов [Текст] / А.В. Мамонов., С.К. Сурвило., В.Е. Азаренка // Студенческий форум. - 2020. - № 15 (108). - С. 17-19.

80. Миляев, А. А. Особенности клиники и диагностики туберкулезного менингоэнцефалита у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека [Текст] / А.А. Миляев., В.В. Данцев., И.А / Вестник Российской военно - медицинской академии // - 2020. - Т. 22. - № 2. - С. 55-58.

81. Миляев, А. А. Туберкулезный менингит у ВИЧ – инфицированных пациентов в сборнике: Актуальные проблемы туберкулеза [Текст] / А.А. Миляев., И.А. Белова // Материалы VIII Межрегиональной научно-практической и учебно-методической конференции с международным участием, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом. Под общей редакцией А.В. Асеева. - 2019. - С. 85-87.

82. Миронова, А. Д. Перспективы использования новых схем в лечении лекарственно – устойчивого туберкулеза [Текст] / Д.А. Миронова., А.А. Голичникова., С.А. Шпрыков // Modern Science. - 2022. - № 3 (1). - С. 204-207.

83. Михайлова, Ю. Д. Определение чувствительности штаммов mycobacteriumtuberculosis к бедаквилину и линезолиду [Текст] / Д.Ю. Михайлова., В.И. Перетокина., Ю.Л. Крылова // В сборнике: Научные труды (К 80-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки, профессора, академика РАН В.И. Литвинова). Москва. - 2021. - С. 279-298.

84. Можокина, Г. Н. Кардиотоксические свойства фторхинолонов и бедаквилина [Текст] / Н.Г. Можокина., Г.А. Самойлова // Туберкулез и болезни легких. - 2019. - № 4. - Т. 97. - С. 56-62.

85. Можокина, Г. Н. Препараты для краткосрочной химиотерапии лекарственно – устойчивого туберкулеза и их влияние на организм человека

[Текст] / Н.Г. Можокина., Г.А. Самойлова., Е.А. Русских // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - № 8. - Т. 100. - С. 54-64.

86. Можокина, Г. Н. Токсичность схем терапии лекарственно устойчивого туберкулеза [Текст] / Н.Г. Можокина., Р.Ю. Зюзя., Ю.Л. Петрова // Антибиотики и химиотерапия. - 2021. - № 11 - 12. - Т. 66. - С. 25-30.

87. Можокина, Г. Н. Спектр нежелательных реакции у крыс при введении им комплексов противотуберкулезных и антимикробных препаратов с различными профилями безопасности [Текст] / Н.Г. Можокина., Р.Ю. Зюзя., Ю.Л. Петрова // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - № 10. - Т. 100. - С. 15-21.

88. Мордык, А. В. Бедаквилин в комплексном лечении ВИЧ - ассоциированного туберкулеза органов дыхания [Текст] / В.А. Мордык., Г.О. Иванова., В.С. Ситникова // Медицинский совет. - 2022. - №18. – Т. 16. – С. 75–80.

89. Морозова, Т. И. Бедаквилин в лечении туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью [Текст] / И.Т. Морозова., П.Н. Докторова., Н.О. Отпущенникова // Медицинский совет. - 2022. - Т. 16. - № 4. - С. 90-96.

90. Мухаметшина, Е. Р. Магнитно - резонансная томография в диагностике и дифференциальной диагностике туберкулезного поражения головного мозга у пациентов с туберкулезом любой локализации [Текст] / Р.Е. Мухаметшина., Е.В. Савелло // Туберкулез и болезни легких. - 2015. - № 7. - С. 95-96.

91. Мырзалиев, Б. Б. Внедрение BPAL для лечения лекарственно устойчивого туберкулеза в Кыргызской Республике [Текст] / Б.Б. Мырзалиев., А.А. Токтогонова., М.К. Сакмаматов // Здравоохранение Кыргызстана. - 2022. - № 2. - С. 92-96.

92. Мышкова, Е. П. Сравнительный анализ эффективности и безопасности различных схем противотуберкулезной терапии больных с МЛУ / ШЛУ – туберкулезом [Текст] / П.Е. Мышкова., И.Т. Петренко., А.Т. Колпакова // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - № 5. - Т. 100. - С. 35-42.

93. Мякишева, Т. В. Туберкулезные менингиты у ВИЧ-позитивных пациентов [Текст] / В.Т. Мякишева., С.И. Лапшина // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - №. 6. – Т. 100. - С. 35-45.
94. Мякишева, Т. В. Туберкулезные менингиты у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов [Текст] / В.Т. Мякишева., С.И. Лапшина // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – 100 (6). – С. 38-44.
95. Нехаева, Г. В. Анализ случаев туберкулезных менингитов у ВИЧ-позитивных и ВИЧ- негативных пациентов в Смоленской области [Текст] / В.Г. Нехаева., Г.Н. Чистякова., В.Т. Мякишева // Смоленский медицинский альманах // - 2019. - № 1.– С. 207-209.
96. Нехаева, Г. В. Трудности диагностики менингитов туберкулезной этиологии у ВИЧ- позитивных и ВИЧ- негативных пациентов [Текст] / В.Г. Нехаева., В.Т. Мякишева., Г.Н. Чистякова // Смоленский медицинский альманах. - 2020. - № 1. - С. 228-232.
97. Нехаева, Г. В. Анализ случаев туберкулезных менингитов у ВИЧ-позитивных и ВИЧ- негативных пациентов в Смоленской области [Текст] / В.Г. Нехаева., Г.Н. Чистякова., В.Т. Мякишева // Смоленский медицинский альманах. - 2019. - № 1. - С. 207-209.
98. Николаев, М. Ю. Лучевая диагностика туберкулеза центральной нервной системы [Текст] / Ю.М. Николаев // В сборнике: наука, образование, инновации: актуальные вопросы и современные аспекты, сборник статей XV Международной научно-практической конференции в 2 частях. Пенза. - 2022. - С. 170-172.
99. Николенко, Н. Ю. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / Ю.Н. Николенко., А.Д. Кудлай., П.Н. Докторова // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2021. - № 2. - Т. 14. - С. 235-248.
100. Павлова, Е. Н. Влияние бедаквилина и рифампицина на пластичность провоспалительных макрофагов человека [Текст] / Н.Е. Павлова // Вестник

Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. - 2022. - № S1. - С. 14-16.

101. Павлова, М. В. Первый опыт сочетанного применения бедаквилина и тиоуреидоиминометилпиридиния перхлората у больных с ВИЧ – инфекцией [Текст] / В.М. Павлова., С.Е. Ершова., В.Н. Сапожникова // Медицинский альянс. - 2019. - № 4. - Т. 7. - С. 22-29.

102. Павлова, М. В. Перспективы использования противотуберкулезных препаратов нового поколения в терапии туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / В.М. Павлова., И.Т. Виноградова., В.Н. Заболотных // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. - 2020. - № 2. - Т. 18. - С. 115-121.

103. Павлюченкова, Н. А. Оценка производственно – ресурсных возможностей стран для борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / А.Н. Павлюченкова., В.А. Михеева., А.Е. Сахаритова // Современная организация лекарственного обеспечения. - 2021. - № 2. - Т. 8. - С. 16-27.

104. Пантелеев, А. М. Характеристики спинномозговой жидкости при туберкулезе центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ- инфекцией [Текст] / М.А. Пантелеев., С.О. Соколова., В.А. Зонова // ВИЧ- инфекция и иммуносупрессии. - 2021. - №1. – Т. 13. – С. 53-58.

105. Панова, Л. В. Опыт применения двух курсов бедаквилина у подростка с фиброзно - кавернозным туберкулезом и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза [Текст] / В.Л. Панова., С.Е. Овсянкина., Ю.А. Хитева // Туберкулез и болезни легких. - 2019. - № 7. - Т. 97. - С. 56-60.

106. Панова, Л. В. Эффективность и безопасность укороченных режимов химиотерапии у детей старшего возраста и подростков, больных туберкулезом органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / А.Л. Панова., С.Е. Овсянкина., А.Е. Крушинская // Туберкулез и болезни легких. - 2021. - № 10. - Т. 99. - С. 35-39.

107. Парфенова, Т. Туберкулезный менингит у детей [Текст] / Парфенова Т., Межебовский В., Тен М // Врач. - 2019. - Т. 30. - № 8. - С. 73-79.
108. Парахина, А. А. Бактериальные гнойные менингиты (БГМ) [Текст] / А.А. Парахина // В сборнике: Сборник клинических случаев "Патологическая анатомия". Екатеринбург. - 2023. - С. 123-128.
109. Пащенко, А. Р. Влияние терапии линезолидом и бедаквилином на функцию печени [Текст] / Р.А. Пащенко., И.Н. Иванова., В.В. Хабиров // Forcipe. - 2019. - № S1. - Т. 2. - С. 912.
110. Перетокина, И. В. Изучение взаимосвязи значений минимальных ингибирующих концентраций бедаквилина в отношении mycobacterium tuberculosis, выделенных от впервые выявленных больных, с наличием чувствительности / устойчивости к ПТП и их принадлежностью к генетическим семействам [Текст] / В.И. Перетокина., Ю.Л. Крылова., Д.Ю. Михайлова // Туберкулез и социально - значимые заболевания. - 2021. - № 4. - С. 17-26.
111. Перетокина, И. В. Определение минимальных ингибирующих концентраций бедаквелина для оценки лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза [Текст] / В.И. Перетокина., Ю.Л. Крылова., Д.Ю. Михайлова // Туберкулез и болезни легких. - 2019. - № 6. - Т. 97. - С. 64-65.
112. Погодина, Е. В. Возможности применения в клинической практике новых видов химиотерапии для лечения лекарственно – устойчивого туберкулеза [Текст] / В.Е. Погодина., С.Д. Быстрова., И.Г. Шерстнёв // Modern Science. - 2022. - № 4 - 1. - С. 238-241.
113. Подгорняк, М. Ю. Планирование оперативного лечения туберкулезного остеомиелита затылочной кости, осложненного множественными абсцессами головы и шеи у ВИЧ-инфицированного пациента в стадии СПИД [Текст] / Ю.М. Подгорняк., А.Е. Черноземова., А.О. Алексанян // Клиническое наблюдение. Российский нейрохирургический журнал им. профессора Поленова А. Л. - 2019. – Т. 11. - № 3.– С. 51-59.

114. Пояснык, И. М. Глюкокортикоиды в лечении больных с туберкулезом менингитом – две стороны одной медали (Современные тенденции, клинический случай) [Текст] / М.И. Пояснык // Украинский неврологический журнал. - 2019. - № 4 (53). - С. 60-66.

115. Примкулова, М. В. Состояние диагностики туберкулеза центральной нервной системы [Текст] / М.В. Примкулова., В.М. Примкулова., Ф.И. Копылова // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – № 1. – С. 61–62.

116. Пьянзова, Т. В. Оценка функциональных ограничений у пациентов фтизиатрического профиля при тяжелом течении заболевания [Текст] / В.Т. Пьянзова., Т.Ю. Джангильдин // Туберкулез и болезни легких. – 2020. – 98 (3). – С. 37-44.

117. Разаков, О. Р. Роль имплантируемой порт системы в лечении туберкулеза легких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью [Текст] / Р.О. Разаков., Р.Р. Батиров // Здравоохранение Кыргызстана. - 2020. - № 1. - С. 75-81.

118. Ракишева, А. С. Медико - социальный портрет пациента с туберкулезным менингитом и менингоэнцефалитом [Текст] / С.А. Ракишева., К.П. Нуралбаева // В сборнике: теория и практика современной науки, сборник статей VII Международной научно-практической конференции в 3 ч.. Пенза. - 2022. - С. 174-177.

119. Ракишева, А. С. Алгоритм диагностики туберкулезного менингита [Текст] / А.С. Ракишева., Г.А. Шопаева., Г.Э. Тулепова // Вестник КазНМУ. – 2016. - №3. – С. 221-225.

120. Ракишева, А. С. Туберкулезный менингит в современных условиях (обзор литературы) [Текст] / С.А. Ракишева, В.Е. Арбузова // Вестник КазНМУ. – 2020. - №4. – С. 301-305.

121. Ракишева, А. С. Латентная туберкулезная инфекция и ее диагностика (обзор литературы) [Текст] / Ракишева А.С., Петрова О.Г // Вестник КазНМУ. 2020. №4. – С. 311-316.

122. Резникова, О. В. Клинико - статистический анализ туберкулезных менингитов в Удмуртской Республике [Текст] / В.О. Резникова., Ю.А. Толстолуцкий // Конференция - образование и наука в современных реалиях. - 2021. – С. 22-23.

123. Резникова, О. В. Медико - социальный портрет больных туберкулезом центральной нервной системы в Удмуртии [Текст] / В.О. Резникова., Ю.А. Толстолуцкий., В.М. Моисеева // В сборнике: Новое слово в науке: стратегии развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Чебоксары. - 2024. - С. 63-65.

124. Резникова, О. В. Характеристика туберкулезных менингитов в Удмуртской Республике в 2020-2022 год [Текст] / В.О. Резникова., Ю.А. Толстолуцкий., В.М. Моисеева // В сборнике: Актуальные направления научных исследований: перспективы развития. материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Чебоксары. - 2023. - С. 18-19.

125. Родина, О. В. Затраты на устранение нежелательных реакции при различных режимах химиотерапии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / В.О. Родина., Ю.Н. Николенко., А.Д. Иванова // Туберкулез и социально - значимые заболевания. - 2021. - № 4. - С. 32-42.

126. Родина, О. В. Нежелательные реакции при различных режимах химиотерапии больных туберкулезом органов дыхания [Текст] / В.О. Родина., Е.С. Борисов., А.Д. Иванова // Туберкулез и социально - значимые заболевания. - 2020. - № 2. - С. 44-54.

127. Родионова, И. И. Опыт применения нового противотуберкулезного препарата бедаквилин у больных туберкулезом в Волгоградской области [Текст] / И.И. Родионова., А.Э. Муташева // В сборнике: Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. - 2019. - С. 341.

128. Рузанов, Д. Ю. Новых схемы и новых препараты в лечении туберкулеза: шагаем в ногу? [Текст] / Рузанов Д.Ю., Скрягина Е.М., Буйневич И.В // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2021. - Т. 23. - № 1. - С. 27-42.

129. Русакова, Л. И. Микробиологическая диагностика туберкулеза в России в 2020 году: достижения и вызовы [Текст] / И.Л. Русакова., Б.В. Галкин., А.С. Стерликов // Медицинский альянс. - 2021. - № 3. - Т. 9. - С. 12-21.

130. Русакова, Л. И. Когортный анализ результативности лечения больных туберкулезом, в том числе с устойчивостью к рифампицину, с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам в Российской Федерации за 2016-2020 гг [Текст] / И.Л. Русакова., А.Д. Кучерявая., В.Т. Измайлова // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. - 2022. - № 3. - С. 54-64.

131. Русских, А. Е. Краткосрочные схемы лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Современная ситуация и дальнейшие перспективы [Текст] / Е.А. Русских., М.Д. Кутузова., В.О. Ловачева // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - № 12. - Т. 98. - С. 57-66.

132. Рябов, А. Ю. Особенности течения менингита туберкулезной этиологии [Текст] / Ю.А. Рябов // Конференция - актуальные проблемы туберкулеза. - 2019. –С. 345-380.

133. Савин, А. А. Синдром Гейена - Барре у больной туберкулезом [Текст] / А.А. Савин., В.А. Бугун., Б.Е. Цомаева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2023. - Т. 123. - № 8. - С. 129-133.

134. Савоненкова, Л. Н. Структура внелегочного туберкулеза: проблемы дифференциальной диагностики [Текст] / Н.Л. Савоненкова., Л.О. Арямкина // В сборнике: Фундаментальные и прикладные проблемы здоровьесбережения человека на Севере. Сборник статей IV Всероссийской научно - практической конференции. - 2019. - С. 75-83.

135. Савоненкова, Л. Н. Характеристика генерализованного туберкулеза с летальным исходом [Текст] / Н.Л. Савоненкова., В.С. Анисимова., Б.В. Поддубный // В сборнике: Национальные проекты: вызовы и решения. материалы 55 межрегиональной научно-практической медицинской конференции. Министерство здравоохранения Ульяновской области; ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Ульяновск. - 2020. - С. 478-479.

136. Савченко, А. Ю. К вопросу об актуальности разработки новых противотуберкулезных препаратов [Текст] / Ю.Р. Савченко., В.Г. Раменская., Г.В. Кукес., С.М. Буренков // Фарматека. - 2022. - № 10. - Т. 29. - С. 10-15.

137. Салоникиди, А. И. Серозные менингиты: особенности течения и проблема диагностики [Текст] / И.А. Салоникиди., А.Ю. Сотник., А.Е. Чебалина // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2021. - Т. 26. - № 3. - С. 263-268.

138. Свинцева, Е. В. Клинический случай туберкулезного спондилита с формированием натечных абсцессов [Текст] / В.Е. Свинцева., Н.Н. Федорова., И.В. Горынцева // Молодой ученый. - 2021. - № 6 (348). - С. 106-110.

139. Сечко, О. Г. Анализ ассортимента противотуберкулезных лекарственный средств, зарегистрированных в Российское Федерации и Республике Беларусь [Текст] / Г.О. Сечко., М.В. Царенков., С.Н. Голяк // Вестник фармации. - 2019. - № 4 (86). - С. 51-59.

140. Сечко, О. Г. Клинические исследования противотуберкулезных препаратов в Российской Федерации [Текст] / Г.О. Сечко., С.Н. Голяк., М.В. Царенков // В сборнике: Современные технологии в медицинском образовании. Материалы международной научно - практической конференции, посвященной 100-летию Белорусского государственного медицинского университета. Минск. - 2021. - С. 2075-2077.

141. Синицын, М. В. Лечение туберкулеза в современных условиях [Текст] / В.М. Синицын., В.М. Калинина., М.Е. Белиловский [и др.] // Терапевтический архив // - 2020. - № 8. - Т. 92. - С. 86-94.

142. Сироджидинова, У. Ю. Диагностика и лечение туберкулезного менингита у детей / Сироджидинова У.Ю., Бобоходжаев О.И., Укуматшоева // Учебно-методическая разработка для студентов медицинского и педиатрического факультетов, интернов и клинических ординаторов кафедры фтизиопульмонологии –Утв. научно-методического совета ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. -2021 – С. 20.

143. Скрипченко, Н. В. Листериозный менингоэнцефалит в современных условиях (клиническое наблюдение у ребенка 7 лет) [Текст] / В.Н. Скрипченко., А.А. Вильниц., С.Е. Егорова // Вопросы практической педиатрии. - 2021. - Т. 16. - № 5. - С. 152-160.

144. Скрягина, Е. М. Безопасность и эффективность бедаквилина при лечении туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / М.Е. Скрягина // Клиническая инфектология и паразитология. - 2021. - Т. 10.- № 4. - С. 352-367.

145. Соловей, Н. В. Оппортунистические поражения нервной системы у ВИЧ- позитивных пациентов: диагностика, дифференциальная диагностика с новообразованиями ЦНС и терапия [Текст] / В.Н. Соловей., С.Л. Данилкович., А.В. Косс // Евразийский онкологический журнал // - 2019. - № 3. - Т. 7. - С. 322-337.

146. Солодовникова, В. В. Применение аутологичных мезенхимальных стромальных клеток для лечения пациентов с лекарственно – устойчивым туберкулезом легких [Текст] / В.В. Солодовникова., Е.А. Скрягин., И.Я. Исайкина // Рецепт. - 2022. - № 5. - Т. 25. - С. 633-641.

147. Соцкий, П. О. Генерализованный туберкулез и многоплодная беременность [Текст] / О.П. Соцкий., Г.Л. Геворкян., Л.О. Соцкая // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - № 98 (2). - С. 41-45.

148. Ставицкая, Н. В. Многофакторный анализ результатов применения бедаквилина в терапии МЛУ/ШЛУ – туберкулеза легких [Текст] / В.Н. Ставицкая., Г.И. Фелькер., М.Е. Жукова // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - № 7. - Т. 98. - С. 56-62.

149. Старшинова, А. А. Эффективность применения бедаквилина у больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью [Текст] / А.А. Старшинова., М.М. Назаренко., Н.Е. Беляева // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - № 5. - Т. 100. - С. 56-63.

150. Ступина, О. О. Туберкулез нервной системы [Текст] / О.О. Ступина., Ф.Х. Бисемалиева // В сборнике: Наука и технологии: перспективы развития и применения. сборник статей VI Международной научно - практической конференции. Петрозаводск. - 2024. - С. 146-150.

151. Ташпулатова, Ф. К. Клиническое течение и диагностика туберкулезного менингита [Текст] / К.Ф. Ташпулатова., А.Р. Фаттахов., З.А. Абдусаматов // В сборнике: Актуальные проблемы туберкулеза. Материалы VIII Межрегиональной научно - практической и учебно-методической конференции с международным участием, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом. Конференция - актуальные проблемы туберкулеза. Под общей редакцией А.В. Асеева. - 2019. - С. 135-137.

152. Тешебаева, А. К. Особенности диагностики туберкулеза у детей и подростков. Новые режимы лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью у детей в Кыргызской Республике [Текст] / К.А. Тешебаева., В.Е. Жданова., А.И. Губанкова // Здравоохранение Кыргызстана. - 2019. - № 1. - С. 16-20.

153. Тихонов, А. М. Эффективность химиотерапии с применением бедаквилина у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя [Текст] / М.А. Тихонов // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. - 2019. - № S1. - С. 132.

154. Толочко, К. А. Особенности течения туберкулезного менингита у ВИЧ-инфицированных больных [Текст] / А.К. Толочко., А.А. Бицадзе // В книге: Сборник тезисов 84-ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием студенческого научного общества им. проф. Н.П. Пятницкого. Краснодар. - 2023. - С. 303-306.

155. Трефилова, В. И. Медико-социальная характеристика больных туберкулезным менингитом [Текст] / И.В. Трефилова., Г.П. Сысоев., Е.О. Русских // Молодой ученый // - 2021. - №. 8 (350). – С. 32-35.

156. Тулепова, Г. Э. Состояние и перспективы активного мониторинга и управления безопасностью противотуберкулезных препаратов в Республике Казахстан [Текст] / Э.Г. Тулепова., Р. Сейкаш // Фтизиопульмонология. - 2022. - № 1. - С. 169-176.

157. Туткышбаев, С. О. Внелегочный туберкулез [Текст] / О.С. Туткышбаев., К.Л. Аманжолова., Г.Р. Достарбаев // Фтизиопульмонология. - 2022. - № 1. - С. 32-36.

158. Тыныстанова, Р. И. Особенности клинических проявлений и течения туберкулезного менингита у взрослых в современных условиях [Текст] / И.Р. Тыныстанова., Б.А. Азыкова., А.К. Душимбекова // Здравоохранение Кыргызстана. - 2022. - №. 2. - С. 103-107.

159. Усов, К. И. Современная фармакотерапия туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью [Текст] / И.К. Усов // Современные технологии и научно - технический прогресс. - 2022. - № 9. - С. 285-286.

160. Уштанит, А. И. Молекулярная детекция устойчивости M.tuberculosis к бедаквилину и ленезолиду на биологических микрочипах [Текст] / И.А. Уштанит., Н.А. Любимова., В.Д. Зименков // В книге: III объединенный форум физиологов, биохимиков и молекулярных биологов. Материалы: VII съезд биохимиков России. X Российский симпозиум «белки и пептиды». VII съезд физиологов СНГ. Москва. - 2021. - С. 259.

161. Фаттахов, Р. А. Клинико - лабораторные, инструментальные показатели при туберкулезном менингите [Текст] / А.Р. Фаттахов // Конференция - актуальные вопросы современной медицины. - 2019. - С. 224-226.

162. Фаттахов, Р. А. Клиническое течение и диагностика туберкулезного менингита в современных условиях [Текст] / А.Р. Фаттахов // Forcipe. – 2019. - № S1.–Т. 2.- С. 906-907.

163. Фаттахов, Р. А. Прогностическая значимость факторов риска развития туберкулезного менингита [Текст] / А.Р. Фаттахов // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. - 2021. - № S1. - С. 123-125.

164. Федькина, Ю. А. Случай генерализованного туберкулеза с развитием туберкулезного менингоэнцефалита [Текст] / А.Ю. Федькина., Л.О. Тимченко., Ю.Т. Смирнова // Инфекционный болезни: новости, мнения, обучение. - 2022. - №. 1 (40). - Т. 11. - С. 143-147.

165. Филинюк, О. В. Переносимость и эффективность химиотерапии у больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью с включением бедаквилина[Текст] / В.О. Филинюк., Ю.Д. Щегерцов., Н.Н. Кабанец., Э.Д. Амичба // Туберкулез и болезни легких. - 2022. - № 9. - Т. 100. - С. 40-45.

166. Филиппов, А. В. Минимальная ингибирующая концентрация бедаквилина у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и ее клиническое значение [Текст] / В.А. Филиппов., Е.С. Борисов., В.И. Перетокина // Туберкулез и социально-значимые заболевания. - 2021. - № 2. - С. 63-64.

167. Филиппов, А. В. Применение бедаквилина в составе режимов химиотерапии туберкулеза легких [Текст] / В.А. Филиппов., Е.С. Борисов // В сборнике: Научные труды (К 80-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки, профессора, академика РАН В.И. Литвинова). Москва. - 2021. - С. 144-161.

168. Ханалиев, В. Ю. Диагностика и лечение туберкулезного менингита в современных условиях [Текст] / Ю.В. Ханалиев., И.М. Кутиев., А.М. Муталимов // В сборнике: Актуальные вопросы клинической медицины. сборник статей III Всероссийской научно-практической конференция с международным участием, памяти заслуженного деятеля науки РД, заслуженного врача РФ и РД, Народного врача РД, профессора Хархарова М.А. Махачкала. - 2023. - С. 337-341.

169. Ханалиев, В. Ю. Современные принципы диагностики и лечения туберкулезного менингита [Текст] / Ю.В. Ханалиев., И.М. Кутиев., А.М. Муталимов // В сборнике: Актуальные вопросы клиники и эпидемиологии инфекционных болезней «Шамовские чтения». Материалы XXV все Российской научно - практической конференции с международным участием. Махачкала. - 2023. - С. 84-88.

170. Ходарина, Ю. В. Особенности течения и терапии ВИЧ-ассоциированного туберкулезного менингита [Текст] / В.Ю. Ходарина., С.Д. Кудрина // Молодежный инновационный вестник. - 2021. - № S1. – Т. 10. – С. 545-547.

171. Хорошинина, Л. П. Прижизненно нераспознанный вторичный туберкулез у гериатрического пациента: клинический случай [Текст] / П.Л. Хорошинина., А.Ю. Фоминых // University Therapeutic Journal. - 2021. - Т. 3. - № 4. - С. 136-144.

172. Хохлова, З. А. Поражения центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных больных в эпидемиологически неблагополучном регионе [Текст] / А.З. Хохлова., А.Р. Галева., В.Т. Середа // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2019. - Т. 9. - № 4. - С. 35-42.

173. Челнокова, О. Г. Излечение стероидного деструктивного туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий у больной с ревматоидным артритом [Текст] / Г.О. Челнокова., А. А. Баранов., А. Таххан // Туберкулез и социально-значимые заболевания. - 2020.- № 1. - С. 67-71.

174. Черников, А. Ю. Результативность комплексного лечения пациентов с туберкулезом органов дыхания с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя с применением препарата бедаквилин [Текст] / Ю.А. Черников., В.Е. Абрамова // В сборнике: Фармакология разных стран. Материалы IV Всероссийской дистанционной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Курского

государственного медицинского университета и 75-летию Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 г.г. Курск. - 2020. - С. 169-172.

175. Чугаев, Ю. П. Туберкулез мозговых оболочек у детей и взрослых [Текст] / П.Ю. Чугаев // Учебное пособие. – М. - 2019. – С. 71.

176. Шарипов, Б. П. Современные методы диагностики туберкулезного менингита среди детского населения [Текст] / Шарипов Б.П., Юсупджанова Д.М., Сироджидинова У.Ю. // Вестник Авиценны. - 2018. -Том 20. - № 2. - С.305-308.

177. Шахгильдян, В. И. Новые подходы к этиологической диагностике поражений центральной нервной системы у больных ВИЧ – инфекцией [Текст] / И.В. Шахгильдян., С.М. Ядрихинская., А.Э. Домонова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2023. - Т. 13. - № 1. - С. 46-54.

178. Ширшов, И. В. Опыт работы отделения реанимации и интенсивной терапии для детей с 2000 по 2020 годы в составе Московского Городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом [Текст] / В.И. Ширшов., В.Д. Леонтьев., В.С. Буркин // Туберкулез и социально - значимые заболевания. - 2020. - № 2. - С. 29-38.

179. Шур, К. В. Тест–система для INVITRO скрининга кандидатов в антимикобактериальные препараты на устойчивость, опосредованную MMPS5 – MMPL5 – транспортерами [Текст] / В.К. Шур., Г.С. Фролова., И.Н. Акимова // Генетика. - 2021. - № 1. - Т. 57. - С. 108-111.

180. Эльгали, А. И. Отдаленные результаты лечения у больных лекарственно – резистентным туберкулезом легких при неэффективности предшествующей терапии [Текст] / И.А. Эльгали., В.А. Асеев., С.Д. Рясенский // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2019. - № 2. - Т. 24. - С. 88-91.

181. Юпатов, Ю. Г. Вирусный гепатит с у пациентов с туберкулезом органов дыхания [Текст] / Г.Ю. Юпатов., И.Т. Дмитраченко., В.И. Кучко // Клиническая инфектология и паразитология. - 2022. - № 3. - Т. 11. - С. 255-263.

182. Яблонский, П. К. Повышение эффективности лечения больных туберкулезом легких с применением новых схем терапии [Текст] / К.П. Яблонский., А.А. Старшинова., М.М. Назаренко // Вестник современной клинической медицины. - 2022. - № 2. - Т. 15. - С. 67-75.

183. Яблонский, П. К. Эффективность лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя у больных с различным коморбидным статусом [Текст] / К.П. Яблонский., А.А. Старшинова., М.М. Назаренко // Медицинский альянс. - 2022. - № 1. - Т. 10. - С. 6-15.

184. Яцкевич, Н. В. Предварительные данные об эффективности и безопасности 9-месячных режимов лечения пациентов с рифампицин – устойчивым туберкулезом в Республике Беларусь [Текст] / В.Н. Яцкевич., Э. Гурбанова., Л.Г. Гуревич // Рецепт. - 2022. - № 5. - Т. 25. - С. 618 -632.

185. Яцкевич, Н. В. Предварительные данные об эффективности модифицированных коротких режимов лечения пациентов с туберкулезом с устойчивостью к рифампицину в Республике Беларусь [Текст] / В.Н. Яцкевич., Э. Гурбанова., Л.Г. Гуревич // В сборнике: БГМУ в авангарде медицинской науки и практики. Рецензируемый ежегодный сборник научных трудов. В 2-х томах. Под редакцией С.П. Рубниковича, В.А. Филонюка. Минск. - 2022. - С. 158-164.

186. Яцкевич, Н. В. Предварительная оценка эффективности, прогностических факторов неблагоприятных исходов 9-месячных режимов лечения пациентов с рифампицин – устойчивым туберкулезом в Республике Беларусь [Текст] / В.Н. Яцкевич., Э. Гурбанова., Л.Г. Гуревич // Рецепт. - 2023. - № 1. - Т. 26. - С. 23-35.

187. Abe T. Tuberculous Meningitis in Which Inflammation Cannot Be Adequately Suppressed by Standard Therapy: How to Think and Treat. Brain Nerve [Text] / Abe T., Fukusako T. – 2022. – May. - №74(5). – pp. 427-432.

188. Ahlawat S. Advances in tuberculous meningitis diagnosis [Text] / Sonia Ahlawat., Renu Chaudhary. // Expert Review of Molecular Diagnostics. – 2020. - №8. – P. 54-61.

189. Aksamit A. Meningitis [Text] / Aksamit A., J Jr., Berkowitz AL. // Continuum (MinneapMinn). – 2021. – 27 (4).

190. Basu, R. R. Defeating Paediatric Tuberculous Meningitis: Applying the WHO. "Defeating Meningitis by 2030: Global Roadmap" [Text] / Basu Roy R., Basu Roy. R., Bakeera-Kitaka S., Chabala C., Gibb DM // Microorganisms. - 2021. - № 9 (4). - p. 857

191. Bahr, N. C. Inadequate diagnostics: the case to move beyond the bacilli for detection of meningitis due to Mycobacterium tuberculosis. J Med [Text] / Bahr NC., Meintjes G., Boulware DR // Microbiol. – 2019. – May. - № 68 (5). – pp. 755-760.

192. Bradshaw, M. J. Neurosarcoidosis: pathophysiology, diagnosis, and treatment [Text] / Bradshaw, M. J, Pawate S, Koth, L. L // Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. – 2021, - №8 (6). – e. 1084.

193. Brode, S. D. Chapter 8: Drug-resistant tuberculosis [Text] / Brode, S. D., Dwilow R., Kunimoto D // Can J Respir Crit Care Sleep Med. – 2022. - №6 (Suppl 1). – pp. 109–28.

194. Chen, Y. Z. Pooled analysis of the Xpert MTB/RIF assay for diagnosing tuberculous meningitis [Text] / Chen, Y. Z., Sun, L. C., Wen, Y. H // Biosci Rep. – 2020. - Jan 31. - № 40 (1). BSR20191312.

195. Conradie F. Bedaquiline-Pretomanid, Linezolid Regimens for Drug-Resistant Tuberculosis [Text] / Conradie F., Bagdasaryan, T. R., Borisov S // N Engl J Med. – 2022. -№387 (9). – pp. 810–23.

196. Cresswell, F. V. Intensified antibiotic treatment of tuberculosis meningitis [Text] / Cresswell, F. V., Te, Brake L., Atherton R // Expert Rev Clin Pharmacol. 2019. - №3. – pp. 267-288

197. Cresswell, F. V. Tuberculous Meningitis International Research Consortium. Recent developments in tuberculous meningitis pathogenesis and diagnostics [Text] / Cresswell, F. V., Davis, A. G., Sharma K // Wellcome Open Res. – 2020. - №4. – p. 164.

198. Davis, A. G. The pathogenesis of tuberculous meningitis [Text] / Davis, A. G., Rohlwink, U. K., Proust A // J Leukoc Biol. – 2019. - №105. – pp. 267-280.
199. Dasovic, B. Granulomatous diseases of the central nervous system [Text] / Dasovic B., Ewa B., Schneck, M. J // Curr Neurol Neurosci Rep. – 2022. - №22 (1). – pp. 33-45.
200. Daniel, B. D. Tuberculous meningitis in children: clinical management & outcome [Text] / Daniel, B. D., Grace GA., Natrajan M // Indian J Med Res. – 2019. - №150. – pp. 117–130.
201. Davis A. Treatment of tuberculous meningitis and its complications in adults [Text] / Davis A., Meintjes G., Wilkinson, R. J // Curr Treat Options Neurol – 2018. -№20 (3). – p. 5.
202. de Almeida, S. M. Real-time Polymerase Chain Reaction for Mycobacterium tuberculosis Meningitis is More Sensitive in Patients with HIV Co-Infection [Text] / de Almeida, S. M., Santana, L. B., Jr, G. G // Curr HIV Res. – 2020. - №18 (4). – pp. 267-276.
203. de Almeida, S. M. Cerebrospinal fluid lactate as a predictive biomarker for tuberculous meningitis diagnosis [Text] / de Almeida, S. M., Kussen, G. B., Cogo, L. L // Diagnosis (Berl). – 2022. – Dec 8. - №10 (2). – pp. 130-139.
204. De Alwis S., Fernando A. Tuberculous Meningitis: Is the Fixed Dose Anti-TB treatment strategy effective? Case report from Sri Lanka (P3-10.002) [Text] / Neurology. – 2023. - April 25, issue 100 (17_supplement_2).
205. Dian S. Brain MRI findings in relation to clinical characteristics and outcome of tuberculous meningitis [Text] / Dian S., Hermawan R., van Laarhoven A // PLoS ONE. – 2020. - №15 (11). e 0241974.
206. Donovan J. The neurocritical careoftuberculous meningitis [Text] / Donovan J., Figaji A., Imran D // Lancet Neurol. – 2019. - Aug. - №18 (8). – pp. 771-783.
207. El, Jammal. T. Challenging mimickers in the diagnosis of sarcoidosis: a case study [Text] / El, Jammal. T., Jamilloux Y., Gerfaud-Valentin M // Diagnostics (Basel). – 2021. - №11 (7). – p. 1240.

208. Esmail A. An All-Oral 6-Month Regimen for Multidrug-Resistant Tuberculosis: A Multicenter, Randomized Controlled Clinical Trial (the NExTStudy) [Text] / Esmail A., Oelofse S., Lombard C // Am J Respir Crit Care Med. – 2022. - №205 (10). – pp. 1214–27.

209. Eurelings, L. E. M. Sensitivity and specificity of serum soluble interleukin-2 receptor for diagnosing sarcoidosis in a population of patients suspected of sarcoidosis [Text] / Eurelings, L. E. M., Miedema, J. R., Dalm V // PLoS One. – 2019. - №14 (10). - e0223897.

210. Farooq, H. Z. Limited Capability for Testing Mycobacterium tuberculosis for Susceptibility to New Drugs [Text] / Farooq, H. Z, Cirillo, D M., Hillemann D // Emerg Infect Dis. – 2021. -№27 (3). – pp. 985–7.

211. Garcia, J. J. B. Tecson-Delos Santos CMA.Dancing Out of Step: A Case of Tuberculous Meningitis Presenting as Childhood Chorea. Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y) [Text] / Garcia, J. J. B // - 2024. - Apr 10. - №14. – p. 17.

212. Garg, R. K. Microbiological diagnosis of tuberculous meningitis: Phenotype to genotype [Text] / R, K. Garg // Indian J. Med. Res. – 2019. – Nov. - №150 (5). – pp. 448-457.

213. Green K. Central Nervous System Lymphoma [Text] / Green K, Hogg JP. // StatPearls. - 2022. №11(6). C 49-56

214. Guzman-Soto, M. I. From head to toe: granulomatosis with polyangiitis [Text] / Guzman-Soto M. I., Kimura Y, Romero-Sanchez G // Radiographics. – 2021. - №41 (7). – pp. 1973-1991.

215. Hai, H. T. Evaluation of the molecular bacterial load assay for detecting viable Mycobacterium tuberculosis in cerebrospinal fluid before and during tuberculous meningitis treatment [Text] / Hai, H. T., Sabiiti W, Thu, D. D. A // Tuberculosis (Edinb). – 2021. - May. - №128. - 102084.

216. Hareshkumar, C. N. Meningitis complicated by weil's Syndrome - Management of tuberculosis in a patient with concurrent hepatic and renal dysfunction [Text] / Hareshkumar, C. N., Gopal P., Diggikar, P. M // Int J Mycobacteriol. – 2022. - Apr – Jun. - №11 (2). – pp. 205-207.

217. He, R. L. The rare manifestations in tuberculous meningoencephalitis: a review of available literature [Text] / He, R. L., Liu Y., Tan Q // Ann Med. – 2023. - Dec. - №55 (1). – pp. 342-347.

218. Hernandez, A. V. Diagnostic accuracy of Xpert MTB/RIF for tuberculous meningitis: systematic review and meta analysis [Text] / Adrian V Hernandez., Laryssa de Laurentis., Isadora Souza. // Tropical medicine and International health. – 2020. - №14. – pp. 41-48.

219. Hernandez, A. V. Diagnostic accuracy of Xpert // MTB/RIF for tuberculous meningitis: systematic review and metaanalysis [Text] / Adrian V Hernandez., Laryssa de Laurentis., Isadora Souza // Tropical medicine and International health. - 2020. - №14. – pp. 41-48.

220. Huynh J. Tuberculous meningitis in children: reducing the burden of death and disability [Text] / Huynh J., Abo, Y. N., du Preez. K // Pathogens. – 2021. - №11 (1). – p. 38.

221. Hu X. Integrating exosomal microRNAs and electronic health data improved tuberculosis diagnosis [Text] / Hu X., Liao S., Bai H // EBio Medicine. – 2019. - №40. – pp. 564–573.

222. Imam, Y. Z. Accuracy of clinical scoring systems for the diagnosis of tuberculosis meningitis in a case mix of meningitides a retrospective cohort study [Text] / Imam, Y. Z., Ahmedullah H., Chandra P // J Neurol Sci. – 2020. - Sep 15. - №416. - 116979.

223. Jiang Y. Myelitis: A Common Complication of Tuberculous Meningitis Predicting Poor Outcome [Text] / Jiang Y., Xu X., Guo Z // Front Neurol. – 2022. - №13. - 830029.

224. Kalita J. Movement Disorder in Tuberculous Meningitis [Text] / Kalita J., Misra, U. K., Vibhute A // Neurol India. – 2022. - Sep-Oct. - №70 (5). – pp. 2196-2199.

225. Kidd, D. P. Neurosarcoidosis: clinical manifestations, investigation and treatment [Text] / Kidd, D. P // Pract Neurol. – 2020. - №20 (3). – pp. 199-212.

226. Kimuda S. Advancing Diagnosis and Treatment in People Living with HIV and Tuberculosis Meningitis [Text] / Kimuda S., Kasozi D., Namombwe S // CurrHIV/AIDSRep. – 2023. - Dec. - №20 (6). – pp. 379-393.

227. Krichene, M. A. Ethambutol-induced toxic optic neuropathy during treatment of tuberculosis meningitis in a child [Text] / Krichene, M. A., Hassina S., Mrad K // J Fr Ophtalmol. – 2023. - Jun. - № 46 (6). – pp. 658-661.

228. Lampros A. Tuberculous meningitis: When should we consider depletive lumbar punctures? [Text] / Lampros A., Baille G., De Broucker T // Infect Dis Now. – 2021. – Jun. - №51 (4). – pp. 401-402.

229. Lee, S. A. A New Scoring System for the Differential Diagnosis between Tuberculous Meningitis and Viral Meningitis [Text] / Lee, S. A., Kim, S. W., Chang, H. H // J Korean Med Sci. – 2018. - Jul 30. - №33 (31). – e 201.

230. Leonard, J. M. Central Nervous System Tuberculosis. Microbiol Spec [Text] / Leonard, J. M., Lange C., Dheda K // Management of drug-resistant tuberculosis. Lancet. – 2019. - №394 (10202). – 953 – 66.

231. Li X. Rapid Diagnosis of Tuberculosis Meningitis by Detecting Mycobacterium tuberculosis Cell-Free DNA in Cerebrospinal Fluid [Text] / Li X., Du W., Wang // Am J Clin Pathol. – 2020. – Jan 14. - №153 (1). – pp. 126-130.

232. Li, Y. J. Elevated matrix metalloproteinase concentrations offer novel insight into their role in pediatric tuberculous meningitis [Text] / Li, Y. J., Wilkinson, K. A., Wilkinson, R.J // J Pediatr Infect Dis Soc. – 2020. - №9. – pp. 82–86.

233. Lin J. Tuberculous Meningitis or Neurosarcoidosis—a Diagnostic Quandary From the National Multiple Sclerosis Society Case Conference Proceedings [Text] / J. Lin., J. Pulst-Korenberg., S, S. Zamvil // Neurol NeuroimmunolNeuroinflamm. - 2024. №11. - e200184.

234. Lin Y. Comparative performance of microbiological methods for the detection of tuberculous meningitis pathogens in cerebrospinal fluid [Text] / Lin Y., Zhang W., Xiong Y // Diagn Microbiol Infect Dis. – 2023. - Oct. - №107 (2). - 116025.

235. Liu Q. Cytokine profiles in cerebrospinal fluid of patients with meningitis at a tertiary general hospital in China [Text] / Liu Q., Gao Y., Zhang B // J Microbiol Immunol Infect. – 2020. - №3. – pp. 216–224.

236. Madan M. Outcome of tuberculous meningitis in children aged 9 months to 12 years at the end of intensive phase of treatment [Text] / Madan M., Sehgal R., Tuli I. P // Indian J Tuberc. – 2023. - 70 Suppl 1. - S104 - S115.

237. Manyelo, C. M. Application of cerebrospinal fluid host protein biosignatures in the diagnosis of tuberculous meningitis in children from a high burden setting [Text] / Manyelo, C. M., Solomons, R. S., Snyders, C. I // Mediators Inflamm. – 2019. - 7582948.

238. Manyelo, C. M. Potential of host serum protein biomarkers in the diagnosis of tuberculous meningitis in children [Text] / Manyelo, C. M., Solomons, R. S., Snyders, CI // Front Pediatr. – 2019. – 7. – p. 376.

239. Manyelo, C. M. Tuberculous meningitis: pathogenesis, immune responses, diagnostic challenges, and the potential of biomarker-based approaches [Text] / Manyelo, C. M., Solomons, R. S., Walzl G // J ClinMicrobiol. – 2021. – 59. - e01771 - 20.

240. Mechai F. Tuberculous meningitis: Challenges in diagnosis and management [Text] / Mechai F., Bouchaud O // Rev Neurol (Paris). – 2019. – Sep – Oct. - №175 (7-8). – pp. 451-457.

241. Murphy, O. C. Teaching NeuroImages: Tuberculous meningitis: Remembering the Rich focus [Text] / Murphy, O. C., Pardo, C. A // Neurology. – 2020. – Dec 15. - №95 (24). - e3452-e3453.

242. Murphy, S. G. Direct detection of drug-resistant Mycobacterium tuberculosis using targeted next generation sequencing [Text] / Murphy, S. G., Smith C., Lapierre P // Front. Public Health. – 2023. - №11. – P. 1206056.

243. Nahid P. Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline [Text] / Nahid P, Mase, S. R., Migliori, G. B., Sotgiu G // Am J Respir Crit Care Med. – 2019. - Nov 15. - №200 (10). – e 93 – e 142.

244. Nguyen, D. T. Trends of tuberculosis meningitis and associated mortality in Texas, 2010 –2017, a large population-based analysis [Text] / Nguyen, D. T., Agarwal S., Graviss, E. A // PLoS One. – 2019. - №14. - e0212729.

245. Nunn, A. J. A Trial of a Shorter Regimen for Rifampin-Resistant Tuberculosis [Text] / Nunn, A. J., Phillips, P. P., Meredith, S. K // N Engl J Med. – 2019. - №380 (13). – pp. 1201–13.

246. Nuwagira E. Diagnostic and Prognostic Value of Cerebrospinal Fluid Lactate and Glucose in HIV-Associated Tuberculosis Meningitis [Text] / Nuwagira E., Huppler, Hullsiek K., Jjunju S // Microbiol Spectr. – 2022. - Aug 31. - №10 (4). - e0161822.

247. Opota O. The rapid molecular test Xpert MTB/RIF ultra: Towards improved tuberculosis diagnosis and rifampicin resistance detection [Text] / Opota O., Mazza-Stalder J., Greub G // Clin Microbiol Infect. – 2019. - №25 (11). – p. 1370.

248. Otto C. Analysis of soluble interleukin-2 receptor as CSF biomarker for neurosarcoidosis [Text] / Otto C., Wengert O., Unterwalder N // Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. – 2020. - №7 (4). – e 725.

249. Palacios, G. F. Challenges in the diagnosis of tuberculous meningitis [Text] / Carlo Foppiano Palacios., Paul, G. Saleeb // Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases. – 2020. - №87. – pp. 148-156.

250. Pan L. Genome-wide miRNA analysis identifies potential biomarkers in distinguishing tuberculous and viral meningitis [Text] / Pan L., Liu F., Zhang J // Front Cell Infect Microbiol. – 2019. – №9. – p. 323.

251. Pawate S. Sarcoidosis and the nervous system [Text] / Pawate S. // Continuum (Minneap Minn). – 2020. - №26 (3). – pp. 695-715.

252. Pillenahalli, M. R. Imaging findings in spinal sarcoidosis: a report of 18 cases and review of the current literature [Text] / Pillenahalli Maheshwarappa R. // Neuroradiol J. – 2019. - №32 (1). – pp. 17-28.

253. Poplin V. Methods for rapid diagnosis of meningitis etiology in adults [Text] / Poplin V., Boulware, D. R., Bahr, N. C // Biomark Med. – 2020. - №14. – pp. 459–479.

254. Pormohammad A. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of nucleic acid amplification tests for tuberculous meningitis [Text] / Pormohammad A., Nasiri, M. J., McHugh TD // J Clin Microbiol. – 2019. - №57. - e01113-18.

255. Purmohamad A. HIV-Tuberculous Meningitis Coinfection: A Systematic Review and Meta-analysis [Text] / Purmohamad A., Azimi T., Nasiri M. J // Curr Pharm Biotechnol. - 2021; - №22(7). – c. 960-968.

256. Ramachandran, P. S. Integrating central nervous system metagenomics and host response for diagnosis of tuberculosis meningitis and its mimics [Text] / Ramachandran, P. S., Ramesh A., Creswell, F. V // Nat Commun. – 2022. - Mar 30. - №13 (1). – p. 1675.

257. Rizvi I. Role of aspirin in tubercular meningitis: a systematic review and meta-analysis [Text] / Rizvi I., Garg, R. K., Malhotra, H. S // Neurol India. – 2019. - №67 (4). – p. 993.

258. Rohilla R. Efficacy and safety of aspirin as an adjunctive therapy in tubercular meningitis: A systematic review and meta-analysis [Text] / R. Rohilla., N. Shafiq., S. Malhotra // The Lancet. – 2021. – April 16.

259. Rohlwink, U. K. Tuberculous meningitis in children is characterized by compartmentalized immune responses and neural excitotoxicity [Text] / Rohlwink, U. K., Figaji A., Wilkinson K. A // Nat Commun. – 2019. - №10. – p. 3767.

260. Sahoo H. Extracentral nervous system tuberculosis in HIV-uninfected patients of tuberculous meningitis: A prospective evaluation [Text] / Sahoo H., Garg, R. K., Rizvi I // J Infect Public Health. - 2020. - №8.

261. Schaaf, H. S. Management of tuberculous meningitis in children. [Text] / Schaaf, H. S., Seddon, J. A. // Paediatr Int Child Health. – 2021. - Nov. - №41 (4). – pp. 231-236.

262. Schaller, M. A. Central nervous system tuberculosis: etiology, clinical manifestations and neuroradiological features [Text] / Schaller, M. A., Wicke F., Foerch C // Clin Neuroradiol. – 2019. - №29 (1). – pp. 3–18.

263. Seddon, J. A. Tuberculous Meningitis International Research Consortium. The current global situation for tuberculous meningitis: epidemiology, diagnostics, treatment and outcomes [Text] / Seddon, J. A., Tugume L., Solomons R // Wellcome Open Res. – 2019. - №4 – p. 167.

264. Seid G. Microbiological diagnosis and mortality of tuberculosis meningitis: Systematic review and meta-analysis [Text] / Seid G., Alemu A., Dagne B // PLoS One. – 2023. - Feb 16. - №18 (2). - e0279203.

265. Sharma K. Xpert MTB/RIF ultra for the diagnosis of tuberculous meningitis: A diagnostic accuracy study from India [Text] / Sharma K., Sharma M., Sharp M // Curr Opin Pulm Med. – 2020. - №26 (5). – pp. 568-573.

266. Shen Y. Efficacy of Xpert MTB/RIF Ultra in diagnosing tuberculosis meningitis: A systematic review and meta-analysis [Text] / Shen Y., Yu G., Zhao W // Medicine (Baltimore). – 2021. - Jul 23. - №100 (29). – e 26778.

267. Shree R. Meningitis [Text] / Shree R., Modi M., Goyal M // Tuberculosis (Edinb). – 2020. – Dec. – 125. - 101990.

268. Siddiqi, O. K. Prospective Cohort Study on Performance of Cerebrospinal Fluid (CSF) Xpert MTB/RIF, CSF Lipoarabinomannan (LAM) Lateral Flow Assay (LFA), and Urine LAM LFA for Diagnosis of Tuberculous Meningitis in Zambia [Text] / Siddiqi, O. K., Birbeck, G.L., Ghebremichael M // J Clin Microbiol. – 2019. - Jul. - 26. - №57 (8). - e00652-19.

269. Slane, V. H. Tuberculous Meningitis. [Updated 2022 Nov 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Text] / Slane VH, Unakal CG. // - 2024. - Jan. - Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541015/

270. Sodersten E. Diagnostic accuracy study of a novel blood-based assay for identification of TB in people living with HIV [Text] / Sodersten E., Ongarello S., Mantsoki A // - 2020: medRxiv https:// doi.org/10.1101/2020.06.10.20127209.

271. Soni N. Expert Commentary on "The Brain and Meninges in Tuberculosis Meningitis - Gross Pathology in 100 Cases and Pathogenesis" by Darab K Dastur,

VS Lalitha, PM Udani, and Usha Parekh [Text] / Soni N., Bathla G., Tandon, P. N // Neurol India. – 2020. – Nov – Dec. - №68 (6). –pp. 1281-1284.

272. Soria J. Mortality in hospitalized patients with tuberculous meningitis [Text] / Soria J., Metcalf T., Mori N // BMC Infect Dis. – 2019. - Jan 05. - №19 (1). – p. 9.

273. Tomalka J. Combined cerebrospinal fluid metabolomic and cytokine profiling in tuberculosis meningitis reveals robust and prolonged changes in immunometabolic networks [Text] / Tomalka J., Sharma A., Smith M // Tuberculosis (Edinb). – 2024. – Jan. – p. 144. - 102462.

274. Tong J. A case report about a child with drug-resistant tuberculous meningitis [Text] / Tong J., Gao M., Chen Y // BMC Infect Dis – (2023). №23. – c 83. - https://doi.org/10.1186/s12879-023-07990-x

275. Tucker, E. W. Delamanid central nervous system pharmacokinetics in tuberculous meningitis in rabbits and humans [Text] / Tucker, E. W., Pieterse L., Zimmerman, M. D // Antimicrob Agents Chemother. – 2019. - №63 (10). - e00913 - 919. https://doi.org/10.1128/AAC.00913-19.

276. Upton, C. M. Pharmacokinetics of bedaquiline in cerebrospinal fluid (CSF) in patients with pulmonary tuberculosis (TB) [Text] / Upton, C. M., Steele, C. I., Maartens G // J Antimicrob Chemother. – 2022. - May 29. - №77 (6). – pp. 1720-1724.

277. van Laarhoven A. Immune cell characteristics and cytokine responses in adult HIV-negative tuberculous meningitis: an observational cohort study [Text] / van Laarhoven A., Dian S., van Dorp S // Sci Rep. – 2019. - №9. - 884. https://doi.org/10.1038/ s41598-018-36696-3.

278. van Toorn R. The use of thalidomide to treat children with tuberculosis meningitis: A review [Text] / van Toorn R., Zaharie, S. D., Seddon, J. A // Tuberculosis (Edinb). – 2021. – Sep. - № 130. - 102125.

279. Vanino E. Update of drug-resistant tuberculosis treatment guidelines: A turning point [Text] / Vanino E., Granozzi B., Akkerman, O. W // Int J Infect Dis. – 2023, May. - №130. - Suppl 1: S12-S15. doi: 10.1016/j.ijid.2023.03.013.

280. Wang, M. G. Treatment outcomes of tuberculous meningitis in adults: a systematic review and meta-analysis [Text] / Wang, M. G., Luo L., Zhang Y // BMC Pulm Med. – 2019. - №19, 200. https://doi.org/10.1186/s12890-019-0966-8.

281. Wei Z. Diagnostic accuracy of in-house real-time PCR assay for Mycobacterium tuberculosis: a systematic review and metaanalysis [Text] / Wei Z., Zhang X., Wei C // BMC Infect Dis. – 2019. - №19. – p. 701.

282. Whitworth, L. J. Elevated cerebrospinal fluid cytokine levels in tuberculous meningitis predict survival in response to dexamethasone. [Text] / Whitworth, L. J., Troll R., Pagán, A. J // Proc Natl Acad Sci U S A. – 2021. - Mar 9. - №118 (10). – e 2024852118.

283. WHO Announces updated definitions of extensively drug-resistant tuberculosis. – 2021. - Available at: https://www.who.int/news/item/27-01-2021-whoannounces-updated-definitions-of-extensively-drug-resistant-tuberculosis.

284. World Health Organization. Global tuberculosis report. Geneva: WHO. - 2022.

285. World Health Organization. Rapid communication: key changes to the treatment of drug-resistant tuberculosis. Geneva (CH): WHO; May. - 2022. https://www.who.int/ publications/i/item/WHO-UCN-TB-2022-2

286. World Health Organization. Meeting report of the WHO expert consultation on the definition of extensively drug-resistant tuberculosis, 27-29 October 2020. Geneva (CH): (WHO). - 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240018662.

287. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. module 4: treatment: drug-resistant tuberculosis treatment. Geneva (CH): WHO. - 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240007048.

288. Yadav S. Loss of Consciousness and Cardiac Arrest as an Atypical Presentation of Tubercular Meningitis: A Case Report [Text] / Yadav S., Acharya S., Thapa A // JNMA J Nepal Med Assoc. – 2022. - Jul 1. - №60 (251). – pp. 654-656.

289. Ye T. A case of meningitis caused by the Mycobacterium Tuberculosis [Text] / Ye T., Luo Y. // Asian J Surg. – 2024. – May. - №47 (5). – pp. 2320-2321.
290. Zhang P. H nuclear magnetic resonance-based metabolic profiling of cerebrospinal fluid to identify metabolic features and markers for tuberculosis meningitis [Text] / Zhang P., Zhang W., Lang Y // Infect Genet Evol. – 2019. - Mar. - №68. – pp. 253-264.

ИНТИШОРОТИ АЗ РӮЙИ МАВЗӮИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М] Зиёзода, З.К. Клинико-диагностическое исследование туберкулёзного менингита [Матн] / М.Т. Ганиева, З.К. Зиёзода, Ф.С. Негматов, М.О. Исрофилов, Т.Б. Точбоев // Научно-медицинский журнал “Симурғ”. - 2020. - №8 (4). – С. 58-61.

[2-М] Зиёзода, З.К. Современные подходы к диагностике туберкулёзного менингита [Матн] / З.К. Зиёзода, К.А. Закирова, Дж.М. Юсупджанова, К.И. Пиров // Научно - практический журнал “Здравоохранение Таджикистана”. - 2024. - №4 (363). - С. 115-120.

[3-М] Зиёзода, З.К. Дифференциальная диагностика больных с туберкулёзным менингитом, менингоэнцефалитом и туберкулёмой головного мозга [Матн] / З.К. Зиёзода, Ш.М. Олимбоев, Ф.С. Фатоев, Б.М. Абдуллоев // “Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”. – 2024. - №1. – С. 10-15.

[4-М] Зиёзода, З.К. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний и туберкулеза позвоночника (Обзор литературы). [Матн] / О.И. Бобоходжаев, Д.К. Сохибов, К.А. Закирова, З.К. Зиёзода // Научно-медицинский журнал “Симурғ”. - 2024. - №22 (2). - С. 178-184.

[5-М] Зиёзода, К.З. Оценка эффективности лечения больных туберкулёзным менингитом [Матн] / З.К. Зиёзода, И.О. Бобоходжаев, Р.Э. Рахмонов, А.К. Закирова // Научно - медицинский журнал “Симурғ”. - 2024. - №23 (3) - С. 90-95.

[6-М] Зиёзода, З.К. Современные методы дифференциальной диагностики туберкулёзного менингоэнцефаломиелита с помощью МРТ-контрастирования (клинический случай) [Матн] / З.К. Зиёзода, О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова, К.А. Сохибов, Д.М. Юсупджанова // Научно-медицинский журнал “Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”. - 2024. - №4. - С. 114-117.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмуаҳои конференсияҳо нашршуда

[7-М] Зиёзода, З.К. Смертность ВИЧ–инфицированных лиц от туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью [Матн] / П.У. Махмудова, Б.Г. Муминзода, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова, З.К. Зиёзода // Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции (с международным участием) “Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения”. - Душанбе. - 7 октября, 2022. – С. 21-23.

[8-М] Зиёзода, З.К. Клинические проявления и диагностика туберкулёзного менингита на фоне ВИЧ–инфекции и туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью [Матн] / П.У. Махмудова, З.К. Зиёзода, Р.У. Махмудова, К.А. Закирова // Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции (с международным участием) “Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения”. – Душанбе. - 7 октября, 2022. – С. 65-66.

[9-М] Зиёзода, З.К. Современные методы диагностики туберкулёзного менингита [Матн] / К.А. Закирова, З.К. Зиёзода, Р.У. Махмудова, П.У. Махмудова, М. Шарипова // Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан” (с международным участием) “Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование – основа современной подготовки кадров здравоохранения”. – Душанбе. - 27 октября, 2023. – С. 75-76.

[10-М] Зиёзода, З.К. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу и ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан [Матн] / К.А. Закирова, Р.У. Махмудова, П.У. Махмудова, М.А. Шарипова, З.К. Зиёзода, Г.Б. Шарипова // Материалы 10-го Регионального симпозиума по вопросам лечения туберкулёза в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) “Научный прорыв: решение проблемы лекарственно-устойчивого туберкулёза - в наших руках”. – Душанбе. - 3-4 мая. 2023. - С. 34-37.

[11-М] Зиёзода, З.К. Основные факторы риска развития туберкулёзного менингита у детей в Республике Таджикистан [Матн] / Г.М. Нурова, З.К.

Зиёзода, У.И. Розиков // Материалы XIX научно–практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием “Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня”. – Душанбе. - 2024. - Том 1. – С. 332.

[12-М] Зиёзода, З.К. Сравнительная оценка клинической эффективности инфузионной терапии с пероральным введением противотуберкулёзных препаратов у больных туберкулёзным менингита [Матн] / З.К. Зиёзода, К.А. Закирова, У.И. Розиков // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции “Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике» с международным участием, посвященной 85-летию ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Том 1 (хирургические дисциплины, терапевтические дисциплины, педиатрия). – Душанбе. - 2024. - С. 275.

[13-М] Зиёзода, З.К. Сравнительные данные по заболеваемости туберкулёзом в Республике Таджикистан за десятилетний период, с 2014 по 2023 гг. [Матн] / Х.Х. Киёмидинов, Г.Б. Шарвонова, З.К. Зиёзода // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции “Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике” с международным участием, посвящённой 85-летию ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Том 1 (хирургические дисциплины, терапевтические дисциплины, педиатрия). – Душанбе. - 2024. - С. 287.

[14-М] Зиёзода, З.К. Выявление туберкулёзного менингита по данным головного противотуберкулёзного стационара [Матн] / З.К. Зиёзода, О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова // Материалы ежегодной IV республиканской научно-практической конференции НОУ Медико-социальный институт Таджикистана “Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”. Приложение к научно-практическому журналу “Вестник медико-социального института Таджикистана”. – Душанбе. - 18 - 19 октября 2024. - №4. - С. 17-18.

[15-М] Зиёзода, З.К. Особенности диагностики и клинического течения туберкулёзного менингита на современном этапе [Матн] / Б.П.,

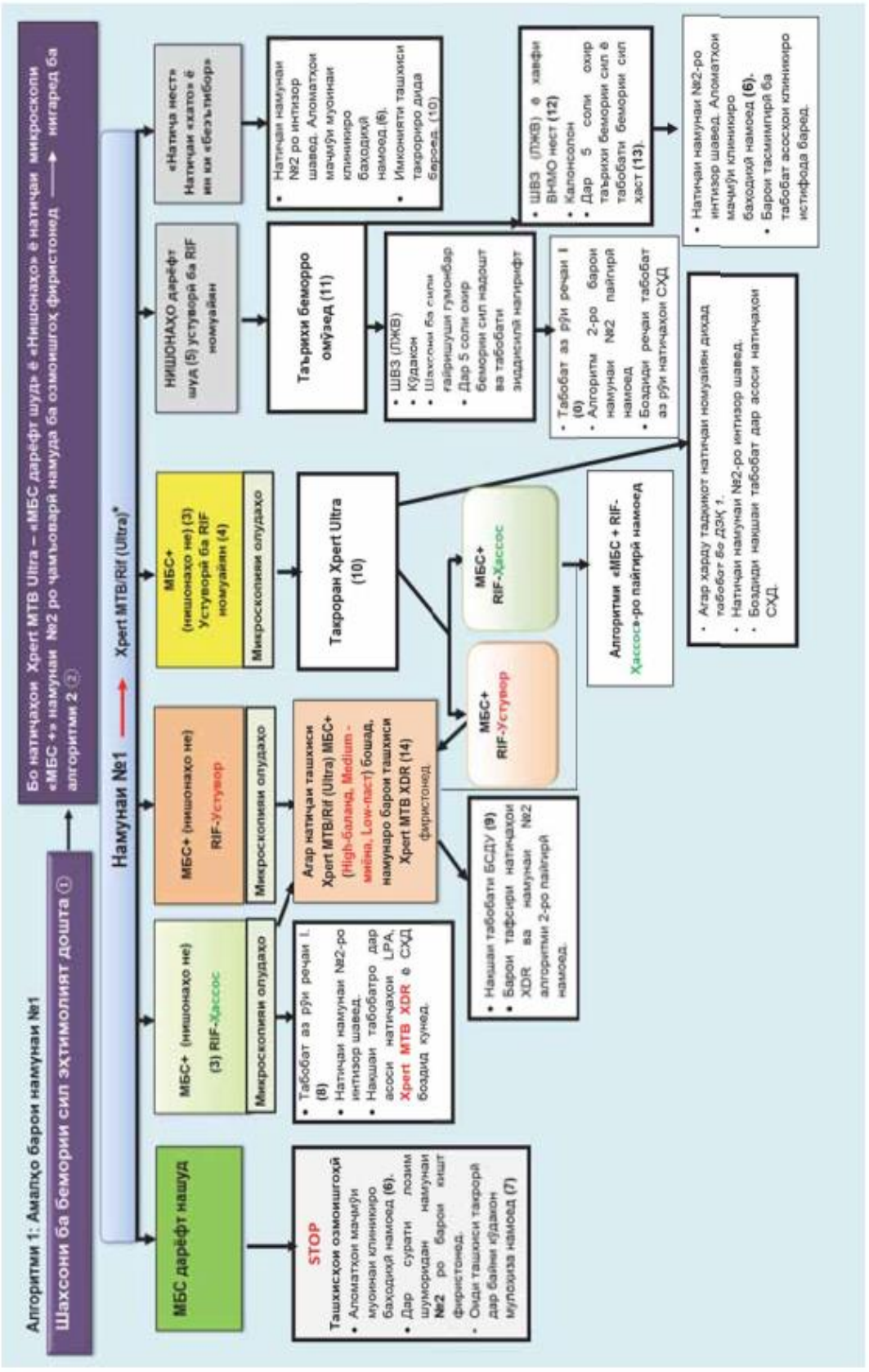
Пирмахмадзода, З. К. Зиёзода, Д.М. Юсупджанова, Н.И. Якубова, Д.М. Ибрагимова // “Каломи табиб”, маҷаллаи илмӣ-оммавӣ. – Душанбе. - 2024. - №3 (28) - С. 25-27.

[16-М] Зиёзода, З.К. Клинико–диагностическое исследование туберкулёзного миелита [Матн] / З.К. Зиёзода, О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова, Дж.М. Юсупджанова // Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием. “Медицинская наука и образование - от традиций к инновациям”. – Душанбе. - 11 октября 2024 года. - С. 208-209.

[17-М] Зиёзода, З.К. Менеджмент побочных реакций на противотуберкулёзные препараты при лечении туберкулёза центральной нервной системы с вовлечением профильных специалистов [Матн] / З.К. Зиёзода, Ш.Дж. Рустамзода, Ю.Ё. Мухаммад // Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы. Материалы XX (юбилейной) научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” с международным участием. – Душанбе. - 25 апреля, 2025. - Том 1. - С. 345-346.

[18-М] Зиёзода, З.К. Эффективность лечения как критерии, отражающие свойства противотуберкулёзных и антибактериальных препаратов проникать через гематоэнцефалический барьер [Матн] / З.К. Зиёзода, Г.Дж. Рахмоналиева, М.О. Махмудов // Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы. Материалы XX (юбилейной) научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” с международным участием. – Душанбе. - 25 апреля, 2025. - Том 1. - С. 346.

[19-М] Зиёзода, З.К. Инновационные методы выявления и диагностики туберкулёза органов дыхания среди контактных детей [Матн] / П.У. Махмудова, Р.М. Нуров, К.А. Закирова, З.К. Зиёзода, М.А. Исматова // Сборник статей Первого международного медицинского конгресса государств Евразии. – Душанбе. – 2022. – С. 212.


Замимаи №1: Алгоритми 1 – Амалҳои барои намунаи №1
Алгоритми 1: Амалҳо барои намунаи №1
Шахсони ба бемории сил эҳтимолият дошта (1)
Бо натиҷаҳои Xpert MTB Ultra – «МБС дарёфт шуд» ё «Нишонаҳо» ё натиҷаи микроскопи «МБС +» намунаи №2 ро ҷамъоварӣ намуда ба озмоишгоҳ фиристонед → нигаред ба алгоритми 2 (2)
Намунаи №1
Xpert MTB/Rif (Ultra)*
МБС дарёфт нашуд
STOP
Ташхисҳои озмоишгоҳӣ
• Аломатҳои марбӯи муоинаи клиникиро баҳодиҳӣ намоед (6).
• Дар сурати лозим шумориданамунаи №2 ро барои кишт фиристонед.
• Сиёҳ ташхиси такрорӣ дар байни кӯдакон мулоҳиза намоед (7)
МБС+ (нишонаҳо не) (3) RIF-Ҳассос
Микроскопияи олудаҳо
• Табобат аз рӯи речаи I. (8)
• Натиҷаи намунаи №2-ро интизор шавед.
• Нақшаи табобатро дар асоси натиҷаҳои LPA, Xpert MTB XDR ё СХД бояд кунед.
МБС+ (нишонаҳо не) RIF-Устувор
Микроскопияи олудаҳо
Агар натиҷаи ташхиси Xpert MTB/Rif (Ultra) МБС+ (High-баланд, Medium - миёна, Low-паст) бошад, намунаро барои ташхиси Xpert MTB XDR (14) фиристонед.
• Нақшаи табобати БСДУ (9)
• Барои тафсири натиҷаҳои XDR ва намунаи №2 алгоритми 2-ро пайгирӣ намоед.
МБС+ (нишонаҳо не) (3) Устуворӣ ба RIF номуайянанд (4)
Микроскопияи олудаҳо
Такроран Xpert Ultra (10)
МБС+ RIF-Устувор
МБС+ RIF-Ҳассос
Алгоритми «МБС + RIF-Ҳассос»-ро пайгирӣ намоед
НИШОНАҲО дарёфт шуд (5) устуворӣ ба RIF номуайянанд
Таърихи беморро омӯзед (11)
• ШВЗ (ЛЖВ)
• Кӯдакон
• Шахсони ба сили пайвандшуда гумонбар
• Дар 5 соли охир бемории сил надоштанд ва табобати эндемикӣ напурсидаанд
«Натиҷа нест» Натиҷаи «кат» ё «ин ки «безътибор»
• Натиҷаи намунаи №2 ро интизор шавед. Аломатҳои марбӯи муоинаи клиникиро баҳодиҳӣ намоед (6).
• Имконияти ташхиси такрориро дида бароед. (10)
• Табобат аз рӯи речаи I (8)
• Алгоритми 2-ро барои намунаи №2 пайгирӣ намоед
• Бозёфди речаи табобат аз рӯи натиҷаҳои СХД
• ШВЗ (ЛЖВ) ё хавфи ВНМО нест (12)
• Калонсолон
• Дар 5 соли охир таъриҳи бемории сил ё табобати бемории сил хаст (13).
• Агар ҳарду таҳлилҳои натиҷаи номуайян дикқат табобат ба ДЗҚ 1.
• Натиҷаи намунаи №2-ро интизор шавед.
• Бозёфди нақшаи табобат дар асоси натиҷаҳои СХД.
• Натиҷаи намунаи №2-ро интизор шавед. Аломатҳои марбӯи клиникиро баҳодиҳӣ намоед (6).
• Барои тасмимгирӣ ба табобат асосҳои клиникиро истифода баред.

Замимаи №2: Шарҳу эзоҳ ба алгоритми 1

(1) Нафароне, ки барои ташхиси бемории сил муоина карда мешаванд, калонсолон ва кӯдаконе дохил мешаванд, ки аломатҳо ва нишонаҳои бемории сил ё тағйиротҳо дар акси рентгении шушҳоро доранд. Ин алгоритм, инчунин метавонад барои ташхиси сили ғайри-шушӣ бо истифода аз моеъи хароммағз, биопсияи гирехҳои лимфатикӣ ва дигар намунаҳои бофтаҳо истифода шавад.

(2) **Намунаи №1** ҳангоми муроҷиати мизоҷ ҷамъ карда мешавад ва бояд бо истифодаи усули Xpert MTB/RIF ё Xpert Ultra ҳарчи зудтар тадқиқот карда шавад. **Намунаи №2,** бехтараш балғам пагоҳирӯзӣ ҷамъ карда шуда, барои тадқиқотҳои иловагии дар ин алгоритм тавсифшуда истифода шавад: кишт ва LPA (HAIN MTBDR) ё Xpert MTB XDR. Шахсоне, ки барои сили шуш муоина карда мешаванд, балғам намунаи афзалиятнок аст. Такроран гирифтани намунаҳои бофтаи биопсияи душвор ё ғайриимкон аст ва аз ин рӯ бояд бо усулҳои гуногуни ташхис карда шаванд: Xpert MTB/RIF (Ultra), кишт ва LPA. Дигар намунаҳои ғайришушӣ бояд танҳо дастурҳои амалкунандаи клиникӣ истифода шаванд: дастурҳои клиникии сил, сили кӯдакон, ВИЧ-Сил ва ғ.

(3) Дарёфти МБС (нишонаҳо не) сатҳи баланд, миёна, паст ё хеле пасти ҲДН-и ошкоршудаи МБС-ро дар бар мегирад. Ин қобил ба санҷиши аслии Xpert MTB/RIF ва санҷиши Xpert Ultra дахл доранд. Дар ҳолати ба даст овардани натиҷаи мусбати Xpert MTB/RIF (Ultra), микроскопи балғамро аз ҳамон намуна барои муайян намудани вазъи сироятии бемор гузаронед.

(4) Тафсир ва санҷиши минбаъда барои "МБС дарёфт карда шуд/рифамписинро номуайян" барои озмоиши Xpert Ultra гуногунанд. Натиҷаҳои номуайян одатан бо шумораи хеле ками бактерияҳои дар намуна буда алоқаманданд. Дар ҳолати баланд ва миёна будани ахбороти МБС ва натиҷаи рифамписин номуайян, озмоишгоҳ бояд қачхатаҳои ташхисиро таҳлил карда, эҳтимолияти ҳазфҳои калон ё мутатсияҳои сершуморро, ки ба RIF устуворият мекунанд, истисно кунад. Дар ҳолатҳои дигар, интизор шавед, ки натиҷаҳои намунаи №2 барои тасдиқ ё истисно кардани устуворият ба рифамписин аз ҷониби СҲД ва LPA (HAIN MTBDR plus) дастрас шаванд.

(5) Натиҷаи "МБС дарёфт карда шуд-нишонаҳо" фақат ба тести Xpert Ultra таалуқ дорад.

(6) Таҳқиқоти минбаъда оид ба сил метавонанд рентгени такрории қафаси сина пас аз табобат бо дорухои зиддимикроби спектри васеъ ва ташхиси иловагии клиникӣ тибқи дастурҳои миллӣ, аз нав санҷидани Xpert MTB/RIF Ultra ё кишт дар бар гиранд.

(7) Дар кӯдаконе, ки аломатҳо ва нишонаҳои сили шуш доранд, тадқиқоти Xpert Ultra -ро бо намунаи аз нав гирифташуда такрор кардан мумкин аст. Ғайр аз балғам, намунаҳои шираи меъда, аспиратҳои бинӣ ва ҳочосатро низ истифода кардан мумкин аст. Натиҷаи тадқиқотро тавре, ки дар ин алгоритм нишон дода шудааст, тафсир кунед. Натиҷаи дуввуми тадқиқотро барои қарорҳои клиникӣ истифода баред.

(8) Беморон бояд тибқи дастурҳои миллӣ бо дорухои қатори якум табобат карда шаванд ба шарте, ки бемор барои ба ШМС будан хавфи баланд надошта бошад. Агар устуворият ба изониазид муайян шавад, реҷаи табобатро танзим кунед - ба алгоритми 2 барои намунаи № 2 нигаред.

(9) Беморон бояд фавран тибқи дастурҳои миллӣ табобати сили мутобиқгаштаро оғоз кунанд. Агар ташхиси Xpert XDR дастрас бошад, аз ҳамон намуна тадқиқот гузаронед (Намунаи №1). Барои намунаи № 2 алгоритми 2-ро пайгирӣ кунед. Барои баҳодиҳии устуворият ба дорухои зидди сили усулҳои фенотипӣ (кишт ва СҲД) ва молекулавӣ (LPA ё усули таҳқиқи ҷадвалӣ) мавҷуданд. Усулҳои тезтаёри молекулавӣ бартарӣ дода мешаванд.

(10) Озмоиши Xpert MTB/RIF Ultra-ро бо намунаи нав, бехтараш балғами сахар ҷамкардашуда такрор кунед. Натиҷаи тадкикотро тавре, ки дар ин алгоритм нишон дода шудааст, тафсир кунед. Натиҷаи дуввуми тадкикотро барои қарорҳои клиникӣ истифода баред.

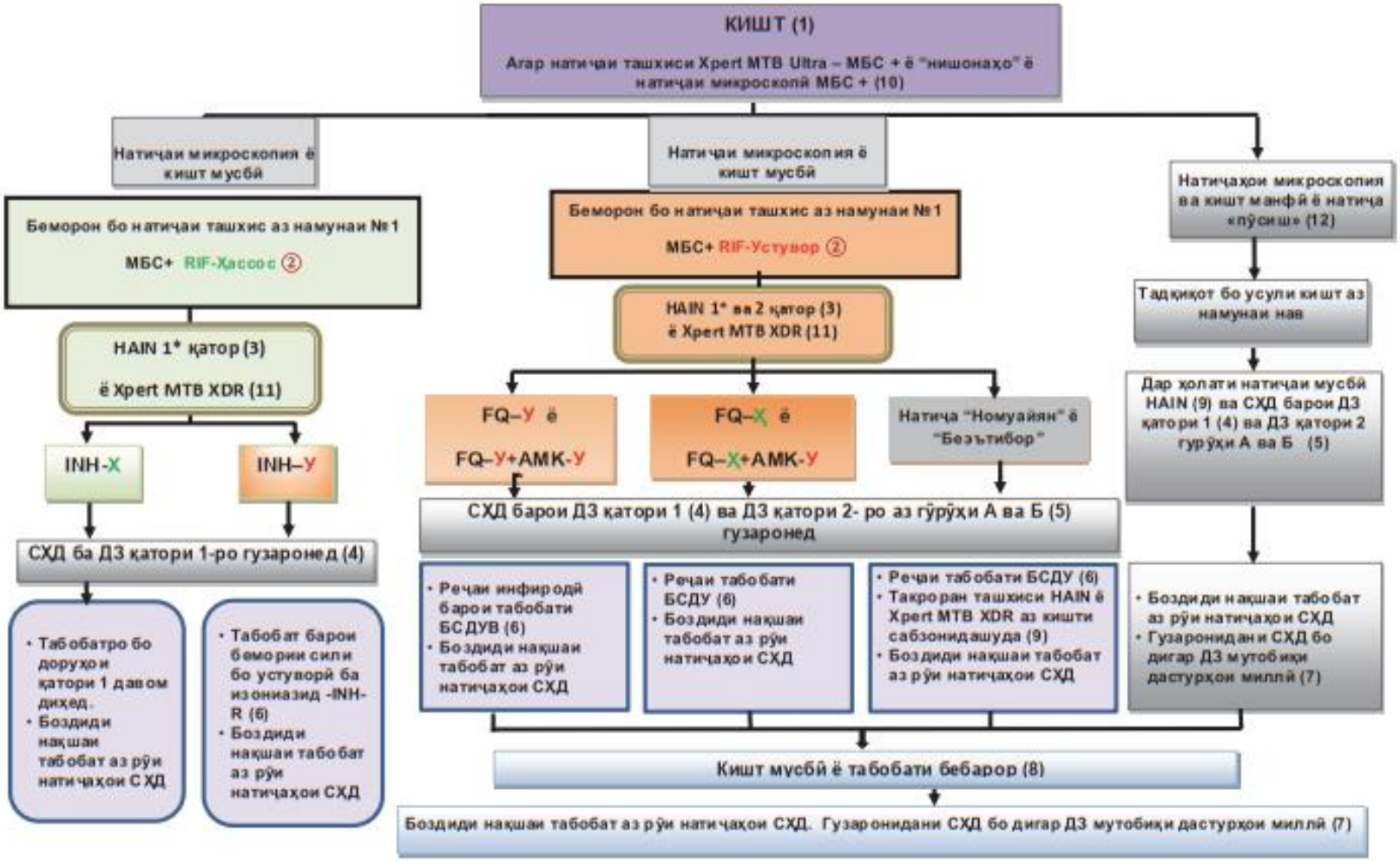
(11) Беморро барои сили шуш ё ғайришушӣ, ВНМО, синну сол ва эхтимолияти табобати беморӣ силро то 5 сол ва аз он бештар баҳодиҳӣ кунед.

(12) Беморӣ ВНМО шахсонеро дар бар мегирад, ки ВНМО доранд ё вазъи ВНМО номаълуманд, аммо далелҳои кавии клиникии сирояти ВНМО дар шароити паҳншавии ВНМО ё дар байни аъзои гурӯҳҳои хавфи ВНМО доранд. Барои ҳаман одамоне, ки ташхиси ВНМО номаълуманд, ташхиси ВНМО бояд мутобики дастурҳои миллӣ гузаронида шавад.

(13) Дар беморони дорои таърихи қаблии сил дар тӯли 5 соли охир ё табобати силро камтар аз 5 сол пеш ба итмом расонидан, натиҷаҳои Xpert Ultra "нишонаҳо" метавонанд на аз сабаби мавҷуд будани раванди фаъоли сил, балки аз сабаби мавҷудияти батсилаҳои ғайризинда бошанд. Озмоиши такрории Xpert MTB/RIF (Ultra) тавсия дода намешавад. Дар ин ҳолат, кишт ва СҲД метавонад барои ошкор намудани беморӣ сил ва устуворияти дорухо муфидтар бошад – нигаред ба Алгоритми 2 барои намунаи №2. Қарорҳои клиникӣ бояд дар асоси ҳама маълумоти мавҷуда ва тасмими клиникӣ қабул карда шаванд.

(14) Агар натиҷаи ташхиси Xpert MTB/RIF (Ultra) МБС (High – баланд, Medium – миёна, Low – паст) бошад, намунаро барои ташхиси Xpert MTB XDR равон намоед. Барои ташхис маводе, ки аллакай барои Xpert MTB/RIF (Ultra) бо маҳлули буфер коркард шудааст, метавонед равон намоед. Дар хотир бояд дошт, ки маводи бо маҳлули буфер коркард шуда дар яхдон дар ҳарорати +4°C на зиёдтар аз 3 соат то интикол додан нигаҳдорӣ карда шавад ва аз вақти коркард бо маҳлули буфер на зиёдтар аз 5 соат гузарад. Дар холати риоя нашудани ин кондаҳо мавод барои ташхиси Xpert MTB XDR бояд аз нав ҷамъоварӣ карда шуда, ба озмоишгоҳ интикол дода шавад.

Замимаи №3. Алгоритми 2: Амал барои намунаи №2



Замимаи №4: Шарҳу эзоҳ ба алгоритми 2

(1) Кишт дар як найчашишаи MGIT ва 2 найчашишаи ЛЙ баъди безараргардони (деконтаминация)-и балғам бо усули Nalc-NaOH, ҳамзамон бо омодасозии олудан санчишӣ аз маводи такшонкардашуда ва рангкунии бо усули Сен-Нилсен. Гузаронидани ташхиси HAIN ё Xpert MTB XDR аз маводи такшонкардашуда, агар ташхиси Xpert MTB XDR барои намунаи №1 (нигаред ба Алгоритми 1) гузаронида нашуда бошад, ё натиҷаи дуруст ба даст наомада бошад.

(2) Бо натиҷаи ташхиси Xpert MTB/RIF (Ultra), ки аз **намунаи №1** ба даст омадааст, муқоиса карда мешавад.

(3) Эҳтимолияти баланд аст, ки намунаҳои натиҷаи микроскопиашон манфӣ, натиҷаи номуайян медиҳанд. Дар ин ҳолат, ташхисро такроран аз кишти мусбӣ гузаронидан лозим аст. Гузаронидани ташхиси HAIN қатори 1 ё Xpert MTB XDR барои ҳодисаҳое, ки устуворӣ дарёфт шуд ва устувории дарёфт нашуд, бисёр муҳим аст. Дар ҳолати аввал барои дарёфти гуногунустуворӣ (гетерорезистентност) ба рифамписин ва дарёфти устуворӣ ба сатҳи пасти изониазид дар асоси мутатсияи генҳои inhA ва katG муҳим аст. Дар ҳолати дуввум, барои дарёфти эҳтимолияти устуворӣ ба изониазид ва этионамид/протеонамид дар асоси мутатсияҳои гени inhA ва katG, муҳим аст. ТУТ тавсия медиҳад, ки натиҷаҳои санчиши молекулавӣ (HAIN line 2 ё Xpert MTB XDR) барои фторхинолонҳо ва амикацин, барои тасмими саривақтӣ барои оғози речаи кӯтоҳи табобати бемор пешниҳод карда шавад, аммо интизорни натиҷа набояд оғози табобатро таъхир кунад.*Бо мавҷуд будани дигар ташхисҳои молекулявӣ мумкин аст HAIN қатори 1 барои тестар муайян намудани ҳассосият ба изониазид ва рифамписин, иваз карда шавад, мисол BD-Max MDR-TB. Агар ташхиси Xpert MTB XDR барои намунаи № 1 (нигаред ба алгоритми №1) аллакай гузаронида шуда бошад ва натиҷаи каноатбахш камаш барои Inh ва Flq ба даст омада бошад, дигар ташхисҳои молекулявӣ гузаронида намешавад!

(4) Барои бемороии бо натиҷаи ташхиси «МБС дарёфт шуд – устуворӣ дарёфт нашуд».

(5) Барои бемороии бо натиҷаи ташхиси «МБС дарёфт шуд – устуворӣ дарёфт шуд" СҲД-ро ба ДЗ қатори 1 ва ДЗ қатори 2-юм, аз гурӯҳи А (Lfx, Mfx, Bdq, Lzd) ва Б (Cfz) гузаронед.

(6) Нигаред ба тавсияҳои ТУТ "Дастурҳои муттаҳидшуда оид ба табобати бемории сили ба дорухо устувор", 2020.

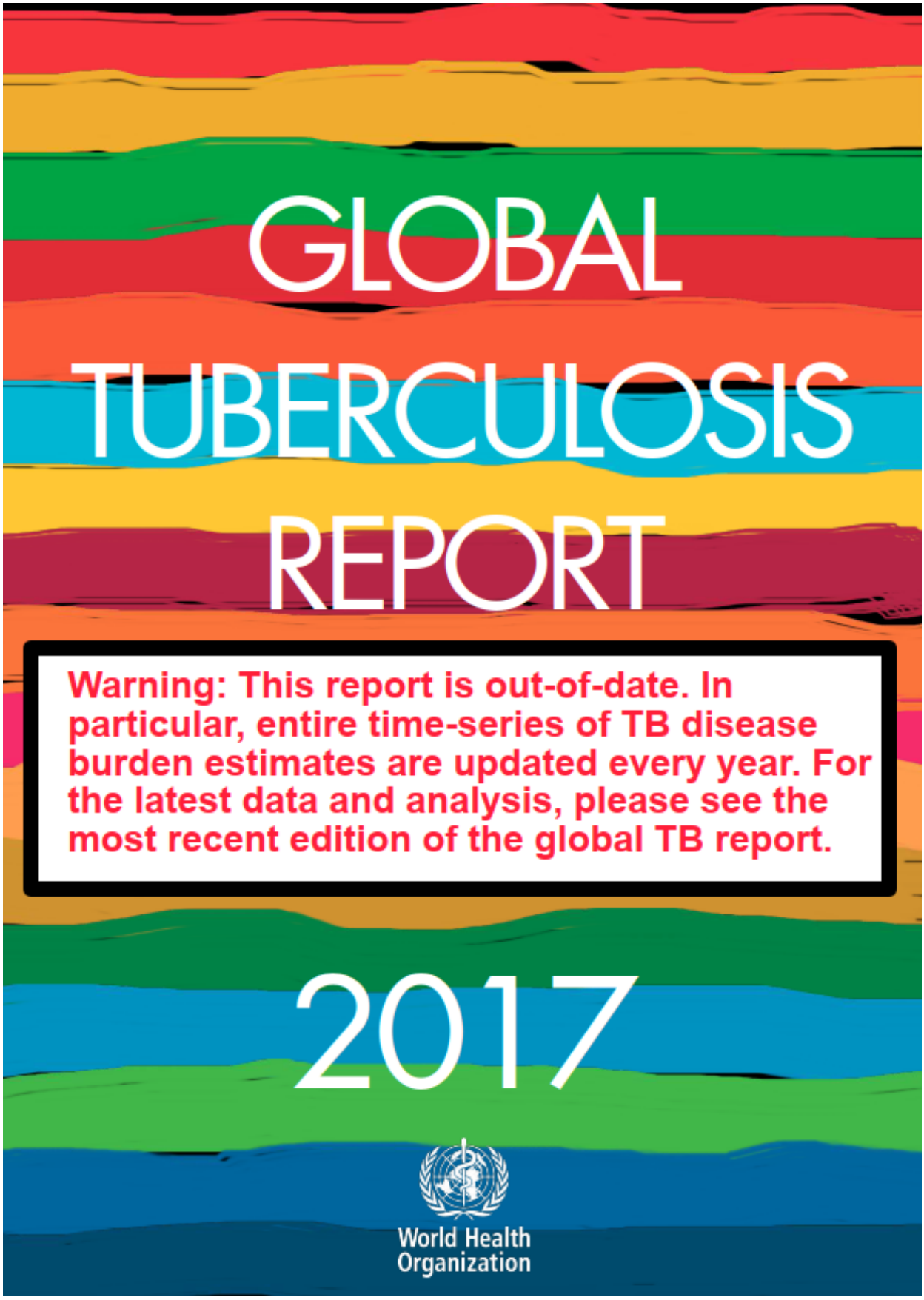
(7) СҲД-ро ба ДЗ қатори 2-юм гурӯҳи С ё дигар дорухои дастрас гузаронед.

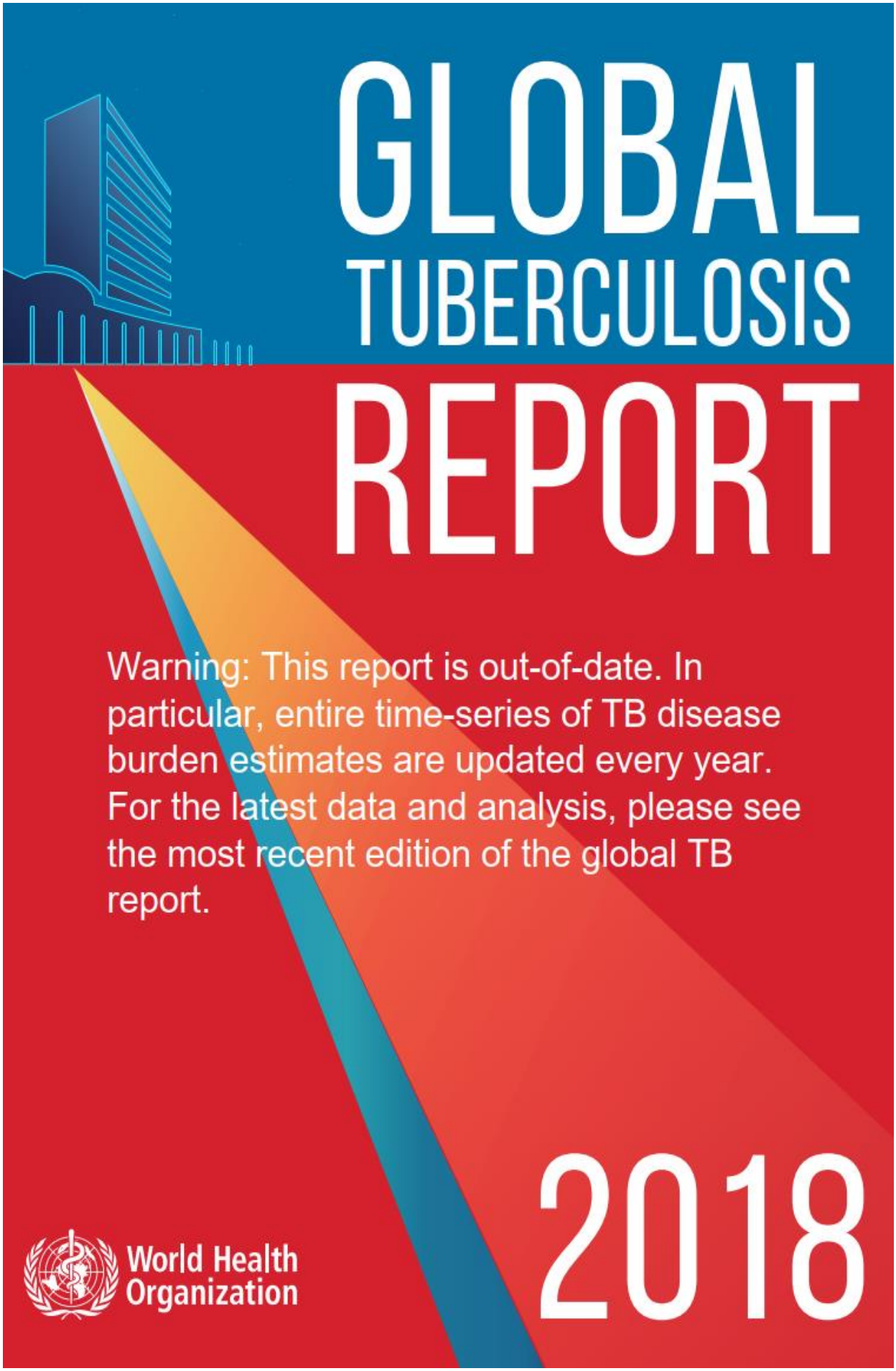
(8) Ташхиси Xpert MTB XDR гузаронед агар натиҷаи ташхиси намунаи №1 «натиҷа "МБС нест", "хато" ё "беэътибор"» бошад.

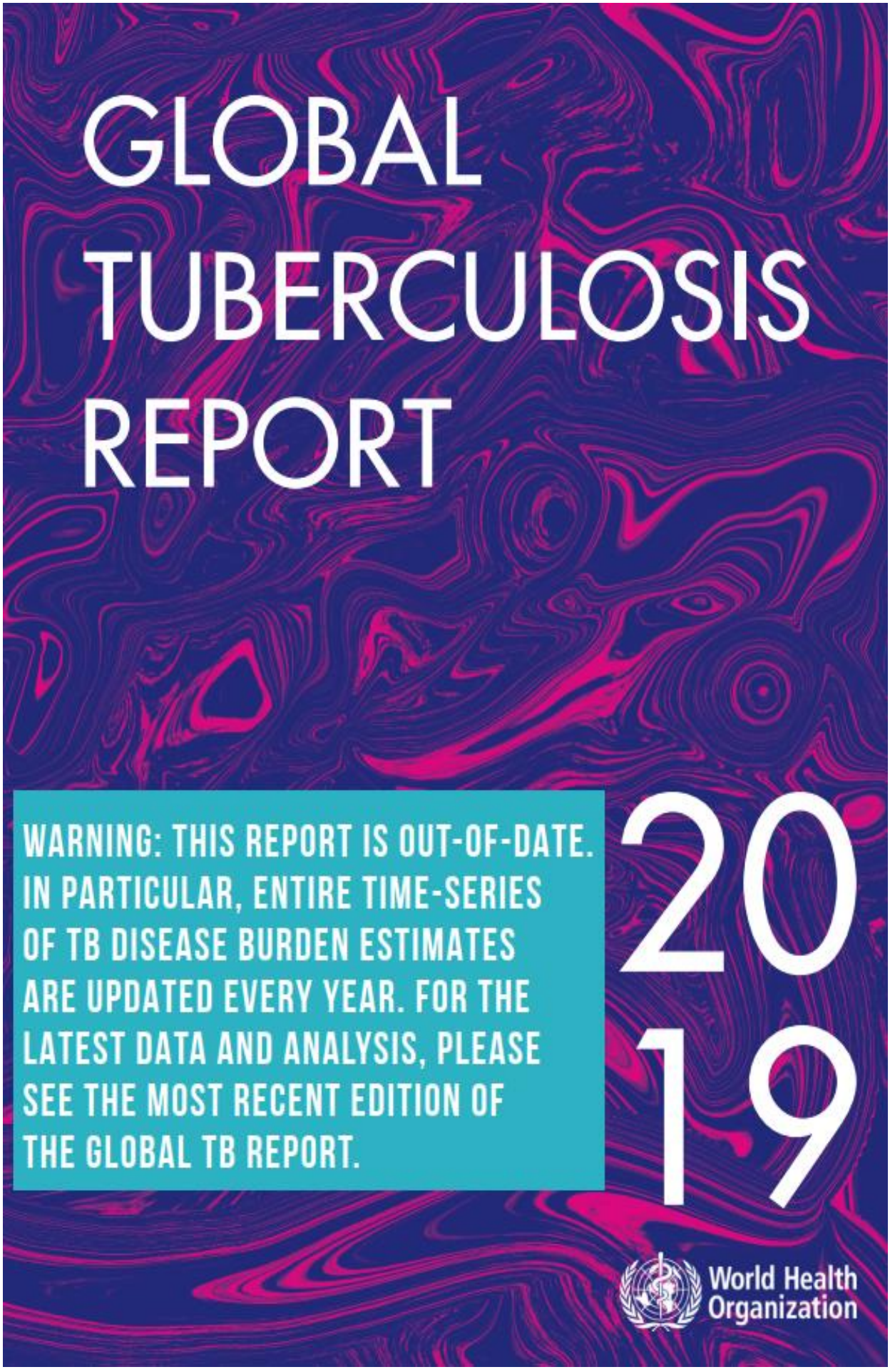
(9) Агар натиҷаҳо Hain 1–2 ё Xpert MTB XDR аз маводи такшонкардашуда манфӣ, ё устуворӣ номуайян бошад, ташхис гузаронед.

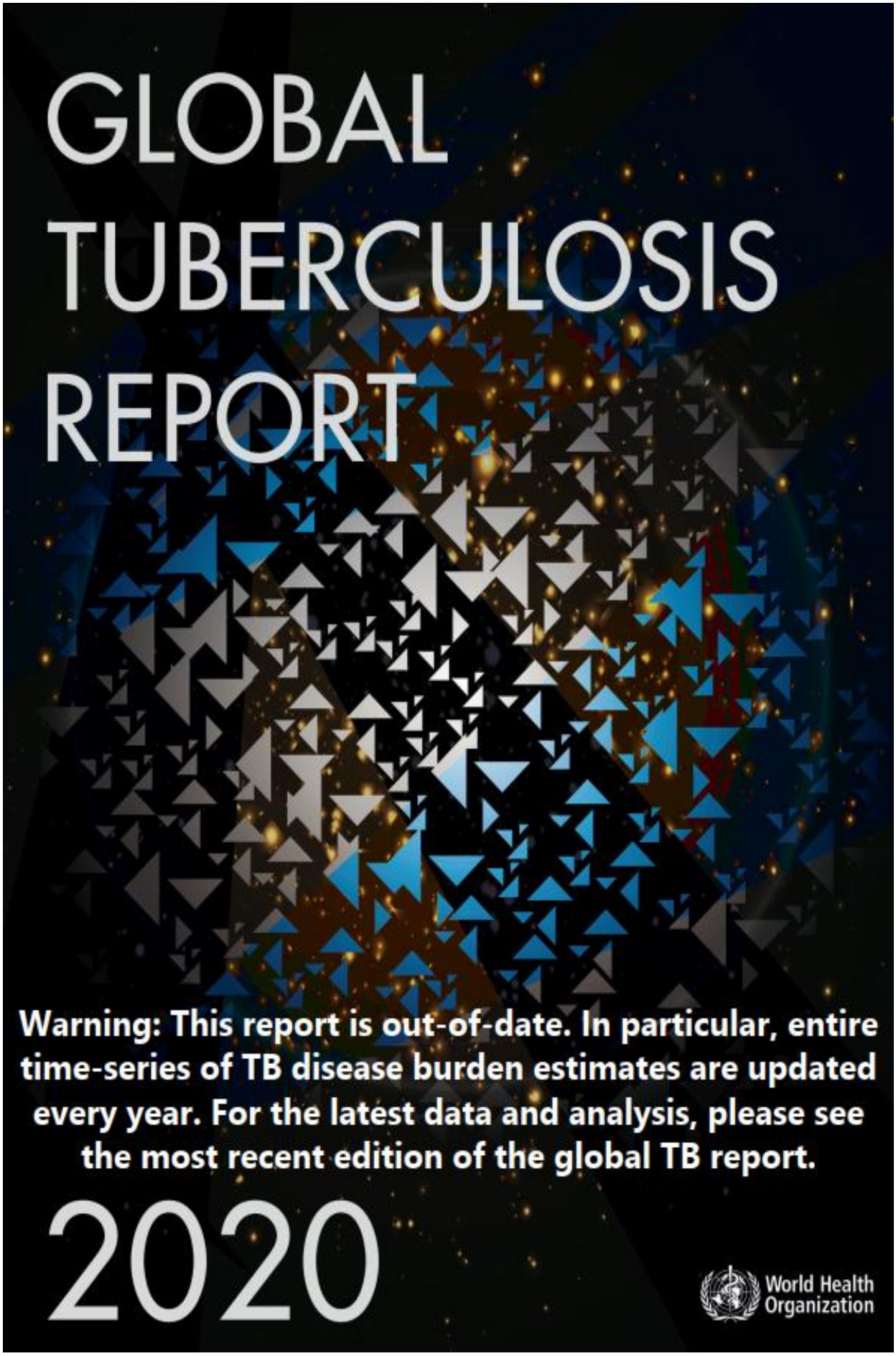
(10) Агар натиҷаи ташхиси Xpert MTB/RIF (Ultra) манфӣ бошад, аммо шахси гумонбар ба бемории сил яке аз ин гурӯҳҳо бошад: кӯдакон, ВНМО+ ва алоқаманд бо бемории сил ё аломатҳои клиникии бемории сил дошта бошад, намунаи №2-ро барои кишт фиристонед.

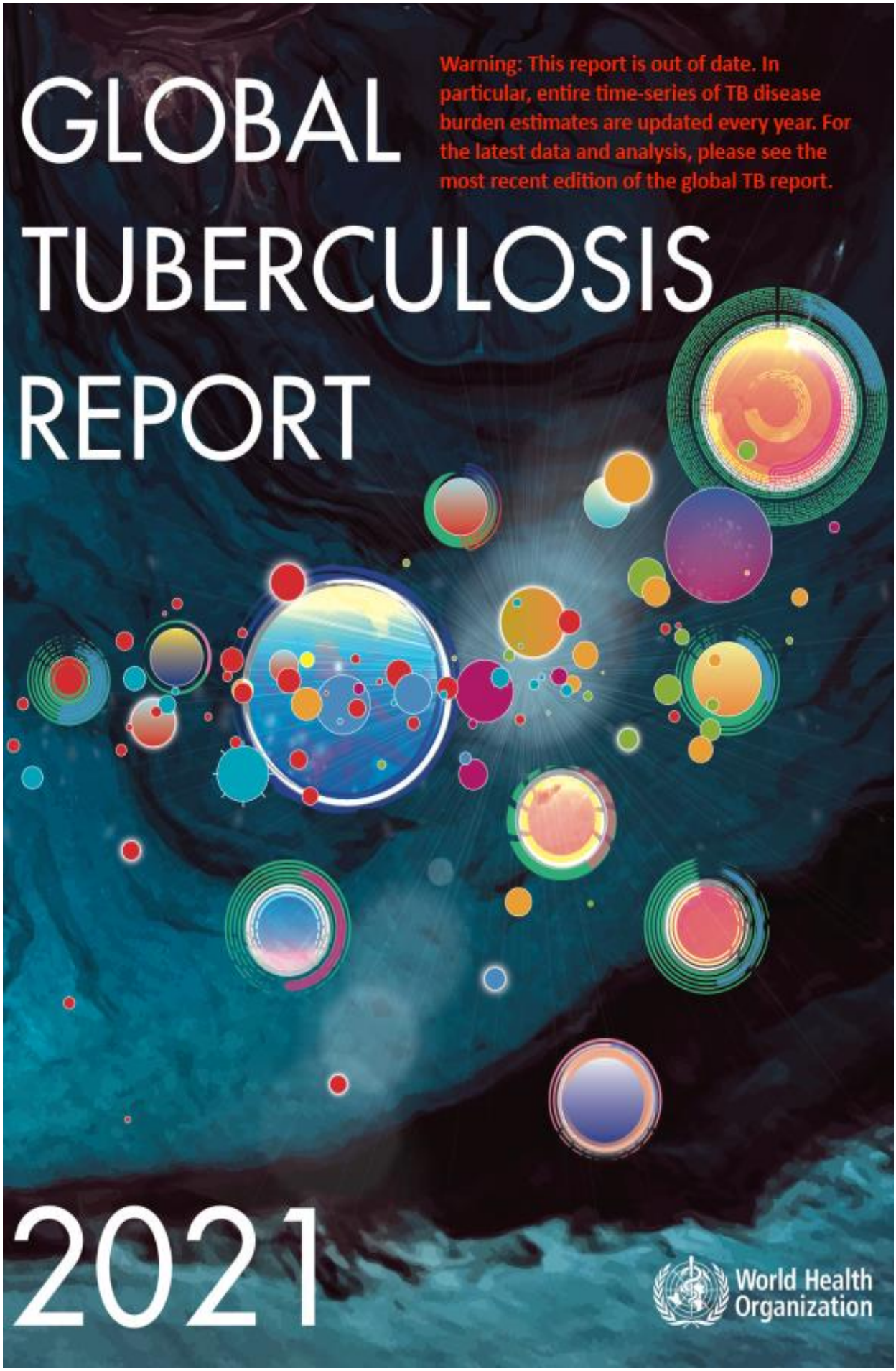
(11) Агар натиҷаи ташхиси Xpert MTB/RIF (Ultra) МБС (High – баланд, Medium – миёна, Low – паст) бошад, намунаро барои ташхиси Xpert MTB XDR равон намоед. Барои ташхис маводе, ки аллакай барои Xpert MTB/RIF (Ultra) бо маҳлули буфер коркард шудааст, метавонед равон намоед. Дар хотир бояд дошт, ки маводи бо маҳлули буфер коркард шуда дар яхдон дар ҳарорати +4°C на зиёдтар аз 3 соат то интиқол додан нигаҳдорӣ карда шавад ва аз вақти коркард бо маҳлули буфер на зиёдтар аз 5 соат гузарад. Дар ҳолати риоя нашудани ин қоидаҳо мавод барои ташхиси Xpert MTB XDR бояд аз нав ҷамъоварӣ карда шуда, ба озмоишгоҳ интиқол дода шавад.

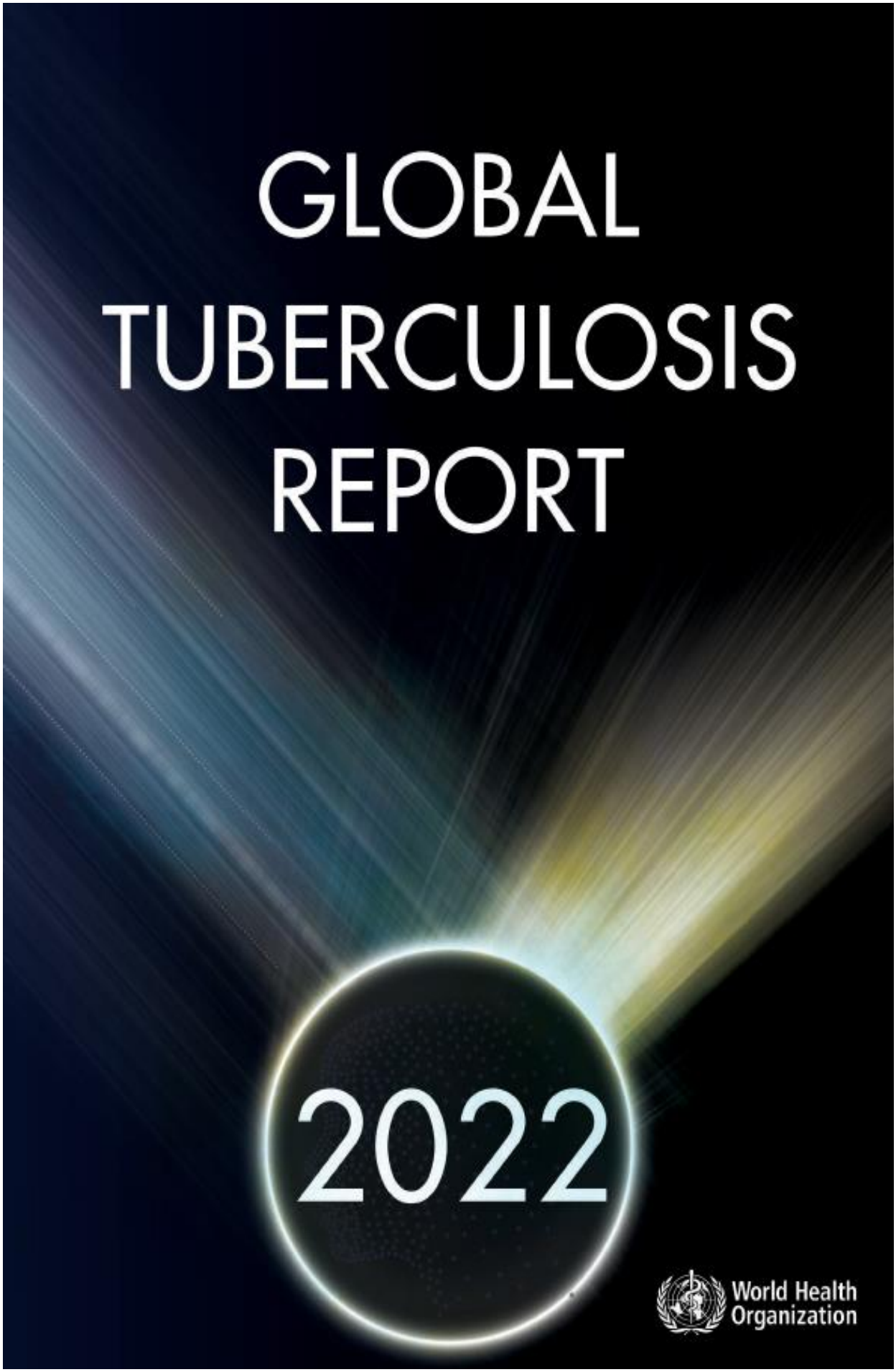

GLOBAL
TUBERCULOSIS
REPORT
Warning: This report is out-of-date. In particular, entire time-series of TB disease burden estimates are updated every year. For the latest data and analysis, please see the most recent edition of the global TB report.
2017
World Health Organization

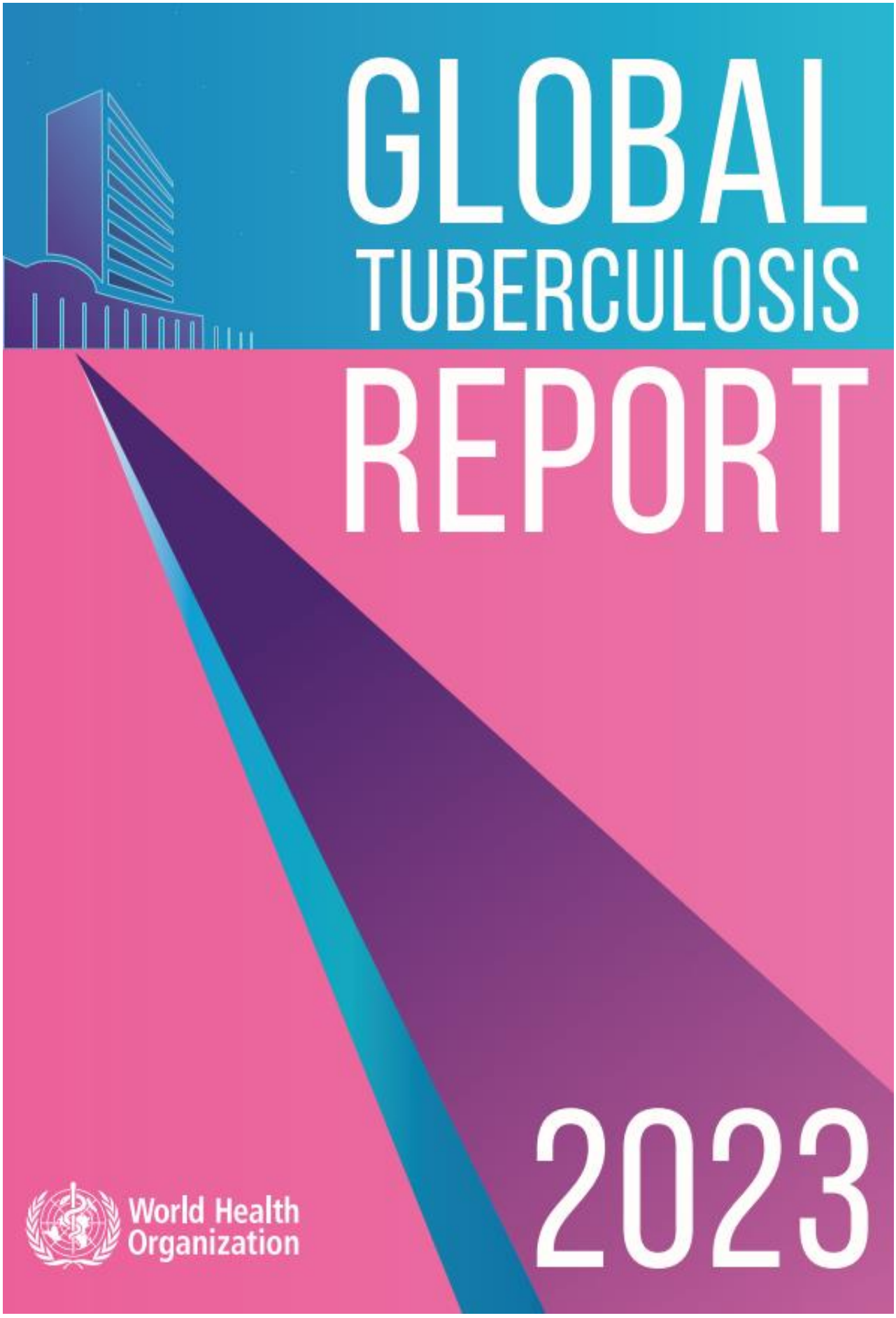

GLOBAL
TUBERCULOSIS
REPORT
Warning: This report is out-of-date. In particular, entire time-series of TB disease burden estimates are updated every year. For the latest data and analysis, please see the most recent edition of the global TB report.
World Health Organization
2018


GLOBAL
TUBERCULOSIS
REPORT
WARNING: THIS REPORT IS OUT-OF-DATE. IN PARTICULAR, ENTIRE TIME-SERIES OF TB DISEASE BURDEN ESTIMATES ARE UPDATED EVERY YEAR. FOR THE LATEST DATA AND ANALYSIS, PLEASE SEE THE MOST RECENT EDITION OF THE GLOBAL TB REPORT.
2019
World Health Organization


GLOBAL
TUBERCULOSIS
REPORT
Warning: This report is out-of-date. In particular, entire time-series of TB disease burden estimates are updated every year. For the latest data and analysis, please see the most recent edition of the global TB report.
2020
World Health Organization


Warning: This report is out of date. In particular, entire time-series of TB disease burden estimates are updated every year. For the latest data and analysis, please see the most recent edition of the global TB report.
GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT
2021
World Health Organization


GLOBAL
TUBERCULOSIS
REPORT
2022
World Health
Organization


GLOBAL
TUBERCULOSIS
REPORT
2023
World Health
Organization