

**Государственное образовательное учреждение
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

На правах рукописи

УДК: 616.88;616-002.5-036.22

**РАДЖАБОВ
ДЖУРАХОН МИРЗАЛИЕВИЧ**

**«ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕГРАЦИИ УЧРЕЖДЕНИЙ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ С
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ СЛУЖБОЙ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН»**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

д.м.н., доцент Миралиев Салохидин Раджабович

Научный консультант:

д.м.н., доцент Бобоходжаев Октам Икрамович

Душанбе 2020

Оглавление

Список сокращений и условных обозначений.....	3
Введение.....	4
Общая характеристика работы.....	7
Глава 1. Обзор литературы	
1.1 Ситуация по туберкулёзу в мире.....	12
1.2 Мероприятия по борьбе с туберкулёзом в Республике Таджикистан.....	20
1.3 Особенности и опыт интеграции противотуберкулёзной службы с учреждениями первичной медико-санитарной помощи.....	27
Глава 2. Материал и методы исследования.....	
Глава 3. Результаты собственных исследований.	
3.1 Проблемы и достижения по борьбе с туберкулёзом в Республике Таджикистан	38
3.2 Результаты сравнительного изучения динамики степени вовлечения врачей первичной медико-санитарной помощи (УВ/СВ) в процесс профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий.....	43
3.3 Результаты изучения динамики уровня информированности населения о своевременном обращении в учреждения первичной медико-санитарной помощи при возникновении признаков туберкулёза, о важности соблюдения режимов лечения, излечимости от туберкулёза и их доступности к медицинским услугам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.....	58
3.4 Результаты сравнительного изучения динамики уровня знаний больных туберкулёзом в отношении характера их заболевания и соблюдения режима лечения.....	62
3.5 Результаты сравнительного изучения заболеваемости, распространенности, смертности и исходов от химиотерапии до и после интеграции учреждений первичной медико-санитарной помощи с противотуберкулёзной службой.....	75
Обсуждение результатов.....	79
Заключение.....	87
Список литературы.....	91
Приложения.....	113

Список сокращений и условных обозначений

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГБАО - Горно-Бадахшанская Автономная область

ДОТС/DOTS - Краткосрочная химиотерапия под непосредственным наблюдением/ Directly Observed Treatment Short-course

ЗППП - Заболевания, передающиеся половым путем

МЛУ ТБ - Множественно лекарственно устойчивый туберкулёз

МТ - Микобактерия туберкулёза

НКК - Национальный координационный комитет

ОЦБТ - Областной центр по борьбе с туберкулёзом

ПМСП - Первичная медико – санитарная помощь

ПТП - Противотуберкулёзные препараты

РРП - Районы республиканского подчинения

РТ - Республика Таджикистан

РЦБТ - Республиканский центр по борьбе с туберкулёзом

ТБ - Туберкулёз

ТГМУ - Таджикский государственный медицинский университет

УВ/СВ ПМСП – участковый или семейный врач ПМСП

ХНЗЛ - Хронические неспецифические заболевания лёгких

ЦБТ - Центр по борьбе с туберкулёзом

ЦСМ – Центр семейной медицины

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Туберкулёз (ТБ) остаётся одной из глобальных проблем здравоохранения [1, 7, 14, 24, 65, 87, 126, 130]. По оценкам, в 2017 г. туберкулёзом во всем мире заболело 10 миллион человек (диапазон: 9–11,1 млн. человек). Из них 5,8 миллион мужчин, 3,2 миллион женщин и 1 миллион детей.

В 2017 г., согласно оценкам, от туберкулёза умерло 1,3 миллион человек (диапазон значений: 1,2–1,4 млн. человек) ВИЧ-отрицательных и 300 000 человек ВИЧ-положительных пациентов. Диагностика и успешное лечение людей с туберкулезом позволяют ежегодно предотвращать миллионы смертей (по оценкам, 54 миллион за период с 2000 г. по 2017 г.). Тем не менее, сохраняются значительные пробелы в области диагностики и лечения туберкулёза. ТБ остается одной из 10 ведущих причин смерти во всем мире. [23, 129].

В настоящее время в Республике Таджикистан, как и во всех Центрально-Азиатских республиках, отмечается напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу [5, 26, 69, 88].

Начиная с 2007 года, население страны полностью охвачено Стратегией ДOTS, рекомендованной ВОЗ [25]. Первое десятилетие 21 века для Республики Таджикистан характеризуется ухудшением отдельных показателей распространенности ТБ [87, 89]. Заболеваемость ТБ увеличилась с 44,9 в 2000 году до 85,1 на 100 000 населения в 2008 году и 59,8 в 2017 году. Профилактические осмотры по раннему выявлению туберкулёза сократились с 13,3 % в 2004 году до 2,4 % в 2007 году, хотя тенденция профосмотров значительно улучшилась в последние годы. По стране около 75 % всех случаев туберкулёза приходится на долю людей самого экономически продуктивного возраста (от 15 до 54 лет) [26, 30].

В современных социально-экономических и эпидемиологических условиях Республики Таджикистан особенно остро встают вопросы профилактики и ранней диагностики ТБ, традиционно относящиеся к компетенции общесоматических лечебных учреждений. Сложная эпидемиологическая обстановка диктует

необходимость жесткого выполнения всех профилактических мероприятий с охватом населения от момента рождения [3, 5, 27, 74].

Медицинские работники, к сожалению, практически не могут влиять на главные факторы, определяющие тяжесть эпидемиологической ситуации по ТБ (политические, правовые, экономические, социальные). Однако имеются возможности воздействовать на качество противотуберкулёзной работы, и резервы здесь недостаточно используются. Несмотря на наличие эффективных методов и подходов диагностики и лечения ТБ, сохраняется проблема недостаточно хорошо организованной системы выявления и лечения больных, особенно с заразными формами заболевания. [2, 29, 32]. В стране вместе с тем, радикального перелома в течение эндемии ТБ не достигнуто [5, 6, 26]. Зачастую медицинские работники ПМСП недостаточно владеют навыками и требованиями Стратегии ДОТС, рекомендованной ВОЗ, что усугубляет и без того напряжённую эпидемиологическую ситуацию по ТБ в Таджикистане [27, 69, 74, 84, 88].

Успехов в борьбе с ТБ можно добиться только в рамках национальных противотуберкулёзных программ. В 2014 году была разработана и принята Национальная программа защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2015-2020 гг.

Основной целью программы является стабилизация эпидемиологической ситуации, связанной с распространённостью ТБ [50]

Важным компонентом гарантии качества медицинской помощи является эффективное взаимодействие врача ПМСП и узких специалистов. Одной из основных задач врача ПМСП является выявление пациентов с возможными серьёзными заболеваниями, а специалиста – диагностика этих заболеваний [2, 4, 21, 31, 43, 45, 65, 110, 149]. Эффективное взаимодействие врача-фтизиатра с врачом ПМСП является важным компонентом гарантии качества медицинской помощи. Партнерские отношения врача-фтизиатра и врача ПМСП по ведению больного с ТБ будет способствовать улучшению результатов лечения ТБ [8, 10, 11, 25, 29, 56, 58, 98, 107, 113].

Таким образом, эффективное взаимодействие врача-фтизиатра с врачом ПМСП является крайне актуальной задачей в совместном ведении больного с ТБ, решение

которой имеет важное социальное и медицинское значение, поскольку речь идет о снижении распространенности ТБ в Республике Таджикистан.

Изучению эффективности интеграционных процессов учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, а также их влиянию на эпидемиологическую ситуацию по ТБ и было посвящено настоящее исследование.

Степень изученности научной задачи. Тематика интеграции ПМСП с противотуберкулёзной службой как в Республике Таджикистан, так и в странах Центральной Азии ранее не была достаточно изучена. В связи с этим следует отметить скудность научных работ по данной тематике. В диссертации были использованы наработки и развиты идеи отечественных и зарубежных авторов относительно интеграции ПМСП с противотуберкулёзной службой. Проведенный анализ исследования выявил эффективность интеграционных процессов учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан, а также их влияние на эпидемиологическую ситуацию по ТБ. Разработан механизм интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан. Предложено усилить организацию по раннему выявлению лиц с подозрением на туберкулёз и верификации диагноза с использованием экспресс-методов диагностики туберкулёза у лиц, обратившихся в учреждения ПМСП. Доказана эффективность интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан. Введена комбинированная модель интеграции (структурная и функциональная) учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан.

Теоретические и методологические основы исследования составляют современные подходы к уровню интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, к Национальным программам защиты населения от туберкулёза. В качестве информационно-исследовательской базы использованы труды ведущих ученых в области организации общественного и практического здравоохранения. Проанализированы результаты структурированного интервью с врачами учреждений ПМСП, больными туберкулёзом и населением.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования: Изучение эффективности интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан.

Объект исследования. Объектом исследования служили следующие целевые группы: медицинские работники - врачи (участковые/семейные врачи) учреждений ПМСП; больные туберкулёзом: лица, находящиеся на интенсивной/стационарной и поддерживающей/амбулаторной фазе лечения туберкулёза; общее население: население сельских и городских зон охвата медицинского обслуживания районов, включенных в данное исследование.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение степени вовлечения врачей ПМСП в процесс противотуберкулёзных мероприятий; уровень информированности населения; уровень знания больных ТБ в отношении характера их заболевания и соблюдение ими режима лечения; анализ эпидемиологической ситуации по ТБ в исследуемых районах (заболеваемость, распространенность, смертность) и исходов лечения больных ТБ.

Задачи исследования:

1. Изучить степень вовлечения врачей ПМСП в процесс профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий.

2. Определить результаты изучения динамики уровня информированности населения о своевременном обращении в учреждение ПМСП при возникновении признаков ТБ, о важности соблюдения режимов лечения, излечимости от ТБ и их доступности к медицинским услугам в учреждениях ПМСП.

3. Оценить динамику уровня знаний больных ТБ в отношении характера их заболевания и соблюдения ими режима лечения.

4. Провести сравнительный анализ эпидемиологической ситуации по ТБ в исследуемых районах (заболеваемость, распространенность, смертность) и исходов лечения больных ТБ.

Методы исследования. В ходе исследования использовались аналитические методы, экспертные оценки, социологические опросы, системный и ретроспективный анализы, а также современные статистические методы, в том

числе расчет относительных и средних величин с определением их достоверности, расчет показателей динамического ряда.

Область исследования. Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности **14.02.03** - Общественное здоровье и здравоохранение: подпункт 3.5 Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи; подпункт 3.7 Оценка деятельности медицинских работников (медико-социальные и этические аспекты).

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Проведено исследование (структурированное интервью с врачами учреждений ПМСП, больными туберкулёзом и населением) до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой (2008 и 2017 гг.). Также были проанализированы отчетные формы исследуемых районов.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация диссертаций Зокировой К.А., Миралиева С.Р., защищённых в России, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов: Ахмедова А.А., Бобоходжаева О.И., Сироджидиновой У.Ю., Зокировой К.А. по управлению учреждениями ПМСП, по борьбе с туберкулёзом в РТ, по интеграции ПМСП с противотуберкулёзной службой. Исследования проводились на базе кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Достоверность результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследования и в изучении

эпидемиологической ситуации по ТБ в пилотных регионах (форма №№ 8 и 33, ТБ 07, ТБ 08, ТБ 10) за 2008 и 2017 гг.

Научная новизна исследования. Впервые в Республике Таджикистан в динамике до и после реализации интеграционных процессов:

- изучена степень вовлечения врачей ПМСП в процесс профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий;
- определена динамика уровня информированности больных ТБ и населения о путях передачи, способах профилактики, лечения туберкулёза и их доступности к медицинским услугам в учреждениях ПМСП;
- проведено сравнительное изучение эпидемиологической ситуации по ТБ в исследуемых районах (заболеваемость, распространенность, смертность) и исходов лечения больных ТБ.

Теоретическая значимость исследования. Впервые в РТ в динамике до и после реализации интеграционных процессов: изучена степень вовлечения врачей ПМСП в процесс профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий; определена динамика уровня информированности больных ТБ и населения о путях передачи, способах профилактики, лечения ТБ и их доступности к медицинским услугам в учреждениях ПМСП; проведено сравнительное изучение эпидемиологической ситуации по ТБ в исследуемых районах (заболеваемость, распространенность, смертность) и исходов лечения больных ТБ; изложены доказательства опроса и сравнительного изучения эпидемиологической ситуации по ТБ, которые показывают, что интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в РТ позволит более эффективному контролю уровня как заболеваемости и смертности, так и проводимого лечения больных ТБ; раскрыты факторы сравнительного анализа эпидемиологической ситуации по ТБ в исследуемых районах.

Практическая значимость. Повышение уровня информированности больных ТБ и населения относительно ТБ способствует увеличению числа больных ТБ с положительным отношением к контролируемому лечению, соблюдающих режим лечения, и увеличению числа больных ТБ и населения,

уверенных в излечимости от ТБ; интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой позволит более эффективному контролю уровня как заболеваемости и смертности, так и контролируемого лечения больных ТБ.

Разработаны и внедрены Национальные индикаторы здравоохранения в РТ, методическое пособие по организации выявления больных ТБ в учреждениях ПМСП; определена эффективность интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в РТ; создана комбинированная структурная (организация в учреждениях ПМСП ДОТС-кабинетов и пунктов для сбора мокроты) и функциональная (перераспределение функций между семейными специалистами и врачом-фтизиатром) модель интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой.

Представлены аргументы для внедрения в учреждения ПМСП модели интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан.

Положения, выносимые на защиту:

1. Внедрение в РТ комбинированной, т.е. структурной (организация в учреждениях ПМСП ДОТС-кабинетов и пунктов для сбора мокроты) и функциональной (перераспределение функций между семейными специалистами и врачом-фтизиатром) модели интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой доказало свою эффективность.
2. Улучшение эффективности процесса профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий в результате внедрения модели интеграции.
3. Повышение уровня информированности больных ТБ и населения относительно ТБ способствует увеличению числа больных ТБ с положительным отношением к контролируемому лечению, соблюдающих режим лечения, и увеличению числа больных ТБ и населения, уверенных в излечимости от ТБ.
4. Интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой позволит более эффективному контролю уровня как заболеваемости и смертности, так и проводимого лечения больных ТБ.

Личный вклад диссертанта. Соискатель самостоятельно выбрал тему научных исследований, сформулировал цель и задачи исследования. Личный вклад автора: на каждого респондента заполнялась анкета, разработанная автором, индивидуальное участие на всех этапах проведенных исследований, анализ литературы по теме диссертационного исследования, сбор и систематизация первичных материалов и результатов исследования, разработка дизайна работы, проведение самостоятельной статистической обработки материала, написание глав диссертации и формулирование выводов и практических рекомендаций.

Апробация работы и информация о результатах их применения

Основные положения диссертации обсуждались на ежегодных научно-практических конференциях с международным участием ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, 2011, 2012, 2013 гг.), на различных международных симпозиумах, конференциях, семинарах, рабочих совещаниях и кафедрах (2008, 2010, 2011, 2013, 2018, 2019 гг.). Работа была допущена к защите на заседании Ученого совета факультета общественного здравоохранения ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Публикации результатов диссертации.

По материалам диссертации опубликовано 18 научных работ, в их числе 5 в изданиях, рецензируемых ВАК при Президенте РТ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 121 странице компьютерного текста, состоит из введения, главы обзора литературы, главы с изложением материала и методов исследования, главы собственных результатов исследований с четырьмя разделами, главы обсуждения результатов, заключения и списка используемой литературы, включающего 175 источников (из них 107 на русском и 68 на иностранных языках). В диссертации имеются 7 таблиц и 31 рисунок.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Ситуация по туберкулёзу в мире

Туберкулёз был и остаётся одной из самых острых медицинских и социальных проблем [2, 24, 65]. В мире ежегодно, выявляют около 10 миллионов новых случаев заболевания ТБ, а около 2 миллионов человек умирают от ТБ [14, 93, 98, 127, 130, 148, 162]. Это больше, чем от всех тропических болезней и СПИДа вместе взятых.

Туберкулёз - инфекционное и социальное зависимое заболевание, в настоящее время представляет глобальную угрозу общественному здоровью во всем мире [7, 13, 24, 154, 169]. В мире из всех смертей, которых можно было избежать, четверть приходится на смерть от ТБ [13, 61, 148].

По показателю смертности от инфекционных заболеваний до настоящего времени ТБ занимает первое место в мире и входит в десятку самых распространенных причин смерти [16, 64, 65, 104].

Эпидемиологическая ситуация по ТБ остаётся напряженной, хотя показатели заболеваемости и смертности замедлили свой рост и, в основном, стабилизировались [15, 44, 100]. Важной причиной, способствующей сохранению угрозы распространения туберкулёзной инфекции, является недостаточная эффективность лечения больных ТБ, связанная с её поздней диагностикой [7, 10, 16, 19].

Актуальность проблемы ТБ для зарубежных стран отражена в различных публикациях [13, 17, 89, 143, 108, 114, 123, 128, 130].

В большинстве странах мира в конце 90-х XX века и в начале XXI века происходит рост заболеваемости ТБ [92, 99, 130]. В настоящее время в некоторых странах эта тенденция изменилась в противоположную сторону. В ряде стран мира на фоне ухудшения эпидемиологической ситуации, снижение заболеваемости ТБ продолжается, но темпы снижения заболеваемости замедлились [14, 17, 41, 44, 89, 154, 168, 169].

Одним из факторов, определяющих уровень социально-экономической напряженности в обществе, является ТБ, вне зависимости от того, какая группа населения используется для анализа заболеваемости. Социально-экономические проблемы и негативные экономические изменения влияют на привычный уклад жизни населения и больного, тем самым провоцируя изменения иммунного статуса без исключения всех членов общества. Туберкулёз превратился в маркер культурного и материального уровня населения [8, 24, 42, 90, 126, 132].

По данным ВОЗ, не менее одной трети населения мира к настоящему времени инфицированы *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ). Ежегодно 1% населения планеты инфицируется ТБ [83, 92, 93, 149].

Около 60% всех случаев ТБ и смерти от этой болезни происходят среди мужчин, однако бремя этой болезни среди женщин также является высоким.

Острой проблемой в области общественного здравоохранения остается лекарственно-устойчивый туберкулез [6, 7, 21, 33, 77, 103, 119, 137, 145]. По наиболее вероятным оценкам, в 2017 г. туберкулезом, устойчивым к рифампицину (РУ-ТБ), наиболее эффективному препарату первой линии, в разных странах мира заболело 558 000 человек (диапазон: 483 000–639 000 человек), причем в 82% случаев речь шла о туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Почти половина всех случаев МЛУ/РУ-ТБ в мире регистрируется в трех странах – Индии (24%), Китае (13%) и Российской Федерации (10%).

Доля МЛУ/РУ-ТБ составила 3,6% от всех новых случаев и 17% от ранее пролеченных случаев в мире. Самые высокие показатели (более 50% среди ранее пролеченных случаев) зарегистрированы в странах бывшего Советского Союза. По оценкам, в 2017 г. 8,5% случаев МЛУ-ТБ составили случаи ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) [128].

Продолжается кризис выявления и лечения МЛУ-ТБ [23, 41, 109, 146]. В 2017 г. в мире было выявлено и официально зарегистрировано 160 684 случаев МЛУ/РУ-ТБ, что представляет собой небольшое снижение относительно уровня 2016 г. (153 119 случаев). В общем числе этих случаев 139 114 пациентов (87%)

проходили лечение препаратами второй линии. Этот показатель выше, чем в 2016 г. (129 689 пациентов), однако он составляет лишь 25% от общего числа пациентов, у которых, по оценкам, в 2017 г. развился МЛУ/РУ-ТБ (558 000 человек). При этом 40% мирового пробела в диагностике пришлось на долю Индии и Китая и 75% – на долю Индии, Китая и восьми других стран [23, 129].

Распространенность ТБ лёгких высока, и, хотя наблюдается тенденция к снижению общей заболеваемости, число больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ растет [41, 103, 130, 148, 155, 163, 168, 170, 172].

Опасность распространения инфекционных болезней, в том числе и ТБ, всегда сопряжена с усилением миграционных процессов. В замкнутых популяциях ТБ развивается, в частности, среди заключенных, иммигрантов, контингента домов для престарелых, бездомных [42, 111, 125, 140, 153]. Мигранты из стран с высоким уровнем распространенности ТБ относятся к группе риска по этому заболеванию, в том числе по причине возможной реактивации латентной туберкулёзной инфекции из-за неудовлетворительных условий жизни и работы, стресса и суперинфекции [39, 86, 90, 102, 117].

Заболеваемость в странах Европы выросла за счет иммигрантов, уровень распространенности туберкулёза среди, которых выше на 20,0 % – 40,0 %, что возможно связано с высокими показателями патологии на их родине. [130, 153, 156]

В зарубежной литературе все больше публикаций посвящено взаимосвязи ТБ с распространением ВИЧ-инфекции [109, 112, 140, 142, 157]. Резко возросшая миграция населения является одной из главных причин роста заболеваемости ТБ в мире, однако одной из основных причин, значительно увеличивающей заболеваемости и смертности от ТБ в восьмидесятые – девяностые годы, является СПИД [54,94,101].

В борьбе с ТБ значительные успехи, достигнутые в последние годы, способствовали принятию ВОЗ программы по ликвидации ТБ в течении нескольких десятилетий. Для достижения поставленной цели необходимо решить

целый ряд задач - это профилактика, выявление, диагностика и лечение ВИЧ-ассоциированного ТБ [48, 80].

В 2017 г. во всем мире зарегистрировано 6,4 млн. новых случаев ТБ. С 2013 г. этот показатель растет (после четырехлетнего периода 2009 – 2012 гг., в течение которого ежегодно регистрировалось 5,7–5,8 млн. новых случаев), что прежде всего объясняется увеличением числа сообщений о новых случаях ТБ частным сектором в Индии и ростом числа уведомлений в Индонезии в 2017 году.

В 2017 г. было зарегистрировано 464 633 случая туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ (51% от оценочного числа 920 000 новых случаев за этот год), из которых 84% получали антиретровирусную терапию. [169]. Проблеме влияния ВИЧ-инфекции на ТБ были представлены ряд сообщений на международных конференциях по легочным заболеваниям и туберкулёзу. На данный момент насчитывается более четырех миллионов ВИЧ-инфицированных и больных активным ТБ. Одно из «лидерств» по распространению коинфекции ВИЧ/ТБ принадлежит африканскому континенту (около 70% всех случаев) [104, 111]

Демографические причины заболеваемости ТБ составляют 75%. За следующие тридцать лет в Африке ожидается прирост населения на 75 %, в странах Юго-Восточной Азии на 150 %, а это области широкого распространения ВИЧ и ТБ. Известно, что у лиц, инфицированных ВИЧ, риск заболеть ТБ возрастает с 10 % на протяжении всей жизни, до 10% - в течение года. В Англии инфицированность туберкулёзом и ВИЧ низка, но около 5% инфицированных ВИЧ все-таки туберкулёзом заболевают, 2 % больных ТБ – ВИЧ-инфицированные [142, 157].

Основные показатели, характеризующие ситуацию с ТБ, напрямую зависят от уровня пораженности ВИЧ-инфекцией в том или ином регионе [9,54,95].

Научные публикации зарубежных авторов свидетельствуют о высоком интересе к проблеме полирезистентного туберкулёза [116, 119, 145, 146, 155, 163, 164]. Актуальность этой проблемы увеличивается потому, что все более затруднительным становится лечение больных с лекарственно устойчивыми

формами туберкулёза. Решение этой проблемы в перспективе авторы указывают на организацию выявления больных, определением чувствительности микобактерий к различным препаратам и коррекцией противотуберкулёзной химиотерапии. Эта проблема, по мнению авторов, сохранит свою актуальность и в двадцать первом веке.

Тенденция к росту заболеваемости туберкулёзом в настоящее время не является «привилегией» только развивающихся стран, но и имеет место во всех экономически развитых странах. Во многих развивающихся и высокоразвитых странах приняты и реализуются национальные программы борьбы с ТБ, имеющие различные конечные результаты (Япония, Индия, США, ЮАР, Китай и другие). Эти программы периодически перерабатываются в связи с формированием новых подходов к решению проблемы и изменением ситуации [160, 165].

Выявление на ранних стадиях заболевания имеет большое значение для ограничения распространения инфекции и контроля *Mycobacterium tuberculosis* среди населения и в учреждениях здравоохранения, а также для снижения заболеваемости и смертности от ТБ.

Дифференциальная диагностика ТБ несмотря на весь имеющийся арсенал современных диагностических методов, до сих пор сопряжена со значительными трудностями, нередки случаи как несвоевременной диагностики ТБ, так и варианты гипердиагностики специфического процесса у пациентов с нетуберкулёзными заболеваниями [38,64, 117].

В период относительного благополучия по ТБ настороженность и осведомленность населения и врачей в отношении заболевания во многих странах мира значительно снизилась, что привело к удлинению сроков установления диагноза и начала лечения ТБ после выявления. При этом несвоевременное выявление ТБ может быть обусловлено, как недостатками в организации медицинской помощи, так и поздним обращением больного за медицинской помощью [124, 153].

Показатель успешного лечения в отношении новых случаев ТБ остаётся на

высоком уровне, однако необходимы значительные усилия для обеспечения выявления, регистрации и лечения всех случаев [23].

Расхождения между оценочным числом новых случаев и числом фактически зарегистрированных случаев объясняются как пробелами в регистрации выявленных случаев, так и пробелами в диагностике (либо из-за отсутствия доступа к медицинской помощи, либо, если такой доступ есть, из-за постановки неверного диагноза). В 2017 г. ВОЗ были предоставлены данные о 6,4 млн. случаях ТБ составляют 64% от общего числа новых случаев заболевания (10 млн. в 2017 г.) Из 3,6 млн. не отраженных в статистике случаев 80% приходятся на десять стран, в первую тройку которых входят Индия (26%), Индонезия (11%) и Нигерия (9%). Для устранения этого пробела требуются значительные усилия.

По последним данным о результатах лечения новых случаев, в 2016 г. показатель успешного лечения ТБ в мире составил 82%; что ниже показателей за 2013 г. (86%) и за 2015 г. (83%). Хотя показатели успешного лечения в Европейском регионе с 2011 г. улучшились, в 2012 г. они оставались на уровне ниже среднего, составляя 75% [127].

Элементы стратегии профилактики и активного выявления случаев ТБ среди лиц из групп риска по заболеванию (посредством «систематического скрининга») в настоящее время включены в стратегию ВОЗ по ликвидации ТБ. В последнее десятилетие в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, отмечается снижение как регистрируемой заболеваемости ТБ, так и ее оценочных значений. Это свидетельствует о дальнейшем улучшении эпидемической ситуации по ТБ [13, 47, 64, 67, 82, 147, 156].

В 2017 году 87% новых случаев данной патологии были зарегистрированы в 30 странах с тяжелой ситуацией по туберкулезу. При это 60% случаев составили такие страны, как Индия, Индонезия, КНР, Нигерия, Пакистан и ЮАР [23, 129].

Показатель распространенности ТБ, рассчитываемый на основании данных системы регистрации случаев ТБ, имеет высокий уровень неопределенности. В связи с этим этот показатель перестал использоваться после 2015 г. в качестве одного из индикаторов стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулёза, и его оценка

для стран и регионов более не рассчитывается и не публикуется [13].

Обследование групп риска является одним из приоритетных направлений по снижению заболеваемости и смертности от ТБ [47, 98].

Стратегия «DOTS» была достаточно эффективной в странах с низким уровнем медицинского обслуживания населения и высокой заболеваемостью. Она включает в себя следующие компоненты:

1. Постоянная поддержка программы борьбы с ТБ правительством, центральными и региональными органами исполнительной и законодательной власти.
2. Выявление больных ТБ среди лиц, обратившихся в медицинское учреждение методами лучевого исследования, а при наличии мокроты также и её микроскопии на МБТ; контрольные флюорографические обследования лиц, находящихся в группах риска по ТБ.
3. Комплексное лечение больных ТБ, в основе которого лежат стандартные режимы химиотерапии с контролируемым приемом препаратов (в присутствии и под контролем медработника).
4. Регулярное, непрерывное обеспечение всеми необходимыми противотуберкулёзными препаратами.
5. Применение законодательно закреплённой стандартной системы регистрации и отчетности при оценке результатов лечения каждого больного и эффективности работы программы борьбы с ТБ в целом.
6. Совершенствование социальной, санитарной и специфической профилактики ТБ.
7. Санитарное и медицинское просвещение населения по ТБ.
8. Поддержка и развитие научных исследований по совершенствованию противотуберкулёзной помощи населению [63, 66, 79]

ВОЗ в 2006 году пересмотрела стратегию борьбы с туберкулёзом и разработала улучшенный Глобальный план «Остановить туберкулёз», включающий шесть основных компонентов:

- расширение качественного применения «DOTS»;

- решение задач по борьбе с ВИЧ-ассоциированным ТБ и лекарственно-устойчивым туберкулёзом;
- содействие укреплению системы здравоохранения;
- участие всех поставщиков медицинских услуг;
- просветительскую работу среди больных ТБ и населения в целом;
- поддержку и развитие научных исследований [93, 158, 161].

В 2015 г. Организация Объединенных Наций приняла Цели в области устойчивого развития (ЦУР) до 2030 года. Одна из задач этих целей – ликвидировать глобальную эпидемию ТБ [81].

Предусмотренная ЦУР задача остановить и обратить вспять эпидемию ТБ к 2015 г. уже достигнута во всем мире, во всех шести регионах ВОЗ и в большинстве из 22 стран с высоким бременем ТБ. В период с 1990 по 2015 год уровень смертности от ТБ снизился примерно на 45%, а показатель распространенности ТБ за этот же период снизился на 41%. [23,129].

С 2014 по 2015 г. темпы снижения заболеваемости ТБ составили во всем мире лишь 1,5%. Чтобы достичь первых промежуточных результатов Стратегии ВОЗ по ликвидации ТБ 2016-2035 гг. эти темпы сокращения должны возрасти к 2020 г. до 4–5% в год.

В 2014 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, в которой полностью одобрила новую Глобальную стратегию по туберкулёзу за период после 2015 года. Данная стратегия направлена на ликвидацию глобальной эпидемии ТБ, а ее целями являются снижение смертности от ТБ на 95% и уменьшение числа новых случаев заболевания на 90% за период с 2015 по 2035 годы. Ликвидация глобальной эпидемии ТБ возможна путем значительного снижения смертности от ТБ и уменьшения числа случаев заболевания, а также путем ликвидации экономического и социального бремени ТБ. Неспособность сделать это повлечет за собой серьезные последствия для здоровья людей и глобального здравоохранения.

Для достижения этой цели к 2035 г. необходимо:

1. Расширить масштабы проведения мероприятий по лечению и профилактике ТБ и охват такими мероприятиями, с акцентом на высокоэффективные, комплексные и ориентированные на пациентов подходы.
2. Получить максимальные преимущества от проведения политики в области здравоохранения и развития путем взаимодействия с многочисленными заинтересованными сторонами на уровне правительств, отдельных сообществ и частного сектора;
3. Использовать новые научные знания и инновации, благодаря которым можно кардинальным образом изменить профилактику и лечение ТБ [17].

1.2. Мероприятия по борьбе с туберкулёзом в Республике Таджикистан

Ухудшение эпидемиологической ситуации по ТБ в Республике Таджикистан, начавшееся с начала девяностых годов двадцатого века, связано с рядом объективных и субъективных причин: [5, 6, 69, 88].

1. Сложившееся социально-экономическое положение в стране, бедность населения, стихийные бедствия, нарастающая безработица, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, неполноценное питание, наркомания, рост числа инфекционных заболеваний.
2. Демографические процессы – высокий прирост населения республики, возвращение большого количества вынужденных переселенцев из регионов с неблагополучной эпидемиологической ситуацией по ТБ.
3. Неадекватная работа фтизиатрической службы, низкая обеспеченность квалифицированными кадрами, недостаточная осведомленность врачей общей лечебной сети в вопросах раннего выявления, методах обследования, лечение больных ТБ в непрофильных лечебно-профилактических учреждениях.

4. Недостаточное использование доступного метода микроскопии для выявления наиболее инфекционных форм ТБ.
5. Недостаточное обеспечение диагностическими средствами (бинокулярные микроскопы, реактивы, туберкулин, флюорографическая пленка и т.д.).
6. Недостаточное обеспечение противотуберкулёзными препаратами (рифампицин, изониазид, этамбутол, стрептомицин, пиразинамид).
7. Низкая эффективность лечения, как результат монотерапии, которая приводит к формированию резистентности штаммов микобактерий ТБ и росту летальности.
8. Недостаточная регистрация и статистическая отчетность.

Вышеназванные причины привели к резкому увеличению случаев ТБ и появлению более тяжелых распространенных процессов, росту запущенных, с множественной локализацией легочных и внелегочных форм среди впервые выявленных больных, снижению эффективности лечения. Это способствует распространению лекарственно-резистентных штаммов микобактерий ТБ, формированию хронических форм и дальнейшему ухудшению основных показателей: заболеваемости, распространенности и смертности от ТБ.

Организация противотуберкулёзной помощи осуществляется уполномоченным органом Правительства Республики Таджикистан [28]. Решения уполномоченного органа Правительства Республики Таджикистан являются обязательными для всех лечебно-профилактических учреждений республики, независимо от форм собственности и подчиненности.

Противотуберкулёзные учреждения с целью совершенствования качества диагностики и лечения ТБ могут организовывать новые службы, центры и кабинеты в пределах средств, выделенных на эти цели. Противотуберкулёзная помощь населению республики оказывается специализированными противотуберкулёзными учреждениями, учреждениями лечебной сети, осуществляющими противотуберкулёзные мероприятия, санитарно-эпидемиологическими службами, частными медицинскими организациями и

частнопрактикующими лицами в порядке, установленном законодательством Республики Таджикистан.

Предупреждение распространения ТБ, его правовое регулирование в Республике Таджикистан осуществляется на основе Постановлений Правительства и нормативных актов Республики Таджикистан, а также приказов и нормативных актов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Противотуберкулёзная помощь больным ТБ гарантируется государством и осуществляется на основе соблюдения прав человека и гражданина, принципов законности, общедоступности в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Организация противотуберкулёзной помощи населению республики обеспечивается на основе долгосрочных комплексных программ, утвержденных Правительством Республики Таджикистан.

В целях снижения распространения ТБ и совершенствования организации медицинской помощи больным ТБ в начале девяностых годов возникла необходимость в новых нормативных документах. Был принят ряд законодательных актов, обеспечивающих политическую поддержку Правительства Республики Таджикистан.

Для улучшения эпидемиологической ситуации по ТБ Правительством Республики Таджикистан было принято Постановление от 13.06.1996 г. № 271 «О Национальной программе борьбы с туберкулёзом на 1996-2000 годы». В рамках реализации данной программы и с целью координации основных стратегических направлений были созданы Республиканский, областные и районные центры борьбы с ТБ [74] и разработаны региональные программы борьбы с ТБ до 2000 года.

Однако, из-за слабого финансирования и недостаточной поддержки, поставленные задачи «Национальной программой борьбы с туберкулёзом на 1996-2000 годы» не были достигнуты. С учетом сложившейся ситуации Постановлением Правительства Республики Таджикистан №524 от 31 декабря

2002 года была принята «Программа борьбы с туберкулёзом в Республике Таджикистан на 2003-2010 годы». Основу данной программы составляла стратегия ДОТС в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Одним из основных подходов эффективного внедрения стратегии ДОТС являлась интеграция между противотуберкулёзной службой с учреждениями ПМСП. В обязанности ПМСП входило раннее выявление и лечение ТБ под прямым наблюдением.

К сожалению, недостаточная интеграция противотуберкулёзной службы с учреждениями ПМСП, недостаточная координация между министерствами, областями, районами и региональными менеджерами здравоохранения была одной из слабых сторон реализации «Программы борьбы с туберкулёзом в Республике Таджикистан на 2003-2010 годы».

Для реализации противотуберкулёзных мероприятий Правительством Республики Таджикистан был принят Закон Республики Таджикистан «О защите населения от туберкулёза» от 22.12.2006г. №223.

А также Национальный стратегический план защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2015-2020 гг.

Министерством здравоохранения Республики Таджикистан был издан ряд приказов:

- «О реорганизации противотуберкулёзных диспансеров в центры по борьбе с туберкулёзом» от 22.05.1998г. №172;
- «О расширении ДОТС в пилотных районах Республики Таджикистан» от 27.02. 2003 г. № 78;
- «Об утверждении инструктивно-методического указания по обеспечению безопасной работы при микроскопическом исследовании мокроты для выявления туберкулёза в клиничко-диагностических лабораториях учреждений первичной медико-санитарной помощи» от 09.02. 2005 г. №60;
- «Об утверждении Инструкции по информационной системе менеджмента противотуберкулёзных лекарственных средств в рамках Программы

борьбы с туберкулёзом в Республике Таджикистан на 2003-2010гг» от 28.10. 2006 г. № 610;

- «О внедрении лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью в РТ» от 22.05. 2009 г.№324;
- «Стратегия по сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ в Республике Таджикистан на 2009-2013 годы» от 22 мая 2009 г.№324.
- Инструкции по инфекционному контролю и защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан от 20.04.2011 г.
- Клинические протоколы по туберкулинодиагностике и химиопрофилактическое лечение от 20.04.2011 г.
- Клинические протоколы по проведению контролируемого лечения ТБ больных с МЛУ ТБ от 20.04.2011 г.
- Инструкция по диагностике и лечению ТБ у детей от 20.04.2011 г.
- Стратегическое руководство по практическому подходу к здоровью лёгких в Республике Таджикистан от 28.05.2012 г.
- Национальные индикаторы здравоохранения в Республике Таджикистан от 12.11.2013 г. № 655
- Методическое пособие по организации выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи - Утверждено РИСО МЗ РТ от 07.05.2013 г. № 3-221.

В «Руководстве по организации, выявлению и лечению туберкулёза по стратегии ДOTS в Таджикистане» отмечена роль специалистов первичной медико-санитарной помощи в своевременном выявлении больных ТБ и их лечение на амбулаторном этапе при непосредственном наблюдении [84].

20 декабря 2009 года под № 712 издан приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «По усилению противотуберкулёзной помощи населению Республики Таджикистан», где указано, что наряду с достигнутыми успехами в противотуберкулёзной службе отмечается недостаточное знание врачей ПМСП в проведении алгоритмов в выявлении ТБ

больных. Соответствующим структурам приказано взять под контроль своевременное выявление и лечение ТБ больных на амбулаторном этапе, разработку и издание Руководства для медицинских работников учреждений ПМСП в проведении противотуберкулёзных мероприятий.

Одной из важных частей стратегии Национальной программы защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2010-2015 годы (Постановление Правительства РТ от 30 декабря 2009 года № 694) является [49]:

- Вклад в укрепление системы здравоохранения с акцентом на первичную медико-санитарную помощь. ПМСП будет полностью интегрирована в программу контроля над ТБ. Развитие людских ресурсов, в соответствии со стратегическим планом, будет гарантировано Программой. Поэтапное внедрение Практического Подхода к Лёгочным Заболеваниям (ППЗЛ) в стране даст гарантию улучшения диагностики и лечения распространённых респираторных заболеваний, включая ТБ.

В борьбу с ТБ будут вовлечены все соответствующие поставщики медицинских услуг: центры по борьбе с ТБ, противотуберкулёзные больницы, Государственная Служба Санитарно-Эпидемиологического Надзора (ГССЭН), учреждения ПМСП, медицинские учебные заведения, неправительственные организации (НПО), медицинская служба исправительных учреждений, медицинская служба силовых структур, страховые компании, с последующим привлечением частной медицины.

1. Противотуберкулёзная служба в РТ имеет вертикальную структуру и представляет четыре различных уровня:
2. На центральном уровне: Республиканский центр по борьбе с туберкулёзом (РЦБТ) является главным центром в стране. РЦБТ учрежден в качестве Центральной единицы Национальной противотуберкулёзной программы, и в основном ответственен за планирование, внедрение, мониторинг и оценку деятельности по туберкулёзу;
3. Региональный (областной) уровень – представляет четыре центра. Сотрудники Областных центров по борьбе с туберкулёзом (ОЦБТ) координируют и

ответственны за проведение лечебно- диагностических противотуберкулёзных мероприятий во всех районах данной области, а также за учет и отчетность на областном уровне;

4. Районный уровень – 69 городских и районных центров борьбы с туберкулёзом;
5. На уровне джамоатов – учреждения ПМСП.

В крупных городах имеются городские, а в районах области - районные центры борьбы с туберкулёзом. На районном (городском) уровне чаще всего проводится первичная диагностика ТБ, там же больные могут завершить курс лечения. На районном уровне осуществляется совместная работа с учреждениями ПМСП, к которым относятся: городские, районные и сельские центры здоровья, центры семейной медицины, центральная районная больница, районные больницы, дома здоровья. Врачи ПМСП осуществляют первичное обследование пациентов, выявляют лица с подозрением на ТБ, участвуют в проведении завершающего этапа лечения больных ТБ. Центр борьбы с ТБ оказывает противотуберкулёзную помощь населению, координирует противотуберкулёзную работу медицинских учреждений ПМСП и санитарно – эпидемиологической службы.

Наряду с Законом Республики Таджикистан «О защите населения от туберкулёза» и «Национальной программы защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2015-2020 гг.» на территории Республики Таджикистан в настоящее время действует еще ряд проектов и программ, направленных на борьбу с ТБ, реализуя в сотрудничестве с партнерами совместные программы борьбы с ТБ в разных регионах страны (ВОЗ, Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией, Проект НОРЕ, Федерация Красного Креста и Красного Полумесяца, Европейская комиссия, KNCV, ПРООН, ЮСАИД и др.). Также основан Национальный Координационный Комитет (НКК) по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и Малярией для координации в реализации национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и Малярией.

В последнее десятилетие в нашей стране идет активное реформирование отечественного здравоохранения. Все эти годы фтизиатрическая служба стояла как бы в стороне от происходящих процессов, если не считать внедрения в стране рекомендаций ВОЗ по применению стратегии DOTS.

Таким образом, Республика Таджикистан значительно усилила проведение противотуберкулёзных мероприятий при поддержке и участии международных партнеров. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан считает борьбу с туберкулёзом одним из самых главных элементов национальной безопасности и устойчивого развития. Это становится особенно важным в свете того, что Республика Таджикистан отнесена экспертами Всемирной Организации Здравоохранения к 22-м странам с высоким бременем туберкулёза.

1.3. Особенности и опыт интеграции противотуберкулёзной службы с учреждениями первичной медико-санитарной помощи

В 2006 году ВОЗ объявила о новой Стратегии борьбы с ТБ. В основе этой стратегии лежит ДОТС – подход к борьбе с ТБ, провозглашенный ВОЗ в 1995 году. Эта стратегия внедряет инновации, основанные на фактических данных в области привлечения к борьбе с ТБ медицинских учреждений из частного сектора, предоставления больших возможностей больным людям и общинам, а также содействия усилению систем здравоохранения и стимулированию исследований [93, 161, 169].

Одними из шести компонентов стратегии "Остановить ТБ" являлись:

- Содействие укреплению систем здравоохранения на основе первичной медико-санитарной помощи;
- Привлечение всех поставщиков медицинских услуг.

На первой Глобальной министерской конференции ВОЗ «Ликвидировать туберкулез в эпоху устойчивого развития» (ноябрь 2017 г. г. Москва, Российской Федерации) была принята Московская декларация по ликвидации ТБ.

В сентябре 2018 г. в штаб-квартире Организация Объединенных Наций (ООН) в Нью-Йорке проведенное первое совещание высокого уровня по ТБ «Объединимся для искоренения туберкулёза: срочные меры глобального реагирования на глобальную эпидемию» – указывает на необходимость принятия неотложных мер для достижения цели, т.е. ликвидации эпидемии ТБ к 2030 году.

Обязательства по достижению этой цели взяли на себя все государства-члены ВОЗ и ООН.

Стратегия ВОЗ по ликвидации ТБ (2015 г.) Целевые показатели стратегии END-TB : Оставить глобальную эпидемию туберкулёза.

- Снижение смертности от ТБ к 2035 году на 95% сравнительно с 2015 годом;
- Снижение показателя заболеваемости ТБ на 90% к 2035 году в сравнении с 2015 годом;
- Ни одна из семей к 2035 году, где есть больные ТБ, не должна нести больших расходов.

Базовые элементы и компоненты:

1. Комплексное лечение и профилактика, ориентированные на пациента.
 - Ранняя диагностика ТБ, включая всеобщее тестирование на лекарственную чувствительность, систематический скрининг лиц, находившихся в контакте и групп повышенного риска.
 - Лечение больных ТБ, включая туберкулёз с лекарственной устойчивостью и поддержка пациентов.
 - Меры борьбы с ВИЧ ассоциированным ТБ и ведение сопутствующих заболеваний.
 - Профилактическое лечение лиц, подвергающихся повышенному риску, и вакцинация против ТБ.
2. Сильная политика и поддерживающие системы.
 - А. Политическая поддержка с достаточными ресурсами для лечения и профилактики ТБ.
 - В. Участие организаций гражданского общества, общин, а также всех государственных и частных поставщиков помощи.

- С. Политика всеобщего охвата услугами здравоохранения и нормативно-правовая база для уведомления о случаях заболевания, регистрации актов гражданского состояния, инфекционного контроля, а также обеспечения качества и рационального использования лекарственных средств.
 - D. Социальная защита, борьба с бедностью и воздействие на другие детерминанты ТБ.
3. Интенсификация исследований и инновации.
- А. Открытие, разработка и быстрое внедрение новых средств, стратегий и практических мер.
 - В. Научные исследования для оптимизации осуществления и воздействия, содействие инновациям. [17]

В большинстве стран службы диагностики и лечения ТБ включены в первичную медико-санитарную помощь [29, 32, 45, 128].

Во многих странах Европейского региона ВОЗ, особенно в странах бывшего Советского Союза, традиционно «вертикальная» система специализированной противотуберкулёзной службы может недостаточно полно взаимодействовать с учреждениями первичного звена здравоохранения [2].

Системы противотуберкулёзной помощи часто имеют трехуровневую структуру и охватывают национальный, региональный (областной) и районный уровни. Функции, роль и ответственность медицинских учреждений каждого уровня могут отличаться в различных странах в зависимости от существующей в каждой стране системы здравоохранения и исходя из нужд населения и имеющихся ресурсов. Эти функции отражают широкий спектр практических задач противотуберкулёзной работы и определяют обязанности работников здравоохранения на каждом уровне системы противотуберкулёзной помощи.

Полностью полагаться на опыт интеграции противотуберкулёзных служб с учреждениями ПМСП таких стран как Бразилия, Бангладеш, Таиланд, стран Южной Африки и ряда других не представляется возможным ввиду разных климатических, географических, социально-экономических условий и менталитета жителей этих стран с Республикой Таджикистан.

В странах, где ТБ представляет серьезную угрозу здоровью населения (страны СНГ, Румыния) диагностику, лечение больных ТБ проводят учреждения противотуберкулёзной службы, а своевременное выявление и направление к фтизиатру проводит ПМСП. В странах, где ТБ менее распространен (Англия, Германия, США) выявление, диагностику и лечение проводит врач общей практики, а врачи фтизиатры участвуют как консультанты по ведению больных ТБ.

Российская Федерация отличается от других стран мира накопленными и сохраняемыми традициями противотуберкулёзной работы.

В соответствии с нормативными документами (Приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.1992 года «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи принципу врача общей практики (семейного врача)») в обязанности врача общей практики включены, в частности, следующие задачи по проведению противотуберкулёзных мероприятий при оказании первичной медико – санитарной помощи:

- Профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов.

- Владение принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний; реабилитации пациентов.

Врач общей практики (семейный врач) самостоятельно проводит обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организует дообследование, консультацию, госпитализацию пациентов, в последующем выполняет назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение больного при ТБ лёгких и плевры, внелегочных формах ТБ (урогенитальный, лимфатической системы, костей и др.).

Врач общей практики должен знать демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного контингента, в соответствии с которой:

- совместно с центрами здоровья принимает участие в проведении пропаганды медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания, гигиеническое обучение и воспитание различных групп населения;
- совместно с представителями санитарно-эпидемиологического надзора организует проведение противоэпидемиологических мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактику;
- привлекает руководителей учреждений и предприятий, профсоюзных и других общественных организаций, пациентов к активному участию в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий;
- проводит работу по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, оказывает содействие в снижении их влияний на пациента;
- организует весь комплекс диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий с привлечением, при необходимости, для этой цели специалистов лечебно-профилактических учреждений;
- проводит анализ состояния здоровья прикрепленного контингента, ведет учетно-отчетную медицинскую документацию.

Начиная с 2003 года, все регионы Российской Федерации осуществляют химиотерапию ТБ под контролем медицинских работников, используя стандартные режимы в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения РФ №109 от 21 марта 2003 года «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» [76].

На врача первичного звена здравоохранения возложена обязанность предупреждать заболеваемость, смертность от ТБ, проводить профилактические осмотры, своевременно выявлять больных ТБ (методами лучевого обследования органов грудной клетки и исследования мокроты на микобактерии ТБ) и проводить профилактику заболевания в очагах активного ТБ.

Глобальной стратегией и целью в области профилактики, лечения и борьбы с ТБ на период после 2015 года, в РФ определены цели по борьбе с ТБ на период до 2020 г. – повышение качества и экономической эффективности противотуберкулезных мероприятий на основе современных научно-

обоснованных подходов к профилактике, выявлению, диагностике и лечению ТБ, в том числе лекарственно устойчивого туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Целевыми показателями стратегии являются:

- уменьшение показателей заболеваемости туберкулеза к 2020 году на 20%
- уменьшение показателей летальных исходов от туберкулеза к 2020 году на 20%
- уменьшение показателей заболеваемости туберкулеза к 2020 году среди пациентов с ВИЧ на 20% [15].

Системы организации противотуберкулёзной помощи населению в Российской Федерации и Республике Таджикистан имеют некоторые различия. Однако, при более детальном знакомстве, становится очевидным, что существует много общего в принципах эпидемиологии, организации, профилактики, диагностики и лечения ТБ. Существующие различия обусловлены рядом причин, основными из которых являются: достижения в социально-экономической сфере, эпидемиологии ТБ, уровне финансирования проблемы, материально-техническом обеспечении здравоохранения, нормативно-правовой базе.

Одним из итогов реализации Национальных противотуберкулёзных программ, а также ряда постановлений и других нормативных документов, регламентирующих проведение комплекса противотуберкулёзных мероприятий и внедрения во всех регионах Кыргызской Республики стратегии DOTS являются [51, 52, 53]:

- интегрирование учреждений первичной медико-санитарной помощи с противотуберкулёзной службой;
- повышение качества выявления больных ТБ на уровне первичного звена здравоохранения;
- повышение эффективности терапии впервые выявленных пациентов с ТБ;
- усиление политической приверженности Правительства Кыргызской Республики к решению проблем ТБ;

- увеличение объема финансирования комплекса противотуберкулёзных мероприятий в стране.

Эти меры способствовали уменьшению ежегодного темпа роста заболеваемости ТБ и появлению тенденции к снижению показателей заболеваемости и смертности от ТБ среди населения, что, безусловно, привело к уменьшению распространения туберкулёзной инфекции в стране. Показатель заболеваемости ТБ в республике в 2006 г. по сравнению с 2001 г. уменьшился со 127,3 до 110,9 на 100 тысяч населения. Заболеваемость ТБ с учетом впервые выявленных больных пенитенциарной системы в 2006 г. снизилась по сравнению с 2001 г. с 167,8 до 121,2 на 100 тысяч населения. Показатель смертности от ТБ в республике в 2006 г. снизился до 10,2, тогда как в 2001 г. он составлял 13,5 на 100 тысяч населения.

В ходе реформирования системы здравоохранения произошли некоторые изменения в инфраструктуре противотуберкулёзной службы Кыргызской Республики. Противотуберкулёзные кабинеты введены в состав Центров семейной медицины (ЦСМ), стационарные отделения районных и межрайонных противотуберкулёзных диспансеров введены в состав территориальных больниц как противотуберкулёзные отделения. В результате интеграции выявление больных ТБ и их лечение на поддерживающей фазе осуществляется на уровне ЦСМ. Произошло сокращение числа противотуберкулёзных коек с 4205 (1998 г.) до 3600 (2006 г.), что стало возможным в результате внедрения стратегии DOTS на всей территории республики, предусматривающей лечение больных ТБ на поддерживающей фазе на уровне ПМСП в амбулаторных условиях. Во всех регионах республики медицинские работники ПМСП и противотуберкулёзной службы прошли обучение по стратегии DOTS, что позволяет оказывать качественную медицинскую помощь на всех уровнях. В тоже время, уровень интеграции неоднозначен в разных регионах республики.

Одной из задач Концепции развития противотуберкулёзной службы в Кыргызской Республике на 2009-2016 гг. является реформирование противотуберкулёзной службы, где включены мероприятия по интеграции

противотуберкулёзной службы с общей лечебной сетью на вторичном уровне с поэтапной передачей оказания противотуберкулёзной помощи населению общей лечебной сетью. Также в задачах Концепции по улучшению качества оказания противотуберкулёзной помощи населению республики будет осуществляться в рамках Национальных противотуберкулёзных программ путем укрепления и расширения позиций, достигнутых в ходе интеграции противотуберкулёзной службы с первичной медико-санитарной помощью.

При достижении показателя заболеваемости туберкулёзом 50,0 на 100 тысяч населения, произойдет полная интеграция противотуберкулёзной службы с общей лечебной сетью на всех уровнях оказания медицинской помощи населению. На уровне Центров семейной медицины весь комплекс противотуберкулёзных мероприятий будут реализовывать семейные врачи, а врачи-фтизиатры противотуберкулёзных кабинетов будут выведены из штатного расписания ЦСМ [35].

Таким образом, представленный обзор литературы с освещением ситуации по туберкулёзу в мире, а также особенностей и опыта интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в разных странах, свидетельствует об актуальности изучаемой проблемы для региона в целом, и для Таджикистана, в частности.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой (2008 и 2017 гг.).

Интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан проводилась поэтапно, сначала пилотированием в двух регионах страны (г. Душанбе и район Рудаки – 2007-2009 гг.), а затем с расширением на национальном уровне. При этом были внедрены следующие принципы:

- Назначение менеджеров ПМСП районов ответственными за реализацию «Национальной программы по защите населения от туберкулёза»;
- Переориентация приоритетности выявления больных с ТБ от противотуберкулёзной службы к медицинским работникам ПМСП всех уровней;
- Проведение медицинскими работниками ПМСП санитарно-просветительной работы с целью информирования населения о путях распространения, симптомах и методах лечения ТБ;
- Организация в учреждениях ПМСП пунктов сбора мокроты;
- Улучшение системы регистрации и ведения больных ТБ в учреждениях ПМСП, путем внедрения учетно-отчетных форм, согласно рекомендациям, ВОЗ;
- Обеспечение контролируемого лечения всех больных ТБ стандартными схемами лечения на уровне ПМСП;
- Анализ причин отрывов от лечения и управления побочными эффектами;
- Систематический мониторинг и оценка реализации мероприятий с обсуждением их результатов в учреждении ПМСП [74, 75, 79].

Оба исследования (в 2008 и 2017 гг.) были проведены среди следующих целевых групп:

- Медицинские работники: врачи учреждений ПМСП (участковые/семейные врачи);

- Больные туберкулёзом: лица, находящиеся на интенсивной/стационарной и поддерживающей/амбулаторной фазе лечения туберкулёза;
- Общее население: население сельских и городских зон охвата медицинского обслуживания районов, включенных в данное исследование.

Исследованиями было охвачено 8 районов, представляющих все регионы республики: Горно-Бадахшанскую автономную область (г. Хорог, Рушанский район), Согдийскую (Матчинский район) и Хатлонскую области (г. Куляб, г. Восейский и Бохтарский районы), район республиканского подчинения Рудаки и г. Душанбе.

Выборка определялась со статистической значимостью результатов исследования с достоверностью в 95%.

Выборка медицинских работников проводилась на основе данных, предоставленных ГУ «Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ и СЗН РТ» с использованием таблицы случайных чисел (ТСЧ). На основе ТСЧ из 978 врачей ПМСП было выбрано 276 врачей в 2017 г. (в 2008 г. из 910 врачей ПМСП выбрано 270).

Методика ТСЧ была использована также для отбора больных ТБ, относящихся к различным категориям, находящихся в интенсивной и поддерживающей фазах лечения. Таким образом, интервью проводилось с 301 больным ТБ из 1395 в 2017 г. (в 2008 г. с 316 из 1783). Из общего количества больных в среднем 40 % находились в интенсивной фазе лечения, и 60 % в поддерживающей фазе на амбулаторном периоде продолжения лечения. Именно в 2008 году пилотно (г. Душанбе и район Рудаки) началось внедрение выявления и лечения лекарственно устойчивых форм туберкулёза и 8% больных ТБ, находящихся под нашим наблюдением находились на лечении больные с МЛУ ТБ с использованием IV режима лечения.

При выборке респондентов из числа населения были использованы одни и те же кластеры. Количество выбранных домохозяйств составило 384 в 2017 г. (в 2008 г. – 381). Опрос проводился с одним человеком из каждого домохозяйства (приложение 1).

Выборка проводилась в два этапа. На первом этапе выбирался населенный пункт из общего списка с использованием таблицы случайных чисел (ТСЧ). На втором этапе выборка респондентов проводилась из общего списка также по ТСЧ.

Проведено структурированное интервью с врачами учреждений ПМСП, больными туберкулёзом и населением.

Для проведения анкетирования врачей ПМСП (приложение 2), населения (приложение 3) и больных туберкулёзом (приложение 4) были разработаны специальные вопросники.

Также были проанализированы отчетные формы исследуемых районов (форма №№ 8 и 33, ТБ 07, ТБ 08, ТБ 10) за 2008 и 2017 гг.

Для анализа полученных данных использовалось программное обеспечение по прогностической аналитике (SPSS, версия 13.0) в связи с её гибкостью и простотой в использовании при переводе необработанных данных в таблицы формата MS Word. Полученные данные, в результате исследования, обработаны общепринятыми методами вариационной статистики. В тексте основные результаты представлены с использованием значимой (p). Различия при $p < 0.05$ считались значимыми.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Социальный фактор играет основную роль в распространении ТБ [13, 16]. С момента провозглашения независимости в Таджикистане по оценке Всемирного Банка проделана значительная работа по снижению уровня бедности. В период с 2000 до начала 2009 года уровень бедности в стране сократился с 83% до 47%, а в период с 2012 до 2017 года – с 37% до 30,3%. Уровень крайней бедности составлял 13%, и с 2009 года данный показатель практически не изменился. При этом в сельской местности проживает 81% бедного населения. Существуют большие региональные различия в бедности: от 20-22% в Душанбе и Согде до 39% в ГБАО. С 2012 года наибольшего прогресса в деле сокращения бедности добились самые бедные регионы страны. Республика Таджикистан остаётся бедной страной постсоветского пространства, где треть населения живут за чертой бедности [57].

При изучении динамики показателя заболеваемости населения ТБ в Республике Таджикистан в период 1991-2010 годов характеризовался быстрыми темпами роста показателя заболеваемости, т.е. более чем в 2 раза (с 38 до 82,7 на 100 000 населения) [30].

Важным показателем, характеризующим ТБ, как хроническое заболевание, является его распространенность среди населения. Меньшими темпами меняется показатель распространенности ТБ, чем показатели заболеваемости и смертности. Например, в Республике Таджикистан распространенность туберкулёза за 2001 год составила 185,8 на 100 000 населения, 182,3 в 2010 г. и 178,5 в 2017 году.

К регионам с высоким бременем туберкулёза относится группа районов юга республики (Кулябская зона Хатлонской области), где создалась особая эпидемиологическая ситуация по ТБ. Заболеваемость ТБ по региону превышает среднереспубликанскую (149,5 на 100000 населения) и смертность (8,0 на 100000 населения). По районам региона наблюдается резкое отличие

эпидемиологических показателей по ТБ. Если, в Пархарском, Дангаринском и Ховалинском районах заболеваемость находится ниже среднереспубликанского уровня, то в г. Кулябе, районах Восе, Хамадони, Темурмалик и Балджуване она превышает среднереспубликанский показатель в 2-3 раза (от 148 до 306 на 100000 населения). Показатель смертности в этих районах также превышает среднереспубликанские показатели в 2 раза, а в Балджуванском районе в 5 раз. За 2009 год 24 % впервые выявленных больных по стране зарегистрированы в Кулябском регионе [49].

Первые результаты исследования по определению лекарственной устойчивости в данном регионе показывают высокий уровень устойчивости. 41,8 % из впервые выявленных больных и 67,6 % из числа повторных больных имеют устойчивость к одному или нескольким противотуберкулёзным препаратам. Наблюдается высокий уровень полирезистентности (20 %) среди первичных больных, что в 2,5 раза (8,4 %) превышает уровень пилотных районов (г. Душанбе и района Рудаки) [30].

Наименьший показатель по заболеваемости туберкулёзом отмечается в большинстве районов Согдийской области. По данным официальной статистики средний уровень заболеваемости по области в 2001 году составил 43,6 на 100000 населения и 36,9 на 100000 населения в 2017 году [49].

Таджикистан является одной из стран с самым высоким уровнем распространенности МЛУ и ШЛУ ТБ. Последнее Национальное исследование лекарственной устойчивости было проведено в 2010 году. Результаты исследования от 2010 года показали, что уровень распространенности МЛУ-ТБ среди новых случаев составляет - 12.5%, а среди ранее леченных больных 53.6%. Согласно Глобальному докладу о туберкулезе ВОЗ, оценочные данные указывают, что в 2016 году доля случаев МЛУ-ТБ в Таджикистане составила 22% (21–24%) среди новых случаев и 45% (40-50%) среди ранее пролеченных [18].

Половозрастной состав респондентов обоих исследований практически идентичен. В опросе участвовали практически все половозрастные группы с различным уровнем образования (таблицы 3.1; 3.2).

От общего количества опрошенных врачей ПМСП (участковый /семейный врач – УВ/СВ) (в 2008 г. – 270 и в 2017 г. – 276), мужчины в среднем составляют 65 %, женщин врачей составило около 35%. Разделение врачей по возрастному признаку показывает, что более 56% из них являются людьми старше 40 лет. Более половины врачей имеют солидный стаж работы в системе здравоохранения (в среднем более 15 лет).

Через ряд действующих проектов и программ, направленных на борьбу с туберкулёзом, реализуются важные аспекты в плане диагностики, лечения и профилактики туберкулёза среди населения, тем самым способствующие уменьшению распространения туберкулёза в стране.

От общего количества респондентов из числа населения 69 % составили мужчины и 31% - женщины. В возрастной группе, в основном, преобладали мужчины от 30 до 50 лет, в среднем 20 % опрошенных. При опросе в домохозяйствах в основном преобладали мужчины.

От общего количества опрошенных больных ТБ в среднем 44 % составили женщины и 56 % - мужчины. Следует отметить, что в единичных пилотных регионах разница больных ТБ между мужчинами и женщинами была минимальной и местами отмечено преобладание количества больных ТБ женщин над мужской частью больных ТБ.

Исследование выявило, что почти все половозрастные группы населения подвержены заболеванию туберкулёзом (таблица 3.1). Большинство случаев туберкулёза было отмечено среди мужчин трудоспособного возраста. Случаев туберкулёза среди женщин трудоспособного возраста несколько ниже (в среднем около 10%). Среди мужчин от 19 до 24 лет (в среднем 28%), 30-39 лет (в среднем 23,5%).

Таблица 3.1 - Возраст и пол респондентов*

Возрастная группа (лет)	Пол	Врачи				Население				ТБ больные			
		2008 г.		2017 г.		2008 г.		2017 г.		2008 г.		2017 г.	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
До 18	М	-	-	-	-	6	1,7	9	2,5	9	2,8	11	3,8
	Ж	-	-	-	-	5	1,2	7	1,9	7	2,3	14	4,6
19-24	М	2	0,6	3	1,0	27	6,5	26	6,8	52	16,3	55	18,3
	Ж	1	0,3	-	-	11	3,0	11	2,8	35	11,1	32	10,5
25-29	М	24	8,8	24	8,8	39	10,5	39	10,1	26	8,3	24	7,9
	Ж	11	4,0	11	4,2	16	3,4	11	2,9	23	7,4	22	7,3
30-39	М	52	19,3	51	18,5	78	21,1	81	20,9	44	13,7	41	13,7
	Ж	27	10,1	30	10,8	32	8,7	31	7,8	33	10,2	29	9,6
40-49	М	48	17,8	50	18,2	74	19,5	75	19,8	31	9,7	26	8,7
	Ж	35	12,8	34	12,4	33	8,5	31	8,3	27	8,6	26	8,7
50-59	М	45	16,9	45	16,2	28	7,4	29	7,3	11	3,4	9	2,9
	Ж	15	5,4	17	6,2	20	5,2	23	5,8	8	2,5	7	2,3
60 и старше	М	6	2,6	8	3,0	8	2,2	7	1,9	5	1,7	3	0,8
	Ж	4	1,3	3	1,0	3	0,8	4	1,1	5	1,7	2	0,6
Всего	М	177	65,5	181	65,6	261	69,0	265	69,3	178	57,3	169	56,1
	Ж	93	34,5	95	34,4	120	31,0	119	30,7	138	43,7	132	43,9
Итого		270	100	276	100	381	100	384	100	316	100	301	100

*Примечание:** Составлена автором на основе исследований

Таблица 3.2- Уровень образования респондентов*

Уровень образования	Население				ТБ больные			
	2008 г.		2017 г.		2008 г.		2017 г.	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Начальное	8	2,0	7	1,2	10	3,1	7	2,3
Неполное среднее	68	17,7	64	16,8	48	14,3	42	14,0
Среднее	181	48,3	169	44,4	195	59,7	132	44,0
Среднее специальное	64	16,7	65	17,0	25	8,0	53	17,5
Неполное высшее	13	2,8	19	4,7	16	4,9	34	11,4
Высшее	46	12,0	57	14,3	22	7,1	31	10,2
Без образования	1	0,3	3	0,9	-	-	2	0,6
Всего	381	100	384	100	316	100	301	100

*Примечание: *Составлена автором на основе исследований*

Как видно из таблицы 3.2, согласно полученным данным, уровень образования респондентов относительно высокий и мало чем отличается друг от друга.

От общего количества респондентов только менее одного процента отметили, что они не имеют образования, данная тенденция отмечена как у населения, так и ТБ больных. В среднем около трех процентов респондентов отметили, что они имеют только начальное образование. Большинство респондентов (более 40%) имеют среднее образование. Сравнительно за десятилетний период уровень среднего образования несколько снизился как среди населения, так и среди больных ТБ. Напротив, уровень высшего образования среди населения и ТБ больных за указанный период увеличился. Респонденты с высшим образованием в среднем составили более 12%.

3.2. Результаты сравнительного изучения динамики степени вовлечения врачей первичной медико-санитарной помощи (УВ/СВ) в процесс профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий

Стратегия ДОТС, рекомендуемая ВОЗ, поэтапно внедрялась в стране и в настоящее время реализуется, начиная с 2007 года по всей стране. Исследование показало, что 88,6 % опрошенных участковых врачей/семейных врачей (УВ/СВ) ПМСП (далее врачей ПМСП) до 2017 года прошли курсы, рекомендуемые ВОЗ по стратегии ДОТС.

Результаты исследования 2017 года показали, что среди врачей наблюдается прогресс в определении симптомов ТБ. Большинство врачей (в среднем 95 %), как и в предыдущем исследовании (в среднем 90 %) перечислили основные симптомы туберкулёза, такие как кашель более 2-х недель, потеря аппетита, слабость, ночная потливость, потеря веса.

Также изучалась настороженность по выявлению ТБ при приеме врачей ПМСП больных с респираторными заболеваниями (рисунок 3.1).

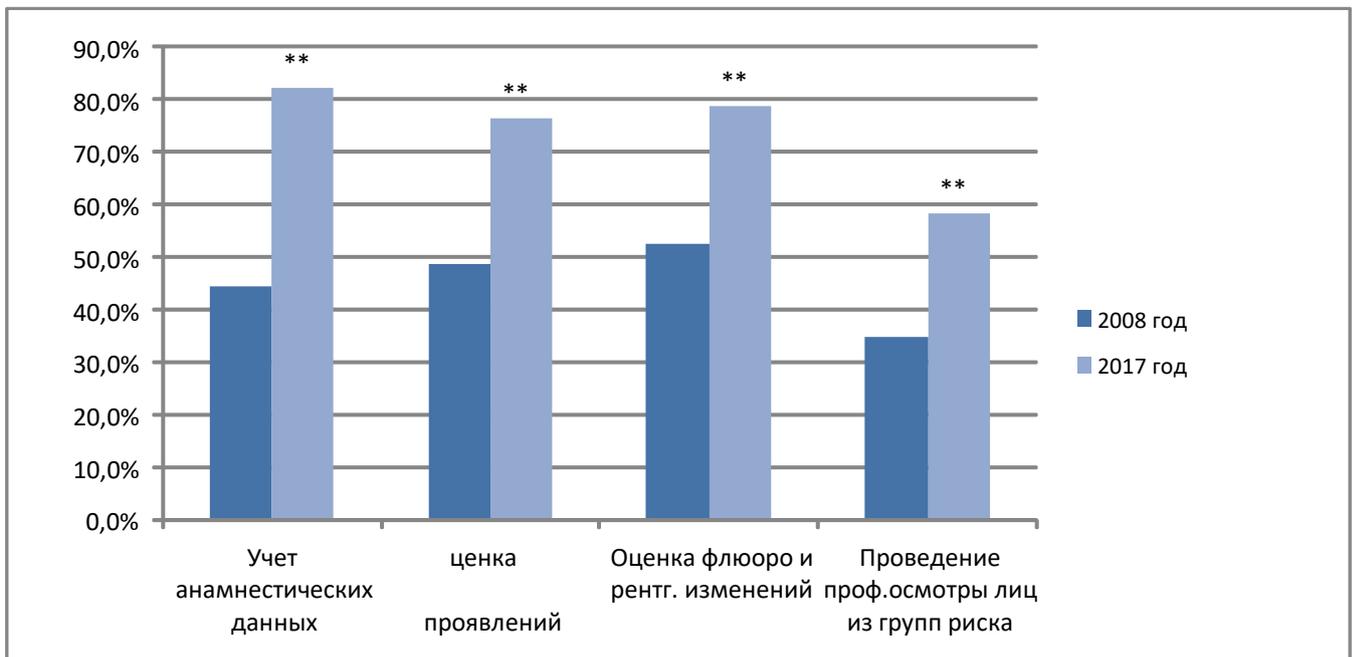


Рисунок 3.1. - Настороженность по выявлению ТБ врачами ПМСП*.

*Составлен автором на основе исследований.

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Исследование также показало, что в среднем около 80 % врачей ПМСП при приеме пациентов с респираторными заболеваниями учитывают анамнестические данные, оценивают клинические проявления болезни, флюоро- и рентгенологические изменения у пациентов и имело высокую степень статистической значимости ($p < 0.001$). В сравнении с 2008 г. это указывает на увеличение настороженности врачей ПМСП в выявлении случаев ТБ. Нами также были изучены первые действия при диагностике ТБ (рисунок 3.2.)

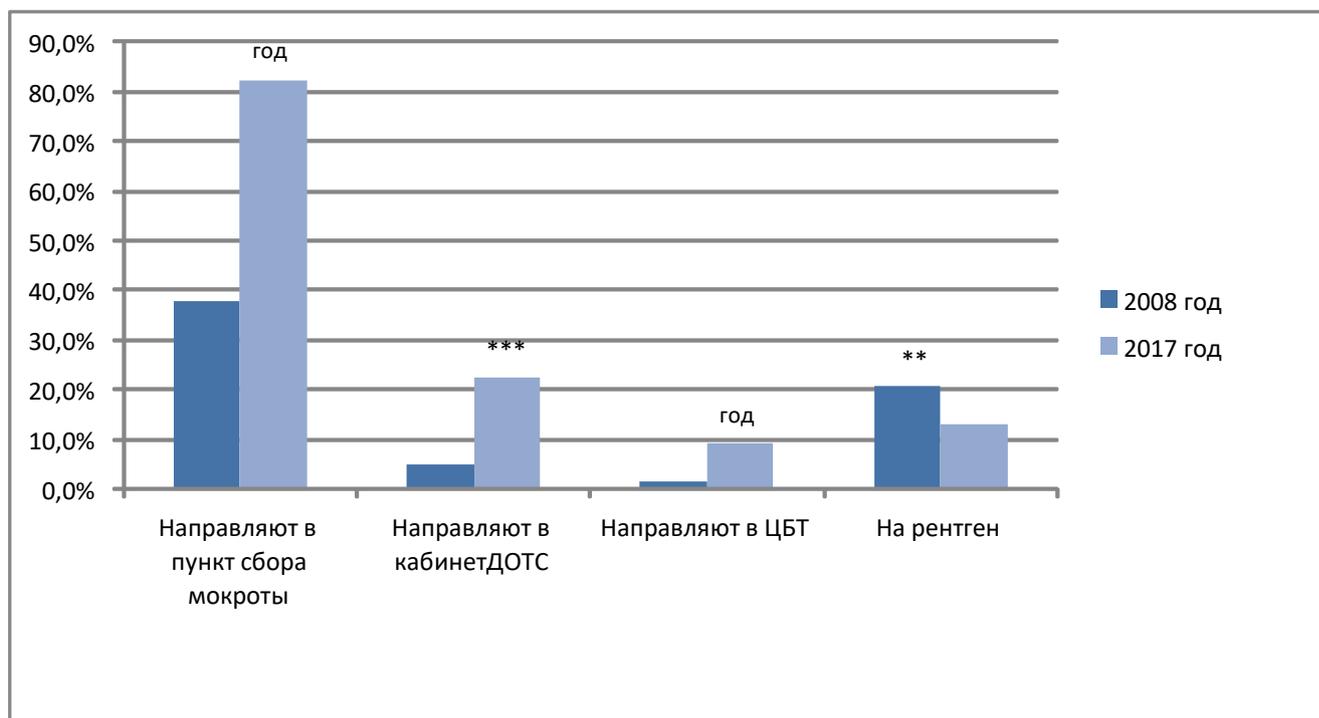


Рисунок 3.2. - Действия врачей ПМСП при обнаружении симптомов туберкулёза у своих пациентов*.

*Составлен автором на основе исследований.

** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Как видно из рисунка 3.2 большинство врачей ПМСП (82,4 %), начинают своё первое действие по диагностике ТБ с микроскопии. Для определенной части врачей ПМСП первым действием по диагностике ТБ является направление пациентов на рентгеновское исследование (более 20 %) и в кабинет ДОТС (22,4 %). Сравнивая результаты исследований 2008 и 2017 гг. можно заметить, что

в процентном соотношении несколько увеличилось количество врачей, направляющих пациентов с подозрением на ТБ, в первую очередь, в кабинет сбора мокроты, что имеет высокую степень статистической значимости.

Важно знание об обязательном трехкратном исследовании образцов мокроты (рисунок 3.3).

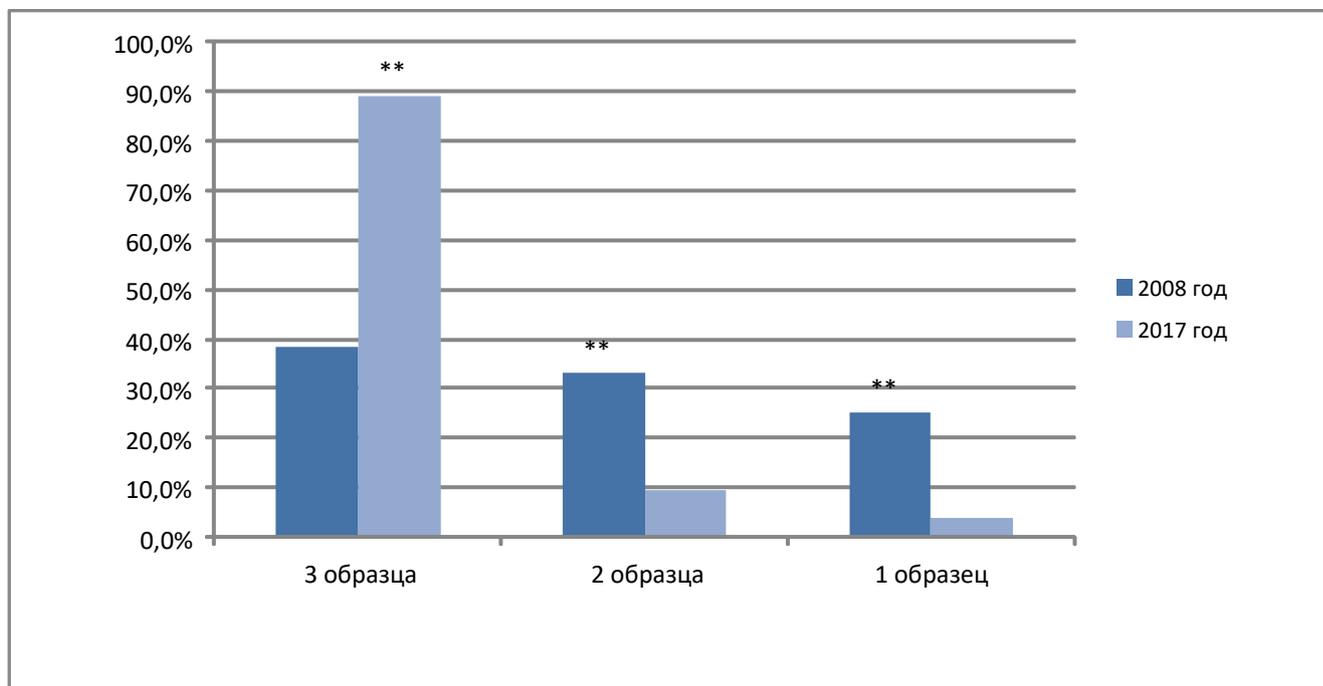


Рисунок 3.3. - Знание о предпочтении трехкратного исследования мокроты перед рентгенологическим исследованием*.

**Составлен автором на основе исследований. ** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.*

Сравнительно более чем в два раза увеличилось число врачей (около 90 %), которые отдают предпочтение трехкратному исследованию мокроты. С целью диагностики также отмечены случаи назначения врачами двух или однократного исследования мазков мокроты на МБТ (в среднем около 30% случаев в 2008 году). В исследовании 2017 года было отмечено, что назначение исследования мокроты на МБТ сократилось в несколько раз.

Большинство врачей ПМСП (рисунок 3.4) отнесли низкие затраты, удобство, быструю постановку диагноза (около 80 %) и выявление больных с бактериовыделением (более 60 %) к основным положительным сторонам

использования микроскопии в диагностике ТБ в соответствии со стратегией ДОТС, что имеет высокую степень статистической значимости ($p < 0.001$).

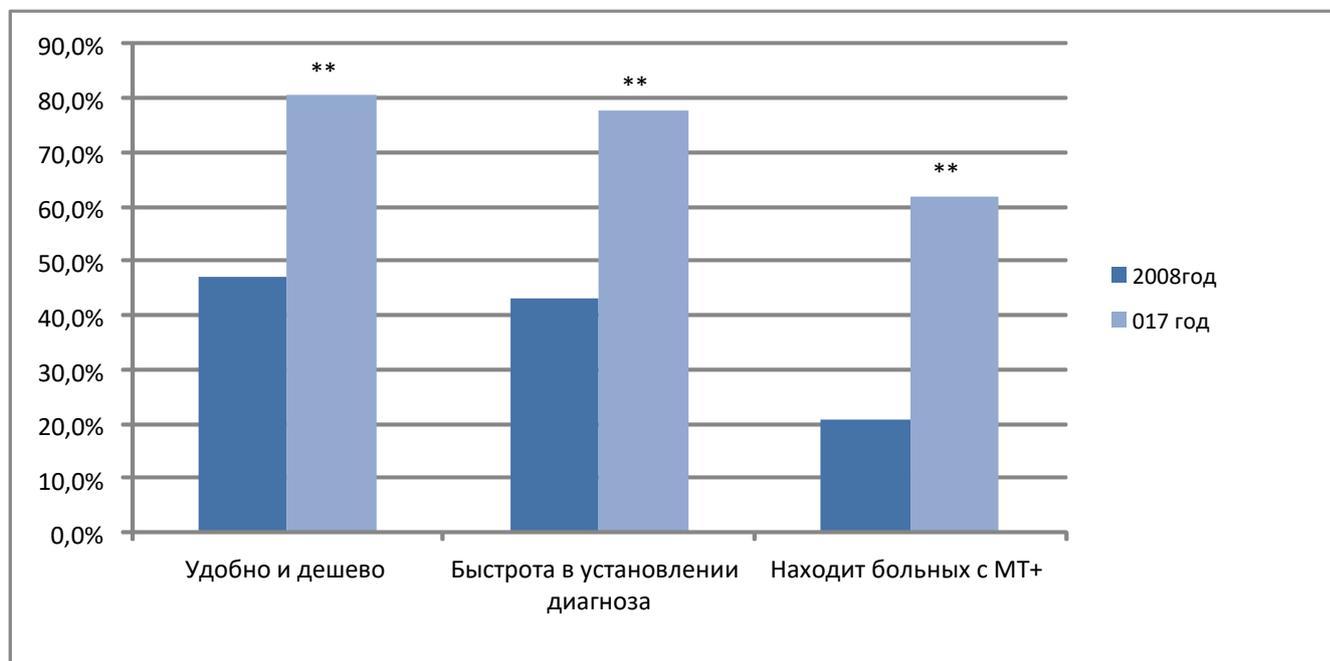


Рисунок 3.4. - Мнения врачей ПМСП о положительных сторонах микроскопии по стратегии ДОТС*.

*Составлен автором на основе исследований.

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Для убеждения пациента с подозрением на ТБ сдать анализ мокроты, врачи в своей практике используют различные методы разъяснения. Сравнительные данные методов убеждения, используемых медицинскими работниками в исследованиях 2008 и 2017 гг., показывают, что имеется некоторая динамика в этом вопросе. Так, 93 % врачей ПМСП в 2017 г. (43,1 % - 2008 г.) убеждают пациентов в том, что данная процедура поможет врачам поставить правильный диагноз ($p < 0.001$), тем самым подтверждается доверие населения и ТБ больных медицинскому работнику.

Одним из основных моментов интеграции ПМСП с ТБ службой является обследование медицинскими работниками учреждений ПМСП лиц с подозрением на ТБ. Как указано в Национальной стратегии по информационно-образовательной работе по ТБ, врачи ПМСП не последовательно используют диагностический алгоритм при обследовании пациентов с подозрением на ТБ.

В Республике Таджикистан принято, что если у больного с длительным кашлем и выделением мокроты свыше двух недель при трехкратном микроскопическом исследовании мокроты три или два результата образцов мокроты положительные, то выставляется ТБ и направляется к фтизиатру для определения режимов лечения. Если один образец – то следует провести рентгенологическое исследование, сопоставить с клиникой и только затем вынести решение о направлении к фтизиатру. Если все три образца мокроты отрицательные – следует провести рентгенологическое исследование, сопоставив результаты с клиникой назначить курс лечения неспецифическими антибиотиками и после этого повторить рентгенологическое исследование; если положительная динамика не наблюдается, то следует направить больного к фтизиатру.

Как отражено в рисунке 3.5, исследование показало, что большинство врачей ПМСП считают, что для регистрации случая ТБ с МТ+ обязательны 3 положительные пробы мокроты (82,2 %).

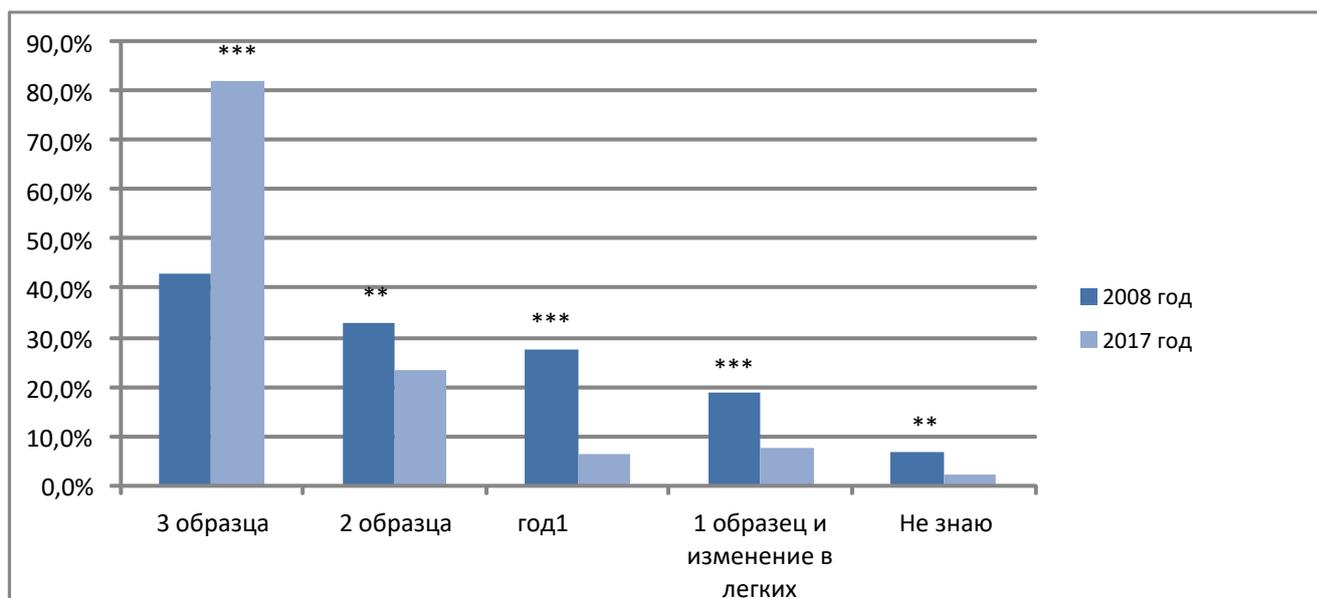


Рисунок 3.5. - Уровень знаний врачей ПМСП о количестве проб мокроты для регистрации МТ+ случая*.

*Составлен автором на основе исследований.

** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Сбором мокроты чаще всего занимается средний медицинский персонал. Здесь очень важно помнить различие между слюной и мокротой. Те, кто посещал курсы по ДОТС, знают, что имеются две возможности улучшить отхождение мокроты для сбора анализа: проведение дыхательной гимнастики или использование отхаркивающего средства.

После постановки диагноза на основании двух или более положительных мазков мокроты, большинство врачей ПМСП (97,3 %) направляют пациентов к фтизиатру согласно установленной процедуре.

Сравнительно увеличилось (от 38,9 % - в 2008 г. до 66,3 % - в 2017 г.) количество врачей, считающих необходимым назначать неспецифическую терапию при подозрении на легочный туберкулёз с МТ отрицательным (МТ-) результатом мазка. Различия имеют высокую степень статистической значимости ($p < 0.001$). Необходимость в назначении неспецифической терапии является важным компонентом в дифференциальной диагностике при подозрении на лёгочный туберкулёз.

Когда есть подозрение на ТБ (продолжительный кашель, МТ - результат мазка, неубедительный результат рентгенографии), алгоритм диагностики указывает на необходимость предписания в ходе лечения антибиотиков широкого спектра действия, что и большинстве случаев проводилось врачами первичной медико-санитарной помощи. Согласно рекомендациям, ВОЗ чаще всего проводится диагностика пациентов с МТ-, что требует значительного опыта в чтении грудной рентгенографии и определении альтернативных диагнозов. Результаты исследования подтверждают данное высказывание. От общего количества врачей ПМСП 66,3 % отметили, что они назначают пациентам с подозрением на легочный туберкулёз с отрицательным результатом мазка антибиотики широкого действия. О необходимости проведения данного действия постоянно обсуждаются на врачебных конференциях в учреждениях ПМСП. Из числа врачей ПМСП, не назначающих неспецифическую терапию отметили, что эту процедуру должны назначать фтизиатры.

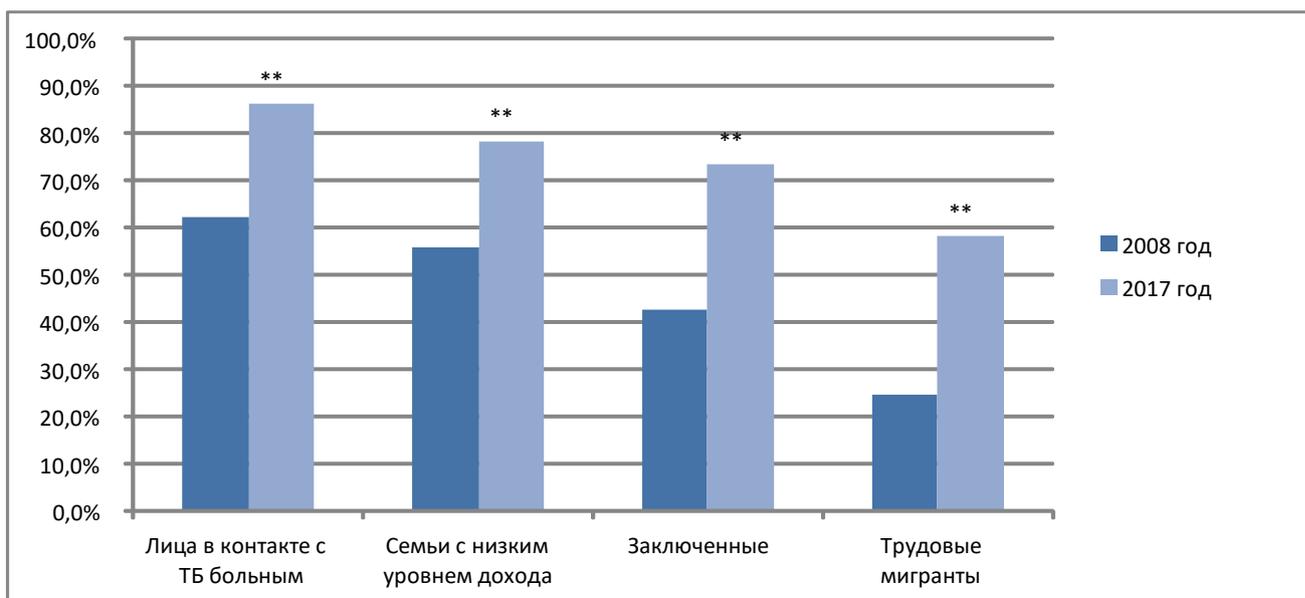


Рисунок 3.6. - Мнение врачей ПМСП об основных группах риска*.

*Составлен автором на основе исследований.

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

При исследованиях к основным группам риска по ТБ врачи ПМСП (в среднем 80 %) отнесли лица, бывшие в контакте с ТБ больным, семьи с низким уровнем дохода, заключенных, трудовых мигрантов. Различия показателей имеет высокую степень статистической значимости (рисунок 3.6).

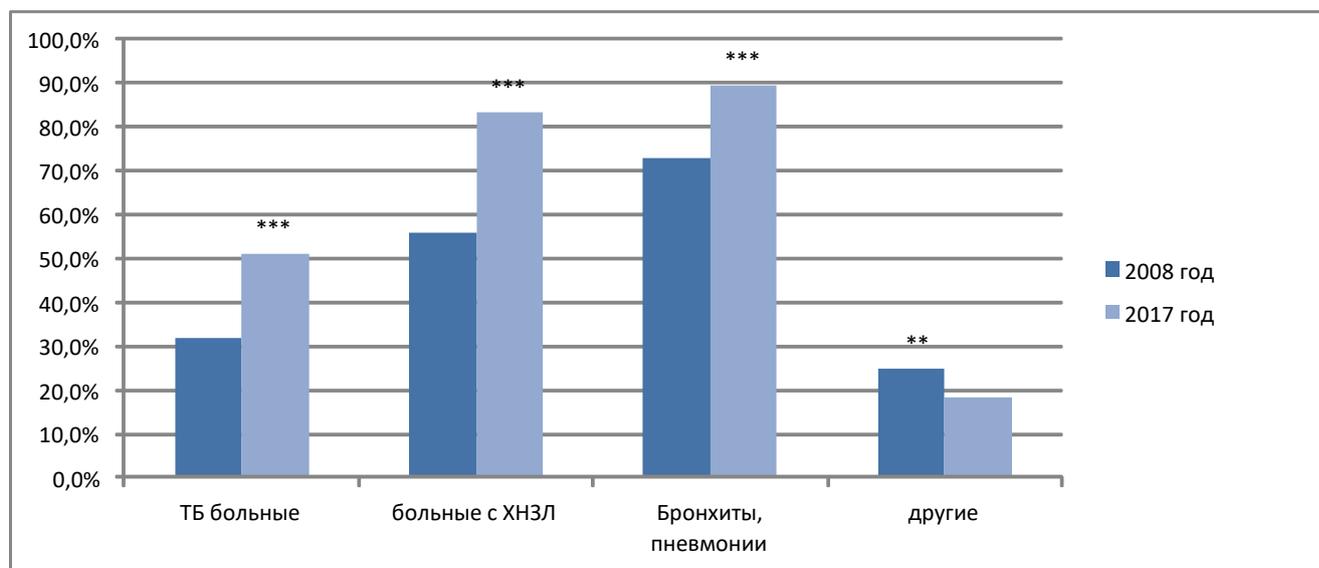


Рисунок 3.7. - Частота респираторных заболеваний в практике врачей ПМСП*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Более половины врачей ПМСП (51,2 %) в 2017 г. и 1/3 врачей (32 %) в 2008 г. отметили, что в их практике были случаи выявления ТБ из числа больных с респираторной инфекцией, что имеет высокую степень статистической значимости (рисунок 3.7).

Также мы изучили правильность определения случаев заболевания и соблюдение стандартных протоколов лечения (таблица 3.3).

Таблица 3.3 - Знание врачами ПМСП о случаях (типах) лёгочного туберкулёза по ДОТС*.

№	Тип	2008 г. в %	2017 г. в %
1	Новые случаи	41,5	70,3***
2	Рецидив	33,1	71,4***
3	Лечение после перерыва	18,1	30,3**
4	Лечение после неудачи	-	37,8***
5	Переведен	3,1	10,8***
6	Другие	8,5	9,7
7	Не знаю	16,9***	-

*Составлена автором на основе исследований

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

В регистрации больных, ведении стандартизированных отчетно-учетных форм, определении категории и в последующем контролируемом лечении важную роль играет знание врачей о типах (случаях) ТБ. Исследование 2017 года показало значительный прогресс в уровне знаний врачей ПМСП по этому вопросу. Так, например, в исследовании 2008 г. 16,9 % врачей ПМСП не смогли назвать ни одного случая ТБ. При опросе врачей в 2017 г. не оказалось ни одного врача, который не смог назвать случаев ТБ. Знание типов больных повысилось в среднем на 30-35 %, что представлено в вышеприведенной таблице. Различия между данными статистически имеет высокую степень статистической значимости. По результатам повторного исследования более 72 % врачей ПМСП правильно ответили на вопрос о дозировке противотуберкулёзных лекарственных

препаратов, что демонстрирует значительный прогресс в знании врачей в этом вопросе по сравнению с исследованием 2008 г. (55 %), что имеет высокую степень статистической значимости ($p < 0.001$).

Изучение уровня знаний о продолжительности курса химиотерапии больных ТБ выявило следующее (таблица 3.4).

Таблица 3.4. - Уровень знаний о продолжительности лечения*

Период	Врачи ПМСП, %	
	2008 г.	2017 г.
6-8 месяцев	53,8	85,4 ^{****}
4 месяца при малых формах ТБ	9,2	3,2 ^{***}
Более 1 года	16,9	9,7 ^{**}
Другое	7,0	1,6 ^{***}

*Составлена автором на основе исследований;

** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Сравнительно (таблица 3.4) улучшился уровень знаний врачей ПМСП относительно продолжительности лечения, так большинство врачей ПМСП (85,4 %) определило продолжительность лечения периодом от 6 до 8 месяцев. Уровень знаний медицинских работников относительно продолжительности лечения имеет большое значение для предоставления этой информации пациенту, что способствует соблюдению курса лечения.

Эффективность курса лечения во многом зависит от обеспеченности в период лечения противотуберкулёзных больных необходимыми лекарственными препаратами, наблюдения за их состоянием, доступности медицинских услуг и т.п. Подавляющая часть врачей ПМСП считают, что наиболее важным для обеспечения непрерывности курса лечения больного ТБ является постоянное обеспечение их лекарственными препаратами и лечение под непосредственным наблюдением врача. Более половины медицинских работников отметили

доступность медицинских услуг и регулярное консультирование больных как необходимые условия для проведения курса эффективного лечения больного ТБ.

В исследовании же 2008 г. врачи ПМСП больший акцент сделали на курс лечения под непосредственным наблюдением врача и на регулярном консультировании пациентов, нежели на постоянном обеспечении противотуберкулёзных больных лекарственными препаратами (таблица 3.5).

Некоторое смещение акцента в ответах врачей ПМСП, в сторону важности постоянного обеспечения лекарственными препаратами связано с тем, что в течение последних десяти лет производится постоянная и надежная поставка лекарственных препаратов для туберкулёзных больных в республику, что благоприятно влияет для лечения пациентов.

Таблица 3.5. - Уровень знаний врачей ПМСП для обеспечения непрерывности курса лечения больного*

Особенность лечения	Врачи ПМСП, %	
	2008 г.	2017 г.
Постоянное обеспечение лекарственными препаратами	44,6	88,6***
Лечение под непосредственным наблюдением	42,3	76,2***
Доступность медицинских услуг	11,5	57,6***
Мотивация медицинских работников	8,5	3,8**
Мотивация больных ТБ	6,9	20,3***
Регулярное консультирование больных ТБ	50,0	72,4***

*Составлена автором на основе исследований

** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Как было отмечено выше, тренинги по стратегии ДОТС прошли около 89% врачей ПМСП. Результаты исследования 2017 г. свидетельствуют о значительном

росте уровня знаний медицинских работников относительно стратегии лечения ТБ по стратегии ДOTS.

Таблица 3.6. - Уровень знаний врачей ПМСП об особенностях лечения туберкулёза по стратегии ДOTS*

Особенность лечения	Врачи ПМСП%	
	2008 г.	2017 г.
Стандартное лечение	43,1	68,6**
Зависимость продолжительности лечения от назначенной категории	6,9	9,7
Контроль эффективности лечения путем бактериоскопии мазка	10,8	49,7**
Бесплатное лечение	45,4	80,0**
Интеграция ПМСП и противотуберкулёзной службы	23,5	63,5**

*Составлена автором на основе исследований

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Как видно из таблицы 3.6. большинство врачей ПМСП назвали постоянное обеспечение туберкулёзных больных лекарственными препаратами, лечение под непосредственным наблюдением и бесплатное лечение главными особенностями для проведения лечения по стратегии ДOTS; более половины врачей отметили также стандартное лечение. Сравнительно отмечается прогресс в вопросе интеграции ПМСП и противотуберкулёзной службы 63,5 % (в 2008 г. – 23,5 %), что имеет высокую степень статистической значимости.

Сравнивая результаты исследований можно заметить значительный прогресс в знаниях медицинских работников о стратегии ДOTS. Так, у врачей ПМСП эти знания в два раза выше по сравнению с исследованием 2008 г.

Одним из важных аспектов лечения ТБ по стратегии ДOTS является лечение под непосредственным контролем медицинских работников. Лечение под непосредственным наблюдением требует, чтобы лекарственные препараты принимались в присутствии медицинского работника. При исследовании 2017

года подавляющее большинство врачей ПМСП (более 98 %) положительно отнеслись к контролируемому лечению туберкулёзных больных. Такого же мнения они придерживаются относительно приоритета использования микроскопии мокроты в диагностике ТБ в соответствии со стратегией ДОТС.

Таблица 3.7. - Информированность врачей ПМСП о возможных случаях предоставления противотуберкулёзных препаратов больным на руки*

Случай	Врачи ПМСП %	
	2008 г.	2017 г.
Не выдается ни при каких условиях	35	74,6**
Если больной живет далеко от медучреждения	10	14,6
При изменении места жительства	8	11,4
На выходные	11	7,6
При тяжести состояния здоровья больного	12	13,0
Другое	7	4,9

*Составлена автором на основе исследований

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Как отражено в таблице 3.7., около 75 % врачей ПМСП (в 2008 г. – 35 %) считают, что ни при каких условиях нельзя выдавать лекарства на руки пациентам, что имеет высокую степень статистической значимости. В ходе исследования врачами ПМСП отмечено, что выдача противотуберкулёзных препаратов пациенту не гарантирует их приём на дому, тем самым приводящий к отрыву от лечения. Около 15% врачей отметили, что возможна выдача противотуберкулёзных препаратов. Большая часть врачей также считают, что неконтролируемое лечение ТБ может привести в будущем к рецидиву данной болезни (78 %) и более 42 % - к развитию ее устойчивой формы ($p < 0.001$). Разница других показателей не имела статистической значимости ($p > 0,05$).

В нашем исследовании также было запланировано изучение владения навыками организации и проведения на участке обслуживания профилактических мероприятий.

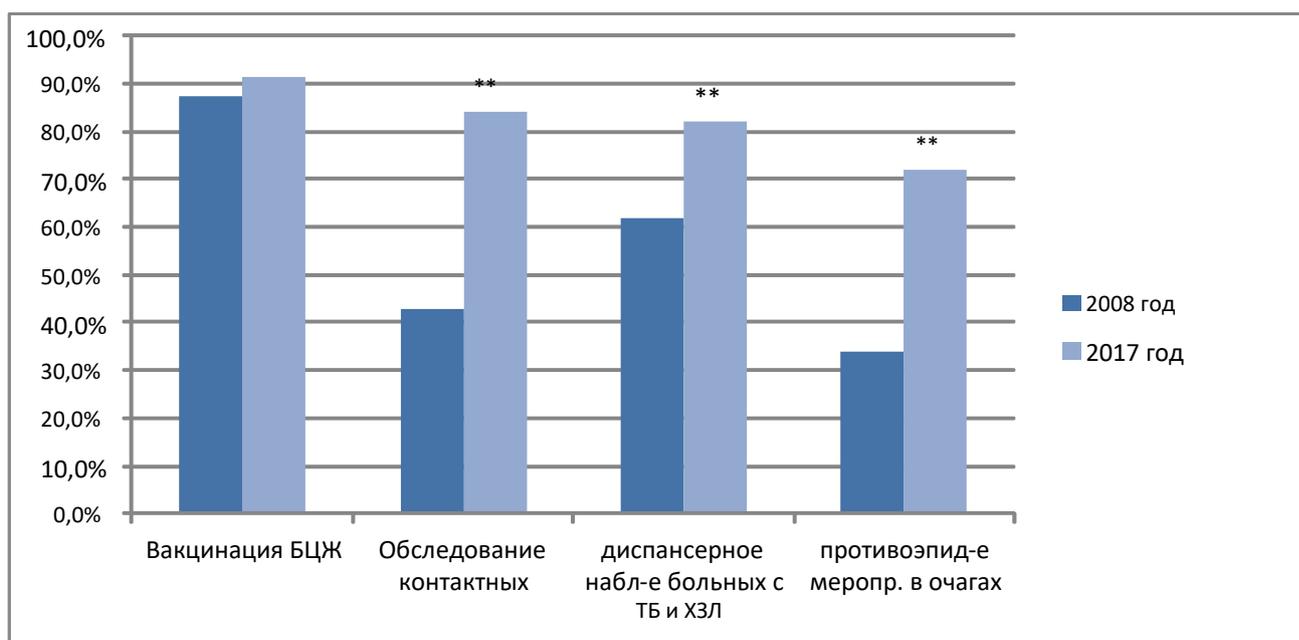


Рисунок 3.8. - Уровень знаний врачей ПМСП о профилактических мероприятиях*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Как видно из рисунка 3.8., более 90 % врачей отметили о проведении вакцинации БЦЖ новорожденным на своих участках. Однако, разница между этими показателями не была статистически значимой ($p > 0.05$). Более 80 % врачей проводят обследование контактных с ТБ больными и диспансерное наблюдение за ТБ больными и ХНЗЛ. Также сравнительно улучшилось проведение противоэпидемических мероприятий в очагах (71,9 %), что имеет высокую степень статистической значимости.

Микроскопия мазка мокроты за период с 2008-2017 годы с целью диагностики ТБ была выполнена по стране 121 426 тысячам пациентам. При этом из этого числа выявлено 10 234 больных туберкулёзом, выделяющих МБТ, то есть на 1000 обследованных лиц выявлено 84,3 заразных больных (критерий ВОЗ – 50 [217]). Эти показатели указывают на то, что, в целом, данный метод высокоэффективен в выявлении наиболее эпидемиологически опасных форм туберкулёза. В целом по стране за 10-летний период при сравнительном анализе определена положительная тенденция в количестве направленных пациентов с целью диагностики со стороны медицинских работников ПМСП.

Относительно анализа по пилотным регионам в динамике улучшились интеграционные процессы по выявлению ТБ. Так, в исследуемых районах направление пациентов с подозрением на ТБ медицинскими работниками учреждений ПМСП в среднем увеличилось на 35,9 % (рисунок 3.9.). Например, по г. Хорог направленных пациентов с целью диагностики увеличилось в несколько раз, что говорит об более активном участии медицинских работников ПМСП в выявлении ТБ.

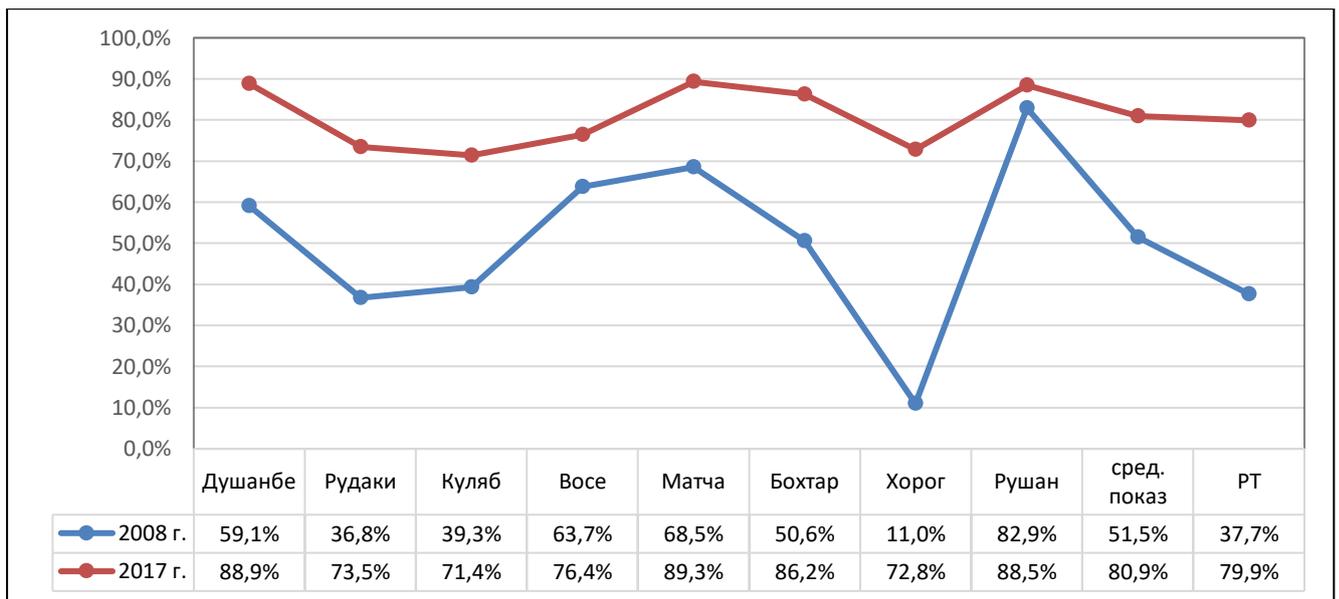


Рисунок 3.9. - Количество направленных пациентов медицинскими работниками ПМСП с целью диагностики ТБ (в % к общему числу) *.

**Составлен автором на основе исследований*

Больные туберкулёзом лёгких с положительным результатом микроскопии мокроты представляют самую серьёзную опасность распространения заболевания среди населения. Важное место в диагностике туберкулёза при выявлении МТ+ больных является трёхкратное исследование образцов мокроты, что и активно применялось со стороны медицинских работников ПМСП. За период 2008-2017 годов по стране отмечается положительный рост в динамике выявления медицинскими работниками ПМСП ТБ больных с МТ+ от общего числа выявленных больных с бактериовыделением. Так, за указанный период показатели в пилотных регионах увеличились в среднем на 31,3 %. Эти

показатели говорят о более активном участии медицинских работников учреждений ПМСП в выявлении туберкулёза среди населения (рисунок 3.10.).

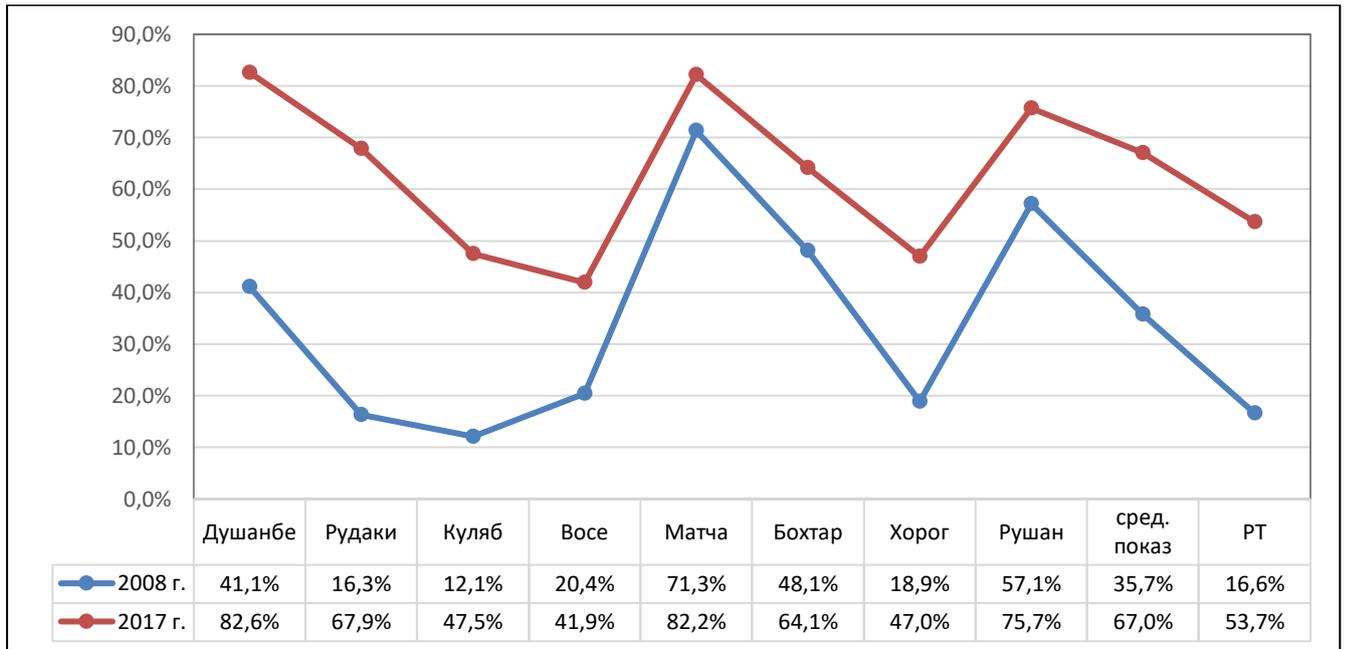


Рисунок 3.10. -Количество выявленных случаев ТБ с МТ+ медицинскими работниками ПМСП (в % к общему числу) *.

**Составлен автором на основе исследований*

Таким образом, приоритизация выявления больных с ТБ со стороны медицинских работников ПМСП всех уровней, внедрение новых учетно-отчетных форм (форма ТБ 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09 и 010), четкой регистрации ТБ больных, учет конверсии мокроты, контролируемый принцип лечения с использованием стандартных схем в учреждениях ПМСП, анализ исходов лечения и смертности в процессе проведения систематического мониторинга и оценки, улучшение участия медицинских работников в направлении и выявлении случаев ТБ свидетельствуют о высокой эффективности интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой при контроле эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Республике Таджикистан.

3.3. Результаты изучения динамики уровня информированности населения о своевременном обращении в учреждение первичной медико-санитарной помощи при возникновении признаков туберкулёза, о важности соблюдения режимов лечения, излечимости от туберкулёза и их доступности к медицинским услугам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи

Профилактика и лечение болезней во многом зависят от того, куда обращаются больные в случае проявления признаков болезни. Результаты проведенного исследования показали, что основная часть населения (95,6 %) в случае заболевания членов их семей обращаются непосредственно в учреждения ПМСП или к знакомым врачам, что свидетельствует о высоком доверии населения к медицинским работникам и имеет высокую степень статистической значимости ($p < 0.001$). В гендерном аспекте данные о местах обращения населения за получением медицинской помощи в целом не различаются.

При проявлении первых признаков болезни очень важно, кто в семье ответственен за принятие решения по поводу обращения к врачу; будет ли это сделано самостоятельно, либо по совету родных. Исследование показало, что более 53 % респондентов самостоятельно обращаются в медицинские учреждения, в 27 % случаях они принимают такое решение совместно с супругом или супругой, и в 15 % случаях решение за них принимают родители.

Из общего количества опрошенных респондентов 8,2 % отметили, что в их семье имеются или имелись случаи заболевания ТБ, что на 2,1 % выше по сравнению с результатами предыдущего исследования. Однако, разница между этими показателями не была статистически значимой ($p > 0.05$). Среди более 54 % респондентов, в семьях которых имеются члены, заболевшие ТБ, отметили, что к врачу они обратились в течение первого месяца, более 27 % - в течение первой недели и около 19 % не смогли ответить на этот вопрос.

К основным причинам несвоевременного обращения к врачам в случае болезни, как и в исследовании 2008 г., респонденты отнесли недостаток или

отсутствие средств (более 68 %) и незнание проявлений болезни (7,3 %).

Определяя группы риска, большинство респондентов связало их с проблемой бедности. Были названы в ответах и другие группы риска. К ним были отнесены: лица с низким уровнем доходов (36,5% в 2008 г. - 25,2 % в 2017 г.), лица, находящиеся в контакте с больными туберкулезом (11,5 % - 13,5%), лица, находящиеся в местах лишения свободы и бывшие заключенные (9,3 % - 9%) - разница между этими показателями не была статистически значимой ($p > 0.05$), родственники больного туберкулезом (8,7 % - 11,4 %). Результаты исследования 2017 года показывают, что уровень знаний населения о группах риска ТБ повысился по сравнению с исследованием 2008 г. Если в исследовании 2008 года 17% респондентов не смогли назвать ни одной группы риска, то по результатам исследования 2017 года таковых было только около 3 %.

Уверенность людей в эффективности лечения является одним из факторов своевременного обращения населения в медицинские учреждения. Результаты проведенного исследования показали, что в последние годы наблюдается увеличение количества людей, уверенных в излечимости ТБ.

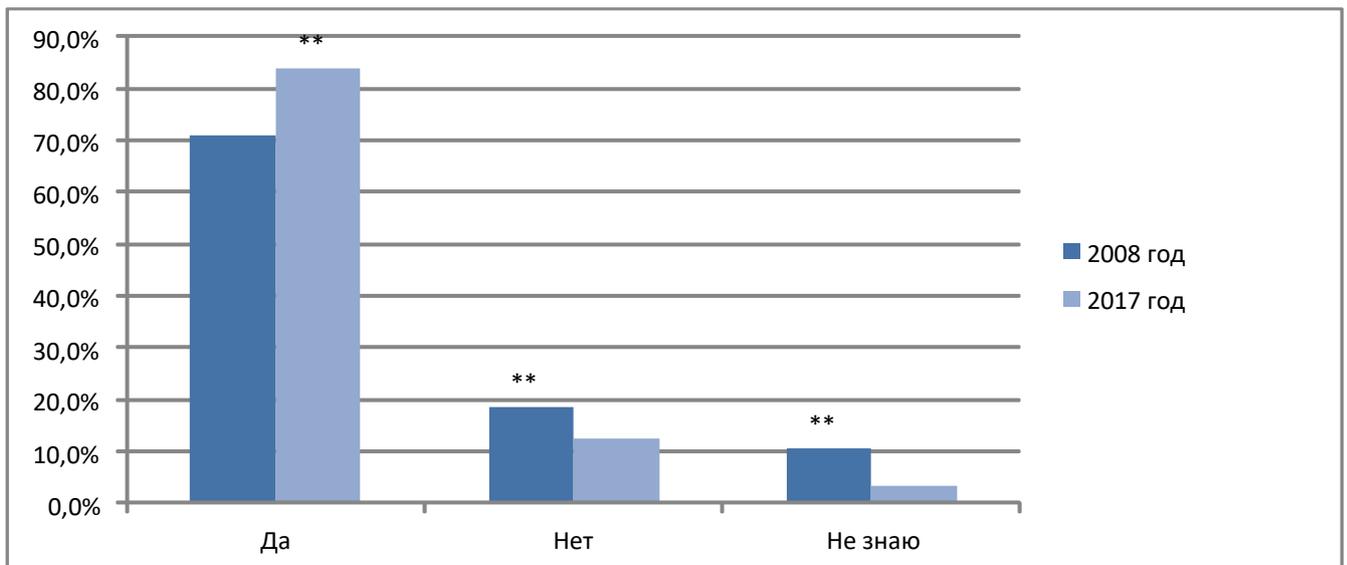


Рисунок 3.11. - Мнение респондентов об излечимости туберкулёза*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Если из общего числа опрошенных в 2008 г., около 71 % отметили, что туберкулёз излечим, то в 2017 г. их процент возрос до 84 %, что имеет высокую степень статистической значимости (рисунок 3.11). Оптимистический взгляд населения на излечимость этого заболевания свидетельствует об эффективности принимаемых мер в борьбе против ТБ и о положительных результатах его лечения.

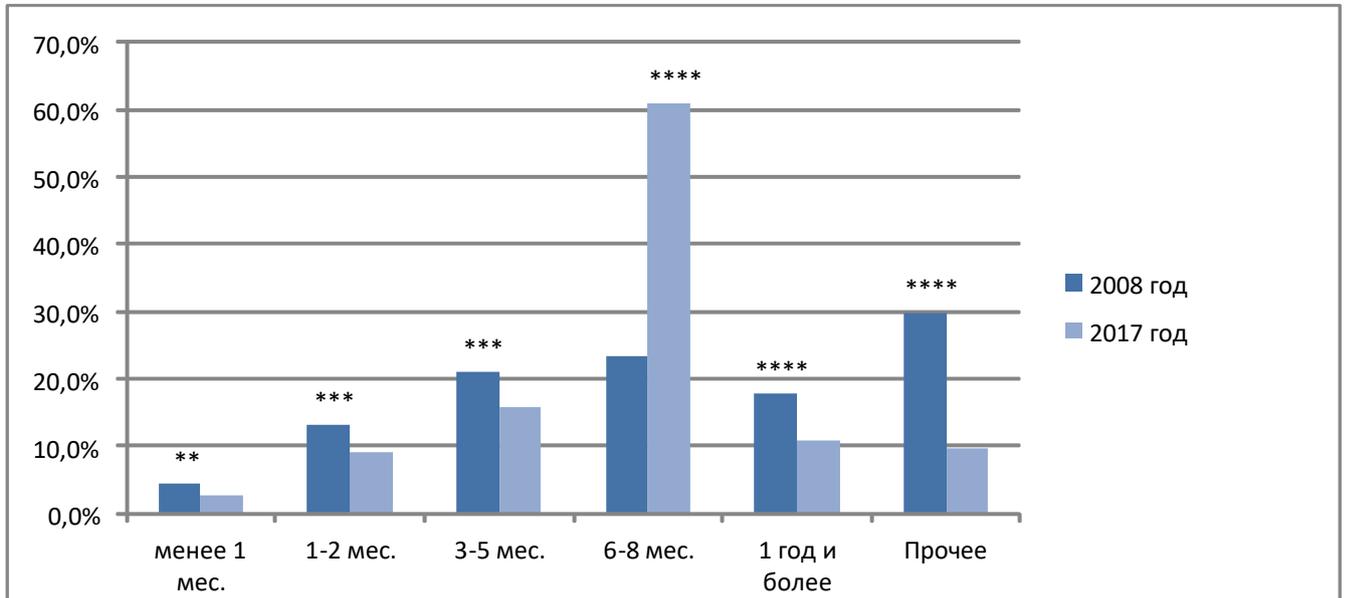


Рисунок 3.12. - Мнение респондентов о длительности принятия противотуберкулёзных препаратов*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Сравнение исследований показывает разницу в уровне знания населения о продолжительности принятия противотуберкулёзных препаратов (рисунок 3.12). Если в 2008 г. менее 23,5 % назвали правильные сроки принятия лекарств, то по результатам исследования 2017 г. правильный ответ дали более 60 %, что подтверждается высокой степенью значимости.

Причины прекращения лечения (рисунок 3.13) зависят как от объективных, так и от субъективных факторов. В исследовании 2008 г. к основным причинам прерывания лечения респонденты отнесли недостаток финансовых средств (31,3 %) и улучшение самочувствия в процессе лечения (28 %). При этом более

22 % отметили, что не знают, почему больные прекращают лечение. Результаты исследования 2017 г. показали другую картину данного процесса. Большинство респондентов (56,1 %) главной причиной прекращения лечения назвали улучшение самочувствия и только 14,4 % в 2017 году указали на недостаток финансовых средств для продолжения лечения, в 2008 году этот показатель был отмечен в более 30% случаях. Разница между этими показателями была статистически значимой. Эти результаты свидетельствуют об эффективности принимаемых мер по борьбе с ТБ.

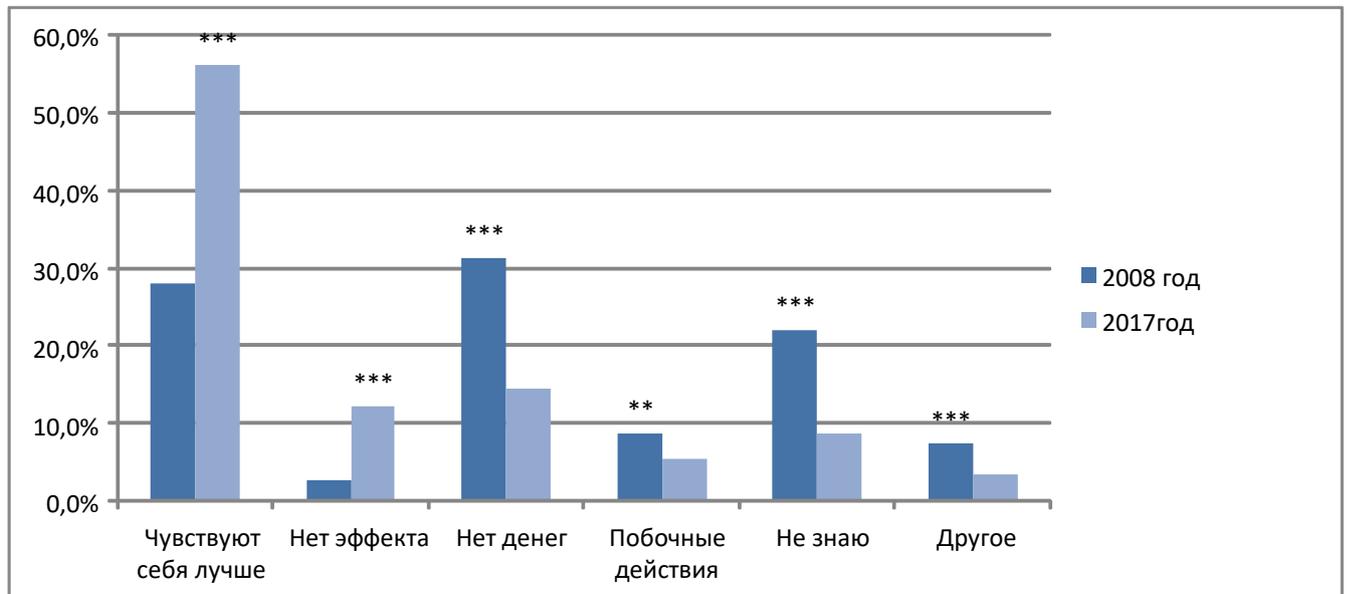


Рисунок 3.13 - Мнения респондентов о причинах приостановки принятия лекарств больными до окончания полного курса лечения*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Прогресс в повышении уровня знаний населения во многом связан с эффективной информационно-образовательной деятельностью Национальной противотуберкулёзной программы и партнеров.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что подавляющая часть, т.е. 94,4 % опрошенных придерживается мнения о необходимости изоляции больных ТБ (2008 г. – 84 %). Из их числа более 52 % отметили, что больных ТБ необходимо изолировать на весь период лечения, 32,3 % - до улучшения

самочувствия больного и 14,6 % - пока больной не перестанет быть разносчиком инфекции.

3.4. Результаты сравнительного изучения динамики уровня знаний больных туберкулёзом в отношении характера их заболевания и соблюдения ими режима лечения

Отвечая на вопрос об уровне информированности по вопросам туберкулёза, респонденты указали несколько вариантов.

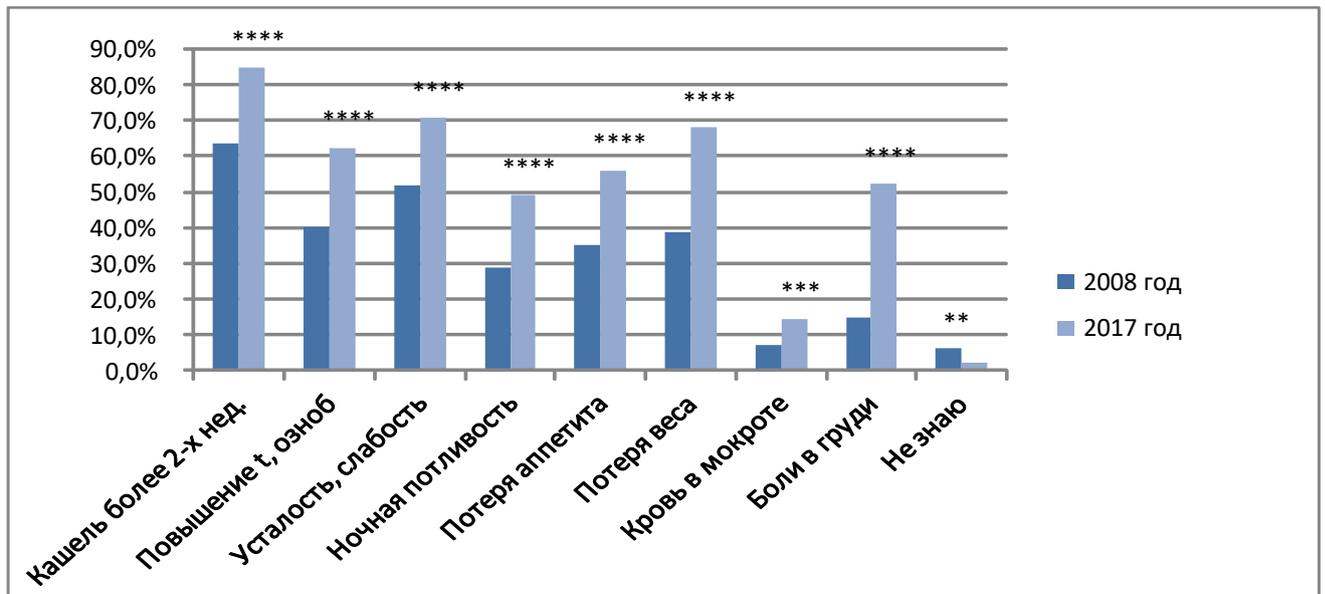


Рисунок 3.14. - Уровень информированности больных ТБ о симптомах туберкулёза*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

К основным признакам ТБ пациенты, прежде всего, отнесли: кашель, повышение температуры, ночную потливость, потерю веса и аппетита, усталость и боли в груди (рисунок 3.14). При сравнительном анализе было выявлено, что 84,8 % респондентов (2008 г. – 63,5 %) отнесли кашель к основным симптомам ТБ. По остальным признакам ТБ также наблюдается прогресс в уровне знаний опрошенных. Разница между этими показателями имела высокую степень статистической значимости.

Сравнительно, больные ТБ больше осведомлены о признаках ТБ, нежели респонденты из группы населения (79 %).

Профилактика и лечение болезней во многом зависят от того, куда обращаются больные в случае появления признаков болезни. Результаты проведенного исследования показали, что основная часть пациентов, при первых признаках болезни, обращается в поликлинику (учреждение ПМСП) по месту жительства (81,4 % - 72,3 %); в туберкулёзный диспансер (7,1 % - 13,1 %), и к знакомому врачу (13,4 % - 9,9 %). Однако, в двух последних случаях разница показателей не была статистически значимой ($p > 0.05$).

Как было сказано в исследовании 2008 г., медицинское учреждение, в которое обращаются пациенты при признаках заболевания, может помочь больному, но может также стать препятствием в правильной диагностике и начале лечения. Исходя из этого, повышение уровня знаний медицинских работников, в особенности, работников учреждений ПМСП, куда больше всего обращаются пациенты, может стать основой успешного диагностирования и лечения больных ТБ.

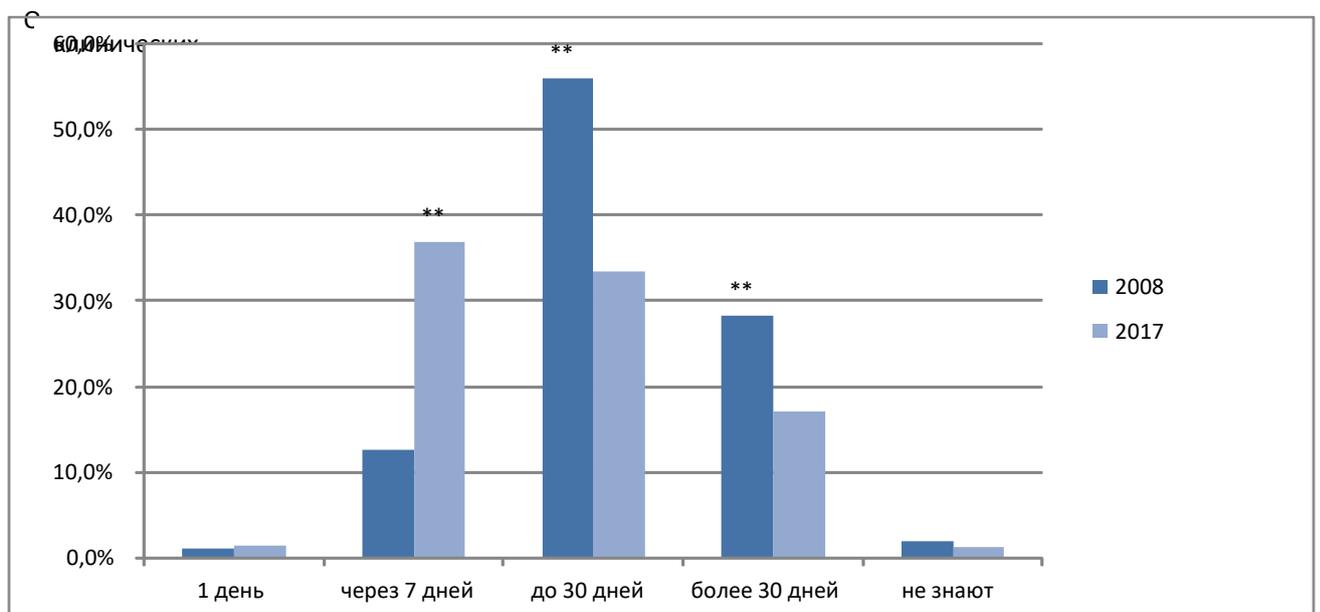


Рисунок 3.15. - Периоды обращения больных ТБ к врачу после появления первых признаков туберкулёза*.

*Составлен автором на основе исследований; ** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Напомним, что более 82,4 % врачей ПМСП по результатам нынешнего исследования отметили, что при первых симптомах туберкулёза они отправляют пациентов в кабинет сбора мокроты.

По результатам исследования более половины опрошенных больных ТБ с момента появления первых признаков болезни ждали до 30 дней, прежде чем обратиться за помощью к врачу (рисунок 3.15); 28 % больных ТБ обратились к врачу через месяц или позже (в 2008 г. – 17,1 %). В исследовании 2017 года почти в 3 раза больше респондентов (36 %) отметили, что при появлении первых признаков болезни обратились врачу через неделю (в 2008 г. – 12,6 %). Уменьшилось количество обращений до 30 и более дней (56 % - 33,4 %). Разница этих показателей имеет высокую степень статистической значимости ($p < 0.001$).

В семьях больных ТБ существует риск заболевания этой болезнью и для других членов семьи. Исходя из этого, очень большое значение имеет, куда члены семьи обращаются за получением необходимой помощи в случае заболевания. В исследованиях более 90 % отметили, что в случае болезни членов их семьи они обращаются в медицинские учреждения по месту жительства. Несмотря на это, в исследовании 2017 г., по сравнению с 2008 г., увеличилось количество респондентов (с 0,3 % до 7 %), которые отметили, что в случае болезни членов семьи они в первую очередь обращаются к религиозным деятелям ($p < 0.001$).

Относительно высокий уровень знаний больных ТБ о признаках ТБ не говорит о том, что они могут определить, каким путем они сами заразились этой болезнью.

Исследование 2017 г. показало значительные изменения в уровне знаний больных ТБ о том, каким путем они заразились туберкулёзом (рисунок 3.16). Если в исследовании 2008 г. более 35 % пациентов отметили, что они не знают, каким образом они заразились, то в исследовании 2017 г. их было не более 16 %. Около половины больных ТБ (49 %) в исследовании 2017 г. отметили, что они заразились этой болезнью воздушно-капельным путем (в 2008 г. – 13,7 %). Разница этих показателей имеет высокую степень статистической значимости.

Ответы больных ТБ о заражении туберкулёзом воздушно-капельным путем и ответы общего населения имеют схожие значения.

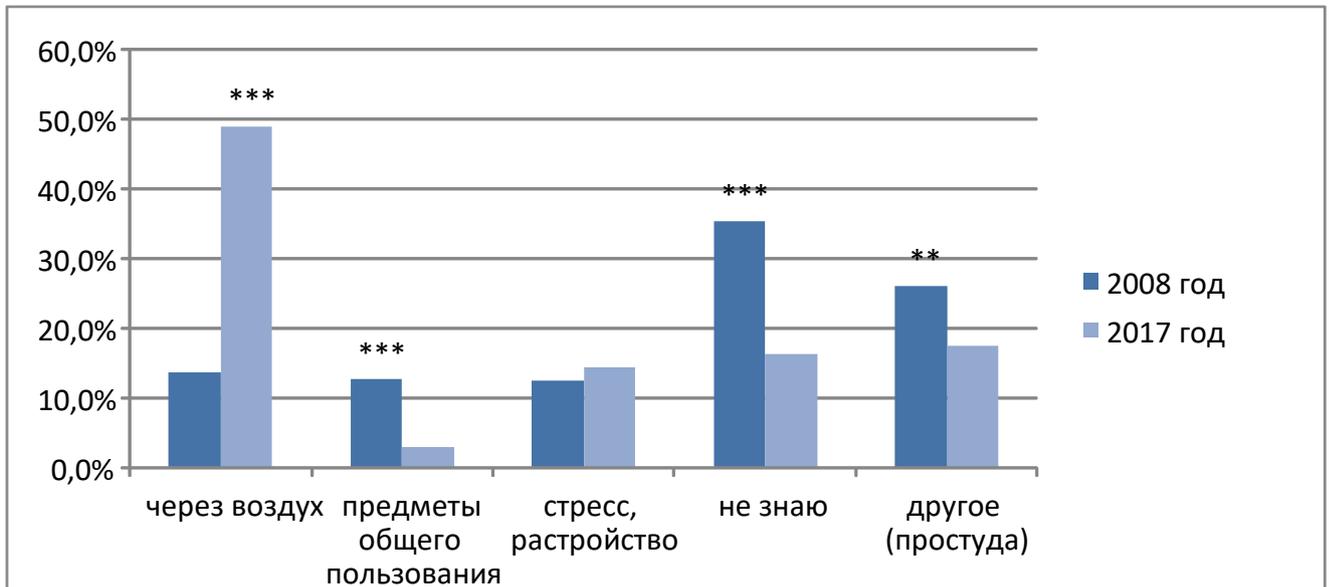


Рисунок 3.16. - Мнение больных ТБ о том, как они заразились туберкулёзом*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

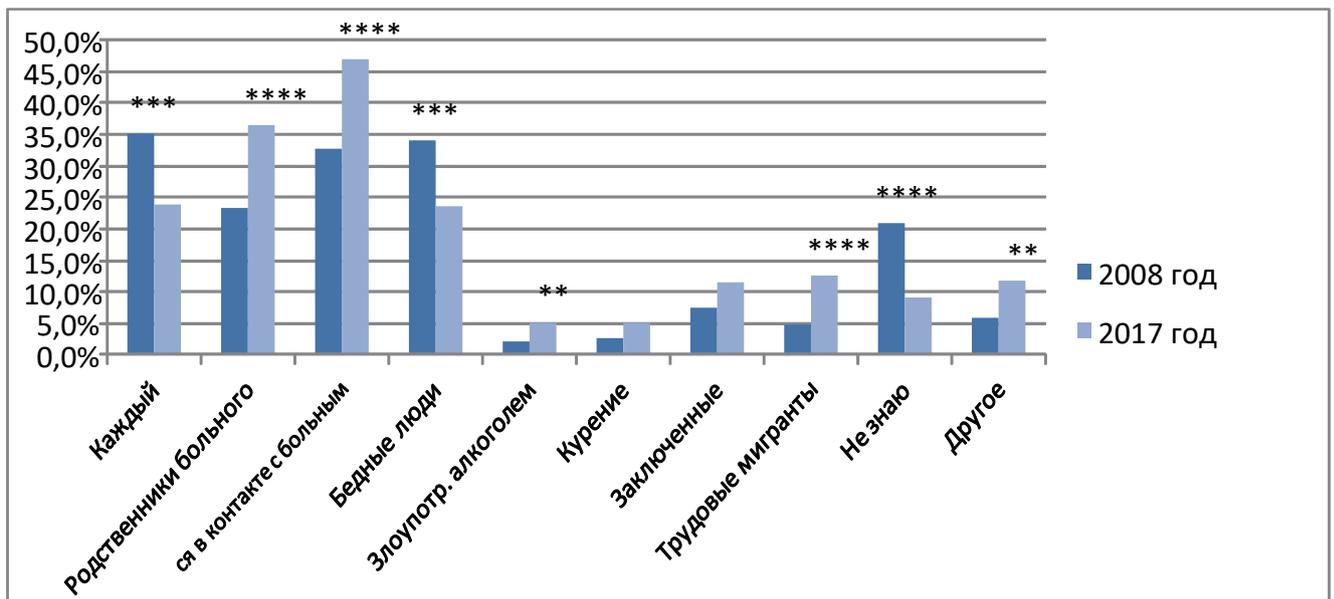


Рисунок 3.17. - Определение больных ТБ групп риска по туберкулёзу*.

*Составлен автором на основе исследований;

** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Результаты исследования показали, что между ответами больных ТБ о том, каким образом они заразились данной болезнью, и определения ими группы риска

имеется общая взаимосвязь. Около 24 % пациентов считают, что риск заболеть ТБ существует у любого человека (в 2008 г. – 34,9 %) (рисунок 3.17). Это больше всего связано с тем, что пациенты основным путем передачи ТБ назвали воздушно-капельный путь. Люди, живущие за чертой бедности, согласно ответам 1/3 части пациентов (34 % - 23,6 %), также относятся к группе риска.

В исследовании 2008 г. больные ТБ отождествляли себя скорее не с группой риска, а больше всего с бедностью. В исследовании 2017 г. более 40 % опрошенных отнесли себя к группе людей с низким уровнем дохода. По их мнению, к группе риска относятся родственники больного (23,4 % - 36,4 %) и люди, находящиеся в контакте с ТБ больными (32,6 % - 46,9 %). Среди больных ТБ, наблюдается тенденция включения в группу риска трудовых мигрантов (4,9 % - 12,5 %). В последние годы отмечается рост данного показателя.

Так же за период исследований улучшились знания респондентов в определении групп риска по ТБ (9,2 % - 20,9 %). Разница этих показателей имеет высокую степень статистической значимости.

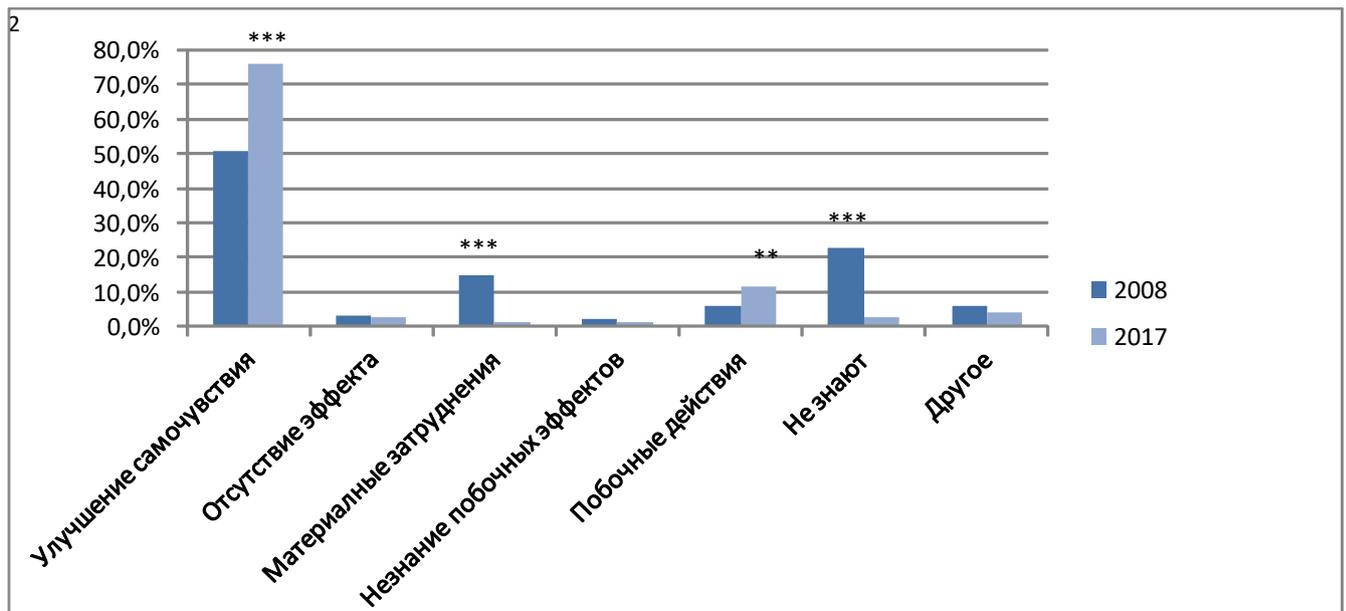


Рисунок 3.18. - Причины прекращения приема больными противотуберкулёзных препаратов до окончания полного курса лечения*.

*Составлен автором на основе исследований; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Улучшение самочувствия больного является одним из факторов эффективности лечения. Однако, с другой стороны, оно может способствовать прекращению курса лечения, что в конечном итоге отрицательно повлияет на исход лечения. Именно улучшение самочувствия, по мнению больных ТБ, является основной причиной прекращения принятия противотуберкулёзных препаратов ТБ больными до окончания курса лечения (рисунок 3.18).

В исследовании 2017 г., большинство респондентов (75,8 %) отметили, что улучшение самочувствия является главной причиной прекращения больными приема противотуберкулёзных препаратов, что по сравнению с исследованием 2008 г., выше на 25 %. При опросе больных ТБ в основном прекращение приёма противотуберкулёзных препаратов было отмечено после 2-3 месяцев лечения, когда пациенты стали отмечать улучшения самочувствия. В этом плане работникам учреждений ПМСП необходимо усилить контроль за приёмом противотуберкулёзных препаратов и своевременно давать разъяснения больным ТБ о лечебных действиях лекарств.

Побочные действия от приема лекарств, по мнению части пациентов (6,0 % - 11,7 %), также могут стать причиной прекращения лечения. Следует отметить, что не всегда и везде учреждения ПМСП были обеспечены лекарствами для купирования побочных эффектов, тем самым приобретение лекарств проводилось за счёт самих пациентов и последние не всегда были в состоянии в приобретении необходимых лекарственных препаратов.

В исследовании 2008 г., кроме улучшения самочувствия, как причины прекращения приема лекарств, пациенты отметили материальные затруднения (14,8 % - 1,5 %), что говорит об улучшении материального благосостояния некоторых категорий пациентов. Около 23 % пациентов не назвали ни одной причины (в 2008г. – 2,9 %). В исследовании 2017 г. материальные затруднения практически не стали причиной прекращения принятия противотуберкулёзных препаратов, и это, во многом, связано с бесплатным предоставлением больным лекарственных препаратов.

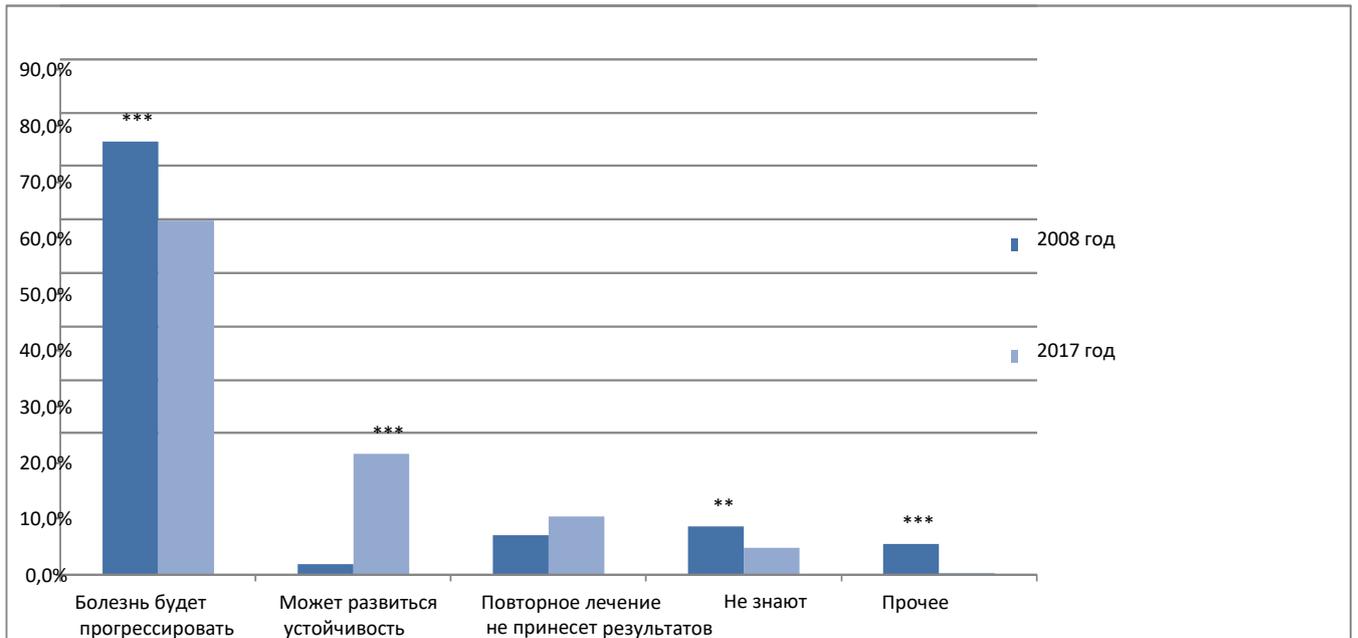


Рисунок 3.19. - Уровень знаний больных ТБ о последствиях перерыва в приеме противотуберкулёзных препаратов*.

*Составлен автором на основе исследований; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

В исследованиях больные ТБ к последствиям перерыва в лечении отнесли в основном прогрессирование болезни (77,1 % - 63 %), также развитие устойчивости к лекарственным препаратам (2 % - 21,5 %) и как следствие, слабую эффективность повторного лечения (7,1 % - 10,4 %). Разница показателей в последнем случае была статистически незначимой ($p > 0,05$) (рисунок 3.19).

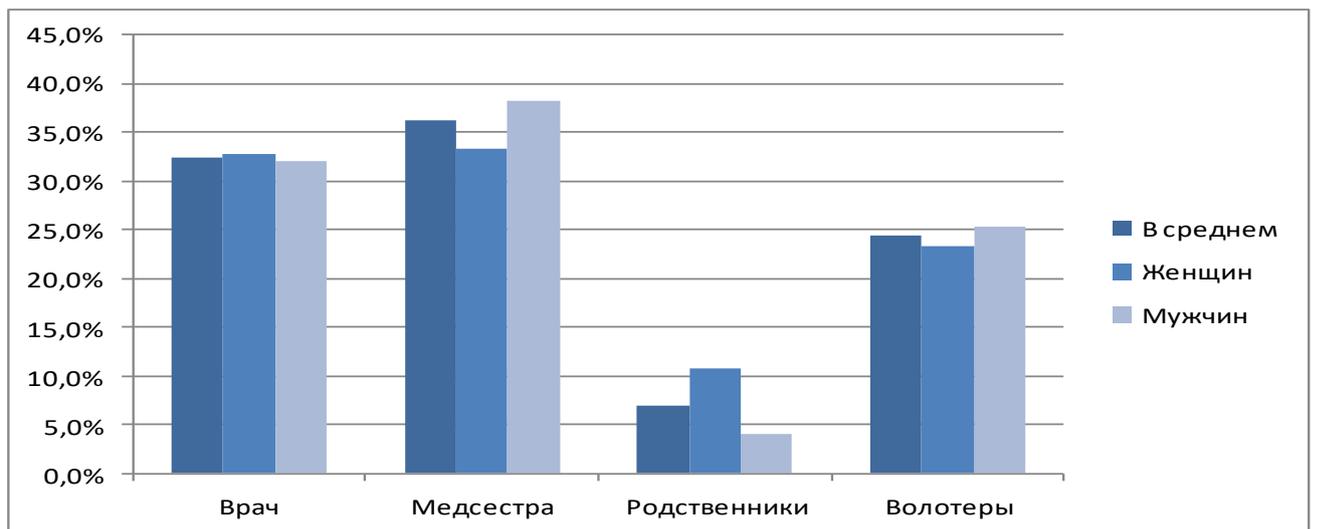


Рисунок 3.20. - Мнение больных ТБ о том, кто должен наблюдать за больными во время приема противотуберкулёзных препаратов*.

*Составлен автором на основе исследований

На вопрос о том, кто должен наблюдать за приемом препаратов, ответы больных ТБ выглядят следующим образом - медицинские работники (врачи и медсестры) в среднем более 34 %, волонтеры в среднем более 24 % и родственники больного в среднем 7 % (рисунок 3.20).

Уровень знаний больных ТБ о периоде приема противотуберкулёзных препаратов имеет большое значение для излечения больного, так как уменьшает риск прерывания приема лекарств.

Сравнивая уровень знаний больных ТБ о периоде приема противотуберкулёзных препаратов (рисунок 3.21) можно заметить, что картина несколько изменилась. В исследовании 2008 г. около половины пациентов отметили, что этот период должен продолжаться 6-8 месяцев (в 2017 г.- 62,6 %), около 1/3 части пациентов назвали 3-5 месяцев и 1/5 часть - 1-2 месяца. Разница этих показателей была статистически незначимой ($p > 0,05$). По сравнению с исследованием 2008 г. уменьшилось количество больных ТБ, которые отметили, что не знают о сроках применения препаратов (4,3 % - 2,8 %; $p > 0,05$).

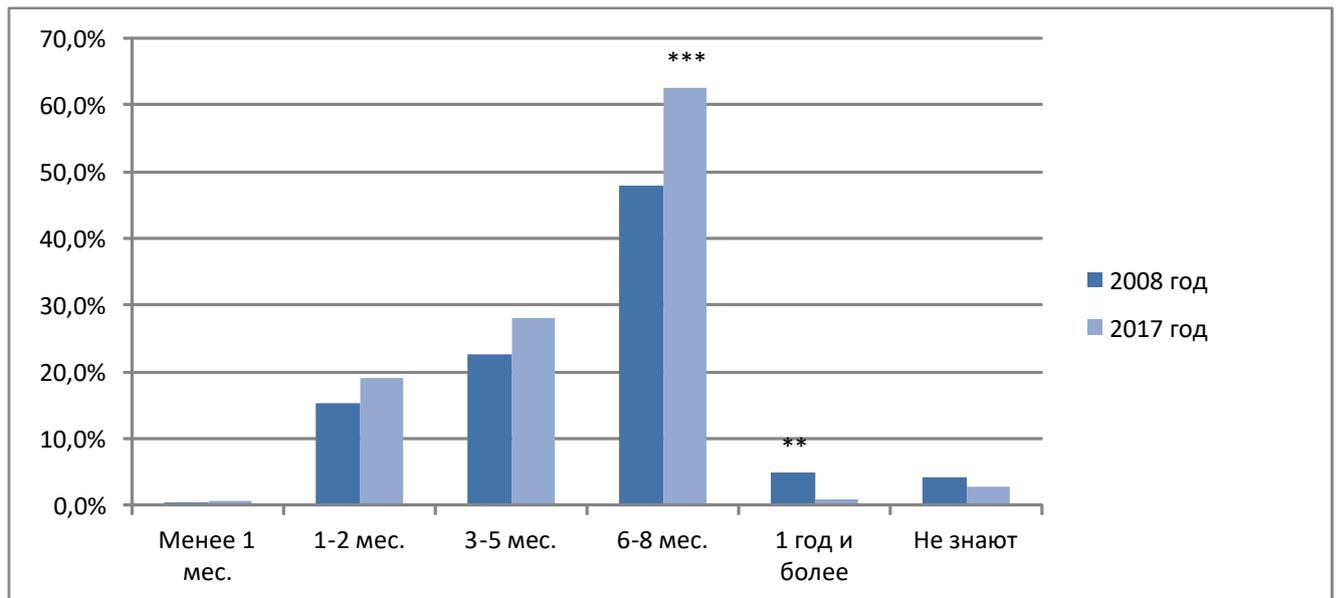


Рисунок 3.21. -Уровень знаний больных ТБ о периоде приема противотуберкулёзных препаратов*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Продолжительность пребывания больных ТБ в больнице (в фазе интенсивного лечения) согласно национальным директивам составляет, как правило, от 2 до 4 месяцев. Из общего количества опрошенных пациентов 30,6 % часть отметили период до 2 месяцев, столько же указало 2-4 месяца и около 25 % - 5-6 месяцев (рисунок 3.22).

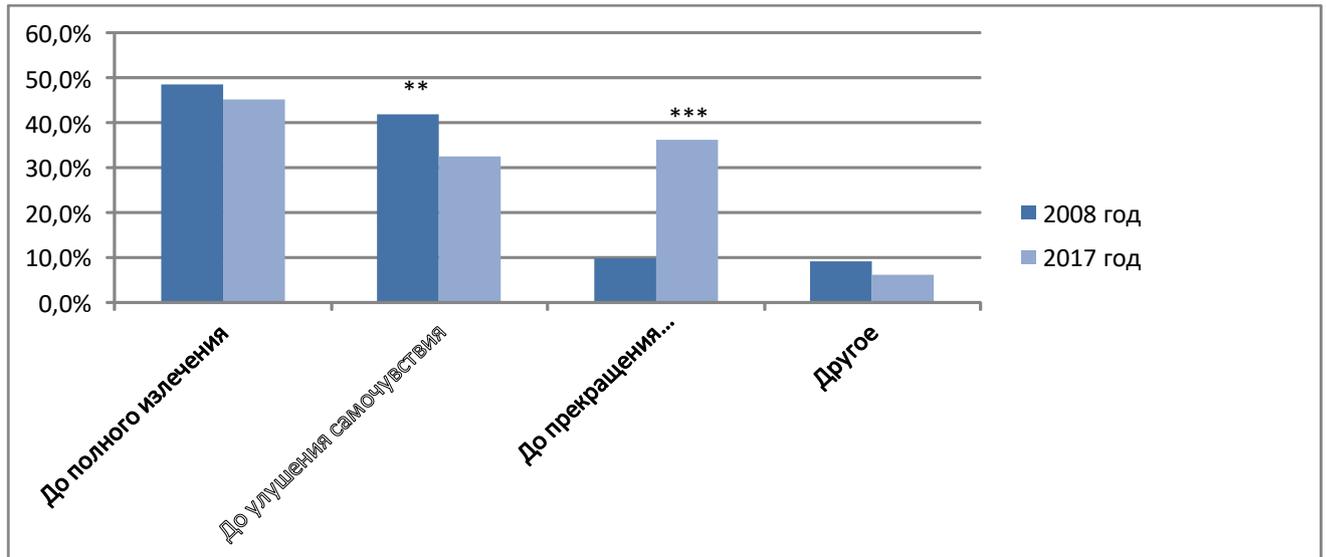


Рисунок 3.22. - Мнение больных ТБ о необходимой длительности лечения в стационаре*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

По мнению больных ТБ, госпитализация необходима до полного излечения (48,5 % в 2008 г. - 45,2 % в 2017 г., разница показателей статистически незначима $p > 0,05$). Из данных показателей следует, что более половины больных ТБ отказываются от стационарного лечения до полного излечения. Основной причиной отказа от стационарного лечения (при опросах респондентов) отмечено, что последние в основном чувствовали себя лучше и не было необходимости в дальнейшем лечении. Так же причинами являлось дальность расположения стационаров для посещения их родственниками и затруднение в материальном положении. До улучшения самочувствия отметили (41,9 % - 32,4 %) респондентов и до прекращения бактериовыделения (9,6 % - 36 %).

Регулярное исследование мазка мокроты является важной частью оценки эффективности лечения (рисунок 3.23).

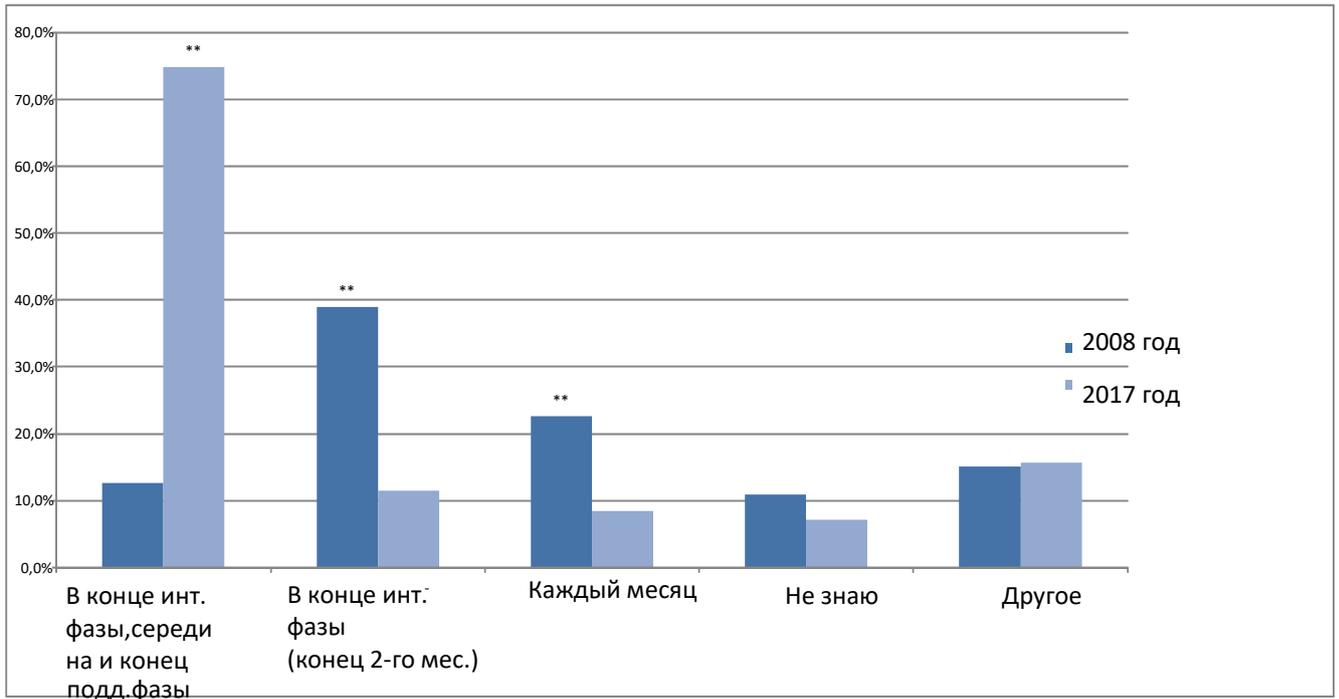


Рисунок 3.23 - Уровень информированности больных туберкулёзом о частоте сдачи мокроты на анализ*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Больным ТБ был задан вопрос по поводу того, что они знают о сроках сдачи мокроты на исследование. Итог состоит в том, что чем больше больных ТБ знают о процессе лечения, тем более они сотрудничают со своими лечащими врачами и соблюдают все требования. Сравнительно в несколько раз увеличилось количество больных ТБ, правильно определивших сроки сдачи мокроты в процессе лечения до 74,8 % (в 2008 г. 12,6 %), что имеет высокую степень статистической значимости. В ответах респондентов отмечено, частота сдачи мокроты на анализ в конце интенсивной фазы и каждого месяца уменьшилось более двух раз.

График исследования мазка мокроты заслуживает особого внимания, на какой фазе лечения бы не находился пациент. Так как все больные ТБ во время проведения опроса все еще находились на лечении, т.е. еще не завершили его, ответы иллюстративно не отражают их личную практику. Скорее, они служат для определения их знаний по этому вопросу.

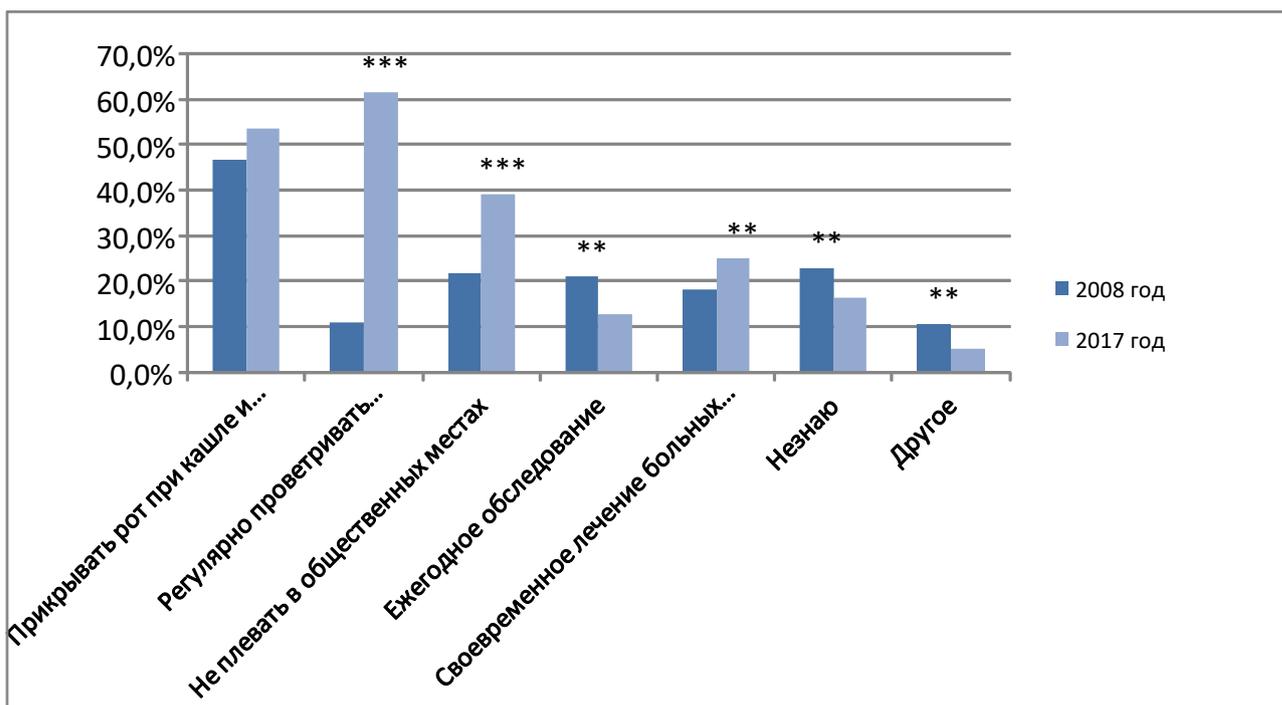


Рисунок 3.24. -Уровень знаний больных ТБ о мерах по профилактике распространения туберкулёза*.

**Составлен автором на основе исследований*

*** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.*

Больные ТБ являются потенциальными распространителями данной болезни. Следовательно, предпринимаемые ими меры по профилактике болезни, имеют большое значение для снижения риска заболевания родственников и окружающих их людей.

Анализ уровня информированности больных ТБ о мерах по профилактике ТБ показывает, что в этом направлении между двумя проведенными исследованиями наблюдается значительный прогресс (рисунок 3.24). Так, более половины больных ТБ отметили, что в общественных местах и в семье необходимо прикрывать рот при кашле и чихании (46,6 %-53,4 %). Однако разница этих показателей была статистически незначимой ($p > 0,05$).

Если в исследовании 2008 г. только около 11 % отметили, что необходимо регулярно проветривать помещение, то в исследовании 2017г. более 61 % отметили это как одну из эффективных мер профилактики. Значительно

увеличилось количество больных ТБ, которые отметили, что не следует сплевывать мокроту в общественных местах, с 21,7 % до 39,1 %.

В 2017 г. несколько уменьшилось количество больных ТБ, считающих, что медицинское обследование необходимо проходить ежегодно (с 20,9 % до 12,8 %) ($p < 0.05$). Около 25 % больных ТБ к эффективной мере по профилактике ТБ отнесли своевременное лечение больных ТБ. С 22,9 % в 2008 г. до 16,3 % в 2017 г., уменьшилось количество больных ТБ, не имеющих представления ни об одном из методов профилактики ТБ ($p < 0.05$). Это прежде всего связано с тем, что медицинские работники чаще проводят консультативные мероприятия с больными ТБ, распространяют информационные материалы и т.д.

К группе риска более 42 % опрошенных больных ТБ отнесли родственников и людей, имеющих контакт с ними. Исходя из этого, соблюдение пациентами профилактических мер в семье имеет большое значение для уменьшения риска заболевания остальных членов семьи.

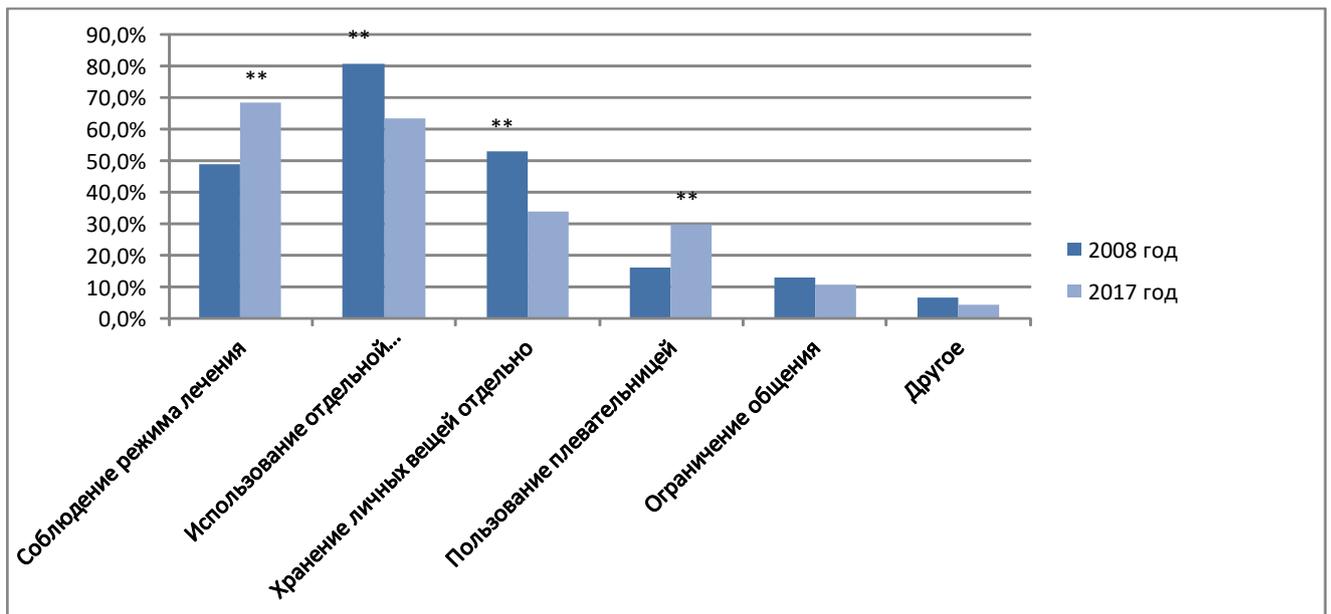


Рисунок 3.25. - Действия больных туберкулёзом для защиты своих родных от болезни*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,001$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Согласно результатам исследования 2017 года большинство больных ТБ (более 68 %) считают соблюдение режима лечения основной защитой членов их семей от риска быть зараженными туберкулёзом (в 2008 г.-48,9 %) (рисунок 3.25). Это является свидетельством того, что данная мера - действительно эффективная основа защиты окружающих от риска быть зараженными туберкулёзом. Более 63 % пациентов посчитали использование в семье отдельной посуды и гигиенических средств важной мерой по защите окружающих от заражения (в 2008 г.-80,9 %). Наиболее эффективной профилактической мерой на уровне домохозяйств является использование плевательниц для сплевывания мокроты. Если, в исследовании 2008 г. только 16 % больных ТБ отметили важность и необходимость использования данного метода, то в исследовании 2017 г. уже 30 % больных ТБ разделяли это мнение. Разница показателей имеет высокую степень статистической значимости.

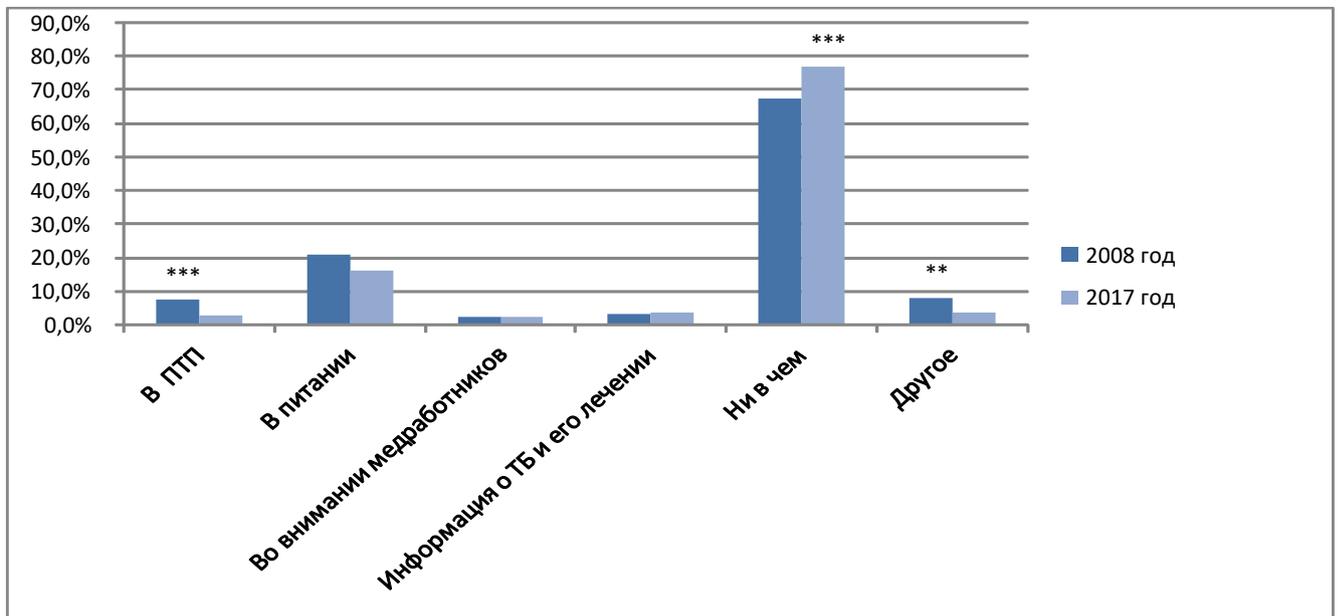


Рисунок 3.26. - Затруднения, испытываемые больными туберкулёзом в процессе лечения*.

*Составлен автором на основе исследований

** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$ – статистическая значимость различий показателей по годам.

Создание всех необходимых условий для больных ТБ имеет большое значение для их скорейшего излечения (рисунок 3.26). Если учесть, что около

47 % опрошенных больных ТБ живут за чертой бедности, бесплатное предоставление противотуберкулёзных препаратов является причиной того, что только около 3 % больных ТБ (в 2008 г.-7,4 %) отметили, что испытывают трудности в их получении. Большинство респондентов (67,4 % - 76,7 %) отметили, что не имели затруднения в процессе лечения. Разница этих показателей имеет высокую степень значимости.

В исследовании 2008 г. 65,6 %, и в 2017 г. более 78 % больных ТБ отметили, что они готовы стать волонтерами и после излечения помогать как населению в целом, так и вновь выявленным больным ($p < 0.001$).

Таким образом, как показали результаты исследования, уровень информированности о туберкулёзе у больных ТБ несколько выше по сравнению с общим населением.

3.5. Результаты сравнительного изучения заболеваемости, распространенности, смертности и исходов от химиотерапии до и после интеграции учреждений первичной медико-санитарной помощи с противотуберкулёзной службой

Наиболее надёжными и объективными критериями эпидемиологической ситуации по туберкулёзу считаются распространённость, заболеваемость и смертность [19]. За период до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой отмечаются существенные различия в показателях заболеваемости, распространённости и смертности (рисунки 3.27. 3.28. 3.29.).

В период с 2008 по 2017 год регистрируемая заболеваемость в исследуемых районах в среднем увеличилась на 46 %, что говорит о проведении конкретных противотуберкулёзных программ и мероприятий после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой по стране.

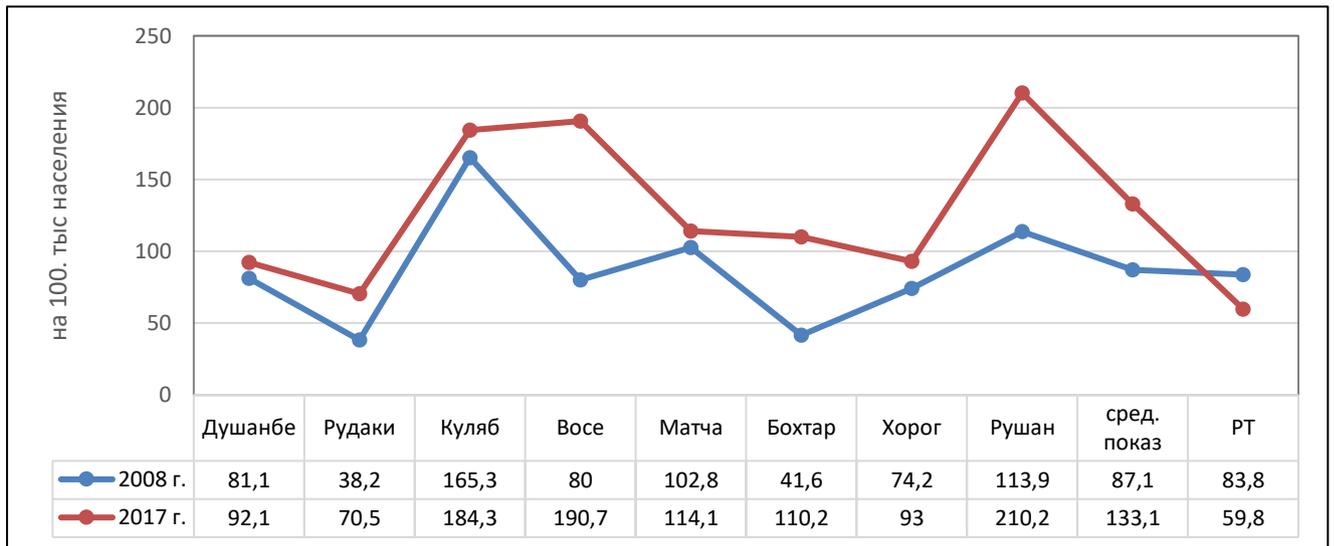


Рисунок 3.27. - Динамика заболеваемости по ТБ до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, на 100 тыс. населения по пилотным регионам и РТ*.

**Составлен автором на основе исследований*

Показатель смертности достоверно оценивает эпидемиологическую ситуацию. Средний показатель смертности в исследуемых районах в период с 2008 по 2017 год, в целом, имеет тенденцию к снижению с 7,9 до 5,6 на 100 тыс. населения.

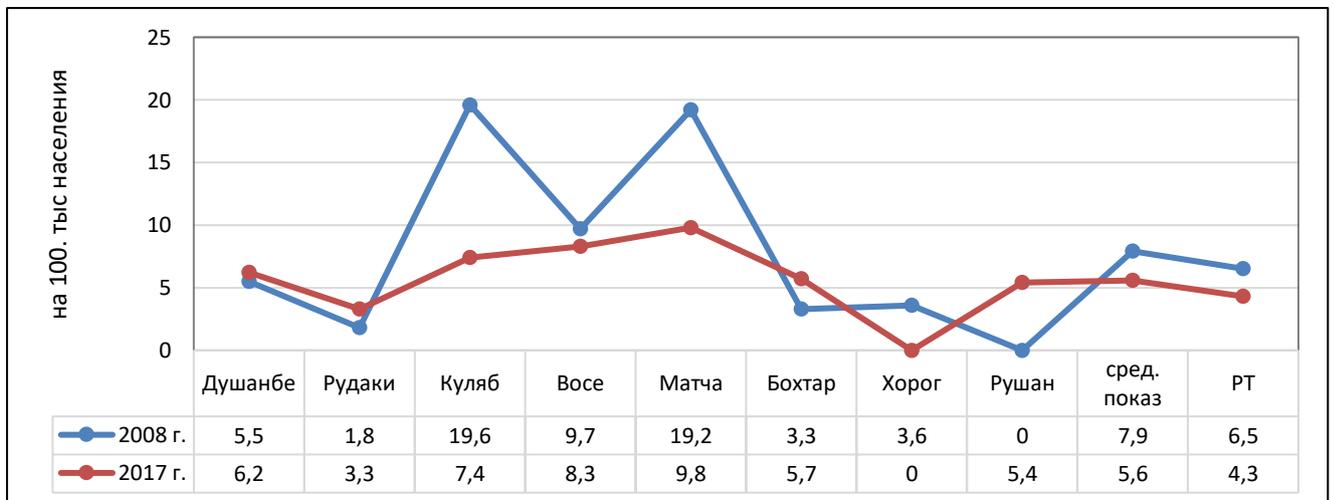


Рисунок 3.28. - Динамика смертности по ТБ до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, на 100 тыс. населения по пилотным регионам и РТ*.

**Составлен автором на основе исследований*

За исследуемый период распространенность, как и рост заболеваемости, имеет тенденцию к увеличению в среднем с 285,8 до 308,6 на 100 тыс. населения (рисунок 3.29).

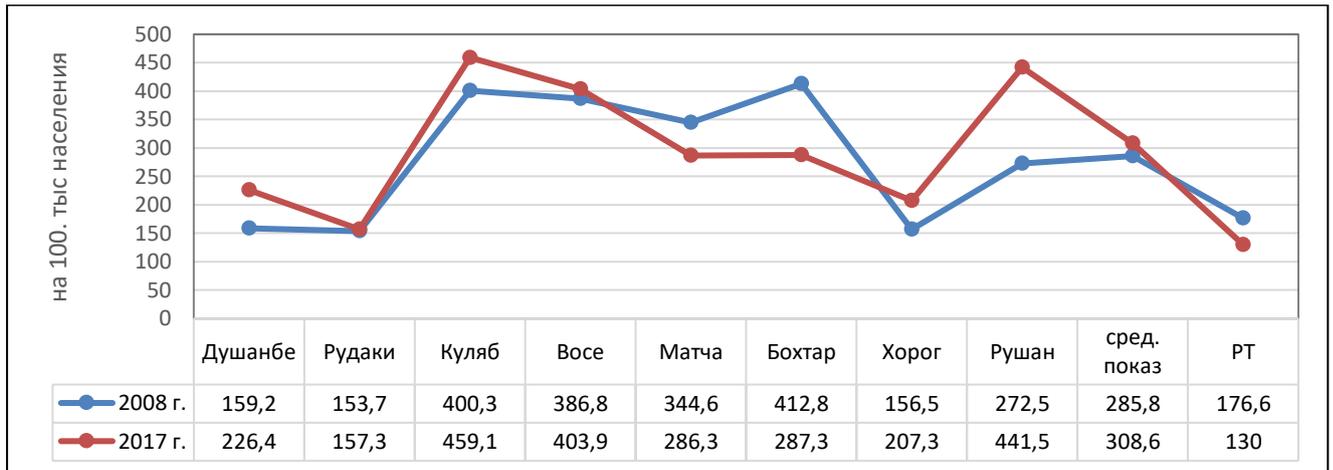


Рисунок 3.29. - Динамика распространенности по ТБ до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, на 100 тыс. населения по пилотным регионам и РТ*.

*Составлен автором на основе исследований

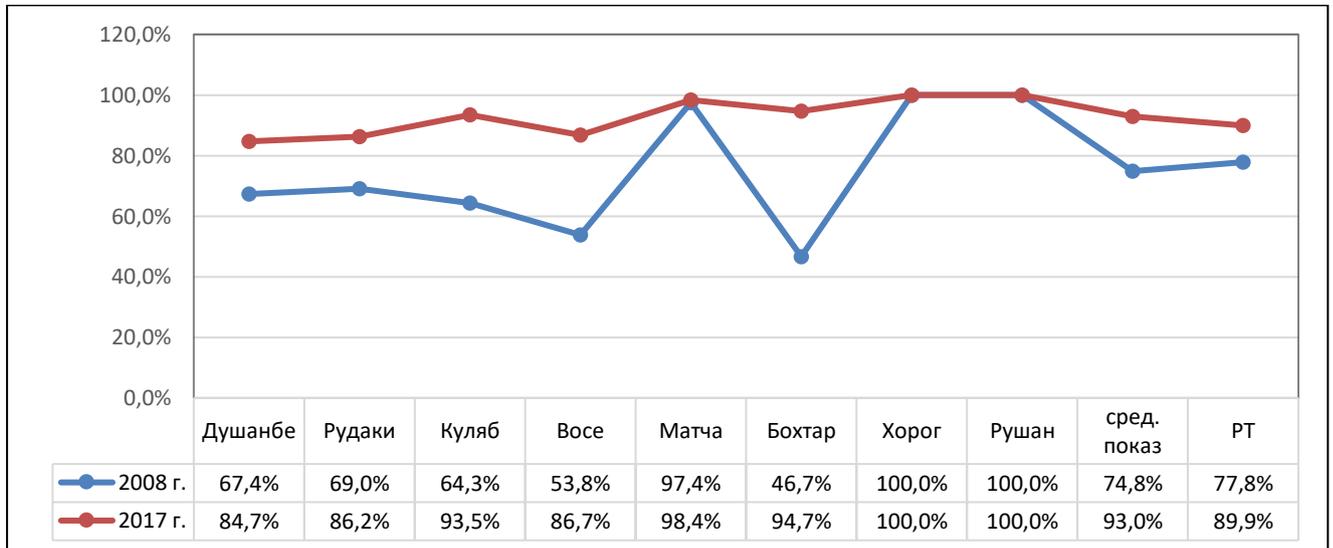


Рисунок 3.30. - Динамика абацилирования до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой по пилотным регионам и РТ*.

*Составлен автором на основе исследований

Динамика конверсии мокроты – «абацилирования» и исхода лечения, как «вылечен» свидетельствуют о значительном повышении эффективности лечения. Абацилирование, в среднем, увеличилось с 74,8 % в 2008 году до 93,0 % - в 2017 году (рисунок 3.30.). Очень важный момент при определении бактериовыделений - своевременная сдача мокроты на МТ. Как определено по тактике введения больных ТБ контрольный сбор мокроты в учреждениях первичной медико-санитарной помощи проводится два раза.

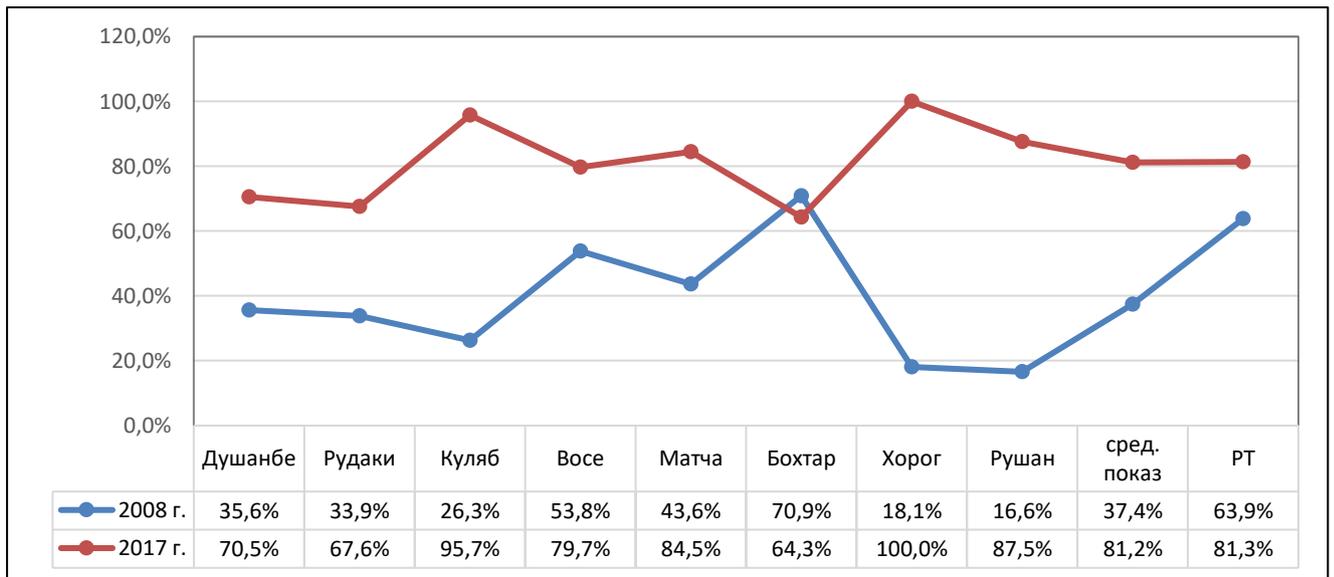


Рисунок 3.31. - Динамика исхода лечения «вылечен» новых случаев ТБ с МТ+ до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой по пилотным регионам и РТ*.

**Составлен автором на основе исследований*

Более чем в два раза отмечается увеличение показателя исхода лечения «вылечен» в среднем от 37,4 % до 81,2 % (рисунок. 3.31). По большинству пилотным районам данный показатель за десятилетний период возрос в несколько раз.

Следует отметить, что эти показатели находятся в прямой корреляции со страновыми показателями.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведенные исследования показали, что интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в РТ в целом имеет положительную динамику.

Охваченные районы в исследовании представляли все регионы страны. Регионы отличались друг от друга по численности населения, по уровню заболеваемости и смертности ТБ, по исходам лечения, обеспеченностью кадрами, климатогеографическими условиями и т.п.

Одним из показателей улучшения интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой является прохождение врачами ПМСП курсов по стратегии ДОТС. До 2017 года курсы прошли 88,6 % опрошенных врачей ПМСП. Тем самым (как показано в исследованиях) отмечается высокий уровень знания врачами ПМСП основных симптомов ТБ и их настороженность при выявлении ТБ у пациентов с респираторной патологией. За период после первого исследования более чем в два раза увеличилось число врачей, которые начинают своё первое действие по диагностике ТБ с трехкратной микроскопии мокроты. Большинство врачей ПМСП отнесли низкие затраты, удобство, быструю постановку диагноза и выявление больных с бактериовыделением к основным положительным сторонам использования микроскопии в диагностике ТБ в соответствии со стратегией ДОТС.

К положительной динамике интеграции можно отнести и то, что после постановки диагноза на основании двух или более положительных мазков мокроты, большинство врачей ПМСП направляют пациентов к фтизиатру согласно установленной процедуре и назначают неспецифическую терапию при подозрении на легочный туберкулёз с МТ отрицательным результатом мазка. Улучшилось знание врачей по поводу основных групп риска по ТБ. К ним были отнесены, в основном, лица, бывшие в контакте с ТБ больным, семья с низким уровнем дохода, заключенные и трудовые мигранты. Со стороны более половины врачей первичной медико-санитарной помощи отмечено, что в их практике были

случаи выявления ТБ из числа больных с респираторной инфекцией.

В регистрации больных, ведении стандартизированных отчетно-учетных форм, определении категории и в последующем контролируемом лечении важную роль играет знание врачей о типах (случаях) ТБ. Исследование 2017 года показало значительный прогресс в уровне знаний врачей по этому вопросу. Так, например, в исследовании 2008 г. около 27 % врачей ПМСП не смогли назвать ни одного случая ТБ. При опросе в 2017 году не оказалось ни одного врача, который не смог назвать случаев ТБ.

Улучшился уровень знаний медицинских работников относительно продолжительности лечения, т.к. это имеет большое значение для предоставления этой информации пациенту, что способствует соблюдению курса лечения.

Подавляющая часть врачей ПМСП считает, что наиболее важным для обеспечения непрерывности курса лечения больного ТБ является постоянное обеспечение их лекарственными препаратами и лечение под непосредственным наблюдением врача. Некоторое смещение акцента в ответах врачей ПМСП, в сторону важности постоянного обеспечения лекарственными препаратами связано с тем, что в течение последних пятнадцати лет производится постоянная и надежная поставка лекарственных препаратов для туберкулёзных больных в республику.

Одним из важных аспектов лечения ТБ по стратегии ДОТС является лечение под непосредственным контролем медицинских работников. Лечение под непосредственным наблюдением требует, чтобы лекарственные препараты принимались в присутствии медицинского работника. При исследовании 2017 года подавляющее большинство врачей ПМСП (более 98 %) положительно отнеслись к контролируемому лечению ТБ больных. На это указывают и ответы большинства врачей ПМСП, что ни при каких условиях нельзя выдавать лекарства на руки пациентам и что неконтролируемое лечение ТБ больных может привести к рецидиву болезни в будущем и к развитию устойчивой формы ТБ.

Результаты исследования показали прогресс в вопросах владения навыками организации и проведения на участке обслуживания профилактических мероприятий. Большинство врачей отметило о проведении вакцинации БЦЖ новорожденным на своих участках, об обследовании контактных с ТБ больными, диспансерное наблюдение за ТБ больными и ХНЗЛ и проведение противоэпидемических мероприятий в очагах.

Результаты проведенного исследования показали, что основная часть населения и больных ТБ в случае заболевания членов их семей обращаются непосредственно в медицинские учреждения или к знакомым врачам, что свидетельствует о высоком доверии населения к медицинским работникам.

Уровень информированности больных ТБ о признаках ТБ в период между двумя исследованиями, можно заметить некоторый прогресс в этом вопросе. Для точного определения симптомов ТБ необходимо исходить из рекомендаций ВОЗ, в соответствии с которыми основным симптомом ТБ считается кашель, продолжающийся более двух недель. В сравнении, больные ТБ информированы несколько больше. Это говорит о том, что во время проведения лечения больных ТБ, со стороны медицинских работников, в частности, проводится разъяснительная работа по информированности пациентов по вопросам симптоматики ТБ.

Схожие результаты отмечены со стороны, как населения, так и больных ТБ по поводу своевременного обращения в медицинские учреждения после появления симптоматики ТБ. По результатам исследований более половины опрошенного населения и пациентов с момента появления первых признаков болезни ждали до 30 дней, прежде чем обратиться за помощью к врачу. В последнем исследовании заметно увеличилась доля населения и больных ТБ (среднем на 1/3 от общего числа), которые обращаются в медицинские учреждения в течение первой недели после появления симптомов ТБ.

Сопоставление результатов исследований 2008 и 2017 гг. также свидетельствует о прогрессе в уровне знаний больных ТБ относительно путей

передачи ТБ. По результатам исследований к основным путям передачи ТБ респонденты отнесли воздушно-капельный путь.

Определяя группы риска, большинство респондентов связало их с проблемой бедности. На их взгляд, именно низкий уровень жизни населения является основной причиной распространения ТБ в республике. Были названы в ответах и другие группы риска. К ним были отнесены: лица с низким уровнем дохода, находящиеся в контакте с больными ТБ, лица находящиеся в местах лишения свободы и бывшие заключенные, родственники больного ТБ. Увеличилось количество респондентов, которые отнесли к группе риска трудовых мигрантов и наркоманов. Результаты исследования 2017 года показывают, что уровень больных ТБ в группах риска ТБ повысился по сравнению с исследованием 2008 г.

Уверенность людей в эффективности лечения является одним из факторов своевременного обращения населения в медицинские учреждения. Результаты проведенного исследования показали, что в последние годы наблюдается увеличение количества населения, уверенных в излечимость ТБ. Оптимистический взгляд населения на излечимость этого заболевания свидетельствует об эффективности принимаемых мер в борьбе против ТБ и о положительных результатах его лечения.

Улучшение самочувствия больного является одним из факторов эффективности лечения. Однако, с другой стороны, оно может способствовать прекращению курса лечения, что в конечном итоге отрицательно повлияет на исход лечения. Именно улучшение самочувствия, по мнению большинства респондентов, является основной причиной прекращения принятия противотуберкулёзных препаратов ТБ больными до окончания курса лечения. Это доказывает необходимость работы с больными ТБ о важности прохождения полного курса лечения.

Исходя из этого, при опросе больных ТБ был сделан акцент на последствия перерыва в лечении. Вследствие чего большинство больных к последствиям

перерыва в лечении отнесли, в основном, прогрессирование болезни, также были отмечены ответы в виде развития устойчивости к лекарственным препаратам и, как следствие, слабую эффективность повторного лечения.

На вопрос о том, кто должен наблюдать за приемом препаратов, со стороны больных ТБ предпочтение было отдано медицинским работникам (врачи и медсестры) и волонтерам.

Уровень знаний больных ТБ о периоде приема противотуберкулёзных препаратов имеет большое значение для излечения больного, так как уменьшает риск прерывания приема лекарств. За период проведения исследований увеличилось количество больных ТБ, которые считают, что этот период должен продолжаться 6-8 месяцев. Отмечается уменьшение количества больных ТБ, не знающих о сроках применения препаратов.

По поводу длительности лечения в стационаре больных ТБ отметим, что в этом случае в несколько раз увеличилось мнение больных ТБ считающих, что длительность лечения в стационаре должна быть до полного прекращения бактериовыделения. Также было отмечено, что период госпитализации больных ТБ должен продолжаться до полного излечения и улучшения самочувствия больного.

Согласно результатам исследований, большинство больных ТБ считают соблюдение режима лечения основой защиты членов их семей от риска быть зараженными туберкулёзом (более 68 %). Это является свидетельством того, что данная мера – действительно эффективная основа защиты окружающих от риска быть зараженными туберкулёзом. Более 63% больных ТБ посчитали использование в семье отдельной посуды и гигиенических средств важной мерой по защите окружающих от заражения. Наиболее эффективной профилактической мерой на уровне домохозяйств определено использование плевательниц для сплевывания мокроты.

Больные, выделяющие микобактерии ТБ являются потенциальными распространителями данной болезни. Следовательно, предпринимаемые меры по

профилактике болезни, имеют большое значение для снижения риска заболевания родственников и окружающих их людей.

Анализ уровня информированности больных ТБ о мерах по профилактике туберкулёза показывает, что в этом направлении между двумя проведенными исследованиями наблюдается значительный прогресс. Так, более половины респондентов отметили, что в общественных местах и в семье необходимо прикрывать рот при кашле и чихании и о необходимости регулярного проветривания помещения как из одних эффективных мер профилактики.

Около 2/3 больных ТБ отметили, что они готовы стать волонтерами и после излечения помогать как населению в целом, так и вновь выявленным больным.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что подавляющая часть опрошенного населения придерживается мнения о необходимости изоляции больных ТБ. Из их числа более половины отметили, что больных ТБ необходимо изолировать на весь период лечения, 1/3 до улучшения самочувствия больного и пока больной не перестанет быть разносчиком инфекции.

В период с 2008 по 2017 годы заболеваемость в исследуемых районах в среднем увеличилась на 46 %, что говорит о проведении конкретных противотуберкулёзных программ и мероприятий после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой по стране.

Показатель смертности в период с 2008 по 2017 годы в целом имеет тенденцию к снижению с 7,9 до 5,6 на 100 тыс. населения.

За исследуемый период распространенность, как и заболеваемость, имеет тенденцию к увеличению с 285,6 в 2008 г. до 308,6 в 2017 г. на 100 тыс. населения.

Показатель абацилирования в исследуемых районах в процентном соотношении увеличился на 18,2 %. Очень важный момент при определении бактериовыделений своевременная сдача мокроты на МТ. Как определено по тактике ведения больных ТБ контрольный сбор мокроты в учреждениях ПМСП проводится два раза.

Более чем в два раза отмечается увеличение показателя исхода лечения «вылечен» с 37,4 % в 2008 г. до 81,2% в 2017 г. По большинству пилотных районов данный показатель за десятилетний период возрос в несколько раз.

В целом, по пилотным регионам за 10-летний период при сравнительном анализе определена положительная тенденция в количестве направленных пациентов с целью диагностики со стороны медицинских работников ПМСП. Относительно анализа по пилотным регионам в динамике улучшились интеграционные процессы по выявлению ТБ. Так, в исследуемых районах направление пациентов с подозрением на ТБ медицинскими работниками учреждений ПМСП в среднем увеличилось на 35,9 %.

Больные ТБ лёгких с положительным результатом микроскопии мокроты представляют самую серьёзную опасность распространения заболевания среди населения. За период 2008-2017 годы по пилотным регионам отмечается положительный рост в динамике выявления медицинскими работниками ПМСП ТБ больных с МТ+ от общего числа выявленных больных с бактериовыделением. Так, за указанный период показатели в пилотных регионах увеличились в среднем на 31,3 %. Эти показатели говорят о более активном участии медицинских работников учреждений ПМСП в выявлении ТБ среди населения.

Приоритизация выявления больных с ТБ со стороны медицинских работников ПМСП всех уровней, внедрение новых учетно-отчетных форм, четкой регистрации ТБ больных, учет конверсии мокроты, контролируемый принцип лечения с использованием стандартных схем в учреждениях ПМСП, анализ исходов лечения и смертности в процессе проведения систематического мониторинга и оценки, улучшение участия медицинских работников в направлении и выявлении случаев ТБ свидетельствуют о высокой эффективности интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой.

Таким образом, подводя итоги анализа ситуации по интеграции ТБ службы и ПМСП в разных странах, Республика Таджикистан выбрала для себя модель интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, которая

внедрялась поэтапно. При этом, менеджеры ПМСП районов были назначены ответственными за реализацию Национальной программы, приоритетность выявления больных ТБ была перенаправлена от противотуберкулёзной службы к ПМСП, в учреждениях ПМСП были организованы пункты сбора мокроты, повсеместно был внедрен диагностический алгоритм, также были внедрены новые учетно-отчетные формы, контролируемая химиотерапия стандартными схемами лечения на уровне ПМСП.

Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют об эффективности вышеуказанных мер, что непосредственно отражается на эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в РТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Посредством вовлечения врачей ПМСП в процесс профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий улучшилась интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в РТ, проявившаяся улучшением настороженности врачей ПМСП по выявлению ТБ (с 45,0 % до 73,9 %), увеличением числа направленных лиц с подозрением на ТБ с целью диагностики ТБ (35,7 % - 47,7 %), знанием основных групп риска по ТБ (46,5 % - 74,0 %), определением типов (случаев) ТБ (17,4 % - 38,4 %), увеличением числа врачей ПМСП, соблюдающих диагностический алгоритм (38,9 % - 66,3 %), владением навыков организации и проведения на участке обслуживания врачами ПМСП профилактических мероприятий (56,5 % - 82,3 %) [2 – А, 4 – А, 5 – А, 13 – А, 14 – А, 15 – А, 16 – А, 17 – А, 18 - А].
2. Отмечен прогресс на уровне общей обращаемости населения в случае заболевания в учреждения ПМСП (до 95,5 %). Сравнительное изучение показало увеличение числа населения и больных ТБ с положительным отношением к контролируемому лечению (с 62,8 % до 89,4 %), соблюдающих режим лечения (48,9 % - 68,2 %) и тем самым приводящих к снижению отрывов от лечения, увеличилось число населения и больных ТБ, уверенных в излечимости ТБ (70,8% - 83,9 %) и число лиц, перенесших ТБ, которые готовы стать волонтерами (65,7 % - 78,1 %) [1 – А, 3 – А, 5 – А, 8 – А, 9 – А, 12 – А, 16 – А, 17 - А].
3. При проведении сравнительного анализа эпидемиологической ситуации по ТБ в исследуемых районах, интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в РТ способствовала повышению выявляемости ТБ в исследуемых районах, что привело к увеличению регистрации заболеваемости ТБ (средний показатель с 87,1 до 133,1 на 100

тыс. населения) и уменьшению показателя смертности (с 7,9 до 5,6 на 100 тыс. населения), улучшению эффективности лечения больных ТБ вследствие увеличения случаев «абацилирования» мазков мокроты (с 74,8 % до 93,0 %) и числа больных ТБ с исходом лечения «вылечен» (с 37,4 % до 81,2 %) [1 – А, 4 – А, 5 – А, 12 – А, 13 – А, 14 – А, 17 – А].

4. По пилотным регионам отмечается положительный рост в динамике направления пациентов с целью диагностики и выявления медицинскими работниками ПМСП ТБ больных с МТ+ от общего числа выявленных больных с бактериовыделением. Так, за указанный период показатели в пилотных регионах по направлению пациентов увеличились в среднем на 35,9%, а по выявлению на 31,3 % [1 – А, 4 – А, 5 – А, 11 – А, 13 – А, 16 – А, 17 – А, 18 – А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. В каждом учреждении ПМСП необходимо организовать банк данных населения всех возрастов с указанием социально-уязвимых групп, имеющих высокий риск заболевания.
2. Семейный врач и семейная медицинская сестра после прохождения обучения навыкам профилактики, выявления и лечения ТБ обязаны ежедневно проводить разъяснительную беседу в семьях закреплённого участка с целью повышения их уровня осведомлённости об этом заболевании.
3. Необходимо организовать регулярное проведение клинических разборов, конференций, семинаров для врачей ПМСП совместно с фтизиатрами по вопросам выявления и лечения ТБ, в том числе и выявления ТБ в группах риска.
4. Необходимо стремиться к раннему выявлению лиц с подозрением на ТБ и верификации диагноза с использованием экспресс-методов диагностики ТБ у лиц, обратившихся в учреждения ПМСП.
5. Необходимо систематически оценивать эффективность участия врачей ПМСП в выявлении больных ТБ, по следующим показателям:
 - не ниже 90-100 % должна составлять доля пациентов, направленных на исследование мокроты при подозрении на наличие у них ТБ;
 - не ниже 90-100 % должна составлять доля пациентов с подозрением на ТБ с данными бактериоскопического и рентгенологического обследования, направленных на консультацию фтизиатра;
 - не менее 95 % должна составлять доля больных ТБ, с диагнозом, установленным в течение 3 недель после первого визита к врачу;
 - в течение года не ниже 95 % должна составлять доля пациентов из групп риска, обследованных на ТБ.
6. Необходимо систематически поощрять лучших семейных специалистов, а также определять наставников для молодых специалистов.

7. Необходимо улучшить качество непосредственно контролируемого лечения и приверженность больных ТБ к лечению в амбулаторных условиях путём вовлечения различных членов сообщества, включая лиц, ранее перенесенных ТБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные вопросы лечения больных туберкулёзом в современных условиях и факторы, влияющие на эффективность химиотерапии / Ю.Ю. Киселева, И.А. Васильева, Б.Я. Казённый, А.Г. Самойлова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2012. – № 9. – С. 16-21.
2. Ахамед Н. Краткое руководство по туберкулёзу для работников первичной медико-санитарной помощи. Для стран Европейского региона ВОЗ с высоким и средним бременем туберкулёза/ Ахамед Н., Юрасова Е., Залескис Р., Гржемска М. и др.//Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген. 2004. - 77 с.
3. Ахмедов А.А. Руководство по управлению учреждениями первичной медико-санитарной помощи/А.А. Ахмедов, З.А.Мирзоева//Душанбе. - 2003. - 239с.
4. Белостоцкий, А.В. Проблема приверженности больных туберкулёзом к лечению / А.В. Белостоцкий [и др.] // Туб. и болезни лёгких. - 2015. - №4. – С.7-8. 14.
5. Бобоходжаев О.И. Борьба с туберкулёзом в Республике Таджикистан Тезисы/О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова, Р.У. Махмудова//Международная конференция в Республиках Центральной Азии «М/ШЛУ –призыв к действиям. Душанбе. - 27-28.04.2010. – С. 86.
6. Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У.Ю., Зокирова К.А., и др., Руководство по управлению за туберкулёзом. Утв. распоряжением МЗ и СЗН РТ, №173 от 25.02.2015. 122 с.
7. Богадельникова И.В., М.И.Перельман. Туберкулёз на пороге третьего тысячелетия/ И.В. Богадельникова, М.И.Перельман.//Врач-1997.-№7. -С. 1-6.
8. Богородская Е. М., Смердин С. В., Стерликов С. А. Организационные аспекты лечения больных туберкулёзом в современных социально-экономических условиях. – М.: НЬЮ ТЕРРА, 2011. – 216 с.

9. Богородская Е.М., Сеницын М.В., Белиловский Е.М. и др. Влияние ВИЧ-инфекции на структуру показателя заболеваемости туберкулёзом в условиях мегаполиса//Туберкулёз и социально значимые заболевания. -2016. -№ 3. - С.3-18.
10. Богородская, Е.М. Организация противотуберкулёзной работы в г. Москве / Е.М. Богородская, Л.М. Туктарова // Аналитический обзор статистических показателей по туберкулёзу.2015. -М.: МГНПЦБТ, 2016. - С.16-24.
- 11.Бородулин Б.Е., Поваляева Л.В., Цыганков И.Л., Скворцова Е.С., Бородулина Е.А. Эффективность консультативной работы фтизиатра по выявлению туберкулёза в стационарах общей лечебной сети (тезисы) // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулёзной службы в Российской Федерации (Материалы 1го Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров» - под ред. П.К. Яблонского) -Спб., 2012 - С.73-74.
12. Борьба с туберкулёзом на уровне района/Обучающие модули Всемирной организации здравоохранения (Модули 1–14). 2003. (WHO/CDS/TB/2002.310).
- 13.Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Заболеваемость, смертность и распространённость как показатели бремени туберкулёза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации. Часть 1. Заболеваемость и распространённость туберкулёза // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 6. – С. 9-21
- 14.Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Глобальные отчеты Всемирной организации здравоохранения по туберкулёзу: формирование и интерпретация // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 5. – С. 7-16.
- 15.Васильева, И.А. Приоритетные направления противотуберкулёзной работы в Российской Федерации / И.А. Васильева, А.Г. Самойлова, В.Н. Зимина //

- «Здравоохранение России»: Федеральный справочник. – 2014. – №15. – С. 135-137.
16. Галкин В.Б., Баласанянц Г.С., Белиловский Е.М., Яблонский П.К. Оценка динамики численности заболевших туберкулёзом в странах с наибольшим бременем туберкулёза // Сб. тезисов 3 Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. Санкт Петербург, 2014.
17. Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулёзом на период после 2015 г./Женева, ВОЗ. 2014.
18. Глобальный доклад о туберкулезе от 2017 года. ISSN 978 -92-4-156551-6. Всемирная Организация Здравоохранения, 2017
19. Гринь Е.Н., Корецкая Н.М. Туберкулёз лёгких и его выявление в закрытом административно-территориальном образовании // Сб. тезисов 3 Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. Санкт Петербург, 2014.
20. Гурылева М.Э. Характеристика качества жизни больных туберкулёзом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения / М.Э. Гурылева, О.И. Герасимова // Проблемы туберкулёза. - 2003. - № 8. - С. 10-11
21. Демихова О. В., Якимова М. А., Карпина Н. Л. Проблемы организации диагностики туберкулёза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом: Матер. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2010. – С. 37-38.
22. Денисов. И.Н. Управление оказанием противотуберкулёзной помощи в общей врачебной практике на примере Ступинского района Московской области/И.Н. Денисов, Ю.В. Пылаева, Т.В. Заугольников//Проблемы управления здравоохранением. — 2009. — N5. — С. 20-25.
23. Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом. ВОЗ, 2018.
24. Ерохин В.В. Туберкулёз в России. Социально значимые болезни в Российской Федерации / В.В Ерохин // Под ред. Л.А. Бокерия и И.Н. Ступакова. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2006. – С. 263-266.

25. Закирова К.А. Интеграция ПМСП с противотуберкулёзной службой. / К.А. Закирова // Материалы Республиканской научно-практической конференции по интеграции туберкулёзной службы и ПМСП. - Душанбе. - 2009. - С. 31-33.
26. Закирова, К.А. Борьба с туберкулёзом в Республике Таджикистан / К.А. Закирова // МЛУ/ШЛУ-ТБ – призыв к действиям: матер. междунар. конф. Республик Центральной Азии. – Душанбе, 2010. – С. 86. 186 66.
27. Закирова, К.А. Влияние медико-социальных факторов на заболеваемость туберкулёзом в Республике Таджикистан и совершенствование профилактической помощи / К.А. Закирова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 1. – С. 16-19.
28. Закон Республики Таджикистан «О защите населения от туберкулёза» от 22.12.2006г. №223.
29. Заугольникова Т.В. Краткое руководство по организации борьбы с туберкулёзом для врачей первичной медико-санитарной помощи: врачей общей практики (семейных врачей) и участковых терапевтов/Т.В. Заугольникова, Е.И. Черниенко, Н.В. Топчий, Ю.В. Пылаева// Учебно-методическое пособие. – М. –Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2007. - 82 с.
30. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения: Статистический сборник. Душанбе, 2012- 2015. С. 31, 35, 42.
31. Златьева Н. В. Взаимодействие семейных врачей с врачами других специальностей /Н.В. Златьева//Росс. Сем. Врач. -2001. -№3. - С.45.
32. Исмаилова, Ф.Р. Диагностика туберкулёза в учреждениях общей лечебной сети / Ф. Р. Исмаилова [и др.] // Туб. и болезни лёгких. - 2011. -№4. - С.170.
33. Капков, Л.П. Почему больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя становится больше? / Л.П. Капков // Туб. и болезни лёгких. - 2014. -№11. - С.11-17.
34. Ковалевич, С. Н. Выявление туберкулёза органов дыхания в стационарах

- общей лечебной сети: современные тенденции / С. Н. Ковалевич [и др.] // Туб. и болезни лёгких. - 2011. -№4. - С.196.
35. Концепция развития противотуберкулёзной службы Кыргызской Республики на 2009 - 2016 годы. –Бишкек. - 2007.
- 36.Корецкая, Н. М. Впервые выявленный туберкулёз органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией / Н.М. Корецкая, А.Н. Наркевич // Медицинский альянс. -2015. -№1. - С.171-172.
- 37.Кравченко А.Ф., Винокурова М.К., Корнилов А.А. Организация противотуберкулёзной помощи с низкой плотностью населения на Севере // Сб. тезисов 3 Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. Санкт Петербург, 2014.
- 38.Лаушкина Ж.А., Краснов В.А. Особенности нетуберкулёзных заболеваний, выявляемых в фтизиатрических стационарах//Туберкулёз и болезни лёгких. - 2016. -№7. -С.38-42.
39. Литвинов В.И. Латентная туберкулёзная инфекция: свойство возбудителя; реакция микроорганизма; эпидемиология и диагностика, лечение. - М.МНПЦБТ, 2016. -С.115-117.
- 40.Ломакина, О.Б. Оказание психосоциальной помощи больным туберкулёзом / О.Б. Ломакина, Е.В. Мартусова, А.Н. Майстренко // Туберкулёз. – 2013. – С. 66.
- 41.Лучкевич В.С., Хасанова В.А. Тенденции эпидемической ситуации по туберкулёзу в России на современном этапе (обзор)//Медицинский альянс. - 2016. -№ 3-С.20-23.
42. Медико-социальные аспекты развития туберкулёза у трудящихся мигрантов Республики Таджикистан/Бобоходжаев О.И., Хасанова С., Сироджиддинова У.Ю., Салихов Б.У./// Научно-практический журнал «Здравоохранение Таджикистана». - 2011. - №1. - С. 12-18.
- 43.Миронюк, О.М. Организация контролируемого лечения больных туберкулёзом в гражданском секторе Архангельской области / О.М.

- Миронюк [и др.] // Туб и болезни лёгких. - 2014. - №1. - С.33-37.
44. Михайлова, Ю.В. Анализ влияния мероприятий противотуберкулёзной службы на эпидемиологические показатели туберкулёза / Ю.В. Михайлова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. -2014. -№6. - С.19.
45. Мишин, В.Ю. Выявление и диагностика туберкулёза лёгких в учреждениях первичной медико-санитарной помощи / В.Ю. Мишин // Русский медицинский журнал. -2013. -№7. - С.373-378.
46. Морозова Т.И. Особенности организации противотуберкулёзной помощи населению в современных условиях /Т.И. Морозова//Туберкулёз в России. Год 2007: материалы VIII Российского съезда фтизиатров. - М.: ООО «Идея». - 2007. - С. 63.
47. Мохирева Л.В., Скачков В.В., Веретенцева Н.А. и др. Организация работы с группами риска по заболеванию туберкулёзом в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи//Туберкулёз и социально значимые заболевания. -2015-№1. -С.32-35.
48. Нанн, П. Глобальный подход к борьбе с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом / П. Нанн // Пробл. туб. и болезней лёгких. - 2005. - №10. - С.13- 16.
49. Национальная программа защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2010-2015гг. Постановление правительства от 30 декабря 2009 года № 694.
50. Национальный стратегический план защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2015-2020 гг. протокол МЗ и СЗ РТ от 18.07.2014 г. № 27
51. Национальная противотуберкулёзная программа республики Кыргызстан «Туберкулёз - I» на 1996-2000 годы.
52. Национальная противотуберкулёзная программа республики Кыргызстан «Туберкулёз - II» на 2001-2005 годы.
53. Национальная противотуберкулёзная программа республики Кыргызстан

«Туберкулёз - III» на 2006-2010 годы.

54. Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулёзу и ВИЧ-инфекции в России// Туберкулёз и болезни лёгких. -2014. -№ 6. -С.9-15.
55. Нечаева, О.Б. Индикаторы качества оказания медицинской помощи при туберкулёзе / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, О.К. Бирагова // Учебно-методическое пособие для организаторов здравоохранения. - М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ. – 2013 г. – 36 с.
- 56.Новикова, С. Н. Особенности больных туберкулёзом лёгких, выявленных на поликлиническом приеме / С. Н. Новикова // Туб. и болезни лёгких. -2015. - №5. - С.128.
- 57.Обзор по Таджикистану. –World Bank Group. 2018.
- 58.Организация выявления больных туберкулёзом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи: метод. рекомендации МЗ РФ / Под ред. Ю.В. Михайловой [и др.] - М.,2006. -35 с.
- 59.Организация выявления туберкулёза в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях: метод. рекомендации МЗ РФ / В.М. Коломиец [и др.] - Курск, 2007. - 36 с.
- 60.Организация противотуберкулёзной помощи на муниципальном уровне. Модуль 11. Медико-санитарное просвещение больных и их родственников. Практическое пособие для врачей/под ред. М.И. Перельмана.-М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада».- 2006.
61. Организация противотуберкулёзной помощи на муниципальном уровне: пособие для врачей // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. - 2007. - № 9. - С. 53-63; № 11. - С. 47-63; № 12. - С. 50-64; 2009. - № 2. - С. 36-65; № 4. - С. 47-64; № 5. - С.37-65; № 6. - С. 52-60.
- 62.Основные этапы и новые задачи в организации борьбы с туберкулёзом /О.Н. Браженко и др.// Новые Санкт-Петербургские ведомости. - 2009. - № 3 1. - С. 100-104.
- 63.Основы стратегии DOTS и лечение больных туберкулёзом /Ю.М.

- Маркелов, А.О. Марьяндышев, Л.И. Гвоздовская и др.; ПетрГУ. Петрозаводск, 2004. 36с.
64. Павлунин А.В., Шарафутдинов М.А., Борисова С.Б. и др. Проблемы организации, выявления и диагностики туберкулёза лёгких в общей лечебной сети // Туберкулёз и болезни лёгких. -2014. -№11. -С.18-22.
65. Перельман М.И. Фтизиатрия. Национальное руководство/ М., 2007 г. - Москва: ГЭОТАР, 2007. – С. 22-29.
66. План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулёзом в Европейском регионе ВОЗ 2002-2006 гг. / Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. - 2002. - 50 с.
67. Подгаева В.А. Интегральный показатель организации и эффективности профилактики туберкулёза как индикатор результативности работы учреждений общей лечебной сети и противотуберкулёзной службы Урала / В.А. Подгаева, Д.Н. Голубев // Фтизиатрия и пульмонология. -2011. - № 2. - С. 64-65.
68. Пособие для специалистов общей лечебной сети и фтизиатров по своевременной диагностике больных туберкулёзом и профилактике рецидивов: учебно-методическое пособие для врачей / Под ред. В.А. Аксеновой. - М., 1996. -32 с.
69. Постановление Правительства Республики Таджикистан №524 «О Национальной программе борьбы с туберкулёзом в Республике Таджикистан на 2003-2010 годы».
70. Постановление Правительства республики Таджикистан от 13.06.1996 г. № 271 «О Национальной программе борьбы с туберкулёзом на 1996-2000 годы».
71. Приймак А.А. Проблема организации противотуберкулёзной помощи в современных условиях/ А.А. Приймак, О.В. Бутыльченко // Московская медицинская академия им И.М. Сеченова, курс фтизиатрии при кафедре пульмонологии ФППОВ, Москва. Пульмонология, 2007. -№6. - С.120-122.

72. Приказ МЗ РФ от 26.08.1992 года № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи принципу врача общей практики (семейного врача)».
73. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 282 от 19 апреля 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача–терапевта участкового».
74. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 20 декабря 2009 года №712 «По усилению противотуберкулёзной помощи населению Республики Таджикистан».
75. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан от 22.05.1998 г. № 172 «О реорганизации противотуберкулёзных диспансеров в центры по борьбе с туберкулёзом».
76. Приказ Министерства Здравоохранения РФ №109 от 21 марта 2003 года «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации».
77. Пунга, В.В. Распространенность туберкулёза с лекарственной устойчивостью/ В.В. Пунга, Л.И. Русакова, В.А. Пузанов [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2011. – № 10. – С. 6-15.
78. Пылаева Ю.В. Организация противотуберкулёзной помощи в общей врачебной практике на примере Ступинского района Московской области. Автореф. дис.... кан. мед. наук/Ю.В. Пылаева - Москва 2009. - 28 с.
79. Пять элементов DOTS. ВОЗ. 2002. 297с.
<http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index.html>
80. Равиольоне М.К., Коробицын А.А. Ликвидация туберкулёза-новая стратегия ВОЗ в эру целей устойчивого развития, вклад Российской Федерации//Туберкулёз и болезни лёгких.-2016.-№ 11.-С.7-15.
81. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 25 сентября 2015 г., <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/92/PDF/N1529192.pdf>. Open Element см. также <https://sustainabledevelopment>

82. Рублева, Н. В. Оценка приверженности лечению больных туберкулёзом лёгких / Н. В. Рублева, Н. В. Рачина, А. В. Гаранин // Научные стремления - 2013: сб. материалов IV Междунар. науч.-практ. молодёж. конф. (3-6 дек. 2013 г.). - Минск, 2013. - С. 140-144.
83. Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулёзной инфекцией: WHO/HTM/TB/2015.01.B03.2015.URL:http://who.int/tb/publications/ltbi_page/ru.
84. Руководство по организации, выявлению и лечению туберкулёза по стратегии ДOTS в Таджикистане (приложение №3 к приказу МЗ РТ № 78 от 27 февраля 2003г.).
85. Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики/семейной медицины в странах Европы /ЕРБ ВОЗ. - Копенгаген. -1998.
86. Сапожникова, Н. В. Выявление латентной туберкулёзной инфекции среди групп риска по развитию туберкулёза / Н. В. Сапожникова [и др.] // Туб. и болезни лёгких. - 2015. - №7. - С.123.
87. Сироджиддинова У.Ю. Руководство. Организация борьбы с туберкулёзом на уровне первичной медико-санитарной помощи/У.Ю. Сироджиддинова, О.И. Бобоходжаев//Душанбе. -2010. 128 с.
88. Сироджиддинова У. Ю., Бобоходжаев О. И., Мирзоева Ф. О. и соавт. Анализ ситуации по туберкулёзу в Республике Таджикистан // Туберкулёз и болезни лёгких. 2015. № 2. С. 32-36.
89. Системы здравоохранения стран бывшего СССР в борьбе с туберкулёзом: задачи и перспективы/А.Мошняга, Е.Юрасова, Р.Залескис, В.Якубовяк//Системы здравоохранения и проблемы инфекционных болезней. Опыт Европы и Латинской Америки /под ред. Р.Кокер, Р.Атун, М.Мак Ки. - European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2009. - p.171-192.
90. Скрынник, Н.А. Роль мигрантов в формировании эпидемической

- ситуации вмегаполисе / Н.А. Скрынник, Н.Ю. Исаева // Медицинский альянс. -2015. - №1. - С.52.
- 91.Смердин С.В. Межведомственное взаимодействие в выявлении и лечении больных туберкулёзом/ С.В. Смердин, М.Т. Чернов, И.Ф. Копылова // Проблемы туберкулёза. - 2007. - № 2. - 20-23.
92. Сон И.М. Оценка эпидемической ситуации по туберкулёзу и анализ деятельности противотуберкулёзных учреждений: пособие для фтизиатров и пульмонологов. /И.М. Сон, А.А. Леонов, П.П. Сельцовский - М., 2007. - 64 с.
93. Стратегия "Остановить ТБ", "Глобальный план по борьбе с ТБ, 2006-2015 гг."
94. ТБ/ВИЧ: Клиническое руководство.Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2004. – 210 с. (WHO/HTM/TB/2004.329).
- 95.Туберкулёз в Российской Федерации, 2012/2013/2014гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. -М.,2015. -312 с.
- 96.Туберкулёз: выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. Вопросы и ответы. /Пер. с англ. – 2-е издание. – Издательство «Весь Мир». –2004. –287 с.
- 97.Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулёза органов дыхания / Под ред. Васильевой И.А. [и др.] М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 56 с.
- 98.Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации/под ред. П.К.Яблонского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -240с.
- 99.Шевченко Ю.Л.Борьба с туберкулёзом в России на пороге XXI века/Ю.Л. Шевченко//Проблемы туберкулёза. -2000. -№ 3. -С. 2-6.
100. Шилова М.В. Выявление и диагностика туберкулёза в учреждениях общей лечебной сети/М.В. Шилова //Главврач. — 2005. - № 3. — 6-17.

101. Шилова М.В. Структура и организация противотуберкулёзной службы/М.В. Шилова//Фтизиатрия: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР. - 2007. — С. 34-38.
102. Шилова М.В. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в Российской Федерации // Справочник фельдшера и акушерки. 2015. № 9. С.10-18.
103. Эргешов, А.Э. Пути оптимизации лечения туберкулёза с МЛУ/ШЛУ возбудителя / А.Э. Эргешов // Материалы доклада X съезда Российского общества фтизиатров - Воронеж, 2015. 194.
104. ЮНЭЙДС/Информационный бюллетень за 2015 год. [Электронный ресурс].URL:www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FastSheet_2015_ru.pdf.
105. ЮрасоваЕ. Готовность врачей первичной медико-санитарной помощи участвовать в борьбе с туберкулёзом в России / Е.Юрасова, Е.Белиловский, О.Демихова, В.Пунга, Т.Морозова, Т.Сомова, Г.Хасаншин, М.Кузнецова// TheInternationalJournalofTuberculosisandLungDisease. – 2010. – Vol. 14 (11), Sup.2: S129.
106. Юрасова Е. О рекомендациях по организации борьбы с туберкулёзом для работников первичного звена здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / //The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2005. - 9(11) Sup 1: S7.
107. Яблонский, П.К. Основные направления модернизации фтизиатрической помощи в РФ / П.К. Яблонский // Материалы доклада Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом». - СПб, 2011.
108. Assessing the impact of new diagnostics on tuberculosis control – 2010- Int J Tuberc Lung Dis 14(12):1506–1507 2010.

109. Atun R. Tuberculosis control is crucial to achieve the MDGs/R. Atun, M.Raviglione, B.Marais// 2010 Sep. 18; 376(9745):940-1. Imperial College Business School, Imperial College London.
110. Austin Ross. Ambulatory Care Management/ 2nd Edition/ Austin Ross, J. Stephen, Schafer// - Delmar Publishers Inc.-1991.- P.407.
111. Bjerregaard-Andersen M., da Silva Z. J., Ravn P., et al. Tuberculosis burden in an urban population: a cross sectional tuberculosis survey from Guinea Bissau. – B.M.C. –Infect. Dis. -2010. -№10. –P.96.
112. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis/ C. B. Forrest, A. Majeed, J. P.Weiner, K. Carroll, A. B.Bindman//BMJ 2002;325:370-371.
113. Controlling the seedbeds of tuberculosis: diagnosis and treatment of tuberculosis infection / M.X. Rangaka, S.C. Cavalcante, B.J. Marais [et al.] // Lancet. – 2015 [Electronic Resource] URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00323-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00323-2/fulltext).
114. Controlling tuberculosis in the United States / Amer. Thorac. Soc.; Centers for Dis. Control and Prevention; Infect. Dis. Soc. of America // Amer. J. Resp. Crit Care Med. 2005. - Vol. 172. - P. 1169-1227.
115. Cox H. Long-term efficacy of DOTS regimes for tuberculosis: systematic review/H. Cox, M. Morrow, P. Deutschmann // BMJ 2009.- 336.-P.484-7.
116. Diagnosis of tuberculosis and drug resistance: what can new tools bring us? / F. Drobniowski, V. Nikolayevskyy, Y. Balabanova [et al.] // Int J Tuberc Lung Dis. – 2012. – Vol. 16(7). – 860-870.
117. Diagnostic value of antibody responses to multiple antigens from Mycobacterium tuberculosis in active and latent tuberculosis / M.A. Senoputra, B. Shiratori, F.M. Hasibuan [et al.] // Infect Dis. – 2015. – Vol. 83(3). – P. 278-285.

118. Dowdy D.W. Is passive diagnosis enough? The impact of subclinical disease on diagnostic strategies for tuberculosis / D.W. Dowdy, S. Basu, J.R. Andrews // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – Vol.5. – №187. – P.543-551.
119. Drug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: challenges and ways forward / C.D. Acosta [et al.] // *Public Health Action* 2014. – Vol. 4. – P. 3-12.
120. Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control. WHO, 2012. 76 p.
121. European Centre for Disease Prevention and Control. A Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in EU. Stockholm: ECDC, 2009.
122. EuroTB and the National Coordinators for Tuberculosis Surveillance in the WHO European Region. Surveillance of Tuberculosis in Europe – EuroTB. Report of tuberculosis cases notified in 2006. - Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire, March 2009.
123. Freiden T. Toman's tuberculosis: Case detection, Treatment and Monitoring- Questions and Answers, 2nd ed./T.Freiden// (WHO/HTM/TB/2004.334).
124. Gershon A.S. Delayed tuberculosis treatment in urban and suburban Ontario/A. S Gershon, W. Wobeser, J.V.Tu.// 2009 Jul-Aug; 15(5):244-8.
125. Getahun H. Active case-finding for TB in the community/H. Getahun, M. Raviglione//time to act. 2010 Oct 9; 376(9748):1205-6. Stop TB Department, WHO, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.
126. Glaziou P. Global burden and epidemiology of tuberculosis/P.Glaziou, K. Floyd, M.Raviglione //2009 Dec;30(4):621-36, vii. Stop TB Department, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.
127. Global tuberculosis control: lessons learnt and future prospects/C. Lienhard, P. Glaziou,M. Uplekar, K. Lonroth, H. Getahun, M. Raviglione //2013 May 14;10(6):407-16.
128. Global tuberculosis control: WHO report 2013 Geneva, WHO, 2014 (WHO/HTM/TB/2010.7).
129. Global tuberculosis report 2016.-Geneva: World Health Organization, 2018.

130. Gupta R. Tuberculosis as a major global health problem in the XXI century, a WHO perspective/R. Gupta, M. Espinal, M. Raviglione //Seminars in respiratory and critical med. - 2004. - Vol. 24. - N 3. - P. 245-253.
131. Hanson, C. Ensuring that the diagnosis of tuberculosis accelerates progress towards the Millennium Development Goals / C. Hanson, G. Sotgiu, R. Loddenkemper // Eur. Respir. J. – 2014. – Vol. 44. – P. 1-4.
132. Health status and quality of life in tuberculosis / J. Brown, S. Capocci, C. Smith [et al.] // Int J Infect Dis. – 2015. – Vol. 32. – P. 68-75.
133. High social anxiety and poor quality of life in patients with pulmonary tuberculosis / E. Kibrisli, Y. Bez, A. Yilmaz [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2015. – Vol. 94, №3. – P. 413.
134. Implementing the end TB strategy: the essentials, WHO, 2015
135. Implementing tuberculosis diagnostics: A policy framework. - Geneva: World Health Organization, - 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162712/1/9789241508612_eng.pdf
136. International Standards for Tuberculosis Care (ISTC), 3rd Ed. TB CARE I, The Hague: – 2014. – 92 p.
137. Joncevska M., Hoffmann H., Bobokhojaev O., Surveillance of drug resistance in Central Asia. The international Journal of Tuberculosis and lung disease, 2014, Vol.18, No. 11, pp. 56-57.
138. Kapoor S.K., Raman A.V., Sachdeva K.S., Satyanarayana S. How did the TB patients reach DOTS services in Delhi? A study of patient treatment seeking behavior. - PLoS. One. -2012;7(8): e42458.
139. Kohler S., Asadov D.A., Brunder A., Healy S., et al. Ambulatory tuberculosis treatment in post-Semashko health care systems needs supportive financing mechanisms // Intern.J.Tub.Lung Dis. – 2014. -№12. –vol.18. –P.1390-1395.
140. Lonroth K. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control/ K. Lonroth, M. Raviglione//Semin Respir Crit Care Med.2009 Oct;29(5):481-91. Epub 2009 Sep 22.

141. Mitchell E.M.H., den Boon S., Lunnroth K. Acceptability of Household and Community-based TB Screening in High Burden Communities: A Systematic Literature Review. -Geneva: World Health Organization. -2014.
142. O'Donnell, Max R. Treatment Outcomes for Extensively Drug-Resistant Tuberculosis and HIV Co-infection. / Max R. O'Donnell, Nesri Padayatchi, Charlotte Kvasnovsky, Lise Werner, Iqbal Master, and C. Robert Horsburgh Jr. // *Emerg Infect Dis.* - 2013. - № 19(3). - 416-424.
143. Okeibunor J.C., Onyeneho N.G., Nwaorgu O.C., et al. Prospects of using Community Directed Intervention strategy in delivering health services among Fulani Nomads in Enugu State, Nigeria. –*Int. J. Equity Health.* - 2013; 12:24.
144. Policy Framework for Implementing New Tuberculosis Diagnostics. Policy statement World Health Organization, 2011 Pre-publication copy March. – 2010.
145. Porwal, C. Incidence and risk factors for extensively drug-resistant tuberculosis in Delhi region. / C. Porwal, A. Kaushik, N. Makkar, et al. // *PloS One.* - 2013. - № 8(2). - e55299.
146. Prasad, R. Multidrug resistant tuberculosis: trends and control/ R. Prasad, N. Gupta, M. Singh // *Indian J. Chest Dis Allied Sci.* – 2014. – Vol.4. – №56. – P.237-246.
147. Qin, F. Factors associated with extended treatment among tuberculosis patients at risk of relapse in California / F. Qin , P.M. Barry, L. Pascopella // *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.*- 2016 Mar;20(3):363-9. doi: 10.5588/ijtld.15.0469.
148. Raviglione M. The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015/M. Raviglione// *MBull World Health Organ.*2007 May;85(5):327.
149. Raviglione M., Marais B. et.al. Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control. Progress and new developments.STOP TB Department, WHO, Geneva, Switzerland.*Lancet*, 2013, Vol. 379(9833), pp. 2242.
150. Raviglione M., Marais B., Floyd K., Lunnroth K., et al. Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control: progress and new developments. –*Lancet.* - 2012; 19:379(9829). –P.1902-13.

151. Recommendation for investing the contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. -WHO. – Geneva. -2012. -28P.
152. Ruinowicz A., Bartlett G., MacGibbon B., et al. Evaluating the role of primary care physicians in the treatment of latent tuberculosis: a population study // Intern.J.Tub.Lung Dis. – 2014. -№12. –vol.18. –P.1449-1454.
153. Sagbakken M. Experiences of being diagnosed with tuberculosis among immigrants in Norway--factors associated with diagnostic delay/ M. Sagbakken, G.A. Bjune, J.C. Frich// a qualitative study. Scand. J. Public Health. 2010 May;38(3):283-90.
154. Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control/ M. Raviglione, B. Marais, [et.all.]//progress and new developments.STOP TB Department, WHO, Geneva, Switzerland. Lancet. 2013 Jun 16; 379(9833):2242.
155. Schon, T. Mycobacterium tuberculosis drug-resistance testing: challenges, recent developments and perspectives. / T. Schön, P. Miotto, C.U. Köser, M. 240 Viveiros, E. Böttger, E. Cambau. // Clin Microbiol Infect. - 2017. - № 23(3). - 154- 160.
156. Screening for active tuberculosis in high-risk groups / M.A. Jiménez-Fuentes, C.M. Augé, M.N. Gómez [et al.] / Int. J. Tuberc. Lung. Dis. 2014. – Vol.18. – №12. – P.1459-1465.
157. Soto A., Solari L., Gotuzzo E., Acinelli R., Vargas D., Van der Stuyft P. Performance of an algorithm based on WHO recommendations for the diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in patients without HIV infection. – Trop. Med. Int. Health. -2011. -Apr;16(4):424-30.
158. Stopping TB in Europe: some progress but still not there/ Falzon D, Kudjawu Y, Decenclos J-C [et al.]//Euro Surveill 2009; 13 (12).
159. The end TB Strategy. – Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. – Geneva. -WHO. -2015 – 16P.
160. The European Definition of General Practice/ Family Medicine, WONCA EUROPE, 2002.

161. The Global Plan to STOP TB 2006-2015. Actions for life. Towards a world free of tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2006.
162. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. - Geneva: World Health Organization, - 2011.
163. The multidrug-resistant tuberculosis threat: old problems and new solutions / Sotgiu G, D'Ambrosio L, Centis R [et al.] // Thorac Dis. – 2015. – Vol. 7. – №9. – P. 354-360.
164. The use of delamanid in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Interim policy guidance. - Geneva: World Health Organization, 2014.http://apps.who.int/bitstream/10665/137334/1/WHO_HTM_TB_2014.23_eng .
165. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries/C. Dye, K.Lonnroth, E. Jaramillo, B.G. Williams, M. Raviglione 2009 Sep;87(9):683-91. Stop TB Department, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
166. United Nations. – The Millenium Development Goals Report. – New York. - 2014.
167. Waters E., Hall B.J., Armstrong R., Doyle J., et al. Essential components of public health evidence reviews: capturing intervention complexity, implementation, economics and equity. –J. Public Health. -2011; 33(3).–P. 462-5.
168. WHO European Ministerial Forum: “All Against Tuberculosis”/Berlin Declaration on Tuberculosis. Copenhagen: WHO, 2009.
169. WHO Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007-2015/Copenhagen: WHO, 2007.
170. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis, 2016 update.October 2016 revision. - Geneva: World Health Organization, - 2016.
171. WHO. - Nutritional Care and Support for Patients with Tuberculosis. – 2013.
172. Winters, N. Efficacy and safety of World Health Organization group 5 drugs for multidrug-resistant tuberculosis treatment. / N. Winters, G. Butler-Laporte, D. Menzies. // Eur Respir J. - 2015. - № 46(5). - 1461-70.

173. World Health Organization. Global tuberculosis report. - Geneva: World Health Organization, - 2016.
174. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDG. URL:http://www.who.int/gho/publication/world_health_statistics/2016/Annex_A/en/.
175. Yassin M. A., Datiko D. G., Tulloch O., et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. -PLoS ONE. -2013. -№ 8. –P.5.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах

- 1.** – А. Раджабов Д.М. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей из очагов инфекции/ Сироджидинова У.Ю. Пулатова Л.М. Бобоходжаев О.И., Пиров К./ Вестник Авиценны (Паёми Сино) №1 – 2012, С. 109-113.
- 2.** – А. Раджабов Д.М. Интеграция медицинских работников первичной медико-санитарной помощи с противотуберкулёзной службой в выявлении туберкулёза в Республике Таджикистан/Журнал «Здравоохранение Таджикистана» № 3, 2012 г. С. 24-28.
- 3.** – А. Раджабов Д.М. Причины развития рецидивов туберкулёза лёгких в Республике Таджикистан/ Бобоходжаев О.И., Сироджиддинова У.Ю., Джумаев Р.Р. / Журнал «Здравоохранение Таджикистана» № 3, 2015 г. С. 16-23.
- 4.** – А. Раджабов Д.М. Эффективность интеграции учреждений первичной медико-санитарной помощи с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан/Миралиев С.Р., Бобоходжаев О.И. / Журнал «Здравоохранение Таджикистана» № 1, 2017 г. С. 71-76
- 5.** – А. Раджабов Д.М. Интеграция противотуберкулёзной службы и общей лечебной сети в Республике Таджикистан: выбор приоритетов от

функциональной и структурной интеграции. Журнал «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана», № 2-2019 г. С. 126-132

Руководство и методические пособия

6. – А. Раджабов Д.М. Стратегическое руководство по практическому подходу к здоровью лёгких в Республике Таджикистан/Группа авторов/Руководство. Душанбе 2012. 80 стр.
7. - А. Раджабов Д.М. Инструкция по Информационной системе менеджмента противотуберкулезных лекарственных средств в рамках Национальной программы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан (2003-2010 гг.) /Группа авторов/ Инструкция для директоров ТБ центров, фтизиатров и ответственных за лекарственный менеджмент противотуберкулезных препаратов на всех уровнях. Душанбе, 2006 г. 264 стр.
8. – А. Раджабов Д.М. Методическое пособие по организации выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи/ Бобоходжаев О.И., Сироджиддинова У.Ю., Миралиев С.Р., Сафаров А.А./ Методическое пособие. Утверждено на заседании РИСО МЗ РТ протокол № 1 от 01.04.2013г. 22 стр.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

9. – А. Раджабов Д.М. Подходы к планированию научного исследования (к вопросу о выборе методологии) / Бобоходжаев О.И. / Сборник материалов 55-ой ежегодной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященной 75-летию Ю.Б.Исхаки. Душанбе, 2007 г.
- 10.–А. Раджабов Д.М. Исследование по использованию противотуберкулезных препаратов в рамках Национальной программы борьбы с туберкулезом Республики Таджикистан/Махмудова М.Ш./ 39-я Всемирная конференция Союза по проблемам здоровья легких, организованная Международным союзом по борьбе с туберкулезом и лёгочными заболеваниями (IUATLD), Париж (Франция) октябрь 2008 г.

11. – А. Раджабов Д.М. Менеджмент противотуберкулезных препаратов в Республике Таджикистан/Раджабов А.С./ Республиканская научно-практическая конференция, посвященная интеграции деятельности противотуберкулезной службы с учреждениями ПМСП Душанбе, 2009 г. С 71-72.
12. – А. Раджабов Д.М. Сравнительный анализ выявленных ТБ больных с МТ+ в микроскопических лабораториях с регистрационным журналом ТБ03/Коробицын А, Норов О.Д./41-я Всемирная конференция Союза по проблемам здоровья легких, организованная Международным союзом по борьбе с туберкулезом и лёгочными заболеваниями (IUATLD) Берлин (Германия), ноябрь 2010 г.
13. – А. Раджабов Д.М. Достоверность полученных результатов исходов лечения за последний квартал 2009 года по районам Хатлонской области/Коробицын А., Норов О.Д, Махмадов А.Х. / Международная конференция в Республиках Центральной Азии «М/ШЛУ ТБ – призыв к действиям» Душанбе 27-28.04.2010. С.84
14. – А. Раджабов Д.М. Степень участия работников первичной медико-санитарной помощи в выявлении туберкулеза в Республике Таджикистан/Бобоходжаев О.И., МирзоеваМ.Б., Абдуллоева М.И. /59-ая годовичная научно-практичная конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» 17-18 ноября 2011г., г.Душанбе. С 163.
15. – А. Раджабов Д.М. Уровень знаний и практики по туберкулезу среди медицинских работников Таджикистана/Миралиев С.Р. Бобоходжаев О.И. /59-ая годовичная научно-практичная конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» 17-18 ноября 2011г., г.Душанбе. С 86.
16. – А. Раджабов Д.М. Роль медицинских работников ПМСП в интеграции с противотуберкулезной службой/ Журнал «Шифо» № 2 – 2012 год, стр.23-25.

- 17.** – А. Раджабов Д.М. Динамика интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулезной службой в выявлении больных туберкулезом с бактериовыделением/Пирова Г.Д./ Доклад на годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2012 г. Душанбе. С. 164-165.
- 18.** – А. Раджабов Д.М. Участие медицинских работников первичной медико-санитарной помощи в выявлении туберкулёза в городе Душанбе/ Миралиев С.Р. Бобоходжаев О.И./ Доклад на годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино 23-24.11.2012г. «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки», посвященной 80-летию член-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки. С. 116-117.

Приложения

Приложение 1

Выборка объектов исследования*

Город /район	Код	Население** (2008 г.)	Кластеры		Кол-во домохозяйств		Кол-во больных ТБ				Кол-во врачей ПМСП			
			Кол-во	№	2008 г.	2017 г.	2008 г.		2017 г.		2008 г.		2017 г.	
							Всего	Целевая группа	Всего	Целевая группа	Всего	Целевая группа	Всего	Целевая группа
Душанбе	1	670200	9	C1-C9	221	223	574	183	368	175	528	157	567	160
Рудаки	2	324000	4	C10-C13	42	42	277	35	230	33	100	30	108	30
Бохтар	3	206200	3	C14-C16	23	23	185	19	202	18	55	16	59	17
Восе	4	171700	3	C17-C19	30	31	276	25	302	24	73	22	78	22
Куляб	5	176900	3	C20-C22	27	27	272	22	152	21	64	19	68	19
Матча	6	96700	3	C23-C25	23	23	112	19	92	18	55	16	59	17
Хорог	7	28900	2	C26-C27	8	8	39	6	21	6	19	5	22	6
Рушан	8	25400	2	C28-C29	8	8	48	6	28	6	17	5	18	6
Всего		1700000*	29		381	384	1783	316	1395	301	910	270	978	276

*использованы данные, предоставленные ГУ «Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ и СЗН РТ»

**при количестве > 1700000 достаточный объем выборки тот же с достоверностью в 95%

Анонимный вопросник для врачей ПМСП

№	ВОПРОС	ОТВЕТ
1	Возраст	_____ лет
2	Пол	Женский; Мужской
3	Должность	
4	Общий стаж	_____ годы _____ месяцы
5	Стаж работы на этой должности	_____ годы _____ месяцы
6	Проходили ли Вы тренинги по ДОТС?	Да; Нет
7	Перечислите основные симптомы ТБ?	1....2.....3.....4.....5.....6.....7
8	Настороженность по выявлению ТБ при приеме больных с респираторными заболеваниями (несколько вариантов ответа)	- Учет анамнестических данных; - Оценка клинических проявлений; - Оценка фл. и рентг. изменений; - Проведение проф. осмотров лиц из гр. риска
9	Ваша тактика при обращении пациента с симптомами туберкулёза?	- Направляю в пункт сбора мокроты; - Направляю в кабинет ДОТС; - Направляю в ЦБТ; - Направляю на рентген.
10	Сколько образцов мокроты должны быть положительными, чтобы зарегистрировать пациента как случай туберкулёза с положительным мазком мокроты?	3 образца; 2 образца; 1 образец; 1 образец и изменения на рентгенограммах лёгких; не знаю.
11	Ваше мнение о Положительной стороне микроскопии по стратегии ДОТС	- удобно и дешево; - быстрота в установлении диагноза; - находить б-х с МТ+
12	Какие шаги Вы предпринимаете при диагностике туберкулёза больным с двумя и более положительными анализами мокроты	- Отправляю к фтизиатру; - Ставлю диагноз как туберкулёз с положительным мазком; - ставлю на учет и назначаю ПТП; - Другое
13	Назначаете ли Вы неспецифическую терапию пациентам с подозрением на легочный туберкулёз с отрицательным результатом мазка?	- Да; - Нет.
14	Перечислите основные группы риска по ТБ	- Лица в контакте с ТБ больным; - Семьи с низким уровнем дохода; - Заключение; - Трудовые мигранты; - Другие

15	Какие респираторные заболевания часто встречаются в вашей практике	- ТБ больные; - Больные с ХНЗЛ; - Бронхиты и пневмонии; - Другие
16	Какие случаи (тип) легочного туберкулёза с положительным мазком по ДOTS вы знаете?	Новые случаи, Рецидив, Лечение после перерыва, Нарушитель режима, Неблагоприятный исход, Переведен, Другие
17	Укажите продолжительность лечения туберкулёза	6-8 месяцев; 4 месяцев достаточно при малых формах ТБ; Более 1 года; Другое
18	Что необходимо для обеспечения непрерывного курса лечения больного ТБ?	Постоянное обеспечение лекарств; Лечение под непосредственным наблюдением; Доступность медицинских услуг; Мотивация медицинских работников; Мотивация больных ТБ; Регулярное консультирование больных ТБ; Другое
19	В чем особенность лечения туберкулёза по стратегии ДOTS?	Постоянное обеспечение лекарствами; Лечение под непосредственным наблюдением; Стандартное лечение; Определенная продолжительность лечения для каждой категории; Оценка эффективности лечения проводится методом бактериоскопии мазка во время и в конце лечения; Бесплатное лечение; Интеграция ПМСП и ТБ служб; Другое
20	В каких случаях можно выдавать препараты больным на руки?	Не выдаются ни при каких условиях; Если больной живет далеко от медучереждения; При изменении места жительства; На выходные; Тяжесть состояния больного; Другое
21	Как Вы относитесь к контролируемому леч-ю ТБ больных?	- Положительно; - Отрицательно
22	Как Вы думаете, к чему может привести неконтролируемое лечение больных туберкулёзом?	- к рецидиву болезни; - к развитию устойчивой формы
23	Какие профилактических мероприятия на участке обслуживания Вы проводите?	вакцинация БЦЖ; обследование контактных; диспансерное наблюдение больных ТБ и ХНЗЛ; противоэпидемические мероприятия в очагах.

Анонимный вопросник для населения

№	ВОПРОС	ОТВЕТ
1.	Возраст	_____лет
2.	Пол	Жен, Муж
3.	Образование	Начальное, Неполное среднее, Среднее, Среднее специальное, Неполное высшее, Высшее, Без образования
4.	Работаете ли Вы в настоящее время (независимо от места работы и источника заработка)?	Да Нет Другое
5.	Семейный статус	Не замужем/Не женат, замужем/женат, Разведен(а) Вдова\Вдовец
6.	Достаток вашего домохозяйства	Не хватает на питание, хватает на питание, Хватает на самое необходимое, могу позволить себе другие расходы
7.	Куда обычно обращается ваша семья, если Вы или кто-либо из членов Вашей семьи заболел?	Обращаюсь в больницу/поликлинику, обращаюсь к знакомому врачу, обращаюсь к знахарям, обращаюсь к мулле/священнослужителю, Самолечение, Другое (уточните)
8.	Кто в Вашей семье принимает решение по поводу обращения за медицинской помощью, при необходимости?	Сам/сама, Муж/жена, Свекровь, Родители, Знакомый врач Знахарь/народный целитель, Мулла /священник, другой (уточните)
9.	Болели ли Вы или кто-либо из членов Вашей семьи когда-либо туберкулёзом?	Да Нет Не знаю
10.	Если да, через какое время Вы или Ваши родные посетили врача?	Дни _____ Не знаю
11.	Почему, по вашему мнению, люди не обращаются своевременно к врачу в случае болезни?	Отсутствие денег, Боязнь, Недоверие к работникам здравоохранения, Незнание признаков болезни, Не знают о последствиях болезни, Не знают куда обращаться за помощью, Отсутствие транспорта, Другое (уточнить)
12.	По-вашему мнению, как можно заразиться туберкулёзом?	Через предметы общего пользования, Через поцелуй, Половым путем, Через рукопожатие, Через воздух Передача заболевания по наследству, Стресс, расстройство Не знаю, Другое (уточнить)

13.	Кто может заболеть туберкулёзом?	Каждый, Родственники больного, Люди, находящиеся в контакте с больным, Бедные люди, Алкоголики, Наркоманы Курильщики, Заключенные, Трудовые мигранты Не знаю, Другое (уточнить)
14.	Как, по Вашему мнению, излечим ли туберкулёз?	Да Нет Не знаю
15.	Как долго больной туберкулёзом должен принимать противотуберкулёзные лекарства?	Меньше 1 месяца, 1-2 месяца, 3-5 месяца, 6-8 месяцев 1 год и более, Другое (уточнить)
16.	Почему, по Вашему мнению, больные туберкулёзом иногда перестают принимать лекарства до окончания полного курса лечения?	Чувствуют себя лучше, Нет эффекта от лечения Материальные затруднения (нет денег), Из-за побочных действий лекарств, Нет лекарств, Не знаю Другое
17.	Как Вы думаете, как долго больной туберкулёзом должен находиться в противотуберкулёзной больнице?	До 2х месяцев, 2 - 4 месяца, 5 – 6 месяцев, более 6 месяцев Не знаю, Другое (уточнить)
18.	Достаточно ли этого времени, по Вашему мнению, для:	Полного излечения больного, Для улучшения самочувствия больного, Для того, чтобы не быть заразным для окружающих, Другое (уточнить)
19.	Должен ли больной туберкулёзом быть изолирован?	Да Нет Не знаю
20.	Избегаете ли Вы контакта с больными туберкулёзом?	Да Нет Не знаю
21.	Если да, то насколько?	На весь период лечения, До улучшения самочувствия Пока не перестанет быть заразным, Другое
22.	Если нет, то почему?	Он/она может заболеть повторно, Боюсь заразиться туберкулёзом, Болезнь может передаваться по наследству Отношение окружающих ко мне изменится Не знаю, Другое
23.	Смогли бы Вы принять в свою семью человека, переболевшего ранее туберкулёзом?	Нет Да Не знаю
24.	Если бы Вам сказали, что у Вас ТБ, какой была бы Ваша реакция?	Страх, Стыд, Немедленно обращусь к врачу, Отчаяние Не поверю в диагноз ТБ, Другое
25.	С кем бы, в первую очередь, поделились, если бы Вам поставили диагноз ТБ?	С родителями, С супругом/супругой, С близким другом С медработником, Ни с кем, Не знаю

Анонимный вопросник для больных ТБ

№	ВОПРОС	ОТВЕТ
1	Возраст	_____ лет
2	Пол	Жен, Муж
3	Образование	Начальное, Неполное среднее, Среднее, Среднее специальное, Неполное высшее, Высшее
4	Работаете ли Вы в настоящее время?	Да, Нет
5	Семейный статус	Не замужем/Не женат, Замужем/женат Разведен(а), Вдова\Вдовец
6	Достаток Вашей семьи	Не хватает на питание, Хватает только на Питание, Хватает на самое необходимое, Могу позволить себе другие расходы.
7	Фаза лечения	Интенсивная, поддерживающая
8	Какие симптомы туберкулёза Вы знаете?	Кашель более 2 недель, Повышение температуры, озноб, Ночная потливость, Усталость, слабость Потеря аппетита, Потеря веса, Кровь в мокроте Боль в грудной клетке, Другое.
9	Куда Вы обратились при появлении первых признаков туберкулёза?	В поликлинику по месту жительства В противотуберкулёзный диспансер К знахарям/народным целителям К мулле, Обратился к знакомому врачу, Другое.
10	Через какое время после появления признаков туберкулёза Вы обратились к врачу?	Дни _____ Не знаю _____
11	Куда обычно обращается ваша семья, если Вы или кто-либо из членов Вашей семьи заболел?	Обращаюсь в больницу/поликлинику Обращаюсь к знахарям, Обращаюсь к мулле, Обращаюсь к знакомому врачу, Самолечение Другое (уточнить).
12	Как Вы заразились туберкулёзом?	Через предметы общего пользования ,Через поцелуй Половым путем, Через рукопожатие, Через воздух Передалось по наследству, Стресс\переживания Не знаю, Другое
13	Кто может заболеть туберкулёзом?	Каждый, Родственники больного, Лица, бывшие в контакте с больным, Бедные люди, Алкоголики Курильщики, Заключенные, Трудовые

		мигранты Не знаю, Другое (уточнить)
14	Кто наблюдает за Вами во время приема лекарств?	Врач, Медсестра, Родственник Волонтер, Самостоятельно
15	Как долго Вам было назначено принимать противотуберкулёзные лекарства?	Меньше 1 месяца, 1-2 месяца, 3-5 месяца, 6-8 месяцев, 1 год и более, Не знаю, Другое
16	Знаете ли Вы, что произойдет, если Вы прекратите прием препаратов	Болезнь будет прогрессировать Может развиться устойчивость к лекарствам Повторное лечение не принесёт результатов Не знаю, Другое
17	Почему, по Вашему мнению, больные туберкулёзом иногда перестают принимать лекарства до окончания полного курса лечения?	Чувствуют себя лучше, Отсутствие эффекта от лечения Материальные затруднения, Незнание побочных эффектов, Из-за побочных действий, Не знаю Другое
18	Как долго больной туберкулёзом должен находиться в противотуберкулёзной больнице?	не знаю, до 2х месяцев, 2 - 4 месяца, 5 – 6 месяцев, 6 месяцев, Другое
19	По Вашему мнению, этого времени достаточно для:	Полного излечения больного, Для улучшения самочувствия больного, Для того, чтобы не быть заразным для окружающих, Другое
20	В чём Вы испытываете недостаток в процессе лечения?	В противотуберкулёзных препаратах, В полноценном питании, Во внимании ко мне медицинского персонала, В информации о туберкулёзе и его лечении, Ни в чем, Другое
21	Знаете ли Вы, как часто Вы должны сдавать мокроту на исследование во время лечения?	В конце интенсивной фазы, в середине и конце лечения, По окончании интенсивной фазы/ в конце второго месяца, Не знаю, Другое
22	Какие меры профилактики туберкулёза Вы знаете?	Прикрывать рот при кашле и чихании, Регулярно проветривать помещение, Не плевать в общественных местах, Ежегодное обследование, Своевременное лечение больных ТБ, Не знаю, Другое (уточнить)
23	Что Вы предпринимаете для защиты своих близких от заражения туберкулёзом?	Соблюдаю режим лечения, Использую отдельную посуду и средства личной гигиены, Храню личные вещи отдельно, Не сплевываю мокроту в окружающую среду, пользуюсь плевательницей, Ограничиваю общение с родственниками до прекращения бактериовыделения, Другое

24	Какой была Ваша реакция, когда Вам сказали, что у Вас ТБ?	Страх, Стыд, Отчаяние, Сразу обратился для лечения к врачу, Не поверил в диагноз ТБ, Другое.
25	Готовы ли Вы после Вашего выздоровления вступить в общество волонтеров для помощи другим больным ТБ?	Да Нет Не знаю
26	Какую дополнительную информацию Вы хотели бы узнать о туберкулезе?	О мерах профилактики, О лечении, О последствиях заболевания, О способах обработки помещения, посуды и т.д., О режиме питания, Другое.
27	В какой форме вы бы хотели получить эту информацию?	Беседы, Брошюры/буклеты, Телевидение/Видео ролики Газеты, журналы, Радио/Аудио-ролики, Другое.

СХЕМА СТАНДАРТНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЁЗ

