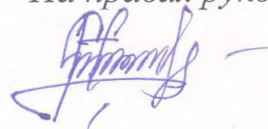


ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УДК 614.446.9; 616.24-002.5

На правах рукописи



САИДОВА САЁРА НИЗОМУДИНОВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПУТЁМ
ОТСЛЕЖИВАНИЯ КОНТАКТОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук по специальности

3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения

Душанбе – 2026

Диссертационная работа выполнена на кафедре общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Бобоходжаев Октам Икромович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Закирова Курбонхон Акрамовна** – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиопульмонологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Сироджиддинзода Илхом Сироджиддин – доктор медицинских наук, Руководитель группы по реализации проектов Глобального фонда при МЗиСЗН РТ

Ведущее учреждение: Самаркандский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «д.9» сентября 2026 г. в «14⁰⁰» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-128 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, info@tajmedun.tj; тел.: (+992) 935120020.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2026 г.

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



Джураева Н.С.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения (Global Tuberculosis Report 2023), «страны Европейского региона ВОЗ продолжают нести одно из наиболее высоких бремени лекарственно-устойчивого туберкулёза в мире» [12, с. 57]. В другом отчёте ВОЗ подчёркивается, что Республика Таджикистан сохраняет «высокие показатели заболеваемости туберкулёзом и входит в перечень стран с высоким бременем лекарственно-устойчивого туберкулёза» [11, с. 180].

В стратегическом документе Всемирной организации здравоохранения «Global Plan to End TB 2018–2022» подчёркивается, что «сокращение заболеваемости туберкулёзом происходит недостаточно быстро для достижения контрольных показателей стратегии End TB» [11, с. 180].

В материалах ВОЗ подчёркивается, что государства-члены обязались «обеспечить лечение 40 миллионов человек с туберкулёзом в период 2018–2022 гг.» [14, с. 135]. В руководстве ВОЗ по систематическому скринингу туберкулёза отмечается: «Туберкулёз (ТБ) является одной из ведущих причин смерти от одного инфекционного агента, несмотря на то, что в значительной степени излечим и предотвратим. В 2019 году, по оценкам, 2,9 миллиона из 10 миллионов человек, заболевших туберкулёзом, не были диагностированы или зарегистрированы в систему глобального эпидемиологического надзора ВОЗ. Политическая декларация, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединённых Наций в сентябре 2018 года, среди прочего, обязывает диагностировать и лечить 40 миллионов человек с туберкулёзом к 2022 году. Для достижения этой амбициозной цели существует острая необходимость в разработке стратегий по улучшению диагностики и начала лечения людей с туберкулёзом. Одной из таких стратегий является систематический скрининг на туберкулёз, который включён в Стратегию по искоренению туберкулёза в качестве центрального компонента её первого направления, обеспечивающего раннюю диагностику туберкулёза для всех больных» [13, с. 102]. В связи с этим

проблема своевременного выявления туберкулёза продолжает рассматриваться как одно из приоритетных направлений глобальной стратегии борьбы с данным заболеванием.

В систематическом обзоре D. Braganza Menezes и соавт. подчёркивается, что «туберкулёз - это инфекционное бактериальное заболевание, передающееся воздушно-капельным путём от инфицированных людей к восприимчивым контактным лицам. Для искоренения этого заболевания в регионах с низкой и средней заболеваемостью необходимо выявлять людей, наиболее подверженных заражению (контактных лиц)» [7, с. 28].

Наряду с повышением выявляемости новых случаев заболевания, проведение мероприятий по обследованию и отслеживанию контактов способствует улучшению результатов противотуберкулёзной помощи. В работе D. G. Storla и соавт. подчёркивается, что «ранняя диагностика и немедленное начало лечения имеют решающее значение для эффективной программы борьбы с туберкулёзом (ТБ). Задержка в диагностике существенно влияет как на прогноз заболевания на индивидуальном уровне, так и на распространение инфекции в обществе. Большинство случаев передачи инфекции происходит в период между появлением кашля и началом лечения» [10, с. 15; 9, с. 1033–1039].

В исследовании G. J. Fox и соавт. отмечается, что «Туберкулёз (ТБ) остается серьёзной глобальной проблемой здравоохранения, ежегодно поражающей 8,8 миллиона человек, большинство из которых проживает в странах с низким и средним уровнем дохода. Важность борьбы с туберкулёзом для социально-экономического развития широко признана, в том числе в Целях развития тысячелетия. Контакты больных туберкулёзом представляют собой группу высокого риска развития туберкулёза, особенно в течение первого года. Дети младше 5 лет и люди, живущие с ВИЧ, находятся в особой группе риска. При разработке рекомендаций по политике необходимо учитывать данные об экономической эффективности различных стратегий отслеживания контактов, а также включать дополнительные стратегии для повышения эффективности выявления случаев заболевания» [8, с. 140–156]. Чаще всего отслеживание

контактов начинается с пациента, у которого был диагностирован ТБ лёгких. Возможно, что некоторые из людей, которые проводили много времени с пациентом, были инфицированы или заболели ТБ [1, с. 175-181], это:

- члены семьи и другие люди, живущие вместе с человеком, заболевшим ТБ;
- другие люди и группы, такие как друзья, родственники и коллеги по работе или учёбе, а также в потенциальных местах досуга.

В исследовании О. И. Бобоходжаева и соавт. указывается, что «за 11 последних лет показал стабильное снижение числа зарегистрированных случаев туберкулёза. Так, данный показатель снизился с 7641 случаев в 2010 году до 4315 - в 2020 г. Динамика выявления рецидивов и повторных случаев заболевания за этот период времени имела хаотичный характер - то резко повышалась, то имела тенденцию к снижению. Динамика снижения числа зарегистрированных случаев туберкулёза за 11-летний период имела схожую тенденцию с числом случаев туберкулёза чувствительных к противотуберкулёзным препаратам, тогда как динамика изменений числа случаев туберкулёза с устойчивостью микобактерий туберкулёза также имела хаотичный характер» [3, с. 73–79]. Однако, несмотря на положительную динамику, достигнутые результаты пока не позволяют говорить о полном эпидемиологическом контроле над туберкулёзной инфекцией.

Показано, что «по оценкам, в 2022 году во всём мире туберкулёзом заболели 10,6 миллиона человек (95% ДИ: 9,9–11,4 миллиона), что больше, чем 10,3 миллиона в 2021 году (95% ДИ: 9,6–11 миллионов) и 10,0 миллионов (95% ДИ: 9,4–10,7 миллионов) в 2020 году, что свидетельствует о продолжении обратного развития нисходящей тенденции, которая сохранялась в течение многих лет до 2020 года. Аналогичным образом, показатель заболеваемости туберкулёзом (новые случаи на 100 000 населения в год) по оценкам, увеличился на 1,9% в период с 2020–2021 по 2021 год и с 2021 по 2022 год» [12, с. 57].

Таким образом, научные исследования по изучению указанных вопросов являются актуальными.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Согласно сравнительным данным ВОЗ и официальной статистики по ТБ почти 50%

оценочных случаев заболевания не выявляются [12]. Другой проблемой является факт того, что несмотря на аэрозольный путь передачи ТБ инфекции от контагиозного (заразного) больного к здоровому человеку, индексный пациент устанавливается лишь в 16,5% случаев (в 2023 году всего новых случаев ТБ выявлено 4040 случаев, контакты с больным ТБ установлены лишь у 665 больных), что свидетельствует о явном недостаточном охвате обследованием контактных лиц [5].

В Республике Таджикистан аспекты взаимодействия между противотуберкулёзной службой и ПМСП по совместной работе в очагах ТБ инфекции ещё не были тщательно изучены [2], что делает важным проведение специализированных исследований в этой области [6]. Кроме того, в республике ещё не разработаны и не реализуются специфические профилактические мероприятия, направленные на предупреждение распространения заболевания в очаге ТБ инфекции [4].

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Данное научное исследование проведено в рамках выполнения научной темы кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» выполняемой в период 2021-2025 гг. по теме «Медико-социальные аспекты состояния здоровья различных групп населения и пути оптимизации организации предоставления им медицинской помощи в условиях Республики Таджикистан» номер гос.регистрации №: 0121 TJ 1216. Имеется также связь данного исследования с выполнением «Национальной программы защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы» (утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года, №49).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Совершенствование организации профилактических мероприятий в очагах туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан.

Задачи исследования:

1. Оценить эффективность отслеживания, обследования, а также рассчитать кратность и среднее число контактных с больным туберкулёзом лиц, необходимое для выявления одного случая активного туберкулёза, в очагах туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан.
2. Определить группы повышенной уязвимости по туберкулёзу среди населения и среди них оценить эффективность выявления туберкулёза.
3. Оценить эффективность обследования контактных с больным туберкулёзом лиц, основные правовые и другие барьеры для их доступности к противотуберкулёзным услугам.
4. Разработать и оценить эффективность внедрения анонимного онлайн-опросника для отслеживания контактов и профилактики инфицирования при совместном пребывании/проживании с больным активной формой туберкулёза».

Объект исследования. Объектом исследования стали члены семьи и близкое окружение больных ТБ, включая однокурсников, одноклассников, соратников по работе, близких родственников, близких соседей в 8 районах страны, среди которых проведено анкетирование и профилактические меры по предупреждению инфицирования при совместном пребывании/проживании с больным активной формой ТБ.

Предмет исследования. Организация и эффективность мероприятий по отслеживанию и обследованию контактных с больным ТБ лиц в очагах туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан, распределение контактных лиц по группам повышенной уязвимости к ТБ, а также правовые и организационные барьеры, влияющие на охват и доступность противотуберкулёзных услуг для данной категории лиц.

Научная новизна исследования

1. Научно доказано, что среднее число отслеживания контактов в очагах туберкулёзной инфекции, необходимых для выявления одного случая активного туберкулёза в Республике Таджикистан равно в среднем 12 членов

домохозяйства и ещё 16 человек из числа внешних близких контактов.

2. Обосновано, что активное выявление случаев туберкулёза через отслеживание контактов в домохозяйствах имеет важное значение в условиях Таджикистана, поскольку способствует выявлению лиц с туберкулёзной инфекцией, а также лиц с активной формой заболевания на ранней стадии, чтобы обеспечить быстрое и раннее соответствующее лечение.

3. Доказано, что среди выявленных контактных лиц приоритетными для обследования являются группы больных с индивидуальной уязвимостью к ТБ, а также ключевые группы риска по развитию ТБ, такие как ВИЧ-инфицированные; наркозависимые лица; бывшие заключённые; трудовые мигранты; больные сахарным диабетом, вирусными гепатитами, психическими заболеваниями, другие декретированные группы населения.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования

1. Разработаны и внедрены в практику здравоохранения специфические мероприятия по предотвращению распространения туберкулёзной инфекции в обществе.
2. Внедрена в практику здравоохранения методология расчёта среднего числа отслеживания контактов в очагах туберкулёзной инфекции, необходимых для выявления одного случая активного туберкулёза в Республике Таджикистан.
3. Пересмотрены приоритетные для обследования группы больных с индивидуальной уязвимостью к ТБ, а также ключевые группы риска по развитию ТБ, такие как ВИЧ-инфицированные; наркозависимые лица; бывшие заключённые; трудовые мигранты; больные сахарным диабетом, вирусными гепатитами, психическими заболеваниями, другие декретированные группы населения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что отслеживание контактных лиц в очагах туберкулёзной инфекции является эффективным организационным механизмом раннего выявления инфицирования и активных форм заболевания: на одного

больного активной формой туберкулёза в Республике Таджикистан в среднем приходится 12 контактных лиц в домохозяйстве и около 16 близких внешних контактов, что определяет объём профилактических и диагностических мероприятий в очагах инфекции.

2. Определено, что риск инфицирования *Mycobacterium tuberculosis* среди контактных лиц статистически значимо связан с возрастом старше 18 лет, родственной степенью связи с больным, принадлежностью к группам повышенной уязвимости, наличием системных симптомов и опытом трудовой миграции. Наиболее значимым предиктором является наличие системных симптомов: частота инфицирования в этой группе составляет 7,8% против 3,4% у бессимптомных контактных лиц, тогда как среди родственников индексного пациента инфицирование выявлялось в 4,2% случаев против 2,5% у лиц, не связанных с ним родством, что обосновывает необходимость дифференцированного подхода к обследованию контактных лиц.
3. Доказано, что внедрение анонимного онлайн-опросника в систему отслеживания контактов повышает эффективность профилактических мероприятий в очагах туберкулёзной инфекции: охват обследованием контактных лиц увеличился с 61,2% до 87,4%, а доля выявленных ранних форм туберкулёза возросла с 16,4% до 39,3%. Полученные результаты подтверждают целесообразность применения цифровых технологий в системе противотуберкулёзной службы.

Степень достоверности результатов. Полученные результаты подтверждаются достаточным объёмом материалов исследования, многолетними наблюдениями, статистической обработкой результатов исследований и публикациями.

Выводы и рекомендации основаны на научном анализе данных об охвате контактных лиц активным скринингом на выявление латентного или активного ТБ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения: пункт 2. Условия и образ жизни населения, его социально-гигиенические проблемы, оценка влияния условий и образа жизни на её продолжительность и показатели здоровья и населения, формирование здорового образа жизни; пункт 3. Комплексное воздействие социальных, экономических, биологических, экологических и медицинских факторов на здоровье населения, разработка мер профилактики и путей снижения неблагоприятных эффектов; пункт 4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп; пункт 5. Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи; пункт 8. Исследование закономерностей развития системы профилактики, разработка методологии оценки эффективности профилактических программ.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследования

Автором лично проведён анализ эффективности отслеживания контактов из разных очагов туберкулёзной инфекции и проведения профилактических мер по предупреждению инфицирования при совместном пребывании/проживании с больным активной формой ТБ в разных регионах Таджикистана. В рамках исследования автором был проведён сбор материала и его статистическая обработка. Весь основной объём работы был выполнен самостоятельно и содержит ряд новшеств, которые свидетельствуют о личном вкладе диссертанта в науку. Написание всех глав диссертации, формулировка цели и задач,

положений выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций выполнены лично диссертантом.

Апробация и реализация результатов диссертации

Основные результаты диссертации доложены на: XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, 2023), LXXXV научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины–2024» (Санкт-Петербург, 2024), 73-ой годичной научно-практической конференции с международным участием, посвящённой «Годам развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030 гг.» «Наука и образование для здоровья нации» ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, 2025), на кафедральном совещании кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (ноябрь, 2025 года), на заседании проблемной межкафедральной комиссии по гигиене, эпидемиологии, инфекционным болезням, детским инфекционным болезням, общественному здоровью и здравоохранению при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (декабрь, 2025).

По результатам проведённых научных исследований разработана и утверждена Советом по печати и издательству Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан методическая разработка «Оиди ҳамкорӣ байни хадамоти назорати давлатии санитарии эпидемиологӣ дар якҷоягӣ бо хадамоти зиддисилӣ ва КАТС дар манбаъҳои сирояти силӣ» (протокол № 10 от 21.11.2024 г.), а также учебно-методическая разработка «Медико-социальные аспекты заболеваемости населения туберкулёзом и пути её профилактики в современных условиях», утверждённая учебно-методическим советом ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, (протокол № 10 от 31.05.2024 г.). Обе методические разработки внедрены в практику здравоохранения и в учебный процесс ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 24 научных работ, в том числе 7 статей в рецензируемых журналах, входящих в перечень ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Материал диссертации изложен на 179 страницах компьютерного текста, и включает разделы: введение, общая характеристика работы, обзор литературы, глава с изложением материала и методов исследования, 2-х глав собственных результатов исследований, обзора результатов исследования, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования, списка используемой литературы и приложений. Диссертация иллюстрирована 8 таблицами и 17 рисунками. Список литературы включает 263 литературных источника, из них на русском – 119, на английском языке – 144.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено в 2023-2025 годах на базе кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Материалом данного исследования стали данные из Национального ТБ регистра, отчёты о переписи членов семей, осуществлённых нами во время проведения подворных обходов в очагах туберкулёзной инфекции, а также анкетирование членов домохозяйств 620 больных активной формой ТБ, проживающих в 8 сельских пилотных районах.

Анкетирование было проведено в следующих 8 пилотных районах страны: 5 районов Раштской зоны: Рашт, Таджикабад, Нурабад, Лахш, Сангвор; 3 района из Хатлонской области: районы Восеъ, Фархор и Дж. Балхи. Анкетирование было проведено в 2024 году.

Исследование носило наблюдательный неинтервенционный характер и включало ретроспективный, поперечный и проспективно-когортный этапы. Ретроспективный этап предусматривал анализ данных Национального ТБ регистра. Поперечный этап исследования включал анкетирование контактных

лиц и первичную оценку факторов риска. На проспективно-когортном этапе проводилось динамическое наблюдение с повторным обследованием лиц, находившихся в контакте с больными туберкулёзом.

В исследование включали лиц, проживавших совместно с больным туберкулёзом или имевших с ним тесный контакт в течение не менее трёх месяцев, постоянно проживавших в исследуемых районах и давших информированное согласие на участие. Из исследования исключали респондентов при отсутствии достоверных сведений о контакте, отказе от участия, а также при наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний, затруднявших проведение обследования.

Все контактные лица с подозрением на туберкулёз были направлены в противотуберкулёзные учреждения, где им проводили туберкулинодиагностику, рентгенографию органов грудной клетки и другие необходимые диагностические мероприятия.

Статистическую обработку данных выполняли в программах Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2016. Характер распределения количественных показателей оценивали с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Сравнение количественных показателей проводили с использованием U-критерия Манна–Уитни, качественных показателей - критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Исследование проведено с соблюдением принципов добровольности, конфиденциальности и информированного согласия участников.

Результаты исследования

Проведённые исследования показали, что для Республики Таджикистан характерны многосемейные домохозяйства с высокой плотностью проживания. Подворные обходы в 620 очагах туберкулёзной инфекции установили, что в одном домохозяйстве в среднем проживают 12 человек, из которых около 7 составляют дети и подростки. Кроме членов семьи, в структуру близких контактов ежедневно входили ещё около 16 человек из числа родственников,

коллег, однокурсников и соседей. Большинство контактных лиц не соблюдали правила инфекционного контроля и социального дистанцирования.

Всего в 620 домохозяйствах выявлено 7440 контактных лиц. По данным Национального ТБ-регистра им проведено 9560 обследований, включавших скрининг симптомов, рентгенофлюорографию органов грудной клетки и туберкулиновую пробу. Средняя кратность обследования составила 1,28 раза на одно контактное лицо, что является недостаточным для надёжного эпидемиологического контроля.

Анализ данных Национального ТБ-регистра показал, что при первичном обследовании 7440 контактных лиц признаки инфицирования выявлены у 82 человек (1,1%). При повторном обследовании через 3 месяца дополнительно было выявлено 111 случаев инфицирования (1,49%). Третье обследование позволило установить ещё 65 случаев (0,87%), а четвёртое - 12 случаев (0,16%). В результате четырёх последовательных обследований инфицирование микобактериями туберкулёза было выявлено у 270 контактных лиц, что составило 3,63% от общего числа обследованных.

Полученные данные показывают, что в ряде случаев положительная туберкулиновая реакция формируется спустя несколько месяцев после контакта с источником инфекции. Учитывая, что период между инфицированием и выявлением туберкулиновой конверсии нередко составляет 2-3 месяца, проведение повторных обследований контактных лиц позволяет своевременно выявлять новые случаи инфицирования и повышает эффективность противотуберкулёзных мероприятий.

Результаты проведения скринингового опроса контактных лиц. Анкетированием охвачено 530 контактных лиц из домохозяйств, тесно контактировавших с больными активной формой туберкулёза. Среди респондентов было 219 женщин (41,3%) и 311 мужчин (58,7%). Возрастной диапазон оказался широким - от детей и подростков до пожилых людей. Все обследованные регулярно контактировали с индексным пациентом.

Анкетирование выясняло характер эпидемиологических контактов и степень родства с индексным пациентом. Контакты складывались как внутри семьи, так и за её пределами, причём внутрисемейные преобладали: 67,2% (n=356) против 32,8% (n=174) неродственных. Это подтверждает ведущую роль длительного бытового контакта в распространении туберкулёзной инфекции.

Среди родственных контактов чаще всего встречались лица с прочими видами родственных связей — 29,4% (n=156), затем сыновья и дочери — 22,3% (n=118) и супруги — 15,5% (n=82). Резких различий между категориями родственников нет, что говорит о разнородности внутрисемейных контактов (Рисунок 1).

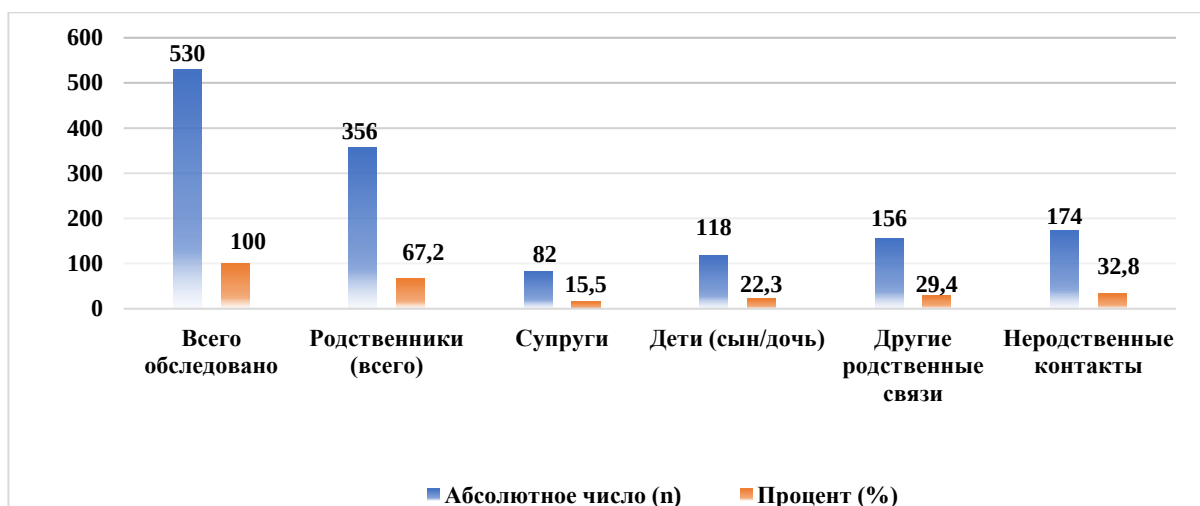


Рисунок 1. -Распределение контактных лиц по степени родства с индексным пациентом

Согласно результатам анкетирования, кашель на момент обследования отмечали 17% контактных лиц (n=90), тогда как большинство респондентов — 83% (n=440)-жалоб со стороны органов дыхания не предъявляли. Анализ продолжительности симптома показал, что у 10,2% от общего числа обследованных (n=54; 60 % среди кашляющих) кашель сохранялся менее одной недели, у 4,5% (n=24; 26,7%) - от одной до двух недель, и у 2,3% (n=12; 13,3%) продолжительность симптома превышала две недели.

Выявление кашля длительностью более 14 дней у 2,3% контактных лиц имеет важное клиническое значение, поскольку данный симптом относится к числу скрининговых признаков возможного туберкулёзного процесса и требует

проведения дополнительного обследования, включая рентгенологические и бактериологические методы диагностики (Рисунок 2).

В целом структура респираторной симптоматики в обследованной группе соответствует ожидаемым показателям для контингента эпидемиологического наблюдения и не указывает на широкое распространение активных форм заболевания на момент проведения скрининга.

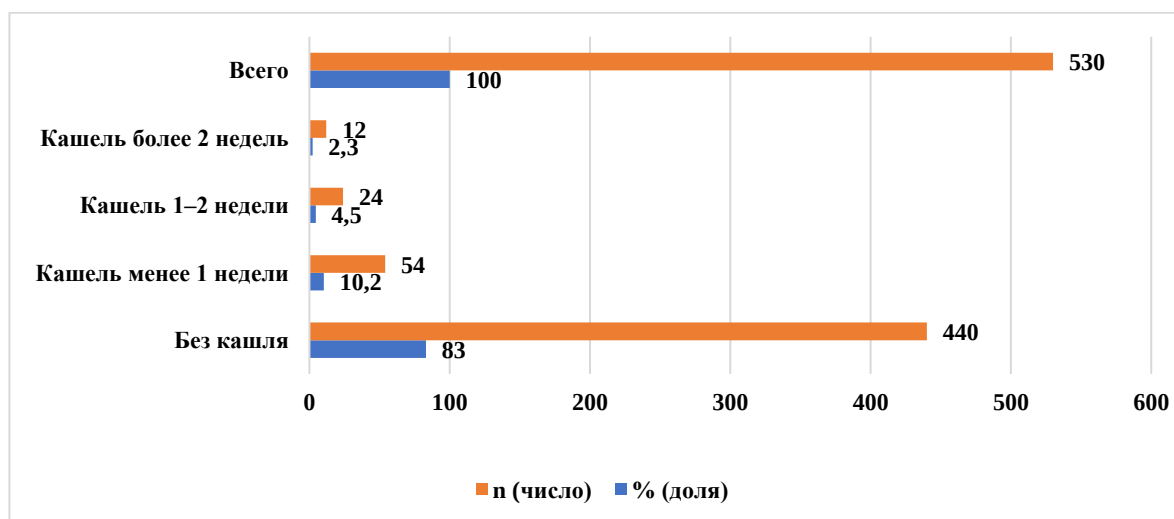


Рисунок 2. – Распределение контактных лиц по наличию кашля и его продолжительности

Согласно данным анкетирования, общее число кашляющих респондентов составило 90 человек (100%), из них у 20 % кашляющих контактных лиц ($n=18$) отмечалось выделение мокроты при кашле, тогда как у подавляющего большинства кашляющих лиц – 80 % ($n=72$) данный симптом отсутствовал. Низкая частота выделения мокроты подтверждает, что в группе обследованных практически не выявлено лиц с выраженными признаками поражения дыхательной системы. Отсутствие продуктивного кашля у большинства респондентов свидетельствует о низком уровне респираторных симптомов и относительно благополучной эпидемиологической ситуации в исследуемых очагах. (Рисунок 3).

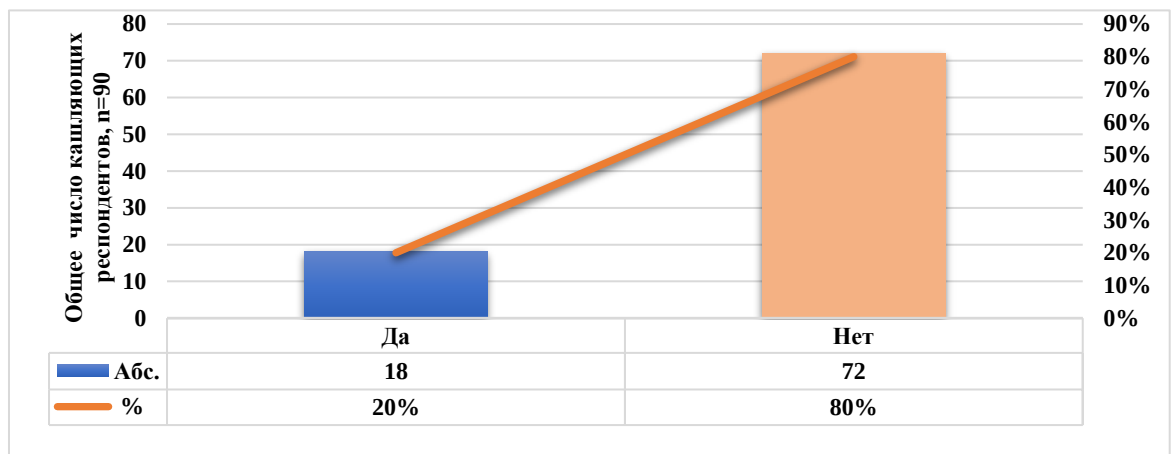


Рисунок 3. – Распределение контактных лиц по признаку выделения мокроты при кашле

Возраст оказался значимым предиктором инфицирования: среди взрослых (≥ 18 лет) инфицированность составила 4,6% против 2,3% у лиц < 18 лет, а вероятность инфицирования была в 2,1 раза выше (ОШ=2,09; 95% ДИ 1,59–2,76; $p < 0,001$). Это, вероятно, связано с более длительным и интенсивным контактом взрослых с источником инфекции.

Различия по полу статистически значимыми не были ($p = 0,246$): женщины имели лишь немного более низкий риск инфицирования по сравнению с мужчинами (3,4% против 3,9%; ОШ=0,87; 95% ДИ 0,68–1,10).

Степень родства с больным также была значимо связана с инфицированием. Среди родственников инфицированность составила 4,2% против 2,5% среди неродственных контактов; у не родственников риск был ниже (ОШ=0,58; 95% ДИ 0,43–0,77; $p < 0,001$), что подтверждает важность тесного бытового контакта в передаче инфекции.

Наличие миграционного опыта повышало вероятность инфицирования: среди трудовых мигрантов показатель достигал 5,0% против 3,4% у лиц без миграционного опыта (ОШ=1,51; 95% ДИ 1,13–2,03; $p = 0,006$). Вероятно, это связано с неблагоприятными условиями проживания и ограниченным доступом к медицинской помощи.

Принадлежность к группам риска также ассоциировалась с более высокой инфицированностью - 6,1% против 3,3% среди остальных контактных (ОШ=1,91; 95% ДИ 1,41–2,60; $p < 0,001$).

Наиболее выраженная связь отмечена при наличии системных симптомов: среди симптомных контактных инфицированность составила 7,8% против 3,4% у бессимптомных (ОШ=2,42; 95% ДИ 1,68–3,51; $p<0,001$).

Таким образом, основными факторами, связанными с инфицированием МБТ среди контактных лиц, являются возраст старше 18 лет, родство с индексным пациентом, миграционный опыт, принадлежность к группе риска и наличие системных симптомов. Это подтверждает необходимость дифференцированного подхода к наблюдению контактных и приоритизации групп повышенного риска. (Таблица 1).

Таблица 1. – Факторы, ассоциированные с инфицированием МБТ у контактных лиц (однофакторный анализ), n (%)

Показатель	Категория	Инфицирован (n=270)	Не инфицирован (n=7170)	ОШ (95% ДИ)	p- value
Возраст	< 18 лет (n=3100)	70 (2,3%)	3030 (97,7%)	2,09 (1,59– 2,76)	< 0,001
	≥ 18 лет (n=4340)	200 (4,6%)	4140 (95,4%)		
Пол	Мужчины (n=3600)	140 (3,9%)	3460 (96,1%)	0,87 (0,68– 1,10)	0,246
	Женщины (n=3840)	130 (3,4%)	3710 (96,6%)		
Степень родства	Родственник (n=5000)	210 (4,2%)	4790 (95,8%)	0,58 (0,43– 0,77)	< 0,001
	Не родственник (n=2440)	60 (2,5%)	2380 (97,5%)		
Миграция	Нет (n=6240)	210 (3,4%)	6030 (96,6%)	1,51 (1,13– 2,03)	0,006
	Да (n=1200)	60 (5,0%)	1140 (95,0%)		
Принадлежность к группе риска	Нет (n=6540)	215 (3,3%)	6325 (96,7%)	1,91 (1,41– 2,60)	< 0,001
	Да (n=900)	55 (6,1%)	845 (93,9%)		
	Нет (n=6990)	235 (3,4%)	6755 (96,6%)		< 0,001

Наличие системных симптомов	Есть (n=450)	35 (7,8%)	415 (92,2%)	2,42 (1,68–3,51)	
------------------------------------	--------------	-----------	-------------	------------------	--

Наиболее выраженная ассоциация с инфицированием МБТ выявлена при наличии системных симптомов, принадлежности к эпидемиологически уязвимым группам и наличии миграционного опыта, что подтверждает необходимость приоритетного обследования контактных лиц из групп повышенного риска.

Жалобы на кашель предъявляли 17 % обследованных контактных лиц, при этом кашель длительностью более двух недель отмечался у 2,3% обследованных. Проведённый однофакторный анализ показал статистически значимую связь между наличием кашля и родственными связями с индексным пациентом (ОШ=4,77; 95% ДИ 2,62–8,68; $p<0,001$), а также опытом трудовой миграции (ОШ=24,26; 95% ДИ 6,38–92,23; $p<0,001$).

Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода к наблюдению различных категорий контактных и приоритизации групп повышенного риска в программах профилактики туберкулёза (Таблица 2).

Таблица 2. – Факторы, ассоциированные с наличием кашля у контактных лиц (однофакторный анализ, n=530)

Показатель	Категория	Кашель есть, n (%)	Кашля нет, n (%)	ОШ (95% ДИ)	p-value
Родственные связи с пациентом	Не родственник	44 / 464 (9,5%)	420 / 464 (90,5%)	1,0 (референтная группа)	–
	Родственник	22 / 66 (33,3%)	44 / 66 (66,7%)	4,77 (2,62–8,68)	<0,001
Опыт трудовой миграции	Нет	57 / 518 (11,0%)	461 / 518 (89,0%)	1,0 (референтная группа)	–
	Да	9 / 12 (75,0%)	3 / 12 (25,0%)	24,26 (6,38–92,23)	<0,001

Большинство контактных лиц ранее не проходили обследование на ВИЧ-инфекцию. Среди 120 протестированных ВИЧ-инфекция выявлена у 6 человек (5,0%), что указывает на необходимость расширения интегрированного ВИЧ-скрининга среди контактных лиц больных туберкулёзом.

Дополнительный анализ выявил статистически значимую связь симптомов, связанных с туберкулёзом, с опытом миграции, родственными связями с индексным пациентом и прохождением ВИЧ-тестирования (Таблица 3).

Таблица 3. – Факторы, ассоциированные с наличием симптомов, связанных с туберкулёзом, у контактных лиц (n=530)

Показатель	Категория	С симптомами (n=68)	Без симптомов (n=462)	ОШ (95% ДИ)	p-value
Возраст, лет (Me [Q1–Q3])	–	8,0 [4,0–16,0]	9,0 [3,0–15,0]	–	0,872
Пол	Мужской	42 (61,8%)	269 (58,2%)	1,16 (0,69–1,96)	0,601
	Женский	26 (38,2%)	193 (41,8%)	референтная группа	–
Опыт миграции	Есть	9 (13,2%)	3 (0,6%)	23,34 (6,14–88,64)	< 0,001
	Нет	59 (86,8%)	459 (99,4%)	референтная группа	–
Родственные связи с пациентом	Родственник	22 (32,4%)	44 (9,5%)	4,54 (2,50–8,24)	< 0,001
	Не родственник	46 (67,6%)	418 (90,5%)	референтная группа	–
Проходил ВИЧ-тестирование	Да	9 (13,2%)	25 (5,4%)	2,67 (1,19–5,99)	0,028
	Нет	59 (86,8%)	437 (94,6%)	реф.	–
Хронические заболевания	Есть	2 (2,9%)	4 (0,9%)	3,47 (0,62–19,32)	0,173

	Нет	66 (97,1%)	458 (99,1%)	референтная группа	–
ВИЧ-статус	ВИЧ+	2 (2,9%)	5 (1,1%)	2,77 (0,53–14,57)	0,223
	ВИЧ–/статус неизвестен	66 (97,1%)	457 (98,9%)	референтная группа	–

При анализе совокупных симптомов, включавших кашель и/или системные проявления (лихорадка, снижение массы тела, ночная потливость), статистически значимых различий по возрасту и полу между группами не выявлено ($p > 0,05$). Вместе с тем наличие симптомов значительно чаще регистрировалось у родственников больного (33,3% против 9,9% среди неродственников; ОШ=4,54; 95% ДИ 2,50–8,24; $p < 0,001$), у лиц с опытом миграции (75,0% против 11,4%; ОШ=23,34; 95% ДИ 6,14–88,64; $p < 0,001$) и у респондентов, ранее проходивших тестирование на ВИЧ (26,5% против 11,9%; ОШ=2,67; 95% ДИ 1,19–5,99; $p=0,028$) (Таблица 3).

Ассоциации с наличием хронических заболеваний и ВИЧ-положительного статуса носили тенденцию к увеличению шансов наличия симптомов, однако не достигали статистической значимости ($p > 0,05$), что, вероятно, связано с малым числом респондентов в этих подгруппах.

Результаты внедрения анонимного онлайн-опросника в практику здравоохранения. На рисунке 4 представлен сравнительный анализ охвата обследованием контактных лиц до и после внедрения онлайн-опросника. Анализ охватывает два сопоставимых периода и позволяет оценить влияние цифрового инструмента на организацию эпидемиологического обследования.

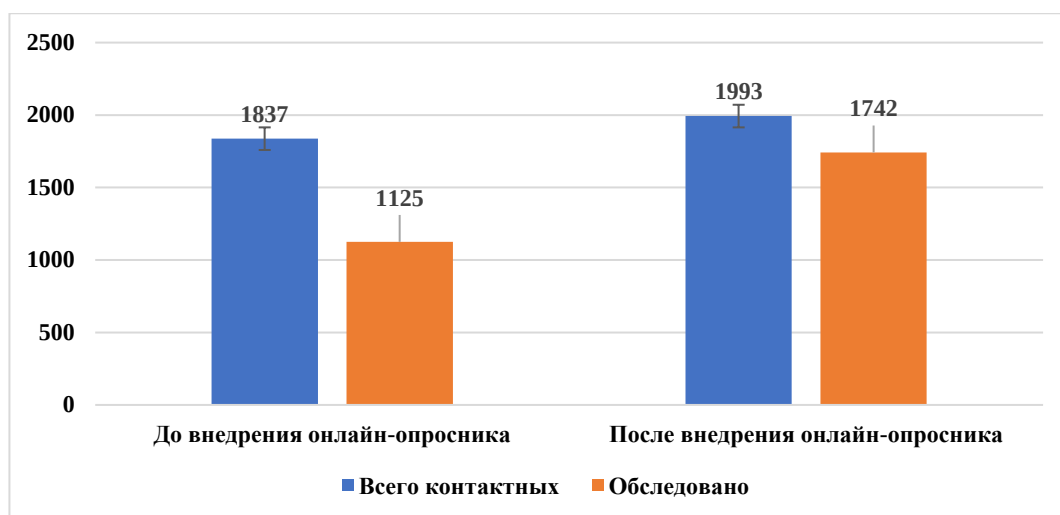


Рисунок 4. - Охват обследованием контактных лиц до и после внедрения онлайн-опросника

До внедрения онлайн-опросника из 1837 контактных лиц обследование прошли 1125 человек, что составило 61,2%. После внедрения цифрового инструмента обследование прошли 1742 из 1993 контактных лиц, или 87,4%. Таким образом, охват обследованием увеличился на 26,2 процентных пункта, различие статистически значимо ($p < 0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование онлайн-опросника способствует повышению доступности обследования контактных лиц и улучшению организации противотуберкулёзных мероприятий в очагах инфекции (Рисунок 4).

На рисунке 5 представлены данные о выявляемости ранних форм туберкулёза среди контактных лиц до и после внедрения онлайн-опросника. Результаты демонстрируют влияние цифрового инструмента на эффективность скрининга в очагах туберкулёзной инфекции.

До внедрения онлайн-опросника ранние формы туберкулёза были выявлены у 12 из 73 обследованных контактных лиц, что составило 16,4%. После внедрения цифровой системы ранние формы заболевания диагностированы у 35 из 89 обследованных, или 39,3%. Различие статистически значимо ($p=0,001$).

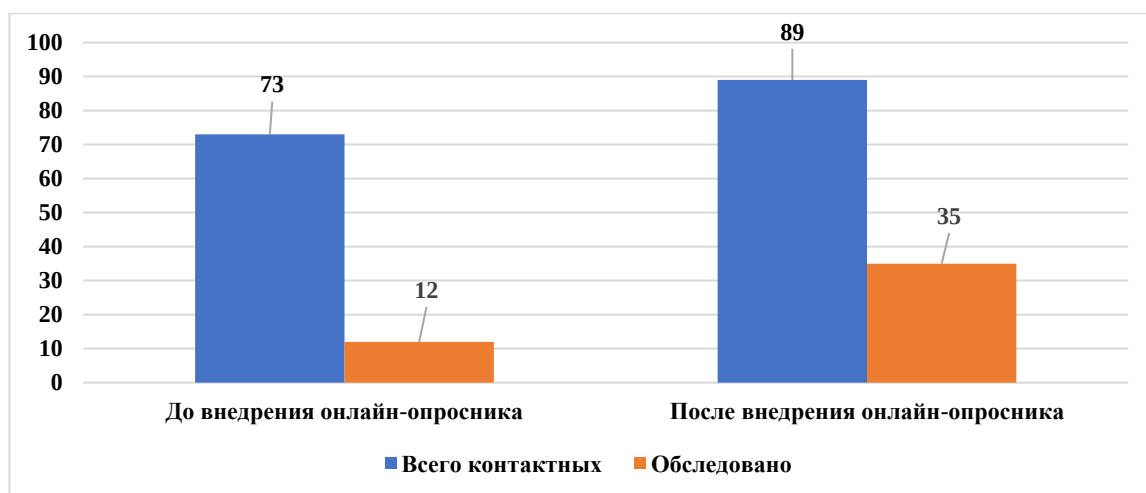


Рисунок 5. - Выявляемость ранних форм туберкулёза среди контактных лиц до и после внедрения онлайн-опросника

Рост выявляемости ранних форм туберкулёза может быть связан как с улучшением отбора контактных лиц для углублённого обследования, так и с увеличением охвата обследованием благодаря удобству и доступности цифрового формата опросника. Полученные данные подтверждают эффективность применения онлайн-опросника для повышения результативности раннего выявления туберкулёза. (Рисунок 5).

В настоящее время разработанный онлайн-опросник оформлен как рационализаторское предложение № 3620/R1108 от 12.02.2025, утверждённое и принятое ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Он официально внедрён в практику здравоохранения и используется в профилактической и аналитической деятельности.

Оценка правовой среды в сфере защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан. Проведён анализ Конституции Республики Таджикистан, Кодекса здравоохранения РТ, Национальной программы по защите населения от туберкулёза на 2021–2025 гг., Закона РТ «О равенстве и устранении всех форм дискриминации» и других нормативно-правовых актов в сфере противотуберкулёзной деятельности.

Установлено, что законодательство Республики Таджикистан содержит нормы, направленные на обеспечение доступности, приемлемости и качества противотуберкулёзной помощи, включая бесплатную диагностику и лечение ТБ,

соблюдение конфиденциальности медицинских данных и меры социальной поддержки пациентов. Вместе с тем выявлено, что многие нормы носят декларативный характер и не предусматривают чётких механизмов реализации.

Выявлены пробелы в вопросах защиты от дискриминации лиц, затронутых ТБ, обеспечения информированного согласия, регулирования процедур принудительного лечения и предоставления юридической помощи пациентам. Отмечена необходимость совершенствования нормативной базы, усиления механизмов социальной защиты и расширения участия НПО и гражданского общества в реализации противотуберкулёзных программ.

ВЫВОДЫ

1. Эффективное отслеживание и обследование контактных лиц в очагах туберкулёзной инфекции является для Республики Таджикистан важнейшим элементом системы профилактики заболевания. В среднем на одного больного активной формой ТБ приходится около 12 контактных лиц среди членов домохозяйства и ещё около 16 человек среди близких внешних контактов, подлежащих обследованию, что отражает необходимость системного подхода в организации противоэпидемических мероприятий [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 8-А, 9-А, 12-А]
2. Наиболее уязвимыми по риску инфицирования и развития активных форм ТБ являются дети дошкольного возраста, ВИЧ-инфицированные, пациенты с хроническими соматическими заболеваниями, бывшие заключённые, трудовые мигранты и лица, занятые в сфере общественного обслуживания. Установлено, что у представителей этих групп вероятность позднего выявления заболевания в 2,3 раза выше по сравнению с общей популяцией [5-А, 6-А, 14-А, 17-А 19-А, 20-А, 23-А, 24-А].
3. Действующая система наблюдения за контактными лицами в очагах туберкулёзной инфекции не обеспечивает полного охвата обследованием, особенно в сельской местности. В 37,5% случаев обследование контактных проводится несвоевременно, а установленная кратность обследований не соблюдается вследствие организационных и кадровых ограничений, что

существенно снижает эффективность профилактики ТБ [7-А, 10-А, 13-А, 15-А, 16-А, 22-А].

4. Внедрение анонимного онлайн-опросника для отслеживания контактов и профилактики инфицирования при совместном пребывании/проживании с больным активной формой туберкулёза в сочетании с информационно-просветительской работой среди населения позволило увеличить охват обследованием контактных лиц с 61,2% до 87,4% и повысить долю выявления ранних форм заболевания на 24,3% [11-А, 18-А, 21-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Рекомендуется внедрить разработанный «анонимный онлайн-опросник» для отслеживания и обследования контактных лиц в повседневную практику противотуберкулёзной службы Республики Таджикистан, с приоритетом для сельских районов, где наиболее выражен дефицит кадров и недостаточно налажено межведомственное взаимодействие.
2. Целесообразно создать единый электронный регистр контактных лиц с возможностью мониторинга прохождения обследований, проведения профилактических мероприятий и анализа динамики эпидемиологической ситуации по туберкулёзу на районном и областном уровнях.
3. Необходимо организовать регулярное повышение квалификации врачей первичного медико-санитарного звена и фтизиатров с включением в учебные программы современных алгоритмов ведения контактных лиц и раннего выявления туберкулёза.
4. Следует разработать и утвердить нормативно-методические документы, чётко регламентирующие взаимодействие между структурами СГСЭН, противотуберкулёзными учреждениями и организациями первичного звена здравоохранения при проведении профилактических мероприятий по туберкулёзу.

5. Требуется усилить санитарно-просветительную работу среди населения, прежде всего среди уязвимых и декретированных групп, с широким использованием современных коммуникационных технологий и наглядных информационных материалов.
6. При планировании профилактических мероприятий, формировании кадрового обеспечения и материально-технической базы территориальных программ борьбы с туберкулёзом рекомендуется использовать расчётные показатели числа контактных лиц (12 и 16 человек), необходимых для выявления одного случая активного туберкулёза.

Результаты проведённого исследования целесообразно использовать при обновлении учебных программ медицинских вузов, а также при разработке и корректировке региональных стратегий и программ по борьбе с туберкулёзом в Республике Таджикистан.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А] Саидова С. Н. Порядок организации отслеживания контактов из очагов туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев, С. Н. Саидова, С.Г. Шукуров, Б.И. Исаева // Симург. – 2023. - №19(3). – С.85-92.

[2-А] Саидова С. Н. К вопросу о вовлечённости службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора в работу в очагах туберкулёзной инфекции на примере районов Кулябской зоны Хатлонской области [Текст] / Б. З. Гуломзода, С. Н. Саидова, С. Дж. Пулатова // Наука и инновация – 2024. – №2, С.55-60.

[3-А] Саидова С. Н. Самаранокии корҳои пешگیری дар манбаъҳои эпидемии бемории сил дар шаҳру ноҳияҳои минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон ва роҳҳои мукамалсозии онҳо [Матн] / О. И. Бобохоҷаев, Б. З. Гуломзода, С. Н. Саидова // Авҷи Зухал. – 2024. – №2 (55) – С.94-97.

[4-A] Саидова С. Н. К вопросу организации активного скрининга туберкулёза с учётом ключевых и индивидуальных уязвимостей [Текст] / О. И. Бобоходжаев С. Н. Саидова, Н. Н. Абдуллоев, Б. З. Гуломзода, Ё. Ф. Расулов, С. Г. Шукуров // Здравоохранение Таджикистана – 2024. – № 4 (363) – С.18-21.

[5-A] Саидова С.Н. Эффективность применения искусственного интеллекта для интерпретации рентгенограмм органов грудной клетки при раннем выявлении COVID-19, туберкулёза и других заболеваний лёгких. [Текст] / Н.Н. Абдуллоев, О. И. Бобоходжаев, С. Дж. Пулатова, С. Н. Саидова // Симург – 2024. – №27 (3) – С.86-95.

[6-A] Саидова С. Н. Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в Республике Таджикистан и её зависимость от уровня социально-экономического статуса населения [Текст] / О. И. Бобоходжаев, С. Р. Наимов, С. Н. Саидова, А. С. Раджабзода, С. Г. Шукуров // Симург – 2025. – № 26 (2) – С.88-93.

[7-A] Саидова С.Н. Оценка правовой среды для защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев, С. Н. Саидова, С. Р. Наимов // Симург – 2025. – №27 (3). – С.140-147.

Статьи и тезисы в других научных изданиях

[8-A] Саидова С. Н. Особенности эпидемиологии туберкулёза в мире и в Таджикистане [Текст] / Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике» с международным участием. Душанбе – 2023. – Т. 2. – С.572-573.

[9-A] Саидова С.Н. Распространенность туберкулёза в мире [Текст] / С.Н. Саидова, Ф.Дж. Шарифзода // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ «ХГМУ» (IV-ая годичная) посвящённой 32-летию Государственной независимости РТ. Дангара – 2023. – Т. 2. – С.430-431.

[10-A] Саидова С. Н. Опыт противотуберкулёзной службы при возможных вспышках респираторных инфекционных заболеваний с учётом извлечённых уроков в период пандемии COVID-19 [Текст] / С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев,

С.Р. Раджабзода, С.Дж. Пулатова // Вестник Академии наук Молдовы, медицинские науки. Кишинёв – 2023.– № 3(77) – С.55-58.

[11-A] Саидова С.Н. Этапы внедрения национального регистра по туберкулёзу в Республике Таджикистан [Текст] / С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров, С.Дж. Пулатова // Вестник Академии наук Молдовы, медицинские науки. Кишинёв – 2023. – № 3(77) – С.43-46.

[12-A] Саидова С.Н. Заболеваемость туберкулёзом контактных лиц в очагах туберкулёзной инфекции [Текст] / С.Н. Саидова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». Душанбе – 2024. – С.307.

[13-A] Саидова С. Н. К вопросу о расчёте среднего числа отслеживания контактов в сельских очагах туберкулёзной инфекции, необходимых для выявления одного случая активного туберкулёза в Республике Таджикистан [Текст] / С. Н. Саидова // Альманах молодой науки – 2024. – №1, – С.50-51

[14-A] Саидова С.Н. Таҳлили омории бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Матн] / С.Н. Саидова, Ф. Ҷ. Шарифзода // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе – 2024. – Т. 2. – С.313.

[15-A] Саидова С.Н. К вопросу об активном скрининге на туберкулёз с учётом основных и индивидуальных факторов уязвимости [Текст] / С.Н. Саидова // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе – 2024. – Т.2. – С.313.

[16-A] Саидова С.Н. Выделение групп лиц с индивидуальной уязвимостью к туберкулёзу, подлежащих систематическому активному скринингу [Текст] / С.Г. Шукуров, Н. Н. Абдуллоев, С.Н. Саидова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им.

Абуали ибни Сино» «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе – 2024. – Т.2. – С.406-407.

[17-A] Saidova S. N. Similarities in measures to prevent the spread of COVID-19 and tuberculosis [Text] / O.I. Bobokhojaev, S.J. Pulatova, S.N. Saidova // CME Journal of Clinical Case Report. – 2024. – Vol.1, Issue 1. – P.1-3.

[18-A] Саидова С. Н. Внедрение национального плана реагирования на пандемии инфекционных заболеваний в Республике Таджикистан [Текст] / Ю. Ю. Мирзоалиев, С. Дж. Пулатова, С. Н. Саидова // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе – 2024. – Т. 2. – С.297-298.

[19-A] Саидова С. Н. Эффективность отслеживания семейных контактов от больных с активным туберкулёзом в Республике Таджикистан [Текст] / Х. М. Хафизов, С. Н. Саидова, С. Г. Шукуров, Б. З. Гуломзода // Сборник тезисов LXXXV научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины–2024». г.Санкт-Петербург – 2024. – С.74-75.

[20-A] Саидова С. Н. К вопросу об интеграции эпидемиологического надзора за туберкулёзом среди людей и животных в регионах Республики Таджикистан. [Текст] / Б.З. Гуломзода, Ё.Ф. Расулов, С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев, Л. Ш. Укуматшоева // Наука и образование. Душанбе – 2024. – № 4. Т.1. – С.456-466.

[21-A] Саидова С. Н. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Таджикистан [Текст] / С.Н. Саидова // Материалы XX (юбилейная) научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Душанбе – 2025.– Т.2. – С.317.

[22-A] Саидова С. Н. Информированность населения о туберкулёзе в Республике Таджикистан [Текст] / Саидова С.Н., Аминбекзода Н. // Материалы XX

(юбилейная) научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Душанбе – 2025.– Т.2. – С.319.

[23-А] Саидова С. Н. Ключевые и уязвимые группы в контексте туберкулёза: правовой и программный подход в Таджикистане. [Текст] // Материалы годичной (73-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Наука и образование для здоровья нации» с международным участием. Душанбе – 2025. – Т.2. – С. 321-322.

[24-А] Саидова С. Н. Обзор эпидемиологической ситуации и особенностей ключевых популяций по туберкулёзу в Республике Таджикистан [Текст] // Материалы годичной (73-ой) научно-практической конференции «Наука и образование для здоровья нации» с международным участием. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе– 2025. – Т.2. – С. 322-323.

Рационализаторское предложение:

1. Саидова С.Н. Способ совершенствования определения риска развития туберкулёза путём разработки анонимного онлайн-опросника / О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров, Б.И. Сафаров // Рационализаторское предложение № 3620/ R1108 от 12.02.2025г.
2. Саидова С.Н. Способ автоматизации информационной логистики в борьбе с туберкулёзом / О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров // Рационализаторское предложение № 3619/R1107 от 12.02.2025г.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ДОТС (DOTS) – краткосрочный курс химиотерапии под контролем

ДИ–доверительный интервал

ЛУ–лекарственная устойчивость

МБТ–микобактерия туберкулёза

МЛУ–ТБ – туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью

МЗиСЗН РТ– Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ОЛС – общая лечебная сеть

ОШ– отношение шансов

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПТП – противотуберкулёзные препараты

РТ – Республика Таджикистан

РУ-ТБ – рифампицин устойчивый туберкулёз

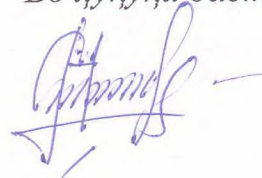
СГСЭН – Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора

ТБ –туберкулёз

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

ВБД 614.446.9; 616.24-002.5

Бо ҳуқуқи дастнавис



САИДОВА САӢРА НИЗОМУДИНОВНА
ОПТИМИЗАТСИЯИ ЧОРАБИНИҲОИ ПРОФИЛАКТИКӢ ТАВАССУТИ
НАЗОРАТ КАРДАНИ ШАХСОНИ БО БЕМОРОНИ СИЛ
ТАМОСДОШТА ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси

3.2.3. Сихатии ҷомеа ва ташкили нигоҳдории тандурустӣ

Душанбе – 2026

Диссертатсия дар кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тиббӣ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ: **Бобохочаев Оқтам Иқрамович** – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, мудири кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Зокирова Қурбонхон Ақрамовна** – доктори илмҳои тиббӣ, дотсент, мудири кафедраи фтизиопулмонологияи «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Сирочиддинзода Илҳом Сирочиддин – доктори илмҳои тиббӣ, Роҳбари ғуруҳи татбиқи лоиҳа оид ба амалисозии гранти хазинаи глобалӣ дар назди ВТВаҲИА ҚТ

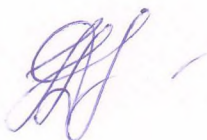
Муассисаи пешбар: Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд

Ҳимояи диссертатсия «29» сентябр соли 2026 соати «14⁰⁰» дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-128 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, info@tajmedun.tj; тел.: (+992) 935120020.

Бо матни пурраи диссертатсия метавон дар китобхона ва дар сомонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шуд.

Автореферат «_____» _____ соли 2026 ирсол гардид.

Котиби илмии шурои диссертатсионӣ,
н.и.т., дотсент



Чураева Н.С.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Мувофиқи маълумоти ТУТ (Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ) (Global Tuberculosis Report 2023), «кишварҳои минтақаи аврупоии Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ аз ҷумлаи минтақаҳои мебошанд, ки дар онҳо яке аз баландтарин нишондиҳандаҳои бемории сили ба доруҳо устувор ба қайд гирифта мешаванд» [12, с. 57]. Дар гузориши дигари ТУТ таъкид мегардад, ки Ҷумҳурии Тоҷикистон «сатҳи баланди беморшавӣ ба бемории силро нигоҳ дошта, ба рӯйхати кишварҳои дорои нишондиҳандаҳои баланди бемории сили ба доруҳо устувор дохил мешавад» [11, с. 180].

Дар ҳуҷҷати стратегии ТУТ «Global Plan to End TB 2018–2022» қайд шудааст, ки «коҳишёбии сатҳи бемории сил бо суръате амалӣ намегардад, ки барои расидан ба нишондиҳандаҳои мақсадноки Стратегияи End TB кофӣ бошад» [11, с. 180].

Дар маводҳои ТУТ таъкид шудааст, ки давлатҳои аъзо уҳдадор шудаанд, «табобати 40 миллион нафар беморони гирифтори силро дар давраи солҳои 2018–2022 таъмин намоянд» [14, с. 135]. Дар дастури ТУТ оид ба скрининги мунтазами сил қайд шудааст: «Бемории сил сарфи назар аз он ки асосан табобатшаванда ва пешгиришаванда мебошад, ҳамоно яке аз сабабҳои асосии фавт аз як омили сироятӣ ба ҳисоб меравад. Тибқи арзёбиҳо, дар соли 2019 аз 10 миллион нафар шахсони ба бемории сил гирифторшуда, 2,9 миллион нафар ташхис ё дар пойгоҳи ҷаҳонии маълумоти назорати эпидемиологии ТУТ ба қайд гирифта нашудаанд. Эълومияи сиёсӣ, ки моҳи сентябри соли 2018 аз ҷониби Маҷмааи Умумии Созмони Милали Муттаҳид қабул гардидааст, аз ҷумла уҳдадор менамояд, ки то соли 2022 ташхис ва табобати 40 миллион нафар беморони гирифтори сил таъмин карда шавад. Барои ноил шудан ба ин ҳадафи муҳиму васеъмукос зарурати фаврии таҳия намудани стратегияҳо ҷиҳати беҳтар намудани ташхис ва оғози табобати шахсони гирифтори бемории сил вучуд дорад. Яке аз чунин стратегияҳо скрининги мунтазами сил мебошад, ки ҳамчун ҷузъи асосии самти аввали Стратегияи хотима бахшидан ба бемории сил

пешбинӣ гардида, ташхиси барвақтии бемории силро барои ҳамаи беморон таъмин менамояд [13, с. 102].

Аз ин лиҳоз, масъалаи сари вақт ошкор намудани сил ҳамоно ҳамчун яке аз самтҳои афзалиятноки стратегияи ҷаҳонии мубориза бар зидди ин беморӣ баррасӣ мегардад.

Дар баррасии систематикӣ D. Braganza Menezes ва ҳаммуаллифон таъкид мегардад, ки «сил бемории сироятии бактериявӣ буда, тавассути қатраҳои ҳавоӣ аз шахсони сироятёфта ба шахсони ҳассоси дар тамос қарордошта мегузарад. Барои аз байн бурдани ин беморӣ дар минтақаҳое, ки сатҳи беморшавӣ паст ва миёна мебошад, зарур аст шахсони ба сироят бештар осебпазир (шахсони дар тамос қарордошта) муайян карда шаванд» [7, с. 28].

Дар баробари баланд бардоштани сатҳи ошкорсозии ҳолатҳои нави беморӣ, гузаронидани чорабиниҳо оид ба муоина ва пайгирии шахсони дар тамосбуда ба бештар гардидани натиҷаҳои расонидани кумаки зиддисилӣ мусоидат менамояд.

Дар таҳқиқоти D.G. Storla ва ҳаммуаллифон таъкид шудааст, ки «ташхиси барвақтӣ ва оғози ғаврии табобат барои татбиқи самараноки барномаи мубориза бар зидди бемории сил аҳамияти ҳалкунанда дорад. Таъхир дар ташхис ҳам ба ҷараёни минбаъдаи беморӣ дар сатҳи инфиродӣ ва ҳам ба паҳншавии сироят дар ҷомеа таъсири назаррас мерасонад. Аксари ҳолатҳои интиқоли сироят дар фосилаи байни пайдоиши сулфа ва оғози табобат ба амал меоянд» [10, с. 15; 9, с. 1033–1039].

Дар таҳқиқоти G.J. Fox ва ҳаммуаллифон қайд шудааст, ки «бемории сил ҳамоно яке аз мушкилоти ҷиддии глобалии тандурустӣ боқӣ монда, ҳамасола 8,8 миллион нафарро фаро мегирад, ки аксарияти онҳо дар кишварҳои дорони сатҳи паст ва миёнаи даромад зиндагӣ мекунанд. Шахсони дар тамос бо беморони сил қарордошта гурӯҳи дорони хатари баланди гирифтورشавӣ ба сил ба ҳисоб мераванд, махсусан дар давоми соли аввали баъди тамос. Кӯдакони то 5-сола ва шахсони гирифтори ВНМО ба гурӯҳи махсуси хавф дохил мешаванд. Ҳангоми таҳияи тавсияҳои сиёсӣ бояд маълумот оид ба самаранокии иқтисодии

стратегияҳои гуногуни пайгирии тамосҳо ба назар гирифта шуда, инчунин стратегияҳои иловагӣ барои баланд бардоштани самаранокии ошкорсозии ҳолатҳои беморӣ ворид карда шаванд» [8, с. 140–156]. Одатан пайгирии тамосҳо аз беморе оғоз мегардад, ки дар ӯ сили шуш ташхис шудааст. Эҳтимол дорад, ки баъзе аз шахсоне, ки муддати зиёд бо бемор вақт гузаронидаанд, сироят ёфта ё ба бемории сил гирифта шуда бошанд [1, с. 175-181]. Ба ин гурӯҳҳо дохил мешаванд:

- аъзои оила ва дигар шахсоне, ки бо бемори гирифтаи сил дар як манзил зиндагӣ мекунанд;
- дигар шахсон ва гурӯҳҳо, аз ҷумла дӯстон, хешовандон ва ҳамкорон ё ҳамсинфон, инчунин шахсоне, ки дар ҷойҳои эҳтимолии фароғатӣ бо бемор дар тамос қарор гирифтаанд.

Дар таҳқиқоти О.И. Бобохоҷаев ва ҳаммуаллифон нишон дода шудааст, ки «дар давоми 11 соли охир коҳишёбии устувори шумораи ҳолатҳои бақайдгирифташудаи сил мушоҳида гардид. Аз ҷумла, ин нишондиҳанда аз 7641 ҳолат дар соли 2010 то 4315 ҳолат дар соли 2020 коҳиш ёфт. Динамикаи ошкорсозии ҳолатҳои ретсидивӣ ва такрории беморӣ дар ин давра хусусияти бесомон дошта, гоҳ якбора афзоиш ёфта, гоҳ тамоюли коҳишро нишон медод. Динамикаи коҳишёбии шумораи ҳолатҳои бақайдгирифташудаи бемории сил дар давоми 11 сол ба шумораи ҳолатҳои сили ба доруҳои зиддисилӣ ҳассос монандии назаррас дошт, дар ҳоле ки тамоюли тағйирёбии шумораи ҳолатҳои сил бо муқовимати микобактерияҳои сил низ хусусияти ноустувор дошт» [3, с. 73–79]. Бо вучуди ин, сарфи назар аз динамикаи мусбат, натиҷаҳои бадастомада ҳанӯз имкон намедиҳанд, ки дар бораи назорати пурраи эпидемиологӣ бар сирояти сил изҳори назар карда шавад.

Нишон дода шудааст, ки «тибқи арзёбиҳо, дар соли 2022 дар саросари ҷаҳон 10,6 миллион нафар (ФЭ 95%: 9,9–11,4 миллион) ба бемории сил гирифта шудаанд, ки нисбат ба 10,3 миллион нафар дар соли 2021 (ФЭ 95%: 9,6–11,0 миллион) ва 10,0 миллион нафар дар соли 2020 (ФЭ 95%: 9,4–10,7 миллион) бештар мебошад. Ин ҳолат аз идома ёфтани баръаксшавии тамоюли

коҳишёбандае шаҳодат медиҳад, ки солҳои зиёд то соли 2020 нигоҳ дошта мешуд. Ба ҳамин тариқ, нишондиҳандаи беморшавӣ ба сил (ҳолатҳои нав ба ҳар 100 000 аҳоли дар як сол), тибқи арзёбиҳо, дар давраи солҳои 2020–2021 ва 2021–2022 ба андозаи 1,9% афзоиш ёфтааст» [12, с. 57].

Ҳамин тариқ, таҳқиқоти илмӣ оид ба омӯзиши масъалаҳои мазкур аҳаммияти мубрам дорад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Тибқи маълумоти муқоисавии Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ ва омили расмӣ оид ба бемории сил, тақрибан 50%-и ҳолатҳои тахминии беморӣ ошкор карда намешаванд [12]. Мушкилоти дигар дар он зоҳир мегардад, ки сарфи назар аз роҳи аэрозолӣ интиқоли сирояти сил аз шахси сирояткунанда ба шахси солим, беморони индексӣ танҳо дар 16,5% ҳолатҳо муайян карда мешавад (дар соли 2023 ҳамагӣ 4040 ҳолати нави бемории сил ошкор гардида, танҳо дар 665 нафар тамос бо бемори сил муайян шудааст), ки аз нокифоя будани фарогирии шахсони дар тамосбуда бо муоина шаҳодат медиҳад [5].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои ҳамкории байни ҳадамоти зиддисилӣ ва кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ оид ба фаъолияти муштарак дар манбаъҳои сирояти сил то ҳол ба таври кофӣ омӯхта нашудаанд [2], ки зарурати гузаронидани таҳқиқоти махсусро дар ин самт ба миён меорад [6]. Илова бар ин, дар ҷумҳурӣ то имрӯз ҷорабиниҳои махсуси профилактикӣ, ки барои пешгирии паҳншавии беморӣ дар манбаъҳои сироятии сил равона шудаанд, пурра таҳия ва татбиқ нагардидаанд [4].

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуи илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ пешниҳодшуда дар доираи иҷрои мавзуи илмӣ кафедраи ниғаҳдории тандурустӣ ҷамъиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ки дар солҳои 2021–2025 амалӣ гардидааст, дар мавзуи «Ҷанбаҳои тиббию иҷтимоӣ вазъи саломатии гурӯҳҳои гуногуни аҳоли ва роҳҳои тақмили ташкили расонидани ёрии тиббӣ ба онҳо дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон» анҷом дода шудааст. Рақами бақайдгирии давлатӣ: №0121 ТҶ 1216. Ҳамчунин, таҳқиқоти мазкур бо татбиқи «Барномаи миллии

хифзи аҳоли аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021–2025» (тасдиқшуда бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 феввали соли 2021, №49) алоқаманд мебошад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Такмили ташкили чорабиниҳои профилактикӣ дар манбаъҳои сирояти бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Арзёбии самаранокии пайгирӣ ва муоинаи шахсони дар тамосбуда бо беморони сил, инчунин муайян намудани такрорнокӣ ва шумораи миёнаи шахсони дар тамосбуда, ки барои ошкор намудани як ҳолати сили фаъол дар манбаъҳои сирояти сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарур мебошанд.
2. Муайян намудани гурӯҳҳои осебпазири аҳоли нисбат ба бемории сил ва арзёбии самаранокии ошкорсозии бемории сил дар байни онҳо.
3. Арзёбии самаранокии муоинаи шахсони дар тамосбуда бо беморони сил, инчунин муайян намудани монеаҳои асосии ҳуқуқӣ ва дигар омилҳое, ки дастрасии онҳоро ба хизматрасониҳои зиддисилӣ маҳдуд менамоянд.
4. Таҳия ва арзёбии самаранокии қорӣ намудани «пурсишномаи махфии онлайнӣ барои пайгирии тамосҳо ва пешгирии сироятёбӣ ҳангоми ҳамзистӣ/ҳамбудубош бо бемори гирифтори шакли фаъоли бемории сил.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот аъзои оила ва шахсони наздики дар тамосбуда бо беморони гирифтори сил, аз ҷумла ҳамкурсон, ҳамсинфон, ҳамкорон, хешовандони наздик ва ҳамсояҳои наздик дар 8 ноҳияи кишвар ташкил доданд, ки дар байни онҳо пурсишнома гузаронида шуда, тадбирҳои профилактикӣ чиҳати пешгирии сироятёбӣ ҳангоми ҳамзистӣ/ҳамбудубош бо бемори гирифтори шакли фаъоли бемории сил амалӣ карда шуданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Ташкил ва арзёбии самаранокии чорабиниҳо оид ба пайгирӣ ва муоинаи шахсони дар тамос бо беморони гирифтори сил қарордошта дар манбаъҳои сирояти сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳлили тақсимои онҳо аз рӯи гурӯҳҳои дорои хатари баланди гирифторшавӣ ба сил, инчунин муайян

намудани монеаҳои ҳуқуқӣ ва ташкилии маҳдудкунандаи фарогирӣ ва дастрасии хизматрасониҳои зиддисилӣ барои ин гурӯҳи аҳоли.

Навгони илмӣ таҳқиқот

1. Аз ҷиҳати илмӣ исбот карда шуд, ки шумораи миёнаи пайгирии тамосҳо дар манбаъҳои сирояти сил, ки барои ошкор намудани як ҳолати сили фаъол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарур мебошад, ба ҳисоби миёна 12 нафар аъзои хонаводагӣ ва боз 16 нафар аз ҳисоби тамосҳои наздик баробар аст.
2. Асоснок карда шуд, ки ошкорсозии фаъоли ҳолатҳои бемории сил тавассути пайгирии тамосҳо дар хонаводагӣ дар шароити Тоҷикистон аҳамияти муҳим дорад, зеро барои муайян намудани шахсони гирифтори сирояти сил ва инчунин беморони дорои шакли фаъоли беморӣ дар марҳилаи ибтидоӣ мусоидат намуда, имкони оғози саривактӣ табobati мувофиқро фароҳам меорад.
3. Исбот гардид, ки дар байни шахсони дар тамосбудаи ошкоршуда, гурӯҳҳои беморони дорои осебпазирии инфиродӣ ба сил, инчунин гурӯҳҳои асосии хавфнок оид ба рушди бемории сил, аз ҷумла шахсони гирифтори ВНМО; шахсони нашъаманд; маҳкумшудагони собик; муҳоҷирони меҳнатӣ; беморони гирифтори диабетӣ қанд, гепатитҳои вирусӣ, бемориҳои рӯҳӣ ва дигар гурӯҳҳои аҳолии декретӣ барои муоина афзалиятнок ба ҳисоб мераванд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот

1. Ҷорабинҳои махсус оид ба пешгирии паҳншавии сирояти сил дар ҷомеа таҳия ва ба амалия соҳаи тандурустӣ ҷорӣ карда шуданд.
2. Методологияи ҳисоб намудани шумораи миёнаи пайгирии тамосҳо дар манбаъҳои сирояти сил, ки барои ошкор намудани як ҳолати сили фаъол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарур мебошад, ба амалияи тандурустӣ ҷорӣ карда шуд.
3. Гурӯҳҳои афзалиятноки беморони дорои осебпазирии инфиродӣ ба сил, инчунин гурӯҳҳои асосии хавфнок оид ба рушди бемории сил, аз ҷумла шахсони гирифтори ВНМО; шахсони нашъаманд; маҳкумшудагони собик; муҳоҷирони меҳнатӣ; беморони гирифтори диабетӣ қанд, гепатитҳои вирусӣ,

бемориҳои рӯхӣ ва дигар гурӯҳҳои декретии аҳоли аз нав баррасӣ карда шуданд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муайян карда шуд, ки пайгирии шахсони тамосдошта дар манбаъҳои сирояти сил механизми самараноки ташкилии ошкорсозии барвақтии сироятёбӣ ва шаклҳои фаъоли беморӣ мебошад: ба ҳисоби миёна ба як бемори гирифтори шакли фаъоли сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 12 нафар шахси тамосӣ дар хонавода ва тақрибан 16 нафар шахси тамоси наздики беруна рост меояд, ки ин ҳаҷми чорабиниҳои профилактикӣ ва ташхисиро дар манбаъҳои сироят муайян менамояд.
2. Муайян карда шуд, ки хавфи сироятёбӣ бо *Mycobacterium tuberculosis* миёни шахсони тамосдошта аз ҷиҳати оморӣ бо синни аз 18-сола боло, дараҷаи ҳешутаборӣ бо бемор, мансубият ба гурӯҳҳои осебпазири дорои хавфи баланд, мавҷудияти аломатҳои системавӣ ва таҷрибаи муҳочирати меҳнатӣ алоқамандии назаррас дорад. Пешгӯйкунандаи аз ҳама муҳим мавҷудияти аломатҳои системавӣ мебошад: басомади сироятёбӣ дар ин гурӯҳ 7,8% дар муқоиса бо 3,4% дар байни шахсони тамосии беаломатро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки миёни ҳешовандони бемори индексӣ сироятёбӣ дар 4,2% ҳолатҳо нисбат ба 2,5% дар байни шахсоне, ки бо ӯ муносибати ҳешутаборӣ надоранд, ошкор карда шуд, ки ин зарурати татбиқи муносибати дифференсиалӣ нисбат ба муоинаи шахсони тамосиро асоснок менамояд.
3. Исбот карда шуд, ки чорӣ намудани пурсишномаи онлайнӣ беном ба низоми пайгирии тамосҳо самаранокии чорабиниҳои пешгирикунандаро дар манбаъҳои сирояти сил баланд мебардорад: фарогирии шахсони тамосӣ бо муоина аз 61,2% то 87,4% зиёд гардида, ҳиссаи шаклҳои барвақт ошкоршудаи сил аз 16,4% то 39,3% афзоиш ёфт. Натиҷаҳои бадастомада мувофиқ будани истифодаи технологияҳои рақамиро дар низоми хадамоти зиддисилӣ тасдиқ менамоянд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Натиҷаҳои ҳосилшадаро ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, мушоҳидаҳои бисёрсола, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмӣ маълумот оид ба фарогирии шахсони дар тамосбуда бо скрининги фаъол барои ошкор намудани сили ниҳонӣ ё бемории сили фаъоли асоснок карда шудаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Диссертатсия ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 3.2.3. Сихатии чомеа ва ташкили нигахдории тандурустӣ: банди 2. Шароит ва тарзи ҳаёти аҳоли, мушкилоти иҷтимоӣ-гигиениӣ он, арзёбии таъсири шароит ва тарзи зиндагӣ ба давомнокии умр ва нишондиҳандаҳои саломатии аҳоли, ташаккули тарзи ҳаёти солим; банди 3. Таъсири маҷмӯи омилҳои иҷтимоӣ, иқтисодӣ, биологӣ, экологӣ ва тиббӣ ба саломатии аҳоли, коркарди чораҳои пешгирӣ ва роҳҳои коҳиш додани таъсиррасониҳои номатлуб; банди 4. Вазъи саломатии аҳоли ва тамоюли тағйироти он, таҳқиқоти равандҳои демографӣ, беморшавӣ, инкишофи ҷисмонӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографӣ ва омилҳои муҳити беруна ба саломатии аҳоли, гурӯҳҳои алоҳидаи он; банди 5. Ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, коркарди амсилаҳои навини ташкилӣ ва технологияҳои пешгирӣ, расонидани ёрии тиббӣ ва офиятёбии аҳоли; арзёбии сифати ёрии тиббии дармонгоҳӣ ва беморхонагӣ. Асосноккунии роҳҳои пешрафт ва ислоҳоти низоми тандурустӣ, ташкили ёрии тиббии махсусгардонидашуда; банди 8. Таҳқиқоти қонуниятҳои инкишофи низоми пешгирӣ ва коркарди методологияи арзёбии самаранокии барномаҳои пешгирӣ.

Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ дар таҳқиқот.

Аз ҷониби муаллиф таҳлили самаранокии пайгирии тамосҳо дар манбаъҳои гуногуни сирояти сил ва гузаронидани чорабиниҳои профилактикӣ оид ба пешгирии сироятёбӣ ҳангоми ҳамзистӣ/ҳамбудубош бо бемори гирифтори шакли фаъоли сил дар минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон шахсан анҷом дода шудааст. Дар доираи таҳқиқот аз ҷониби муаллиф ҷамъоварии мавод ва коркарди омории он гузаронида шудааст. Ҳаҷми асосии кор мустақилона иҷро гардида, як қатор навгонихоро дар бар мегирад, ки саҳми шахсии диссертантро

дар илм нишон медиҳанд. Навиштани ҳамаи бобҳои диссертатсия, таҳияи мақсад ва вазифаҳо, нуктаҳои барои ҳимоя пешниҳодшаванда, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ аз ҷониби диссертант шахсан иҷро шудаанд.

Тасвиб ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия.

Натиҷаҳои асосии диссертатсия дар Конфронси XIX илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯён таҳти унвони «Ҷавонон ва навовариҳои тиббӣ: эҷоди оянда аз имрӯз», ки дар МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (ш. Душанбе, 2023); Конфронси илмӣ-амалии LXXXV бо иштироки байналмилалӣ таҳти унвони «Масъалаҳои мубрами тибби таҷрибавӣ ва клиникӣ – 2024» (ш. Санкт-Петербург, 2024); Конфронси 73-юми солонаи илмӣ-амалӣ бо иштироки байналмилалӣ, бахшида ба «Солҳои рушди иқтисоди рақамӣ ва инноватсия (2025-2030)», таҳти унвони «Илм ва маориф барои саломатии миллат», ки дар МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (ш. Душанбе, 2025) маъруза карда шуд ва дар ҷаласаи кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (ноябри соли 2025) муҳокима гардид, инчунин дар ҷаласаи комиссияи байникафедравии проблемавӣ аз эпидемиология, бемориҳои сироятӣ, беҳдошт, сиҳатии ҷомеа ва ташкили нигоҳдории тандурустӣ, фтизиатрияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», (декабри соли 2025) муҳокима ва пешниҳод карда шуданд.

Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти илмии гузаронидашуда аз ҷониби Шурои таъбу наشري Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дастури методӣ таҳия ва тасдиқ гардид (суратчалласаи № 10 аз 21.11.2024) таҳти мавзӯи «Оиди ҳамкорӣ байни хадамоти назорати давлатии санитарии эпидемиологӣ дар якҷоягӣ бо хадамоти зиддисилӣ ва КАТС дар манбаъҳои сирояти силӣ», инчунин дастури таълимию методӣ таҳти мавзӯи Медико-социальные аспекты заболеваемости населения туберкулезом и пути её профилактики в современных условиях» аз ҷониби Шурои таълимию методи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» тасдиқ шудааст (суратчалласаи № 10

аз 31.05.2024). Хар ду дастури методӣ дар амалияи муассисаҳои тандурустӣ ва раванди таълими МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ҷорӣ карда шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯйи маводи диссертатсия 24 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки 7 адади он дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таъбиқ расидаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 179 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, қисматҳои зеринро дар бар мегирад: муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт, боб оид ба баёни мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боб бо натиҷаҳои шарҳи таҳқиқоти ҳуди муаллиф, хулосаҳо, тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот, рӯйхати адабиёти истифодашуда ва замимаҳо. Диссертатсия бо 8 ҷадвал ва 17 расм тасвир карда шудааст. Рӯйхати адабиёт истифодашуда 263 сарчашмаро дар бар мегирад, ки аз онҳо 119 сарчашма бо забони русӣ ва 144 сарчашма ба забони англисӣ мебошанд.

ҚИСМҲОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот солҳои 2023–2025 дар заминаи кафедраи ниғадории тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» анҷом дода шуд. Маводи таҳқиқоти мазкурро маълумот аз Феҳристи миллии бемории сил, ҳисоботҳо оид ба барӯйхатгирии аъзои оилаҳо, ки аз ҷониби мо ҳангоми гузаронидани боздидҳои хона ба хона дар манбаъҳои сирояти сил амалӣ гардидаанд, инчунин пурсишномаи аъзои хонаводаҳои 620 бемори гирифтори шакли фаъоли сил, ки дар 8 ноҳияи пилотии деҳот зиндагӣ менамоянд, ташкил доданд.

Пурсишнома дар 8 ноҳияҳои пилотии зерини кишвар гузаронида шуд: 5 ноҳияи минтақаи Рашт: Рашт, Тоҷикобод, Нуробод, Лахш, Сангвор; 3 ноҳия аз вилояти Хатлон: ноҳияҳои Восеъ, Фархор ва Ҷ.Балхӣ. Пурсишнома соли 2024 гузаронида шуд.

Таҳқиқот хусусияти мушоҳидавӣ ва ғайриинтервенсионӣ дошта, марҳилаҳои ретроспективӣ, буришӣ ва проспективӣ-когортиро дар бар мегирифт. Марҳилаи ретроспективӣ таҳлили маълумоти Феҳристи миллии бемории силро пешбинӣ менамуд. Марҳилаи буришӣ пурсиши шахсони тамосдошта ва арзёбии омилҳои хавфро дар бар мегирифт. Марҳилаи проспективӣ-когортӣ ба мушоҳидаи динамикӣ ва ташхисҳои такрории шахсони тамосдошта асос ёфта буд.

Меъёрҳои дохилкунӣ ба таҳқиқот зиндагии муштарак ё тамоси наздик бо бемори сил на камтар аз се моҳ, истиқомати доимӣ дар ноҳияҳои таҳқиқшаванда ва мавҷудияти розигии огоҳонаро дар бар мегирифтанд. Меъёрҳои хоричкунӣ набудани маълумоти боэътимод оид ба тамос, рад намудан аз иштирок ва бемориҳои вазнини ҳамроҳ, ки барои гузаронидани ташхис монеъ мешударо дар бар мегирифтанд.

Ҳамаи шахсони тамосдошта бо гумони бемории сил барои гузаронидани ташхиси туберкулинӣ, рентгенографияи узвҳои қафаси сина ва дигар чорабиниҳои ташхисӣ ба муассисаҳои зиддисилӣ равона карда шуданд.

Коркарди омории натиҷаҳо бо истифода аз барномаҳои Statistica 10.0 ва Microsoft Excel 2016 гузаронида шуд. Барои арзёбии тақсимооти маълумоти микдорӣ меъёри Колмогоров–Смирнов истифода гардид. Муқоисаи нишондиҳандаҳои микдорӣ бо истифода аз U-меъёри Манн–Уитни, нишондиҳандаҳои сифатӣ — меъёри χ^2 Пирсон ва меъёри аниқӣ Фишер гузаронида шуд. Тафовутҳо ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятнок ҳисобида шуданд.

Таҳқиқот бо риояи принципҳои ихтиёрӣ, махфиятнокӣ ва розигии огоҳонаи иштирокчиён гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки барои Ҷумҳурии Тоҷикистон хоҷагиҳои хонаводагии иборат аз якчанд оила бо зичии баланди истиқомат хос мебошанд. Боздидҳои хона ба хона дар 620 манбаи сироятии сил муайян намуданд, ки дар як хонавода ба ҳисоби миёна 12 нафар зиндагӣ мекунанд, ки аз

онҳо тақрибан 7 нафарро кӯдакон ва наврасон ташкил медиҳанд. Ғайр аз аъзои оила, ба сохтори тамосҳои наздик ҳамарӯза боз тақрибан 16 нафар аз ҳисоби ҳешовандон, ҳамкорон, ҳамсабақон ва ҳамсояҳо дохил мешуданд. Аксариати шахсони тамосдошта қоидаҳои назорати сироятӣ ва фосилагирии иҷтимоиро риоя намекарданд.

Дар маҷмӯъ дар 620 хонавода 7440 шахси тамосдошта муайян карда шуданд. Тибқи маълумоти Феҳристи миллии сил барои онҳо 9560 ташҳис гузаронида шуд, ки скрининги аломатҳо, рентгенфлюорографияи узвҳои қафаси сина ва санҷиши туберкулинро дар бар мегирифт. Басомади миёнаи ташҳис 1,28 маротиба ба як шахси тамосдоштаро ташкил дод, ки барои назорати бозғатимоди эпидемиологӣ нокифоя мебошад.

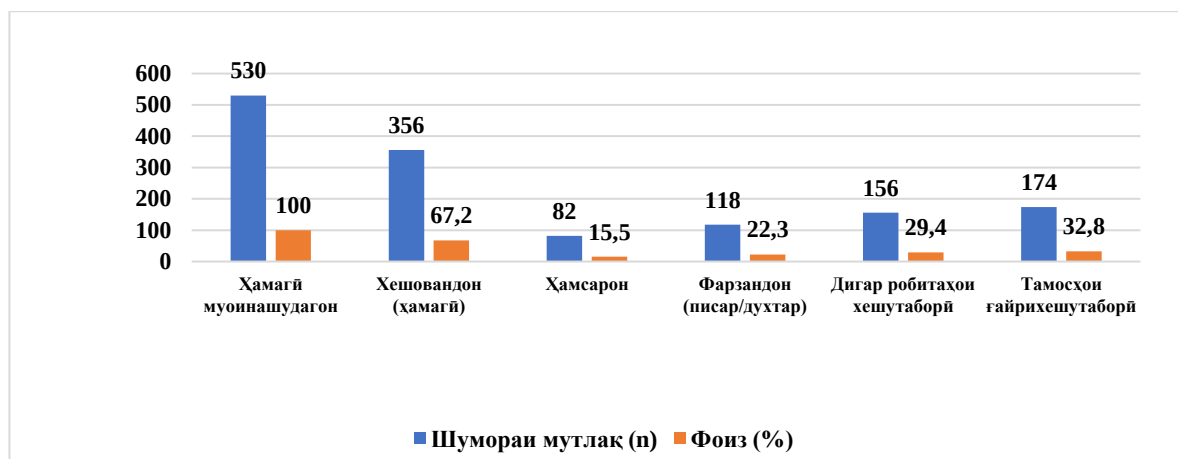
Таҳлили маълумоти Феҳристи миллии бемории сил нишон дод, ки ҳангоми муоинаи авалия 7440 нафар шахсони тамосдошта нишонаҳои сироятёбӣ дар 82 нафар (1,1%) ошкор карда шуданд. Муоинаи такрорӣ баъд аз 3 моҳ имкон дод, ки боз 111 ҳолати иловагӣ (1,49%) муайян карда шавад, муоинаи сеюм бошад — боз 65 ҳолат (0,87%) ва муоинаи чорум – 12 ҳолат (0,16%). Дар маҷмӯъ, муоинаи чоркарата имкон дод, ки сироятёбӣ бо микобактерияи сил дар 270 нафар шахсони тамосдошта муайян карда шавад, ки 3,63%-и шумораи умумии шахсони муоинашударо ташкил дод.

Натиҷаҳои бадастомада нишон доданд, ки фосилаи вақт байни сироятёбӣ ва пайдо шудани аксуламали мусбати туберкулинӣ тақрибан 2–3 моҳро ташкил медиҳад, ки зарурати гузаронидани муоинаҳои такрории шахсони тамосдоштаро барои сари вақт ошкор намудани ҳолатҳои нави сироятёбӣ асоснок менамояд.

Натиҷаҳои гузаронидани пурсиши скринингии шахсони тамосдошта. Бо пурсишнома 530 шахси тамосдошта аз ҳисоби аъзои хонаводагон, ки бо беморони гирифтори шакли фаъоли сил дар тамоси зич қарор доштанд, фаро гирифта шуданд. Дар байни пурсидашудагон 219 нафар занон (41,3%) ва 311 нафар мардон (58,7%) буданд. Шахсони тамосдошта доираи васеи синнусолиро – аз кӯдакон ва наврасон то шахсони синни пиронсолиро дар бар мегирифтанд. Ҳамаи ташҳисшудагон бо бемори индексӣ тамоси зич ва мунтазам доштанд.

Мақсади асосии пурсишнома муайян намудани хусусияти тамосҳои эпидемиологӣ ва дараҷаи хешутаборӣ бо бемори индексӣ буд. Натиҷаҳои бадастомада нишон доданд, ки тамосҳои эпидемиологӣ ҳам дар дохили оила ва ҳам берун аз он ташаккул меёфтанд. Ҳамзамон тамосҳои дохилиоилавӣ бартарӣ доштанд – 67,2% (n=356), дар ҳоле ки ҳиссаи тамосҳои ғайрихешутаборӣ 32,8% (n=174)-ро ташкил дод, ки нақши пешбарандаи тамоси зич ва дарозмуддати маиширо дар паҳншавии сирояти сил тасдиқ менамояд.

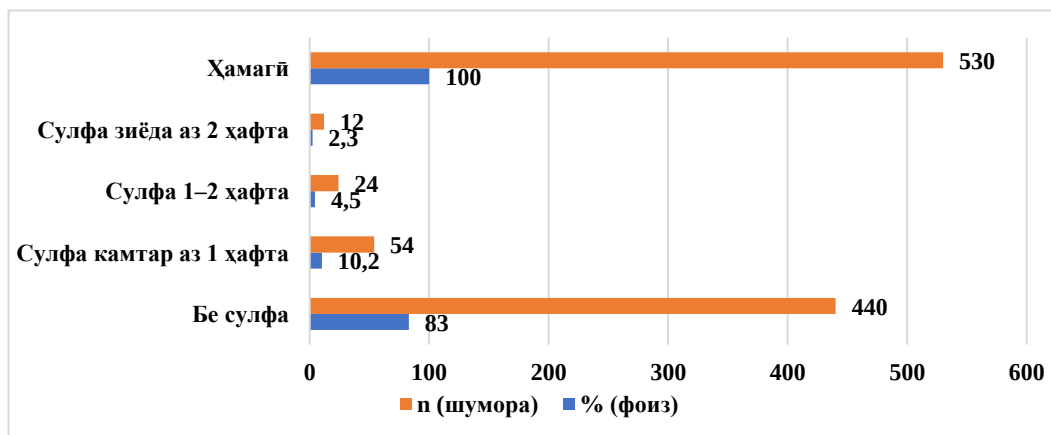
Дар байни тамосҳои хешутаборӣ ҳиссаи бештарро шахсоне бо дигар намудҳои робитаҳои хешутаборӣ ташкил доданд – 29,4% (n=156), баъдан писарону духтарон – 22,3% (n=118) ва ҳамсарон – 15,5% (n=82) ҷой гирифтанд. Фарқияти назаррас байни гурӯҳҳои гуногуни хешовандон мушоҳида нашуд, ки ин аз гуногунрангии тамосҳои дохилиоилавӣ шаҳодат медиҳад (Расми 1).



Расми 1. – Тақсимои шахсони тамосдошта аз рӯи дараҷаи хешутаборӣ бо бемори индексӣ

Тибқи натиҷаҳои пурсишнома, ҳангоми гузаронидани муоина сулфа дар 17%-и шахсони дар тамосбуда (n=90) ба қайд гирифта шуд, дар ҳоле ки аксарияти пурсидашудагон – 83% (n=440) аз ҷониби узвҳои нафаскашӣ ягон шикоят надоштанд. Таҳлили давомнокии ин аломат нишон дод, ки дар 10,2%-и шумораи умумии шахсони муоинашуда (n=54; 60% аз шумораи шахсони сулфадоста) сулфа камтар аз як ҳафта давом кардааст, дар 4,5% (n=24; 26,7%) – аз як то ду ҳафта ва дар 2,3% (n=12; 13,3%) давомнокии сулфа зиёда аз ду ҳафта буд.

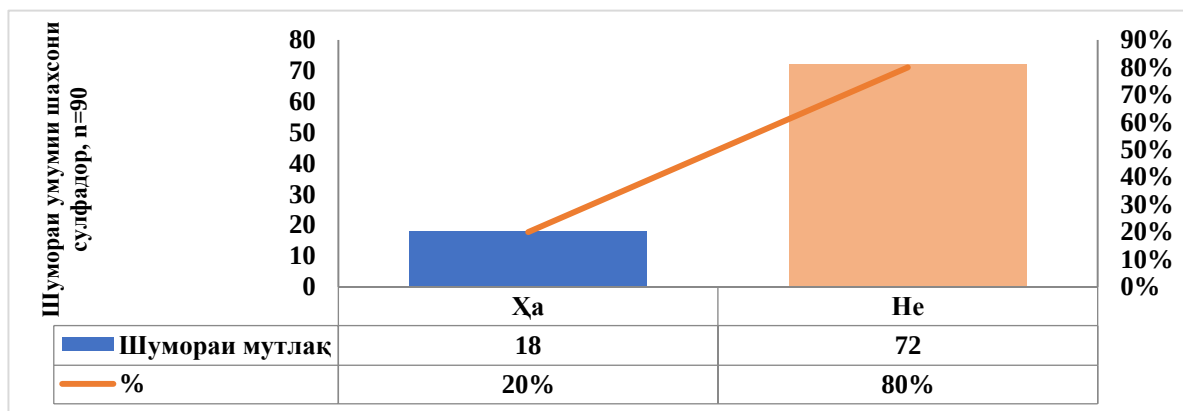
Муайян гардидани сулфа бо давомнокии зиёда аз 14 рӯз дар 2,3% шахсони тамосдошта аҳамияти муҳими клиникӣ дорад, зеро ин аломат ба шумораи нишонаҳои скринингии эҳтимолии раванди сил мансуб буда, гузаронидани ташхиси иловагӣ, аз ҷумла усулҳои рентгенологӣ ва бактериологӣ ташхисро талаб менамояд (Расми 2).



Расми 2. – Тақсимооти шахсони тамосдошта аз рӯи мавҷудияти сулфа ва давомнокии он

Дар маҷмӯъ, сохтори симптоматикаи респираторӣ дар гурӯҳи мавриди омӯзиш ба нишондиҳандаҳои интизоршаванда барои контингенти тахти назорати эпидемиологӣ мувофиқат намуда, ба паҳншавии васеи шаклҳои фаъоли беморӣ дар лаҳзаи гузаронидани скрининг шаҳодат намедиханд.

Тибқи маълумоти пурсишнома, шумораи умумии респондентҳои дорои сулфа 90 нафарро (100%) ташкил дод. Аз онҳо дар 20%-и шахсони тамосдори сулфадор ($n=18$) ҳангоми сулфа ҷудошавии балғам мушоҳида гардид, дар ҳоле ки дар аксарияти мутлақӣ шахсони сулфадор – 80% ($n=72$) ин аломат мушоҳида нашуд. Басомади пасти ҷудошавии балғам тасдиқ менамояд, ки дар гурӯҳи ташхисшудагон амалан шахсоне бо нишонаҳои возеҳи осебёбии низоми нафас муайян карда нашуданд. Набудани сулфаи маҳсулноқ дар аксарияти пурсидашудагон аз сатҳи пасти аломатҳои респираторӣ ва вазъияти нисбатан мусоиди эпидемиологӣ дар манбаъҳои таҳқиқшуда шаҳодат медиҳад (Расми 3).



Расми 3. – Тақсимои шахсони тамосдошта аз рӯи аломати чудошавии балғам ҳангоми сулфа (n=90)

Синну сол ҳамчун пешгӯйии муҳимми сироятёбӣ муайян гардид: дар байни калонсолон (≥ 18 сола) сироятёбӣ 4,6%-ро ташкил дод, дар муқоиса бо 2,3% дар шахсони < 18 сола, ва эҳтимолияти сироятёбӣ 2,1 маротиба баландтар буд ($T\bar{E}=2,09$; 95% ФЭ 1,59–2,76; $p<0,001$). Ин эҳтимолан бо тамоси дарозмуддат ва шадидтари калонсолон бо манбаи сироят вобаста мебошад.

Фарқиятҳо аз рӯи ҷинс аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятнок набуданд ($p=0,246$): занон танҳо каме хатари пасттари сироятёбӣ нисбат ба мардон доштанд (3,4% муқобили 3,9%; $T\bar{E}=0,87$; 95% ФЭ 0,68–1,10).

Дараҷаи ҳешутаборӣ бо бемор низ бо сироятёбӣ робитаи аҳамиятнок дошт. Дар байни ҳешовандон сироятёбӣ 4,2% ва дар байни тамосҳои ғайриҳешутаборӣ 2,5%-ро ташкил дод; дар ғайриҳешовандон хатари сироятёбӣ пасттар буд ($T\bar{E}=0,58$; 95% ФЭ 0,43–0,77; $p<0,001$), ки аҳамияти тамоси зичи маиширо дар интиқоли МБС тасдиқ менамояд.

Мавҷудияти таҷрибаи муҳочират эҳтимолияти сироятёбиро баланд менамуд: дар байни муҳочирони меҳнатӣ нишондиҳанда ба 5,0% мерасид, дар муқоиса бо 3,4% дар шахсони бе таҷрибаи муҳочират ($T\bar{E}=1,51$; 95% ФЭ 1,13–2,03; $p=0,006$). Эҳтимолан, ин бо шароити номусоиди зист ва дастрасии маҳдуд ба ёрии тиббӣ вобаста мебошад.

Мансубият ба гурӯҳҳои хавф низ бо сатҳи баланди сироятёбӣ алоқаманд буд — 6,1% муқобили 3,3% дар байни дигар шахсони тамосдошта ($T\bar{E}=1,91$; 95% ФЭ 1,41–2,60; $p<0,001$).

Робитаи бештар ифодаёфта ҳангоми мавҷудияти аломатҳои системавӣ кайд гардид: дар байни шахсони тамосдоштаи симптомдор сироятёбӣ 7,8%-ро ташкил дод, дар муқоиса бо 3,4% дар шахсони беаломат (ТЭ=2,42; 95% 1,68–3,51; $p<0,001$).

Ҳамин тавр, омилҳои асосии вобаста ба сироятёбӣ бо МБС дар байни шахсони тамосдошта шахсони синнашон аз 18 сола боло, ҳешутаборӣ бо бемори индексӣ, таҷрибаи муҳочират, мансубият ба гурӯҳи хавф ва мавҷудияти аломатҳои системавӣ мебошанд. Ин зарурати истифодаи муносибати дифференсиалӣ нисбат ба назорати шахсони тамосдошта ва афзалият додан ба гурӯҳҳои хавфи баландро тасдиқ менамояд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Омилҳои алоқаманд бо сироятёбӣ аз МБС дар шахсони тамосдошта (таҳлили яқомила), n (%)

Нишондиҳанда	Гурӯҳ	Сироятёфта (n=270)	Сироят наёфта (n=7170)	ТЭ (95% ФЭ)	р- арзиш
Синну сол	< 18 сола (n=3100)	70 (2,3%)	3030 (97,7%)	2,09 (1,59– 2,76)	< 0,001
	≥ 18 сола (n=4340)	200 (4,6%)	4140 (95,4%)		
Ҷинс	Мардон (n=3600)	140 (3,9%)	3460 (96,1%)	0,87 (0,68– 1,10)	0,246
	Занон (n=3840)	130 (3,4%)	3710 (96,6%)		
Дарачаи хешутаборӣ	Хешованд (n=5000)	210 (4,2%)	4790 (95,8%)	0,58 (0,43– 0,77)	< 0,001
	Ғайрихешованд (n=2440)	60 (2,5%)	2380 (97,5%)		
Муҳочират	Не (n=6240)	210 (3,4%)	6030 (96,6%)	1,51 (1,13– 2,03)	0,006
	Ҳа (n=1200)	60 (5,0%)	1140 (95,0%)		
Мансубият ба гурӯҳи хавф	Не (n=6540)	215 (3,3%)	6325 (96,7%)	1,91 (1,41– 2,60)	< 0,001
	Ҳа (n=900)	55 (6,1%)	845 (93,9%)		
	Нест (n=6990)	235 (3,4%)	6755 (96,6%)		< 0,001

Мавҷудияти аломатҳои системавӣ	Ҳаст (n=450)	35 (7,8%)	415 (92,2%)	2,42 (1,68–3,51)	
---------------------------------------	--------------	-----------	-------------	------------------	--

Робитаи бештар ифодаёфта бо сироятёбӣ аз МБС ҳангоми мавҷудияти аломатҳои системавӣ, мансубият ба гурӯҳҳои аз нигоҳи эпидемиологӣ осебпазир ва мавҷудияти таҷрибаи муҳоҷират муайян гард, ки зарурати ташҳиси афзалиятноки шахсони тамосдоштаро аз гурӯҳҳои хавфи баланд тасдиқ менамояд.

Шикоят аз сулфа аз ҷониби 17% шахсони тамосдоштаи ташҳисшуда пешниҳод гардид, ҳамзамон сулфа бо давомнокии зиёда аз ду ҳафта дар 2,3% ташҳисшудагон қайд гардид. Таҳлили якомилаи гузаронидашуда робитаи аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятнокро байни мавҷудияти сулфа ва робитаҳои ҳешутаборӣ бо бемори индексӣ (ТЭ=4,77; 95% 2,62–8,68; $p<0,001$), инчунин таҷрибаи муҳоҷирати меҳнатӣ (ТЭ =24,26; 95% 6,38–92,23; $p<0,001$) нишон дод.

Маълумоти бадастомада зарурати истифодаи муносибати дифференсиалӣ нисбат ба назорати гурӯҳҳои гуногуни шахсони тамосдошта ва афзалият додан ба гурӯҳҳои хавфи баландро дар барномаҳои пешгирии сил тасдиқ менамояд (Қадвали 2).

Қадвали 2. – Омилҳои алоқаманд бо мавҷудияти сулфа дар шахсони тамосдошта (таҳлили якомила, n=530)

Нишондиҳанда	Гурӯҳ	Сулфа ҳаст, n (%)	Сулфа нест, n (%)	ТЭ (95% ФЭ)	p-арзиш
Робитаҳои ҳешутаборӣ бо бемор	Ғайриҳешованд	44 / 464 (9,5%)	420 / 464 (90,5%)	1,0 (гурӯҳи муқоисавӣ)	–
	Ҳешованд	22 / 66 (33,3%)	44 / 66 (66,7%)	4,77 (2,62–8,68)	<0,001
	Ҳаст	57 / 518 (11,0%)	461 / 518 (89,0%)	1,0 (гурӯҳи муқоисавӣ)	–

Таҷрибаи муҳочирати меҳнатӣ	Нест	9 / 12 (75,0%)	3 / 12 (25,0%)	24,26 (6,38–92,23)	<0,001
-----------------------------	------	-------------------	-------------------	--------------------	--------

Аксарияти шахсони тамосдошта қаблан аз муоина ба сирояти ВНМО нагузашта буданд. Дар байни 120 нафар муоинашудагон сирояти ВНМО дар 6 нафар (5,0%) муайян гард, ки ба зарурати васеъ намудани скрининги интегратсионии ВНМО-ро дар байни шахсони тамосдоштаи беморони гирифтори сил нишон медиҳад.

Таҳлили иловагӣ робитаи аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятноки аломатҳои вобаста ба силро бо таҷрибаи муҳочират, робитаҳои ҳешутаборӣ бо бемори индексӣ ва гузаштани муоинаи ВНМО муайян намуд (Ҷадвали 3)

Ҷадвали 3. – Омилҳои алоқаманд бо мавҷудияти аломатҳои вобаста ба сил дар шахсони тамосдошта (n=530)

Нишондиҳанда	Гурӯҳ	Бо аломатҳо		Нишондиҳанда	Гурӯҳ
Синну сол (Me [Q1–Q3])	–	8,0 [4,0–16,0]	9,0 [3,0–15,0]	–	0,872
Ҷинс	Мард	42 (61,8%)	269 (58,2%)	1,16 (0,69–1,96)	0,601
	Зан	26 (38,2%)	193 (41,8%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
Таҷрибаи муҳочират	Ҳаст	9 (13,2%)	3 (0,6%)	23,34 (6,14–88,64)	< 0,001
	Нест	59 (86,8%)	459 (99,4%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
Робитаҳои ҳешутаборӣ бо бемор	Хешованд	22 (32,4%)	44 (9,5%)	4,54 (2,50–8,24)	< 0,001
	Ғайрихешованд	46 (67,6%)	418 (90,5%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
	Ҳа	9 (13,2%)	25 (5,4%)	2,67 (1,19–5,99)	0,028

Аз ташхиси ВНМО гузаштааст	Не	59 (86,8%)	437 (94,6%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
Бемориҳои музмин	Ҳаст	2 (2,9%)	4 (0,9%)	3,47 (0,62– 19,32)	0,173
	Нест	66 (97,1%)	458 (99,1%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
Вазъи сироятёбӣ ба ВИЧ	ВНМО+	2 (2,9%)	5 (1,1%)	2,77 (0,53– 14,57)	0,223
	ВНМО – /номаълум	66 (97,1%)	457 (98,9%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–

Ҳангоми таҳлили маҷмӯи аломатҳо, ки сулфа ва/ё зухуроти системавӣ (табларза, пастшавии вазни бадан, араққунии шабона)-ро дар бар мегирифтанд, фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯӣ аҳамиятнок аз рӯи синну сол ва ҷинс байни гурӯҳҳо муайян карда нашуданд ($p > 0,05$). Ҳамзамон мавҷудияти аломатҳо дар ҳешовандони бемор ба таври назаррас бештар ба қайд гирифта мешуд (33,3% муқобили 9,9% дар байни ғайриҳешовандон; $TЭ = 4,54$; 95% 2,50–8,24; $p < 0,001$), дар шахсони дорои таҷрибаи муҳоҷират (75,0% муқобили 11,4%; $TЭ = 23,34$; 95% 6,14–88,64; $p < 0,001$) ва дар пурсидашудагоне, ки қаблан аз муоинаи ВНМО гузашта буданд (26,5% муқобили 11,9%; $TЭ = 2,67$; 95% 1,19–5,99; $p = 0,028$) (Қадвали 3).

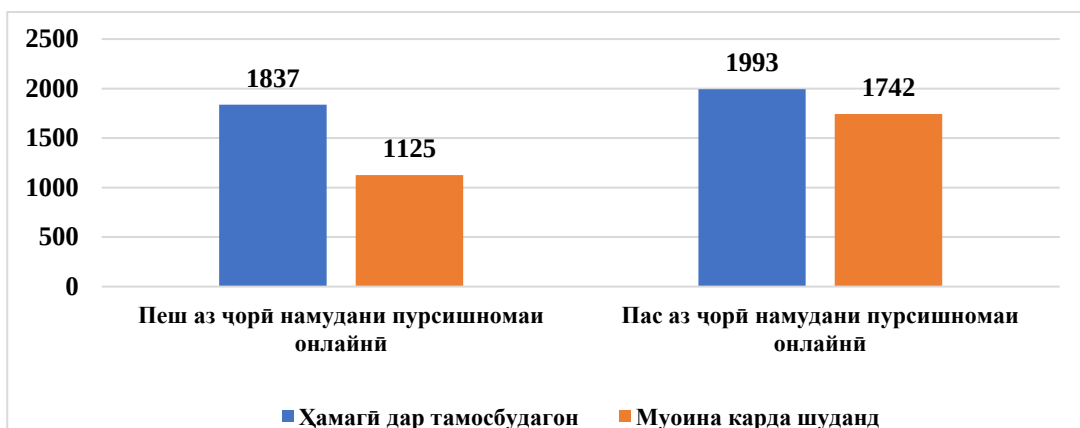
Алоқамандӣ бо мавҷудияти бемориҳои музмин ва мақоми мусбати ВНМО тамоюли баландшавии эҳтимолияти мавҷудияти аломатҳоро нишон медод, аммо ба дараҷаи аҳамиятнокӣ омӯӣ нарасид ($p > 0,05$), ки эҳтимолан бо шумораи ками пурсидашудагон дар ин зергурӯҳҳо вобаста мебошад.

Натиҷаҳои ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнии беном ба амалияи тандурустӣ. Дар расми 4 таҳлили муқоисавии фарогирии ташхиси шахсони тамосдошта то ва баъд аз ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнии пешниҳод шудааст. Таҳлил ду давраи муқоисашавандаро дар бар гирифта, имконият

медихад таъсири воситаи рақамӣ ба ташкили ташҳиси эпидемиологӣ арзёбӣ гардад.

То ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнӣ аз 1837 шахси тамосдошта 1125 нафар аз ташҳис гузаштанд, ки 61,2%-ро ташкил дод. Баъд аз ҷорӣ намудани воситаи рақамӣ 1742 нафар аз 1993 шахси тамосдошта, ё худ 87,4% аз ташҳис гузаштанд. Ҳамин тавр, фарогирии ташҳис 26,2 банди фоизӣ зиёд гардида ва фарқият аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок мебошад ($p < 0,001$).

Натиҷаҳои бадастомада шаҳодат медиҳанд, ки истифодаи пурсишномаи онлайнӣ ба баланд гардани дастрасии ташҳиси шахсони тамосдошта ва беҳтар шудани ташкили ҷорабиниҳои зидсилӣ дар манбаъҳои сироят мусоидат менамояд (Расми 4).

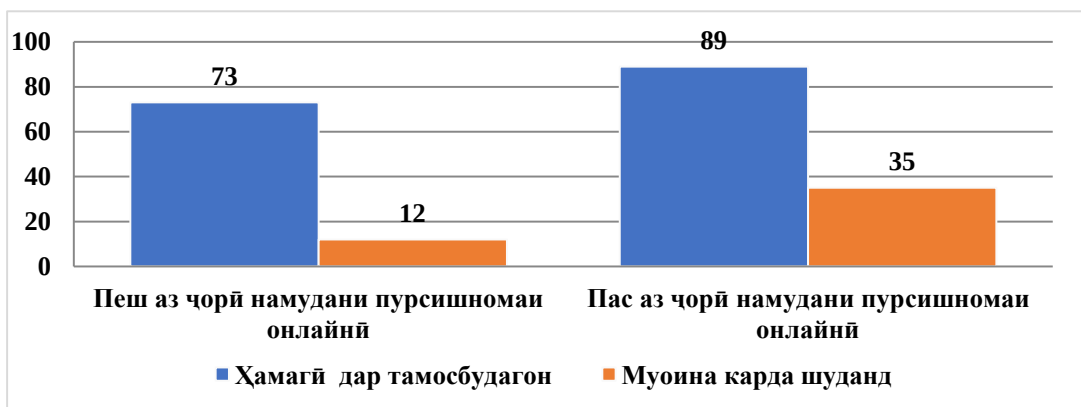


Расми 4. – Фарогирии ташҳиси шахсони тамосдошта то ва баъд аз ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнӣ

Дар расми 5 маълумот оид ба муайяншавии шаклҳои барвақтии сил дар байни шахсони тамосдошта то ва баъд аз ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнӣ пешниҳод шудааст. Натиҷаҳо таъсири воситаи рақамиро ба самаранокии скрининг дар манбаъҳои сирояти сил нишон медиҳанд.

То ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнӣ шаклҳои барвақтии сил дар 12 нафар аз 73 шахси тамосдоштаи ташҳисшуда муайян гардиданд, ки 16,4%-ро ташкил намуд. Баъд аз ҷорӣ намудани низоми рақамӣ шаклҳои барвақтии беморӣ дар 35 нафар аз 89 ташҳисшуда, ё худ 39,3% ташҳис гарданд. Фарқият аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок мебошад ($p=0,001$).

Афзоиши муайяншавии шаклҳои барвақтии сил метавонад ҳам бо беҳтар гардани интихоби шахсони тамосдошта барои ташхиси амиқ ва ҳам бо зиёд шудани фарогирии ташхис ба туфайли қулайӣ ва дастрасии шакли рақамии пурсишнома вобаста бошад. Маълумоти бадастомада самаранокии истифодаи пурсишномаи онлайнӣ барои баланд бардоштани натиҷабахшии муайянсозии барвақтии силро тасдиқ менамоянд. (Расми 5).



Расми 5. – Муайяншавии шаклҳои барвақтии сил дар байни шахсони тамосдошта то ва баъд аз ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайн.

Дар айни замон пурсишномаи онлайнӣ таҳияшуда ҳамчун пешниҳоди ратсионализаторӣ таҳти № 3620/R1108 аз 12.02.2025 ба расмӣ дароварда шуда, аз ҷониби МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» тасдиқ ва қабул гардидааст. Он расман ба фаъолияти амалии соҳаи тандурустӣ ҷорӣ карда шуда, дар корҳои профилактикӣ ва таҳлилӣ истифода мешавад.

Арзёбии муҳити ҳуқуқӣ дар соҳаи ҳифзи аҳоли аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Таҳлили Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Барномаи миллии ҳифзи аҳоли аз бемории сил барои солҳои 2021–2025, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи баробарӣ ва барҳам додани ҳамаи шаклҳои таъбиз» ва дигар санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ дар соҳаи фаъолияти зидсилӣ гузаронида шуд.

Муайян гардид, ки қонунгузориҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон меъёрҳоеро дар бар мегирад, ки ба таъмини дастрасӣ, қобили қабул будан ва сифати кӯмаки зидсилӣ равона шудаанд, аз ҷумла ташхис ва табобати ройгони сил, риояи

махфияти маълумоти тиббӣ ва чораҳои дастгирии иҷтимоии беморон. Ҳамзамон муайян гардид, ки бисёр меёрҳо хусусияти эъломиявӣ дошта, механизмҳои мушаххаси амалисозиро пешбинӣ намеkunанд.

Норасоҳо дар масъалаҳои ҳифз аз таъбири шахсони гирифтори сил, таъмини розигии огоҳона, танзими расмиёти табобати маҷбурӣ ва пешниҳоди кӯмаки ҳуқуқӣ ба беморон муайян карда шуданд. Зарурати такмили заминаи меёрӣ, пурзӯр намудани механизмҳои ҳифзи иҷтимоӣ ва васеъ намудани иштироки созмонҳои ғайриҳукуматӣ ва ҷомеаи шахрвандӣ дар амалисозии барномаҳои зиддисилӣ қайд гардидаанд.

ХУЛОСАҲО

1. Назорати самаранок ва таҳлили шахсони тамосдошта дар манбаъҳои сирояти сил барои Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳимтарин унсури низомии пешгирии беморӣ мебошад. Ба ҳисоби миёна ба як бемори гирифтори шакли фаъоли сил тақрибан 12 шахси тамосдошта аз ҳисоби аъзои хонаводагон ва боз тақрибан 16 нафар аз ҳисоби тамосҳои наздики беруна, ки бояд аз таҳлис гузаранд, рост меояд, ки зарурати муносибати низоммандро дар таҳлили чорабиниҳои зиддиэпидемиявӣ инъикос менамояд [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 8-М, 9-М, 12-М].
2. Особпазиртарин гурӯҳҳо аз рӯйи хатари сироятёбӣ ва рушди шаклҳои фаъоли сил кӯдакони синни томактабӣ, шахсони гирифтори ВНМО, беморони дорои бемориҳои музминии соматикӣ, маҷбусони собик, муҳоҷирони меҳнатӣ ва шахсони машғул дар соҳаи хизматрасонии ҷамъиятӣ мебошанд. Муайян гардид, ки дар байни ин гурӯҳҳо эҳтимолияти дер муайян гардани беморӣ нисбат ба аҳолии умумӣ 2,3 маротиба зиёдтар аст [5-М, 6-М, 14-М, 17-М, 19-М, 20-М, 23-М, 24-М].
3. Низомии амалкунандаи назорати шахсони тамосдошта дар манбаъҳои сироятии сил фарогирии пурраи таҳлисро, махсусан дар маҳалҳои деҳот, таъмин намеkunад. Дар 37,5% ҳолатҳо таҳлили шахсони тамосдошта сари вақт гузаронида намешавад ва басомади муқарраршудаи таҳлисҳо бинобар маҳдудати таҳкилӣ ва кадрӣ рӯя намегардад, ки самаранокии

пешгирии силро ба таври назаррас паст менамояд [7-М, 10-М, 13-М, 15-М, 16-М, 22-М].

4. Ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнӣ беном барои назорати тамосҳо ва пешгирии сироятёбӣ ҳангоми ҳамзистӣ/ҳамбудубош бо бемори гирифтори шакли фаъоли сил дар якҷоягӣ бо корҳои иттилоотӣ маърифатӣ дар байни аҳоли имконият дод, ки фарогирии ташҳиси шахсони тамосдошта аз 61,2% то 87,4% зиёд гардида, ҳиссаи муайянсозии шаклҳои барвақтии беморӣ 24,3% баланд бардошта шавад [11-М, 18-М, 21-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Тавсия дода мешавад, ки «пурсишномаи онлайнӣ беном»-и таҳияшуда барои назорат ва ташҳиси шахсони тамосдошта ба амалияи ҳамарӯзаи хадамоти зидсилии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо афзалият барои ноҳияҳои деҳот, ки дар онҳо норасоии кадрҳо бештар эҳсос мегардад ва ҳамкориҳои байниидоравӣ ба таври кофӣ ба роҳ монда нашудааст, ҷорӣ карда шавад.
2. Мақсаднок аст, ки феҳристи ягонаи электронии шахсони тамосдошта бо имконияти мониторинги гузаштани ташҳисҳо, гузаронидани чорабиниҳои профилактикӣ ва таҳлили динамикаи вазъияти эпидемиологӣ оид ба сил дар сатҳи ноҳия ва вилоят таъсис дода шавад.
3. Зарур аст, ки такмили ихтисоси мунтазами табибони марҳилаи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ ва фтизиатрҳо бо дохил намудани алгоритмҳои муносири пешбурди шахсони тамосдошта ва муайянсозии барвақтии сил ба барномаҳои таълимӣ ташкил карда шавад.
4. Зарур аст, ки ҳуҷҷатҳои меёрий-методӣ таҳия ва тасдиқ карда шаванд, ки ҳамкориҳои байни сохторҳои ХДНЭС, муассисаҳои зиддисилӣ ва сохторҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ ҳангоми гузаронидани чорабиниҳои профилактикӣ оид ба бемории сил ба таври мушаххас танзим намоянд.
5. Тақозо мегардад, ки корҳои санитарӣ фаҳмондадихӣ дар байни аҳоли, пеш аз ҳама дар байни гурӯҳҳои осебпазир ва декретӣ, бо истифодаи васеи

технологияҳои муосири коммуникатсионӣ ва маводи иттилоотии аёни тақвият дода шавад.

6. Ҳангоми банақшагирии чорабиниҳои профилактикӣ, ташаккули таъминоти кадрӣ ва заминаи моддию техникии барномаҳои ҳудудии мубориза бар зидди бемории сил тавсия дода мешавад, ки нишондиҳандаҳои ҳисобшудаи шумораи шахсони тамосдошта (12 ва 16 нафар), ки барои муайян намудани як ҳолати сили ғайри заруранд, истифода бурда шаванд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда мақсаднок аст, ки ҳангоми навосии барномаҳои таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ, инчунин ҳангоми таҳия ва ислоҳи стратегияҳо ва барномаҳои минтақавӣ оид ба мубориза бар зидди сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода карда шаванд.

РҶҲАТИ АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА

1. Гуломзода, Б. З. Тенденции основных эпидемиологических показателей и факторов риска развития туберкулёза в разных странах мира и в Таджикистане [Текст] / Б. З. Гуломзода // Симург. – 2023. – № 20(4). – С. 175–181.
2. Интеграция противотуберкулёзной службы и общей лечебной сети в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев [и др.] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2019. – № 9(2). – С. 126–132.
3. Закономерности эпидемического процесса и эффективность лечения больных туберкулёзом с разными спектрами лекарственной устойчивости в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2023. – Т. 101, № 2. – С. 73–79.
4. Национальная программа защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на 2021–2025 годы, утверждённая Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года № 49. – Душанбе, 2021. – 75 с.

5. Отчётные данные ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулёза» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. – Душанбе, 2023. – 32 с.
6. Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора в очагах туберкулёзной инфекции на примере районов Кулябской зоны Хатлонской области [Текст] / Б. З. Гуломзода [и др.] // В материалах XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. – Душанбе, 03.05.2024. – Т. 2. – С. 176.
7. Braganza Menezes, D. Contact tracing strategies in household and congregate environments to identify cases of tuberculosis in low- and moderate-incidence populations [Text] / D. Braganza Menezes, B. Menezes, M. Dedicoat // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2019. – Issue 8. – CD013077. – 28 p. – DOI: 10.1002/14651858.CD013077.pub2.
8. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis [Text] / G. J. Fox [et al.] // European Respiratory Journal. – 2013. – Vol. 41, № 1. – P. 140–156. – DOI: 10.1183/09031936.00070812.
9. Passive versus active tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy among household contacts in a rural district of Malawi [Text] / R. Zachariah [et al.] // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2023. – Vol. 7, № 11. – P. 1033–1039.
10. Storla, D. G. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis [Text] / D. G. Storla, S. Yimer, G. A. Bjune // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – Art. 15.
11. World Health Organization. Global Plan to End TB 2018–2022: The Paradigm Shift. – Geneva: World Health Organization, 2018. – 180 p.
12. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023 [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2023. – 57 p. – URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023> (date of access: 21.07.2024).

13. World Health Organization. Standardized package of community-based support services to improve tuberculosis outcomes [Text]. – Geneva: WHO, 2023. – 102 p.
14. World Health Organization. WHO Operational Handbook on Tuberculosis. Module 2: Screening – Systematic Screening for Tuberculosis Disease [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2021. – 135 p. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676> (date of access: 21.07.2024).

Интишорот оид ба мавзӯи диссертатсия:

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М] Саидова С. Н. Порядок организации отслеживания контактов из очагов туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев, С. Н. Саидова. С.Г. Шукуров, Б.И. Исаева // Симург. – 2023. - №19(3). – С.85-92.

[2-М] Саидова С. Н. К вопросу о вовлечённости службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора в работу в очагах туберкулёзной инфекции на примере районов Кулябской зоны Хатлонской области [Текст] / Б. З. Гуломзода, С. Н. Саидова, С. Дж. Пулатова // Наука и инновация – 2024. – №2, С.55-60.

[3-М] Саидова С. Н. Самаранокии корҳои пешгирӣ дар манбаъҳои эпидемикии бемории сил дар шаҳру ноҳияҳои минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон ва роҳҳои мукамалсозии онҳо [Матн] / О. И. Бобохоҷаев, Б. З. Гуломзода, С. Н. Саидова // Авҷи Зухал. – 2024. – №2 (55) – С.94-97.

[4-М] Саидова С. Н. К вопросу организации активного скрининга туберкулёза с учётом ключевых и индивидуальных уязвимостей [Текст] / О. И. Бобоходжаев С. Н. Саидова, Н. Н. Абдуллоев, Б. З. Гуломзода, Ё. Ф. Расулов, С. Г. Шукуров // Здравоохранение Таджикистана – 2024. – № 4 (363) – С.18-21.

[5-М] Саидова С.Н. Эффективность применения искусственного интеллекта для интерпретации рентгенограмм органов грудной клетки при раннем выявлении

COVID-19, туберкулёза и других заболеваний лёгких. [Текст] / Н.Н. Абдуллоев, О. И. Бобоходжаев, С. Дж. Пулатова, С. Н. Саидова // Симург – 2024. – №27 (3) – С.86-95.

[6-М] Саидова С. Н. Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в Республике Таджикистан и её зависимость от уровня социально-экономического статуса населения [Текст] / О. И. Бобоходжаев, С. Р. Наимов, С. Н. Саидова, А. С. Раджабзода, С. Г. Шукуров // Симург – 2025. – № 26 (2) – С.88-93.

[7-М] Саидова С.Н. Оценка правовой среды для защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев, С. Н. Саидова, С. Р. Наимов // Симург – 2025. – №27 (3). – С.140-147.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмуаҳои конференсияҳо

[8-М] Саидова С. Н. Особенности эпидемиологии туберкулёза в мире и в Таджикистане [Текст] / Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике» с международным участием. Душанбе – 2023. – Т. 2. – С.572-573.

[9-М] Саидова С.Н. Распространенность туберкулёза в мире [Текст] / С.Н. Саидова, Ф.Дж. Шарифзода // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ «ХГМУ» (IV-ая годичная) посвящённой 32-летию Государственной независимости РТ. Дангара – 2023. – Т. 2. – С.430-431.

[10-М] Саидова С. Н. Опыт противотуберкулёзной службы при возможных вспышках респираторных инфекционных заболеваний с учётом извлечённых уроков в период пандемии COVID-19 [Текст] / С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев, С.Р. Раджабзода, С.Дж. Пулатова // Вестник Академии наук Молдовы, медицинские науки. Кишинёв – 2023.– № 3(77) – С.55-58.

[11-М] Саидова С.Н. Этапы внедрения национального регистра по туберкулёзу в Республике Таджикистан [Текст] / С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров, С.Дж. Пулатова // Вестник Академии наук Молдовы, медицинские науки. Кишинёв – 2023. – № 3(77) – С.43-46.

[12-M] Саидова С.Н. Заболеваемость туберкулёзом контактных лиц в очагах туберкулёзной инфекции [Текст] / С.Н. Саидова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». Душанбе – 2024. – С.307.

[13-M] Саидова С. Н. К вопросу о расчёте среднего числа отслеживания контактов в сельских очагах туберкулёзной инфекции, необходимых для выявления одного случая активного туберкулёза в Республике Таджикистан [Текст] / С. Н. Саидова // Альманах молодой науки – 2024. – №1, – С.50-51

[14-M] Саидова С.Н. Таҳлили омории бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Матн] / С.Н. Саидова, Ф. Ҷ. Шарифзода // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе – 2024. – Т. 2. – С.313.

[15-M] Саидова С.Н. К вопросу об активном скрининге на туберкулёз с учётом основных и индивидуальных факторов уязвимости [Текст] / С.Н. Саидова // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе – 2024. – Т.2. – С.313.

[16-M] Саидова С.Н. Выделение групп лиц с индивидуальной уязвимостью к туберкулёзу, подлежащих систематическому активному скринингу [Текст] / С.Г. Шукуров, Н. Н. Абдуллоев, С.Н. Саидова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе – 2024. – Т.2. – С.406-407.

[17-M] Saidova S. N. Similarities in measures to prevent the spread of COVID-19 and tuberculosis [Text] / O.I. Bobokhojaev, S.J. Pulatova, S.N. Saidova // CME Journal of Clinical Case Report. – 2024. – Vol.1, Issue 1. – P.1-3.

[18-М] Саидова С. Н. Внедрение национального плана реагирования на пандемию инфекционных заболеваний в Республике Таджикистан [Текст] / Ю. Ю Мирзоалиев, С. Дж. Пулатова, С. Н. Саидова // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе – 2024. – Т. 2. – С.297-298.

[19-М] Саидова С. Н. Эффективность отслеживания семейных контактов от больных с активным туберкулёзом в Республике Таджикистан [Текст] / Х. М. Хафизов, С. Н. Саидова, С. Г. Шукуров, Б. З. Гуломзода // Сборник тезисов IXXXV научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины–2024». Санкт-Петербург – 2024. – С.74-75.

[20-М] Саидова С. Н. К вопросу об интеграции эпидемиологического надзора за туберкулёзом среди людей и животных в регионах Республики Таджикистан. [Текст] / Б.З. Гуломзода, Ё.Ф. Расулов, С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев, Л. Ш. Укуматшоева // Наука и образование. Душанбе – 2024. – № 4. Т.1. – С.456-466.

[21-М] Саидова С. Н. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Таджикистан [Текст] / С.Н. Саидова // Материалы XX (юбилейная) научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Душанбе – 2025.– Т.2. – С.317.

[22-М] Саидова С. Н. Информированность населения о туберкулёзе в Республике Таджикистан [Текст] / Саидова С.Н., Аминбекзода Н. // Материалы XX (юбилейная) научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Душанбе – 2025.– Т.2. – С.319.

[23-М] Саидова С. Н. Ключевые и уязвимые группы в контексте туберкулёза: правовой и программный подход в Таджикистане. [Текст] // Материалы годичной (73-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Наука и образование для здоровья нации» с международным участием. Душанбе – 2025. – Т.2. – С. 321-322.

[24-М] Саидова С. Н. Обзор эпидемиологической ситуации и особенностей ключевых популяций по туберкулёзу в Республике Таджикистан [Текст] // Материалы годичной (73-ой) научно-практической конференции «Наука и образование для здоровья нации» с международным участием. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе– 2025. – Т.2. – С. 322-323.

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ:

1. Саидова С.Н. Способ совершенствования определения риска развития туберкулёза путём разработки анонимного онлайн-опросника / О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров, Б.И. Сафаров // Рационализаторское предложение № 3620/ R1108 от 12.02.2025г.
2. Саидова С.Н. Способ автоматизации информационной логистики в борьбе с туберкулёзом / О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров // Рационализаторское предложение № 3619/R1107 от 12.02.2025г.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО, АЛОМАТҲОИ ШАРТӢ

БС– бемории сил

ВТваҲИА ҚТ– Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ВНМО – вируси норасоии масунияти одам

ТУТ – Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ

ДОТС (DOTS) – курси кӯтоҳмуддати химиотерапия таҳти назорат

ДЗС – доруҳои зидсилӣ

УД – устувории доруй

МБС – микобактерияи сил

СБУД – сили дорoi устувории бисёркаратаи доруй

ТЭ –таносуби эҳтимолиятҳо

ФЭ –фосилаи эътимодӣ

ШТУ – шабакаи табобати умумӣ

КАТС – кумаки аввалияи тиббию санитарӣ

ЧТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

РУ-СБ – сили ба рифампицин устувор

ХНДСЭ – Хадамоти назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ

АННОТАЦИЯ
автореферата Саидовой Саёры Низомудиновны
на тему: «Оптимизация профилактических мероприятий путём
отслеживания контактов больных туберкулёзом в Республике
Таджикистан»

Ключевые слова: туберкулёз, контактные лица, отслеживание контактов, профилактика туберкулёза, туберкулёзная инфекция, активный скрининг, группы риска, эпидемиологический надзор, онлайн-опросник, организация здравоохранения.

Цель исследования. Совершенствование организации профилактических мероприятий в очагах туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан.

Методы исследования и оборудование. Проведено комплексное многоэтапное исследование, включающее ретроспективный анализ данных Национального ТБ-регистра, кросс-секционное анкетирование контактных лиц и проспективную оценку эффекта внедрения анонимного онлайн-опросника. В исследование включены 620 больных активной формой туберкулёза лёгких и 7440 контактных лиц из восьми пилотных районов Республики Таджикистан, включая подвыборку из 530 анкетированных лиц. Оценивали социально-демографические характеристики, характер и длительность контакта с больным, наличие клинических симптомов и факторы риска инфицирования. Статистическая обработка выполнена в Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) и Microsoft Excel 2016 с использованием критериев Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, χ^2 Пирсона, точного критерия Фишера и расчёта отношения шансов (ОШ, 95% ДИ); значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в Республике Таджикистан проведена комплексная оценка эффективности отслеживания контактов больных туберкулёзом. Установлено, что на одного больного активной формой туберкулёза в среднем приходится 12 контактных лиц в домохозяйстве и около 16 близких внешних контактов. Определены основные факторы риска инфицирования контактных лиц: взрослый возраст, принадлежность к группам повышенной уязвимости, миграционный опыт и наличие клинических симптомов. Выявлены правовые и организационные барьеры доступности противотуберкулёзных услуг. Разработан и апробирован анонимный онлайн-опросник, применение которого позволило повысить охват обследованием контактных лиц с 61,2% до 87,4% и увеличить выявляемость ранних форм туберкулёза.

Рекомендации по использованию. Результаты исследования рекомендуется использовать в деятельности противотуберкулёзной службы, организаций первичной медико-санитарной помощи и органов санитарно-эпидемиологического надзора. Разработанный онлайн-опросник рекомендуется внедрить в практику учреждений здравоохранения.

Область применения: общественное здоровье и организация здравоохранения, эпидемиология, фтизиатрия и профилактическая медицина

АННОТАТСИЯИ

автореферати Саидова Саёра Низомудиновна

дар мавзуи: «Оптимизатсияи чорабиниҳои профилактикӣ тавассути назорат кардани шахсони бо беморони сил тамосдошта дар Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Калимаҳои калидӣ: сил, шахсони дар тамосбуда, назорати тамосҳо, пешгирии сил, сирояти силӣ, скрининги фаъол, гурӯҳҳои хавф, назорати эпидемиологӣ, онлайн-пурсишнома, ташкили ҳифзи саломатӣ.

Мақсади таҳқиқот. Такмили ташкили чорабиниҳои профилактикӣ дар манбаъҳои сирояти силӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизот. Таҳқиқоти маҷмуии бисёрмарҳилавӣ гузаронида шуд, ки таҳлили ретроспективи маълумоти Феҳристи миллии бемории сил, пурсиши буришии шахсони тамосӣ ва арзёбии проспективи таъсири ҷорӣ намудани пурсишномаи онлайнӣ беомро дар бар мегирад. Ба таҳқиқот 620 нафар беморони гирифтори шакли фаъоли сили шуш ва 7440 нафар шахсони тамосӣ аз ҳашт ноҳияи пилотии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз ҷумла зеринтиҳобаи иборат аз 530 нафар шахсони пурсидашуда, дохил карда шуданд. Хусусиятҳои иҷтимоӣ-демографӣ, хусусият ва давомнокии тамос бо бемор, мавҷудияти аломатҳои клиникӣ ва омилҳои хавфи сироятёбӣ арзёбӣ гардиданд. Коркарди оморӣ дар барномаи Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) ва Microsoft Excel 2016 бо истифода аз меъёри Колмогоров–Смирнов, меъёри Манн–Уитни, меъёри χ^2 -и Пирсон, меъёри дақиқи Фишер ва ҳисобкунии таносуби имкониятҳо (ТЭ, 95% ФИ) анҷом дода шуд, фарқиятҳо ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағзҳои онҳо. Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон арзёбии ҳамаҷонибаи самаранокии пайгирии шахсони тамосдошта бо беморони гирифтори сил анҷом дода шуд. Муайян гардид, ки ба ҳисоби миёна ба як бемори гирифтори шакли фаъоли сил 12 нафар шахси тамосдошта дар дохили хонавода ва тақрибан 16 нафар шахси тамосдоштаи наздик берун аз хонавода рост меояд. Омилҳои асосии хавфи сироятёбии шахсони тамосдошта муайян карда шуданд, аз ҷумла синни калонсолӣ, мансубият ба гурӯҳҳои осебпазир, таҷрибаи муҳоҷират ва мавҷудияти аломатҳои клиникӣ. Монеаҳои ҳуқуқӣ ва ташкилии дастрасӣ ба хизматрасониҳои зиддисилӣ ошкор гардиданд. Пурсишномаи беноми онлайнӣ таҳия ва озмоиш гардида, истифодаи он имкон дод, ки фарогирии муоинаи шахсони тамосдошта аз 61,2% то 87,4% афзоиш ёфта, сатҳи ошкорсозии шаклҳои барвақти сил низ баланд гардад.

Тавсияҳо барои истифодаи амалӣ. Натиҷаҳои таҳқиқот барои истифода дар фаъолияти хадамоти зиддисилӣ, муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббии санитарӣ ва мақомоти назорати давлатии санитариро эпидемиологӣ тавсия карда мешаванд. Пурсишномаи беноми онлайнӣ барои ҷорӣ намудан ба фаъолияти амалии муассисаҳои тандурустӣ пешниҳод мегардад.

Соҳаи истифода: тандурустии ҷамъиятӣ ва ташкили ҳифзи саломатӣ, эпидемиология, фтизиатрия ва тибби профилактикӣ.

ANNOTATION
of the dissertation abstract by Saidova Sayora Nizomudinovna on the
topic: "Optimization of Preventive Measures through Contact Tracing of
Tuberculosis Patients in the Republic of Tajikistan"

Keywords: tuberculosis, contact persons, contact tracing, tuberculosis prevention, tuberculosis infection, active screening, risk groups, epidemiological surveillance, online questionnaire, healthcare organization.

Objectives of the study. To improve the organization of preventive measures in tuberculosis infection foci in the Republic of Tajikistan.

Research methods and equipment. A comprehensive multi-stage study was conducted, including a retrospective analysis of data from the National Tuberculosis Registry, a cross-sectional survey of contacts, and a prospective evaluation of the effect of implementing an anonymous online questionnaire. The study included 620 patients with active pulmonary tuberculosis and 7,440 contacts from eight pilot districts of the Republic of Tajikistan, including a subsample of 530 survey respondents. Socio-demographic characteristics, the nature and duration of contact with the index patient, the presence of clinical symptoms, and risk factors for Mycobacterium tuberculosis infection were assessed. Statistical analysis was performed using Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA) and Microsoft Excel 2016. Data were analyzed using the Kolmogorov–Smirnov test, the Mann–Whitney U test, Pearson’s χ^2 test, Fisher’s exact test, and odds ratio (OR) calculations with 95% confidence intervals (95% CI). Differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results and scientific novelty. For the first time in the Republic of Tajikistan, a comprehensive assessment of the effectiveness of contact tracing of tuberculosis patients was conducted. It was established that, on average, one patient with active tuberculosis has 12 household contacts and about 16 close external contacts. The main risk factors for infection among contact persons were identified: adult age, belonging to vulnerable population groups, migration experience and the presence of clinical symptoms. Legal and organizational barriers to access to tuberculosis services were revealed. An anonymous online questionnaire was developed and tested, the use of which made it possible to increase the coverage of contact examinations from 61.2% to 87.4% and improve the detection of early forms of tuberculosis.

Recommendations for application. The results of the study are recommended for use in the activities of tuberculosis control services, primary healthcare institutions and sanitary-epidemiological surveillance authorities. The developed online questionnaire is recommended for implementation in healthcare institutions.

Field of application: public health and healthcare organization, epidemiology, phthisiology and preventive medicine.