

**ГОУ “ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. АБУАЛИ ИБНИ  
СИНО”**

**УДК 616.24-002.5-084; 616-036.22**

**МАХМУДЗОДА ИСФАНДИЁР САФАРИ**

**ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ  
ТУБЕРКУЛЁЗА НА ДОСТУПНОСТЬ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ  
СРЕДИ МОЛОДЁЖИ И ПУТИ ЕЁ  
ОПТИМИЗАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**по специальности 14.02.02 – Эпидемиология**

**Душанбе – 2022**

Работа выполнена в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Научный руководитель:** **Бобоходжаев Октам Икрамович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Официальные  
оппоненты:**

**Лукьянов Николай Борисович** - доктор медицинских наук, профессор Медицинского института ФГБУВО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р.Державина» (шифр специальности - 14.02.02-эпидемиология).

**Пиров Кадридин Икрамович** – кандидат медицинских наук, врач-фтизиатр Центра по защите населения от туберкулеза района Джалоллидин Балхи, Хатлонской области (шифр специальности - 14.01.16-Фтизиатрия).

**Оппонирующая  
организация:**

Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «13» сентября 2022 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA–032 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: (734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки,139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj))

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

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022

**Ученый секретарь  
диссертационного совета, д.м.н.**

**Г.М. Усманова**

## Введение

### **Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.**

Туберкулёз (ТБ) занимает особое место среди так называемых социально-обусловленных болезней (Ерохин, В.В. 2006; Руководство по социальной педиатрии, 2010; Lonnoth, K., et al. 2010).

Следует отметить, что более 60% зарегистрированных лиц туберкулёзом в Таджикистане входят в возрастную группу 15-34 лет, это тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь (Здоровье населения и здравоохранение, 2018).

Нижняя возрастная граница молодёжи определяется с 15 лет, когда наступает физическая зрелость и человек может заниматься трудовой деятельностью (период выбора учиться или работать). Верхняя граница – определяется достижением экономической самостоятельности, профессиональной и личной стабильности (создание семьи, рождение детей) (Мощь 1,8 миллиарда..., 2014).

Следует отметить, что границы молодёжного возраста подвижны. Они зависят от социально-экономического развития общества, достигнутого уровня благосостояния и культуры, условий жизни людей (Молодёжь и риски для здоровья / ВОЗ, 2011).

Республика Таджикистан (РТ) считается одной из молодых стран в мире, средний возраст населения составляет 24,7 лет (Здоровье населения и здравоохранение, 2018). Молодые люди составляют около одной трети от общего количества населения и являются существенной частью человеческого капитала страны. Снижение качества жизни, ухудшение здоровья населения и другие процессы, складывающиеся в период социально-экономических преобразований в Таджикистане, ставят молодое поколение в разряд наиболее уязвимого контингента (Ульмасов, Р. 2011).

Таджикистан входит в число 18 стран Европейского Региона ВОЗ с высоким бременем ТБ и в число 27 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ в глобальном масштабе (WHO Global TB Control, 2015). В числе основных причин роста заболеваемости ТБ отмечена социально-экономическая нестабильность и связанные с ней ухудшение доступности к медицинским услугам, низкое качество предоставляемых услуг, усиление миграционных процессов и пр. (Recommendation for investing the contacts.../ WHO. 2012; The end TB Strategy / WHO. 2015; WHO European Ministerial Forum, 2009; WHO Global TB Control, 2015). Республика Таджикистан в последние годы 25-летия своей независимости переживает трудный период социально-экономического развития. Недостаток педагогических и медицинских специалистов, в особенности, в сельских местностях, оставил свой отпечаток на уровне информированности населения, в основном молодёжи, о качестве жизни и

социальных факторах, влияющих на его уровень, а также ухудшил доступность к профилактическим, лечебно-диагностическим и реабилитационным услугам (Сироджидинова, У. Ю., и соавт. 2015).

По предварительным данным количество трудовых мигрантов, выезжающих за пределы Таджикистана, оценивается от 750 тыс. до 1,0 миллиона человек, а это, в основном, молодёжь (Умаров, Х. 2010). Средний возраст мигранта выезжающего на заработки составляет 22 года (Организация Объединенных Наций, 2010). Среди всех зарегистрированных больных ТБ в 2016 году 19,2% составили трудовые мигранты (Здоровье населения и здравоохранение, 2011-2016).

Не исключается, что недостаточный уровень знаний и связанный с ним высокий уровень стигмы у молодёжи в вопросах ТБ, географические особенности Таджикистана (93% территории занимают горы) и экономические причины нередко являются причиной отказа их от своевременного обследования, что приводит к выявлению запущенных форм ТБ и увеличению сроков и стоимости лечения.

**Степень изученности научной проблемы.** По данным ВОЗ Таджикистан относится к странам с наиболее высоким уровнем распространенности ТБ в данном регионе. В 2014 г., по оценочным данным ВОЗ, заболеваемость ТБ составляла 91 на 100 тыс. населения. Следует отметить, что более 60% зарегистрированных лиц ТБ в РТ входят в возрастную группу 15-34 лет, это тот возрастной период, который объединяет возрастную группу молодёжь.

Известно, что на доступность населения и больных ТБ к медицинским услугам влияют многие факторы, включая и медико-социальные, однако исследования по оценке их влияния, ранжирования, по значимости, а также разработки превентивных мер в Таджикистане до настоящего времени не были проведены. Работа Закировой К.А. (2011) была посвящена декларации большого количества проблем, влияющих на рост заболеваемости ТБ в Республике Таджикистан в целом, таких как экономический кризис, а также рост числа безработных, низкий доход работающей части населения, отсутствие социальной поддержки, низкий материальный уровень населения, неполноценное питание, неудовлетворительное санитарное состояние населенных пунктов, а также недостаточная организация лечебной, профилактической, реабилитационной и социальной помощи больным ТБ (33). Однако эти исследования не касались такой уязвимой группы населения как молодёжь и не были подкреплены какими-то специально проведенными исследованиями среди молодёжи.

Таким образом, в Таджикистане, к сожалению, всё ещё не изучено влияние различных медико-социальных факторов риска развития ТБ среди молодёжи на их доступность к медицинским услугам. Особую актуальность приобретает проблема разработки эффективных профилактических противотуберкулёзных мероприятий в Республике Таджикистан, где сформировался значительный резервуар туберкулёзной инфекции, с возможно

высоким уровнем инфицированности к ТБ молодых людей с различным социальным статусом.

### **Теоретические и методологические основы исследования**

Уровень информированности молодёжи в Республике Таджикистан о качестве жизни и социальных факторах, влияющих на заболеваемость ТБ, а также доступность к профилактическим, лечебно-диагностическим и реабилитационным услугам повышается с учетом показателей заболеваемости, частоты встречаемости, которая основана на Национальных программах по ведению данной категории больных.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Изучить влияние медико-социальных факторов риска развития ТБ среди молодёжи на доступность к медицинским услугам в Республике Таджикистан и разработать пути её оптимизации.

### **Объект исследования**

Для понимания причин напряжённой ситуации по ТБ в Республике Таджикистан было проведено комплексное изучение социальных и медицинских факторов, влияющих на развитие ТБ, у 390 здоровых лиц, и ретроспективных данных историй болезни 200 больных ТБ. Возраст наблюдаемых лиц в обеих группах колебался от 15 до 34 лет. Мужчин в обеих наблюдаемых группах было соответственно 57,4% и 54,0%.

### **Предмет исследования**

Предметом исследования было изучение уровня инфицированности молодёжи к МБТ и влияние различных факторов риска на развитие ТБ.

### **Задачи исследования**

1. Изучить влияние высокой стигматизации молодёжи относительно факторов риска развития ТБ, географических и экономических особенностей Таджикистана на доступность к медицинским услугам.
2. Изучить уровень инфицированности молодёжи к МБТ.
3. Изучить индекс питания у молодёжи и больных ТБ той же возрастной группы и влияние его уровня на развитие ТБ.
4. Изучить влияние различных сопутствующих заболеваний на развитие ТБ.
5. Разработать комплекс мер по оптимизации доступности молодёжи к противотуберкулёзным услугам у жителей Республики Таджикистан.

### **Методы исследования**

В работе проводилось анкетирование и изучение индекса массы тела у 390 здоровых лиц, жителей разных регионов Таджикистана. У всех анкетированных лиц проводилась туберкулиновая проба. Также проведено анкетирование и измерение индекса массы тела у 200 больных ТБ. Кроме этого, проводилась оценка статуса питания и антропометрических показателей у исследуемых лиц, применялись клинико-лабораторные (общие анализы, биохимия крови) исследования.

### **Отрасль исследования**

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан

по специальности 14.02.02 – Эпидемиология: подпункт 3.1. – Закономерности возникновения и особенности распространения эпидемического процесса инфекционных и паразитарных болезней для выявления причин, условий и механизмов его развития. Подпункт 3.5. -Усовершенствование эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями, создание биологических и математических моделей эпидемического процесса, разработка противоэпидемических мероприятий (средств), а также новых организационных форм противоэпидемического (профилактического) обеспечения населения. Подпункт 3.7. – Разработка и усовершенствование противоэпидемических мероприятий (средств), а также новых организационных форм противоэпидемического (профилактического) обеспечения населения.

#### **Этапы исследования**

Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Была выявлена зависимость доступности к медицинским услугам населения от географических и экономических особенностей Таджикистана. При этом у молодёжи Таджикистана наблюдается высокий уровень инфицированности к МБТ.

#### **Основная информационная и экспериментальная база**

В работе была изучена информация (диссертации, защищённые в Республике Таджикистан, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о проблеме туберкулеза. Исследования проводились на базе НИИ профилактической медицины.

#### **Достоверность диссертационных результатов**

Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов изучения уровня инфицированности молодежи РТ и их доступности к медицинским услугам.

**Научная новизна исследования.** Впервые показано, что низкий уровень информированности и связанный с ним высокий уровень стигматизации среди молодёжи являются основными факторами, влияющими на доступность молодёжи к противотуберкулёзным услугам. Показана зависимость доступности к медицинским услугам населения от географических и экономических особенностей Таджикистана. Впервые показано, что у молодёжи Таджикистана выявлен высокий уровень инфицированности к МБТ, у них преобладает низкий индекс питания и при наличии заболеваний, сопутствующих развитию ТБ, таких как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ и сахарный диабет, риск развития активной формы ТБ становится высоким.

#### **Теоретическая ценность исследования**

Заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

**Практическая ценность исследования.** Подход к оптимизации доступности молодёжи к медицинским услугам должен быть интегрированным. Распространение информации и информационно-образовательного материала среди молодёжи, своевременное выявление инфицированных МБТ молодых лиц и проведение химиопрофилактики у них при сочетании с пониженным индексом массы тела позволяет предупредить развитие ТБ.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Низкий уровень информированности и высокая стигматизация молодёжи относительно факторов риска развития ТБ являются для молодёжи Республики Таджикистан основными причинными факторами, влияющими на доступность к медицинским услугам.
2. Географические и экономические особенности Таджикистана для обеспечения должной доступности населения к противотуберкулёзным услугам обязывают пересмотреть некоторые общепринятые подходы к выявлению и диагностике ТБ, которые заключаются в бесплатном скрининге всех лиц входящих в возрастную группу молодёжи и увеличении числа лабораторий по диагностике ТБ.
3. Наличие инфицированности к МБТ в сочетании с низким индексом массы тела, при наличии таких сопутствующих заболеваний как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ и сахарный диабет среди молодёжи Республики Таджикистан являются основными предикторами развития активных форм ТБ.
4. Для оптимизации доступности к медицинским услугам необходимо внедрить интегрированный подход, состоящий из выполнения последовательных шагов: мотивированное консультирование молодёжи по вопросам ТБ; оказание первичной специализированной лечебно-диагностической и медико-социальной помощи молодёжи из групп риска в ММКО при Центрах здоровья; межсекторальное сотрудничество с вовлечением общины, активных лиц переболевших ТБ, волонтеров, хукуматов, махаллинских советов, религиозных учреждений и общественных объединений.

**Апробация диссертации и информация об использовании её результатов**

Результаты исследований были доложены и обсуждены на Научно-практической конференции, посвященной 25-летию независимости РТ и 85-летию ТНИИ профилактической медицины (Душанбе, 2016), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза» с участием национальных и международных экспертов (Москва, 14 – 15 ноября 2017 г.), заседаниях кафедры фтизиопульмонологии Таджикского государственного университета им. Абуали ибни Сино (2018 г.). Работа была допущена к защите на заседании Ученого совета Таджикского НИИ профилактической медицины (2019 г.).

### **Опубликование результатов диссертации**

По теме диссертации опубликовано 9 работ, в том числе 3 работы опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК при президенте РТ.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 108 страницах машинописного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы и 3 глав собственных исследований, обсуждения результатов, заключения, списка литературы, включающего 208 источников (из них 109 отечественных и 99 зарубежных), приложения. Работа содержит 16 таблиц и 7 рисунков.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования**

Для понимания причин напряжённой ситуации по ТБ в Республике Таджикистан было проведено комплексное изучение социальных и медицинских факторов, влияющих на развитие ТБ у 390 здоровых лиц (1 группа), и ретроспективных данных историй болезни 200 больных ТБ (2 группа). Возраст наблюдаемых лиц в обеих группах колебался от 15 до 34 лет. Мужчин в обеих наблюдаемых группах было соответственно 57,4% и 54,0% (таблица 1).

**Таблица 1. – Характеристика данных респондентов**

Возрастные группы	Здоровые лица (1 группа)				Больные ТБ (2 группа)			
	абс. Число	%	муж. (абс./%)	жен. (абс./%)	абс. Число	%	муж. (абс./%)	жен. (абс./%)
15-18 лет	63	16,2	38/60,3	25/39,7	32	16,0	17/53,1	15/46,9
19-25 лет	215	55,1	126/58,6	89/41,4	108	54,0	60/55,6	48/44,4
26-34 лет	112	28,7	60/53,6	52/46,4	60	30,0	31/51,7	29/48,3
Всего:	390	100	224/57,4	166/42,6	200	100	108/54,0	92/46,0

При физикальном обследовании проводилось определение основных антропометрических показателей: использовали методологию оценки статуса питания с помощью «комбинированных индексов», разработанных в нашей клинике Бобоходжаевым О.И. и Нуралиевым М.М. (2016).

Биохимическое исследование крови у здоровых лиц и у больных ТБ осуществлялось на базе лаборатории Национального центра проблем туберкулёза, болезней лёгких и торакальной хирургии.

Для более детального анализа факторов риска развития ТБ у здоровых лиц нами были разработаны анкеты, которые содержат подробные сведения об информированности и стигме по ТБ. Анкеты были разработаны с целью определения препятствий, с которыми сталкивались наблюдаемые лица в отношении профилактики, диагностики или лечения вообще, и ТБ при необходимости. В начале каждого опроса у всех участников было взято информированное согласие. Четко разъяснялись цели и задачи исследования. Анкета состоит из 50 вопросов и позволяет оценить социально-экономическое



положение семьи и условия, в которых проживают анкетированные. Анкета позволяла оценить уровень информированности о ТБ среди здоровых лиц. Углубленные опросы для тех, кто был в трудовой миграции, были анализированы с целью определения таких вопросов, как недостаток денежных средств, для оплаты частных консультаций, экономическая необходимость выезда за пределы страны в качестве трудового мигранта, отсутствие знаний об излечимости туберкулёза или страх перед общественной стигмой и возможностью стать социальными изгоями.

### **Социально-экономический статус молодёжи, уровень их информированности о туберкулёзе и связанный с ней уровень стигмы**

Опрос здоровых лиц выявил, что лишь 10,8 % из них имели высшее образование, 25,6 % - среднее специальное, остальные среднее и ниже среднего. Большинство опрошенных лиц проживали в сельской местности (76,9%). Уровень жизни анкетированных здоровых лиц оценивался в соответствии заработной платы покрытием нужд семьи. Опрос показал, что ни один из анкетированных лиц не оценил свою заработную плату как соответствующую покрытиям нужд семьи. При этом основными нуждами семьи были названы еженедельная покупка необходимых продуктов питания, ежемесячная покупка необходимых непродовольственных товаров, ежедневные необходимые транспортные расходы и другие услуги (Закон Республики Таджикистан «О прожиточном минимуме» // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 2009 год, № 5. Ст. 328). К сожалению, потребительская корзина для молодёжи в Таджикистане не рассчитана и мы осознаем, что ответы на указанные вопросы являются весьма субъективными. В связи с этим, у опрошенных лиц место обучения или работы было ранжировано следующим образом: 334 человек или 85,6% работали и остальные 56 человек или 14,4 % учились. Среди работающих и учащихся мужчин и женщин было примерно одинаковое число. Из числа работающих 143 чел. Или 42,8% работали в качестве каких-либо специалистов, другие 191 чел. Или 51,2% – как подсобные рабочие. Из 191 работающих в качестве подсобных рабочих 87 человек (45,5%) были вынуждены выехать за пределы страны в качестве трудового мигранта. Основной страной миграции респондентов была Российская Федерация.

По длительности пребывания миграции 46 (52,9%) трудящихся-мигрантов находились более одного года, 24 (27,6 %) – от 6 месяцев до 1-го года, остальные 17 (19,5 %) – менее 6 месяцев. Основная причина возвращения мигрантов в Таджикистан состояла по семейным обстоятельствам 41 человек (47,1%). В 18 случаях (20,7%) – это была потеря рабочего места, 11 человек (12,6%) заявили о проблемах со здоровьем; 3 человека (3,4%) были депортированы в Таджикистан, 8 человек (9,2%) вернулись в Таджикистан, обвиняя финансовый кризис в России, и 6 человек (6,9%) вернулись по другим причинам. Только 47 чел. (54,0%) прошли медицинский осмотр для трудоустройства. Наибольшая доля опрошенных мигрантов, т.е. 64 человека (73,6%), работали в строительной отрасли. Другие были трудоустроены в разных сферах.

Уязвимость к ТБ среди трудовых мигрантов устанавливалась посредством вопросов о питании, жилищных условиях и контактах с больным туберкулёзом в активной фазе. Большинство мигрантов, т.е. 58 человек (66,7%), получали достаточное питание (трехразовое в день), 26 человек (29,9%) получали двухразовое питание в день, а 3 человека (3,4%) питались только один раз в день. Опрос жилищных условий показал, что лишь 11,5% мигрантов имели возможность снимать квартиру или комнату и остальные жили в скученных, плохих бытовых условиях. Более 20% мигрантов, т.е. 18 человек (20,7%), сообщили о том, что контактировали с человеком, больным ТБ.

Всем 390 опрошенным задавали вопрос с несколькими вариантами ответов относительно признаков и симптомов ТБ с заранее составленным списком симптомов заболевания. 213 человек в качестве симптома указали кашель, 173 человека указали в качестве симптома «кашель в течение более трех недель». Из них 72 респондента указали на «кашель», и «кашель в течение более трех недель» как симптомы ТБ. Отсюда следует, что 315 чел. (80,7%) знали, что симптомом ТБ является кашель.

Знания респондентов относительно путей передачи ТБ были сочтены слабыми. 62,7% человек правильно знали, что ТБ может передаваться воздушным путем, когда больной ТБ кашляет или чихает. Тем не менее, 70% опрошенных ошибочно считали, что общее использование посуды может передать ТБ. Другие ошибочные убеждения относительно передачи ТБ заключались в следующем: 66,4% полагали, что ТБ может передаваться при приеме пищи из одной тарелки; 18,7% считали, что ТБ можно заразиться через рукопожатие, а 13,8% полагали, что это может случиться при прикосновениях к предметам в общественных местах, таких как дверные ручки или поручни в транспорте. 8,8% опрошенных сообщили, что не знают, как может передаваться ТБ.

69,4% опрошенных полагали, что ТБ может заразиться кто угодно. Кроме того, определенные группы населения были названы как группы риска, подверженные ТБ, такие как бедные (46,4%), бездомные (24%), алкоголики (24%), наркоманы (11,8%), ВИЧ-инфицированные (16,7%) и лица, находившиеся в местах заключения (17,8%).

262 опрошенных (67,2%) считали ТБ очень серьезным заболеванием. 104 человека (26,7%) считали относительно серьезным. 14 человек (3,7%) не считали ТБ очень серьезной инфекцией и 9 человек (2,4%) не знали.

Из 390 опрошенных 324 (83,1%) утвердительно ответили на вопрос, можно ли излечить ТБ. Тем не менее, только 270 человек (69,4%) точно знали, что туберкулёз можно излечить специальными лекарственными препаратами, выдаваемыми в центрах здоровья, и только 189 человек (48,5%) правильно указали, что для излечения ТБ необходимо полное завершение всех этапов лечения.

Ошибочные убеждения относительно того, как может быть излечен ТБ, включали в себя применение лечебных средств из трав, покой дома без

медикаментов, религиозное лечение, другие более странные убеждения, такие как употребление мяса собаки. 6,7% не знали, что ТБ можно излечить.

Большинство опрошенных лиц, т.е. 265 человек (67,9%), в основном, узнали о ТБ благодаря телевидению.

Другими источниками информации были следующие:

- 218 человек (55,8%) узнали от медработников;
- 152 человека (38,9%) узнали в семье, от друзей, соседей или коллег;
- 191 человек (37,5%) узнали из газет и журналов;
- 113 человек (28,9%) – из радио;
- 56 человек (14,5%) прочитали на досках объявлений;
- 133 человека (34,2%) узнали из брошюр, плакатов или других печатных материалов и 37 человек (9,6%) – от учителей.
- 304 респондента (77,9%) указали, что телевидение входит в первую тройку наиболее действенных путей по эффективному охвату людей информацией о ТБ. 239 человек (61,3%) сообщили, что информация о ТБ эффективно передается с помощью медработников, а 140 человек (35,9%) указали радио. Письменные источники информации были сочтены менее эффективными: 123 человека (31,5%) узнали из газет и журналов, 98 (25,1%) – из брошюр, плакатов и других печатных материалов, и только 59 (15,1%) – из досок для объявлений. Информация, полученная от членов семьи, друзей, соседей и коллег, была заявлена эффективным источником информации о ТБ для 126 респондентов (32,3%). Другие источники информации включают духовных лидеров для 25 человек (6,4%), учителей – для 36 человек (9,2%) и НПО – для 2 человек (0,4%).
- Большинство опрошенных лиц, т.е. 276 человек (70,7%), почувствовали бы уныние или безнадежность, если бы у них обнаружился ТБ. Другой распространенной реакцией было чувство страха, смущения, удивления и стыда. Большинство опрошенных лиц – 320 человек (82,0%) обсудили бы свою болезнь с врачом или другим медицинским работником. Только 5 человек (1,2%) указали, что они ни с кем не говорили бы о своей болезни, если бы у них обнаружился ТБ. Более половины респондентов – 221 человек (56,6%) указали, что они знали людей, у которых есть или был ТБ. 182 человека (46,8%) среди опрошенных лиц ответили, что большинство людей в общине относились бы к больному ТБ дружелюбно, но, конечно, опасаясь заболеть. 153 респондента (39,3%) указали, что община, в основном, поддерживает и помогает людям, больным ТБ. 47 человек (12%) указали, что большинство людей в общине отвергали бы больных ТБ. 5 респондентов (1,2%) были бы безразличны к больным ТБ и не помогали и не беспокоились бы о них. 3 (0,8%) не знали, как отнеслась бы их община к больным ТБ. Когда опрашиваемых лиц попросили указать, какое из высказываний наиболее близко отражает их отношение к людям, больным ТБ, было получено множество разнообразных ответов.

### **Уровень инфицированности организма у молодёжи МКБ**

Следующим этапом наших исследований было изучение проведения туберкулиновой пробы всем 390 опрошенным здоровым лицам (таблица 2).

**Таблица 2. – Результаты туберкулинодиагностики у здоровых лиц**

Результаты пробы Манту	Половозрастные группы											
	15-18 лет				19-24 лет				25-34 лет			
	муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
	Абс	%	Абс	%	абс.	%	абс	%	абс.	%	абс.	%
Отрицательная	32,0	8,23±1,2	33,0	8,46±1,3	36,0	9,23±1,3	39,0	10,1±1,4	44,0	11,3±1,3	43,0	11,0±1,3
Положительная	8,0	2,08±0,6	11,0	2,81±0,4	9,0	2,31±0,5	13,0	3,34±1,0	11,0	2,82±1,0	14,0	3,58±0,92
Резко положительная	16,0	4,10±2,2	15,0	3,84±2,3	11,0	2,82±2,0	13,0	3,33±2,1	9,0	2,31±1,8	8,0	2,05±1,8
Гиперергическая	5,0	1,28±0,5	8,0	2,05±0,2	4,0	1,02±0,4	3,0	0,77±0,3	2,0	0,54±0,4	3,0	0,77±0,3

При интерпретации результатов пробы Манту наряду с вышеуказанными в таблице результатами мы допускали факт, что могут наблюдаться случаи ложноположительных и ложноотрицательных результатов. При дифференциальной диагностике подобных ситуаций и латентной туберкулёзной инфекции (инфицирования) мы учитывали факты, свидетельствующие в пользу туберкулёзного инфицирования – это:

- наличие в семье пациента больных ТБ родственников или переболевших;
- пациенты, имевшие контакт с больным ТБ;
- долгий период, прошедший с момента вакцинации БЦЖ;
- выраженная или гиперергическая реакция Манту.

Таким образом, как видно из данной таблицы, латентная туберкулёзная инфекция среди 390 здоровых лиц выявлена у 163 лиц или около 42% исследованных, у 227 лиц (58,2%) проба была отрицательной.

### **Влияние наличия сопутствующих заболеваний на развитие ТБ**

Следующим этапом нашего изучения было обнаружение связи развития ТБ с наличием сопутствующих заболеваний. Данное исследование проведено по изучению историй болезни 200 больных ТБ.

Из 200 больных ТБ, в анамнезе заболевания сопутствующие болезни, которые предшествовали развитию ТБ, были отмечены у 68 больных: ВИЧ-инфекция – у 11 больных, сахарный диабет – у 12 больных, ХОБЛ – у 36 больных, заболевания печени – у 6, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 3 больных.

После сопоставления этих данных с многочисленными литературными сведениями мы заключили, что взаимосвязь между развитием ТБ может быть связана с предварительной ВИЧ-инфицированностью, с наличием ХОБЛ, а также сахарным диабетом. Сведений о взаимосвязи развития ТБ с другими заболеваниями, отмеченными у наших больных, в доступной нам литературе мы не нашли.

### **Индекс питания у молодёжи – больных туберкулёзом**

Следующим этапом наших исследований было определение статуса питания у 200 больных ТБ и сопоставление их с таковыми у 390 здоровых лиц. Как мы указывали ранее, расчеты статуса питания производились нами с применением

следующих показателей: окружность плеча (ОП), окружность мышц плеча (ОМП), индекс массы тела (ИМТ) и толщина кожно-жировой складки над трицепсом (ТКЖСТ). Таким образом, полученные данные представлены в таблице 3.

**Таблица 3. -Антропометрические показатели статуса питания у здоровых лиц (n=390) и больных ТБ (n=200)**

Методы исследования	Половозрастные группы											
	15-18 лет				19-24 лет				25-34 лет			
	муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
	Здоровые	Больные	Здоровые	Больные	Здоровые	Больные	Здоровые	Больные	Здоровые	Больные	Здоровые	Больные
ИМТ	22,7±2,8	17,0±1,2	23,8±2,9	17,5±1,3	22,2±2,7	16,6±1,3	24,1±2,8	16,9±1,4	24,8±2,7	17,6±1,3	25,7±2,8	17,7±1,3
ТКЖСТ мм	8,5±0,88	5,1±0,65	11,0±1,1	6,0±0,40	9,7±0,95	8,5±0,5	13,4±1,5	11,5±1,0	11,3±1,4	10,5±1,0	14,6±1,7	10,5±0,92
ОП, см	26,1±3,2	21,7±2,2	25,8±3,0	24,2±2,3	28,2±3,6	22,9±2,3	27,4±3,4	23,3±2,4	29,1±3,8	23,8±2,3	28,2±3,7	24,4±2,3
ОМП, см	25,1±2,7	18,0±1,4	21,1±2,4	17,5±1,2	24,1±2,6	18,0±1,4	22,0±2,4	19,1±1,3	25,2±2,5	20,8±1,5	23,3±2,4	21,5±1,5

Интерпретация полученных данных сводится к описанию тенденции к снижению или увеличению исследуемых показателей у больных ТБ лёгких при сравнении их с таковыми показателями у здоровых лиц. Таким образом, все изучаемые антропометрические показатели у больных были статистически достоверно ниже, чем у здоровых лиц.

Используемая нами методология включает также исследование биохимических показателей, отражающих белковый и жировой обмены веществ. При таком подходе, интегрируя эти данные с антропометрическими показателями, можно интерпретировать о наличии или отсутствии белково-энергетической недостаточности (БЭН).

Изучаемые биохимические маркеры белкового и жирового обмена веществ у наших больных были достоверно снижены при сравнении с таковыми показателями у здоровых лиц, что также свидетельствует о наличии БЭН.

Таким образом, БЭН легкой степени констатирована лишь у 10,3% мужчин и у 9,2% женщин среди здоровых лиц, а также БЭН разной степени тяжести у 44,5% мужчин и 40,0% женщин среди больных ТБ лёгких. При этом у больных ТБ лёгких преобладала средняя тяжесть БЭН.

Проведенные нами исследования позволяют заключить, что основными предикторами развития ТБ среди молодёжи Таджикистана являются низкий социальный статус и связанный с ним высокий уровень трудовой миграции, низкий уровень информированности о ТБ и связанный с ними высокий уровень стигмы; высокий уровень инфицированности МБТ; наличие таких



сопутствующих заболеваний как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ и сахарный диабет; средняя тяжесть недостаточности питания.

### **Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза среди молодёжи на доступность к медицинским услугам**

Доступность молодёжи к противотуберкулёзным услугам мы изучили путем анкетирования 390 здоровых лиц. Только 182 (46,7%) из 390 опрошенных лиц указали, что их работодатель или администрация учебного заведения обеспечили социальные гарантии или пособия на случай какой-либо болезни в виде справок или выдачи больничных листов временной нетрудоспособности. Из опрошенных лиц 295 человек (75,6%) заявили, что их работодатель оплачивал медицинские услуги, а 95 человек (24,4%) утверждали, что они получали оплачиваемый отпуск по болезни.

Из 73 (18,7%) респондентов, обратившихся за медицинской помощью по поводу какого-либо заболевания, 56 человек (76,7%) должны были платить за полученные услуги, 17 человек (23,3%) получили бесплатные услуги.

Большинство из 240 опрошенных лиц, заболевших каким-либо заболеванием ранее, ответили, что стоимость лекарственных препаратов и медицинских услуг была очень высокой.

Среди всех опрошенных лиц 283 человека (72,6%) сообщили о том, что имели ограниченный доступ к медицинским услугам. Наряду со стоимостью услуг, были названы также психологические, географические препятствия и барьеры, связанные с незнанием.

На вопрос о том, сдавали ли они когда-либо анализы, перечисленные выше, 170 опрошенных лиц (43,6 %) ответили, что проверялись на ВИЧ, 137 человек (35,2%) – на ИППП, 114 человек (29,3%) – на гепатит С, и 22 человека (5,7%) сдавали мазок мокроты на микроскопический анализ на наличие ТБ.

177 человек (45,4%) указали, что они обязательно обратились бы за медицинской помощью как только осознали, что их симптомы могут быть связаны с ТБ. 95 человек (24,4%) подождали бы продолжения симптомов в течение 3-4 недель до того, как обратиться за медицинской помощью. 54 человека (13,9%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами ТБ, когда не подействовало бы самолечение. 53 человека (13,6%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами ТБ, когда не смогли бы продолжать работать или учиться или были в очень плохом состоянии. 11 человек (2,8%) указали, что они не обратились бы в медицинское учреждение. Относительно группы из 11 человек, которые указали, что не обратились бы в медицинское учреждение, если бы обнаружили симптомы ТБ для 5 (45,4%), причина состояла в стоимости, 4 (36,3%) не обратились бы в медицинское учреждение, потому что не хотели узнать, что у них обнаружится что-то серьезное. Другие причины решения не обращаться в медицинское учреждение включали в себя незнание куда идти, транспортные вопросы или невозможность оставить работу.

Убеждения респондентов в отношении стоимости диагностики и лечения ТБ различались. Хотя большинство 250 человек (64,2%) полагали, что

стоимость была от умеренной до очень высокой. 5 респондентов указали, что препараты должны быть бесплатными, но они продаются больным. Препараты бесплатные, но лечение платное, и поэтому дорогостоящее.

Таким образом, доступность к медицинским услугам, в общем, и к противотуберкулёзным услугам, в частности, у исследуемых нами респондентов была весьма ограниченной. Основными препятствиями к обеспечению должной доступности является не владение информацией по услугам и одновременно страх по поводу получения информации о болезни, географические сложности, отсутствие социальных гарантий и пособий, а также чрезмерная оплата за услуги.

**Следующим этапом наших исследований была оптимизация доступности предоставления противотуберкулёзных услуг.**

В «Национальной стратегии Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период 2010-2020 годы», принятой Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 г. № 368 в контексте достижения стратегии «Здоровье для всех в 21<sup>м</sup> столетии» предусмотрена совместная здравоохранительная деятельность; при широком участии и привлечении соответствующих партнеров по здравоохранительной деятельности на всех уровнях (дома/семьи, школы, места работы, местного населенного пункта/населения), содействуя совместным процессам принятия решений, обеспечение их выполнения и отчетности.

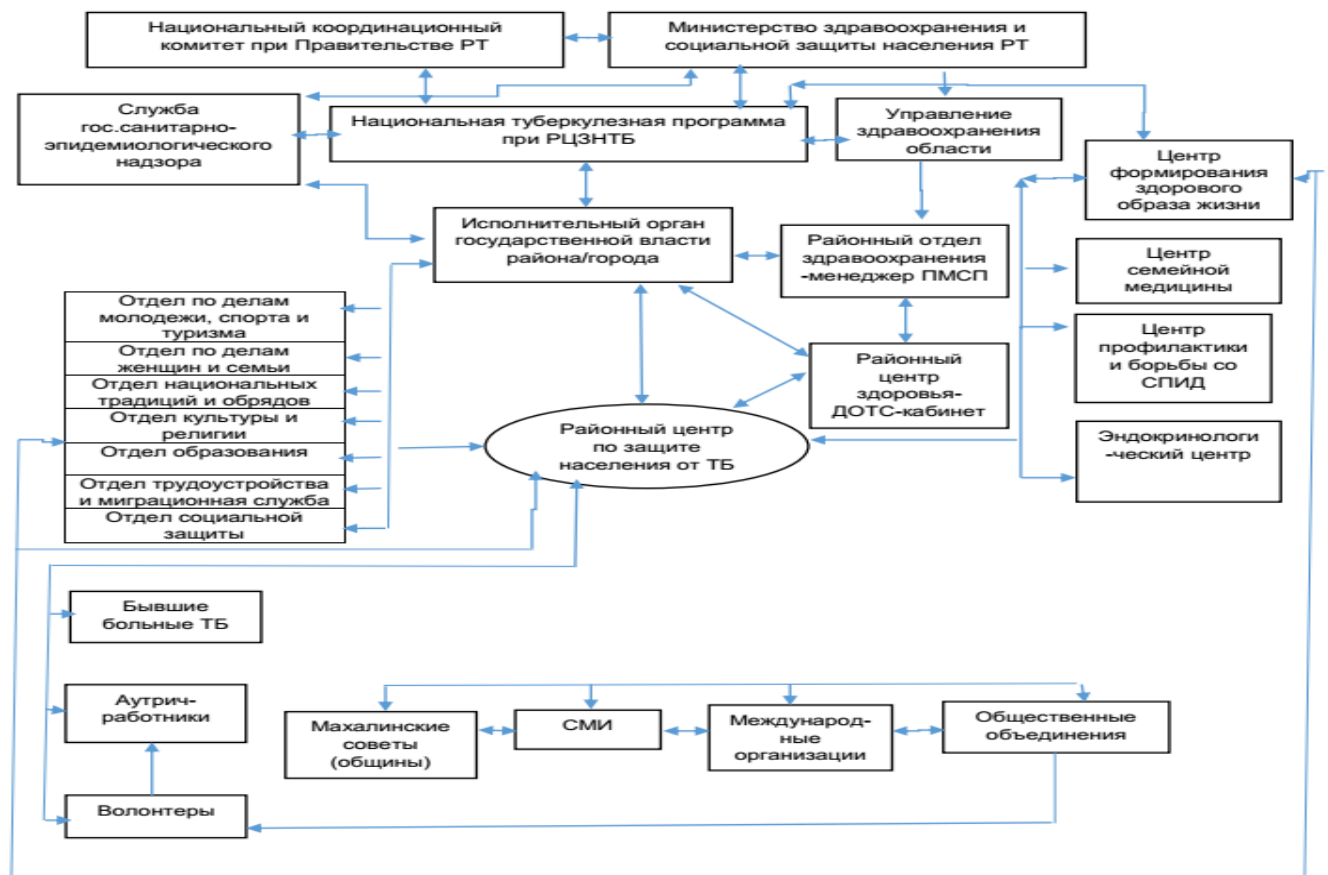
Следует отметить, что Правительством Республики Таджикистан и многими международными финансовыми институтами уделяется большое внимание проведению реформы в сфере здравоохранения с обязательным включением мероприятий в области общественной информированности, мобилизации общин и изменения поведения молодёжи. Вместе с тем, отмечается слабая координация деятельности, поскольку до сих пор не разработана стратегия в данном направлении.

В структуре Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан вопросами формирования здорового образа жизни занимается санитарно-эпидемиологическая служба, которая, в первую очередь, уделяет внимание вопросам гигиены окружающей среды и инфекционным заболеваниям. Таким проблемам, как укрепление здоровья, профилактика заболеваний, общественное информирование и мобилизация общин, уделяется недостаточное внимание.

В рамках проводимых реформ создана сеть Службы формирования здорового образа жизни, которая должна осуществлять координацию деятельности организаций в области укрепления здоровья, проведения общественно-информационных кампаний и мобилизации общин. Однако данная служба работает также не в полном объеме. Результаты системного анализа указывают на недостаточную деятельность в области общественного информирования в связи с отсутствием общей координации, недостаточного межсекторального подхода в решении проблем здоровья и низкой активности СМИ.

На основе проведенного анализа и оценки системы мер, направленных на противодействие распространению социально-обусловленных заболеваний в РТ нами предварительно определен объем предоставления профилактических, диагностических и лечебных услуг молодёжи, включая трудовых мигрантов и членов их семей, 4 путями:

- интегрированием этих услуг путем обеспечения межсекторального сотрудничества;
- институализацией Молодёжных медико-консультативных центров (ММКО при Центрах здоровья), основной функцией которых является предоставление необходимой информации молодёжи и при необходимости перенаправление к специалистам;
- обязательный охват химиопрофилактикой лиц с наличием инфицирования МБТ, в особенности, с одновременным наличием недостаточности питания и таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ или сахарный диабет.
- Межсекторальное сотрудничество. Полученные результаты явились основой при разработке схемы межсекторального сотрудничества для профилактики ТБ (рисунок 1).



**Рисунок 1.-Схема межсекторального сотрудничества по профилактике ТБ**

Как видно из рисунка координирующим и стратегическим органом в проведении межсекторальных действий является НТП при Республиканском центре по защите населения от ТБ. Работа по профилактике ТБ нами осуществлялась в тесном сотрудничестве государственных структур,



международных организаций, общественных объединений, СМИ и общины. Согласно разработанной схеме каждому структурному подразделению Исполнительного органа Государственной власти отводилась определенная, согласно профилю работы роль: комитету по делам женщин и семьи - осуществление мероприятий по профилактике ТБ и снижению стигмы и дискриминации в семье; отделу культуры и религии - контроль соблюдения нравственных принципов и ценностных ориентаций по снижению стигмы и дискриминации; средствам массовой информации - информирование, просвещение населения по профилактике ТБ и путей обеспечения доступности к медицинским услугам; службе социального обеспечения – обеспечение социальными пособиями молодёжи; управлениям здравоохранения – формирование среди различных профессиональных групп, представителей секторов, формирующих политику и населения в целом, чувства сопричастности, заинтересованности и ответственности в отношении развития программ, способствующих профилактике ТБ; международным организациям – вклад в осуществлении профилактических и информационно-образовательных мероприятий на уровне общин по снижению стигмы и дискриминации, расширения доступа к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам; общественным организациям – роль ключевых партнеров в деле снижения стигмы и дискриминации и расширения доступа к медицинским услугам; общинам (махаллинским советам) - участие в деле снижения стигмы и дискриминации, профилактике ТБ, путем вовлечения Совета старейшин махали, религиозных лидеров, жителей общин.

В результате выполнения данной диссертационной работы вышеуказанная схема явилась основой внедренного метода интегрального межсекторального подхода для изменения уровня информированности, стигмы и дискриминации. В рамках этих позиций важным является развитие медико-гигиенического, социально-психологического направления, укрепления здоровья и профилактики заболеваний молодёжи в системе образования. Этому будет способствовать создание целостной системы – школьной медицины и системы разноуровневого дифференцированного обучения учащихся, педагогов и родителей, позволяющей оптимизировать содержание, технологии и организацию педагогического процесса для сохранения физического, психического и социального здоровья, развития личности каждого молодого человека.

Задачи, стоящие перед государством по ФЗОЖ среди молодёжи, а также соблюдение вышеперечисленных принципов работы, далеко выходят за рамки сектора здравоохранения и требуют согласованных усилий всех заинтересованных сторон. С этих позиций в сфере формирования ЗОЖ молодёжи школьного возраста было бы целесообразно реализовать следующие мероприятия:

- открытие школьных медицинских кабинетов на базе организации среднего образования и включение предмета «здоровый образ жизни» и его ведение по единой программе, утвержденной министерством образования,

культуры, здравоохранения и социальной защиты населения РТ, обеспечение подготовки педагогов по данной проблеме;

- оказание консультативно-методической помощи организациям здравоохранения и образования в вопросах охраны и укрепления здоровья молодёжи школьного возраста, внедрение, проведение мониторинга и оценки реализации профилактических программ (осмотр, скрининг и др.), обучение специалистов по ФЗОЖ;

- проведение информационных кампаний, внешкольных, досуговых мероприятий среди подростков и молодёжи по повышению уровня информированности, знаний и навыков по проблемам ФЗОЖ;

- развитие и укрепление материально-технической базы спортивных и досуговых организаций, молодёжных центров здоровья для оказания комплексной медико-профилактической, социально-психологической помощи подросткам и молодёжи, в соответствии с положениями, утвержденными уполномоченными органами, поддержка НПО, реализующих программы в сфере ФЗОЖ, развитие волонтерского движения;

- оказание содействия всем общеобразовательным школам, средним специальным и высшим учебным заведениям, участвующим в проектах, в вопросах организации мероприятий по сотрудничеству и укреплению здоровья подростков и молодёжи через расширение Государственных сетей «Школ способствующих укреплению здоровья» и «Здоровых университетов».

Молодёжные медико-консультативные отделения (ММКО) при Центрах здоровья – новая служба здравоохранения, дружественная к подросткам и молодёжи групп высокого риска в Таджикистане. ММКО оказывают первичную специализированную лечебно-диагностическую и медико-социальную помощь молодёжи, включая группы риска, направленную на сохранение их здоровья. Нами было дополнено Положение об ММКО и теперь, в случае выявления лиц с подозрением на ТБ они перенаправляют их в Центры по защите населения от ТБ. ММКО оказывают услуги на принципах добровольности, доступности, доброжелательности, доверительности и конфиденциальности в соответствии с разработанными стандартами предоставления услуг, дружественных к молодёжи.

Таким образом, предпринятый комплекс мер по оптимизации доступности молодёжи к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам, включающий обеспечение межсекторального сотрудничества, институализации ММКО при Центрах здоровья; обязательный охват химиопрофилактикой лиц с наличием инфицирования МБТ, в особенности, с одновременным наличием недостаточности питания и таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ-инфицированность, ХОБЛ или сахарный диабет, будет способствовать предотвращению заболеваемости ТБ у здоровых лиц и ранней диагностике среди лиц, с подозрением на ТБ.

### **Заключение**

## **Основные научные результаты диссертации**

1. Установлено, что уязвимость молодёжи в Республике Таджикистан к ТБ подтверждается фактом проживания большинства в сельской местности (76,9%), обеспечения их работой как подсобные рабочие (51,2%), из них 45,5% были вынуждены выехать за пределы страны в качестве трудового мигранта, большинство которых работали в период миграции в строительной отрасли (73,6%), и имели проблемы с качеством питания и жилищных условий (62,5%) (1 – А, 6 – А, 8 – А).
2. Основными предикторами развития ТБ среди молодёжи Таджикистана являются относительно низкий уровень информированности молодёжи, путей передачи ТБ (62,7%), групп риска, подверженных ТБ (30,6%), осознания серьёзности заболевания (26,7%), путей лечения ТБ (69,4%); а также высокий уровень стигматизации (70,7%) и инфицированности МБТ (42,0%), связь развития ТБ с предварительной ВИЧ-инфицированностью, с наличием ХОБЛ, а также сахарным диабетом (29,5%) и наличие разной степени белково-энергетической недостаточности (84,5%) (7 – А, 9 – А).
3. Основными препятствиями к обеспечению должной доступности молодёжи к лечебно-диагностическим услугам по ТБ являются не владение информацией по услугам и одновременно страх по поводу получения информации о болезни, географические сложности, психологические барьеры, отсутствие социальных гарантий и пособий, а также оплата за медицинские услуги (2 – А, 3 – А).
4. Показано, что внедрение метода интегрального межсекторального подхода для обеспечения молодёжи к специализированным медицинским услугам с вовлечением задействованных государственных и общественных организаций, а также расширение сети молодёжных медико-консультативных отделений при Центрах здоровья, обеспечивают должную доступность молодёжи к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам в целом, в том числе и по ТБ, в частности (4 – А, 5 – А, 10 – А).

#### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Интегрированный подход по оптимизации доступности молодёжи к медицинским услугам состоит из выполнения последовательных шагов:
  - мотивированное консультирование молодёжи по вопросам ТБ;
  - оказание первичной специализированной лечебно-диагностической и медико-социальной помощи молодёжи из групп риска в ММКО при Центрах здоровья;
  - межсекторальное сотрудничество с вовлечением общины, активных лиц переболевших ТБ, волонтеров, хукуматов, махаллинских советов, религиозных учреждений и общественных объединений.
2. Совершенствованный комплекс мер по своевременному выявлению ТБ среди молодёжи заключается в обеспечении проведения химиопрофилактики инфицированных МБТ лиц при сочетании с пониженным индексом массы тела пациента.

3. В рамках интегрированного межсекторального подхода необходимо шире практиковать проведение информационно-образовательных кампаний (марафонов, акций) для широких слоёв населения, в целевых группах среди молодёжи по профилактике туберкулёза; распространять информацию и ИОМ среди молодёжи, в том числе среди планирующих стать трудящимся-мигрантом; в предвыездные сезоны массовой миграции интегрировать в деятельность стюардесс и бортпроводниц самолетов и поездов распространение информации и ИОМ среди трудящихся-мигрантов.

### **Список публикаций соискателя учёной степени**

#### **Статьи в рецензируемых журналах**

- 1-А.** – Бобоходжаев, О.И. Факторы риска развития туберкулёза в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, И.С. Махмудзода, А.Г. Гаиров // Вестник Академии мед. Наук Таджикистана. – 2016. - №2. – С. 30-35.
- 2-А.** – Бобоходжаев, О.И. К вопросу о реактивации туберкулёзного процесса / О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджиудинова, Р.Р. Джумаев, И.С. Махмудзода // Вестник Авиценны. - 2018. – Т.20, №2-3. - С. 320-324.
- 3-А.** – Эффективность выявления случаев туберкулёза среди населения г. Душанбе Республики Таджикистан / С.П. Алиев (и др.) // Вестник Авиценны. - 2018. – Т. 21, №4. - С. 56-61.

#### **Руководства, пособия и тезисы в сборниках конференции:**

- 4-А.** - Дастурамали методӣ барои вусъати ҳамгирӣ (интеграция) байни муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббӣ санитарӣ (КАТС), муассисаҳои зиддисилӣ ва ҳамкориҳои байнисоҳавӣ: дастурамали методӣ / И.С. Махмудзода (ва ғ.). – Душанбе, 2017. - 22 с.
- 5-А.** - Дастурамали методӣ барои расонидани кӯмаки амбулатории зиддисилӣ ба аҳоли ва беморони сил ва нигоҳубини шахси бемор дар шароити хона: дастурамали методӣ / И.С. Махмудзода (ва ғ.). – Душанбе, 2017. - 54 с.
- 6-А.** - Махмудзода, И.С. Медико-социальные предикторы развития туберкулёза в Республике Таджикистан / И.С. Махмудзода, О.И. Бобоходжаев // Мат. науч.-практич. конф., посвященной 25-летию независимости РТ и 85-летию ТНИИ профилактической медицины.-Душанбе, 2016. – С. 66.
- 7-А.** – Махмудзода, И.С. Социально-демографические особенности больных туберкулёзом в Республике Таджикистан: сб. трудов / И.С. Махмудзода // Российская науч.-практич. конференция молодых учёных с международным участием, посвящённой Всемирному дню борьбы с туберкулёзом. – Москва, 2017. – С. 35-37.
- 8-А.** - Проблемы трансграничного контроля за туберкулезом в странах Центральной Азии и Российской Федерации / О.И. Бобоходжаев (и др.) // Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза: тез. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Москва, 2018. - С.43-44.
- 9-А.** - Протокол по организации амбулаторного лечения и психосоциальной поддержки больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом: руководство / И.С. Махмудзода (и др.). – Душанбе, 2017. – С. 41.

**10-А.** Современные принципы оказания медицинских услуг подросткам и молодёжи групп высокого риска: учебное пособие / М.О. Бобоходжаева (и др.). – Душанбе, 2017. - 30 с.

**Список сокращений и условных обозначений**

БЦЖ	–	бацилла Кальметта Герена
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ДОТС(DOTS)	–	стратегия лечения под непосредственным контролем
ИОМ	–	информационно-образовательный материал
ЛЖВ	–	люди, живущие с вирусом иммунодефицита человека
ЛПУ	–	лечебно-профилактическое учреждение
МБТ	–	микобактерии туберкулёза
МЛУ-ТБ	–	туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью
ММКО	–	молодёжные медико-консультативные отделения
НПО	–	неправительственные организации
НТП	–	национальная противотуберкулёзная программа
ПМСП	–	первичная медико-социальная помощь
ПТП	–	противотуберкулёзные препараты
РТ	–	Республика Таджикистан
РФ	–	Российская Федерация
СНГ	–	Содружество независимых государств
СПИД	–	синдром приобретённого иммунодефицита
ТБ	–	туберкулёз
ТЕ	–	туберкулиновые единицы
ШЛУ-ТБ	–	туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью



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

**УДК 616.24-002.5-084; 616-036.22**

**МАХМУДЗОДА ИСФАНДИЁР САФАРӢ**

**ТАЪСИРИ ОМИЛҲОИ ТИББӢ-ИҚТИМОИИ ХАТАРИ ПАЙДО  
ШУДАНИ СИЛ БА ДАСТРАСИИ ХАДАМОТИ ТИББӢ ДАР БАЙНИ  
ҚАВОНОН ВА РОҲҲОИ ОПТИМИЗАТСИЯИ ОН ДАР ҚУМҲУРИИ  
ТОЧИКИСТОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
Номзади илми тиб  
Аз рӯйи ихтисоси 14.02.02 – воғиршиносӣ**

**Душанбе – 2022**

Таҳқиқот дар МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Бобоходжаев Октам Икромович** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризи расмӣ:** **Лукьянов Николай Борисович** - доктори илмҳои тиб, Профессори Донишқадаи тиббии “Донишгоҳи давлатӣ ба номи Г.Р. Державина” (рамзи ихтисос - 14.02.02 воғиршиносӣ).  
**Пиров Кадрин Икромович** – номзади илми тиб, Духтур-фтизиатри “Маркази ҳифзи аҳоли аз бемории Сил”-и ноҳияи Ҷалолиддин Балхӣи вилояти Хатлон (рамзи ихтисос - 14.01.16 фтизиатрия).

**Муассисаи пешбар:** “Маркази ҷумҳуриявӣ махсуси илмию амалии фтизиатрия ва пулмонология”-и Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Узбекистон

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «13» сентябри соли 2022 соати «14:00» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA–032 и МДТ **Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино** баргузор мегардад. **Суроға:**734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj))

Бо рисола дар Китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», дар сӯроғи ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2022 фиристода шуд.

**Котиби илмӣ**  
**шӯрои диссертатсионӣ, д.и.т.**

**Г.М. Усманова**



## Муқаддима

### **Мубрамӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.**

Бемории сил (БС) дар байни бемориҳои сабаби пайдошавиашон ба истилоҳ иҷтимоӣ ҷойи махсусро касб мекунад (Ерохин, В.В. 2006; Руководство по социальной педиатрии, 2010; Lonngroth, K., et al. 2010).

Дар ёд доштан лозим аст, ки зиёда аз 60%-и шахсони гирифтори бемории сил дар Тоҷикистон гурӯҳи синнусолии 15-34-соларо ташкил медиҳанд, ин он синну соли мебошад, ки гурӯҳи синнусолии ҷавонро муттаҳид месозад (Здоровье населения и здравоохранение, 2018).

Сарҳади поёнии синнусолии ҷавон аз 15-солагӣ сар мешавад, дар ин вақт балоғати ҷисмонӣ фаро мерасад ва одам метавонад, ки ба фаъолияти меҳнатӣ даст занад (давраи интиҳоб кардани таҳсил ё кор). Сарҳади болоӣ –расидан ба мустақилияти иқтисодӣ, босуботии касбӣ ва шахсият (барпо кардани оила, таваллуд шудани фарзандон) мебошад

Зикр кардан ба маврид аст, ки сарҳадҳои синну соли ҷавон тағйирёбанда аст. Онҳо аз рушди иҷтимоӣ-иқтисодии ҷомеа, сатҳи некуаҳволиву фарҳанг, шароити зисти одамон вобастаанд. (Молодёжь и риски для здоровья / ВОЗ, 2011).

Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) яке аз ҷавонтарин кишварҳои дунё ба ҳисоб меравад, синну соли миёнаи аҳоли 24,7 солро ташкил медиҳад (Здоровье населения и здравоохранение, 2018). Одамони ҷавон тақрибан сеяки аҳолии дунёро ташкил медиҳанд ва қисми муҳимми сарвати инсонии давлатҳо ба ҳисоб мераванд. Паст гаштани сифати ҳаёт, бад шудани саломатии аҳоли ва дигар протсессҳо, ки дар давраи навсозиҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба вучуд омадаанд, насли ҷавонро ба қатори контингенти осебпазир қарор медиҳанд (Ульмасов, Р. 2011).

Тоҷикистон дар миқёси глобалӣ ба қатори 18 давлати Минтақаи Аврупоии ТУТ, ки дар онҳо бемории сил хеле зиёд аст ва ба қатори 27 давлате, ки дар онҳо СДЗМ (сили бо доруҳои зиёд мутобикшуда) дохил мешавад (WHO Global TB Control, 2015).

Дар байни сабабҳои асосии пайдошавии бемории сил бесуботии иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва бад шудани сатҳи дастрасӣ ба ҳадамоти тиббӣ, сифати пасти хизматрасонӣ, қувват гирифтани протсессҳои мигратсионӣ (муҳоҷират) ва ғайра мавқеи махсусро касб мекунад (Recommendation for investing the contacts.../ WHO. 2012; The end TB Strategy / WHO. 2015; WHO European Ministerial Forum, 2009; WHO Global TB Control, 2015).

Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои охир дар 25-солагии даврони истиқлолияти давлатии худ давраи мушкили рушди иҷтимоӣ ва иқтисодиро сипарӣ мекунад. Норасоии кадрҳо ва мутахассисони соҳаи педагогика ва тиб, махсусан дар деҳот ба сатҳи иттилоотнокии аҳоли, махсусан ҷавонон оид ба сифати ҳаёт ва омилҳои иҷтимоии ба сатҳи он таъсиркунанда нақши манфии худро гузошт, ҳамчунин дастрасӣ ба хизматрасониҳои профилактикӣ, табобатӣ-ташхисӣ ва реабилитатсионӣ бад шуд (Сироджидинова, У. Ю., и соавт. 2015).

Мувофиқи маълумотҳои пешакӣ теъдоди муҳоҷирони меҳнатӣ, ки аз сарҳади Тоҷикистон берун мешаванд, аз 750 ҳазор нафар то 1,0 миллион нафар

аст, ки қисми асосии онро ҷавонон ташкил медиҳанд (Умаров, Х. 2010). Синну соли миёнаи муҳочироне, ки барои қор азми сафар мекунад, 22-солро ташкил мекунад (Организация Объединенных Наций, 2010). Дар байни ҳамаи беморони сили ба қайд гирифташуда дар соли 2016 19,2%-ро муҳочирони меҳнатӣ ташкил доданд (Здоровье населения и здравоохранение, 2011-2016).

Истиснон нест, ки сатҳи ноқофии дониш ва сатҳи баланди ба он вобастаи стигма дар ҷавонон оид ба масъалаҳои сил, хусусиятҳои ҷуғрофии Тоҷикистон (93%-и ҳудуди онро кӯҳҳо ташкил медиҳанд) ва омилҳои иқтисодӣ бисёри вақтҳо сабаби аз тарафи онҳо рад кардани таҳқиқотҳои саривақтӣ, ки боиси ошкор намудани шаклҳои кӯҳнашудаи бемории сил ва афзудани муҳлати он ва арзиши табобат мегарданд, мешаванд.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Мувофиқи маълумоти ТУТ Тоҷикистон ба қатори кишварҳои дохил мешавад, ки дар онҳо сатҳи нисбатан баланди паҳншавии бемории сил (БС) ба қайд гирифта шудааст. Дар соли 2014 мувофиқи маълумотҳои баҳогузори ТУТ, гирифтورشавӣ ба бемории сил 91 нафар ба 100 ҳазор нафар аҳолиро ташкил дод (206). Таъкид бояд кард, ки зиёда аз 60%-и шахсони ба қайд гирифташудаи гирифтори БС дар ҚТ ба гурӯҳи синнусолии 15-34-сола мансуб ҳастанд, ин он синну соли мебошад, ки гурӯҳҳои синнусолии ҷавонро муттаҳид месозад (35).

Маълум аст, ки ба дастрасии аҳоли ва беморони гирифтори БС ба хизматрасонии тиббӣ якҷанд омил, аз ҷумла омилҳои тиббӣ- иҷтимоӣ таъсир мерасонанд, аммо таҳқиқотҳои баҳогузори таъсири онҳо, ба муайян кардани онҳо вобаста аз аҳамияташон, ҳамчунин қоркарди ҷорабиниҳои эҳтиётӣ дар ин самт бахшидашуда то ҳанӯз дар Тоҷикистон гузаронида нашудаанд. Таҳқиқоти Зокирова К. А. (2011) ба декларатсияи проблемаҳои сершуморе бахшида шуда буд, ки ба инкишофи гирифтورشавӣ ба бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар маҷмӯъ таъсир мерасониданд, ба монанди бӯҳрони иқтисодӣ, ҳамчунин зиёд шудани миқдори бекорон, даромади пасти қормандон, набудани дастгирии иҷтимоӣ, сатҳи пасти моддии аҳоли, ғизои номукамал, ҳолати ғайри қаноатбахши санитарӣ (беҳдоштӣ) дар нуқтаҳои аҳолинишин, инчунин ташкили нокифояи табобатӣ, профилактикӣ, реабилитатсионӣ ва ёрии иҷтимоӣ ба беморони гирифтори БС (33). Аммо ин таҳқиқотҳо ба чунин гурӯҳҳои осебпазир, монанди ҷавонон тааллуқ надоштанд, ягон таҳқиқоти махсус дар байни ҷавонон гузаронида нашудааст.

Ҳамин тавр, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, мутаассифона, ҳоло ҳам таъсири омилҳои гуногуни тиббӣ - иҷтимоӣ ба омилҳои хатари пайдошавии БС дар байни ҷавонон ва дастрасии онҳо ба хизматрасонии тиббӣ мавриди омӯзиш қарор нагирифтааст. Проблемаи таҳияи ҷорабиниҳои самараноки профилактикии зидди бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон махсусан хеле актуалӣ мебошад, зеро дар ин минтақа захираи бузурги сироятнокшавӣ аз БС дар байни ҷавонони дорои статуси гуногуни иҷтимоӣ мавҷуд аст.

### **Заминаҳои назариявӣю методологии таҳқиқот.**

Сатҳи иттилоънокии ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон дар хусуси сифати ҳаёт ва омилҳои иҷтимоии таъсиркунандаи гирифтورشавӣ ба бемории сил,

ҳамчунин дастрасӣ ба хизматрасониҳои профилактикӣ, табобатӣ-ташхисӣ ва реабилитатсионӣ бо назардошти нишондиҳандаҳои беморшавӣ ва басомади дучоршавии он, ки дар заминаи Барномаҳои миллии муҳофизати ин категорияи беморон асос ёфтааст, баланд мешавад.

#### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

**Ҳадафи таҳқиқот.** Омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣ – иҷтимоии хатари пайдо шудани БС дар байни ҷавонон ба дастрасии хизматрасонии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва коркарди роҳҳои беҳтарсозии он.

**Объекти таҳқиқот.** Бо мақсади фаҳмидани сабабҳои пуршиддат будани вазъи БС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар 390 шахси солим ва маълумотҳои ретроспективии таърихи бемории 200 нафар беморони гирифтори БС омӯзиши комплекси омилҳои тиббӣ – иҷтимоии ба пайдошавии БС таъсиррасонанда гузаронида шуд. Синну соли таҳқиқшудагон дар ҳарду гурӯҳ аз 15 то 34 солро ташкил дод. Мардҳо дар ҳарду гурӯҳ мутаносибан 57,4% ва 54,0% буданд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши сатҳи сироятнокшавии ҷавонон ба МБС (микобактерияи сил) ва таъсири омилҳои гуногун ба пайдошавии БС буд.

#### **Масъалаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯхтани таъсири сигматизатсияи баланди ҷавонон нисбат ба омилҳои хатари пайдошавии БС ва хусусиятҳои ҷуғрофӣ ва иқтисодии Тоҷикистон ба дастрасии хизматрасонии тиббӣ.
2. Омӯхтани сатҳи сироятнокшавии ҷавонон ба МБС (микобактерияи сил).
3. Омӯхтани шохиси ғизои ҷавонон ва беморони гирифтори БС дар ҳамон гурӯҳи синнусолӣ ва таъсири он ба сатҳи пайдошавии БС.
4. Омӯхтани таъсири бемориҳои гуногуни ҳамроҳшуда ба пайдошавии БС.
5. Коркарди комплекси чорабиниҳо чиҳати оптимизатсияи дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои зиддисилӣ дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Усулҳои таҳқиқот.** Дар таҳқиқот анкетагузаронӣ ва омӯзиши шохиси массаи бадан дар 390 шахси солим, сокинони минтақаҳои мухталифи Ҷумҳурии Тоҷикистон анҷом дода шуд. Дар ҳамаи нафароне, ки анкетагузаронӣ шуданд, намунаи туберкулин иҷро карда шуд. Ҳамчунин анкетагузаронӣ ва ва ченкунии шохиси массаи бадани 200 беморони гирифтори БС сурат гирифт. Ғайр аз ин, баҳогузориҳои статуси ғизо ва нишондиҳандаҳои антропометрии шахсони таҳқиқшуда гузаронида шуд, усулҳои клиникӣ –лаборатории таҳқиқот (таҳлили умумӣ, биохимияи хун) мавриди истифода қарор гирифтанд.

**Соҳаи таҳқиқот.** Пажӯҳиши диссертатсия ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.02.02 – Эпидемиология: зербанди 3.1.-Қонунмандии пайдошавӣ ва хусусиятҳои паҳншавии протсессии эпидемикии бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ бо мақсади муайян кардани сабабҳо, шароит ва механизмҳои пайдошавии онҳо. Зербанди 3.5.- Такмил додани назорати эпидемиологии бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ, таъсис

додани моделҳои биологӣ ва математикии протесси эпидемикӣ, коркарди чорабиниҳои (воситаҳои) зиддиэпидемикӣ, ҳамчунин шаклҳои ташкилии нави таъминоти зиддиэпидемии (профилактикии) аҳоли. Зербанди 3.7.- Таҳия ва тақмили чорабиниҳои(воситаҳои) зиддиэпидемикӣ, ҳамчунин шаклҳои ташкилии нави таъминоти зиддиэпидемии (профилактикии) аҳоли.

**Марҳилаҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти илмӣ марҳила ба марҳила иҷро карда шудааст. Дар марҳилаи якум мо адабиёти илмӣ ба мавзӯи рисола бахшидашударо омӯхтем ва таҳлил кардем. Баъдан мавзӯ ва мақсади диссертатсия мураттаб карда шуд. Вобастагии дастрасии аҳоли ба хизматрасониҳои тиббӣ вобаста аз хусусиятҳои ҷуғрофӣ ва иқтисодии Тоҷикистон муайян карда шуд. Дар ин маврид дар байни ҷавонони Тоҷикистон сатҳи баланди сироятнокшавӣ аз МБС бамушоҳида мерасад.

**Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоишии таҳқиқот.** Дар таҳқиқот маълумотҳои (диссертатсияҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Ҷимояшуда, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсияҳо симпозиумҳо) бахшида ба проблемаҳои бемории сил омӯхта шуданд. Таҳқиқот дар пойгоҳи Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон иҷро карда шуд.

**Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.** Этимоднокии маълумотҳои диссертатсияро ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳотасдиқ мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои омӯзиши сатҳи сироятнокшавии ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дастрасии онҳо ба хизматрасониҳои тиббӣ пешниҳод карда шудаанд.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Бори нахуст нишон дода шудааст, ки сатҳи пасти иттилоотӣ ва сатҳи баланди стигматизатсия ба ин вобаста дар байни ҷавонон омилҳои асосии дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои тиббии зиддисилӣ таъсиррасонанда маҳсуб мешаванд. Вобаста будани дастрасии аҳоли ба хизматрасониҳои тиббӣ аз хусусиятҳои ҷуғрофӣ ва иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон таъкид карда шудааст. Бори аввал муайян карда шудааст, ки дар байни ҷавонони Тоҷикистон сатҳи баланди сироятнокшавӣ ба МБС (микобактерияи сил) ба мушоҳида мерасад, дар онҳо шохиси (индекси) пасти ғизо ба қайд гирифта мешавад ва ҳангоми мавҷуд будани беморӣ, ки пайдошавии бемории силро ҳамроҳӣ мекунанд, монанди сирояти ВИЧ, БМОШ (бемории музмини обструктивии шушҳо) ва диабети қанд, хатари пайдо шудани шакли фаъоли бемории сил баланд мешавад.

#### **Аҳамияти назарии таҳқиқот.**

Аҳамияти назарии таҳқиқот аз он иборат аст, ки нуқтаҳои назарӣ, методологӣ, хулоса ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда, метавонанд, ки дар равиши таълими муассисаҳои олии таълимии тиббӣ мавриди истифода қарор дода шаванд.

**Аҳамияти амалии таҳқиқот.** Наздик шудан ба оптимизатсияи дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои тиббӣ бояд интегратсионӣ бошад. Паҳн кардани иттилоот ва маводи иттилоотӣ-маърифатӣ дар байни ҷавонон, сари вақтошкор кардани сироятнокшавии ҷавонон ба МБС ва гузаронидани

химиопрофилактика дар онҳо ҳангоми якҷоя намудани онҳо бо паст кардани шохиси массаи бадан имконият медиҳанд, ки пайдошавии бемории сил пешгирӣ карда шавад.

### **Нуқтаҳои химояшавандаи диссертатсия:**

1. Сатҳи пасти иттилоёнӣ ва сатҳи баланди стигматизатсияи ҷавонон нисбат омилҳои хатари пайдошавии БС барои ҷавонони Тоҷикистон омили сабабии асосии таъсиррасонанда ба дастрасии хизматрасонии тиббӣ маҳсуб мегардад.
2. Хусусиятҳои чуғрофӣ ва иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои таъмин кардани дастрасии зарурии аҳоли ба хизматрасониҳои зиддисилӣ уҳдадор месозанд, ки баъзе муносибатҳои аз тарафи умум қабулшуда барои ошкор сохтан ва ташхис кардани БС, ки аз скрининги ройғони ҳама шахсони гурӯҳҳои синну соли ҷавонон ва зиёд кардани миқдори лабораторияҳои ташхис кардани БС иборатанд, таҷдиди назар карда шаванд.
3. Мавҷуд будани сироятнокшавӣ ба МББС дар якҷоягӣ бо шохиси пасти массаи бадан, ҳангоми чунин бемориҳои ҳамроҳшуда, монанди сирояти ВИЧ, БМОШ (бемории музмини обструктивии шушҳо) ва диабети қанд дар байни ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон предикатори (пешхабари) асосии пайдо шудани шаклҳои фаъоли БС ба ҳисоб мераванд.
4. Бо мақсади оптимизатсияи дастрасӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ муносибати интегртсиониро татбиқ намудан зарур мебошад, ки аз иҷро кардани қадамҳои пай дар пай иборат аст: машварати ҳавсмандсозандаи ҷавонон оид ба масъалаҳои БС; расонидани ёрии аввалияи маҳсуси тибобатӣ – ташхисӣ ва ёрии тиббиву иҷтимоӣ ба ҷавонони гурӯҳи хатар дар Шӯъбаи тиббӣ-машваратии ҷавонони назди Марказҳои саломатӣ; ҳамкориҳои бйнисекторӣ бо ҷалб кардани ҷмъиятҳо, шахсони фаъоли БС-ро аз сар гузаронида, волонтерҳо, ҳукуматҳо, шӯроҳои маҳаллӣ, муассисҳои динӣ ва иттиҳодияҳои ҷамъиятӣ.

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

Натиҷаҳои таҳқиқот дар конференсияи илмӣ-амалии бахшида ба 25-солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 85-солгии Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон (Душанбе, 2016), Конференсияи илмӣ-амалии умумироссиягӣ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ “Муносибатҳои байнифаннӣ дар ҳаллу фасли проблемаҳои бемории сил”, бо ширкати экспертҳои миллӣ ва байналмиллӣ (Москва, 14 - 15 –уми ноябри соли 2017), ҷаласаи кафедраи фтизиопулмонологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино (соли 2018) баррасӣ ва гузориш дода шудаанд. Таҳқиқот барои химоя дар ҷаласаи Шӯрои олимони Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон пешниҳод карда шудааст (соли 2019).

### Интишори натиҷаҳои диссертатсия.

Вобаста ба мавзӯи диссертатсия 9 мақола, аз ҷумла 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти ҚТ нашр шудааст.

**Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 108 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, 3 боби таҳқиқотҳои худӣ муаллиф, баррасии натиҷаҳо, хулосаҳо, рӯйхати адабиёт, ки аз 208 сарчашма (109 адабиёти донишмандони ватанӣ ва 99 хориҷӣ) –ро дар бар мегирад ва замима иборат аст. Дар диссертатсия 16 ҷадвал ва 7 рсм ҷой дода шудааст.

### Қисми асосии таҳқиқот

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Бо мақсади фаҳмидани сабабҳои пуршиддат будани вазъияти бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯзиши комплекси омилҳои иҷтимоӣ ва тиббӣ, ки ба пайдо шудани бемории сил дар 390 шахси солим (гурӯҳи 1) таъсир расонидаанд ва маълумотҳои ретроспективии таърихи бемории 200 нафари гирифтори бемории сил (гурӯҳи 2) гузаронида шуд. Синну соли шахсони таҳқиқшуда дар ҳарду гурӯҳ аз 15 то 34 солро дар бар гирифт. Мардҳо дар ҳарду гурӯҳ мутаносибан 57,4% ва 54,0% буд (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1. - Тавсифи маълумотҳои респондентҳо.

Гурӯҳи синнусолӣ	Шахсони солим (гурӯҳи 1)				Беморони гирифтори БС (гурӯҳи 2)			
	Мик. мутл.	%	мрд. (мутл./%)	зан. (мутл./%)	Мик. мутл.	%	мрд. (мутл./%)	зан. (мутл./%)
15-18 -сола	63	16,2	38/60,3	25/39,7	32	16,0	17/53,1	15/46,9
19-25 -сола	215	55,1	126/58,6	89/41,4	108	54,0	60/55,6	48/44,4
26-34 -сола	112	28,7	60/53,6	52/46,4	60	30,0	31/51,7	29/48,3
Ҷамағӣ:	390	100	224/57,4	166/42,6	200	100	108/54,0	92/46,0

Ҳангоми таҳқиқоти физикалӣ нишондиҳандаҳои асосии антропометрӣ муайян карда шудаанд; аз методологияи буҳогузории статуси ғизо бо ёрии «шоҳисҳои омехта», ки дар клиникаи мо аз тарафи О.И. Бобохоҷаев ва М.М. Нуралиев (соли 2016) таҳия карда шудаанд, истифода ба амал оварда шуд.

Таҳқиқоти билхимиявии хун дар ашхоси солим ва беморони гирифтори бемориҳои сил дар пойгоҳи лабораторияи Маркази миллии проблемаҳои сил, бемориҳои шушҳо ва ҷарроҳии торакалӣ анҷом дода шуд.

Бо мақсади таҳлили ҷузъии омилҳои хатари пайдошавии бемории сил дар одамони солим мо анкетаҳоеро таҳия намудем, ки дар хусуси иттилоотнокӣ ва стигмаи оиди бемории сил маълумотҳои муфассалро дар бар мегирад. Анкетаҳо бо мақсади муайян кардани монетаҳое таҳия шудаанд, ки шахсони таҳқиқшуда дар робита бо профилактика, таъхир ё табобат умуман ва бемории сил ҳангоми зарурат рӯ ба рӯ мешаванд. Дар оғози ҳар як пурсиш розигии иттилоотнокии ҳамаи иштирокчиён гирифта, мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот ба таври мушаххас фаҳмонида шуд. Анкета аз 50 савол иборат аст ва имконият медиҳад, ки вазъияти иҷтимоӣ-иқтисодии оила ва шароити зисти шахсони анкеташуда баҳогузорӣ карда шавад. Анкета имконият дод, ки сатҳи иттилоотнокӣ дар хусуси бемории сил дар байни одамони солим баҳогузорӣ карда шавад. Барои онҳое, ки дар муҳожирати меҳнати буданд, бо мақсади муайян кардани чунин масъалаҳое

монанди норасоии воситаҳои пулӣ, барои пардохт кардани машваратҳои хусусӣ, зарурати иқтисодии аз ҳудуди ҷумҳури берун рафтан ба сифати муҳоҷири меҳнатӣ, набудани дониш оид ба табобатшавандагии бемории сил ё тарсу ваҳми стигмаи ҷамъиятӣ ва имконпазирии берун шудан аз доираи иҷтимоӣ, саволҳои амиқ дода мешавад.

### **Статуси иҷтимоӣ-иқтисодии ҷавонон, сатҳи иттилоотнокии онҳо оид ба бемории сил ва сатҳи стигмаи ба он вобаста**

Пурсиши одамони солим ошкор намуд, ки танҳо 10,8%-и онҳо маълумоти олии доштанд, 25,6% дорои маълумоти миёнаи касбӣ, боқимондаҳо дорои маълумоти миёна ва аз он поён буданд. Аксари бештари одамони пурсидашуда дар деҳот (76,9%) зиндагӣ мекунанд. Сатҳи сифати одамони солими анкеташуда мувофиқи маош ва пӯшонидани заруратҳои оилавӣ баҳогузорӣ карда шуд. Пурсиш нишон дод, ки ягон нафари анкеташуда маоши худро ба пӯшонидани зарурати оила мувофиқ наметонад. Дар ин маврид эҳтиёҷоти асосии оила харидорӣ ҳарҳафтаинаи маҳсулоти ғизоии зарурӣ, харидорӣ ҳармоҳаи ашёҳои зарурии ғайрихӯрокӣ, хароҷоти ҳаррӯзаи зарурии нақлиёт ва дигар хизматрасониҳо номбар карда шуданд (Закон Ҷумҳурии Тоҷикистон «О прожиточном минимуме» // Ахбори Маджлиси Оли Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2009 год, № 5. ст. 328). Мутаассифона, ҳазинаи истеъмоли барои ҷавонон дар Тоҷикистон ҳисоб карда нашудааст ва мо дарк мекунем, ки ҷавобҳо ба саволҳои ишорашуда субъективӣ мебошанд. Вобаста аз ин, дар одамони пурсидашуда макони таҳсил ё макони кор чунин гурӯҳбандӣ карда шуд: 334 одам ё 85,6% кор мекарданд, боқимондаҳо - 56 нафар ё 14,4% таҳсил мекарданд. Дар байни коргарон ва хонандагон миқдори занҳо ва мардҳо тақрибан як хел буд. Аз ҷумлаи коргарон 143 нафар ё 42,8% ба ҳайси мутахассис кор мекарданд, 191 нафари дигар, ё 51,2% - ҳамчун коргари ёрирасон ифои вазифа мекунанд. Аз ҷумлаи 191 нафаре, ки ба сифати кормандони ёрирасон фаъолият доштанд, 87 нафар (45,5%) маҷбур шуданд, ки аз дохили ҷумҳурӣ ба сифати муҳоҷири меҳнатӣ берун раванд. Давлати асосии муҳоҷирати респондентҳо Федератсияи Россия мебошад.

Аз рӯйи муддати дар муҳоҷирати меҳнатӣ будан 46 (52,9%) муҳоҷирони иеҳнатӣ зиёда аз як сол, 24 нафар (27,6%) – аз 6 моҳ то як сол, боқимондаҳо 17 нафар (19,5%) – камтар аз 6 моҳ буданд. Сабаби асосии ба Тоҷикистон барнагаштани муҳоҷирони меҳнатӣ вазъи оилавӣ буд, ки 41 нафар (47,1%) ро ташкил дод. Дар 18 ҳолат (20,7%) ин аз даст додани ҷойи кор, 11 нафар (12,6%) аз ҷиҳати саломатӣ; 3 нафар (3,4%) аз он ҷо ба Тоҷикистон ронда (депортатсия) шуда буданд, 8 нафар сабаби ба Тоҷикистон барнагаштанашонро бухрони молиявии Россияро медонанд, 6 нафар (6,9%) бо сабабҳои дигар ба ватан баргаштанд. Танҳо 47 нафар (54,0%) барои ба кор қабул шудан аз муоинаи тиббӣ гузаштаанд. Қисми бештари пурсидашудагон, яъне 64 нафар (73,6%) сар соҳаи сохтумон кор кардаанд. Дигарон дар соҳаҳои дигар машғули кор буданд.

Осебпазирӣ ба бемории сил дар байни муҳоҷирони меҳнатӣ ба воситаи саволҳои марбут ба ғизо, шароити зист ва тамос доштан бо беморони гирифтори бемории сил дар фазои фаъол муқаррар карда шуд. Қисми бештари муҳоҷирон, яъне 58 нафар (66,7%), ғизои мукамал истеъмол мекарданд, 26 нафар (29,9%)

рузе ду маротиба ғизо истеъмол мекарданд, 3 нафар (3,4%) дар як рӯз танҳо як маротиба ғизо истеъмол кардаанд. Пурсиши шароити зист нишон дод, ки танҳо 11,5%-и муҳоҷирон имконияти ба ичора гирифтани хона ё ҳучраро доштанд, боқимондаҳо дар шароити на чандон хуб мезистанд. Зиёда аз 20%-и муҳоҷирон, яъне 18 нафар (20,7%) мегуфтанд, ки ибто беморони гирифтори бемориҳои сил тамос доштанд.

Ба ҳамаи 390 нафари пурсидашуда саволхоро бо якчанд варианти ҷавобҳо нисбати аломатҳо ва симптомҳои бемории сил (БС) бо рӯйхати тартибдодашудаи симптомҳои беморӣ пешниҳод карданд. 213 нафар ба сифати симптом сулфаро номбар карданд, 173 нафар ба ҳайси симптом сулфа дар давоми зиёда аз аз се ҳафта II-ро номбар кардаанд. Аз онҳо 72 респонденти «сулфа» ва «сулфай бар давоми зиёда аз се ҳафта»-ро ҳамчун симптоми бемории сил номбар карданд. Аз ин чунин хулоса баровардан мумкин аст, ки 315 нафар (80,7%) донистанд, ки симптомҳои асосии бемории сил сулфа ба шумор меравад.

Дониши респондентҳо дар хусуси роҳҳои интиқоли бемориҳои сил (БС) суст буд. 62,7%-и одамон дуруст медонистанд, ки БС метавонад бо роҳи ҳавоӣ интиқол ёбад, дар ҳоле ки бемори мубтало ба БС месулфад ва атса мезанад. Ба ҳамин тариқ, 70%-и пурсидашудагон ба таври ғалат чунин меҳисобанд, ки истифодаи умумии зарфҳо метавонанд, ки БС-ро интиқол диҳанд. Дигар ақидаҳои барғалат нисбати интиқоли БС чунин буд: 66,4% мегуфтанд, ки БС метавонад ҳангоми аз як коса истеъмол кардани ғизо интиқол ёбад; 18,7% чунин ҳисоб карданд, ки БС метавонад, ки ба воситаи дастфишорӣ, 13,8% чунин мегуфтанд, ки ин метавонад, ки дастаи дар ва ё дастқапаки нақлиёт интиқол ёбад. 8,8%-и шахсони пурсидашуда маълумот доданд, ки тарзи интиқол ёфтани БС-ро намедонанд.

69,4%-и пурсидашудагон чунин меҳисобанд, ки БС ба ҳар роҳ интиқол ёфта метавонад. Ғайр аз ин, гурӯҳҳои мушаххаси аҳолии ба гурӯҳи хатари осебпазири БС чунин аст: камбағалӣ (46,6%), беҳонаҳо (24%), майзадаҳо (24%), нашъамандҳо (11,8%), сирояти ВНМО (16,7%) ва одамоне, ки дар маҳбасҳо қарор доранд (17,8%).

262 нафари пурсидашуда (67,2%) БС-ро бемории чиддӣ ва 104 нафар (26,7%) нисбатан чиддӣ меҳисобанд, 14 нафар (3,7%) БС-ро сирояти чиддӣ намеҳисобанд ва 9 нафар (2,4%) намедонистанд.

Аз 390 пурсидашудагон 324 (83,1%) ба саволи оё БС бемории табобатшаванда аст, ҷавоби тасдиқкунанда доданд. Танҳо 270 нафар (69,4%) дақиқ медонистанд, ки бо доруҳои махсус, ки дар марказҳои саломатӣ дода мешаванд, бемории силро табобат кардан мумкин аст, танҳо 189 одам (48,5%) дуруст нишон доданд, ки барои табобати БС пурра ба анҷом расонидани ҳар як марҳалаи табобат зарур мебошад.

Бовариҳои барғалат нисбат ба он, ки БС-ро табобат кардан мумкин аст, ё не истифода кардани воситаҳои доругӣ аз алафҳо, оромӣ дар хона бе медикаментҳо, табобати мазҳабӣ, аз дигар боварҳои нисбатан аҷоиб, монанди истеъмол кардани гушти сағ иборат буданд, 6,7% намедонистанд, ки БС-табобатшаванда аст.



Қисми бештари пурсидашудагон, яъне 265 нафар (67,9%), асосан оид ба БС аз телевизион маълумот гирифтаанд.

Дигар сарчашмаҳои иттилоот инҳо буданд:

- 218 нафар (55,8%) аз кормандони тиббӣ огоҳӣ ёфтанд;
- 152 нафар (38,9%) дар оила, аз дӯстон, ҳамсоҷҳо ва ҳамкорон;
- 191 нафар (37,5%) аз рӯзномаву маҷаллаҳо;
- 113 нафар (28,9%) аз радио;
- 56 нафар (14,5%) дар тахтаҳои эълонҳо хондаанд;
- 133 нафар (34,2%) аз брошюраҳо, плакатҳо ё дигар маводи нашршуда ва 37 нафар (9,6%) – аз муаллимон;

- 304 респодент (77,9%) ишора карданд, ки телевизион ба сегонаи аввали роҳҳои нисбатан таъсирпазир чиҳати самаранокии фарогирии одамон иттилоъ оид ба БС ба ҳисоб меравад. 239 нафар (67,3%) маълумот доданд, ки иттилоъ оид ба БС ба таври самаранок бо ёрии кормандони тиббӣ гузаронида мешавад, 140 нафар (35,9%) радиоро номбар кардаанд. Сарчашмаҳои хаттии иттилоот камтар самаранок шуморида шудааст: 123 нафар (31,5%) аз рӯзномаву маҷаллаҳо огоҳӣ ёфтанд, 98 (25,1%) аз брошюра, плакат ва дигар маводҳои нашриявӣ ва танҳо 59 нафар (15,1%) – аз тахтаҳои эълонҳо, огоҳӣ ёфтаанд. 126 респодент (32,3%) иттилоотеро, ки аз аъзои оила, дӯстон, ҳамсоҷҳо ва ҳамкорон гирифтаанд, сарчашмаи самараноки иттилоъ дар бораи БС доништа шудаанд. Дигар сарчашмаҳои иттилоот пешвоёни рӯҳонӣ барои 25 нафар (6,4%), муаллимон барои 36 нафар (9,2%) ва ташкилотҳои ғайридавлатӣ барои 2 нафар (0,4%) – ро дар бар гирифт.

Қисми бештари одамони пурсидашуда, яъне 276 нафар (70,7%) дар сурати мубтало шудан ба БС худро мӯйс ва ноилоч ҳисобиданд. Ақсуламали паҳнёфтаи дигар эҳсосоти тарс, нобоварӣ ҳайрат ва шарм буданд. Бештари одамони пурсидашуда – 320 нафар (82,0%) бемории худро бо табиб ё дигар кормандони тиббӣ муҳокима менамоянд. Танҳо 5 нафар (1,2%) нишон доданд, ки онҳо бемориашонро бо ягон кас муҳокима накардаанд. Зиёда аз нисфи респодентҳо – 221 нафар (56,6%) нишон доданд, ки онҳо одамонро мешиносанд, ки дар онҳо БС ҳаст ё буд. 182 нафар (46,9%) аз байни одамони пурсидашуда ҷавоб доданд, ки бештари одамон дар ҷомеа муносибати дӯстонадоранд, аммо аз беморшавӣ ҳазар мекарданд – 153 респодент (39,3%) нишондоданд, ки ҷамъият ба одамони гирифтори БС ёри мерасонанд ва онҳоро дастгирӣ мекунанд. 47 нафар (12%) ишора намуданд, ки бештари одамон дар ҷамъият беморони дорои БС-ро рад мекарданд – 5 респодент (1,2%) нисбат ба беморони гирифтори БС бетараф буданд, ба онҳо ёрӣ нарасониданд ва аз ҳоли онҳо нороҳат нашуданд. 3 (0,8%) намедонистанд, ки дар ҷомеа ба беморони гирифтори БС чӣ гуна муносибат кунанд.

Вақте ки аз пурсидашудагон пурсиданд; бигӯянд, ки кадоме аз гуфтаҳои зикршуда муносибати одамонро бо беморони гирифтори БС наздиктар инъикос мекунад, онҳо ҷавобҳои зиёди гуногунро пешниҳод карданд.

### Сатҳи сироятнокшавии организми чавонон ба МББС

Марҳилаи дигари таҳқиқоти мо аз омӯзиши гузаронидни намунаи туберкулинро дар ҳамаи 390 шахсони солими пурсидашуда иборат буд (ҷадвали 2).

#### Ҷадвали 2. – Натиҷаҳои таҳлили туберкулинии шахсони солим

Натиҷаҳои намунаи Манту	Гурӯҳҳои ҷинсӣ ва синнусолӣ											
	15-18 -сола				19-24 -сола				25-34-сола			
	мард		зан		мард		зан		мард		зан	
	мутлак.	%	мутлак.	%	мутлак.	%	мутлак.	%	мутлак.	%	мутлак.	%
Манфӣ	32,0	8,23±1,2	33,0	8,46±1,3	36,0	9,23±1,3	39,0	10,1±1,4	44,0	11,3±1,3	43,0	11,0±1,3
Мусбат	8,0	2,08±0,6	11,0	2,81±0,4	9,0	2,31±0,5	13,0	3,34±1,0	11,0	2,82±1,0	14,0	3,58±0,92
Шадидан мусбат	16,0	4,10±2,2	15,0	3,84±2,3	11,0	2,82±2,0	13,0	3,33±2,1	9,0	2,31±1,8	8,0	2,05±1,8
Гиперергӣ	5,0	1,28±0,5	8,0	2,05±0,2	4,0	1,02±0,4	3,0	0,77±0,3	2,0	0,54±0,4	3,0	0,77±0,3

Ҳангоми шарҳ додани натиҷаҳои намунаи Манту дар баробари гуфтаҳои дар боло зикршуда дар ҷадвали натиҷаҳо мо омилро ҷо кардем, ки мумкин аст натиҷаҳои мусбати бардурӯғ ва манфии бардурӯғ ба мушоҳида расанд. Дар вақти таҳлили тафриқии чунин ҳолатҳо ва сирояти латентии силӣ (сироятнокшавӣ) мо далелҳои гувоҳидиҳандаи аз сил сироятнокшавиро ба ҳисоб гирифтем, ки аз инҳо иборат буданд:

- дар оилаи бемор мавҷуд будани ҳешовандони гирифтори БС ё БС-ро аз сар гузаронида;

- бемороне, ки бо беморони гирифтори БС тамос доштанд;

- аз лаҳзаи ваксинтсияи БСЖ вақти зиёд гузаштан;

- ақсуламали возеҳ ё гиперергии Манту.

Тавре ки аз ҷадвал маълум мешавад, сирояти латентии сил дар байни 390 нафар шахси солим дар 163 нафар ё тақрибан 42%-и таҳқиқшудагон муайян карда шуд, дар 227 нафар (58,2%) намуна манфӣ буд.

#### Таъсири мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда ба пайдошавии БС.

Марҳилаи дигари таҳқиқоти мо ошкор кардани алоқаи БС бо мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшударо дар бар гирифтааст. Таҳқиқоти мазкур оид ба омӯзиши таърихи бемории зиёда аз 200 нафар бемори сил анҷом дода шуд.

Аз 200 нафари гирифтори бемори сил, дар анмнезашон бемориҳои ҳамроҳшудаи пеш аз пайдо шудани БС мавҷудбуда, дар 68 нафарашон чунин бемориҳо ба қайд гирифт шуд: сирояти ВИЧ-дар 11 бемор, диabetи қанд – дар 12 бемор, БМОШ (бемории музмини обструктивии шушҳо) – дар 36 бемор, бемории чигар-дар 6 нафар, решмарази меъда ва рӯдаи 12-ангушта – дар 3 нафар бемор дида шуд.

Баъди муқоиса кардани ин маълумотҳо бо маълумотҳои сершумори адабиёт мо чунин хулоса баровардем, ки иртиботи мутақобила байни пайдо шудани бемории сил мумкин аст, ки бо сироятнокшавии пешакии ВИЧ, бо мвҷудияти БМОШ (бемории музмини обструктивии шушҳо), ҳамчунин диabetи қанд вобаста бошад. Маълумот дар бораи иртиботи мутақобилаи пайдошавии БС бо дигар бемориҳо, ки мо дар беморҳоямон мушоҳида намудем, дар адабиёти барои мо дастрас пайдо карда натавонистем.

### Шоҳиси ғизо дар чавагон-беморони гирифтори БС

Марҳилаи дигари таҳқиқоти мо ба муайян кардани статуси ғизои 200 беморони гирифтори БС ва муқоиса кардани онҳо бо ҳамин гуна маълумотҳои 390 шахсони солим бахшида шудааст. Тавре ки мо қаблан ишора кардем, ҳисоб кардани статуси ғизоро мо бо истифодаи нишондодҳои зерин гузаронидаем: даври китф, шоҳиси массаи бадан, ғафсии чини пӯсту чарб дар болои тритсепс. Ҳамин тавр, маълумотҳои ба даст овардашуда дар қадвали 3 оварда шудаанд.

**Қадвали 3. – Нишондиҳандаҳои антропометрии статуси ғизо дар шахсони солим (n=390) ва беморони гирифтори БС (n=200)**

Усулҳои таҳқиқот	Гурӯҳҳои ҷинсӣ ва синнусолӣ											
	15-18 лет				19-24 лет				25-34 лет			
	мард		зан		мард		зан		мард		зан	
	солим	бемор	солим	бемор	солим	бемор	солим	бемор	солим	бемор	солим	бемор
ШМБ	22,7±2,8	17,0±1,2	23,8±2,9	17,5±1,3	22,2±2,7	16,6±1,3	24,1±2,8	16,9±1,4	24,8±2,7	17,6±1,3	25,7±2,8	17,7±1,3
ҒЧПЧТ мм	8,5±0,88	5,1±0,65	11,0±1,1	6,0±0,40	9,7±0,95	8,5±0,5	13,4±1,5	11,5±1,0	11,3±1,4	10,5±1,0	14,6±1,7	10,5±0,92
ДҚ, см	26,1±3,2	21,7±2,2	25,8±3,0	24,2±2,3	28,2±3,6	22,9±2,3	27,4±3,4	23,3±2,4	29,1±3,8	23,8±2,3	28,2±3,7	24,4±2,3
ДМК, см	25,1±2,7	18,0±1,4	21,1±2,4	17,5±1,2	24,1±2,6	18,0±1,4	22,0±2,4	19,1±1,3	25,2±2,5	20,8±1,5	23,3±2,4	21,5±1,5

Тафсири маълумотҳои ба даст овардашуда ба тавсифи тамоюли пастшавӣ ё баландшавии нишондиҳандаҳо дар беморони гирифтори бемории сили шушҳо ҳангоми муқоиса кардани онҳо бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои одамони солим мувофиқат мекунад. Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои антропометрии омӯхташуда дар беморон аз ҷиҳати оморӣ эътимоднок нисбат ба шахсони солим паст буданд.

Методологияи аз тарафи мо истифодашуда ҳамчунин таҳқиқоти нишондиҳандаҳои биохимиявиро дар бар мегирад, ки мубодилаи чарбҳо ва сафедаҳоро инъикос мекунад. Дар сурати чунин муносибат, ин маълумотҳо бо нишондиҳандаҳои антропометрӣ интегралӣ намуда, дар бораи мавҷуд

будан ё набудани норасоии сафедавӣ-энергетикӣ хулоса баровардан мумкин аст.

Маркерҳои биохимиявии мубодилаи сафеда ва ҷарб дар беморони мо назар ба ҳаминт гуна нишондодҳо дар одамони солимба таври эътимоднок паст буданд, ки ин низ аз мавҷуд будани норасоии сафедаву энергетикӣ (НСЭ) гувоҳӣ медиҳад.

Ҳамин тавр, маркерҳои биохимиявии дараҷаи сабук танҳо дар 10,3%-и мардҳо ва 9,2% -и занҳои солим муайян карда шуд, аммо маркерҳои биохимиявии дараҷаҳои гуногун дар 44,5%-и мардҳо ва 40,0%-и занҳои гирифтори бемории сил ба қайд гирифта шудааст. Дар ин маврид дар беморони гирифтори бемории сил дараҷаи миёнаи норасоии сафедаву энергетикӣ (НСЭ) бартарӣ дошт.

Таҳқиқотҳои гузаронидаи мо имконият медиҳанд хулоса барорем, ки предикатори асосии пайдошавии БС дар байни ҷавонони Тоҷикистон статуси паст иҷтимоӣ ва сатҳи баланди муҳочирати ба он вобаста, сатҳи пасти иттилоӣ аз хусуси БС ва сатҳи баланди ба он вобастаи стигма; сатҳи баланди сироятнокшавӣ аз МББС; мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда, монанди сирояти ВИЧ, БМОШ (бемории музмини обструктивии шушҳо) ва диабети қанд; вазнинии миёнаи норасоии ғизо ба ҳисоб мераванд.

#### **Таъсири омилҳои тиббӣ-иҷтимоии хатари пайдошавии бемории сил дар байни ҷавонон ба дастрасии хизматрасонии тиббӣ**

Дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои зиддисилро мо бо роҳи анкетагузаронӣ дар байни 390 нафари шахсони солим гузаронидем. Танҳо 182 нафар (46,7%) аз 390 нафари пурсидашуда ишора карданд, ки корфармои онҳо ё роҳбарияти муассисаҳои таълимӣ дар ҳолати гирифтورشавӣ ба ягон намуди беморӣ дар шакли тасдиқ ё додани варақаи корношоямии муваққатӣ қафолати иҷтимоӣ ё ёрирасониро анҷом додаанд. Аз ҷумлаи пурсидашудагон 295 нафар (75,6%) иддао доштанд, ки корфармо маблағи хизматрасониҳои тиббиро пардохт кардааст, 95 нафари дигар (24,4%) тасдиқ кардаанд, ки онҳо бинобар бемор буданашон рухсатии музднок гирифтаанд.

Аз 73 (18,7%) –и респондентҳо, ки аз хусуси ин ё он беморӣ барои гирифтани ёрии тиббӣ муроҷиат кардаанд, 56 нафар (76,7%) бояд барои хизматрасониҳои тиббӣ маблағ пардохт кунанд, 17 нафар (23,3%) хизматрасониҳои тиббиро ба таври ройгон қабул кардаанд.

Аксари бештари беморон аз ҷумлаи 240 нафари пурсидашуда, ки қаблан ба ягон намуди беморӣ гирифтोर шудаанд, ҷавоб доданд, ки арзиши доруҳо ва хизматрасонии тиббӣ хеле баланд буд.

Дар байни ҳамаи одамони пурсидашуда 283 нафар (72,6%) иттилоӣ медиҳанд, ки ба хизматрасонии тиббӣ дастрасии маҳдуд доштанд. Дар баробари арзиши хизматрасонӣ монеаҳои психологиву ҷуғрофӣ низ номбар карда шуданд, ки аз надоништан вобаста буданд.

Ба ин савол, ки оё онҳо боре ягон хел таҳлили дар боло зикршударо гузаронидаанд, 173 (43,6 %) нафари пурсидашуда ҷавоб доданд, ки вобаста аз сирояти ВИЧ, 137 нафар (35,2%) барои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ

гузаранда, 114 нафар (29,3% барои муайян кардани гепатити С ва 22 нафар (5,7%) молишаки балғамро барои таҳлили микроскопии мавҷуд будани БС барои таҳлил супоридаанд.

Ҳамин тартиб, 177 нафар (45,4%) нишон додаанд, ки онҳо хангоми эҳсос кардани алоқамандӣ доштани симптомҳои бемориашон ба БС ҳатман барои гирифтани ёрии тиббӣ муроҷиат намудаанд. 95 нафар (24,4%) то ба гирифтани ёрии тиббӣ муроҷиат намудан 3-4 ҳафта идома ёфтани симптомҳоро мунтазир шуда, 54 нафар (13,9%) барои гирифтани ёрии тиббӣ аз хусуси БС вақте муроҷиат намудаанд, ки худтабобаткунӣ самара надодааст, 53 нафар (13,6%) вобаста ба вучуд доштани симптомҳои БС барои гирифтани ёрии тиббӣ вақте муроҷиат намудаанд, ки дигар кор кардан ё таҳсилро бинобар вазъи бади саломатиашон давом дода натавонистанд, 11 нафар (2,8%) зикр карданд, ки онҳо барои гирифтани ёрии тиббӣ муроҷиат накардаанд. Ин гурӯҳи 11 нафарӣ, ки иброз доштанд, дар сурати ошкор шудани БС ба муассисаҳои тиббӣ муроҷиат намекунанд, 5 нафар (45,4%) сабаби муроҷиат накарданошонро дар арзиши муолиҷа медонистанд ва 4 нафар (36,3%) бо ин сабаб ба муассисаҳои тиббӣ муроҷиат намекунанд, ки намехостанд донанд, ки онҳо гирифтори бемории чиддие шудаанд. Сабабҳои дигари ба муассисаҳои тиббӣ муроҷиат накардан аз инҳо иборат буданд: ба кучо муроҷиат карданро надонистан; масъалаҳои нақлиёт ё набудани имконияти аз кор рафтан.

Боварии респондентҳо нисбат ба арзиши ташҳис ва табобати БС гуногун буд. Гарчанде аксари бештари онҳо 250 нафар (64,2%) чунин мепиндоштанд, ки арзиши он аз сатҳи муътадил то баланд аст, 5 нафар респондент ишора карданд, ки доруҳо бояд ройгон бошанд, аммо онҳоро ба беморон мефурушанд. Доруҳо ройгонанд, вале табобат пулакӣ аст, барои ҳамин ҳам арзиши баланд дорад.

Ҳамин тавр, дастрасӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ, дар маҷмӯъ ва ба вижа ба хизматрасониҳои зиддислӣ дар респондентҳои мо хеле маҳдуд буд. Монеаҳои асосӣ барои таъмин намудани дастрасии мусоид ва зарурӣ ин донишҷӯи иттилоот дар бораи беморӣ, мушкилоти чуғрофӣ, набудани кафолат ва воситаҳои ёрирасони иҷтимоӣ, ҳамчунин пардохти барзиёд барои хизматрасонӣ мебошанд.

**Марҳалаи дигари таҳқиқоти мо беҳтарсозии (оптимизатсияи) дастрасии пешниҳод кардани хизматрасониҳои зиддислӣ мебошад.**

Дар «Стратегияи миллӣ оид ба ҳифзи саломатии аҳоли дар давраи солҳои 2010-2020», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2-юми августи соли 2010 таҳти №368 қабул шудааст, дар роҳи расидан ба стратегияи «Солими барои ҳама дар асри ХХ1» фаъолияти муштараки нигоҳдории тандурустӣ пешбинӣ шудааст; бо иштироки васеъ ва ҷалби шарикони муносиб оид ба фаъолияти нигоҳдории тандурустӣ дар ҳамаи сатҳҳо (дар хона/оила, мактаб, ҷойи кор, нуқтаи аҳолинишин/аҳоли) якҷоя ёрӣ расонидан дар протсессҳои қабул кардани қарор, таъмин кардани иҷроиши онҳо ва ҳисоботдиҳӣ.

Таъкид кардан ба маврид мебошад, ки Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ва бисёр институтҳои байналмилалӣ молиявӣ ба гузаронидани бозсозии соҳаи

нигоҳдории тандурустӣ бо ҳатман шомил намудани муассисаҳо ва соҳаи иттилоънокии ҷамъиятӣ, сафарбар кардани ҷамъиятҳо ва тағйир додани рафтори ҷавонон диққати махсус медиҳанд. Дар баробари ин, ҷамоҳангсозии сусти фаъолият ба мушоҳида мерасад, зеро то ҳол стратегияи ин самт коркард нашудааст.

Дар сохтори Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба масъалаҳои ташаккули тарзи ҳаёти солим ҳадамоти санитарӣ-эпидемиологӣ машғул мебошад, ки дар навбати аввал, ба масоили беҳдошти муҳити атроф ва бемориҳои сироятӣ диққат махсус зоҳир мекунад. Ба проблемаҳои монанди мустаҳкам намудани саломатӣ, пешгирии бемориҳо, иттилоънокии ҷамъиятӣ ва сафарбарии ҷамъиятҳо тавачҷуҳи зарурӣ дода намешавад.

Дар доираи бозсозии (реформаи) гузаронидашуда шабакаи Ҳадамоти ташаккули тарзи ҳаёти солим таъсис дода шуд, ки бояд ҷамоҳангии фаъолияти ташкилотҳоро дар самти мустаҳкам гардонидани саломатӣ, гузаронидани чорабиниҳои ҷамъиятӣ-иттилоотӣ ва сафарбаркунии ҷамъиятҳо амалӣ созад. Аммо ин ҳадамот низ дар ҳаҷми пурра фаъолият намекунад. Натиҷаҳои таҳлилҳои системавӣ нишон медиҳанд, ки фаъолият дар соҳаи иттилоънокии ҷамъиятӣ вобаста аз набудани ҷамоҳангии умумӣ, вучуд надоштани муносибати зарурии байни секторҳо дар ҳаллу фасли мушкилоти саломатӣ ва фаъолнокии пасти ВАО (Воситаҳои ахбори омма) қаноаткунанда нест.

Дар асоси таҳлили гузаронидашуда ва баҳогузорӣ ба системаи чорабиниҳои ба зидди паҳншавии бемориҳои пайдошавиашон ба сабабҳои иҷтимоӣ вобаста дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, мо пешакӣ ҳаҷми хизматрасониҳои профилактикӣ, ташхисӣ ва табобатиро бо фаро гирифтани муҳочирони меҳнатӣ ва оилаи онҳо, бо 4 роҳ муайян намудем:

- Интегратсияи ин хизматрасониҳо бо роҳи таъмин кардани ҳамкориҳои байнисекторӣ;
- Институтикунонии Марказҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон (МТМЧ дар назди Марказҳои саломатӣ), ки вазифаи асосии онҳо пешниҳод намудани иттилоӣ зарурӣ барои ҷавонон ва дар ҳолати зарурӣ ба назди мутахассис фиристодани онҳо мебошад;
- Фарогирии ҳатмии химиопротифактикаи шахсони дорои сирояти МББС, махсусан бо ҳамзамон мавҷуд будани норасоии ғизо ва бемориҳои ҳамроҳшудаи монанди сирояти ВИЧ, БМОШ (бемории музмини обструктивии шушҳо) ё диабет қанд.
- Ҳамкориҳои байнисекторӣ. Натиҷаҳои ба даст овардашуда асоси коркарди схемаи ҳамкориҳои байнисекториро ҷиҳати пешгирии БС ташкил доданд (расми 1).





дискриминатсия ва густариш додани дастрасӣ ба хадамоти тиббӣ; чамъиятҳо – (шӯроҳои маҳаллӣ)- иштирок дар кори паст кардани стигма ва дискриминатсия, пешгирии кардани БС, тавассути ҷалб кардани Шӯрои куҳансолони деҳа, пешвоёни динӣ, сокинони чамъиятҳо.

Дар натиҷаи иҷро намудани корҳои таҳқиқотии диссертатсияи мазкур схемаи дар боло зикршуда асоси татбиқ намудани усули муносибати интегралӣ байнисекториро барои тағйир додани сатҳи иттилоӣнокӣ, стигма ва дискриминатсия ташкил дод. Дар доираи ин мавқеъҳо рушди самтҳои тиббӣ-гигиенӣ, иҷтимоӣ-психологӣ, мустаҳкам кардани саломатӣ ва пешгирии намудани беморшавии ҷавонон дар системаи маориф хеле муҳим мебошанд. Барои ин таъсис додани системаи мукамал -тиббӣ мактабӣ ва системаҳои таълими бисёрзинагии тафриқии хонандагон, ташкили протсессии педагогӣ барои нигоҳ доштани солимии ҷисмонӣ, рӯҳӣ ва иҷтимоӣ, рушди шахсияти ҳар як нафари ҷавон мусоидат мекунад.

Вазифаҳои дар назди давлат гузоштаи ташаккули тарзи ҳаёти солим (ТТҲС), ҳамчунин риоя кардани принципҳои дар боло зикршудаи таҳқиқот, аз доираи сектори нигоҳдории тандурустӣ хеле дур мебароянд ва мувофиқат кунонидани нерӯҳои ҳамаи тарафҳои манфиатдорро талаб мекунанд. Аз ин мавқеъ дар соҳаи ташаккули тарзи ҳаёти солим ҷавонони синну соли мактабӣ гузаронидани чунин чорабиниҳоро мувофиқи мақсад меҳисобем:

- таъсис додани ҳуҷраҳои тиббии мактабӣ дар пойгоҳи ташкилотҳои таҳсилоти миёна, дохил кардани фанни «Тарзи ҳаёти солим» ва аз рӯйи барномаи ягонаи таълимии аз тарафи вазоратҳои мориф ва илми ҚТ, фарҳанг ва нигоҳдории тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ тасдиқшуда ба роҳ мондани таълими он, таъмин кардани тайёркунии кадрҳои ин соҳа;

- расонидани ёри машваратӣ-тиббӣ ба ташкилотҳои ташкилотҳои нигоҳдории тандурустӣ ва маориф оид ба масъалаҳои муҳофизат ва мустаҳкам кардани саломатии ҷавонони синну соли мактабӣ, гузаронидани мониторинг ва баҳогузори татбиқи барномаҳои профилактикӣ (муоина, скрининг ва ғайра), таълим додани мутахассисони соҳаи ташаккули тарзи ҳаёти солим;

- баргузор намудани чорабиниҳои иттилоотӣ, берунамактабӣ ва фароғатӣ дар байни наврасон ва ҷавонон оид ба баланд бардоштани сатҳи иттилоӣнокӣ, дониш ва малақаҳо оид ба проблемаҳои ташаккули тарзи ҳаёти солим;

- рушд додан ва мустаҳкам кардани пойгоҳи моддӣ-техникии марказҳои саломатии ҷавонон бо мақсади расонидани ёри комплекси тиббӣ-профилактикӣ ва ёри иҷтимоӣ-психологӣ ба наврасон ва ҷавонон мувофиқи низомномаҳои тасдиқнамудаи органҳои босалоҳият, дастгирии НПО, барномаҳои дар соҳаи ташаккули тарзи ҳаёти солим татбиқшуда, рушди ҳаракати волонтерӣ;

- ҳамкорӣ намудан бо ҳама макотиби таҳсилоти умумӣ, миёнаи махсус ва макотиби таҳсилоти олий, ки дар лоиҳаҳои марбут ба масъалаҳои ташкил намудани чорабиниҳо оид ба ҳамкорӣ ва мустаҳкам намудани саломатии наврасон ва ҷавонон аз тариқи густариш додани шабакаҳои Давлатӣ «Мактабҳои



дорои қобилияти мустаҳкам кардани саломатӣ» ва «Университетҳои солим» иштирок мекунад.

Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон дар назди Марказҳои саломатӣ – хизматрасонии нави нигоҳдории тандурустӣ ва дӯстона бо наврасон ва ҷавонони гурӯҳи баланди хатар дар Тоҷикистон. Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон барои ҷавонон, аз ҷумла ҷавонони шомили гурӯҳи хатар ёрии аввалияи махсуси табобатӣ-ташҳисӣ ва тиббӣву иҷтимоиро мерасонанд, ки ба муҳофизати саломатии онҳо нигаронида шудаанд. Мо ба Низомнома дар бораи Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон илова ворид кардем, ки акнун дар ҳолати ошкор кардани шахсони гумонбаршуда аз бемории сил онҳо ба Марказҳои муҳофизати аҳоли аз БС раван карда мешаванд. Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон хизматрасонии худро дар асоси принсипҳои ихтиёрӣ, дастрасӣ, хайрхоҳӣ, эътимоднокӣ ва махфият мувофиқи стандартҳои таҳияшудаи хизматрасонии бо ҷавонон дӯст ба роҳ мекунанд.

Ҳамин тавр, комплекси чорабиниҳои ҷиҳати оптимизатсияи дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои профилактикӣ ва табобатӣ-ташҳисӣ нигаронидашуда, ба таъмини ҳамкориҳои байнисекторӣ, институтилизатсияи Шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон дар назди Марказҳои саломатӣ; фарогирии ҳатмии химиопротектсияи шахсони дорои сироятнокии МББС, махсусан ҳамзамон бо мавҷуд будани камбудии ғизоӣ ва бемориҳои ҳамроҳшудаи монанди сирояти ВИЧ, БМОШ (бемории музминии обструктивии шушҳо) ё диабети қанд барои пешгирӣ намудани пайдошавии БС дар шахсони солим ва таҳҳисӣ барвақти он дар байни одамони гумонбар аз доштани БС мусоидат мекунад.

## ХУЛОСАҲО

### НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАСИЯ

1. Муқаррар карда шуд, ки осебпазирии ҷавонон ба бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистонро ин далел тасдиқ мекунад, ки аксари бештари онҳо дар деҳот (76,9%) зиндагӣ мекунад, таъминоти онҳо ҳамчун кори коргари ёрирасон (51,2%) мебошад, аз онҳо 45,5% маҷбур буданд, ки аз ҳудуди ҷумҳурӣ ба ҳайси муҳоҷири меҳнатӣ берун раванд, аксари бештари онҳо дар давраи муҳоҷират ба корҳои сохтмонӣ ҷалб шуда буданд (73,6%) ва дар истеъмоли ғизо ва макони зист мушкilot доштанд (62,5%) (1 – М, 6 – М, 8 - М).
2. Предиктори асосии пайдошавии БС дар байни ҷавонони Тоҷикистон сатҳи нисбатан пасти иттилоӣнокии ҷавонон, роҳҳои интиқоли БС (62,7%), гурӯҳи хатари гирифтронии БС (30,6%), дарк кардани ҷиддияти беморӣ (26,7%), роҳҳои табобат (69,4%); ҳамчунин сатҳи баланди стигматизатсия (70,7%) ва сироятнокшавии МББС (42,0%), алоқамандии БС бо сироятнокии ВИЧ-и қаблӣ, бо БМОШ (бемории музминии обструктивии шушҳо), ҳамчунин бо диабети қанд (29,5%) ва мавҷуд будани дараҷаҳои гуногуни норасоии сафедаву энергетикӣ (84,5%) мебошад (7 – М, 9 - М).
3. Монеаи асосии ба қадри зарурӣ таъмин намудани дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои тиббӣву таҳҳисии БС, надоштани иттилоот дар бораи

хизматрасониҳо ва ҳамзамон тарсу ваҳм аз хуусуси гирифтани мълумот дар бораи беморӣ, мушкилиҳои чуғрофӣ, монеаҳои психологӣ, набудани кафолати иҷтимоӣ ва ёрмандиҳо, ҳамчунин пардохти маблағ барои хизматрасониҳои тиббӣ ба ҳисоб мераванд (2 – М, 3 - М).

4. Нишон дода шудааст, ки татбиқи усули муносибати интегралӣ байнисекторӣ бо ҷалб кардани ташкилотҳои сафарбаршудаи давлатӣ ва ҷамъиятӣ ҷавонро бо хизматрасониҳои махсуси тиббӣ таъмин намудан, ҳамчунин густариш додани шӯбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон дар назди Марказҳои саломатӣ дастрасии зарурии ҷавонро бо хизматрасониҳои профилактикӣ ва таъминоти ташхисӣ дар маҷмӯъ, аз ҷумла оид ба БС низ таъмин мекунад (4 – М, 5 – М, 10 - М).

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

1. Муносибати интегратсионӣ ҷиҳати оптимизатсияи дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои тиббӣ аз иҷро намудани пайдарпайии зинаҳо вобаста аст:
  - Машварати мотиватсионӣ ҷавонон оид ба масъалаҳои БС;
  - Расонидани ёрии аввалияи махсуси тиббӣ-ташхисӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ ба ҷавонони гурӯҳи хатар дар Шӯбаи тиббӣ-машваратии ҷавонон дар назди Марказҳои саломатӣ ;
  - Ҳамкорӣ байнисекторӣ бо ҷалби ҷамъиятҳо, шахсони фаъоли ба БС гирифтورشуда, волонтерҳо, ҳукуматҳо, шӯроҳои маҳаллӣ, муассисаҳои динӣ ва иттиҳодияҳои ҷамъиятӣ.
2. Комплекси мукаммали ҷорабиниҳои бахшида ба сари вақт ошкор кардани БС дар байни ҷавонон аз таъмин кардани химиопротифилактикаи шахсони аз МББС сироятнокшуда дар якҷоягӣ бо паст кардани шохиси массаи бадани бемор иборат мебошад.
3. Дар ҷаҳорҷӯбаи муносибати интегралӣ байнисекторӣ гузаронидани ҷорабиниҳои иттилоотӣ-маърифатӣ (марафонҳо, аксияҳо) барои табақаҳои васеи аҳоли, дар гурӯҳҳои мақсаднок дар байни ҷавонон оид ба профилактикаи бемории сил; паҳн кардани иттилоъ ва МИМ (маводи иттилоотӣ-маърифатӣ) дар байни ҷавонон, аз ҷумла дар байни шахсоне, ки нақша доранд ба муҳожирати меҳнатӣ раванд; дар мвсимҳои пеш з сафари мӯҳочитрати оммавӣ дар интегратсия намудани фаъолияти стюардессаҳо ва роҳбаладҳои тайёраҳо ва қатораҳо ҷиҳати паҳн кардани иттилоот ва МИМ (маводи иттилоотӣ-маърифатӣ) дар байни муҳожирони меҳнатӣ зарур аст.

#### **ФЕҲРЕСТИ ИНТИШОРОТИ ИЛМИИ ДОВТАЛАБИ**

##### **ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ**

##### **МАҚОЛАҲО ДАР МАҶАЛЛАҲОИ ТАҚРИЗШАВАНДА**

**1-М.** – Бобоходжаев, О.И. Факторы риска развития туберкулёза в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, И.С. Махмудзода, А.Г. Гаиров // Вестник Академии мед. наук Таджикистана. – 2016. - №2. – С. 30-35.

**2-М.** – Бобоходжаев, О.И. К вопросу о реактивации туберкулёзного процесса / О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджидинова, Р.Р. Джумаев, И.С. Махмудзода // Вестник Авиценны. - 2018. – Т.20, №2-3. - С. 320-324.

**3-М.** – Эффективность выявления случаев туберкулёза среди населения г. Душанбе Республики Таджикистан / С.П. Алиев (и др.) // Вестник Авиценны. - 2018. – Т. 21, №4. - С. 56-61.

#### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда**

**4-М.** - Дастурамали методӣ барои вусъати ҳамгирӣ (интеграция) байни муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббӣ санитарӣ (КАТС), муассисаҳои зиддисилӣ ва ҳамкориҳои байнисоҳавӣ: дастурамали методӣ / И.С. Махмудзода (ва ғ.). – Душанбе, 2017. - 22 с.

**5-М.** - Дастурамали методӣ барои расонидани кӯмаки амбулатории зиддисилӣ ба аҳоли ва беморони сил ва нигоҳубини шахси бемор дар шароити хона: дастурамали методӣ / И.С. Махмудзода (ва ғ.). – Душанбе, 2017. - 54 с.

**6-М.** - Махмудзода, И.С. Медико-социальные предикторы развития туберкулёза в Республике Таджикистан / И.С. Махмудзода, О.И. Бобоходжаев // Мат. науч.-практич. конф., посвященной 25-летию независимости РТ и 85-летию ТНИИ профилактической медицины.-Душанбе, 2016. – С. 66.

**7-М.** – Махмудзода, И.С. Социально-демографические особенности больных туберкулёзом в Республике Таджикистан: сб. трудов / И.С. Махмудзода // Российская науч.-практич. конференция молодых учёных с международным участием, посвящённой Всемирному дню борьбы с туберкулёзом. – Москва, 2017. – С. 35-37.

**8-М.** - Проблемы трансграничного контроля за туберкулезом в странах Центральной Азии и Российской Федерации / О.И. Бобоходжаев (и др.) // Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза: тез. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Москва, 2018. - С.43-44.

**9-М.** - Протокол по организации амбулаторного лечения и психосоциальной поддержки больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом: руководство / И.С. Махмудзода (и др.). – Душанбе, 2017. – С. 41.

**10-М.** Современные принципы оказания медицинских услуг подросткам и молодёжи групп высокого риска: учебное пособие / М.О. Бобоходжаева (и др.). – Душанбе, 2017. - 30 с.

#### **ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО ВА АЛОМАТҶОИ ШАРТӢ**

<b>БТСГ</b>	–	<b>Батсиллаи Калметт Герен</b>
<b>ВНМО</b>	–	Вируси норасоии масунияти одам
<b>ТУТ</b>	–	Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ
<b>ДОТС(DOTS)</b>	–	<b>Стратегияи таботат таҳти назорати бевосита</b>
<b>МИМ</b>	–	Маводи иттилоотӣ маърифатӣ
<b>ОВЗ</b>	–	<b>Одамони бо ВМО зиндагикунанда</b>
<b>МТП</b>	–	Муассисаҳои таботатӣ -профилактикӣ
<b>МБС</b>	–	микобактерияҳои сил
<b>СДЗМ</b>	–	Сили бо доруҳои зиёд мутобиқшуда
<b>ММКО</b>	–	<b>Шуъбаи тиббӣ-машваратии ҷавонон</b>
<b>ТҒД</b>	–	Ташкилотҳои ғайридавлатӣ
<b>БМЗС</b>	–	Барномаи миллии зидди сил
<b>ЁАТИ</b>	–	<b>Ёрии аввалияи тиббӣ-ичтимоӣ</b>

ДЗС	– Доруҳои зиддисилӣ
ҶТ	– Ҷумҳурии Тоҷикистон
ФР	– Федератсияи Россия
ИДМ	– Иттиҳоди давлатҳои мустақил
СПИД	– синдроми иммунодефисити иктисобӣ
С	– Сил
ВТ	– Воҳидҳои туберкулинӣ

### Аннотация

#### Махмудзода Исфандиёра Сафари

#### «Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза на доступность к медицинским услугам среди молодёжи и пути её оптимизации в Республике Таджикистан»

**Ключевые слова:** туберкулёз, инфицированность, индекс питания, медико-социальный статус, информированность, факторы риска, доступность.

**Цель работы.** Изучить влияние медико-социальных факторов риска развития ТБ среди молодёжи на доступность к медицинским услугам в Республике Таджикистан и разработать пути её оптимизации.

**Методы исследования.** Для понимания причин напряжённой ситуации по ТБ в Республике Таджикистан было проведено комплексное изучение социальных и медицинских факторов, влияющих на развитие ТБ, у 390 здоровых лиц, и ретроспективных данных историй болезни 200 больных ТБ. Для оценки статуса питания определяли следующие антропометрические показатели и биохимические маркеры. Наличие и степень белково-энергетической недостаточности определяли по балльной оценке суммы маркеров статуса питания. Наличие инфицированности организма здоровых лиц микобактерией ТБ определяли путем проведения стандартной туберкулиновой пробы с 2ТЕ. Для более детального анализа факторов риска развития ТБ у здоровых лиц были разработаны анкеты, которые содержат подробные сведения об информированности и стигме по ТБ.

**Полученные результаты и их новизна.** Установлено, что уязвимость молодёжи в Республике Таджикистан к ТБ подтверждается фактом проживания большинства в сельской местности (76,9%), обеспечения их работой как подсобные рабочие (51,2%), из них 45,5% были вынуждены выехать за пределы страны в качестве трудового мигранта, большинство которых работали в период миграции в строительной отрасли (73,6%), и имели проблемы с качеством питания и жилищных условий (62,5%). Основными предикторами развития ТБ среди молодёжи Таджикистана являются относительно низкий уровень информированности молодёжи, путей передачи ТБ (62,7%), групп риска, подверженных ТБ (30,6%), осознания серьёзности заболевания (26,7%), путей лечения ТБ (69,4%); а также высокий уровень стигматизации (70,7%) и инфицированности МБТ (42,0%), связь развития ТБ с предварительной ВИЧ-инфицированностью, с наличием ХОБЛ, а также сахарным диабетом (29,5%) и наличие разной степени белково-энергетической недостаточности (84,5%). Основными препятствиями к обеспечению должной доступности молодёжи к лечебно-диагностическим услугам по ТБ являются не владение информацией по услугам и одновременно страх по поводу получения информации о болезни, географические сложности, психологические барьеры, отсутствие социальных гарантий и пособий, а также оплата за медицинские услуги.

**Практическая значимость.** Распространение информации и информационно-образовательного материала среди молодёжи, своевременное выявление инфицированных микобактериями ТБ молодых лиц и проведение

химиопрофилактики у них при сочетании с пониженным индексом массы тела позволяет предупредить развитие ТБ. Показано, что внедрение метода интегрального межсекторального подхода для обеспечения молодёжи к специализированным медицинским услугам с вовлечением задействованных государственных и общественных организаций, а также расширение сети молодёжных медико-консультативных отделений при Центрах здоровья, обеспечивают должную доступность молодёжи к профилактическим и лечебно-диагностическим услугам в целом, в том числе и по ТБ, в частности.

**Область применения.** Эпидемиология, фтизиатрия

### Аннотатсияи

#### Махмудзода Исфандиёр Сафари

#### «Таъсири омилҳои тиббӣ-ичтимоии ҳатари пайдо шудани сил ба дастрасии ҳадамоти тиббӣ дар байни ҷавонон ва роҳҳои оптимизатсияи он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Калидвожаҳо:** бемории сил, сироятнокшавӣ, шохиси ғизо, статуси тиббӣ-ичтимоӣ, иттилоъноқӣ, омилҳои ҳатар, дастрасӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши таъсири омилҳои тиббӣ – иҷтимоии ҳатари пайдо шудани БС дар байни ҷавонон ба дастрасии хизматрасонии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва коркарди роҳҳои беҳтарсозии он.

**Усулҳои таҳқиқот.** Бо мақсади фаҳмидани сабабҳои пуршиддат будани вазъи БС дар 390 шахси солим ва маълумотҳои ретроспективии таърихи бемории 200 нафар беморони гирифтори БС омӯзиши комплекси омилҳои тиббӣ – иҷтимоии ба пайдошавии БС таъсиррасонанда гузаронида шуд. Барои баҳогузорӣ ба статуси ғизо чунин нишондиҳандаҳои нтропометрӣ ва маркерҳои биохимиявӣ муайян карда шуданд. Мавҷудият ва дараҷаи норасоии сафедаву энергетикӣ бо баҳогузориҳои баллиии суммаи маркерҳои статуси ғизо муайян карда шуданд. Сироятнок будани организми одамони солим аз микобактерияи БС бо роҳи гузаронидани намунаи стандартии туберкулин бо 2ТЕ муайян карда шуд. Бо мақсади боз ҳам чузъитар таҳлил кардани пайдошавии БС дар одамони солим анкетаҳо таҳия карда шуданд, ки чунин маълумотҳоро дар бораи иттилоъноқӣ ва стигма оид ба БС-ро дар бар мегиранд.

**Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии илмӣ.** Муқаррар карда шуд, ки осебпазирии ҷавонон ба бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистонро ин далел тасдиқ мекунад, ки аксари бештари онҳо дар деҳот (76,9%) зиндагӣ мекунанд, таъминоти онҳо ҳамчун кори коргари ёрирасон (51,2%) мебошад, аз онҳо 45,5% маҷбур буданд, ки аз ҳудуди ҷумҳурӣ ба ҳайси муҳочирӣ меҳнатӣ берун раванд, аксари бештари онҳо дар давраи муҳочират ба корҳои сохтмонӣ ҷалб шуда буданд (73,6%) ва дардар истеъмоли ғизо ва макони зист мушқилот доштанд (62,5%). Предиктори асосии пайдошавии БС дар байни ҷавонони Тоҷикистон сатҳи нисбатан пасти иттилоъноқии ҷавонон, роҳҳои интиқоли БС (62,7%), грӯҳи ҳатари гирифтори БС (30,6%), дарк кардани ҷиддияти беморӣ (26,7%), роҳҳои таъбибат (69,4%); ҳамчунин сатҳи баланди стигматизатсия (70,7%) ва сироятнокшавии МББС (42,0%), алоқамандии БС бо сироятнокии ВИЧ-и қаблӣ, бо БМОШ (бемории музмини обструктивӣ шушҳо), ҳамчунин бо диабетӣ қанд (29,5%) ва мавҷуд будани дараҷаҳои гуногуни норасоии сафедаву энергетикӣ (84,5%). Монеаи асосии ба қадри зарурӣ таъмин намудани дастрасии ҷавонон ба хизматрасониҳои тиббӣ ташхиси БС надоштани иттилоот дар бораи хизматрасониҳо ва ҳамзамон тарсу ваҳм аз хуусуси гирифтани маълумот дар бораи беморӣ, мушқилиҳои чуғрофӣ, монеаҳои психологӣ, набудани кафолати иҷтимоӣ ва ёрмандиҳо, ҳамчунин пардохти маблағ барои хизматрасониҳои тиббӣ ба ҳисоб мераванд.

**Аҳамияти амалӣ.** Дар байни ҷавонон паҳн кардани иттилоот ва маводи



иттилой-маърифатӣ, сари вақт ошкор кардани ҷавонони сироятнокшуда аз микобактерияҳои БС ва гузаронидани химиопротифақтика дар онҳо дар сурати якҷоя шудани ба шохиси массаи бадан имкони ят медиҳад, ки пайдошавии БС пешгирӣ карда шавад. Нишон дода шудааст, ки татбиқ намудани усули муносибати интегралӣ байнисекторӣ барои бо хизматрасониҳои махсуси тиббӣ бо ҷалб карданиташкилотҳои сафарбаркардашудаи давлатӣ ва ҷамъиятӣ, ҳамчунин густариш додани шабакаи шуъбаҳои тиббӣ-машваратии ҷавонон дар назди Марказҳои саломатӣ, дастрасии зарурии ҷавононро бо хизматрасониҳои профилактикӣ ва табобатӣ- ташхисӣ дар маҷмӯъ ва аз ҷумла оид ба БС таъмин мекунанд.

**Соҳаи истифодабарӣ.** Воғиршиносӣ, силшиносӣ



## Annotation

**Mahmudzoda Isfandiyor Safari**

**«Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза на доступность к медицинским услугам среди молодёжи и пути её оптимизации в Республике Таджикистан»**

**Impact of medical and social tuberculosis risk factors among young people on accessibility to medical services and ways of its optimization in Tajikistan**

**Keywords:** tuberculosis, infection, nutrition index, medical and social status, awareness, risk factors, accessibility.

**Objective.** Study of the impact of medical and social TB risk factors among young people on accessibility to medical services in the Republic of Tajikistan and developing ways of its optimization.

**Study methods.** For the purpose of understanding the causes of the tense TB situation in the Republic of Tajikistan, a comprehensive study of social and medical factors affecting the TB, among 390 healthy individuals, and retrospective data on TB case records of 200 TB patients was conducted. The following anthropometric indicators and biochemical markers were identified to assess the nutritional status. The availability and degree of protein-energy deficiency were determined by a scoring of nutritional status markers. Infection of healthy individuals with TB mycobacteria was determined by conducting a standard tuberculosis sample with 2TE. For a more detailed analysis of TB risk factors among healthy individuals, questionnaires providing detailed information on TB awareness and stigma have been developed.

**The obtained results and novelty.** It was found that the vulnerability of young people to TB in Tajikistan is confirmed by the fact that the majority of them live in rural areas (76.9%) and are employed as unskilled workers (51.2%), of whom 45.5% had to leave the country as labor migrants, most of whom worked during migration in the construction industry (73.6%) and had problems with the quality of nutrition and housing (62.5%). The main predictors of TB among young people in Tajikistan are comparatively low levels of awareness among young people, TB transmission routes (62.7%), TB high-risk groups (30.6%), awareness of disease severity (26.7%), and TB treatments (69.4%); as well as a high level of stigma (70.7%) and MBT infection (42.0%), a correlation between TB and HIV pre-infection, COPD and diabetes mellitus (29.5%), and varying degrees of protein-energy deficiency (84.5%). The main challenges for ensuring that young people have adequate access to TB treatment and diagnostic services include lack of knowledge about the services and, at the same time, fear of receiving information about the disease, geographical complexities, psychological barriers, lack of social guarantees and benefits, as well as payment for medical services.

**Practical significance.** Dissemination of information and educational material among young people, timely identification of young people infected with TB mycobacteria and chemoprophylaxis among them in combination with a low body mass index allows preventing the development of TB. It is shown, that implementation of the integrated intersectoral approach to providing young people with specialized medical services, involving relevant state and public organizations,

as well as expansion of the network of youth medical counselling sections at health centers provide young people with adequate access to preventive and diagnostic and treatment services in general, and for TB in particular.

**Application area.** Epidemiology, phtisiatry.

Сдано в набор 25.10.2019. Подписано в печать 10.11.2020.  
Формат 60 X 84 1/16. 1,75 печатный лист.  
Тираж 100

734018, г. Душанбе, пр. Саади Шерози, 16.  
ГУП ИПК «Шарки озод» Исполнительного  
аппарата Президента Республики Таджикистан