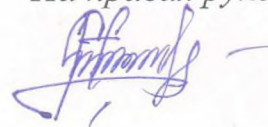


ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УДК 614.446.9; 616.24-002.5

На правах рукописи



САИДОВА САЁРА НИЗОМУДИНОВНА

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

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук по специальности

3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения

Душанбе – 2026

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

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

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

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

Ведущее учреждение: Самаркандский государственный медицинский университет

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

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

Автореферат разослан «___» _____ 2026 г.

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



Джураева Н.С.

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Задачи исследования:

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

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

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

Научная новизна исследования

1. Научно доказано, что среднее число отслеживания контактов в очагах туберкулёзной инфекции, необходимых для выявления одного случая активного ТБ в Республике Таджикистан равно в среднем 12 членов домохозяйства и ещё 16 человек из числа внешних близких контактов.

2. Обосновано, что активное выявление случаев ТБ через отслеживание контактов в домохозяйствах имеет важное значение в условиях Таджикистана, поскольку способствует выявлению лиц с туберкулёзной инфекцией, а также лиц с активной формой заболевания на ранней стадии, чтобы обеспечить быстрое и раннее соответствующее лечение.
3. Доказано, что среди выявленных контактных лиц приоритетными для обследования являются группы больных с индивидуальной уязвимостью к ТБ, а также ключевые группы риска по развитию ТБ, такие как ВИЧ-инфицированные; наркозависимые лица; бывшие заключённые; трудовые мигранты; больные сахарным диабетом, вирусными гепатитами, психическими заболеваниями; другие декретированные группы населения.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования

1. Разработаны и внедрены в практику здравоохранения специфические мероприятия по предотвращению распространения туберкулёзной инфекции в обществе.
2. Внедрена в практику здравоохранения методология расчёта среднего числа отслеживания контактов в очагах туберкулёзной инфекции, необходимых для выявления одного случая активного ТБ в Республике Таджикистан.
3. Обоснована необходимость приоритетного охвата ключевых и индивидуально уязвимых групп риска (ВИЧ-инфицированные, лица с наркотической зависимостью, бывшие заключённые, трудовые мигранты, больные сахарным диабетом, вирусными гепатитами, психическими заболеваниями, другие декретированные группы населения) санитарно-просветительной работой в системе противотуберкулёзной службы Республики Таджикистан.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что отслеживание контактных лиц в очагах туберкулёзной инфекции является эффективным организационным механизмом раннего выявления инфицирования и активных форм заболевания: на одного больного активной формой ТБ в Республике Таджикистан в среднем приходится 12 контактных лиц в домохозяйстве и около 16 близких внешних контактов, что

определяет объём профилактических и диагностических мероприятий в очагах инфекции.

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

Степень достоверности результатов. Полученные результаты подтверждаются достаточным объёмом материалов исследования, многолетними наблюдениями, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе данных об охвате контактных лиц активным скринингом на выявление активного ТБ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения: пункт 2. Условия и образ жизни населения, его социально-гигиенические проблемы, оценка влияния условий и образа жизни на её

продолжительность и показатели здоровья и населения, формирование здорового образа жизни; пункт 3. Комплексное воздействие социальных, экономических, биологических, экологических и медицинских факторов на здоровье населения, разработка мер профилактики и путей снижения неблагоприятных эффектов; пункт 4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп; пункт 5. Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи; пункт 8. Исследование закономерностей развития системы профилактики, разработка методологии оценки эффективности профилактических программ.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследования

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

Апробация и реализация результатов диссертации

Основные результаты диссертации доложены на XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские

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

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

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 24 научных работ, в том числе 7 статей в рецензируемых журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получены 2 рационализаторских предложения.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа изложена на 179 страницах компьютерного текста, и включает разделы: введение, общая

характеристика работы, обзор литературы, глава с изложением материала и методов исследования, 2-х глав собственных результатов исследований, обзора результатов исследования, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования, списка литературы и приложений. Диссертация иллюстрирована 8 таблицами и 17 рисунками. Список литературы включает 263 литературных источников, из них 119 на русском и 144 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

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

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

Исследование носило наблюдательный неинтервенционный характер и включало ретроспективный, поперечный и проспективно-когортный этапы. Ретроспективный этап предусматривал анализ данных Национального ТБ регистра. Поперечный этап исследования включал анкетирование контактных лиц и первичную оценку факторов риска. На проспективно-когортном этапе проводилось динамическое наблюдение с повторным обследованием лиц, находившихся в контакте с больными туберкулёзом.

В исследование включали лиц, проживавших совместно с больным ТБ или имевших с ним тесный контакт в течение не менее трёх месяцев, постоянно

проживавших в исследуемых районах и давших информированное согласие на участие. Из исследования исключали респондентов при отсутствии достоверных сведений о контакте, отказе от участия, а также при наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний, затруднявших проведение обследования.

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

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

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

Результаты исследования

Проведённые исследования показали, что для Республики Таджикистан характерны многосемейные домохозяйства с высокой плотностью проживания. Подворные обходы в 620 очагах туберкулёзной инфекции установили, что в одном домохозяйстве в среднем проживают 12 человек, из которых около 7 составляют дети и подростки. Кроме членов семьи, в структуру близких контактов ежедневно входили ещё около 16 человек из числа родственников, коллег, однокурсников и соседей. Большинство контактных лиц не соблюдали правила инфекционного контроля и социального дистанцирования.

Всего в 620 домохозяйствах выявлено 7440 контактных лиц. По данным Национального ТБ-регистра им проведено 9560 обследований, включавших скрининг симптомов, рентгенофлюорографию органов грудной клетки и туберкулиновую пробу. Средняя кратность обследования составила 1,28 раза на

одно контактное лицо, что является недостаточным для надёжного эпидемиологического контроля.

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

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

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

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

Среди родственных контактов чаще всего встречались лица с прочими видами родственных связей — 29,4% (n=156), затем сыновья и дочери — 22,3%

(n=118) и супруги — 15,5% (n=82). Резких различий между категориями родственников нет, что говорит о разнородности внутрисемейных контактов (рисунок 1).

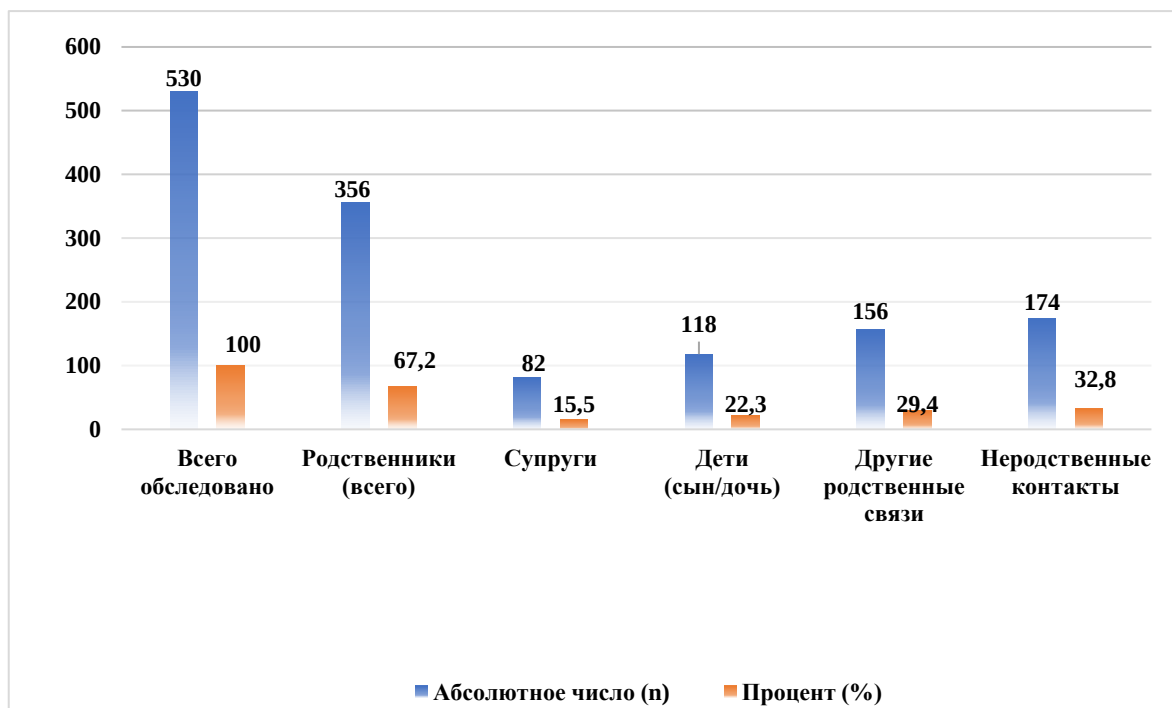


Рисунок 1. – Распределение контактных лиц по степени родства с индексным пациентом

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

Выявление кашля длительностью более 14 дней у 2,3% контактных лиц имеет важное клиническое значение, поскольку данный симптом относится к числу скрининговых признаков возможного туберкулёзного процесса и требует проведения дополнительного обследования, включая рентгенологические и бактериологические методы диагностики (рисунок 2).

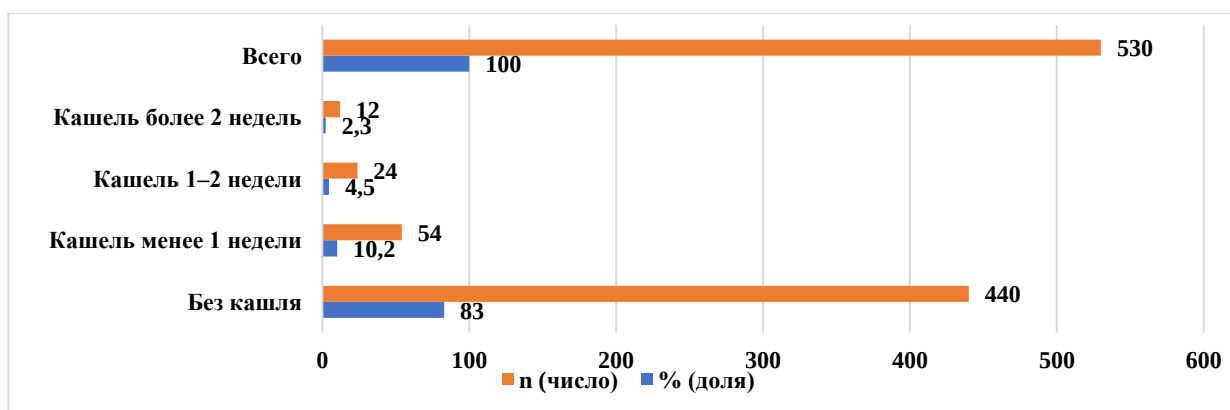


Рисунок 2. – Распределение контактных лиц по наличию кашля и его продолжительности

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

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

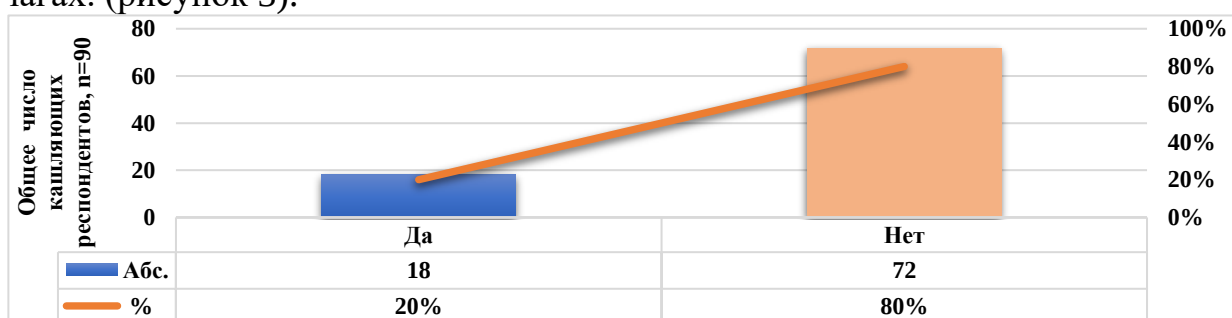


Рисунок 3. – Распределение контактных лиц по признаку выделения мокроты при кашле

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

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

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

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

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

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

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

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

Показатель	Категория	Инфицирован (n=270)	Не инфицирован (n=7170)	ОШ (95% ДИ)	p- value
Возраст	< 18 лет (n=3100)	70 (2,3%)	3030 (97,7%)	2,09 (1,59– 2,76)	< 0,001
	≥ 18 лет (n=4340)	200 (4,6%)	4140 (95,4%)		
Пол	Мужчины (n=3600)	140 (3,9%)	3460 (96,1%)	0,87 (0,68– 1,10)	0,246
	Женщины (n=3840)	130 (3,4%)	3710 (96,6%)		
Степень родства	Родственник (n=5000)	210 (4,2%)	4790 (95,8%)	0,58 (0,43– 0,77)	< 0,001
	Не родственник (n=2440)	60 (2,5%)	2380 (97,5%)		
Миграция	Нет (n=6240)	210 (3,4%)	6030 (96,6%)	1,51 (1,13– 2,03)	0,006
	Да (n=1200)	60 (5,0%)	1140 (95,0%)		
Принадлежность к группе риска	Нет (n=6540)	215 (3,3%)	6325 (96,7%)	1,91 (1,41– 2,60)	< 0,001
	Да (n=900)	55 (6,1%)	845 (93,9%)		
Наличие системных симптомов	Нет (n=6990)	235 (3,4%)	6755 (96,6%)	2,42 (1,68– 3,51)	< 0,001
	Есть (n=450)	35 (7,8%)	415 (92,2%)		

Примечание: ОШ – отношение шансов инфицирования МБТ по сравнению с референтной категорией (1,00); 95% ДИ – 95%-й доверительный интервал. p – уровень статистической значимости различий частоты инфицирования между группами, рассчитанный по критерию χ^2 Пирсона для таблиц 2×2

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

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

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

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

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

Примечание:

¹ Родственник – включает супругов, детей и других родственников («Муж/Жена», «Сын/Дочь», «Другие родственные связи»).

² Да – контактные лица, выезжавшие за пределы Республики Таджикистан с целью работы (трудоустроенные мигранты).

ОШ – отношение шансов наличия кашля у лиц с наличием фактора по сравнению с группой без фактора.

p – уровень статистической значимости различий частоты кашля между группами по точному критерию Фишера.

Большинство контактных лиц ранее не проходили обследование на ВИЧ-инфекцию. Среди 120 протестированных ВИЧ-инфекция выявлена у 6 человек

(5,0%), что указывает на необходимость расширения интегрированного ВИЧ-скрининга среди контактных лиц больных ТБ.

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

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

Показатель	Категория	С симптомами ¹ (n=68)	Без симптомов (n=462)	ОШ (95% ДИ)	p-value
Возраст, лет (Me [Q1–Q3])	–	8,0 [4,0–16,0]	9,0 [3,0–15,0]	–	0,872
Пол	Мужской	42 (61,8%)	269 (58,2%)	1,16 (0,69–1,96)	0,601
	Женский	26 (38,2%)	193 (41,8%)	референтная группа	–
Опыт миграции	Есть	9 (13,2%)	3 (0,6%)	23,34 (6,14–88,64)	< 0,001
	Нет	59 (86,8%)	459 (99,4%)	референтная группа	–
Родственные связи с пациентом	Родственник	22 (32,4%)	44 (9,5%)	4,54 (2,50–8,24)	< 0,001
	Не родственник	46 (67,6%)	418 (90,5%)	референтная группа	–
Проходил ВИЧ-тестирование	Да	9 (13,2%)	25 (5,4%)	2,67 (1,19–5,99)	0,028
	Нет	59 (86,8%)	437 (94,6%)	реф.	–
Хронические заболевания ²	Есть	2 (2,9%)	4 (0,9%)	3,47 (0,62–19,32)	0,173
	Нет	66 (97,1%)	458 (99,1%)	референтная группа	–

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

Примечание ¹Симптомы: наличие кашля и/или хотя бы одного из системных симптомов (лихорадка, снижение массы тела > 3 кг/мес, ночная потливость).

²Сахарный диабет, вирусные гепатиты, психические расстройства и другие хронические заболевания.

– Для возраста сравнение проводилось по U-критерию Манна–Уитни (Me [Q1–Q3]).

– Для качественных признаков (пол, миграция, родственные связи, ВИЧ-тестирование, хронические заболевания, ВИЧ-статус) использован точный критерий Фишера; ОШ – отношение шансов наличия симптомов у лиц с наличием фактора по сравнению с референтной группой, 95% ДИ – 95%-й доверительный интервал.

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

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

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

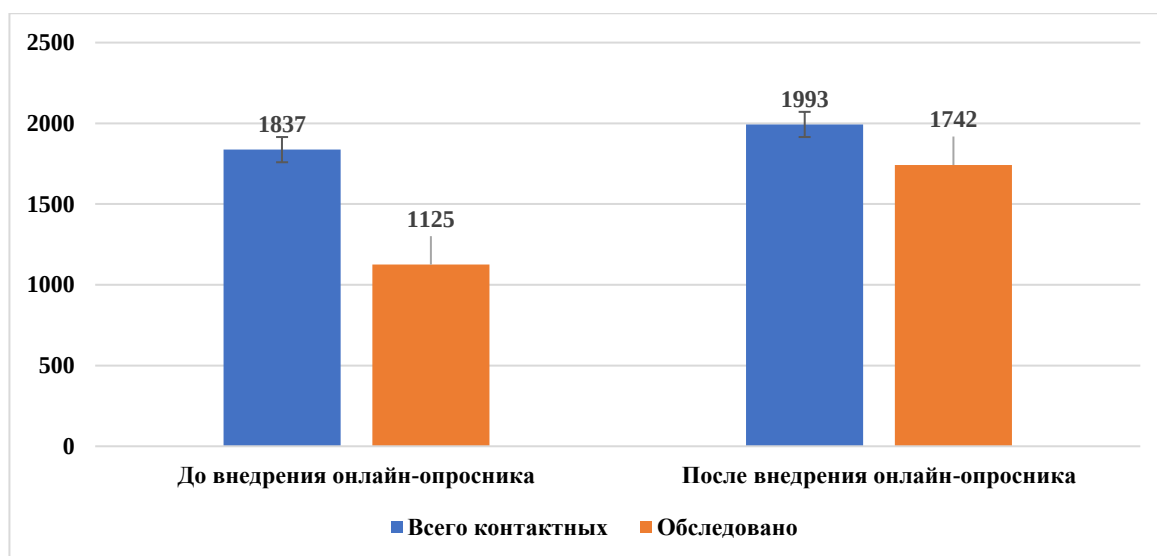


Рисунок 4. - Охват обследованием контактных лиц до и после внедрения онлайн-опросника

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

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

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

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

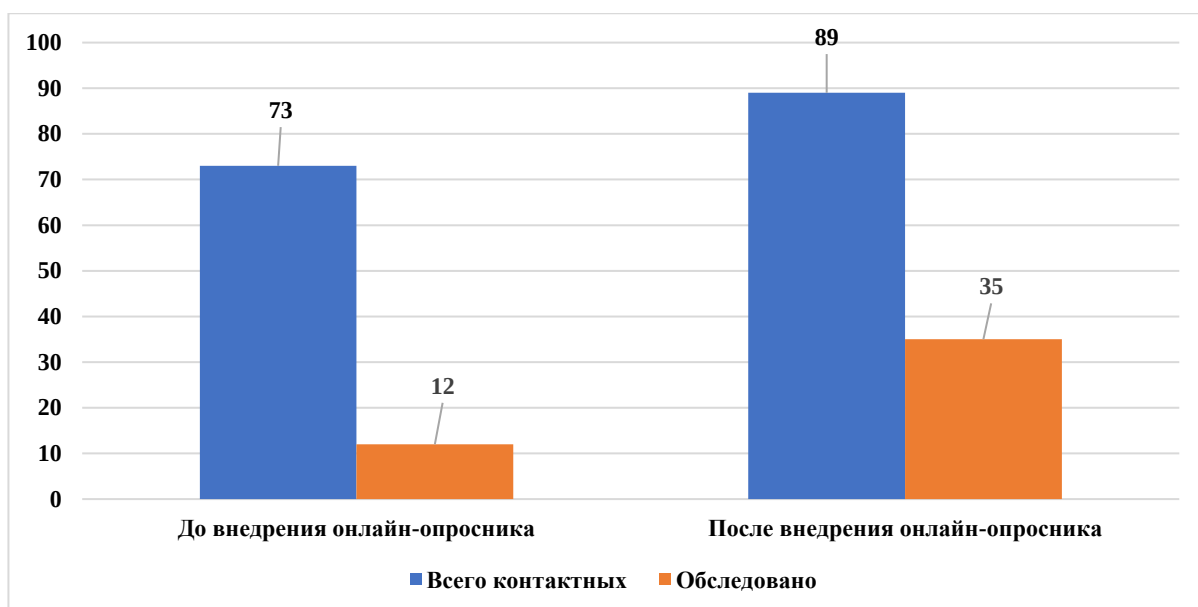


Рисунок 5. - Выявляемость ранних форм туберкулёза среди контактных лиц до и после внедрения онлайн-опросника

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

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

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

Установлено, что законодательство Республики Таджикистан содержит нормы, направленные на обеспечение доступности, приемлемости и качества противотуберкулёзной помощи, включая бесплатную диагностику и лечение ТБ, соблюдение конфиденциальности медицинских данных и меры социальной поддержки пациентов. Вместе с тем выявлено, что многие нормы носят декларативный характер и не предусматривают чётких механизмов реализации.

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

ВЫВОДЫ

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

особенно в сельской местности. В 37,5% случаев обследование контактных проводится несвоевременно, а установленная кратность обследований не соблюдается вследствие организационных и кадровых ограничений, что существенно снижает эффективность профилактики ТБ [7-А, 10-А, 13-А, 15-А, 16-А, 22-А].

4. Внедрение анонимного онлайн-опросника для отслеживания контактов и профилактики инфицирования при совместном пребывании/проживании с больным активной формой ТБ в сочетании с информационно-просветительской работой среди населения позволило увеличить охват обследованием контактных лиц с 61,2% до 87,4% и повысить выявляемость ранних форм туберкулёза с 16,4% до 39,3% [11-А, 18-А, 21-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

противотуберкулёзными учреждениями и организациями первичного звена здравоохранения при проведении профилактических мероприятий по ТБ.

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

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

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

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

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

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

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

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

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

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

Статьи и тезисы в других научных изданиях

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Рационализаторское предложение:

1. Саидова С.Н. Способ совершенствования определения риска развития туберкулёза путём разработки анонимного онлайн-опросника / О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров, Б.И. Сафаров // Рационализаторское предложение № 3620/ R1108 от 12.02.2025г.

2. Саидова С.Н. Способ автоматизации информационной логистики в борьбе с туберкулёзом / О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров // Рационализаторское предложение № 3619/R1107 от 12.02.2025г.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ДОТС (DOTS) – краткосрочный курс химиотерапии под контролем

ДИ–доверительный интервал

ЛУ–лекарственная устойчивость

МБТ–микобактерия туберкулёза

МЛУ–ТБ – туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью

МЗиСЗН РТ– Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ОЛС – общая лечебная сеть

ОШ– отношение шансов

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПТП – противотуберкулёзные препараты

РТ – Республика Таджикистан

РУ-ТБ – рифампицин устойчивый туберкулёз

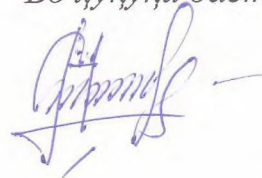
СГСЭН – Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора

ТБ –туберкулёз

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

ВБД 614.446.9; 616.24-002.5

Бо ҳуқуқи дастнавис



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

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси

3.2.3. Сихатии ҷомеа ва ташкили нигоҳдории тандурустӣ

Душанбе – 2026

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

Роҳбари илмӣ:

Бобохочаев Оқтам Иқромович – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, мудири кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ:

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

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

Муассисаи пешбар:

Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд

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

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

Автореферат «_____» _____ соли 2026 ирсол гардид.

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



Ҷураева Н.С.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Мувофиқи маълумоти ТУТ (Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ) (Global Tuberculosis Report 2023), «кишварҳои минтақаи аврупоии Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ ҳамчунон яке аз вазнинтарин борҳои бемории сили ба доруҳо устуворро дар ҷаҳон таҳаммул мекунад» [12, с. 57]. Дар гузориши дигари ТУТ таъкид мегардад, ки Ҷумҳурии Тоҷикистон «сатҳи баланди беморшавӣ ба бемории силро нигоҳ дошта, ба рӯйхати кишварҳои дорои нишондиҳандаҳои баланди бемории сили ба доруҳо устувор дохил мешавад» [11, с. 180].

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

Дар маводҳои ТУТ таъкид шудааст, ки давлатҳои аъзо уҳдадор шудаанд «табобати 40 миллион нафар беморони гирифтори силро дар давраи солҳои 2018–2022 таъмин намоянд» [14, с. 135]. Дар дастури ТУТ оид ба скрининги мунтазами сил қайд шудааст: «Бемории сил (БС) яке аз сабабҳои асосии фавт аз як омили сироятӣ ба ҳисоб меравад, гарчанде вай асосан табобатшаванда ва пешгиришаванда ҳам бошад. Дар соли 2019 мувофиқи арзёбиҳо, 2,9 миллион нафар аз 10 миллион нафари ба бемории сил гирифторшуда дар пойгоҳи ҷаҳонии маълумоти назорати эпидемиологии ТУТ ташҳис нашуда ва ё ба қайд гирифта нашудаанд. Эъломияи сиёсӣ, ки моҳи сентябри соли 2018 аз ҷониби Маҷмаи Умумии Созмони Милали Муттаҳид қабул гардидааст, дар байни дигар масъалаҳо, аз ҷумла уҳдадор месозад, ки то соли 2022 ташҳис ва табобати 40 миллион нафар беморони гирифтори сил таъмин карда шавад. Барои ноил шудан ба ин ҳадафи ниҳоят муҳим зарурати фаврии таҳия намудани стратегияҳо ҷиҳати беҳтар намудани ташҳис ва оғози табобати шахсони гирифтори бемории сил вучуд дорад. Яке аз чунин стратегияҳо скрининги мунтазами сил мебошад, ки ҳамчун ҷузъи асосии самти аввали Стратегияи хотима бахшидан ба бемории сил пешбинӣ гардида, ташҳиси барвақтии бемории силро барои ҳамаи беморон

таъмин менамояд [13, с. 102]. Вобаста аз ин, масъалаи сари вақт ошкор намудани бемории сил ҳамонро ҳамчун яке аз самтҳои афзалиятноки стратегияи ҷаҳонии мубориза бар зидди ин беморӣ баррасӣ мегардад.

Дар баррасии систематикӣ D. Braganza Menezes ва ҳаммуаллифон таъкид мегардад, ки «бемории сил – ин бемории сироятии бактериявӣ буда, бо роҳи ҳавой-қатравӣ аз шахсони сироятёфта ба шахсони осебпазири тамосдошта мегузарад. Барои аз байн бурдани ин беморӣ дар минтақаҳои дорои сатҳи паст ва миёнаи беморшавӣ, шахсони ба сироят бештар осебпазирро (шахсони дар тамос қарордошта) муайян кардан зарур аст» [7, с. 28].

Дар баробари баланд бардоштани сатҳи ошкорсозии ҳолатҳои нави беморӣ, гузаронидани чорабиниҳо оид ба муоина ва пайгирии шахсони дар тамосбуда барои беҳтар гардидани натиҷаҳои расонидани кумаки зиддисилӣ мусоидат менамояд. Дар таҳқиқоти D.G. Storla ва ҳаммуаллифон таъкид шудааст, ки «ташҳиси барвақт ва оғози ғаврии табобат барои татбиқи барномаи самараноки мубориза бар зидди бемории сил (БС) аҳамияти ҳалкунанда дорад. Таъхир кардан дар ташҳис ҳам ба пешгӯйии беморӣ дар сатҳи инфиродӣ ва ҳам ба паҳншавии сироят дар ҷомеа таъсири назаррас мерасонад. Аксари ҳолатҳои интиқоли сироят дар давраи байни пайдоиши сулфа ва оғози табобат ба амал меоянд» [10, с. 15; 9, с. 1033–1039].

Дар таҳқиқоти G.J. Fox ва ҳаммуаллифон қайд шудааст, ки «Бемории сил (БС) яке аз мушкилоти ҷиддии глобалии тандурустӣ боқӣ мемонад ва ҳамасола ба 8,8 миллион нафар осеб мерасонад, ки аксарияти онҳо дар кишварҳои дорои сатҳи паст ва миёнаи даромад зиндагӣ мекунанд. Аҳамияти мубориза бар зидди бемории сил омили муҳими рушди иҷтимоию иқтисодӣ дар сатҳи байналмилалӣ эътироф гардидааст, аз ҷумла дар доираи Ҳадафҳои рушди ҳазорсола. Шахсони бо беморони сил тамосдошта, махсусан дар давоми соли аввали баъди тамос ба гурӯҳи дорои хатари баланди гирифтورشавӣ ба бемории сил ба ҳисоб мераванд. Кӯдакони то 5-сола ва шахсони гирифтори ВНМО ба гурӯҳи махсуси хатар дохил мешаванд. Ҳангоми таҳия намудани тавсияҳои сиёсӣ бояд маълумот оид ба самаранокии иқтисодии стратегияҳои гуногуни пайгирии тамосҳо ба эътибор

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

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

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

Нишон дода шудааст, ки «тибқи арзёбиҳо, дар соли 2022 дар саросари ҷаҳон 10,6 миллион нафар (ФЭ 95%: 9,9–11,4 миллион) ба бемории сил гирифта шудааст, ки нисбат ба соли 2021 10,3 миллион нафар (ФЭ 95%: 9,6–11,0 миллион) ва нисбат ба соли 2020 10,0 миллион нафар (ФЭ 95%: 9,4–10,7 миллион) зиёд мебошад, ин ҳолат аз идома ёфтани рушди баръакси тамоюли коҳишёбандае шаҳодат медиҳад, ки муддати зиёд то соли 2020 нигоҳ дошта мешуд. Ба ҳамин

тариқ, нишондиҳандаи гирифтورشавӣ ба бемории сил (ҳолатҳои нав ба ҳар 100 000 аҳоли дар як сол), тибқи арзёбиҳо, дар давраи солҳои 2020–2021 ва 2021–2022 ба андозаи 1,9% афзоиш ёфтааст» [12, с. 57].

Ҳамин тариқ, таҳқиқоти илмӣ омузиши масъалаҳои мазкур мубрам мебошад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омузиш. Тибқи маълумоти муқоисавӣ Ташкилоти умумичаҳонӣ тандурустӣ ва омори расмӣ оид ба бемории сил, тақрибан 50%-и ҳолатҳои тахминӣ беморӣ ошкор карда намешаванд [12]. Мушкилоти дигар ин аст, ки сарфи назар аз роҳи аэрозолӣ интиқоли сирояти сил аз шахси сирояткунанда ба шахси солим, бемори индексӣ танҳо дар 16,5% ҳолатҳо муайян карда мешавад (дар соли 2023 ҳамагӣ 4040 ҳолати нави бемории сил ошкор гардида, танҳо дар 665 нафар тамос бо бемори сил муайян карда шудааст), ки аз нокифоя будани фарогирии муоинаи шахсонӣ тамосдошта шаҳодат медиҳад [5].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои ҳамкории байни хадмоти зиддисилӣ ва кумаки аввалияи тиббию санитарӣ оид ба фаъолияти муштарак дар манбаъҳои сирояти сил то ҳол ба таври кофӣ омукта нашудаанд [2], ки ин гузаронидани таҳқиқоти махсусро дар ин самт муҳим мегардонад [6]. Илова бар ин, дар ҷумҳурӣ то имрӯз ҷорабинҳои махсуси профилактикӣ, ки барои пешгирии паҳншавии беморӣ дар манбаъҳои сирояти сил равона шудаанд, пурра таҳия ва татбиқ нагардидаанд [4].

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

(бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 феввали соли 2021, №49 тасдиқ шудааст) алоқаманд мебошад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

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

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Арзёбии самаранокии пайгирӣ ва муоинаи шахсони бо бемории БС тамосдошта, инчунин муайян намудани басомад ва миқдори миёнаи шахсони бо бемории БС тамосдошта, ки барои ошкор намудани як ҳолати БС-и фаъол дар манбаъҳои сирояти сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарур мебошанд.
2. Муайян намудани гурӯҳҳои дорои осебпазирии баланди аҳолии нисбат ба БС ва арзёбии самаранокии ошкорсозии БС дар байни онҳо.
3. Арзёбии самаранокии муоинаи шахсони бо бемории БС тамосдошта, монеаҳои асосии ҳуқуқӣ ва дигар омилҳое, ки дастрасии онҳоро ба хизматрасониҳои зиддисилӣ маҳдуд месозанд.
4. Коркард ва арзёбии самаранокии татбиқ намудани пурсишномаи махфии онлайнӣ барои пайгирии тамосҳо ва пешгирии сироятёбӣ ҳангоми ҳамзистӣ/будубоши якҷоя бо бемори гирифтори шакли фаъоли БС.

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

Мавзӯи таҳқиқот. Ташкил ва самаранокии чорабиниҳо оид ба пайгирӣ ва муоинаи шахсони бо бемории сил тамосдошта дар манбаъҳои сирояти сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, тақсим кардани шахсони бо бемории сил тамосдошта, ба гурӯҳҳои дорои хатари баланди гирифтورشавӣ ба сил, инчунин муайян намудани монеаҳои ҳуқуқӣ ва ташкилии маҳдудкунандаи фарогирӣ ва дастрасии хизматрасониҳои зиддисилӣ барои ин гурӯҳи аҳолии.

Навгони илмӣ таҳқиқот

1. Илман исбот карда шуд, ки миқдори миёнаи пайгирии тамосҳо дар манбаъҳои сирояти сил, ки барои ошкор намудани як ҳолати БС-и фаъол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарур мебошад, ба ҳисоби миёна ба 12 нафар аъзои хонавода ва боз 16 нафар аз ҳисоби тамосҳои наздик баробар аст.
2. Асоснок карда шуд, ки ошкорсозии фаъоли ҳолатҳои БС тавассути пайгирии тамосҳо дар хонаводаҳо дар шароити Тоҷикистон аҳамияти муҳим дорад, зеро барои муайян намудани шахсони гирифтори сирояти сил ва инчунин беморони дорои шакли фаъоли беморӣ дар марҳилаи ибтидоӣ мусоидат намуда, имкони оғози саривактии табobati мувофиқро фароҳам месозад.
3. Исбот гардид, ки дар байни шахсони дар тамосбудаи ошкоршуда, гурӯҳҳои беморони дорои осебпазирии инфиродӣ ба сил, инчунин гурӯҳҳои асосии хатарнок оид ба рушди бемории сил (шахсони гирифтори ВНМО; шахсони наҷъаманд; маҳкумшудагони собик; муҳочирони меҳнатӣ; беморони гирифтори диабети қанд, гепатитҳои вирусӣ, бемориҳои рӯҳӣ ва дигар гурӯҳҳои ҳатмии аҳоли) барои муоина афзалиятнок ба ҳисоб мераванд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот

1. Дар фаъолияти амалияи соҳаи нигоҳдории тандурустӣ чорабиниҳои махсус оид ба пешгирӣ намудани паҳншавии сирояти сил дар ҷомеа таҳия ва татбиқ карда шуданд.
2. Дар фаъолияти амалияи соҳаи нигоҳдории тандурустӣ методологияи ҳисоб намудани миқдори миёнаи пайгирии тамосҳо дар манбаъҳои сирояти сил, ки барои ошкор намудани як ҳолати БС-и фаъол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарур мебошад, татбиқ карда шуд.
3. Гурӯҳҳои барои таҳқиқот афзалиятноки беморони дорои осебпазирии инфиродӣ ба БС, инчунин гурӯҳҳои асосии хатари рушди бемории сил, аз ҷумла шахсони гирифтори ВНМО; шахсони наҷъаманд; маҳкумшудагони собик; муҳочирони меҳнатӣ; беморони гирифтори диабети қанд, гепатитҳои вирусӣ, бемориҳои рӯҳӣ ва дигар гурӯҳҳои ҳатмии аҳоли таҷдиди назар карда шуданд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

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

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Натиҷаҳои ҳосилшадаро ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, мушоҳидаҳои бисёрсола, коркарди оморӣ натиҷаҳои таҳқиқот ва интишорот тасдиқ мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили

илмий маълумотҳои фарогирии шахсони тамосдошта бо скрининги фаъол барои ошкор намудани бемории сили фаъол асоснок карда шудаанд.

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

Саҳми шахсии доктараби унвони илмӣ дар таҳқиқот.

Муаллиф таҳлили самаранокии пайгирии тамосҳо дар манбаъҳои гуногуни сирояти сил ва гузаронидани чорабиниҳои профилактикӣ оид ба пешгирии сироятёбӣ ҳангоми ҳамзистӣ/ҳамбудубош бо бемори гирифтори шакли фаъоли сил дар минтақаҳои гуногуни Тоҷикистонро шахсан анҷом додааст. Дар доираи таҳқиқот аз ҷониби муаллиф ҷамъоварии мавод ва коркарди омории он гузаронида шудааст. Тамоми ҳаҷми асосии таҳқиқот мустақилона иҷро гардида, дорои як қатор навлониҳо мебошад, ки аз саҳми шахсии диссертант дар илм дарак медиҳанд. Таълифи ҳамаи бобҳои диссертатсия, мурағаб сохтани мақсад ва вазифаҳо, нуктаҳои барои ҳимоя пешниҳодшаванда, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ аз ҷониби диссертант шахсан иҷро шудаанд.

Тасвиб ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия.

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

Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти илмии гузаронидашуда таҳти унвони «Оиди ҳамкорӣ байни ҳадамоти назорати давлатии санитарии эпидемиологӣ дар якҷоягӣ бо ҳадамоти зиддисилӣ ва КАТС дар манбаъҳои сирояти силӣ», таҳия шуда, аз ҷониби Шурои таъбу наشري Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (суратчалласаи № 10 аз 21.11.2024) тасдиқ гардид, инчунин дастури таълимию методӣ дар мавзӯи «Ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоии гирифтورشавии аҳоли ба бемории сил ва роҳҳои пешгирии он дар шароити муосир», аз ҷониби Шурои таълимию методии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» тасдиқ шудааст (суратчалласаи № 10 аз 31.05.2024). Ҳар ду дастури методӣ дар фаъолияти амалии муассисаҳои тандурустӣ ва раванди таълимии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» татбиқ карда шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯйи маводи диссертатсия 24 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки 7 адади он дар маҷаллаҳои тақризшавандаи

тавсиянамудаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таърифи расидаанд. Ду пешниҳоди ратсионализаторӣ ба даст оварда шудааст.

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

ҚИСМҲОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

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

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

Таҳқиқот хусусияти мушоҳидавӣ ва дахлнопазирӣ дошта, марҳилаҳои ретроспективӣ, арзӣ ва проспективӣ-когортӣро дар бар мегирифт. Марҳилаи ретроспективӣ таҳлили маълумоти Феҳристи миллии силро пешбинӣ менамояд. Марҳилаи арзӣ пурсиши шахсони тамосдошта ва арзёбии омилҳои хавфро дар бар мегирифт. Дар марҳилаи проспективӣ-когортӣ мушоҳидаи динамики бо таҳқиқҳои тақрибии шахсони бо беморони БС тамосдошта сураат гирифт.

Ба таҳқиқот шахсоне дохил карда шуданд, ки бо бемори сил зиндагии муштарак ва ё бо онҳо тамоси наздики на камтар аз се моҳ доштанд, дар ноҳияҳои таҳқиқшаванда сокини доимӣ буданд ва барои иштирок дар таҳқиқот розигии огоҳона додаанд. Аз таҳқиқот респондентҳо дар сурати мавҷуд набудани маълумоти боэътимод оид ба тамос, рад намудан аз иштирок ва инчунин бемориҳои вазнини ҳамроҳшуда, ки дар гузаронидани таҳқиқот мушкилӣ эҷод мекунанд, хориҷ карда шуданд.

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

Коркарди омории натиҷаҳо бо истифода аз барномаҳои Statistica 10.0 ва Microsoft Excel 2016 гузаронида шуд. Хусусиятҳои тақсимои нишондиҳандаҳои бо ёрии критерияи Колмогоров–Смирнов арзёбӣ гардид. Муқоисаи нишондиҳандаҳои миқдорӣ бо истифода аз U- критерияи Манн–Уитни, нишондиҳандаҳои сифатӣ — критерияи χ^2 Пирсон ва критерияи аниқӣ Фишер гузаронида шуд. Тафовутҳо ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ҳисобида шуданд.

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

Натиҷаҳои таҳқиқот

Таҳқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки барои Ҷумҳурии Тоҷикистон хоҷагиҳои сероилаи иборат аз якчанд оила бо зичии баланди сукунат хос мебошанд. Боздидҳои хона ба хона дар 620 манбаи сироятии бемории сил муайян намуданд, ки дар як хонавода ба ҳисоби миёна 12 нафар зиндагӣ мекунанд, ки аз онҳо тақрибан 7 нафарро кӯдакон ва наврасон ташкил медиҳанд. Ғайр аз аъзои оила, ба сохтори тамосҳои наздик ҳамарӯза боз тақрибан 16 нафар аз ҳисоби хешовандон, ҳамкорон, ҳамсабақон ва ҳамсояҳо дохил мешаванд. Аксарияти шахсони тамосдошта қоидаҳои назорати сироятӣ ва фосолагирии иҷтимоиро риоя намекарданд.

Ҳамагӣ дар 620 хонавода 7440 шахси тамосдошта муайян карда шуд. Тибқи маълумоти Феҳристи миллии бемории сил дар онҳо 9560 таҳқиқот гузаронида шуд, ки скрининги симптомҳо, рентгенфлюорографияи узвҳои қафаси сина ва санчиши туберкулинро дар бар мегирифт. Басомади миёнаи таҳқиқ 1,28 маротиба ба як шахси тамосдоштаро ташкил дод, ки барои назорати бозғатимоди эпидемиологӣ нокифоя мебошад.

Таҳлили маълумоти Феҳристи миллии бемории сил нишон дод, ки ҳангоми муоинаи аввалияи 7440 нафар шахсони тамосдошта аломатҳои сироятёбӣ дар 82 нафар (1,1%) ошкор карда шуд. Ҳангоми муоинаи такрорӣ баъд аз 3 моҳ иловатан боз 111 ҳолати иловагӣ (1,49%) муайян карда шавад, муоинаи сеюм бошад — боз 65 ҳолат (0,87%) ва дар муоинаи чорум – 12 ҳолат (0,16%) муайян кард шуд. Дар натиҷаи чор муоинаи пай дар пай муайян карда шуд, ки сироятёбӣ аз микобактерияи бемории сил дар 270 нафар шахсони тамосдошта мавҷуд аст, ки 3,63%-и миқдори умумии шахсони муоинашударо ташкил дод.

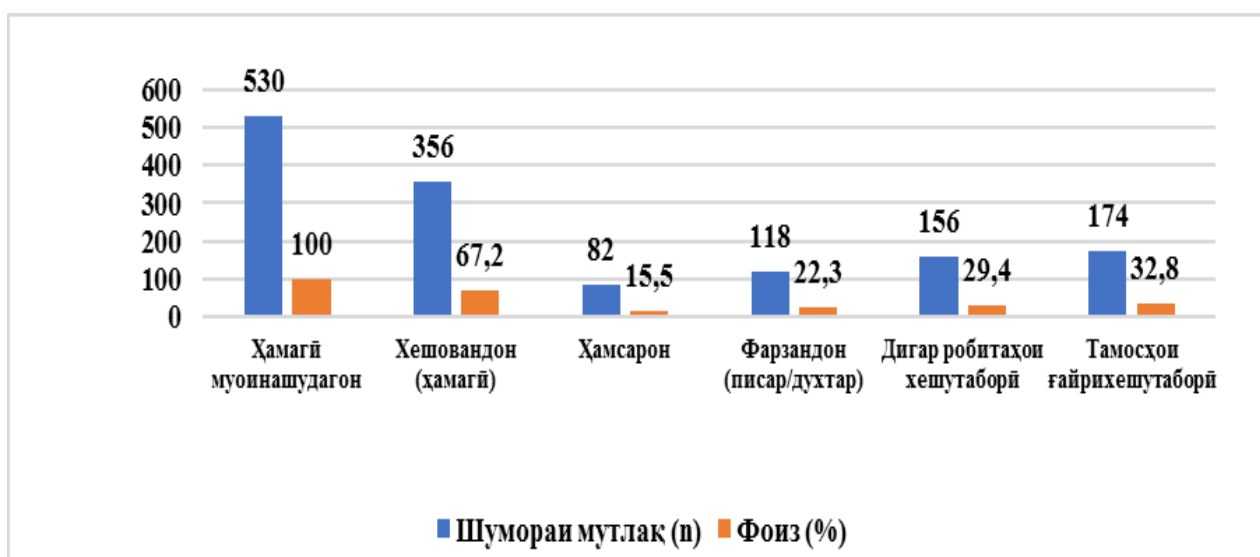
Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки дар баъзе ҳолатҳо аксуламали мусбати туберкулинӣ баъди якчанд моҳи тамос доштан бо манбаи сироят ташаккул меёбад. Бо дар назардошти он, ки давраи байни сироятнокшавӣ ва муайян кардани конверсияи туберкулин аксар вақт 2–3 моҳро ташкил медиҳад, гузаронидани муоинаҳои такрорӣ шахсони тамосдошта барои сари вақт ошкор намудани ҳолатҳои нави сироятёбӣ имконият фароҳам месозад ва самаранокии чорабиниҳои зиддисилиро баланд мебардорад.

Натиҷаҳои гузаронидани пурсиши скринингии шахсони тамосдошта. Бо пурсишнома 530 шахси тамосдошта аз ҳисоби аъзои хонаводаҳо, ки бо беморони гирифтори шакли фаъоли БС тамоси зич доштанд, фаро гирифта шуданд. Дар байни респондентҳо 219 нафар зан (41,3%) ва 311 нафар мард (58,7%) буданд. Доираи синну сол васеъ буд - аз кӯдакон ва наврасон то шахсони синни пиронсол. Ҳамаи таҳқиқшудагон мунтазам бо бемори индексӣ тамоси зич доштанд.

Пурсишнома хусусияти тамосҳои эпидемиологӣ ва дараҷаи ҳешутаборӣ бо бемори индексиро муайян намуд. Тамосҳо ҳам дар дохили оила ва ҳам берун аз

доираи он ба вучуд омадаанд, тамосҳои дохилиоилавӣ бартарӣ доштанд: 67,2% (n=356), дар муқобили тамосҳои ғайрихешутаборӣ 32,8% (n=174). Ин нақши асосии тамоси дарозмуддати маиширо дар паҳншавии сирояти сил тасдиқ менамояд.

Дар байни тамосҳои хешутаборӣ бештар шахсони намудҳои гуногуни робитаҳои хешутаборӣ ба мушоҳида расиданд – 29,4% (n=156), баъдан писарону духтарон – 22,3% (n=118) ва ҳамсарон – 15,5% (n=82). Фарқияти назаррас байни категорияҳои гуногуни хешовандон мушоҳида нашуд, ки ин аз гуногунрангии тамосҳои дохилиоилавӣ шаҳодат медиҳад (расми 1).

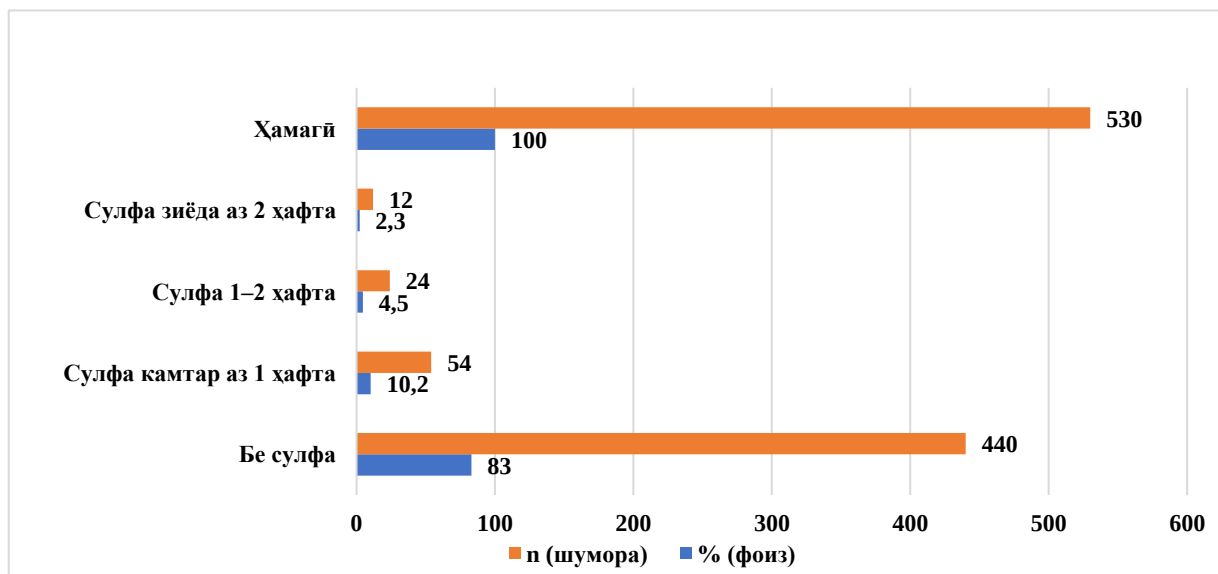


Расми 1. – Гурӯҳбандии шахсони тамосдошта аз рӯи дараҷаи хешутаборӣ бо бемори индексӣ

Тибқи натиҷаҳои пурсишнома, дар вақти гузаронидани таҳқиқот сулфа дар 17%-и шахсони дар тамосдошта (n=90) ба қайд гирифта шуд, дар ҳоле ки аксарияти бештари респондентҳо – 83% (n=440) аз тарафи узвҳои нафаскашӣ шикоят надовштанд. Таҳлили давомнокии ин аломат нишон дод, ки дар 10,2%-и миқдори умумии шахсони муоинашуда (n=54; 60% аз миқдори шахсони сулфадоста) сулфа камтар аз як ҳафта боқӣ мондааст, дар 4,5% (n=24; 26,7%) – аз як то ду ҳафта ва дар 2,3% (n=12; 13,3%) давомнокии сулфа аз ду ҳафта зиёд буд.

Муайян кардани сулфаи давомнокиаш зиёда аз 14 рӯз дар 2,3% шахсони тамосдошта аҳамияти муҳими клиникӣ дорад, зеро ин симптом ба қатори

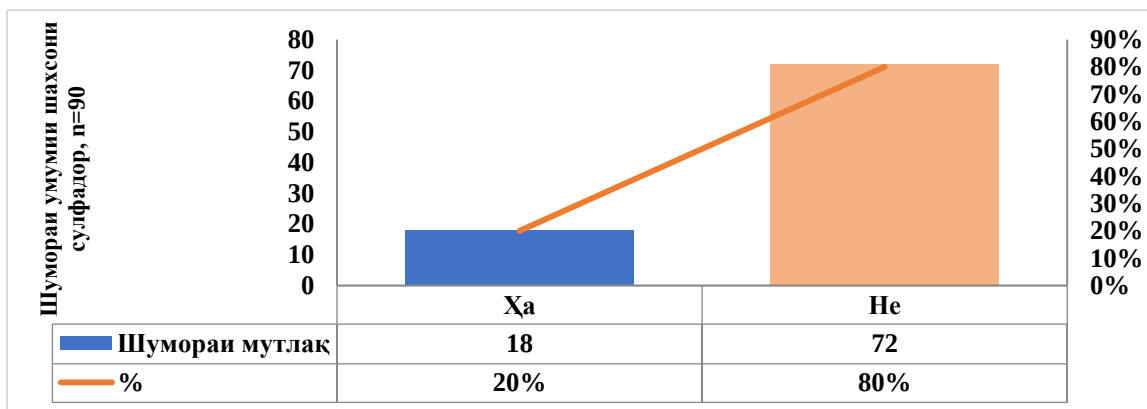
аломатҳои скринингии раванди эҳтимолии сил дохил мешавад ва гузаронидани таҳқиқоти иловагӣ, аз ҷумла усулҳои рентгенологӣ ва бактериологӣ ташхисро тақозо менамояд (расми 2).



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

Дар маҷмӯъ, сохтори симптоматикаи респираторӣ дар гурӯҳи мавриди таҳқиқ ба нишондиҳандаҳои интизорӣ барои контингенти таҳти назорати эпидемиологӣ мувофиқат намуда, паҳншавии васеи шаклҳои фаъоли бемориро дар лаҳзаи гузаронидани скрининг нишон намедихад.

Мувофиқи маълумоти пурсишнома, миқдори умумии респондентҳои сулфакунанда 90 нафарро (100%) ташкил дод, аз онҳо дар 20%-и шахсони сулфакунандаи тамосдошта ($n=18$) ҳангоми сулфа задан ҷудошавии балғам мушоҳида гардид, дар ҳоле ки дар аксарияти мутлақи шахсони сулфакунанда – 80% ($n=72$) ин аломат мавҷуд набуд. Басомади пасти ҷудошавии балғам тасдиқ менамояд, ки дар гурӯҳи таҳқиқшудагон тақрибан шахсони дорои аломатҳои возеҳи осебёбии системаи нафаскашӣ муайян карда нашуд. Набудани сулфаи маҳсулноқ дар аксарияти респондентҳо аз сатҳи пасти симптомҳои респираторӣ ва вазъияти нисбатан мусоиди эпидемиологӣ дар манбаъҳои таҳқиқшуда шаҳодат медиҳад (расми 3).



Расми 3. – Гурӯҳбандии шахсони тамосдошта аз рӯйи аломати чудошавии балғам

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

Фарқиятҳо аз рӯйи ҷинс аз ҷиҳати оморӣ муҳим набуданд ($p=0,246$): занҳо нисбат ба мардҳо хатари пасттари сироятёбӣ доштанд (3,4% дар муқобили 3,9%; $T\bar{E}=0,87$; 95% ФЭ 0,68–1,10).

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

Мавҷудияти таҷрибаи муҳочират эҳтимоли сироятёбиро баланд бардоштааст: дар байни муҳочирони меҳнатӣ нишондиҳанда ба 5,0% мерасад, дар муқобили 3,4% дар шахсони бидуни таҷрибаи муҳочират ($T\bar{E}=1,51$; 95% ФЭ 1,13–2,03; $p=0,006$). Эҳтимол дорад, ки ин аз шароити номусоиди зист ва дастрасии маҳдуд ба ёрии тиббӣ вобаста бошад.

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

Робитаи нисбатан возеҳ ҳангоми мавҷуд будани симптомҳои системавӣ ба мушоҳида расид: дар байни шахсони тамосдоштаи симптомдор сироятёбӣ 7,8%-ро ташкил дод, дар муқоиса бо 3,4% дар шахсони бесимптом (ТЭ=2,42; 95% 1,68–3,51; $p<0,001$).

Ҳамин тавр, омилҳои асосие, ки бо сироятёбии МБС алоқаманданд, дар байни шахсони тамосдошта шахсони синнашон аз 18- сола боло, хешутаборӣ бо бемори индексӣ, таҷрибаи муҳочират, мансубият ба гурӯҳи хатар ва мавҷуд будани симптомҳои системавӣ мебошанд. Ин зарур будани равиши тафриқавӣ нисбат ба муоинаи шахсони тамосдошта ва афзалият додан ба гурӯҳҳои хатари баландро тасдиқ менамояд (ҷадвали 1).

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

Нишондиҳанда	Гурӯҳ	Сироятёфта (n=270)	Сироят наёфта (n=7170)	ТЭ (95% ФЭ)	р-арзиш
Синну сол	< 18- сола (n=3100)	70 (2,3%)	3030 (97,7%)	2,09 (1,59–2,76)	< 0,001
	≥ 18 -сола (n=4340)	200 (4,6%)	4140 (95,4%)		
Ҷинс	Мардҳо (n=3600)	140 (3,9%)	3460 (96,1%)	0,87 (0,68–1,10)	0,246
	Занҳо (n=3840)	130 (3,4%)	3710 (96,6%)		
Дарачаи хешутаборӣ	Хешованд (n=5000)	210 (4,2%)	4790 (95,8%)	0,58 (0,43–0,77)	< 0,001
	Ғайрихешованд (n=2440)	60 (2,5%)	2380 (97,5%)		
Муҳочират	Не (n=6240)	210 (3,4%)	6030 (96,6%)	1,51 (1,13–2,03)	0,006
	Ҳа (n=1200)	60 (5,0%)	1140 (95,0%)		
Мансубият ба гурӯҳи хавф	Не (n=6540)	215 (3,3%)	6325 (96,7%)	1,91 (1,41–2,60)	< 0,001
	Ҳа (n=900)	55 (6,1%)	845 (93,9%)		
Мавҷудияти аломатҳои системавӣ	Нест (n=6990)	235 (3,4%)	6755 (96,6%)	2,42 (1,68–3,51)	< 0,001
	Ҳаст (n=450)	35 (7,8%)	415 (92,2%)		

Эзоҳ: ТЭ – таносуби эҳтимолиятҳои сироятёбӣ бо МБТ нисбат ба гурӯҳи референтӣ (1,00); 95% ФЭ – фосилаи эътимодӣ 95%-а; р – сатҳи аҳамияти омории фарқияти басомади сироятёбӣ байни гурӯҳҳо, ки аз рӯи меъёри χ^2 -и Пирсон барои ҷадвалҳои 2×2 ҳисоб карда шудааст.

Ҳамбастагии нисбатан возеҳ бо сироятёбӣ аз МБС дар сурати мавҷуд будани симптомҳои системавӣ, мансубият ба гурӯҳҳои аз нигоҳи эпидемиологӣ осебпазир ва мавҷудияти таҷрибаи муҳоҷират муайян карда шуд, ки зарурати таҳқиқи афзалиятноки шахсони тамосдоштаро аз гурӯҳҳои хатари баланд тасдиқ менамояд.

Аз мавҷуд будани сулфа 17%-и шахсони тамосдоштаи таҳқиқшуда шикоят доштанд, ҳамзамон сулфаи давомнокиаш зиёда аз ду ҳафта дар 2,3%-и таҳқиқшудагон ба мушоҳида мерасад. Таҳлили якомилаи гузаронидашуда робитаи аз ҷиҳати оморӣ муҳими байни мавҷудияти сулфа ва робитаҳои хешутаборӣ бо бемори индексӣ ($T\bar{E}=4,77$; 95% 2,62–8,68; $p<0,001$), инчунин таҷрибаи муҳоҷирати меҳнатиро ($T\bar{E}=24,26$; 95% 6,38–92,23; $p<0,001$) нишон дод.

Маълумотҳои бадастомада зарурати равиши тафриқавиро нисбат ба муоинаи категорияҳои гуногуни тамосдошта ва афзалият додан ба гурӯҳҳои хатари баландро дар барномаҳои пешгирии БС тасдиқ менамояд (ҷадвали 2).

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

Нишондиҳанда	Гурӯҳ	Сулфа ҳаст, n (%)	Сулфа нест, n (%)	$T\bar{E}$ (95% ФЭ)	p -арзиш
Робитаҳои хешутаборӣ бо бемор	Ғайрихешованд	44 / 464 (9,5%)	420 / 464 (90,5%)	1,0 (гурӯҳи муқоисавӣ)	–
	Хешованд ¹	22 / 66 (33,3%)	44 / 66 (66,7%)	4,77 (2,62– 8,68)	$<0,001$
Таҷрибаи муҳоҷирати меҳнатӣ	Ҳаст ²	57 / 518 (11,0%)	461 / 518 (89,0%)	1,0 (гурӯҳи муқоисавӣ)	–
	Нест	9 / 12 (75,0%)	3 / 12 (25,0%)	24,26 (6,38– 92,23)	$<0,001$

Эзоҳ:

¹ Хешованд – ҳамсар, фарзандон ва дигар хешовандонро дар бар мегирад («Шавҳар/Зан», «Писар/Духтар», «Дигар муносибатҳои хешутаборӣ»).

² Ҳаст – шахсони тамосӣ, ки бо мақсади кор (муҳоҷирони меҳнатӣ) берун аз ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон сафар кардаанд.

$T\bar{E}$ – таносуби эҳтимолиятҳои мавҷудияти сулфа дар шахсони дорои омил нисбат ба гурӯҳи бе ин омил.

p – сатҳи аҳамияти оморӣ фарқияти басомади сулфа байни гурӯҳҳо, ки аз r -и меёри дақиқи Фишер ҳисоб карда шудааст.

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

Таҳлили иловагӣ робитаи аз ҷиҳати оморӣ муҳими симптомҳои вобаста ба БС, бо таҷрибаи муҳочират, робитаҳои хешутаборӣ бо бемори индексӣ ва гузаштани муоинаи ВНМО –ро муайян намуд (ҷадвали 3).

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

Нишондиҳанда	Гурӯҳ	Бо аломатҳо		Нишондиҳанда ¹	Гурӯҳ
Синну сол (Ме [Q1–Q3])	–	8,0 [4,0–16,0]	9,0 [3,0–15,0]	–	0,872
Ҷинс	Мард	42 (61,8%)	269 (58,2%)	1,16 (0,69–1,96)	0,601
	Зан	26 (38,2%)	193 (41,8%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
Таҷрибаи муҳочират	Ҳаст	9 (13,2%)	3 (0,6%)	23,34 (6,14–88,64)	< 0,001
	Нест	59 (86,8%)	459 (99,4%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
Робитаҳои хешутаборӣ бо бемор	Хешованд	22 (32,4%)	44 (9,5%)	4,54 (2,50–8,24)	< 0,001
	Ғайрихешованд	46 (67,6%)	418 (90,5%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–
Аз таҳлили ВНМО гузаштааст	Ҳа	9 (13,2%)	25 (5,4%)	2,67 (1,19–5,99)	0,028
	Не	59 (86,8%)	437 (94,6%)	гурӯҳи муқоисавӣ	–

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

Эзоҳ:

¹ Нишондиҳанда: мавҷудияти сулфа ва/ё ҳадди ақал яке аз нишонаҳои системавӣ (табларза, камшавии вазни бадан > 3 кг/моҳ, араққунии шабона).

² Диабети қанд, гепатитҳои вирусӣ, ихтилолҳои рӯҳӣ ва дигар бемориҳои музмин.

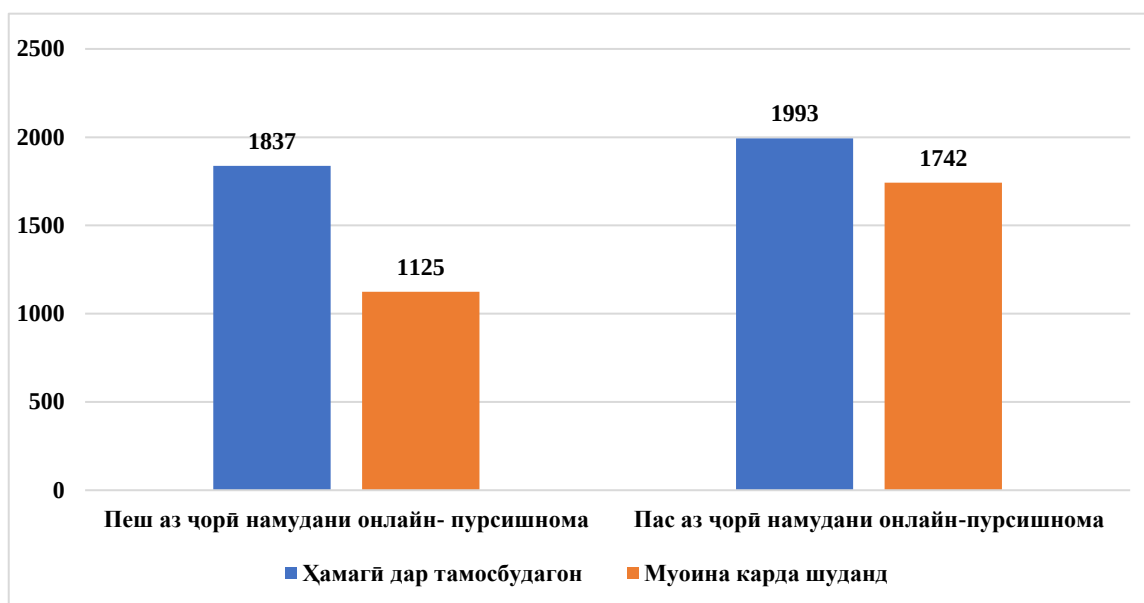
– Барои синну сол муқоиса бо истифода аз меъёри U-и Манн–Уитни (Me [Q1–Q3]) гузаронида шудааст.

– Барои аломатҳои сифатӣ (чинс, муҳочират, муносибатҳои хешутаборӣ, ташҳиси ВНМО, бемориҳои музмин, мақоми ВНМО) меъёри дақиқи Фишер истифода шудааст; ТЭ – таносуби эҳтимолиятҳои мавҷудияти нишонаҳо дар шахсони дорои омил нисбат ба гурӯҳи референтӣ; 95% ФЭ – фосилаи эътимодии 95%-а.

Ҳангоми таҳлил кардани маҷмуи симптомҳо, аз ҷумла сулфа ва/ё зухуроти системавӣ (табларза, коҳиш ёфтани массаи бадан, араққунии шабона), аз рӯйи синну сол ва чинс дар байни гурӯҳҳо фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим муайян карда нашуд ($p > 0,05$). Дар баробари ин, мавҷудияти симптомҳо дар хешовандони бемор ба таври назаррас бештар ба қайд гирифта шуд (33,3% дар муқобили 9,9% дар байни ғайрихешовандон; ТЭ=4,54; 95% 2,50–8,24; $p < 0,001$), дар шахсони дорои таҷрибаи муҳочирати меҳнатӣ (75,0% дар муқобили 11,4%; ТЭ=23,34; 95% 6,14–88,64; $p < 0,001$) ва дар пурсидашудагоне, ки қаблан аз муоинаи ВНМО гузашта буданд (26,5% дар муқобили 11,9%; ТЭ =2,67; 95% 1,19–5,99; $p=0,028$) (ҷадвали 3).

Ҳамбастагӣ бо мавҷудияти бемориҳои музмин ва статуси мусбати ВНМО тамоюли баландшавии эҳтимоли вучуд доштани симптомҳоро нишон медиҳад, аммо ба дараҷаи аҳамиятнокии омӯрӣ нарасид ($p > 0,05$), ки эҳтимол бо миқдори ками респондентҳо дар ин зергурӯҳҳо вобаста бошад.

Натиҷаҳои татбиқи намудани онлайн-пурсишномаи беном (маҳфӣ) дар фаъолияти амалии нишохдорӣ тандурустӣ. Дар расми 4 таҳлили муқоисавии фарогирии таҳлили шахсонӣ тамосдошта то ва баъд аз татбиқи намудани онлайн-пурсишнома пешниҳод шудааст. Таҳлил ду давраи муқоисашавандаро дар бар гирифта, имконияти медиҳад, ки таъсири воситаи рақамӣ ба ташкили таҳқиқоти эпидемиологӣ арзёбӣ гардад.



Расми 4. – Фарогирии таҳқиқи шахсонӣ тамосдошта то ва баъд аз татбиқи намудани онлайн-пурсишнома

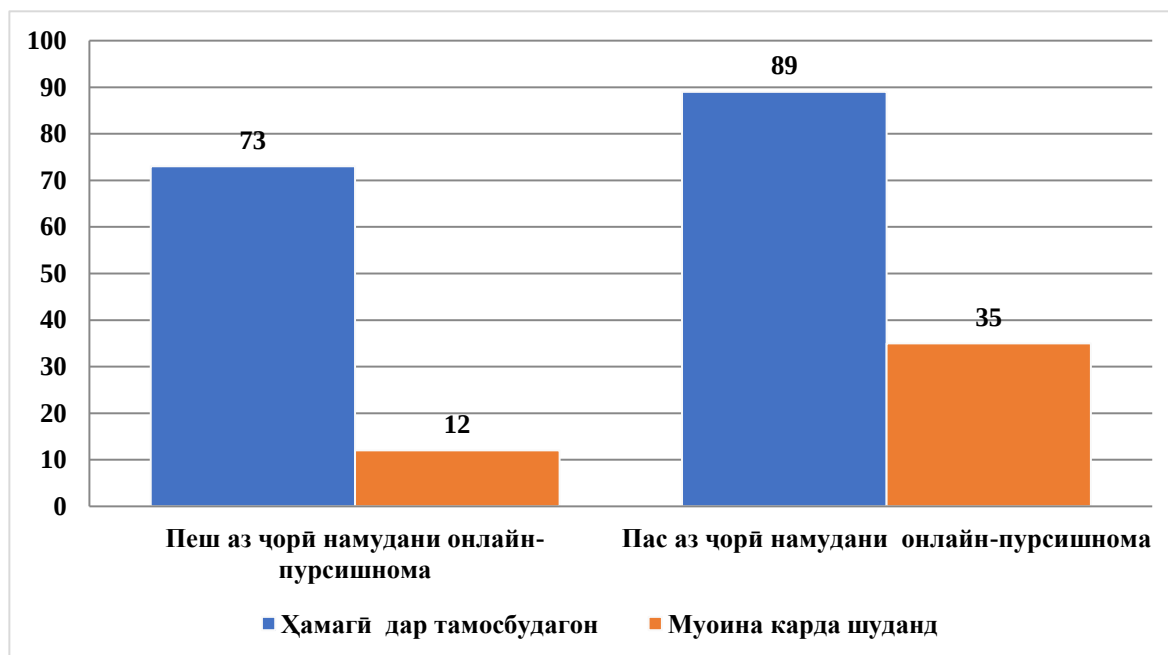
То татбиқи намудани онлайн-пурсишнома аз 1837 шахси тамосдошта 1125 нафар аз таҳқиқ гузаштанд, ки 61,2%-ро ташкил дод. Баъд аз татбиқи намудани воситаи рақамӣ таҳқиқотро 1742 нафар аз 1993 шахси тамосдошта гузаштанд, ё худ 87,4%. Ҳамин тавр, фарогирии таҳқиқот то 26,2 банди фоизӣ зиёд гардида ва фарқият аз ҷиҳати оморӣ муҳим мебошад ($p < 0,001$).

Натиҷаҳои бадастомада шаҳодат медиҳанд, ки истифодаи онлайн-пурсишнома ба баланд кардани дастрасии таҳлили шахсонӣ тамосдошта ва беҳтар шудани ташкили ҷорабиниҳои зиддисилӣ дар манбаъҳои сироят мусоидат менамояд (расми 4).

Дар расми 5 маълумотҳо оид ба ошкор сохтани шаклҳои барвакти БС дар байни шахсонӣ тамосдошта то ва баъд аз татбиқи намудани онлайн-пурсишнома

пешниҳод карда шудааст. Натиҷаҳо таъсири воситаи рақамиро ба самаранокии скрининг дар манбаъҳои сирояти сил нишон медиҳанд.

То татбиқ намудани онлайн-пурсишнома шаклҳои барвақти БС дар 12 нафар аз 73 шахси тамосдоштаи таҳқиқшуда муайян карда шуд, ки 16,4%-ро ташкил дод. Баъд аз татбиқ намудани низоми рақамӣ шаклҳои барвақтии беморӣ дар 35 нафар аз 89 нафари таҳқиқшуда, ё дар 39,3% ташхис карда шуд. Фарқият аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим мебошад ($p=0,001$).



Расми 5. – Ошкорсозии шаклҳои барвақтии бемории сил дар байни шахсони тамосдошта то ва баъд аз татбиқ намудани онлайн-пурсишнома

Афзоиши ҳолатҳои ошкорсозии шаклҳои барвақтии БС метавонад ҳам аз беҳтар шудани интиҳоби шахсони тамосдошта барои таҳқиқи амиқ ва ҳам бо зиёд шудани фарогирии таҳқиқ ба тӯфайли қулай ва дастрас будани формати рақамии пурсишнома вобаста бошад. Маълумотҳои бадастомада самаранокии истифодаи онлайн-пурсишномаро ҷиҳати баланд бардоштани натиҷабахшии ошкорсозии барвақти БС тасдиқ мекунанд. (расми 5).

Айни замон онлайн-пурсишномаи таҳияшуда ҳамчун пешниҳоди ратсионализаторӣ таҳти № 3620/R1108 аз 12.02.2025 ба расмӣ дароварда шуда, ҳамчун пешниҳоди ратсионализаторӣ эътироф ва аз ҷониби МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» барои истифода қабул

гардидааст. Вай дар фаъолияти амалии соҳаи тандурустӣ чорӣ карда шуда, дар фаъолияти профилактикӣ ва таҳлилӣ истифода бурда мешавад.

Арзёбии муҳити ҳуқуқӣ дар соҳаи ҳифзи аҳолӣ аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Барномаи миллии ҳифзи аҳолӣ аз бемории сил барои солҳои 2021–2025, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи баробарӣ ва барҳам додани ҳамаи шаклҳои таъбиз» ва дигар санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ дар соҳаи фаъолияти зиддисилӣ мавриди таҳлил қарор дода шудаанд.

Муқаррар карда шуд, ки қонунгузориҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон меъёрҳои дар бар мегирад, ки ба таъмини дастрасӣ, қобили қабул будан ва сифати кӯмаки зиддисилӣ, аз ҷумла ташхис ва табобати ройғони бемории сил, риоя кардани махфияти маълумотҳои тиббӣ ва чорабиниҳои дастгирии иҷтимоии беморон нигаронида шудаанд. Дар баробари ин, муайян карда шуд, ки бисёр меъёрҳои хусусияти эълумиявӣ дошта, механизмҳои мушаххаси амалисозиро пешбинӣ намеkunанд.

Норасоиҳо дар масъалаҳои ҳифз аз таъбизи шахсони мубтало ба бемории сил, таъмини розигии огоҳона, танзими дастамалҳои расмиёти табобати маҷбурӣ ва пешниҳод намудани кӯмаки ҳуқуқӣ ба беморон ошкор карда шуданд. Зарурати такмил додани пойгоҳи меъёрӣ, пурзӯр намудани механизмҳои ҳифзи иҷтимоӣ ва васеъ намудани иштироки созмонҳои ғайриҳукуматӣ ва ҷомеаи шаҳрвандӣ дар амалисозии барномаҳои зиддисилӣ қайд карда шудааст.

ХУЛОСАҲО

1. Пайгирӣ ва таҳқиқи самараноки шахсони тамосдошта дар манбаъҳои сирояти бемории сил барои Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳимтарин унсури низомии пешгирии беморӣ ба ҳисоб меравад. Ба ҳисоби миёна ба як бемори гирифтори шакли фаъоли сил тақрибан 12 шахси тамосдошта аз ҳисоби аъзои хонаводаҳо ва боз тақрибан 16 нафар аз ҳисоби тамосҳои наздики беруна, ки бояд таҳқиқ карда шаванд, рост меояд, ки ин ҳолат зарурати системаи бонизомии ташкили чорабиниҳои зиддиэпидемиявиро инъикос менамояд [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 8-М, 9-М, 12-М].

2. Особпазиртарин гурӯҳ аз ҷиҳати хатари сироятёбӣ ва рушди шаклҳои фаъоли бемории сил кӯдакони синни томактабӣ, шахсони гирифтори ВНМО, беморони дорои бемориҳои музминии соматикӣ, маҳбусони собиқ, муҳоҷирони меҳнатӣ ва шахсони дар соҳаи хизматрасонии ҷамъиятӣ машғулбуда ба шумор мераванд. Муайян карда шуд, ки дар байни намоёндагони ин гурӯҳҳо эҳтимоли дер муайян кардани беморӣ дар муқоиса аз популятсияи умумӣ 2,3 маротиба зиёдтар аст [5-М, 6-М, 14-М, 17-М, 19-М, 20-М, 23-М, 24-М].
3. Системаи амалкунандаи муоинаи шахсони тамосдошта дар манбаъҳои сирояти бемории сил фарогирии пурраи таҳқиқро, махсусан дар деҳот, таъмин намекунад. Дар 37,5% -и ҳолатҳо таҳқиқи шахсони тамосдошта сари вақт гузаронида намешавад ва басомади муқарраршудаи таҳқиқҳо бинобар маҳдудиятҳои ташкилӣ ва кадрӣ рӯя карда намешаванд, ки самаранокии пешгирии бемории силро ба таври назаррас коҳиш медиҳад [7-М, 10-М, 13-М, 15-М, 16-М, 22-М].
4. Татбиқ намудани онлайн-пурсишномаи беном (анонимӣ) барои пайгирии тамосҳо ва пешгирӣ кардани сироятёбӣ ҳангоми ҳамзистӣ/будубош бо бемори гирифтори шакли фаъоли БС дар якҷоягӣ бо корҳои иттилоотӣ маърифатӣ дар байни аҳоли имконият дод, ки фарогирии шахсони тамосдошта бо таҳқиқот аз 61,2% то 87,4% зиёд карда шуда, сатҳи ошкорсозии шаклҳои барвақтии беморӣ то 24,3% баланд бардошта шавад. [11-М, 18-М, 21-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Тавсия карда мешавад, ки «онлайн-пурсишномаи беном»-и таҳияшуда бо мақсади пайгирӣ намудани шахсони тамосдошта дар фаъолияти амалии ҳамаҷузъаи ҳадамоти зиддисилии Ҷумҳурии Тоҷикистон, бо афзалият додан ба ноҳияҳои деҳот, ки дар онҳо норасоии кадрҳо бештар эҳсос мегардад ва

ҳамкорию байниидоравӣ ба таври кофӣ ба роҳ монда нашудааст, татбиқ карда шавад.

2. Таъсис додани феҳристи ягонаи электронии шахсони тамосдошта бо имконияти мониторинги аз таҳқиқ гузаштан, баргузор намудани чорабиниҳои профилактикӣ ва таҳлили динамикаи вазъияти эпидемиологӣ оид ба бемории сил дар сатҳи ноҳия ва вилоят мувофиқи мақсад аст.
3. Ташкил намудани такмили мунтазами ихтисоси табибони зинаи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ ва фтизиатрҳо бо дохил намудани алгоритмҳои муносири муҳофизати шахсони тамосдошта ва барвақт ошкор сохтани БС зарур аст.
4. Асноди меъёрӣ-методӣ, ки ҳамкорию байни сохторҳои ХДНЭС, муассисаҳои зиддисилӣ ва ташкилотҳои звенои аввалияи нигоҳдории тандурустиро ҳангоми баргузор намудани чорабиниҳои профилактикӣ оид ба БС ба таври мушаххас танзим намоянд, таҳия ва тасдиқ намудан лозим аст.
5. Пурзӯр намудани корҳои санитарӣ маърифатӣ дар байни аҳоли, пеш аз ҳама, дар байни гурӯҳҳои осебпазир ва декретӣ, бо истифодаи васеи технологияҳои муносири коммуникатсионӣ ва маводи иттилоотии аёнӣ талаб карда мешавад.
6. Ҳангоми банақшагирии баргузорию чорабиниҳои профилактикӣ, ташаккул додани таъминоти кадрӣ ва пойгоҳи моддию техникаи барномаҳои минтақавӣ мубориза бар зидди БС, тавсия дода мешавад, ки аз нишондиҳандаҳои ҳисобшудаи миқдори шахсони тамосдошта (12 ва 16 нафар), ки барои муайян намудани як ҳолати БС-и фаъол заруранд, истифода карда шаванд.

Истифода намудани натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашударо ҳангоми азнавсозии барномаҳои таълимӣ муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ, инчунин ҳангоми коркард ва ислоҳи стратегияҳо ва барномаҳои минтақавӣ оид ба мубориза бар зидди сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мувофиқи мақсад аст.

РҶҲАТИ АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА

1. Гуломзода, Б. З. Тенденции основных эпидемиологических показателей и факторов риска развития туберкулёза в разных странах мира и в Таджикистане [Текст] / Б. З. Гуломзода // Симург. – 2023. – № 20(4). – С. 175–181.
2. Интеграция противотуберкулёзной службы и общей лечебной сети в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев [и др.] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2019. – № 9(2). – С. 126–132.
3. Закономерности эпидемического процесса и эффективность лечения больных туберкулёзом с разными спектрами лекарственной устойчивости в Республике Таджикистан [Текст] / О. И. Бобоходжаев [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2023. – Т. 101, № 2. – С. 73–79.
4. Национальная программа защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на 2021–2025 годы, утверждённая Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года № 49. – Душанбе, 2021. – 75 с.
5. Отчетные данные ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулёза» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. – Душанбе, 2023. – 32 с.
6. Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора в очагах туберкулёзной инфекции на примере районов Кулябской зоны Хатлонской области [Текст] / Б. З. Гуломзода [и др.] // В материалах XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. – Душанбе, 03.05.2024. – Т. 2. – С. 176.
7. Braganza Menezes, D. Contact tracing strategies in household and congregate environments to identify cases of tuberculosis in low- and moderate-incidence populations [Text] / D. Braganza Menezes, B. Menezes, M. Dedicoat // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2019. – Issue 8. – CD013077. – 28 p. – DOI: 10.1002/14651858.CD013077.pub2.

8. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis [Text] / G. J. Fox [et al.] // European Respiratory Journal. – 2013. – Vol. 41, № 1. – P. 140–156. – DOI: 10.1183/09031936.00070812.
9. Passive versus active tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy among household contacts in a rural district of Malawi [Text] / R. Zachariah [et al.] // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2023. – Vol. 7, № 11. – P. 1033–1039.
10. Storla, D. G. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis [Text] / D. G. Storla, S. Yimer, G. A. Bjune // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – Art. 15.
11. World Health Organization. Global Plan to End TB 2018–2022: The Paradigm Shift. – Geneva: World Health Organization, 2018. – 180 p.
12. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023 [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2023. – 57 p. – URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023> (date of access: 21.07.2024).
13. World Health Organization. Standardized package of community-based support services to improve tuberculosis outcomes [Text]. – Geneva: WHO, 2023. – 102 p.
14. World Health Organization. WHO Operational Handbook on Tuberculosis. Module 2: Screening – Systematic Screening for Tuberculosis Disease [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2021. – 135 p. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676> (date of access: 21.07.2024).

Интишорот оид ба мавзун диссертатсия:

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М] Саидова С. Н. Порядок организации отслеживания контактов из очагов туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан [Текст] / О. И.

Бобоходжаев, С. Н. Саидова. С.Г. Шукуров, Б.И. Исаева // Симург. – 2023. - №19(3). – С.85-92.

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

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

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

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

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

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

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмуаҳои конференсияҳо

- [8-М]** Саидова С. Н. Особенности эпидемиологии туберкулёза в мире и в Таджикистане [Текст] / Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике» с международным участием. Душанбе – 2023. – Т. 2. – С.572-573.
- [9-М]** Саидова С.Н. Распространенность туберкулёза в мире [Текст] / С.Н. Саидова, Ф.Дж. Шарифзода // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ «ХГМУ» (IV-ая годичная) посвящённой 32-летию Государственной независимости РТ. Дангара – 2023. – Т. 2. – С.430-431.
- [10-М]** Саидова С. Н. Опыт противотуберкулёзной службы при возможных вспышках респираторных инфекционных заболеваний с учётом извлечённых уроков в период пандемии COVID-19 [Текст] / С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев, С.Р. Раджабзода, С.Дж. Пулатова // Вестник Академии наук Молдовы, медицинские науки. Кишинёв – 2023.– № 3(77) – С.55-58.
- [11-М]** Саидова С.Н. Этапы внедрения национального регистра по туберкулёзу в Республике Таджикистан [Текст] / С.Н. Саидова, О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров, С.Дж. Пулатова // Вестник Академии наук Молдовы, медицинские науки. Кишинёв – 2023. – № 3(77) – С.43-46.
- [12-М]** Саидова С.Н. Заболеваемость туберкулёзом контактных лиц в очагах туберкулёзной инфекции [Текст] / С.Н. Саидова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». Душанбе – 2024. – С.307.
- [13-М]** Саидова С. Н. К вопросу о расчёте среднего числа отслеживания контактов в сельских очагах туберкулёзной инфекции, необходимых для выявления одного случая активного туберкулёза в Республике Таджикистан [Текст] / С. Н. Саидова // Альманах молодой науки – 2024. – №1, – С.50-51
- [14-М]** Саидова С.Н. Таҳлили омории бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Матн] / С.Н. Саидова, Ф. Ҷ. Шарифзода // Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе – 2024. – Т. 2. – С.313.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ:

1. Саидова С.Н. Способ совершенствования определения риска развития туберкулёза путём разработки анонимного онлайн-опросника / О.И.

Бобоходжаев, С.Г. Шукуров, Б.И. Сафаров // Рационализаторское предложение № 3620/ R1108 от 12.02.2025г.

2. Саидова С.Н. Способ автоматизации информационной логистики в борьбе с туберкулёзом / О.И. Бобоходжаев, С.Г. Шукуров // Рационализаторское предложение № 3619/R1107 от 12.02.2025г.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО, АЛОМАТҲОИ ШАРТӢ

БС– бемории сил

ВТ ва ҲИА ҚТ– Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ВНМО – вируси норасоии масунияти одам

ТУТ – Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ

ДОТС (DOTS) – курси кӯтоҳмуддати химиотерапия таҳти назорат

ДЗС – доруҳои зиддисилӣ

УД – устувории доруй

МБС – микобактерияи сил

СБУД – сили дорои устувории бисёркаратаи доруй

ТЭ –таносуби эҳтимолиятҳо

ФЭ –фосилаи эътимодӣ

ШТУ – шабакаи табобати умумӣ

КАТС – кумаки аввалияи тиббию санитарӣ

ҚТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

РУ-СБ – сили ба рифампицин устувор

ХНДСЭ – Хадамоти назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ

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

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

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

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

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

обследованиём контактных лиц с 61,2% до 87,4% и увеличить выявляемость ранних форм туберкулёза.

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

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

АННОТАЦИЯ

автореферати Саидова Саёра Низомудиновна

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

Калимаҳои калидӣ: сил, шахсони тамосдошта, назорати тамосҳо, пешгирии бемории сил, сирояти силӣ, скрининги ғайбӣ, гурӯҳҳои хатар, назорати эпидемиологӣ, онлайн-пурсишнома, таъкили ҳифзи саломатӣ.

Мақсади таҳқиқот. Таъкили таъкили чорабиниҳои профилактикӣ дар манбаҳои сирояти силӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

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

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навоғии онҳо. Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон арзёбии ҳамаҷонибаи самаранокии пайгирии шахсони тамосдошта бо беморони гирифтори сил анҷом дода шуд. Муайян карда шуд, ки ба ҳисоби миёна ба як бемори гирифтори шакли ғайбӣ сил 12 нафар шахси тамосдошта дар дохили хонавода ва тақрибан 16 нафари шахси дигари тамосдоштаи наздики берун аз хонавода рост меояд. Омилҳои асосии хатари сироятёбии шахсони тамосдошта, аз ҷумла синни калонсолӣ, мансубият ба гурӯҳҳои осебпазир, таҷрибаи муҳоҷират ва мавҷудияти аломатҳои клиникӣ муайян карда шуданд. Монеаҳои ҳуқуқӣ ва таъкили дастрасӣ ба хизматрасониҳои зиддисилӣ ошкор карда шуданд. Онлайн-пурсишномаи беноми таҳия ва озмоиш гардида, истифодаи он имкон дод, ки фарогирии муоинаи

шахсони тамосдошта аз 61,2% то 87,4% афзоиш ёфта, сатҳи ошкорсозии шаклҳои барвақти сил низ баланд гардад.

Тавсияҳо барои истифодаи амалӣ. Натиҷаҳои таҳқиқот барои истифода дар фаъолияти хадамоти зиддисилӣ, муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббии санитарӣ ва мақомоти назорати давлатии санитарию эпидемиологӣ тавсия карда мешаванд. Онлайн-пурсишномаи беном барои дар фаъолияти амалии муассисаҳои тандурустӣ татбиқ намудан пешниҳод карда мешавад.

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

ANNOTATION

of the dissertation abstract by Saidova Sayora Nizomudinovna on the topic: "Optimization of preventive measures through contact tracing of tuberculosis patients in the Republic of Tajikistan"

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

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

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

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

Recommendations for application. The results of the study are recommended for use in the activities of tuberculosis control services, primary healthcare institutions

and sanitary-epidemiological surveillance authorities. The developed online questionnaire is recommended for implementation in healthcare institutions.

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