

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.88;616-002.5-036.22

**РАДЖАБОВ  
ДЖУРАХОН МИРЗАЛИЕВИЧ**

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

**АВТОРЕФЕРАТ**

**ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ  
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и  
здравоохранение**

**Душанбе – 2020**

Работа выполнена на кафедре общественного здравоохранения медицинской статистики с курсом истории медицины Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

**Научный руководитель:** **Миралиев Салохидин Раджабович**  
доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Научный консультант:** **Бобоходжаев Октам Икрамович**  
доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:** **Гоибов Амонулло Гоибович**  
доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом профилактики неинфекционных заболеваний ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины»

**Оппонирующая организация:** **Бандаев Илхомджон Сироджинович**  
доктор медицинских наук, нач. упр. реформ ПМСР и международных связей МЗ и СЗН РТ ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск, Российская Федерация.

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. в «\_\_\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6Д.КOA-010 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

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

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_ \_\_\_\_\_ 2020 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук,  
доцент**

**Саидмурадова Г.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.** Туберкулёз (ТБ) является одной из самых актуальных медицинских и социальных проблем [В.В. Ерохин, 2013; М.И. Перельман, 2010]. В мире ежегодно выявляют около 10 миллионов новых случаев заболевания ТБ, а около 2 миллионов человек умирают от ТБ [Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом. ВОЗ, 2015]. Это больше, чем от всех тропических болезней и СПИДа вместе взятых. В мире из всех смертей, которых можно было избежать, четверть приходится на смерть от ТБ [М. Равильоне, 2009].

Эпидемиологическая ситуация по ТБ остаётся напряжённой, хотя показатели заболеваемости и смертности замедлили свой рост и в основном, стабилизировались [М.В. Шилова, 2015; И.А. Васильева 2017]. Важной причиной, способствующей сохранению угрозы распространения туберкулёзной инфекции, является недостаточная эффективность лечения больных туберкулёзом, связанная с её поздней диагностикой [Е.М. Богородская, 2011].

С 2000 г. по 2015 г. во всем мире благодаря лечению ТБ были предотвращены 49 млн. случаев смерти, однако еще сохраняются серьезные пробелы в сфере диагностики и лечения [Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом. ВОЗ, 2016].

В настоящее время в Республике Таджикистан, как и во всех Центрально-Азиатских республиках отмечается напряжённая эпидемиологическая ситуация по ТБ [О.И. Бобоходжаев, С.Р. Миралиев 2016].

Начиная с 2007 года, население страны полностью охвачено Стратегией ДОТС, рекомендованной ВОЗ. Первое десятилетие 21 века для Республики Таджикистан характеризуется ухудшением отдельных эпидемиологических показателей по ТБ. Заболеваемость ТБ увеличилась с 44,9 в 2000 году до 60,4 на 100 000 населения в 2015 году. Профилактические осмотры по раннему выявлению ТБ сократились. По стране около 75 % всех случаев ТБ приходится на долю людей самого экономически продуктивного возраста (от 15 до 54 лет) [Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан, 2015г].

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 [О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова, У.Ю. Сироджидинова 2015].

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 к диагностике и лечению ТБ сохраняется проблема недостаточно хорошо организованной системы выявления и лечения больных, особенно с заразными формами заболевания. Зачастую медицинские работники ПМСП недостаточно владеют навыками и требованиями Стратегии ДOTS, рекомендованной ВОЗ, что усугубляет и без того напряжённую эпидемиологическую ситуацию по ТБ в Таджикистане [Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 20 декабря 2009 года №712 «Об улучшении качества оказания противотуберкулёзной помощи населению Республики Таджикистан»].

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 2010-2015 гг. Основной целью программы является стабилизация эпидемиологической ситуации, связанной с распространённостью ТБ.

Известно, что 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 [И.Н. Денисов, 2009].

Эффективное взаимодействие врача-фтизиатра с врачом ПМСП является важным компонентом гарантии качества медицинской помощи. Партнерские отношения врача-фтизиатра и врача ПМСП по ведению больного ТБ будет способствовать улучшению результатов лечения ТБ [К.А. Закирова, 2009; А.В. Павлунин, 2014].

Изучению эффективности внедрения интеграционных мер 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, Национальные программы 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 работы:** 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 соблюдения 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 знания больных ТБ в отношении характера их заболевания и соблюдением 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, 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 Республике Таджикистан, 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.** 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 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; изложены доказательства опроса и сравнительного изучения эпидемиологической ситуации по ТБ, которая показывает, что интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулезной службой в Республике Таджикистан позволит более эффективному контролю уровня как заболеваемости и смертности, так 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 противотуберкулезной службой позволит более эффективному контролю уровня как заболеваемости и смертности, так контролируемого лечения больных ТБ. Разработаны и внедрены Национальные индикаторы здравоохранения в Республике Таджикистан, методическое пособие по организации выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи; определена эффективность интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулезной службой в Республике Таджикистан; 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 противотуберкулезной службой. Представлены аргументы для внедрения в учреждения ПМСП модели интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулезной службой в Республике Таджикистан.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Внедрение в Республике Таджикистан 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 противотуберкулезной 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 эффективно контролировать уровень как заболеваемости и смертности, так 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.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**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.

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 в 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.

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, населения и больных туберкулёзом 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 использованием значимой ( $p$ ). Различия при  $p < 0.05$  считались значимыми.

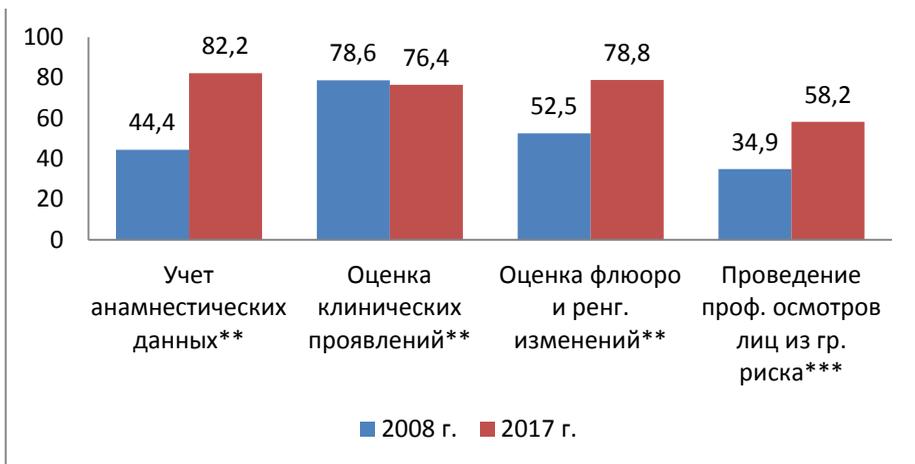
## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ**

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. От общего количества опрошенных врачей ПМСП (в среднем – 270 человек), мужчины в среднем составили 65 %.

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 врачей ПМСП об основных симптомах ТБ и их настороженность при выявлении ТБ у пациентов с респираторной патологией (рисунок 1). За период после первого исследования более чем в два раза увеличилось число врачей, которые начинают своё первое действие по диагностике ТБ с организации 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.

К положительной динамике интеграционных мер 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 ТБ с отрицательным результатом мазка мокроты. 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 ПМСП отмечено, что в своей практике были случаи выявления ТБ из числа больных с респираторной инфекцией.



**Рисунок 1. - Настороженность по выявлению ТБ врачами ПМСП\*.**

*\*Составлен автором на основе исследований.*

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

В регистрации больных, ведении стандартизированных отчётно-учётных 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 (таблица 1). 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 больных ТБ в республику.

**Таблица 1. - Уровень знаний медицинских работников 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.

Одним из важных аспектов лечения ТБ 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 положительно отнеслись к контролируемому лечению больных ТБ. На это указывают и ответы большинства врачей ПМСП, что ни при каких условиях нельзя выдавать лекарства на руки пациентам и что неконтролируемое лечение больных ТБ может привести к рецидиву болезни в будущем и к развитию устойчивой формы ТБ.

**Таблица 2. - Уровень знаний медицинских работников об особенностях лечения ТБ\*.**

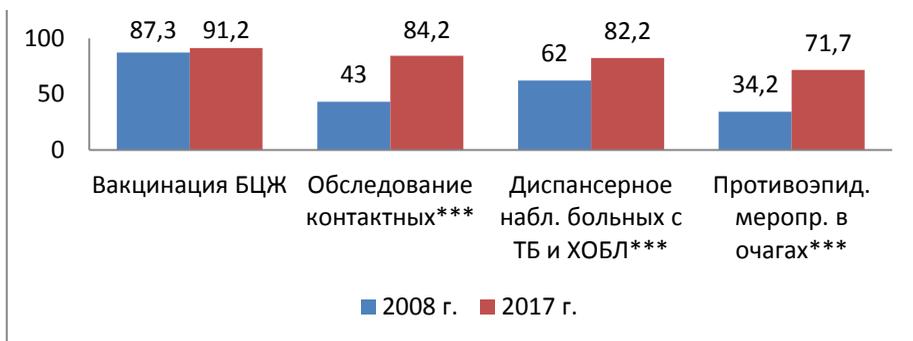
| Особенность лечения                                            | Врачи ПМСП % |         |
|----------------------------------------------------------------|--------------|---------|
|                                                                | 2008 г.      | 2017 г. |
| Стандартное лечение                                            | 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 противотуберкулезной службы                  | 23,5         | 63,5*** |

\* Составлена автором на основе исследований

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

Как видно из таблицы 2, большинство врачей ПМСП назвали бесплатное лечение главной особенностью для проведения лечения; более половины врачей отметили также стандартное лечение и около половины - контроль эффективности лечения путем бактериоскопии мазка. Сравнительно отмечается прогресс в вопросе интеграции ПМСП и противотуберкулёзной службы 63,5 % (в 2008 г. – 23,5 %), что имеет высокую степень статистической значимости.

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 (более 90% в 2017 г.), об обследовании контактных с ТБ больными (более 80%), диспансерное наблюдение за ТБ больными и ХОБЛ (более 80%) и проведение противоэпидемических мероприятий в очагах.



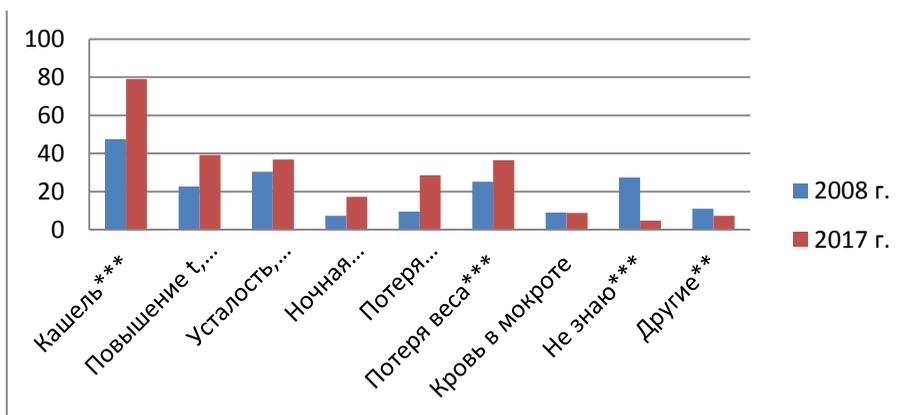
**Рисунок 2. - Уровень знания врачей ПМСП о профилактических мероприятиях.**

\* Составлен автором на основе исследований

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

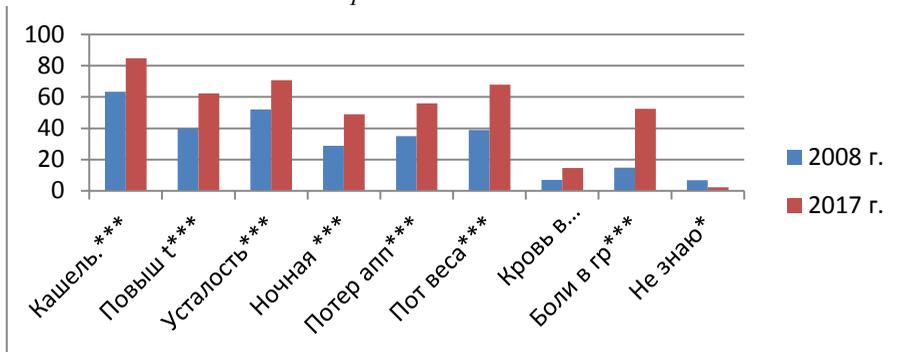
Результаты проведенного исследования показали, что основная часть населения и больных ТБ в случае заболевания членов их семей обращаются непосредственно в медицинские учреждения или к знакомым врачам, что свидетельствует о высоком доверии населения к медицинским работникам. Из общего количества опрошенных респондентов 8,2 % отметили, что в их семье имеются или имелись случаи заболевания ТБ. Среди более 54 % респондентов, в семьях которых имеются члены, заболевшие ТБ, отметили, что к врачу они обратились в течение первого месяца.

Уровень знания населения об основных симптомах любой болезни, в том числе ТБ, является основой для своевременного обращения людей к врачам и для снижения распространения болезни (рисунок 3).



**Рисунок 3. - Уровень знания населения о симптомах ТБ\*.**

\* Составлен автором на основе исследований; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$  – статистическая значимость различий показателей по годам



**Рисунок 4. - Уровень информированности больных ТБ о симптомах заболевания\*.**

Составлен автором на основе исследований; \*\* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,01$ ;

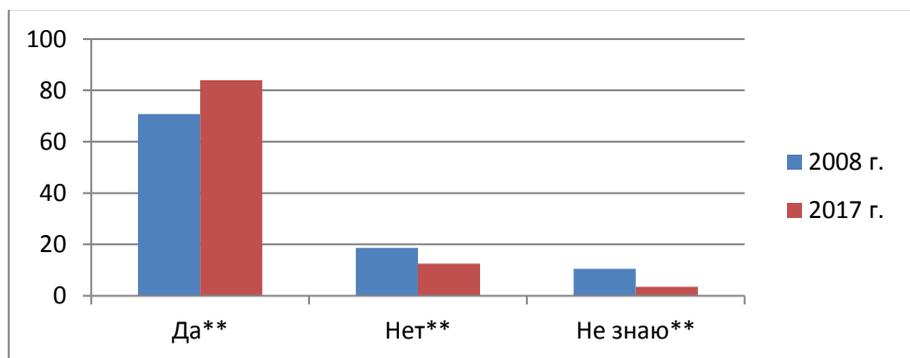
\*\*\*\* $p < 0,001$  – статистическая значимость различий показателей по годам

Если сравнить уровень информированности населения и больных ТБ о симптомах заболевания в период двух исследований, можно заметить некоторый прогресс в этом вопросе. О том, что основным симптомом ТБ считается продуктивный кашель, продолжающийся более двух недель, больные ТБ информированы несколько больше, нежели население (рисунок 4). Это говорит о том, что во время проведения их лечения, 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 симптомов болезни ждали до 30 дней, прежде чем обратиться за помощью к врачу. В последнем исследовании заметно увеличилась доля населения и больных ТБ (в среднем на 1/3 от общего числа), которые обращаются в медицинские учреждения в течение первой недели после появления симптомов заболевания.

Сопоставление результатов исследований 2008 и 2017 гг. также свидетельствует о прогрессе в уровне знаний населения и больных 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 (34 % - 23,6 %). 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 (32,6 % - 46,9 %), лица находящиеся в местах лишения свободы и бывшие заключенные, родственники больного ТБ. Увеличилось количество респондентов, которые отнесли к группе риска трудовых мигрантов и наркоманов (4,9 % - 12,5 %). Результаты исследования 2017 года показывают, что уровень знаний населения и больных о группах риска ТБ повысился по сравнению с исследованием 2008 г. (9,2 % - 20,9 %).



**Рисунок 5. - Мнение респондентов об излечимости туберкулёза\*.**

\* Составлен автором на основе исследований;

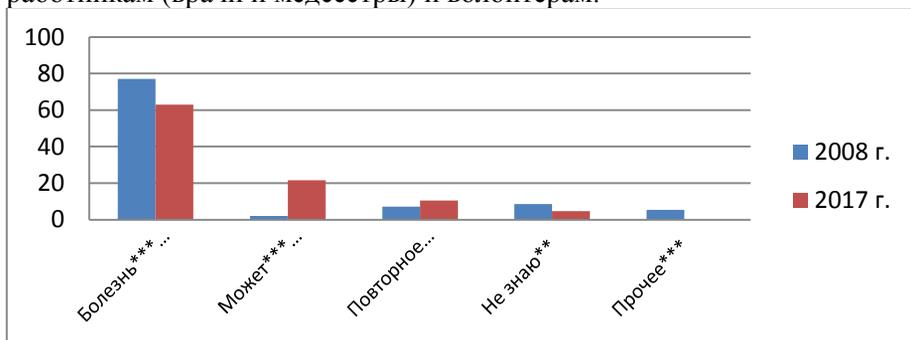
\*\* $p < 0,001$  – статистическая значимость различий показателей по годам

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, уверенного в излечимость ТБ (рисунок 5). Оптимистический взгляд населения на излечимость этого заболевания свидетельствует об эффективности принимаемых мер в борьбе против ТБ и о положительных результатах его лечения (84% в 2017 г., против 71% в 2008г.)

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 (рисунок 6). Именно улучшение самочувствия, по мнению большинства респондентов (75% в 2017г.), является основной причиной прекращения принятия противотуберкулёзных препаратов больными ТБ 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.



**Рисунок 6. -Уровень знаний больных ТБ о последствиях перерыва в приеме противотуберкулёзных препаратов\*.**

\* Составлен автором на основе исследований; \*\* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,00$  – статистическая значимость различий показателей по годам

В исследованиях больные ТБ к последствиям перерыва в лечении отнесли в основном прогрессирование болезни, также развитие устойчивости к лекарственным препаратам и, как следствие, слабую эффективность повторного лечения.

Уровень знаний больных ТБ и населения 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 (более 60%). Отмечается уменьшение количества больных, 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, считающих что длительность лечения в стационаре должна быть до полного прекращения бактериовыделения.

Согласно результатам исследования 2017 года большинство больных ТБ (более 68 %) считают соблюдение режима лечения основой защиты членов их семей от риска быть зараженными туберкулёзом (в 2008 г.-48,9 %). Это является свидетельством того, что данная мера – действительно эффективная основа защиты окружающих от риска быть зараженными ТБ.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что подавляющая часть, т.е. 94,4 % опрошенных придерживается мнения о необходимости изоляции больных ТБ (2008 г. – 84 %).

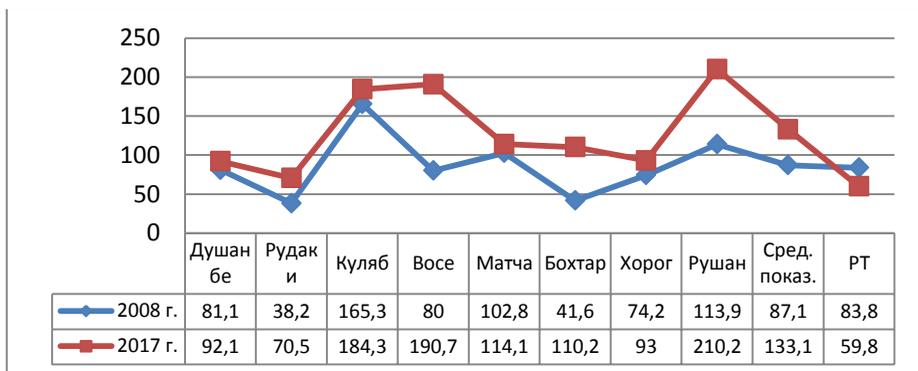
Анализ уровня информированности больных ТБ и населения о мерах по профилактике заболевания показывает, что в этом направлении между двумя проведенными исследованиями наблюдается значительный прогресс. Так, более половины респондентов отметили, что в общественных местах и в семье необходимо прикрывать рот при кашле и чихании и о необходимости регулярного проветривания помещения как из одних эффективных мер профилактики (11% - 61%).

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.

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.



**Рисунок 7. - Динамика заболеваемости по ТБ до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, на 100 тыс. населения по пилотным регионам и РТ\*.**

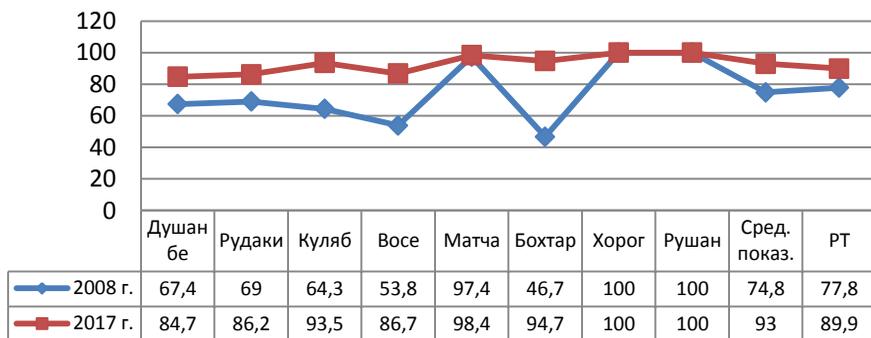
\* Составлен автором на основе исследований

В период с 2008 по 2017 годы регистрируемая заболеваемость в исследуемых районах в среднем увеличилась на 46 %, что говорит об улучшении выявляемости в связи с проведением конкретных противотуберкулёзных программ и мероприятий после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой по стране (рисунок 7). Следует отметить, что регистрация заболеваемости в некоторых пилотных районах была ниже от средних показателей (г. Душанбе, Матчинский и Кулябский районы).

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

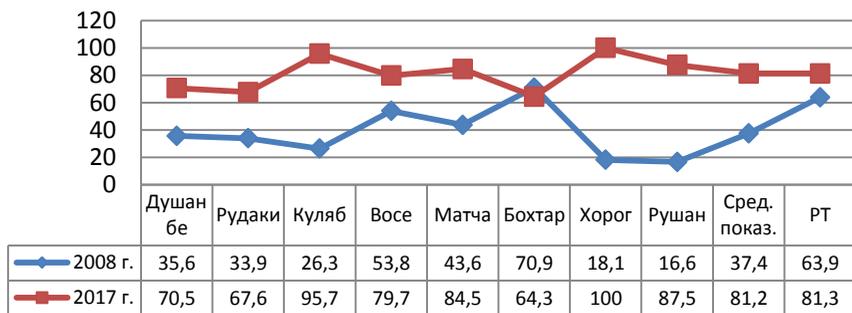
За исследуемый период распространенность, как и заболеваемость, имеет тенденцию к увеличению с 285,6 в 2008 г. до 308,6 в 2017 г. на 100 тыс. населения.

Очень важный момент при определении бактериовыделений - своевременная сдача мокроты на МТ. Как определено по тактике введения больных ТБ контрольный сбор мокроты в учреждениях ПМСП проводится два раза. Показатель абацилирования в исследуемых районах в процентном соотношении увеличился с 74,8 % в 2008 году до 93,0 % - в 2017 году (рисунок 8).



**Рисунок 8. – Динамика абацилирования до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой по пилотным регионам и РТ\*.**

\* Составлен автором на основе исследований.



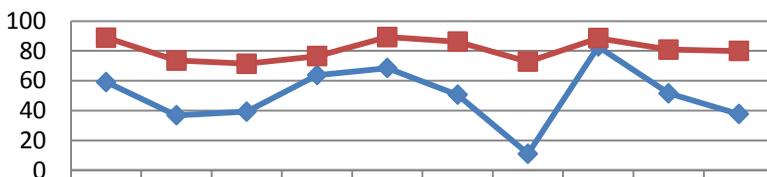
**Рисунок 9. -Динамика исхода лечения «вылечен» новых случаев ТБ с МТ+до и после интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой по пилотным регионам и РТ\*.**

\* Составлен автором на основе исследований.

Более чем в два раза отмечается увеличение показателя исхода лечения «вылечен» 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 (рисунок 9).

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

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.



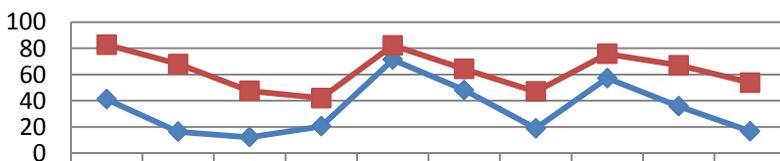
|         | Душанбе | Рудаки | Куляб | Воше | Матча | Бохтар | Хорог | Рушан | Сред. показ. | РТ   |
|---------|---------|--------|-------|------|-------|--------|-------|-------|--------------|------|
| 2008 г. | 59,1    | 36,8   | 39,3  | 63,7 | 68,5  | 50,6   | 11    | 82,9  | 51,5         | 37,7 |
| 2017 г. | 88,9    | 73,5   | 71,4  | 76,4 | 89,3  | 86,2   | 72,8  | 88,5  | 80,9         | 79,9 |

**Рисунок 10. - Количество направленных пациентов медицинскими работниками ПМСП с целью диагностики ТБ\*(в % к общему числу).**

\* Составлен автором на основе исследований.

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 10).

Больные ТБ легких с положительным результатом микроскопии мокроты представляют самую серьезную 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 % (рисунок 11). Эти показатели говорят о более активном участии медицинских работников учреждений ПМСП в выявлении туберкулеза среди населения.



|         | Душанбе | Рудаки | Куляб | Воше | Матча | Бохтар | Хорог | Рушан | Сред. показ. | РТ   |
|---------|---------|--------|-------|------|-------|--------|-------|-------|--------------|------|
| 2008 г. | 41,1    | 16,3   | 12,1  | 20,4 | 71,3  | 48,1   | 18,9  | 57,1  | 35,7         | 16,6 |
| 2017 г. | 82,6    | 67,9   | 47,5  | 41,9 | 82,2  | 64,1   | 47    | 75,7  | 67           | 53,7 |

**Рисунок 11. - Количество выявленных случаев ТБ с МТ+ медицинскими работниками ПМСП\*( в % к общему числу).**

\* Составлен автором на основе исследований.

**Таким образом,** подводя итоги анализа ситуации по эффективности интеграции ТБ службы и ПМСП в разных странах, Республика Таджикистан выбрала комбинированную модель интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой, которая внедрялась поэтапно. Сущность комбинированной модели интеграции заключалась в осуществлении структурной и функциональной интеграции. Структурная интеграция заключалась в организации в учреждениях ПМСП ДОТС-кабинетов, где работал врач-фтизиатр или же при его отсутствии, обученный навыкам ведения ТБ больных, семейный врач, а также организацией пунктов для сбора мокроты. Функциональная интеграция заключалась в пересмотре функциональных обязанностей семейных специалистов и специалистов фтизиатрической службы.

При этом, менеджеры ПМСП районов были назначены ответственными за реализацию Национальной программы, приоритетность выявления больных ТБ была перенаправлена от противотуберкулёзной службы к ПМСП, в учреждения ПМСП, где были внедрены диагностический алгоритм, новые учётно-отчётные формы, контролируемая химиотерапия стандартными схемами лечения.

## 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 навыками 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 ПУБЛИКАЦИЙ СОЙСКАТЕЛЯ 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., Сироджидинова 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/Бобоходжаев О.И., Миралиев С.Р. / Журнал «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана», № 2-2019 г. С. 126-132

### Руководства 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 противотуберкулёзных 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 противотуберкулёзных 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., Сироджидинова 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 Республках 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 туберкулеза 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.

### **Список сокращений**

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

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ  
ТОЧИКИСТОН БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

**УДК: 616.88;616-002.5-036.22**

**РАҶАБОВ  
ҚУРАХОН МИРЗАЛИЕВИЧ**

**САМАРАНОКИИ ИНТЕГРАТСИЯИ МУАССИСАҲОИ  
КӮМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББӢ- САНИТАРӢ БО ХАДАМОТИ  
ЗИДДИСИЛӢ ДАР ҚУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ  
рисолаи номзади илмҳои тиб  
аз рӯи ихтисоси 14.02.03 – Нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ**

**Душанбе – 2020**

Таҳқиқот дар кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” иҷро карда шудааст.

**Рохбари илмӣ:** **Миралиев Салоҳидин Раҷабович**  
доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Мушовири илмӣ:** **Бобоҳочаев Оқтам Икрамович**  
доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муқарризони расмӣ:** **Ғоибов Амонулло Ғоибович**  
доктори илмҳои тиб, профессор мудири шӯъбаи профилактикаи бемориҳои ғайрисироятӣ МД «Пажӯҳишгоҳи илми-таҳқиқоти тибби профилактикии Тоҷикистон”

**Бандаев Илҳомҷон Сирочиддинович**  
доктори илмҳои тиб, сардори раёсати ислоҳот, КАТС ва робитаҳои байналмилалӣи ВТ ва ҲИА ҚТ

**Муассисаи тақриздиханда:** «Донишгоҳи давлатии шимолии тиббӣ», ш. Архангелск, Федератсияи Россия.

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2020 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионӣи 6D.KOA-010 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, [tajmedun@tj](mailto:tajmedun@tj), +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмӣи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2020 ирсол гардид

**Котиби илмӣ**  
**Шӯрои диссертатсионӣ,**  
**номзади илмҳои тиб,**  
**дотсент**

**Саидмурадова Г.М.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамӣ ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.** Сил яке аз проблемаҳои мубрами тиббӣ ва иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад [В.В. Ерохин, 2013; М.И. Перельман, 2010]. Дар ҷаҳон ҳамасола қариб 10 миллион ҳолатҳои нави беморшавии сил ошкор карда мешавад ва тақрибан 2 миллион нафар аз ин беморӣ вафот мекунад. [Маъруза оиди муборизаи глобалӣ бар зидди бемории сил. ТУТ, 2015]. Ин аз ҳамаи бемориҳои тропикӣ ва СПИД дар якҷоягӣ зиёд аст. Дар ҷаҳон аз ҳамаи фавтҳо, ки пешгирии онҳо имконпазир аст, чоряки он ба фавтӣ бемории сил рост меояд [М. Равильоне, 2009].

Вазъияти эпидемиологии сил ҳоло ҳам пуршиддат боқӣ мемонад, гарчанде суръати нишондиҳандаҳои беморшавӣ ва фавт паст шудаанд, дар умум устувор мебошад. [М.В. Шилова, 2015; И.А. Васильева 2017]. Сабаби муҳимме, ки барои нигоҳ доштани таҳдиди паҳншавии сирояти сил мусоидат мекунад, ин нокифоя будани самаранокии табобати беморони гирифтори сил буда, ба ташхиси дери онҳо вобаста аст [Е.М. Богородская, 2011].

Аз соли 2000 то 2015 дар тамоми дунё тавассути табобати сил зиёда аз 49 миллион ҳодисаи фавт пешгирӣ шуда бошад ҳам, лекин то ҳол проблемаҳои ҷиддӣ оиди ташхис ва табобати он боқӣ мондаанд [Гузориш дар бораи муборизаи глобалӣ бо сил. ТУТ, 2016].

Айни замон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон чун дар тамоми ҷумҳуриҳои Осиеи Марказӣ вазъияти эпидемиологии сил пуршиддат боқӣ мемонад [О.И. Бобоходжаев, С.Р. Миралиев 2016]. Аз соли 2007 сар карда, аҳолии ҷумҳурӣ бо тамоми стратегияи DOTS (химиотерапияи кӯтоҳмуддати таҳти муоинаи бевосита)-и тавсиянамудаи ТУТ фаро гирифта шудаанд. Дар даҳсолаи аввали асри ХХI барои Ҷумҳурии Тоҷикистон бад шудани нишондиҳандаҳои алоҳидаи эпидемиологии сил хос буд. Беморшавии сил аз 44,9 дар соли 2000 то 60,4 ба 100 000 аҳоли дар соли 2015 афзудааст. Муоинаҳои профилактикӣ барои саривакт ошкор намудани сил кӯтоҳ шудаанд. Дар кишварамон то 75 %-и ҳама ҳолатҳои сил ба одамони синну соли аз ҷиҳати иқтисодӣ маҳсулноқ (аз 15 то 54-сола) рост меоянд [Солимии аҳоли ва тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, соли 2015].

Дар шароити иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва эпидемиологии муосири Ҷумҳурии Тоҷикистон махсусан масъалаи пешгирӣ ва ташхиси барвақти сил ба миён меояд, ки ба таври анъанавӣ ба салоҳияти муассисаҳои умуми соматикӣ табобатӣ дохил мешаванд. Вазъияти мураккаби эпидемиологӣ зарурати иҷроиши ҳатмии ҳамаи чорабиниҳои профилактикиро бо фарогирии тамоми аҳоли аз лаҳзаи таваллудро ба миён меорад [О.И. Бобоходжаев, К.А. Закирова, У.Ю. Сироджидинова 2015].

Мутаассифона, кормандони тибб, тақрибан наметавонанд, ки ба омилҳои асосии муайянкунандаи вазъи эпидемиологӣ сил (сиёсӣ, ҳуқуқӣ, иқтисодӣ, иҷтимоӣ) таъсир расонанд. Аммо имкониятҳои мавҷудаи таъсиррасонӣ ба сифати корҳои зиддисилӣ, захираҳои дар ин самт ба қадри зарурӣ истифода намешаванд. Ба мавҷуд будани усулҳои самаранок ва муносибатҳои нисбат ба ташҳис ва табобати сил нигоҳ накарда, проблемаи на чандон хуб будани системаи ташкилии ошкорсозӣ ва табобати беморон, махсусан беморони дорои шаклҳои гузарандаи беморӣ боқӣ мемонад. Аксар вақт кормандони тиббии кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) ба қадри зарурӣ малака ва талаботи Стратегияи DOTS, тавсиянамудаи ТУТ-ро аз худ накардаанд, ки ин вазъияти бе ин ҳам пуршиддати эпидемиологӣ силро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мураккабтар месозад [Фармоиши Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 20 декабри соли 2009 таҳти №712 «Дар бораи беҳтар намудани сифати кӯмаки зиддисилӣ ба аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон»].

Дар мубориза бар зидди сил танҳо дар доираи барномаҳои миллии зиддисилӣ ба муваффақиятҳо ноил шудан мумкин аст. Дар соли 2014 Барномаи миллии муҳофизати аҳоли аз сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраҳои солҳои 2010-2015 таҳия карда шуд. Ҳадафи асосии барнома босуботи вазъияти эпидемиологӣ вобаста аз паҳншавии сил мебошад.

Маълум аст, ки ҷузъи муҳими кафолати сифати кӯмаки тиббӣ ба роҳ мондани ҳамкориҳои муштараки табиби КАТС ва мутахассисони соҳаҳои ихтисосӣ мебошад. Яке аз вазифаҳои асосии табиби КАТС ин ошкор намудани бемороне мебошад, ки дар онҳо имконияти мавҷудияти бемориҳои ҷиддӣ ба назар мерасад, барои мутахассис бошад, ташҳиси ин бемориҳои муҳим мебошад [И.Н. Денисов, 2009].

Иртиботи мутақобилаи самараноки табиби фтизиатр бо табиби КАТС ҷузъи муҳими кафолати сифати кӯмаки тиббӣ ба ҳисоб меравад, муносибатҳои муштараки табиби фтизиатр бо табиби КАТС дар рақобати бемори сил барои беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати сил мусоидат мекунад [К.А. Закирова, 2009; А.В. Павлунин, 2014].

Таҳқиқоти мазкур низ ба омӯзиши самараноки татбиқи ҷорабиниҳои интегратсионии муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ, ҳамчунин таъсири онҳо ба вазъи эпидемиологӣ бахшида шудааст.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Мавзӯҳои интегратсионии муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ ҳам дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ҳам дар кишварҳои Осиеи Марказӣ қаблан ба таври кофӣ омӯхта нашудааст. Дар робита бо ин, бояд қайдкард, ки корҳои илмӣ оид ба ин мавзӯ камшумор аст. Дар

рисола ақидаҳои муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ истифода бурда шуданд. Таҳлилҳои тадқиқот, ки самаранокии равандҳои интегратсионии муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, инчунин таъсири онҳо ба вазъият оид ба силро ошкор намуд. Механизми интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барраси гардидааст. Дархост оиди созмони ошкор намудани шахсони шубҳанок ба сил ва таҳлили ташхиз бо истифодаи экспресс-усулҳои ташхиси бемории сил дар шахсоне, ки ба муассисаҳои КАТС муроҷиат менамоянд, пешниҳод шудааст. Самаранокии интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба исбот расидааст. Усули ҳамгироии (сохторӣ ва функционалӣ) муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид шудааст.

**Заминаҳои назариявӣю методологии таҳқиқот** муносибатҳои муносири ба сатҳи интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ, ба барномаҳои Миллии ҳимояи аҳоли аз бемории силро ташкил медиҳанд. Ба сифати маркази иттилоотӣ-тадқиқотӣ заминаи навиштаҳои олимони варзидаи соҳаи ташкилоти ҷамъиятӣ ва амалии тандурустӣ истифода шудаанд. Натиҷаҳои таҳқиқот баъди мусоҳибаҳо бо табибон дар муассисаҳои КАТС, беморони сил ва аҳоли таҳлил карда шуд.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Ҳадафи таҳқиқот.** Омӯзиши самаранокии интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Объекти таҳқиқот.** Ба сифати объектҳои таҳқиқот - кормандони тиббӣ: табибони муассисаҳои КАТС (табибони маҳаллӣ/табибони оилавӣ), (270 табиб дар соли 2008 ва 276 дар соли 2017); хизмат расониданд. Беморони гирифтори сил: шахсоне, ки дар фазаи интенсивӣ/стационарӣ ва дастгирикунанда/ таъбири амбулатории сил буданд (316 бемори дар соли 2008 ва 301 бемори дар соли 2017); Ҷамаи аҳоли: аҳолии минтақаҳои деҳот ва шаҳр, ки ба хизматрасонии тиббии дар доираи ин таҳқиқот дохилшуда фаро гирифта шудаанд (381 нафар дар соли 2008 ва 384 нафар дар соли 2017).

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот ошкор сохтани дараҷаи ҷалб намудани табибони КАТС; сатҳи иттилоотнокии аҳоли; сатҳи

дониши беморони гирифтори бемории сил; таҳлили муқоисавии вазъи эпидемиологии сил дар ноҳияҳои таҳқиқшаванда (беморшавӣ, паҳншавӣ, фавтият) ва натиҷаи табобати беморони гирифтори БС.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯзиши дараҷаи ҷалб намудани табибони КАТС ба раванди ҷорабиниҳои профилактикӣ, ташхисӣ ва табобатӣ зиддисилӣ.

2. Натиҷаҳои омӯзиши динамикаи сатҳи иттилоотнокии аҳолидар хусуси сари вақт мурочиат кардан ба муассисаҳои КАТС ҳангоми пайдо шудани аломатҳои сил, дар бораи муҳим будани риояи речаи табобат, табобатшавӣ аз сил ва дастрасии онҳо ба хизматрасониҳои тиббӣ дар муассисаҳои КАТС.

3. Баҳо додан ба динамикаи сатҳи дониши беморони гирифтори бемории сил нисбат ба хусусияти бемории онҳо ва риоя намудани речаи табобат.

4. Гузаронидани таҳлили муқоисавии вазъи эпидемиологии БС дар ноҳияҳои таҳқиқшаванда (беморшавӣ, паҳншавӣ, фавтият) ва натиҷаи табобати беморони гирифтори БС.

**Усулҳои таҳқиқот.** Дар ҷараёни таҳқиқот усулҳои таҳлилӣ, арзёбиҳои экспертӣ, пурсишҳои сотсиологӣ, таҳлилҳои системавӣ ва ретроспективӣ, инчунин методҳои муосири оморӣ, аз ҷумла баҳисобгирии бузургиҳои нисбӣ ва миёна бо муайян намудани эътимоднокии онҳо, нишондиҳандаҳои динамикӣ истифода шуданд.

**Соҳаи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқоти диссертатсия ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.02.03 – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ, зербанди 3.5. – Таҳқиқоти ташкили кӯмаки тиббӣ ба аҳоли, таҳияи амсила ва технологияҳои нави кӯмаки ғайри беморхонавии тиббӣ ва зербанди 3.7 – Баҳо додан ба амалиёти кормандони тиб (тиббии-ичтимоӣ ва этикӣ) мувофиқат мекунад.

**Марҳилаҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти илмӣ марҳила ба марҳила иҷро карда шудааст. Дар марҳилаи якум мо адабиёти илмӣ ба мавзӯи рисола бахшидашударо омӯхтем ва таҳлил намудем. Баъдан мавзӯъ ва мақсади диссертатсия мураттаб карда шуд. Муҳосибаи табибони муассисаҳои КАТС, беморони сил ва аҳоли сохта шуд. Бо мақсади анкетагузаронии табибони муассисаҳои КАТС, беморони сил ва аҳоли саволномаҳои махсус таҳия карда шуд. Инчунин шаклҳои ҳисоботи ноҳияҳои таҳқиқшаванда (шакли №№ 8 ва 33, БС 07, БС 08, БС 10) дар давраи аз с. 2008 то 2017 таҳлил карда шуданд.

**Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот.** Дар таҳқиқот натиҷаҳои таҳқиқотҳои диссертатсионии Зокирова К.А., Миралиев С.Р., ки дар Федератсияи Россия ҷимояшуда, мақолаҳои маҷаллаҳои илмӣ, конференсҳо ва симпозиумҳо омӯхта шуданд: Аҳмедов А.А., Бобохоҷаев О.И., Сирочидинова У.Ю., Зокирова К.А. оиди идоракунии муассисаҳои КАТС, мубориза бо бемории сил ва

интегратсияи муассисаҳои КАТС бо хадамоти зиддисилӣ. Таҳқиқот дар кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” иҷро карда шудааст.

**Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.** Эътимоднокии маълумот ва ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот тавассути коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва интишорот тасдиқ карда шуданд. Хулосаҳо ва тавсияҳо ба таҳлили илмии пойгоҳи меъёрӣ-ҳуқуқӣ, инчунин маълумоти ҳисоботии давлатии омӯрӣ асоснок карда шудаанд (формаҳои №№ 8 и 33, БС 07, БС 08, БС 10) солҳои 2008 ва 2017.

**Навгони илмӣ.** Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар динамика то ва пас аз татбиқи равандҳои интегратсионӣ:

- дараҷаи ҷалб намудани табибони КАТС дар раванди ҷорабиниҳои профилактикӣ, ташхисӣ ва табобатии зиддисилӣ омӯхта шуд;

- динамикаи сатҳи иттилоотнокии беморони гирифтори БС ва аҳоли аз хусуси роҳҳои интиқол, усулҳои пешгирӣ, табобати бемории сил ва дастрасии онҳо ба хизматрасонии тиббӣ дар муассисаҳои КАТС муайян карда шуд;

- омӯзиши муқоисавии вазъи эпидемиологӣ бемории сил дар ноҳияҳои таҳқиқшаванда (беморшавӣ, паҳншавӣ, ғавтият) ва натиҷаи табобати беморони гирифтори сил гузаронида шуд.

**Аҳамияти назарияви таҳқиқот.** Исбот шудааст, ки бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар динамикаи то ва баъд аз татбиқи равандҳои ҳамгирӣ: дараҷаи иштироки табибони КАТС дар раванди пешгирӣ, усулҳои ташхис ва табобати беморони сил, ҷорабиниҳои зиддисилӣ; таҳлили динамикаи сатҳи маълумотнокии беморони сил ва аҳоли дар бораи роҳҳои интиқол, усулҳои пешгирӣ, муолиҷаи бемории сил ва дастрасии онҳо ба таъминоти тиббӣ хизматрасонӣ дар муассисаҳои КАТС; ва гузаронидани омӯзиши вазъият оид ба сил дар ноҳияҳои таҷрибавӣ (беморшавӣ, паҳншавӣ, ғавт) ва натиҷаи табобати беморони сил. Далели таҳқиқот ва омӯзиши муқоисавии вазъият оид ба сил нишон медиҳад, ки ҳамгироии муассисаҳои КАТС бо хадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бештар аз истифодаи самараноки назорати сатҳи ҳамчун бемории сил, ғавт ва табобати беморони сил имкон медиҳад. Омилҳои таҳлили вазъият оид ба сил дар минтақаҳои таҳқиқот ошкор карда шудааст.

**Аҳамияти амалии таҳқиқот.** Ҳангоми баланд бардоштани сатҳи огоҳии беморони сил ва аҳоли оид ба бемории сил мусоидат ба афзоиши шумораи беморони сил бо муносибати мусбӣ ба табобати зери назорат, риояи низоми табобат ва афзоиши шумораи беморони сил ва аҳоли, боварӣ дар сиҳатшавӣ аз бемории сил; баҳамгирии муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ аз истифодаи самараноки назорати сатҳи ҳамчун бемории сил, ғавт ва табобати беморони сил имкон медиҳад.

Таҳия ва ворид гаштаанд дар сатҳи Миллӣ нишондиҳандаҳои соҳаи тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, дастури методӣ оид ба ташкили ошкор намудани беморони сил дар муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ; маҳлулӣ самаранокии ҳамгирии муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон; таъсисдода шуд усули якҷояи сохторӣ (ташкilotи дар муассисаҳои КАТС ДОТС-утоқҳои ва нуктаҳои барои ҷамъоварии балғам) ва функционалӣ (таксимои вазифаҳо дар байни табибони оилавӣ мутахассисон ва табиби силшинос). Далелҳо оиди ҷорӣ намудан дар муассисаи КАТС усули ҳамгирии муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон пешниҳод шуданд.

**Нуктаҳои асосии ба химоя пешниҳодшаванда.**

1. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аввалин маротиба татбиқ намудани усули сохторӣ (ташкilot ва муассисаҳои КАТС ҳучра ва бунгоҳҳои ДОТС барои ҷамъоварии балғам) ва усули функционалӣ (аз нав таксимкунии вазифаҳо дар байни мутахассисони тибби оилавӣ ва табиб - фтизиатр), интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ
2. Беҳтар сохтани самаранокии раванди профилактикӣ, ташхис ва ҷорабиниҳои табобатии зиддисилӣ.
3. Баланд бардоштани сатҳи иттилоотнокии беморони гирифтори сил ва аҳоли аз хусуси сил барои зиёд шудани миқдори беморони гирифтори сил, ки ба табобати назоратшаванда, риоя кардани речаи табобат муносибати мусбӣ доранд ва зиёд шудани миқдори беморони дорои сил ва аҳоли, ки ба табобатшаванда будани сил эъғимод доранд, мусоидат мекунад.
4. Интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ имконият медиҳад, ки назорати самараноктари сатҳи беморшавӣ ва ғавтият ва ҳам табобати гузаронидашудаи беморони гирифтори сил таъмин карда шавад.

**Саҳми шахсии довталаби дарачаи илмӣ.** Унвонҷӯй мавзӯи таҳқиқоти илмиро мустақилона интиҳоб карда, мақсад ва вазифаҳои онро муқаррар кардааст. Саҳми шахсии довталаб:

барои ҳар як респондент анкетаи аз тарафи унвончӯй таҳияшуда пур карда шуда, шахсан дар ҳама марҳилаҳои гузаронидани таҳқиқот иштирок намудааст, таҳлили сарчашмаҳои илмӣ марбут ба мавзӯи таҳқиқоти илмӣ, ҷамъоварӣ ва ба система даровардани маводи аввалия ва натиҷаҳои таҳқиқот, кор дар маводи бойгонӣ, таҳияи дизайни таҳқиқоти илмӣ, гузаронидани коркарди омории мавод ва навиштани бобҳои рисола мустақилона аз ҷониби унвончӯй ба анҷом расидааст.

**Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.**

Нуқтаҳои асосии таҳқиқот дар маҷмӯаҳо ва маводҳои конференсиҳои солонаи илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе 2011, 2012, 2013); Дар маводи конференсиҳо, симпозиумҳо, семинарҳо ва ҷаласаҳои кории кормандони КАТС, кафедраҳо ба қайд гирифта шудааст (2008, 2010, 2011, 2013, 2018, 2019).

Диссертатсия дар Шӯрои олимони факултети нигоҳдории тандурустии ҷамъиятии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, барои ҷимоя пешниҳод карда шудааст.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Дар доираи мавзӯҳои рисола 18 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 5 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи тавсиянамудаи КОА - и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷоп расидааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 121 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, боби “Шарҳи адабиёт” бо се фасли он, боби “Мавод ва усулҳои таҳқиқот”, боби “Натиҷаҳои таҳқиқотҳои худӣ” бо чор фасли он, боби “Баррасии натиҷаҳо”, “Хулоса” ва адабиёт иборат мебошад. Дар диссертатсия 31 расм ва 7 ҷадвал оварда шудааст. Феҳристи адабиёти истифодашуда 175 сарчашмаро (аз он 107 сарчашма бо забони русӣ ва 68 сарчашма бо дигар забонҳои хориҷӣ) дар бар гирифтааст.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот то ва пас аз интегратсияи муассисаи КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ (солҳои 2008 - 2017) гузаронида шуд.

Интегратсияи муассисаи КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон марҳила ба марҳила, аввал дар ду минтақаи таҷрибавии ҷумҳурӣ (ш. Душанбе ва н. Рӯдакӣ солҳои 2007-2009), баъдан ба таври густурда дар сатҳи миллӣ анҷом дода шудааст. Дар ин маврид принципҳои зерин татбиқ гардиданд:

- Таъйин кардани менечерҳои КАТС – и ноҳияҳои масъули татбиқи «Барномаи миллии муҳофизати аҳоли аз бемории сил»;

- Тағйири самти афзалиятноки ошкор намудани беморони гирифтори сил аз ҳадамоти зиддисилӣ ба кормандони тиббии КАТС дар ҳамаи сатҳҳо;

- Аз тарафи кормандони тибби КАТС ба роҳ мондани корҳои санитарӣ-маърифатӣ бо мақсади иттилоъ додани аҳоли аз хусуси роҳҳои паҳншавӣ, симптомҳо ва усулҳои табобати сил.

- Дар муассисаҳои КАТС ташкил намудани бунгоҳҳои ҷамъоварии балғам;

- Беҳтар сохтани системаи сабт ва мувофиқати беморони гирифтори сил дар муассисаҳои КАТС бо роҳи шаклҳои баҳисобгирӣ, мувофиқи тавсияҳои ТУТ;

- Таъмин кардани табобати идорашавандаи ҳамаи беморони гирифтори сил бо нақшҳои стандартии табобат дар сатҳи КАТС;

- Таҳлили сабабҳои дур шудан аз табобат ва идора кардани таъсирҳои иловагии манфӣ;

- Мониторинги системативӣ ва баҳодихӣ ба татбиқи амалии ҷорабиниҳо бо баррасии натиҷаи онҳо дар муассисаҳои КАТС.

- Ҳарду таҳқиқот (солҳои 2008-2017) дар байни гурӯҳҳои зерини мақсаднок гузаронида шуд;

- Кормандони тиббӣ: табибони муассисаҳои КАТС (табибони маҳалла/табибони оилавӣ);

- Беморони сил: шахсоне, ки дар фазаи интенсивӣ/статсионарӣ ва дастгирикунанда/ амбулатории табобати сил буданд;

- Ҳамаи аҳоли: аҳолии минтақаҳои деҳот ва шаҳр, ки ба хизматрасонии тиббии ба доираи ин таҳқиқот дохилшуда фаро гирифта шудаанд.

Ба таҳқиқот 8 ноҳия фаро гирифта шуд, ки ба ҳама манотиқи ҷумҳурӣ мансуб буданд: Вилояти мухтори кӯҳистони Бадахшон (шаҳри Хорӯғ, Рӯшон), Суғд (н. Мастчоҳ) ва вилояти Хатлон (ш. Кӯлоб, н. Восеъ ва Бохтар), ноҳияҳои тобеъи ҷумҳурӣ-Рӯдакӣ ва ш. Душанбе.

Интиҳоб аз рӯи натиҷаҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми таҳқиқот бо 95% гузаронида шуд.

Интиҳоби кормандони тиббӣ дар асоси маълумотҳои пешниҳод намудаи МД «Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти ВТ ва ҲИА ҚТ» бо истифода аз ҷадвалҳои ададҳои тасодуфӣ (ҚАТ) гузаронида шуд. Дар асоси ҚАТ аз 978 табиби КАТС дар соли 2017 - 276 табиб (дар соли 2008 аз 910 табиби КАТС 270 табиб интиҳоб карда шуд).

Усули ҚАТ ҳатто барои интиҳоб кардани беморони БС низ, ки ба категорияҳои гуногуни дар фазаҳои интенсивӣ ва дастгирикунандаи табобат қарор доштанд, истифода шуд. Ҳамин

тавр, муҳосиба бо 301 бемори дучори ТБ аз 1395 нафар дар соли 2017 (дар соли 2008 аз 1783 дар 316 нафар) гузаронида шуд. Аз миқдори умумии беморон ба ҳисоби миёна 40% дар фазаи табобати интенсифӣ ва 60% дар фазаи табобати дастгирикунанда дар давраи амбулатории идомаи табобат қарор доштанд. Дар соли 2008 ба таври таҷрибавӣ (ш. Душанбе, н. Рӯдакӣ) татбиқи ошқорсозӣ ва табобати шаклҳои ба дору устувори бемории сил ва 8% беморони БС, ки таҳти муоинаи мо буданд, таҳти табобат беморони гирифтори сили ба доруҳои зиёд устувор бо истифода аз речаи IV ба табобат қарор доштанд.

Ҳангоми интиҳоб кардани респондентҳо аз ҷумлаи аҳолии ҳамон як кластерҳо истифода шуданд. Миқдори соҳибхоназанҳои интиҳобшуда дар соли 2017 аз 384 нафар (дар соли 2008-381) иборат буд. Пурсиш бо як нафар бо ҳар як соҳибхоназан гузаронида шуд.

Интиҳоб дар ду марҳила сурат гирифт. Дар марҳилаи якум нуқтаи аҳолинишин аз рӯйхати умумӣ бо истифодаи ҷадвалҳои ададҳои тасодуфӣ (ҶАТ) интиҳоб карда шуд. Дар марҳилаи дуюм интиҳоби респондент аз рӯйхати умумӣ мувофиқи ҷадвалҳои ададҳои тасодуфӣ (ҶАТ) сурат гирифт. Муҳосибаи табибони муассисаҳои КАТС, беморони сил ва аҳолии сохта шуд.

Бо мақсади анкетагузаронии табибони муассисаҳои КАТС, беморони сил ва аҳолии саволномаҳои махсус таҳия карда шуд.

Ҳамчунин шаклҳои ҳисоботи ноҳияҳои таҳқиқшаванда (шакли №№ 8 ва 33, БС 07, БС 08, БС 10) дар давраи аз с. 2008 то 2017 таҳлил карда шуданд.

Бо мақсади таҳлили маълумотҳои ба даст овардашуда таъминнокии барномавии таҳлилҳои пешгӯйикунанда (SPSS, версияи 13.0) истифода шуданд, бо назардошти фасеҳӣ ва сода буданашон дар вақти истифодаи ҳангоми гузаронидани маълумотҳои коркарднашуда ба ҷадвалҳои формати MS Word. Маълумотҳои дар натиҷаи таҳқиқот ба даст овардашуда бо усулҳои маъмулии омори вариатсионӣ коркард шуданд. Дар матн натиҷаҳои асосӣ бо истифодаи ифодаи (p) пешниҳод шудаанд. Фарқият ҳангоми  $p < 0.05$  муҳим ҳисобида шуд.

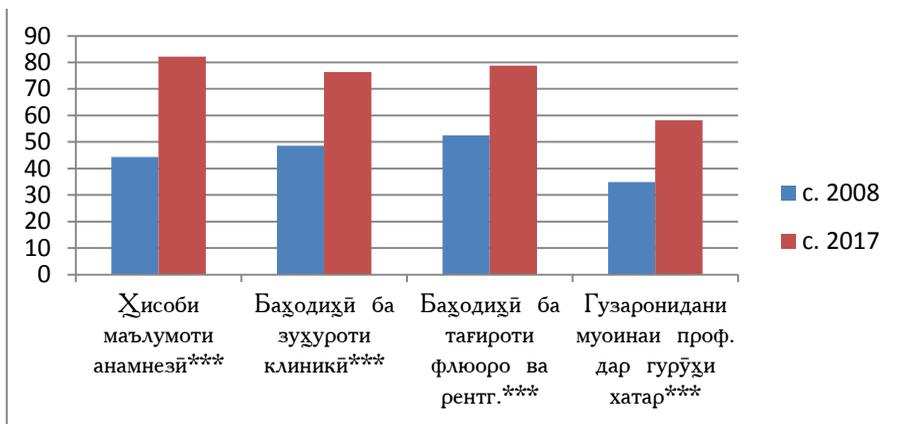
## **НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда нишон доданд, ки интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилии ҶТ дар маҷмӯъ динамикаи мусбат дорад. Ноҳияҳои ба таҳқиқот фарорифташуда аз тамоми минтақаҳои ҷумҳури буданд.

Яке аз нишондиҳандаҳои беҳтар шудани интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилии ҶТ ин аз курсҳои КАТС гузаштани табибон мувофиқи стратегияи DOTS аст. То соли 2017 аз курсҳои КАТС 88,6%-и табибони пурсидашуда гузаштаанд. Бо ин (тавре ки дар таҳқиқот нишон дода шудааст) сатҳи дониши табибони КАТС оид ба симптомҳои асосии сил ва эҳтиёткории онҳо

хангоми ошкор намудани зухуроти сил дар беморони гирифтори патологияҳои респираторӣ боло рафтааст. Дар давраи пас аз таҳқиқоти аввалин зиёда аз ду маротиба миқдори табибоне, ки кори худро дар самти таъхиси сил бо ташкил кардани микроскопияи балғам сар кардаанд, афзудааст. Бештари табибони КАТС сарфи кам, шароити хуб ва ба зудӣ таъхис намудани беморони бактерия хориҷкунандаро ба тарафҳои асосии мусбии истифодаи микроскопия дар таъхиси сил вобаста медонанд.

Ба динамикаи мусбии чорабиниҳои интегратсионӣ инро ҳам дохил намудан мумкин аст, ки дар асоси ду ё зиёда молишакҳои мусбии балғам гузоштани таъхис бештари табибони КАТС беморонро мувофиқи protsedураҳои муқарраршуда ба назди табиби фтизиатр мефиристанд ва хангоми шубҳа кардан аз силли шуш бо натиҷаҳои манфии молишаки балғам табобати номахсус таъйин мекунанд. Дониши табибон оид ба гурӯҳи асосии хатари сил низ беҳтар шудааст. Ба ин гурӯҳ асосан шахсони бо беморони сил тамосдошта, оилаҳои даромадашон паст, маҳбусон ва муҳочирони меҳнати дохил карда шуданд. Зиёда аз нисфи табибони КАТС қайд кардаанд, ки дар таҷрибаи кориашон ҳолатҳои ошкор намудани БС дар беморони гирифтори сирояти респираторӣ мавҷуд буд.



**Расми 1. – Эҳтиёткорӣ ҳангоми ошкор намудани БС табибони КАТС\*.**

*\*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст \*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти омили дар соҳа*

Дар бақайдгирии беморон, пур кардани шаклҳои стандартии ҳисоботҳо, муайян намудани категория ва баъдан табобати назоратшаванда дониши табибон оид ба намудҳои сил аҳамияти калон дорад. Таҳқиқоти соли 2107 дар сатҳи дониши табибон оид ба

ин масъла пешравии назаррасро нишон дод. Масалан, дар таҳқиқоти соли 2008 тақрибан 27 %-и табибони КАТС наметавонистанд, ки як ҳолати силро номбар кунанд. Дар пурсиши соли 2107 табибе ёфт нашуд, ки ягон ҳолати силро номбар накарда бошад.

Сатҳи дониши кормандони тиб нисбат ба давомнокии табобат низ беҳтар шудааст, зеро ки ин барои ба бемор пешниҳод намудани ин маълумот хеле муҳим аст, ин барои аз тарафи бемор риоя намудани курси табобат мусоидат мекунад.

Қисми бештари табибони КАТС чунин меҳисобанд, ки барои таъмин кардани муттасилии табобати беморони гирифтори сил таъминоти доимии онҳо бо маводи доруворӣ ва табобат таҳти назорати бевоситаи табиб аз ҳама муҳим ба ҳисоб меравад.

Муҳим будани таъминоти доимии маводи доруворӣ майл кардани ҷавобҳои табибони КАТС аз он вобаста аст, ки дар давоми даҳсолаи охир дастраскунии доимӣ ва бозътимоди маводи доруворӣ барои беморони мубтало ба сил дар ҷумҳури ба роҳ монда шудааст.

#### **Ҷадвали 1. – Сатҳи дониши кормандони соҳаи тиб дар таъмин кардани муттасилии курси табобати беморон\*.**

| Хусусиятҳои табобат                        | Табибони КАТС,% |         |
|--------------------------------------------|-----------------|---------|
|                                            | С.2008          | С.2017. |
| Таъмини доимӣ бо маводи доруворӣ           | 44,6            | 88,6*** |
| Табобат таҳти назорати димӣ                | 42,3            | 76,2*** |
| Дастрасии хизматрасонии тиббӣ              | 11,5            | 57,6*** |
| Ҳавасмандгардонии кормандони тиббӣ         | 8,5             | 3,8**   |
| Ҳавасмандгардонии беморони гирифтори БС    | 6,9             | 20,3*** |
| Машварати мунтазами беморони мубтало ба БС | 50,0            | 72,4*** |

\*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст; \*\* $p < 0,05$ ;

\*\*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти оморӣ дар соҳа

Яке аз ҷанбаҳои асосӣ дар табобати сил ин табобат таҳти назорати бевоситаи корманди тиббӣ ба ҳисоб меравад. Табобат таҳти назорати бевосита талаб мекунад, ки маводи доруворӣ дар ҳузури корманди тиббӣ истеъмол карда шавад. Дар таҳқиқоти соли 2017 қисми бештари табибони КАТС нисбат ба табобати назоратшавандаи беморони мубтало ба сил муносибати мусбӣ доранд. Ба ин ҷавоби чунин қисми бештари табибони КАТС низ далолат мекунад, ки ба ҳеч вачҳ маводи дорувориро ба дасти бемор додан мумкин нест ва табобати назоратнашавандаи беморони мубтало ба сил метавонад, ки боиси такроршавии (ретсидиви)

беморӣ ва дар оянда сабаби пайдо шудани шакли ба доруворӣ устувори сил гардад.

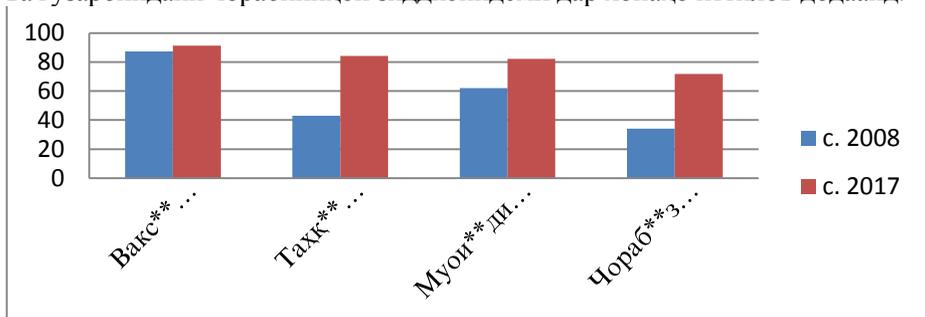
**Ҷадвали2. - Сатҳи дониши кормандони соҳаи тиб дар бораи хусусиятҳои таъбаоти сил\***

| Хусусиятҳои таъбаот                                          | Табибони КАТС, % |        |
|--------------------------------------------------------------|------------------|--------|
|                                                              | С.2008           | С.2017 |
| Таъбаоти стандартӣ                                           | 43,1             | 68,6** |
| Вобастагии давомнокии таъбаот аз категорияи таъйиншуда       | 6,9              | 9,7    |
| Назорати самаранокии таъбаот бо роҳи бактериоскопияи молишак | 10,8             | 49,7** |
| Таъбаоти ройгон                                              | 45,4             | 80,0** |
| Интегратсияи КАТС ва хадамоти зидди силӣ                     | 23,5             | 63,5** |

\*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст\*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти омили дар соҳа

Ҷи тавре, ки дар ҷадвали 2 дида мешавад, қисми бештари табибони КАТС таъбаоти ройгонро ҷиҳати асосии хусусияти гузаронидани таъбаот ҳисобиданд; зиеда аз нисфи табибон таъбаоти стандартиро ва нисфи табибон назорати самаранокии таъбаотро бо роҳи бактериоскопияи молишак қайд карданд. Ба таври муқоиса пешравии раванди интегратсияи КАТС ва хадамоти зидди силӣ 63,5 % (дар соли 2008– 23,5 %) ба мушоҳида мерасад, ки дараҷаи баланди аҳамияти омори доро аст.

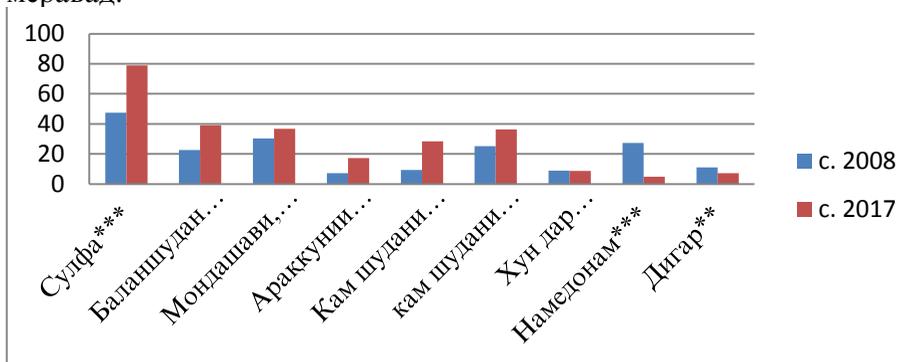
Натиҷаҳои таҳқиқот дар масъалаҳои аз худ кардани малақаҳои ташкилӣ ва дар маҳалҳои хизматрасонӣ гузаронидани ҷорабиниҳои профилактикӣ пешравӣро нишон доданд. Қисми бештари табибон аз эмгузаронидани ЗБС (БСЖ) дар маҳалҳои худ, аз хусуси таҳқиқотҳои тамосӣ бо беморони дорои БС ва бемории музмини обструктивии шушҳо ва гузаронидани ҷорабиниҳои зиддиэпидемӣ дар хонаҳо иттилоъ доданд.



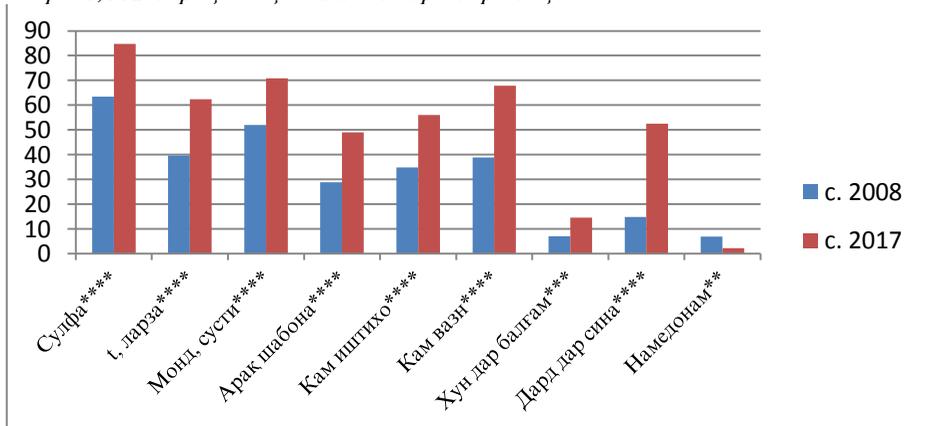
**Расми 2. – Сатҳи дониши табибони КАТС дар хусуси ҷорабиниҳои профилактикӣ\*.** \*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст \*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти омили дар соҳа

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда нишон доданд, ки қисми асосии аҳоли ва беморони мубтало ба сил дар ҳолати бемор шудани аъзои оилашон бевосита ба муассисаи тиббӣ ва ё ба табибони шиносашон муроҷиат мекунанд, ки ин аз боварии калони аҳоли ба кормандони соҳаи тиб гувоҳӣ медиҳад.

Сатҳи дониши аҳоли дар бораи симптомҳои асосии беморӣ, аз ҷумла бемории сил барои сари вақт муроҷиат намудани одамон ба табибон ва барои кам кардани паҳншавии беморӣ асосӣ ба ҳисоб меравад.



**Расми 3. - Сатҳи дониши аҳоли дар бораи симптомҳои сил\*.** \*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти омори дар солҳо



**Расми 4. – Сатҳи иттилоёнокии беморони мубтало ба сил оид ба симптомҳои беморӣ\*.** \*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст; \*\* $p < 0,05$  \*\*\* $p < 0,01$ , \*\*\*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти омори дар солҳо

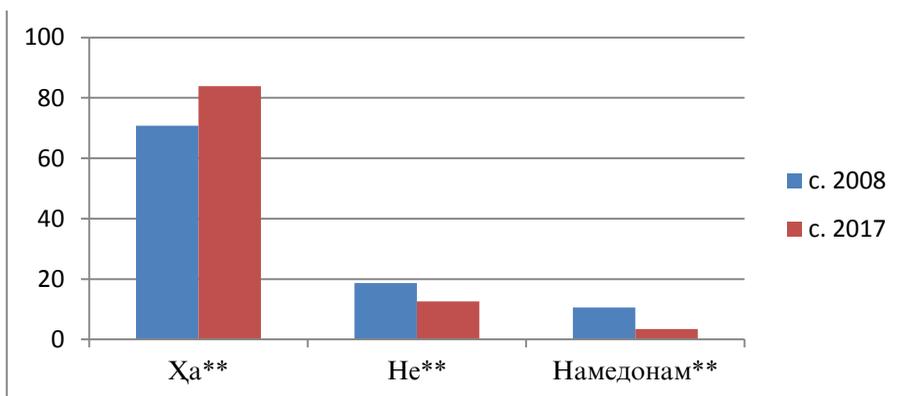
Агар сатҳи дониши иттилоёнокии беморони мубтало ба сил оид ва симптомҳои бемориро дар ду таҳқиқот муқоиса кунем, дар ин масъала

баъзе пешравихоро мушоҳида кардан мумкин аст. Дар бораи он, ки симптоми асосии сил сулфайи балғамдор, ба ҳисоб меравад, ки 2 ҳафта боз давом дорад, беморони мубтало ба сил назар ба аҳоли иттилоӣ бештар доранд. Ин гувоҳи он аст, ки ҳангоми гузаронидани таъобат кормандони соҳаи тиб, аз ҷумла, оид ба иттилоёнокии беморон дар бораи масъалаҳои симптоматикаи сил корҳои фаҳмондадиҳӣ мегузаронанд.

Натиҷаҳои монанд ҳам аз тарафи аҳоли ва ҳам аз тарафи беморони мубтало ба сил оид ба сари вақт мурочиат кардан ба муассисаҳои тиббӣ пас аз пайдо шудани симптомҳои сил ба мушоҳида расид. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқот зиёда аз нисфи аҳоли ва беморони пурсидашуда аз лаҳзаи пайдо шудани симптомҳои аввали беморӣ пеш аз мурочиат карданишон ба табиб барои ёрӣ расонидан то 30 рӯз интизор шудаанд. Дар таҳқиқоти охири хиссаи аҳоли ва беморони мубтало ба БС (ба ҳисоби миёна 1/3 аз миқдори умумӣ), ки ба муассисаҳои тиббӣ дар давоми ҳафтаи аввали пас аз пайдо шудани симптомҳои беморӣ мурочиат кардаанд, ба қадри назаррас афзудааст.

Муқоиса кардани натиҷаҳои таҳқиқотҳои солҳои 2008 ва 2017 низ аз пешравиӣ сатҳи дониши аҳоли ва беморон нисбат ба роҳҳои интиқоли сил гувоҳӣ медиҳад. Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқотҳо ба роҳҳои асосии интиқоли сил респондентҳо роҳи ҳавоӣ-қатравиро дохил кардаанд.

Гурӯҳи хатарро муайян карда, бештари респондентҳо онҳоро бо проблемаи камбизоатӣ (34 % - 23,6 %) вобаста кардаанд. Ба ақидаи онҳо, маҳз сатҳи пасти зиндагии аҳоли сабаби асосии паҳншавии сил дар ҷумҳурӣ мегардад. Дар ҷавобҳо дигар гурӯҳҳои хатар низ номбар шудаанд. Ба онҳо инҳо дохил карда шудаанд: шахсони даромадашон паст, ки бо беморони сил дар тамос буданд (32,6 % - 46,9 %), шахсоне, ки дар ҷойҳои аз озодӣ маҳрум буданд, маҳбусони собиқ, ҳешовандони беморони мубтало ба сил. Миқдори респондентҳо, ки ба гурӯҳи хатар дохил карда шудаанд, аз ҳисоби муҳоҷирони меҳнатӣ ва нашъамандҳо (4,9 % - 12,5 %) зиёд шудааст. Натиҷаҳои таҳқиқотҳои соли 2017 нишон медиҳанд, ки сатҳи дониши аҳоли ва беморон нисбат ба гурӯҳи хатари сил дар муқоиса аз таҳқиқоти соли 2018 (9,2 % - 20,9 %) зиёд шудааст.



**Расми 5. – Нуқтаи назари респондентҳо дар бораи табобатшавандагии бемории сил\*.** \*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст; \*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти омори дар солҳо

Боварӣ доштани одамон ба самаранокии табобат яке аз омилҳои сари вақт мурочиат кардани аҳоли ба муассисаҳои табобати ба ҳисоб меравад. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда нишон доданд, ки дар солҳои охир зиёд шудани миқдори аҳоли, ки ба табобатшаванда будани сил боварӣ доранд, ба назар мерасад. Нуқтаи назари оптимистии аҳоли ба табобатшаванда будани бемории сил аз хусуси самаранок будани чорабиниҳои пешбинишуда дар мубориза бар зидди сил ва натиҷаҳои мусбати табобати он (84% дар соли 2017, дар муқобили 71% дар соли 2008) гувоҳи мидиҳад.

Беҳтар шудани ҳолати беморон яке аз омилҳои самаранок будани табобат ба шумор меравад. Аммо, аз тарафи дигар, вай метавонад, ки ба қатъ шудани курси табобат мусоидат кунад, ки ин дар ниҳояти қор ба оқибати табобат таъсири манфӣ мерасонанд. Маҳз беҳтар шудани ҳолати беморон, ба ақидаи бештари респондентҳо (75% дар соли 2017), сабаби асосии пеш аз ба анҷом расидани курси табобат истеъмоли доруҳои зиддисилиро қатъ намудани беморон ба ҳисоб меравад. Ин зарурати аз хусуси муҳим будани гузаштани курси пурраи табобат қор бурдан ба беморони силро тақозо мекунад.

Инчунин, ҳангоми пурсидани беморони гирифтори сил ба оқибати қатъ кардани табобат таваҷҷуҳ дода шуд. Дар натиҷаи ин, бештари беморон ба оқибатҳои қатъ кардани табобат, асосан пешравии бемориро дохил кардаанд, ҳамчунин ҷавобҳо дар шакли инкишофи устувории онҳо ба маводи доруворӣ, ба сифати самаранокии сусти табобати такрорӣ зикр карда шудааст.

Ба саволи он, ки кӣ бояд истеъмоли доруҳоро назорат кунад, аз тарафи беморони сил кормандони тиббӣ (табибон ва ҳамшираҳои тиббӣ) ва волонтерҳо пешниҳод карда шуда буд.



**Расми 6. - Сатҳи дониши беморони мубтало ба сил дар хусуси оқибатҳои қатъ кардани истеъмоли доруҳои зиддисилӣ\*.** \*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст; \*\*\* $p < 0,05$ \*\*\* $p < 0,001$ -дараҷаи аҳамияти омори дар соҳа

Дар таҳқиқоти беморони мубтало ба сил оқибатҳои қатъ кардани табобат асосан пешравиҳои беморӣ, ҳамчунин инкишофи устувориҳои онҳо ба маводи доруворӣ ва самаранокии сусти табобати тақрорӣ дохил карда шудаанд. Сатҳи дониши беморони мубтало ба сил ва аҳолии дар давраи истеъмоли доруҳои зиддисилӣ барои табобат кардани беморон аҳамияти калонро қасб мекунад, зеро ҳатари қатъ кардани истеъмоли доруҳо кам мешавад. Дар давраи гузаронидаи таҳқиқот миқдори беморони мубтало ба сил, ки чунин меҳисобанд, ки ин давра бояд 6- 8 моҳ бошад (зиёда аз 60%), афзуд. Кам шудани миқдори бемороне, ки муҳлати истеъмоли доруҳо намедонанд, ба мушоҳида расид.

Дар хусуси давомнокии табобати беморони мубтало ба сил дар статсионар қайд карданием, ки дар ин ҳолат нуқтаи назари бемороне, ки чунин меҳисобанд, ки давомнокии табобат дар статсионар бояд то пурра қатъ шудани бактерия хориҷкунӣ давом кунад, яқинд маротиба зиёд шудааст.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти соли 2017 бештари беморони мубтало ба сил (зиёда аз 68 %) чунин меҳисобанд, ки риояи речаи табобат ҳимояи асосии аъзои оила аз ҳатари сироятнок шудан аз бемории сил аст (дар соли 2008-48,9 %). Ин гувоҳи он аст, ки чорабинии мазкур дар ҳақиқат, асоси самарабахши муҳофизати атрофиён аз ҳатари сироятёбӣ аз сил аст.

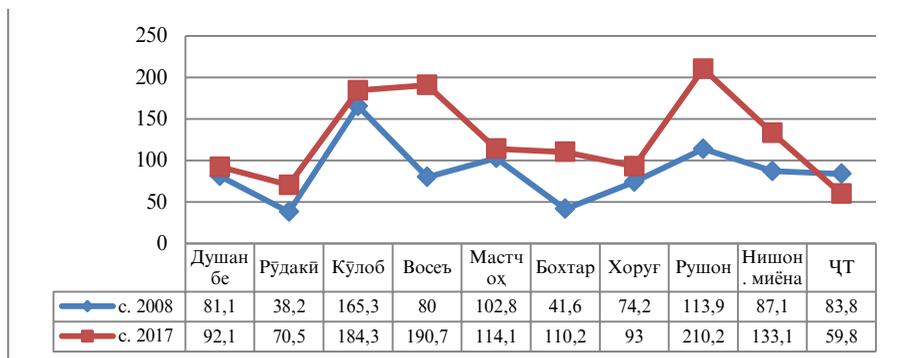
Натиҷаи таҳқиқот гувоҳи он аст, ки қисми асосӣ, яъне 94,4 %-и пурсида шудагон нуқтаи назари зарур будани ҷудокунии (изолятсияи) беморони мубтало ба силро дастгирӣ мекунанд (2008 с. – 84%).

Таҳлили сатҳи иттилоотнокии беморони мубтало ба сил ва аҳоли дар бораи чорабиниҳои профилактикаи беморӣ нишон медиҳад, ки дар ин самт дар байни ду таҳқиқоти гузаронидашуда пешрави назаррас ба мушохида мерасад. Ҳамин тавр, зиёда аз нисфи респондентҳо қайд карданд, ки дар ҷойҳои ҷамъиятӣ ва оила хангоми сулфидан ва атса задан дахонро пӯшидан зарур аст ва биноро мунтазам ҳаво додан яке аз чорабиниҳои самараноки профилактика аст (11% - 61%).

Тақрибан аз 2/3 ҳиссаи беморони мубтало ба сил қайд карданд, ки барои волонтер шудан омода ҳастанд ва баъди шифо ёфтан ба аҳоли умуман ба беморони нав ошкоршуда ёрӣ расонанд.

Натиҷаи таҳқиқот аз он гувоҳӣ медиҳад, ки қисми бештари аҳолии пурсидашудагон тарафдори фикри зарур будани изолятсияи беморони мубтало ба сил ҳастанд. Аз онҳо қисми зиёдашон зикр карданд, ки беморони мубтало ба силро дар тамоми давраи табобат изолятсия кардан зарур мебошад, 1/3-и онҳо чунин мешуморанд, ки изолятсияро то беҳтар шудани ҳоли бемор ва то қатъ гаштани ноқили сироят будан бемор давом бояд дод.

Миқдори беморони мубтало ба сил, ки дар бораи ягон усули профилактикаи БС ( $p < 0.05$ ) маълумот надошта бошанд, аз 22,9 % дар соли 2008 то 16,3 % дар соли 2017 кам шудааст. Ин, пеш аз ҳама ба он вобаста аст, ки кормандони тиббӣ чорабиниҳои машваратиро бо беморони мубтало ба сил зуд-зуд баргузор мекунанд ва маводҳои иттилоотиро паҳн мекунанд ва ғайра.



**Расми 7. – Динамикаи беморшавӣ ба сил то ва пас аз интегратсияи муассисаҳои КАТС бо хадмоти зиддисилӣ ба 100 ҳазор нафар аҳоли дар минтақаҳои пилотӣ ва ҚТ\*.**

*\*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст;*

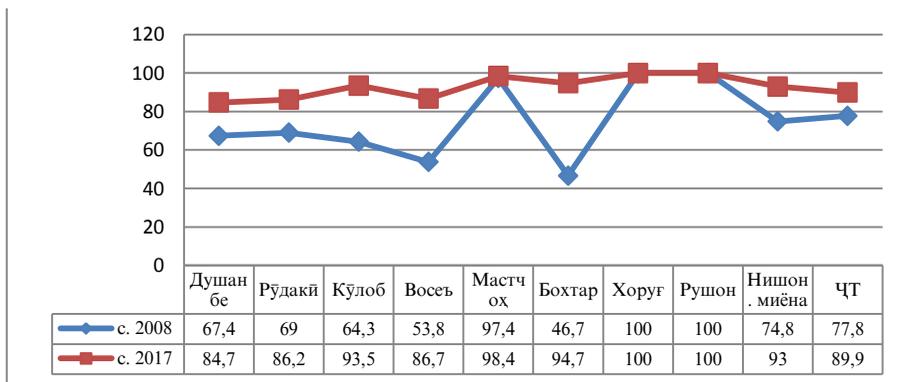
Дар давраи солҳои 2008 - 2017 беморшавии ба қайд гирифташуда дар ноҳияҳои таҳқиқшаванда ба ҳисоби миёна то 46% зиёд гаштааст, ки ин вобаста ба гузаронидани барномаҳои мушаххаси зиддисилӣ ва чорабиниҳои пас аз интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар кишвар аз беҳтаршавии ошкорсозии беморон гувоҳӣ медиҳад. Бояд қайд кард, ки беморшавии ба қайд гирифташуда дар якҷанд ноҳияҳои таҳқиқшаванда пасттар аз ҳисоби миёна буд (ш. Душанбе, ноҳияҳои Мастҷоҳ ва Кулоб).

Нишондиҳандаи фавт вазъияти эпидемиологиро боз аниқтар нишон медиҳад. Нишондиҳандаи фавтият дар давраи солҳои 2008-2017 дар маҷмӯъ майл ба коҳиш ёфтанд, аз 7,9 то 5,6 нафар ба 100 ҳазор нафар аҳоли дорад. Ин нишондод якҷанд маротиба аз нишондиҳандаи ҷумҳуриявӣ каме болотар мебошад.

Дар давраи таҳқиқшуда ҳам паҳншавӣ ва ҳам беморшавӣ аз 285,6 дар соли 2008 то 308,6 дар соли 2017 ба 100 ҳазор нафар аҳоли ба зиёдшавӣ майл дорад.

Саривақт супоридани балғам барои маълум намудани бактерияхориҷкунӣ МТ аҳамияти босозо дорад. Чи хеле маълум гардидааст дар муассисаҳои КАТС ҷаъмоварии балғам барои назорат ду маротиба таъин шудааст

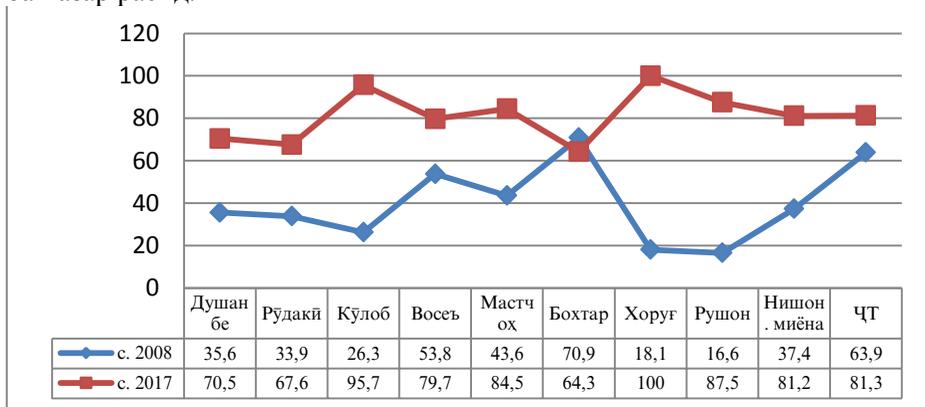
Нишондиҳандаи абатсилиясозӣ дар ноҳияҳои таҳқиқшаванда дар таносуби фоизӣ аз 74,8 % дар соли 2008 то 93,0 % - дар соли 2017 зиёд шудааст (расми 8).



**Расми 8. - Динамикаи абатсилиясозӣ то ва пас аз интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар ноҳияҳои таҷрибавии ҶТ\*.**

*\*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст;*

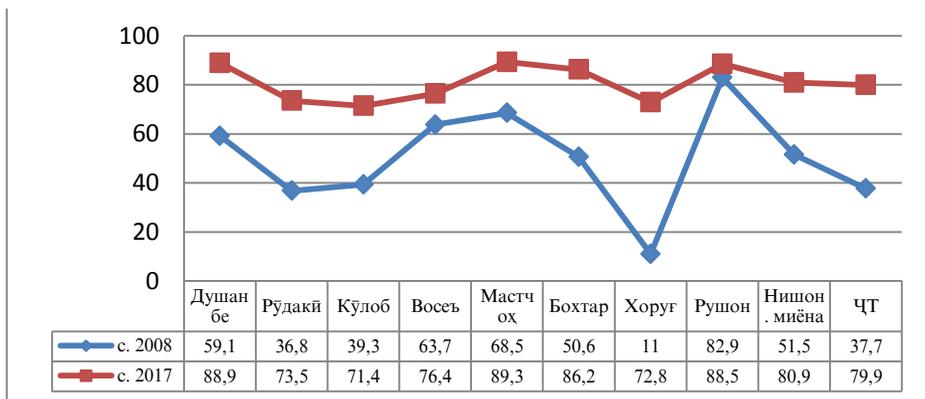
Зиёда аз ду маротиба баланд шудани нишондиҳанди натиҷаи таъбаат «муолиҷа шуд» аз 37,4 % дар соли 2008 то 81,2% дар соли 2017 ба назар расид.



**Расми 9. – Динамикаи натиҷаи таъбаоти «муолиҷа шуд»-и ҳолатҳои нави сил бо МТ+то ва пас аз интегратсияи муассисаҳои КАТС бо хадомоти зиддисилӣ дар минтақаҳои таҷрибавӣ ва ҚТ\*.**

*\*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст;*

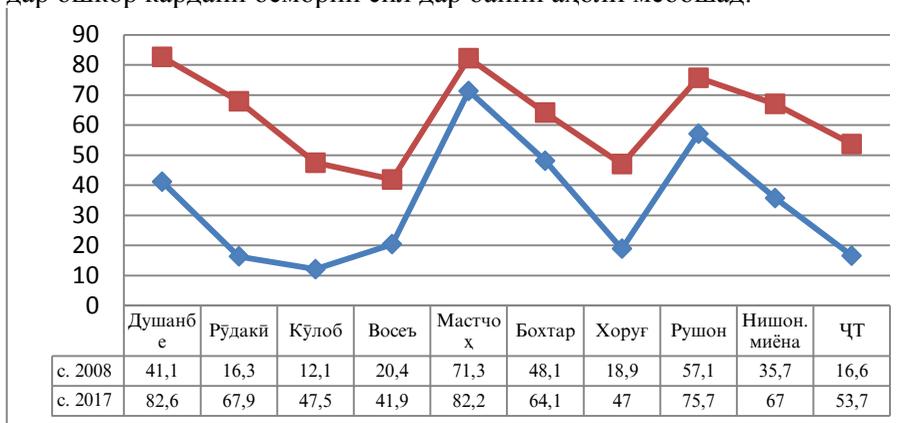
Дар маҷмӯъ, дар минтақаҳои таҷрибавӣ дар давраи 10-сола ҳангоми таҳлили муқоисавӣ тамоюли мусбати миқдори бо мақсади ташхис аз тарафи кормандони тиббии КАТС фиристодани беморон муайян карда шуд.



**Расми 10. – Миқдори беморони аз тарафи кормандони тиббии КАТС фиристода бо мақсади ташхиси сил (бо % аз миқдори умумӣ)\*. \*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст;**

Таҳлили минтақаҳои таҷрибавӣ нишон дод, ки динамикаи раванди интегратсионӣ оид ба ошкорсозии сил бехтар шудааст. Чунон ки, дар ноҳияҳои таҳқиқшуда фиристодани беморони мубтало ба сил аз тарафи кормандони муассисаҳои КАТС ба ҳисоби миёна то 35,9% зиёд гардидааст.

Беморони мубтало ба сил бо натиҷаи мусбати микроскопии балғам дар паҳншавии беморӣ дар байни аҳолии хатари ҷиддитринро доранд. Дар давраи солҳои 2017-2018 дар минтақаҳои таҷрибавӣ дар динамикаи аз тарафи кормандони тиббии муассисаҳои КАТС ошкор сохтани беморони мубтало сил бо МТ+ аз миқдори умумии беморони ошкоршудаи бактерияхориҷкунанда пешравии мусбат ба мушоҳида мерасад. Чунон ки, дар давраи зикршуда нишондодҳои минтақаҳои таҷрибавӣ ба ҳисоби миёна 31,3% баланд шудааст. Ин нишондиҳандаҳо гувоҳи иштироки фаъолонаи кормандони тиббии муассисаҳои КАТС дар ошкор кардани бемории сил дар байни аҳолии мебошад.



**Расми11. -Миқдори ҳолатҳои ошкоршудаи сил бо МТ+ аз тарафи кормандони тиббии муассисаҳои КАТС (дар % аз миқдори умумӣ)\***  
*\*дар асоси таҳқиқот аз тарафи муаллиф сохта шудааст;*

**Хулоса**, таҳлили вазъияти самаранокии интегратсияи ҳадамоти зиддисилӣ ва КАТС дар кишварҳои гуногунро ҷамъбаст намуда, Ҷумҳурии Тоҷикистон модели омехтаи интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадмоти зиддисилро интиҳоб кардааст, марҳила бо марҳила татбиқ гаштааст. Моҳияти модели омехтаи интегратсия аз амалӣ сохтани интегратсияи сохторӣ ва функционалӣ мебошад. Интегратсияи сохторӣ аз ташкил намудани хучраҳои DOTS дар муассисаҳои КАТС иборат аст, ки дар ин ҷо табиб-фтизиатр ё дар сурати набудани он табиби оилавӣ, ки малақаҳои мураккабии бемории силро омӯхтааст, кор мекунад, ҳамчунин бунгоҳ барои ҷамъоварии балғам ташкил карда мешавад. Интегратсияи функционалӣ аз таҷдиди назар кардани

ухдадорихои функционалии мутахассисони тибби оилавӣ ва мутахассисони хадамоти зиддисилӣ иборат аст.

Дар ин маврид, менечери КАТС-и ноҳияҳо масъули татбиқи Барномаи миллии имтиёзнok будани ошкорсозии сил аз хадмоти зиддисилӣ ба хадамоти КАТС, ба муассисаҳои КАТС табдил дода шуд, ки дар ин ҷо алгоритми ташхисӣ, шаклҳои нави ҳисоботӣ, химиотаботати назоратшаванда тибқи нақшаҳои стандартии таботат татбиқ карда шуданд.

## **ХУЛОСАИ НАТИҶАҶОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ**

1. Тавассути ҷалб кардани табибони КАТС ба раванди ҷорабиниҳои профилактикӣ, ташхисӣ ва таботатии зиддисилӣ интегратсияи муассисаҳои КАТС бо хадмоти зиддисилии ҚТ бехтар шудааст, ки эҳтиёткорӣ ва зиракии табибони КАТС-ро дар ошкор сохтани сил (аз 45,0 % то 73,9 %), зиёд шудани миқдори беморони фиристодашудаи шубҳанок аз сил бо мақсади гузоштани ташхиси сил (35,7 % - 47,7 %), донишани гурӯҳи асосии хатари БС (46,5 % - 74,0 %), муайян кардани намуди (ҳолатҳои) сил (17,4 % - 38,4 %), зиёд шудани миқдори табибони КАТС, ки алгоритми ташхисиро риоя мекунанд, (38,9 % - 66,3 %), аз худ кардани малакаҳои дар маҳаллаи хизматрасонии табибони КАТС ташкил ва гузаронидани ҷорабиниҳои профилактикӣ (56,5 % - 82,3 %) далели ин гуфтаҳоианд [2 – М, 4 – М, 5 – М, 13 – М, 14 – М, 15 – М, 16 – М, 17 – М, 18 – М].

2. Пешравӣ дар сатҳи муроҷиати умумии аҳоли дар ҳолати беморшавӣ дар муассисаҳои КАТС (то 95,5%) ба мушоҳида расид. Омӯзиши муқоисавӣ зиёд шудани миқдори аҳоли ва беморони силро бо муносибати мусбӣ доштан ба таботати назоратшаванда (аз 62,8 % то 89,4 %), риоя кардани речаи таботат (48,9 % - 68,2 %) нишон дод, ки ба ин восита боиси кам шудан ва қатъ кардани таботат гаштааст, миқдори аҳоли ва беморони мубтало ба сил, ки ба таботатшаванда будани сил боварӣ доштанд (70,8% - 83,9 %), миқдори беморони силро аз сар гузаронида, ки омода ҳастанд волонтер шаванд (65,7 % - 78,1 %) афзудааст [1 –М, 3 –М, 5 –М, 8 –М, 9 –М, 12 –М, 16 –М, 17 –М].

3. Ҳангоми гузаронидани таҳлили муқоисавии ҳолати эпидемиологии сил дар ноҳияҳои таҳқиқшуда, интегратсияи муассисаҳои КАТС бо хадамоти зиддисилӣ дар ҚТ боиси баланд шудани сатҳи ошкорсозии сил дар ноҳияҳои таҳқиқшуда гашт, ки ин ба баланд шудани сатҳи ба қайдгирии беморшавии сил (нишондиҳандаи миёна аз 87,1 то 133,1 ба 100 ҳазор аҳоли) ва паст шудани нишондиҳандаи фавтият (аз 7,9 то 5,6 ба 100 ҳазор аҳоли), бехтар гаштани самаранокии таботати беморони мубтало ба сил дар натиҷаи

зиёд шудани ҳолатҳои «абатсиллизатсиясозии» молишаки балғам (аз 74,8 % то 93,0 %) ва миқдори беморони мубтало ба сил бо натиҷаи «табобат шуд» - и табобат (аз 37,4 % то 81,2 %) мусоидат намуд [ 1 – М, 4 – М, 5 – М, 12 – М, 13 – М, 14 – М, 17 – М].

4. Дар минтақаҳои таҷрибавӣ дар динамикаи аз тарафи кормандони тиббии муассисаҳои КАТС ошкор сохтани беморони мубталои сил бо МТ+ аз миқдори умумии беморони ошкоршудаи бактерияхориҷкунанда пешравии мусбат ба мушоҳида мерасад. Чунон ки, дар давраи зикршуда нишондодҳои минтақаҳои таҷрибавӣ оид ба фиристодани беморон ба ҳисоби миёна то 35,9% ва оид ба ошкорсозӣ то 31,3% баланд шудааст [1 – М, 4 – М, 5 – М, 11 – М, 13 – М, 16 – М, 17 – М, 18 – М].

### **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Дар ҳар як муассисаи КАТС ташкил намудани захираи маълумотҳои ҳамаи синну соли аҳоли бо нишон додани гурӯҳҳои осебпазири иҷтимоӣ, ки хатари олии беморшавӣ доранд, зарур аст.

2. Табиби оилавӣ ва ҳамшираи тиббии оилавӣ пас аз гузаштани омӯзиши малақаҳои профилактика, ошкорсозӣ ва табобати сил уҳдадор аст, ки ҳамарӯза дар оилаҳои маҳалли барояш вобаста кардашуда бо мақсади баланд бардоштани сатҳи огоҳии онҳо аз ин беморӣ суҳбатҳои фаҳмондадиҳӣ гузаронанд.

3. Ташкил намудани баргузори мунтазами баррасиҳои клиникӣ, конференсҳо ва семинарҳо барои табибони КАТС якҷоя бо фтизиатрҳои оид ба масъалаҳои ошкорсозӣ ва табобати сил, аз ҷумла ошкорсозии сил дар гурӯҳҳои хатар зарур аст.

4. Барои саривақт ошкор намудани шахсоне, ки нисбат ба сил шубҳаноканд ва верификатсияи ташҳис бо истифода аз экспресс-методҳои ташҳиси сил дар шахсоне, ки ба муассисаҳои КАТС мурочиат кардаанд, кӯшиш намудан лозим аст.

5. Ба таври системавӣ баҳогузорӣ кардани самаранокии иштироки табиби КАТС дар ошкорсозии беморони мубтало ба сил, аз рӯйи нишондодҳои зерин зарур мебошад:

- дар сурати шубҳа кардан аз мавҷудияти сил дар беморон, барои таҳқиқоти балғам фиристодни онҳо бояд на камтар аз 90-100%-ро ташкил диҳад;

- ҳиссаи беморони шубҳаноки сил бо маълумотҳои таҳқиқоти бактериоскопӣ ва рентгенологӣ, ки барои машварат ба назди фтизиатр фиристода шудаанд, бояд аз 90-100% камтар набошад;

- ҳиссаи беморони мубтало ба сил бо ташхиси дар давоми 3 ҳафтаи пас аз мурочиати аввали вай ба табиб гузошташуда бояд аз 95% кам набошад;

- дар давоми як сол ҳиссаи беморони гурӯҳи хатар, ки таҳқиқоти силро - гузаштаанд, бояд аз 95% кам набошад;

6. Ба таври системавӣ ҳавасманд гардонидани мутахассисони беҳтарини тибби оилавӣ ва муайян кардани устод барои мутахассисони ҷавон зарур аст.

7. Беҳтар кардани сифати таъобати бевосита назоратшаванда ва майл доштани беморони мубатало ба сил ба таъобат дар шароити амбулаторӣ бо роҳи ҷалб намудани аъзои ҷамъият, аз ҷумла шахсони қаблан бемории БС - ро аз сар гузаронидаанд, муҳим мебошад.

## **РӯЙХАТИ КОРҶОИ НАШРШУДАИ УНВОНЧҶҶИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ**

### **Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшаванда нашршуда**

1. – М. 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. – М. 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. –М. Раджабов Д.М. Причины развития рецидивов туберкулёза лёгких в Республике Таджикистан/ Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У.Ю., Джумаев Р.Р./ Журнал «Здравоохранение Таджикистана» № 3, 2015 г. С. 16-23.
4. – М. 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. – М. Раджабов Д.М. Интеграция противотуберкулёзной службы и общей лечебной сети в Республике Таджикистан/Бобоходжаев О.И., Миралиев С.Р. / Журнал «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана»,№ 2-2019 г. С. 126-132

### **Дастурнамалҳо ва дастурҳои методӣ**

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

## **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конфронсиҳои нашрида**

9. – М. 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. -М. 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. – М. 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. – М. 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. – М. 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. – М. Раджабов Д.М. Степень участия работников первичной медико-санитарной помощи в выявлении туберкулеза в Республике Таджикистан/Бобоходжаев О.И., Мирзоева М.Б., Абдуллоева М.И. /59-ая годовичная научно-практическая конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» 17-18 ноября 2011г., г. Душанбе. С 163.

15. – М. Раджабов Д.М. Уровень знаний и практики по туберкулезу среди медицинских работников Таджикистана/Миралиев С.Р. Бобоходжаев О.И. /59-ая годовичная научно-практическая конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» 17-18 ноября 2011г., г. Душанбе. С 86.

16. – М. Раджабов Д.М. Роль медицинских работников ПМСП в интеграции с противотуберкулезной службой/ Журнал «Шифо» № 2 – 2012 год, стр.23-25.

17. – М. 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. – М. 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.

## РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҲО

БНМШ-Бемориҳои номаҳсули музмини шушҳо  
БРҶГ-Бемории бо роҳи чинсӣ гузаранда  
ВМКБ-Вилояти мухтори кӯҳистони Бадахшон  
ДДТТ-Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон  
ДЗС-Доруҳои зиддисилӣ  
ДОТС/DOTS – Кимиётерапияи кӯтоҳмуддат таҳти мушоҳиди бевосита / Directly Observed Treatment Short-course  
КАТС-Кумаки аввалияи тиббию санитарӣ  
КМҲ-Кумитаи миллии ҳамоҳангсоз  
МВМБС-Маркази вилоятӣ мубориза бо сил  
ММС-Маркази мубориза бо сил  
МТ-Микробактерияи туберкулёз  
МТО-Маркази тибби оилавӣ  
МҚМС-Маркази ҷумҳуриявӣ мубориза бо сил  
НТҚ – Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ  
БСБДУ –Бемории сили ба бисёрдоруҳо устувор  
БС – Бемории сил  
ТУТ – Ташкилоти Умумичаҳонӣ Гандурустӣ  
ТМ/ТОКАТС – табиби маҳаллӣ/оилавӣ КАТС  
ҚТ- Ҷумҳурии Тоҷикистон

**АННОТАЦИЯ**  
**АВТОРЕФЕРАТА ДИССЕРТАЦИИ**  
**РАДЖАБОВА ДЖУРАХОНА МИРЗАЛИЕВИЧА**  
**«ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕГРАЦИИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ**  
**МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ С ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ**  
**СЛУЖБОЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН»**

**Ключевые слова.** Туберкулёз, первичная медико-санитарная помощь, фтизиатрия, интеграция, заболеваемость, выявляемость.

**Цель.** Изучение эффективности поэтапной интеграции учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан.

**Материал и методы исследований:** В работе обобщен материал по этапам интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан. Исследования были проведены среди врачей учреждений ПМСП, больных туберкулёзом населения. При анализе использованы приказы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, отчеты национальной туберкулёзной программы и Глобальный отчет ВОЗ, собственные наблюдения. Также были проанализированы отчетные формы исследуемых районов (форма №№ 8 и 33, ТБ 07, ТБ 08, ТБ 10) за 2008 и 2017 гг.

**Полученные результаты и их новизна:** Проведенные исследования показали, что интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в РТ в целом имеет положительную динамику. Впервые в РТ 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.

**Рекомендации по использованию:** Внедрение в Республике Таджикистан комбинированной 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 способствует улучшению эффективности процесса профилактических, диагностических и лечебных противотуберкулёзных мероприятий; 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 эффективно контролировать уровень как заболеваемости и смертности, так проводимого лечения больных ТБ.

**Область применения:** фтизиатрия, семейная медицина, общественное здоровье и здравоохранение

**АННОТАТСИЯИ  
АВТОРЕФЕРАТИ ДИССЕРТАТСИЯИ  
РАҶАБОВ ҶУРАҲОН МИРЗАЛИЕВИЧ «САМАРАНОКИИ  
ИНТЕГРАТСИЯИ МУАССИСАҲОИ КЌМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББӢ-  
САНИТАРӢ БО ҲАДАМОТИ ЗИДДИСИЛӢ  
ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

**Калимаҳои калидӣ:** сил, кўмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ, фтизиатрия, интегратсия, беморшавӣ, ошкорсозӣ.

**Ҳадафи таҳқиқот:** Омӯзиши самаранокии интегратсияи марҳилавии муассисаҳои кўмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** Дар таҳқиқот мавод оид ба интегратсияи марҳилавии муассисаҳои кўмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷамъбаст карда шудааст. Таҳқиқот дар байни табибони муассисаҳои КАТС, беморони мубтало ба сил ва аҳоли гузаронида шуд. Ҳангоми таҳлили мавод фармоишҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳисоботҳои Барномаҳои миллии сил ва Ҳисоботи глобалии ТУТ, мушоҳидаҳои ҳуди унвонҷў мавриди истифода қарор дода шудаанд. Ҳамчунин шаклҳои ҳисоботии ноҳияҳои таҳқиқшаванда (шакли № 8 ва 33, БС 07, БС 08, БС 10) дар давраи аз соли 2008 то 2017 таҳлил карда шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот дар амал ва навгонии илмӣ:** Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар маҷмӯъ динамикаи мусбат дорад. Бори нахуст дар ҚТ дараҷаи ҷалби табибони КАТС ба раванди чорабинӣҳои профилактикӣ, ташҳисӣ ва табобатии зиддисилӣ омӯхта шуд; динамикаи сатҳи иттилоӣҳои беморони мубтало ба БС ва аҳоли дар бораи роҳҳои гузаштан, усулҳои профилактика, табобти сил ва дастрасии онҳо ба хизматрасониҳои тиббӣ дар муассисаҳои КАТС муайян карда шуд; омӯзиши муқоисавии вазъи эпидемиологӣ ноҳияҳои таҳқиқшаванда (беморшавӣ, паҳншавӣ, фавтият) ва оқибатҳои табобати беморони мубтало ба сил гузаронида шуд.

**Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон татбиқ намудани модели омехтаи сохторӣ (дар муассисаҳои КАТС ташкил намудани DOTS-ҳуҷраҳо ва бунгоҳҳо барои ҷамъоварии балғам) ва функционалии (азнавтақсимкунии вазифаҳо дар байни мутахассисони тиббӣ оилавӣ ва табиб-фтизиатр) интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ барои бехтар гаштани самаранокии раванди чорабинӣҳои зиддисилӣ, ташҳисӣ ва табобати зиддисилӣ мусоидат мекунад; баланд шудани сатҳи иттилоӣҳои аҳоли дар бораи беморони сил барои афзудани миқдори беморони мубтало ба сил, ки ба табобати назоратшаванда ва риояи речай табобат муносибати мусбӣ доранд ва зиёд шудани миқдори беморони мубтало ба сил ва аҳоли, ки ба табобатшаванда будани сил боварӣ доранд, мусоидат мекунад; интегратсияи муассисаҳои КАТС бо ҳадамоти зиддисилӣ имконияти боз ҳам самараноктар назорат кардани сатҳи ҳам беморшавӣ ва ҳам фавтият ва ҳам табобати гузаронидашудаи беморони мубтало ба силро фароҳам месозад.

**Соҳаи истифода:** фтизиатрия, тибби оилавӣ, солимии ҷомеа ва нигоҳдории тандурустӣ.

**ANNOTATION**  
**ABSTRAKT OF THE DISSERTATION**  
**RADJABOV DJURAKHON MIRZALIEVICH**  
**"EFFECIENCY OF INTEGRATION OF PRIMARY HEALTH**  
**CARE INSTITUTIONS WITH TUBERCULOSISSERVICES IN THE**  
**REPUBLIC OF TAJIKISTAN»**

**Keyword.** Tuberculosis, primary health care, phthisiology, integration, morbidity, detection.

**Purpose.** Study efficiency of the stage-by-stage integration of Primary Health Care (PHC) institutions with tuberculosis (TB) service in the Republic of Tajikistan

**Material and methods of research.**This worksummarizes the material on the stages of integration of PHC institutions with tuberculosis TB service in the Republic of Tajikistan. Investigations were held among doctors of PHC institutions, tuberculosis patients and population. Then analyzing orders of the Ministry of health and social protection of the Republic of Tajikistan, reports of the national tuberculosis program and the WHO Global report, own observations were used. The report forms of studied regions were also analyzed (form #8 and 33 TB 07, TB 08, TB 10) for 2007 and 2008.

**Gained results and their novelty:** Implemented research has shown that the integration of PHC institutions with the TB service in the Republic of Tajikistan has a positive dynamic in total. For the first time in the Republic of Tajikistan was studied the degree of involvement of PHC doctors in the process of preventive, diagnostic and treatment of TB activities; the dynamicslevel of awareness of TB patients and the population about the modes of transmission, means of prevention, tuberculosis treatment and access to health services in PHC facilities was identified; a comparative study ofepidemiological situation of TB instudy regions (incidence, prevalence, mortality) and treatment outcomes of TB patients was conducted.

**Recommendations for usage:** Introduction inRepublic of Tajikistan combined structural model (organization of DOTS-offices and sputum collection points in PHC institutions) and functional model (redistribution of functions between family specialists and a phthisiologist)integration of PHC institutions with the TB service improves the efficiencyprocess of preventive, diagnostic and therapeutic TB measures;raising awareness of TB patients and communities about TB increases the number of TB patients with a positive relation tocontrolled treatment, observe the treatment regime, and increasing the number of TB cases and population, confidence in the curability of TB; the integration of PHC facilities with TB service will allow more effective control of the level of morbidity and mortality, so treatment of TB patients.

**Application area:** Phthisiology, family medicine, public health and healthcare.

Ба матбаа супорида шуд 20.03. 2020.  
Ба чопаш 27.03. 2020 имзо шуд.  
Қоғаз офсетӣ. Ҳуруфи адабӣ.  
Гарнитура Times New Roman Tj.  
Тъдод 100

Матбааи Вазорати маориф ва илми  
Ҷумҳурии Тоҷикистон  
ш.Душанбе, кӯчаи Лоҳутӣ, 6 гузаргоҳи 1