

ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.  
АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УДК: 614.2; 616.5; 616.97.

На правах рукописи

САИДЗОДА БАХРОМУДДИН ИКРОМ

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И  
ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕКТОРА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

АВТОРЕФЕРЕТ

диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук  
по специальностям

14.02.03. – Общественное здоровье и здравоохранение

14.01.10. – Кожные и венерические болезни

Душанбе - 2022

Диссертационная работа выполнена на кафедре дерматовенерологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Научные  
консультанты:**

**Аламхон Ахмедов** - член корр. НАНТ, доктор медицинских наук, профессор, проректор по науке и инновации НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

**Касымов Олимджон Исмоилович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Официальные  
оппоненты:**

**Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

**Кочергин Николай Георгиевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Нозиров Джамшед Ходжиевич** – доктор медицинских наук, директор ООО Медико-диагностический центр “Парастор - 2014” МЗ и СЗН РТ.

**Оппонирующая организация:** ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская Академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, город Душанбе, проспект Рудаки, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992 918 724088.

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

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года.

**Учёный секретарь  
диссертационного совета  
к.м.н., доцент**

**Джамолова Р.Дж.**

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Служба дерматовенерологии является одной из древнейших отраслей медицины и в настоящее время относится к социально значимым видам медицинской помощи. Начальный этап её развития соответствует свыше 3000 лет до н. э. [Голдсмит Л.А., 2018; Зоиров П.Т., 2019; Притуло О.А., 2021].

В литературных источниках об уровне заболеваемости среди жителей среднеазиатских государств в период до их присоединения к России имеются единичные сообщения, где приводятся описания некоторых путешественников, а также должностных лиц, включая докторов, работавших в свое время в этом регионе. Так, по данным Л.Ф. Костенко (1880), в Туркестанском крае к числу множества разнообразных тяжелых заболеваний относилась пендинка (кожный лейшманиоз), по данным Д.Н. Логофета (1911), в Бухарском Ханстве – пендинка и сифилис. О распространении этих и других кожных и венерических заболеваний говорится в трудах А. Вомберга (1868), Л.Ф. Костенко (1871), Н. Ханыкова (1882), И. Яворского (1889) и Д.Н. Логофета (1909, 1911). До присоединения к России лечебных и фармацевтических учреждений в Средней Азии не было, и, соответственно, не было ни медицинских, ни фармацевтических работников [Таджиев Я.Т., 1974; Ахмедов А., 2016; Ахмедов А., 2017].

Становление и развитие службы дерматовенерологической помощи Таджикистана, как и большинства других медицинских служб, произошло в Советские времена. С первых дней установления Советской власти в Таджикистане медицинскую помощь населению оказывали военные медики из частей Красной Армии, дислоцированных в различных районах [Киямов Ф.А., 1974; Таджиев Я.Т., 1974; Таджиев Я.Т., 1984].

По данным обращаемости за медицинской помощью, среди всех заболеваний кожные болезни занимали первое место. Значителен был удельный вес туберкулеза и сифилиса, главным образом его врожденные формы [Киямов Ф.А., 1974; Таджиев Я.Т., 1974; Таджиев Я.Т., 1984].

Особенностями борьбы с кожными и венерическими заболеваниями в СССР являлись ее государственный характер, профилактическое направление на основе диспансерного метода, единство научно обоснованных методов профилактики, диагностики и лечения. Государственный характер этой борьбы был определен сразу же после установления Советской власти (22.04.1918). Диспансерный метод борьбы с кожными и венерическими заболеваниями по полноте реализации на практике и эффективности управления ситуацией ни в одной стране мира не имеет аналогов. Все принципы диспансерного метода взяты на вооружение Всемирной организацией здравоохранения, на их основе построены рекомендации ВОЗ по организации борьбы с распространением кожных и венерических заболеваний [Шапошников О.К., 1991; Киямов Ф.А., 2004].

Конец XX столетия для многих стран ознаменован переходным периодом в виде социально-экономических преобразований, которые сопровождаются миграцией населения, безработицей, уменьшением доходов населения, так называемой «сексуальной революцией», снижением финансирования системы здравоохранения. Следствием рассматриваемых преобразований являются социально-обусловленные заболевания, к которым относятся и венерические заболевания.

Борьба с кожными и венерическими заболеваниями сочетает в себе социальные, политические, биологические, медицинские, экономические, воспитательные и нравственные аспекты.

Несмотря на современные достижения венерологии в сфере диагностики и лечения, инфекции, передающиеся половым путем, и связанные с ними осложнения, являются актуальной проблемой здравоохранения. По оценкам ВОЗ (2016г.), ежедневно отмечается более одного миллиона случаев заражения ИППП, имело место 376 миллионов случаев заражения одной из четырех ИППП — хламидиозом (127 миллионов), гонореей (87 миллионов), сифилисом (6,3 миллиона) и трихомониазом (156 миллионов). ВОЗ

разрабатывает глобальные нормы и стандарты по лечению и профилактике ИППП, укрепляет системы эпиднадзора и мониторинга, в том числе в отношении лекарственно-устойчивой гонореи, и руководит процессом формирования глобальной повестки дня в области научных исследований, касающихся ИППП [Кубанова А.А., 2018; Петрова А.Н., 2019; Aral S.O., 2002; CDC, 2015; Horner P.J., 2016; Voiko I, 2019].

На 69 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была утверждена глобальная стратегия сектора здравоохранения по ликвидации ИППП на период 2016-2020 гг. Целью данной стратегии является «... обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» (документ WHA69/2016/REC/1).

Несмотря на современные достижения венерологии в сфере диагностики и лечения, проблема ИППП, их осложнения, и влияние на репродуктивные органы остается весьма актуальной [Гуляев А.Е., 2016; Подзолкова Н.М., 2016; Асхакова М.С., 2017; Чеботарёв В.В., 2018; Davies B., 2016; Jungwirth A., 2018; Moazenchi M, 2018; Verwijfs M.C., 2019].

Важным разделом деятельности в дерматовенерологии является совершенствование организационных форм работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с дерматовенерологической патологией на всех этапах ее оказания [Калинская А.А., 2019].

До настоящего времени не проводилось целенаправленных исследований по изучению деятельности дерматовенерологической помощи жителям Таджикистана до и после обретения страной государственной независимости. Имеющиеся брошюры и материалы, подготовленные организаторами здравоохранения, не дают полного представления о сложных путях становления и развития дерматовенерологической службы страны до и после обретения государственной независимости [Таджиев Я.Т., 1974; Киямов Ф.А., 1985; Касымов О.И., 2010; Зоиров П.Т., 2016; Касымов О.И., 2016; Зоиров П.Т., 2019; Зоиров П.Т., 2021].

Вышеизложенное предопределило актуальность настоящего исследования, что послужило основанием для его проведения с целью разработки эффективных алгоритмов совершенствования системы управления и профилактики по оказанию медицинской помощи венерологической службой республики на современном этапе.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Проведенный анализ выявил, что до настоящего времени не проводились крупные исследования по изучению деятельности службы дерматовенерологической помощи жителям Таджикистана. В имеющихся в литературе единичных исследованиях, которые были проведены в 60-70-е годы прошлого столетия, приводятся данные о состоянии медицинской помощи населению Средней Азии до революции и в Советские времена. Однако в них не отражены многие аспекты службы дерматовенерологической помощи, которые остались малоизученными и, в связи с ростом заболеваемости ИППП в республике, продолжают оставаться актуальными. Распространение ИППП, скудность научных работ, касающихся деятельности службы дерматовенерологической помощи населению республики, требуют разработки новых подходов по совершенствованию и систематизации службы венерологической помощи населению на современном этапе развития общества.

**Связь работы с научными программами (проектами), темами.**

Научная работа связана с реализацией постановления Правительства Республики Таджикистан «О Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы» принятой постановлением Правительства Республики Таджикистан 02.08.2010 №368. «О стратегии Республики Таджикистан в области науки и технологии на 2007-2015 гг.», приказа Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №713 от 20.12.2008 «По усилению работы с распространением кожных инфекций и инфекций, передающихся половым путем», что дало приоритетные направления в научных исследованиях в области здравоохранения республики.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Изучить этапы развития службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан и разработать алгоритм целенаправленных научно-обоснованных эффективных мероприятий по дальнейшему совершенствованию её работы в современных социально-экономических условиях.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить историю становления, организации и развития деятельности дерматовенерологической службы республики в различных административных территориях и в ведомственных учреждениях страны до и после обретения республикой государственной независимости.
2. Оценить роль и место службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до и в период проведения реформ сектора здравоохранения Республики Таджикистан.
3. Изучить эпидемиологию, структуру и факторы, способствующие распространению ИППП в Республике Таджикистан, клинико-иммунологические особенности хронических и осложненных форм бактериальных ИППП (хламидиоз, уреаплазмоз), их влияние на репродуктивное здоровье мужчин и женщин.
4. Разработать алгоритм эффективных организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий по дальнейшему совершенствованию службы дерматовенерологии Республики Таджикистан в различных регионах страны в зависимости от демографических и социально-экономических условий.

**Объект исследования.** В качестве объекта исследования выбраны организации и предприятия службы дерматовенерологической помощи республики, включая медицинские службы ведомственных учреждений и больные (мужчин и женщины) с хламидиозом, уреаплазмозом, микоплазмозом в возрасте от 18 до 48 лет.

**Предметом исследования.** Предметом исследования явилось изучение истории организации и развития службы дерматовенерологической помощи в различных административных регионах и ведомственных учреждениях РТ до и после переходного периода, и в новых социально-экономических условиях, анализ нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность службы (достижения, недостатки).

**Научная новизна исследования.** Впервые в Республике Таджикистан дана комплексная оценка становлению и развитию службы дерматовенерологической помощи во всех административных территориях страны до и после обретения государственной независимости, в том числе с применением инновационных технологий с учетом экономических и демографических условий регионов республики. Осуществлен анализ и дана оценка действующих нормативно-правовых документов, регламентирующих функционирование службы дерматовенерологии республики.

Впервые изучены этапы развития службы дерматовенерологической помощи РТ, разработан алгоритм эффективных организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий по дальнейшему её совершенствованию в различных регионах страны.

Впервые в Республике Таджикистан определены медико-социальные и клинико-иммунологические особенности распространения и течения хронических негонokokковых бактериальных уретритов (ХНБУ) у мужчин и женщин.

Впервые установлены региональные факторы, способствующие возникновению и распространению ИППП среди мужчин и женщин в Республике Таджикистан.

Впервые в комплексном лечении хронических и осложненных форм негонорейных бактериальных урогенитальных инфекций использованы отечественные иммуностимуляторы тимогар и тимоксин, которые повысили эффективность их терапии.

**Теоретическая и научно-практическая значимость работы** заключается в том, что основные положения диссертационной работы широко используются в учебном процессе кафедр дерматовенерологии и общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ Таджикский государственный медицинский университет

имени Абуали ибни Сино, кафедр дерматовенерологии с курсом косметологии и общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистана» при обучении интернов, клинических ординаторов, аспирантов, докторов философии (PhD), докторов по специальности, на курсах повышения квалификации врачей, а также в практической деятельности дерматовенерологов республики.

Результаты проведенного исследования явились основой для научного обоснования разработанного алгоритма мероприятий по совершенствованию службы дерматовенерологической помощи страны и реализации определенных программ, в том числе для целевых групп населения (мигранты и их семьи, подростки и молодые люди, употребляющие наркотики), по борьбе с ВИЧ/ИППП. По результатам исследования научно обоснована целесообразность проведения реформы службы дерматовенерологической помощи республики и принятие новых нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность службы. Для клинической практики адаптирован протокол профилактики ИППП/ВИЧ у мужчин и женщин, доказаны некоторые пути нормализации иммунных нарушений у больных бактериальными ИППП.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Изучение истории организации, становления и деятельности службы дерматовенерологической помощи страны на различных этапах её развития показало, что на деятельность службы оказывают влияние климатогеографические и демографические особенности регионов республики с высокими колебаниями их обеспечения медицинским персоналом, медоборудованием и рабочим помещением, что обусловило возникновение определенных дефектов в организации службы на местах.
2. Совершенствование службы дерматовенерологической помощи – одно из важных направлений периода реформирования сектора здравоохранения республики.
3. Оценена, научно обоснована и показана эффективность внедрения инновационных технологий по изучению факторов, в том числе региональных, способствующих распространению ИППП, образованию уязвимых групп. Показана важность иммунологических нарушений в патогенезе хронических форм урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза, установлена эффективность предложенных методов их лечения и лечебно-профилактических мероприятий.
4. Разработан алгоритм эффективных организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий, которые способствуют дальнейшему совершенствованию организации управления и оказания службой дерматовенерологии помощи в различных регионах страны в зависимости от социально-экономических условий.

**Степень достоверности результатов.** Достоверность результатов проведенного исследования подтверждается достаточным объёмом материалов исследования, данными статистической обработки полученных результатов и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе нормативно-правовой, материально-технической базы службы дерматовенерологии, а также данными архивных материалов и государственной статистической отчетности. Все полученные клинические результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Диссертационная работа соответствует паспорту Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение, подпункт 3.5. – исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых моделей и технологий оказания дерматовенерологической помощи и паспорту Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.10 – Кожные и венерические болезни, подпункт 3.7 – исследование по изучению медико-социальных аспектов распространенности бактериальной инфекции, передающейся половым путем, репродуктивного здоровья мужчин и женщин, 3.9

– совершенствование дерматовенерологической, урологической и гинекологической служб Республики Таджикистан и внедрение их в клиническую практику.

**Личный вклад соискателя ученой степени.** Диссертантом самостоятельно проведен сбор материала, разработана методика исследования, выполнены обобщение, анализ полученных результатов и их статистическая обработка. Доля участия автора в сборе и обработке материала составляет 90%. Все главы диссертации, включая статистическую обработку полученных данных, обзор литературы, описание собственных исследований, выводы и практические рекомендации написаны лично автором.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные результаты и положения диссертационной работы доложены и обсуждены на 62-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан, на тему: «Медицинская наука и образование» (Душанбе, 2014), 63-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием на тему: «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи» (Душанбе, 2015), 64-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан, на тему: «Проблемы теории и практики современной медицины» (Душанбе, 2016), 66-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел», на тему: «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» (Душанбе, 2018), 68-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел», на тему: «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» (Душанбе, 2020), 69-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан», на тему: «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» (Душанбе, 2021), за круглым столом на тему: «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» (г. Душанбе, 2016), посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан, IX и X Республиканской научно-практической конференции «Наука и молодежь», ежегодных конференциях Республиканского медицинского колледжа (Душанбе, 2017, 2018), XX, XXI и XXIII Международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке» (г. Москва 2018, 2019, 2021), а также на других различных международных симпозиумах, конференциях (2015, 2016, 2017, 2018, 2019).

Апробация диссертационной работы состоялась на заседании межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» 10.12.2021, протокол №5.

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликованы 41 печатных работ, в том числе 21 статей в журналах, включенных в реестр Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан. Выпущено методическое пособие «Венерология», 2019 г.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 341 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, 5 глав результатов собственных наблюдений и исследований, обсуждения результатов, заключения, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 9 диаграммами и 63 таблицами. Список литературы состоит из 405 источников, из них 262 на русском и 143 на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования была служба дерматовенерологической помощи и медицинских учреждений ведомственных организаций Республики Таджикистан.

Предметом изучения была также история организации службы дерматовенерологической помощи и её развитие, организационно-методическая и лечебная деятельность учреждений, осуществляющих специализированную медицинскую помощь, её взаимодействие со смежными службами в новых экономических условиях в различных административных регионах Республики Таджикистан.

Одним из основных направлений исследования выбрано изучение существующей нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность по организации службы дерматовенерологической помощи населению. Изучены архивные материалы и материалы Республиканского центра статистики и медицинской информации. Изучение эффективности лечебной работы службы дерматовенерологической помощи.

Таким образом, при выполнении исследования использовались историко-аналитический метод, метод экспертных оценок, метод социологического опроса, метод системного анализа и современные статистические методы.

Все изученные документов (законы, постановления Правительства, приказы МЗ и СЗН РТ, материалы коллегий МЗ и СЗН РТ) по организации дерматовенерологической помощи населения Республики Таджикистан касаются состояния и организации борьбы с распространением ИППП/ВИЧ. Это вызвало необходимость изучения эпидемиологии, клинико-патогенетических особенностей, организации лечебно-профилактических мероприятий бактериальных инфекций, передающихся половым путем.

Под наблюдением находились 350 пациентов, больных хроническими уrogenитальными инфекциями и 50 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 40 лет и старше. Мужчины составили 200 человек, женщины – 150, в контрольной группе – соответственно 30 и 20.

Всем пациентам были проведены общеклинические, лабораторные исследования: бактериоскопические, бактериологические и серологические методы. Для диагностики уrogenитальных инфекций выполнялись реакции ИФА, ПИФ и ПЦР. Лабораторные исследования выполнялись в лаборатории кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», РКЦКВБ, ГКЦКВБ г. Душанбе, ГКБКБ г. Душанбе и ГУ «Таджикский научно исследовательский институт профилактической медицины».

Большинство больных уrogenитальным хламидиозом, уреамикоплазмозом и микстинфекцией были в возрасте наибольшей трудовой и сексуальной активности (18-30 лет). Возраст больных колебался от 18 до 40 и более лет, в среднем -  $26,7 \pm 1,7$  лет, в контрольной группе –  $28,3 \pm 1,6$  лет, т.е. средний возраст больных в обеих группах был сопоставим.

Социальное положение больных было следующим: трудовые мигранты – 130 (37,2%) человек, домохозяйки – 60 (17,1%), частные предприниматели – 54 (15,4%), временно неработающие – 47 (13,4%), рабочие – 29 (8,3%), военнослужащие – 21 (6,0%), студенты – 9 (2,6%). Большинство больных – 186 (53,1%) – составили женатые мужчины, замужние женщины, 109 (31,2%) – холостые, 55 (15,7%) – разведенные. Алкоголь употребляли 75 (21,4%) больных, курили – 66 (18,9%).

Высшее образование имели соответственно 68 (19,4%) и 15 (30%) больных основной и контрольной групп, среднее специальное – 110 (31,4%) и 14 (28,0%), среднее – 172 (49,1%) и 21 (42,0%). В основном пациенты имели незначительные представления о сифилисе, гонорее, СПИДе. Только 44 (12,6%) опрошенных пациентов ОГ и 22 (44,0%) КГ назвали хламидиоз, уреамплазмоз, микоплазмоз.

Длительность течения УГХ, УГУМ и микстинфекции более двух лет была отмечена в 131 (37,4%) случае, продолжительность заболевания 1-2 года отмечалась в 116 (33,1%) случаях, длительность заболевания свыше 6 месяцев была отмечена в 103 (29,5%) случаях.

Диагноз УГХ, УГУМ и микстинфекции подтвержден результатами клинических и лабораторных исследований. У 117 (33,4%) больных диагностирована хроническая хламидийная инфекция, у 119 (34,0%) – хронический уреамикоплазмозная инфекция и у 114 (32,6%) – хронический хламидийно-уреамикоплазмозная инфекция. Все больные ранее лечились безуспешно по поводу УГХУМ и его осложнений.

Для диагностики урогенитальных инфекций у обследованных больных использовали различные методы: ПИФ, ПЦР, ИФА и бактериологический.

Ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы проводилось на аппарате Aloka SSD-500 с использованием трансректального датчика (7,5 мГц).

В зависимости от использованных методов лечения больные были распределены на 3 группы. Первой группе - 120 больных с урогенитальным хламидиозом - использовано только этиотропное лечение, которое проводилось зумаamedом (азитромицин) по схеме, предложенной Европейским руководством по ИППП (2001): по 1 г 1 раз в неделю – 3 недели. Курсовая доза препарата составила 3 г.

Во второй группе было 110 больных с урогенитальным уреамплазмозом и микоплазмозом. Больным проведено комплексное лечение зумаamedом и иммуностимулятором тимогаром по 1 мл в/м 1 раз в день, в течение 10 дней.

В третьей группе находилось 120 больных с микст инфекцией, которым применено комплексное лечение (этиотропное и иммуностимулятор тимоцин), который вводился в/м по 1 мл 1 раз в день, в течение 10 дней.

При смешанной инфекции с трихомонадами и/или гарднереллами назначался квинзол (орнидазол) по 500 мг 2 раза в день, в течение 10 дней. Кроме это, больные получали флукозам (флуконазол) 150 мг каждые 5 дней.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием соответствующих функций Microsoft Excel 2016 и программного обеспечения Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., USA).

**Результаты исследования.** При изучении архивных материалов нами установлено, что в советское время информация об истории развития в Таджикской ССР отдельных специализированных медицинских служб представляла бесспорный интерес.

Согласно данным ряда авторов, на территории современных среднеазиатских республик до присоединения их к России (до второй половины 19 столетия) отсутствовали медицинские учреждения и, соответственно, не было медицинских работников. В Бухарском ханстве людей лечили табибы, знахари и, так называемые, бабки–повитухи, у которых не было соответствующего медицинского образования.

Нами установлено, что к 1913 году в Бухарском Ханстве имелась одна русско-туземная больница в г. Бухаре, которая была первым лечебным учреждением. Она была построена в 1891 году и была рассчитана на 30 койко-мест для стационарных больных, в её составе имелись аптека и амбулаторий, в том числе амбулаторий для пациентов женского пола. В этом лечебном учреждении работали 2 врача, 3 медицинских работника среднего звена и 1 провизор. В больнице в 1910 г. лечились 34 больных с диагнозом сифилис (21 мужчина и 13 женщин), 2911 венерических больных были приняты амбулаторно.

В 1913 году на территории Бухарского ханства работали 13 врачей и 38 медицинских работников среднего звена, включая 6 стоматологов (то есть на 10 тыс. жителей приходилось 0,13 врача и 3,8 среднего медперсонала). По данным Центрального государственного архива Узбекской ССР (ф.3, оп.1, ед. хр. 248, л. 624), в начале 20-го века на территории Бухарского ханства существовало несколько лечебных учреждений. В городе Худжанде имелась больница на 15 койко-мест, в городе Пенджикенте - лечебное учреждение на 6 койко-мест, в городе Ура-Тюбе - на 5 койко-мест, в Нау и в селении Надеждино функционировали сельские медицинские учреждения, рассчитанные на 6 койко-мест, кроме этого

существовали несколько амбулаторных пунктов, что в совокупности составляло около 0,4 больничных коек на 10 тыс. населения.

В дальнейшем были открыты приемное отделение в г. Чарджоу, Керкинское амбулаторное учреждение и еще одно амбулаторное учреждение - в Пата-Гиссаре при военном лазарете. Кроме того, согласно ряду данных, в Бухарском Ханстве, где проживало свыше 3 млн. людей, функционировали ещё несколько небольших амбулаторных учреждений, рассчитанных на 25–30 койко-мест.

На территории современного Таджикистана функционировало только одно амбулаторное учреждение для жителей г. Худжанда, которое было открыто в 1886 г. В работах Усмона Шокира (2008) говорится о появлении первых медпунктов в Худжанде, Нау, Ура-Тюбе, Пенджикенте в 70-е годы XIX века. В дальнейшем, в 1881 году, была открыта первая глинобитная «русская» больница в Пенджикенте, где работали русские врачи.

Таким образом, до установления Советской власти большинство медицинских учреждений находились на территории нынешнего Северного Таджикистана.

С первых дней установления Советской власти вопросы охраны здоровья населения нашего края постепенно стали налаживаться. Первым гражданским лечебным учреждением Таджикской АССР была глазо-хирургическая амбулатория, которая открылась в г. Душанбе в феврале 1925 г. В том же году она была реорганизована в городскую больницу и переведена из бердановых бараков в здание европейского типа. Число коек в больнице с 8 возросло в июне 1925 г. до 33, девять коек из них предназначены были для лечения терапевтических и венерических больных. В последующем глазо-хирургическая амбулатория была реорганизована в городскую больницу, а 1928 году - в республиканскую больницу.

В 1925-1926 гг. заболеваемость сифилисом населения региона составляла 3,1%, в отдельных районах она была еще выше. Наркомздравом автономной республики были приняты меры по организации специализированной кожно-венерологической помощи. В составе центральной амбулатории г. Душанбе в 1926 г. был открыт венерологический пункт. В 1927 г. в Худжанде в составе городской амбулатории организован венерологический кабинет.

В г. Душанбе в составе городской амбулатории был организован кожно-венерологический диспансер, который начал функционировать с октября 1928 г. Это было первое в республике узкоспециализированное лечебное учреждение. Распространение кожных и венерических заболеваний среди населения, особенно сельского местности, способствовало принятию мер по развитию кожно-венерологической сети в регионах. В 1929 г. в республике функционировали уже 9 кожно-венерологических учреждений, включая городской специализированный диспансер и амбулаторный кабинет дерматовенерологии, которые были открыты в г. Душанбе. Аналогичные кабинеты были открыты в г. Худжанде при городской поликлинике, кожно-венерологический кабинет в г. Куляб при городской поликлинике, кабинет при детской консультации; венерологические кабинеты в Канибадаме и в Ура-Тюбе, в Курган-Тюбинском и Пенджикентском округах работали 3 венерологических отряда.

Установлено, что кожно-венерологическая служба республики в конце 30-х годов получила значительное развитие, почти во всех городах и крупных районах были организованы диспансеры, кабинеты и пункты.

В 1933 году при КВД города Худжанда был открыт первый дерматовенерологический стационар, рассчитанный на 26 пациентов. Несколько позже, в 1935 году, в Душанбе на базе Республиканской больницы (получившей в последующем название ГКБ №1) был открыт дерматовенерологический стационар, рассчитанный на 20 койко-мест, а к концу того же года начала функционировать и грибковая больница, рассчитанная на 50 койко-мест (называвшаяся тогда фавозной больницей).

До начала Великой Отечественной войны республика имела развитую сеть кожно-венерологических учреждений. В этот период в городах и районах функционировало 31

специализированное кожно-венерологическое учреждение с 174 койками.

В период Великой Отечественной войны многие врачи и средние медицинские работники кожно-венерологических учреждений были мобилизованы в ряды Красной Армии. В связи с этим, темпы развития службы дерматовенерологической помощи несколько снизились. Кожно-венерологическая служба республики получила дальнейшее развитие в послевоенный период. В связи с усилением борьбы с заразными кожными и венерическими заболеваниями в 1945 г. в Таджикской ССР были организованы 2 межрайонных кожно-венерологических диспансеров, 10 – кожно-венерологических пунктов и увеличено количество специализированных коек к концу 1945 г. до 240. Обращалось внимание на создание при них диагностических лабораторий, подготовку врачей дерматовенерологов, врачей-лаборантов и работников среднего звена.

Большие сдвиги в развитии службы кожно-венерологической помощи произошли в 50-60 годы XX века. В это время почти во всех городах и районах были организованы кожно-венерологические учреждения со стационарами, оснащенные современным диагностическим и лечебным оборудованием. В дальнейшем коечная обеспеченность дерматовенерологических отделений республики продолжала расти, составив к 1965 году 765 коек, к середине 70-х годов – 1650, к середине 80-х годов развернуто было 1740 кожно-венерологических коек, что полностью обеспечивало госпитализацию больных. В дальнейшем, в связи со значительным уменьшением числа больных венерическими и заразными кожными заболеваниями, количество дерматологических коек в республике было сокращено, составив к началу 90-х годов 1167 коек. Согласно постановлению Правительства Республики Таджикистан “О рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы” сокращены 282 дерматологических койки, в настоящее время функционируют 885 коек, из них 690 стационарных и 195 дневных коек.

Установлено, что особенностью борьбы с венерическими болезнями в СССР является ее государственный характер, который был определен сразу же после установления Советской власти в 1918 году. Диспансерный метод ведения больных хроническими кожными заболеваниями кожно-венерологические учреждения Таджикской ССР начали проводить с 1965 г. Диспансерный метод борьбы с венерическими болезнями не имеет аналогов в мире. Все принципы диспансерного метода взяты на вооружение Всемирной организацией здравоохранения, на их основе построены рекомендации ВОЗ по организации борьбы с распространением венерических болезней.

Установлено, что в 1970-х годах в республике функционировало 61 кожно-венерологическое учреждение (18 диспансеров, 9 отделений и 34 кабинета). Обеспеченность койками составляла 5 на 10000 населения (средне союзный показатель – 2,3). В службе работали 143 врача дерматовенеролога и 25 врачей-лаборантов.

Подготовка медицинских кадров высшей и средней квалификации и, в дальнейшем, последипломная их переподготовка проводилась, в основном, учебными заведениями республики. В конце 1939 г. в столице республики был создан медицинский институт, в дальнейшем - медицинские училища, что резко улучшило перспективы обеспечения республики врачами и работниками среднего медицинского персонала на будущее время. Так, если в 1945 году дерматовенерологов в республике было 20 человек, то уже к концу 60-х годов их количество увеличилось до 101, а к середине 70-х годов – до 143. В конце 80-х годов количество врачей дерматовенерологов в республике достигло 182 человек.

В дальнейшем после укрупнения некоторых кожно-венерологических диспансеров к середине 80-х годов специализированную помощь населению республики оказывали 56 учреждений, в том числе 16 диспансеров, 9 отделений и 31 кабинет. При них функционировали 22 серологических, 20 клинико-диагностических и 6 бактериологических лабораторий.

Первичная специализация и усовершенствование врачей дерматовенерологов Таджикистана начали проводиться с конца 40-х годов прошлого столетия. До конца 50-х годов для обучения специальности и повышения квалификации врачи-дерматовенерологи

республики выезжали в другие города бывшего СССР. С начала 60-х годов первичная подготовка и переподготовка врачей-дерматовенерологов начала осуществляться на кафедре кожных болезней ТГМИ им. Абуали ибни Сино. В начале 70-х годов на базе Республиканского кожнодиспансера была организована годичная специализация (интернатура) для подготовки врачей-дерматовенерологов. В 1986 году при факультете усовершенствования врачей Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино на базе республиканского кожно-венерического диспансера был открыт курс дерматовенерологии.

Сотрудники кафедры кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино и врачи кожно-венерологических диспансеров успешно занимались разработкой научных проблем, актуальных в условиях Таджикистана. В советский период дерматовенерологами были защищены 2 докторские и 10 кандидатских диссертаций, ими опубликовано было около 230 статей, методических разработок, монографий, брошюр, получены 6 удостоверений на рационализаторские предложения.

За этот период было проведено 5 республиканских научно-практических конференций, которые охватывали актуальные проблемы кожно-венерологической службы республики.

Первый венерологический пункт в г. Душанбе был организован в 1926 г., первый кожно-венерологический диспансер - в 1928 году, который в 1931 г. был переименован в Республиканский кожно-венерологический диспансер. С 1941 г. на базе ГКБ №1 начала функционировать кафедра дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского института и кожное отделение, а в 1970 г. в городе Душанбе организовался Городской кожно-венерический диспансер. В республике в этот период работали 200 врачей дерматовенерологов.

Первый медпункт в г. Кулябе появился в 1928г., в этот же период был организован отдел здравоохранения исполнительного комитета Кулябского городского совета депутатов трудящихся. В 1930 г. в г. Кулябе был открыт первый кабинет дерматовенерологической помощи, в последующем кожно-венерологические учреждения открывались в 60-70-ые годы, среди них 4 ЦКВД, 4 кожных отделения при ЦРБ и 6 коженкабинетов.

Первый медицинский пункт в городе Курган-Тюбе был открыт в 1927 году, однако первое специализированное дерматовенерологическое учреждение в городе начало работать только с 1958 г., когда была открыта областной кожно-венерологический диспансер (ОКВД). В последующие годы во всех районах Курган-тюбинского региона начали функционировать кожно-венерологические кабинеты, отделения и диспансеры: в 5 районах - КВД и 7 районах – коженкабинеты.

В Согдийской (ранее Ленинабадской) области первый медпункт был открыт в г. Худжанде в 1927 году, первый пункт дерматовенерологической помощи – в 1928 году. В дальнейшем, в 1931 году, в городе Худжанде, на базе санитарно-бактериологической лаборатории открыто серологическое отделение, а в 1932 году - первое здание кожно-венерического диспансера. В последующем, кожно-венерологические кабинеты и отделения были открыты в Джаббар - Расуловском районе (1935 г.), далее в Аштском районе (1963 г.), г. Канибадаме (1967 г.), Истаравшане (1967 г.), Пенджикенте (1967 г.), Исфаре (1970 г.) и в других районах. В большинстве дерматовенерологических учреждений Согдийской области не хватает врачей.

На базе областной поликлиники города Хорога в 1938 г. впервые был открыт кабинет дерматолога. В 1955 году на базе инфекционного отделения областной больницы были открыты две палаты для кожных заболеваний. В 1966 году в г. Хороге был открыт ОКВД. В разные годы в ГБАО были организованы кабинеты и отделения дерматовенерологической помощи, но из-за нехватки кадров их пришлось вскоре закрыть. В последние годы население ГБАО обслуживается, в основном, на базе ОЦКВБ г. Хорога, при центре создана

лаборатория. Кроме этого, в настоящее время функционируют кожвенкабинеты в Дарвазском и Ванчском районах.

Первый медпункт и первая амбулатория в РРП открылись, соответственно, в 1929 году в Раштском (ранее назывался Гармский район) и в 1933 г. в Файзабадском районах. В разные годы в РРП функционировали кожно-венерологические кабинеты и диспансеры. В городе Турсунзаде в 1948 году была открыта кожно-венерологическая больница, в городе Вахдате (Орджоникидзабад) в 1949 году и в Гиссарском районе в 1953 г. были открыты кожные отделения, а в остальных районах и городах кожные кабинеты на базе ЦРБ. В 90-е годы большинство дерматовенерологических учреждений переименованы в центры кожно-венерических болезней. Они продолжают функционировать, но в некоторых РРП, не хватает специалистов.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что в своем развитии служба дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан прошла сложный исторический путь. На территории Бухарского Ханства отсутствовали лечебные и фармацевтические учреждения, а также медицинские и фармацевтические кадры. Перед началом Великой Отечественной войны республика уже имела развитую сеть кожно-венерологических учреждений, в дальнейшем она сформировалась и развивалась как самостоятельная система, имела период расцвета и деструкции. В первые годы независимости отмечался спад в работе дерматовенерологической службы республики. В настоящее время наблюдается восстановление данной службы.

**Развитие службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в новых социально-экономических условиях.** В конце 80-х годов, перед развалом СССР и приобретением нашей страной независимости службу дерматовенерологической помощи представляли 56 учреждений, среди них головная организация - Республиканский КВД, 4 областных КВД, один душанбинский городской КВД, 10 районных КВД, кожные отделения – в 9 районах и в 31 районе - кожно-венерологические кабинеты. Кроме этого, функционировали кафедра кожных и венерических болезней ТГМИ им. Абуали ибни Сино, курс дерматовенерологии факультета усовершенствования врачей ТГМИ им. Абуали ибни Сино и кожное отделение ГКБ №1 г. Душанбе.

В первые годы независимости (90-е годы) функционировавшая на тот момент система здравоохранения и её службы по оказанию медико-санитарной помощи были малоэффективными в плане решения нарастающих проблем по охране здоровья населения страны. За годы политической нестабильности (1991-1997 гг.) в стране был нанесён серьёзный ущерб объектам здравоохранения, в том числе службы дерматовенерологической помощи, начиная с южных областей и, постепенно, по всей республике. Пострадали дерматовенерологические учреждения, лабораторное оборудование значительно устарело, и для проведения общего и текущего ремонта требовались большие затраты, но на тот момент экономическое состояние республики не позволило в короткий срок устранить их.

В конце 90-х – начале 2000-х годов по всей стране кожно-венерологические учреждения (диспансеры, отделения, кабинеты) стали переименовываться в центры. В республике в данное время работают Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней, 3 областных центра кожных и венерических заболеваний, 1 Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе, 1 Городская клиническая больница кожных болезней г. Душанбе, 21 центр кожных и венерических болезней, 4 кожных отделения и 35 кожных и венерических кабинетов. За время независимого существования республики было подписано более 38 правовых документов отрасли.

В настоящее время на территории республики количество врачей отрасли составляет 245 человек, 0,2% приходится на 10 000 населения. Из этого числа 5 докторов медицинских наук и 24 кандидата медицинских наук.

Из 245 специалистов 198 врачей (80,8%) имеют квалификационную категорию (80 - имеют высшую категорию, 76 - первую и 42 - вторую).

В первые годы независимости республики, особенно в 1995-1997 гг, количество больных инфекциями, передающимися половым путем, резко увеличилось, показатель заболеваемости достиг, в среднем, 23 на 100 тысяч населения. С 2000 года до 2004 года этот показатель снизился с 12,9 до 10,6 больных на 100 тысяч населения, к 2020 году он уменьшился до 4,3.

В целом, благодаря суверенитету в течение 30 лет во многих городах и районах республики закреплена материально-техническая база отрасли услуг кожных и венерических болезней, было приобретено современное медицинское оборудование, что напрямую способствует повышению качества медицинских услуг.

Сотрудники кафедры дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «ИПОСЗРТ» за это время подготовили 5 докторов наук, свыше 25 кандидатов наук, 3 учебника, свыше 15 монографий, свыше 20 учебных пособий, более 150 методических рекомендаций, более 500 статей и множество рацпредложений.

В настоящее время в г. Душанбе функционируют 3 кожно-венерологических учреждения: РКЦКВБ, ГКЦКВБ и ГКБКБ. В городе Душанбе работают 107 врачей дерматовенерологов, что превосходит штатные нормативы в 2,3 раза. В настоящее время в республике работают 245 врачей дерматовенерологов, не хватает 43,2%.

В РКЦКВБ работают 24 врача. В структуру РКЦКВБ входят стационарное и амбулаторное (ОМО, кожные, грибковые и венерические кабинеты) отделения. Стационар содержит 100 коек и состоит из кожного и грибкового отделений. Квалификационную категорию имеют 16 врачей, из них с высшей квалификационной категорией 12 (50%) врачей, первой – 1 (4,2%), второй – 3 (12,5%). Из общего числа врачей 66,7% имеют категорию. 1 (4,2%) врач не имеет категории и 6 (25%) врачей являются молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет. РКЦКВБ обеспечен современным лабораторным оборудованием - люминесцентный микроскоп и иммуноферментный анализатор. На базе РКЦКВБ располагается кафедра дерматовенерологии медицинского факультета Таджикского национального университета (ТНУ).

В прошлом в состав ГКЦКВБ входили поликлиническая часть и венерологическое отделение на 100 коек. В структуре ГКЦКВБ г. Душанбе имеются 5 амбулаторных отделений (приёмное отделение для взрослых, для детей, приёмное отделение инфекционных кожных заболеваний и приемное отделение венерических болезней) и 2 стационарных отделения (взрослое кожное отделение и детское кожное отделение). Кроме этого, имеется лаборатория, состоящая из клинического и серологического отделений, физиотерапевтический кабинет, в котором одновременно можно провести косметологическое лечение и криотерапию. В настоящее время в ГКЦКВБ г. Душанбе работают 41 врач, из них с высшей квалификационной категорией - 29 врачей (70,7%), первой категорией – 6 (14,6%), второй категорией – 2 (4,9%), в общем числе категорийность врачей составляет 90,2%. 4 (9,8%) врача являются молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет.

На базе ГКЦКВБ с 2010 года располагается кафедра дерматовенерологии ГОУ «ИПОСЗ РТ», в которой в 2015 году открылся курс косметологии. В настоящее время на кафедре дерматовенерологии с курсом косметологии работают 1 д.м.н., 5 к.м.н. и 2 не остепенённых ассистента. На кафедре проводится научно-исследовательская работа, которая позволила подготовить 1 доктора и 11 кандидатов медицинских наук.

Население г. Душанбе обслуживает также ГКБКБ, которая образовалась в 2007 году вместо бывшего кожного отделения ГKB №1. ГКБКБ располагается в новом 5-этажном здании, построенном специально для дерматовенерологической службы г. Душанбе. В своем составе ГКБКБ имеет амбулаторное и стационарное отделения (на 50 коек), лабораторное и физиотерапевтическое отделения, которые обеспечены современным оборудованием и реактивами. В настоящее время в ГКБКБ г. Душанбе работают 17 врачей, из них с высшей квалификационной категорией 5 врачей (29,4%), первой категорией – 1 (5,9%), второй

категорией – 4 (23,5%). 7 (41,2%) врачей, являясь молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет, не имеют категорию. В общем числе категорийность врачей составляет 58,8%. Из общего числа врачей 3 имеют ученое звание кандидата медицинских наук.

В ГКБКБ имеется современное лабораторное оборудование: иммуноферментный анализатор и люминесцентный микроскоп. На базе ГКБКБ располагается кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. На кафедре работают 1 член корр. НАН РТ, 2 доктора медицинских наук, 8 доцентов, 2 старших преподавателя и 2 ассистента. Следует отметить, что сотрудники кафедры занимаются также лечебной работой, проводя обследование и лечение больных разными кожными и сексуальными заболеваниями. Кроме этого, сотрудники кафедры проводят научно-исследовательскую работу. За прошедшие годы ими подготовлены свыше 25 кандидатов и 10 докторов медицинских наук.

Следует отметить, что укомплектованность дерматовенерологических учреждений г. Душанбе медицинскими кадрами (врачи, средние медицинские работники) составляет 100%, тогда как в республике в настоящее время трудятся 245 врачей дерматовенерологов, что составляет 56,9% от требуемого по штату.

Таким образом, исследования показали, что служба дерматовенерологической помощи г. Душанбе полностью укомплектована медицинскими кадрами, однако специализированное обслуживание населения города налажено в недостаточной степени – отсутствуют современные лабораторные способы диагностики ИППП и заразных кожных болезней (ПЦР аппараты).

Недостатками дерматовенерологической службы г. Душанбе является слабая координация действий со смежными медицинскими службами (урологической, гинекологической и первичной медико-санитарной помощи) и частными медицинскими центрами, лабораторное подразделение недостаточно оснащено современными диагностическими аппаратами.

Служба дерматовенерологической помощи Хатлонской области, как составная часть сектора здравоохранения региона, представлена 26 учреждениями медицинской помощи, из них 2 Региональных центра кожных и венерических болезней (в г. Кулябе и г. Бохтаре) и 11 кожно-венерических центров (КВЦ) и 13 кожно-венерических кабинетов, расположенных в административных районных центрах Хатлонской области.

В Кулябском регионе первый кожно-венерологический кабинет был организован в 1930 году в городе Кулябе, в дальнейшем он был преобразован в городской, а затем в областной кожно-венерологический диспансер. В последующем кожно-венерологические учреждения были открыты в 1949 году в Восейском районе, затем в 1961 году - в Фархарском районе, в 1963 г. - в районе Мир Сайид Али Хамадони, в 1975 г. - в Темурмаликском районе, в 1976 г. - в Муминабадском районе, в 1978 г. - в Дангаринском и Хавалингском районах, в 1979 г. - в городе Нурек, в 1990 г. - в Балджуванском районе, в 1992 г. - в Кулябском районе и в 1993 г. - в районе Ш. Шохина. Во всех 12 городах и районах Кулябского региона имеются кожно-венерологические учреждения: 3 центра кожных и венерических болезней (в г. Кулябе, Восейском и Фархарском районах), 3 кожных отделения и 6 кабинетов при ЦРБ). Обеспеченность врачами дерматовенерологами в ЦКВБ г. Куляба и г. Нурек составляет 100%, в Восейском, Фархарском, Мир Сайид Али Хамадони, Темурмаликском, Муминабадском, Дангаринском, Кулябском и Ш. Шохинском районах отмечается нехватка специалистов дерматовенерологов, а в Ховалингском и Балджуванском районах врачи дерматовенерологи отсутствуют. В настоящее время в Кулябской зоне Хатлонской области трудятся 23 врача дерматовенеролога вместо необходимых 57. Обеспеченность врачами дерматовенерологами региона составляет 41% от требуемого по штату.

Во всех дерматовенерологических учреждениях Кулябской зоны, кроме города Куляба, отсутствует лабораторная служба. Имеющаяся в региональном ЦКВБ г. Куляба лаборатория укомплектована только на 40%. Категорийность врачей дерматовенерологов в кожно-венерологических учреждениях районов Кулябской зоны Хатлонской области

составляет 82,6%, среди работников среднего медицинского персонала - 87,5%, без учета молодых специалистов.

В Бохтарском регионе Хатлонской области дерматовенерологические учреждения начали функционировать с 1958 г. В настоящее время название ОКВД заменено на Хатлонский ОЦКВБ. В большинстве районов Бохтарского региона дерматовенерологические учреждения (КВК, КВО, КВД) открылись в 60-70-е годы, и в настоящее время они есть во всех районах. После Хатлонского ОЦКВБ, в Бохтарском регионе были открыты кожно-венерические кабинеты в 1965 г. в Шаартузском районе, в 1968 г. - в Пянджском и Вахшском районах, в 1969 г. - в Яванском и Кушониенском районах, в 1973 г. - в Джайхунском, в 1975 г. - в Кабадианском районах, в 1978 - в районе Дусти, 1979 г. - в районе Джамии и Хуросонском районе, в 1987 г. - в Леваканде и Дж. Балхи и в 1993 г. - в Носир Хусравском районе. Большинство из них с начала 2000 годов стали называться центрами кожно-венерических болезней (ЦКВБ). В настоящее время в Бохтарском регионе функционируют 1 ОЦКВБ, 6 ЦКВБ и 7 кожвенкабинетов. Кроме ОЦКВБ, во всех дерматовенерологических учреждениях Бохтарского региона Хатлонской области наблюдается нехватка специалистов дерматовенерологов, а в Н. Хусравском районе врача дерматовенеролога нет. В настоящее время в Бохтарском регионе работают всего 30 дерматовенерологов вместо необходимых 91. Обеспеченность региона врачами специалистами составляет 33%. Категорийность врачей дерматовенерологов в кожно-венерологических учреждениях районов Бохтарской зоны Хатлонской области, без учета молодых специалистов, составляет 74,4%, работников среднего медицинского персонала - 78,4%.

По всей Хатлонской области работают 53 врача дерматовенерологов вместо 148 положенных по штату, обеспеченность региона врачебными кадрами составляет 35,8%. Квалификационную категорию имеют 41 (77,4%) врач, 4 (7,5%) врача не имеют категории и 8 (15,1%) являются молодыми специалистами со стажем работы до 7 лет. 24 врача (45,3%) имеют высшую квалификационную категорию, 9 (17,0%) - первую и 8 (15,1%) - вторую.

Всевышеизложенное свидетельствует о низком уровне организации службы дерматовенерологической помощи населению области, укомплектованность медицинскими кадрами низкая, отсутствуют современные лабораторные способы диагностики ИППП и заразных кожных болезней (ПИФ, ИФА и ПЦР аппараты), что требует принятия мер организационно-структурного характера.

В Согдийской области первый кожно-венерологический кабинет открылся в 1928 году в городе Ходженте, где работали врачи дерматовенерологи. Там же, в 1932 году был открыт кожно-венерический диспансер. Все действующие в настоящее время дерматовенерологические учреждения, кроме г. Истиклол, начали функционировать в разные годы Советского периода: в 1935 г. в Дж. Расуловском районе, в 1963 г. в Аштском районе, в 1967 г. в городах Пенджикенте, Канибадаме и Истаравшане, в 1969 г. - в г. Бустон и Гулистон, в 1970 г. - в г. Исфара и Б. Гафуровский районе, в 1972 г. - в Спитаменском районе, в 1977 г. - в Матчинском районе, в 1984 г. - в Айнинском, Шахристанском, Горно-Матчинском и Деваштишском районах. В г. Истиклол кожвенкабинет был открыт с 2010 года. В настоящее время население Согдийской области, составляющее 2633500 человек, обслуживается разветвленной сетью службы дерматовенерологической помощи, которая состоит из 16 учреждений, в том числе 1 ОЦКВБ, 4 ЦКВБ с отделениями и 11 кожвенкабинетов при ЦРБ. В области развернуто 270 дерматологических коек. Согласно существующим штатным нормативам, укомплектованность службы специалистами составляет 38% (вместо требуемых 118 врачей работают только 45). Только в 4 населенных пунктах (2 в г. Худжанде, по 1 - в г. Пенджикенте, г. Канибадаме и Истаравшане) работают врачи лаборанты. Высшую квалификационную категорию врача дерматовенеролога имеют 27 (60,0%) человек, первую - 5 (11,1%), вторую - 2 (4,4%). В сравнении с другими регионами республики, в Согдийской области, несмотря на нехватку в некоторых районах специалистов, работа в этом направлении ежегодно улучшается, хорошо налажена работа в единственной лаборатории при ОЦКВБ, где проводится диагностика ИППП и кожных

болезней современными методами (ПИФ, ИФА, РПГА, бактериологическое исследование). В Согдийской области, как и других областях республики, имеется дефицит кадров.

В состав Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) входят город Хорог и 7 районов. Нами установлено, что служба дерматовенерологической помощи ГБАО имеет свое начало в 1938 году, когда на базе Областной поликлиники города Хорога, в 1938 г., впервые был открыт кожно-венерологический кабинет. В 1955 году на базе инфекционного отделения областной больницы были открыты две палаты для кожных заболеваний. В 1966 году в г. Хороге был открыт ОКВД. В дальнейшем по всей области были открыты кожные кабинеты, но, в связи с отсутствием специалистов, их пришлось закрыть. В последние годы население ГБАО обслуживается, в основном, на базе ОЦКВБ г. Хорога. Кроме этого, в настоящее время функционируют кожвенкабинеты в Дарвазском и Ванчском районах. Обеспеченность по кадрам врачей дерматовенерологов в ГБАО составляет 60% (работают 6 дерматовенерологов вместо 10 по штату), тем не менее, ситуация в ГБАО является критической, так как в 5 из 8 районов ГБАО отсутствуют специалисты, во всех районах отсутствуют специальные лаборатории и врачи лаборанты. В ГБАО из 6 работающих дерматовенерологов 4 (66,6%) имеют высшую квалификационную категорию, первую – 1 (16,7%), вторую – также 1 (16,7%). В общем, 100% врачей имеют категорию.

В районах республиканского подчинения (РРП) кожно-венерологические учреждения открылись в разные годы советского периода. В 40-е годы открылись 3 подразделения: первым в 1940 году - кожно-венерологический кабинет в Нурабадском районе, затем в 1948 г. - кожно-венерологическая больница в городе Турсунзаде на 10 коек, в 1949 году – кожное отделение в городе Вахдате на 10 коек, которое впоследствии было закрыто. В 50-ые годы организовались: в Гиссарском районе в 1955 г. - кожное отделение на 10 коек, в 1958 г. – кожно-венерологический кабинет при ЦРБ – в Таджикабаде. В 60-80-е годы - в остальных районах и городах были открыты кожные кабинеты на базе ЦРБ. В 90-е годы большинство дерматовенерологических учреждений переименованы в центры кожно-венерических болезней. Они продолжают функционировать в настоящее время. Во многих районах не хватает врачей специалистов, а в некоторых – они отсутствуют.

Анализ ситуации показывает, что в РРП состояние кожно-венерологической службы является неудовлетворительным: при необходимых по нормативным данным 96 врачах дерматовенерологах в наличии имеются только 22, что составляет лишь 23%, т.е. на 77% не хватает специалистов. Профильные лаборатории с лаборантами среднего звена, проводящие ограниченное количество несложных исследований, имеются в единичных районах. Поэтому жители этого региона не получают высококвалифицированную помощь и, в основном, обращаются за нею в г. Душанбе. В настоящее время в РРП работают 22 врача, из них с высшей квалификационной категорией - 7 врачей (31,8%), первой – 4 (18,2%), второй – 3 (13,6%), в общем 63,6% врачей имеют категорию. 3 (13,6%) врача не имеют категории и 5 (22,8%) являются молодыми специалистами со стажем работы до 7 лет.

В подведомственных учреждениях укомплектованность врачами дерматовенерологами низкая, а в некоторых отсутствует, что свидетельствует о низком уровне своевременной специализированной помощи. Кроме этого, отсутствуют специфические лаборатории и врачи лаборанты. Рекомендуются выделить штаты и обеспечить медицинские службы силовых структур специалистами дерматовенерологами, врачами лаборантами и организовать лаборатории с современным диагностическим оборудованием и реактивами, так как работники силовых структур относятся к группе риска.

Анализ состояния службы дерматовенерологической помощи областей и районов РТ показывает, что в регионах показатели работы службы отрицательные, укомплектованность врачами дерматовенерологами низкая, обеспеченность врачами лаборантами не соответствует нормативным требованиям, медоборудование устарело и современное лабораторное оборудование отсутствует. Для устранения данных причин нужно принятие соответствующих мер, в первую очередь необходимо организовать лаборатории с современным диагностическим оборудованием и реактивами и усилить координацию

действий между другими специалистами (урологи, гинекологи и семейные врачи) и частными медицинскими центрами.

Становление и развитие службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан условно можно разделить на следующие периоды: дореволюционный, характеризовавшийся отсутствием службы дерматовенерологической помощи (1887-1925 гг.), период становления (1926 - 1940 гг.), период формирования службы дерматовенерологической помощи как самостоятельной системы (1941-1970 гг.), период бурного развития службы – период расцвета специализированной помощи (1971-1990 гг.), период дезорганизации службы дерматовенерологической помощи в годы общественно-политической нестабильности (1992-1997 гг.) и период новейшей истории развития службы дерматовенерологической помощи (с 1998 года).

**Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан (достижения, недостатки).** В первые же годы независимости Республики Таджикистан в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в 90-е годы по ВИЧ/ИППП в 1997 году была утверждена «Стратегия РТ по охране здоровья населения до 2005 года», в том же году была также принята «Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД и БППП в РТ на 1997-1998 годы», а в 2000 году Постановлением № 516 Правительства РТ - новая программа, рассчитанная до 2007 года.

Следует отметить, что ни одно из медицинских направлений не имеет такого количества документов, изданных на правительственном уровне. Это свидетельствует, с одной стороны, о важности и актуальности проблемы ИППП/ВИЧ в Республике Таджикистан, а с другой – о большом внимании правительства к этой проблеме. Доказательством тому являются утвержденные Правительством РТ ряд документов. Например, в 2002 году была разработана «Стратегия РТ по охране здоровья населения в период до 2010 года», которая в последующем была изменена и продлена до 2020 года. Одной из основных задач в данных стратегиях для "Достижения лучшего здоровья" является сокращение распространенности инфекционных болезней, в которой должно быть обеспечено последовательное и непрерывное уменьшение распространенности болезней, передаваемых половым путем (БППП). Особое внимание будет уделено профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП.

Нормативно–правовая база службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до сих пор основывается на действующих, на территории РТ приказах и инструкциях, утвержденных соответствующими приказами МЗ СССР. Это было обусловлено тем, что в Республике Таджикистан был принят закон, утвержденный Президентом от 26.03.2009 года № 506, где в пункте 2 статьи 7 предписано, что все действовавшие в союзные времена законы и иные нормативно-правовые акты, которые не противоречат принятому Основному закону РТ и другим государственным и международным законам, которые признаны Республикой Таджикистан, являются действующими до момента разработки новых соответствующих нормативно-правовых актов.

В целом, существующая нормативно–правовая база службы дерматовенерологической помощи республики нами оценена как не соответствующая современным требованиям и наблюдаемым условиям социально-экономического развития в республике, имеет сдерживающий характер относительно проведения системных реформ, а также ослабляет эффективность использования всех ресурсов здравоохранения.

**Квалификационная характеристика специалиста-врача дерматовенеролога.** Нами установлено, что в действующем документе, регулирующим деятельность службы дерматовенерологической помощи, утвержденном Министром здравоохранения Республики Таджикистан от 06.12.2007 №596 «Квалификационные характеристики специалистов с высшим и средним медицинским образованием» для оценки уровня профессиональной компетентности медицинских работников во время проведения аттестации, а также в период прохождения обучения в системе последипломной подготовки и самообразования

существуют несколько требований. В связи с этим, подготовку врача-дерматовенеролога следует проводить согласно данным требованиям.

Таким образом, наличие квалификационных характеристик специалиста – врача дерматовенеролога необходимо для оценки его профессиональной способности, уровня теоретических и практических знаний.

**Оценка эффективности деятельности службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан.** Оценка эффективности лечебной работы службы дерматовенерологической помощи включает в себя анализ формы и отчета.

Государственная система борьбы с венерическими болезнями в СССР основывалась на единстве управления и планирования, профилактическом направлении, единстве медицинской науки и практики, безопасности и общедоступности высококвалифицированной медицинской помощи, широком участие населения и активной помощи партийных и советских органов.

Профилактическое направление нашло свое отражение в четком диспансерном методе работы и эпидемиологическом подходе в борьбе с венерическими болезнями, который заключался в полноте и оперативности учета заболеваемости, полноте и своевременности госпитализации, локализации очагов и быстром выявлении, и привлечении к лечению источников и всех контактировавших.

На эффективность работы службы дерматовенерологической помощи также влияла квалификация врача дерматовенеролога, результаты лабораторных анализов и качество лекарственных препаратов, которые на 90% поступали из-за пределов республики. Это снижает качество обслуживания больных со стороны специалистов дерматовенерологов.

**Результат анонимного опроса пациентов об удовлетворённости службой дерматовенерологической помощи.** В период реформирования отрасли большую значимость приобретают медико-социальные исследования, позволяющих изучить мнение населения о происходящих изменениях в медицинских учреждениях, планировать организацию медицинской помощи, вносить современные коррективы, в организацию медицинской помощи. Основной целью социологического опроса населения о деятельности службы дерматовенерологической помощи является выявление недостатков в работе службы, получение ответов на важные вопросы, требующие адекватного решения проблем рационального использования людских и материальных ресурсов, стимулирование персонала с целью повышения качества оказываемой помощи. Для осуществления социологического опроса было проведено анкетирование 130 пациентов, госпитализированных по разным показаниям. Анкета состояла из 18 вопросов, в том числе из 5 общих и остальные - по теме опроса. Среди пациентов городские жители составили 70%, сельские - 30%. В социологическом исследовании респонденты (пациенты) мужчины составили 58%, женщины – 42%. В основном, были лица трудоспособного возраста (от 16 до 50 лет), они составили 76,2%. Среди пациентов, обратившихся к дерматовенерологам, служащие составили 31,5%, работники коммерческой структуры – 22,3%, учащиеся (студенты) – 14,6%, рабочие – 13,9%, неработающие – 12,3%, пенсионеры (инвалиды)- 3,1% и прочие – 2,3%. Среди пациентов количество респондентов с высшим образованием составило 29,2%, с неполным высшим образованием – 23,8%, средним – 30,8%, с неполным средним – 10,8%, начальным – 3,1% и без образования – 2,3%.

В период реформирования отрасли здравоохранения большую значимость приобретают медико-социологические исследования, позволяющие изучить мнение населения о происходящих изменениях в медицинских учреждениях. Полученная информация дает возможность органам управления здравоохранением планировать организацию медицинской помощи с учетом мнения пациентов, вносить своевременные коррективы в организацию медицинской помощи.

Для выяснения мнения пациентов о положительных и отрицательных сторонах деятельности службы дерматовенерологической помощи и затруднениях получения

качественной медицинской помощи нами проведен социологический опрос пациентов по специально составленной анкете.

Анкетированию подвергнуто 118 пациентов, 82,2% которых составили городские жители и 17,8% сельские. Среди всех пациентов 57,6% составили мужчины, 42,4% - женщины. Среди анкетированных 45,7% были лица в возрасте 21-40 лет. В структуре обратившихся лиц разного социального положения на первом месте были неработающие – 27,1%, на втором - служащие – 21,2%, на третьем – работающие в разных профилях – 20,3%.

В структуре кратности обращаемости 1 раз в год за помощью к дерматовенерологам обратились 33,1% пациентов, 2 раза – 19,5%, более 2 раз – 25,4%. Лица, не обратившиеся за дерматовенерологической помощью, составили 22%.

Пациенты с высшим образованием 1 раз в год обратились за дерматовенерологической помощью в 32,2% случаев, 2 раза – 21,2%, более 2 раз – 35,6%, 11% пациентов обратились за помощью к другим специалистам.

Мы выяснили, что, независимо от социального положения, 89% пациентов при появлении заболеваний за медицинской помощью обратились в дерматовенерологические учреждения, только 11% - к врачам других специальностей.

Проведенный анализ мнения пациентов выявил, что удовлетворенность работой врачей дерматовенерологической помощи пациентов в целом составляла у 61,9% населения, частично удовлетворены – у 28,8%, а неудовлетворены – у 9,3% населения.

**Социологический опрос специалистов службы дерматовенерологической помощи.** Работа службы дерматовенерологической помощи, объем и качество медицинской помощи в большей степени зависят от уровня материально-технического обеспечения учреждения. В целях изучения существующих проблем и перспектив развития службы дерматовенерологической помощи было проведено анкетирование специалистов службы дерматовенерологической помощи (врачи и средний медперсонал) по специально разработанным формам.

Анкета состоит из 11 вопросов, касающихся нагрузки врача, технической обеспеченности, условий работы, оснащенности кабинетов и лаборатории, доступности медикаментов, своевременного получения физиотерапевтических процедур, о платных услугах и перспективах развития. Были опрошены 120 специалистов службы дерматовенерологической помощи города Душанбе и центральных регионов республики. В исследование были привлечены 50 врачей дерматовенерологов, из них 56,0% мужчин и 44,0% женщин, и 70 средних медработников, работающих в кожно-венерических учреждениях, из них мужчины составили 34,3%, женщины - 65,7%. Среди респондентов количество врачей составило 41,7%, средних медработников - 58,3%, мужчин - 43,3%, женщин - 56,7%. Стаж работы опрошенных выглядит следующим образом: до 5 лет - 28,3%, 6 - 10 лет - 41,7%, 11 лет и более - 30,0%.

Только 12,5% респондентов отметили «высоким» уровень технической и лабораторной обеспеченности службы дерматовенерологической помощи республики, 39,2% - «средним», 48,3% - «низким».

По оценкам респондентов профессию врача дерматовенеролога престижной считают 36,0% врачей и 40,0% средних медработников. Непрестижность профессии врача дерматовенеролога 80,0% респондентов связывают с низкой заработной платой и условиями работы, 13,3% - с неуважением со стороны коллег другой врачебной специальности и 6,7% - с неуважением со стороны населения.

Бесплатные услуги в службе дерматовенерологической помощи поддерживают 59,2% респондентов, за внедрение частичной оплаты 30,0% и за платные услуги 10,8% респондентов. 86,7% респондентов улучшение работы службы дерматовенерологической помощи связывают с повышением заработной платы и улучшением условия работы, 58,3% - с повышением социальной защиты, 46,7% - с современным оснащением лабораторным оборудованием и 10,8% - снижением нагрузки.

**Вопросы реорганизации службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан.** Служба дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан функционирует по принципам, унаследованным от бывшего Советского Союза, и в последние годы в реорганизации и совершенствовании не произошло существенных изменений.

В условиях дефицита финансовых и технических ресурсов и ресурсоемкости службы дерматовенерологической помощи только комплексный подход к организации деятельности данной службы может гарантировать значительный успех в улучшении качества работы.

Нами выделены следующие направления взаимодействия службы дерматовенерологической помощи.

1. В государственной системе здравоохранения:

- с сельскими и городскими центрами здоровья, семейными амбулаториями, стационарами;
- санитарно-эпидемиологической станцией;

2. Государственные медицинские учреждения, не входящие в государственную систему здравоохранения:

- медицинские службы ведомственных учреждений, в том числе исправительные и закрытые, здравпункты различных объектов.

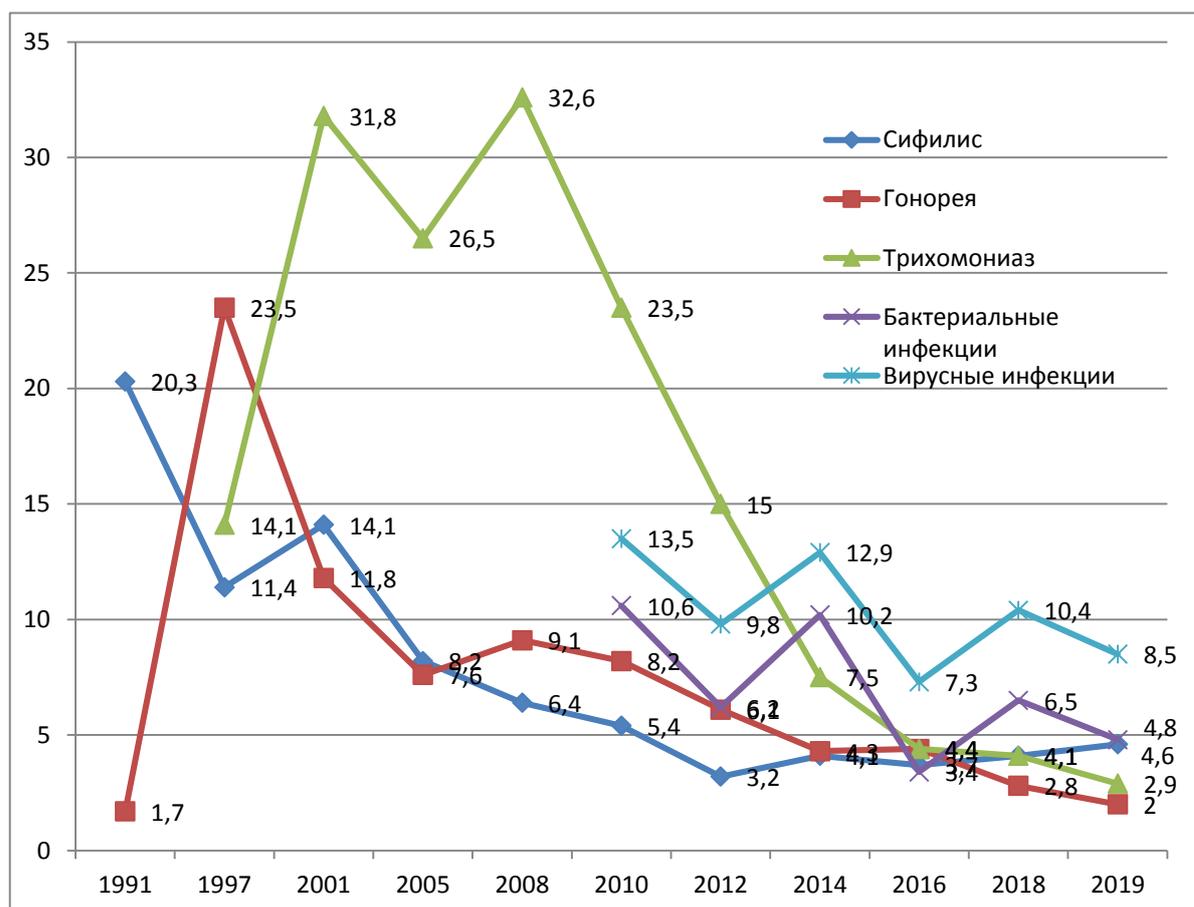
3. Частные медицинские учреждения.

Необходима организация и развитие профессионального взаимоотношения и преемственности между семейным врачом, врачом венерологом и другими специалистами (урологи, гинекологи, онкологи, эндокринологи, фтизиатры, инфекционисты) в зависимости от доступности специализированной помощи, как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах, вне зависимости от существующих моделей организации работы семейного врача (работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика), что приводит к снижению нагрузки на врача дерматовенеролога.

Оптимизация деятельности службы требует соблюдения рекомендаций ВОЗ, которые касаются качества медицинского обслуживания (эффективность, экологичность, адекватность и научно-технический уровень), для чего необходимо было разработать алгоритм приёма, обследования и лечения больных с венерическими заболеваниями в зависимости от места их проживания, а при отсутствии лабораторных методов обследования проведение посиндромного лечения с учетом жалоб больных.

Для успешного внедрения вышеуказанных мероприятий мы изучили эпидемиологию, особенности клинического течения, современные методы лабораторного исследования и способы терапии пациентов с ИППП в РТ.

**Эпидемиология ИППП в Республике Таджикистан.** В 90-е годы в Республике Таджикистан, как и других странах СНГ, возникших после распада СССР, отмечался рост числа заболеваний, передающихся половым путем, особенно сифилиса (рисунок 1).



**Рисунок 1. - Заболеваемость ИППП по Республики Таджикистан с 1991 по 2019 гг. на 100 тыс. населения**

Как видно из данных рисунка 1., заболеваемость сифилисом в РТ на 100 тысяч населения составляла 1,7, а начиная с 1992 года, она начала расти. Наибольшая заболеваемость отмечалась в 1997 году – 23,5 на 100 тысяч населения, то есть рост частоты сифилисом отмечался почти в 15 раз. Начиная с 2010 год, отмечается снижение заболеваемости сифилисом, в 2019 она составила 2,0 на 100 тысяч населения.

В 1991 году заболеваемость гонореей в РТ на 100 тысяч населения составляла 20,3, но, начиная с 1992 года, она начала снижаться, составив в 1997 году 11,4 на 100 тысяч населения. К 2001 году заболеваемость гонореей в РТ начала расти и составила 14,1 на 100 тысяч населения. В последующие годы отмечается снижение заболеваемости гонореей, в 2019 она составила 4,6 на 100 тысяч населения.

Заболеваемость трихомониазом в 1997 году составляла 14,1. К 2001 году она выросла до 31,8, к 2008 году – до 32,6. В дальнейшем заболеваемость трихомониазом населения РТ начала снижаться – до 2,9 на 100 тысяч населения в 2019 году.

Это данные официальной статистики, которые на самом деле как минимум в 4-5 раза ниже фактической. Наиболее выраженный рост заболеваемости ИППП был в столице республики, г. Душанбе.

Росту ИППП способствовали очень многие факторы и в первую очередь гражданская война, которая привела к ухудшению социально-экономического развития страны, массовой миграции населения, как внутри страны, так и за ее пределами, безработице, росту числа лиц, потребляющих наркотики, деструкции координированной деятельности между кожно-венерологической службой и другими ведомствами, увеличению потока порнографических фильмов, падению нравственности и, как следствие этого, увеличению числа работников коммерческого секса.

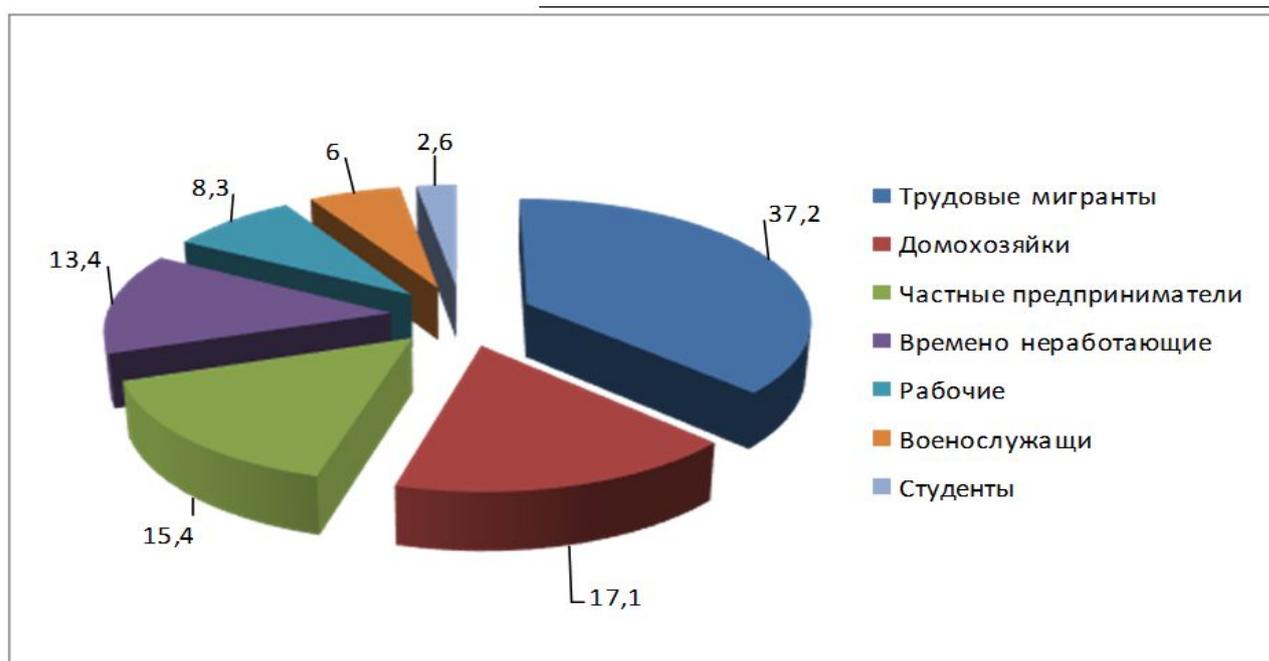
Заболеваемости бактериальными и вирусными инфекциями начали определять с 2010 г. что составило 10,6 и 13,5 на 100 тысяч населения соответственно. Как показывает данные рисунка 1, начиная с 2014 года, отмечается снижение заболеваемости бактериальными и вирусными инфекциями ИППП, в 2019 году они составили соответственно 4,8 и 8,5 на 100 тысяч населения.

Резкое снижение заболеваемости гонореей, а также данные по ИППП последних лет, не отражают истинную картину, так как многие больные ИППП и другими уретритами, лечатся у врачей других специальностей или занимаются самолечением. Это можно убедительно продемонстрировать по данным статистики. По многолетним данным статистики бывшего СССР и других стран соотношение больных сифилисом и гонореей составляет 1:7, – 1:10, т.е. на одного больного сифилисом приходилось 7-10 больных гонореей. Статистика ВОЗ последних лет также подтверждает это. По данным ВОЗ на одного больного сифилисом приходится 5-7 больных гонореей. Такая тенденция до начала 90-х годов держалась и в Таджикистане. Как видно из данных рисунок №1 в начале 90-х годов в нашей стране на одного больного сифилисом приходилось 10-13 больных гонореей, а к середине 90-х годов, особенно начиная с 1998 г и до настоящего времени происходит парадокс – на 2-3 больных сифилисом приходится 1 больной гонореей. По поводу бактериальных и вирусных инфекций статистический учет не проводится, все данные взяты в лабораториях кожных больниц и частных диагностических центрах, что не отражает истинную картину заболеваний.

В 2019 г. в Республике Таджикистан заболеваемость ИППП составила 22,8 на 100 тыс. населения. По сравнению с 1997 г. было достигнуто снижение показателя заболеваемости ИППП всего населения в 2,5 раза (в 1997 г. было 57,7 на 100 тыс. населения), а в 2010 г. этот показатель был равен 61,2 на 100 тыс. населения.

В г. Душанбе отмечается рост заболеваемости сифилисом. В 2010 году показатель заболеваемости сифилисом составил 6,7 на 100 тысяч населения, в 2019 г. он вырос в 1,8 раза и составил 12,9 на 100 тысяч населения.

Контингент больных ИППП был следующим (рисунок 2.)



**Рисунок 2. - Контингент больных ИППП (%).**

Как видно, большинство больных ИППП составляли трудовые мигранты, домохозяйки и частные предприниматели (соответственно 37,2%, 17,1% и 15,4%). Среди больных ИППП за последние годы в республике резко возросла доля женщин-домохозяек,

трудоустроенные мигранты и частные предприниматели. Большинство больных ИППП находились в возрасте от 18 до 35 лет.

Заболеваемость ИППП женского населения Республики Таджикистан на протяжении всего рассматриваемого периода превышает заболеваемость ИППП среди мужчин. В 2010 г. соответствующие показатели зарегистрированы на уровне 38,3 на 100 тыс. женского населения и 22,9 на 100 тыс. мужского населения, а в 2019 г. – на уровне 12,2 и 10,6 соответственно.

**Клиника хронических урогенитальных инфекций у мужчин.** Больные хроническими УГИ, в зависимости от характера (частоты) сексуальной жизни были разделены на 2 группы. В первую группу (высокого риска, основная группа) вошли 102 больных, которые вели беспорядочный половой образ жизни (до 10 и более половых партнеров в год), во вторую группу (сравнения) были включены 98 больных, у которых в последние годы были 1-3 половых партнера.

Из 102 больных основной группы за медицинской помощью обратились самостоятельно 58 (56,9%), выявлены как половые контакты – 44 (43,1%). В группе сравнения самообращение наблюдалось у 67 (68,4%) больных, приглашены как сексуальные контакты женщин с воспалительными заболеваниями мочеполовых органов – 31 (31,6%).

Большинство больных 1 группы росли в неудовлетворительных материально-бытовых условиях. Без отца росли 24 (23,5%) больных, без матери – 18 (17,7%), без обоих родителей – 11 (10,8%), во 2 группе соответственно – 22 (22,4%), 9 (9,2%) и 4 (4,1%). В первой группе высшее образование имели только 11 (10,8%) больных, среднее специальное – 29 (28,4%), среднее – 47 (46,1%), незаконченное среднее – 16 (15,7%), во 2 группе соответственно – 22 (22,4%), 23 (23,5%), 43 (43,9%) и 10 (10,2%). Что же касается семейного положения, то только 38 (37,3%) больных 1 группы были женаты, разведены – 25 (24,5%), холостые – 39 (38,2%), во 2 группе соответственно – 65 (66,3%), 11 (11,2%) и 22 (22,4%). Сексуальная жизнь в 1 группе началась, в среднем, в возрасте  $17,7 \pm 1,3$  лет, во 2-й – в  $19,7 \pm 1,6$  лет.

Ранее инфекции, передаваемые половым путем, перенесли 80,4% (n= 82) больных первой группы и 57,1% (n= 56) – второй, что в 1,4 раза меньше (p < 0,05).

Из 200 обследованных пациентов хроническим УГИ у 67 (33,5%) был выставлен диагноз ХУ [ХХУ – у 32 (16%) больных, ХУМУ – у 35 (17,5%)], у 133 (66,5%) больных – ХП [ХХП – у 62 (31%) больных, ХУМП – у 71 (35,5%)].

Микстинфекцией страдали 128 (64%) из 200 обследованных больных хроническим УГИ: из 67 больных ХУ – 36 (53,7%), из 133 – ХП – 93 (69,9%) – в 1,3 раза больше (p < 0,05).

В основной группе (высокого риска) микстинфекция двух и более ИППП выявлена у 75 (73,6%) пациентов, из них сочетание двух заболеваний (урогенитальный уреамикоплазмоза + другая бактериальная ИППП) отмечено у 29 (28,4%) из 102 обследованных больных, сочетание 3 и более бактериальных ИППП – у 46 (45,1%). Сочетание УГУМ и УГХ выявлено у 29 (28,4%) больных, УГУМ и трихомонады – у 20 (19,6%), УГУМ и гарднереллы – у 13 (12,7%), УГУМ и стафилококков (*Staphylococcus aureus*) – у 9 (8,8%), УГУМ и гонореи – у 4 (3,9%).

Микстинфекция в группе сравнения обнаружена у 53 (54,1%) больных, что в 1,4 раза меньше (p < 0,05), чем в группе высокого риска. Сочетание двух ИППП выявлено у 27 (27,5%) пациентов, трех и более – у 26 (26,5%). УГУМ + УГХ определены у 20 (20,4%) пациентов, УГУМ + трихомонады – у 13 (13,3%), УГУМ + гарднереллы – у 11 (11,2%), УГУМ + стафилококки (*Staphylococcus aureus*) – у 7 (7,1%), УГУМ + гонококки – у 2 (2,0%).

Из 200 больных жалобы различного характера предъявляли 152 (76%) пациента, остальные 48 (24%) больных никаких субъективных ощущений не отмечали. Больные 1 группы по сравнению со второй чаще жаловались на жжение в уретре (52,1% больных против 29,60% – во второй, p < 0,02), дискомфорт в уретре (69,6% против 45,6%, p < 0,02) и слипание губок уретры (60,9% против 45,5%, p < 0,05). 30,4% больных 1 группы и 34,1% – второй субъективных расстройств не ощущали.

Характер выделений у больных двух групп хроническим хламидийным уретритом. Чаще всего у больных хроническим уретритом отмечались слизисто-гнойные выделения (в 29,9% случаев), далее слизистые (19,4%) и гнойные (7,5%). Нужно отметить, что слизисто-гнойные и гнойные выделения у больных с микстинфекцией наблюдались намного чаще (в 1,5 раза), чем при монохламидийной инфекции – (соответственно у 44,4% и 29% больных,  $p < 0,02$ ).

Диагноз уретрита у всех больных подтвержден микроскопическим исследованием мазка из уретры.

Из 133 больных ХП в обеих группах жалобы различного характера предъявляли 106 (79,7%) пациентов, 27 (20,3%) - никаких субъективных ощущений не отмечали. Наиболее часто в обеих группах пациенты ХП жаловались на дизурические и копулятивные расстройства (соответственно 83,7% и 75,5% больных), болевые ощущения (77,5% и 71,7%), выделения из уретры и дискомфорт (72,5% и 54,7%), далее в убывающем порядке – слипание губок уретры, нарушение репродуктивной функции – бесплодие.

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), проведенное всем 133 больным, определило воспалительно-инфильтративные и рубцовые изменения в предстательной железе.

Таким образом, исследования показали, что для мужчин, ведущих беспорядочный половой образ жизни (группа высокого риска распространения ИППП/ВИЧ), среди которых большинство (59%) составили трудовые мигранты, характерно тяжелое детство, низкое образование, частая смена половых партнеров, высокая миграция, низкая информированность об ИППП и способах профилактики.

Субъективные ощущения, объективные клинические проявления у 76% обследованных больных хроническим УГИ характеризовались разнообразной симптоматикой, у 24% – наблюдалось бессимптомное течение. Хронический УГИ у 64% больных протекает в виде микстинфекции.

Полученные результаты подтвердили данные исследователей, показавших роль уреамикоплазмоза в развитии хронического простатита. Среди обследованных нами больных у 66,5% из них диагностирован был хронический уреамикоплазменный простатит и у 33,5% - хронический уреамикоплазменный уретрит. Микстинфекция среди больных хроническим уреамикоплазменным простатитом встречается в 1,4 раза чаще, чем у больных хроническим уреамикоплазменным уретритом.

**Особенности клинического течения урогенитальных инфекций у женщин.** Из 150 пациенток основной группы 85 (56,7%) женщин обратились за медицинской помощью сами в связи с различными жалобами, 52 (34,7%) женщин были обследованы в связи с наличием воспалительного процесса у полового партнера (мужа), у 13 (8,6%) - уреамикоплазмоз был выявлен при обследовании перед оперативным вмешательством на органах малого таза.

При обследовании 89 (72%) больных предъявляли различные жалобы. На боли внизу живота жаловались 57 (47,5%) пациенток, зуд или неприятные ощущения в уретре беспокоили 45 (37,5%) женщин, патологические выделения из половых путей - 58 (48,3%), рези при мочеиспускании - 33 (27,5%), бесплодие - 17 (14,2%), нарушения менструального цикла - 6 (5%), периодическое повышение температуры - 4 (3,3%). 25,8% ( $n = 31$ ) больных субъективных ощущений не отмечали.

Один субъективный симптом выявлен у 15 (12,5%) больных, 2 – у 27 (22,5%), 3 – у 35 (29,2%), 4 и более – у 12 (10%).

Указанные жалобы у 41 (46,1%) пациентки беспокоили практически постоянно, у остальных 48 (53,9%) пациенток симптоматика проявлялась после менструации, полового контакта или приема алкоголя, или прядностей.

По характеру патологические выделения из мочеполовых путей можно распределить следующим образом: умеренные слизистые – у 40 больных (26,7%), слизисто-гнойные – у 48 (32%), гнойные – у 44 (29,3%), гнойно-геморрагические – у 19 (12,7%).

При опросе из 89 пациенток больными себя считали в течение 2 месяцев 32 (35,9%) обследованных, 2-4 месяца – 18 (20,2%) пациенток, 22 (24,7%) пациентки отметили наличие симптомов в течение 4-6 месяцев, остальные 17 (19,1%) больных указали на длительность заболевания, равную 6 месяцам и более. Согласно данным опроса, только у 48 (32%) больных отмечалось наличие свежей формы урогенитального уреамикоплазмоза и хламидиоза, в остальных случаях имела место хроническая форма заболевания.

Результаты комплексного бактериологического исследования показали, что только у 42 (28%) женщин урогенитальные инфекции были в виде моноинфекции, в остальных 108 (72%) случаях воспалительный процесс в урогенитальном тракте был обусловлен микст-инфекцией.

У 44 (29,3%) больных урогенитальный уреамикоплазмоз и хламидиоз протекали в виде моноинфекции, у 54 (36%) – при сочетании двух инфекций, у 52 (34,7%) – три и более инфекции.

Микстинфекция в виде сочетания двух инфекций (Ch.Trachomatis + один инфекционный агент) наблюдалась у 54 (36%) женщин, от трех и более инфекций – у 52 (34,7%). Среди сопутствующей инфекции наиболее часто встречался трихомониаз – у 39 (26%) больных урогенитальным уреамикоплазмозом, далее хламидиозом – у 34 (22,7%), микоплазмоз – у 23 (15,3%), кандидоз – у 18 (12%), St. aureus – у 17 (11,3%), гонорея – у 10 (6,7%), гарднереллез – у 9 (6%).

Из 81 (54%) пациентки с уретритом у 66 (44%) клиническая симптоматика была следующей: периодические дискомфорт и зуд в уретре, рези при мочеиспускании, гиперемия слизистой оболочки в области наружного отверстия уретры. Только у 14 (9,3%) пациенток из 81 с уреамикоплазменным и хламидийным поражением уретры не было никаких субъективных и объективных клинических проявлений заболевания. У всех у них инфекции были в виде моноинфекции с инфицированием только уретры, у остальных пациенток была выявлена микст-инфекция.

Вагинит был обнаружен у 7 (4,7%) пациенток, все они были в позднем репродуктивном возрасте (старше 40 года) и при бактериологическом обследовании у них была выявлена микст-инфекция (трихомониаз, кандидоз). Наиболее часто встречалась такая нозологическая единица как «эндоцервицит» - 112 (74,7%) случаев, при этом только у 29 (19,3%) женщин эндоцервицит был единственной патологией урогенитального тракта. Осложнения урогенитального уреамикоплазмоза в виде эндометрита и сальпингоофорита наблюдались у 54 (36%) женщин.

**Результаты иммунологических исследований.** Результаты иммунологических исследований периферической крови обследованных больных хроническими бактериальными негонорейными урогенитальными инфекциями (ХБНУИ) приведены в таблице 1.

**Таблица 1. - Состояние иммунологических показателей периферической крови больных ХБНУИ**

Показатель	Контрольная группа (n = 30)	Больные (n = 260)	P
Лимфоциты, $\times 10^9$ /л	2,22 ± 0,15	1,95 ± 0,13	> 0,1
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	28,4 ± 1,5	> 0,1
CD3 (Т-лимфоциты), %	70,8 ± 3,1	64,1 ± 2,5	> 0,1
CD4 (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	34,5 ± 1,6 <sup>3</sup>	< 0,01
CD8 (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	18,3 ± 1,2 <sup>3</sup>	< 0,01
CD4 / CD8	1,74 ± 0,12	1,89 ± 0,13	> 0,1
CD19 (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	17,4 ± 1,2 <sup>1</sup>	< 0,05
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,54 ± 0,13	> 0,1
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,55 ± 0,12 <sup>3</sup>	< 0,01

<b>IgG, г/л</b>	<b>14,5 ± 1,0</b>	20,9 ± 1,1 <sup>4</sup>	< 0,001
<b>ЦИК, г/л</b>	<b>2,49 ± 0,18</b>	3,70 ± 0,18 <sup>4</sup>	<0,001
<b>ФАЛ, %</b>	<b>72,7 ± 5,2</b>	53,9 ± 4,0 <sup>2</sup>	<0,02
<b>ФЧ</b>	<b>6,6 ± 0,5</b>	4,8 ± 0,4 <sup>2</sup>	< 0,02
<b>ФНО-α, пг/мл</b>	<b>7,36 ± 0,49</b>	11,55 ± 0,69 <sup>4</sup>	< 0,001
<b>ИЛ-1β, пг/мл</b>	<b>1,97 ± 0,13</b>	2,97 ± 0,17 <sup>4</sup>	< 0,001
<b>ИНФ-γ, пг/мл</b>	<b>5,57 ± 0,41</b>	8,32 ± 0,55 <sup>4</sup>	< 0,001
<b>ИЛ-10, пг/мл</b>	<b>7,68 ± 0,48</b>	4,79 ± 0,31 <sup>4</sup>	< 0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Данные таблицы 1. показывают, что в периферической крови больных ХБНУИ в сравнении с контрольной группой отмечаются иммунологические изменения, выявляющиеся угнетением клеточного отдела иммунитета, неспецифических факторов защиты, активизацией гуморальных факторов и дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов.

Снижение активности клеточного иммунитета проявилось низким уровнем содержания CD<sub>4</sub>-хелперных (p <0,01) и CD<sub>8</sub>-супрессорных (p <0,01) лимфоцитов и фагоцитарных реакций (ФАЛ, p <0,02 и ФЧ, p <0,02).

Гуморальный иммунитет у больных ХБНУИ проявил повышенную активность, что характеризовалось как увеличением содержания (p <0,05), так и высокой функциональной активностью CD<sub>19</sub> (B-) – лимфоцитов. Это подтвердилось высоким, по сравнению с данными здоровых людей, уровнем содержания сывороточных IgM (p <0,01) и IgG (p <0,001). Уровень активности исследованных цитокинов в сыворотке крови больных был значительно выше, чем в контрольной группе.

Для правильной интерпретации результатов иммунологических исследований у больных большое значение имеет определение нарушений в иммунной системе больных УГИ в зависимости от выраженности патологических изменений в различных отделах урогенитального тракта. Данные иммунологических нарушений у больных с поражением нижних отделов (НО) мочеполовой системы (МПС) у мужчин (хронический уретрит, ХУ) и женщин [ХУ и ХЭ] и верхних отделов (ВО) - [ХП у мужчин, ХЭ и ХС у женщин] приведены в таблице 2.

**Таблица 2. - Состояние иммунологических показателей у больных хронической УГИ в зависимости от уровня поражения УГТ**

<b>Показатель</b>	<b>Контрольная группа (n = 30)</b>	<b>ХБНУИ НО (n = 67)</b>	<b>ХБНУИ ВО n = 193)</b>
Лимфоциты, x 10 <sup>9</sup> /л	2,22 ± 0,15	2,05 ± 0,13	1,83 ± 0,12
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	31,5 ± 1,7	27,4 ± 1,3 <sup>1</sup>
CD <sub>3</sub> (Тлимфоциты), %	70,8 ± 3,1	64,1 ± 2,9	60,5 ± 2,0 <sup>2</sup>
CD <sub>4</sub> (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	38,5 ± 1,9 <sup>1</sup>	33,3 ± 1,7 <sup>4(1)</sup>
CD <sub>8</sub> (Тсупрессоры), %	25,3 ± 1,6	19,5 ± 1,4 <sup>2</sup>	17,9 ± 1,3 <sup>4(1)</sup>
CD <sub>4</sub> / CD <sub>8</sub>	1,74 ± 0,12	1,97 ± 0,16	1,86 ± 0,15
CD <sub>19</sub> (B-лимф.), %	14,3 ± 1,1	15,3 ± 1,4	18,5 ± 1,3 <sup>2</sup>
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,25 ± 0,15	2,74 ± 0,16 <sup>2(1)</sup>
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,34 ± 0,13 <sup>1</sup>	2,63 ± 0,12 <sup>4</sup>
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	17,9 ± 1,3 <sup>1</sup>	21,8 ± 1,4 <sup>4(1)</sup>
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,22 ± 0,21 <sup>2</sup>	3,85 ± 0,22 <sup>4(1)</sup>
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	58,6 ± 4,3 <sup>1</sup>	52,1 ± 4,2 <sup>3</sup>
ФЧ	6,6 ± 0,5	6,2 ± 0,5	4,0 ± 0,5 <sup>3</sup>
ФНО- α пг/мл	7,36 ± 0,49	9,69 ± 0,71 <sup>2</sup>	12,27 ± 0,72 <sup>4(2)</sup>
ИЛ-1β пг/мл	1,97 ± 0,13	2,57 ± 0,18 <sup>2</sup>	3,11 ± 0,19 <sup>4(1)</sup>
ИНФ-γ, пг/мл	5,57 ± 0,41	7,05 ± 0,57 <sup>1</sup>	8,75 ± 0,58 <sup>4(1)</sup>

ИЛ-10 пг/мл	7,68 + 0,48	5,76 ± 0,33 <sup>3</sup>	4,42 ± 0,35 <sup>4(1)</sup>
-------------	-------------	--------------------------	-----------------------------

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы (по U-критерию Манна-Уитни): 1 – p <0,05; 2 – p <0,02; 3 – p <0,01; 4 – p <0,001; достоверность различия между данными обеих групп (по U-критерию Манна-Уитни): (1) - p <0,05;(2) - p <0,02;(4) - p <0,001

Данные таблицы 2. свидетельствуют, что изменения в иммунной системе у больных бактериальными ИППП как нижних, так и верхних отделов урогенитального тракта носят схожий сценарий, однако разный характер выраженности.

Более выраженные иммунологические нарушения выявлены у больных с осложнениями ХБНУИ в виде ВЗОМТ с поражением как нижних, так и верхних отделов МПС.

Из 19 исследованных иммунологических показателей у больных ХБНУИ НО были изменены 10, у больных ХБНУИ ВО – в 1,7 раза больше – 17.

У больных ХБНУИ с длительностью заболевания до 1 года, по сравнению с данными здоровых людей, нарушения со стороны показателей клеточного иммунитета проявились уменьшением количественного содержания CD<sub>4</sub> (p <0,001) и CD<sub>8</sub> (p <0,01) лимфоцитов ФАЛ (p <0,001). Изменения гуморального иммунитета выявились увеличением в сыворотке крови уровня IgG (p <0,01) и ЦИК (p <0,001). Содержание ИНФ-у, а также провоспалительных цитокинов ФНО-α и ИЛ-1β в периферической крови больных ХБНУИ было больше, чем у здоровых людей (p соответственно <0,001, <0,001, <0,01), а противовоспалительного ИЛ-10 – намного меньше (p <0,001).

У мужчин и женщин, страдающих ХБНУИ больше 1 года, выявлены значительно большие иммунологические нарушения, чем у больных с длительности болезни до 1 года: у первых были изменены 14 из 17 исследованных иммунологических показателей, у вторых – 9 (в 1,56 раза меньше).

Важное научное и практическое значение имеет изучение нарушений иммунологических показателей у больных хроническими бактериальными ИППП, болеющими только урогенитальным хламидиозом (УГХ) или только урогенитальным уреоплазмозом и микоплазмозом (УГУМ), как и у больных, имеющих сочетание этих ИППП (микстинфекция, урогенитальный хламидиоз + урогенитальный уреоплазмоз и микоплазмоз – УГХ + УГУМ). Результаты проведенных исследований отражены в таблице 3.

**Таблица 3. - Состояние иммунологических показателей периферической крови больных хроническим УГХ и УГУМ и микстинфекцией**

Показатель	Контрольная группа (n=30)	Больные УГХ (n = 80)	Больные УГУМ (n = 92)	Больные УГХ + УГУМ (n = 88)
Лимфоциты, x 10 <sup>9</sup> /л	2,22 ± 0,15	1,96 ± 0,14	2,03 ± 0,13	1,86 ± 0,12
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	28,2 ± 1,6	29,3 ± 1,7	27,9 ± 1,4
CD <sub>3</sub> (Т-лимфоциты), %	70,8 ± 3,1	65,5 ± 2,9	64,7 ± 2,8	61,4 ± 2,7 <sup>1</sup>
CD <sub>4</sub> (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	34,8 ± 1,8 <sup>3</sup>	37,6 ± 1,9 <sup>2</sup>	31,5 ± 1,7 <sup>4(1)</sup>
CD <sub>8</sub> (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	18,4 ± 1,3 <sup>3</sup>	20,7 ± 1,4 <sup>1</sup>	16,3 ± 1,2 <sup>4(1)</sup>
CD <sub>4</sub> / CD <sub>8</sub>	1,74 ± 0,12	1,89 ± 0,13	1,85 ± 0,11	1,93 ± 0,13
CD <sub>19</sub> (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	17,6 ± 1,3 <sup>1</sup>	15,4 ± 1,2	19,5 ± 1,4 <sup>2(1)</sup>
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,55 ± 0,15	2,44 ± 0,14	2,65 ± 0,16 <sup>1</sup>
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,56 ± 0,14 <sup>3</sup>	2,43 ± 0,13 <sup>2</sup>	2,69 ± 0,15 <sup>3</sup>
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	21,2 ± 1,4 <sup>2</sup>	18,5 ± 1,3 <sup>1</sup>	22,8 ± 1,5 <sup>4(1)</sup>
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,74 ± 0,20 <sup>4</sup>	3,33 ± 0,19 <sup>3</sup>	3,96 ± 0,21 <sup>4(1)</sup>
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	53,5 ± 4,2 <sup>2</sup>	55,6 ± 4,3 <sup>2</sup>	52,3 ± 4,1 <sup>3</sup>
ФЧ	6,6 ± 0,5	4,7 ± 0,4 <sup>2</sup>	5,4 ± 0,4	4,3 ± 0,4 <sup>3</sup>

ФНО- $\alpha$ , пг/мл	7,36 + 0,49	11,57 $\pm$ 0,76 <sup>4</sup>	10,47 $\pm$ 0,74 <sup>3</sup>	12,72 $\pm$ 0,79 <sup>4(1)</sup>
ИЛ-1 $\beta$ , пг/мл	1,97 + 0,13	2,98 $\pm$ 0,19 <sup>4</sup>	2,83 $\pm$ 0,18 <sup>3</sup>	3,13 $\pm$ 0,19 <sup>4</sup>
ИЛ-10, пг/мл	7,68 + 0,48	4,87 $\pm$ 0,35 <sup>4</sup>	5,46 $\pm$ 0,37 <sup>3</sup>	4,17 $\pm$ 0,33 <sup>4(2)</sup>
ИНФ- $\gamma$ , пг/мл	5,57 $\pm$ 0,41	7,95 + 0,58 <sup>3</sup>	7,55 + 0,57 <sup>2</sup>	9,44+ 0,59 <sup>4(1)</sup>

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы (по U-критерию Манна-Уитни): 1 –  $p < 0,05$ ; 2 –  $p < 0,02$ ; 3 –  $p < 0,01$ ; 4 –  $p < 0,001$ ; достоверность различия между данными больных с микстинфекцией и моноинфекцией (УГХ, УГУМ) (по H-критерию Крускала-Уоллиса): (1) -  $p < 0,05$ ; (2) -  $p < 0,02$ .

Как видно из таблицы 3, более выраженные иммунологические нарушения по сравнению со здоровыми лицами наблюдаются у пациентов ХБНУИ, болеющих микстинфекцией (УГХ + УГУМ). В периферической крови больных с микстинфекцией были изменены 14 из 17 исследованных иммунологических показателей, в то время как у больных с хроническими моноинфекциями (УГХ) и (УГУМ) меньше – соответственно 12 и 10.

На большую степень иммунологических нарушений у больных с микстинфекцией указывает статистически значимое по сравнению с больными с моноинфекцией УГУМ уменьшение у них содержания CD<sub>4</sub> ( $p < 0,05$ ) и CD<sub>8</sub> ( $p < 0,05$ ) лимфоцитов, ИЛ-10 ( $p < 0,05$ ) и увеличение CD<sub>19</sub>-лимфоцитов ( $p < 0,05$ ), ФНО- $\alpha$  ( $p < 0,05$ ) и ИНФ- $\gamma$  ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, исследования показали, что у больных ХБНУИ как с поражением нижних, так и верхних отделов МПС наблюдаются нарушения в иммунологической системе, которые демонстрируют угнетение клеточного иммунитета и активацию - гуморального. В крови пациентов ХБНУИ с поражением нижних отделов МПС были изменены 10 из 15 исследованных показателей иммунитета, у больных с осложнениями – в 1,5 раза больше – 15, причем степень их нарушения была намного выраженнее. У больных ХБНУИ нижних отделов МПС выявлено уменьшение содержания 2 из 3 основных параметров клеточного звена иммунитета (CD<sub>4</sub>-хелперные и CD<sub>8</sub>-супрессорные лимфоциты), у больных с поражением верхних отделов МПС (осложнения ХБНУИ) – все 3 (CD<sub>3</sub> – общие T-лимфоциты и их CD<sub>4</sub>- и CD<sub>8</sub>-субпопуляции). У больных ХУ у мужчин и ХУ + ХЭ у женщин определено также снижение ФАЛ и противовоспалительного цитокина ИЛ-10, а также некоторых показателей местного иммунитета предстательной железы (sIgA и IgG3), увеличение количества IgM, IgG, ЦИК, провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  и ИНФ- $\gamma$ .

Следует отметить, что до настоящего времени среди исследователей нет единого мнения являются ли иммунологические нарушения, наблюдающиеся у больных ХБНУИ, причиной или их следствием.

**Лечение больных хроническими бактериальными урогенитальными инфекциями.** Первой группе (120 пациентов) назначено было только этиотропная антибактериальная терапия. Второй группе (110 больных) использовано сочетанное лечение этиотропными препаратами и иммуностимулятором тимогаром. Третьей группе (120 больных) проведено сочетанное лечение этиотропными средствами и иммуностимулятором тимоцином.

Эффективность лечения оценивалась по следующим показателям: исчезновение субъективных признаков инфекций; нивелирование объективных симптомов заболевания; отрицательные тесты бактериологических анализов; нормализация состояния иммунологических показателей.

Результаты проведенного лечения оценивались по следующим критериям: эффект положительный; эффект недостаточный; безэффективность терапии.

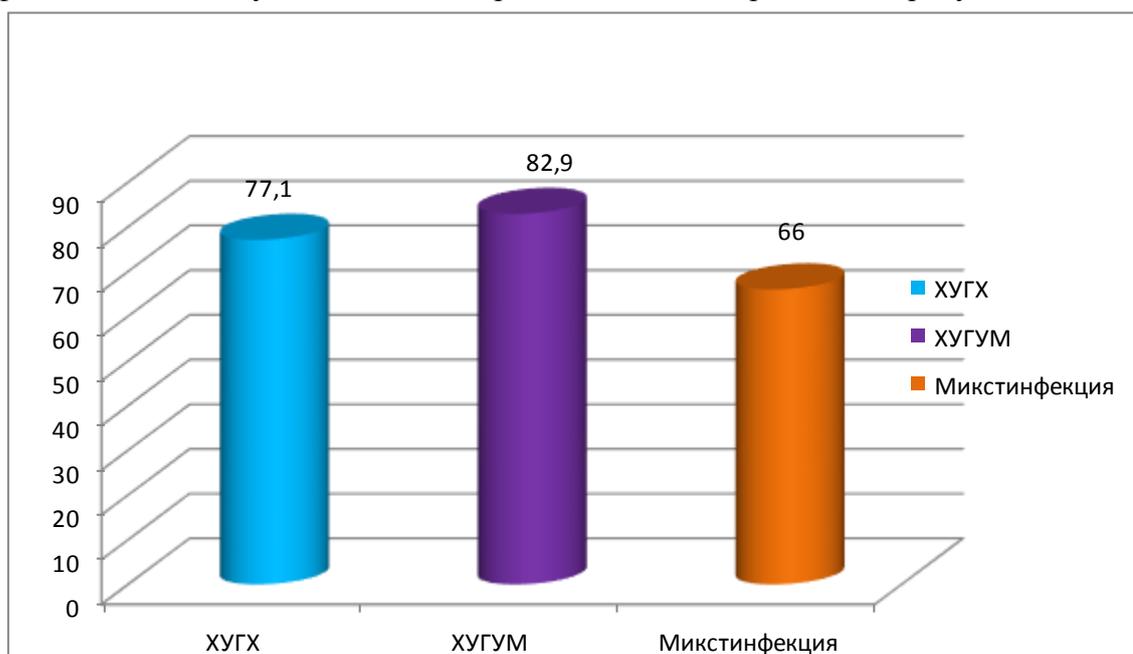
Этиологическая эффективность лечения и исчезновение клинических признаков заболеваний оценивались через 4 и 8 недель с учетом результатов анализа ПЦР и других использованных специальных лабораторных тестов.

**Результаты этиотропного лечения больных ХБНУИ.** Первую группу составили 120 больных (83 мужчины и 37 женщин) ХБНУИ, среди которых у 35 пациентов (мужчин 25

человек, женщин – 10) был диагностирован ХУГХ, у 35 (м – 25, ж - 10) - ХУГУМ и 50 (м – 33, ж – 17) – сочетание микстинфекция, ХУГХ + ХУГУМ. У 45 (37,5%) больных (14 пациентов с ХУГХ, м – 9, ж – 5) + 13 – с ХУГУМ (м – 9, ж – 4) и 18 - с ХУГХ + ХУГУМ (м – 12, ж – 6) были поражены нижние отделы МПС, у 75 (62,5%) - [соответственно у 21 (м – 16, ж – 5), 22 (м – 16, ж – 6) и 32 (м – 21, ж – 11)] – верхние. Больным 1 группы было назначено лишь этиологическое лечение антибиотиком азитромицин, который применялся в течение трех недель по 1,0 г один раз в неделю.

У большинства больных с поражением нижних отделов МПС уменьшение жалоб на дизурические явления отмечено, в среднем, с  $3,3 \pm 0,3$  дней от начала терапии, у пациентов, результаты лечения которых дали положительный ответ, полностью исчезли - через  $9,6 \pm 0,8$  дней. Объективные проявления инфекций (выделения из уретры, покраснение, отечность и прилипание губок уретры) начали меньше беспокоить больных, в среднем, с  $3,9 \pm 0,3$  дня, полная негитивация этих симптомов у пациентов, завершивших лечение с клинико-этиологическим выздоровлением, произошла - через  $12,7 \pm 1,2$  дней.

Применение азитромицина в виде моноэтиотропного лечения дало положительный результат у 89 (74,2%) больных: 39 (86,7%) - с ХУ и ХЭ и 50 (66,7%) – с восходящей инфекцией МПС. Результат моноэтиотропного лечения приведен на рисунок 3.



**Рисунок 3. - Результат моноэтиотропного лечения (%)**

Как показывают данные рисунка 3. положительный результат при моноинфекции получен соответственно у 27 (77,1%) больных с ХУГХ и 29 (82,9%) – с ХУГУМ, при микстинфекции – у 33 (66%). Недостаточный (малая эффективность) и отрицательный результат этиологического лечения продемонстрирован у 31 (25,8%) больного, среди которых 6 (13,3%) болели ХБНУИ нижних отделов МПС, 25 (33,3%) страдали осложнениями ХУГИ. В последующем этим пациентам была проведена комплексная терапия с иммуностимулятором тимоцином, в результате которой был достигнут положительный эффект.

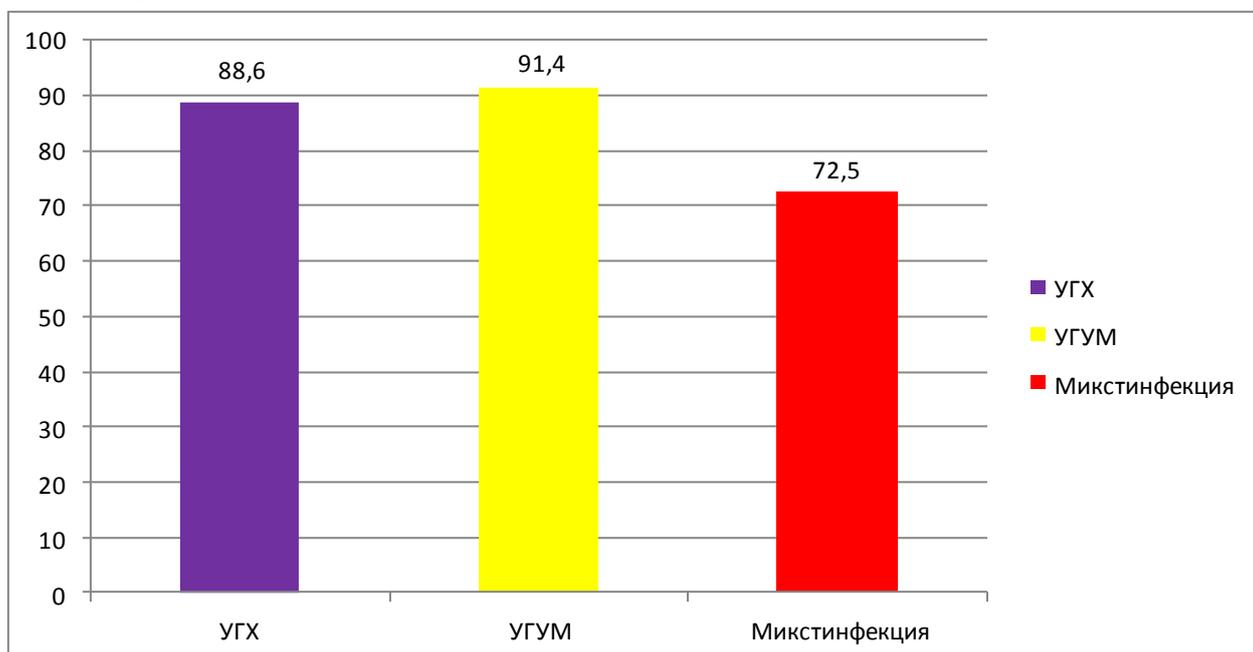
Состояние иммунологических показателей у пациентов ХБНУИ в процессе этиологического лечения показало, что до лечения 10 из 14 изученных основных показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных хронической негонорейной бактериальной урогенитальной инфекцией в сравнении с данными контрольной группы были наиболее значительно изменены. Этиологическая терапия способствовала нормализации 3 (30%) показателей (IgM, IgG и ФАЛ), остальные 7 - оставались измененными, но имели тенденцию к нормализации.

**Результаты комплексного лечения больных ХБНУИ с использованием иммуностимулятора тимогара.** Во вторую группу вошли 110 больных (70 мужчин и 40 женщин) ХБНУИ, у 35 (м – 22, ж – 13) из которых был обнаружен хронический УГХ, у 35 (м – 23, ж – 12) – хронический УГУМ и у 40 (м – 25, ж – 15) – микстинфекция (ХУГХ + ХУГУМ). У 40 пациентов (12 больных с ХУГХ, м – 8, ж – 4), 13 – с ХУГУМ (м – 8, ж – 5) и 15 – с ХУГХ + ХУГУМ (м – 9, ж – 6) были поражены нижние отделы МПС, у 70 [соответственно у 23 (м – 14, ж – 9), 22 (м – 15, ж – 7) и 25 (м – 16, ж – 9)] – верхние. Больным использовалось комплексное лечение с применением азитромицина по схеме предыдущей группы и иммуностимулятора тимогара во внутримышечных инъекциях по 1 мл в течение 10 дней.

Все больные комплексную терапию с применением иммуностимулятора перенесли хорошо, осложнений при использовании препаратов и побочных действий не наблюдалось.

Пациентов с ХБНУИ нижних отделов МПС дизурические ощущения начали беспокоить меньше, в среднем, с  $2,9 \pm 0,2$  дней терапии. Дизурические расстройства среди больных с осложнениями ХБНУИ начали меньше проявляться, в среднем, через  $3,7 \pm 0,3$  дней от начала терапии, полностью нивелировались – через  $10,6 \pm 1,1$  дней.

Клинико-этиологическое выздоровление после комплексной терапии с применением иммуностимулятора тимогара отмечено у 92 (83,6%) больных. Иммуностимулирующая терапия показала 95% результат среди больных с ХУ и ХЭ и 77,1% - при восходящей инфекции. Результат комплексного лечения с применением иммуностимулятора тимогара приведен на рисунке 4.



**Рисунок 4. - Результат комплексного лечения с тимогаром (%)**

Как видно из рисунка 4, положительный результат от проведенной терапии получен у 88,6% больных (у 31 из 35) с хроническим УГХ, среди больных с хроническим УГУМ – у 91,4% (у 32 из 35), при микстинфекции – у 72,5% (у 29 из 40). Безэффективность проведенного лечения у 18 пациентов (7 мужчин, 11 женщин) объясняется, по нашему мнению, тем, что все мужчины длительное время (2-3 года и более) страдали простатитом, а женщины - ВЗОМТ, у всех больных выявлены два – три и более ИППП, у всех обнаружено выраженное угнетение клеточного иммунитета, которое сопровождалось уменьшением содержания всех 3 основных его показателей (CD3, CD4 и CD8 лимфоцитов). После проведения дополнительных курсов лечения у всех больных отмечено этиологическое излечение.

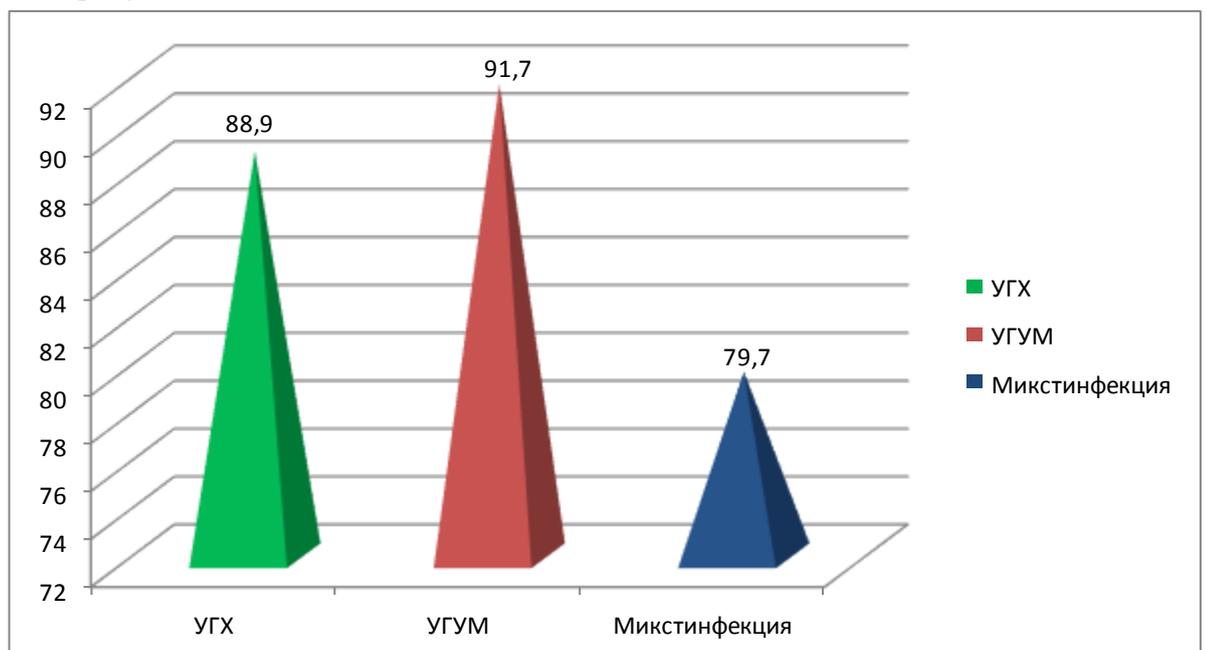
Комплексное лечение с иммуностимулятором тимогаром оказало положительное воздействие на иммунологические нарушения у больных ХБНУИ. Так, если до лечения у больных в сравнении с данными контрольной группы наиболее значимо были изменены 11 из 17 исследованных иммунологических показателей, то после иммуностимулирующей терапии нормализовались 6 (54,5%) параметров, причем 1 из 2 основных показателей клеточного иммунитета (CD<sub>8</sub>-супрессоры).

**Результаты комплексного лечения больных ХБНУИ с использованием иммуностимулятора тимодина.** В третью группу были включены 120 больных (77 мужчин и 43 женщины) ХБНУИ, у 36 (м – 25, ж – 11) из них выявлен хронический УГХ, у 36 (м – 24, ж – 12) – хронический УГУМ и у 48 (м – 28, ж – 20) – микстинфекция (ХУГХ + ХУГУМ). У 40 пациентов, среди которых 13 (м – 9, ж – 4), больных с ХУГХ, 13 (м – 8, ж – 5) – с ХУГУМ и 14 (м – 8, ж – 6) – с ХУГХ + ХУГУМ были поражены нижние отделы МПС, у 80 [соответственно у 25 (м – 16, ж – 9), 25 (м – 17, ж – 8) и 30 (м – 19, ж – 11)] – верхние. Больные этой группы получили комплексное лечение (этиотропное + иммуностимулятор тимодин). Азитромицин применялся по схемам, назначенным предыдущим группам, тимодин – по 1 мл в/м 10 дней.

Субъективные симптомы дизурических расстройств у мужчин и женщин, больных ХУ и/или ХЭ, с положительным итогом лечения стали нивелироваться, в среднем, с  $2,7 \pm 0,2$  дня, полностью негативировались, в среднем, к  $8,1 \pm 1,1$  дням от начала терапии. Среди пациентов с осложнениями ХБНУИ дизурические жалобы начали уменьшаться, в среднем, с  $3,9 \pm 0,3$  дней лечения, полностью исчезли – через  $9,8 \pm 0,9$  дней.

Сексуальные симптомы хронического простатита у мужчин и воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин с ХБНУИ начали меньше беспокоить больных, в среднем, после  $16,8 \pm 1,4$  дня терапии.

Сочетанное (этиологическое + иммуностимулятор тимодин) лечение достигло клинко-этиологического излечения у 103 (85,8%) пациентов с ХБНУИ. Применение иммуностимулирующего лечения дало 95% (у 38 из 40 больных) положительный результат среди больных с ХУ и ХЭ и 81,3% (у 65 из 80 больных) – среди больных с осложнениями ХБНУИ. Результаты сочетанной терапии больных ХБНУИ с применением тимодина приведен на рисунке 5.



**Рисунок 5. - Результат комплексного лечения с тимодином (%)**

Больных с хроническим УГХ (монохламидийная инфекция) положительный клинко-этиологический эффект получен в 88,9% случаев (у 32 из 36 больных). Эффективность

комплексного лечения при хроническом урогенитальном уреамикоплазмозе составила 91,7% (у 33 из 36 больных), при смешанной (УГХ + УГУМ) инфекции – 79,7% (у 38 из 48 больных).

Отсутствие или недостаточная эффективность комбинированной терапии наблюдалась у 17 больных (2 – с поражением нижних отделов МПС и 15 – с восходящей инфекцией). Это связано с тем, что все больные страдали заболеваниями более 2-3 лет, имели по две – три ИППП, у большинства из них выявлено значительное угнетение клеточного иммунитета с уменьшением всех 3 основных показателей ( $CD_3$ ,  $CD_4$  и  $CD_8$  лимфоцитов).

Состояние иммунологических параметров у пациентов с ХБНУИ до и после комплексной терапии с применением тимоцина, из 13 нарушенных до терапии параметров иммунной системы, после сочетанного лечения с применением иммуностимулятора тимоцина вернулись к нормальным параметрам 8 (61,5%), в том числе 2 (66,7%) из 3 основных показателей (относительное количество лимфоцитов крови и  $CD_8$ -супрессоры) клеточного иммунитета.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлена эффективность комплексного лечения хронических бактериальных урогенитальных инфекций с использованием отечественных иммуностимуляторов тимогара и тимоцина. Оба препарата оказали положительное влияние на результаты лечения и иммунологические нарушения у больных ХБНУИ. Выявлено, что эффективность обоих препаратов в лечении больных ХБНУИ одинакова. Показано ведущее значение угнетения у больных ХБНУИ общего и местного иммунитета, нарушения активности провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в патогенезе инфекционного процесса, которые способствуют снижению эффективности лечения. В оценке эффективности проводимой терапии ХБНУИ рекомендуется изучение динамики иммунологических нарушений у больных.

### Выводы

1. До присоединения к России в Средней Азии не было лечебных и фармацевтических учреждений, медицинских и фармацевтических работников. О заболеваемости населения Средней Азии получали сведения по записям и свидетельствам отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе врачей, посещавших в прошлом Среднюю Азию. Становление здравоохранения началось с момента образования в 1924 году Таджикской АССР и создания Наркомздрава молодой республики [15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А].
2. По данным архивных материалов установлено, что сифилис в общей структуре заболеваемости женщин и детей в г. Худжанде в 1886 году составил 5,7%, доля инфекционных болезней, включая венерические, в конце 19-го – начале 20-го вв. среди стационарных больных составила 43%, среди амбулаторных – 34%; среди населения Памира сифилис в структуре инфекционных болезней был самым распространенным, составив 31,9% [12-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А, 24-А, 25-А, 31-А, 36-А, 38-А, 40-А, 41-А].
3. Особенности борьбы с кожными и венерическими заболеваниями в Советский период (1924-1990 гг) в Республике Таджикистан являлись её государственный характер, профилактическое направление на основе диспансерного метода [1-А, 12-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 21-А, 39-А, 40-А, 41-А].
4. Социально-экономические изменения, произошедшие в РТ в первые годы обретения государственной независимости (ухудшение экономического положения населения, снижение доступа к качественной медицинской помощи, увеличение числа вынужденных мигрантов, развал в работе службы дерматовенерологической помощи, отсутствие регистрации больных с ИППП, лечение у частно-практикующих и других специалистов, рост случайных половых связей, отсутствие адекватной пропаганды и профилактики венерических заболеваний, особенно среди молодёжи, снижение возможности получения качественной медицинской помощи при заражении) привели к резкому росту ИППП. Одной из важных причин периодических вспышек

- заболеваемости населения ИППП явилось ослабление, а в некоторых районах отсутствие интеграции в работе дерматовенерологической службы с эпидемиологической, акушерско-гинекологической и урологической службами [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 12-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 21-А, 22-А, 27-А, 29-А, 36-А, 39-А, 40-А, 41-А].
5. Ни одно из медицинских направлений не имеет такого количества документов, изданных на правительственном уровне, как служба дерматовенерологической помощи, что связано с организацией борьбы с распространением ВИЧ/ИППП в Республике Таджикистан. Показано, что диспансерный метод профилактики и лечения хронических дерматозов и ИППП является единственным научно-обоснованным методом ведения больных этими заболеваниями. Служба нуждается в разработке целенаправленного научно-обоснованного алгоритма эффективных мероприятий, направленных на оптимизацию и дальнейшее непрерывное развитие и эффективное совершенствование работы по оказанию специализированной помощи населению в современных социально-экономических условиях [14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А].
  6. Предложены усовершенствованные нормативно – правовые документы, регламентирующие функционирование службы дерматовенерологической помощи республики. Действующие в настоящее время штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и другие нормативно-правовые акты в значительной степени основываются на приказах и инструкциях, утвержденных соответствующими приказами Минздрава СССР, которые не соответствуют современным социально-экономическим, демографическим и климатическим требованиям [14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 21-А, 39-А, 40-А, 41-А].
  7. В первые годы независимости в службе дерматовенерологии РТ были внедрены новые инновационное технологическое оборудование по современным методам диагностики, что способствовало выявлению ИППП «нового поколения» (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, вирус папилломы человека, вирус иммунодефицита человека). Определены медико-социальные и клинико-иммунологические особенности распространения и течения хронических негонококковых уретритов у мужчин и женщин (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз), установлены региональные факторы, способствующие распространению ИППП среди мужчин и женщин [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 22-А, 24-А, 25-А, 27-А, 29-А, 31-А, 32-А, 34-А, 36-А].
  8. Разработаны и внедрены эффективные комплексные методы лечения хронических бактериальных ИППП (урогенитальный хламидиоз и урогенитальный уреамикоплазмоз) с использованием отечественных иммуностимуляторов тимоцина и тимогара. Клинико-этиологическое излечение при применении тимоцина достигнуто у 85,8% больных, при применении тимогара – у 83,6%, при этиологическом лечении - только у 74,2% [3-А, 5-А, 7-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 23-А, 26-А, 28-А, 30-А, 31-А, 32-А, 33-А, 34-А, 35-А, 37-А, 38-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Утвердить диспансерный метод профилактики и лечения, как единственный научно-обоснованный метод ведения больных ИППП. Он способствует полноте и оперативности учета заболеваемости ИППП, привлечению общемедицинской сети, на уровне учреждений ПМСП, для локализации очагов, быстрой выявлению и привлечения к лечению источников и всех контактировавших лиц.

2. Утвердить предложенные нами нормативно – правовые документы, регламентирующие функционирование службы дерматовенерологической помощи республики.
3. Для совершенствования службы дерматовенерологической помощи республики необходимо скорейшее внедрение разработанных клинических протоколов по алгоритму диагностики, лечения и профилактики дерматозов и ИППП, создание при РКЦКВБ единой электронной базы данных о дерматовенерологические больные республики.
4. Оптимизировать сотрудничество между правительственными и неправительственными органами и организациями с целью обеспечения скрининга на ИППП, лечения и профилактики в специализированных клиниках планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья и т.д.
5. Для повышения эффективности лечения хронических и/или осложненных форм хламидийной, микоплазменной и уреоплазменной инфекций у мужчин и у женщин, наряду с антибактериальной терапией, рекомендуется применение отечественных иммуномодуляторов (тимоцин или тимогар), которые используются по 1,0 мл 1 раз в день в/м, в течение 10 дней.

#### Список публикаций соискателя ученой степени доктора медицинских наук

##### Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А] Саидов Б.И. Рациональная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // Ж. Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2014. №3. –С. 60-65.
- [2-А] Саидов Б.И. Современная диагностика урогенитальных инфекций у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2015г. №1. –С. 107-110.
- [3-А] Саидов Б.И. Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // Ж. Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2018. №1. – С. 58-63.
- [4-А] Саидов Б.И. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, М.Ф. Хомидов // Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе. – 2019. №1. –С. 88-91.
- [5-А] Саидов Б.И. Клиникаи уретропростатити хламидиявӣ / Б.И. Саидов, Б.Ч. Сангов // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2019. №1. –С. 67-72.
- [6-А] Саидзода Б.И. Совершенствование диагностики и терапии негонококковых уретритов / Х.С. Саторов, Б.И. Саидзода // Ж. Вестник «Биомедицина и социология». – Москва. – 2019. - №4. Т. 4. – С. 71-74.
- [7-А] Саидзода Б.И. Изучение иммунного статуса при негонококковых уретритах / Б.И. Саидзода // Журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». – Ижевск. – 2019. №4. –С. 42-44.
- [8-А] Саидзода Б.И. Особенности клиника негонококковых уретритов / Б.И. Саидзода // Журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». – Ижевск. –2019. №4. – С. 45-47.
- [9-А] Саидзода, Б.И. Хусусиятҳои хоси клиникаи уретритҳои ғайригонокок кӣ дар мардҳо / Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2019. №4. – С. 148-151.
- [10-А] Саидзода Б.И. Омӯзиши ҳолати масунӣ ҳангоми уретритҳои ғайригонококкӣ / Б.И. Саидзода, М.А. Гадов // Ж. Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2020. №2. – С. 25-30.
- [11-А] Саидзода Б.И. Клинико-иммунологические нарушения при негонококковых уретритах / Б.И. Саидзода, М.А. Гадов // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2020. №1. – С. 40-44.

- [12-А] Саидзода Б.И. Беморшавӣ аз сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода, А. Аҳмедов, П.Т. Зоиров, М.А. Гадов // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 58-63.
- [13-А] Саидзода Б.И. Особенности клинической течения уретритов у мужчин с репродуктивным нарушением / Б.И. Саидзода, М.А. Гадов, Ш.А. Сохибназаров, М.Д. Нуралиев // Научный журнал «Наука и инновация» Таджикский национальный университет. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 274-278.
- [14-А] Саидзода Б.И. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода, А. Аҳмедов, П.Т. Зоиров, О.И. Касымов // Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе. – 2021. №1. – С. 62-68.
- [15-А] Саидзода Б.И. Ҷараёни инкишофи бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода, М.А. Гадов, Ҷ.Г. Эмомалиев, Н.М. Нуруллаева // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №2. – С. 70-75.
- [16-А] Саидзода Б.И. История становления и развития службы дерматовенерологической помощи в различных странах мира и Республике Таджикистан (до приобретения независимости) / Б.И. Саидзода // Научный журнал «Наука и инновация» Таджикский национальный университет. – Душанбе. – 2021. №3. – С. 82-88.
- [17-А] Саидзода Б.И. Таърихи ташаккули ва рушди хадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №3. – С. 171-179.
- [18-А] Саидзода Б.И. Развитие дерматовенерологической службы в Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 579-584.
- [19-А] Саидзода Б.И. Состояние реформирования службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в современных условиях / Б.И. Саидзода // Ж. Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – Душанбе. – 2021. №4. Том XI. – С. 95-102.
- [20-А] Саидзода Б.И. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем, в Республике Таджикистан в 2008 – 2017 гг. / Б.И. Саидзода, М.А. Гадов, А.М. Қосимзода, М.М. Аҳмедов, Н.П. Зоирова // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 78-83.
- [21-А] Саидзода Б.И. Аз таърихи омӯзиши бемориҳои зухравӣ ва рушди хадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / А. Аҳмедов, О.И. Косимов, Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 35-44.
- Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференции**
- [22-А] Саидов Б.И. Рациональная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // М-лы 62 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2014. – С. 88-89.
- [23-А] Саидов Б.И. Терапия сочетанных инфекционных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // М-лы 63 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2015. – С. 559-560.
- [24-А] Саидов Б.И. Диагностика урогенитальной инфекции у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.К. Сабзалиев, Г.Р. Муслимова // Конференция дерматовенерологов г. Бухари. Узбекистан. 2015 г. – С. 55-56.
- [25-А] Саидов Б.И. ПИФ диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.М. Аҳмедов, Х.Х. Назаров // Конференция дерматовенерологов г. Бухари. Узбекистан. 2015 г. – С. 65-67.
- [26-А] Саидов Б.И. Муолиҷаи муосири бемориҳои урогениталӣ дар мардҳо / Б.И. Саидов, М.Ф. Хомидов, М.М. Аҳмедов, Ш.А. Сохибназаров, Н.П. Зоирова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 190-192.

- [27-А] Саидов Б.И. Ташхиси сироятҳои ғайригонококкӣ дар мардҳо / Б.И. Саидов, А.Ш. Кулмадов, М.С. Гадоев, М.К. Сабзалиев, Х.Х. Назаров // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 193-194.
- [28-А] Саидов Б.И. Терапия негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, М.Ф. Хомидов, А.А. Хусаинов, М.М. Ахмедов // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 197-199.
- [29-А] Саидов Б.И. Диагностика негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, У.С. Шокирова, А.З. Баротов, Ф.А. Олимова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 200-201.
- [30-А] Саидов Б.И. Лечение сочетанных негонококковых инфекций у мужчин / Б.И. Саидов, А.А. Хусайнов, Н.П. Зоирова, А.Ш. Кулмадов, Ш.Ф. Эгамова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 202-204.
- [31-А] Саидова Б.И. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидова, М.А. Гадоев // М-лы IX Республиканской научно-практич. конф. на тему «Наука и молодежь» посвященной 26-ти летию независимости республики Таджикистан и году молодежи. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. 2017. – С. 121-122.
- [32-А] Саидов Б.И. Усули муосири ташхис ва табобати уретритҳо дар мардон / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, Ш.А. Соҳибназаров // Материалы 66-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2018. – С. 548.
- [33-А] Саидов Б.И. Лечение негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов // Материалы XX Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке». г. Москва, 2018. Том 3. – С. 35-38.
- [34-А] Саидов Б.И. Диагностика и лечение уретритов / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, А.Д. Мирзоев // М-лы X Республиканской научно-практич. конференции. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. 2018. – С. 216-217.
- [35-А] Саидов Б.И. Лечение уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, К.И. Карамхудоев, Ф. Олимов // М-лы научно-практич. конф. дерматовенерологии, г. Бухоро. 2018. – С. 26-27.
- [36-А] Саидов Б.И. Современная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дерматовенерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. Москва. 2019. – С. 77-78.
- [37-А] Саидов Б.И. Лечение негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дерматовенерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. Москва. 2019. – С. 78-79.
- [38-А] Саидова Б.И. Изучение иммунной системы при уретритах / Б.И. Саидова // Материалы XXI Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке». Москва. 2019. – С. 15-18.
- [39-А] Саидова Б.И. Заболеваемость инфекциями передаваемыми половым путем в Республике Таджикистан / Б.И. Саидова, М.М. Ахмедов, Н.П. Зоирова // Материалы 68 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2020. – С. 218-220.
- [40-А] Саидова Б.И. Эпидемиологическая ситуация в Хатлонской области, по инфекциям, передаваемым половым путем в 2008 – 2017 гг. / Б.И. Саидова, Б.Д. Мирзоев, А. Муродов // Материалы 69 годичной научно-практич. конф. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». 2021. – С. 85-86.

- [41-А] Саидзода Б.И. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем, в г. Душанбе и районы республиканского подчинения Республике Таджикистан в 2010 – 2019 гг. / Б.И. Саидзода // Материалы XXIII Международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке». г. Москва, 2021. Том. 3 №1. – С. 64-69.

### Список сокращений и условных обозначений

- ВЗОМТ** – Воспалительные заболевания органов малого таза  
**ВИЧ** – Вирус иммунодефицита человека  
**ГБАО** – Горно - Бадахшанская автономная область  
**ГОУ «ИПОСЗ РТ»** – Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
**ГОУ ТГМУ им. Абӯали ибни Сино** – Государственное образовательное учреждение Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино  
**ГУ «ГКБКБ»** – Государственное учреждение «Городской клинической больницы кожных болезней»  
**ГУ «ГКЦКВБ»** – Государственное учреждение «Городской клинической центр кожных и венерических болезней»  
**ГУ «РКЦКВБ»** – Государственное учреждение «Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней»  
**ИППП** – Инфекции, передаваемые половым путём  
**МПС** – Мочеполовая система  
**УГИ** – Урогенитальные инфекции  
**УГУМ** – Урогенитальный уреамикоплазмоз  
**УГХ** – Урогенитальный хламидиоз  
**ФАЛ** – Фагоцитарная активность лейкоцитов  
**ФГАОУ ВО МЗ РФ** – Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Министерства здравоохранения Российской Федерации.  
**ФГБОУ ВО** – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования.  
**ФНО-α (TNF)** – Фактор некроза опухоли  
**ФЧ** – Фагоцитарное число  
**ХНБУИ** – Хронические негонорейные бактериальные урогенитальные инфекции  
**ХП** – Хронический простатит  
**ХУ** – Хронический уретрит  
**ХУМУ** – Хронический уреамикоплазменный уретрит  
**ХХУ** – Хронический хламидийный уретрит  
**ЦИК** – Циркулирующие иммунные комплексы  
**IgA** – Иммуноглобулины класса А  
**IgG** – Иммуноглобулины класса G  
**IgM** – Иммуноглобулины класса M  
**INF-γ** – Интерферон-гамма  
**Th-1 клетки** – Субпопуляция лимфоцитов (хелперов 1 типа) – стимулирует клеточный иммунитет, продуцирует провоспалительные цитокины (ИНФ-ос, INF-γ, ИЛ-2, ИЛ-1, ФНО-α)  
**Th-2 клетки** – Субпопуляция лимфоцитов (хелперов 2 типа) – стимулирует гуморальный иммунитет, продуцирует противовоспалительные цитокины (ИЛ-4, ИЛ-10).

МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН  
БА НОМИ АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»

УДК: 614.2; 616.5; 616.97.

Бо ҳуқуқи дастнавис

САИДЗОДА БАҲРОМУДДИН ИКРОМ

АСОСНОККУНИИ ИЛМИИ ФАӢОЛИЯТИ ХАДАМОТИ ЁРИИ  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГӢ ДАР ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН ВА ДУРНАМОИ  
РУШДИ ОН ДАР ШАРОИТИ ИСЛОӢОТИ СОӢАИ НИГОӢДОРИИ ТАНДУРУСТӢ  
ДАР МАРӢИЛАИ МУОСИР

АВТОРЕФЕРЕТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
доктори илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси  
14.02.03. – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ  
14.01.10. – Бемориҳои пӯсту зуҳравӣ

Душанбе - 2022

Рисолаи илмӣ дар кафедраи дерматовенерологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

**Мушовирони илмӣ:** **Аламхон Аҳмедов** – узви вобастаи АМИТ, доктори илмҳои тиб, профессор, муовини ректор оид ба илм ва инноватсияи МҒТ «Донишкадаи тиббӣ иҷтимоии Тоҷикистон»

**Қосимов Олимҷон Исмоилович** - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ «Донишкадаи тахсилоти баъдидипломии соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Муқарризони расмӣ:** **Муҳамадиева Саодатхон Мансуровна** - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ-гинекологияи МДТ «Донишкадаи тахсилоти баъдидипломии соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Кочергин Николай Георгиевич** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои пӯст ва зӯҳравӣ ба номи В.А. Раҳманови Донишкадаи тиббӣ-клиникии МФДМТ ТО Донишгоҳи якуми давлатии тиббии Москва ба номи И.М. Сеченови Вазорати тандурустии Федератсияи Руссия

**Нозиров Чамшед Ҳоҷиевич** – доктори илмҳои тиб, директори ҶДММ Маркази тиббӣ – таххисии “Парастор – 2014”-и ВТ ва ХИА ҶТ

**Муассисаи тақриздиханда:** МФДБТ ТО «Академияи давлатии тиббии Ижевск»  
Вазорати тандурустии Федератсияи Руссия

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_с. 2022 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-008 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо нишони 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.tj, +992 918 724088 баргузор мегардад.

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

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_с. 2022 ирсол гардид

**Котиби илмии  
Шӯрои диссертатсионӣ,  
н.и.т., дотсент**

**Чамолова Р.Ҷ.**

### Муқаддима

**Мубрамияти мавзӯи тадқиқот.** Хадамоти дерматовенерологӣ яке аз соҳаҳои қадимтарини тиб буда, аини замон ба яке аз шаклҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ аҳамиятноки кӯмаки тиббӣ дохил мешавад. Марҳилаи ибтидоии рушди он ба зиёда аз 3000 пеш аз милод рост меояд. д. [Голдсмит Л.А., 2018; Зоиров П.Т., 2019; Притуло О.А., 2021].

Дар сарчашмаҳо оид ба сатҳи беморшавӣ дар байни сокинони давлатҳои Осиёи Миёна дар давраи то ҳамроҳшавӣ ба Россия маълумотҳои яхела оварда шудаанд, ки дар онҳо навиштаҳои баъзе сайёҳон, инчунин шахсони мансабдор, аз ҷумла, табибоне, ки як вақтҳо дар ин минтақа кор карда буданд, оварда мешавад. Масалан, ба гуфтаи Л.Ф. Костенко (1880), дар кишвари Туркистон пендинка (лейшманиози пӯст) ва ба гуфтаи Д.Н. Логофета (1911), дар хонигарии Бухоро — Пендинка ва сифилис аз ҷумлаи бемориҳои гуногуни вазнин маҳсуб меёфтанд. Дар бораи паҳншавии ин ва дигар бемориҳои пӯст ва венерикӣ дар асарҳои А.Вомберг (1868), Л.Ф. Костенко (1871), Н.Ханыков (1882), И.Яворский (1889) ва Д.Н. Логотета (1909, 1911) ба таври васеъ навишта шудааст. Қабл аз пайвастан ба Русия дар Осиёи Марказӣ ягон муассисаи тиббӣ ва дорусозӣ вучуд надошт ва табиист, ки кормандони соҳаи тиб ва фармасевтӣ вучуд надоштанд [Тоҷиев Я.Т., 1974; Аҳмедов А., 2016; Аҳмедов А., 2017].

Ташаккулёбӣ ва рушди хадамоти ёрии дерматовенерологӣ дар Тоҷикистон мисли аксари дигар хадамоти тиббӣ дар замони шӯравӣ сурат гирифтааст. Аз рӯзҳои аввали барқарор шудани Хокимияти Шӯравӣ дар Тоҷикистон ба аҳоли духтурони ҳарбии қисмҳои Артиши Сурх, ки дар минтақаҳои гуногун ҷойгир буданд, ёрии тиббӣ мерасониданд [Қиёмов Ф.А., 1974; Тоҷиев Я.Т., 1974; Тоҷиев Я.Т., 1984].

Дар байни тамоми бемориҳои мавҷуда аз рӯи мурочиат ба ёрии тиббӣ бемориҳои пӯст ҷои аввалро ишғол мекарданд. Махсусан, бемории хоси сил ва оташак ва асосан шаклҳои модарзодии он назаррас буд [Қиёмов Ф.А., 1974; Тоҷиев Я.Т., 1974; Тоҷиев Я.Т., 1984].

Хусусиятҳои хоси муборизаи зидди касалиҳои дерматовенерологӣ дар ИҶШС характери давлатии он, самти пешгирии он дар асоси усули диспансерӣ, ягонагии усулҳои аз ҷиҳати илмӣ асосноки пешгирӣ, ташхис ва табобат маҳсуб меёфт. Характери давлатии ин мубориза фавран баъди пайдор гаштани Хокимияти Шӯравӣ 22 апрели соли 19018 муайян карда шуд. Усули диспансерии муборизаи зидди касалиҳои пӯсту зуҳравӣ аз рӯи пурра дар амал татбиқ намудани он ва идоракунии самараноки вазъият дар ягон мамлакати ҷаҳон усули ба худ монандро надорад. Тамоми принципҳои усули диспансериро Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ қабул намудааст, ки дар асоси он тавсияҳои ТУТ оид ба ташкили мубориза бар зидди паҳншавии бемориҳои пӯст ва зуҳравӣ таҳия гаштаанд [Шапошников О.К., 1991; Қиёмов Ф.А., 2004].

Охири асри ХХ барои бисёр кишварҳо давраи гузариш дар шакли дигаргуниҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ буд, ки ба он муҳоҷирати аҳоли, бекорӣ, коҳиши даромади аҳоли, ба истилоҳ «инқилоби ҷинсӣ» ва кам шудани маблағгузориҳои низомии ниғаҳдории тандурустӣ ҳамроҳ гаштанд. Оқибати ин дигаргуниҳо бемориҳои ба шароитҳои иҷтимоӣ вобастае мебошанд, ки ба онҳо бемориҳои зуҳравӣ дохил мешаванд.

Мубориза ба муқобили бемориҳои дерматовенерологӣ ҷанбаҳои иҷтимоӣ, сиёсӣ, биологӣ, тиббӣ, иқтисодӣ, тарбиявӣ ва ахлоқиро дар худ муттаҳид менамояд.

Бо вучуди дастовардҳои муосири венерология дар соҳаи ташхис ва табобат, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда ва мушкilotи марбут ба онҳо як мушкilotи таъхирнопазири саломатии ҷомеа маҳсуб меёбанд. Тибқи арзёбии ТУТ (2016) дар як рӯз беш аз як миллион сирояти СБРАҶГ рух дода, 376 миллион ҳолат ба яке аз ҷаҳор бемории СБРАҶГ – хламидиоз (127 миллион), сӯзок (87 миллион), оташак (6,3 миллион) ва трихомониаз (156 миллион) рӯ ба рӯ мешавад. ТУТ меъёрҳо ва стандартҳои умумиҷаҳонии табобат ва пешгирии ИППП-ро таҳия мекунад, системаҳои назорат ва мониторинги, аз ҷумла барои сӯзоки ба дору тобоварро тақвият медиҳад ва

ба раванди ташаккули рӯзномаи ҷаҳонии тадқиқоти СБРАҶГ роҳбарӣ мекунад [Кубанова А.А., 2018; Петрова А.Н., 2019; Aral S.O., 2002; CDC, 2015; Horner P.J., 2016; Voiko I., 2019].

Дар ҷаласаи 69-уми Ассамблеяи умумиҷаҳонии тандурустӣ стратегияи ҷаҳонии соҳаи тандурустӣ оид ба рафъи бемориҳои сироятӣ барои солҳои 2016-2020 тасдиқ гардид. Ҳадафи ин стратегия “...таъмини тарзи ҳаёти солим ва мусоидат ба некӯаҳволии ҳама ва дар ҳама синну сол” мебошад (ҳуҷҷати WHA69/2016/REC/1).

Бо вучуди дастовардҳои муосири венерология дар соҳаи ташхис ва табобат, мушкилоти СБРАҶГ, мушкилот ва таъсири онҳо ба узвҳои репродуктивӣ хеле мубрам боқӣ мемонад [Гуляев А.Е., 2016; Подзолкова Н.М., 2016; Асхакова М.С., 2017; Чеботарев В.В., 2018; Davies B., 2016; Jungwirth A., 2018; Moazenchi M, 2018; Verwijs M.C., 2019].

Қисмати муҳими фаъолият дар дерматовенерология такмили шаклҳои ташкилии кори ташкилотҳои тиббӣ ба беморони гирифтори патологияи дерматовенерологӣ дар ҳама марҳилаҳои расонидани ёрии тиббӣ мебошад [Калинская А.А., 2019].

То ҳол оид ба омӯзиши фаъолияти ёрии дерматовенерологӣ ба сокинони Тоҷикистон пеш аз истиқлолияти давлатӣ ва баъди ба даст овардани истиқлолият ягон пажӯҳиши мақсаднок гузаронида нашудааст. Дастур ва маводҳои мавҷуда, ки аз ҷониби созмондиҳандагони соҳаи тандурустӣ омода карда шудаанд, оид ба роҳҳои мураккаби ташаккулёбӣ ва рушди ҳадамоти дерматовенерологии кишвар то ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ ва баъди истиқлолият маълумоти пурра дода наметавонанд [Тоҷиев Я.Т., 1974; Қиёмов Ф.А., 1985; Қосимов О.И., 2010; Зоиров П.Т., 2016; Қосимов О.И., 2016; Зоиров П.Т., 2019; Зоиров П.Т., 2021].

Гуфтаҳои боло аҳамияти таҳқиқоти мазкурро пешакӣ муайян карданд, ки барои таҳияи алгоритмҳои самарабахши такмили системаи идоракунӣ ва профилактикӣ оид ба расонидани ёрии тиббӣ аз ҷониби ҳадамоти венерологии ҷумҳурӣ дар марҳилаи имрӯза асос гардид.

**Дарачаи коркарди илмии мушкилоти таҳқиқшаванда.** Таҳлилҳо ошкор карданд, ки то ҳол барои омӯзиши фаъолияти ҳадамоти кӯмаки дерматовенерологӣ ба сокинони Тоҷикистон тадқиқоти ҷиддие анҷом дода нашудааст. Баъзе тадқиқотҳое, ки мавҷуданд, дар солҳои 60—70-уми асри гузашта гузаронида шуда, дар бораи вазъияти ёрии тиббӣ ба аҳолии Осиеи Миёна пеш аз инқилоб ва дар замони шӯравӣ маълумот медиҳанд. Аммо дар онҳо бисёр ҷанбаҳои ҳадамоти ёрии дерматовенерологӣ ҳанӯз кам омӯхта шудаанд ва бинобар зиёд шудани СБРАҶГ дар ҷумҳурӣ мубрам боқӣ мемонанд. Паҳншавии СБРАҶГ, кам будани корҳои илмии марбут ба фаъолияти ҳадамоти ёрии дерматовенерологӣ ба аҳолии ҷумҳурӣ дар марҳалаи ҳозираи тараққиёти ҷамъият таҳияи равишҳои нави такмили танзими ҳадамоти ёрии венерологӣ ба аҳолиро талаб мекунад.

**Алоқамандии тадқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳои) илмӣ, мавзӯҳо.** Тадқиқоти илмӣ бо татбиқи Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи Стратегияи миллии ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №368, аз 02.08.2010 қабул шудааст, «Дар бораи Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи илм ва техника барои солҳои 2007-2015», фармони Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон №713 аз 20.12.2008 «Дар бораи пурзӯр намудани кор бо паҳншавии сироятҳои пӯст ва сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда», ки самтҳои афзалиятноки тадқиқотҳои илмӣ дар соҳаи тандурустии ҷамъиятиро муайян кардааст, алоқаманд мебошад.

### Тавсифоти умумии кор

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши марҳилаҳои инкишофи хадамоти кумаки дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳияи алгоритми тадбирҳои мақсадноки аз ҷиҳати илмӣ асосноку самарабахши тақмили минбаъдаи кори он дар шароити муносири иҷтимоию иқтисодӣ.

#### Вазифаҳои тадқиқот:

1. Омӯзиши таърихи ташаккулёбӣ ва инкишофи фаъолияти хадамоти дерматовенерологии ҷумҳурӣ дар ҳудудҳои гуногуни маъмурӣ ва муассисаҳои идоравии ҷумҳурӣ то ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ ва баъди соҳибистиқлолӣ.
2. Арзёбии нақш ва мавқеи хадамоти ёрии дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то ислоҳот ва дар давраи ислоҳоти соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон.
3. Омӯзиши эпидемиология, сохтор ва омилҳои паҳншавии СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, хусусиятҳои клиникӣ ва иммунологии шаклҳои музмин ва оризаноки СБРАҶГ-и бактериявӣ (хламидиоз, урамикоплазмоз), таъсири онҳо ба солимии репродуктивии мардон ва занон.
4. Таҳияи алгоритми тадбирҳои муассири ташкилӣ, табобатӣ ва барқарорсозии минбаъдаи хадамоти дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ вобаста ба шароити демографӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодӣ.

**Объекти тадқиқот.** Ба сифати объекти тадқиқот ташкилоту корхонаҳои хадамоти кумаки дерматовенерологии ҷумҳурӣ, аз ҷумла хадамоти тиббии муассисаҳои идоравӣ ва беморони (мардону занон) гирифтори хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмози аз 18 то 48 сола интихоб карда шуданд.

**Мавзӯи тадқиқот.** Мавзӯи тадқиқот омӯзиши таърихи ташаккулёбӣ ва рушди хадамоти кумаки дерматовенерологӣ дар минтақаҳои гуногуни маъмурӣ ва муассисаҳои идоравии Ҷумҳурии Тоҷикистон то давраи гузариш ва баъди гузариш ва дар шароити нави иҷтимоию иқтисодӣ, таҳлили асосҳои ҳуқуқии танзимкунандаи фаъолияти хадамот (дастовардҳо, камбудихо) қарор дода шуд.

**Навгонии илмӣ тадқиқот.** Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ташаккул ва рушди хадамоти кумаки дерматовенерологӣ дар тамоми ҳудудҳои маъмурии кишвар то ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ ва баъди соҳибистиқлолӣ аз ҷумла, истифодаи технологияҳои инноватсионӣ бо назардошти хусусиятҳои шароити иқтисодию демографии ноҳияҳои ҷумҳурӣ арзёбӣ карда шуд. Таҳлил ва арзёбии ҳуҷҷатҳои меъёрию ҳуқуқии амалкунанда, ки фаъолияти хадамоти дерматовенерологии ҷумҳуриро ба танзим мебароранд, гузаронида шуд.

Бори аввал марҳилаҳои рушди хадамоти кумаки дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхта шуда, алгоритми тадбирҳои муассири ташкилӣ, табобатӣ ва барқарорсозӣ барои тақмили минбаъдаи он дар минтақаҳои гуногуни кишвар таҳия карда шуд.

Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хусусиятҳои тиббӣю иҷтимоӣ, клиникӣ ва иммунологии паҳншавӣ ва ҷараёни уретритҳои музмини бактериявии ғайригонококкӣ (УМБҶ) дар мардон ва занон муайян карда шуданд.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бори аввал омилҳои минтақавӣ муқаррар карда шудаанд, ки ба пайдоиш ва паҳншавии СБРАҶГ дар байни мардону занон мусоидат мекунанд.

Бори аввал дар муолиҷаи комплекси шаклҳои музмин ва оризаноки сироятҳои бактериявии урогениталии ғайригонококкӣ иммуностимуляторҳои ватании тимогар ва тимотсин истифода шуданд, ки самараи табобати онҳоро баланд бардошт.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии тадқиқот** дар он аст, ки муқаррароти асосии кори диссертатсия дар раванди таълимии кафедраҳои дерматовенерология ва

тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо таърихи курси тибби МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», кафедраҳои дерматовенерология бо курси косметология ва тандурустии ҷамъиятӣ, иқтисод, идоракунии тандурустӣ бо курси омори тиббии Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ҳангоми омода кардани ординаторҳо, ординаторҳои клиникӣ, аспирантҳо, докторҳои фалсафа (PhD), духтурон аз рӯи ихтисос, дар курсҳои тақмили ихтисоси духтурон, инчунин дар амалияи духтурони дерматовенерологҳои ҷумҳурӣ ба таври васеъ истифода мешаванд.

Натиҷаҳои тадқиқот барои асосноккунии илмӣ алгоритми таҳияшудаи тадбирҳо оид ба беҳтар намудани хизматрасонии дерматовенерологӣ дар ҷумҳурӣ ва татбиқи барномаҳои муайян, аз ҷумла барои гурӯҳҳои мақсадноки аҳоли (муҳоҷирон ва оилаҳои онҳо, наврасон ва ҷавононе, ки маводи муҳаддирро истеъмол мекунанд), барои мубориза бо ВНМО/СБРАҶГ асос гузоштанд. Аз рӯи натиҷаҳои тадқиқот ба мақсад мувофиқ будани ислоҳоти хадамоти кумаки дерматовенерологии ҷумҳурӣ ва қабули ҳуҷҷатҳои нави ҳуқуқие, ки фаъолияти хадамотро танзим мекунанд, аз ҷиҳати илмӣ асоснок карда шуданд. Барои амалияи клиникӣ протокол оид ба пешгирии СБРАҶГ/ВНМО дар мардон ва занон мутобиқ карда шуда, баъзе роҳҳои ба эътидол овардани ихтилоли масуният дар беморони гирифтаи бемориҳои сироятӣ бактериявӣ исбот карда шудаанд.

**Муқаррароте, ки барои ҳимоя пешниҳод мегарданд:**

1. Омӯзиши таърихи ташкил, ташаккулёбӣ ва фаъолияти хадамоти кумаки дерматовенерологии кишвар дар марҳилаҳои гуногуни рушди он нишон дод, ки ба фаъолияти хадамот хусусиятҳои иқлимӣ-ҷуғрофӣ ва демографии минтақаҳои ҷумҳурӣ ва таъминоти нокифояи онҳо бо кадрҳо, таҷҳизоти тиббӣ ва биноҳои қорӣ таъсир мерасонанд, ки ин дар ташкили хизматрасонӣ дар минтақаҳо баъзе камбудию норасоӣҳоро пеш меорад.
2. Тақмили хадамоти кумаки дерматовенерологӣ яке аз самтҳои муҳими давраи ислоҳоти соҳаи тандурустии ҷумҳурӣ мебошад.
3. Самаранокии татбиқи технологияҳои инноватсионӣ оид ба омӯзиши омилҳо, аз ҷумла омилҳои минтақавӣ, ки ба паҳншавии СБРАҶГ ва ташаккули гурӯҳҳои осебпазир мусоидат мекунанд, арзёбӣ, аз ҷиҳати илмӣ асоснок карда шуд. Муҳимияти ихтилоли иммунологӣ дар патогенези шаклҳои музмини хламидиозҳои урогениталӣ ва уреамикоплазмоз нишон дода, самаранокии усулҳои пешниҳодшудаи табобатӣ ва тадбирҳои муолиҷавию профилактикии онҳо муайян карда шудааст.
4. Алгоритми тадбирҳои муассири ташкилӣ, табобатӣ ва тавонбахшӣ таҳия шудааст, ки ба тақмили минбаъдаи ташкили идоракунии ва расонидани кумак аз ҷониби хадамоти дерматовенерологӣ дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ вобаста ба шароити иҷтимоию иқтисодӣ мусоидат мекунанд.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Эътимоднокии натиҷаҳои тадқиқот бо миқдори кофӣ маводи тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои бадастомада ва матолиби нашршуда тасдиқ карда мешавад. Хулоса ва тавсияҳо дар асоси таҳлили илмӣ заминаҳои меъёрию ҳуқуқӣ, моддию техникаи хадамоти дерматовенерологӣ, инчунин маълумотҳои маводи бойгонӣ ва ҳисоботи омории давлатӣ тартиб дода шудаанд. Ҳама натиҷаҳо ва хулосаҳои клиникӣ гирифташуда ба принципҳои тибби исботшуда асос ёфтаанд.

**Мутобиқати рисола ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Қори диссертатсионӣ ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.02.03 – Солимии ҷамъиятӣ ва нигоҳдории тандурустӣ, зербанди 3.5. - омӯзиши ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, таҳияи моделу технологияҳои нави расонидани кӯмаки дерматовенерологӣ ва шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди

Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.10 –бемориҳои пӯст ва зуҳравӣ, зербанди 3.7 - омӯзиши ҷанбаҳои тиббии иҷтимоии паҳншавии сироятҳои бактериявӣ, ки бо роҳи алоқаи ҷинсӣ мегузаранд, солимии репродуктивии мардон ва занон, 3.9 - такмили ҳадамоти кумаки дерматовенерологӣ, урологӣ ва гинекологии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва татбиқи онҳо дар амалияи клиникӣ мутобиқат менамояд.

**Саҳми шахсии довталаби дараҷаи илмӣ.** Диссертант мустақилона мавод ҷамъоварӣ намуда, методологияи тадқиқотро таҳия ва ҷамъбаст намуда, натиҷаҳои таҳлил ва коркарди омории онҳоро анҷом додааст. Саҳми муаллиф дар ҷамъоварӣ ва коркарди мавод 90 фоизро ташкил медиҳад. Ҳама бобҳои рисола, аз ҷумла, коркарди омории маълумоти бадастомада, шарҳу тавзеҳи адабиёт, тавсифи тадқиқотҳои худӣ, хулоса ва тавсияҳои амалӣ аз ҷониби муаллиф шахсан навишта шудаанд.

**Аппробатсия ва татбиқи натиҷаҳои рисола.** Натиҷаҳои асосӣ ва муқаррароти кори диссертатсионӣ дар Конференсияи 62-юми илмию амалии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба 20 солагии Конституцияи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавзӯи: «Илми тиб ва таҳсилот» (Душанбе, 2014), Конференсияи 63-юми илмию амалии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ дар мавзӯи: «Саҳми илми тиб дар солимии оила» (Душанбе, 2015), Конференсияи 64-уми илмию амалии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба 25-умин солгарди Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавзӯи: «Мушкилоти назария ва амалияи тибби муосир» (Душанбе, 2016), Конференсияи 66-уми илмӣ-амалии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба «Соли рушди сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ» дар мавзӯи: «Нақш ва ҷойгоҳи технологияҳои инноватсионӣ дар тибби муосир» (Душанбе, 2018), конференсияи 68-уми илмию амалии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ» дар мавзӯи: «Асосҳои бунёди рушди инноватсионии илму маориф» (Душанбе, 2020), Конфронси 69-уми илмӣ-амалии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба «30 солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар мавзӯи: «Дастовардҳо ва мушкилоти илмҳои фундаменталӣ ва тибби клиникӣ» (Душанбе, 2021), мизи мудаввар дар мавзӯи: «Комёбиҳо, дурнамо, мушкилоти муосири дерматовенерология» (Душанбе, 2016), бахшида ба 25-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Конференсияи IX ва X ҷумҳуриявии илмию амалии «Илм ва ҷавонон», конференсияҳои ҳарсолаи Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ (Душанбе, 2017, 2018), Конгресси XX, XXI ва XXIII байналмилалӣ «Тандурустӣ ва маориф дар асри XXI» (Маскав, 2018, 2019, 2021), инчунин дар дигар симпозиумҳо, конфронсҳои байналмилалӣ (2015, 2016, 2018, 2019, 2020) пешниҳод ва муҳокима гардиданд.

Аппробатсияи кори диссертатсионӣ дар ҷаласаи комиссияи байникафедрвӣи проблемавии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (10.12.2021, протоколи №5) баргузор гашт.

**Интишорот дар мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯи маводи рисола 41 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 21 мақола дар маҷаллаҳои, ки ба феҳристи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил карда шудаанд, ба ҷоп расиданд. Ҳамчунин, дастури методи «Венерология», 2019 аз ҷоп бароварда шуд.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Рисола дар 341 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шуда, аз муқаддима, тавсифоти умумии кор, шарҳу тавзеҳи адабиёт, 5 боби натиҷаҳои мушоҳида ва тадқиқотҳои худӣ, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва рӯйхати адабиётҳо иборат аст. Рисола бо 9

диаграмма ва б3 чадвал оро шудааст. Рӯйхати адабиётҳо аз 405 сарчашма иборат буда, 262-тоаш ба забони русӣ ва 143-тоаш ба забонҳои хориҷӣ мебошад.

### Мундариҷаи кор

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Объекти тадқиқот хадамоти ёрии дерматовенерологӣ ва муассисаҳои тиббии ташкилотҳои идоравии Ҷумҳурии Тоҷикистон буд.

Мавзӯи тадқиқот инчунин таърихи ташкили хадамоти дерматовенерологӣ ва рушди он, фаъолияти ташкилӣ-методӣ ва тиббии муассисаҳое, ки ёрии махсуси тиббиро амалӣ менамоянд, алоқаи мутақобилаи он бо хадамотҳои алоқаманд дар шароити нави иқтисодӣ дар минтақаҳои гуногуни маъмурии Ҷумҳурии Тоҷикистон буд. Яке аз самтҳои асосии тадқиқот омӯзиши заминаҳои мавҷудаи меъёрию ҳуқуқии танзими ташкили хадамоти ёрии дерматовенерологӣ ба аҳоли буд. Маводҳои бойгонӣ ва Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббӣ, ҳамчунин самаранокии кори муолиҷавии хадамоти дерматовенерологӣ омӯхта шуданд.

Ҳамин тариқ, дар тадқиқот усули таърихӣ-таҳлилӣ, усули арзёбии экспертӣ, усули пурсиши сотсиологӣ, усули таҳлили системавӣ ва усулҳои муосири оморӣ истифода шудаанд.

Ҳамаи ҳуҷжатҳои омӯхташуда (қонунҳо, қарорҳои Ҳукумат, фармонҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, маводҳои мушовараҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон) оид ба ташкили ёрии дерматовенерологӣ ба аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳолат ва ташкили мубориза бар зидди паҳншавии СБРАҶГ/ВНМО дахл дорад. Ин зарурати омӯзиши эпидемиология, хусусиятҳои клиникӣ-патогенетикӣ, ташкили тадбирҳои муолиҷавию профилактикии сироятҳои бактериявӣ бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаро ба миён овард.

350 нафар беморони гирифтори сирояти музмини урогениталӣ ва 50 нафар мизоҷони амалан солими аз 18 то 40 сола ва калонтар аз он таҳти назорат қарор гирифтанд. Мардон 200 нафар, занон 150 нафар ва дар гурӯҳи назоратӣ бошад мутаносибан 30 ва 20 нафарро ташкил доданд.

Ҳамаи беморон аз муоинаи умумиклиникӣ, лабораторӣ: усулҳои бактериоскопӣ, бактериологӣ ва серологӣ гузаронида шуданд. Барои ташҳиси сироятҳои урогениталӣ реаксияҳои ИФА, ПИФ ва ПСР гузаронида шуданд. Тадқиқотҳои лабораторӣ дар ташҳисгоҳҳои кафедраи микробиология, иммунология ва вирусологияи Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», МҶКБПЗ, МШКБПЗ-и шаҳри Душанбе, Беморхонаи клиникӣ шаҳрии бемориҳои пӯсту зуҳравӣ шаҳри Душанбе ва Муассисаи давлатии «Донишқадаи илмӣ-тадқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон» гузаронида шуданд.

Аксари беморони гирифтори хламидиозҳои урогениталӣ, уреамикоплазмоз ва сирояти омехта дар синни фаъолнокии балидтарини меҳнатӣ ва ҷинсӣ (18-30 сола) қарор доштанд. Синнусоли беморон аз 18 то 40 сол ва бештар аз он, ба ҳисоби миёна  $26,7 \pm 1,7$  сол, дар гурӯҳи назоратӣ  $28,3 \pm 1,6$  - солро ташкил дод, яъне. синнусоли миёнаи беморон дар ҳарду гурӯҳ муқоисашаванда буд.

Вазъи иҷтимоии беморон чунин буд: муҳочирони меҳнатӣ – 130 (37,2%), хонашин – 60 (17,1%), соҳибкорони инфиродӣ – 54 (15,4%), бекорони муваққатӣ – 47 (13,4%), коргарон – 29 (8,3 Ҷоиз, хизматчиёни ҳарбӣ 21 (6,0 Ҷоиз), донишҷӯён 9 (2,6 Ҷоиз). Аксарияти беморон - 186 (53,1%) - мардон оиладор, занҳои шавҳардор, 109 (31,2%) - муҷаррад, 55 (15,7%) - ҷудошуда буданд. 75 нафар (21,4%) беморон машруботи спиртӣ истеъмол карда, 66 нафар (18,9%) тамокукаш буданд.

Мутаносибан 68 (19,4%) ва 15 (30%) беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ маълумоти олий, 110 (31,4%) ва 14 (28,0%) маълумоти миёнаи махсус, 172 (49,1%) ва 21 (42,0%) маълумоти миёна доштанд. Асосан, беморон дар бораи оташак, сӯзок, СПИД тасаввуроти ночизе доштанд. Танҳо 44 (12,6%) беморони пурсишшудаи ГА ва 22 (44,0%) беморони ГН-ро хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмозро ном бурданд.

Давомнокии ХУГ, УГУМ ва сироятҳои омехтаи давомнокиашон зиёда аз ду сол дар 131 (37,4%) ҳолат, давомнокии бемориҳои давомнокиашон 1-2 сол дар 116 (33,1%), давомнокии бемориҳои давомнокиашон зиёда аз 6 моҳ дар 103 (29,5%) маврид ба қайд гирифта шуд.

Ташхиси ХУГ, УГУМ ва сирояти омехта бо натиҷаҳои тадқиқоти клиникӣ ва лабораторӣ тасдиқ карда шуд. Дар 117 (33,4%) беморон сирояти музмини хламидиалӣ, дар 119 (34,0%) сирояти музмини уремикоплазма ва дар 114 (32,6%) сирояти музмини хламидиалӣ-уремикоплазма муайян карда шудааст. Ҳамаи беморон қаблан барои УГХУМ ва мушкilotи он бенатиҷа табобат карда шуданд.

Барои ташхиси сироятҳои урогениталӣ дар беморони муоинашуда усулҳои гуногун истифода мешаванд: ПИФ, ПСР, ИФА ва бактериологӣ.

Муоинаи ултрасадои ғадуди простата (ТРУЗИ) дар дастгоҳи Aloka SSD-500 бо истифода аз зондҳои трансректалӣ (7,5 МГц) гузаронида шуд.

Вобаста ба усулҳои табобати истифодашуда беморон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гурӯҳи якум - 120 беморони гирифтори хламидиҳои урогениталӣ - танҳо табобати этиотропиро истифода бурданд, ки он бо зумамед (азитромитсин) мувофиқи схемаи пешниҳодкардаи Роҳнамои аврупоӣ оид ба СБРАЧГ (2001) гузаронида шуд: 1 грамм як маротиба дар як ҳафта, - бо давомнокии 3 ҳафта. Вояи курсии дору 3 г буд.

Дар гурӯҳи дуюм 110 нафар беморони уреоплазмоз ва микоплазмозҳои урогениталӣ буданд. Ба беморон муолиҷаи комплексӣ бо зумамед ва иммуностимулятори тимогар, 1 мл дар як рӯз як маротиба дар давоми 10 рӯз гузаронида шуд.

Дар гурӯҳи сеюм 120 беморони гирифтори сирояти омехта буданд, ки табобати комплексӣ гирифтанд (этиотропӣ ва иммуностимулятори тимотсин), ки ба дохили мушакҳо 1 мл, 1 бор дар давоми 10 рӯз ворид карда шуданд..

Ҳангоми сирояти омехтаи трихомоназ ва ё гарднералла квинзол (орнидазол) дар вояи 500 мг 2 бор дар як рӯз барои 10 рӯз таъин карда мешавад. Илова бар ин, беморон ҳар 5 рӯз 150 мг флукозам (флуконазол) гирифтанд.

Коркарди омории мавод бо истифода аз функсияҳои мувофиқи Microsoft Excel 2016 ва нармафзори Statistica 10.0 барои Windows (StatSoft Inc., ИМА) анҷом дода шуд.

**Натиҷаҳои тадқиқот.** Ҳангоми омӯзиши маводҳои бойгонӣ маълум гардид, ки дар замони шӯравӣ маълумот дар бораи таърихи инкишофи хадамотҳои алоҳидаи махсуси тиббӣ дар Тоҷикистон таваҷҷуҳи бебаҳсро ба худ ҷалб карда буд, вале то ҳол тадқиқотҳои, ки вазъияти хадамотро инъикос намоянд, хеле каманд.

Мувофиқи маълумоти як қатор муаллифоне, ки дар адабиёт оварда шудаанд, дар ҳудуди ҷумҳуриҳои ҳозираи Осиёи Миёна то ба Россия ҳамроҳ шудан (яъне то нимаи дуюми асри 19) ягон муассисаи тиббӣ ва мутаносибан ягон корманди тиб вучуд надошт.

Аз тарафи мо ҷустуҷӯи як қатор ҳуҷҷатҳои бойгонӣ гузаронида шуд, ки дар онҳо далелҳои оварда мешаванд, ки дар ҳудуди хонигарии Бухоро ягон муассисаи табобатӣ ва кормандони тиб мавҷуд набуданд. Он замон мардумро табибҳо ва ба истилоҳ “момоҳо” табобат мекарданд, ки маълумоти касбии тиббӣ надоштанд.

Муқаррар намудем, ки соли 1913 дар ҳудуди хонигарии Бухоро дар шаҳри Бухоро беморхонаи русии туземӣ мавҷуд буд, ки аввалин муассисаи табобатӣ махсуб меёфт. Он соли 1891 сохта шуда, барои 30 кат барои беморони бистарӣ пешбинӣ шуда буд. Дар он дорухона ва амбулатория, аз ҷумла амбулатория барои беморони занона вучуд дошт. Дар ин муассисаи тиббӣ 2 нафар табибон, 3 нафар корманди миёнаи тиббӣ ва 1 нафар дорусоз фаъолият доштанд. Дар беморхона соли 1910 34 нафар беморони гирифтори оташак (21 мард ва 13 зан) табобат карда шуда, 2911 нафар беморони венерикӣ ба таври амбулаторӣ қабул карда шуданд.

Соли 1913 дар ҳудуди хонигарии Бухоро ҳамагӣ 13 духтур ва 38 корманди миёнаи тиб, аз ҷумла 6 нафар стоматологҳо кор мекарданд (яъне ба ҳар 10 ҳазор нафар аҳоли 0,13 духтур ва 3,8 корманди миёнаи тиббӣ рост меомад). Мувофиқи маълумоти Бойгонии давлатии марказии ҶШС Узбекистон (ф.3, с. 1, маъфузгоҳи 248, варақи 624) дар ҳудуди хонигарии Бухоро якчанд муассисаҳои тиббӣ мавҷуд буданд. Дар шаҳри Хучанд беморхонаи дорои 15 кат, дар шаҳри

Панҷакент — муассисаи тиббии дорои 6 кат, дар шаҳри Уротеппа - 5 кат, дар Нов ва шаҳраки Надеждино бунгоҳҳои тиббии деҳотии дорои 6 кат амал мекарданд. Ғайр аз ин, якчанд нуқтаҳои амбулаторӣ мавҷуд буданд, ки онҳо дар маҷмӯъ наздики 0,4 кати беморхонавӣ ба ҳар 10 ҳазор нафар аҳолиро ташкил меоданд.

Баъдтар дар шаҳри Чорҷӯ шуъбаи қабул, муассисаи амбулатории Керкин ва боз як амбулатория дар Пата - Ҳисор дар назди беморхонаи ҳарбӣ кушода шуд. Ғайр аз ин, аз рӯи баъзе маълумотҳо, дар хонигарии Бухоро, ки дар он зиёда аз 3 миллион нафар аҳоли зиндагӣ мекард, боз якчанд муассисаҳои хурди амбулаторӣ фаъолият доштанд, ки барои 25—30 кат пешбинӣ гардида буданд.

Дар ҳудуди Тоҷикистони имрӯза танҳо як муассисаи амбулаторӣ барои сокинони Хучанд фаъолият дошт, ки соли 1886 ба истифода дода шуда буд. Дар китоби Усмон Шокир (2008) дар бораи пайдо шудани бунгоҳҳои фелдшерӣ дар Хучанд, Нов, Уротеппа, Панҷакент дар солҳои 70-уми асри XIX ишора гардидааст. Баъдтар, соли 1881 дар Панҷакент аввалин беморхонаи «русӣ» кушода шуд, ки дар он табибони рус кор мекарданд.

Ба хамин тарик, то барпо шудани Ҳокимияти Шӯравӣ аксарияти муассисаҳои тиббӣ дар қисмати шимоли Тоҷикистони имрӯза воқеъ буданд.

Аз рӯзҳои аввали барпо шудани Ҳокимияти Шӯравӣ масъалаҳои ҳифзи саломатии аҳолии кишвари мо тадриҷан беҳтар шудан гирифт. Аввалин муассисаи тиббии шаҳрвандии ҶШС Тоҷикистон бунгоҳи ҷарроҳии чашм буд, ки дар моҳи феввали соли 1925 дар Душанбе сохта ба истифода дода шуда буд. Дар ҳуди ҳамон сол вай ба беморхонаи шаҳрӣ табдил дода, аз хоначаи хурд ба бинои типии аврупоӣ гузаронда шуд. Шумораи катҳои беморхона аз 8 адад дар моҳи июни соли 1925 ба 33 адад расид, ки 9-тои онҳо барои муолиҷаи беморони дарунӣ ва венерикӣ пешбинӣ шуда буд. Баъдтар бунгоҳи ҷарроҳии чашм ба касалхонаи шаҳрӣ ва дар соли 1928 ба беморхонаи ҷумҳуриявӣ табдил дода шуд.

Дар солҳои 1925—1926 бемории оташак дар байни аҳолии минтақа 3,1 фоиз, дар баъзе ноҳияҳо аз ин ҳам зиёд буд. Комиссариати халқии ниғаҳдории тандурустии ҷумҳурии мухтор ба сабаби зиёд будани касалиҳои пӯст ва зухравӣ барои ташкили хадамоти махсуси дерматовенерологӣ чораҳо андешид. Дар ҳайати амбулаторияи марказии шаҳри Душанбе соли 1926 пункти венерологӣ кушода шуд. Соли 1927 дар Хучанд дар ҳайати амбулаторияи шаҳрӣ утоқи венерологӣ ташкил карда шуд.

Дар Душанбе дар ҳайати амбулаторияи шаҳрӣ диспансери дерматовенерологӣ ташкил карда шуд, ки он моҳи октябри соли 1928 ба кор сар кард. Вай аввалин муассисаи тиббӣ дар ҷумҳурӣ буд.

Паҳншавии бемориҳои пӯсту зухравӣ дар байни аҳоли, хусусан дар деҳот барои андешидани чораҳо ҷиҳати рушди шабакаҳои дерматовенерологӣ дар маҳалҳо мусоидат кард. Соли 1929 дар ҷумҳурӣ аллакай 9 муассисаи дерматовенерологӣ, аз он ҷумла диспансери махсуси шаҳрӣ ва амбулаторияи дерматовенерологӣ мавҷуд буд, ки дар шаҳри Душанбе кушода шуданд. Чунин утоқҳо дар шаҳри Хучанд дар назди поликлиникаи шаҳрӣ, утоқи дерматовенерологӣ дар назди поликлиникаи шаҳрии шаҳри Кӯлоб, утоқ дар назди машваратгоҳи бачагона; утоқҳои венерологии шаҳрҳои Конибодом ва Уротеппа кушода шуда, дар округҳои Қурғонтеппа ва Панҷакент 3 гурӯҳи венерологӣ кор мекарданд.

Муқаррар карда шуд, ки хадамоти дерматовенерологии ҷумҳурӣ дар охири солҳои 30-ум хеле тараққӣ карда, қариб дар ҳамаи шаҳру ноҳияҳои калон диспансерҳо, утоқҳо ва пунктҳо ташкил карда шуданд.

Соли 1933 дар назди ШКД шаҳри Хучанд аввалин беморхонаи дерматовенерологӣ кушода шуд, ки барои 26 нафар беморон пешбинӣ шуда буд. Каме дертар, соли 1935 дар шаҳри Душанбе дар заминаи беморхонаи ҷумҳуриявӣ (баъдтар беморхонаи клиникаи шаҳрии рақами 1 номида шуд) беморхонаи дерматовенерологӣ кушода шуд, ки барои 20 кат пешбинӣ шуда буд ва дар охири ҳуди ҳамон сол беморхонаи касалиҳои занбурӯғӣ барои 50 нафар беморон ба кор шуруъ кард. То оғози Ҷанги Бузурги Ватанӣ ҷумҳурӣ дорои шабакаҳои пурқуввати

муассисаҳои дерматовенерологӣ гашт. Дар ин давра дар шаҳру ноҳияҳо 31 муассисаи махсуси дерматовенерологӣ бо 174 кат фаъолият мекарданд.

Дар солҳои Ҷанги Бузурги Ватанӣ бисёр духтурон ва коркунони фелдшерии муассисаҳои пуста зуҳравӣ ба сафи Артиши Сурх сафарбар карда шуданд. Вобаста ба ин суръати рушди хадамоти дерматовенерологӣ як қадар коҳиш ёфт. Хадамоти дерматовенерологии ҷумҳурӣ дар давраи баъд аз ҷанг боз аз нав инкишоф ёфт. Вобаста ба пурзӯр гардидани мубориза ба муқобили бемориҳои сироятии пӯст ва венерологӣ соли 1945 дар ҶШС Тоҷикистон 2 диспансери байниноҳиявии дерматовенерологӣ, 10 маркази дерматовенерологӣ ташкил карда шуда, шумораи катҳои махсусгардонидашуда дар охири соли 1945 ба 240 адад расонда шуд. Диққату эътибори махсус ба ташкили лабораторияҳои ташхисӣ дар назди муассисаҳои тиббӣ, тайёр кардани духтурони дерматовенеролог, лаборантҳо ва коркунони звенои миёна равона карда шуд.

Аз тарафи мо муқаррар карда шуд, ки дигаргунию пешравиҳои калон дар инкишофи хадамоти дерматовенерологӣ дар солҳои 50—60-уми асри XX ба амал омаданд. Он вақт қариб дар ҳамаи шаҳру ноҳияҳо муассисаҳои дерматовенерологӣ бо беморхонаҳо ташкил карда шуда буданд, ки бо таҷҳизоти ҳозиразамони ташхису табобат ҷиҳозонида шуда буданд. Дар минбаъда иқтисодии кати шуъбаҳои дерматовенерологии ҷумҳурӣ афзуда, то соли 1965 ба 765 кат, дар миёнаи солҳои 70-ум 1650 кат, миёнаи солҳои 80-ум 1740 кати дерматовенерологӣ ба кор андохта шуд, ки барои пурра дар беморхонаҳо хобонидани беморони мавҷуда тамоми шароитҳоро фароҳам оварда буд. Минбаъд аз сабаби хеле кам шудани шумораи беморони гирифтори касалиҳои венерикӣ ва сироятии пӯст шумораи катҳои дерматовенерологӣ дар ҷумҳурӣ кам карда, то ибтидои солҳои 90-ум 1167 катро ташкил дод. Тибқи Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи самаранок кунонидани муассисаҳои тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми солҳои 2011-2020» 282 кати бемориҳои пӯст ихтисор карда шуда, айни замон 885 кат фаъолият дорад, ки 690 кати онҳо статсионарӣ ва 195 кати рӯзонаи беморон мебошанд.

Муқаррар карда шудааст, ки хусусиятҳои хоси муборизаи зидди касалиҳои венерикӣ дар СССР характери давлатии он мебошад, ки он фавран баъди барқарор гардидани Ҳокимияти Шӯравӣ дар соли 1918 муайян карда шуда буд. Усули диспансерии муолиҷаи беморони касалиҳои музмини пӯст ва муассисаҳои пӯсту венерикӣ ҶШС Тоҷикистон аз соли 1965 оғоз карда шуд. Усули диспансерии муборизаи зидди касалиҳои венерикӣ дар ҷаҳон ҳамто надорад. Тамоми принципҳои усули диспансериро Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ ба асос гирифта, дар асоси онҳо тавсияҳои ТУТ оид ба ташкили мубориза бар зидди паҳншавии бемориҳои венерикӣ таҳия шудаанд.

Муқаррар карда шуд, ки соли 1970 дар ҷумҳурӣ 61 муассисаи дерматовенерологӣ (18 диспансер, 9 шуъба ва 34 утоқ) мавҷуд буд. Таъминот бо кат ба 10000 нафар аҳоли 5 нафарро ташкил меод (ҳисоби миёнаи умумииттифоқӣ 2,3). Дар хадамот 143 нафар духтурони дерматовенеролог ва 25 лаборант кор мекарданд.

Омодасозии кадрҳои тиббии дорои таҳассуси олӣ ва миёна ва дар оянда бозомӯзии баъдидипломии онҳо асосан аз ҳисоби муассисаҳои таълимии ҷумҳурӣ амалӣ карда мешуд. Ба ин муносибат охири соли 1939 дар пойтахти ҷумҳурӣ Донишқадаи тиббӣ, баъдтар омӯзишгоҳҳои тиббӣ ташкил карда шуд, ки он дурнамои бо духтурон ва ҳамшираҳои тиббӣ таъмин намудани ҷумҳуриро дар оянда ба кулӣ беҳтар намуд. Ҳамин тавр, агар дар соли 1945 дар ҷумҳурӣ 20 нафар духтурони дерматовенеролог бошад, охири солҳои 60-ум шумораи онҳо ба 101 нафар ва дар миёнаи солҳои 70-ум ба 143 нафар расид.

Охири солҳои 80-ум шумораи духтурони дерматовенеролог дар ҷумҳурӣ то 182 нафар зиёд шуд.

Минбаъд, баъди то миёнаҳои солҳои 80-ум калон карда шудани баъзе диспансерҳои дерматовенерологӣ ба аҳолии ҷумҳурӣ 56 муассиса, аз ҷумла 16 диспансер, 9 шуъба ва 31 кабинет ёрии махсус мерасонданд. Дар онҳо 22 лабораторияи серологӣ, 20 лабораторияи ташхиси клиникӣ ва 6 лабораторияи бактериологӣ кор мекарданд.

Тахассуси ибтидоӣ ва такмили ихтисоси табибони дерматовенерологи Тоҷикистон аз охири солҳои 40-уми асри гузашта ба роҳ монда шуда буд. То охири солҳои 50-ум духтурони дерматовенерологи ҷумҳурӣ ба дигар шаҳрҳои собиқ СССР сафар карда, маҳорати худро такмил меоданд. Аз ибтидои солҳои 60-ум сар карда тайёрии ибтидоӣ ва бозомӯзии табибони дерматовенерологҳо дар кафедраи дерматовенерологияи Донишкадаи давлатии тиббии ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба роҳ монда шуд. Дар ибтидои солҳои 70-ум дар заминаи диспансери ҷумҳуриявии дерматовенерологӣ барои тайёр кардани духтурони дерматовенеролог курси яксола (интернатура) ташкил карда шуд. Соли 1986 дар факултети такмили ихтисоси духтурони Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар заминаи диспансери ҷумҳуриявии касалиҳои дерматовенерологӣ курси дерматовенерология кушода шуд.

Кормандони кафедраи дерматовенерологияи Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва духтурони диспансерҳои дерматовенерологӣ ба коркарди проблемаҳои илмӣ дар шароити Тоҷикистон мубрам ба таври ҷиддӣ машғул гаштанд. Дерматовенерологҳо дар солҳои Ҳокимияти Шӯравӣ 2 рисолаи докторӣ ва 10 рисолаи номзадӣ ҳимоя намуда, қариб 230 мақола, дастурҳои методӣ, монография, брошюра ба таърифи расонда, барои таклифҳои ратсионализаторӣ 6 шаҳодатнома гирифтанд.

Дар ин давра 5 конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ амалӣ гузаронда шуд, ки дар онҳо проблемаҳои актуалии ҳадамоти дерматовенерологияи ҷумҳурӣ мавриди муҳокима ва баррасӣ қарор гирифтанд.

Аввалин нуқтаи венерологӣ дар Душанбе соли 1926, аввалин диспансери дерматовенерологӣ дар соли 1928 ташкил карда шуда буд, ки соли 1931 ба диспансери ҷумҳуриявии бемориҳои пӯст ва венерологӣ табдил дода шуд. Аз соли 1941 дар заминаи Беморхонаи шаҳрии клиникаи рақами 1 кафедраи дерматовенерологияи Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба фаъолият шурӯъ намуда, соли 1970 дар шаҳри Душанбе Диспансери шаҳрии дерматовенерологӣ ташкил карда шуд. Дар ин давра дар ҷумҳурӣ 200 нафар духтурони дерматовенеролог кор карданд.

Аввалин пункти фельдшерӣ дар шаҳри Кӯлоб соли 1928 пайдо шуда, дар ҳамин давра шуъбаи ниғаҳдории тандурустии комичроияи Шӯроӣ депутатҳои меҳнаткашони шаҳри Кӯлоб ташкил карда шуда буд. Соли 1930 дар Кӯлоб аввалин утоқи дерматовенеролог кушода шуд, баъдан дар солҳои 60-70 муассисаҳои дерматовенерологӣ, аз ҷумла 4 диспансери марказии дерматовенерологӣ, 4 шуъбаи бемориҳои пӯст дар беморхонаи марказии ноҳия ва 6 утоқи бемориҳои пӯст кушода шуд.

Аввалин пункти тиббӣ дар шаҳри Курғонтеппа соли 1927 ба истифода дода шуда буд, вале аввалин муассисаи махсуси дерматовенерологияи шаҳр танҳо соли 1958, вақте ки диспансери вилоятии дерматовенерологӣ (ДВДВ) кушода шуд, ба кор даромад. Солҳои минбаъда дар ҳамаи ноҳияҳои минтақаи Курғонтеппа утоқҳои дерматовенерологӣ, шуъбаҳо ва диспансерҳо ба кор даромаданд: дар 5 ноҳия — ДДВ ва дар 7 ноҳия - утоқҳои дерматовенерологӣ.

Дар вилояти Суғд (собиқ Ленинобод) аввалин маркази тиббӣ соли 1927 ва соли 1928 аввалин нуқтаи тиббии дерматовенерологӣ дар шаҳри Хучанд кушода шуд. Баъдтар, соли 1931 дар шаҳри Хучанд дар заминаи лабораторияи санитарияи бактериологӣ шуъбаи серологӣ ва соли 1932 бинои аввалини диспансери бемориҳои дерматовенерологӣ кушода шуд. Минбаъд дар ноҳияи Ҷаббор Расулов (1935), баъдан дар ноҳияи Ашт (1963), Конибодом (1967), Истаравшан (1967), Панҷакент (1967), Исфара (1970) ва дар дигар ноҳияҳо кабинети шуъбаҳои дерматовенерологӣ кушода шуданд. Дар бештари муассисаҳои дерматовенерологияи вилояти Суғд табибон намерасанд.

Дар заминаи поликлиникаи вилоятии шаҳри Хоруғ соли 1938 бори аввал утоқи дерматологӣ кушода шуд. Соли 1955 дар заминаи шуъбаи касалиҳои сироятӣ Беморхонаи вилоятӣ ду палата барои бемориҳои пӯст кушода шуд. Соли 1966 дар Хоруғ БВДВ кушода шуд. Солҳои гуногун дар ВМКБ утоқи шуъбаҳои ёрии дерматовенерологӣ ташкил карда шуда

буданд, вале аз сабаби нарасидани кадрҳо лозим омад, ки онҳо зуд баста шаванд. Солҳои охир ба аҳолии ВМКБ асосан дар заминаи БВДВ-и шаҳри Хоруғ хизмати дерматовенерологӣ расонда мешавад, дар маркази вилоят ҳамчунин, лаборатория ташкил карда шуд. Ғайр аз ин, ҳоло дар ноҳияҳои Дарвоз ва Ванҷ утоқҳои дерматовенерологӣ кор мекунанд.

Аввалин бунгоҳҳои тиббӣ ва аввалин амбулатория дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ соли 1929 дар Рашт (пештар ноҳияи Ғарм номида мешуд) ва соли 1933 дар ноҳияи Ҷайзобод кушода шуданд. Солҳои гуногун дар НТМ утоқу диспансерҳои дерматовенерологӣ фаъолият мекарданд. Соли 1948 дар шаҳри Турсунзода беморхонаи дерматовенерологӣ, соли 1949 дар шаҳри Ваҳдат (Орҷоникидзобод) ва соли 1953 дар ноҳияи Ҳисор шӯъбаҳои бемориҳои пӯст ва дар дигар вилоятҳои шаҳрҳои утоқҳои дерматовенерологӣ дар заминаи Беморхонаҳои марказӣ кушода шуданд. Солҳои 90-ум аксари муассисаҳои дерматовенерологӣ ба марказҳои бемориҳои дерматовенерологӣ табдил дода шуданд. Онҳо то ҳол фаъолиятшонро идома медиҳанд, вале дар баъзе НТМ, тавре ки дар ҷадвали 3.1.6 нишон дода шудааст, норасоии мутахассисон ба назар мерасад.

Дар асоси гуфтаҳои боло метавон ба хулосае омад, ки дар раванди ташаккули ҷумҳурии дерматовенерологӣ таърихи худ ҳадамоти ҷумҳурии дерматовенерологӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон роҳи душвори таърихи тай кардааст. Дар ҳудуди хониғарии Бухоро муассисаҳои табобатӣ ва дорусозӣ, инчунин коркунони тиббӣ ва дорусозӣ вучуд надоштанд. Дар ҷумҳурӣ то сар шудани Ҷанги Бузурги Ватанӣ аллакай шабакаи муассисаҳои дерматовенерологӣ тараққикарда арзи вучуд карда буд, баъдтар он ҳамчун системаи мустақил ташаккул ва инкишоф ёфта, давраи гулгулшукуфӣ ва харобиро аз сар гузаронд. Солҳои аввали истиқлолият коҳишҳои фаъолияти ҳадамоти дерматовенерологӣ ҷумҳурӣ ба қайд гирифта шуд. Ҳоло бошад азнавбарқароршавии фаъолияти ҳадамот ба назар мерасад.

**Рушди ҳадамоти ҷумҳурии дерматовенерологӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шароити нави иқтисодӣ-иқтисодӣ.** Охири солҳои 80-ум, то пошхӯрии Иттиҳоди Шӯравӣ ва ба даст овардани истиқлолият, ҳадамоти ҷумҳурии дерматовенерологӣ 56 муассиса, аз ҷумла муассисаи марказӣ – ДДВ-и ҷумҳуриявӣ, 4 ДДВ -и вилоятӣ, ДДВ -и шаҳри Душанбе, 10 ДДВ-и ноҳиявӣ, шӯъбаҳои бемориҳои пӯст — дар 9 ноҳия ва утоқҳои дерматовенерологӣ дар 31 ноҳияро дар бар мегирифт. Ғайр аз ин, кафедраи дерматовенерологияи Донишқадаи давлатии тиббии ба номи Абӯалӣ ибни Сино, инчунин курси дерматовенерологияи факултети тақмили ихтисоси духтурони Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва шӯъбаи бемориҳои пӯсти Беморхонаи клиникаи шаҳрии рақами 1, шаҳри Душанбе амал мекарданд.

Дар солҳои аввали истиқлолият (солҳои 90) системаи тандурустие, ки он замон амал мекард ва ҳадамоти ҷумҳурии тиббӣ санитарии он аз ҷиҳати ҳалли масъалаҳои рӯзафзунӣ ҳифзи саломатии аҳолии кишвар камфаъолият гашта буд. Дар солҳои ноустувории сиёсӣ (1991-1997) ба муассисаҳои тандурустӣ, аз ҷумла, аз минтақаҳои ҷанубӣ сар карда, тадриҷан дар тамоми ҷумҳурӣ ба муассисаҳои тандурустии ҷумҳурии зарари ҷиддӣ расонида шуд. Дар натиҷа муассисаҳои дерматовенерологӣ зарари сахт دیدанд, таҷҳизоти лабораторӣ хеле кӯҳна гашта, барои таъмири умумӣ ва ҷорӣ хароҷоти калон лозим буд, вале вазъияти иқтисодии ҷумҳурии имкон намедод, ки камбудии дар муддати кӯтоҳ бартараф карда шаванд.

Охири солҳои 90-ум ва ибтидои солҳои 2000-ум муассисаҳои дерматовенерологӣ дар саросари кишвар (диспансерҳо, шӯъбаҳо, утоқҳо) марказ номгузорӣ карда шуданд.

Айни замон дар ҷумҳурӣ Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои дерматовенерологӣ, 3 маркази вилоятӣ бемориҳои дерматовенерологӣ, 1 маркази шаҳрии бемориҳои дерматовенерологӣ дар шаҳри Душанбе, 1 беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои пӯст дар шаҳри Душанбе, 21 маркази бемориҳои дерматовенерологӣ, 4 шӯъба ва 35 утоқҳои дерматовенерологӣ фаъолият менамоянд. Дар давраи мавҷудияти соҳибистиқлолӣ зиёда аз 38 ҳуҷҷатҳои ҳуқуқии соҳа ба имзо расонда шуданд.

Ҳоло дар ҳудуди ҷумҳурии шумораи духтурони соҳа 245 нафарро ташкил медиҳад, ки ба ҳар 10 ҳазор нафар аҳоли 0,2 фоиз рост меояд. Аз ин шумор 5 нафар доктори илмҳои тиб ва 24 нафар номзадҳои илми тиб мебошанд.

Аз 245 нафар мутахассисон 198 нафар (80,8 фоиз) категорияи тахассусӣ доранд (80 нафарашон категорияи олій, 76 нафар якум ва 42 нафар дуум).

Дар солҳои аввали соҳибистиклолии ҷумҳурӣ, махсусан дар солҳои 1995-1997 шумораи беморони гирифтори бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда якбора зиёд шуда, сатҳи беморшавӣ ба ҳисоби миёна ба 23 нафар ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли расид. Аз соли 2000 то 2004 ин нишондиҳанда (беморшавӣ ба 100 ҳазор нафар аҳоли) аз 12,9 то 10,6 бемор, то соли 2020 бошад то 4,3 нафар кам шуд.

Умуман, ба шарофати соҳибистиклоли дар давоми 30 сол дар бисёр шахру ноҳияҳои ҷумҳурӣ заминаи моддиро техникаи соҳаи хизматрасонӣ ба касалиҳои пӯст ва зухравӣ мустаҳкам карда шуда, таҷҳизоти замонавӣ тиббӣ харида шуд, ки ин бевосита ба беҳтар шудани сифати хизматрасонии тиббӣ мусоидат мекунад.

Кормандони кафедраи дерматовенерологияи Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи Муассисаи давлатии таълимии «ДТВСТ ҶТ» дар ин муддат 5 доктори илм, зиёда аз 25 номзади илм, 3 китоби дарсӣ, зиёда аз 15 монография, зиёда аз 20 дастури таълимӣ, бештар аз 150 тавсияи методӣ, зиёда аз 500 мақола ва бисёр таклифҳои навоварона омода ва пешниҳод намудаанд.

Ҳоло дар шаҳри Душанбе 3 муассисаи дерматовенерологӣ: МҶКБДВ, МШКБДВ ва БШКБП фаъолият мекунад. Дар шаҳри Душанбе 107 нафар духтурони дерматовенеролог кор мекунад, ки ин аз меёр 2,3 баробар зиёд аст. Ҳоло дар ҷумҳурӣ 245 нафар духтурони дерматовенеролог кор мекунад ва 43,2 фоиз намерасанд.

Дар МҶКБДВ 24 нафар духтурон кор мекунад. Ба сохтори МҶКБДВ шӯъбаҳои статсионарӣ ва амбулаторӣ (ОМО, ҳучраҳои бемориҳои пӯст, занбӯруғӣ ва венерикӣ) дохил мешаванд. Беморхона дорои 100 кат буда, аз шӯъбаҳои бемориҳои пӯст ва занбӯруғӣ иборат аст. 16 нафар духтурон категорияи тахассусӣ доранд, ки аз ин шумора 12 нафар (50%) нафарашон дараҷаи олии тахассусӣ, 1 нафар (4,2%) нафарашон категорияи якум, 3 нафар (12,5%) дараҷаи дуум доранд. Аз шумораи умумии духтурон 66,7 фоизашон категория доранд. 1 нафар (4,2 фоиз) духтур категория надорад ва 6 нафар (25 фоиз) духтурон мутахассисони ҷавон мебошанд, ки то 5 сол собиқаи корӣ доранд. МҶКБДВ бо таҷҳизоти ҳозиразамони лабораторӣ — микроскопи люминесцентӣ ва анализатори иммуноферментӣ таъмин карда шудааст. Дар заминаи МҶКБДВ кафедраи дерматовенерологияи факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон (ДМТ) таъсис дода шудааст.

Ба таркиби МҶКБДВ қисмати поликлиникавӣ ва шӯъбаи венерологияи дорои 100 кат дохил мешавад. Дар сохтори МШКБДВ-и шаҳри Душанбе 5 шӯъбаи амбулаторӣ (шӯъбаи кабул барои калонсолон, барои кӯдакон, шӯъбаи қабули бемориҳои сироятии пӯст ва шӯъбаи ёрии таъҷилии бемориҳои венерикӣ) ва 2 шӯъбаи статсионарӣ (шӯъбаи бемориҳои пӯсти калонсолон ва шӯъбаи бемориҳои пӯсти бачагона) мавҷуданд. Ғайр аз ин, дар ин ҷо лабораторияи иборат аз шӯъбаҳои клиникӣ ва серологӣ, кабинетҳои физиотерапевтӣ мавҷуд аст, ки дар он як вақт муолиҷаи косметикӣ ва криотерапия гузаранда мешавад. Ҳоло дар МШКБДВ шаҳри Душанбе 41 нафар духтурон кор мекунад, ки аз он ҷумла 29 нафар (70,7 фоиз) дараҷаи олии тахассусӣ, 6 нафар (14,6 фоиз) дараҷаи якум, 2 нафар (4,9 фоиз) дараҷаи дуум доранд. Дар умум дараҷанокии духтурон 90,2 фоизро ташкил медиҳад. 4 нафар (9,8 фоиз) духтурон мутахассисони ҷавон мебошанд, ки то 5 сол собиқаи кор доранд.

Дар заминаи МШКБДВ аз соли 2010 инҷониб кафедраи дерматовенерологияи Муассисаи давлатии таълимии «ДТВСТҶТ» ҷойгир шудааст, ки соли 2015 дар он курси косметология кушода шуд. Айни замон дар кафедраи дерматовенерология бо курси косметологӣ 1 д.и.т., 5 н.и.и. ва 2 ассистенти бе дараҷа фаъолият менамоянд. Дар кафедра корҳои илмӣ-тадқиқотӣ пеш бурда мешавад, ки ин имкон дод 1 доктор ва 11 номзади илмҳои тиб тайёр карда шаванд.

Ба аҳолии шаҳри Душанбе инчунин, Беморхонаи давлатии клиникӣ, ки дар соли 2007 ба ҷои собиқ шӯъбаи бемориҳои пӯсти Беморхонаи клиникӣ шаҳрии рақами 1 ташкил шудааст, хизмат мерасонад. БШКБДВ дар бинои нави 5-ошёна ҷойгир аст, ки махсус барои хадамоти

дерматовенерологӣ дар шаҳри Душанбе сохта шудааст. Ба ҳайати БШКБДВ шӯъбаҳои амбулаторӣ ва стационарӣ (барои 50 кат), лабораторияҳо ва шӯъбаҳои физиотерапевтӣ дохил мешаванд, ки бо таҷҳизоти ҳозиразамон ва реактивҳо таъмин мебошанд. Ҳоло дар беморхонаи клиникаи шаҳри Душанбе 17 нафар табибон фаъолият доранд, ки аз ин шумора 5 (29,4%) нафарашон дараҷаи олии тахассусӣ, 1 нафар (5,9%) дараҷаи якум ва 4 нафар (23,5%) дараҷаи дуум доранд. 7 нафар (41,2 Ҷоиз) духтурон, ки мутахассисони ҷавон, ки дорои собиқаи кории то 5 сол мебошанд, категория надоранд. Умуман дараҷанокии духтурон 58,8 Ҷоизро ташкил медиҳад. Аз шумораи умумии духтурон 3 нафарашон унвони илмӣ номзади илми тиб доранд.

БШКБДВ дорои таҷҳизоти замонавии лабораторӣ: анализатори иммуниферментӣ ва микроскопи люминестентӣ мебошад. Дар заминаи БШКБДВ кафедраи дерматовенерологияи Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ҷойгир гаштааст. Дар кафедра 1 нафар узви вобастаи АМИТ, 2 доктори илмҳои тиб, 8 дотсент, 2 муаллими калон ва 2 ассистент фаъолият менамоянд. Бояд гуфт, ки кормандони кафедра ба корҳои таълимӣ, гузаронидани муоина ва таълимоти беморони гирифтори бемориҳои гуногуни пӯст ва ҷинсӣ низ машғуланд. Ғайр аз ин, коркунони кафедра корҳои илмӣ-тадқиқотӣ мебаранд. Солҳои охир аз ҳисоби онҳо зиёда аз 25 нафар номзадҳо ва 10 нафар докторҳои илмҳои тиб тайёр карда шудаанд.

Бояд гуфт, ки таъминотнокӣ муассисаҳои дерматовенерологияи шаҳри Душанбе бо кадрҳои тиббӣ (духтурҳо, коркунони фелдшерӣ) 100 Ҷоизро ташкил дода, айни замон дар ҷумҳурӣ 245 нафар духтурони дерматовенеролог кор мекунанд, ки ин 56,9 Ҷоизи талаботро ташкил медиҳад.

Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо нишон доданд, ки ҳадамоти ёрии дерматовенерологияи шаҳри Душанбе пурра бо кадрҳои тиббӣ таъмин аст, аммо ҳадамоти махсусгардонидашуда барои аҳолии шаҳр ба қадри кофӣ ба роҳ монда нашудааст, – усулҳои муосири лабораторӣ барои ташҳиси бемориҳои СБРАҶГ ва бемориҳои сироятии пӯст вучуд надоранд (ПСР-дастгоҳҳо).

Камбудии Ҳадамоти дерматовенерологияи шаҳри Душанбе ин ҳамоҳангии сусти бо хизматрасониҳои тиббии алоқаманд (кумаки урологӣ, гинекологӣ ва кумаки аввалияи тиббии санитарӣ) ва марказҳои тиббии хусусӣ мебошад. Инчунин, лабораторияҳо бо дастгоҳҳои муосири ташҳисӣ ба қадри кофӣ мучаҳҳаз нестанд.

Ҳадамоти ёрии дерматовенерологияи вилояти Хатлонро ҳамчун ҷузъи ҷудонашавандаи соҳаи тандурустии вилоят 26 муассисаи тиббӣ, аз ҷумла 2 Маркази вилоятии бемориҳои пӯст ва венерологӣ (дар Кӯлоб ва Бохтар) ва 11 маркази дерматовенерологӣ (МДВ), инчунин 13 утоқҳои бемориҳои пӯст, ки дар марказҳои ноҳияҳои маъмурии вилояти Хатлон ҷойгиранд, намояндагӣ мекунанд.

Дар минтақаи Кулоб соли 1930 дар шаҳри Кулоб аввалин дармонгоҳи пӯст ва венерикӣ ташкил карда шуда, баъдтар он ба диспансери шаҳрӣ ва баъдтар ба диспансери вилоятии дерматовенерологӣ табдил ёфт. Минбаъд соли 1949 дар ноҳияи Восеъ, соли 1961 дар ноҳияи Фархор, соли 1963 дар ноҳияи Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ, соли 1975 дар ноҳияи Темурмалик, соли 1976 дар вилояти Мӯъминобод, соли 1978 дар ноҳияҳои Данғара ва Ховалинг, соли 1979 дар шаҳри Норак, соли 1990 дар ноҳияи Балҷувон, соли 1992 дар ноҳияи Кулоб ва соли 1993 дар ноҳияи Ш. Шохин муассисаҳои дерматовенерологӣ кушода шуданд. Дар ҳамаи 12 шаҳру ноҳияи минтақаи Кӯлоб муассисаҳои дерматовенерологӣ: 3 маркази бемориҳои пӯст ва венерикӣ (дар ноҳияҳои Кӯлоб, Восеъ ва Фархор), 3 шӯъбаи бемориҳои пӯст ва 6 утоқ дар назди беморхонаҳои марказии ноҳиявӣ амал мекунанд. Дар БМДВ-и шаҳри Кӯлоб ва Норак таъминотнокӣ бо мутахассисон 100 Ҷоизро ташкил дода, дар Восеъ, Фархор, Мир Сайид Алии Ҳамадонӣ, Темурмалик, Мӯъминобод, Данғара, Кулоб ва Ш. Шохин айни замон норасогии дерматовенерологҳо ҳис гашта, дар ноҳияҳои Ховалинг ва Балҷувон умуман мутахассисон вучуд надоранд. Айни замон дар минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон ба ҷои 57 нафар 23 табиби дерматовенеролог кор мекунанд. Таъминот бо дерматовенерологҳо дар вилоят 41 Ҷоизи талаботи воҳидҳои кориро ташкил медиҳад.

Дар тамоми муассисаҳои дерматовенерологии минтақаи Кӯлоб, ғайр аз шаҳри Кӯлоб хизматрасонии лабораторӣ нест. Лабораторияе, ки дар БМДВ-и минтақаи Кулоб мавҷуд аст, ҳамагӣ 40 фоиз бо таҷҳизотҳои зарурӣ ҷиҳозонида шудааст. Дарачанокии духтурони дерматовенеролог дар муассисаҳои дерматовенерологии ноҳияҳои минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон 82,6 фоиз, дар байни кормандони миёнаи тиб 87,5 фоизро ташкил медиҳад, бидуни баҳисобгирии мутахассисони ҷавон.

Дар минтақаи Бохтари вилояти Хатлон аз соли 1958 муассисаҳои дерматовенеролог ба фаъолият шуруъ намуда, ҳоло номи ДВПВ ба МВБПВ-и Хатлон иваз карда шудааст. Дар аксари ноҳияҳои минтақаи Курғонтеппа солҳои 60-70 муассисаҳои дерматовенерологӣ (УПВ, ШПВ, ДПВ) кушода шуда буданд ва ҳоло дар ҳамаи ноҳияҳо вучуд доранд. Пас аз МВБПВ-и Хатлон, дар минтақаи Курғонтеппа соли 1965 дар ноҳияи Шаҳрғуз, соли 1968 дар ноҳияҳои Панҷ ва Вахш, соли 1969 дар ноҳияҳои Ёвону Кушонӣён, соли 1973 дар ноҳияи Ҷайхун, соли 1975 дар ноҳияи Кабодиён, соли 1978 дар ноҳияи Дӯстӣ, 1979 дар ноҳияи Ҷомӣ ва ноҳияи Хуросон, соли 1987 дар Леваканд ва Ҷ.Балхӣ ва соли 1993 дар ноҳияи Носири Хусрав утоқҳои пӯст ва венерикӣ кушода шуданд. Аз ибтидои солҳои 2000-ум аксари онҳо марказҳои бемориҳои дерматовенерологӣ (МБДВ) номида мешаванд. Ҳоло дар ноҳияи Бохтар 1 МВБДВ, 6 МБДВ ва 7 утоқи дерматовенерологӣ фаъолият мекунанд. Ба ғайр аз МВБДВ дар тамоми муассисаҳои дерматовенерологии ноҳияи Бохтари вилояти Хатлон духтурони дерматовенеролог намерасанд ва дар минтақаи Курғонтеппа ба ҷои 91 нафар ҳамагӣ 30 духтури дерматовенеролог кор мекунанд. Таъмини вилоят бо мутахассисон 33 фоизро ташкил медиҳад. Дарачанокии духтурони дерматовенеролог дар муассисаҳои дерматовенерологии ноҳияҳои минтақаи Бохтари вилояти Хатлон ба истиснои мутахассисони ҷавон 74,4 фоиз, кормандони миёнаи тиббӣ 78,4 фоизро ташкил медиҳад.

Дар вилояти Хатлон ба ҷои 148 нафари муқарраршуда аз рӯи воҳидҳои корӣ 53 нафар табибони дерматовенеролог кор мекунанд, ки таъмини вилоят бо кадрҳои тиббӣ 35,8 фоизро ташкил медиҳад. 41 нафар (77,4 фоиз) духтур категорияи тахассусӣ доранд, 4 нафар (7,5 фоиз) духтур категорияи надоранд, 8 нафар (15,1 фоиз) мутахассисони ҷавони собиқаи кории то 7 сол доранд. 24 нафар (45,3 фоиз) духтурон дорои категорияи олиии тахассусӣ, 9 нафар (17,0 фоиз) дорои категорияи якум ва 8 нафар (15,1 фоиз) дорои категорияи дуҷум мебошанд.

Ҳамаи гуфтаҳои боло аз сатҳи пасти ташкили хизматрасонии кӯмаки дерматовенерологӣ ба аҳолии вилоят гувоҳӣ медиҳад, таъминотнокӣ бо кадрҳои тиббӣ паст аст, усулҳои муосири лаборатории ташҳиси СБРАҶГ ва бемориҳои сироятии пӯст (ПИФ, ИФА, ПСР) вучуд надоранд, ки тадбирҳои ташкилии сохториро талаб мекунанд.

Дар вилояти Суғд аввалин утоқи дерматовенерологӣ соли 1928 дар шаҳри Хучанд кушода шуда буд, ки дар он табибони дерматовенеролог фаъолият мекарданд. Дар ҳуди ҳамин ҷо дар соли 1932 диспансери дерматовенерологӣ кушода шуд. Ҳама муассисаҳои бемориҳои пӯст, ки ҳоло фаъолият доранд, ба истиснои шаҳри Истиқлол, дар солҳои гуногуни давраи шӯравӣ ба фаъолият шуруъ кардаанд: соли 1935 дар ноҳияи Ҷ. Расулов, соли 1963 дар ноҳияи Ашт, соли 1967 дар шаҳрҳои Панҷакент, Конибодом ва Истаравшан, соли 1969 - дар шаҳрҳои Бӯстону Гулистон, соли 1970 - дар шаҳрҳои Исфара ва ноҳияи Б. Ғафуров, соли 1972 - дар ноҳияи Спитамен, соли 1977 - дар ноҳияи Мастҷоҳ, соли 1984 - дар ноҳияҳои Айнӣ, Шаҳристон, Мастҷоҳи кӯҳӣ ва Деваштич.

Дар шаҳри Истиқлол аз соли 2010 утоқҳои дерматовенерологӣ кушода мешаванд. Айни замон ба аҳолии вилояти Суғд, ки 2 миллиону 633 ҳазору 500 нафарро ташкил медиҳад, 16 муассиса, аз ҷумла 1 МВБДВ ва 4 БМДВ бо шӯъбаҳо ва 11 утоқи бемориҳои пӯст дар назди БМН хизмат мерасонанд, ки шабакаи васеи хизматрасониҳои дерматовенерологиро ташкил медиҳанд. Дар вилоят 270 кати дерматовенерологӣ ҷойгир карда шудааст. Мувофиқи меъёрҳои мавҷудаи воҳидҳои корӣ бо мутахассисон таъмин будани ҳадамот 38 фоизро ташкил медиҳад (ба ҷои 118 духтури зарурӣ танҳо 45 нафар кор мекунанд). Танҳо дар 4 маҳаллаи аҳолинишин (2-тоӣ дар Хучанд, 1-тоӣ дар Панҷакент, Конибодом ва Истаравшан) лаборантҳо кор мекунанд. 27 нафар (60,0 фоиз) дорои категорияи олиии тахассусии табиби пӯст, 5 нафар (11,1 фоиз) дорои дараҷаи якум, 2 нафар (4,4 фоиз) дорои дараҷаи дуҷум мебошанд. Дар муқоиса бо дигар

минтақаҳои ҷумхури, дар вилояти Суғд сарфи назар аз нарасидани мутахассисон дар баъзе соҳаҳо кор дар ин самт сол то сол беҳтар мегардад, кор дар ягона лабораторияи назди МВБДВ, ки ташхиси бемории СБРАЧГ ва бемориҳои пӯст ба роҳ монда шудааст, аз усулҳои муосир (ПИФ, ИФА, РПГА, ташхиси бактериологӣ) истифода бурда мешавад. Дар вилояти Суғд чун дар дигар ноҳияҳои ҷумхури кадрҳо намерасанд.

Ба ҳаёти Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон (ВМКБ) шаҳри Хоруғ ва 7 ноҳия дохил мешаванд. Муқаррар намудем, ки хадамоти ёрии дерматовенерологӣ дар ВМКБ аз соли 1938 оғоз ёфтааст, ки соли 1938 дар заминаи поликлиникаи вилоятии шаҳри Хоруғ аввалин утоқи дерматовенерологӣ кушода шуд. Соли 1955 дар заминаи шуъбаи касалиҳои сироятии Беморхонаи вилоятӣ ду шуъбаи касалиҳои пӯст кушода шуд. Соли 1966 дар Хоруғ ДВДВ кушода шуд. Баъдан дар тамоми вилоят улоқҳои бемориҳои пӯст кушода шуданд, вале аз сабаби нарасидани мутахассисон зарур омад, ки баста шаванд. Солҳои охир ба аҳолии ВМКБ асосан, дар заминаи МВБДВ-и шаҳри Хоруғ хизмат расонда мешавад. Ғайр аз ин, ҳоло дар ноҳияҳои Дарвоз ва Ванҷ улоқҳои дерматовенерологӣ кор мекунанд. Дар ВМКБ таъминотнокӣ бо духтурони дерматовенеролог 60 фоизро ташкил медиҳад (ба ҷои 10 нафар воҳидҳои кории мавҷуда 6 нафар духтурони дерматовенеролог кор мекунанд). Бо вучуди ин, дар ВМКБ вазъ хеле вазнин аст, зеро дар 5 ноҳияи ВМКБ мутахассис нест, лабораторияҳои махсус ва лаборантҳо дар ҳамаи ноҳияҳо вучуд надоранд. Дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон аз 6 нафар духтурони дерматовенеролог 4 нафар (66,6%) категорияи баланди тахассусӣ доранд, яқум – 1 нафар (16,7%), дуҷум – низ 1 нафар (16,7%). Умуман, 100% духтурон категория доранд.

Дар ноҳияҳои тобеи марказ (НТМ) дар солҳои гуногуни Ҳокимияти Шӯравӣ муассисаҳои дерматовенерологӣ кушода шуданд. Дар солҳои 40-ум 3 шуъба кушода шуд: аввал соли 1940 кабинети дерматовенерологии ноҳияи Нуробод, баъд дар соли 1948 беморхонаи дерматовенерологии шаҳри Турсунзода барои 10 кат, соли 1949 дар шаҳри Ваҳдат барои 10 кат, ки баъдан баста шуд. Солҳои 50-ум ташкил карда шуданд: дар ноҳияи Ҳисор дар соли 1955 — шуъбаи бемориҳои пӯст барои 10 кат, соли 1958 — утоқи дерматовенерологии беморхонаи марказии ноҳияи Тоҷикобод.

Солҳои 60-80 дар дигар вилояту шаҳрҳо дар заминаи беморхонаи марказии ноҳия улоқҳои бемориҳои пӯст кушода шуданд. Солҳои 90-ум аксари муассисаҳои пӯсту венерологӣ ба марказҳои бемориҳои пӯст ва венерологӣ табдил дода шуданд. Онҳо имрӯз ҳам фаъолият доранд. Дар бисёр ноҳияҳо духтурони мутахассис намерасанд, дар баъзе ноҳияҳо бошад, умуман дерматовенерологҳо вучуд надоранд.

Таҳлили вазъи нишон медиҳад, ки ҳолати хизмати дерматовенерологӣ дар НТМ ғайриқаноатбахш аст: ба ҷои 96 нафар табибони дерматовенеролог мувофиқи меъёр лозимӣ танҳо 22 нафар мавҷуданд, ки ин ҳамагӣ 23 фоизро ташкил медиҳад, яъне. 77 фоиз нарасидани мутахассисон мушоҳида мегардад. Лабораторияҳои махсус бо лаборантҳои дараҷаи миёна, ки теъдоди маҳдуди таҳқиқоти оддиро мегузаронанд, дар минтақаҳои алоҳида мавҷуданд. Аз ин рӯ, сокинони ин минтақа кумаки баландхитосос намегиранд ва асосан барои муолиҷа ба Душанбе муроҷиат мекунанд. Айни замон дар НТМ 22 нафар табибон кор мекунанд, ки аз ин шумора 7 нафар (31,8 фоиз) дорои категорияи олиии тахассусӣ, 4 нафар (18,2 фоиз) дорои категорияи яқум, 3 нафар (13,6 фоиз) орои категорияи дуҷум мебошанд. Ҳамагӣ 63, 6 фоизи духтурон категория доранд. 3 нафар (13,6 фоиз) духтур категория надоранд ва 5 нафар (22,8 фоиз) мутахассисони ҷавон то 7 сол собиқаи корӣ доранд.

Вазъи хадамоти ёрии дерматовенерологии муассисаҳои идоравиро таҳлил намуда, маълум мегардад, ки дар ин муассисаҳо теъдоди духтурони дерматовенеролог кам буда, дар баъзе маҳалҳо умуман вучуд надорад, ки ин аз паст будани ёрии саривақтии махсус гувоҳӣ медиҳад. Ғайр аз ин, лабораторияю лаборантҳои махсус вучуд надоранд. Тавсия дода мешавад, ки воҳидҳои корӣ ҷудо карда, хадамоти тиббии мақомоти ҳифзи ҳуқуқ бо мутахассисони соҳаи дерматовенерологӣ, лаборантҳо ва лабораторияҳо бо таҷҳизоти муосири ташхис ва реактивҳо

таъмин карда шаванд, зеро кормандони мақомоти ҳифзи ҳуқуқ ба гурӯҳи хатарзо дохил мешаванд.

Таҳлили вазъи хадамоти кумаки дерматовенерологӣ дар вилоятҳо ва ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон медиҳад, ки дар минтақаҳо нишондиҳандаҳои хизматрасонӣ манфӣ буда, бо кадрҳои духтурони дерматовенерологӣ таъмин нестанд, таъминот бо лаборантҳо ба талаботи меъерӣ ҷавобгӯ нест, таҷҳизоти тиббӣ кӯҳна шуда, таҷҳизоти ҳозиразамони лабораторӣ мавҷуд нест. Барои рафъи ин сабабҳо чораҳои дахлдор андешидан лозим аст. Бо ин мақсад, пеш аз ҳама лабораторияҳои дорой таҷҳизоти муосири ташхисӣ ва реактивҳо ташкил карда, ҳамоҳангӣ бо дигар мутахассисон (урологҳо, гинекологҳо ва табибони оилавӣ) ва марказҳои тиббии хусусиро пурзӯр кардан зарур аст.

Ташаккул ва инкишофи хадамоти кумаки дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистонро шартан ба давраҳои зерин ҷудо кардан мумкин аст: давраи пеш аз инқилоб, ки бо мавҷуд набудани хадамоти ёрии дерматовенерологӣ (1887-1925) характернок аст, давраи ташаккулёбӣ (1926 -1940), давраи ташаккули хадамоти кумаки дерматовенерологӣ ҳамчун системаи мустақил (1941 -1970), давраи рушди босуръати хизматрасонӣ - даврони гулгулшукуфии ёрии махсусгардонидашуда (1971-1990), давраи парокандашавии хадамоти кумаки дерматовенерологӣ дар солҳои ноустувории иҷтимоӣ-сиёсӣ (1992-1997) ва давраи нави рушди хадамоти дерматовенерологӣ (аз соли 1998).

**Заминаҳои меъерӣ-ҳуқуқие, ки фаъолияти хадамоти кумаки дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистонро ба танзим мебароранд (дастовардҳо, камбудииҳо).**

Ҳанӯз солҳои аввали соҳибистиқлолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бинобар вазъи номусоиди эпидемиологии солҳои 90-ум вобаста ба паҳншавии СБРАҶГ/ВНМО соли 1997 «Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳифзи солимии аҳоли то соли 2005» тасдиқ гардида, ҳуди ҳамон сол «Барномаи миллии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО/ СПИД ва СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 1997-1998» ва соли 2000 бошад бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 516 - барномаи нав, ки то соли 2007-ро ба назар мегирифт, қабул гардид.

Қайд кардан лозим аст, ки дар ҳеҷ кадоме аз самтҳои тиббӣ ин қадар ҳуҷҷатҳои дар сатҳи ҳукумат қабул ва тасдиқшуда вучуд надорад. Ин аз як тараф аҳамият ва мубрамияти проблемаи СБРАҶГ/ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон диҳад, аз ҷониби дигар, аз тавачҷуҳи зиёди Ҳукумат ба ин масъала гувоҳӣ медиҳад. Далели ин гуфтаҳо як қатор ҳуҷҷатҳои тасдиқкардаи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон маҳсуб меёбад. Масалан, соли 2002 «Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳифзи солимии аҳоли дар давраи то соли 2010» таҳия гардид, ки минбаъд тағйироту иловаҳо ворид карда, то соли 2020 тамдид карда шуд. Яке аз ҳадафҳои асосии ин стратегияҳо ҷиҳати «Ба даст овардани солимии беҳтар» ин коҳиш додани паҳншавии бемориҳои сироятӣ мебошад, ки тавассути он бояд коҳиши пай дар пай ва бефосилаи паҳншавии бемориҳои тавассути алоқаи ҷинсӣ гузаранда (СБРАҶГ) таъмин карда шавад. Диққати махсус ба пешгирии ВНМО/ СПИД, СБРАҶГ дода мешавад.

Асосҳои меъерии ҳуқуқии хадамоти ёрии дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон то ҳол ба фармону дастурҳои Вазорати тандурустии СССР, ки дар ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон амал мекарданд, таъя менамоянд. Ин ба он асос ёфтааст, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон қонуне қабул шуд, ки аз ҷониби раиси ҷумҳур 26.03. 2009, № 506 тасдиқ гардида, дар банди 2 моддаи 7 муқаррар шудааст, ки ҳамаи қонунҳо ва дигар санадҳои меъерии ҳуқуқие, ки дар замони Шӯравӣ амал мекарданду ҳилофи Қонуни асосии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дигар санадҳои меъерӣ- ҳуқуқии миллий ва байналмилалӣ нестанд, то лаҳзаи таҳияи санадҳои меъерӣ-ҳуқуқии дахлдор эътибор доранд.

Дар маҷмӯъ, заминаи меъерӣ-ҳуқуқии мавҷудаи хадамоти кумаки дерматовенерологии ҷумҳурӣ ба андешаи мо ба талаботи муосир ва ба шароитҳои мушоҳидашудаи рушди иҷтимоӣ-иқтисодии ҷумҳурӣ ҷавобгӯ набуда, барои татбиқи ислоҳоти системавӣ хусусияти боздоранда дорад ва инчунин, самарай истифодаи тамоми захираҳои ниғадории тандурустиро суст мекунад.

**Тавсифоти тахассусии мутахассис - дерматовенеролог.** Муқаррар намудем, ки дар хуччатҳои амалкунанда, ки фаъолияти хадамоти ёрии дерматовенерологиро танзим намуда, бо қарори Вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 6 декабри соли 2007 № 596 «Тавсифоти тахассусии мутахассисони дорои маълумоти олии ва миёнаи тиббӣ» тасдиқ шудааст, сатҳи салоҳияти касбии кормандони тиб ҳангоми аттестатсия, ҳамчунин, дар давраи таҳсил дар низоми таҳсилоти баъдидипломӣ ва худомӯзӣ як қатор талаботҳо ба миён меоянд. Вобаста ба ин, омодагии духтури дерматовенеролог бояд мувофиқи ин талаботҳо ба роҳ монда шавад.

Ҳамин тариқ, мавҷудияти хусусиятҳои тахассусии мутахассис – дерматовенеролог барои арзёбии қобилияти касбӣ, сатҳи донишҳои назариявӣ ва амалии ӯ зарур аст.

**Арзёбии самаранокии хадамоти ёрии дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.** Арзёбии самаранокии кори муолиҷавии хадамоти кумаки дерматовенерологӣ таҳлили шакл ва ҳисоботро дар бар мегирад.

Низоми давлатии муборизаи зидди касалиҳои венерикӣ дар СССР ба ягонагии идоракунӣ ва нақшакашӣ, самти пешгирӣ, ягонагии илм ва амалияи тиб, бехатарӣ ва дастрасии умумӣ ба ёрии тиббии баландсифатӣ, иштироки васеи аҳоли ва ёрии фаъолонаи мақомотҳои давлатӣ ва ҳизбӣ таъмин менамуд.

Самти пешгирӣ дар усули возеҳи кори диспансерӣ ва равиши эпидемиологӣ дар мубориза бар зидди бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, ки аз пурра ва таъҷилияти баҳисобгирии бемориҳо, пурра ва сари вақт бистарӣ кардан, маҳалли ҷойгиршавии манбаъҳои беморӣ ва зуд ошкор кардани бемориҳо иборат буд, инъикос ёфтааст.

Ба самаранокии хадамоти кумаки дерматовенерологӣ инчунин, дараҷаи тахассусии духтури пӯст, натиҷаи санҷишҳои лабораторӣ ва сифати доруворӣ, ки 90% аз хориҷи ҷумҳурӣ ворид мешуданд, таъсир расонд. Ин сифати хизматрасонӣ ба беморонро аз ҷониби дерматовенерологҳо паст мекунад.

**Натиҷаи пурсиши пӯшидаи мизочон оид ба қаноатмандӣ аз хадамоти кумаки дерматовенерологӣ.** Мақсади асосии пурсишҳои сотсиологӣ аҳоли дар бораи фаъолияти хадамоти кумаки дерматовенерологӣ ошкор намудани камбудии кори хадамот, гирифтани ҷавоб ба саволҳои муҳиме мебошад, ки ҳалли дурусти масъалаҳои истифодаи оқилонаи захираҳои инсонӣ ва моддиро талаб менамоянд. Барои гузаронидани тадқиқоти сотсиологӣ дар байни 130 нафар беморон, ки бо нишонҳои гуногун дар беморхона бистарӣ шудаанд, пурсиш гузаронида шуд. Пурсишнома аз 18 савол иборат буд, аз он ҷумла 5 саволи умумӣ ва боқимонда – оид ба мавзӯи пурсиш. Дар байни беморон сокинони шаҳр 70%, деҳот 30% -ро ташкил доданд. Дар тадқиқоти сотсиологӣ пурсидашудагон (беморон) 58% мардон ва 42% занон буданд. Асосан одамони синни қобили меҳнат (аз 16 то 50 сола) буданд, ки онҳо 76,2 фоизро ташкил медоданд. Дар байни бемороне, ки ба дерматовенеролог муроҷиат кардаанд, кормандон 31,5 фоиз, кормандони сохторҳои тиҷоратӣ 22,3 фоиз, хонандагон (донишҷӯён) 14,6 фоиз, коргарон 13,9 фоиз, бекорон 12,3 фоиз, нафақахӯрон (маъҷубон) 3,1 фоиз ва дигар гурӯҳҳо — 2,3 фоизро ташкил доданд. Дар байни беморон шумораи мизочони дорои маълумоти олии 29,2 фоиз, маълумоти олии нопурра — 23,8 фоиз, миёна — 30,8 фоиз, миёнаи нопурра — 10,8 фоиз, ибтидоӣ — 3,1 фоиз ва бе маълумот — 2,3 фоизро ташкил дод.

Дар давраи ислоҳоти соҳаи нигахдории тандурустӣ тадқиқоти тиббӣ сотсиологӣ аҳамияти торафт бештар пайдо карда, имкон медиҳад, ки афкори аҳоли дар бораи дигаргуниҳои ба амалномада дар муассисаҳои тиббӣ омехта шавад. Маълумоти ба даст овардашуда ба мақомотҳои нигахдории тандурустӣ имконият медиҳад, ки ташкили кумаки тиббиро бо назардошти фикру мулоҳизаҳои беморон ба нақша гирифта, дар ташкили ёрии тиббӣ ислоҳҳои саривақтӣ дароранд.

Барои фаҳмидани андешаи беморон дар бораи паҳлӯҳои мусбат ва манфии фаъолияти хадамоти кумаки дерматовенерологӣ ва мушкилиҳои дастрасии ёрии сифатноки тиббӣ, мо бо истифода аз пурсишномаи махсус тартибдошуда дар байни беморон тадқиқоти сотсиологӣ гузаронидем.

Ба пурсиш 118 нафар беморон ҷалб карда шуданд, ки 82,2% сокинони шаҳр ва 17,8% сокинони деҳот буданд. Дар байни ҳамаи беморон 57,6% мардон, 42,4% занон буданд. Дар байни пурсидашудагон 45,7% ашхоси 21-40-сола буданд. Дар сохтори шахсоне, ки барои вазъи иҷтимоии гуногун муроҷиат кардаанд, дар ҷои аввал бекорон – 27,1 фоиз, дуҷум – коргарон – 21,2 фоиз, сеҷум – намоёндогони касбҳои гуногун – 20,3 фоиз буданд.

Дар сохтори басомади муроҷиатҳо 33,1% беморон дар як сол як маротиба ба дерматовенерологҳо, 2 маротиба - 19,5%, зиёда аз 2 маротиба - 25,4% муроҷиат кардаанд. Шахсоне, ки барои ёрии дерматовенерологӣ муроҷиат накардаанд, 22 фоизро ташкил дод.

Беморони дорои маълумоти олии барои ёрии дерматовенерологӣ дар як сол як маротиба муроҷиаткарда 32,2%, 2 маротиба - 21,2%, зиёда аз 2 маротиба - 35,6%-ро ташкил дода, 11% беморон барои кӯмак ба дигар мутахассисон муроҷиат кардаанд.

Муайян кардем, ки 89 фоизи беморон, сарфи назар аз вазъи иҷтимоӣ, ҳангоми пайдо шудани бемориҳо барои ёрии тиббӣ ба муассисаҳои дерматовенерологӣ, танҳо 11 фоизи беморон ба духтурони ихтисосҳои дигар муроҷиат кардаанд.

Таҳлили фикру мулоҳизаҳои беморон маълум кард, ки аз кори духтурони кумаки дерматовенерологӣ мизочон дар 61,9 фоиз ҳолатҳо умуман розӣ, дар 28,8 фоиз қаноатбахш ва дар 9,3 фоиз норозӣ мебошанд.

**Тадқиқоти сотсиологӣ мутахассисони хадамоти кумаки дерматовенерологӣ.** Кори кумаки дерматовенерологӣ, ҳаҷму сифати ёрии тиббӣ бештар ба дараҷаи таъминоти моддию техникаи муассиса вобаста аст. Бо мақсади омӯзиши проблемаҳои мавҷуда ва дурнамои рушди хадамоти кумаки дерматовенерологӣ бо истифода аз шаклҳои махсус тарҳрезӣшуда пурсиши мутахассисони хадамоти кумаки дерматовенерологӣ (духтурон ва кормандони миёнаи тиббӣ) гузаронида шуд.

Пурсишнома аз 11 савол оид ба сарбории кори духтур, таъминоти техникаӣ, шароити кор, таҷҳизонидани устои лабораторияҳо, мавҷудияти доруворӣ, сари вақт гирифтани муолиҷаи физиотерапия, хизматрасонии пулакӣ ва дурнамои рушд иборат буд. 120 нафар мутахассисони хадамоти кумаки дерматовенерологӣ шаҳри Душанбе ва минтақаҳои марказии ҷумҳурӣ пурсида шуданд. Ба тадқиқот 50 нафар табибони дерматовенеролог, ки 56,0% мардон ва 44,0% занон буданд ва 70 нафар фелдшерҳо, ки дар муассисаҳои дерматовенерологӣ кор карда, аз онҳо 34,3% мардон, 65,7% занон буданд, ҷалб карда шуданд. Дар байни пурсидашудагон шумораи духтурони маълумоти олидор 41,7 фоиз, ҳамшираҳои шафқат 58,3 фоиз, мардон 43,3 фоиз, занон 56,7 фоизро ташкил доданд. Собикаи кори пурсидашудагон чунин аст: то 5 сол - 28,3%, 6 - 10 сол - 41,7%, 11 сол ва бештар - 30,0%.

Сатҳи таъминоти техникаӣ ва лаборатории хадамоти тиббии пӯсту венерологӣ ҷумҳуриро танҳо 12,5% беморон-"баланд", 39,2% - "миёна", 48,3% - "паст" арзёбӣ кардаанд.

Ба гуфтаи пурсидашудагон, 36,0%-и табибон ва 40,0%-и кормандони миёнаи тиб касби духтури пӯстро бонуфуз медонанд. Беътибории касби духтури пӯст-венерологро 80,0% пурсидашудагон бо паст будани музди меҳнат ва шароити корӣ, 13,3% беэҳтиромӣ аз ҷониби ҳамкорони дигар ихтисоси тиббӣ ва 6,7% беэҳтиромӣ аз ҷониби аҳоли вобаста медонанд.

59,2% пурсидашудагон ҷонибдори хизматрасонии ройгон дар соҳаи нигоҳубини дерматовенерологӣ, 30,0% пурсидашудагон ҷонибдори ҷорӣ намудани пардохти қисман ва 10,8% пурсидашудагон ҷонибдори хизматрасонии пулакӣ мебошанд. 86,7%-и пурсидашудагон беҳбуди кори хадамоти кумаки дерматовенерологиро бо афзоиши музди меҳнат ва шароити кор, 58,3% бо афзоиши ҳифзи иҷтимоӣ, 46,7% бо таҷҳизоти муосири лабораторӣ ва 10,8% бо кам шудани ҳаҷми кор рабт медиханд.

**Масъалаҳои азнавташкилдихии хадамоти кумаки дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.** Хадамоти кумаки дерматовенерологӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи принципҳои, ки аз собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ ба мерос мондааст, амал мекунад ва солҳои охир дар бозсозӣ ва такмили он тағйироти ҷиддие ба амал наомадааст.

Бо дарназардошти нарасидани захираҳои молиявӣ техникаӣ ва шиддатнокии захираҳои кадрӣ хадамоти кумаки дерматовенерологӣ танҳо муносибати комплексӣ ба

ташкили фаъолияти ин хадамот метавонад ба баланд бардоштани сифати кор ва ба даст овардани комёбиҳои назарраси он кафолат диҳад.

Мо самтҳои зерини ҳамкориҳои байни хадамоти кумаки дерматовенерологиро муайян кардем.

1. Дар низоми давлатии нигоҳдории тандурустӣ:

— бо бунгоҳҳои тиббии деҳот ва шаҳр, амбулаторияҳои оилавӣ? беморхонаҳо;

- бо стансияи санитарно-эпидемиологӣ/

2. Муассисаҳои давлатии тиббӣ, ки ба низоми давлатии тандурустӣ дохил намешаванд:

- хизматрасонии тиббии муассисаҳои идоравӣ, аз ҷумла муассисаҳои ислоҳӣ ва пӯшида, бунгоҳҳои тандурустии муассисаҳои гуногун.

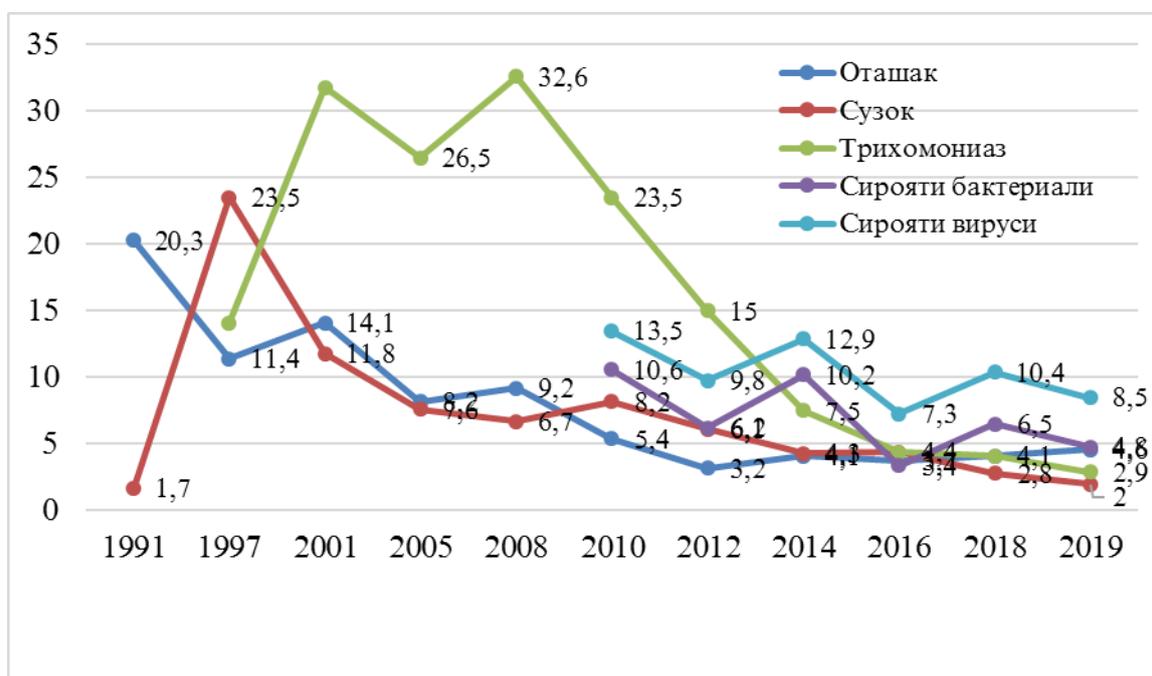
3. Муассисаҳои хусусии тиббӣ.

Муносибатҳои касбӣ ва мутгасили байни табиби оилавӣ, венеролог ва дигар мутахассисон (урологҳо, гинекологҳо, онкологҳо, эндокринологҳо, фтизиатрҳо, бемориҳои сироятӣ) вобаста ба мавҷудияти ёрии махсусгардонидашуда ҳам дар марҳилаи беморхона ва ҳам дар марҳилаи пеш аз беморхона новобаста аз моделҳои мавҷудаи ташкили кори духтури оилавӣ (кор дар асоси инфиродӣ, амалияи тиббии гурӯҳӣ), ки боиси кам шудани сарбории духтури дерматовенеролог мегардад, оғоз меёбанд.

Бо мақсади баланд бардоштани самаранокӣ ва беҳтар кунонидани хадамоти расонидани ёрии махсуси дерматовенерологӣ, мо алгоритми қабул, муоина ва табобати беморони гирифтори бемориҳои пӯст ва венерологиро вобаста ба ҷои истиқомат ва дар ҳолати набудани усулҳои лабораторӣ, муолиҷаи бо аломати синдромӣ бо назардошти шикояти беморонро таҳия кардем.

Барои бомуваффақият амалӣ намудани тадбирҳои дар боло зикршуда мо эпидемиология, ҷараёни клиникӣ, усулҳои муосири тадқиқотҳои лабораторӣ ва усулҳои табобати беморони гирифтори СБРАҶГ-ро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхтем.

**Эпидемиологияи СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.** Солҳои 90-ум дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, инчунин дигар кишварҳои ИДМ, ки пас аз пошхӯрии Иттиҳоди Шӯравӣ ба вучуд омадаанд, теъдоди бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, бахусус оташак зиёд шуд (расми 1).



**Расми 1. - Сатҳи бемории СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 1991 то 2019 ба ҳар 100 ҳазор аҳоли**

Тавре ки аз маълумоти расми 1 дида мешавад, гирифтورشавӣ ба оташак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки пештар ба 100 ҳазор нафар аҳоли 1,7 нафарро ташкил меод, аз соли 1992 сар карда, афзоиш ёфт. Сатҳи баландтарини паҳншавӣ дар соли 1997 ба қайд гирифта шудааст - 23,5 ба 100 ҳазор аҳоли, яъне афзоиши басомади оташак тақрибан 15 баробар ба мушоҳида мерасад. Аз соли 2010 инҷониб коҳиши гирифтورشавӣ ба оташак ба қайд гирифта шуда, дар соли 2019 ба 100 ҳазор аҳоли 2,0 нафарро ташкил дод.

Соли 1991 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бемории сӯзок ба 100 ҳазор аҳоли 20,3 нафарро ташкил меод, вале аз соли 1992 он ба пастшавӣ шуруъ карда, дар соли 1997 ҳамагӣ 11,4 нафарро ташкил дод. То соли 2001, бемории сӯзок дар Ҷумҳурии Тоҷикистон афзоиш ёфта, ба 100 ҳазор нафар аҳоли 14,1 нафарро ташкил дод. Солҳои минбаъда коҳиши бемории сӯзок мушоҳида шуда, дар соли 2019 ба 100 ҳазор нафар аҳоли 4,6 нафарро ташкил дод.

Бемории трихомониаз дар соли 1997 ба 100 ҳазор нафар аҳоли 14,1 нафарро ташкил дод. То соли 2001 он ба 31,8 ва дар соли 2008 ба 32,6 расид. Дар минбаъда, гирифтورشавӣ ба трихомониаз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон коҳиш ёфт ва дар соли 2019 то 2,9 нафар ба 100 000 аҳоли расид.

Инҳо омори расмӣ мебошанд, ки зимнан аз омори воқеӣ ҳадди ақал 4-5 маротиба камтар ҳастанд. Афзоиши бештари беморшавӣ ба СБРАҶГ дар пойтахти ҷумҳурӣ — шаҳри Душанбе мушоҳида карда шуд.

Омилҳои зиёде ба афзоиши бемориҳои СБРАҶГ мусоидат намуданд, ки ба инҳо ва пеш аз ҳама ҷанги шаҳрвандӣ, ки боиси бад шудани рушди иҷтимоӣ иқтисодии кишвар, муҳоҷирати оммавии аҳоли чӣ дар дохили кишвар ва чӣ ба хориҷи кишвар, бекорӣ, ва афзоиши шумораи одамоне, ки маводи нашъаовар истеъмол мекунанд, вайрон гардидани фаъолияти ҳамоҳангшудаи байни ҳадамоти дерматовенерологӣ ва дигар шӯъбаҳо, зиёд шудани теъдоди филмҳои порнографӣ, паст шудани сатҳи ахлоқ ва дар натиҷаи ин афзоиши ҳодисаҳои ҳамхобабии номуназзам мисол шуда метавонанд. Сатҳи сироятҳои бактериявӣ ва вирусӣ аз соли 2010 муайян карда шуда, ба 100 ҳазор нафар аҳоли мутаносибан 10,6 ва 13,5 нафарро ташкил дод. Тавре ки маълумотҳои расми 1 нишон медиҳанд, аз соли 2014 инҷониб коҳиши гирифтورشавӣ ба сироятҳои бактериявӣ ва вирусии СБРАҶГ мушоҳида шуда, дар соли 2019 ба 100 ҳазор нафар аҳоли мутаносибан 4,8 ва 8,5 нафарро ташкил дод.

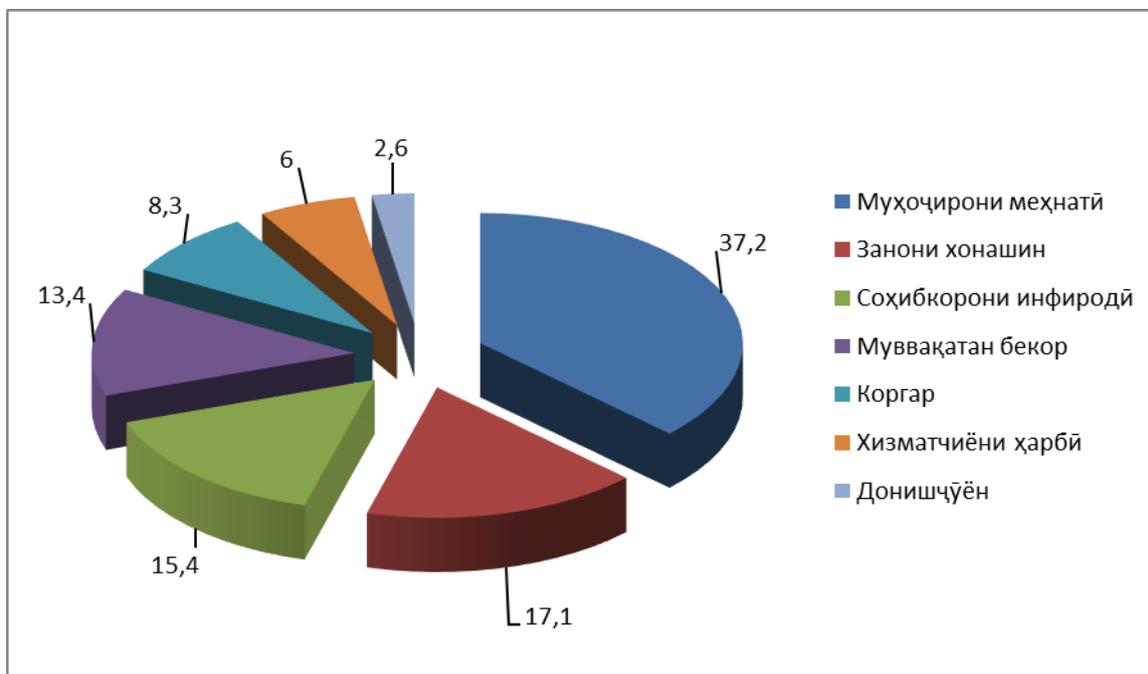
Коҳиши якбораи гирифтورشавӣ ба сӯзок, инчунин маълумот дар бораи бемориҳои СБРАҶГ дар солҳои охир, манзараи ҳақиқии ин равандро инъикос карда наметавонанд, зеро бисёре аз беморони гирифтори СБРАҶГ ва дигар навъи уретритҳо аз ҷониби табибони дигар ихтисосҳо таъбабат мешаванд ё ба худтаъбабат машғул мешаванд. Инро маълумотҳои омории солҳои охир низ тасдиқ менамоянд. Тибқи омори дарозмуддати собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ ва кишварҳои дигар, таносуби беморони оташак ва сӯзок 1:7, - 1:10-ро ташкил меод, яъне ба як бемори оташак 7—10 нафар бемори сӯзок рост меомад. Омори солҳои охири ТУТ низ инро тасдиқ мекунад. Тибқи маълумоти Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ, ба як бемори гирифтори оташак 5-7 нафар беморони сӯзок рост меояд. Ин тамоюл дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то аввалҳои солҳои 90-ум идома дошт. Тавре ки аз ин ҷадвал дида мешавад, дар аввали солҳои 90-ум дар кишвари мо ба як бемори гирифтори оташак 10-13 нафар беморони сӯзок рост меомад ва аз нимаи солҳои 90-ум, махсусан аз соли 1998 то имрӯз, ин таносуб 2- 3 нафар беморони оташак ба 1 бемори сӯзокро ташкил медиҳад. Оид ба сироятҳои бактериявӣ ва вирусӣ, баҳисобгирии омори гузаронида намешавад ва ҳама маълумотҳо аз лабораторияҳои беморхонаҳои пӯст ва марказҳои ташхисии хусусӣ гирифта шудаанд, ки манзараи воқеии бемориро инъикос намекунанд.

Дар соли 2019 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифтोर шудан ба бемории СБРАҶГ ба 100 ҳазор нафар аҳоли 22,8 нафарро ташкил дод. Дар муқоиса ба соли 1997 2,5 баробар

коҳиш ёфтани беморшавии аҳоли ба СБРАҶГ (соли 1997 ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли 57,7 буд) ба даст омада, соли 2010 бошад, ин рақам ба 100 ҳазор нафар аҳоли 61,2 нафарро ташкил дод.

Дар Душанбе гирифтронии бемории оташак афзоиш ёфтааст. Агар дар соли 2010 сатҳи гирифтормаъ ба оташак ба 100 ҳазор нафар аҳоли 6,7 нафарро ташкил дода бошад, дар соли 2019 ин рақам 1,8 маротиба афзуда, 12,9 нафар ба 100 ҳазор нафарро ташкил дод.

Табдили бемории СБРАҶГ чунин буд (расми 2.)



Расми 2. - Табдили бемории СБРАҶГ (%).

Тавре ки дида мешавад, бештари бемории гирифтори СБРАҶГ муҳоҷири меҳнатӣ, соҳибхоназанон ва соҳибкорони инфиродӣ (мутаносибан 37,2%, 17,1% ва 15,4%) буданд. Солҳои охир дар ҷумҳурӣ дар байни бемории СБРАҶГ ҳиссаи занони хонашин, муҳоҷирони меҳнатӣ ва соҳибкорони инфиродӣ яқбора афзудааст. Аксарияти бемории СБРАҶГ аз 18 то 35 сола буданд.

Дар байни занони Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифтормардан ба бемории СБРАҶГ дар тамоми давраи таҳлилшаванда аз сатҳи гирифтормардан ба СБРАҶГ дар байни мардон зиёдтар аст. Дар соли 2010 нишондиҳандаҳои дахлдор дар сатҳи 38,3 ба 100 ҳазор аҳолии зан ва 22,9 ба 100 ҳазор нафар аҳолии мард, дар соли 2019 бошад, мутаносибан 12,2 ва 10,6 ба қайд гирифта шудаанд.

**Клиникаи сироятҳои музминии уrogenиталӣ дар мардон.** Бемории гирифтори СУГ-и музмин вобаста ба хусусияти (басомади) ҳаёти ҷинсӣ ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи якум (хатари баланд, гурӯҳи асосӣ) 102 нафар бемороне, ки тарзи ҳаёти бетартибона (то 10 ё зиёда шарикони ҷинсӣ дар як сол) пеш мебаранд ва ба гурӯҳи дуюм (муқоисавӣ) 98 нафар бемороне, ки аз 1 то 3 шарикони ҷинсӣ доштанд, шомил буданд.

Аз 102 нафар бемории гурӯҳи асосӣ 58 нафар (56,9%) мустақилона ба ёрии тиббӣ муроҷиат намуданд, 44 нафар (43,1%) ҳамчун шахсони дар алоқаи ҷинсӣ муайян карда шуданд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ 67 (68,4%) беморон худашон ба ёрии тиббӣ муроҷиат намуда, 31 нафар (31,6%) занони гирифтормардонҳои илтиҳобии узвҳои таносул ҳамчун шарикони ҷинсӣ даъват карда шуданд.

Аксарияти беморони гурӯҳи 1 дар шароити ғайриканоатбахши моддию маишӣ, аз ҷумла. 24 нафар (23,5%) беморон бе падар, 18 (17,7%) бе модар, 11 (10,8%) бе ҳарду волидайн ба воя расидаанд, Дар гурӯҳи 2 ин нишондодҳо мутаносибан 22 (22,4%), 9 (9,2%) ва 4 (4,1%) буданд. Дар гурӯҳи якум ҳамагӣ 11 (10,8%) беморон маълумоти олий, 29 (28,4%) беморон маълумоти миёнаи махсус, 47 (46,1%) беморон маълумоти миёна, 16 (15,7%) беморон маълумоти миёнаи нопурра доштанд, да гурӯҳи 2 ин нишондодҳо мутаносибан - 22 (22,4%), 23 (23,5%), 43 (43,9%) ва 10 (10,2%) буданд. Дар мавриди вазъи оилавӣ ҳамагӣ 38 (37,3%) беморони гурӯҳи 1 оиладор, 25 (24,5%) ҷудошуда, 39 (38,2%) муҷаррад, дар гурӯҳи 2 мутаносибан 65 (66,3%), 11 нафар (11,2%) ва 22 (22,4%) буд. Ҳаёти ҷинсӣ дар гурӯҳи 1 ба ҳисоби миёна дар синни 17,7 + 1,3 сол, дар 2 - дар 19,7 + 1,6 солагӣ оғоз ёфтааст.

Қаблан 80,4% (n= 82) беморони гурӯҳи якум ва 57,1% (n= 56) гурӯҳи дуум гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда буданд, ки 1,4 маротиба камтар аст ( $p < 0,05$ ).

Аз 200 нафар беморони муоинашуда бо СУГ-и музмин, 67 (33,5%) бо УМ [УМХ - дар 32 (16%) беморон, УМХМ - дар 35 (17,5%)] ташхис дода шуданд. Дар 133 (66,5%) беморон - ПМ [ПМХ- дар 62 (31%) беморон, ХУМП - дар 71 (35,5%)] ташхис карда шуданд.

128 (64%) аз 200 беморони муоинашудаи СУГ-и музмин гирифтори сирояти омехта буданд: 36 (53,7%) аз 67 беморони гирифтори УМ, аз 133 - ПМ - 93 (69,9%) - 1,3 маротиба зиёд ( $p < 0,05$ ) буданд.

Дар гурӯҳи асосӣ (хатари баланд) дар 75 (73,6%) нафар сирояти омехтаи ду ё зиёда СБРАҶГ ошкор шуд, ки аз онҳо маҷмӯи ду беморӣ (уреамикоплазмозҳои урогениталӣ + СБРАҶГ-и дигари бактериявӣ) дар 29 (28,4%) беморон, аз 102 беморони муоинашуда, омезиши 3 ё зиёда СБРАҶГ-и бактериявӣ - дар 46 нафар (45,1%) мушоҳида шудааст. Яқҷояшавии УГУМ ва ХУГ дар 29 (28,4%), УГУМ ва трихомониаз - дар 20 (19,6%), УГУМ ва гарднереллез - дар 13 (12,7%), УГУМ ва стафилококкҳо (*Staphylococcus aureus*) - дар 9 (8,8) %, УГУМ ва сӯзок- дар 4 (3,9%) ба қайд гирифта шуданд.

Сирояти омехта дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 53 (54,1%) беморон ошкор шудааст, ки нисбат ба гурӯҳи хавфи баланд 1,4 маротиба камтар ( $p < 0,05$ ) аст. Дар 27 (27,5%) беморон, се ва бештар аз он дар 26 (26,5%) омезиши ду СБРАҶГ ошкор шудааст. УГУМ + ХУГ дар 20 (20,4%), УГУМ + трихомоназҳо - дар 13 (13,3%), УГУМ + гарднереллаҳо - дар 11 (11,2%), УГУМ + стафилококкҳо (*Staphylococcus aureus*) - дар 7 (7,1%), УГУМ + гонококкҳо - дар 2 (2,0%) муайян карда шуд.

Аз 200 бемор, 152 (76%) беморон шикоятҳои дорои хусусияти гуногунро пешниҳод карданд, 48 (24%) беморони боқимонда ягон ҳисси субъективиро қайд накарданд. Беморони гурӯҳи 1 дар муқоиса бо гурӯҳи 2 бештар аз сӯзиш дар пешоброҳа (52,1% беморон муқобили 29,60% - дар гурӯҳи 2,  $p < 0,02$ ), норухатӣ дар пешоброҳа (69,6% муқобили 45,6%,  $p < 0,02$ ) ва часпиши лабҳои пешоброҳа (60,9% муқобили 45,5%,  $p < 0,05$ ) шикоят мекунанд. 30,4% беморони гурӯҳи 1 ва 34,1% дар гурӯҳи 2 ягон ихтилоли субъективиро эҳсос накарданд.

**Хусусияти ихроҷ дар беморони ду гурӯҳ ҳангоми уретрити музмини хламидиалӣ.** Аксар вақт, дар беморони гирифтори уретрити музмин, ихроҷи луобии фасоднок (дар 29,9% ҳолатҳо), баъдан луобӣ (19,4%) ва фасоднок (7,5%) ба қайд гирифта шуд. Бояд қайд кард, ки ихроҷҳои луобии фасоднок ва фасоднок дар беморони сирояти омехта нисбат ба сирояти монохламидиалӣ (мутаносибан 44,4% ва 29% беморон,  $p < 0,02$ ) хеле бештар (1,5 маротиба) мушоҳида карда мешаванд.

Ташхиси уретрит дар ҳамаи беморон тавассути муоинаи микроскопии ихроҷ аз пешоброҳа тасдиқ карда шуд.

Аз 133 беморони гирифтори ПМ дар ҳарду гурӯҳ, 106 (79,7%) беморон шикоятҳои дорои хусусияти гуногун доранд, 27 (20,3%) беморон ҳеҷ гуна эҳсосоти субъективӣ надоранд. Аксар вақт дар ҳарду гурӯҳ беморони ПМ аз ихтилоли дизурӣ ва копулятивӣ (мутаносибан 83,7% ва 75,5% беморон), дард (77,5% ва 71,7%), тарашшуҳ аз пешоброҳа ва нороҳатӣ (72,5% ва 54,7%), баъдан ба тартиби пастшавӣ - часпидани лабҳои пешоброҳа, вайрон шудани функцияи репродуктивӣ – безуретӣ шикоят доштанд.

УЗИ-и трансректалӣ (ТРУЗИ) дар ҳамаи 133 беморон гузаронида шуда, тағйироти илтиҳобӣ-инфилтративӣ ва хадшавӣ дар ғадуди простата муайян карда шуданд.

Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо нишон доданд, ки барои мардоне, ки тарзи ҳаёти бетартибонаро пеш мебаранд (гурӯҳи хатари баланди паҳншавии СБРАҶГ/ВНМО), ки дар байни онҳо аксарият (59%) муҳочирони меҳнатӣ мебошанд, давраи вазнини кӯдакӣ, таҳсилоти паст, зуд-зуд иваз кардани шарикони ҷинсӣ мебошанд, иттилоотноки паст оид ба СБРАҶГ хос мебошанд.

Эҳсосоти субъективӣ, зухуроти клиникаи объективӣ дар 76% беморони муоинашудаи бо СУГ-и музмин бо аломатҳои гуногун тавсиф мешуданд, 24% ҷараёни асимптоматикӣ доштанд. СУГ-и музмин дар 64% беморон дар шакли сирояти омехта мегузарад.

Натиҷаҳои бадастомада маълумоти тадқиқотчиёнро тасдиқ карданд, ки нақши уреамикоплазмозро дар рушди простатити музмин нишон доданд. Дар байни беморони муоинаи мо 66,5% простатити музмини уреамикоплазмавӣ ва 33,5% уретрити музмини уреамикоплазмавӣ муайян карда шудааст. Сирояти омехта дар байни беморони гирифтори простатити музмини уреамикоплазмавӣ нисбат ба беморони гирифтори уретрити музмини уреамикоплазмавӣ 1,4 маротиба бештар рух медиҳад.

**Хусусиятҳои ҷараёни клиникаи сироятҳои урогениталӣ дар занон.** Аз 150 нафар беморони гурӯҳи асосӣ 85 нафар (56,7%) худашон бо шикоятҳои гуногун ба ёрии тиббӣ муроҷиат намуданд, 52 (34,7%) занон бо сабаби мавҷудияти раванди илтиҳобӣ дар шарикони ҷинсӣ (шавҳар) шикоят доштанд, Дар 13 нафар (8,6%) - урамикоплазмоз ҳангоми муоинаи пеш аз ҷарроҳии узвҳои коси хурд муайян карда шуд.

Дар рафти муоина 89 нафар (72%) беморон бо шикоятҳои гуногун муроҷиат кардаанд. 57 (47,5%) - аз дарди зери шикам, 45 (37,5%) - аз хориш ё нороҳатӣ дар пешоброҳа, 58 (48,3%) - аз тарашшуҳот аз узвҳои таносул, 33 (27,5%) - сӯзиш ҳангоми пешобкунӣ, 17 (14,2%) - аз безуретӣ, 6 (5%) вайроншавии давраи ҳайз, 4 (3,3%) - аз ҳарорати баланди даврагӣ - шикоят карданд. 25,8% (n = 31) беморон эҳсосоти субъективиро қайд накарданд.

Як аломати субъективӣ дар 15 (12,5%), 2 аломат дар 27 (22,5%), 3 аломат дар 35 (29,2%), 4 ва зиёда аломат дар 12 (10%) муайян карда шуд.

Ин шикоятҳо дар 41 (46,1%) беморон қариб доимӣ, дар 48 (53,9%) беморони боқимонда пас аз ҳайз, алоқаи ҷинсӣ, нӯшидани машрубот ё ҷанут аломатҳо пайдо шуданд.

Аз рӯи хусусият ихроҷи патологӣ аз узвҳои таносул метавонад ба таври зайл тақсим карда шавад: лубии муътадил - дар 40 бемор (26,7%), лубии фасоднок - дар 48 нафар (32%), фасоднок - дар 44 (29,3%), фасодноки геморрагикӣ - дар 19 (12,7%).

Дар пурсиш аз байни 89 нафар беморон 32 (35,9%) беморон худро дар давоми 2 моҳ, 18 (20,2%) беморон дар давоми 2-4 моҳ, 22 (24,7%) беморон дар давоми 4-6 моҳ худро бемор ҳисоб кардаанд. Беморони боқимонда 17 (19,1%) давомнокии бемориро 6 моҳ ва бештар аз он нишон доданд. Тибқи маълумоти пурсиш танҳо 48 нафар (32%) беморон шакли тару тозаи уреамикоплазмоз ва хламидиалии урогениталӣ доштанд, дар дигар ҳолатҳо шакли музмини ин беморӣ мушоҳида шудааст.

Натиҷаи таҳқиқоти маҷмӯии бактериологӣ нишон дод, ки танҳо дар 42 нафар (28%) занон сирояти узвҳои таносул дар шакли моноинфексия мегузарад, дар 108 (72%)

ҳолати боқимонда раванди илтиҳоби узвҳои таносул аз сабаби сирояти омехта ба амал омадааст.

Дар 44 (29,3%) беморон уремикоплазмоз ва хламидиозҳои урогениталӣ ҳамчун моноинфексия, дар 54 (36%) - бо якҷоягии ду сироят, дар 52 (34,7%) - се ва зиёда сироятҳо гузаштанд.

Сирояти омехта дар шакли омехтаи ду сироят (Ch.Trachomatis + як агенти сирояткунанда) дар 54 (36%) зан, аз се ва зиёда сироятҳо дар 52 (34,7%) ҳолат мушоҳида шудааст. Дар байни сироятҳои ҳамроҳ, трихомониаз бештар ба назар мерасад - дар 39 (26%) беморони уреамплазмозҳои урогениталӣ, баъд хламидиоз - дар 34 (22,7%), микоплазмоз - дар 23 (15,3%), кандидоз - дар 18 (12%), St. aureus - дар 17 (11,3%), сӯзук - дар 10 (6,7%), гарднереллез - дар 9 (6%).

Аз 81 (54%) беморони гирифтори уретрит, 66 нафар (44%) аломатҳои клиникалии зерин доштанд: норухати зуд-зуд ва хориш дар пешоброҳа, дардҳо ҳангоми пешоб, гиперемияи луобпардаи минтақаи кушодашавии берунии пешоброҳа. Аз 81 беморони гирифтори осеби уреамикоплазмавӣ ва хламидиалии пешоброҳа танҳо 14 (9,3%) беморон ягон зуҳуроти клиникалии субъективӣ ва объективии ин беморӣ надоштанд. Дар ҳамаи онҳо сироятҳо дар шакли моноинфексия бо сирояти танҳо пешоброҳа, дар беморони боқимонда сирояти омехта ошкор карда шуд.

Дар 7 нафар (4,7%) беморони вагинит ошкор карда шуданд, ки ҳамаи онҳо синну соли репродуктивии дертар (аз 40 сола боло) буда, ҳангоми азназаргузаронии бактериологӣ сирояти омехта (трихомониаз, кандидоз) ошкор карда шуд. Воҳиди нозологии маъмултарин "эндосервисит" – дар 112 (74,7%) ҳолат буд, дар ҳоле ки танҳо дар 29 (19,3%) зан эндосервисит ягона патологияи узвҳои таносул махсуб меёфт. Дар 54 нафар занон (36%) мушкилиҳои урамикоплазмозҳои урогениталӣ дар шакли эндометрит ва салпингоофорит мушоҳида карда шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқотҳои иммунологӣ.** Натиҷаҳои таҳқиқоти иммунологии хуни музофотии беморони муоинашуда бо сироятҳои музмини бактериявии ғайрисӯзокии урогениталӣ (СМБҒУ) дар чадвали 1 оварда шудаанд.

**Чадвали 1. - Ҳолати нишондодҳои иммунологии хуни музофотии беморони гирифтори СМБҒУ**

Нишондод	Гурӯҳи санҷишӣ (n = 30)	Беморон (n = 260)	p
Лимфоситҳо, $\times 10^9$ /л	2,22 ± 0,15	1,95 ± 0,13	> 0,1
Лимфостҳо, %	32,6 ± 1,9	28,4 ± 1,5	> 0,1
CD3 (Т-лимфоситҳо), %	70,8 ± 3,1	64,1 ± 2,5	> 0,1
CD4 (Т-хелперҳо), %	43,9 ± 2,0	34,5 ± 1,6 <sup>3</sup>	< 0,01
CD8 (Т-супрессорҳо), %	25,3 ± 1,6	18,3 ± 1,2 <sup>3</sup>	< 0,01
CD4 / CD8	1,74 ± 0,12	1,89 ± 0,13	> 0,1
CD19 (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	17,4 ± 1,2 <sup>1</sup>	< 0,05
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,54 ± 0,13	> 0,1
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,55 ± 0,12 <sup>3</sup>	< 0,01
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	20,9 ± 1,1 <sup>4</sup>	< 0,001
КДМ, г/л	2,49 ± 0,18	3,70 ± 0,18 <sup>4</sup>	< 0,001
ФФЛ, %	72,7 ± 5,2	53,9 ± 4,0 <sup>2</sup>	< 0,02
АФ	6,6 ± 0,5	4,8 ± 0,4 <sup>2</sup>	< 0,02
ОНО-α, пг/мл	7,36 ± 0,49	11,55 ± 0,69 <sup>4</sup>	< 0,001
ИЛ-1β, пг/мл	1,97 ± 0,13	2,97 ± 0,17 <sup>4</sup>	< 0,001
ИНФ-γ, пг/мл	5,57 ± 0,41	8,32 ± 0,55 <sup>4</sup>	< 0,001
ИЛ-10, пг/мл	7,68 ± 0,48	4,79 ± 0,31 <sup>4</sup>	< 0,001

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳои байни гурӯҳҳо (аз рӯи U-меъёри Манн-Уитни).

Маълумоти ҷадвали 1 нишон медиҳад, ки дар хуни музофотии беморони гирифтори СМБҒУ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ тағйироти иммунологӣ ба назар мерасад, ки бо монешавии иммунитети ҳуҷайрагӣ, омилҳои муҳофизатии ғайримуқаррарӣ, фаъолшавии омилҳои гуморалӣ ва номутавозунии ситокинҳои пеш аз илтиҳобӣ ва зидди илтиҳобӣ зухур мекунад.

Паст шудани фаъолнокии масунияти ҳуҷайравӣ бо сатҳи пастии CD4-ҳелперӣ ( $p < 0,01$ ) ва CD8-супрессорӣ ( $p < 0,01$ ) лимфоситҳо ва реаксияҳои фагоситикӣ (ФФЛ,  $p < 0,02$  ва АФ,  $p < 0,02$ ) зоҳир шуд.

Масунияти гуморалӣ дар беморони гирифтори СМБҒУ фаъолнокии баландро нишон дод, ки он ҳам бо афзоиши таркиб ( $p < 0,05$ ) ва ҳам фаъолнокии баланди функционалии лимфоситҳои CD19 (B-) хос буд. Инро дар муқоиса бо одамони солим сатҳи баланди таркиби хуноба IgM ( $p < 0,01$ ) ва IgG ( $p < 0,001$ ) тасдиқ кард. Дараҷаи фаъолияти ситокинҳои омӯхташуда дар зардоби хуни беморон нисбат ба гурӯҳи назоратӣ хеле баланд буд.

Барои дуруст шарҳ додани натиҷаҳои таҳқиқотҳои иммунологӣ дар беморон, муайян кардани ихтилоли системаи масунии беморони СМБҒУ, вобаста ба возеҳияти тағйироти патологӣ дар қисмҳои гуногуни узвҳои урогениталӣ аҳамияти калон дорад. Маълумотҳо оид ба ихтилоли иммунологӣ дар беморони гирифтори осеби қисмҳои поёнии (ҚП) системаи пешобу таносул (СПТ) дар мардон (уретрити музмин, УМ) ва занон [УМ ва ЭМ] ва қисмҳои боло (ҚБ) - [ПМ дар мардон, ЭМ ва СМ дар занон] дар ҷадвали 2 нишон дода шудааст.

**Ҷадвали 2. - Ҳолати нишондодҳои иммунологӣ дар беморони гирифтори СУГ-и музмин вобаста ба сатҳи зарарёбии УУГ**

Нишондод	Гурӯҳи назоратӣ (n = 30)	СМБҒУ ҚП (n = 67)	СМБҒУ ҚП n = 193)
Лимфоситҳо, $\times 10^9$ /л	$2,22 \pm 0,15$	$2,05 \pm 0,13$	$1,83 \pm 0,12$
Лимфоситҳо, %	$32,6 \pm 1,9$	$31,5 \pm 1,7$	$27,4 \pm 1,3^1$
CD3 (Т-лимфоситҳо), %	$70,8 \pm 3,1$	$64,1 \pm 2,9$	$60,5 \pm 2,0^2$
CD4 (Т-ҳелперҳо), %	$43,9 \pm 2,0$	$38,5 \pm 1,9^1$	$33,3 \pm 1,7^{4(1)}$
CD8 (Т-супрессорҳо), %	$25,3 \pm 1,6$	$19,5 \pm 1,4^2$	$17,9 \pm 1,3^{4(1)}$
CD4 / CD8	$1,74 \pm 0,12$	$1,97 \pm 0,16$	$1,86 \pm 0,15$
CD19 (B-лимф.), %	$14,3 \pm 1,1$	$15,3 \pm 1,4$	$18,5 \pm 1,3^2$
IgA, г/л	$2,21 \pm 0,13$	$2,25 \pm 0,15$	$2,74 \pm 0,16^{2(1)}$
IgM, г/л	$1,98 \pm 0,12$	$2,34 \pm 0,13^1$	$2,63 \pm 0,12^4$
IgG, г/л	$14,5 \pm 1,0$	$17,9 \pm 1,3^1$	$21,8 \pm 1,4^{4(1)}$
ЦИК, г/л	$2,49 \pm 0,18$	$3,22 \pm 0,21^2$	$3,85 \pm 0,22^{4(1)}$
ФФЛ, %	$72,7 \pm 5,2$	$58,6 \pm 4,3^1$	$52,1 \pm 4,2^3$
АФ	$6,6 \pm 0,5$	$6,2 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,5^3$
ОНО- $\alpha$ пг/мл	$7,36 \pm 0,49$	$9,69 \pm 0,71^2$	$12,27 \pm 0,72^{4(2)}$
ИЛ-1 $\beta$ пг/мл	$1,97 \pm 0,13$	$2,57 \pm 0,18^2$	$3,11 \pm 0,19^{4(1)}$
ИНФ- $\gamma$ , пг/мл	$5,57 \pm 0,41$	$7,05 \pm 0,57^1$	$8,75 \pm 0,58^{4(1)}$
ИЛ-10 пг/мл	$7,68 \pm 0,48$	$5,76 \pm 0,33^3$	$4,42 \pm 0,35^{4(1)}$

Эзоҳ: дурустии фарқият ба нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ (аз рӯи U-меёри Манн-Уитни): 1 -  $p < 0,05$ ; 2 -  $p < 0,02$ ; 3 -  $p < 0,01$ ; 4 -  $p < 0,001$ ; дурустии фарқияти байни маълумоти ҳарду гурӯҳ (аз рӯи U-меёри Манн-Уитни): (1) -  $p < 0,05$ ; (2) -  $p < 0,02$ ; (4) -  $p < 0,001$

Маълумотҳои ҷадвали 2 нишон медиҳанд, ки тағйирот дар системаи масуният дар беморони мубталои СБРАҶГ-и бактериявӣ дар қисмҳои поёни ва болоии узвҳои урогениталӣ як сенарияи монанд доранд, вале характери гуногун.

Дар беморони гирифтори мушкилиҳои СМБҒУ дар шакли БИУКХ бо осеби ҳам қисмҳои поёнӣ ва ҳам болоии СПТ ихтилоли бештари иммунологӣ пайдо шуданд.

Аз 19 нишондодҳои иммунологии омӯхташуда дар беморони гирифтори СМБҒУ ҚП, 10-тоаш, дар беморони гирифтори СМБҒУ ҚБ- 1,7 маротиба зиёд - 17-тоаш тағйир ёфт.

Дар беморони гирифтори СМБҒУ, ки давомнокии беморӣ то 1 сол аст, дар муқоиса бо нишондодҳои одамони солим, вайроншавии нишондиҳандаҳои иммунитетии ҳуҷайравӣ бо коҳиши таркиби миқдории CD<sub>4</sub> ( $p < 0,001$ ) ва CD<sub>8</sub> ( $p < 0,01$ ) лимфоситҳои FAL зоҳир шуд ( $p < 0,001$ ). Тағйироти иммунитетии гуморалӣ бо зиёд шудани сатҳи IgG ( $p < 0,01$ ) ва КДМ ( $p < 0,001$ ) дар зардоби хун ошкор карда шуд. Таркиби ИНФ-у, инчунин ситокинҳои зидди илтиҳобии ОНО- $\alpha$  ва ИЛ-1 $\beta$  дар хуни музофотии беморони гирифтори СМБҒУ нисбат ба одамони солим баландтар буд (мутаносибан  $p < 0,001$ ,  $< 0,001$ ,  $< 0,01$ ) ва ИЛ-10 –и зиддиилтиҳобӣ хеле камтар буд ( $p < 0,001$ ).

Дар мардон ва заноне, ки аз СМБҒУ дар тӯли зиёда аз 1 сол азият мекашанд, назар ба беморони гирифтори бемории то 1 сол, хеле бештар ихтилоли иммунологӣ ошкор карда шуд: дар аввал, аз 17 нишондодҳои иммунологии омӯхташуда 14-то, дар дуюм - 9. (1,56 маротиба кам).

Омӯзиши вайроншавиҳои нишондодҳои иммунологӣ дар беморони гирифтори бемориҳои сироятии музминӣ бактериявӣ, ки танҳо аз хламидиозҳои урогениталӣ (ХУГ) ё танҳо уреоплазмоз ва микоплазмозҳои урогениталӣ (УМУГ) азоб мекашанд, мисли беморони якҷошудаи СБРАҶГ (инфексияи омехта, хламидиози урогениталӣ + уреоплазмоз ва микоплазмозҳои урогениталӣ - ХУГ + УМУГ) аҳамияти муҳими илмӣ ва амалӣ дорад. Натиҷаҳои тадқиқотҳои гузаронидашуда дар ҷадвали 3 оварда шудаанд.

**Ҷадвали 3. - Ҳолати нишондодҳои иммунологии хуни музофотӣ дар беморони мубталои ХУГ-и музмин ва УМУГ ва сирояти омехта.**

Нишондод	Гурӯҳи назоратӣ (n = 30)	Беморони ХУГ (n = 80)	Беморони УМУГ (n = 92)	Беморони ХУГ + УМУГ (n = 88)
Лимфоцитҳо, $\times 10^9$ /л	2,22 $\pm$ 0,15	1,96 $\pm$ 0,14	2,03 $\pm$ 0,13	1,86 $\pm$ 0,12
Лимфоцитҳо, %	32,6 $\pm$ 1,9	28,2 $\pm$ 1,6	29,3 $\pm$ 1,7	27,9 $\pm$ 1,4
CD <sub>3</sub> (Т- лимфоцитҳо), %	70,8 $\pm$ 3,1	65,5 $\pm$ 2,9	64,7 $\pm$ 2,8	61,4 $\pm$ 2,7 <sup>1</sup>
CD <sub>4</sub> (Т-хелперҳо), %	43,9 $\pm$ 2,0	34,8 $\pm$ 1,8 <sup>3</sup>	37,6 $\pm$ 1,9 <sup>2</sup>	31,5 $\pm$ 1,7 <sup>4(1)</sup>
CD <sub>8</sub> (Т-супрессорҳо), %	25,3 $\pm$ 1,6	18,4 $\pm$ 1,3 <sup>3</sup>	20,7 $\pm$ 1,4 <sup>1</sup>	16,3 $\pm$ 1,2 <sup>4(1)</sup>
CD <sub>4</sub> / CD <sub>8</sub>	1,74 $\pm$ 0,12	1,89 $\pm$ 0,13	1,85 $\pm$ 0,11	1,93 $\pm$ 0,13
CD <sub>19</sub> (В-лимф.), %	14,3 $\pm$ 1,1	17,6 $\pm$ 1,3 <sup>1</sup>	15,4 $\pm$ 1,2	19,5 $\pm$ 1,4 <sup>2(1)</sup>
IgA, г/л	2,21 $\pm$ 0,13	2,55 $\pm$ 0,15	2,44 $\pm$ 0,14	2,65 $\pm$ 0,16 <sup>1</sup>
IgM, г/л	1,98 $\pm$ 0,12	2,56 $\pm$ 0,14 <sup>3</sup>	2,43 $\pm$ 0,13 <sup>2</sup>	2,69 $\pm$ 0,15 <sup>3</sup>
IgG, г/л	14,5 $\pm$ 1,0	21,2 $\pm$ 1,4 <sup>2</sup>	18,5 $\pm$ 1,3 <sup>1</sup>	22,8 $\pm$ 1,5 <sup>4(1)</sup>
КДМ, г/л	2,49 $\pm$ 0,18	3,74 $\pm$ 0,20 <sup>4</sup>	3,33 $\pm$ 0,19 <sup>3</sup>	3,96 $\pm$ 0,21 <sup>4(1)</sup>
ФФЛ, %	72,7 $\pm$ 5,2	53,5 $\pm$ 4,2 <sup>2</sup>	55,6 $\pm$ 4,3 <sup>2</sup>	52,3 $\pm$ 4,1 <sup>3</sup>
АФ	6,6 $\pm$ 0,5	4,7 $\pm$ 0,4 <sup>2</sup>	5,4 $\pm$ 0,4	4,3 $\pm$ 0,4 <sup>3</sup>
ОНО- $\alpha$ , пг/мл	7,36 $\pm$ 0,49	11,57 $\pm$ 0,76 <sup>4</sup>	10,47 $\pm$ 0,74 <sup>3</sup>	12,72 $\pm$ 0,79 <sup>4(1)</sup>
ИЛ-1 $\beta$ , пг/мл	1,97 $\pm$ 0,13	2,98 $\pm$ 0,19 <sup>4</sup>	2,83 $\pm$ 0,18 <sup>3</sup>	3,13 $\pm$ 0,19 <sup>4</sup>
ИЛ-10, пг/мл	7,68 $\pm$ 0,48	4,87 $\pm$ 0,35 <sup>4</sup>	5,46 $\pm$ 0,37 <sup>3</sup>	4,17 $\pm$ 0,33 <sup>4(2)</sup>
ИНФ-у, пг/мл	5,57 $\pm$ 0,41	7,95 $\pm$ 0,58 <sup>3</sup>	7,55 $\pm$ 0,57 <sup>2</sup>	9,44 $\pm$ 0,59 <sup>4(1)</sup>

Эзоҳ: дурустии фарқият ба нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ (аз рӯи U-меёри Манн-Уитни): 1 -  $p < 0,05$ ; 2 -  $p < 0,02$ ; 3 -  $p < 0,01$ ; 4 -  $p < 0,001$ ; дурустии фарқияти байни маълумотҳои беморони гирифтори сирояти омехта ва моноинфексия (ХУГ, УМУГ) (аз рӯи H-меёри Крускала-Уоллис): (1) -  $p < 0,05$ ; (2) -  $p < 0,02$ .

Чи хеле ки аз ҷадвали 3 дида мешавад, дар муқоиса бо шахсони солим дар мизоҷони СМБҒУ-и аз сироятҳои омехта азияткашанда (ХУГ + УГУМ) вайроншавиҳои возеҳи иммунологӣ ба назар мерасанд. Дар хуни музофотии беморони сироятҳои омехта аз 17 нишондодҳои иммунологии муоинашуда 14-тоаш тағйир ёфтанд, дар ҳоле, ки дар беморони моноинфексияҳои музмин (ХУГ) ва (УГУМ) камтармувофиқан 12 ва 10 нишондод тағйир ёфта буданд.

Ба дараҷаи бештари ихтилоли иммунологӣ дар беморони гирифтори сирояти омехта коҳиши аз ҷиҳати омори назарраси таркиби лимфоситҳои CD<sub>4</sub> ( $p < 0,05$ ) ва CD<sub>8</sub> ( $p < 0,05$ ), IL-10 ( $p < 0,05$ ) ва зиёд шудани он дар CD<sub>19</sub>-лимфоситҳо ( $p < 0,05$ ), TNF- $\alpha$  ( $p < 0,05$ ) ва IFN- $\gamma$  ( $p < 0,05$ ) шаҳодат медиҳад.

Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар беморони гирифтори СМБҒУ-и ҳам бо осеби қисмҳои поёни ва ҳам болоии СПТ ихтилоли системаи иммунологӣ мушоҳида мегардад, ки маҳвшагии иммунитети ҳуҷайравӣ ва фаъолшавии иммунитети гуморалиро нишон медиҳанд. Дар хуни беморони гирифтори СМБҒУ бо осеби қисмҳои поёнии СПТ, аз 15 нишондодҳои омӯхташудаи иммунитет 10-тоаш, дар беморони гирифтори оризаҳо 1,5 маротиба зиёд - 15 нишондод тағйир ёфт ва дараҷаи вайроншавии онҳо хеле равшантар буд. Дар беморони гирифтори СМБҒУ и қисмҳои поёнии СПТ, коҳиши таркиби 2 аз 3 нишондоди асосии алоқаи ҳуҷайравии иммунитет (лимфоситҳои CD<sub>4</sub>-хелпер ва CD<sub>8</sub>-супрессор), дар беморони гирифтори осеби қисмҳои болоии СПТ (оризаҳои СМБҒУ) - ҳама 3 (CD<sub>3</sub> - умумии Т-лимфоситҳо ва зерпопуляцияҳои CD<sub>4</sub> ва CD<sub>8</sub>) ошкор карда шуд. Дар беморони гирифтори УМ дар мардон ва УМ+ЭМ дар занон, камшавии ФАЛ ва ситокини зиддиилтиҳобии ИЛ-10, инчунин баъзе нишондиҳандаҳои иммунитети маҳаллии ғадуди простата (sIgA ва IgG3), афзоиши миқдори IgM, IgG, ҚДМ, ситокинҳои зиддиилтиҳобии ОНО- $\alpha$  ва ИЛ-1 $\beta$  ва ИНФ- $\gamma$  муайян гашт.

Қайд кардан лозим аст, ки то ҳол дар байни тадқиқотчиён оиди он ки оё вайроншавиҳои иммунологӣ сабаб ё оқибати СМБҒУ-и дар беморон мушоҳидашаванда шуда метавонанд, ақидаи ягонае вуҷуд надорад.

**Муолиҷаи беморони гирифтори сироятҳои музмини бактериявии урогениталӣ.** Ба гурӯҳи яқум (120 бемор) танҳо муолиҷаи антибиотикии этиотропӣ таъин карда шуд. Гурӯҳи дуюм (110 бемор) табобатро бо доруҳои этиотропӣ ва иммуностимулятори тимогар муолиҷа карданд. Ба гурӯҳи сеюм (120 бемор) бо доруҳои этиотропӣ ва иммуностимулятори тимотсин табобати якҷоя гузаронида шуд.

Самаранокии табобат аз рӯи нишондиҳандаҳои зерин баҳо дода шуд: аз байн рафтани аломатҳои субъективии сироятҳо; баробар кардани аломатҳои объективии беморӣ; санҷишҳои манфии бактериологӣ; ба эътидол овардани ҳолати нишондодҳои иммунологӣ.

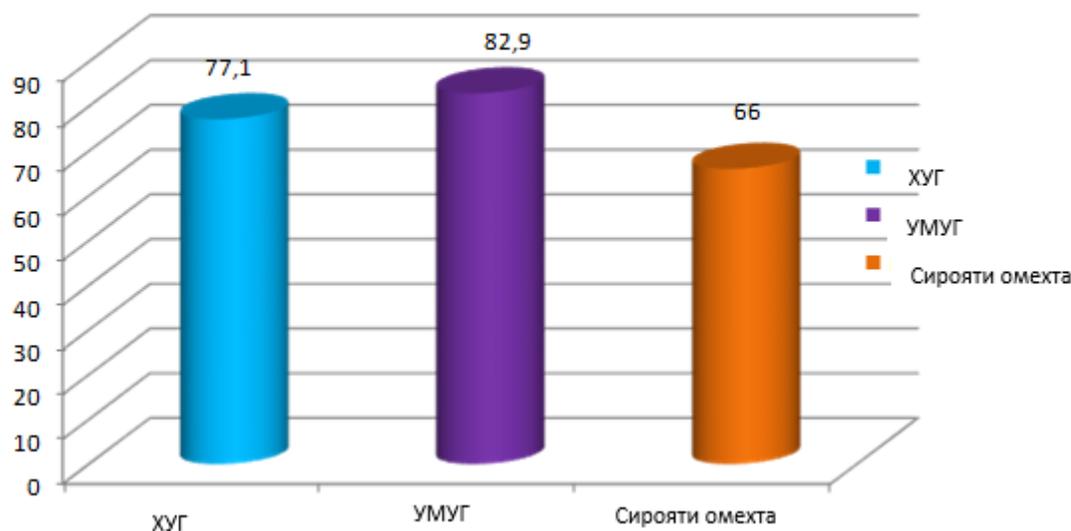
Натиҷаҳои муолиҷа аз руи меъёрҳои зерин баҳо дода шуданд: самараи мусбат; самараи нокифоя; бесамар будани муолиҷа.

Самаранокии этиологии табобат ва аз байн рафтани аломатҳои клиникалии бемориҳо пас аз 4 ва 8 ҳафта бо назардошти натиҷаҳои таҳлили ПСР ва дигар санҷишҳои махсуси лаборатории истифодашуда арзёбӣ карда шуданд.

**Натиҷаҳои табобати этиотропии беморони гирифтори СМБҒУ.** Гурӯҳи яқум аз 120 нафар беморон (83 мард ва 37 зан) бо СМБҒУ иборат буд, ки дар байни онҳо 35 бемор (мардон 25 нафар, занҳо - 10) бо ХУГМ, 35 (мардон - 25, занон - 10) - УМУГМ ва 50 (м - 33, з - 17) - омехтаи сирояти омехта, ХУГМ+ УМУГМ. Дар 45 (37,5%) беморон (14 беморони ХУГМ, м - 9, з - 5) + 13 - бо УМУГМ (м - 9, з - 4) ва 18 - бо ХУГМ+ УМУГМ (м - 12, з - 6) қисмҳои поёнии СПТ зарар дидаанд, дар 75 (62,5%) - [мутаносибан, дар 21 (м - 16, з - 5), 22 (м - 16, з - 6) ва 32 (м - 21, з - 11)] - қисмҳои болоӣ зарар диданд. Ба беморони гурӯҳи 1 танҳо табобати этиологӣ бо антибиотики азитромитсин, ки дар тӯли се ҳафта бо миқдори 1,0 г дар як ҳафта як маротиба истифода мешуд, таъин карда шуд.

Дар аксарияти беморони гирифтори осеби шувбаҳои поёнии МПС, коҳиши шикоятҳо аз зухуроти дизурӣ ба ҳисоби миёна аз  $3,3 \pm 0,3$  рӯз аз оғози табобат ба қайд гирифта шуданд, дар бемороне, ки натиҷаҳои табобат ҷавоби мусбат доданд, пас аз  $9,6 \pm 0,8$  рӯз шикоятҳо тамоман аз байн рафтанд. Зухуроти объективии сироятҳо (тарашшӯх аз пешоброҳа, сурхшавӣ, варам ва часпиши лабҳои пешоброҳа) беморонро камтар ташвиш меодагӣ шуданд, ба ҳисоби миёна аз  $3,9 \pm 0,3$  рӯз, негативатсияи пурраи ин нишонаҳо дар бемороне, ки табобатро бо барқароршавии клиникӣ ва этиологӣ анҷом доданд, пас аз  $12,7 \pm 1,2$  рӯз ба амал омад.

Истифодаи азитромитсин дар шакли табобати моноэтиотропӣ дар 89 (74,2%) беморон натиҷаи мусбӣ дод: 39 (86,7%) бо ХМ ва ХЭ ва 50 (66,7%) бо сирояти болоравии СПТ. Натиҷаи табобати моноэтиотропӣ дар расми 3 нишон дода шудааст.



**Расми 3. - Натиҷаи табобати моноэтиотропӣ (%)**

Тавре ки нишондодҳои маълумоти расми 3 нишон медиҳанд, ҳангоми моноинфексия дар 27 (77,1%) беморони гирифтори ХУГМ ва 29 (82,9%) беморони гирифтори УМУГМ, ҳангоми сирояти омехта дар 33 (66%) натиҷаи мусбӣ ба даст оварда шудааст. Табобати этиологӣ дар 31 (25,8%) беморон, ки дар байни онҳо 6 нафар (13,3%) ХБНУИ-и сирояти роҳҳои поёнии пешоб, 25 нафар (33,3%) гирифтори мушкилиҳои ХУГИ буданд, самаранокии паст ва натиҷаҳои манфӣ нишон дод. Минбаъд ба ин беморон муолиҷаи комплексӣ бо иммуностимулятории тимотсин гузаронида шуд, ки натиҷаи мусбат дод.

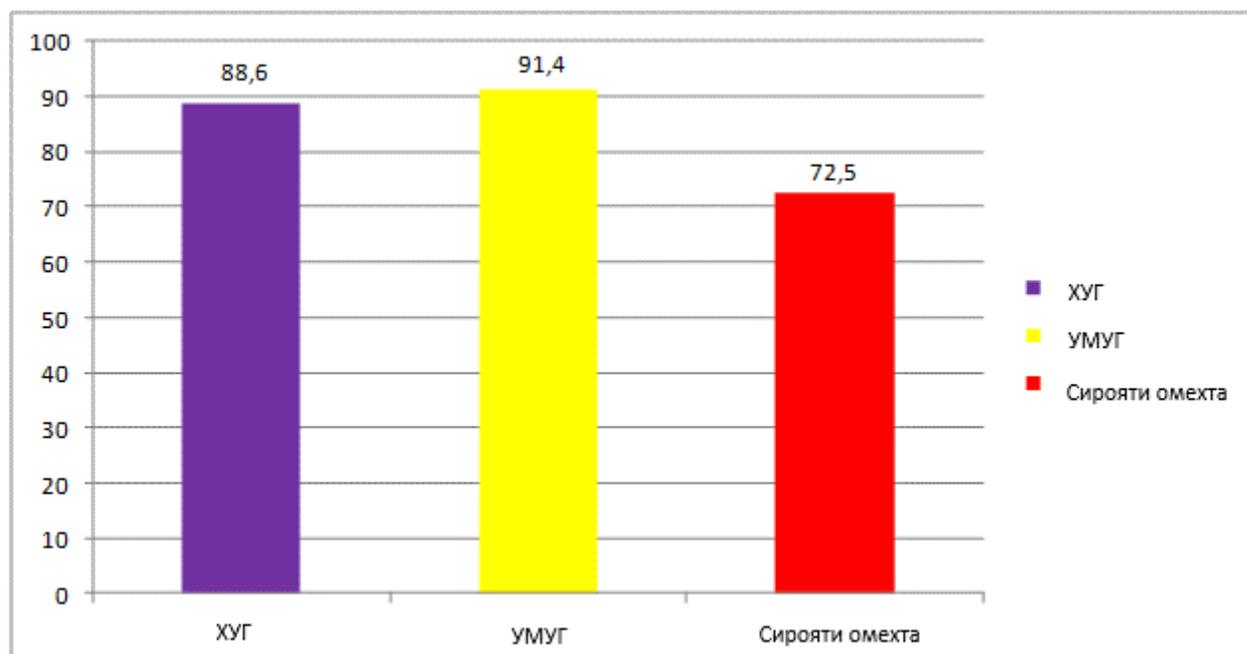
Ҳолати нишондодҳои иммунологӣ дар беморони гирифтори ХБНУИ дар ҷараёни муолиҷаи этиологӣ нишон дод, ки пеш аз табобат аз 14 нишондодҳои асосии омӯхташуда 10 нишондодҳои иммунитетии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар беморони гирифтори сирояти музмини бактериявии урогениталии ғайригонококкӣ дар муқоиса бо нишондодҳои маълумоти гурӯҳи назоратӣ ба таври назаррас тағйир ёфта буданд. Табобати этиологӣ ба мӯътадил шудани 3 (30%) нишондиҳандаҳо (IgM, IgG ва ФАЛ) мусоидат кард, 7-тои боқимонда тағйир ёфтанд, аммо майл ба эътидол доштанд.

**Натиҷаи муолиҷаи комплексии беморони гирифтори СМҒБУ бо истифодаи иммуностимулятори тимогар.** Ба гурӯҳи дуюм 110 нафар беморон (70 мард ва 40 зан) бо СМҒБУ дохил шуданд, ки 35 (м - 22, з - 13) аз онҳо УГХ музмин, 35 (м - 23, з - 12) УГУМ-и музмин ва 40 (м - 25, з - 15) - сирояти омехта (ХУГХ + ХУГУМ) доштанд. Шувбаҳои поёнии МПС, дар 70 [мутаносибан, дар 23 (м - 14, з - 9), 22 (м - 15, з - 7) ва 25 (м - 16, з - 9)] – шувбаҳои боло осеб ёфта буданд. Беморон муолиҷаи комплексиро бо истифодаи азитромитсин мувофиқи нақшаи гурӯҳӣ қаблӣ ва иммуностимулятори тимогар бо воридкунии дохилимушакӣ бо вояи 1 мл дар тӯли 10 рӯз истифода бурданд.

Ҳама беморон таботати комплексиро бо истифодаи иммуностимулятор таҳаммул карданд, ҳангоми истифодаи доруҳо ва таъсири дуҷумдараҷа ва ҳеҷ гуна оризаҳо ба мушоҳида нарасид.

Беморони гирифтори СМҒБУ қисмҳои поёнии Системаи пешобу таносул (СПТ)-ро эҳсосоти дизурӣ ба ҳисоби миёна аз  $2,9 \pm 0,2$  рӯзи таботат каме ноором намуданд. Вайроншавиҳои дизурӣ дар байни беморони гирифтори мушкilotи ХБНУИ ба ҳисоби миёна пас аз  $3,7 \pm 0,3$  рӯзи оғози таботат камтар зуҳур карданд ва пас аз  $10,6 \pm 1,1$  рӯз комилан баргараф карда шуданд.

Барқароршавии клиникӣ ва этиологӣ пас аз таботати комплексӣ бо истифодаи иммуностимулятори тимогар дар 92 (83,6%) беморон ба қайд гирифта шуд. Таботати иммуностимуляторӣ дар байни беморони гирифтори УМ ва ЭМ 95% ва бо сирояти болораванда 77,1% натиҷа дод. Натиҷаи таботати комплексӣ бо истифодабарии иммуностимулятори Тимогар дар расми 4 нишон дода шудааст.



**Расми 4. - Натиҷаи таботати комплексӣ бо тимогар (%).**

Тавре ки аз расми 4 дида мешавад, натиҷаи мусбӣи таботат дар 88,6% беморон (дар 31 аз 35) бо ХУГМ, дар байни беморони гирифтори УМУГМ - дар 91,4% (дар 32 аз 35), бо сирояти омехта - 72,5% (29 аз 40) ба даст омад. Бесамар будани таботат дар 18 бемор (7 мард, 11 зан), ба назари мо, бо он шарҳ дода мешавад, ки ҳама мардон муддати тӯлонӣ (2-3 сол ва бештар аз он) аз простатит азоб мекашиданд ва занон аз БИУКХ, ҳама беморон ду-се ва зиёда аз СБРАҶГ доштанд, дар ҳама беморон фишори возеҳи масунияти ҳуҷайрагӣ ошкор карда шуданд, ки камшавии таркиби ҳамаи 3 нишондиҳандаҳои асосии он (лимфоситҳои CD3, CD4 ва CD8) ба он ҳамроҳ гашта буд. Пас аз курсҳои иловагии таботат дар ҳама беморон таботати этиологӣ қайд карда шуд.

Таботати комплексӣ бо иммуностимулятори тимогар ба ихтилоли иммунологӣ дар беморони СМҒБУ таъсири мусбӣ расонд. Ҳамин тариқ, агар пеш аз таботат дар беморон дар муқоиса бо маълумоти гурӯҳи назоратӣ, аз 17 нишондодҳои иммунологии омӯхташуда 11-тоаш ба таври назаррас тағйир ёфта бошад, пас аз муолиҷаи иммуностимуляторӣ 6 (54,5%) нишондод, аз ҷумла 1 аз 2 нишондиҳандаҳои асосии иммунитетии ҳуҷайравӣ (супрессорҳои CD8) муътадил гаштанд.

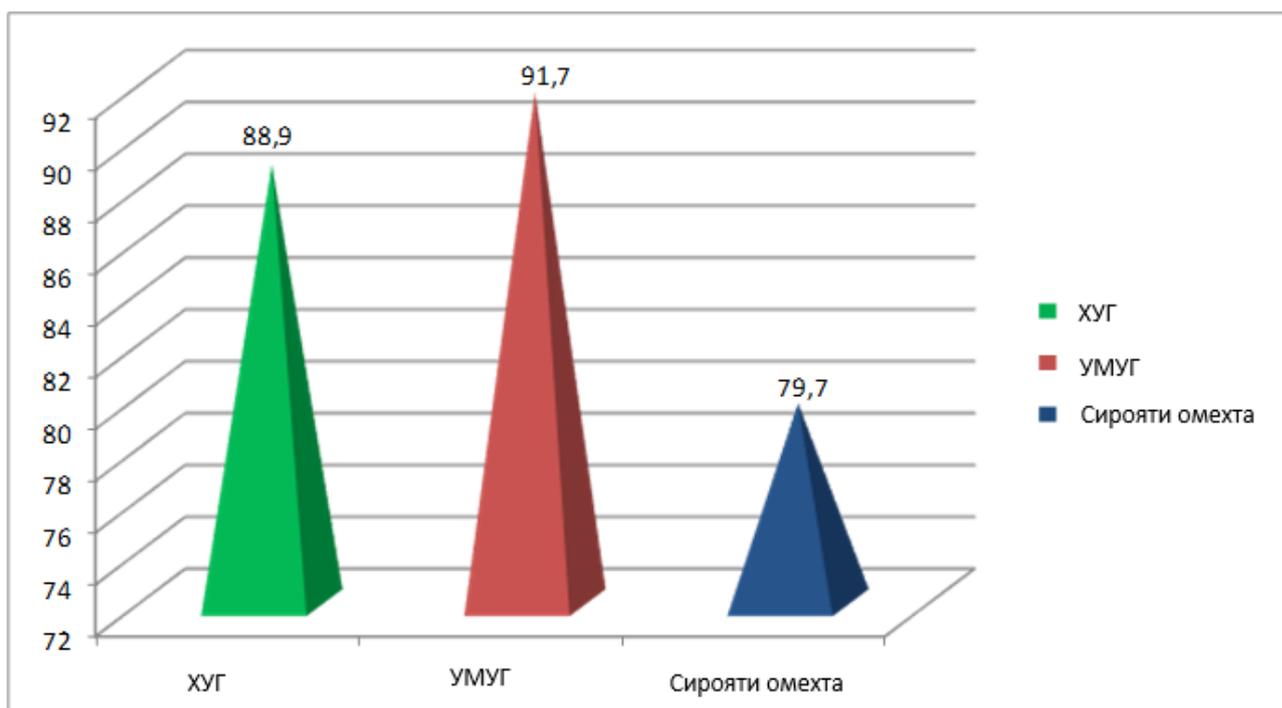
**Натиҷаҳои муолиҷаи комплексии беморони гирифтори СМҒБУ бо истифодабарии иммуностимулятори тимотсин.** Ба гурӯҳи сеюм 120 нафар беморон (77 мард ва 43 зан) гирифтори СМҒБУ, 36 нафар (м - 25, з - 11) гирифтори ХУГМ, 36 (м - 24, з - 12) УМУГМ ва 48 (м 28, з - 20) - сирояти омехта (ХУГМ + УМУГМ) буданд. Дар 40 бемор, аз ҷумла 13 (м - 9, з -

4) беморони гирифтори ХУГМ, 13 (м - 8, з - 5) - бо УМУГМ ва 14 (м - 8, з - 6) - бо ХУГМ + УМУГМ шубъаҳои поёнии СПТ дар 80 [мутаносибан, дар 25 (м - 16, з - 9), 25 (м - 17, з - 8) ва 30 (м - 19, з - 11)] – шубъаҳои болоӣ зарар дидаанд. Ба беморони ин гурӯҳ муолиҷаи комплексӣ (этиотропӣ + иммуностимулятори тимотсин) дода шуд. Азитромитсин мувофиқи схемаҳои ба гурӯҳҳои қаблӣ таъиншуда истифода мешуд, тимотсин - 1 мл, дохилимушақӣ, барои 10 рӯз.

Аломатҳои субъективии ихтилоли дизурӣ дар мардон ва занони гирифтори УМ ва/ё ЭМ бо натиҷаҳои мусбати табобати ба ҳисоби миёна аз  $2,7 \pm 0,2$  рӯз, ба ҳисоби миёна то  $8,1 \pm 1,1$  рӯз аз оғози муолиҷа қомилан манфӣ гардиданд. Дар байни беморони бо оризаҳои СМҒБУ шикоятҳои дизурӣ ба ҳисоби миёна аз  $3,9 \pm 0,3$  рӯзи табобат қоҳиш ёфтанд ва пас аз  $9,8 \pm 0,9$  рӯз қомилан аз байн рафтанд.

Аломатҳои ҷинсии простатити музмин дар мардон ва бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд дар занони гирифтори СМҒБУ пас аз  $16,8 \pm 1,4$  рӯзи муолиҷа беморонро қамтар ташвиш меоданд.

Табобати маҷмӯӣ (этиологӣ + иммуностимулятори тимотсин) дар 103 (85,8%) беморони гирифтори СМҒБУ табобати клиникӣ - этиологиро ба даст овард. Истифодаи муолиҷаи иммуностимуляторӣ 95% (дар 38 аз 40 беморон) дар байни беморони гирифтори УМ ва ЭМ ва 81,3% (дар 65 аз 80 беморон) дар байни беморони гирифтори оризаҳои СМҒБУ натиҷаи мусбат дод. Натиҷаҳои табобати яқҷояи беморони гирифтори СМҒБУ бо истифодаи тимотсин дар расми 5 нишон дода шудаанд.



**Расми 5. - Натиҷаи табобати комплексӣ бо тимотсин (%).**

Дар беморони гирифтори ХУГМ (сирояти монохламидиалӣ) дар 88,9% ҳолатҳо (дар 32 аз 36 беморон) таъсири мусбати клиникӣ ва этиологӣ ба даст оварда шудааст. Самаранокии табобати комплексии уремикоплазмози музмини урогениталӣ 91,7% (дар 33 аз 36 беморон), бо сирояти омехта (ХУГ + УМУГ) - 79,7% (дар 38 аз 48 беморон)-ро ташкил дод.

Набудан ё самаранокии нокифояи табобати маҷмӯӣ дар 17 бемор (2 нафар бо осеби қисмҳои поёнии СПТ ва 15 нафар бо сирояти болорав) мушоҳида шуд. Ин ба он вобаста аст, ки ҳамаи беморон дар тӯли зиёда аз 2-3 сол аз бемориҳо азоб мекашиданд, ду ё се СБРАҶГ доштанд, дар аксарияти онҳо маҳшавии назарраси иммунитетии ҳуҷайравӣ бо қоҳиши ҳамаи 3 нишондиҳандаи асосӣ ( $CD_3$ ,  $CD_4$  ва  $CD_8$  лимфоситҳо) ошқор гаштанд.

Ҳолати нишондодҳои иммунологӣ дар беморони гирифтори СМҒБУ пеш аз ва баъд аз муолиҷаи комплексӣ бо тимотсин аз 13 нишондодҳои системаи масунияти пеш аз табобат, пас аз табobati якҷоя бо истифодаи иммуностимулятори тимотсин, 8 (61,5%) ба нишондодҳои муқаррарӣ баргаштанд, ки 2-тоаш (66,7%) аз 3 нишондиҳандаи асосӣ (шумораи нисбии лимфоситҳои хун ва супрессорҳои CD8) иммунитетии ҳуҷайравӣ буд.

Ҳамин тавр, дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда самаранокии табobati комплекси сироятҳои музмини бактериалии урогениталӣ бо истифодаи иммуностимуляторҳои ватании тимогар ва тимотсин муайян карда шуд. Ҳарду дору ба натиҷаҳои табобат ва ихтилоли иммунологӣ дар беморони гирифтори СМҒБУ таъсири мусбӣ расониданд. Муайян карда шуд, ки самаранокии ҳарду дору дар табobati беморони гирифтори СМҒБУ якхела аст. Нақши пешбарандаи паст кардани иммунитетии умумӣ ва маҳаллӣ дар беморони гирифтори СМҒБУ, вайрон кардани фаъолияти ситокинҳои илтиҳобӣ ва зидди илтиҳобӣ дар патогенези раванди сироятӣ, ки ба паст шудани самаранокии табобат мусоидат мекунад, нишон дода шуд. Ҳангоми арзёбии самаранокии муолиҷаи гузаронидашуда барои СМҒБУ тавсия дода мешавад, ки динамикаи ихтилоли иммунологӣ дар беморон омӯхта шавад.

### ХУЛОСАҶО

9. То ба Россия дохил шудан дар Осиёи Миёна ягон муассисаи тиббию дорусозӣ, кормандони тиб ва дорусозӣ вучуд надошт. Маълумот дар бораи беморшавии аҳолии Осиёи Марказӣ аз сабтҳо ва шаҳодатҳои сайёҳон ва мансабдорони алоҳида, аз ҷумла табибоне, ки дар гузашта ба Осиёи Марказӣ сафар карда буданд, гирифта шудааст. Ташаккулёбии нигахдории тандурустӣ баъди ташкил ёфтани ҚШС Тоҷикистон дар соли 1924 ва таъсиси Комиссариати халқии тандурустии ҷумҳурии ҷавон оғоз ёфт [15-М, 16-М, 17-М, 18-М, 19-М, 20-М, 21-М].
10. Аз рӯи маълумотҳои маводҳои бойгонӣ маълум гардид, ки бемории оташак дар сохтори умумии бемориҳои занону кӯдакон дар шаҳри Хуҷанд соли 1886 5,7 фоиз, ҳиссаи бемориҳои сироятӣ, аз ҷумла, венерикӣ, дар охири асри 19 — ибтидои асри 20 дар байни беморони статсионарӣ 43 фоиз, дар байни беморони амбулаторӣ — 34 фоиз буд; дар байни аҳолии Помир оташак дар сохтори бемориҳои сироятӣ аз ҳама бештар ба 31,9 фоиз рост меояд [12-М, 14-М, 15-М, 16-М, 17-М, 18-М, 19-М, 20-М, 21-М, 24-М, 25-М, 31-М, 36-М, 38-М, 40-М, 41-М].
11. Хусусиятҳои хоси мубориза бар зидди бемориҳои пӯсту зуҳравӣ дар давраи шӯравӣ (1924-1990) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон характери давлатии он, самти пешгирикунанда дар асоси усули диспансерӣ буд [1-М, 12-М, 14-М, 15-М, 16-М, 17-М, 18-М, 19-М, 21-М 39-М, 40-М, 41-М].
12. Тағйироти иҷтимоию иқтисодӣ, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои аввали ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ ба вуқӯъ пайваст (бадшавии вазъи иқтисодии аҳоли, кам шудани дастрасӣ ба хизматрасонии босифати тиббӣ, афзоиши шумораи муҳочирони иҷборӣ, пошхӯрии ҳадамоти кумаки дерматовенерологӣ, набудани бақайдгирии беморони гирифтори СБРАҶГ, табобат дар назди мутахассисони хусусӣ, афзоиши алоқаи ҷинсии тасодуфӣ, набудани таблиғ ва пешгирии бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, махсусан дар байни ҷавонон, коҳиши имконияти гирифтани ёрии босифати тиббӣ дар сурати сироят кардан) боиси якбора афзудани СБРАҶГ гардид. Яке аз сабабҳои муҳими хуруҷи даври бемориҳои СБРАҶГ дар байни аҳоли сустшавӣ ва дар баъзе минтақаҳо набудани ҳамгирой дар қори ҳадамоти кумаки дерматовенерологӣ бо ҳадамотҳои эпидемиологӣ, акушерӣ-гинекологӣ ва урологӣ буд [1-М, 2-М, 4-М, 6-М, 12-М, 14-М, 15-М, 16-М, 17-М, 18-М, 19-М, 21-М 22-М, 27-М, 29-М, 36-М, 39-М, 40-М, 41-М].

13. 5. Ҳеч яке аз соҳаҳои тиббӣ ба мисли хадамоти кумаки дерматовенерологӣ чунин миқдори зиёди ҳуҷҷатҳои дар сатҳи давлатӣ ба тасвиб расидаро надоранд, ки бо ташкили мубориза бар зидди паҳншавии ВНМО/СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон алоқаманд мебошанд. Нишон дода шуд, ки усули диспансерии пешгирӣ ва табобати дерматозҳои музмин ва СБРАҶГ ягона усули илман асосноки пешбурди ин бемориҳо мебошад. Хадамот ба таҳияи алгоритми мақсаднок ва аз ҷиҳати илмӣ асосноки тадбирҳои муассир, ки ба беҳтар кунонидан ва рушди минбаъдаи муттасил ва такмили самараноки кори расонидани ёрии махсусгардонидашуда ба аҳоли дар шароити муосири иҷтимоӣ-иқтисодӣ нигаронида шудаанд, эҳтиёҷ дорад [14-М, 15-М, 16-М, 17-М, 18-М, 19-М, 20-М, 21-М].
14. Ҳуҷҷатҳои такмилдодашудаи меъёрӣ-ҳуқуқие, ки фаъолияти хадамоти кумаки дерматовенерологии ҷумҳуриро муаррифӣ менамоянд, пешниҳод карда шуданд. Меъёрҳои дар айни замон амалкунандаи воҳиди кории тиббӣ, фарматсевтӣ ва дигар санадҳои меъёрӣ-ҳуқуқӣ аз бисёр ҷиҳат ба фармону дастурҳои тасдиқнамудаи Вазорати тандурустии СССР асос ёфтаанд, ки ба талаботҳои муосири иҷтимоӣ-иқтисодӣ, демографӣ ва иқлимӣ ҷавобгӯ нестанд [14-М, 15-М, 16-М, 17-М, 18-М, 19-М, 21-М 39-М, 40-М, 41-М].
15. Дар солҳои аввали истиқлолият дар Хадамоти кумаки дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон таҷҳизоти нави технологияи инноватсионӣ ҷиҳати истифодаи усулҳои муосири ташхисӣ ҷорӣ карда шуд, ки барои ошкор намудани СБРАҶГ-и «насли нав» (хламидиоз, уреплазмоз, микоплазмоз, гарднерелоз, вируси герпеси оддӣ, ситомегаловирус, папилломавируси одам, вируси норасоии масунияти одам) мусоидат намуд. Хусусиятҳои тиббӣ, иҷтимоӣ, клиникӣ ва иммунологии паҳншавӣ ва ҷараёни уретрити музмини ғайригонококкӣ дар мардон ва занон (хламидиоз, уреплазмоз, микоплазмоз) муайян карда шудаанд, омилҳои минтақавии паҳншавии СБРАҶГ дар байни мардон ва занон муқаррар гардиданд [1-М, 2-М, 4-М, 6-М, 22-М, 24-М, 25-М, 27-М, 29-М, 31-М, 32-М, 34-М, 36-М].
16. Бо истифода аз иммуностимуляторҳои ватании тимотсин ва тимогар усулҳои комплекси самарабахши муолиҷаи бемориҳои сироятии музмини бактериявӣ (хламидиозҳои урогениталӣ ва урамикоплазмозҳои урогениталӣ) таҳия ва татбиқ карда шуданд. Табобати клиникӣ - этиологӣ ҳангоми истифодаи тимотсин дар 85,8% беморон, ҳангоми истифодаи тимогар дар 83,6% ва ҳангоми табобати этиологӣ танҳо дар 74,2% ба даст оварда шудааст [3-М, 5-М, 7-М, 8-М, 9-М, 10-М, 11-М, 13-М, 23-М, 26-М, 28-М, 30-М, 31-М, 32-М, 33-М, 34-М, 35-М, 37-М, 38-М].

## **ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Усули диспансерии пешгирӣ ва муолиҷа ҳамчун усули ягонаи далелноки идоракунии беморони гирифтори СБРАҶГ тасдиқ карда шавад. Он барои баҳисобгирии пурра ва самаранокии бемории СБРАҶГ, ҷалби шабакаи умумии тиббӣ дар сатҳи муассисаҳои КАТС, барои маҳдудсозии манбаъҳо, зудии ошкорсозӣ ва ба табобат ҷалб намудани сарчашмаҳо ва ҳамаи шахсони дар тамосбуда мусоидат мекунад.
2. Ҳуҷҷатҳои меъёрию ҳуқуқии аз ҷониби мо пешниҳод шуда, ки фаъолияти хадамоти кумаки дерматовенерологии ҷумҳуриро танзим менамоянд, тасдиқ карда шаванд.
3. Бо мақсади такмил додани хадамоти кумаки дерматовенерологии ҷумҳури зарур аст, ки ҳарчи зудтар протоколҳои клиникӣ таҳияшудаи алгоритми ташхис, табобат ва пешгирии дерматозҳо ва СБРАҶГ татбиқ карда, дар назди МҶКБДВ

пойгоҳи ягонаи электрони беморони дерматовенерологии ҷумҳури таъсис дода шавад.

4. Беҳтар намудани ҳамкориҳои мақомот ва ташкилотҳои давлатӣ ва ғайридавлатӣ бо мақсади таъмини муоинаи СБРАҶГ, муолиҷа ва пешгирӣ дар клиникаҳои махсуси танзими оила, ҳифзи солимии репродуктивӣ ва ғайра.
5. Бо мақсади баланд бардоштани самаранокии табобати шаклҳои музмин ва/ё оризаноки сироятҳои хламидиалӣ, микоплазмавӣ ва уреоплазмавӣ дар мардон ва занон дар баробари муолиҷаи антибиотикӣ истифодаи иммуномодуляторҳои ватанӣ (тимотсин ё тимогар) тавсия дода мешавад, ки бо вояи 1,0, мл, 1 бор дар як рӯз, ба таври дохилимушакӣ, давоми 10 рӯз. истифода мешаванд.

**Рӯйхати интишороти докталаби дараҷаи илми доктори илмҳои тиб  
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризишаванда**

- [1-М] Саидов Б.И. Рациональная диагностика негонекококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2014. №3. – С. 60-65.
- [2-М] Саидов Б.И. Современная диагностика урогенитальных инфекций у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2015г. №1. – С. 107-110.
- [3-М] Саидов Б.И. Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2018. №1. – С. 58-63.
- [4-М] Саидов Б.И. Диагностика и лечение негонекококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, М.Ф. Хомидов // Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе. – 2019. №1. – С. 88-91.
- [5-М] Саидов Б.И. Клиника уретропростатита хламидийвӣ / Б.И. Саидов, Б.Ч. Сангов // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2019. №1. – С. 67-72.
- [6-М] Саидзода Б.И. Совершенствование диагностики и терапии негонекококковых уретритов / Х.С. Саторов, Б.И. Саидзода // Ж. Вестник «Биомедицина и социология». – Москва. – 2019. - №4. Т. 4. – С. 71-74.
- [7-М] Саидзода Б.И. Изучение иммунного статуса при негонекококковых уретритах / Б.И. Саидзода // Журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». – Ижевск. – 2019. №4. – С. 42-44.
- [8-М] Саидзода Б.И. Особенности клиника негонекококковых уретритов / Б.И. Саидзода // Журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». – Ижевск. – 2019. №4. – С. 45-47.
- [9-М] Саидзода, Б.И. Хусусиятҳои хоси клиникаи уретритҳои ғайригонококкӣ дар мардҳо / Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2019. №4. – С. 148-151.
- [10-М] Саидзода, Б.И. Омӯзиши ҳолати масунӣ ҳангоми уретритҳои ғайригонококкӣ / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2020. №2. – С. 25-30.
- [11-М] Саидзода, Б.И. Клинико-иммунологические нарушения при негонекококковых уретритах / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2020. №1. – С. 40-44.
- [12-М] Саидзода, Б.И. Беморшавӣ аз сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода, А. Аҳмедов, П.Т. Зоиров, М.А. Гадоев // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 58-63.
- [13-М] Саидзода, Б.И. Особенности клинической течения уретритов у мужчин с репродуктивным нарушением / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, Ш.А. Сохибназаров, М.Д. Нуралиев // Научный журнал «Наука и инновация» Таджикский национальный университет. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 274-278.

[14-М] Саидзода Б.И. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода, А. Ахмедов, П.Т. Зоиров, О.И. Касымов // Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе. – 2021. №1. – С. 62-68.

[15-М] Саидзода, Б.И. Ҷараёни инкишофи бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, Ҷ.Г. Эмомалиев, Н.М. Нуруллаева // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №2. – С. 70-75.

[16-М] Саидзода Б.И. История становления и развития службы дерматовенерологической помощи в различных странах мира и Республике Таджикистан (до приобретения независимости) / Б.И. Саидзода // Научный журнал «Наука и инновация» Таджикский национальный университет. – Душанбе. – 2021. №3. – С. 82-88.

[17-М] Саидзода, Б.И. Таърихи ташаккули ва рушди хадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №3. – С. 171-179.

[18-М] Саидзода, Б.И. Развитие дерматовенерологической службы в Республике Таджикистан (обзор литературы) / Б.И. Саидзода // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 579-584.

[19-М] Саидзода, Б.И. Состояние реформирование службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в современных условиях / Б.И. Саидзода // Ж. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – Душанбе. – 2021. №4. Том XI. – С. 95-102.

[20-М] Саидзода, Б.И. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем, в Республике Таджикистан в 2008 – 2017 гг. / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, А.М. Қосимзода, М.М. Ахмедов, Н.П. Зоирова // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 78-83.

[21-М] Саидзода, Б.И. Аз таърихи омӯзиши бемориҳои зухравӣ ва рушди хадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / А. Ахмедов, О.И. Косимов, Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 35-44.

#### **Мақола ва фишурдаи маърузаҳо дар маҷмуаҳои маводи конференсияҳо**

[22-М] Саидов, Б.И. Рациональная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // М-лы 62 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2014. – С. 88-89.

[23-М] Саидов, Б.И. Терапия сочетанных инфекционных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // М-лы 63 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2015. – С. 559-560.

[24-М] Саидов, Б.И. Диагностика урогенитальной инфекции у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.К. Сабзалиев, Г.Р. Муслимова // Конференция дерматовенерологов г. Бухари. Узбекистан. 2015 г. – С. 55-56.

[25-М] Саидов, Б.И. ПИФ диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.М. Ахмедов, Х.Х. Назаров // Конференция дерматовенерологов г. Бухари. Узбекистан. 2015 г. – С. 65-67.

[26-М] Саидов, Б.И. Муолиҷаи муосири бемориҳои урогениталӣ дар мардҳо / Б.И. Саидов, М.Ф. Хомидов, М.М. Ахмедов, Ш.А. Соҳибназаров, Н.П. Зоирова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 190-192.

[27-М] Саидов, Б.И. Ташхиси сироятҳои ғайригонококкӣ дар мардҳо / Б.И. Саидов, А.Ш. Қулмадов, М.С. Гадоев, М.К. Сабзалиев, Х.Х. Назаров // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 193-194.

[28-М] Саидов, Б.И. Терапия негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, М.Ф. Хомидов, А.А. Хусаинов, М.М. Ахмедов // М-лы научно-практич. конф.

- (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 197-199.
- [29-М] Саидов, Б.И. Диагностика негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, У.С. Шокирова, А.З. Баротов, Ф.А. Олимова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 200-201.
- [30-М] Саидов, Б.И. Лечение сочетанных негонококковых инфекций у мужчин / Б.И. Саидов, А.А. Хусайнов, Н.П. Зоирова, А.Ш. Кулмадов, Ш.Ф. Эгамова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 202-204.
- [31-М] Саидзода, Б.И. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев // М-лы IX Республиканской научно-практич. конф. на тему «Наука и молодежь» посвященной 26-ти летию независимости республики Таджикистан и году молодежи. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. 2017. – С. 121-122.
- [32-М] Саидов, Б.И. Усули муосири ташхис ва табобати уретритҳо дар мардон / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, Ш.А. Соҳибназаров // Материалы 66-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2018. – С. 548.
- [33-М] Саидов, Б.И. Лечение негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов // Материалы XX Международной конференции «Здоровье и образование в XXI веке». г. Москва, 2018. Том 3. – С. 35-38.
- [34-М] Саидов, Б.И. Диагностика и лечение уретритов / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, А.Д. Мирзоев // М-лы X Республиканской научно-практич. конференции. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. 2018. – С. 216-217.
- [35-М] Саидов, Б.И. Лечение уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, К.И. Карамхудоев, Ф. Олимов // М-лы научно-практич. конф. дермато-венерологии, г. Бухоро. 2018. – С. 26-27.
- [36-М] Саидов, Б.И. Современная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. Москва. 2019. – С. 77-78.
- [37-М] Саидов, Б.И. Лечение негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. Москва. 2019. – С. 78-79.
- [38-М] Саидзода Б.И. Изучение иммунной системы при уретритах / Б.И. Саидзода // Материалы XXI Международной конференции «Здоровье и образование в XXI веке». Москва. 2019. – С. 15-18.
- [39-М] Саидзода, Б.И. Заболеваемость инфекциями передаваемыми половым путем в Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода, М.М. Ахмедов, Н.П. Зоирова // Материалы 68 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2020. – С. 218-220.
- [40-М] Саидзода Б.И. Эпидемиологическая ситуация в Хатлонской области, по инфекциям, передаваемым половым путем в 2008 – 2017 гг. / Б.И. Саидзода, Б.Д. Мирзоев, А. Муродов // Материалы 69 годичной научно-практич. конф. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». 2021. – С. 85-86.
- [41-М] Саидзода Б.И. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем, в г. Душанбе и районы республиканского подчинения Республике Таджикистан в 2010 – 2019 гг. / Б.И. Саидзода // Материалы XXIII Международной конференции «Здоровье и образование в XXI веке». г. Москва, 2021. Том. 3 №1. – С. 64-69.

## Рӯйхати ихтисорот ва аломатҳои шартӣ

**АФ** – Адади фагоситарӣ

**БИУКХ** – Бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд

**ВНМО** – Вируси норасоии масунияти одам

**ВМКБ** – Вилояти мухтори кӯҳистони Бадахшон

**КДМ** – Комплексиҳои даврзанандаи масунӣ

**МД «БКШБП»** – Муассисаи давлатии «Беморхонаи шаҳрии клиникаи бемориҳои пӯст»

**МД «МЧКБПВ»** – Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои пӯст ва венерикӣ»

**МД «МШКБПВ»** – Муассисаи давлатии «Маркази шаҳрии клиникаи бемориҳои пӯст ва венерикӣ»

**МДТ «ДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»** – Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**МДТ «ДТБСТ ҚТ»** – Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**МФДБТ ТО** – Муассисаи федералии давлатии бӯҷавии таълимии таҳсилоти олий

**МФДМТ ТО** – Муассисаи федералии давлатии мустақили таълимии таҳсилоти олий

**ОНО- $\alpha$  (TNF)** – Омили некрози омосҳо

**ПМ** – Простатити музмин

**СБРАҶГ** – Сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда

**СМҒБУ** – Сирояти музмини ғайрисӯзокии бактериалии урогениталӣ

**СУГ** – Сирояти урогениталӣ

**СПТ** – Системаи пешобу таносулӣ

**УМ** – Уретрити музмин

**УМУГ** – Уреамикоплазмози урогениталӣ

**УМУМ** – Уретрити музмини уреамикоплазмавӣ

**УМХ** – Уретрити музмини хламидиявӣ

**ФФЛ** – Фаъолнокии фагоситарии лейкоцитҳо

**ХУГ** – Хламидиози урогениталӣ

**IgA** – Иммуноглобулинҳои классии А

**IgM** – Иммуноглобулинҳои классии М

**IgG** – Иммуноглобулинҳои классии G

**INF- $\gamma$**  – Интерферон-гамма

**Th-хучайраҳо** – Субпопулятсияи лимфоситҳо (хелперҳои типии 1) – масунияти хучайрагиро таҳрик медиҳад, ситокинҳои пешазилтиҳобиро (ИНФ-ос, INF- $\gamma$ , ИЛ-2, ИЛ-1, ФНО- $\alpha$ ) тавлид мекунад

**Th-2 хучайраҳо** – Субпопулятсияи лимфоситҳо (хелперҳои типии 2) – масунияти хучайрагиро таҳрик медиҳад, ситокинҳои зиддиилтиҳобиро (ИЛ-4, ИЛ-10) тавлид мекунад.

### Аннотация

Саидзода Бахромуддин Икром

## Научное обоснование деятельности службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан и перспективы её развития в условиях реформирования сектора здравоохранения на современном этапе

**Ключевые слова:** служба дерматовенерологической помощи, урогенитальные инфекции, хламидиоз, уреомикоплазмоз, клиника, патогенез, иммуностимулирующее лечение.

**Цель исследования:** Изучить этапы развития службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан и разработать алгоритм целенаправленных научно-обоснованных эффективных мероприятий по дальнейшему совершенствованию её работы в современных социально-экономических условиях.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** Изучены архивные материалы и материалы Республиканского центра статистики и медицинской информации. Изучение эффективности лечебной работы службы дерматовенерологической помощи, путем историко-аналитический метод, метод экспертных оценок, метод социологического опроса, метод системного анализа и современные статистические методы. Кроме этого проводились микроскопические, клинические, ультразвуковые, иммунологические, ПЦР, ПИФ, ИФА и статистические.

**Полученные результаты и их новизна.** В Республики Таджикистан впервые было дана комплексная оценка становлению и развитию службы дерматовенерологической помощи во всех административных территориях страны до и после обретения государственной независимости, в том числе с применением инновационных технологий с учетом экономических и демографических условий регионов республики. Осуществлен анализ и дана оценка действующих нормативно – правовых документов, регламентирующих функционирование службы дерматовенерологии республики.

Разработан алгоритм эффективных организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий по дальнейшему её совершенствованию в различных регионах страны.

Впервые в Республике Таджикистан определены медико-социальные и клинко-иммунологические особенности распространения и течения хронических негонорейных бактериальных урогенитальных инфекций (ХНБУИ) у мужчин и женщин.

Впервые установлены региональные факторы, способствующие возникновению и распространению ИППП среди мужчин и женщин в Республике Таджикистан.

Впервые в комплексном лечении хронических и осложненных форм негонорейных бактериальных урогенитальных инфекций использованы отечественные иммуностимуляторы тимогар и тимоцин, которые повысили эффективность их терапии.

**Рекомендации по использованию.** Утвердить диспансерный метод профилактики и лечения, как единственный научно-обоснованный метод ведения больных ИППП.

Предложен эффективный метод лечения больных ХНБУИ, который рекомендуется использовать в протоколах лечения ИППП/ВИЧ.

Оптимизировать сотрудничество между правительственными и неправительственными органами и организациями с целью обеспечения скрининга на ИППП, лечения и профилактики в специализированных клиниках планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья и т.д.

**Область применения:** Общественное здоровье и здравоохранение, дерматовенерология, урология, гинекология, семейная медицина

### Аннотатсия

Саидзода Бахромуддин Икром

Асосноккунии илмӣ фаъолияти хадамоти ёрии дерматовенерологӣ  
дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дурнамои рушди он дар шароити ислоҳоти соҳаи  
нигоҳдории тандурустӣ дар марҳилаи ҳозира

**Вожаҳои калидӣ:** хадамоти кумаки дерматовенерологӣ, сироятҳои урогениталӣ, хламидиоз, уреомикоплазмоз, клиника, патогенез, табобати иммуностимуляторӣ

**Мақсади тадқиқот:** Омӯзиши марҳилаҳои рушди хадамоти кумаки дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва таҳияи алгоритми тадбирҳои мақсадноки аз ҷиҳати илмӣ асосноку самарабахш оид ба тақмили минбаъдаи фаъолияти он дар шароити муосири иҷтимоӣ-иқтисодӣ.

**Усулҳои тадқиқот, таҷҳизоти истифодашаванда:** Мавордҳои бойгонӣ ва маводҳои Маркази ҷумҳуриявӣ омор ва иттилооти тиббӣ омӯхта шуданд. Омӯзиши самаранокии корҳои табобатии хадамоти кумаки дерматовенерологӣ бо усули таърихӣ-таҳлилӣ, усули арзёбии экспертӣ, усули пурсиши сотсиологӣ, усули таҳлили системавӣ ва усулҳои муосири оморӣ гузаронида шуданд. Ғайр аз ин усулҳои микроскопӣ, клиникӣ, ултрасадоӣ, иммунологӣ, ПСР, ПИФ, ИФА истифода бурда шуданд.

**Натиҷаҳои ба дастмада ва нағони онҳо.** Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ташаккулёбӣ ва рушди хадамоти кумаки дерматовенерологӣ дар тамоми ҳудудҳои маъмурии мамлакат то ба баъди ба даст овардани истиқлолият, аз ҷумла бо итифодаи технологияҳои инноватсионӣ бо назардошти шароитҳои иқтисодӣ-демографии ҷумҳурӣ ба таври комплексӣ арзёбӣ карда шуд. Таҳлил ва арзёбии ҳуҷҷатҳои меъёрӣ-ҳуқуққии амалкунандае, ки фаъолияти хадамоти кумаки дерматовенерологии ҷумҳуриро муаррифӣ менамоянд, амалӣ карда шуд.

Алгоритми тадбирҳои самараноки ташкилӣ, муолиҷавӣ ва барқарорсозӣ оид ба тақмили он дар минтақаҳои гуногуни мамлакат таҳия карда шуд.

Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хусусиятҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва клиникӣ-иммунологии паҳншавӣ ва ҷараёни сироятҳои музмини ғайрисӯзокии бактериалии урогениталӣ (СМҒБУ) дар мардон ва занон муайян карда шуд.

Бори аввал омилҳои минтақавие, ки ба пайдоиш ва паҳншавии СБРАҶГ дар байни мардон ва занон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мусоидат менамоянд, муқаррар карда шуд.

Бори аввал дар табобати комплекси сироятҳои музмини ғайрисӯзокии бактериалии урогениталӣ (СМҒБУ) иммуностимуляторҳои ватании тимогар ва тимотсин истифода бурда шуданд, ки самаранокии муолиҷаро баланд бардоштанд.

**Тавсияҳои барои истифодабарӣ.** Усули диспансерии пешгирӣ ва муолиҷа ҳамчун усули ягонаи аз ҷиҳати илмӣ асосноки пешбурди беморони СБРАҶГ тасдиқ карда шавад.

Усули самаранокии муолиҷаи беморони СМҒБУ пешниҳод карда шуд, ки истифодаи он дар протоколҳои табобати СБРАҶГ/ВНМО тавсия дода мешавад.

Ҳамкориҳои байни мақомотҳои давлатӣ ва ғайридавлатӣ бо мақсади таъмини скрининги СБРАҶГ, табобат ва пешгирӣ дар беморхонаҳои махсусгардонидашудаи банақшагирии оила, ҳифзи солимии репродуктивӣ ва ғ.б. ғайр қарда шавад.

**Соҳаи истифодабарӣ:** Солимии ҷамъиятӣ ва нигоҳдории тандурустӣ, дерматовенерология, урология, гинекология, тибби оилавӣ.

### Annotation

**Saidzoda Bakhromuddin Ikrom**

## **Scientific substantiation of the activities of the dermatovenereological care service in the Republic of Tajikistan and the prospects its development in reforming the healthcare sector at the modern stage**

**Key words:** dermatovenereological care service, urogenital infections, chlamydia, ureomycoplasmosis, clinic, pathogenesis, immunostimulating treatment.

**The purpose of the study:** To study the stages of development of the dermatovenereological care service of the Republic of Tajikistan and develop an algorithm for targeted scientifically based effective measures to further improve its work in modern socio-economic conditions.

**Research methods and used equipment:** Archival materials and materials of the Republican Center for Statistics and Medical Information were studied. The study of the effectiveness of the medical work of the dermatovenereological care service, using the historical and analytical method, the method of expert assessments, the method of sociological survey, the method of system analysis and modern statistical methods. In addition, microscopic, clinical, ultrasound, immunological, PCR, DIF, ELISA and statistical tests were carried out.

**The results obtained and their novelty.** In the Republic of Tajikistan, for the first time, a comprehensive assessment was given to the formation and development of the dermatovenereological care service in all administrative territories of the country before and after gaining state independence, including the use of innovative technologies, taking into account the economic and demographic conditions of the regions of the republic. The analysis and assessment of the current regulatory and legal documents regulating the functioning of the dermatovenereology service of the republic was carried out.

An algorithm for effective organizational, therapeutic and rehabilitation measures for its further improvement in various regions of the country has been developed.

For the first time in the Republic of Tajikistan, the medical, social, clinical and immunological features of the spread and course of chronic non-gonococcal bacterial urogenital infections (CNBUI) in men and women were determined.

For the first time, regional factors contributing to the emergence and spread of STIs among men and women in the Republic of Tajikistan have been established.

For the first time in the complex treatment of chronic and complicated forms of non-gonococcal bacterial urogenital infections, domestic immunostimulants timogar and timocin were used, which increased the effectiveness of their therapy.

**Recommendations for use.** To approve the dispensary method of prevention and treatment as the only evidence-based method for managing patients with STIs.

An effective method for the treatment of patients with CNBUI was proposed, which is recommended to be used in the protocols for the treatment of STIs/HIV.

Optimize cooperation between governmental and non-governmental bodies and organizations to ensure STI screening, treatment and prevention in specialized clinics for family planning, reproductive health, etc.

**Scope:** Public health and healthcare, dermatovenereology, urology, gynecology, family medicine.