

**МДТ "ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО"**

УДК: 616.5-003.829.85-053.6

Бо ҳуқуқи дастнавис

ГАДОЕВ МАЪРУФ АҲМАДОВИЧ

**Хусусиятҳои клиникӣ-лабораторӣ ва тақмили муолиҷаи беморони
гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда дар якҷоягӣ бо сили
шуш**

**Диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиббӣ
аз рӯйи ихтисоси 14.01.10 – Бемориҳои пӯсту зухравӣ**

Роҳбари илмӣ:

номзади илмҳои тиббӣ, дотсент
Саидзода Баҳромуддин Икром

Душанбе – 2022

МУНДАРИҶА

Рӯйхати ихтисораҳо	4
Муқаддима	5
Тавсифи умумии таҳқиқот	9
Боби 1. Шарҳу тафсири адабиётҳо	14
1.1. Нигоҳи имрӯза ба сабаб ва оқибатҳои паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда.....	14
1.2. Таъсири сирояти сили ба чараёни сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда.....	28
1.3. Вайроншавии масунӣ хангоми сироятҳои урогениталӣ ва сили шушҳо	33
1.4. Принципҳои муосири муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ паҳншаванда ва сили шушҳо	39
Боби 2. Усул ва маводҳои тадқиқот	51
2.1. Тавсифоти беморони муоинашуда	51
2.2. Усулҳои тадқиқоти клиникӣ ва таҷҳизотӣ	57
2.2.1. Ташҳиси ултрасадоӣ	57
2.2.2. Усулҳои ташҳиси сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ..	57
2.2.3. Арзёбии салоҳияти иммунӣ беморони муоинашуда	60
2.3. Усулҳои табобати сироятҳои урогениталӣ дар беморони муоинашуда.....	63
2.3.1. Арзёбии самаранокӣ тибқи меъёрҳои ба таври умум қабулшуда анҷом дода шуд	64
2.4. Коркарди омории натиҷаҳо	65
Боби 3. Зухуроти клиникӣ сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар беморони гирифтори сили шуш.....	66
3.1. Ангезандаҳои сирояти урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш	66
3.2. Зухуроти клиникӣ сироятҳои урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш	71

Боби 4. Нишондодҳои иммунологии беморони гирифтори сирояти уrogenиталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда, ки гирифтори сили шуш мебошанд	85
4.1. Ҳолати қисми ҳуҷайравӣ ва гуморалии системаи масуният дар беморони муоинашуда	85
4.2. Тағйироти тарашшуҳи ситокин ҳангоми сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи уrogenиталӣ дар беморҳои сили шуш.....	89
Боби 5. Натиҷаҳои табобати беморони гирифтори сироятҳои уrogenиталӣ дар беморони сили шуш	99
5.1. Натиҷаҳои табобати беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи уrogenиталӣ дар беморони гирифтори сили шуш	99
5.2. Динамикаи нишондодҳои иммунологӣ дар беморони муоинашуда пас аз муолича.....	108
Муҳокимаи натиҷаҳо	122
Хулоса	139
Рӯйхати адабиёт	141

Рӯйхати ихтисораҳо

ВНМО – вируси норасоии масунияти одам

ИФМ - иммунофлюоресенсияи мустақим

РЗП - реаксияи занчирии полимеразӣ

СБРАҶГ - сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузаранда

СУБРАҶГ - сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузаранда

СШ - сили шуш

СУ - сироятҳои урогениталӣ

ТИФ - таҳлили иммуноферментӣ

ШИТ – шохиси иммунотанзимӣ

Муқаддима

Мубрамии мавзӯи тадқиқот. Сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда вобаста ба паҳншавии васеъ ва хавфи рушди оризаҳои вазнин дар функсияҳои репродуктивӣ мушкилоти мубрами тибби муосир маҳсуб меёбанд. Дар байни сабабҳои, ки боиси афзоиши бемориҳо ва паҳншавии сироятҳои урогениталӣ мегарданд, бемориҳои ҳамроҳшуда махсус қайд мегарданд, ки ба норасоии масуният бурда мерасонанд. Ба чунин бемориҳо сили шуш мисол шуда метавонад, ки яке аз сироятҳои паҳншуда дар ҷаҳон, аз ҷумла дар Тоҷикистон маҳсуб ёфта, ҳиссаи шаклҳои тобавар ба дору дар байни беморони нав ба қайд гирифташуда аз 12,5% дар соли 2010 то 20% дар соли 2017 афзоиш ёфтааст. [10]. Дар беморони гирифтори сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва сили шуш, омилҳои хавфи якхелаи паҳншавӣ, ба монанди майли беморон ба одатҳои бад (сӯиистифода аз машрубот ва тамокукашӣ - дар 38,4% беморон) [Дробот Н.Н. ва муаллифон, 2015; Дмитриев В.А. , 2018], омилҳои иҷтимоӣ (шароити бади моддӣ- маишӣ, набудани шугли қору таҳсил, мавқеи пасти маълумоту рӯзгор бо сабаби бекорӣ, муҳочират ва сатҳи баланди серфарзандӣ) [Анисимова Н.С. 2011; Калабеков И.Г., 2011; Бобохоҷаев О.И., 2012; Мордик А.В. , 2015] ошкор карда шуданд.

Тибқи маълумоти адабиётҳо дар гурӯҳи беморони аз 15 то 24 сола омезиши сирояти сил ва сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ошкор карда шудааст, ки зимнан дар тӯли 5 соли охир шумораи беморони сили синнусоли то 25-сола бори аввал зиёд шудааст [Кулчавеня Е.В. ва муаллифон, 2013; Шилова М.В., 2014; Уртенов Р.Х. ва дигарон, 2015]. Ин вазъиятро асосан талаботҳои физиологияи ҷавонон, ки онҳо низ аксар вақт ба сирояти бемории сил гирифтोरанд, ба вучуд овардааст. Муаллифон боварӣ доранд, ки синну соли ҷавонӣ омили номусоиди афзоиши бемории сил мебошад, хусусан дар байни занон, ки солҳои охир бемории сили шуш дар байни онҳо 35,2% афзудааст [Дробот Н.Н. ва диг., 2013; Шилова М.В., 2014]. Дар анамнези 24,0% занони гирифтори сили фаъоли шуш сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ошкор карда шудааст [Бекмухамбетова Н.В.; Мордик А.В., 2015]. Дар таҳқиқоти баъзе

муаллифон маълум карда шуд, ки дар беморони гирифтори шаклҳои харобиовари сили шуш дар 73% ҳолатҳо сироятҳои хламидиявӣ ва микоплазма ошкор карда шудаанд [Кубанова А.А., 2012; Кравченко Е.Н.2015; Ориф Н., 2017]. Ҳамзамон, натиҷаҳои гузаронидани курси муолиҷаи заминавии резонансӣ дар ин беморон ҷиҳати бартарафсозии сирояти хламидиявӣ самаранокии муолиҷаи комплексии сили шушро то 89,1% боло бурдааст [Кубанова А.А., 2012; Мавров Г.И. ва диг., 2014; Лазаренко Л. ва дигарон, 2015].

Маълум аст, ки сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда боиси вайроншавии низоми иммунӣ мегарданд ва ба ин раванд вайроншавиҳо ҳам дар сатҳи маҳаллӣ ва ҳам дар сатҳи системавӣ ҳамроҳ мешаванд [Штиль О.О., 2010; Banchereau J. И., 2012]. Дар беморони гирифтори сили шуш бошад, ин сироятҳо дар заминаи норасоии дуҷумдараҷаи масунӣ ва функционалии ҳуҷайраҳои иммунокомпетентӣ ба амал меоянд [Мордвинов В.А. ва диг., 2009; Перепанова Т.С., 2013]. Дар робита бо вайроншавиҳои возеҳи ошкоршуда дар системаи масунияти ҳуҷайрагӣ ва гуморалӣ, барои беморони сили шуш муолиҷаи иммуномодулӣ бо доруҳои Т-активин, тималин, тимактин пешбинӣ мегардад, ки бо чунин таъсири манфӣ, ба монанди захролудӣ, мавҷудияти ҳосиятҳои антигенӣ ва реаксияҳои аллергиявӣ фарқ карда меистанд [Пострелко М.Д., 2012; Правада Н.С. ва дигарон, 2013].

Солҳои охир маълум шуд, ки муолиҷаи зиддисилӣ ба ҳолати системаи репродуктивии занони гирифтори сили шуш таъсири дугона дорад, ки агар аз як тараф ҳангоми табобати бемориҳои ғайримуқаррарии илтиҳобии узвҳо таъсири мусбат расонад, ва аз тарафи дигар, он боиси бемориҳои илтиҳобии фарҷ ва маҳбал, ҳалалдор шудани давраи ҳайз мегардад [Кожекина Н. В., 2011; Кравченко Е.Н. ва диг., 2011; Кравченко Е.Н. ва диг., 2015].

Ҳамин тариқ, сили шуш ва сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда бемориҳои сироятии дорои роҳҳои гуногуни гузариш, вале хусусиятҳои якхелаи эпидемиологӣ мебошанд, яъне дар байни гурӯҳҳои шабеҳи аҳоли, дар байни табақаҳои муайяни тиббӣ - иҷтимоии ҷомеа - дар байни ҷавонон паҳн шуда, боиси мушкилоти системаҳои репродуктивӣ мегарданд. Илова бар ин, саволҳои

бахнок вучуд доранд, ки оё сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи муолиҷаи химиявӣ, ки барои сили роҳи нафас гузаронида мешавад, таъбаат меёбанд? [Асхақов М.С., 2011; Вялов С.С., 2012; Васильева И.А., 2014; Венгеренко М.Е. ва дигарон., 2018;]. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тадқиқотҳо оид ба омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва таъбаати сироятҳои урогениталӣ дар заминаи норасоии масунӣ, ки аз сили шуш ба вучуд омадаанд, гузаронида нашудаанд. Дар робита бо гуфтаҳои боло, муътаммали ин самт барои таҳқиқоти номбурда заминаи асосӣ гардид.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Сили шуш ва сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда сироятҳои дорои аҳамияти иҷтимоӣ мебошанд, ки хусусиятҳои эпидемиологӣ (давраи тӯлонии беаломатӣ, бо паҳншавии фаъоли барангезанда ва нигоҳ доштани имконияти сироят) дошта, дар гурӯҳҳои шабеҳи иҷтимоӣ паҳн гаштаанд [Шербан М.Н. ва муаллифон, 2010; Чумаченко Г.В. ва муаллифон, 2016; Minardi D., 2011; Ghosh K., 2011; Bhagwan Sh. J., 2016]. Омилҳои минтақавӣ паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаронидашуда дар асарҳои Бобохоҷаев О.И. (2012), Муниева С.Ҳ. ва Қосимов О.И. (2014) омӯхта шудаанд. Сифати зиндагии занони гирифтори сили фаъоли узвҳои нафаскашӣ, ки аз сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталиро гузаронидаанд, дар тадқиқотҳои Русановская Г.Ф. ва муаллифон (2014) инъикос ёфтаанд. Ҷанбаҳои муносири сирояти хламидияи урогениталӣ дар муҳочирон ва таъбаати илтиҳоби ғадуди простатаи музмини бактериялӣ, ки бо сирояти хламидиявӣ алоқаманданд, дар таҳқиқоти Б.Ҷ.Сангов (2020) инъикос ёфтааст. Оид ба омӯзиши сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда аз ҷониби муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ тадқиқотҳои клиникӣ ва лабораторӣ гузаронида шуданд [Саидзода Б.И., 2019; Сангов Б.Ҷ. ва муаллифон, 2019; Ҳомидов М.Ф. ва дигарон, 2019; Пострелко М.Д. 2012; Fode M., 2016.; Horner P.J., 2016;]. Омӯзиши вазъи иммунӣ дар уретритҳои ғайригонококкӣ дар асарҳои Саидзода Б.И. (2019) гузаронида шудааст.

Новобаста аз корҳои зиёди илмӣ дар ин мавзӯ, масъалаҳои зухуроти клиникӣ ва лаборатории сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ

ва хусусиятҳои вайроншавии масунӣ дар беморони гирифтори сили шуш халношуда боқӣ мондаанд.

Робитаи тадқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Қори дисертсионӣ дар доираи Стратегияи миллии рушди ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010 – 2020 иҷро гардидааст, ки яке аз самтҳои муҳими он баланд бардоштани сифати таъхис ва тамоми намудҳои кумақрасониҳои тиббӣ ба аҳоли мебошад.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот: Беҳтаркунонии муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш бо назардошти хусусиятҳои клиникӣ ва лабораторӣ ва вайроншавиҳои масунӣ.

Вазифаҳои тадқиқот:

1. Муайян кардани хусусиятҳои хоси клиника ва ҷараёни сироятҳои урогениталӣ дар беморони сили шуш;
2. Омӯзиши вазъи иммунии беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ дар заминаи сили шуш;
3. Таҳияи муолиҷаи зиддибактериалӣ ва иммуномодулятсионӣ дар табобати маҷмӯии беморони сироятҳои урогениталӣ дар заминаи сили шуш;
4. Арзёбии натиҷаҳои бадастомада.

Объекти таҳқиқот. Ҳадафи тадқиқот 135 нафар беморон (81 мард ва 54 зан, синну солашон $37 \pm 2,4$ сол) буданд, ки аз соли 2016 то 2019 ба муассисаи давлатии “Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷароҳии қафаси сина” қабул карда шудаанд. Гурӯҳи назоратӣ аз 90 нафар беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ иборат буд, ки гирифтори сили шуш нестанд ва аз рӯи чинс ва синну сол ҷудо карда шудаанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи ин таҳқиқот омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва иммунологӣ дар беморони гирифтори сирояти чинсии урогениталӣ дар беморони сили шуш ва таҳияи муолиҷаи комплексӣ бо назардошти вайроншавиҳои ошкоршуда буд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Бори аввал дар Тоҷикистон зухуроти клиникӣ ва лаборатории сироятҳои урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш омӯхта шуданд. Исбот шудааст, ки сироятҳои урогениталӣ тавассути беморони гирифтори сили шуш дар синну соли репродуктивӣ нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталии бе сироятҳои ҳамроҳшудаи сил 1,9 маротиба зиёдтаранд (54,1% ва 35,6% ҳолатҳо). Муайян карда шуд, ки дар беморони сили шуш сироятҳои урогениталӣ дар 100 ҳолат (74,1%) ба шакли сироятҳои омехта намоёндагӣ мекунанд, ки дар 55% -и

ҳолатҳо хламидиоз ва дар 115 (85,2%) чараёни музмин характернок мебошад. Муайян карда шуд, ки дар 38 (46,9%) мардони гирифтори сили шуш сироятҳои урогениталӣ тавассути илтиҳоби ғадуди простата ва дар 21 (38,9%) занон тавассути салпингофорит мураккаб мешаванд. Ибтот карда шудааст, ки дар беморони сили шуш сироятҳои урогениталӣ дар 88 ҳолат (65,2%) дар заминаи вайроншавии системаи интерлейкин чараён мегиранд. Муайян карда шуд, ки истифодаи Азитромитсин ва Тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи зиддисилии антибактериалӣ 1,7 маротиба нисбат ба истифодаи набурдани Тимогар (19 (31,7%) муқобили 11 (18,3%) ҳолат) бештар ба таъбири муваффақонаи клиникӣ бурда мерасонад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Аҳамияти назариявии тадқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ, методӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар рисола пешниҳодшуда метавонанд дар раванди таълимии мактабҳои олии тиббӣ истифода бурда шаванд.

Ҳангоми пешбурди муолиҷаи беморони сили шуш бояд ба назар гирифт, ки онҳо дар синнусоли репродуктивӣ метавонанд сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталии ба шакли торпидӣ чараёнбандаи сирояти омехтаи урогениталӣ дошта бошанд, ки дар 55% ҳолатҳо онро сирояти хламидиявӣ намояндагӣ мекунад. Вобаста ба вайроншавиҳои ошкоршудаи системаи масуният дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш, тавсия дода мешавад, ки дар баробари доруҳои зидди силӣ макролидҳо ва иммуномодуляторҳо таъин карда шаванд, зеро самаранокии муолиҷа дар ин маврид 1,7 маротиба бештар мешавад.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда

1. Дар беморони гирифтори сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар синнусоли репродуктивии ҷавон нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталии бе сирояти ҳамроҳшудаи сил 1,9 маротиба зиёдтар мушоҳида мешавад (54,1% нисбат ба 35,6% ҳолатҳо).

2. Дар заминаи сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 100 ҳолат (74,1%) дар шакли сирояти омехта чараён мегирад, ки дар 55% ҳолатҳо онро хламидиоз намоёндагӣ мекунад.

3. Тасвири клиникӣи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш дар 115 (85,2%) ҳолатҳо чараёни музмин дорад, ки дар беморони сили якҷояшудаи шуш нисбат ба беморони бе сили ҳамроҳшуда 1,9 маротиба (115 (85,2%) муқобили 41 (45,6%) бештар аст. Дар беморони сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар мардон нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ, ки беморони сил надоранд, 2,2 маротиба зиёдтар аст. Онҳо бо илтиҳоби ғадуди простата (38 (46,9%) дар муқоиса бо 11 (21,2%) ҳолатҳо ва дар занон 3,7 маротиба зиёдтар - салпингоофорит (21 (38,9%) нисбат ба 4 ҳолат (10,5%) бештар гирифтор мешаванд.

4. Дар беморони гирифтори сили шуш сироятҳои урогениталӣ дар заминаи камшудани механизмҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии ҷавоби иммунӣ 1,2 маротиба зиёдтар рух медиҳанд. Вайроншавиҳои системаи интерлейкин дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш нисбат ба беморони бе ҳамбастагии сил 1,2 маротиба зиёдтар (88 (65,2%) нисбат ба 50 (55,6%)) ба назар мерасад ва дар сироятҳои омехта бошад нисбат ба моноинфексияҳо ин вайроншавиҳо 2 маротиба бештар дар 66 (48,9%) нисбат ба 22 (25,0%) ҳолатҳо мушоҳида мегарданд.

5. Истифодаи Азитромитсин ва Тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи зиддисилии антибактериалӣ ба беҳтаршавии нишондодҳои масунӣ мусоидат карда, ба таъбири муваффақонаи клиникӣ 1,7 маротиба зиёдтар оварда мерасонад нисбат ба истифодаи набурдани Тимогар - (19 (31,7%) дар муқоиса бо 11 (18,3%)) ҳолатҳо.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Натиҷаҳои бадастомада бо маълумотҳои эътимоднок, ҳаҷми кофӣи маводи тадқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ карда мешаванд. Хулосаҳо ва тавсияҳо ба

таҳлили илмӣи натиҷаҳои таҳлили беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ дар якҷоягӣ бо сили шуши бидуни сироятҳои ҳамроҳшудаи сил асос ёфтааст.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот). Ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.10 - Бемориҳои пӯсту зуҳравӣ мувофиқ аст. Зербанди 3.2. Эпидемиология ва омори дерматозҳо ва сироятҳои дар шароитҳои тағйирёбандаи зиндагӣ бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда. Тақмили таҳлили вазъии патологияи пӯст бо истифода аз усулҳои муосири инструменталӣ, клиникӣ, генетикӣ- молекулавӣ, иммунологӣ, патоморфологӣ, лабораторӣ, функционалӣ ва ғ. Зербанди 3.5. Беҳтаркунонии усулҳои пешгирии аввалия ва дуҷумдараҷаи дерматозҳо ва сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда.

Саҳми шахсии доктараби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф шахсан тамоми ҳаҷми таҳқиқотҳои клиникиро анҷом дода, баррасии манбаҳои адабиёти хориҷӣ ва ватаниро таҳия карда, нақшаи омӯзишро таҳия намуда, муоинаи клиникӣ ва пурсиши беморони гирифтори сирояти урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаро дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ мустақилона анҷом додааст. Натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ мустақилона таҳлил карда, арзёбӣ ва таҳлили омории маълумоти бадастомада, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ таҳия карда шуданд. Натиҷаҳои назариявӣ, методологӣ ва амалии таҳқиқот дар конференсҳои байналмилалӣ, ҷумҳуриявӣ, минтақавӣ, байнидонишгоҳӣ, илмӣ - амалии донишгоҳӣ, ки давоми солҳои 2016-2019 ҳам дар Тоҷикистон ва ҳам дар хориҷи кишвар баргузор гардидаанд, пешниҳод ва муҳокима гаштаанд.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқот дар Конференсҳои IV ва V - уми солони ҷумҳуриявӣ илмӣ-амалии муассисаи давлатии таълимии «Коллеҷи тиббии Ҷумҳуриявӣ» (Душанбе 2017, 2018) ва 66-умин конференсияи солони байналмилалии илмию амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (Душанбе 2018), чаласаи байникафедравии комиссияи проблемавӣ оид ба фанҳои муолиҷавӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

(18.09.2021, №2), XXXVI – умин конфронси илми амалии “Хониши Раҳмоновӣ” (Москва 2019) пешниҳод ва мавриди муҳокима қарор гирифтанд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯйи маводҳои диссертатсия 11 таълифоти ҷопӣ, аз ҷумла 5 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба нашр расонида шуд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 159 саҳифаи матни компютерӣ мураттаб гардида, аз қисматҳои зерин иборат аст: муқаддима, шарҳу тафсири адабиёт, боби тавсифи мавод ва тасвири методҳои таҳқиқот, 3 боби таҳқиқоти худии муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳои ба дастоварда ва рӯйхати адабиёти истифодашуда. Рӯйхати адабиёти истифодашуда аз 163 адад иборат буда, аз онҳо 102 адад ба забони русӣ ва 61 адад бо забони хориҷӣ. Дар диссертатсия 18 диаграммаи ранга ва 18 ҷадвал ҷой дода шудааст.

Боби 1. Шарҳу тафсири адабиётҳо

1.1. Нигоҳи имрӯза ба сабаб ва оқибатҳои паҳншавии сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузаранда

Сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузаранда гурӯҳи калони бемориҳои инсон мебошанд, ки табиати иҷтимоӣ дошта, аз одам ба одам фақат ё аксаран тавассути алокаи чинсӣ интиқол меёбанд. Онҳо одатан дар натиҷаи муносибатҳои тасодуфӣ бо шарикони ношинос ё тамоман ношинос рух медиҳанд, ки барои "бемориҳои рафторӣ" номиданашон ҳамаи асосҳоро медиҳанд. Сатҳи баланди беморшавии сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ на танҳо дар соҳаи венерология, балки умуман дар тибби клиникӣ низ яке аз мушкилоти таъхирнопазир буда, диққати ҳарчи бештари мутахассисони тамоми ҷаҳонро ба худ ҷалб менамояд. Ба рушди босуръати барномаҳои иҷтимоӣ, таблиғу ташвиқи алокаи чинсии "ҳифзшуда", пайдоиши таҳқиқотҳои наватарини ташхисӣ ва таҳияи речаҳои муосири муолиҷаи комплексӣ нигоҳ накарда гирифтورشавӣ ба сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар тамоми ҷаҳон то ҳол баланд боқӣ мемонад [63].

Бадшавии шароитҳои иҷтимоӣ-иқтисодии ҷомеа дар оғози солҳои 90-уми асри гузашта ва гузаштан ба иқтисоди бозорӣ боиси паҳншавии босуръати бемориҳои аҳамияти иҷтимоӣдошта, ба мисли сироятҳои урогениталӣ, ки бо роҳи алокаи чинсӣ мегузаранд ва бемории сил гардид [1,6,12]. Омилҳои асосие, ки ба бадшавии вазъи эпидемиологии сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузаранда таъсир расонид ин зиёдшавии шумораи бемороне, ки ба гуруҳи хатарзо дохиланд боис шуд, ки онҳо манбаи пайдоиши зиёди беморони сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ гардиданд. [13,14,26]. Гурӯҳҳои номбурда кормандони соҳаи хизматрасонии шахвонӣ, истеъмолкунандагони маводи муҳаддир ва сӯйистеъмолкунандагони машруботи спиртӣ, ҷавонони бо ахлоқи номатлуб ва ғайраҳоро дар бар мегиранд. Беморӣ ва паҳншавии сироятҳои урогениталӣ дар байни аҳоли аз омилҳои гуногунранг, ба мисли муносибатҳои шахвонӣ ва сабабҳои иҷтимоӣ вобастагӣ доранд, ки ба онҳо нодорӣ ва факр, вайроншавии

оила ва бемориҳои ҳамроҳшаванда, ки ба норасогии масунӣ бурда мерасонанд, дохил мешаванд [21,22,26,63].

Аз рӯи маълумотҳои Муниева С.Ҳ. ва Қосимов О.И. дар Тоҷикистон инчунин якҷанд омилҳои густариши сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда вучуд доранд, ки онҳо муҳочирати баъдичангӣ ба хориҷи кишвар, огоҳнокии пасти одамони синну соли репродуктивӣ аз бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ва тамоюли афзоиши исқоти ҳамл дар байни занони ҷавон мебошад. [53]. Ба ақидаи муаллифони гуруҳи хавфи баланд занҳое мебошанд, ки аксаран ба духтури ҳамрози занона барои исқоти ҳамл ва оилаҳои муҳочирони меҳнати низ мурочиат мекунанд.

Бояд қайд кард, ки омилҳои хатари паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва сирояти силӣ якхела мебошанд [29,30]. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки аксаран беморони сирояти силӣ ба чунин одатҳои зарарнок ба мисли, сӯйистеъмоли машруботи спиртӣ ва тамокукашӣ (38,4 % беморон) майл доранд [59,60]. Аниқ карда шуд, ки аз 18,3 %-и муоинашудагон 18,3 % тамокукаш, 11,4 % майнӯш буданд, 1,0% ҳам май менӯшиданду ҳам маводи муҳаддир истеъмол мекарданд, 2,2 % -и мизочон бошанд ҳам май менӯшиданд, ҳам тамокукаш буданд ва ҳам маводи муҳаддир истеъмол мекарданд. Зимнан, якҷояшавии чунин одатҳои зарарнок ба мисли сӯйистеъмоли машруботи спиртӣ ва тамокукашӣ дақиқан бештар дар мардон (50,5 муқобили 21,4%) ба назар расид [37,56,57]. Дар адабиётҳои мавҷуда таҳқиқотҳои ҳастанд, ки алоқаи мусбии коррелятсионии байни сил ва чунин омилҳои иҷтимоӣ, ба мисли шароитҳои бади моддӣ-маишӣ ва вазъи оилавино исбот менамоянд, ки ин ҳам ба мардон ва ҳам ба занон тааллуқ дорад [2,41,54]. Аниқ карда шуд, ки дар байни беморони сил шахсони бекор – 57,3%, ҷойи қори доимидошта 16,3%, маҷруҳон – 6,3%, хонандагон – 8,2%, занони ҳомила ва кӯдаки ширмакдошта– 2,0%, шахсони бе ҷои муайяни зистбуда–1,6%-ро ташкил медиҳанд. Ғайр аз ин, дар байни беморони сил шахсони қобилияти қорӣ, ки дар ҳеч қор намекунанд ва намехонанд 47,0% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми баҳисобгирӣ ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли сокинони бекор 8,9 маротиба нисбат ба сокинони ба қор машғулбуда

бештар ба бемории сил гирифта мешаванд [38,56,57]. Афзоиши назарраси беморшавии аҳолии бекор дар соли 2006 ба қайд гирифта шуд. Ин омилҳо дар қариб таҳқиқоти О.И.Бобохочаев (2012) тасдиқи худро ёфтаанд. Номбарда зимни таҳқиқот ошкор намуд, ки шароитҳои зист барои паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ муҳити созор махсуб меёбанд ва ба зудии руҳ додани онҳо ба фикри муаллиф чунин омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ, ба мисли синнусол, вазъи оилавӣ, мақоми пасти таҳсилоти ва моддӣ-маишӣ, бекорӣ, муҳочират ва серфарзандӣ таъсир мерасонанд [12].

Бадшавии вазъи эпидемиологӣ чӣ оид ба сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали ва чӣ оид ба сил дар тамоми кишварҳои олам ба мушоҳида мерасад. Дар Тоҷикистон вобаста ба ҷанги шаҳрвандӣ, офатҳои табиӣ ва муҳочирати аҳоли вазъият боз ҳам мушкилтар гашт. Оқибати ин рӯйдодҳо паҳншавии шаклҳои вазнини сил, барои мисол, сили фиброзӣ-назарфиребона махсуб меёбад, ки аз рӯи ақидаи баъзе муаллифон дар байни беморони дар давраи солҳои 1995-2001 мурочиатнамуда 5 маротиба- аз 1,3% - дар соли 1995 то 7,3% дар соли 2001 афзоиш ёфтанд. Ҳолатҳои фавт бошад, 25 % зиёд гашт. [54,56,57]. Муаллифон ошкор намуданд, ки дар Тоҷикистон дар давоми солҳои 2017-2020 осебпазирии аҳоли ба сил 2 маротиба камтар гашт, ҳарчанд ки беморҳои аввалияи ин сироят дар байни аҳоли аз 72,6 то 38,4 ба ҳар 100 000 нафар аҳоли камтар мушоҳида шуд. Вале ҳиссаи шаклҳои ба дору устувор дар байни аввалин мизочони ба қайд гирифташуда аз 12,5%-и соли 2010 то 20% дар соли 2017 баланд шуд [10].

Аз рӯи нишондодҳои адабиётҳои вақтҳои охир ошкор карда шуд, ки теъдоди зиёди беморшудагонро дар ҳамаи мамлакатҳои заводи синнусоли репродуктивие ташкил медиҳанд, ки дар деҳоти ба минтақаҳои офатҳои иҷтимоӣ тааллуқдошта зиндагӣ мекунанд. Муаллифон чунин мешуморанд, ки дар натиҷаи номутобиқати вазъи эпидемиологӣ мавҷуда, яъне ҳаҷм ва сифати чорабиниҳои тиббӣ-профилактикӣ эндемияи сил аз таҳти назорати ниҳодҳои нигоҳдори тандурустӣ баромад, ки вобаста ба он сатҳи беморшавии алоҳида дар соли 2001 28 % баланд гашта, 134,0 ба ҳар 100 000 нафар аҳолиро ташкил дод [71,91]. Ғайр

аз ин, дар пурзӯршавии дараҷаи шиддати беморҳои сироятӣ дар минтақаҳои гуногун омилҳои иқлимӣ-ҷуғрофӣ ва экологӣ нақши калон мегузоранд, ки ҳамчунин ба басомади паҳншавии сил таъсир мерасонанд. Дар баъзе таҳқиқотҳо таъсири тарзи ҳаёт ба паҳншавии сирояти сил ошкор карда шуд. Аз ҷумла, дар нуктаҳои аҳолинишини баландкӯх, ки сокинонаш тарзи ҳаёти алоҳидаю ҷудогона мегузаронанд, сироятёбии алоҳидаи онҳо аз 3-4 % намегузарад, дар шаҳру ноҳияҳои сараҳолӣ бошад, он 60%-ро ташкил медиҳад [63,73]. Аз тарафи Бобохочаев О.И. (2015) таъсири омилҳои рафторӣ ба паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ошкор карда шудааст. Ба ақидаи муаллиф ин омилҳо дар оғози барвақтии хизмати шахвонии коммерсиявӣ, алоқаҳои бешумори чинсии бетартибона (то 1500 дар як сол), мавҷуд набудани донишҳо ва риоя накардани қоидаҳои алоқаи чинсии беҳатар ифода меёбанд [13]. Исбот карда шудааст, ки ба паҳншавии ҷӣ сирояти сил ва ҷӣ сироятҳои урогениталӣ рафтор ва эҳсосоти манфии беморон нисбат ба одамони солими атрофшон таъсир мерасонанд [71,72]. Аз рӯи ақидаи муаллиф мавҷудияти чунин омилҳо барои ба раванди эпидемиологӣ ҷалб намудани қишрҳои нисбатан солими аҳоли шароит муҳайё месозанд. Аз рӯи маълумотҳои Мякишева Т.В. (2010) 60 %-и занони бемори сили шушҳо норухатӣ аз набудани дастгирии эҳсосӣ аз тарафи дӯстонро аз сар мегузаронанд, 47 % дар ин маврид ба он боварӣ доранд, ки беморони силро аз ҷамъият рондашуда меҳисобанд, аз 81 % муоинашудагон вобаста ба беморӣ ҷудо нигоҳ дошта мешаванд. Тарси он, ки атрофиён аз хусуси бемории онҳо оғаҳӣ меёбанд, дар 80 %-и пурсидашудагон ҷой дошт [54,55]. Дар беморони сил чунин ҳолатҳои рафторӣ ба мисли, пинҳондории барқасдонаи беморӣ, яъне иҷро накардани қоидаҳои беҳдошти шахсӣ дар ҳузури атрофиён ва сирояткунии барқасдонаи онҳо ба мушоҳида расид. Ин омилҳо ба паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ низ хос мебошанд, ки оқибати зерин таъсири муҳити микросотсиалӣ ташаккулёбии тарзи «хавфноки» рафтор маҳсуб ёфта, ба тамокукашӣ, сӯйистеъмоли нӯшоқиҳои спиртӣ, маводи муҳаддир, инчунин тез-тез ивазкунии ҳамхобаҳо асос меёбанд [63,76]. Аз рӯи нишондодҳои муаллиф, дар паҳншавии сироятҳои урогениталӣ алоқаи зичи байни

истеъмоли нӯшокиҳои спирти ва таҷрибаи алокаи чинсии беҳимоя бо теъдоди калони миёнаи ҳамхобаҳо ба мушоҳида мерасад. Дар адабиётҳо маълумоте оварда мешавад, ки тибқи он дар давоми 5 соли охир теъдоди бори аввал беморшудаҳои сил дар синни то 25-солагӣ афзоиш ёфтааст, дар ҳоле ки дар гурӯҳи беморони аз 15 то 24-сола якҷояшавии сирояти силӣ ва сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузаранда ошкор карда шудааст [84,90,96], ки ин ба талаботи физиологии шахсони синнусоли ҷавон вобастагӣ дошта, онҳо низ бештар ба гирифтории сирояти силӣ маҳкуманд. Аз рӯи маълумотҳои Дробот Н.Н. (2013, 2015) дар гурӯҳи беморони сили шушҳо шахсони синни 18-45-сола 47,5 %, аз 65 –сола болотар – 31,7 % -ро ташкил медиҳанд [29, 92]. Муаллифон чунин мешуморанд, ки синнусоли ҷавон омили номусоиди афзоиши бемории сил, махсусан дар байни занон маҳсуб меёбад, ки аз соли 2000 то соли 2008 ба андозаи 35,2 % зиёд шудааст [92,96]. Исбот карда шудааст, ки бо зиёдшавии теъдоди занон дар гурӯҳҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ номуваффақи аҳолии омилҳои хавфӣ, ки ба афзоиши теъдоди беморони сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ мусоидат менамоянд, зиёд мешаванд [6,96,116].

Дар таҳқиқотҳои Кулчавеня Е.В. ва ҳаммуаллифон (2013), исбот карда шудааст, ки дар беморони бо дилхоҳ сирояти низоми урогениталӣ зарур аст омилҳои хавфи баланди сил баҳогузурӣ карда шавад. Ба ин омилҳои хавфӣ алокаи зич бо сирояти силӣ, сили ҷойгиршавиашон гуногун, сили шуши дар вақти мурочиат гузаронидашуда ё фавол, сирояти музмини узвҳои урогениталии ба такрорёбӣ майлдошта ва ба муолиҷаи стандартӣ тобовар дохил мешаванд [82]. Дар натиҷаи муоинаи занони бемори сили шушҳо муаллиф сатҳи пасти таҳсилотӣ, дар нисфи ҳолатҳо бошад мавҷуд набудани шарикҳои чинсии доимиро ошкор кард. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки занони бемори сили шуш ба ҳаёти чинсӣ барвақт оғоз кардаанд, дар ин маврид ҳар як зани чорум ба алокаи чинсии тасодуфӣ майл доштаанд. Ғайр аз ин, ҳар як зани чоруми бемори сили шуш аз ҳомиладорӣ ғайриихтиёрӣ худро ҳифз накардааст. Дар занони синнусоли репродуктивии бемори сили шуш аксаран сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ

гузарандаи урогениталӣ, сирояти аногениталии герпес-вирусӣ, гепатити С ва В, вируси норасоии масуният ба қайд гирифта шудааст. [54,95].

Сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда мушкилоти тиббӣ-иҷтимоӣ маҳсуб меёбанд, зеро ба оқибатҳои вазнине мебаранд, ки бо вайроншавии солимии репродуктивии шахсони чинсашон гуногун характернок буда, ин дар навбати худ ба таваллуди насли носолим сабабгор мегардад. [12,53]. Маҳз аз ҳамин хотир, Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ (2016) ақидаи зеринро изҳор дошт, ки «Агар ин сироятҳо таъбабат карда нашаванд, онҳо метавонанд ба «оқибатҳои барои саломатӣ ҷиддӣ ва музмин» бурда расонанд. Ҳисоб карда шудааст, ки дар байни одамони синни 15-49 –сола дар ҷаҳон 156 млн. ҳолатҳои нави сироятҳои аз трихомониаз, 127 млн. хламидиоз, 87 млн. сӯзук, 6,3 млн. оташак ба қайд гирифта шудааст [122,162]. Сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталии нисбатан паҳншуда дар кишварҳои аз лиҳози иқтисодӣ тараққикарда хламидиоз маҳсуб меёбад, ки аз рӯи басомади руҳ додана 2-3 маротиба аз бемории сӯзук баландтар аст[136]. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои бисёрмарказии эпидемиологӣ муқаррар карда шудааст, ки сирояти хламидиявӣ бемории аз ҳама паҳншудатарини бактериологӣ дар мамлакатҳои Амрикои Шимолӣ ва Аврупо маҳсуб меёбад. Дар ин кишварҳо паҳншавии сирояти хламидиявӣ дар байни сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ 5%, дар Руссия бошад 19 фоизро ташкил медиҳад. Зимнан, маълумотҳои ба дастамада гувоҳӣ медиҳанд, ки теъдоди мубталоёни ин беморӣ сол то сол меафзояд. Ба хламидиози урогениталӣ нисбатан бештар мардону занон дар синнусоли аз ҷиҳати шахсонӣ фаъоли 20-40-солагӣ гирифта мешаванд. Ҳамчунин, вобаста ба тағйир додани рафторҳои чинсӣ афзоиши бемории номбурда дар байни наврасон низ мушоҳида мегардад [3].

Таҳқиқотҳои Лутсюк А.Г. ва ҳаммуаллифон, (2008), ишора менамоянд, ки новобаста ба он ки солҳои охир дар кишварҳои Аврупо, ИМА ва Руссия паҳншавии басомади сироятҳои урогениталӣ ба назар мерасад, вале дар маҷмӯъ басомади баланди сирояти «насли нав» боқӣ мемонад» [44]. Ба ин сироятҳо микроорганизмҳои ғайритиппӣ бо мавқеъгирии дохилиҳуҷайравӣ тааллуқ доранд,

ки бештар бо роҳи алокаи чинсӣ мегузаранд: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureoplasma urealyticum*. Ҳамчунин, *Neisseria gonorrhoeae* ва *Trichomonas vaginalis* низ аҳамияти бузург доранд. [3, 45].

Аз рӯи маълумотҳои Пострелко М.Д. ва ҳаммуаллифон (2012) муқаррар гардидааст, ки дар байни ҳамаи сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ 30-50%-ро сирояти урогениталии хламидиявӣ ташкил медиҳад [66], натиҷаҳои Корнеев И.А. (2018) бошад нишон доданд, ки дар сохтори бемориҳои сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар Руссия фоизи баландтаринро трихомониаз (38,9%) ва сирояти хламидиявӣ (20,8%), фоизи пастртаринро бошад, – герпеси гениталӣ ташкил медиҳад, ки дар 5,3 % ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад [70]. Дар ҳамин ҳол басомади дарёфти *Ureaplasma spp.* ва *Mycoplasma hominis* аз 10 то 50 %, сирояти гонококкӣ бошад дар 13,1% ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад [72,132,134]. Трихомониаз дар мамлакатҳои тараққикарда 2 - 10%, дар кишварҳои рӯ ба тараққӣ бошад 15 - 40%-ро ташкил медиҳад. Қайд кардан лозим аст, ки давоми даҳсолаи охир беморшавӣ ба трихомониази гениталӣ аз ҳисоби ошкор гардидани шаклҳои амастиготи трихомониёзи баҳмалӣ афзоиш ёфтааст, ки ин ба мушкилиҳои ташҳиси ин сироят ва ташаккулиҳои трихомонаддорон дар ин беморон бурда мерасонад [4,5,135]. Дар адабиётҳо чунин ақидае ҷорӣ аст, ки дар марҳилаи имрӯза бо ҳамдигар якҷояшавии барангезандагони сироятҳои урогениталӣ ба камаломатии зухуротҳои клиникӣ бурда мерасонад, ки ташҳиси онҳоро мушкил мегардонад. Дар 70-75%-и беморони бо патологияи низоми репродуктивӣ сироятҳои омехта дарёфт карда шудааст, ки хламидияҳо, трихомонадаҳо, кандидаҳо, гарднереллаҳо, уреоплазмаҳо намояндагӣ мекунанд. Якҷояшавии хламидияҳо бо гонококкҳо дар ин беморон дар 33,7% мизочон, бо уреамикоплазмоз — дар 19,1%, бо трихомонадаҳо — дар 31,3%, бо гарднереллаҳо — дар 9,9%, бо занбурӯғҳо — дар 9% беморон ошкор гардид. Ҳамзамон се инфексияҳои гуногун дар 10,6% мизочон; 4-5 сироятҳо — дар 5,6% ба назар мерасанд. Аз уи маълумотҳои баъзе муаллифон якҷояшавии якчанд барангезандагони сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 52 % ҳолатҳо ошкор мегардад, ки 34% -и ин

ҳолатҳоро якҷояшавии се ва ё зиёда барангезандагон ташкил медиҳанд. Қайд кардан лозим аст, ки барангезандагони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталии якҷояшуда дар бисёр ҳолатҳо, махсусан ҳангоми бо характери торпидӣ чараён доштани беморӣ дар як вақт ошкор намегарданд [137]. Ғайр аз ин, сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ки микрофлораҳои омехта ба вучуд меоранд, нисбатан вазнин, дурудароз чараён меёбанд ва на ҳама вақт бо шакли маъмулӣ зоҳир мешаванд.

Вақтҳои охир омӯзиши чараёни сирояти сил дар занон тавачҷӯҳи зиёдро ба худ ҷалб менамояд, зеро беморшавии зиёд дар байни ин гурӯҳи беморон дар заминаи коҳиши афзоиши ин патология дар байни мардон боиси ташвиши ҷиддии мутахассисони соҳа гардидааст. Маълум карда шуд, ки духтарони аз 0 то 17 сола нисбат ба писарон чандин маротиба бештар бемор мешаванд. Исбот шудааст, ки дар занон ҳадафи асосии сирояти сил системаи репродуктивӣ ва, инчунин бардошти ҳомиладорӣ минбаъда мебошад. Маълум аст, ки ба ҳомиладорӣ сафарбаркунии механизмҳои муҳофизатӣ ва мутобиқшавии бадани зан, тағйироти возеҳ дар фаъолияти узвҳои ҳаётан муҳим, системаи гомеостази гормоналӣ ҳамроҳ мешавад [2,3,72,131].

Ба ихтилофҳои гуногуни ақидаҳои муҳаққиқон оид ба ин масъала нигоҳ накарда, бешубҳа, сирояти сил чараёни ҳомиладорӣ ва таваллудро душвор гардонид, ҳолати ҷанин ва навзодро аз сабаби заҳролудшавӣ, гипоксия ва гипоксемия бадтар мекунад, ки ин ба афзоиши ғавти перинаталӣ (17-52%) бурда мерасонад. Фосилаи камтарини байни ҳомиладорӣ ва таваллуд дар ин гурӯҳи занон бояд на камтар аз ду то се сол бошад. Маълум аст, ки дар занони гирифтори бемории сили шуш инкишофи аксар вақт гестозҳо (аз 35,6 то 95%), вайроншавии фаъолияти меҳнатӣ ва камхунии занони ҳомилаи дараҷаҳои гуногуни возеҳият (аз 25 то 45%), патологияи фаъолияти ихтисории бачадон пайдо гашта, мавҷудияти камхунӣ бисёр вақт сабаби рушди норасоии платсентарӣ маҳсуб меёбад. Дар беморони гирифтори бемории сили фаъоли узвҳои нафас дар муқоиса бо занони солим ҳангоми таваллуд хеле бештар оризаҳои акушерӣ пайдо мешаванд:

таваллуди бармаҳал, бармаҳал шикастани моеъи амниотикӣ, таваллуди босуръат, осеби таваллудӣ [48, 56, 127].

Исбот шудааст, ки дар занони гирифтори бемории сили шуш 15,6% исқоти ҳамл ва токсикозҳои нимаи аввали ҳомиладорӣ дар 45,1% занони гирифтори бемории сили фаъоли узвҳои нафаскашӣ ба мушоҳида мерасад. Бисёр вақт таваллуди бармаҳал ва зуд ба мушоҳида мерасид (мутаносибан 15,2% ва 16,9%), ки робитаи патогенетикии оризаҳои таваллуд бо захролудшавии силиро тасдиқ мекунад. Ба ғайр аз оризаҳои акушерӣ, ки дар модарони бемори сил инкишоф меёбад, арзёбии ҳолати навзодон низ масъалаи мубрам ба ҳисоб меравад. Далелҳои вучуд доранд, ки робитаи байни басомади гипоксияи дар дохилибатнии чанин, шаклвайроншавиҳо, фаъти навзодон аз шакл ва марҳилаи бемории сили шуш дар модарро тасдиқ менамоянд. Чунин мешуморанд, ки кӯдакон бо вазни кам, танҳо аз занони гирифтори шаклҳои вазнину фаъоли сили шуш таваллуд мешаванд [98, 134, 156].

Баъзе муаллифон тасдиқ менамоянд, ки инкишофи оризаҳо дар давраи неонаталӣ дар кӯдаконе, ки аз модарони гирифтори бемории сили шуш таваллуд шудаанд, (чи ҳангоми сили фаъол ва чӣ ҳангоми сили ғайрифавол) назар ба кӯдакони модарони солим 3,7 маротиба бештар мушоҳида мешавад [36, 101].

Исбот шудааст, ки кӯдаконе, ки аз модарони гирифтори бемории сили шуш таваллуд шудаанд, хавфи баландтарини инкишофи асфиксия ҳангоми таваллуд ва патологияи неонаталӣ, пайдоиши ҳолатҳои марги чанин пеш аз таваллуд ва баъди таваллудро дошта, вазни баданашон ҳангоми таваллуд нисбат ба кӯдакони аз модарони солим таваллудёфта камтар мебошад. Таваллуди чанинҳои калон дар модарони гирифтори бемории сили шуш нисбат ба таваллуди кӯдакони калончусса дар занони солим 2,1 маротиба камтар мушоҳида мешавад [72, 117].

Асфиксия ҳангоми таваллуд дар кӯдакони модарони гирифтори бемории сили шуш нисбат ба кӯдакони занони солим 4,2 маротиба ва дар кӯдакони модарони раванди фаъол нисбат ба бемории сили ғайрифавол қариб 1,5 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад [64, 82]. Сил як бемории сироятӣ буда, ба тамоми

бадан таъсир мерасонад. Ин таъсирро ба саломатии репродуктивии занон арзёбӣ намудан муҳим аст. Ин марҳалаи тадқиқот вобаста ба ҳамин анҷом дода шуд. Ҳамин тариқ, баъзе муаллифон дар байни занони гирифтори сил пурсиш гузарониданд, ки дар натиҷа сатҳи пасти таҳсилоти онҳо, дар нисфи ҳолатҳо набудани шарикӣ доимии чинсӣ ошкор карда шуд [124, 139]. Занони гирифтори бемории сили шуш ба алоқаи чинсӣ барвақттар шурӯъ кардаанд ва дар ин ҳол аз ҳар чорум як нафари онҳо ба алоқаи тасодуфии чинсӣ тамоюл доранд. Ҳар чорумин зани гирифтори сил аз ҳомиладорӣ номатлуб ба ҳеч вачҳ эмин набуд. Дар занони гирифтори сили шуши синну соли репродуктивӣ аксар вақт сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда, сирояти вируси герпеси аногениталӣ, гепатити С ва В ва сирояти вируси норасоии масунияти одам ба қайд гирифта мешаванд. Дар ин гурӯҳи занон хусусиятҳои зерин ошкор гардиданд: аксарияти онҳо ба синну соли репродуктивӣ баркамол мутааллиқ буданд, таърихи бемории дурударози эпидемиологӣ доштанд, ба ғайр аз безуретӣ, онҳо аз ҳарорати субфебрилӣ, аломатҳои захролудшавӣ ва синдроми дард шикоят мекарданд. Дар байни беморҳои интиқолшуда беморҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд бартарӣ дошт. Беморони гирифтори безуриетӣ, ки дар якҷоягӣ бемории сили узвҳои таносулро низ доранд, нисбат ба занони бе бемории сили узвҳои таносул бештар аз авҷгирии беморҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд табобат гирифтаанд. Дар зиёда аз нисфи беморони гирифтори бемории сили узвҳои таносули занон, набудани таъсири дурусти табобат низ ба қайд гирифта шуд. Шумораи бемороне, ки чарроҳии узвҳои коси хурдро тавассути дастрасии лапаротомӣ ва лапароскопӣ гузаштаанд, дар гурӯҳи беморони бо сили гениталӣ нисбат ба гурӯҳи беморони гирифтори безуриетӣ ва таъхиси номаълум хеле зиёд буд. Омилҳои ошкоршудаи бо сили узвҳои таносул алоқаманд, дар беморони безуретӣ мумкин аст аз ҷониби гинекологҳо ҳангоми муоинаи беморони безуриет ба инобат гирифта шаванд ва метавонанд ошкоркунӣ ва таъхиси раванди мушаххасро суръат бахшанд [34, 56, 107]. Мушкилоти оила ва насл дар байни беморони гирифтори бемории сил ва патологияи якҷояшудаи сил ва вируси норасоии масунияти одам ҳалли худро наёфтааст. Ҳатто дар байни беморони силе, ки ба сили синну соли репродуктивии

баркамол тааллук доранд, ҳамагӣ 32,6% беморон издивочи худро ба қайд гирифтаанд, дар байни беморони гирифтори бемории якҷояшудаи сил ва вируси норасоии масунияти одам бошад ин рақам танҳо 6,7%-ро ташкил медиҳад. Дар байни ин гурӯҳ фоизи шахсони мучаррад ва яккаву танҳо зиёд аст. Беморони гирифтори бемории сил, инчунин бемороне, ки онро дар заминаи сирояти вируси норасоии масунияти одам гирифтаанд, на ҳамеша дар синни баркамолӣ репродуктивӣ соҳиби кӯдак мебошанд, теъдоди наслҳо дар ин гурӯҳҳо 63,6 фоиз ва 36,7 фоизро ташкил дод. Дар беморони гирифтори бемории сил бо вируси норасоии масунияти одам, дар аксари мавридҳо ин нишондод танҳо як кӯдак буд. Фақат 7,7% ва 3,3% беморон дар гурӯҳҳои тадқиқотӣ се фарзанд доштанд ва дар беморони ба ин тадқиқот дохилшуда дигар теъдоди аз ин зиёди кӯдакон вучуд надоштанд. Беморони гирифтори бемории сил ва бемории силу сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда танҳоиро аз сар мегузаронанд, аксар вақт шиддати раванӣ доранд ва худро тасалло дода наметавонанд. Ҳангоми дар беморхона будан эҳтиёҷоти чинсии онҳо қонеъ карда намешавад [81, 106, 119].

Бо вучуди ин, барои ин беморон, ҳам сифати умумии ҳаёт, ҳам саломатӣ ва ҳам лаззат аз зиндагӣ бо муҳимияти ночизи алоқаҳои чинсӣ аҳамият дорад. Ҷавобҳои пурсидашудагон, ки дар чараёни пурсиш ба даст оварда шудаанд, нишон медиҳанд, ки беморони гирифтори бемории сил ва бемории силу сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда имкон доранд, ки табобати зидди силиро анҷом диҳанд ва баъдан оила барпо кунанд ва фарзандони солим ба дунё оранд. Мушкилоти мардони гирифтори сил аз мушкилоти занон боз ҳам мураккабтар аст. Набудани оила ва фарзандоне, ки барои синни баркамол муайян шудааст, осебпазирии ҷомеаи моро дар бобати таъмин накардани такрористеҳсоли маъмулии худ нишон медиҳад. Мушкилоти мардон бо паҳншавии нашъамандӣ ва сирояти ҳамроҳи вируси норасоии масунияти одам натиҷаи мусбати табобати комплексиро зери хатар мегузоранд [44, 92, 135].

Бо назардошти таъсири манфии бемории сил ба иқтидори репродуктивӣ, барои идоракунии чунин беморон бояд стратегияи идоракунии байнисоҳавӣ интихоб карда шавад. Дар сарнавишти бемории сил на танҳо фтизиатр, балки

табибони дигар ихтисосҳо, табибони умумӣ ва педиатрҳо, табибони оилавӣ, акушер-гинекологҳо, урологҳо, андрологҳо низ ширкат варзанд. Барои ҳалли мушкилоти бемории сил чалб намудани ҳадамоти иҷтимоӣ ва психологӣ ҳатмист. Ҳамкориҳои зичи байнисоҳавӣ ошкорсозии саривақтии бемории силро таъмин ва самаранокии табобати онро афзун намуда, ба беморон имкон медиҳад, ки ҳангоми бунёди оила ва таваллуди насли солим аз мушкилиҳо худро дар канор гиранд [57, 82, 104].

Дар шароитҳои муосир теъдоди шаклҳои музмини сустҷараёндоштаи бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул бо сиптоматикаи тозашуда афзоиш меёбад. Аз рӯи маълумоти Корнеев И.А. дар 5–20 %-и ҳолатҳо *Ureoplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* дар шахсони аз ҷиҳати клиникӣ солим ошкор гардидаанд [70]. Тадқиқотҳои дигар ишора менамоянд, ки равандҳои шадид ва зершадиди узвҳои пешоброн ва таносул ҳангоми хламилиози урогениталӣ фақат дар 5-10 % занон ва дар 10-15% мардон ҷой доранд, дар ҳолатҳои боқимонда бошад, сироятҳо ба таври торпидӣ ва беаломат ҷараён меёбанд [2].

Баъзе тадқиқотчиён ишора менамоянд, ки дар 3 %-и ҳолатҳо ҳарчанд ки хламидия дар гарданаи бачадон ошкор мегардад, вале дар ин ҳол дар занон ин ё он зуҳуроти клиникӣ ин сироят вучуд надорад. Исбот гардидааст, ки ҷараёни сирояти хламидияи урогениталӣ бо шаклҳои камфаъл ва беаломат, набудани зуҳуротҳои хоси клиникӣ характернок мебошад, вале дар ин маврид тағйиротҳои возеҳи узвҳои дарунии таносул дар занон ва узвҳои урогениталӣ дар мардон пайдо мешаванд [2]. Ба ҷараёни камаломат нигоҳ накарда раванди дурударози илтиҳобӣ ҳангоми истодагариҳои хламидия ба тағйиротҳои ҳадшавии бофтаҳо ва ҷойтағйирдиҳии аутоиммунӣ дар ҷисм бурда мерасонад [43,55]. Набудани сиптоматикаи возеҳ мушкилиҳои ташҳиси лабораторӣ, тамоюл ба истодагариҳои дурудароз ва инкишофи оқибатҳои номатлубро ба вучуд меорад [6].

Оризаҳои нисбатан паҳнғаштаи сироятҳои урогениталӣ бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул маҳсуб меёбанд, ки дар 60-65% -и беморони амбулаторӣ ва 30%-и беморони бистарӣ ба мушоҳида мерасанд [17,18]. Ҳангоми мавҷудияти раванди музмини илтиҳобӣ дар шуъбаҳои гуногуни низоми ҷинсӣ дар

70%-и занон сироятҳои хламидиявӣ ва уреоплазмозӣ ошкор гашта, моносироят бисёр кам вомерӯрад. Трихомониаз дар 30-40%-и занон ва 60-70%-и мардон беаломат чараён меёбад [3]. Илова бар ин, хангоми фаъолнокии аз хад зиёди шахвонӣ дар заминаи қабули машруботи спиртӣ ва пастшавии фаъолнокии масунӣ мумкин аст зухуроти раванд гузарад [79,80].

Хламидиози гениталӣ аксар вақт оқибат ба безурриётӣ, бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои урогениталӣ, бачапартоӣ бурда мерасонанд. Аз рӯи маълумотҳои Бобохочаев О.И. (2012), дар байни занони бемори сироятҳои урогениталӣ бемориҳои илтиҳобии узвҳои кос дар 94,3 % муоинашудагон, безурриётӣ дар 13,1 % занон ошкор гардид, ки 82,5 % ин ҳолатҳо ба микст-сироят алоқаманд мебошанд [12].

Яъне, муаллиф паҳншавии бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурдро дар байни заноне, ки мубталои сироятҳои узвҳои таносулии ҷинсӣ буданд ва ё айни замон гирифторанд, ошкор кардааст. Илова бар ин, муаллиф диққатро ба он равона месозад, ки дар аксари мавридҳо бемориҳои илтиҳобии коси хурд дар заноне, ки сирояти омехта доранд, махсусан дар гурӯҳи заноне, ки гирифтори безурриётӣ мебошанд, инкишоф меёбанд. Чунин шумурда мешавад, ки сирояти хламидиявӣ ва дигар микроорганизмҳои ғайритиппӣ (уреоплазма, микоплазма) дар инкишофи илтиҳоби музмини ғадуди простата ва дигар бемориҳои илтиҳобии роҳҳои поёнии пешоб нақши муҳим мебозанд. Хламидияҳо аз сабабҳои асосии омилҳои пайдоиши сервиситҳо дар занон маҳсуб меёбанд, ки дар 42-90 % ҳолатҳои бемории номбурда ба мушоҳида мерасанд [5]. Басомади инкишофи салпингитҳо ва салпингоофоритҳои этиологияи хламидиявидошта ба 85 % мерасад [119]. Исбот шудааст, ки агар зан аққалан як маротиба раванди илтиҳобии узвҳои коси хурд дар алоқамандӣ бо сирояти хламидиявӣ гузаронад, то 10%-и ин ҳолатҳо ба инкишофи безурриётӣ бурда мерасонад. Дар ин ҳол ҳар як сироятёбии баъдина эҳтимолияти инкишофи безурриётиро 2 маротиба зиёд менамояд [5]. Ғайр аз ин, бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд (БИУКХ) дар 60 %-и ҳолатҳо ба таври субклиникӣ чараён меёбад, аз ин рӯ беморон ба ёри гинекологӣ муроҷиат намекунанд. Исбот карда шуд, ки сирояти микоплазмавӣ ба

функсияҳои репродуктивии занон таъсири возеҳ мерасонад, ки бо вайроншавии функсияҳои кӯдакзод дар 87,0 % занони аз ин сироят азиятдошта зоҳир мегардад [80,82]

Қариб аз се як ҳиссаи мардоне, ки дар никоҳи бенасли қарор доранд, аз он хусус хабар медиҳанд, ки пештар бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаро аз сар гузаронидаанд. Гузашта аз ин, дар ин қабил мизочон аксар вақт нишондодҳои пастшавии хоричкунии оби манӣ (сперма) руҳ медиҳад [62, 72, 98]. Агар баъзе муаллифон тасдиқ намоянд, ки гонококкҳо, трихомонадҳо, хламидияҳо, микоплазмаҳо, уреоплазмаҳо, сирояти герпетикӣ маҳсулнокии мардонро паст менамоянд, гурӯҳи дигари муаллифон ин маълумотҳоро тасдиқ намеkunанд [72, 104, 119]. Маълумотҳои адабиётҳо ишора менамоянд, ки ҳарчанд бо афзоиши миқдори уретритҳо афзоиши зиёдшавии бемориҳои илтиҳоби ғадуди простата руҳ диҳад ҳам, вале дар ин маврид таҳқиқотчиён ошкор кардаанд, ки дар 11-12 % ҳолатҳо илтиҳоби ғадуди простатаи чудошудае ташхис мегардад, ки ба сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ алоқамандӣ надорад [3,20]. Чунин шуморида мешавад, ки мардони синнусоли репродуктивӣ аксар вақт интиқолдиҳандагони сироятҳои пӯшидае маҳсуб меёбанд, ки дар ғадуди простата чой гирифта, бо роҳи алоқаи чинсӣ интиқол меёбанд. Дар ин ҳол ягон зухуроти илтиҳоби ғадуди простатаи музмин ошкор намегардад [3,18,78]. Таҳқиқотҳои дигар муаллифон дар 79,7 %-и ҳолатҳо барангезандагони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталиро маълум намуданд, ки дар байни онҳо *Chlamydia trachomatis* 60,3 %, *Trichomonas vaginalis* – 33,3 %-ро ташкил медиҳад [3,18]. Ғайр аз ин, *Ureoplasma urealyticum* дар 17,5 % ҳолатҳо, *Neisseria gonorrhoeae* – дар 11,1 % мизочон, *Mycoplasma genitalium* – дар 9,8 % беморон, *Candida albicans* – дар 3,2 % ҳолатҳо, *Herpes simplex* – дар 3,3 % муоинашудагон пайдо карда шуданд. Қайд кардан лозим аст, ки бисёр вақт ошкоркунии барангезандагони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар тарашшуҳи ғадуди простата нисбат ба пешоброҳа 27 % баландтар мебошад. Аз рӯи ақидаи муаллифон, сабаби асосии этиологии илтиҳоби ғадуди простата уретрогеннии музмин дар мардони то 45-сола барангезандагони сироятҳои бо

роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ махсуб меёбанд. [3,18,79,94]. Муаллифон ба хулоса омаданд, ки сироятёбии ибтидоии ғадуди простата бо роҳи экзогенӣ ва қариб бе зухуротҳои клиникӣ руҳ медиҳад [3,19,20,104]. Ин далел дар дигар таҳқиқотҳои низ исботи худро меёбад, ки зимни гузаронидани онҳо илтиҳоби музмини ғадуди простата дар 20-43 % мардони синнусоли репродуктивӣ ошкор гаштааст ва дар онҳо беморҳои илтиҳобии узвҳои урогениталӣ дар 56,7 % ҳолатҳо, барангезандагони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бошанд дар 37,8 % ҳолатҳо ошкор гаштаанд [3,105,124].

1.2. Таъсири сирояти силӣ ба чараёни сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда

Вобаста ба паҳншавии васеъ ва омилҳои зиёди иҷтимоии хатари сил ин беморӣ моҳияти махсус пайдо мекунад, зеро ба ин сироят шахсони синнусоли репродуктивӣ гирифтдор мешаванд, ки вобаста ба ба фаъолнокии чинсиашон ба сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда гирифтдор мешаванд [15, 29, 52,103,110]. Исбот карда шудааст, ки сили шушҳо дар беморони синнусоли репродуктивӣ худ ба худ хангоми нагирифтани муолиҷаи ҳозиразамон ба иллатёбии махсуси узвҳои чинсӣ бурда мерасонад, ки ин дар навбати худ ба як қатор оризаҳои узвҳои репродуктивӣ сабабдор мешавад, мавҷудияти сироятҳои ҳамроҳи урогениталӣ бошад, ин равандро боз ҳам мушкилтар мегардонад [15,21].

Аз рӯи маълумотҳои адабиётҳо дар занони 18-34 –сола ва калонсолтар басомади баланди шаклҳои шадиди авҷгирандаи сили шуш ва дар занони 35-54 –сола ва аз ин калонсолтар шаклҳои вайронкунандаи раванди махсус [23,25] мушоҳида мегардад, яъне сили шуш аксар вақт дар синнусоли ҷавони репродуктивӣ вомехурад [86]. Исбот карда шудааст, ки дар занон сирояти силӣ бо роҳи лимфагематогенӣ дар марҳилаи фаъолшавии баландтарини раванди махсус паҳн мегардад. Ошкор карда шудааст, ки дар 14-41%-и ҳолатҳо сирояти силӣ дар роҳҳои пешоброн ҳолати пешинаи худро нигоҳ медорад, барои воридшавии сироятҳои бо роҳи алоқи чинсӣ гузаранда шароит фароҳам меорад [33,131,132]. Вале дар дигар таҳқиқотҳо нишон дода шудааст, ки дар бисёр занон масунияти

иктисобии (хосилшудаи) хучайрагӣ мавҷуд мебошад, ки тақсимшавии бактерияхоро манъ дошта, садди роҳи ташаккулёбии гранулаҳои (доначаҳои) микроскопӣ мегардад [15,24]. Аз рӯи ақидаи муаллифон, ҳатто ҳангоми ташаккулёбии доначаҳои микроскопӣ (диаметри на бештар аз 3 мм) дар занони иммунокомпонентӣ инфилтратҳои илтиҳобӣ мумкин аст аз нав зинда шаванд ё дар тӯли солҳои зиёд бе чараёни инкишоф монанд [84,98]. Фаъолнокшавии такрории сирояти силӣ ва хавфи такрори оризаҳо аз ҳолати химояи масунии хучайравӣ- ғайримустақими хучаин вобаста мебошад [35]. Маълумотҳои зиёде мавҷуд аст, ки сили узвҳои нафаскашӣ дар давраи фаъоли худ ва ҳангоми инкишофи шаклҳои вазнини клиникӣ бо тамоюл ба парокандашавии микобактерияҳои сил ба узвҳои ковокии шикам ва коси хурд таъсир мерасонад [31]. Дар натиҷа норасогиҳои гуногун ва вайроншавӣ дар низоми репродуктивии занон рух медиҳанд, ки ба онҳо вайроншавии сикли ҳайзбинӣ, бемориҳои илтиҳобии узвҳои чинсӣ, безуриётӣ, раванди ҳомиладоршавӣ, оризаҳо ҳангоми ҳомиладорӣ ва дар давраи баъди таваллудкунӣ дохил мешаванд [15,24,25]

Дар адабиётҳо оид ба хусусиятҳои хоси чараёни сили шушҳо ҳангоми мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳи соматикӣ ва сироятӣ маълумотҳо оварда мешавад [11,14,52]. Дар байни бемориҳои ошкоршудаи ҳамроҳ дар беморони сили шушҳо дар 20,8 % ҳолатҳо гепатитҳои вирусӣ, дар 7,5 % -майзадагӣ, сирояти вируси норасоии масунияти одам/ бемории мубталои муҳассили масуният(ВНМО/БМММ) ва нашъамандӣ мувофиқан дар 2,5 % ва 1,5 % ҳолатҳо ошкор карда шуданд [7,30,35]. Муаллифон ба он ишора менамоянд, ки аксаран сили шуш дар заминаи бемориҳои якҷошудаи ҳамроҳ дар занони синнусоли 18-45 сола ба мушоҳида мерасад. Муаллифони дигар низ ҳамин тавр ин ақидаро тарафдорӣ намуда, қайд менамоянд, ки дар занони аз сили шуш азиятдошта бисёр вақт нисбат ба мардон бемориҳои низоми пешоброн бештар ошкор мегарданд [112,128]. Дар беморони сили узвҳои нафаскашӣ сироятҳои урогениталӣ дар 50 % -и ҳамаи ҳолатҳои бемориҳои ҳамроҳ ошкор карда шудаанд [8,11,118]. Аз рӯи маълумотҳои баъзе муҳаққиқон дар занони бемори сили фаъоли шушҳо дар 24 %-и ҳолатҳо дар анамнез сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда (СБРАЦГ)

ошкор карда шуданд [9,54]. Натиҷаҳои муоинаи пешоби занони бемори сили пахншавиашон гуногун сироятҳои роҳҳои пешобро дар 49,3 % муоинашудагон ошкор намуданд, дар 14,3 % ҳолатҳо бошад, дар занони бо сили шушҳо сироятҳои урогениталӣ ошкор гардиданд [11,27,116]. Дар баъе таҳқиқотҳо ошкор карда шудааст, ки дар занони бемори сили шушҳо дар 30 % ҳолатҳо барангезандагони герпеси гениталӣ ва вируси папилломаҳои одам мушоҳида мегарданд, вале вобаста ба қабули дурударози доруҳои зиддибактериалӣ дар пардаи луобии маҳбали ин занони бемор дар 67,9 % ҳолатҳо занбурӯғҳои авлоди *Candida albicans*, дар 41,0% ҳолатҳо бошад – *Gardnerella vaginalis* [108,115] ошкор карда шуданд. Вобаста ба алоқаи байниҳамдигарии байни вирусҳои урогениталӣ ва сили узвҳои нафаскашӣ ақидае мавҷуд аст, ки барангезандагони герпеси гениталӣ эффекти иммуносупрессивӣ гирифта барои воридшавӣ ва устувории микобактерияҳои сил дар ҳисм шароит фароҳам меоранд [14,37,117].

Мушкилоти таъсири бемории сил ба ҳолати функсияи репродуктивии мардон дар адабиёти тиббӣ ба қадри кофӣ инъикос наёфтааст. Ҳамин тариқ, гузоришҳое мавҷуданд, ки сабабҳои безурӣ дар мардон оқибатҳои эпидидимити сил мебошанд [64, 128, 156]. Ҳангоми бемории сили узвҳои таносули мард, чун қоида, шакли экскреторӣ - обструктивии безурӣ инкишоф меёбад. Нақши эпидидимити сил дар инкишофи аспермия ва азооспермия тасдиқ карда шуда, натиҷаҳои бордоркунии экстракорпоралӣ (БЭЖ) ҳангоми обтуратсияи рағҳои этиологияи сил ва ғайрисил муқоиса карда шуданд. Дар байни беморони ин ду гурӯҳ фарқияти ҷиддӣ на дар басомади ҳомиладорӣ ва на дар басомади ҳодисаҳои нуқсонҳои инкишофи ҷанин вучуд надошт. Муаллифон усули интиҳоби бордоркунии экстракорпоралӣро дар табобати безурӣ дар беморони гирифтори бемории сил беҳтар мешуморанд [93, 109, 134]. Маълумот дар бораи ҷарроҳии бесамари дуқаратаи тармимӣ-барқарорсозӣ дар маҷрои тухмрон ҳангоми тангии он, ки пас аз бемории сили узвҳои таносул ба вучуд омадааст ва табобати минбаъдаи самарабахши безурӣ обструктивӣ тавассути бордоркунии экстракорпоралӣ дар ҳамон бемор оварда шудаанд. Самаранокии бордоркунии экстракорпоралӣ дар бемории сили маҷрои тухмронро, ки безурӣ

обструктивиро ба вучуд овардааст, мушохидаҳои дигар низ тасдиқ менамоянд. Дар байни омилҳои этиологии аспермияи обструктивӣ маъмултаринашон бемории сили эпидидима (34%) ва сперматоселе (32%) мебошанд. 30% беморон аломати гузаронидани бемории сили шушро доранд [119, 136, 162]. Дар мардоне, ки гирифтори бемории сил буданд, монешавии дучонибаи маҷрои тухмрон нисбат ба гурӯҳе, ки бемории силро нагузаронидаанд, 5 маротиба зиёдтар ташхис мешавад. Ҳамин тариқ, нақши бемории сили узвҳои таносул дар рушди безуриётӣ дар мардон бе ягон гумону шубҳа маълум аст, илова бар ин, мушкилоти бордоркунӣ баъзан метавонад аломати аввалини осеби сили узвҳои таносули мардон бошад. Баъзе тадқиқотчиён беҳтаршавии нишондодҳои спермограммаро дар заминаи таъобати зидди сил қайд мекунанд. Исбот шудааст, ки усули лимфотропии воридкунии доруҳои химиотерапияи зиддисилӣ на танҳо нисбат ба воридкунии даҳонӣ ва парентералӣ самарабахштар аст, балки инчунин, барои нигоҳ доштани қобилияти бордоркунии беморон низ мусоидат менамояд. Баръакс, ба гуфтаи дигарон, пас аз курси полихимиотерапияи зиддисилӣ дар эякулят ягон тағйироти мусбӣ ба назар намерасад. Ҳамин тариқ, беҳтаршавии нишондодҳои сперматогенез танҳо дар 25% беморони бе зухуроти клиникаи сил ба қайд гирифта шуда, дар боқимондаҳо олиго- ва астенозооспермия ошкор карда шуд [27, 59, 83].

Боз як мушкилоти дигари амалияи фтизиатрӣ таъсири захрнокӣ доруҳои зидди сил ба организми бемор, аз ҷумла ба системаи репродуктивии ӯ мебошад. Бо назардошти муоинаи сершумори рентгенӣ дар беморони гирифтори сил, тадқиқотхое, ки дар онҳо исбот шудааст, ки вояи нисбатан хурд ва миёнаи радиатсияи ионизатсияшуда метавонад боиси вайрон шудани сперматогенез гардад, таваччуҳи махсус доранд. Ҳамин тариқ, омӯзиши ҳолати репродуктивии мардон проблемаи муҳим ва таъхирнопазири илми тибби муосири тамоми ҷаҳон мебошад. Нақши бемории сил дар рушди безуриётӣ дар мардон бешубҳа исбот гардидааст, илова бар ин, мушкилоти бордоркунӣ баъзан метавонад аломати аввалини осеби сили узвҳои таносули мардон бошад. Беморхонахое, ки ҷуфтҳои безуриётро таъобат мекунанд, бояд дар ташхиси ибтидоии худ санҷишҳоеро

ворид созанд, ки ба истисно намудани бемории сил равона карда шуда бошанд. Ошкорсозии барвақтӣ ва табобати мувофиқи этиопатогенетикӣ имкон медиҳад, ки қобилияти бордоркунӣ дар нисфи ҳолатҳо барқарор карда шавад; ҳангоми дер ошкор кардан, пешгӯии оқибати беморӣ чандон боваринок нест [46, 91, 107].

Дар таҳқиқотҳои баъзе муҳаққиқон ошкор карда шудааст, ки дар беморони шаклҳои деструктивии сили шушҳо дар 73 % ҳолатҳо сирояти хламидиявӣ микоплазмавӣ ба назар мерасад [40,43,106]. Муаллифон ишора менамоянд, ки дар баробари пайдо намудани сирояти хламидиявӣ дар маводи брашбиопсияҳои пардаи луобдори найчаҳои роҳҳои нафаси 55,4 -и беморон, мувофиқати мутааллиқии шакли барангезандагон дар маводҳои аз найчаҳои роҳҳои нафас ва узвҳои урогениталӣ гирифташуда дар 67 %-и беморон ба назар расид [83]. Ҳамзамон, натиҷаҳои гузаронидани курси муолиҷаи заминавии резонансии ин беморон бо мақсади бартарафсозии сирояти хламидиявӣ самаранокии муолиҷаи комплексии сили шушҳоро то 89,1% баланд намуд [43,44,46].

Муҳаққиқони дигар нишон додаанд, ки бо ҷудокунии тарашшуҳот аз маҳбал 44 % беморони сили шуш шикоят кардаанд, бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд бошад дар 38,5 % ҳолатҳо ошкор гардид [39,40]. Дар баъзе таҳқиқотҳо нишон дода шудааст, ки сервисит дар 15 % занони бо сили шуши доругӣ-эҳсосотӣ ва дар 35 % занони бо сили доругӣ-устувор ба назар мерасад, бемории гарданаи бачадон бошад дар гурӯҳҳои алоҳида мувофиқан 15 ва 20 %-и ҳолатҳоро ташкил дод [31,42].

Исбот гардидааст, ки сирояти роҳҳои поёнии пешоб (уретритҳо ва систитҳо)-ро ба беоризаҳо дар беморони аз бемориҳои чиддии ҳамроҳ азият надошта ва оризадор, ки дар заминаи чунин бемориҳо, ба мисли, диабети қанд, нейтропения, муолиҷаи иммунодепрессивӣ, бемориҳои санги гурда гиперплазияи неқфарҷоми ғадуди простата ва ғайраҳо рух медиҳанд, ҷудо менамоянд [45,47,48,88]. Маълум аст, ки сирояти силиро инчунин, пастшавии масуният ҳамроҳӣ мекунад ва ба инкишофи равандҳои илтиҳобӣ дар низоми репродуктивӣ бурда мерасонад, вале аз рӯи маълумотҳои баъзе муаллифон пеш аз тағйирот дар

низомии чинсӣ дар 30 %-и ҳолатҳо равандҳои сили барқарор мегарданд [52,54,92]. Ғайр аз ин, дар баробари равандҳои илтиҳобӣ дар узвҳои коси хурд, ҳангоми сили шушҳо инчунин, тағйиротҳои устувори ҳормонӣ ба назар мерасанд, ки гиперэстрогенияи нисбиро бо худ дошта, аҳёнан сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаро ҳамроҳӣ мекунанд [47,48,102].

Аз рӯи маълумотҳои баъзе муҳаққикон сили узвҳои роҳҳои нафаскашӣ ба ташаккулёбии реаксияҳои параихтисосӣ дар узвҳои репродуктивии занон дар шакли бемориҳои ғайримуқаррарии илтиҳобии узвҳои коси хурд бо мавҷудияти унсурҳои эксудативии (тарашшуҳии) лимфаденити қадкашак мусоидат менамояд, дараҷаи возеҳияти нишондодҳои реаксияҳо бошад, аз синнусоли зан ва вазнинии раванди сили вобастагӣ дорад [39,40,42]. Муаллиф маълум намуд, ки муолиҷаи зиддисилӣ ба ҳолати низомии репродуктивии занони бемори сили шушҳо таъсири дучониба мерасонад, ки аз як тараф ба муолиҷаи бемориҳои илтиҳобии ғайримуқаррарии узвҳои коси хурд самараи мусбӣ бахшад, аз тарафи дигар, бемориҳои илтиҳобии фарҷ ва маҳбал, вайроншавии сикли ҳайзбиниро ба вучуд меорад [37,39,40].

Ба таври дигар алоқаи байниҳамдигарии бемориҳои сироятии узвҳои нафаскашӣ ва низомии чинсӣ ва барангезандагони онҳо зарурияти омӯзиши комплекси нишондодҳои микдорӣ ва сифатии намояндагони микрофлораҳои патогенниро ба миён мегузорад.

1.3. Вайроншавии масунӣ ҳангоми сироятҳои урогениталӣ ва сили шушҳо

Таҳқиқоти таъсири байниҳамдигарии барангезандагони сироятҳои урогениталӣ, ки бо роҳи алоқаи чинсӣ мегузаранд ва барангезандаҳои сироятиро ҳамроҳ доранд, ба он ишора менамоянд, ки дар ташаккулёбии равандҳои сироятӣ-илтиҳобӣ вайроншавии низомии масуният мавқеи асосӣ дорад [32,66]. Ғайр аз ин, солҳои охир зиёдшавии ҳолатҳои аз масуният вобастаи пешазбеморӣ ба мушоҳида мерасад, ки дар заминаи онҳо воридшавии сироятҳои урогениталӣ одаткунии низомии масунӣ бадтар мешавад [65,82,113] ва ин ба инкишофи равандҳои музмини илтиҳобӣ бурда мерасонад. Инро таҳқиқотҳои зиёде тасдиқ менамоянд, ки нақши муҳими унсурҳои одатиро дар низомии масунии бемориҳои

асосашон музмини узвҳои урогениталӣ тасдиқ менамоянд [65,66]. Муаллифон ишора менамоянд, ки тағйирёбии захрнокии патогенҳо, устувории онҳо ба доруҳои зиддибактериалӣ, баландшавии ҳисси эҳсосии организм, инкишофи дисбактериоз дар заминаи истифодаи нодурусти доруҳои зиддибактериалӣ мушкилоти пешгирии оқибатҳои сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаро мураккабтар мегардонад [94,109]. Солҳои охир маълум карда шудааст, ки дар заминаи бемориҳои гуногуни ҳамроҳи сироятӣ, ки ҳангоми онҳо муолиҷаи дурударози зиддибактериалӣ гузаронидан лозим меояд, бисёр сироятҳои узвҳои урогениталӣ бо манзараи пӯшидаи клиникӣ чараён меёбанд, ки бо давомёбии дарозмуҳлати такрорӣ характернок буда, аз паси худ пайдоиши штаммҳои нави барангезандагони бемориҳо ва устуворӣ ба муолиҷаи гузаронида мешударо ба вучуд меоранд [74,77,95,123].

Маълум аст, ки сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда худ ба худ вайроншавии низоми масуниро ба вучуд меоранд ва инкишофи вайроншавихоро чӣ дар сатҳи маҳаллӣ ва чӣ дар сатҳи системавӣ бо худ ҳамроҳ доранд [97,107]. Вайроншавихои масунӣ дар беморони сироятҳои урогениталӣ асосан тавассути маҳвсозии онҳо, аниқтараш тавассути паст намудани фаъолнокии микрофагҳо, сусткунии Т-звенои ҳуҷайрагии масуният, афзоиши миқдори иммуноглобулинҳо [19,87,111.] амалӣ карда мешавад. Маълум аст, ки дилхоҳ барангезандаи сироятҳои урогениталӣ реаксияи организмро дар шакли синтези иммуноглобулинҳои М ва G ба вучуд меорад, ки фарқияти онҳо дар синтези бартариятноки подтанҳои IgM ҳангоми раванди шадиди сироятӣ-илтиҳобӣ ва синтези бартариятноки подтани IgG ҳангоми чараёни музмини беморӣ ифода меёбад [69].

Механизмҳои гуногуни вайроншавии иммуногенез дар беморони бо сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ошкор гардиданд. Ҳамин тавр, мутобиқи нишондодҳои адабиётҳо сироятҳои урогениталии бо герпеси урогениталӣ якҷошуда дар заминаи норасогии возеҳи Т-масунии ҳуҷайрагӣ чараён меёбад, ки дар алоқамандӣ бо грамм барангезандагони мусбӣ бо депрессияи масунияти гуморалӣ характернок мебошад, дар алоқамандӣ бо грамм-

флораи манфӣ бошад пастшавии фаъолнокии функционалии фагоситҳо ва низоми комплемент сурат мегарад [130]. Аз рӯи ақидаи муаллифон ин вайроншавиҳои низоми масунӣ ҳангоми сироятҳои урогениталӣ яке аз звеноҳои асосии патогенетикии ташаккулёбии оризаҳо маҳсуб меёбанд ва барои ворид шудани сироятҳои созишкор замина омода месозанд [45].

Дар масъалаи сироятҳои гонококкӣ воридшавии гонококкҳо ба қисми одамро инкишофи реаксияҳои масунии ҳам ҳуҷайравӣ ва ҳам гуморалӣ ҳамроҳӣ мекунанд, ки дар натиҷа маҳвшавии омилҳои ғайримуқаррарии масунияти табиӣ руҳ медиҳад ва бо пастшавии фаъолнокии бактеритсидии зардоби хун, камшавии миқдори лизосимҳо, комплемент ва дигар моддаҳо ифода меёбад [120,127]. Ба он нигоҳ накарда, ки ҳангоми сироятҳои гонококкӣ иммуноглобулинҳои IgG дар дараҷаи кам IgA ва IgM ҷудо мешаванд ва бо уретраҳои ҷудошуда, маҳлули тухмагӣ, шираи ғадуди узви таносул ва тарашшухоти гарданӣ ошкор мегарданд, исбот гардидааст, ки ин организмро аз сироятёбии такрорӣ ва пайдоиши оризаҳо ҳимоя намекунад [138].

Ҳангоми хламидиози урогениталӣ вайроншавии низоми масунӣ дар он ифода меёбад, ки нишондоди аввалияи сироятёфтаи барангезанда ба инкишофи илтиҳоби маҳаллӣ ва ташаккулёбии подтани IgA бурда мерасонад, вобаста ба ин дар ҷавоб ба сироятёбии аввалияи хламидиявӣ вайроншавиҳои бофтавӣ инкишоф намеёбанд [122]. Вале дар ҳолатҳои такрорёбии сироятҳои хламидиявӣ ё сироятёбии такрорӣ дар заминаи такрорёбии сироятҳои музмини сенсibiliзатсияи Т-лимфоситҳо [123] раванди возеҳи илтиҳобӣ бо ташаккулёбии бофтаҳои ҳадшавӣ ва фиброз инкишоф меёбанд [125]. Ҳамзамон, чунин иллатёбиро инкишофи инфилтратҳо дар узвҳои зарардида ҳамроҳӣ мекунанд, ки ба вайроншавиҳои низоми репродуктивӣ бурда мерасонанд [141]. Маҳз бо ин сабаб ҳангоми муоинаи шахсони аз бемориҳои илтиҳобии қисми поёнии узвҳои пешобу таносул азиятдошта хламидияҳоро пайдо намудан на ҳама вақт муяссар мегардад, ҳарчанд ки ин маънии набудани онҳоро ифода намекунад [142].

Сирояти трихомонадӣ роҳи ҳимоя аз низоми масуниро дорост, зеро сафедаҳои ҳосилнамудаи трихомонадаҳо иммуноглобулинҳои зардоби хунро

вайрон менамоянд, ки он микроорганизми номбурдари аз лизис хифз менамояд. Ғайр аз ин, трихомонадҳои вагинали антигенҳо ҷудо менамоянд, ки подтанҳо ва Т-лимфоситҳои ситотоксикиро безарар мекунад, чамъшавии сафедаҳои плазмаҳо дар сатҳи болоии трихомонад бошад, ба фагоситозии онҳо монеъ мешавад [110,114].

Ба таври дигар, таҳқиқотҳои ба омӯзиши иммуногенези хангоми сироятҳои урогенитали равонашуда нишон доданд, ки хангоми сироятҳои шадиди фаъолшавии механизмҳои химоявии ба нобудкунии барангезандагон равонашуда рух медиҳад, хангоми чараёни дурударози торпидии раванди сироятӣ бошад, тағйирёбии звенои ҳуҷайрагии масунӣ ба вуқӯи меояд, ки бо супрессияи Т-звенои ҳуҷайрагӣ, баландшавии сатҳи Т-ҳуҷайраҳои ситотоксикӣ зоҳир мегарданд, ки ба баландшавии таркиби сатҳи В-лимфоситҳо бурда мерасонад [122,142]. Маълум карда шуд, ки тағйиротҳои нисбатан возеҳ дар низоми масунияти ҳуҷайрагӣ ва гуморали дар беморони бо чараёни музмини раванди хламидиявӣ пайдо карда шуд, бо дигар шаклҳои сироят якҷоя гаштаанд. Аз руи ақидаи муаллифон, дар беморони бо сироятҳои омехтаи урогенитали дисрегулятсияи ҳосилкунии ситокинҳо ва пастшавии сатҳи консентратсияи интерферрони умумии зардоби хун ба мушоҳида мерасад [154].

Сироятҳои урогенитали дар беморони сили шушҳо дар заминаи норасоии масунии такрорӣ ва норасоии функционалии ҳуҷайраҳои иммуноунсурӣ чараён меёбад [50,65].

Исбот гардидааст, ки дар беморони сили шушҳо таъсири дурударози омилҳои гуногуни антигенӣ пайдоишашон экзогенӣ ва эндогенӣ, махсусан табиаташон сироятӣ ба ташаккулёбии норасоии масунии такрорӣ мусоидат менамояд, ки дар вақти шиддатёбии беморӣ авҷ гирифта, дар заминаи гузаронидани химиотерапияи зиддисилӣ дучанд зиёд мешавад [32,66]. Ғайр аз ин худ ба худ муолиҷаи зиддисилӣ маҳшавии масуниятро ба вуҷуд меорад, ки вайроншавии мавҷударо дучанд менамояд [50,66].

Натиҷаҳои як қатор таҳқиқотҳо нишон доданд, ки апоптози дар шароитҳои сирояти силии Т-ҳуҷайраҳо фаъолшуда аз як тараф имкон медиҳад, ки

барангезанда дар як вақт гомеостази ҳуҷайравиро нигоҳ дошта истода ихроҷ карда шавад, аз тарафи дигар гиперактивнокии низоми масунӣ ташаккул дода шавад, ки метавонад ба авҷгирии норасогии масунии такрорӣ мусоидат намояд [121]. Маълум аст, ки апоптози макрофагҳое, ки аз *M. Tuberculosis* таркиб ёфтаанд, паҳншавии микроорганизмҳоро манъ дошта, ҳамин тавр механизми муҳими ҷимоявӣ ҳангоми сироятҳои микобактериалӣ махсуб меёбад [124]. Аммо зери таъсири танзими доимии антигенҳои микобактериалӣ апоптози рушдбандаи Т-лимфоситҳо омили номусоид махсуб меёбад, зеро маҳвшавии ҷавоби антигении хосро ҳамроҳ дошта, дар натиҷа устуворшавии ҳолати пешинаи сироят руҳ дода, норасогии масунии такрориро авҷ гиронда, ҷараёни беморӣ бадтар мешавад [14,147]. Чунин зухуроти равандҳои апоптозро муаллифон бо он маънидод мекунанд, ки барангезандаи сил аз як тараф қобилияти ҳаётии ҳуҷайраҳои фагоситшударо, ки захираи сирояти микобактериалӣ махсуб меёбанд, тақвият медиҳанд, аз тарафи дигар ҳалокати Т-ҳуҷайра-эффektorҳоро, ки ба нобудкунии онҳо мусоидат менамоянд, ба вуҷуд меоранд. Аз рӯи ақидаи Есимова И.Е. ва ҳаммуаллифон (2012), ин ҳолат аз бисёр ҷиҳат ба он микобактерияҳое дахл дорад, ки ба муолиҷаи химиявӣ бо доруҳои омехтаи зиддибактериявии зиддисилӣ устувор мебошанд [32,153]. Ба таври дигар, аз рӯи ақидаи тадқиқотчиён фишороварии тақсимшавии микобактерияҳое, ки ба ин намуди муолиҷа ҳассосият доранд, дар самаранокии муолиҷаи гузаронидашуда ифода меёбад, ки ин аз ҳолати масуние, ки функсияи он дар беморони бо раванди тӯлонии сироятӣ коҳиш меёбад, вобастагӣ дорад. Фарқияти иммуногенез ҳангоми шаклҳои гуногуни сили шушҳо ошкор карда шуд [14]. Ин ишора менамояд, ки ҳангоми сили инфилтративӣ вайроншавиҳои нисбатан возеҳи нишондодҳои ҷимояи ғайримуқаррарӣ, ба мисли лизосим, комплемент ва фаъолнокии фагоситарии лимфоситҳо ба қайд гирифта мешавад, ҳангоми сили манбаъгӣ бошад фаъолшавии масунияти гуморалӣ мушоҳида мегардад, ки бо баланшавии сатҳи иммунноглобулинҳои қатори А ва Е характернок мебошад. Аз рӯи ақидаи муаллиф, ҳангоми бори аввал ошкоркунии сили шушҳо лейкопения ба мушоҳида мерасад, ки ба норасогии гомеостази масунӣ ва инкишофи равандҳои деструктивӣ

ишора менамояд, хангоми шаклҳои маҳдуд бошад, баръакс лейкоцитоз мушоҳида мегардад [154]. Дигар муҳаққиқон низ нақши В-лимфоситҳоро дастгирӣ намуда, ба он ишора менамоянд, ки онҳо дар амалӣ намудани масунияти зиддисилӣ аз ҳисоби синтези подтанҳое, ки токсинҳоро безарар кунонида, микобактерияҳоро мекубанд, нақши калон мебозанд ва дар механизмҳои ситозаҳрнокии ба подтанҳо вобастаи ҳуҷайравӣ иштирок мекунанд [145]. Вале реаксияи масунияти гуморалӣ хангоми сирояти силӣ аҳамияти ҷимоявӣ надорад, фаъолшавии онҳо бошад метавонад ба диссеминатсияи авҷноки барангезанда мусоидат намояд [89].

Муҳаққиқони дигар маълум намуданд, ки фаъолкунони Т-лимфоситҳо-хелперҳо дар беморони сил метавонад зиёдшавии микдори эозинофилҳоро ба вучуд орад, ки ҳосиятҳои ситозаҳрӣ ва иммунорегуляторӣ (иммунотанзимӣ) дошта, метавонанд тағйироти ҷавоби масуниро ба вучуд оварда, онро ба яке аз вариантҳои инкишофи ҳуҷайравӣ ё гуморалӣ равона созанд [69,89,141,153]. Аз рӯи ақидаи баъзе муҳаққиқон дар иммуногенези сили шушҳо нақши муҳимро ситокинҳо мебозанд, ки ба ҷавоби масунии гуморалӣ посух дода, дар танзими равандҳои паҳнкунӣ, тафриқакунии ва фаъолкунони лейкоцитҳои қатори эозинофилӣ иштирок менамоянд, ки доираи нуқсондор ва вайроншавии минбаъдаи фаъолияти низоми масуниро ба вучуд меорад [77,144].

Аз рӯи ақидаи баъзе муаллифон, патологияи масуният мумкин аст ҳам ҳамчун омили майлдошта ба инкишофи сирояти силӣ бошад, ҳам дар раванди таҳаввулоти ин сироят рушд ёбад. Муаллиф ишора менамояд, ки бисёр нуқсонҳои дохилии микроорганизмҳо амал менамоянд, ки бо онҳо ҳассосияти баланд ба силро алоқаманд менамоянд [56,69].

Вайроншавиҳои ҷӣ генетикӣ ва ҷӣ индуксияшудаи маҳсулотҳои ситокинҳо ва ретсепторҳои онҳо муқаррар карда шуданд, ки муҳосираи реактиватсияи макрофагҳо ва Т-лимфоситҳо ва аз пайи ин ташаккулёбии масунияти зиддисилӣро ба вучуд меоранд [11,20,25]. Азбаски макрофагҳо дар марҳилаи сироятёбӣ ягона унсуре самараноки несткунии микобактерияҳои сил маҳсуб меёбанд, мумкин аст чунин ҳисобид, ки хангоми набудани тамоюли генетикӣ ба инкишофи ин беморӣ ва фаъолияти пурраи ҷимоявии фагоситҳо микобактерияҳо аз организм берун

мешаванд, зеро дар ин ҳолат сенсбилизатсияи Т-лимфоситҳо рух намедихад [32]. Вале ҳангоми мавҷудияти нуксонҳои генетикӣ ё гирифташудаи микрофаҳо микобактерияҳо бо Т-лимфоситҳо дар алоқа мебароянд, ки сенсбилизатсияи Т-ҳуҷайраҳо ва инкишофи силии аввалияро бо худ ҳамроҳ доранд [159]. Ҳамин тариқ, ин имконият медахад тасдиқ қада шавад, ки омили инкишофи силии аввалия бемории ба таври генетикӣ пайдошуда ва ё пештар гирифташудаи звенои макрофагии масунӣ ҳисобида шавад. Агар чунин далелро ба ҳисоб гирем, ки силии дуҷумбора мумкин аст на фақат аз ҳисоби сирояти баланд, балки инчунин дар натиҷаи вайроншавии мувозинати масунӣ ба вуҷуд ояд, пас тахмин намудан мумкин аст, ки норасоии масунӣ сабаби инкишофи шаклҳои дуҷумбории сил мегардад [11]. Вале ба маълумотҳои дигар муваққитан, ки нишон додаанд ҳангоми силии доругӣ-ҳассосӣ норасоии Т-лимфоситҳо дар заминаи фаъолнокии индуксияшудаи баланди Т-лимфоситҳо муқаррар мегардад, тасдиқ намудан мумкин аст, ки патологияи Т-звенаи масунӣ дар ин гурӯҳ мизочон дар заминаи сироятҳои аллакай мавҷуда ҳосил мегардад ва иллатҳои масунӣ дар заминаи вайроншавии масуниро ифода менамояд [155,156]. Ба таври дигар инкишофи Т-норасогӣ ҳангоми силии шушҳо мумкин аст дар заминаи таҳаммулпазирии масунӣ аз ҳисоби агенти ҳамроҳи масунӣ рух диҳад.

Ҳамин тавр, сил ва сироятҳои урогениталӣ дар заминаи тағйиротҳои самташон гуногуни низоми масунӣ чараён меёбанд ва дар айни замон бисёр масъалаҳои баҳсноке мавҷуданд, ки ба бемориҳои масунии сироятҳои урогениталӣ, норасоии масунияти такрорӣ, ки силии шушро ба вуҷуд меоранд, таалуқ доранд, ки бо роҳи алоқаи алоқаи чинсӣ паҳн мегарданд ва дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то ҳол ба дараҷаи зарурӣ омӯхта нашудаанд.

1.4 Принсипҳои муосири муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ паҳншаванда ва силии шушҳо

Раванди сил табиатан то як дараҷа захролудшавии ҳисро ба вуҷуд меорад. Бемории гирифтори сил дар як вақт камаш чор дору қабул мекунад, ки ин ба организм сарбории иловагӣ меорад. Аз ин рӯ, таъсири патогенетикӣ зарур аст, ки ба бартафосии босуръати маҳсулоти мубодилаи моддаҳо, беҳтар кардани

микросиркулятсия, рафъи илтиҳоб дар системаи пешоб ва барқарор кардани иммунитети маҳаллии уротелия (узвҳои таносул) равона карда шудааст. Бо ин мақсад, баъзе муаллифон истифодаи доруи гиёҳии Канефронро пешниҳод меkunанд, ки як омехтаи гиёҳӣ мебошад. Ба таркиби он дохил мешаванд: алафи хазорсола (*herba Centaurii*) иборат аст, ки таъсири пешобронӣ ва зидди бактериявӣ дорад; решаи лубиё (*radix Levistici*), ки таъсири пешобронӣ, спазмолитикӣ ва зидди бактериявӣ дорад ва баргҳои розмарин (*folia Rosmarini*), ки дар таркибаш кислотаи розмаринӣ, равғанҳои эфирӣ ва флавоноидҳо дорад. Аз сабаби таъсири кислотаи розмаринӣ, озодшавии медиаторҳои илтиҳобӣ маҳв мегардад, ки ба таъсири доимии зидди илтиҳобиро ба вуҷуд меорад. Унсурҳои ба дору дохилшуда ба узвҳои таносул таъсири намоёни антисептикӣ, антиспазматикӣ, зидди илтиҳобӣ мерасонанд, гузариши капиллярҳои гурдаҳоро коҳиш медиҳанд, таъсири диуретикӣ расонида, кори гурдаҳоро беҳтар меkunанд [51, 76, 103].

Ҳангоми дар як вақт истифода бурдан бо антибиотикҳо (норфлорксатсин, офлорксатсин, пefлорксатсин, ципрофлорксатсин, амокситсиллин / клавуланат) истифодаи канефрон онҳоро тақвият медиҳад. Ҳангоми таъйини табобат ба бемори гирифтори бемории сили системаи таносул, хусусиятҳои фардии бемор, мавҷудияти оризаҳо ва бемориҳои ҳамроҳшаванда бояд ба назар гирифта шавад. Доираи имкониятҳои табобати муосири этиопатогенетикӣ хеле васеъ буда, табобати мувофиқ имкон медиҳад, ки ҳатто дар гурӯҳи мушкилтарин беморони гирифтори бемории сили ғадуди простата муваффақият ба даст оварда шавад [42, 84, 116].

Дар адабиётҳо маълумотҳои ҷой доранд, ки тибқи онҳо муолиҷаи сироятҳои урогениталиро мумкин аст бо роҳи химиотерапия ҳангоми сили узвҳои нафаскашӣ анҷом додан мумкин аст [4,16,17]. Вале ба ақидаи баъзе муҳаққиқон ҳангоми истифодаи дурӯдарози доруҳои зиддисилӣ ногузир вайроншавии мувозинати микробҳои рудаҳо инкишоф меёбад. Ин далел (факт) бо он тасдиқ мегардад, ки дар заминаи муолиҷаи зиддисилӣ дар 80-90% мизочони зан норасоии бифидобактерияҳо инкишоф меёбад, ки барои тақсимшавии тадриҷии занбурӯғҳои хамиртурушмонанди қатори *Candida* ва ташаккулёбии

дисбактериози рӯда шароит фароҳам меорад [49]. Ғайр аз ин, исбот карда шудааст, ки ҳангоми истифодаи дурударози доруҳои зиддибактериалӣ дар 75 % занон як лаҳзаи кандидози вулвовагиналӣ ошкор мегардад, ки дар 40-45 %-и мизочон зиёда аз ду лаҳзаи зарарёбии занбурӯғии пардаҳои луобии узвҳои урогениталӣ ба қайд гирифта мешаванд, ки аксаран *Candida albicans* ба вуҷуд меорад [53].

Ҳангоми истифодаи доруҳои зиддибактериалии барои муолиҷаи сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда диққати асосӣ дар айни замон ба сирояти сӯзнок дода мешавад, зеро истифодаи васеъ ва мақсадноки антибиотикҳо ба пайдоиши микроорганизмҳои устувори ба муолиҷаи гузаронидашуда устувор бурда мерасонад, ки дар заминаи реактивнокии масунии тағйирёфта дар муолиҷаи беморони сили шушҳо мушкилиҳо ба вуҷуд меояд [49,53].

Дар муолиҷаи уретрити трихомонадӣ дар замони ҳозира доруҳои нитро-5-имидазолҳо истифода бурда мешаванд, ки ягона гурӯҳи воситаҳои муолиҷавии дар табобати намуди номбурдаи сироятҳои урогениталӣ самаранок маҳсуб меёбанд [70]. Вале вақтҳои охир ин доруҳо самаранокии нокифоя нишон доданд, зеро басомади такрорёбии трихомониаз ҳангоми муолиҷа бо доруҳои гурӯҳҳои нитроимидазол аз рӯи маълумотҳои баъзе муаллифон аз 20 то 40%-ро ташкил медиҳад [81]. Аз рӯи маълумотҳои адабиётҳо муолиҷаи этиотропии трихомониази урогениталӣ бесамар аст, зеро солҳои охир штаммҳои трихомонадҳои маҳбалии ба таъсири метронидазол устувор маълум карда шуданд [93,94].

Маълум аст, ки дар муолиҷаи сирояти хламидиявӣ гурӯҳҳои асосии доруҳои зиддибактериалӣ макролидҳо ва фторхинолонҳо маҳсуб меёбанд [100,101]. Вале ба спектри васеи воситаҳои зиддихламидиявӣ нигоҳ накарда дар айни замон бисёр вақт самаранокии пасти онҳо ба қайд гирифта мешавад [101]. Тибқи маълумотҳои адабиётҳо устувории хламидия ба фторхинолон маълум карда шудааст, зеро ҳангоми истифодабарии офлоксатсин ва спарфлоксатсин штаммҳои мутантии устувор гирифта шуданд [129]. Дар баъзе таҳқиқотҳо исбот карда шудааст, ки дар 80-99% ҳолатҳо самаранокии клиникӣ ва бактериологӣ ҳангоми истифодаи доруҳои гурӯҳҳои тетрациклинҳо ба даст меояд [133]. Ба он

нигоҳ накарда, ки дар муолиҷаи сироятҳои хламидиявӣ докситсиклин васеъ истифода бурда мешавад, ҳолатҳои ба қайд гирифта шуданд, ки ба ин дору устувории интихобӣ доранд [100,133]. Таҳқиқотҳои мавҷуданд, ки дар онҳо ҳангоми муолиҷаи хламидиоз самаранокии рифампитсин исбот гардидааст, ки дар муолиҷаи сироятҳои силӣ яке аз доруҳои асосӣ маҳсуб меёбад [131]. Вале Созмони умумичаҳонии тандурустӣ истифодаи ин доруро барои муолиҷаи хламидиози урогениталӣ тавсия намедихад. Дар масъалаи истифодаи макролидҳо бисёр таҳқиқотҳо тасдиқ менамоянд, ки то замони ҳозира оид ба чудошафии штаммҳои хламидияҳое, ки ба антибиотикҳои макролидӣ устуворӣ дошта бошанд, маълумотҳои дақиқ вучуд надоранд [42,143]. Яъне, устувории микроорганизмҳои барангезандагони сироятҳои урогениталӣ ба доруҳои зиддибактериалӣ омиле асосие маҳсуб меёбад, ки самаранокии муолиҷаи зиддимикробиро маҳдуд месозад, маҳсусан, дар шахсони бо сирояти силӣ вобаста ба таъсири фишордиҳандаи муолиҷаи дарозмуҳлати зиддибактериалӣ дар ин беморон [11,32,156]. Ҳамин тавр, қайд кардан лозим аст, ки ба мавҷудияти миқдори зиёди антибиотикҳои барои муолиҷаи сироятҳои урогениталӣ нигоҳ накарда масъалаи то чӣ андоза оптималӣ будани схемаҳои мавҷудаи муолиҷаи беморони сили шушҳо ба таври қушода боқӣ мемонад [101,129].

Дар адабиёт маълумот дар бораи беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогенитали, ки бо истифода аз се унсури патогенетикӣ, яъне флуконазол дар вояи 150 мг, азитромитсин - 1000 мг ва секнидазол - 1000 мг курси маҷмӯии табобатро мегузаранд, оварда шудааст [21, 73, 94]. Унсурҳои ин дору дар маҷмӯъ ба истиснои сироятҳои вирусии чудошуда ба сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ таъсири этиотропӣ доранд. Ин дору дар ҳолати зарурати муолиҷаи фаврӣ, инчунин дар одамоне, ки алоқаи номунтазами чинсӣ доранд, ҳамчун доруи пешгирикунандаи ёрии аввал самаранокии худро нишон дод. Дору дар сурати набудани муоинаи пурраи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бо ин ё он сабаб самарани баланди муолиҷаи амалиро нишон дод. Муаллифон боварӣ доранд, ки истифодаи ин дору бо дастрасии он фарқкунанда аст ва инчунин, беҳатарӣ ва самаранокии истифодаи

онро таъмин мекунад. Ба гуфтаи муаллифон, истифодаи ин дору муносибати синдромиро барои табобат дар муассисаҳои тиббӣ таъмин мекунад, ки барои бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда кӯмак мерасонанд [61]

Вақтҳои охир дар адабиётҳо таҳқиқотҳои арзи ҳастӣ намудаанд, ки пастшавии самаранокии муолиҷаи антибиотикӣ ҳангоми сироятҳои урогениталӣ бо маҳвшавии маҳсулотҳои баъзе ситокинҳо дар организмро исбот менамоянд [184,286]. Дар шароитҳои таҷрибавӣ исбот карда шудааст, ки истифодаи якҷояи ситокинҳо ва антибиотикҳо ғоизи зиндамони ҳайвоноти озмоиширо (лабораториро) баланд мекунад [147,148].

Вале аз рӯи ақидаи баъзе муҳаққикон ҳангоми муолиҷаи сироятҳои урогениталӣ бо макролидаҳо синтези интерлейкин (ИЛ-8) паст, линкозамидҳо ва сефалоспоринҳо бошад баракс синтези ИЛ-6 ва ИЛ-4-ро ба таҳрик мебарорад [153]. Вобаста ба ин, дар айни замон ба таҳияи усулҳои таъсир ба равандҳои сироятӣ ва иммунопатологӣ, ки ба самарои иммуномодулии ситокинҳо, яъне ба қобилияти таъсироти онҳо ба мувозинати Т-лимфоситҳо диқати калон дода мешавад.

Аз рӯи маълумотҳои адабиётҳо ҳангоми омӯзиши низоми интерферонҳо дар беморони сироятҳои урогениталӣ вайроншавиҳои возеҳи звенаи зиддироятии системаҳо ошкор карда шуданд, ки бо пастшавии реаксияи интерферонии лейкоцитҳо ва баландшавии сатҳи ингибиторҳои интерферон зоҳир мегардад [154,163]. Муқаррар карда шудааст, ки дараҷаи возеҳияти вайроншавиҳои ишорашуда нисбат ба дараҷаи фаъолнокии раванди илтиҳобӣ рости мутаносиб мебошад ва мувофиқан вайроншавиҳои нисбатан намоён дар беморони бо чараёни музмини равандҳои сироятӣ-илтиҳобӣ ба қайд гирифта шуданд, ки дар байни онҳо беморони хламидиоз ва шаклҳои омехтаи сироятҳои урогениталӣ баргарӣ доштанд.

Исбот карда шудааст, ки ҳангоми маҳсулоти нокифояи интерферон шаклҳои вазнини сили шушҳо инкишоф меёбанд, ки вобаста ба ин, дар муолиҷаи ин сироят ҳарчи бештар доруҳои интерферонро истифода мебардагӣ шуданд, чунин иммуномодуляторҳо, ба мисли Т-активин, тималин, тимактин, диутсифон,

левамизол хангоми муолиҷаи ин гурӯҳ беморон аҳамияти худро гум кардаанд. Вале норасоии доруҳои катори интерферонӣ қимат будан ва мушкилоти дастрас намудани онҳо мебошад, зеро барои гирифтани он хуни донорӣ лозим аст [101,154]. Ғайр аз ин, хангоми истифодаи доруҳои интерферон мумкин аст чунин оқибатҳои дуҷумдараҷаи иловагӣ, ба мисли захрнокӣ, мавҷудияти хосиятҳои антигенӣ, қобилияти ба вучуд овардани реаксияҳои аллергиявӣ ва самарайи саратонзо мушоҳида карда шаванд [19,20,24].

Дар фарқият аз доруҳои гурӯҳи интерферон самаранокии зиёдтарин дар муолиҷаи комплексии сил индукторҳои интерферон нишон доданд, ки яке аз онҳо циклоферон, яъне меглюмини акридонатсетат мебошад, ки самарайи иммуномодулӣ, зиддивирӯсӣ, зиддиомӯсӣ ва зиддитаксирӣ (антипролиферативӣ) нишон медиҳад [32,34,36]. Муаллифон исбот намудаанд, ки хангоми истифодаи ин дору интерферон аллақай баъди 4-8 соат индуксия шуда, баъди 48 соат пурра нобуд мегардад. Истифодаи индукторҳои интерферон дар муқоиса бо истифодаи интерферонҳо як қатор бартариро дорад, зеро онҳо антигеннокӣ надоранд ва воридкунии якҷандқарата ва вояи баландро талаб накарда синтези интерферони худиро мутаносибан таҳрик медиҳанд ва назорат мекунанд. Истифодаи индукторҳои интерферон дар фарқият аз таҳрики бисёрклонаи иммуноситҳои интерферон ба синтези интерферон дар ҳуҷайраҳои алоҳида ва узвҳо бурда мерасонад. Ин доруҳо бо дигар воситаҳои муолиҷавӣ ба ҳубӣ якҷоя мешаванд [44,64]. Вале аз рӯи маълумотҳои адабиётҳо беморони сили шушҳо на ҳама вақт истифодаи циклоферонро ба ҳубӣ мегузаронанд. Ҳамин тавр, аз рӯи маълумотҳо дар 72,7% -и беморон дилбеҳузурӣ, эҳсоси вазнинӣ ва дард дар зерқабурғаҳои рост, дар 36,3% — синдроми астенизатсияи бо овози садо дар сар, гӯшҳо зоҳиршаванда, сарчарҳак ва сустӣ ба қайд гирифта мешавад, дар 43,1% беморон бошад, вайроншавии функсияҳои чигар ошкор гашт, ки бо ситоллиз ва қалоншавии сатҳи трансминаз характернок мебошад [44]. Баракси ин далел, натиҷаҳои дигар таҳқиқотҳо нишон доданд, ки циклоферон натиҷаҳои муолиҷаи сили шушҳо ро 2,5 маротиба беҳтар мекунонад. Қайд кардан лозим аст, ки самаранокии циклоферон инчунин, хангоми сироятҳои омехтаи узвҳои урогениталӣ ва сил исбот

гардидааст. Хамин тавр, аз рӯи маълумотҳои Лазаренко Л. ва ҳаммуаллифон (2005), истифодаи сиклоферон ҳангоми якҷояшавии сил ва гепатитҳои вирусӣ ба хоричкунии самараноки микобактерияҳо мусоидат намуда, аломатҳои захролудшавиро кам менамоянд, функсияҳои чигарро муътадил ва салоҳияти ситокинро ба тартиб мебарорад [43]. Чунин натиҷа аз рӯи ақидаи баъзе муаллифон бо он маънидод мегардад, ки баъди истифодаи пероралии сиклоферон концентратсияи ниҳии муолиҷавии дору дар хун баъди 2-3 соати истифодабарӣ ба даст меояд ва дору нисбатан зуд аз организм хорич мегардад [50,53].

Вақтҳои охир ҳангоми муолиҷаи ҷӣ сироятҳои урогениталӣ ва ҷӣ сил самаранокии полиоксидоний [61] исбот гардидааст, зеро он синтези ситокинҳои илтиҳобиро афзоиш дода, функсияи ферментҳои лизосомиро баланд мекунад ва ҳамчунин бактерисиднокии нейтрофилҳоро такмил медиҳад. Ғайр аз ин, доруи полиоксидон қодир аст, ки аз организм радикалҳои оксигениро соқит намояд, ки ин таъсири вайронкунандагии онро ба узвҳо ва бофтаҳо паст намуда, реаксияи илтиҳобии организмро кам менамояд. Ҳамзамон дору ба қобилияти бактерисидии киллерҳои табиӣ таъсир мерасонад, ки онҳо ба муқобили ҳуҷайраҳои аз патогенҳои дохилиҳуҷайравӣ таркибёфта равона гардидаанд [63,64]. Хусусияти муҳими истифодаи полиоксидоний дар муолиҷаи комплекси сили шушҳо зери таъсири ин дору пастшавии ҳассосияти ҳуҷайра ба таъсири вайронкунандаи воситаҳои муолиҷавии химиотерапевтӣ ва камшавии ҷабббандагии моддаҳои захрок маҳсуб меёбад [65,67]. Исбот гардидааст, ки баъди курси полиоксидоний дар беморони сили шушҳо, ки муолиҷаи химиявиро қабул менамоянд, таназзули аломатҳои клиникаи беморӣ суръат меёбад, ҷаббида гирифтани инфилтратҳои бехтар гашта, манбаъҳои вайроншавии бофтаҳои шушӣ маҳкам мегарданд [99].

Аз рӯи маълумотҳои адабиётҳо ба муолиҷаи комплекси беморони сили шушҳо ворид намудани полиоксидоний ба тезонидани муътадилшавии нишондодҳои масуният ва таназзули нисбатан тези раванди силӣ мусоидат менамояд [139,143]. Ғайр аз ин дар таҷрибаҳо исбот карда шудааст, ки зери таъсири полиоксидоний қобилияти аз хуни даврзананда нобуд намудани микрозарраҳои бегона дар ҳуҷайраҳои низоми ретикулоэндотелиалӣ ба таҳрик мебарояд [146,151].

Бартариати полиоксидоний дар он зоҳир мегардад, ки он на танҳо реаксияҳои масуниро ба таҳриқ мебарорад, балки инчунин механизмҳои табиӣ маънкунии онҳоро вайрон накарда, имкониятҳои захиравии низоми хунофарро заиф намебаронад [149]. Ибтот гардидааст, ки полиоксидоний ба баландшавии назарраси суръати ташаккули подтанҳо (антителаҳо) дар ҷавоб ба антигенҳои бегонаасли пайдоишашон гуногун бурда мерасонад [146,149]. Ғайр аз ин, камшавии захрнокии доруҳои зиддибактериалӣ, зиддивирӯсӣ ва иммуномодули хангоми истифодаи якҷояи онҳо бо полиоксидоний ибтот гардидааст. Самаранокии полиоксидоний дар истифодаи комплекси доруҳои зиддибактериалӣ, зиддизамбуруғӣ ва зиддивирӯсӣ бо интерферонҳо ва индукторҳои интерферонҳо, бо доруҳои антигистаминӣ, ситостатикҳо, бронхолитикҳо, глюкокортикостероидҳо ибтот карда шудааст. Ибтот гардидааст, ки хангоми истифодаи якҷояи полиоксидоний бо доруҳои антибактериалӣ самаранокии муолиҷаи сироятҳои музмини хламидиявӣ ба 80% ва дар алоҳидагӣ ба 50% ҳолатҳо мерасад [85].

Аз рӯи маълумоти Золотов И.С. (2013) дар таҷрибаи гинекологӣ хангоми муолиҷаи бемороне, ки агентҳои дарозмуҳлати устувори сироятӣ ва равандҳои дисбиотикии ба муолиҷа бо душворӣ додашавиро бо худ ҳамроҳ доранд, истифодаи доруи полиоксидоний имкон медиҳад, ки самаранокии таъсири воситаҳои зиддибактериалӣ, зиддизамбуруғӣ ва зиддивирӯсӣ самаранокии клиникии муолиҷаро 1,3 маротиба беҳтар намуда, нисбат ба самаранокии муолиҷаи стандартӣ бартариати худро нишон диҳад [32]. Дигар муҳаққиқон инчунин, тавсия медиҳанд, ки дар ҳолатҳои маълум гаштани микрофлораҳои якҷояшудаи вирусӣ-бактериалӣ ё дохилиҳучайравӣ муолиҷаи иммуномодули бо ёрии доруҳои интерферон дар якҷоягӣ бо дигар иммуномодуляторҳо гузаронида шаванд [44,61].

Набудани натиҷаҳои иловагии дуҷумдараҷа ва захрноки, ки дар таҷриба ба таври равшан нишон дода шудааст, ба имконпазирии истифодаи полиоксидоний ба сифати воситаи табобатӣ ва профилактикӣ хангоми бемориҳои гуногуни музмин ишора менамояд, зеро он самараро бе захркунанда дошта, паҳнкунандаи

дарозмухлати антигенҳо дар сохтори ваксинаҳои насли нав махсуб меёбад. Таҳқиқотҳои гузаронидашуда дар оториноларингология исбот намуданд, ки истифодаи полиоксидоний дар муолиҷаи комплексӣ ба бекорсозии босуръати аломатҳои захролудшавӣ ва пастшавии назарраси вояҳои воситаҳои зиддибактериалӣ ва зиддивирӯсӣ имконият фароҳам меорад [64,68].

Истифодаи якҷояи сиклоферон бо иммуномодуляторҳои дигар гурӯҳҳо дар қорҳои илмӣ дигар муҳаққикон тасдиқи худро ёфтаанд. Онҳо ишора менамоянд, ки дар муолиҷаи комплексӣ истифодаи якҷояи чунин доруҳои иммуотропӣ аз қабилӣ, полиоксидоний ва сиклоферон ҳангоми муолиҷаи сирояти герпетикӣ басомади такрорёбиро 3,6 маротиба дар муқоиса ба монотерапия паст мекунанд [44,68]. Самаранокии полиоксидоний дар якҷоягӣ бо реаферон ҳангоми муолиҷаи гепатитҳои вирусӣ исбот карда шудааст [74]. Панкратов О.В. (2011) самаранокии муолиҷаи комплексиро тавассути сиклоферон ва полиоксидоний дар беморони бо вирусҳои герпесӣ оддӣ исбот карда ба он ишора менамояд, ки ин якҷоякунӣ ҳангоми сироятҳои такрорӣ герпетикӣ самаранокии иммуномодули ва зиддиоксидантӣ дорад [63]. Самаранокии истифодаи сиклоферон дар якҷоягӣ бо полиоксидоний дар беморони бо сироятҳои низомӣ найчаҳои нафаскашӣ-шушӣ нишон дода шуда, дар ин маврид ба самаранокии иммуномодули, зиддиоксидантӣ, зиддизаҳрӣ ва мембранопротекторӣ ин усули муолиҷа ишора карда мешавад [99,139]. Дар адабиётҳо маълумотҳои ҷой доранд, ки тибқи онҳо ҳангоми ҷараёни музминӣ устувори раванди сироят сиклоферонро дар якҷоягӣ бо дигар иммуномодуляторҳо истифода бурдан лозим аст [99,140,143]. Ба таври дигар, инкишофи раванди сирояти дилхоҳ дар организмро вайроншавиҳои низомӣ масунӣ ҳамроҳӣ мекунанд, хати аввалини ҳимоя бошад, интерферонҳо махсуб меёбанд, ки самаранокии ситотоксикӣ ва масунияти одатӣ зоҳир менамоянд. Истифодаи иммуномодуляторҳо дар якҷоягӣ бо муолиҷаи зиддибактериалӣ самаранокии муолиҷаро беҳтар ва басомади такрорёбиро паст менамояд, ки ин ҳангоми бемориҳои омехтаи сироятӣ муҳим мебошад. Вақтҳои охир диққати мутахассисонро доруи иммуномодуляторӣ «Тимогар» ба худ ҷалб намуд, ки он маҳлули обии намаки натрийи дипептиди изолейсил-триптофанро дар худ таҷассум

намуда, хосияти захролудкунӣ надорад ва ба организми зинда таъсири мусбӣ дошта, хосиятҳои аллергенӣ ва таҳриқӣ надорад [94, 116, 132].

Баръакси чунин доруҳои иммуномодуляторӣ ба монанди тималин, тактивин ва дигарон, ки омехтаи микдори зиёди пептидҳо буда, аз онҳо пептидҳои инфиродӣ чудо карда шудаанд ва хосиятҳои биологии онҳо омӯхта шудаанд, дипептиди H-11e-Tgr-OH ҳам ба Т-хелпер (CD4+) ва ҳам ба хучайраҳои Т-супрессор (CD8+) таъсир мерасонад. Ин имкон дод муҳаққикон пешниҳод кунанд, ки доруҳои ба он асосёфта бояд доираи васеи фаъолияти иммунологӣ дошта бошанд. Дар баробари ин маълум гардид, ки баъзе дипептидҳои триптофандор, аз ҷумла H-He-Tgr-OH ва H-01u-Tgr-OH хосиятҳои иммуномодуляторӣ доранд, ки дар асоси он доруи тимоген ба вучуд оварда шудааст. Бартариини ин гуна доруҳо дар он аст, ки онҳо ба организм бегона нестанд, дар натиҷаи ин онҳо хосияти захролудкунӣ надоранд ва НПР-ро ба вучуд намеоранд. Арзёбии муқоисавии самаранокии тимогар ва тимоген нишон дод, ки онҳо хосиятҳои иммуномодуляторӣ доранд [53, 78, 102].

Фаъолнокии фармакологии доруи Тимогар дар он ифода меёбад, ки он як пептиди синтетикӣ - изолейсил-триптофан (H-Ile-Trp-OH) мебошад ва аз ин рӯ қобилияти таҳриқ додани реаксияҳои иммунитетии гуморалӣ (маҳсулоти антителоҳои мушаххас) ва ҳамчунин, муқовимати ғайримуқаррарӣ (фагоситоз, реаксияҳои вобаста ба комплемент) дорад. Тимогар микдори Т-хелперҳо, Т-супрессорҳо ба эътидол оварда, таносуби субпопулятсияҳои иммунорегулятсияи Т-лимфоситҳо дар беморони гирифтори ҳолатҳои гуногуни норасоии масуният барқарор мекунад [83, 124, 139].

Нишондодҳои системаҳои Т ва В-и масуният ва муқовимати ғайримуқаррариро дар бемориҳои норасоии масуният тағйир медиҳад. Нишондодҳои биологӣ ва гематологии хунро дар ҳолати норасоии масуният барқарор мекунад. Тимогарро дар калонсолон ҳамчун иммуномодулятор дар ҳолатҳо ва бемориҳое, ки бо иммуносупрессия ҳамроҳ мешаванд: бемориҳои шадид ва фасоду илтиҳобии устухонҳо ва бофтаҳои нарм, сироятҳои шадид ва музмини вирусӣ ва бактериявӣ истифода мебаранд [131, 160].

Тимогар дар муолиҷаи касалиҳои нефрологӣ, ревматологӣ ва пулмонологии одамон самараи калон дорад. Монотерапияи Тимогар дар табобати псориаз самаранок аст. Бори аввал нишон дода шуд, ки тимогар хосиятҳои аллергенӣ, эмбриотоксикӣ ва тератогенӣ надорад. Ҳангоми истифодаи якҷояи тимотсин (157 мкг/мл) бо доруҳои химиотерапевтӣ кам шудани давомнокӣ ва зиёдшавии самаранокии табобати бемориҳои одам, ки рушди ҳолати дуҷумбораи норасоии масуниятро ҳамроҳ доранд, ба қайд гирифта шуд [134, 151].

Доруи «Тимогар» дар Тоҷикистон ба қайд гирифта шуда, барои истифодаи тиббӣ иҷозат дода шудааст (рақами ба қайдгирӣ № 000084Т аз 27 майи соли 2008). Самаранокии Тимогар дар муолиҷаи комплекси бемориҳои онкологӣ исбот шудааст, зеро истифодаи он ба муътадилгардони нишондодҳои хун ва таъсири таҳриқӣ ба ҳолати иммунитети Т-хуҷайра мусоидат карда, имкон дод рушди метастазҳо коҳиш дода, давраи беҳбудии клиникӣ беморӣ дароз карда шавад. Таъсири иммуномодулятории Тимогар дар табобати намудҳои гуногуни алопетсия ошкор карда шуд, зеро бо истифодаи комплекси он самаранокии табобат дар 85,7% беморон мушоҳида шудааст. Тимогар дар муолиҷаи касалиҳои нефрологӣ, ревматологӣ ва пулмонологии одамон самараи баланд дорад. Монотерапияи Тимогар дар муолиҷаи псориаз самаранок аст. Бори аввал нишон дода шудааст, ки тимотсин (157 мкг/мл) хосиятҳои аллергенӣ, эмбриотоксикӣ ва тератогенӣ надорад. Ҳангоми истифодаи якҷояи тимотсин (157 мкг/мл) бо доруҳои химиотерапевтӣ кам шудани давомнокӣ ва зиёдшавии самаранокии табобати бемориҳое, ки онҳоро рушди ҳолати дуҷумбораи норасоии масуният ҳамроҳӣ мекунад, ба қайд гирифта шуд.

Ҳамин тавр, дар тамоми ҷаҳон сатҳи баланди бемориҳои сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда боқӣ мемонад ва ин ба таъсири манфии чунин омилҳо, ба мисли тағйирёбии меъёру рафтори шахвонӣ, афзоиши теъдоди ҳамхобаҳои ҷинсӣ, сатҳи пасти огоҳонӣ оид ба сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва воситаҳои контрацепсия, муқовимати барангезандагони сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ ба доруҳои зиддибактериалӣ, инчунин афзоиши миқдори гурӯҳҳои аз ҷиҳати

ичтимоӣ осебпазир алоқаманд мебошад. Сатҳи баланди беморшавӣ ба сили шушҳо дар байни аҳолии синнусоли репродуктивӣ зарурияти омӯзиши таъсири сироятҳои силӣ ба чараён ва муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаро муайян менамояд [135,136]. Сили шушҳо ва сирояти урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда бемориҳои сироятии бо роҳҳои гуногуни интиқол, вале аз рӯи тавсифоти эпидемиологӣ ба ҳам монанд маҳсуб меёбанд, ба таври дигар, дар байни гурӯҳҳои якхелаи аҳоли, дар табақаҳои муайяни тиббӣ-ичтимоии чомеа дар байни шахсони чавон паҳн мегарданд ва ба оризаҳои низоми репродуктивӣ бурда мерасонанд. Ҳамаи ин ба нигоҳдории барангезанда ҳамчун шакл ёрӣ мерасонад ва муолиҷаи сироятҳои урогениталӣ ба паҳншавии ниҳоят васеи он дар байни аҳоли мусоидат менамояд. Хусусиятҳои хоси чараёни клиникӣ ва муолиҷаи сироятҳои урогениталӣ дар заминаи сили шушҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳанӯз омӯхта нашудааст, ки вобаста ба ин таҳқиқотҳои мо мубрам маҳсуб меёбанд.

Боби 2. Усул ва маводҳои тадқиқот

2.1. Тавсифоти беморони муоинашуда

Тадқиқот дар пойгоҳҳои Муассисаи давлатии «Маркази миллии бемориҳои сил шуш ва чароҳии кафаси сина», Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои пӯст ва узвҳои таносул»- и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, кафедраи «дерматовенерология» - и Муассисаи давлатии таълимии "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" анҷом дода шуд. Дар давраи аз соли 2016 то 2020, 135 нафар беморони гирифтори сили шуш ва сироятҳои урогениталии ҳамроҳшуда, ки гурӯҳи асосиро ташкил медиҳанд, муоина карда шуданд. Бо мақсади ошкор кардан ва арзёбии мукоисавии хусусиятҳои чараёни клиникаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш, 90 нафар беморони бо сироятҳои урогениталӣ, ки гирифтори сили шуш нестанд, санчида шуданд, ки гурӯҳи назоратиро ташкил доданд. Дар маҷмӯъ дар ҳарду гурӯҳ 133 мард ва 92 зан муоина карда шуданд. Ҳамаи беморон оид ба мазмун, ҳадаф, вазифаҳо ва марҳилаҳои тадқиқот иттилоъ дода шуданд.

Меъёрҳои шомил кардани беморон ба гурӯҳи асосӣ инҳо буданд:

1. Сили тасдиқшудаи шуш
2. Давомнокии химиотерапияи зиддисилӣ на камтар аз 1 моҳ
3. Шикоятҳо аз системаи урогениталӣ.
4. Синну соли 20-40 сола
5. Ризоияти бемор барои иштирок дар таҳқиқот.

Меъёрҳои хориҷ кардани беморон аз таҳқиқот инҳо буданд: мавҷудияти оташак, (сифилис), сирояти ВНМО, бемории вазнини соматикӣ, занони ҳомила, беморони гирифтори чунин шаклҳои сили шуш, ки даҳолати ҷарроҳиро талаб мекунанд, шаклҳои сили ғайришушӣ, синни то 20 сола ва аз 40 сола боло; беморони аз майзадагӣ ва нашъамандӣ ислоҳнашуда. Беморон аз рӯи чинс ва синну сол тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи асосии беморон 81 (60,0%) мард ва 54 (40,0%) зан ба қайд гирифта шуданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 52 нафар (57,8%) мард ва 38 нафар (42,2%) зан иборат буд. Дар гурӯҳи асосӣ фоизи беморони

сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ синнусоли 25-30 сола рост омад, ки шумораи мардон ва занон 73 (54,1%) нафарро ташкил дод. Дар синнусоли 25-30-солагӣ 42 (31,1%) мард ва 31 (23,0%) зан буданд (ҷадвали 2.1)

Ҷадвали 2.1. - Тақсимоти беморон аз рӯи ҷинс ва синну сол

Сол		Гурӯҳ			Ҷамагӣ (n=225)	
		Гурӯҳи Асосӣ (n=135)	Гурӯҳи назоратӣ (n=90)	p	Абс.	%
20-25	М	15 (11,1%)	17 (18,9%)	>0,05	32	14,2
	З	10 (7,4%)	15 (16,7%)	<0,05	25	11,1
25-30	М	42 (31,1%)	14 (15,6%)	<0,01	56	24,9
	З	31 (23,0%)	12 (13,3%)	>0,05	43	19,1
30-35	М	14 (10,4%)	10 (11,1%)	>0,05	24	10,7
	З	8 (5,9%)	4 (4,4%)	>0,05*	12	5,3
35-40	М	10 (7,4%)	11 (12,2%)	>0,05	21	9,3
	З	5 (3,7%)	7 (7,8%)	>0,05*	12	5,3
Ҷамагӣ	М	81 (60,0%)	52 (57,8%)	>0,05	133	59,1
	З	54 (40,0%)	38 (42,2%)	>0,05	92	40,9
p ₁		<0,01	<0,05		<0,001	

Эзоҳ: p – меъёри фарқияти омории нишондодҳои байни гурӯҳҳо (бо меъёри χ^2 , *бо меъёри муайяни Фишера); p₁ – меъёри фарқияти омории нишондодҳои мардон ва занон (бо меъёри χ^2 .)

Тавре ки аз ҷадвали 2.1 дида мешавад, шумораи камтарини беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳи асосӣ дар байни одамони синну соли 35-40 сола мушоҳида шудааст, ки дар онҳо 10 (7,4%) мард ва 5 (3,7%) зан буданд.

Дар гурӯҳи назоратии беморони синну соли 20-25-сола шумораи бештари беморон буданд, ки 32 (35,6%) ҳолатҳоро ташкил медиҳанд, ки аз он 17 нафар (18,9%) мардон ва 15 нафар (16,7%) занон мебошанд. Дар гурӯҳи назоратӣ шумораи камтарини беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи

урогениталӣ дар синни 30-35-солагӣ ба кайд гирифта шуданд, ки дар он аз 14 нафар (15,6%) беморон 10 нафар (11,1%) мард ва 4 нафар (4,4%) зан буданд.

Дар гурӯҳи асосӣ шумораи зиёди беморони гирифтори сирояти урогениталӣ ба синни 25-30-солагӣ рост омада, 73 нафарро (54,1%) ташкил медиҳанд, яъне назар ба гурӯҳи назоратӣ 1,9 маротиба зиёдтар рух додааст, ки дар он 26 (28,9%) бемор муайян карда шудааст.

Таҳлили сатҳи иҷтимоии беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ бо мақсади ошкор кардани шумораи бемороне, ки дар шароити шахр ва деҳот зиндагӣ мекунанд, инчунин дар байни одамони корӣ, ғайри корӣ ва донишҷӯён гузаронида шуд (ҷадвали 2.2.)

Ҷадвали 2.2.- Сатҳи иҷтимоии беморон дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ

Гурӯҳ	Шаҳр	Деҳот	Корӣ	Бе кор	Донишҷӯён
Асосӣ (n=135)	59 (43,7%)	76 (56,3%)	53 (39,3%)	57 (42,2%)	25 (18,5%)
Назоратӣ (n=90)	54 (60,0%)	36 (40,0%)	38 (42,2%)	18 (20,0%)	34 (37,8%)
p	<0,05	<0,05	>0,05	<0,001	<0,01
Ҷамагӣ (n=225)	113 (50,2%)	112 (49,8%)	91 (40,5%)	75 (33,3%)	59 (26,2%)

Эзоҳ: p – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни гурӯҳҳо (бо меъёри χ^2)

Тавре ки аз ҷадвали 2.2 дида мешавад, дар гурӯҳи асосии беморон сокинони деҳот бартарӣ доштанд. Шумораи онҳо 76 нафарро (56,3%) ташкил дод, ки ин нисбат ба сокинони шаҳр 1,3 маротиба зиёд буда, дар байни онҳо 59 (43,7%) беморони сили шуш бо сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ошкор карда шуданд. Дар гурӯҳи назоратии беморон, баръакс, сокинони шаҳр бартарӣ доштанд, ки онҳо нисбат ба сокинони деҳот 1,5 маротиба зиёдтар буданд (мутаносибан 54 (60,0%) нисбат ба 36 (40,0%) ҳолат). Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ аксарият одамони бекор буданд, ки шумораи онҳо 57 (42,2%) ҳолатҳо ва одамони корӣ - 53 (39,3%)-ро ташкил дод. Шумораи камтарин донишҷӯён буданд,

ки дар байни онҳо сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 25 ҳолат (18,5%) ошкор карда шуданд. Ин бо маълумоти адабиёт мувофиқат менамояд, ки робитаи мусбӣ байни бемории сил ва чунин омилҳои иҷтимоӣ, ба монанди шароити бади зиндагӣ ва вазъи оилавино, ки ҳам ба мардон ва ҳам ба занон дахл дорад, тасдиқ менамояд [2,41,54]. Ба гуфтаи ин муаллиф, дар байни беморони сил 57,3% шахсони корношоям бартарӣ доранд, дар ҳоле ки дар таҳқиқоти мо ин рақам 57 нафарро (42,2%) ташкил додааст. Муаллиф қайд мекунад, ки ҳамагӣ 16,3 Ҷоиз, маъҷубон 6,3 Ҷоиз, донишҷӯён 8,2 Ҷоиз, занони ҳомила ва ширдеҳ 2,0 Ҷоиз, шахсони бесарпанох 1,6 Ҷоиз ташкил медиҳанд. Иҷбот шудааст, ки гирифташавӣ ба бемории сили шуш дар байни одамони ҷои қор ва таҳсил надошта, зиёд мешавад, ки дар байни онҳо ҳолатҳои гирифташавӣ ба ин беморӣ 47,0% -ро ташкил медиҳад. Муайян карда шуд, ки бекорон нисбат ба одамони ба қор машғулбуда 8,9 маротиба зиёдтар гирифташавӣ бемории сил мебошанд [38,56,57]. Зимнан, соли 2006 афзоиши баландтарини бемории сил дар байни бекорон ба қайд гирифта шуд. Ин омилҳо дар таҳқиқоти Бобоҳочаев О.И. (2012) тасдиқи худро ёфтаанд. Дар он нишон дода шудааст, ки шароити зиндагӣ низ як муҳити мусоид барои паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ мебошад, ки ба афзоиши онҳо, ба ақидаи муаллиф, омилҳои тиббӣ иҷтимоӣ, аз қабилӣ синну сол, вазъи оилавӣ, паст будани сатҳи таҳсилот ва шароити моддӣ таъсири бевосита мерасонанд, ки сабаби асосии онҳо бекорӣ, муҳочират ва серфарзандӣ мебошад [12].

Дар гуруҳи назоратӣ ҳолати баръакс ошкор карда шуда, инро шумораи зиёди беморони қорӣ тасдиқ намуд, ки ин 38 (42,2%) ҳолатро ташкил медиҳад, ки ин нисбат ба беморони ғайриқорӣ 2 маротиба зиёдтар аст (18,0 (20,0 %)). Бояд қайд кард, ки 34 нафар (37,8%) донишҷӯён дар гуруҳи назоратӣ беморҳои сироятии урогениталиро ошкор карданд, ки ин нисбат ба гуруҳи асосӣ 2 маротиба зиёдтар аст (25 (18,5%) ҳолат).

Яъне, дар байни беморони гирифташавӣ сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар байни аҳолии деҳот нисбат ба сокинони шаҳр 1,3 маротиба зиёдтар ба назар мерасиданд (76 (56,3%) нисбат ба 59 (43,7%)),

аксарияти онҳо бекорон 57 (42,2%) ва 53 (39,3%) машғули кор буданд, шумораи камтарини онҳо донишҷӯён буданд.

Дар натиҷаи таҳқиқоте, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ гузаронида шуданд, хусусиятҳои чараёни сили шуш ошкор карда шуданд (ҷадвали 2.3.)

Ҷадвали 2.3. - Тақсимои беморон вобаста ба шакли сили шуш (n = 135)

Шакли клиникаи сили шуш	шакли инфилтративии сил	шакли паҳнғаштаи сил	p
Раванди яктарафа (n=99)	48 (48,5%)	51 (51,5%)	>0,05
Раванди дутарафа (n=36)	13 (36,1%)	23 (63,9%)	<0,05
Ҷамагӣ (n=135)	61 (45,2%)	74 (54,8%)	>0,05

Эзоҳ: p – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни шаклҳои сили шушҳо (бо меъёри χ^2)

Аз 135 нафар беморони сили шуш, дар аксари ҳолатҳо, беморони гирифтори шаклҳои паҳнғаштаи сил ба мушоҳида расиданд, ки нисбат ба беморони гирифтори инфилтративии сили шуш 1,2 маротиба зиёдтар мебошад, яъне 74 (54,8%) нисбат ба 61 (45,2%) ҳолатҳо. Илова бар ин, дар аксари ҳолатҳо, беморони сили яктарафай шуш мушоҳида карда шуданд, ки ин 99 (73,3%) беморонро ташкил дод, ки ин нисбат ба беморони ташхисёфтаи раванди дутарафа 2,7 маротиба зиёд аст, яъне 36 (26,7%) ҳолат.

Ҷамзамон, иллатёбии 2 сегменти шуш дар 69 бемор (51,1%) ошкор карда шуд (ҷадвали 2.4.)

Ҷадвали 2.4. - Тақсимои беморони сили шуш вобаста ба шумораи сегментҳои зарардида (n = 135)

Шакли клиникаи сили шуш	Теъдоди сегментҳои иллатёфта			Ҷамагӣ
	1	2	3 ва зиёда	
Сили инфилтративӣ	10 (16,4%)	32 (52,5%)	19 (31,1%)	61 (100%)

Идомаи чадвали 2.4

Сили паҳншуда	13 (17,6%)	37 (50,0%)	24 (32,4%)	74 (100%)
P	>0,05	>0,05	>0,05	
Ҳамагӣ	23 (17,0%)	69 (51,1%)	43 (31,9%)	135 (100%)

Эзоҳ: p – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни беморони сили инфилтративи ва паҳншудаи шушҳо (бо меъёри χ^2)

Тавре ки аз чадвали 2.4 дида мешавад, дар 37 (50,0%) беморони гирифтори сили паҳншудаи шуш 2 сегмент, дар 24 (32,4%) ҳолат се ва ё зиёда сегмент зарар дидаанд ва дар беморони сили инфилтративӣ шумораи беморони гирифтори чароҳатҳои ду ва ё зиёда аз се сегмент, мутаносибан дар 32 (52,5%) ва 19 (31,1%) ҳолатҳо ошкор карда шуданд.

Аз сабаби он, ки қисмати асосии беморони сили шуш дар табобати бистарӣ қарор доштанд, фоизи беморони бактериячудокунии мусбат нисбат ба бактериячудокунии манфӣ 2 маротиба зиёдтар- (91 (67,4%) нисбат ба 44 (32,6%) буд (чадвал 2.5.)

Чадвали 2.5. - Тақсимои беморон аз рӯи хусусиятҳои бактериячудокунии

Шакли клиникӣ сили шуш	МБТ -		МБТ +		p_1
	A	%	A	%	
Сили инфилтративӣ (n=61)	18 бс	29,5	43 бс	70,5	<0,001
Сили паҳншуда (n=74)	26	35,1	48	64,9	<0,001
p_2	>0,05		>0,05		
Ҳамагӣ (n=135)	44	32,6	91	67,4	<0,001

Эзоҳ: p – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни гуруҳҳои беморони бо МБТ- ва МБТ+; сили инфилтративи ва паҳншудаи шушҳо (бо меъёри χ^2) p_2 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни беморони сили инфилтративи ва паҳншудаи шушҳо (бо меъёри χ^2)

Бояд қайд кард, ки дар гурӯҳи беморони сили инфилтративии шуш беморони гирифтори МБТ + сили инфилтративии шуш бартарӣ доштанд, ки онҳо

дар муқоиса ба шакли сили паҳнғашта 43 (70,5%) ҳолатро ташкил доданд, ки дар он ҷо МБТ + 48 (64,9%) беморон буд, аммо шумораи беморони гирифтори МБТ - бо сили инфилтративӣ нисбат ба сили паҳншуда (18 (29,5%) дар муқобили 26 ҳолат (35,1%) камтар буд.

Яъне, дар гурӯҳи асосӣ беморони гирифтори шаклҳои гуногуни сили шуш буданд, ки аз рӯи шумораи сегментҳои зарардида ва хусусияти бактерияҷудоқунӣ фарқ мекарданд. Дар ин гурӯҳ сироятҳои урогениталӣ дар синни 25-30-солагӣ, яъне дар синни ҷавони репродуктивӣ мушоҳида мешуданд ва шумораи онҳо 73 ҳолатро (54,1%) ташкил меод, яъне нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,9 маротиба зиёдтар аст, ки дар синни зикршуда 26 нафар (28,9%) беморон муайян карда шуданд.

2.2. Усулҳои тадқиқоти клиникӣ ва таҷҳизотӣ

Ташҳиси сили шуш тавассути маҷмӯи тадқиқоти ташҳисӣ бо истифодаи усулҳои клиникӣ ва радиологӣ, бактериологӣ, биохимиявӣ ва таҷҳизотӣ тасдиқ карда шуд. Муоинаи рентгенӣ дар ҳар 2 моҳ пай дар пай гузаронида мешуд, ки инҳоро дар бар мегирифт: рентгенографияи оддии қафаси сина дар проексияҳои пеш ва паҳлӯ, томографияи шуш дар проексияҳои мустақим ё паҳлӯӣ. Барои муайян кардани микобактерияи сил (МБТ) дар балғам, обҳои бронхҳо, шустани бронхҳо усули ташҳиси лаборатории сил ва устувориини доругӣ бо истифода аз анализатори GeneXpert истифода шудааст, то хассосияти МБТ ба рифампитсин арзёбӣ карда шавад, ки дар натиҷаи он мумкин аст бактериянокӣ дар муддати кӯтоҳ муайян карда, химиотерапияи мувофиқ таъйин карда шавад.

2.2.1. Ташҳиси ултрасадоӣ

Бо мақсади арзёбии ҳолати узвҳои коси хурди беморон, усули ташҳиси ултрасадоӣ истифода шуд, ки бо истифода аз дастгоҳҳои «Sonoace» 7700 ва «Scanner» 200 гузаронида шудааст. Ташҳис дар ҳолати ба таври горизонталӣ ба пушт хобидани бемор гузаронида шуд ва то муолиҷа ба бемор тавсия дода шуд, ки давоми 3-4 соат аз пешобронӣ худдорӣ намояд.

2.2.2. Усулҳои ташҳиси сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда

Антигенҳои *Chlamidia trachomatis* тавассути реаксияи мустақими иммунофлуоресенсия (РМИ) ва реаксияи занҷираи полимераза (РЗП) муайян карда шуданд ва барои ташхиси сироятҳои уреоплазма ва микоплазма иммунофлуорестсенсияи мустақим, реаксияи занҷираи полимераза ва усулҳои культуралӣ истифода шуданд. Ин усулҳои ташхис аз ҷониби стандартҳои миллии идоракунии беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ тавсия дода мешаванд (2020). Назорати самаранокӣ пас аз 6 моҳ гузаронида шуд.

1. Реаксияи мустақими иммунофлуорестсенсия (РМИ)

Усули реаксияи мустақими иммунофлуорестсенсия (РМИ) бо антителаҳои моноклоналӣ бо нишони изотсиосианти флуорестсеин (ФИТС-дору) бо мақсади ошкор кардани антигенҳои *Chlamidia trachomatis*, *Ureoplasma urealyticum* ва *Mycoplasma genitalium* гузаронида шуд. Реаксияи мустақими иммунофлуорестсенсия (РМИ) бо ёрии маҷмуи «Хламискан» (истеҳсолкунанда БТК ЛАБ диагностика, Москва) бо анализатори реаксияҳои иммуноферментӣ АИФР-01 УНИПЛАН (истеҳсолкунанда: ЗАО «Пикон», Россия) амалӣ карда шуд. Натиҷаҳо бо флуорестсенсияи мушаххаси ҷисмҳои ибтидоӣ ва ретикулярии хламидия арзёбӣ карда шуданд.

2. Усули реаксияи занҷирии полимеразӣ (РЗП)

Усули РЗП бо мақсади ошкор кардани антигенҳои *Chlamidia trachomatis*, *Ureoplasma urealyticum* ва *Mycoplasma genitalium* гузаронида шуд. Ҳангоми таҳлили РЗП протоколи дастур қатъиян риоя карда шуд. Пеш аз марҳилаи ҷудокунии ДНК, озмоиши клиникӣ гузаронида шуд, ки дар он маҳлулҳои ДНК ё РНК барои боз ҳам васеъ кардани он ба даст оварда шуданд. Ҷудокунии ДНК аз бионамунаҳо дар се марҳила гузаронида шуд: аввал омехта, гармкунӣ ва центрифугатсия, сипас ҷамъшавии пораҳои мушаххаси ДНК. Ҳамчун назорати дохилӣ, мо як плазмиди рекомбинатсионӣ истифода кардем, ки дар он як пораи ДНК-и барои барангезанда ғайримуқаррарӣ ҷой дорад, ки тақвият дода шуда буд, аммо дар айни замон як пораи ДНК синтез карда шуд, ки аз ҷиҳати ҳаҷм аз пораи синтезшудаи патогенҳои таҳқиқшуда фарқ мекард. Дар асоси назорати дохилӣ, ҷараёни реаксияи ампликатсия, инчунин санҷиши мавҷудияти моддаҳо дар

намунаҳое, ки РЗП-ро бозмедоранд, назорат карда шуд. Дар марҳилаи муайян кардани маҳсулоти ампликатсионӣ, ДНК бо олигонуклеотид дурага карда шуд ва гибриди ба вучудода ба кайдгирии автомати флуорестсенсия гузаронида шуд. Ҳамин тариқ, мушаххасоти ДНК-и реаксияи ампликатсия якҷанд маротиба тасдиқ карда шуд. Ҳисобкунии натиҷа ба таври автоматикӣ тавассути барномаи махсуси компютерӣ сурат гирифта, дар экран дар шакли рақамӣ намоиш дода мешавад. Дар тадқиқот реактивҳое истифода шуданд, ки барои истифода аз ҷониби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ шудаанд.

3. Усули таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ).

Асоси ин усулро реаксияи пайвастшавии антитело бо сафедаҳои хос - антигенҳои барангезанда ташкил медиҳад. Арзёбии микдории пайвастшавии антителоҳо бо антигени барангезанда аз рӯи возеҳияти реаксияи рангӣ гузаронида шуд. Пеш аз гузаронидани ТИФ, чуқурчаҳои тасмаҳои истифодашуда як маротиба бо маҳлули шустушӯӣ дар тӯли 5 дақиқа бо ёрии шустушӯяки автоматӣ шуста шуданд. Дар ҳама чуқурчаҳои тасмаҳо 80 мкл маҳлул барои ҷудокунии хуноба илова карда шуд. Сипас, дар дилҳоҳ аз ду ҷоҳ, 20 мкл намунаи манфии назоратӣ, дар ҷоҳи №1 - № 20 мкл намунаи манфии назорати мусбӣ илова карда шуданд. Ба ҳама чуқурчаҳои дигар 20 мкл зардоби хуни санҷидашуда илова карда шуд ва ба ин васила маҳлули 1: 5 ба даст омад. Тасмаҳо дар 37 ° С барои 30 дақиқа инкубатсия карда шуданд. Сипас, чуқурчаҳоро бо маҳлули шустушӯӣ бодикқат шустанд ва 100 мкл маҳлули конъюгат илова карда шуд. Тасмаҳо дар ҳарорати 37 ° С барои 30 дақиқа дубора инкубатсия карда шуданд. Дар охири инкубатсия тасмаҳоро шуста, 100 мкл маҳлули хромоген илова карданд. Баъдан, онҳо дар ҷои аз рушноӣ муҳофизатшуда ҷойгир карда шуданд ва дар 30 дақиқа дар ҳарорати 18-25 ° С гузошта шуданд. Реаксия бо илова кардани 100 мкл реактиви стоп-реагент ба ҳар як ҷоҳ қатъ карда ва зичии оптикӣ фавран чен карда шуд. Натиҷаҳои ТИФ бо истифода аз спектрофотометр сабт карда шуданд. Вобаста аз намуди сироят, системаи дахлдори озмоиши ширкати "Вектор - Бест" -и Новосибирск истифода шудааст. Нишондодҳои масунияти хучайра бо истифодаи

маҷмӯи озмоишҳои сатҳи I ва II мувофиқи Р.В. Петров, таркиби иммуноглобулинҳои хуноба - бо ТИФ, маҷмӯаҳои даврзанандаи иммунӣ (МДИ) - тавассути боришоти полиэтиленгликолӣ, фаъолнокии фагоситии лейкоцитҳо (ФФЛ) ва шумораи фагосити (ШФ) - дар озмоиши НСТ муайян карда шуданд.

2.2.3. Арзёбии салоҳияти иммунии беморони муоинашуда

Арзёбии салоҳияти масунӣ дар 55 бемори гурӯҳи асосӣ ва 30 бемори гурӯҳи назоратӣ гузаронида шуд. Дар хуни канорӣ чунин параметрҳо ба монанди таркиби лимфоситҳо дар хуни канорӣ (CD_3 , CD_{20} , (CD_4 -Т-хелперҳо, CD_8 -Т-супрессорҳо), иммуноглобулинҳои хунобагии синфи А, М, G, E), таркиби миқдори миқдории лимфоситҳои CD_3 , CD_4 , CD_8 ва CD_{20} бо усули иммунофлуоресентии "Статус" бо истифода аз маҷмӯи антителаҳои моноклонӣ ва поликлональ муайян карда шуданд. Таркиби миқдории иммуноглобулинҳои умумии А, М, G ва E дар зардоби хун бо усули иммуноферментӣ, аз рӯи Ю.А.Гриневиҷ ва А.И.Алферов (1981), адади фагоситарӣ (АФ) ва фаъолнокии фагоситии лейкоцитҳо (ФФЛ) - мувофиқи усулҳои Н.А. Park (1972) муайян карда шуданд. Миқдори ситокинҳои илтиҳобии (IL-1 β), IL-6, IL-8 ва TNF- α) ва зиддиилтиҳобӣ (интерлейкинҳои 4, 10) тавассути озмоиши иммуноферментӣ бо истифода аз системаи озмоиши «ИФА _ БЕСТ» муайян карда шуданд.

Бо мақсади муайян кардани иллатҳои ғадуди простата анамнези ҷинсӣ ҳамчун оварда шуд, ки ба он маълумсозии фаъолнокии ҷинсӣ, ҳузури дард дар давраи эрекция ва оргазм дохил карда шудааст. Ҳангоми муоинаи клиникӣ нишондодҳои ташҳиси берунии узвҳои таносул, рӯдаи рост, молиши узвҳои таносул, ташҳиси рақамии ғадуди простата ба назар гирифта шуд. Барои ташҳиси мубрами уретрит, озмоиши дуистаконии Томпсон гузаронида шуд.

Микроскопияи андудаҳо (мазок) бо истифодаи ранги метилени кабуд ва рангкунии Грамаи препаратҳое, ки аз харошаҳо ё ихроҷҳои пешоб ва тарашшуҳи ғадуди простата омода шудаанд, гузаронида шуд. Ҳангоми ошкоршавии 5 ё зиёда лейкоцитҳои полиморфонуклеарӣ дар доғҳо, ташҳиси илтиҳоби уретра (уретрит) гузошта шуд.

Ҳангоми омӯзиши шираи ғадуди простата шумораи лейкоцитҳо, эритроцитҳо, донаҳои леситин, баданҳои амилоид ва ҳучайраҳои эпителиалӣ арзёбӣ карда шуданд. Ҳангоми муайян кардани 10 ва зиёда лейкоцитҳо ҳангоми мушоҳида дар ихроҷи ғадуди зери меъда мавҷудияти раванди илтиҳобӣ дар ғадуди простата ба қайд гирифта шуд. Аз рӯи миқдори доначаҳои летситинӣ ҳангоми микроскопи тарашшуҳи он, фаъолнокии функционалии ғадуди простата арзёбӣ карда шуд.

Ҳамаи беморон аз ташҳиси клиникий узвҳои таносул ва ташҳиси ултрасадои узвҳои коси хурд гузаронида шуданд, то мушкилоти сироятҳои узвҳои урогениталиро муайян кунанд. Занони пурсидашуда барои ташҳиси беморҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд аз ҷониби гинеколог муоина карда шуданд. Бо мақсади арзёбии дараҷаи илтиҳоби ғадуди простата, системаи байналмилалӣ арзёбии умумии нишонаҳои беморҳои ғадуди простата - IPSS истифода шудааст. Натиҷаи умумии нишонаҳо (IPSS) аз 0 то 35 арзёбӣ карда шуд. Дараҷаи сабук бо маҷмӯи 0-7 балл, миёна -8-19 балл, вазнин -20-35 ҳол муқаррар карда шуд.

Сифати зиндагии мардони гирифтори илтиҳоби ғадуди простата аз рӯи индекси QOL барои арзёбии ихтилоли мавҷудаи пешоб, бо истифода аз саволномае, ки беморон мустақилона пур кардаанд, баҳогузорӣ карда шуд (ҷадвали 2.6.)

Ҷадвали 2.6. - Системаи байналмилалӣ арзёбии маҷмуии аломатҳои ғадуди простата (IPSS)

Савол	Набуд	Як пешоббарорӣ (як маротиба) Дар шабонарӯз	Камтар аз нисфи пешоббарорӣ	Тахминан ним пешоббарорӣ дар шабонарӯз	Зиёда аз ним пешоббарорӣ дар шабонарӯз	Қариб ҳамеша
1	2	3	4	5	6	7
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро хис кардед?	0	1	2	3	4	5

Идомаи ҷадвали 2.6

Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	0	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	0	1	2	3	4	5
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	0	1	2	3	4	5
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	0	1	2	3	4	5
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	0	1	2	3	4	5
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	0	1	2	3	4	5
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	Ягон мароти ба	1 бор	2 бор	3 бор	4 бор	5 бор ва зиёда аз он
Дар давоми моҳ Шумо чанд маротиба пурра холи нашудани пешобдонатонро ҳис кардед?	0	1	2	3	4	5

Идомаи ҷадвали 2.6

Холи маҷмӯй IPSS = 0 - 35						
Сифати ҳаёт вобаста ба вайроншавиҳои мавҷудаи пешоббарорӣ						
	Олӣ	Хуб	Қаноатбахш	Эҳсоси омехта	Бад	Бисёр бад
Шумо барои то охири ҳаёт бо иллатҳои мавҷуда зиндагӣ кардан чӣ андеша доред?	0	1	2	3	4	5
Индекси арзёбии сифати ҳаёт QOL=0-6						

2.3. Усулҳои табobati сироятҳои урогениталӣ дар беморони муоинашуда

Барои арзёбии муқоисавии самаранокии муолиҷа дар беморони гирифтори сирояти урогениталӣ, ки бо сили шуш алоқаманданд, беморони гурӯҳи асосӣ (I) ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд:

Гурӯҳи I (A) аз 60 бемор иборат буд, ки аз химиотерапияи маъмулии комплекси зиддисилӣ, аз ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + азитромитсин, 1 г дар як ҳафта дар тӯли 3 ҳафта, гузаронида шуданд. Вояи муолиҷавӣ - 3 г (Азитромитсин мувофиқи протоколҳои миллӣ барои идоракунии беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда, 2020 муқаррар карда шудааст).

Гурӯҳи II (A) аз 60 бемор иборат буд, ки аз химиотерапияи комплекси зиддисилӣ, аз ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + муолиҷаи сеунсурӣ барои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ (азитромитсин 1 г дар як ҳафта як маротиба дар давоми 3 ҳафта + иммуномодулятор Тимогар 1 мл дохили мушак 1 як маротиба дар як рӯз, дар давоми 10 рӯз. Дар беморони гирифтори сирояти Трихомонас, ба муолиҷаи комплексӣ метронидазол дар як шабонарӯз 500 мг 2 маротиба дар як шабонарӯз

ворид карда шуд; барои сирояти герпесвирус - валасикловир 125 мг дар як рӯз дар давоми 5 шабонарӯз).

Дар табобати комплекси беморони харду гурӯҳ, гепатопротекторҳо ва муолиҷаи витаминӣ истифода шуданд.

Асоси истифодаи доруи Тимогар, ки маҳлули оби намаки натрий изолейсил-триптофан дипептид мебошад, беаҳрири исботшудаи он, таъсири хуб ба организми зинда ва набудани ҳосиятҳои аллергиявӣ ва таҳрикии он буд. Доруи Тимогар барои истифодаи тиббӣ дар Тоҷикистон ба қайд гирифта тасдиқ шудааст (сабти ном № 000084Т аз 27 майи соли 2008). Самаранокии Тимогар дар табобати комплекси беморҳои онкологӣ исбот шудааст, зеро истифодаи он микдори хун ва таъсири ҳавасмандгардонӣ ба ҳолати иммунитети Т -ҳуҷайраҳои ба эътидол овард. Ин имкон дод, ки рушди метастазҳо коҳиш дода ремиссияи клиникаи беморӣ дароз карда шавад. Таъсири иммуномодулятори Тимогар ҳангоми табобати намудҳои гуногуни алопетсия ошкор карда шуд, зеро бо истифодаи комплекси он самаранокии муолиҷа дар 85,7% беморон қайд карда шуд.

2.3.1. Арзёбии самаранокӣ тибқи меъёрҳои ба таври умум қабулшуда анҷом дода шуд:

Ҳангоми тамоман нест шудани нишонаҳои клиникаи субъективӣ ва объективии сирояти урогениталӣ пас аз ба охир расидани табобат ва натиҷаҳои манфии санҷишҳои лабораторӣ, натиҷа ҳамчун табобати клиникӣ арзёбӣ карда шуд.

Беҳбудӣ коҳиши чиддии нишонаҳои субъективӣ ва ё объективии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ пас аз ба охир расидани табобат ва натиҷаҳои манфии лабораторӣ ба ҳисоб мерафт.

Ҳолат ҳамчун мавҷуд набудани табобати клиникӣ ҳангоми нигоҳ доштан ё афзоиш додани аломатҳои субъективӣ ва ё объективии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ пас аз хатми табобат арзёбӣ карда шуд;

Ҳолат ҳамчун такрори пайдоиши нишонаҳои субъективӣ ва ё объективии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар давоми 2- 4 ҳафтаи

пас аз ба охир расидани табобат дар сурати набудани нишонаҳои сирояти дубора арзёбӣ карда шуд.

2.4. Коркарди оморӣ натиҷаҳо

Бо истифода аз бастаи стандартии барномаи Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) анҷом дода шуд. Арзишҳои миқдорӣ дар шакли арзиши миёна ва хатогии стандартии он ($M \pm m$) тавсиф карда шуданд. Барои таҳлили фарқиятҳои байни гурӯҳӣ дар арзишҳои мустақили миқдорӣ, санҷиши Манн-Уитни, дар муқоисаҳои сершумор, Н - меъёри Краскела-Уоллиса истифода шудааст.

Боби 3. Зухуроти клиникӣ сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда дар беморони гирифтори сили шуш

3.1. Ангезандаҳои сирояти урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш.

Таҳлили басомади гирифтори ба сироятҳои урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш нишон дод, ки ҳамаи беморони муоинашуда дар титрҳои клиникӣ дорои ассотсиатсияҳои гуногуни сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ буданд. Аз рӯи басомад дар ҷои аввал сироятҳои омехта ошкор карда шуданд. Тибқи маълумотҳои имрӯза ин сироятҳо раванди патологiero ба вучуд меоранд, ки бо маҷмӯи мураккаби робитаҳои байнимикробӣ ва таъсири мутақобилаи популятсияҳои гуногуни микроорганизмҳо бо як патогенез тавсиф мешаванд, ки дар инкишофи он ҳар як микст инфект-ассотсианти таркибёфта саҳми муайян дорад [1]. Ассотсиатсияҳои микробӣ бо дараҷаҳои гуногуни моҳияти этиологии ҳар як микроорганизм метавонанд рушди атипикӣ ва ҷараёни беморихоии илтиҳобии узвҳои пешобу таносулро ба вучуд оранд, ки бояд ҳангоми арзёбии тасвири клиникӣ, нишондодҳои лабораторӣ ва таъйини табобати мувофиқ он ба назар гирифта шавад. Афзоиши ҳиссаи сироятҳои омехта дар сохтори беморихоии илтиҳобии узвҳои урогениталӣ зарурати ҷустуҷӯи доруҳои этиотропиро, ки бар зидди маҷмӯи барангезандаҳои сироятҳои урогениталӣ самаранок мебошанд, тақозо менамояд. Дар ҷои аввал аз рӯи басомад сироятҳои омехта муайян карда шуданд, ки басомади онҳо дар гурӯҳи асосӣ 100 ҳолат (74,1%) ва дар гурӯҳи назоратӣ 58 (64,4%) ҳолатро ташкил медиҳад (ҷадвали 3.1).

Ҷадвали 3.1. - Тақсимооти беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда вобаста ба намуди барангезанда.

Барангезандагони сироят	Гурӯҳи асосӣ (n=135)		Гурӯҳи назоратӣ (n=90)		p
	Абс	%	Абс	%	
Ch. Trach.+Ureapl ureal+ Trichominis vag.	27	20,0	9	10,0	<0,05*
Ch. Trach.+Ureapl ureal+ Herpesvir	24	17,8	0	0,0	<0,001**

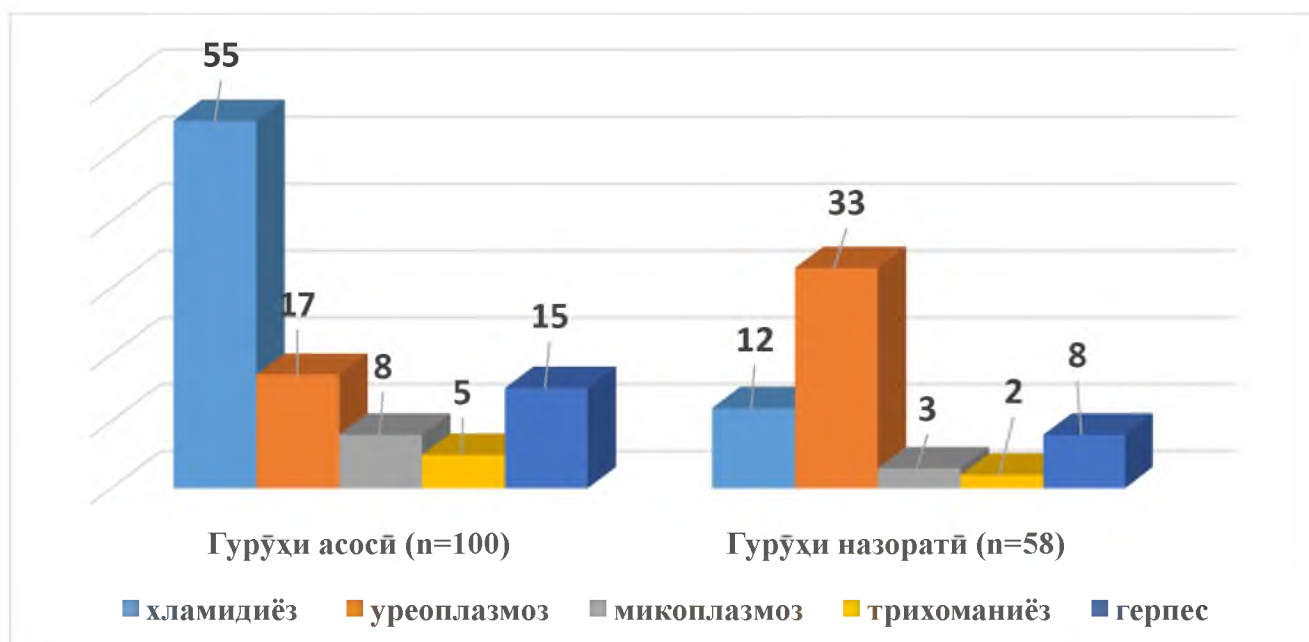
Идомаи ҷадвали 3.1

Ch. Trach. + Ureapl ureal+ Mycopl.genit.	14	10,4	13	14,4	>0,05
Ch. Trach.+Ureapl ureal	12	8,9	18	20,0	<0,05
Ch. Trach.+ Herpesvir	12	8,9	18	20,0	<0,05
Ureapl ureal+ Mycopl.genit.	11	8,2	0	0,0	<0,01**
Chlamydia trachomatis	4	3,0	13	14,4	<0,01**
Ureoplasma urealyticum	8	5,9	9	10,0	>0,05*
Mycoplasma genitalium	4	3,0	6	6,7	>0,05**
Herpesvir	19	14,1	4	4,4	<0,05**

Эзоҳ: p_2 – моҳияти фарқияти омори нишондодҳои байни гурӯҳҳо (бо меъёри χ^2) * бо ислоҳи Йетса**, бо меъёри амиқи Фишера)

Сирояти омехтаро дар 65 (48,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ассотсиатсияҳои 3 сироят ва дар 35 (25,9%) - ассотсиатсияҳои 2 сироят намояндагӣ карданд. Дар гурӯҳи назоратии беморон сироятҳои омехта дар 58 ҳолат (64,4%) ошкор карда шуданд, ки аз он ҷумла ассотсиатсияҳои се сироят дар 22 ҳолат (37,9%) ва ду сироят дар 36 ҳолат (62,1%) мушоҳида карда шуданд. Ҳамзамон, дар гурӯҳи назоратии беморон 32 (35,5%) беморони гирифтори моноинфексия мушоҳида карда шуданд, ки аз он ҷумла хламидиоз дар 13 (40,1%) беморон ва сироятҳои уреоплазма ва микоплазма дар 9 нафар (28,1%) ва 6 (18,6%) ҳолат ба назар расид. Аммо, моноинфексияи сирояти герпесовирус дар беморони гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 3,2 маротиба зиёдтар буд (19 (14,1%) нисбат ба 4 (4,4%) беморон). Яъне, гурӯҳи асосӣ аз гурӯҳи назоратӣ бо он фарқ мекард, ки якҷояшавии се сироят дар беморони ин гурӯҳ бештар ба мушоҳида мерасанд. Дар гурӯҳи назоратӣ бошад якҷояшавии се сирояти узвҳои ҷинсӣ мушоҳида нашуд. Ҳамзамон дар гурӯҳи назоратии беморон ҳолатҳои моноинфексия, махсусан сироятҳои хламидиоз, уреоплазма ва микоплазма ошкор карда шуданд, аммо дар гурӯҳи асосӣ сирояти герпесовируси ҷудошуда бештар ба мушоҳида мерасад.

Муайян карда шуд, ки сирояти хламидиавӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ҳамчун як қисми сирояти омехта бештар ба назар мерасад (расми 3.1).



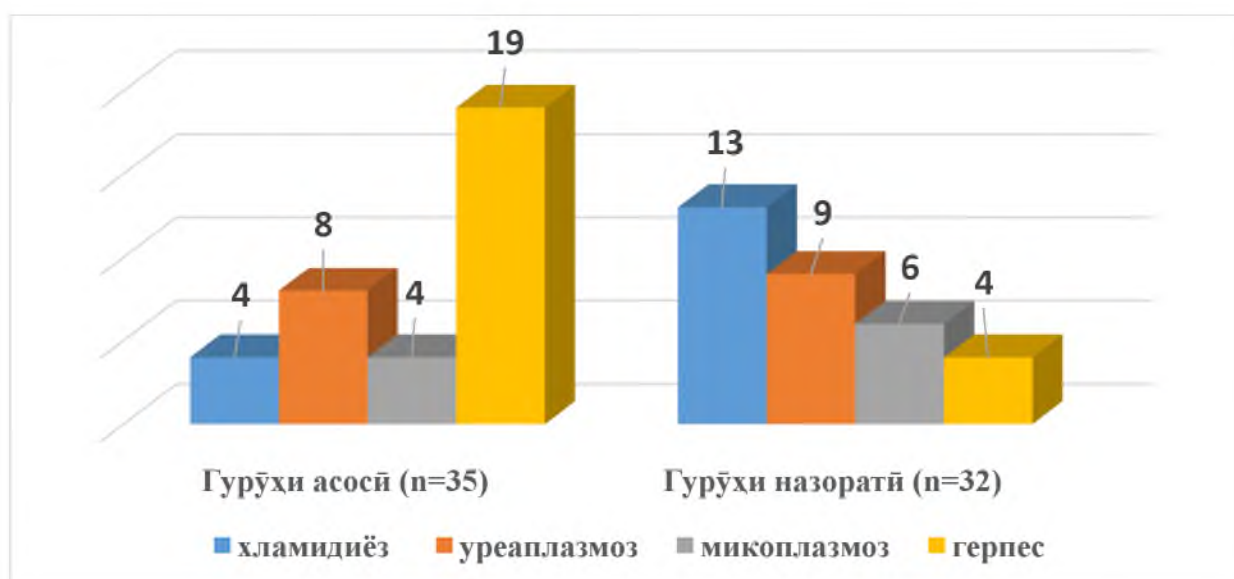
Расми 3.1. - Ангезандаҳои сироятҳои омехтаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ

Барангезандаи хламидия ҳамчун як чузъи сирояти омехта дар 55 (55,0%) беморони гурӯҳи асосӣ ошкор карда шуд, ки ин нисбат ба басомади сирояти омехта дар беморони гурӯҳи назоратӣ 2,7 маротиба (12,7 %) зиёдтар аст. Сироятҳои уреоплазма ва микоплазма дар беморони гурӯҳи асосӣ мутаносибан 17 (17,0%) ва 8 (8,0%) -ро ташкил доданд, ки ин нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки шумораи онҳо 12 (13,3%) ва 3 буданд, 1,3 ва 2,4 маротиба (3,3%) зиёдтар аст. Бояд қайд кард, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ, ҳамчун як қисми сирояти омехта, сирояти вирусӣ бештар ба мушоҳида мерасад, ки нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,7 маротиба зиёдтар рух додааст, яъне 15 (15,0%) нисбат ба 8 (8,8%) беморон. Тадқиқотҳои моро маълумотҳои дигар тадқиқотчиён тасдиқ менамоянд, ки тибқи онҳо дар байни сироятҳои урогениталӣ дар 64% ҳолатҳо якҷояшавии *Ureoplasma urealyticum* ва *Chlamydia trachomatis* ба назар мерасанд [81]. Дар баробари ин, хламидиозҳо, ки муфтхӯрҳои дохилихучайравӣ мебошанд, бинобар хусусияти давраи зиндагии худ, боиси зуд-зуд пайдо шудани шакли доимии сироят ва муковимат ба табобат мегарданд. Баръакс, *Ureoplasma urealyticum* микроорганизмҳои оппортунистӣ мебошанд, ки метавонанд дар мембранаи сперматозоидҳо ва луобпардаи узвҳои таносул муфтхӯрӣ кунанд. Ба ақидаи муаллифон, хламидиоз метавонад дар инсон як қатор осеби узвҳо ба бор орад,

ҳамзамон ҳам узвҳои таносули берунӣ ва ҳам дохилиро вайрон кунад. Ҳамаи ин ба он оварда мерасонад, ки мавҷудияти сирояти хламидиявӣ дар ассотсиатсияи омилҳои сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузаранда боиси рушди раванди илтиҳобии торпидӣ дар беморони гирифтори бемории сили шуш мегардад.

Яъне, дар беморони сили шуш сирояти омехтаи урогениталӣ нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 100 (74,1%) дар муқоиса 58 (64,4%) 1,2 маротиба зиёдтар ва дар 55 (55,0%) ҳолатҳое, ки сирояти хламидиявӣ доранд, руҳ медиҳад.

Басомади ангебандаҳои моноинфексия низ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ фарқ доштанд.



Расми 3.2. - Ангебандаҳои моно-сироятҳои урогениталӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ

Тавре ки аз расми 3.2 дида мешавад, дар гурӯҳи асосӣ сирояти герпесвирус аксар вақт ҳамчун моноинфексия мушоҳида мешавад, ки басомади он 19 (54,3%) ҳолатро ташкил медиҳад, ки ин нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 12,3 маротиба зиёдтар аст, ки дар он шумораи беморони герпеси узвҳои таносули 4 ҳолат (4,4%) -ро ташкил медиҳанд. Ҳамзамон, дар гурӯҳи асосӣ беморони хламидиявӣ 3,5 маротиба камтар буданд - (13 (40, 6%) нисбат ба 4 (11,4%) беморони хламидия), 1,2 маротиба камтар беморони уреаплазмоз - 9 (28, 1) % нисбат ба 8 ҳолат (22,8%), 1,6 маротиба камтар беморони микоплазмоз - 6 (18,8%) нисбат ба 4 (11,4%).

Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ сирояти кандидӣ дар беморони гирифтори сирояти урогениталӣ ошкор карда шуд. (ҷадвали 3.2.).

Ҷадвали 3.2.- Сирояти кандидӣ дар беморони гирифтори СБРАҶГ-и урогениталӣ.

Барангезан дағони сироят	Теъдоди беморони бо СБРАҶГ-и урогениталӣ ИППП					Теъдоди беморони кандидоз				
	ОГ (n=135)		РГ (n=90)		p	ОГ (n=135)		РГ (n=90)		p
	abc	%	abc	%		abc	%	abc	%	
Якҷошавии се сироят	65	48,1	22	24,4	<0,001	48	35,6	9	10,0	<0,001
Якҷошавии ду сироят	35	25,9	36	40,0	<0,05	24	17,8	10	11,1	>0,05
Моноинфексияҳо	35	25,9	32	35,6	>0,05	29	21,5	15	16,7	>0,05
Ҳамагӣ	135	100,0	90	100,0		101	74,8	34	37,8	<0,001

Эзоҳ: p_2 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни гурӯҳҳо (бо меъёри χ^2)

Тавре ки аз ҷадвали 3.2 дида мешавад, дар беморони гурӯҳи асосӣ кандидоз дар 101 (74,8%) беморон ва дар беморони гурӯҳи назоратӣ - дар 34 (37,8%) беморон, яъне 2 маротиба нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ бештар рух додааст. Дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ сирояти кандидӣ бештар дар якҷоягӣ бо моноинфексия муайян карда мешуд, аммо дар айни замон, дар гурӯҳи асосӣ шумораи ин беморон нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,8 маротиба зиёдтар буд, (29 (82,9%)) муқобили 15 (46,9%). Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар заминаи сирояти бемории сили шуш сироятҳои урогениталӣ тамоюл ба шакли микст, яъне омехта доранд ва бар хилофи беморони бе сирояти сил дар аксари мавридҳо хусусияти якҷояшавии се ё зиёда барангезандаҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталиро доранд. Илова бар ин, бинобар таъсири

бемории сили шуш ба системаи масунияти бадан, аз сабаби мавҷудияти норасоии масунияти дуҷумбора дар беморони гирифтори бемории сили шуш, дар ин беморон ҳолатҳои сирояти герпесвирусӣ бартарӣ доранд, ки худ аз худ боиси масунияти бадан мегардад ва дар ягҷоягӣ бо бемории сили шуш ба бад шудани ҷараёни сироятҳои урогениталӣ мусоидат мекунад. Мо маълум кардем, ки ҷараёни клиникаи сироятҳои урогениталӣ дар беморони гирифтори бемории сили шуш бо кандидозҳои ҳамроҳшудаи урогениталӣ фарқ карда меистад, ки ин ба химиотерапияи дарозмуддати антибиотикӣ ба ин гурӯҳи беморон алоқамандӣ дорад. Аз рӯи маълумотҳои адабиётҳо, занбӯруғҳои авлоди *Candida*, ҳамчун як патологияи ҳамроҳшудаи сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ, дар беморони гирифтори бемории сили шуш, ҷараёни сироятҳои урогениталиро тағйир медиҳад, зеро он дар заминаи қариб пурра набудани шикаҷотҳои хос ва ночиз ва зухуроти клиникаи норавшан рух медиҳад [93,98]

Ҳамин тариқ, дар беморони сили шуш сироятҳои урогениталӣ дар 100 ҳолат (74,1%) сироятҳои омехта буданд, ки дар 65 (48,2%) якҷояшавии се сироят ва дар 35 (25,9%) ҳолатҳо - якҷояшавии аз ду сироят ошкор гардид. Дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталии дар заминаи сирояти сил, афзоиши басомади сирояти герпесвирус нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ба назар мерасад, яъне 34 (25,2%; 135) муқобили 12 (13,3%; 90) ҳолат, ки ин эҳтимолан бо иммуносупрессия, ки аз тарафи микобактерияи сил ба вучуд омадааст, алоқаманд аст. Ғайр аз ин, дар беморони сили шуш басомади баланди сирояти кандидӣ ошкор карда шуд, ки он нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба зиёдтар аст (101 (74,8%) муқобили 34 (37,8%) ҳолатҳо), ки бо химиотерапияи антибактериалӣ барои ин гурӯҳи беморон шарҳ дода мешавад.

3.2 Зухуроти клиникаи сироятҳои урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш

Бо мақсади муайян кардани хусусиятҳои зухуроти клиникаи сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, шикаҷотҳои беморон таҳлил карда шуданд. Муайян карда шуд, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ шумораи

зиёди беморон аз дард шикоят кардаанд, ки онҳо мутаносибан дар 55 (40,7%) ва 27 (30,0%) беморон муайян карда шуданд (чадвали 3.3).

Чадвали 3.3. - Арзёбии муқоисавии шикоятҳо аз системаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ.

Шикоят	Гурӯҳи асосӣ (n=135)		Гурӯҳи назоратӣ (n=90)		P
	Абс	%	Абс	%	
Эҳсосоти дард	55	40,7	27	30,0	>0,05
Вайроншавиҳои дизурикӣ	26	19,3	22	24,4	>0,05
Тарашшухот аз роҳҳои пешоб	13	9,6	12	13,3	>0,05
Вайроншавиҳои шаҳвонӣ	11	8,1	16	17,8	<0,05
Решҳо дар узвҳои чинсӣ	5	3,7	4	4,4	>0,05**
Набудани шикоят	25	18,5	9	10,0	>0,05*

*Эзоҳ: p_2 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни гурӯҳҳо (бо меъёри χ^2) * бо ислоҳи Йетса**, бо меъёри амиқи Фишера)*

Тавре ки аз чадвали 3.3 дида мешавад, зухуроти субъективии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бештар дар 110 (81,5%) беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида карда шуданд, зеро дар 25 (18,5%) беморони ин гурӯҳ шикоят нашудааст. Дар гурӯҳи назоратӣ шикоятҳои субъективӣ дар 81 ҳолат (90,0%) мушоҳида шуда, набудани шикоят дар 9 ҳолат (10,0%), яъне дар гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо гурӯҳи назорат сироятҳои урогениталӣ 1,9 маротиба бештар бидуни зухуроти субъективӣ рух медиҳад (25 (18,5%) муқобили 9 (10,0%).

Ҳисси дард дар 55 (40,7%) беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида карда шуд, ки нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,4 маротиба камтар буданд, яъне дар 27 (30,0%) ҳолат ошкор карда шуданд. Эҳсоси дард дар мардон тавассути дардҳои даврии чатан, моядон, мавзеи қадкашак, чорбанд дар баробари асаби суринам зоҳир мешуданд.

Дар занҳо дардҳои дучониба дар поёни шикам бештар мушоҳида мешуданд, инчунин дардҳо ҳангоми кашиши гарданаи бачадон, дар минтақаи изофаҳо, ҳангоми ламс ва фишор ба бачадон ба қайд гирифта шуданд.

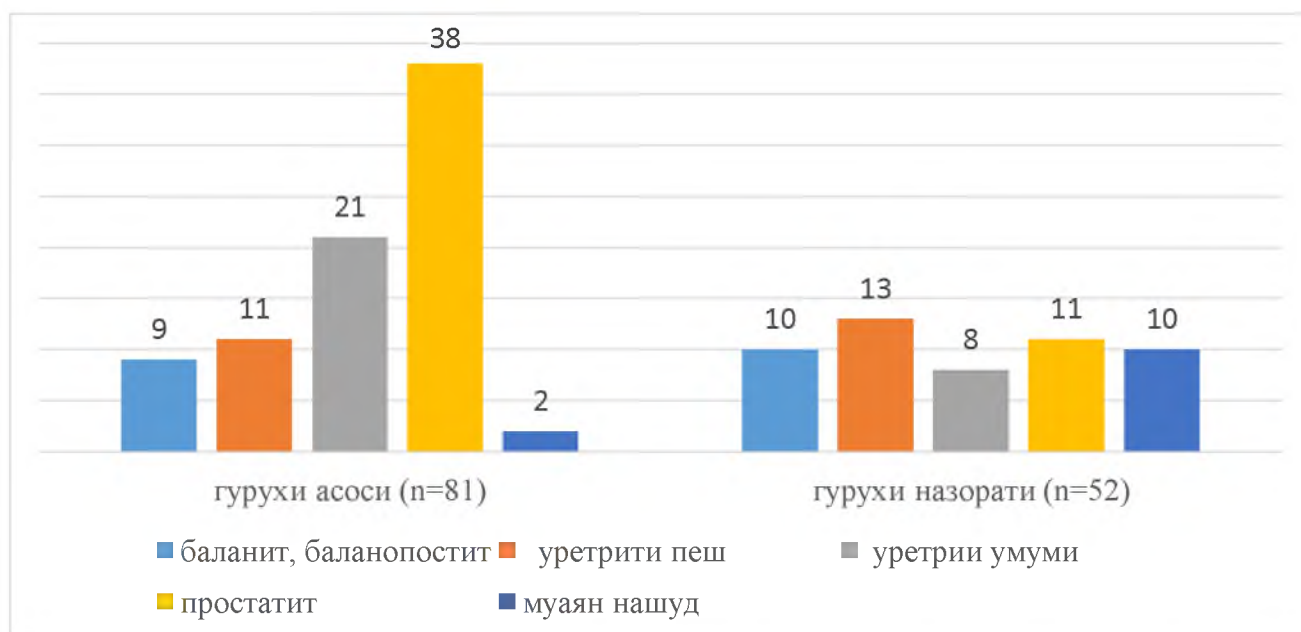
Вайроншавиҳои дизурикий дар шакли эҳсоси сӯзиш ва дард ҳангоми пешоб, хоҳиши пешоб кардан аз ҷониби 26 (19,3%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 22 (24,4%) дар гурӯҳи назоратӣ, яъне дар гурӯҳи асосӣ, ихтилолотҳои дизурикий 1, 3 маротиба камтар мушоҳида шудааст.

Тарашшуҳ аз роҳи узвҳои таносул дар гурӯҳи асосии беморон нисбат ба гуруҳи назоратӣ 1,4 маротиба камтар буда, 13 (9,6%) ва 12 (13,3%) ҳолатро ташкил додааст. Дар гурӯҳи асосӣ, ихроҷ аз узвҳои таносул дар 10 нафар аз 13 нафар беморони гирифтори ин аломат бо камтарашшуҳӣ ё ихроҷи якхелаи шира ва дар 3-тои боқимонда он бо ихроҷи қаймоқмонанди сафед ифода ёфтааст. Дар гурӯҳи назоратии иборат аз 12 нафар беморон 5 зан ихроҷи луобӣ-фасодӣ, 5 зан ихроҷи зардобӣ-луобӣ доштанд; 2 нафар ихроҷи ночиз доштанд. Дар гурӯҳи асосии беморон аз 13 нафар занони дар анамнези 11 нафарашон меноррагияҳои байниҳайзӣ ва посткоиталиро ошкор карданд. Шикоятҳо аз норасоии ҷинсӣ аз ҷониби 11 (8,2%) беморони гурӯҳи асосӣ, яъне нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки шумораи онҳо 16 (17,9%) ҳолатро ташкил медиҳад, 2,2 маротиба камтар пешниҳод карда шуданд. Аз ин беморон, 5 мард нишон доданд, ки заифии эрекция ва ихроҷи бармаҳали нутфа, 3 – нафар оргазми дарднок доштанд. Дар байни занон, шикоятҳо дар бораи вайроншавиҳои ҷинсӣ дар шакли коҳиш ёфтани майли ҷинсӣ ва гипооргазмия дар 3 ҳолат муайян карда шуданд.

Аз хусуси решҳо дар минтақаи узвҳои таносул 5 (3,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 4 (4,4%) беморони гурӯҳи назоратӣ шикоят карданд. Ҳангоми муоина, дар 2 бемори гурӯҳи асосӣ, решҳо бо гирехчаҳои (папулаҳои) якранги гӯшти ифода ёфтаанд ва дар 3 бемор озаҳҳои (кондиломаҳои) нӯгтез дар узвҳои таносул мушоҳида карда шуданд. Дар гурӯҳи назоратӣ, дар ҳамаи 4 беморони бо решҳои патологӣ дар минтақаи таносул омос ва сурхии луобпардаҳо ба назар расиданд.

Дар натиҷаи ташҳиси объективӣ ва ташҳиси ултрасадоии узвҳои коси хурди беморони муоина кардашуда тағйироти илтиҳобӣ, хусусият ва маҳалли

ҷойгиршавии раванди сироятӣ ошкор карда шуданд. Ҳангоми муоинаи мардон, хусусиятҳои клиникӣ чараёни сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ошкор гардиданд (расми 3.3).



Расми 3.3. – Маҳали ҷойгиршавии иллатҳои илтиҳобии соҳаи узвҳои таносул дар мардони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳҳои омӯзишӣ ва назоратӣ.

Тавре ки аз расми 3.3 дида мешавад, дар мардони ҳарду гурӯҳ ташҳиси баланит, уретритҳои пеш ва умумӣ ва илтиҳоби ғадуди простата гузошта шудааст. Дар гурӯҳи асосӣ падидаҳои баланит дар 9 (11,1%) мушоҳида карда шуданд, яъне нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки он дар 10 (19,2%) беморон ошкор карда шудааст, 1,7 маротиба камтар аст. Хусусияти фарқкунандаи беморони гурӯҳи асосӣ чараёни дардноки беморӣ буд, ки бо хушкӣ, мавҷуд будани тарқишҳо дар сатҳи узв ва тарашшуҳоти ками сафедранг характернок буд, ки эҳтимолан аз сабаби инкишофи кандидоз дар онҳо дар заминаи муолиҷаи дарозмуддати антибактериалӣ ба вучуд меояд.

Дар гурӯҳи назоратӣ, дар ҳамаи беморони баланит варам ва сурхии (гиперемия) лабҳои сӯроҳии берунаи пешоброҳа ва тарашшуҳоти фаровони табияташон гуногун (чирк, луобӣ, луобӣ-фасодӣ) вобаста ба навъи сироят буданд.

Падидаҳои уретритҳои пешина дар 11 нафар мардони гурӯҳи асосӣ (13,4%) муайян карда шуданд, ки часпиш ва каме гиперемияи сӯроҳи берунаи

пешоброҳа, пошхӯрии пешоб ҳангоми пешобкуниро нишон доданд. Мувофиқи гуфтаи беморон вақти сахарӣ тарашшуҳоти каме аз пешоброҳа ба қайд гирифта мешавад. Уретрити умумӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 21 ҳолат (25,9%), яъне 1,9 маротиба зиёдтар аз беморони уретритҳои пешина 11 (13,4%) ошкор гардиданд. Беморони гирифтори уретритҳои умумӣ пайдоиши хун ва чирк дар пешобро қайд карданд. Дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ, дар гурӯҳи назоратӣ, уретритҳои қаблӣ нисбат ба маҷмӯъ 1,6 маротиба бештар рух додааст, яъне 13 (25,0%) муқобили 8 (15,4%).

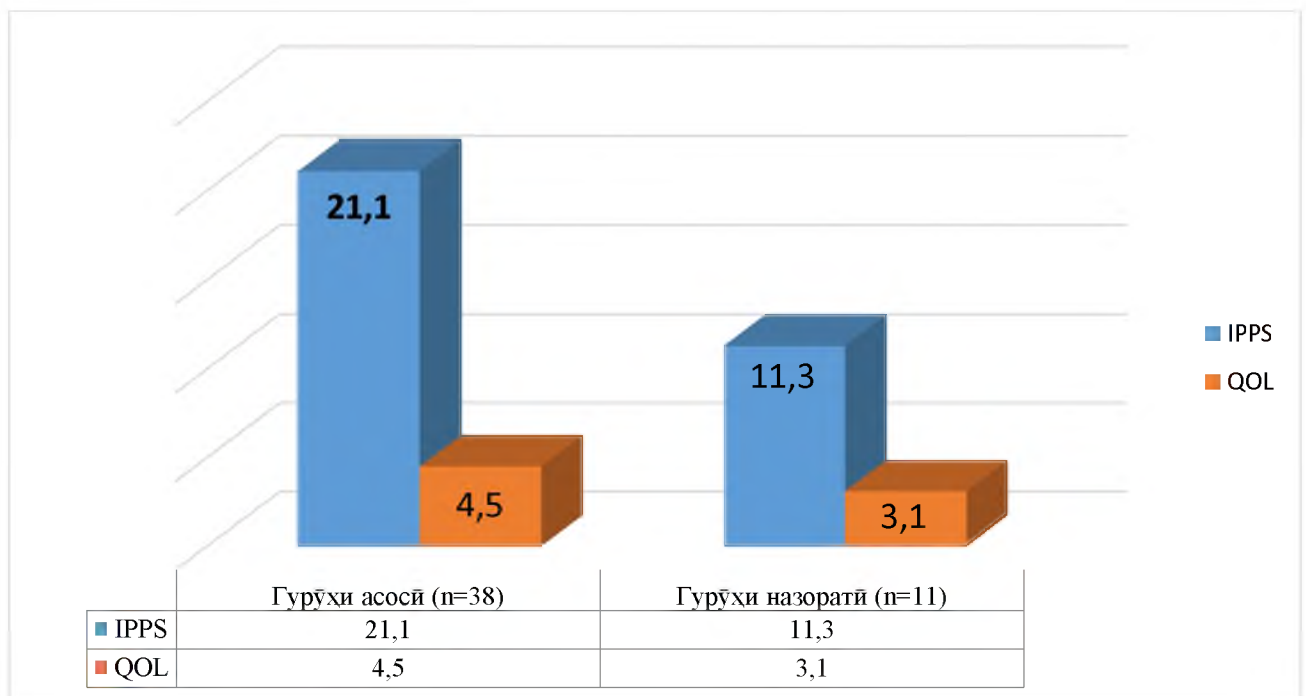
Яъне, дар мардони гирифтори сили шуш дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, беморони гирифтори уретрит дар маҷмӯъ 1,7 маротиба зиёдтар буданд (21 (25,9%) муқобили 8 (15,4%).

Зухуроти зуд-зуд пайдошудаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар мардони гирифтори сили шуш мавҷудияти илтиҳоби ғадуди простата (простатит) буд, ки дар 38 (46,9%) беморон дар муқоиса бо 11 (21,2%) ҳолати илтиҳоби ғадуди простата (простатит) дар гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шуд. Хусусияти фарқкунандаи беморони гурӯҳи асосӣ ошкоршавии консистенсияи варамидагӣ ва афзоиши ҳаҷми ғадуди простата бо дарди шадид ҳангоми таъхиси рӯдаи рост буд. Дар гурӯҳи назоратӣ, ҳангоми муоинаи рӯдаи рост инфилтратсияи (нуфузи) пурзӯр ва васеъшавии ғадуди простатаро муайян карданд. Ғайр аз ин, дар гурӯҳи назоратӣ, дар 3 нафар беморони гирифтори илтиҳоби ғадуди простата (простатит) эпидидимит ошкор карда шуд, ки он бо мавҷудияти инфилтратсияи дарднок дар тухмдон ва эпидидимиси он зоҳир шуд.

Муоинаи мардони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ имкон дод, ки беморон бидуни нишонаҳои патологӣ объективӣ муайян карда шаванд, яъне ҳангоми муоинаи ректалӣ ва ултрасадоӣ дар 2 (2,5%) мардони гурӯҳи асосӣ ва дар 10 (19,2%) беморони гурӯҳи назоратӣ ягон тағйироти патологӣ муайян карда нашудааст. Яъне, сарфи назар аз зухуроти ночизи тағйирот дар узвҳои чинсӣ, дар мардони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ, ки гирифтори бемории сил мебошанд, шумораи бемороне, ки зухуроти клиникалии мушкилоти сироятии урогениталиро надоранд, хеле кам аст ва дар гурӯҳи

назоратӣ бошад, дар паси аломатҳои возеҳи раванди илтиҳобии болораванда, дар аксари ҳолатҳо мушкилот дар соҳаи узвҳои таносул муайян карда нашуданд. Ин далел метавонад нишон диҳад, ки химиотерапияи дарозмуддати беморони сили шуш зухуроти шадиди сироятҳои урогениталиро нест мекунад ва ба инкишофи чараёни торпидии онҳо мусоидат менамояд.

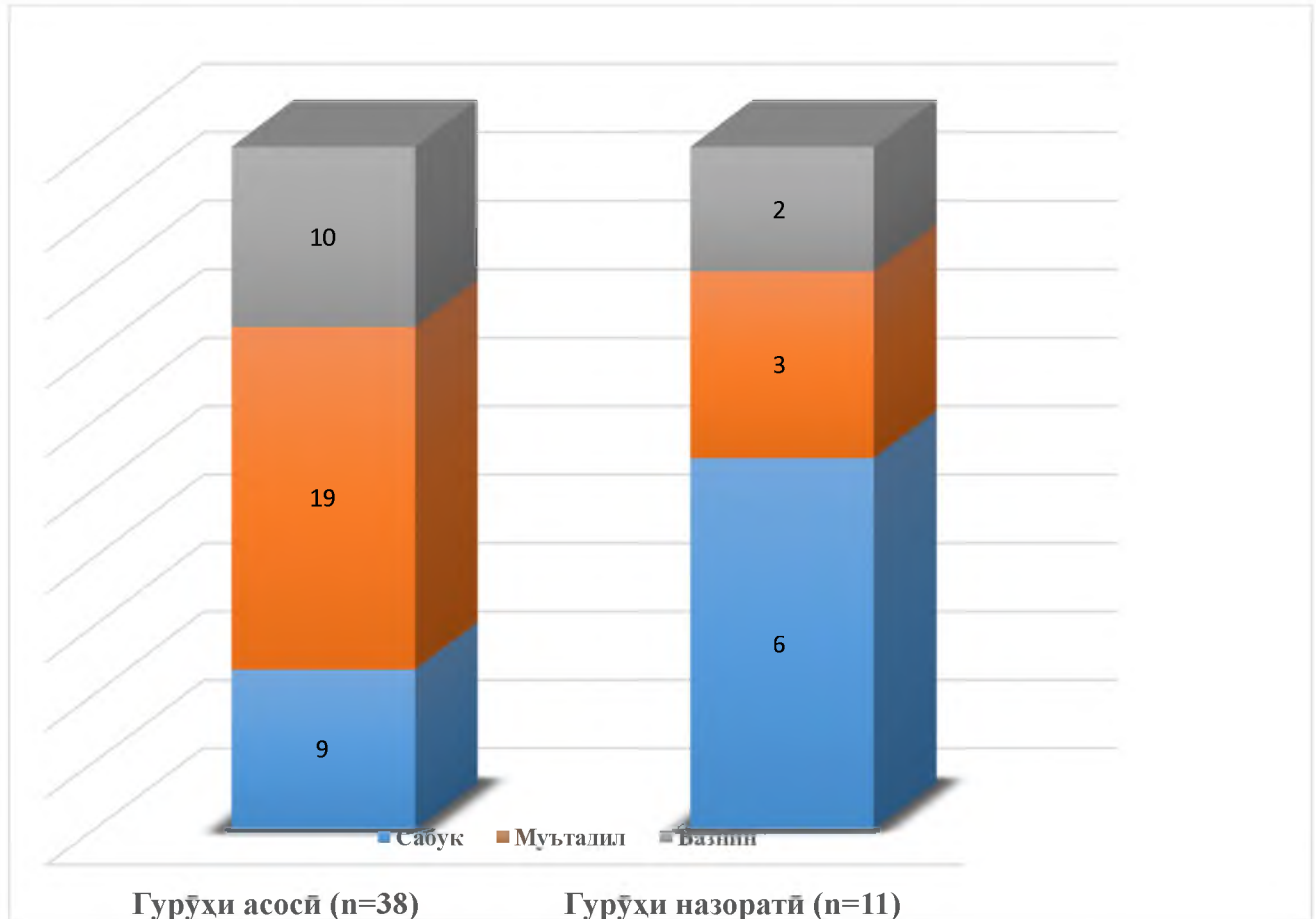
Арзёбии нишонаҳо ва сифати зиндагии мардони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш фарқияти беморони гурӯҳи назоратиро ошкор кард, ихтилоли ғадуди простата ба сифати зиндагии мардони гурӯҳи асосӣ ва сифати индекси зиндагии онҳо $4,5 \pm 1,2$ баллро ташкил дод, ки ин ба бадшавии назарраси он ишора мекунад. Дар гурӯҳи назоратӣ нишондиҳандаи индекси сифати ҳаёт $3,1 \pm 1,2$ баллро ташкил дод, зеро аксарияти беморон ҳангоми пурсидани муносибати онҳо ба ҳолати худ эҳсосоти омехтаре нисбати ин мушкилот кайд карданд. Арзёбии умумии нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар беморони гурӯҳи асосӣ $21,1 \pm 1,2$ баллро ташкил дод, ки ин мавҷудияти нишонаҳои шадиди илтиҳоби ғадудиро нишон медиҳад (расми 3.4).



Расми 3.4.-Арзёбии ҳолҳои умумии нишонаҳои IPPS ва сифати зиндагии беморон (QOL) дар ҳолҳо

Тавре ки аз расми 3.4 дида мешавад, дар беморони гурӯҳи назоратӣ ин нишондиҳанда $11,3 \pm 1,5$ баллро ташкил дод, ки ин аломатҳои мӯътадили илтиҳоби ғадуди простатаро дар ин гурӯҳи беморон нишон медиҳад.

Дар асоси ҳисобкунии арзёбии умумии аломатҳо дараҷаи вазнинии аломатҳои ғадуди простата маълум карда шуд (расми 3.5).

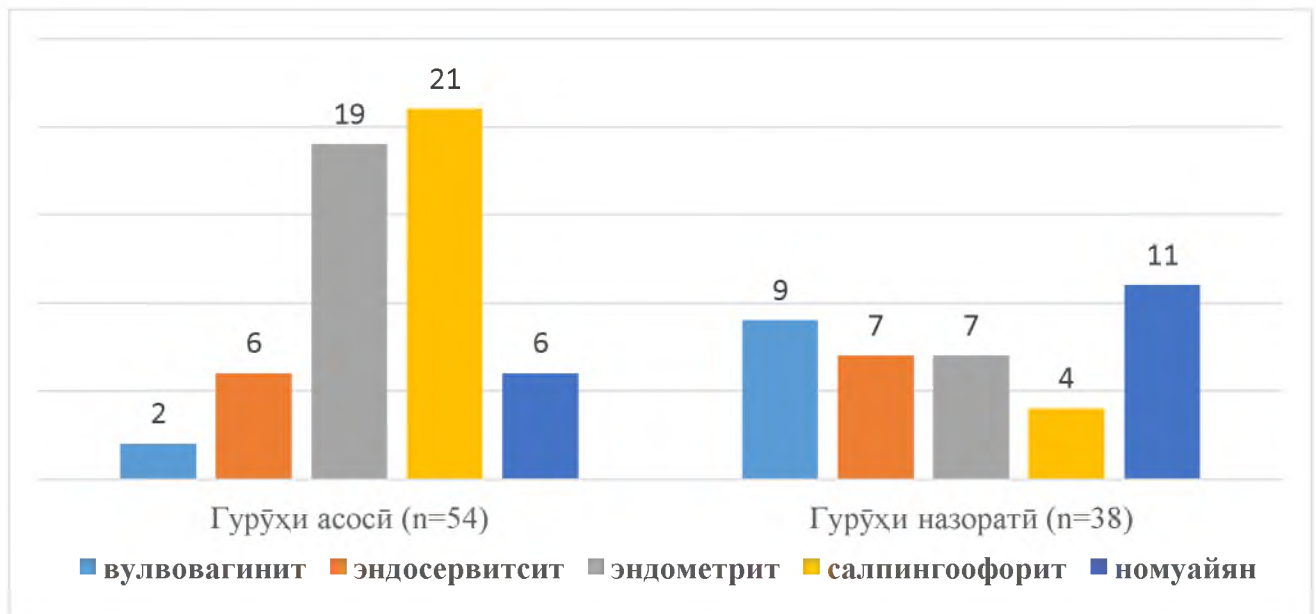


Расми 3.5.- Шиддати нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар мардони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ

Тавре ки дар расми 3.5 дида мешавад, дар гурӯҳи асосии беморон дараҷаи мӯътадили нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата бештар мушоҳида карда шуд, ки ин 19 (50,0%) ҳолатро ташкил дод. Дар гурӯҳи назоратӣ аксар вақт аломатҳои сабуки илтиҳоби ғадуди простата (простатит) ошкор карда мешуданд, ки аз 11 нафар бемор дар 6 нафар мушоҳида карда мешуд. Шумораи беморони бо аломатҳои вазнин дар гурӯҳи асосӣ 6 ҳолатро (18,8%) ташкил дод.

Яъне, дар мардони гирифтори сили шуш, сироятҳои урогениталӣ дар 38 ҳолат (46,9%) бо нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата бо дараҷаи миёнаи аломатҳо ба амал меоянд.

Муоинаи занон, инчунин хусусиятҳои клиникӣ чараёни сироятҳои бо роҳи алоқкаи чинсӣ гузарандаи урогениталиро дар гурӯҳҳои омӯзишӣ ва назоратӣ муайян кард. Зухуроти клиникӣ узвҳои таносул дар занони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқкаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш дар 48 (88,9%) беморон ба назар расид, дар 6 (11,1%) беморон бошад, сарфи назар аз сироятҳои муайяншуда, аломатҳои клиникӣ муайян карда нашуданд (расми 3.6.)



Расми 3.6.-Маҳали ҷойгиршавии иллатҳои илтиҳобии соҳаи узвҳои таносул дар занони бо сироятҳои бо роҳи алоқкаи чинсӣ гузаранда дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ.

Баръақс, дар гурӯҳи назоратии беморон зухуроти клиникӣ дар 27 нафар (71,0%) беморон ба мушоҳида расид, бидуни зухуроти клиникӣ бошад дар 11 (29,0%) зан сироятҳои бо роҳи алоқкаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ба қайд гирифта шуданд. Тадқиқоти объективии клиникӣ нишон дод, ки дар гурӯҳи занони аз бемории сили шуш азият мекашанд вулвовагинитҳо дар 2 ҳолат (3,7%) ва эндосервисит - дар 6 ҳолат (11,1%) ошкор карда шуданд. Ҳамзамон, дар гурӯҳи назоратии беморон, ин зухурот мутаносибан дар 9 (23,6%) 7 (18,4%) ҳолатҳо мушоҳида карда шуданд. Яъне, дар заминаи сил, падидаҳои вулвовагинит ва

эндосервисит дар занони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ мутаносибан 6 ва 1,7 маротиба камтар зоҳир мешаванд. Ҷароҳатҳои канали гарданаки бачадони занони гурӯҳи асосӣ бо гиперемияи мӯътадил ва ихроҷҳои камшумори зардобӣ-луобӣ зоҳир мешуданд, дар ҳоле ки занони гурӯҳи назоратӣ сурхии (гиперемияи) шадид, омӯси сӯроҳии берунии канали гарданаки бачадон ва миқдори зиёди ифлосҳои луобӣ доштанд. Вулвовагинит дар занони гурӯҳи асосӣ бо гиперемияи конгестивӣ, хамирагӣ ва дохилшавии варамнокӣ дар луобпардаи қисми вагиналии бачадон, инчунин, хунравӣ ҳангоми ҷамъоварии мавод характернок буд. Беморони гурӯҳи назоратӣ ҳангоми ҷамъоварии маводи патологӣ сурхии (гиперемияи) шадид, варамнокӣ, хунравӣ нишон доданд.

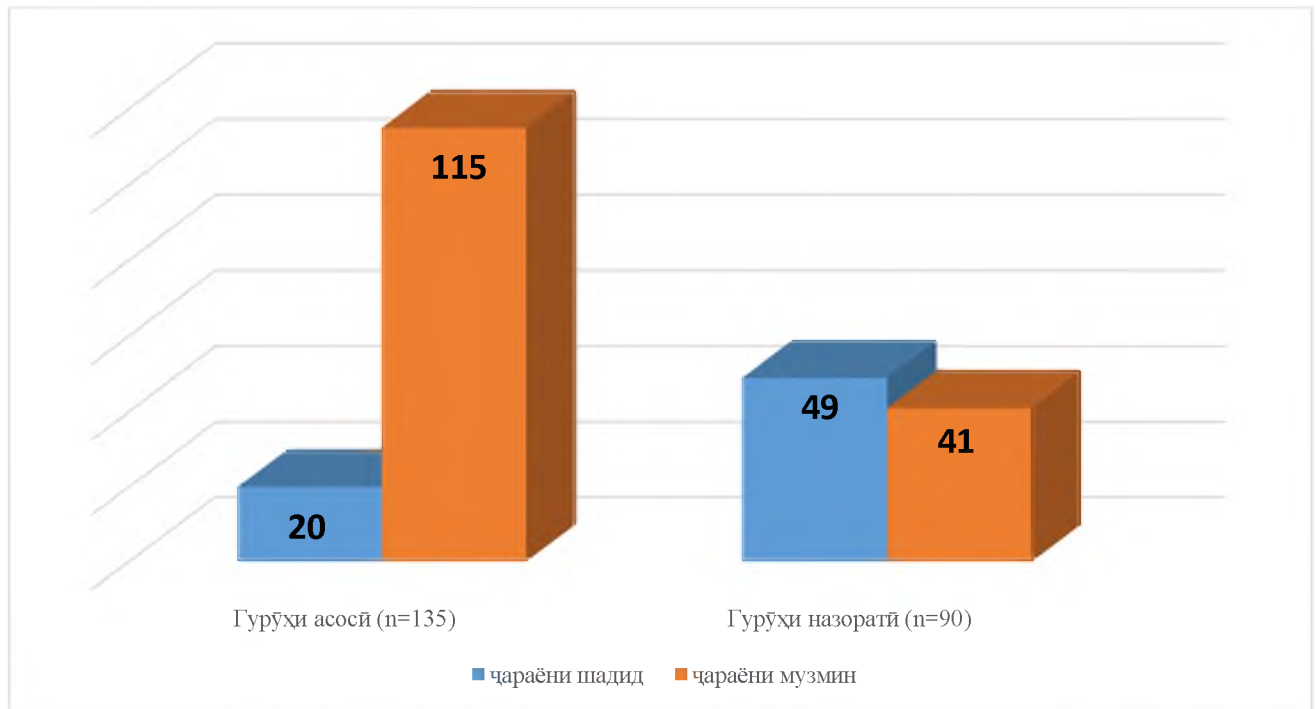
Эндометрит дар занони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи силии шуш дар 19 ҳолат (35,2%) ва дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 7 ҳолат (18,4%), яъне 2 маротиба камтар ошкор карда шудааст. Дар ин беморон, ҳангоми ташҳиси ултрасадоӣ нишонаҳои эндометритҳои музмин ошкор карда шуданд.

Зухуроти асосии мушкilotи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ ин ташҳиси салпингоофорит буд, ки дар 21 (38,9%) ҳолат муайян карда шуд, ки ин нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки дар он ҷо салпингоофорит 3,7 маротиба зиёдтар, дар 4 (10,5%) ҳолат муайян шудааст. Дар 17 нафар аз 21 нафар беморони гурӯҳи асосӣ нишонаҳои ултрасадоӣ салпингоофорит бо мавҷудияти экссудат дар ковокии коси хурд ҳамроҳӣ гашта буданд, ҳангоми ламс намудан лимфаденитҳои возеҳи қадқашак ошкор гардиданд. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ салпингоофорит бо раванди илтиёмӣ ва каме афзоиш ёфтани гирехҳои лимфайи шуш ҳамроҳ буд. Муоинаи ултрасадоӣ афзоиши ҳаҷми тухмдонҳо, сохтори гипоехоикии онҳо, контурҳои норавшани берунӣ ва мавҷудияти дохилшавии кистаро дар онҳо муайян кард.

Дар натиҷаи пурсиш маълум шуд, ки дар 6 (11,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 11 (28,9%) беморони гурӯҳи назоратӣ ягон зухуроти клиникалии мушкilotи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ вучуд

надорад, ки занони гурӯҳи асосӣ бо иммунитетҳои паст дар заминаи сил метавонанд бо он алоқаманд бошанд.

Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо нишон доданд, ки сироятҳои бо роҳи алоқии ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш, дар 115 ҳолат (85,1%) торпидӣ мегузаранд ва бо чараёни музмин бо инкишофи мушкилоти вазнинтар аз тарафи узвҳои репродуктивӣ тавсиф карда мешаванд (Расми 3.7).

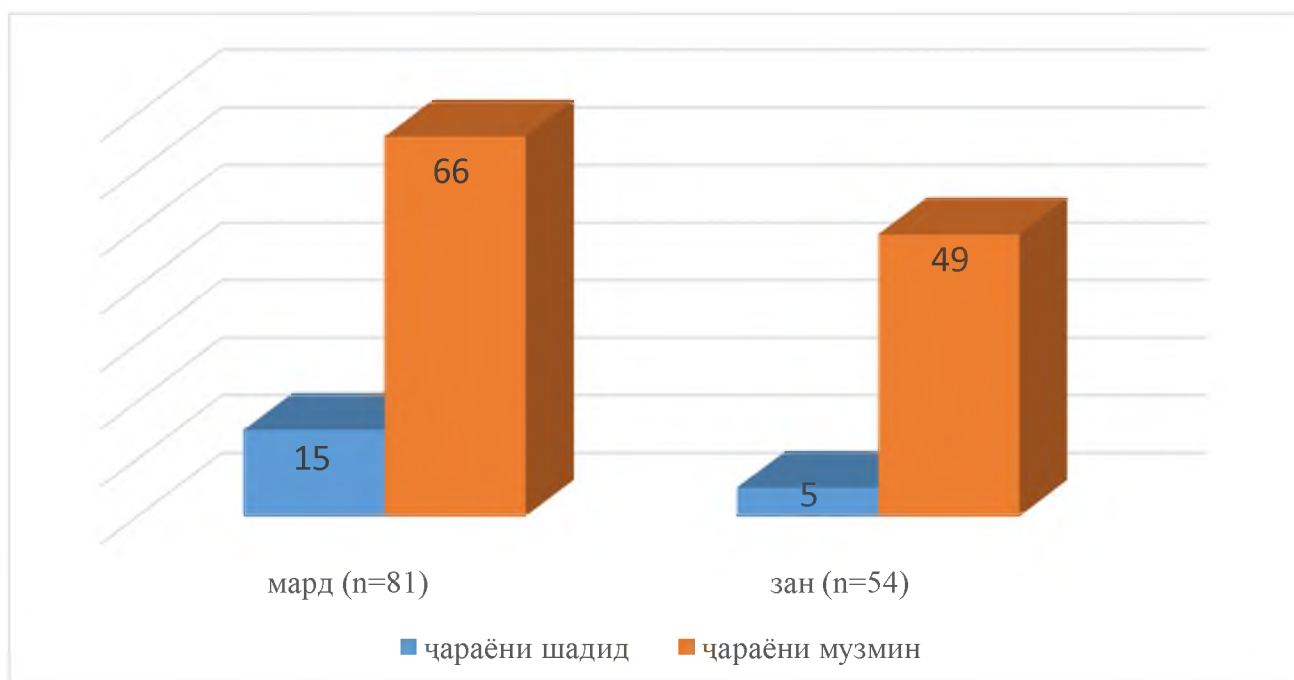


Расми 3.7.- Хусусияти чараёни сироятҳои бо роҳи алоқии ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ

Дар шахсони гирифтори бемории сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқии ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 41 ҳолат (45,6%) чараёни музмин хос буд, аммо ба он мушкилоти камтар ошкоршудаи узвҳои таносул ҳамроҳӣ мекарданд. Яъне, сироятҳои бо роҳи алоқии ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш бо падидаҳои музмин давом мекунанд, ки басомади онҳо нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 1,9 маротиба зиёдтар аст.

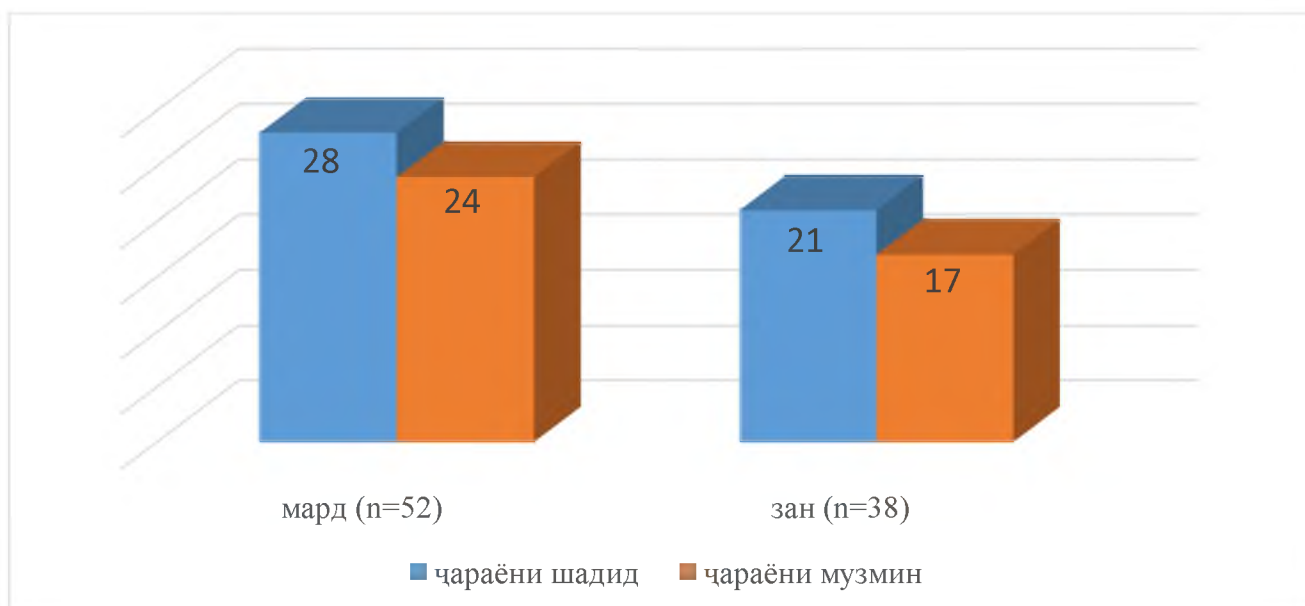
Ғайр аз он, басомади чараёни шадид ва музмини сироятҳои бо роҳи алоқии ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар байни мардон ва занон ошкор карда шуд. Дар гурӯҳи асосии беморон аз 81 (60,0%; 135) мард, чараёни шадиди беморӣ дар 15 (18,5%) бемор мушоҳида шуда, чараёни музмин дар 66 (81,5%) ҳолат, яъне дар 4,4 маротиба бештар ба назар мерасад. Дар байни занон, чараёни шадиди

сироятҳои урогениталӣ нисбат ба ҷараёни музмин бештар ба назар мерасид, ба таври дигар мутаносибан дар 5 (9,3%) ва 49 (90,7%) ҳолатҳо мушоҳида шуд (расми 3.8.)



Расми 3.8. - Хусусияти ҷараёни сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали дар беморони гурӯҳи асосӣ вобаста ба ҷинс (n = 135)

Дар гурӯҳи назоратии беморони гирифтори сирояти урогениталӣ, ҷараёни музмин дар байни мардон ва занон бартарӣ дошт (расми 3.9).



Расми 3.9.- Хусусияти ҷараёни сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали дар беморони гурӯҳи назоратӣ вобаста ба ҷинс

Тавре ки аз расми 3.9 дида мешавад, дар натиҷаи таҳқиқоти клиникӣ ва лабораторӣ муайян карда шуд, ки дар беморони гирифтори сирояти урогениталӣ дар заминаи сили шуш, чараёни шадиди раванди сироятии урогениталӣ бештар ошкор карда шудааст, ки ин дар байни мардон ва занон 1,2 маротиба зиёдтар аз музмин аст. Яъне, чараёни шадид дар мардон дар 28 (53,8%) муқобили 24 (46,2%) ҳолати чараёни музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ ба қайд гирифта шудааст ва дар байни занон шумораи беморони гирифтори чараёни шадид ва музмин 21 нафар (55,3%) ва 17 (44,7%) ҳолат буд. Дар натиҷаи таҳқиқот маълум гардид, ки дар мардони гирифтори бемории сили шуш сироятҳои урогениталӣ бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда дар аксари ҳолатҳо бо осеби шуъбаҳои пешӣ ва пасии пешоброҳаҳо чараён меёбанд, яъне дар ин беморон уретрити умумӣ инкишоф меёбанд. Мушкилоти дуҷуми сироятҳои урогениталӣ дар мардони гирифтори бемории сили шуш простатит мебошад. Ин навъи беморӣ дар мардоне ки сироятҳои урогениталӣ дар якҷоягӣ бо сили шушро доранд, нисбат ба мардоне, ки сироятҳои урогениталӣ дошта аз сили шуш азият намекашанд, 2,2 маротиба бештар (38 (46,9%) муқобили 11 (21,2%) воҷеҳӯрад.

Муоинаи мардони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ба чунин ҳулоса меорад, ки сарфи назар аз зухуроти ночизи тағйирот дар қисмати узвҳои таносул, дар мардони бо сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ гирифтори бемории сил, шумораи бемороне, ки зухуроти клиникӣ оризаҳои сироятҳои урогениталӣ надоранд, хеле кам аст, дар гурӯҳи назоратӣ бошад, дар заминаи аломатҳои возеҳи болоравии раванди илтиҳобӣ дар аксари мавридҳо, оризаҳо аз тарафи қисмати узвҳои таносул ошкор карда намешаванд. Ин далел метавонад нишон диҳад, ки химиотерапияи дарозмуддат дар беморони гирифтори сили шуш зухуроти шадиди сироятҳои урогениталиро нест мекунад ва ба рушди чараёни торпидии онҳо мусоидат менамояд.

Арзёбии нишонаҳо ва сифати зиндагии мардони гирифтори беморҳои урогениталӣ дар заминаи бемории сили шуш фарқиятро аз беморони гурӯҳи назоратӣ маълум намуд. Иллатҳои ғадуди простата ба сифати зиндагии мардон дар гурӯҳи асосӣ таъсир расонида, шохиси сифати зиндагии QOL дар онҳо $4,5 \pm$

1,2 балл -ро ташкил дод, ки аз бад шудани назарраси он шаҳодат медиҳад. Дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондиҳанда пасттар буд, ки аз ҳолати бехтари равонии ин беморон шаҳодат медиҳад. Илова бар ин, арзёбии умумии нишонаҳои простатит дар беморони асосӣ мавҷудияти нишонаҳои шадиди простатит ва дар гурӯҳи назоратӣ – мавҷудияти нишонаҳои миёнаро нишон дод.

Зухуроти клиникии узвҳои таносул дар занони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи бемории сили шуш дар 48 (88,9%) ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 27 (71,0%) беморон мушоҳида шуд. Зухуроти асосии мушкилиҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ ошкор шудани салпингоофорит буд, ки дар 21 (38,9%) ҳолат ошкор шудааст, ки нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 3,7 маротиба зиёдтар буда, дар онҳо дар 4 (10,5%) ҳолат ошкор карда шуд. Яъне, дар 6 (11,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 11 (28,9%) беморони гурӯҳи назоратӣ, зухуроти клиникии оризаҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ вучуд надоштанд, ки ин мумкин аст дар занони гурӯҳи асосӣ бо масунияти паст дар заминаи сирояти сил ва дар занони гурӯҳи назоратӣ ба сари вақт мурочиат кардан ба ёри тиббӣ алоқаманд бошад. Ҳамин тариқ, сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сил бештар торпидӣ мебошанд ва дар муқоиса бо онҳое, ки бемории сили шуш доранд, чараёни музмин хос аст. Чараёни музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар шахсони гирифтори сили шуш дар мардон ва занон назар ба шадид бештар мушоҳида мешавад. Аз рӯи маълумоти адабиётҳо, бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд, ки дар занони гирифтори бемории сили роҳи нафас муайян шудаанд, дар таҳқиқоти мо низ тасдиқи худро ёфтанд. Дар адабиёт маълумоте оварда мешавад, ки вазнинии чараён, басомад ва вазнинии бемориҳои вирусии узвҳои коси хурд (БВУКХ) бо паҳншавии сирояти сил дар холигоҳи коси хурд алоқаманд аст ва бо афзоиш вобаста ба афзоиши синну сол тамоюл дорад [31]. Муаллифон қайд мекунанд, ки бемории сили роҳи нафас омили муҳими хатари рушди БВУКХ дар занон мебошад.

Мушкилоти шакли илтиҳоби ғадуди простата дар мардони гирифтори сили шуш нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 2,2 маротиба зиёдтар мушоҳида карда мешавад (38 (46,9%) муқобили 11 ҳолат (21,2%) ва дар занон - 3,7 салпингоофорит) бештар, ки ин дар 21 (38,9%) беморон муқобили 4 ҳолати (10,5%) дар гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шуд.

**Боби 4. Нишондодҳои иммунологии беморони гирифтори сирояти
урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда, ки гирифтори сили шуш
мебошанд**

**4.1 Ҳолати қисми ҳучайравӣ ва гуморалии системаи масуният дар беморони
муоинашуда**

Тадқиқоти звенои ҳучайравӣ ва гуморалии масуният дар 60 бемори гурӯҳи асосӣ (30 нафар бо чараёни шадиди сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва 30 нафар бо музмин) ва 60 бемори гурӯҳи назоратӣ (30 нафар бо чараёни шадиди сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва 30 нафар бо музмин) гузаронида шуданд.

Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашудаи сатҳи ибтидоии нишондиҳандаҳои звенои ҳучайравии системаи масуният дар беморони гирифтори сирояти чинсӣ (дар гурӯҳҳои муқоисавӣ), мо ихтилоли бисёрҷониба дар звенои ҳучайравии масуниятро пайдо кардем, тағйирот дар масунияти ҳучайра дар байни беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ дар муқоиса бо гурӯҳи донорҳои солим ошкор карда шуд. Қоҳишҳои миқдори умумии лимфоситҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ бештар ба назар мерасид, ки он $23,11 \pm 1,2\%$ -ро ташкил дод, яъне дар муқоиса бо донорҳо 1,3 маротиба камтар аст, ки ин нишондиҳанда $30,2 \pm 1,5\%$ -ро ташкил додааст, ки ин маҳвтавии системаи иммунии беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣро дар заминаи сили шуш нишон дод, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ, баръакс, каме кам шудани таркиби лимфоситҳо дар муқоиса бо донорҳо ба мушоҳида расид, ки $29,15 \pm 1,9\%$ -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи асосии беморон ихтилоли бештар ба назар намоён дар таркиби CD3 Т-лимфоситҳо ва шохиси иммунотанзими (ШИТ), дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, мутаносибан $58,4 \pm 2,0\%$ ва $1,2 \pm 1,2$ -ро ташкил дод, ки дар муқоиса бо ин нишондиҳандаҳо. на танҳо дар гурӯҳи донорҳои солим (мутаносибан $66,9 \pm 2,4$ ва $1,4 \pm 0,1$), балки дар гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан $63,7 \pm 2,4\%$ ва $1,4 \pm 1,0$) фарқ мекарданд. Дар гурӯҳи асосии беморон дар заминаи камтавии лимфоситҳои CD4 ва CD8, камтавии шохиси иммунотанзими дар муқоиса бо донорҳо 1,2 маротиба бештар ($1,2 \pm 0,1$ дар муқоиса бо $1,4 \pm 0,1$) ва

дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ($1, 2 \pm 0,1$ ва $1,4 \pm 1,0$) ошкор карда шуд (ҷадвали 4.1.).

Ҷадвали 4.1.- Нишондодҳои иммунологӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ дар муқоиса бо донорҳои солим

Нишондод	Донорҳо (n=30)	Гур.асосӣ (n=60)	Гур. назоратӣ (n=60)	P
Миқдори лимфоситҳо (%)	30,2±1,5	23,1±1,2***	29,2±1,9	<0,001
Миқдори лимфоситҳо ($10^9/л$)	2,31±0,12	2,13±0,11	2,82±0,05***	<0,001
CD ₃ (%)	66,9±2,4	58,4±2,0***	63,7±2,4	<0,001
CD ₄ (%)	38,9±1,5	31,5±1,8***	37,8±1,8	<0,001
CD ₈ (%)	28,0±2,0	25,3±1,5	27,1±2,2	>0,05
ИРИ (CD4/CD8)	1,4±0,1	1,2±1,2	1,4±1,0	>0,05
CD ₂₀ (%)	7,3±1,5	2,9±0,5***	6,0±1,1***	<0,001
CD ₁₆ (%)	14,0±2,0	7,7±0,9***	13,9±1,8	<0,001
Ig A (мг/мл)	1,7±0,2	2,4±0,1***	1,9±0,18*	<0,001
Ig M (мг/мл)	1,6±0,2	1,8±0,01**	2,9±0,09***	<0,001
IgG (мг/мл)	9,7±0,74	10,85±0,16***	11,9±0,14***	<0,001

Эзоҳ: p_2 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни гурӯҳҳо * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – дар муқоиса бо донорҳо (бо U-меъёри Манна-Уитни)

Тавре ки аз ҷадвали 4.1 дида мешавад, камшавии нишондиҳандаҳои фаъолияти хучайраҳои дорои ретсепторҳои Fc барои ситотзахролудӣ ба антитело CD16 низ бештар дар беморони гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта шудааст ва $7,7 \pm 0,9\%$ -ро ташкил додааст, ки нисбат ба гурӯҳи донорҳо 1,8 маротиба ($14,0 \pm 2,0\%$) ва гурӯҳи назоратӣ ($13,9 \pm 1,8\%$) камтар аст.

Дар ин гурӯҳи беморон ба нишондиҳандаҳои функсияи системаи иммунии пастшавии иммунитетии гуморалӣ хос буд, ки он бо кам шудани CD20, алахусус дар беморони гурӯҳи асосӣ, ки ин нишондиҳанда нисбат ба донорҳо 4,4 маротиба

($2.9 \pm 0.5\%$ нисбат ба $7, 3 \pm 1.5\%$) ва 2 маротиба дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ($2.9 \pm 0.5\%$ нисбат ба $6.0 \pm 1.1\%$) камтар буд, ифода ёфт.

Сатҳи баландтарини таркиби Ig A дар хуни канорӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта шудааст, ки он $2,4 \pm 0,1$ мг / мл-ро ташкил медиҳад, яъне ин нишондиҳанда дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба зиёдтар буд ($2, 4 \pm 0,1$ нисбат ба $1,9 + 0,18$ мг / мл) ва 1,4 дар муқоиса бо донорҳо ($2,4 \pm 0,1$ дар муқоиса бо $1,7 + 0,2$ мг / мл), ки ин давомнокии раванди сироятиро дар ин беморон нишон медиҳад. Мазмуни IgM ва IgG дар беморони гурӯҳи асосӣ низ нисбат ба гурӯҳи донорҳо баландтар буд, аммо нисбат ба гурӯҳи назоратӣ камтар. Дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, миқдори IgM дар гурӯҳи асосӣ 1,6 маротиба камтар ($2,9 \pm 0,09$ дар муқоиса бо $1,8 \pm 0,01$ мг / мл) ва миқдори IgG $10,85 \pm 0,16$ мг / мл ва $11,9 \pm 0,14$ мг / мл буд.

Мо арзёбии муқоисавии нишондиҳандаҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалиро дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ гузаронидем, вобаста аз фаъолияти раванди сироятӣ, чараёни музмини раванди илтиҳобӣ бо тағйироти барҷастаи нишондиҳандаҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ ва дар беморони гурӯҳи асосӣ онҳо аз гурӯҳи назоратӣ ба кулلى фарқ мекарданд. Вайрон кардани иммунитетҳои ҳуҷайра дар чараёни шадиди раванди сироятӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ бо афзоиши таркиби лимфоситҳо нисбат ба бемороне, ки чараёни музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ доштанд, 1,3 маротиба зиёдтар зоҳир шуд (29.11 ± 1.2 ва $23.15 \pm 1,9\%$). Илова бар ин, дар беморони гурӯҳи асосӣ, чараёни шадиди раванди сироятӣ аз чараёни музмин бо афзоиши намоёни нишондиҳандаҳои ҳамаи звеноҳои ҳуҷайраҳои (CD 3, CD 4 ва CD 8) ва гуморалии (CD20, IgA, IgM, IgG) масуният фарқ мекард (ҷадвали 4.2.)

Чадвали 4.2. - Нишондиҳандаҳои иммунологӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ вобаста ба фаъолнокии раванди илтиҳобӣ

Нишондод	Гурӯҳи асосӣ (n=60)		Гурӯҳи назоратӣ (n=60)		Донорҳо (n=30)
	Ҷараёни шадид n=30	Ҷараёни музмин n=30	Ҷараёни шадид n=30	Ҷараёни музмин n=30	
Миқдори лимфоситҳо (%)	28,11 ± 1,2	23,15 ± 1,9	29,71 ± 1,2	28,15 ± 1, 9	30,21 ± 1,5
Миқдори лимфоситҳо (10 ⁹ /л)	2,21 ± 2,07	1,91 ± 2,01	2,32 ± 0,05	2,17 ± 0,05	2,31 ± 0,12
CD ₃ (%)	59,4±2,0	57,7±2,0	64,7 ± 3,26	63,0 ± 3,26	66,9±2,4
CD ₄ (%)	33,9±1,8	31,1±1,8	38,1±1,3	37,0±1,8	38,9±1,5
CD ₈ (%)	16,2±1,5	14,9±1,5	25,1±1,5	24,9±1,5	28,0±2,0
ИРИ	2,1±1,5	2,1±2,2	1,5±1,2	1,5±1,2	1,4±0,1
CD ₂₀ (%)	3,1 ± 1,0	2,8 ± 1,0	6,3 ± 1,12	5,9 ± 1,12	7,3±1,5
CD ₁₆ (%)	7,9 ± 0,2	7,6±1,2	14,0±0,9	13,3±0,9	14,0±2,0
Ig A (мг/мл)	2,4 ± 1,8	1,9 ± 1,8	1,6±0,005	1,4±0,02	1,7±0,2
Ig M (мг/мл)	1,9±0,09	1,8±0,09	1,9±0,1	1,5±0,01	1,6±0,2
IgG (мг/мл)	10,85±0,09	9,1 ± 0,09	9,1 ± 0,19	11,7 ± 0,63	9,7±0,74

Тавре ки аз чадвали 4.2 дида мешавад, раванди музмин дар беморони гурӯҳи асосӣ дар пасманзари зухуроти шадиди иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар муқоиса бо равандҳои музмин дар беморони гурӯҳи назоратӣ идома дошт. Ин бо кам шудани CD₈ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 1,7 маротиба ($24,9 \pm 1,5$ муқобили $14,9 \pm 1,5\%$), CD₂₀ - 2 маротиба ($5,9 \pm 1,12$ муқобили $2,8 \pm 1,0\%$), CD₁₆ - 1,8 маротиба ($13,3 \pm 0,9$ муқобили $7,6 \pm 1,2\%$) зоҳир шуд. Илова бар ин, пешгирии фаъолнокии лимфоситҳо дар беморони

гурӯҳи асосӣ бо афзоиши шохиси иммунотанзимӣ дар муқоиса бо ин нишондиҳанда дар беморони гирифтори чараёни музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳи назоратӣ, 1,4 маротиба нишон дода шуд, яъне $2,1 \pm 2,2$ муқобили $1,5 \pm 1, 2$. Дар айни замон, нишондиҳандаи шохиси иммунотанзимӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ аз ин нишондиҳанда дар гурӯҳи донори солим каме фарқ кард ва муносибати $1,5 \pm 1,2$ ва $1,4 \pm 0,1$ -ро ташкил дод.

Ҳамин тариқ, ҳангоми омӯзиши нишондодҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалии беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ тағйироти назаррас дар беморони гирифтори чараёни музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш муайян карда шуданд, ки метавонанд бо химиотерапияи сил дар ин гурӯҳи беморон алоқамандӣ дошта бошад. Тағйироти ошкоршуда боздории чиддии звенои ҳуҷайра дар беморони гирифтори сирояти силро нишон медиҳанд, ки ин кам шудани механизмҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии ҷавоби иммунии онҳоро нишон медиҳад.

4.2 Тағйироти тарашшуҳи ситокин ҳангоми сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморҳои сили шуш

Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашудаи сатҳи ибтидоии экспрессии нишондиҳандаҳои генҳои системаи интерлейкин (ФНО –а, Интерлейкина- 1β, Интерлейкина-4, Интерлейкина-6, Интерлейкина-8 и Интерлейкина-10), мо вайроншавиҳои бисёрсамтaro пайдо кардем, ки дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ фарқ мекарданд. Мазмуни камтарини интерлейкин 1β аст, ки он миёнарави ҳам илтиҳоби маҳаллӣ ва ҳам воқуниши иммунӣ дар марҳилаи шадиди илтиҳоб мебошад, ки рушди комплекси реаксияҳои муҳофизатиро ҳавасманд мекунад, ки ба пешгирии паҳншавии раванди сироятӣ ва ихроҷи микроорганизмҳо равона шудаанд. Ин омил дар гурӯҳи асосӣ $0,72 \pm 0,09$ пг / мл-ро ташкил дод, яъне нисбат ба гурӯҳи донорҳои солим ($2,34 \pm 0,21$ пг / мл) 3,2 маротиба камтар ва 1,2 маротиба камтар шудааст нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ($2,88 \pm 0,15$ пкг / ml). Дар гурӯҳи асосӣ камшавии миқдори ИЛ-6, ИЛ-8 ва ИЛ-10 ба назар расид, ки онҳо на танҳо дар муқоиса бо донорҳои солим, балки дар муқоиса бо гурӯҳи назоратии

беморон камтар буданд. Дар гуруҳи асосии беморон, миқдори ИЛ-6 нисбат ба гуруҳи назорат 3,2 маротиба камтар буд ($1,48 \pm 2,52$ муқобили $4,69 \pm 0,35$ пкг / мл); ИЛ-8 - 2,9 маротиба ($2,46 \pm 11,17$ муқобили $7,07 \pm 0,41$ пкг / мл) ва ИЛ-10 - 1,3 маротиба ($4,15 \pm 1,31$ муқобили $5,38 \pm 0,31$ пкг / мл) (ҷадвали 4.3.).

Ҷадвали 4.3. - Ҳолати системаи интерлейкин дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқани чинсӣ гузаранда

Нишондод	Донорҳои солим (n=30)	Гуруҳи асосӣ (n=60)	Гуруҳи назоратӣ (n=60)	Н-меъёрҳои Крусскала-Уоллиса
IL 1 β (пкг/мл)	2,34 \pm 0,21	0,72 \pm 0,09 $p_1 < 0,001$	2,88 \pm 0,15 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
IL 4(пкг/мл)	12,48 \pm 0,12	9,27 \pm 5,8 $p_1 < 0,001$	10,37 \pm 2,2 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	<0,001
IL 6(пкг/мл)	2,86 \pm 0,18	1,48 \pm 2,52 $p_1 < 0,001$	4,69 \pm 0,35 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
IL 8(пкг/мл)	3,46 \pm 0,22	2,46 \pm 1,17 $p_1 < 0,001$	7,07 \pm 0,41 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
IL 10(пкг/мл)	7,33 \pm 0,16	4,15 \pm 1,31 $p_1 < 0,001$	5,38 \pm 0,31 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
ОМО (ФНО)- α (пкг/мл)	8,45 \pm 0,52	7,7 \pm 4,57 $p_1 > 0,05$	11,62 \pm 0,91 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001

Эзоҳ: p_1 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои дар муқоиса бо гуруҳи донорҳо p_2 дар муқоиса бо ҳамин нишондодҳо дар гуруҳи асоси (бо U-меъёри Манна-Уитни)

Тавре ки аз чадвали 4.3 дида мешавад, миқдори ИЛ-4 дар беморони гурӯҳи асосӣ аз донорҳои солим нисбат ба ин нишондиҳанда 1,3 маротиба камтар буд ($9,27 \pm 5,8$ муқобили $12,48 \pm 0,12$ пкг / мл), гарчанде ки беморони гурӯҳи назоратӣ коҳиши 1,2 маротиба дар таркиби ИЛ-4 дар муқоиса бо донорҳои солимро нишон доданд ($10,37 \pm 22$ муқобили $12,48 \pm 0,12$ пкг / мл). Миқдори омили некрози омос –а дар беморони гурӯҳҳои таҳқиқотӣ ва назоратӣ нисбат ба ин нишондиҳанда дар донорҳои солим (8.45 ± 0.52 пг / мл) хеле баланд буд. Беморони гурӯҳи асосӣ дар таркиби ФНО-а дар хунро 1,5 маротиба аз ҷиҳати оморӣ арзишнок нишон доданд ($7,7 \pm 4,57$ муқобили $11,62 \pm 0,91$ пкг / мл, $p < 0.001$). Пастшавии омили пушиши омос (ФНО)-а дар беморони гурӯҳи асосӣ маълумотҳои адабиётро тасдиқ мекунад, ки тибқи он сирояти сил ва химиотерапияи тӯлонӣ фаъолияти омили некрози омос –а-ро, ки танзимгари автокринии истеҳсоли ситокинҳои пеш аз илтиҳоб аст, коҳиш медиҳад ва ин ба рушди норасоии иммунитетӣ дуюмдараҷа, ки дар он сирояти урогениталӣ чараёни торпидро мегирад ва бартарафсозии микробҳои сироятӣ суст мешавад (Эсимова И.Э. ва дигарон, 2012) бурда мерасонад. Афзоиши ин нишондиҳанда дар гурӯҳи беморони гурӯҳи назоратӣ фаъолнокии реаксияи илтиҳобӣ ва функцияи муҳофизатии системаи иммуниро нишон медиҳад [32]. Яъне, дар шароити сирояти сил сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар пасманзари норасоии масунияти дуюмдараҷа рух медиҳанд, ки ин ба зухуроти клиникалии торпидӣ ва муқовимат ба муолиҷа оварда мерасонад.

Тағйироти ошкоршуда дар нишондодҳои профили ситокин дар беморони гурӯҳҳои таҳқиқотӣ ва назоратӣ вобаста аз фаъолияти раванди илтиҳобӣ фарқ мекунанд. Дар беморони гирифтори чараёни музмини сирояти ҷинсӣ, дар муқоиса бо беморони гирифтори чараёни шадиди сироятӣ, ҳосияти воқуниши иммуни ҳам дар гурӯҳҳои асосӣ ва ҳам дар гурӯҳҳои назоратӣ ба таври назаррас коҳиш ёфтааст, ки ба ин коҳиши экспрессияи генҳои ИЛ-6, ИЛ-8 ва ИЛ -10 гувоҳӣ медиҳад. Нишондоди пасти Интерлейкин - 1β дар гурӯҳи асосии беморон бо роҳи шадиди сирояти урогениталӣ ($0,65 \pm 0,09$ пкг / мл) аз кам шудани функцияи зиддигении макроорганизм дар заминаи сирояти сил шаҳодат медиҳанд, ки он

хангоми нишон додани огоҳӣ аз макрофағҳо ба Т - лимфоситҳо, дар раванди шинохти антигени аввалия зоҳир мешавад. Ҷараёни шадиди сироятҳои урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосиро дар муқоиса бо гуруҳи назоратӣ коҳиши нисбатан намоёни ҳамаи нишондиҳандаҳои ситокинҳои зидди илтиҳобӣ ҳамроҳӣ карданд. Сатҳи ИЛ - 1 β 3,4 маротиба коҳиш ёфт ($0,72 \pm 0,09$ муқобили $2,45 \pm 0,15$ пкг / мл), ИЛ -6 - 2,4 маротиба ($2,18 \pm 2,52$ муқобили $5,19 \pm 0,35$ пкг / мл), ИЛ-8 - 2,9 маротиба ($2,46 \pm 11,17$ муқобили $7,07 \pm 0,41$ пкг / мл), TNF- α - 1.3 маротиба ($7,9 \pm 4,57$ муқобили $11,02 \pm 0,91$ пкг / мл). (ҷадвали 4.4.)

Ҷадвали 4.4. -Ҳолати системаи интерлейкин дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда вобаста ба фаъолнокии раванди илтиҳобӣ

Нишондод	Гурӯҳи асосӣ (n=60)			Гурӯҳи назоратӣ (n=60)		
	Ҷараёни шадид n=30	Ҷараёни музмин n=30	p	Ҷараёни шадид n=30	Ҷараёни музмин n=30	P
ИЛ 1 β (пкг/мл)	0,72 \pm 0,0 9	0,65 \pm 0,09	>0,0 5	2,45 \pm 0,15** *	1,76 \pm 0,15** *	<0,00 1
ИЛ 4(пкг/мл)	9,27 \pm 5,8	9,07 \pm 1,8	>0,0 5	13,77 \pm 2,2** *	10,12 \pm 2,2* *	<0,00 1
ИЛ 6(пкг/мл)	2,18 \pm 2,5 2	1,48 \pm 0,12	>0,0 5	5,19 \pm 0,35** *	4,09 \pm 0,35** *	<0,00 1
ИЛ 8(пкг/мл)	2,46 \pm 1,1 7	2,11 \pm 1,17	>0,0 5	7,07 \pm 0,41** *	6,72 \pm 0,41** *	<0,01
ИЛ 10(пкг/мл)	4,15 \pm 1,3 1	3,75 \pm 1,31	>0,0 5	6,18 \pm 0,31** *	5,01 \pm 0,31** *	<0,00 1
ФНО- α (пкг/мл)	7,9 \pm 1,57	7,1 \pm 1,57	>0,0 5	11,54 \pm 0,91 ***	11,02 \pm 0,91* **	<0,05

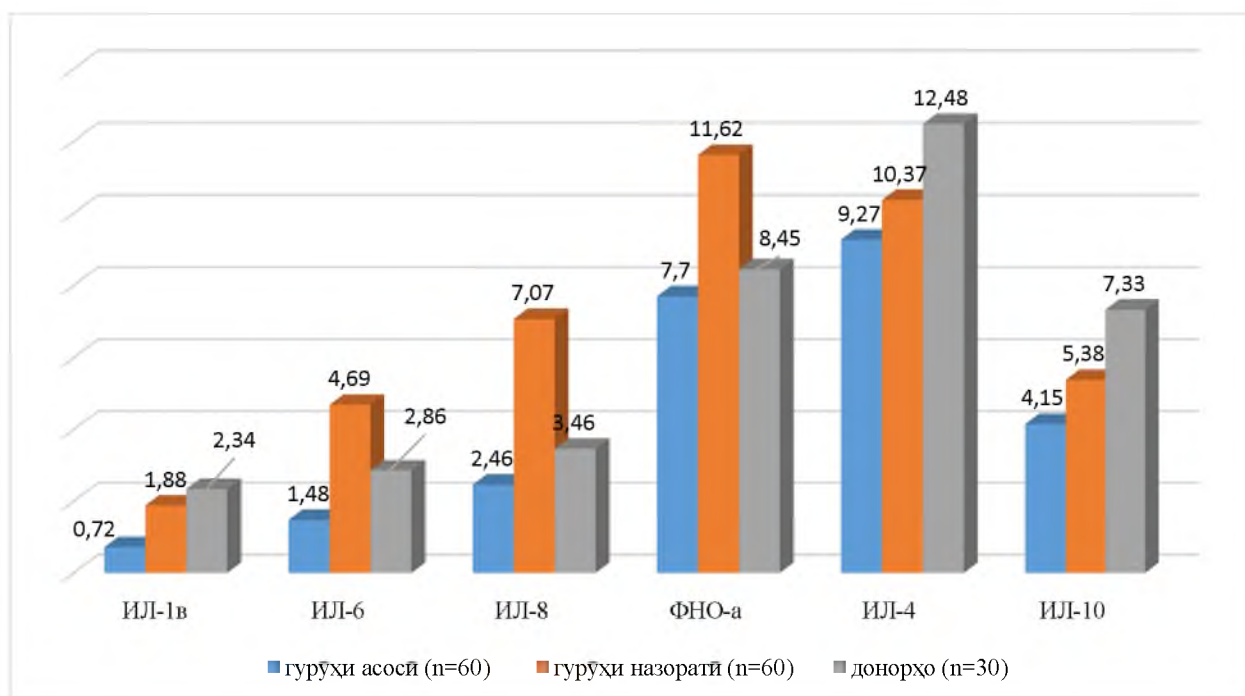
Эзоҳ: p_1 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳои байни давраҳои шадид ва музмини бемори дар муқоиса бо гуруҳи донорҳо; * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$ – p_2 дар муқоиса бо ҳамин нишондодҳо дар гуруҳи асосӣ (бо U-меъёри Манна-Уитни)

Тавре ки аз чадвали 4.4 дида мешавад, таркиби ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ (ИЛ-4 ва ИЛ-10) дар беморони бо чараёни шадид низ дар гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 1,5 маротиба коҳиш ёфтааст, яъне таркиби ИЛ-4 дар гурӯҳи асосӣ $9,27 \pm 5,8$ дар муқоиса бо $13,77 \pm 2,2$ пкг / мл дар гурӯҳи назоратӣ ва таркиби ИЛ-10 $4,15 \pm 1,31$ дар муқоиса бо $6,18 \pm 0,31$ пкг / мл дар гурӯҳи назоратӣ буд.

Илова бар ин, баланд шудани сатҳи интиқоли генҳои Интерлейкин-4 дар беморони гирифтори чараёни шадиди раванди сироятӣ, ки дар гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шудааст, механизми мутобиқшавии воқуниши иммунии хучайра дар беморони гирифтори сирояти урогениталиро нишон медиҳад.

Камшавии назарраси интиқоли генҳои Интерлейкин-6, ки истехсоли сафедаҳои шадиди фазо ва Интерлейкин-8-ро тағйир медиҳад ва он нейтрофилҳоро ба озодшавии ферментҳои лизосомалӣ фаъол месозад, аз танзими реаксияи иммунии гуморалӣ дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар заминаи норасоии масунияти дуҷумдараҷа дар беморони сили шуш гувоҳӣ медиҳад.

Арзёбии муқоисавии мундариҷаи ситокинҳои илтиҳобӣ ва зиддиилтиҳобӣ дар хуни беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ва гурӯҳи донорҳои солим нишон дод, ки номутаносибии аз ҳама намоён дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бар зидди заминаи сили шуш ба мушоҳида мерасад (расми 4.1.)

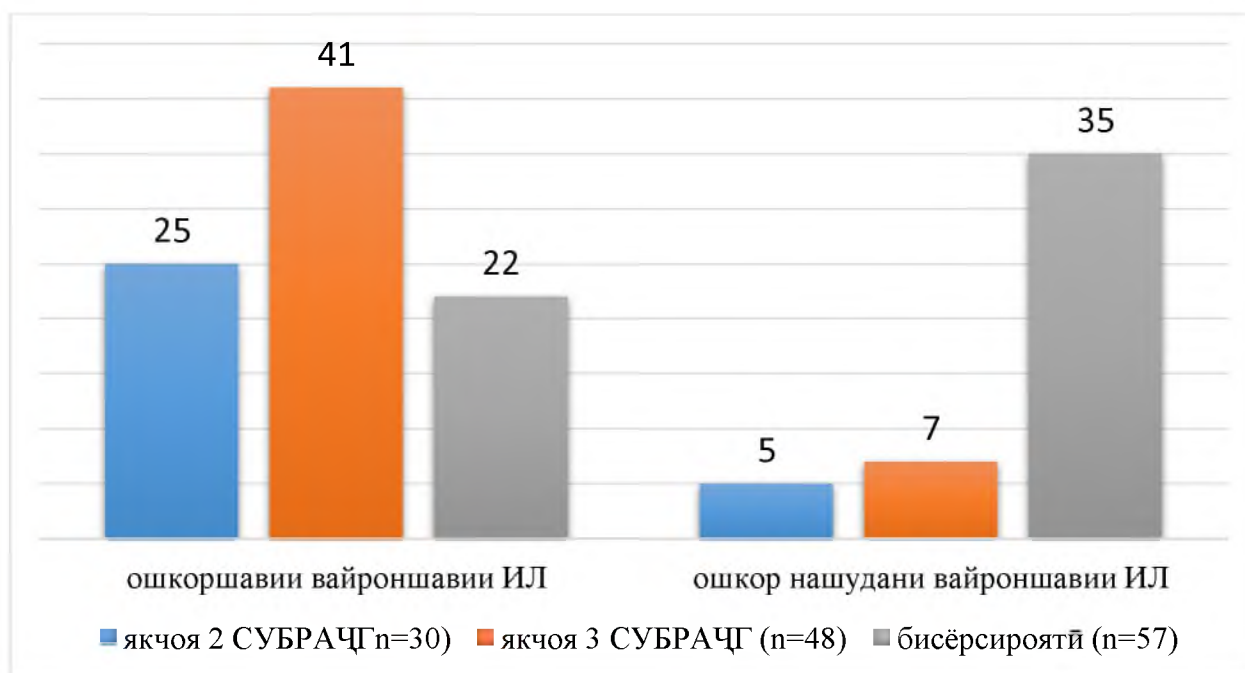


Расми 4.1. - Таркиби интерлейкинҳо дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ дар муқоиса бо донорҳо

Тавре ки аз расми 4.1 дида мешавад, дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ, ки аз сили шуш азият мекашанд, камтарин ҳам дар байни интерлейкинҳои илтиҳобӣ (ИЛ-1в, ИЛ-6, ИЛ-8 ва ФНО-а) ва ҳам зиддиилтиҳобӣ (ИЛ-4 ва ИЛ-10) на танҳо дар муқоиса бо донорҳо, балки дар муқоиса бо гурӯҳи назоратии беморон мушоҳида мегардад, ки ба паст шудани фаъолнокии раванди илтиҳобӣ аз ҳисоби камшавии фаъолнокии макрофағҳои синтезкунандаи ситокинҳои илтиҳобӣ ишора менамояд. Ҳамзамон, дар гурӯҳи назоратӣ мазмуни ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ (ИЛ-4 ва ИЛ-10-1я, ИЛ-4 ва ИЛ-10-6, ИЛ-4 ва ИЛ-10-8, ФНО-а) ошкор карда шуд, ки ин ба мушаххасии возеҳи реаксияҳои иммунӣ ва вазнинии раванди илтиҳобӣ дар ин беморон ишора менамояд. Дар гурӯҳи назоратии беморон, инчунин камшавии интерлейкинҳои зиддиилтиҳобӣ ошкор гардид (ИЛ-4 ва ИЛ-10), ки аз кам шудани механизмҳои воқуниши иммунӣ онҳо шаҳодат медиҳад, аммо миқдори онҳо назар ба беморони гурӯҳи асосӣ ба таври назаррас баландтар буд.

Таҳлили паҳншавии вайроншавии таркиби интерлейкинҳо дар байни беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ нишон дод, ки дар гурӯҳи асосӣ дар 88

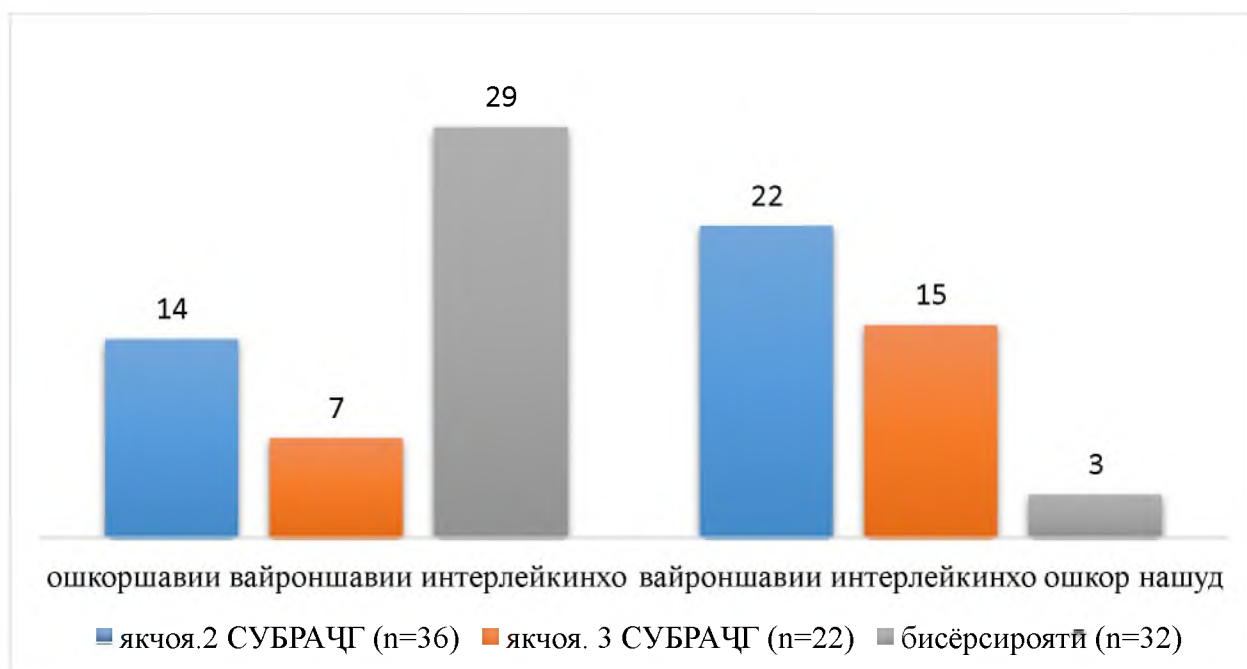
(65,2%) беморон номутаносибии ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ ва зиддиилтиҳобӣ муайян карда шудааст (Расми 4.2.)



Расми 4.2. - Басомади вайроншавии таркиби интерлейкинҳо дар сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ (n = 135)

Тавре ки аз расми 4.2 дида мешавад, ин вайроншавиҳо дар 41 (46,6%) беморон бо ассотсиатсияи 3 сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ, новобаста аз барангезанда ошкор гаштаанд, яъне 1,6 маротиба бештар дар муқоиса бо 25 (28,4%) беморони бо ҳамроҳии 2 сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва 1,9 маротиба зиёдтар аз беморони гирифтори моноинфексия, ки дар онҳо ихтилоли интерлейкин дар 22 (25,0%). Аз 57 нафар беморони гирифтори моноинфексияҳои узвҳои таносул, дар 35 (61,4%) таркиби ИЛ дар доираи муқаррарӣ боқӣ монданд.

Дар беморони гурӯҳи назоратӣ ихтилоли системаи ситокинҳо дар 50 (55,6%) беморон муайян карда шуд, ки онҳо бештар дар беморони гирифтори моноинфексия муайян карда шуданд, ки ин 31 (58,0%) ҳолатро ташкил медиҳад (Расми 4.3.).



Расми 4.3. Басомади вайроншавии мундариҷаи интерлейкинҳо ҳангоми сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали дар беморони гурӯҳи назоратӣ (n = 135)

Дар ин маврид, дар 40 (44,4%) беморон дар таркиби интерлейкинҳо ягон вайроншавӣ ба қайд гирифта нашудааст ва дар беморони гирифтори моноинфексия, ҳалал дар системаи интерлейкин танҳо дар 3 (7,5%) беморон муайян карда нашудааст.

Яъне, дар беморони гурӯҳи асосӣ, ихтилолот дар системаи интерлейкинҳои зиддиилтиҳобӣ ва зиддиилтиҳобӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба зиёдтар мушоҳида шудааст (88 (65,2%) муқобили 50 (55,6%)). Дар айни замон, ҳалалдоршавии интерлейкин дар беморони ассотсиатсияи 3 сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратии беморон (41 (46,6%) нисбат ба 7 (14,0%) 3,3 маротиба бештар ба қайд гирифта шудааст). Илова бар ин, ҳангоми моноинфексияҳо, вайроншавии интерлейкин дар гурӯҳи асосии беморон нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,7 маротиба камтар мушоҳида карда шуд (22 (25,0%) муқобили (44,4%) ҳолат).

Ин аз маълумотҳои дар таҳқиқоти муҳаққикони дигар пешниҳодшуда, ки дар 63% беморони сироятҳои урогениталӣ масунияти пастро ошкор кардаанд, фарқ мекунад [46]. Ба ақидаи ин муаллифон, вайроншавии масунӣ дар беморони

сироятҳои бо роҳи алокаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бо коҳиши концентратсияи камшавии Т-хелперҳо (CD3 + CD4 +), афзоиши В-лимфоситҳо (CD3 - CD19 +) ва пастшавии фаъолияти фагоситикии нейтрофилҳо зохир мегардад.

Илова бар ин, маълумотҳои адабиётҳо, инчунин, алоқамандии вайроншавиҳои системаи масуниро дар беморони гирифтори сили шуш тасдиқ мекунанд. Ба андешаи муаллифон, норасоии масунияти дуумдараҷа дар бемории сил бо тағйирёбии возеҳ дар системаи ситокинҳо, номутавозунии миқдории субпопулятсияҳои Т-лимфоситҳо тавсиф мешавад, ки ба хусусияти илтиҳобӣ, истехсолӣ ё эксудативӣ таъсир мерасонанд. Илова бар ин, муаллифон қайд мекунанд, ки дар бемории сил аксуламали масунӣ аз рӯи намуди ҳучайраҳо бартарият дорад ва бевосита бо паҳншавии субпопулятсияҳои Th-1-и лимфоситҳо алоқаманд аст, ки ба спектри ситокинии интерлейкин (ИЛ)-2, интерферон γ (IFN- γ), ИЛ-12, омилҳои некрози варам- α (TNF- α) мувофиқат мекунанд. Он бо сатҳи нисбатан баланди CD4+, CD8+ лимфоситҳо, шохиси иммунорегулятсияи CD4+/CD8+ характернок аст. Аз тарафи дигар, барои кооператсияи мукаммали ҳучайравӣ фаъолияти макрофагҳо, як қатор интерлейкинҳои синтезшаванда (ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12), ФНО- α аҳамияти муҳим дорад, ки бо ёрии онҳо пеш аз ҳама, фаъолсозии лимфоситҳо ва таъсири мутақобилаи байниҳучайравӣ, инчунин омилҳои афзоиш (омилҳои афзоиши фибробласт, омилҳои афзоиши тромбоцитҳо, омилҳои таҳриқдихандаи макон, омилҳои афзоиш- β), ҳавасмандкунии пролифератсияи Т- ва В- лимфоситҳо, эндотелиоситҳо, тромбоцитҳо ва ҳучайраҳо - прекурсорҳои миелоид дар мағзи устухон амалӣ мегардад. Ба ақидаи муаллифон, ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-12, ФНО- α , инчунин омилҳои реактиви пӯст, аксуламали барвақтии илтиҳобии эксудатиро ба вучуд оварда, хосияти гузаронандагии рағҳоро зиёд мекунанд. Таъсири ФНО- α ба фибробластҳо, ки метавонад паҳншавӣ ва мубодилаи моддаҳои онҳоро афзоиш диҳад ва ба ин васила синтези коллагенро ба вучуд орад, барои чараён ва натиҷаи илтиҳоби маҳсулноқ муҳим аст. Ҳангоми такрористехсоли интенсивии микобактерияҳо ва фагоситози бесамар, унсури

экссудативии илтиҳоб бо дегенератсияи ривочёфтаи казеозии бофтаи шуш якбора меафзояд. Ҷавоби иммунӣ бо норасоии звенои ҳуҷайравӣ, кам шудани шумораи лимфоситҳои фаъол, бартарии ҷавоби масунии гуморалӣ бо баландшавии мувофиқи сатҳи иммуноглобулинҳо ва В-лимфоситҳо тавсиф мешавад. Пастшавии фаъолнокии функционалии ҳуҷайраҳои иммунокомпетентӣ мушоҳида мегардад, ки ин норасоии масуниятро ба вучуд меорад.

Ҳамин тариқ, дар натиҷаи таҳқиқот, дар нишондодҳои истехсоли интерлейкин дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар заминаи сирояти сил вайроншавиҳои назаррас ошкор карда шуданд, ки ин нишон медиҳад, ки онҳо аз сабаби сирояти сил ва химиотерапияи антибактериявӣ норасоии масунияти дуҷумдараҷа доранд. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори сирояти урогениталӣ, ки аз сили шуш азият мекашанд, дар ин беморон аломатҳои фаъолшавии пайванди ҳуҷайраҳои системаи масуният ба назар мерасанд, ки бо кам шудани фаъолияти интерлейкинҳо зохир мешаванд, ки барои дурустӣ ва мушаххасии ақсуламалҳои иммунологӣ ҷавоб медиҳанд. Дар ҳуни беморони гурӯҳи назоратӣ, ки аз сироятҳои урогениталӣ азият мекашанд, аз ҳад зиёд фаъол шудани пулаи ситокин ба қайд гирифта шуд, ки он дар заминаи афзоиши илтиҳоби узвҳои таносул зиёд мешавад.

Боби 5. Натиҷаҳои табобати беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ дар беморони сили шуш

5.1. Натиҷаҳои табобати беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш

Гурӯҳи I аз 60 бемор иборат буд, ки ба онҳо химиотерапияи стандартии комплекси зиддисилӣ, аз ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + азитромитсин 1 г ҳафтае як маротиба дар тӯли 3 ҳафта гузаронида шуданд. Вояи муолиҷавӣ - 3 г (Азитромитсин мувофиқи протоколҳо барои воридкунӣ ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ, 2019 таъйин карда шудааст).

Гурӯҳи II иборат аз 60 нафар бемороне буданд, ки ба онҳо химиотерапияи комплекси зиддисилӣ, аз ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + терапияи се компонентӣ барои СБРАЦГ -и урогениталӣ (азитромитсин 1 г дар як ҳафта, дар давоми 3 ҳафта + иммуномодулятор Тимогар 1 мл / м як маротиба) дар як рӯз, дар давоми 10 рӯз гузаронида шуд. Табобати сироятҳои омехта бо доруҳои антибактериявӣ дар муолиҷаи комплексӣ бо доруҳои антихламидиалӣ ё антиандидалӣ, вобаста аз сирояти ҳамроҳшуда муайян карда шуд. Ба беморони бо сирояти ҳамбастагии трихомониёз дар муолиҷаи комплексӣ метронидазол 500 мг дар як шабонарӯз барои 7 рӯз; ҳангоми сирояти герпесвирус - валасикловир 125 мг 2 маротиба дар як рӯз дар давоми 5 рӯз ворид карда шуд. Ҳамаи беморон дар табобати комплексӣ доруи Флуконазолро 150 мг дар як ҳафта як маротиба дар тӯли 2-3 ҳафта дохил карданд.

Назорати муолиҷа дар асоси мониторинги клиникӣ ва лабораторӣ пас аз 30 рӯз ва пас аз 6 моҳи муолиҷа арзёбӣ карда шуд. Дар ин муддат ба беморон тавсия дода шуд, ки воситаҳои муҳофизати шахсиро истифода баранд. Самаранокии клиникиро мо чунин арзёбӣ кардем: табобати клиникӣ бо нопадид шудани шикоятҳо ва нишонаҳои клиникии сирояти урогениталӣ дар заминаи натиҷаҳои манфии лабораторӣ; беҳбудӣ дар ҳоле ба назар гирифта шудааст, ки коҳиши назарраси шикоятҳо ва нишонаҳои клиникии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар заминаи натиҷаҳои манфии лабораторӣ ба назар расад; набудани

табобати клиникӣ давомнокии ошкоршуда ё шиддатнокии шикоятҳо ва нишонаҳои клиникии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ пас аз ба охир расидани табобат ҳисобида шуд; ҳангоми пайдоиши шикоятҳои такрорӣ ва аломатҳои клиникии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар давоми 2-4 ҳафтаи пас аз ба охир расидани табобат дар сурати набудани нишондодҳои сирояти дубора, такрорёбии онҳо қайд карда шуд. Дар натиҷаи арзёбии клиникӣ ва микробиологӣ самаранокии муолиҷа дар ҳарду гурӯҳи беморон, динамикаи бартарафсозии барангезандаи беморҳои узвҳои таносул ошкор карда шуд (ҷадвали 5.1.)

Ҷадвали 5.1. – Элиминатсияи бадастомадаи барангезандаи СБРАҶГ-и урогениталӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ пас аз 30 рӯзи муолиҷа

Барангезандагони СБРАҶГ-и урогениталӣ	Теъдоди умумии беморон					
	Гурӯҳи I (n=60)			Гурӯҳи II (n=60)		
	то муолиҷа	пас аз муолиҷа	p	то муолиҷа	пас аз муолиҷа	P
Ch. Trach. +Ureapl ureal+ Trichomonis vag.	10 (16,7%)	6 (10,0%)	>0,05	10 (16,7%)	2 (3,3%)	<0,05
Ch. Trach. +Ureapl ureal+ Herpesvir	10 (16,7%)	8 (13,3%)	>0,05	11 (18,3%)	6 (10,0%)	>0,05
Ch. Trach. + Ureapl ureal+ Mycopl.genit.	10 (16,7%)	5 (8,3%)	>0,05	11 (18,3%)	2 (3,3%)	<0,01
Ch. Trach. +Ureapl ureal	6 (10,0%)	5 (8,3%)	>0,05	5 (8,3%)	2 (3,3%)	>0,05
Ch. Trach. + Herpesvir	5 (8,3%)	3 (5,0%)	>0,05	5 (8,3%)	3 (5,0%)	>0,05
Ureapl ureal+ Mycopl.genit.	5 (8,3%)	2 (3,3%)	>0,05	4 (6,7%)	0	
Chlamydia trachomatis	2 (3,3%)	0 (0,0%)		2 (3,3%)	0	
Ureoplasma urealyticum	4 (6,7%)	2 (2,8%)	>0,05	3 (5,0%)	0	
Mycoplasma genitalium	2 (3,3%)	0 (0,0%)		2 (3,3%)	0	

Идомаи чадвали 5.1

Herpesvir	6(10,0%)	4 (5,7%)	>0,05	7 (11,7%)	5 (8,3%)	>0,05
Ҳамагӣ	60(100%)	35(58,3%)		60(100%)	20(33,3%)**	

Эзоҳ: p_1 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳо дар гуруҳҳо пеш ва баъди табобат (бо меъёри МакНемара); ** $p < 0,01$ - дар муқоиса бо ҳамин нишондодҳо дар гуруҳи якум (бо меъёри χ^2)

Тавре ки аз чадвали 5.1 дида мешавад, дар гуруҳи якуми беморон, бартарарфсозии микробҳо дар хама беморони гирифтори моноинфексияҳои хламидиалӣ ва микоплазма мушоҳида карда шуд. Дар байни сироятҳои омехта, динамикаи ассотсиатсияҳои Ch. Trach. + Ureapl. ureal+ Mycopl.genit; Ch. Trach.+Ureapl .ureal и Ureapl ureal+ Mycopl.genit ба қайд гирифта шуд. Дар гуруҳи дуввум, бартарарфсозии патоген дар 100% ҳолатҳо дар беморони гирифтори моноинфексияҳои хламидия, уреаплазмоз ва микоплазмоз мушоҳида карда шуд. Дар гуруҳи якуми беморон шумораи беморони дорои патогенҳо 1,7 маротиба кам (60 (100%) нисбат ба 35 (58,3%) ва дар гуруҳи дуюм 3 маротиба (60 (100%)) нисбат ба 20 (33,3%) коҳиш ёфтанд.

Ба таври дигар, дар гуруҳи якуми беморон табобати лабораторӣ дар 25 (41,7%) ва дар дуввум дар 40 (66,7%), яъне 1,6 маротиба мушоҳида шудааст.

Таҳлили динамикаи зухуроти субъективӣ дар натиҷаи муолиҷа нишон дод, ки пас аз як моҳи табобат шумораи беморони системаи пешобдон дар ҳарду гуруҳ коҳиш ёфтааст. (чадвали 5.2.).

Чадвали 5.2. - Нобудшавии зухуроти субъективӣ дар гуруҳҳои муқоисавӣ

Шикоят	Теъдоди умумии беморон n (%)					
	Гуруҳи I (n=60)			Гуруҳи II (n=60)		
	то муолиҷа	пас аз муолиҷа	p	то муолиҷа	пас аз муолиҷа	P
Эҳсосоти дард	26 (43,3%)	14 (23,3%)	<0,05	29 (48,3%)	12 (20,0%)	<0,01

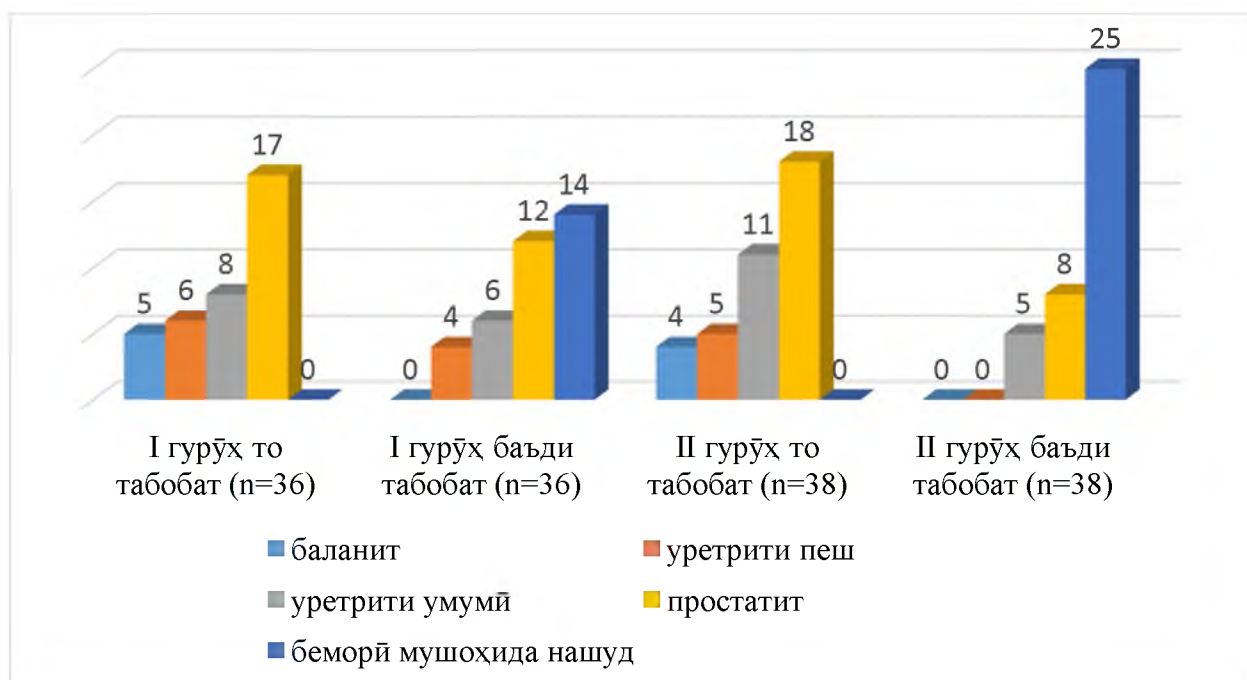
Идомаи чадвали 5.2

Вайроншавихои дизурикӣ	13 (21,7%)	5 (8,3%)	<0,05	13 (21,7%)	0	
Тарашшух аз роҳҳои пешоб	8 (13,3%)	3 (5,0%)	>0,05	5 (8,3%)	0	
Вайроншаҳои шаҳвонӣ	7 (11,7%)	3 (5,0%)	>0,05	4 (6,7%)	1 (1,7%)	>0,05
Ҳамагӣ	54 (90,0%)	25 (41,7%)	<0,001	51 (85,0%)	13 (21,7%)*	<0,001

*Эзоҳ: p_1 – моҳияти фарқияти оморӣ нишондодҳо дар гуруҳҳо пеш ва баъди табобат (бо меъёри МакНемара); ** $p < 0,05$ - дар муқоиса бо ҳамаин нишондодҳо дар гуруҳи якум (бо меъёри χ^2)*

Тавре ки аз чадвали 5.2 дида мешавад, самаранокии бештари муолиҷа дар паст шудани дард дар гуруҳи дуёми беморон мушоҳида шудааст, зеро дар ин гуруҳ шумораи беморони дардманд аз 29 (48,3%) то 12 (20,0%), яъне 2,4 баробар коҳиш ёфтааст. Нобудшавии вайроншавихои дизури дар гуруҳи дуввум пас аз табобат дар ҳамаи беморон ошкор карда шуд ва дар гуруҳи аввал 5 (8,3%) ҳолатҳо нисбат ба 13 (21,7%) ҳолатҳое, ки пеш аз оғози табобат муайян карда шуданд, қайд карда шуданд. Вайроншавии чинсӣ дар 4 (6,7%) беморони гуруҳи якум ва 3 (5,0%) беморони гуруҳи дуём барқарор карда шуд. Ҳамаин тариқ, аз шумораи умумии беморони зухуроти субъективӣ шикоятҳо аз ҷониби 25 (41,7%) беморони гуруҳи якум ва 13 (21,6%) беморони гуруҳи дуём пешниҳод карда шуданд, яъне нишонаҳои субъективӣ сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ 2 маротиба кам шудааст.

Дар чараёни муолиҷа, динамикаи зухуроти клиникаи иллатҳои узвҳои таносул дар беморони муоина кардашуда ошкор карда шуданд. (расми 5.1.)

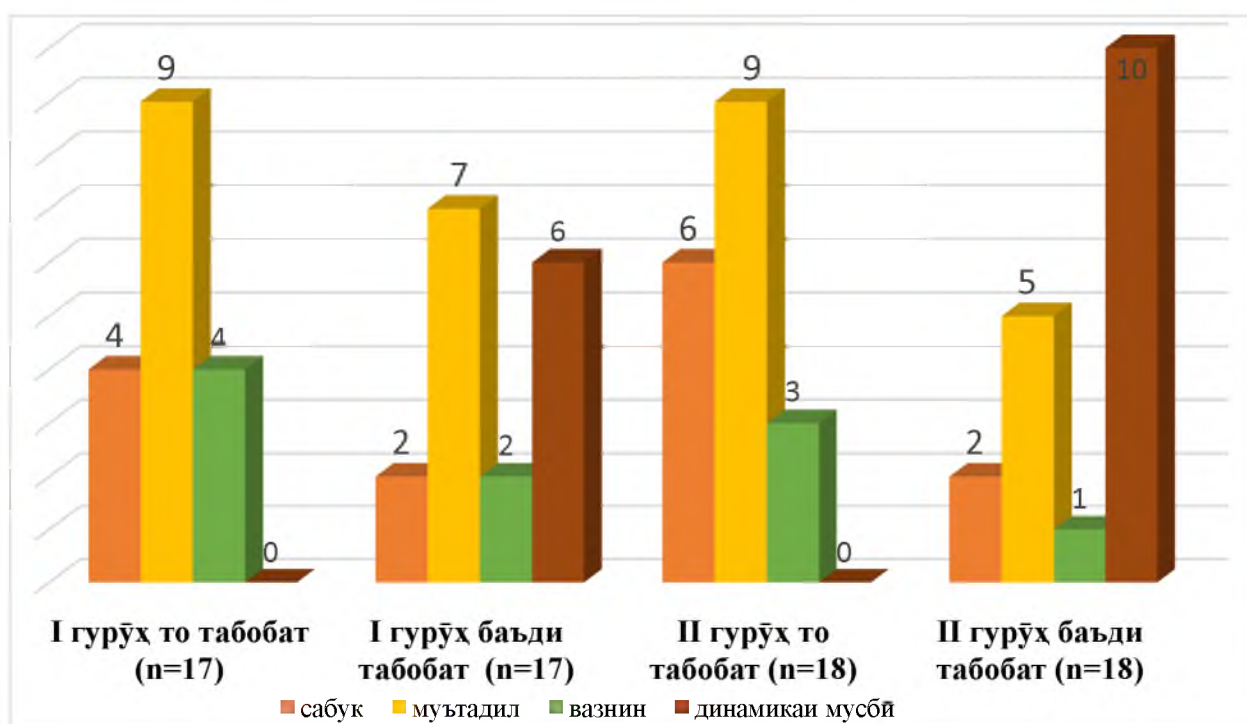


Расми 5.1. - Динамикаи зухуроти клиникаии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали дар мардон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ

Тавре ки дар расми 5.1 дида мешавад, дар гурӯҳи якуми беморон пас аз табобат, нишонаҳои клиникаии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали дар 22 ҳолат коҳиш ёфтанд, зеро аломатҳои баланит дар ҳамаи 5 беморони ин гурӯҳ табобат ёфтанд. Дар гурӯҳи якуми иборат аз 6 нафар (16,7%) беморони уретритҳои пешина, пас аз табобат он дар 4 (11,1%) бемор муайян карда шуд ва шумораи беморони уретрит дар маҷмӯъ аз 8 нафар (22,2%) то 6 (16,7%) ҳолат коҳиш ёфт. Дар гурӯҳи дууми беморон пас аз табобат нишонаҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали дар 13 бемор (34,2%; 38) боқӣ монданд, ки аз онҳо нишонаҳои баланит ва уретритҳои пешина дар 100% беморон шифо ёфтанд ва зухуроти уретрит ва илтиҳоби ғадуди простата мутаносибан аз 11 (28,9%; 38) ва 18 (47,4%) ҳолатҳои пеш аз табобат то 5 (13,2%; 38) ва 8 (21,1%) пас аз табобат коҳиш ёфтааст, яъне 2,2 маротиба. Яъне, пас аз табобат дар гурӯҳи дууми беморон 1,7 маротиба зиёдтар, ягон патология аз системаи пешобдон нисбат ба гурӯҳи аввал (25 (65,8%) муқобили 14 (38,8%) ҳолат) ошкор карда нашудааст.

Ғайр аз ин, дар гурӯҳи дууми беморон, ки бо назардошти ҳолати иммунӣ муолиҷаи комплексӣ гирифтанд, дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 1,6 маротиба

кам шудани падидаҳои илтиҳоби ғадуди простата ба қайд гирифта шуд, яъне, 12 (33,3%) муқобили 8 ҳолат (21,1%), зеро пас аз таъобат шумораи беморони гирифтори илтиҳоби шадиди ғадуди простата коҳиш ёфт. Пас аз таъобат, дар гурӯҳи дуввуми беморон теъдоди таъобатёфтагон 1,7 маротиба зиёдтар буд (аз 18 нафар беморони гурӯҳи дуюм 10 нафар муқобили 6 нафар аз 17 беморони гурӯҳи дуюм). Аз 4 бемори гурӯҳи аввал, дараҷаи шадид 2 маротиба камтар, яъне дар 2 бемор муайян карда шуд, зеро дар 2 бемор коҳиш ёфтани андозаи ғадуди простата ва коҳиш ёфтани нишонаҳо аз рӯи ҷадвали IPPS аз 20 балл пасттар дараҷаи муътадили илтиҳоби ғадуди простатаро дар онҳо нишон медиҳад (расми 5.2.)

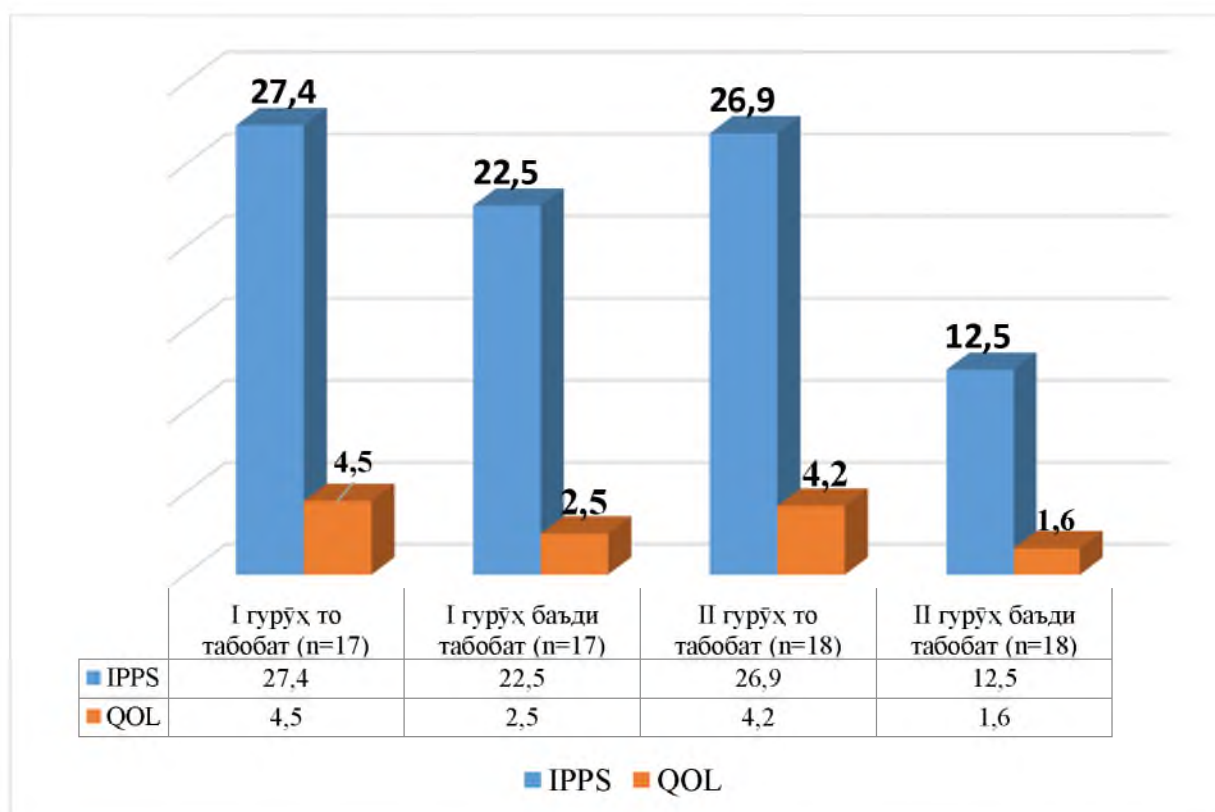


Расми 5.2. –Дараҷаи вазнинии аломатҳои илтиҳоби ғадуди простата дар мардон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ (IPPS)

Чӣ тавре ки дар расми 5.2 дида мешавад, дар гурӯҳи дуюм шумораи беморони дараҷаи вазнин аз 3 то як бемор коҳиш ёфтааст. Яъне, дар гурӯҳи дуюми беморон, муолиҷа ба падидаҳои илтиҳоби ғадуди простата таъсири мусбати бештар расонид.

Ин таъсир бо натиҷаҳои миқёси нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата (IPPS) ва сифати зиндагии беморон (QOL) тасдиқ карда шуд. Индекси IPPS дар ҳарду гурӯҳи беморон пеш аз таъобат дараҷаи вазнинии илтиҳоби ғадуди простатаро нишон дод, зеро он мутаносибан 27,4 ва 26,9 балл буд. Пас аз

муолиҷаи мувофиқи комплексӣ, дар гурӯҳи якуми беморон, ин нишондиҳанда, гарчанде ки он то $22,5 \pm 1,5$ нуктаҳо коҳиш ёфт, аммо дараҷаи вазнини илтиҳоби ғадуди простатаро дар миқёси IPPS нишон дод. Аммо, дар гурӯҳи дуҷуми беморон пас аз табобат ин нишондиҳанда то 12,5 балл коҳиш ёфт, яъне дараҷаи сабуки илтиҳоби ғадуди простатаро нишон дод. Яъне нишондиҳандаи нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар гурӯҳи дуввум дар муқоиса бо гурӯҳи аввал 2 маротиба коҳиш ёфтааст (26,9 дар муқоиса бо 12,5 ҳол), ки аз самаранокии бештари муолиҷа дар гурӯҳи дуҷуми беморон шаҳодат медиҳад (Расми 5.3).



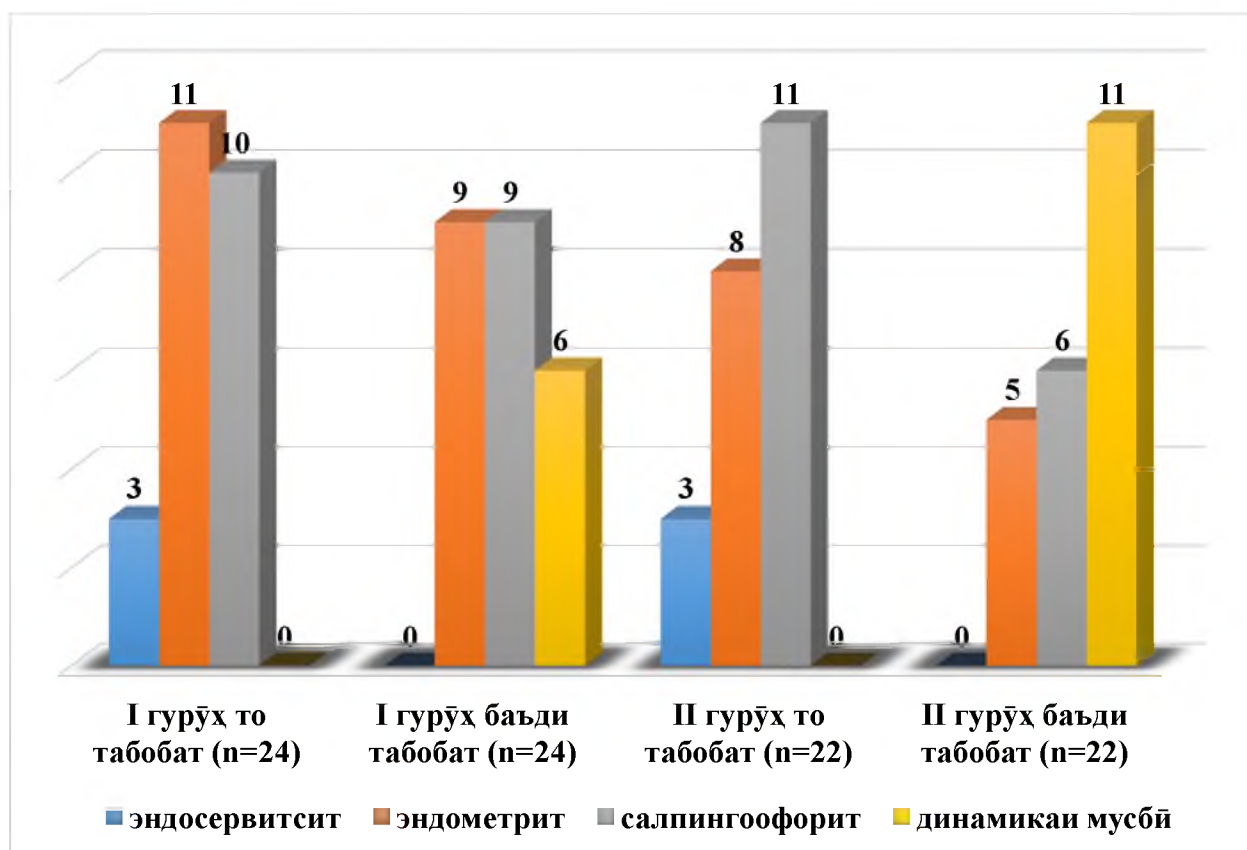
Расми 5.3.- Арзёбии ҳолиҳои умумии аломатҳои IPPS ва сифати ҳаёти беморон (QOL) дар гурӯҳҳои муқоисавӣ

Арзёбии сифати зиндагии беморон (QOL) дар гурӯҳҳои муқоисавӣ нишон дод, ки пеш аз табобат дар ҳарду гурӯҳи беморон коҳиши сифати зиндагӣ мушоҳида карда мешавад, зеро дар ин миқёс ҳолиҳои гурӯҳи якум 4,5 балл ва дар дуввум - 4,2 ҳолро ташкил доданд, ки ҳангоми посух ба муносибатҳои нисбати ҳолати ӯ ҳангоми нигоҳ доштани аломатҳои мавҷудайи урологӣ дар тӯли ҳаёташ ҷавоби "бад" -ро нишон медиҳад. Аммо, пас аз табобат дар гурӯҳи якуми беморон, баҳои миёна 2,5 баллро ташкил дод, ки муносибати қаноатбахши

беморон ба ҳолати онҳоро нишон дод ва дар гурӯҳи дуюм холи миёна 1,6 баллро ташкил дод, ки муносибати хуби беморон ба ҳолати онҳо буд. Яъне, индекси QOL дар гурӯҳи дуюм дар муқоиса бо гурӯҳи якум 1,6 маротиба коҳиш ёфт, ки аз беҳтар шудани сифати зиндагии беморони гирифтори илтиҳоби ғадуди простата дар ин гурӯҳи беморон шаҳодат медиҳад.

Ҳамин тариқ, арзёбии муқоисавии самаранокии табобати мардон дар гурӯҳҳои якум ва дуюми беморон нишон дод, ки истифодаи азитромитсин ва тимогар дар муолиҷаи комплекси сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогенитали дар беморони сил дар муқоиса бо муолиҷаи бе тимогар натиҷаҳои беҳтар мекунад табобат, ки бо 2 маротиба коҳиш ёфтани зухуроти субъективӣ ва индекси аломатҳои илтиҳоби ғадуди простата (IPPS), инчунин 1,6 маротиба беҳтар шудани сифати зиндагии беморон зоҳир мешавад.

Арзёбии самаранокии табобати сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар занони гирифтори сил низ динамикаи мусбии беморҳои илтиҳоби қоси хурд (эндосервисит, эндометрит, салпингоофорит) –ро ошкор кард, ки бо нопадид шудани ихроҷи патологӣ аз узвҳои таносул, дард дар қисми поёнӣ шикам зоҳир гашт. Дар занони гирифтори эндосервисит динамикаи мусбат ҳангоми кам ё гум шудани серхунӣ ва омоси пардаи луобии гарданаки бачадон ва атрофи канали гарданаки бачадон, инчунин ҳангоми ошкор кардани варамнокии пардаи луобии бачадон ва кам шудани ҳалқаҳои рағҳо маълум гардид. Дар занони гирифтори салпингоофарит, динамикаи мусбӣ бо аломатҳои ултрасадои коҳиши ҳаҷми тухмдонҳо, барқароркунии сохтори эохогении онҳо ва чабидашавии дохилии омосӣ зоҳир шуд. Динамикаи мусбии эндометрит тавассути сабук кардани дард, барқароркунии тасвири экографии эндометрия ва ба эътидол омадани давраи ҳайз зоҳир шуд. Беморони муоинашуда дар ҳарду гурӯҳ динамикаи мусбии беморҳои илтиҳоби пӯстро нишон доданд. Басомади эндометрит дар гурӯҳи аввалини беморон аз 11 то 9 ҳолат ва дар гурӯҳи дуюм аз 8 то 5 нафар, яъне мутаносибан 1,4 ва 1,8 маротиба кам шудааст. Шумораи беморони салпингоофорит пас аз табобат дар гурӯҳи аввал 9 нафар ва дар гурӯҳи дуюм 6 нафар, яъне 1,5 маротиба зиёдтар буд (расми 5.4).



Расми 5.4. - Динамикаи зухуроти клиникӣ сироятҳои бо роҳи алоқкаи ҷинсӣ гузарандаи урогенитали дар занон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ

Тавре ки дар расм дида мешавад, динамикаи мусбӣ аз 24 нафар занони гурӯҳи якум дар 6 нафар ва аз 22 нафар беморони гурӯҳи дуюм дар 9 нафар, яъне 1,5 маротиба зиёдтар мушоҳида шудааст, ки ин барои беморони гурӯҳи дуюм, ки бо истифодаи доруи Тимогар муолиҷаи комплексӣ гирифтаанд, самаранокии барҷастаи муолиҷаро нишон медиҳад.

Ҳангоми арзёбии самаранокии клиникӣ пас аз 6 моҳи муолиҷа, шумораи беморони табобати клиникӣ гирифта, беҳтаршавӣ, набудани шифоёбии клиникӣ ва миқдори такрорёбиҳо таҳлил карда шуданд (ҷадвали 5.3.)

Ҷадвали 5.3. - Арзёбии самаранокии клиникӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ пас аз 6 моҳи муолиҷа

Меъёри арзёбии самаранокии клиникӣ	Гурӯҳи I (n=60)		Гурӯҳи II (n=60)		P
	Абс	%	Абс	%	
Шифоёбии клиникӣ	11	18,3	19	31,7	<0,05

Идомаи ҷадвали 5.3

Бехтаршавӣ	25	41,7	35	58,3	<0,05
Набудани шифоёбии клиникӣ	7	11,7	4	6,7	>0,05*
Такрорёбӣ	17	28,3	2	3,3	<0,001*

Эзоҳ: p_1 – моҳияти фарқияти омории нишондодҳо байни гурӯҳҳо (бо меъёри χ^2 бо меъёри амиқи Фишер)

Тавре ки аз ҷадвали 5.3 дида мешавад, тамоман аз байн рафтани шикоятҳо ва нишонаҳои клиникӣ сирояти урогениталӣ пас аз ба охир расидани табобат ва натиҷаҳои манфии лабораторӣ дар гурӯҳи дуввуми беморон нисбат ба гурӯҳи якуми беморон 1,7 маротиба бештар мушоҳида шудааст (19 (31,7%) муқобили 11 (18,3%) ҳолатҳо). Шумораи аз ҳама зиёди беморон аз рӯи беҳтаршавӣ муайян карда шуд, ки ин ба 35 (58,3%) беморон нисбат ба 25 (41,7%) беморони гурӯҳи дуюм рост меояд. Дар гурӯҳи якуми беморон, беморони табобати клиникӣ 1,7 маротиба зиёдтар ёфт шуданд (7 (11,7%) муқобили 4 ҳолат (6,7%)). Сатҳи такроршавӣ дар байни беморони гурӯҳи якум низ баландтар буд, яъне сарфи назар аз набудани сирояти дуюмбора дар ин беморон, шикоятҳо аз дард, ихроҷ аз роҳи узвҳои таносул ва дизурия дубора пайдо шуда, нишонаҳои узвҳои илтиҳоби коси хурд муайян карда шуданд.

5.2. Динамикаи нишондодҳои иммунологӣ дар беморони муоинашуда пас аз муолиҷа

Самаранокии муолиҷаи комплексӣ аз рӯи нишондиҳандаҳои тағирёбии иммунологӣ дар беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сирояти сил баҳо дода шуд. Пас аз табобат, миқдори лимфоситҳо дар беморони гурӯҳи якум аз $23.11 \pm 1.2\%$ то $24.15 \pm 1.9\%$ зиёд шуд, гарчанде ки он ба арзишҳои муқаррарӣ нарасид ($30,2 \pm 1,5\%$). Самаранокии табобат дар беморони гурӯҳи якум дар нишондодҳои иммунологии хун, алахусус дар нишондиҳандаҳои CD_{20} ва CD_{16} , ки сатҳи онҳо мутаносибан 1,4 ва 1,2 маротиба афзудаанд, инъикос ёфтааст, яъне $4,1 \pm 1,1\%$ нисбат ба $2,9 \pm 0,5\%$ ва $8.9 \pm 1.8\%$ ва $7.7 \pm 0.9\%$ (ҷадвали 5.4.)

Чадвали 5.4. - Ҳолати нишондодҳои иммунологӣ дар беморони гурӯҳи I

Нишондод	то муолиҷа (n=60)	баъд аз муолиҷа (n=60)	P
Миқдори лимфоситҳо (%)	23,11±1,2	24,15±1,9	>0,05
Миқдори лимфоситҳо (10 ⁹ /л)	2,13±0,11	2,23±0,05	>0,05
CD ₃ (%)	58,4±2,0	61,3±2,4	>0,05
CD ₄ (%)	31,5±1,8	33,5±1,2	>0,05
CD ₈ (%)	25,3±1,5	25,9±2,2	>0,05
ИРИ (CD4/CD8)	1,2±1,2	1,3±1,1	>0,05
CD ₂₀ (%)	2,9±0,5	4,1±1,1	<0,001
CD ₁₆ (%)	7,7±0,9	8,9±1,8	>0,05
Ig A (мг/мл)	2,4±0,1	2,1±0,18	>0,05
Ig M (мг/мл)	1,9±0,01	1,7±0,09	>0,05
IgG (мг/мл)	10,85±0,16	9,9±0,14	>0,05

Эзоҳ: p₁ – моҳияти фарқияти омори нишондодҳо байни гурӯҳҳо пеш ва баъди табобат (бо меъёри Мак Немара)

Тавре ки аз чадвали 5.4 дида мешавад, нишондиҳандаи ИРИ аз $1,2 \pm 1,2$ то $1,3 \pm 1,1$ афзудааст, аммо аз нишондиҳандаҳои муқаррарӣ камтар монд ($1,4 \pm 0,1$) Самаранокии табобат дар нишондиҳандаҳои Ig A, Ig M, Ig G инъикос ёфтааст, ки пас аз табобат тамоюли коҳиш дошт, аммо дар муқоиса бо донорҳо ба ин нишондиҳандаҳо нарасид.

Гурӯҳи II пас аз табобат динамикаи барҷастаи мусбатро нишон дод, ки нисбат ба CD₁₆ 1,5 маротиба беҳтар шуд ($11,2 \pm 1,8\%$ ва $7,7 \pm 0,9\%$). Индекси CD₄ ва CD₈ пеш аз табобат $31,5 \pm 1,8\%$ ва $25,3 \pm 1,5\%$ -ро ташкил медоданд ва пас аз табобат $37,5 \pm 1,5\%$ ва $27,2 \pm 1,2\%$, яъне 1,2 маротиба зиёд шуданд. Ҳамин гуна динамика аз рӯи миқдори лимфоситҳои $28,11 \pm 1,2\%$ нисбат ба $23,11\%$ $1,2\%$ ба қайд гирифта шудааст (чадвали 5.5).

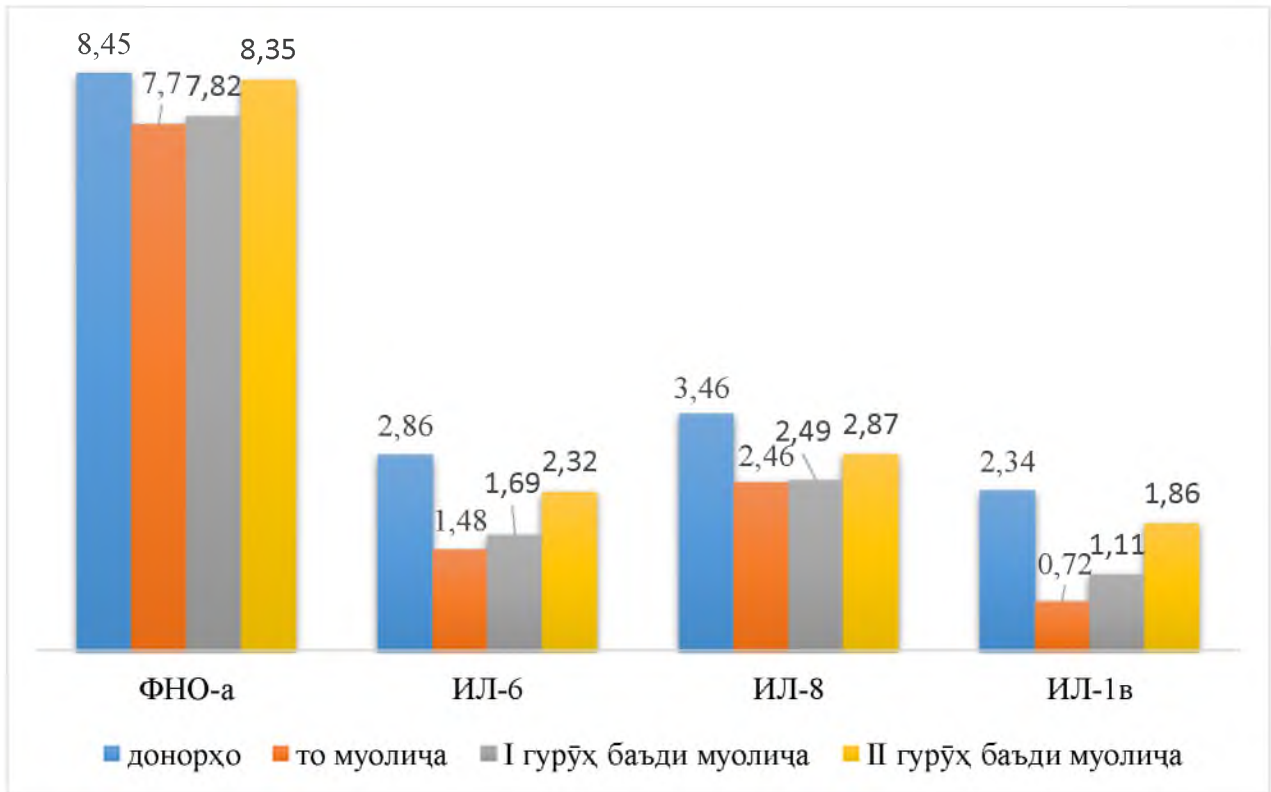
Чадвали 5.5. - Ҳолати нишондодҳои иммунологӣ дар беморони гурӯҳи II

Нишондод	то муолиҷа (n=60)	баъд аз муолиҷа (n=60)	P
Миқдори лимфоситҳо (%)	23,11±1,2	28,11±1,2	<0,001
Миқдори лимфоситҳо (10 ⁹ /л)	2,13±0,11	2,27±0,11	>0,05
CD ₃ (%)	58,4±2,0	65,9±2,0	<0,001
CD ₄ (%)	31,5±1,8	37,5±1,5	<0,001
CD ₈ (%)	25,3±1,5	27,2±1,2	<0,05
ИРИ	1,2±1,2	1,4 ±1,1	>0,05
CD ₂₀ (%)	2,9±0,5	6,2±1,1	<0,001
CD ₁₆ (%)	7,7±0,9	11,2±1,8	<0,001
Ig A (мг/мл)	2,4±0,1	1,6±0,18	<0,001
Ig M (мг/мл)	1,9±0,01	1,6±0,09	<0,001
IgG (мг/мл)	10,85±0,16	9,1±0,14	<0,001

Эзоҳ: p₁ – моҳияти фарқияти оморӣ нишондодҳо байни гурӯҳҳо пеш ва баъди табобат (бо меъёри Мак Немара)

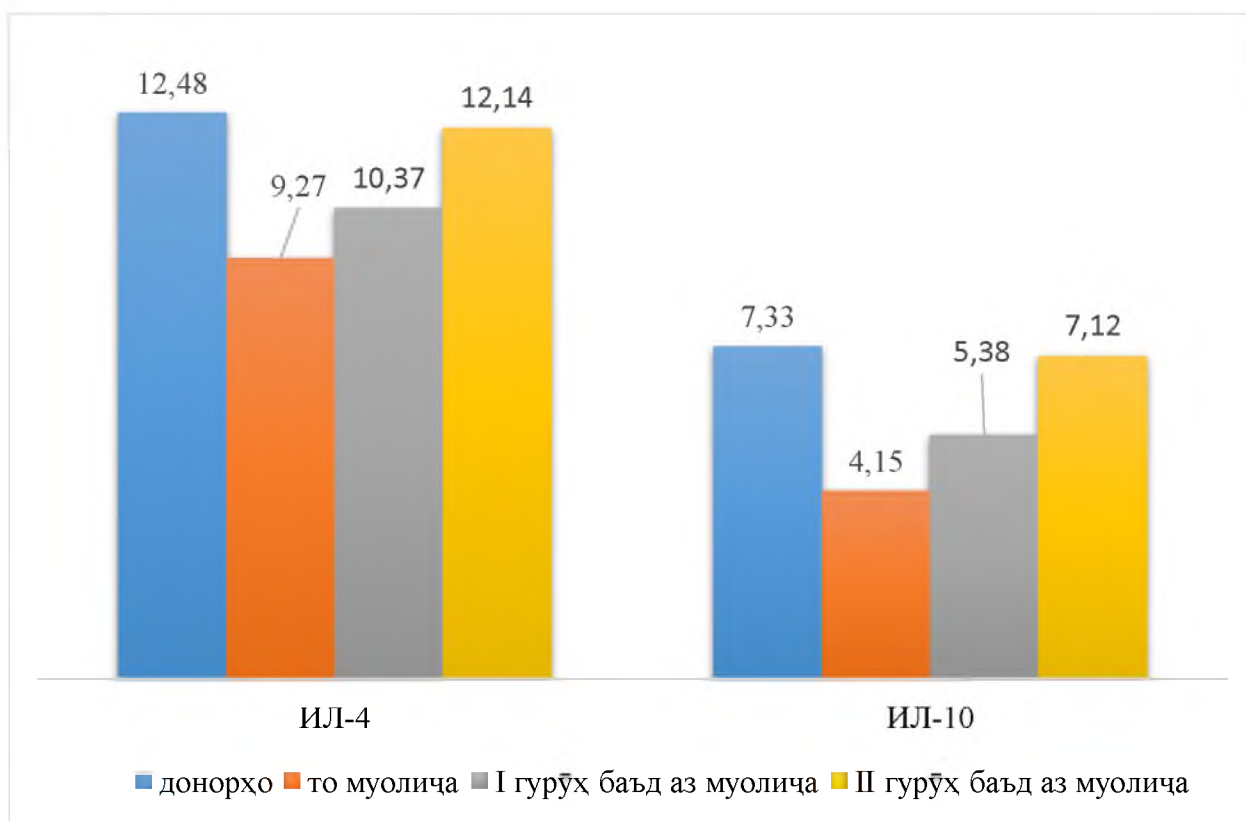
Тавре ки аз чадвали 5.5 дида мешавад, сатҳи Ig A, Ig M, Ig G пас аз табобат 1,5 ва 1,2 маротиба коҳиш ёфтааст, яъне мутаносибан аз 2,4 ± 0,1 то 1,6 ± 0,09 мг / мл, аз 1,9 ± 0,01 ба 1,6 ± 0,09 мг / мл ва аз 10,85 ± 0,16 то 9,1 ± 0,14 мг / мл. Яъне, дар гурӯҳи II бемороне, ки табобати зиддисилро дар якҷоягӣ бо азитромитсин ва тимогар гирифтаанд, самаранокии табобат дар муқоиса бо гурӯҳи I аз ҳама муҳим буд, ки дар он ҷо беморон ҳангоми табобати зиддисилӣ танҳо аз азитромитсин истифода мебуданд.

Ин далелро нишондиҳандаҳои ҳолати системаи интерлейкин пеш аз табобат ва баъд аз он тасдиқ карданд. Дар системаи ситокинҳои зиддиинтeҳобӣ афзоиши назарраси онҳо дар беморони гурӯҳи II дар муқоиса бо гурӯҳи I қайд карда шуд (расми 5.5.)



Расми 5.5. - Миқдори ситокинҳои протеинӣ дар гурӯҳҳои тадқиқотӣ пеш аз ва баъд аз табобат

Тавре ки дар расм дида мешавад, дар гурӯҳи II болоравии назарраси сатҳи ИЛ-6 ба қайд гирифта шудааст, ки пас аз табобат 1,6 маротиба коҳиш ёфт ($2,86 \pm 0,18$ дар муқоиса бо $2,32 \pm 1,12$ пкг / мл), инчунин пастшавии 2,6 маротиба ИЛ- β ($1,86 \pm 0,21$ дар муқоиса бо $2,34 \pm 0,21$ пкг / мл). Сатҳи ИЛ-8 дар гурӯҳи II 1,2 маротиба коҳиш ёфт ва TNF- α positioid ҳам дар гурӯҳи якум ва ҳам дар гурӯҳи дуввуми беморон каме коҳиш ёфт. Бояд қайд кард, ки сарфи назар аз динамикаи мусбӣ бо системаи интерлейкинҳои зиддиилтиҳобӣ дар беморони гурӯҳи дуум, аммо сатҳи онҳо ба арзишҳои муқаррарии гурӯҳи донорҳо нарасидааст.



Расми 5.6. - мундариҷаи ситокинҳои зиддиинтӣҳобӣ дар гурӯҳҳои омӯзишӣ пеш аз ва баъд аз табобат

Тавре ки дар расми 5.6 дида мешавад, пас аз табобат дар гурӯҳи дуҷуми беморон, сатҳи ИЛ -4 дар муқоиса бо гурӯҳи I 1,2 маротиба зиёд шуд ($12,14 \pm 2,2$ муқобили бо $10,37 \pm 2,2$ пкг / мл) ва ИЛ -10 - 1,3 маротиба ($7,12 \pm 1,31$ муқобили $5,38 \pm 1,2$ кг / мл) нишон дод. Дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои пеш аз оғози табобат, сатҳи ИЛ -4 дар гурӯҳи I аз $10,37 \pm 2,2$ то $9,27 \pm 2,2$ пкг / мл ва дар гурӯҳи II аз $12,14 \pm 2,2$ то $9,27 \pm 2,2$ пкг / мл, яъне 1,3 баробар.

Натиҷаҳои табobati беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сирояти сил нишон доданд, ки табобат дар гурӯҳи бемороне, ки бо истифодаи Тимогар табobati комплексӣ гирифтаанд, аз ҳама самараноктар ба назар мерасад.

Ҳамин тариқ, таҳлили натиҷаҳои пас аз табобат фарқияти назаррасро дар самаранокии усули комплексии табobati беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ гирифтори сили шуш бо истифодаи азитромитсин ва тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи антибактериалии зиддисилӣ, дар муқоиса бо истифодаи танҳо азитромитсин дар якҷоягӣ бо муолиҷаи антибактериалии

зиддисилӣ нишон дод. Бештари беморон ба натиҷаҳои мусбӣи клиникӣ ноил шуданд. Истифодаи табобати маҷмӯӣ бо истифодаи Азитромитсин ва Тимогар хангоми табобати сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони сили шуш нишон дод, ки натиҷаҳои мусбати табобат дар 54 (90,0%; 60) беморон, аз ҷумла 19 (31,7%) бо табобати клиникӣ ва 35 (58,3%) бо табобати клиникӣ ба даст оварда шудаанд, ки нисбат ба гурӯҳи беморон, ки танҳо азитромитсинро дар табобати комплексӣ гирифтаанд, 1,5 маротиба зиёдтар аст, ки дар он маврид 36 (60,0%; 60) бо натиҷаҳои мусбат 11 (18,3%) табобати клиникӣ ва 25 нафар (41,7%) беҳбудӣ нишон доданд.

Натиҷаҳои бадастомада зарурати дохил кардани доруҳои, ки таъсири иммуномодуляторӣ доранд, ба терапияи комплексӣ нишон медиҳанд, зеро бо пайдоиши мушкилоти системаи репродуктивӣ дар беморони гирифтори бемориҳои узвҳои таносулӣ дар заминаи бемории сили шуш ихтилоли иммунитетӣ системавӣ ва бемориҳои узвҳо ба вучуд меоянд. Узвҳои кӯси хурд дар заминаи ҳолати дуҷумдараҷаи норасоии масуният инкишоф меёбанд. Ҳамин тариқ, вайроншавии аксуламали иммунии маҳаллӣ ва системавӣ метавонад боиси музминӣ ва зуд-зуд такрор шудани илтиҳоб гардад, ки он бо монотерапия бо доруҳои этиотропӣ ислоҳ карда намешавад, аммо истифодаи комплекси иммуномодуляторҳо талаб мекунад. Яъне, ҳадафи иммунотерапия дар беморони гирифтори бемориҳои узвҳои таносул дар заминаи сирояти сил ислоҳ ва муътадилсозии ихтилоли имунӣ дар давраи авҷгирии беморӣ ва дар марҳилаи барқароршавӣ буда, натиҷаи он бояд пешгирии бемориҳои музмин инчунин, илтиҳоб ва рушди дубораи беморӣ бошад. Интиҳоби агентҳои этиотропии мувофиқ (антибактериалӣ, зиддимикробӣ ва зиддивирӯсӣ) қадами аввалин ва асосӣ дар табобати равандҳои илтиҳобӣ дар узвҳои таносулии занон мебошад. Муайян кардани саривактии бемориҳои узвҳои таносул дар беморони гирифтори бемории сили шуш ва истифодаи терапияи мувофиқи антибиотикҳои этиотропӣ дар яқҷоягӣ бо иммуномодулятори Тимогар барои пешгирии бемориҳои имконпазир аз системаи репродуктивӣ ва беҳтар кардани сифати зиндагии ин беморон мусоидат мекунад.

Мо баъзе мушоҳидаҳоро пешниҳод менамоем, ки дар натиҷаи онҳо имкон пайдо шуд, ки ихтилоли системаи репродуктивӣ дар беморони гирифтори бемориҳои узвҳои таносулӣ дар заминаи бемории сили шуш, ки речаи табобати пешниҳодкардаи мо гирифтаанд, барқарор карда шавад.

Мушоҳидаҳои мо.

Бемор А., соли таваллудаш 1990, ки дар «Маркази миллии бемориҳои сил, пулмонология ва ҷарроҳии кафаси сина» тахти муолиҷаи диспансерӣ қарор дошт, аз хуруҷи тарашшухот аз узвҳои таносул шикаҷт дошт. Бемор як сол боз аз бемории сили паҳншудаи шуш табобат мегирифт. Ҳангоми ҷамъоварии анамнез маълум шуд, ки беморро пайдоиши давра ба давраи тарашшухот аз узвҳои таносул, ихтилоли ҳайз, дардҳо дар камар ва поёни шикам ҳангоми ҳайз ба ташвиш овардааст. Бемор оиладор нест, якҷанд шарикони шаҳвонии тез-тез ивазшаванда дошта, дар бемор далели безурётии дуҷумдараҷа ошқор карда шуд, ки ин беморро ба ташвиш оварда, ба хусусияти муносибатҳои ҷинсӣ ва зуд иваз шудани шарикон таъсир расонидааст. Айни замон вай тахти назорати бемории сил қарор дорад ва доруҳои зидди сил, аз ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол мегирад. Аз машварати гинеколог гузашт. Ба ӯ ташҳиси «эндометрити музмин, аднексити тарафи чап» гузошта шуд. Бемор барои муайян кардани сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда муоина карда шуд, ташҳиси серологӣ барои муайян кардани антители ба трепонемаи камранг гузаронида шуд. Ҳангоми муоинаи мавҷудияти бемориҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ, пораҳо аз канали гарданаки бачадон ва рӯдаи рост канда гирифта шуд. Сирояти омехтаи урогениталӣ дар шакли ассотсиатсияи сироятҳои хламидиалӣ, микоплазмалӣ ва уреоплазмавӣ муайян карда шуд. Дар бемор ягон касалии дигари зуҳравӣ ошқор нашуд. Тадқиқотҳои иловагӣ нишонаҳои ултрасадоии осеби замимаҳои бачадон дар тарафи чап, уретрит, сервисит, аднексити чапро ошқор карда шуданд.

Дар заминаи химиотерапияи ҷорунсураи зиддисилӣ ба бемор табобат дар шакли доруи азитромитсин 1 г дар як ҳафта як маротиба, дар давоми 3 ҳафта +

иммуномодулятор Тимогар 1 мл 1 бор дар як рӯз дар давоми 10 рӯз таъйин карда шуд.

Дар пасманзари муолича, бемор бартараф шудани сироятҳои муайяншудаи урогениталиро мушоҳида кард, дардҳои қисмати камар ва поёни шикам, инчунин дард ҳангоми ҳайз аз байн рафт, ихтилоли дизурикӣ аз байн рафт. Дар ҳафтаи дуюми пас аз табобат пурра аз байн рафтани шикоятҳо ва аломатҳои клиникалии сирояти урогениталӣ ба назар расид. Нишондодҳои ултрасадоӣ коҳиш ёфтани раванди илтиҳоби бачадон ва аз байн рафтани аломатҳои аднекситро нишон дод. Пас аз табобат миқдори лимфоситҳо аз 23,11% то 24,15% афзоиш ёфт. Сатҳи Ig A аз 2,4 мг/мл то 1,6 мг/мл, Ig M аз 1,9 мг/мл то 1,6 мг/мл, Ig G аз 10,85 то 9,1 мг/мл коҳиш ёфт. Баландшавии сатҳи ИЛ-6 мушоҳида шуд, ки пас аз табобат аз 2,86 то 2,32 пг/мл коҳиш ёфт, камшавии ИЛ-β (аз 1,86 то 2,34 пг/мл) муайян карда шуд. Дар муддати 12 моҳ, дар бемор такрори беморӣ ба мушоҳида нарасид.

Бемор Р., 34 сола, бо ташҳиси бемории сили манбавии шуш ва химиотерапияи чорунсураи зиддисилӣ тахти назорати духтури фтизиатр қарор дошт. Аз дарди бачадон, дард ҳангоми пешоб кардан, зуд-зуд хоҳиши пешоб кардан, тираранг шудани пешоб, нороҳатӣ дар қисмати фарҷ, ихроҷи тарашшуҳот аз узвҳои таносул, заифӣ шикоят дошт. Ин ҳолат зиёда аз 5 рӯз давом карда, ба таври худӣ табобат карда нашуда буд. Бемор аз синни 17-солагӣ ба алоқаи чинсӣ машғул буда, аини замон аз шавҳар ҷудо шудааст, ҳамхобии муваққатӣ дорад, ҳеҷ гуна пешгирии ҳомиладорӣ надорад. Як бор таваллуд карда, ду бор исқоти сунӣ дорад, дар 6-7 ҳафта як бор бача мепартояд (сабабашро намедонад). Дар байни бемориҳои гинекологии интиқолшуда вай эрозияи гарданаки бачадон, уреоплазмоз, хламидиоз, гарднереллезро (дар ин маврид бе назорат табобат карда буд), миомаи бачадон (дар ҷои истиқомат мушоҳида мешавад) қайд мекунад. Функсияи ҳайзи зан ҳалалдор нашудааст, аммо дар 4 моҳи охир ҳайзи дарднок дошт. Бо гинеколог машварат кардааст. Ташҳиси колпити музмин; эрозияи гарданаки бачадон; метроэндометрити музмин, салпингофорити дутарафаро гузоштаанд

Бемор барои муайян кардани сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда муоина карда шуд, ташҳиси серологӣ барои муайян кардани антитело ба трепонемаи камранг гузаронида шуд. Ҳангоми муоинаи мавҷудияти сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ порчаҳо аз пешоброҳа, канали гарданаки бачадон ва рӯдаи рост канда гирифта шуд. Сирояти омехтаи урогениталӣ дар шакли ассотсиатсияи сироятҳои хламидиавӣ, микоплазмавӣ, уреоплазмавӣ, инчунин трихомониаз ва герпесвирус муайян карда шуд. Дар бемор ягон касалии дигари зухравӣ ошкор нашуд.

Дар заминаи химиотерапияи чорунсураи зиддисилӣ ба бемор табобати сеунсура барои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ (азитромитсин 1 г, 1 бор дар давоми 3 ҳафта + иммуномодулятори Тимогар 1 мл, дохилимушакӣ, 1 бор дар як рӯз барои 10 рӯз), метронидазол 500 мг 2 бор дар як рӯз бо давомнокии 7 рӯз, валасикловир 125 мг 2 бор дар як рӯз 5 рӯз) таъин карда шуд. Табобат хуб таҳаммул карда шуд. Пас аз як рӯзи анҷоми инфузия, дард дар поёни шикам ва ихроҷи тарашшухот аз маҳбал ташвиш намедихад. Дар рӯзи аввали ба охир расидани табобат дар андудаи (мазка) луобпардаи канали гарданаки бачадон миқдори лейкоцитҳо ба меъёр мувофиқ буд. Пас аз 2 моҳи анҷоми табобат вай шикаҷат надошт, миқдори лейкоцитҳои луобпардаи канали гарданаки бачадон муқаррарӣ буд.

Ихтилоли субъективӣ дар шакли дард дар поёни шикам дар рӯзи 3-юми табобат осеб надидааст. Ихроҷи тарашшухот аз маҳбал ташвиш намедод. Дар рӯзи аввали ба охир расидани табобат, андудаи пардаи луобии канали гарданаки бачадон миқдори муқаррарии лейкоцитҳо дошт. Пас аз 2 моҳи анҷоми табобат, дар бораи мавҷудияти тарашшухот аз канали гарданаки бачадон шикаҷат вучуд надошт, шумораи лейкоцитҳои луобпардаи канали гарданаки бачадон муқаррарӣ буд. Ин речаи табобат дар муддати кӯтоҳ ва дарозмуддат самаранокии худро нишон дод. Дар рӯзи 10-уми табобат сироятҳои муайяншудаи урогениталӣ баргараф карда шуданд. Нишондодҳои ултрасадо динамикаро дар шакли паст шудани раванди илтиҳобии бачадон ва аз байн рафтани аломатҳои салпингоофорит муайян кард. Пас аз табобат миқдори лимфоситҳо аз 19,11% то

24,15% афзоиш ёфт. Сатҳи Ig A аз 2,7 мг/мл то 1,9 мг/мл, Ig M аз 2,4 мг/мл то 1,9 мг/мл, Ig G аз 22,15 то 11,3 мг/мл коҳиш ёфт. Динамика дар нишондодҳои ситокинҳои пеш ва зидди илтиҳобӣ ошкор карда шуд. Дар муддати 12 моҳ, беморӣ такрор наёфт.

Бемор И., 35 сола, 3 моҳ дар зери назорати духтури фтизиатр буд ва аз бемории сили паҳншудаи шуш табобат мегирад. Шикоят аз никтурияи даврӣ ва дард дар қисмати узвҳои таносул (зери ноф, қадкашак ва мойдон) дар давоми як моҳи охирин. Дардҳо худ аз худ бартараф мешаванд. Анамнези беморӣ: мучаррад. Алоқаҳои ҷинсӣ ҳифзнашавандаанд. Шарикҳои нави ҷинсӣ - дар давоми 2 моҳ.

Ҳангоми муоина хушкӣ, мавҷудияти тарқишҳо дар рӯи узви ҷинсӣ ва ихроҷи ками сафедтоб муайян карда шуд, ки эҳтимолан аз сабаби рушди кандидоз дар онҳо дар заминаи табобати дарозмуддати антибиотикӣ руҳ дода бошанд. «Часпиши» лабҳои пешоброҳа ва каме сурхшавии (гиперемия) сӯроҳи берунии пешоброҳа ошкор карда шуд. Ҳангоми палмосидани мояҳо зухуроти эпидидимит ошкор карда шуд, ки бо мавҷудияти инфилтратаи дарднок дар минтақаи устухон ва эпидидими он зоҳир мешуд. Натиҷаҳои санҷиши ду-истакона зухуроти уретрити пеширо нишон дод. Муоинаи ректалӣ инфилтрасияи зичи дарднок ва васеъшавии ғадуди простатаро муайян кард. УЗИ зухуроти илтиҳоби ғадуди простатаро ошкор намуд. Шохиси сифати зиндагии онҳо QOL 4,5 баллро ташкил дод, ки аз бад шудани назарраси он шаҳодат медиҳад. Арзёбии умумии нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар беморони гурӯҳи асосӣ 11,3 баллро ташкил дод, ки ба аломатҳои муътадили илтиҳоби ғадуди простата ишора мекунад. Бемор барои муайян кардани сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда муоина карда шуд. Бо ин мақсад ташҳиси серологӣ барои муайян кардани антитело ба трепонемаи камранг гузаронида шуд. Ҳангоми муоина барои мавҷудияти сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ, аз пешоб ва рӯдаи рост пораҳо гирифта шуданд. Сирояти омехтаи урогениталӣ дар шакли сироятҳои якҷояшудаи хламидиавӣ, микоплазмавӣ, уреоплазмавӣ муайян карда шуд. Дар бемор ягон касалии дигари зухравӣ ошкор нашуд. Таҳқиқотҳои иловагӣ нишонаҳои ултрасадоии осеби ғадуди простатаро ошкор карданд.

Дар заминаи химиотерапияи чоркомпонентии зиддисилӣ ба бемор табобат дар шакли доруи азитромитсин 1 г 1 маротиба дар як ҳафта барои 3 ҳафта + иммуномодулятори Тимогар 1 мл 1 бор дар як рӯз дар давоми 10 рӯз таъин карда шуд.

Дар заминаи муолиҷаи гузаронидашуда дар бемор табобати лабораторӣ ва коҳиши ихтилоли дизурӣ, дард дар тухмдонҳо ва бачадон ошкор карда шуд. Дар ҳафтаи дуюми пас аз табобат пурра аз байн рафтани шикоятҳо ва аломатҳои клиникӣ сирояти урогениталӣ ба назар мерасанд. Ҳангоми муоинаи пӯст минтақаи сараки узви таносул ранги муқаррарӣ дорад, дар минтақаи сӯрохи пешоброҳа гиперемия, доғҳо, ихроҷ аз пешоб мавҷуд нест. Маълумотҳои ултрасадо коҳиш ёфтани раванди илтиҳоби ғадуди простатаро нишон дод. Пас аз табобат миқдори лимфоситҳо аз 19,11% то 22,15% афзуд. Сатҳи Ig A аз 2,7 мг/мл то 1,9 мг/мл, Ig M аз 2,3 мг/мл то 1,9 мг/мл, Ig G аз 10,85 то 9,1 мг/мл коҳиш ёфт. Дараҷаи ИЛ-6 паст шуд, ки пас аз табобат аз 2,91 то 2,42 пг/мл коҳиш ёфт, коҳиши ИЛ-β (аз 2,86 то 1,34 пг/мл) ошкор шуд.

Бемор Д., 44-сола, оиладор, кор намекунад. Ӯ тахти назорати духтури фтизиатр бо ташҳиси бемории сили инфилтративии бисёрфокалии шуш қарор дорад. Дар давоми як сол ӯ химиотерапияи чорунсураи зиддисилӣ мегирад. Бемор аз ихтилоли дизурӣ ва дарди мақъад, чатан, устухони чорбанд, асосан аз тарафи рост шикоят кард. Дардҳо дар ҳолати нишастан шиддат ёфта, шабона каме паст мешаванд. Давра ба давра иррадиатсияи дардро дар нимаи рости мойдон ва қисми болоии минтақаи рон қайд мекунад. Ҳисси ногувори вазнинӣ дар чатан ва мақъад бори аввал 4 моҳ пеш пайдо шудааст. Ҳангоми истифодаи доруҳои зиддиилтиҳобии ғайристероидӣ дар шакли шамчадору (свеча) таъсири муваққатӣ ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми муоинаи узвҳои таносули берунӣ бе аломатҳои хос, сари узвҳои таносул бо мавҷудияти унсурҳои ягонаи папулярӣ, гиперемия, майдони назди сӯрохи берунӣ пешоброҳа бе аломат ба мушоҳида расида, ҳангоми масҳ тарашшухот вучуд надошт. Ҳангоми палмосидани узвҳои мойдон бедард мебошанд. Муоинаи ангушти ректалӣ: ғадуди простата 3×3 см, дарднок, концентратсияи нобаробар, чини миёна то андозае ҳамвор, асимметрия

аз ҳисоби каме зиёд шудани қисмати рост. Шохиси сифати зиндагии онҳо QOL 4,5 баллро ташкил дод, ки аз бад шудани назарраси он шаҳодат медиҳад. Арзиши умумии нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар беморони гурӯҳи асосӣ 41,3 баллро ташкил дод, ки ба нишонаҳои шадиди илтиҳоби ғадуди простата ишора менамояд. Палмосидани ҳубобчаҳои тухмӣ ғайриимкон аст, майдони онҳо бедард аст. Ҳангоми муоина барои мавҷудияти сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ, аз пешоброҳа ва рӯдаи рост пораҳо гирифта шуданд. Сирояти омехтаи урогениталӣ дар шакли сироятҳои якҷояшудаи хламидиявӣ, микоплазмавӣ, уреоплазмавӣ ва сирояти герпесвирусӣ муайян карда шуд. Дар бемор ягон касалии дигари зухрави (венерикӣ) ошкор нашудааст. Таҳқиқотҳои иловагӣ нишонаҳои ултрасадои осеби ғадуди простатаро ошкор карданд. Зани бемор барои муоина ва муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ фиристода шуд.

Дар заминаи химиотерапияи чорунсураи зиддисилӣ ба бемор табобат дар шакли доруи азитромитсин 1 г 1 маротиба дар як ҳафта барои 3 ҳафта + иммуномодулятор Тимогар 1 мл ба дохили мушак 1 бор дар як рӯз барои 10 рӯз + валатсикловир 125 мг таъин карда шуд, 2 бор дар як рӯз 5 рӯз.

Дар заминаи муолиҷаи гузаронидашуда табобати лабораторӣ ба мушоҳида расид ва ихтилоли дизурӣ, дард дар қисмати чатан коҳиш ёфт. Пас аз як моҳи табобат, шикоятҳо ва аломатҳои клиникӣ сирояти урогениталӣ комилан аз байн рафтанд. Ҳангоми муоина пӯст дар минтақаи сараки узви таносул ранги муқаррарӣ дорад, гиперемия ва дамиш вучуд нашофт. Нишондодҳои ултрасадоӣ коҳиш ёфтани раванди илтиҳобии ғадуди простатаро нишон дод. Пас аз табобат дар нишондодҳои иммунологии хун тамоюли мусбат муайян карда шуд.

Ҳолатҳои клиникӣ пешниҳодшуда нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори бемории сили шуш, сироятҳои узвҳои таносул бо сироятҳои омехта зохир мешаванд ва бо мачмӯи зиёда аз ду микроорганизмҳо ифода мешаванд. Дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сирояти сил, сирояти герпесвирусӣ ба қайд гирифта мешавад, ки эҳтимолан бо иммуносупрессия, ки аз ҷониби микобактерияҳои сил ба вучуд

омадааст, алоқаманд аст. Илова бар ин, падидаи сирояти кандидалӣ дар шакли ихроҷи ками тарашшуҳоти сафедранг ошкор карда шуд, ки он бо химиотерапияи антибактериалӣ дар беморони гирифтори сили шуш алоқамандӣ дорад. Ин ҳолатҳои клиникӣ нишон медиҳанд, ки сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш торпидӣ буда, бо чараёни музмин бо инкишофи оризаҳои шадидтар аз тарафи узвҳои репродуктивӣ тавсиф мешавад. Яъне, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори бемории сили шуш ба таври торпидӣ, бо зухуроти музмин мегузаранд.

Илова бар ин, дар мардҳо чараёни музмин дар чунин беморихо ба монанди эпидидимит ва илтиҳоби ғадуди простата ва дар занон бо беморихои илтиҳобии коси хурд, ба монанди эндометрити музмин ва салпингоофаритҳо зоҳир мешавад. Аз мушоҳидаҳои дар боло овардашуда дида мешавад, ки дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, тағйироти назаррас дар масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ мушоҳида мешавад, ки эҳтимолан бо идомиаи химиотерапияи зиддисилӣ дар ин гурӯҳи беморон алоқаманд аст. Тағйироти ошкоршуда ҷилавгирии назарраси алоқаи ҳуҷайравӣ дар беморони гирифтори бемории силро нишон медиҳад, ки ин аз вайроншавии механизмҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии аксуламали масунии онҳо гувоҳӣ медиҳад. Илова бар ин, дар ин беморон ихтилоли системаи интерлейкинҳои илтиҳобӣ ва зиддиилтиҳобӣ мушоҳида карда мешавад ва дар ассотсиатсияи микроорганизмҳои сироятӣ ҳар қадар сироятҳои урогениталии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда бештар мавҷуд бошанд, ҳамон қадар вайроншавии нишондодҳо дар системаи интерлейкинҳои илтиҳобӣ ва зиддиилтиҳобӣ бештар мушоҳида мешавад. Дар мушоҳидаҳои овардашудаи клиникӣ барқароршавии вайроншавиҳо дар нишондодҳои интерлейкинҳо пас аз таъбиат бо истифодаи иммуномодулятори Тимогар нишон дода шудааст, зеро дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда дар заминаи сирояти сил, норасоии масунияти дуюмдараҷа аз сирояти сил ва химиотерапияи антибиотикӣ инкишоф меёбад. Инро он далел исбот мекунад, ки дар беморони гирифтори сироятҳои узвҳои таносул дар

заминаи бемории сили шуш, пайванди хучайравии системаи иммунӣ фаъол мешавад, ки бо коҳиши фаъолияти интерлейкинҳо, ки барои дурустӣ ва ҳосияти аксуламалҳои иммунологӣ масъуланд, зоҳир мешавад. Фаъол шудани маҳзани ситокинҳо дар ин беморон дар натиҷаи афзоиши зухуроти илтиҳоб дар узвҳои урогениталӣ вобаста ба мавҷудияти агентҳои сироятӣ ба вуҷуд меояд.

Дар мисоли беморони мо пас аз ба охир расидани табобат пурра аз байн рафтани шикоятҳо ва аломатҳои клиникӣ сироятҳои урогениталӣ ва натиҷаҳои манфии санҷишҳои лабораторӣ мушоҳида шуда, дар давоми як соли пас аз муолиҷа дуҷумбора такрор нашудаанд. Таҳлили натиҷаҳои, ки пас аз табобат ба даст оварда шудаанд, самаранокии усули комплекси муолиҷаи беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони сили шуш бо истифода аз азитромитсин ва тимогарро дар якҷоягӣ бо муолиҷаи антибиотикӣ зиддисилӣ дар муқоиса ба истифодаи танҳо азитромитсин дар комплекси муолиҷаи зиддисилии антибиотикӣ ба таври равшан маълум намуд. Теъдоди бештари беморон ба натиҷаҳои мусбати клиникӣ ноил гаштанд.

Муҳокимаи натиҷаҳо

Яке аз мушкилоти мубрами дерматовенерологияи муосир проблемаи сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда мебошад, зеро ин сироятҳо дар байни ҷавонони синнусоли репродуктивӣ зеро ин сироятҳо дар байни ҷавонони синнусоли репродуктивӣ ба паҳншавӣ тамоюл доранд, ки боиси рушди оризаҳои вазнин дар самти функсияҳои репродуктивӣ мегарданд [4,19].

Дар ҳоли ҳозир беш аз 20 беморӣ ҳоҷе вучуд доранд, ки асосан тавассути алоқаи чинсӣ мегузаранд. Ба онҳо сирояти баланд ва паҳншавии нисбатан босуръат дар байни аҳоли хос мебошнд [2, 1], ки бо афзоиши пайвастаи ҳолатҳои сироятёбӣ тавассути сироятҳои чинсӣ, инчунин, пайдоиши штаммҳои нави ба муолиҷа ва барангезандаҳои онҳо тобовар алоқаманд аст. Ин беморӣҳои системаи пешобу таносул ба одамон дар давраи фаъолнокии чинсии нисбатан зиёд таъсир мерасонанд ва аксар вақт ба онҳо оризаҳои ҳамроҳ мешаванд, ки ба маъҷубӣ, безуретӣ ё сирояти дохили бачадон оварда расонда беморшавии ҷанин ва навзодро ба вучуд меоранд. Ба ақидаи муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ, беморӣҳои илтиҳобии узвҳои урогениталӣ, ки аз ин сироятҳо ба вучуд меоянд, дар тамоми кишварҳои ҷаҳон хеле маъмуланд ва дар солҳои охир тамоюли афзоиши онҳо мушоҳида мешавад [2]. Ба хусусиятҳои муосири рафти клиникии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ, ки аҳамияти амалӣ доранд, аломатҳои паст, аксар вақт беаломатӣ, торпидӣ, якҷояшавӣ ва ҷараёни ғайритипии онҳо дохил мешаванд. Гузашта аз ин, солҳои охир осеби буғумҳо ва патологияи узвҳои дигар дар сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ аҳамияти бештар пайдо мекунанд. Синдроми буғумӣ метавонад бо патологияҳои гуногуни сироятӣ ба вучуд ояд. Дар айни замон, сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ хусусиятҳои хоси равишро доранд, ки дар шакли моно ва омехта дар мардон ва занони синни репродуктивӣ зоҳир мешаванд. Паҳншавии сироятҳои гонококкӣ, хламидиоз, уреоплазма ва микоплазма, инчунин омезиши онҳо ва як қатор оризаҳои, ки дар ин патология ба вучуд меоянд, муқаррар карда шудааст.

Сабаби асосии афзоиши бемориҳои сироятҳои урогениталӣ на танҳо бо омилҳои иҷтимоӣ, балки инчунин мавҷуд будани ҳолатҳои ҳамроҳшудаи патологӣ аз тарафи узвҳо ва системаҳои бадан махсуб меёбад, ки боиси паст шудани механизмҳои ҳимояи масунӣ мегардад [12,13,55]. Сил як бемории маъмули сироятӣ буда, ба саломатии инсон таъсири манфӣ мерасонад ва бинобар афзоиши беморӣ дар ҷомеаи ҷаҳонӣ то ҳол яке аз мушкилоти афзалиятноки миллий ва байналмилалӣ боқӣ мемонад. Ҳар сол дар 8-10 миллион нафар одамон сирояти микобактерияҳои сил (МБС) ба беморӣ табдил меёбад. Мушкилоти бемории сили шуш дар солҳои охир бо сабаби зиёд шудани беморӣ, моҳияти иҷтимоии ин патология, инчунин оқибатҳои ин раванди патологӣ ва таъсири он ба узвҳои коси хурд таваҷҷуҳи табибони ихтисосҳои гуногунро ҳарчи бештар ба худ ҷалб мекунад.

Сили шуш яке аз сироятҳои маъмултарин мебошад, ки на танҳо дар заминаи вайрон шудани механизмҳои иммунии инкишоф меёбад, балки боиси вайроншавии иммунитет мегардад. Вактҳои охир дар саросари ҷаҳон гирифторӣ ба бемории сили шуш боқӣ мондааст. Дар Тоҷикистон ҳиссаи шаклҳои ба дору тобовар дар байни беморони нав ба қайд гирифташуда аз 12,5% дар соли 2010 ба 20% дар соли 2017 афзоиш ёфт [10.71]. Дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва сили шуш, омилҳои хавфи якхела, аз қабili майл ба одатҳои бад (сӯиистифода аз машрубот ва тамокукашӣ - дар 38,4% беморон) [29,30], омилҳои иҷтимоӣ (шароити бади моддӣ ва зиндагӣ, набудани шуғл дар таҳсил ва вазъи пасти таҳсилотӣ ва моддӣ аз сабаби бекорӣ, муҳочират ва сатҳи баланди серфарзандӣ) [2,13, 37, 51] исбот шудааст, ки дар байни ҷавонон (аз 15 то 24 сола) омузиши сирояти сил ва сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда бештар ба мушоҳида мерасад [84, 90, 96]. Ин ба ниёзҳои физиологии ҷавонон, ки аксар вақт ба сирояти сил гирифторанд, вобастагӣ дорад. Исбот шудааст, ки дар беморони гирифтори шаклҳои харобиовари сили шуш дар 73% ҳолатҳо сироятҳои хламидиявӣ ва микоплазма ошкор карда шудаанд [42, 43, 106]. Ҳамзамон, натиҷаҳои муолиҷаи заминавии резонансӣ дар ин беморон ҷиҳати баргараф кардани сирояти хламидиявӣ самаранокии муолиҷаи комплекси сили

шушро ба 89,1% расониданд [43, 44, 46]. Солҳои охир маълум шуд, ки муолиҷаи зидди сили ба системаи репродуктивии занони гирифтори сили шуш таъсири дугона дорад, ки ин аз як тараф дар таъбири беморҳои гайримуқаррарии илтиҳобии узвҳои таъсири мусбат расонад, аз тарафи дигар, боиси пайдоиши беморҳои илтиҳобии вулва ва маҳбал, ҳалалдор шудани давраи ҳайз мегардад [38,40,41]. Моҳияти тиббӣ иҷтимоии бемории сил дар занон метавонад боиси бад шудани вазъи демографӣ, сирояти кӯдакон бо сили микобактерия гардад. Ҳамаи ин таъсирро менамояд, ки кори табибони шабакаи умумии тиббӣ бо гурӯҳҳои хавфи бемории сил бо назардошти хусусиятҳои синну сол, омилҳои биотиббӣ ва иҷтимоӣ пурзур карда шавад. Гузашта аз ин, вақтҳои охир шаклҳои паҳншудаи бемории сил бо МБС ва устувории доругӣ ба доруҳои зиддисили маълум карда мешаванд.

Ҳамин тариқ, сили шуш ва сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда беморҳои сироятии дорои роҳҳои гуногуни гузарииш, вале хусусиятҳои якхелаи эпидемиологӣ мебошанд, яъне дар байни гурӯҳҳои шабеҳи аҳоли, дар байни табақаҳои муайяни тиббӣ - иҷтимоии ҷомеа - дар байни ҷавонон паҳн шуда, боиси мушкилоти системаҳои репродуктивӣ мегарданд. Илова бар ин, саволҳои баҳснок вучуд доранд, ки оё сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи муолиҷаи химиявӣ, ки барои сили роҳи нафас гузаронида мешавад, таъбирро меёбад? [4,16,17,19].

Дар робита бо гуфтаҳои боло, ҳадафи тадқиқот беҳтарсозии муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш бо назардошти хусусиятҳои клиникӣ ва лабораторӣ ва ихтилоли масуният буд.

Дар давраи аз соли 2016 то 2020, 135 нафар беморони сили шуш бо сироятҳои ҳамчояшудаи урогениталӣ дар пойгоҳҳои муассисаи давлатии «Маркази миллии беморҳои сил, шуш ва ҷароҳии қафаси сина», муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ беморҳои пӯст ва узвҳои таносул» ва кафедраи «дерматовенерология»-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» мавриди тадқиқ қарор гирифтанд. Бо мақсади муайян кардан ва муқоисаи арзиши

хусусиятҳои ҷараёни клиникии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш, инчунин 90 нафар беморони сироятшудаи урогениталӣ, ки гирифтори сили шуш нестанд, санчида шуданд, ки гурӯҳи назоратиро ташкил доданд. Дар маҷмӯъ дар ҳарду гурӯҳ 133 мард ва 92 зан мушоҳида карда шуданд.

Муайян карда шуд, ки дар байни беморони сили шуш (СШ) шумораи бештари беморони гирифтори сирояти урогениталӣ (СУ) ба синну соли 25-30 рост омада, 73 нафарро (54,1%) беморон ташкил медиҳанд, яъне онҳо 1,9 маротиба нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки дар синну соли зикршуда 26 (28,9%) беморон муайян карда шудаанд, бештар рух додаанд.

Натиҷаҳои таҳлили сатҳи иҷтимоии беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳҳои омӯзишӣ ва назоратӣ бо маълумоти О.И.Бобохоҷаев ва ҳаммуаллифон (2015) рост омад, ки ба паҳншавии афзояндаи сирояти сил дар байни сокинон деҳот ишора кардаанд. Шумораи онҳо 76 нафарро (56,3%) ташкил дод, ки ин нисбат ба сокинони шаҳр 1,3 маротиба зиёд буда, дар байни онҳо 59 (43,7%) беморони сили шуш бо сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ ошкор карда шуданд. Дар гурӯҳи назоратии беморон, баръакс, сокинони шаҳр бартарӣ доштанд, ки онҳо нисбат ба сокинони деҳот 1,5 маротиба зиёдтар буданд (мутаносибан 54 (60,0%) нисбат ба 36 (40,0%) ҳолат). Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ аксарият одамони бекор буданд, ки шумораи онҳо 57 (42,2%) ҳолат ва одамони корӣ - 53 (39,3%)-ро ташкил дод. Шумораи камтарини онҳо донишҷӯён буданд, ки дар байни онҳо сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 25 ҳолат (18,5%) ошкор карда шуданд.

Аз 135 нафар беморони сили шуш, дар аксари ҳолатҳо, беморони гирифтори шаклҳои паҳнғаштаи сил ба мушоҳида расиданд, ки нисбат ба беморони гирифтори инфилтративии сили шуш 1,2 маротиба зиёдтар мебошад, яъне 74 (54,8%) нисбат ба 61 (45,2%) ҳолатҳо. Илова бар ин, дар аксари ҳолатҳо, беморони сили яктарафаи шуш мушоҳида карда шуданд, ки ин 99 (73,3%) беморонро ташкил дод, ки ин нисбат ба беморони ташхисёфтаи раванди дутарафа 2,7 маротиба зиёд аст, яъне 36 (26,7%) ҳолат.

Аз сабаби он, ки қисмати асосии беморони сили шуш дар табобати бистарӣ қарор доштанд, фоизи беморони бактерияҷудокунии мусбат нисбат ба бактерияҷудокунии манфӣ 2 маротиба зиёдтар- (91 (67,4%) нисбат ба 44 (32,6%) буд. Яъне, дар гурӯҳи асосӣ беморони гирифтори шаклҳои гуногуни сили шуш буданд, ки аз рӯи шумораи сегментҳои зарардида ва хусусияти ихроҷи бактерияҳо фарқ мекарданд.

Ҳама беморон аз ташҳиси клиникалии узвҳои таносул ва ташҳиси ултрасадои узвҳои коси хурд гузаронида шуданд, то оризаҳои сироятҳои узвҳои урогениталиро муайян кунанд. Ҳама занони муоина кардашуда бо мақсади муайян намудани бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд аз муоинаи гинеколог гузаштанд. Дар мардони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ, саволномаи IPSS барои арзёбии дараҷаи иллатёбии илтиҳоби ғадуди простата ва баҳодиҳии сифати зиндагӣ, ки дар асоси муайян кардани ихтилоли мавҷудаи бемор (QOL) гузаронида мешавад, истифода шудааст. Сирояти хламидия бо усули мустақими иммунофлуоресцентӣ (ПИФ) ва реаксияи занҷири полимераза (РЗП) муайян карда шуд ва барои ташҳиси уреоплазмоз ва микоплазмоз усулҳои ПИФ, ПЦР ва усули културалӣ истифода шуданд. Ин усулҳо дар асоси стандартҳои миллии идоракунии беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ (2020) татбиқ карда шуданд. Таҳлили гирифторӣ ба сироятҳои урогениталӣ дар беморони сили шуш нишон дод, ки дар ҳама ҳолатҳое, ки дар беморони мушоҳидашуда мушоҳида шудааст, ассотсиатсияҳои гуногуни сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва ё микроорганизмҳои оппортунистӣ дар титрҳои арзиши клиникӣ дошта ба қайд гирифта шудаанд. Сироятҳои урогениталӣ дар беморони сили шуш дар 100 ҳолат (74,1%) сироятҳои омехтаре намояндагӣ мекунанд, ки аз он дар 65 (48,2%) ассотсиатсияи се сироят, дар 35 (25,9%) ҳолат ассотсиатсияи ду сироят ошкор карда шудааст. Дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сирояти сил, афзоиши басомади сирояти герпесвирус нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ба назар мерасад, яъне 34 (25,2%; 135) нисбат ба 12 (13,3%; 90) ҳолат, ки ин эҳтимолан бо иммуносупрессия, ки аз

тарафи микобактерияи сил ба вучуд омадааст, алоқаманд аст. Ғайр аз ин, дар беморони сили шуш басомади баланди сирояти кандидозӣ ошкор карда шуд, ки он нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба зиёдтар аст (101 (74,8%) нисбат ба 34 (37,8%), ки ба химиотерапияи антибактериалӣ барои ин гурӯҳи беморон вобастагӣ дорад.

Зухуроти субъективии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бештар дар 110 (81,5%) беморони гирифтори СШ мушоҳида карда шуданд, зеро дар 25 (18,5%) беморони ин гурӯҳ шикоят нашудааст. Аммо, дар гурӯҳи назоратӣ шикоятҳои субъективӣ дар 81 ҳолат (90,0%) буданд ва набудани шикоят дар 9 (10,0%) ҳолат, яъне дар гурӯҳи асосӣ, дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, 1,9 маротиба зиёдтар сироятҳои урогениталӣ мушоҳида шудааст. Шикоятҳо аз системаи генитурария (25 (18,5%) муқобили 9 (10,0%).

Зухуроти зуд-зуд пайдошудаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар мардони гирифтори сили шуш мавҷудияти илтиҳоби ғадуди простата буд, ки дар 38 (46,9%) беморон дар муқоиса бо 11 (21,2%) ҳолати илтиҳоби ғадуди простата дар гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шуд. Дар асоси ҳисобкунии арзёбии умумии нишонаҳо, муайян карда шуд, ки дар мардони гирифтори сили шуш, сироятҳои узвҳои урогениталӣ дар 38 ҳолат (46,9%) бо нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата бо дараҷаи миёнаи нишонаҳо руҳ медиҳанд.

Зухуроти клиникӣ дар занони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш дар 48 (88,9%) беморон пайдо карда шуда, дар 6 (11,1%) беморон, сарфи назар аз сироятҳои муайяншуда, нишонаҳои клиникӣ муайян карда нашудаанд. Зухуроти асосии оризаҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ ин ташҳиси салпингоофорит буд, ки дар 21 (38,9%) ҳолат муайян карда шуд, ки ин нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки дар он ҷо салпингоофорит муайян шудааст, 3,7 маротиба 4 (10,5%) зиёдтар аст. Оризаҳои шакли илтиҳоби ғадуди простата дар мардони гирифтори сили шуш нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 2,2 маротиба зиёдтар мушоҳида карда мешавад (38 (46,9%) муқобили 11 ҳолат

(21,2%) ва дар занон - 3,7 салпингофорит) бештар, ки ин дар 21 (38,9%) беморон мукобили 4 ҳолати (10,5%) дар гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шуд. Таҳқиқоти моро натиҷаҳои таҳқиқоти муаллифони дигар тасдиқ менамоянд, ки тибқи онҳо сирояти сил дар тамоми бадани зан тавассути роҳи лимфогематогенӣ дар давраи фаъолшавии бештари раванди мушаххас паҳн мешавад. Муаллифон муайян карданд, ки узвҳои таносул ҷойгиршавии маъмулии мушкilotи сили шуш дар занон буда, 14-41% ҳолатҳоро ташкил медиҳад [31]. Ба гуфтаи муҳаққикон, аксари занони гирифтори бемории сили шуш масунияти хучайравӣ пайдо кардаанд, ки ба таври қобили мулоҳиза таҷдиди бактерияҳоро бозмедорад ва ташаккули грануломаҳои микроскопиро бозмедорад. Илова бар ин, таъбабат метавонад дар натиҷаи химиотерапия, ки барои бемории сили роҳи нафас гузаронида мешавад, ба даст ояд. Ҳатто ҳангоми ташаккули грануломаҳои микроскопӣ дар беморони дорои масуният онҳо метавонанд шифо ёбанд ё солҳои зиёд бе тағйирот бимонанд. Бо вучуди ин, дубора фаъол шудани сирояти сил ва хатари пайдоиши бемориҳои қоси хурд аз ҳолати муҳофизати масунии хучаин вобаста аст. Баъзе далелҳои қаме вучуд доранд, ки сили роҳи нафас дар марҳилаи фаъоли худ ва ҳангоми инқишофи шаклҳои вазнини клиникӣ бо тамоюли паҳншавии МБС ба узвҳои холигоҳи шикам ва қоси хурд таъсир мерасонад. Дар натиҷа, дар системаи репродуктивии занон тамоюл ва ихтилолҳои гуногун ба вучуд меоянд, ки онҳоро метавон систематикӣ кард. Ба инҳо вайрон кардани сикли ҳайз; бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул; безуретӣ; оқибатҳои ҳомиладорӣ; оризаҳо дар давраи ҳомиладорӣ ва давраи баъди таваллуд дохил мешаванд [15].

Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш, дар 115 ҳолат (85,1%) торпидӣ мегузаранд ва бо қараёни музмини бо оризаҳои вазнини аз узвҳои репродуктивӣ хос мебошанд. Дар гурӯҳи асосии мардони бемор аз 81 (60,0%; 135) қараёни шадиди беморӣ дар 15 (18,5%) бемор, қараёни музмин дар 66 (81,5%) ҳолат, яъне 4, 4 маротиба бештар мушоҳида шуд. Дар байни духтарон, қараёни шадиди сирояти урогениталӣ нисбат ба қараёни музмин бештар ба назар мерасид, яъне

мутаносибан дар 5 (9,3%) ва 49 (90,7%) ҳолатҳо мушоҳида карда шуд. Тадқиқоти моро натиҷаҳои тадқиқоти И.И. Столникова ва ҳаммуаллифон (2015), ки исбот мекунад, ки дар он яке аз омилҳои хатари беморҳои репродуктивии занон норасоии масунияти дуҷумдараҷа доништа шудааст, ки равандҳои илтиҳобӣ дар шакли музмин мегузаранд.

Омӯзиши нишондиҳандаҳои масунияти ҳучайравӣ ва гуморалӣ дар 60 нафар беморони гурӯҳи асосӣ (30 нафар бо ҷараёни шадиди сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва 30 нафар бо музмин) ва 60 бемори гурӯҳи назоратӣ (30 нафар бо ҷараёни шадиди сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва 30 бо музмин) гузаронида шуд.

Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашудаи сатҳи нишондиҳандаҳои қисми ҳучайравии системаи масуният дар беморони гирифтори сирояти бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар гурӯҳи асосӣ ва дар гурӯҳи муқоисавӣ, ихтилоли мухталифи звенои ҳучайравии масуният пайдо шуданд, ки дар тағйироти назаррас дар беморони гирифтори ҷараёни музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш инъикос ёфтаанд, бо нишондодҳои пасти CD 3 CD 4 и CD 8 лимфоситҳо ва сатҳи баланди IgA, IgM, IgG –и зардоби хунӣ инъикос ёфтаанд, ки аз кам шудани механизмҳои ҳучайравӣ ва гуморалии посухи иммунии онҳо шаҳодат медиҳад. Ин тадқиқотҳо маълумоти Редкин Ю.В ва диг. (2015)-ро тасдиқ мекунанд, ки тибқи он системаи иммунии дар беморони гирифтори беморҳои сироятӣ аз сироятёбии макроорганизм бо сирояти бегона вобаста аст, ки муаллиф ин муносибатро дар система «инфект-хучаин» номидааст. Маълумотҳои адабиёт инчунин, робитаи ихтилоли системаи масуниро дар беморони гирифтори сили шуш тасдиқ мекунад. Ба андешаи муаллифон, норасоии масунияти дуҷумдараҷа дар бемории сил бо тағйирёбии возеҳ дар системаи ситокинҳо, номутавозунии миқдории субпопулятсияҳои Т-лимфоситҳо тавсиф мешавад, ки ба хусусияти илтиҳобӣ, истеҳсоли ё эксудативӣ таъсир мерасонанд. Илова бар ин, муаллифон қайд мекунанд, ки дар бемории сил аксуламали иммунии аз рӯи намуди ҳучайраҳо бартарият дорад ва бевосита бо паҳншавии субпопулятсияҳои Th-1 лимфоситҳо алоқаманд аст, ки ба спектри

ситокинии интерлейкин (ИЛ)-2, интерферон γ (IFN- γ), IL- 12, омили некрозии варам- α (ФНО- α) мувофиқат мекунад. Он бо сатҳи нисбатан баланди CD4+, CD8+ лимфоситҳо, шохиси иммуногулятсияи CD4+/CD8+ характернок аст. Аз тарафи дигар, барои ташаккулёбии кооператсияи мукаммали хучайрагӣ фаъолнокии макрофагҳо, як қатор интерлейкинҳо (ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12), ФНО- α -ро синтез менамоянд ва бо ёрии онҳо пеш аз ҳама, фаъолсозии лимфоситҳо ва таъсири мутақобилаи байнихучайраҳо, инчунин омилҳои афзоиш (омили афзоиши фибробласт, омили афзоиши тромбоцитҳо, омили ҳавасмандкунандаи колония, омили афзоиш- β) ба амал меояд, ахамияти калон доранд, ки пролифератсияи Т- ва В- лимфоситҳо, эндотелиоситҳо, тромбоцитҳо ва хучайраҳо - прекурсорҳои миелоид дар мағзи устухонро таҳриқ мекунанд. Ба гуфтаи муаллифон, ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-12, ФНО- α , инчунин омили реактивиест, аксуламали барвақти илтиҳобии экссудатиро ба вучуд оварда, гузаронандагии рағҳоро зиёд мекунад. Таъсири ФНО- α ба фибробластҳо, ки метавонад паҳншавӣ ва мубодилаи моддаҳои онҳоро афзоиш диҳад ва ба ин васила синтези коллагенро ба вучуд орад, барои ҷараён ва натиҷаи илтиҳоби тавлидӣ муҳим аст. Ҳангоми такрористеҳсоли интенсивии микобактерияҳо ва фагоситози каммаҳсул, ҷузъи экссудативии илтиҳоб бо дегенератсияи ривочёфтаи казеозии бофтаи шуш якбора меафзояд. Ҷавоби иммунӣ бо норасоии хучайраҳо, кам шудани шумораи лимфоситҳои фаъол, баргариӣ ҷавоби иммунии гуморалӣ бо баландшавии мувофиқи сатҳи иммуноглобулинҳо ва В-лимфоситҳо тавсиф мешавад. Пастшавии фаъолнокии функционалии хучайраҳои иммунокомпетентӣ ба назар мерасад, ки ин боиси сустшавии масуният мегардад.

Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашудаи сатҳи ибтидоии нишондиҳандаҳои системаи интерлейкин (ФНО- α , интерлейкин-1 β , интерлейкин -4, интерлейкин -6, интерлейкин -8 ва интерлейкин -10), дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ мо вайрошавиҳои бисёрсамтаро пайдо кардем. Муайян карда шуд, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ вайроншавиҳо дар системаи интерлейкинҳои илтиҳобӣ ва зиддиилтиҳобӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба зиёдтар (88 (65,2%)

муқобили 50 (55,6%) мушоҳида гаштанд. Дар айни замон, ҳалалдоршавии интерлейкин дар беморони асотиатсияи 3 сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратии беморон (41 (46,6%) муқобили 7 (14,0%)), яъне 3,3 маротиба бештар ба қайд гирифта шудааст. Илова бар ин, ҳангоми моноинфексияҳо, ҳалалдоршавии интерлейкин дар гурӯҳи асосии беморон нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,7 маротиба камтар мушоҳида карда шуд (22 (25,0%) нисбат ба 40 (44,4%). Яъне, тағйироти барҷастаи ифодаи генҳои ҳамаи интерлейкинҳои омӯхташуда дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузаранда дар заминаи сирояти сил ба назар мерасиданд, ки ин ба рушди норасоии масунияти дуҷумдараҷа дар онҳо ҳам аз ҳисоби сирояти сил ва ҳам аз ҳисоби химиотерапияи антибактериалӣ дар ин гурӯҳи беморон ишора менамояд.

Бо мақсади беҳтар кардани муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш, бо назардошти омилҳои муайянкунандаи барангезандаи сироятҳои урогениталӣ ва ихтилоли масуният, доруи Азитромитсин ба муолиҷаи комплекси антибактериавии зиддисилии беморони сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳи I ва Азитромитсин ва Тимогар дар гурӯҳи II ворид карда шуданд. Ғайр аз ин, ҳамаи беморон бо флуконазол муолиҷаи зиддикандидозӣ гирифтанд. Назорати шифоёбӣ дар асоси мониторинги клиникӣ ва лабораторӣ пас аз 30 рӯз ва пас аз 6 моҳи муолиҷа арзёбӣ карда шуд. Барои истифодаи Тимогар, ки маҳлули оби намаки натрийи дипептид изолейсил-триптофан мебошад, мавҷуд набудани захролудшавии собитшудаи он, таъсири мусбат ба организми зинда, набудани ҳосиятҳои аллергенӣ ва таҳриқӣ асос мегардад. Доруи «Тимогар» дар Тоҷикистон ба қайд гирифта шуда, барои истифодаи тиббӣ иҷозат дода шудааст (рақами бақайдгирӣ № 000084Т аз 27 майи соли 2008). Самаранокии Тимогар дар муолиҷаи комплекси бемориҳои онкологӣ исбот шудааст, зеро истифодаи он барои ба эътидол овардани нишондодҳои хун ва таъсири ҳавасмандкунанда ба ҳолати иммунитетӣ Т-ҳуҷайра мусоидат кардааст, ки ин имкон дод рушди метастазҳо ва давраи барқароршавии клиникии беморӣ дароз карда шавад.

Таъсири иммуномодулятори Тимогар дар табобати намудҳои гуногуни алопетсия ошкор карда шуд, зеро бо истифодаи комплекси он самаранокии табобат дар 85,7% беморон мушоҳида шудааст. Тимогар дар муолиҷаи касалиҳои нефрологӣ, ревматологӣ ва пулмонологии одамон самараи баланд дорад. Монотерапияи Тимогар дар табобати шукуфаи хушки фалсӣ (псориаз) самаранок аст. Бори аввал нишон дода шудааст, ки тимотсин (157 мкг/мл) хосиятҳои алергенӣ, эмбриотоксикӣ ва тератогенӣ надорад. Кам шудани давомнокӣ ва зиёдшавии самаранокии табобати беморҳои одам, ки рушди ҳолати дуҷумдараҷаи норасоии масуниятро доранд, ҳангоми истифодаи якҷояи тимотсин (157 мкг/мл) бо доруҳои химиотерапевтӣ, қайд карда шуд.

Гурӯҳи I аз 60 нафар беморон иборат буд, ки ба онҳо химиотерапияи стандартии комплекси зиддисилӣ, аз он ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + азитромитсин 1 г дар як ҳафта як маротиба дар давоми 3 ҳафта гузаронида шуданд. Вояи курс 3 г аст (Азитромитсин мувофиқи протоколҳои идоракунии беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ, 2019 таъин шудааст).

Гурӯҳи II аз 60 нафар бемороне иборат буд, ки ба онҳо химиотерапияи мураккаби зиддисилӣ, ки аз рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + муолиҷаи сеунсура барои сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ (азитромитсин 1 г 1 бор дар як ҳафта барои 3 ҳафта + иммуномодулятор Тимогар 1 мл 1 мл дар як мушак ба таври дохилимушакӣ иборат буд, гузаронида шуд. Табобати сироятҳои омехта бо доруҳои антибактериалӣ дар табобати якҷоя бо доруҳои антихламидиявӣ ё антикандидалӣ вобаста ба сирояти ҳамроҳи ошкоршуда гузаронида шуд. Дар муолиҷаи комплекси беморони гирифтори сирояти трихомоназ метронидазол 500 мг 2 бор, дар як рӯз барои 7 рӯз, ҳангоми сирояти герпесвирусӣ- валасикловир 125 мг, ду маротиба дар як рӯз барои 5 рӯз дохил карда шуд. Ба ҳамаи беморон дар муолиҷаи комплексӣ доруи Флуконазол 150 мг дар як ҳафта як маротиба дар тӯли 2-3 ҳафта ворид карда шуд.

Назорати шифоёбӣ дар асоси мониторинги клиникӣ ва лабораторӣ пас аз 30 рӯз ва пас аз 6 моҳи табобат арзёбӣ карда шуд. Дар ин муддат ба беморон тавсия дода шуд, ки аз таҷҳизоти муҳофизати инфиродӣ истифода баранд. Самаранокии клиникиро мо чунин арзёбӣ кардем: табобати клиникӣ бо аз байн рафтани шикоятҳо ва аломатҳои клиниқии сирояти урогениталӣ дар заминаи натиҷаҳои манфии лабораторӣ; беҳбудии бемор дар шакли хоҳиши назарраси шикоятҳо ва аломатҳои клиниқии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи натиҷаҳои манфии лабораторӣ қабул карда шуд; набудани табобати клиникӣ ошкоршавии давомёбӣ ё афзоиши шикоятҳо ва аломатҳои клиниқии бемории сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ пас аз анҷоми табобат доништа шуд; далели такрорёбӣ пас аз 2 то 4 ҳафтаи ба охир расидани муолиҷа дар сурати мавҷуд будани такрори шикоятҳо ва аломатҳои клиниқии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ҳангоми набудани сирояти такрорӣ қайд карда шуд.

Сӣ рӯз пас аз табобат дар гурӯҳи 1-уми беморон, бартарафсозии микробҳо дар ҳама беморони гирифтори моноинфексияҳои хламидиавӣ ва микоплазма мушоҳида карда шуд. Дар байни сироятҳои омехта, динамикаи ассотсиатсияҳои *Chlamydia trachomatis* + *Ureoplasma urealyticum* + *Mycoplasma genitalium*; *Chlamydia trachomatis* + *Ureoplasma urealyticum* ва *Ureoplasma urealyticum* + *Mycoplasma genitalium* ба қайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи дуввум, бартарафсозии барангезанда дар 100% ҳолатҳо дар беморони гирифтори моноинфексияҳои хламидия, уреоплазмоз ва микоплазмоз мушоҳида карда шуд. Яъне, дар гурӯҳи якуми беморон шумораи беморон бо мавҷудияти микробҳо 1,7 маротиба (60 (100%) муқобили (58,3%) ва дар гурӯҳи дуввум 3 маротиба (60 (100%) муқобили 20 (33,3%) хоҳиш ёфтааст.

Яъне, дар беморони гурӯҳи I бартарафсозии пурраи барангезандаҳо дар 25 (41,7%) ва дар гурӯҳи II - дар 40 (66,7%) мушоҳида шудааст, ба таври дигар, муолиҷаи комплексӣ бо Азитромитсин ва Тимогар 1,6 маротиба бештар ба шифоёбии лабораторӣ оварда мерасонад.

Таҳлили динамикаи зухуроти субъективӣ дар натиҷаи муолиҷа нишон дод, ки пас аз як моҳи муолиҷа шумораи беморони системаи урогениталӣ тибқи пешниҳоди худ беморон аз дар харду гурӯҳ коҳиш ёфтааст. Бузургтарин самаранокии муолиҷа барои ноил шудан ба камшавии эҳсосоти дард дар гурӯҳи дуҷуми беморон муайян карда шудааст, зеро дар ин гурӯҳ шумораи беморони эҳсоси дард аз 29 (48,3%) то 12 (20,0%) яъне 2,4 маротиба коҳиш ёфтанд. Нобудшавии ихтилоли дизурӣ дар гурӯҳи дуввум пас аз табобат дар ҳамаи беморон ошкор карда шуд ва дар гурӯҳи аввал 5 (8,3%) ҳолатҳо муқобили 13 (21,7%) ҳолатҳое, ки пеш аз оғози табобат муайян карда шуданд, қайд карда шуданд. Ихтилоли чинсӣ дар 4 (6,7%) беморони гурӯҳи якум ва 3 (5,0%) беморони гурӯҳи дуҷум барқарор карда шуд. Дар гурӯҳи якуми беморон пас аз табобат зухуроти клиникалии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 22 (61,1%; 36) ҳолат коҳиш ёфт, зеро дар ҳамаи 5 беморони ин гурӯҳ аломатҳои баланит шифо ёфтанд. Дар гурӯҳи якуми беморон аз 6 (16,7%) беморони уретрити қисми пеши уретра пас аз табобат дар 4 (11,1%) беморон ошкор гардида, шумораи беморони уретрити умумӣ аз 8 (22,2%) ба 6 (16,7%) ҳолатҳо кам шуд. Дар гурӯҳи дуҷуми беморон пас аз муолиҷа дар 13 (34,2%; 38) беморон аломатҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ боқӣ монданд, ки аз онҳо 100% бемор аз таъсири баланит ва уретрити қисми пеши уретра шифо ёфтанд. Зухуроти умумии уретрит ва илтиҳоби ғадуди простата аз 11 (28,9%; 38) ва 18 (47,4%) ҳолати пеш аз табобат ба 5 (13,2%; 38) ва 8 (21,1%) пас аз табобат, яъне 2,2 маротиба коҳиш ёфт. Ҳамин тариқ, аз шумораи умумии беморони гирифтори зухуроти субъективӣ 25 (41,7%) беморони гурӯҳи якум ва 13 (21,6%) беморони гурӯҳи дуҷум шикоят кардаанд, яъне зухуроти субъективии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ 2 маротиба кам шудааст.

Ҳамин тариқ, аз шумораи умумии беморони зухуроти субъективӣ шикоятҳо аз ҷониби 25 (41,7%) беморони гурӯҳи якум ва 13 (21,6%) беморони гурӯҳи дуҷум пешниҳод шуданд, яъне нишонаҳои субъективии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ 2 маротиба кам шудааст.

Арзёбии мукоисавии самаранокии табобати мардон дар гурӯҳҳои якум ва дуоми беморон нишон дод, ки истифодаи азитромитсин ва тимогар дар муолиҷаи комплекси сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони сил нисбат ба муолиҷаи бе тимогар натиҷаҳои табобатро бо 2 маротиба коҳиш ёфтани зуҳуроти субъективӣ ва индекси нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата (IPPS), инчунин 1,6 маротиба беҳтар шудани сифати зиндагии беморон беҳтар месозанд. Яъне, пас аз табобат дар гурӯҳи дуоми беморон 1,7 маротиба бештар ягон патология аз системаи урогениталӣ нисбат ба гурӯҳи аввал (25 (65,8%) муқобили 14 (38,8%) ошкор карда нашудааст. Индекси нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар гурӯҳи дуввум дар мукоиса бо гурӯҳи аввал 2 маротиба коҳиш ёфт (26,9 муқобили 12,5 балл), ки аз самаранокии бештари муолиҷа дар гурӯҳи дуоми беморон шаҳодат медиҳад. Индекси ҳаёти мардони гурӯҳи дуоми дар мукоиса бо гурӯҳи якум 1,6 маротиба коҳиш ёфт, ки аз беҳтар шудани сифати зиндагии беморони гирифтори илтиҳоби ғадуди простата дар ин гурӯҳи беморон шаҳодат медиҳад. Динамикаи мусбии бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд дар 6 нафар аз 24 зани гурӯҳи якум ва аз 9 нафар аз 22 бемори гурӯҳи дуоми, яъне 1,5 маротиба зиёдтар мушоҳида шудааст, ки ин самарабахшии муолиҷаи беморони гурӯҳи дуомиро нишон медиҳад ки бо доруи Тимогар табобати комплексӣ гирифтааст.

Пас аз 6 моҳи муолиҷа, тамоман нопадид шудани шикоятҳо ва нишонаҳои клиникии сирояти урогениталӣ дар заминаи натиҷаҳои манфии лабораторӣ дар гурӯҳи дуввуми беморон нисбат ба дараҷаи аввал (19 (31,7%) муқобили 11 (18,3) 1,7 маротиба зиёдтар ёфт шуд %). Шумораи аз ҳама зиёди беморон бо беҳтаршавӣ муайян карда шуд, ки ин ба 35 (58,3%) беморон муқобили 25 (41,7%) беморони гурӯҳи дуоми рост меояд. Дар гурӯҳи якум беморони табобати клиникӣ наёфта 1,7 маротиба зиёдтар ёфт шуданд (7 (11,7%) муқобили 4 ҳолат (6,7%)). Сатҳи такроршавӣ дар байни беморони гурӯҳи якум низ баландтар буд, яъне сарфи назар аз набудани сирояти такрорӣ дар ин беморон, шикоятҳо аз дард, ихроҷ аз роҳи пешоб ва вайроншавиҳои дизурикӣ дубора пайдо шуданд, инчунин нишонаҳои узвҳои илтиҳоби коси хурд ба назар расиданд.

Пас аз гузаронидани муолича, миқдори лимфоситҳо дар беморони гурӯҳи якум аз $23,11 \pm 1,2\%$ то $24,15 \pm 1,9\%$ зиёд шуд, гарчанде ки он ба арзишҳои муқаррарӣ ($30,2 \pm 1,5\%$) нарасид. Самаранокии таъобат дар беморони гурӯҳи якум дар нишондодҳои иммунологии хун, алахусус дар нишондиҳандаҳои CD_{20} ва CD_{16} , ки сатҳи онҳо мутаносибан 1,4 ва 1,2 маротиба афзудаанд, инъикос ёфтааст, яъне $4,1 \pm 1,1\%$ муқобили $2,9 \pm 0,5\%$ ва $8,9 \pm 1,8\%$ ва $7,7 \pm 0,9\%$. Нишондиҳандаи шохиси имунотанзими аз $1,2 \pm 1,2$ то $1,3 \pm 1,1$ зиёд шуд, аммо аз нишондиҳандаҳои муқаррарӣ камтар монд ($1,4 \pm 0,1$). Самаранокии таъобат дар нишондиҳандаҳои Ig A, Ig M, Ig G инъикос ёфт, ки пас аз таъобат тамоюли коҳиш ёбӣ дар онҳо мушоҳида гашт, аммо дар муқоиса бо донорҳо ба ин нишондиҳандаҳо нарасиданд. Гурӯҳи II пас аз таъобат динамикаи барҷастаи мусбатро нишон дод, ки нисбат ба CD_{16} 1,5 маротиба беҳтар шуд ($11,2 \pm 1,8\%$ ва $7,7 \pm 0,9\%$). Индекси CD_4 ва CD_8 пеш аз таъобат $31,5 \pm 1,8\%$ ва $25,3 \pm 1,5\%$ -ро ташкил медоданд ва пас аз таъобат $37,5 \pm 1,5\%$ ва $27,2 \pm 1,2\%$, яъне 1,2 маротиба зиёд шуданд. Ҳамин гуна динамика аз рӯи миқдори лимфоситҳои $28,11 \pm 1,2\%$ муқобили $23,11 \pm 1,2\%$ мушоҳида карда шуд, ва сатҳи Ig A, Ig M, Ig G пас аз таъобат 1,5 ва 1,2 маротиба коҳиш ёфт, яъне мутаносибан аз $2,4 \pm 0,1$ то $1,6 \pm 0,09$ мг / мл, аз $1,9 \pm 0,01$ то $1,6 \pm 0,09$ мг / мл ва аз $10,85 \pm 0,16$ то $9,1 \pm 0,14$ мг / мл. Яъне, дар гурӯҳи II беморон, ки таъобати зиддисилиро дар якҷоягӣ бо азитромитсин ва тимогар гирифтаанд, самаранокии таъобат дар муқоиса бо гурӯҳи I аз ҳама муҳим буд, ки дар он ҷо беморон ҳамчун таъобати зиддисили танҳо азитромитсинро истифода мебарданд. Ин далелро нишондиҳандаҳои ҳолати системаи интерлейкин пеш аз таъобат ва баъд аз он тасдиқ карданд. Дар системаи ситокинҳои майл ба илтиҳоби афзоиши онҳо дар беморони гурӯҳи II дар муқоиса бо гурӯҳи I назаррас буд, зеро дар гурӯҳи II афзоиши назаррас дар сатҳи ИЛ-6 мушоҳида карда шуд, ки пас аз таъобат 1,6 маротиба коҳиш ёфт ($2,86 \pm 0,18$ муқобили $2,32 \pm 1,12$ пкг / мл), инчунин 2,6 маротиба кам шудани ИЛ- β ($1,86 \pm 0,21$ дар муқоиса бо $2,34 \pm 0,16$ пкг / мл). Сатҳи ИЛ-8 дар гурӯҳи дуюм 1,2 маротиба коҳиш ёфт ва нишондиҳандаи омилҳои мавти омосҳо-а (ФНО-а) ҳам дар гурӯҳи якум ва ҳам дар гурӯҳи дуввуми беморон каме коҳиш ёфт. Бояд қайд кард, ки

сарфи назар аз динамикаи мусбӣ бо системаи интерлейкинҳои зиддиилтиҳобӣ дар беморони гурӯҳи дуум, сатҳи онҳо ба арзишҳои муқаррарии гурӯҳи донорҳо нарасидааст.

Афзоиши сатҳи интерлейкинҳои зиддиилтиҳобӣ дар беморони гурӯҳи II нисбат ба гурӯҳи I инчунин самаранокии муолиҷаро нишон дод.

Ҳамин тариқ, арзёбии натиҷаҳои ғаврии муолиҷаи комплекси гузаронидашуда самаранокии назарраси усули комплекси табобати беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шушро бо истифодаи азитромитсин ва тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи зиддисилӣ дар муқоиса бо азитромитсини танҳо дар якҷоягӣ бо муолиҷаи антибактериявӣ зиддисилӣ нишон дод. Истифодаи Азитромитсин ва Тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи антибиотикӣ дар табобати нишондодҳои иммунии хун инъикос ёфта, нисбат ба истифодаи Тимогар 1,7 маротиба ба шифоёбии клиникӣ зиёдтар оварда мерасонад (19 (31,7%) муқобили 11 (18,3%). Натиҷаҳои бадастомада зарурати ба назар гирифтани он далелро нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори бемории сили шуши синну соли репродуктивӣ сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи торпидии урогениталӣ дар шакли сирояти омехтаи урогениталӣ дар 74,1% беморон вохӯрда, дар 55% ҳолатҳо он бо сирояти хламидиявӣ, дар 46,9% ҳолатҳо бо илтиҳоби ғадуди простата дар мардон ва дар 38,9% -бо салпингоофорит дар занон оризаҳо ба вучуд меорад. Дар баробари ин, дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи бемории сили шуш бо ассотсиатсияҳои сироятҳои урогениталӣ ихтилоли бештари системаи масунӣ ошкор карда мешавад ва аз ин рӯ тавсия дода мешавад, ки азитромитсин ва иммуномодулятори Тимогар дар якҷоягӣ бо доруҳои зидди сил таъйин карда шаванд, зеро онҳо самаранокии муолиҷаро беҳтар мекунанд.

Ба табобати комплексӣ бояд доруҳои дохил карда шаванд, ки таъсири иммуномодуляторӣ дошта бошанд, зеро бо рушди оризаҳо аз тарафи системаи репродуктивӣ дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи бемории сили шуш ихтилоли масунияти

системавӣ рушд меёбад, бемориҳои узвҳои кӯси хурд бошанд дар заминаи ҳолати дуҷумдараҷаи норасоии масуният инкишоф меёбанд.

Яъне, ҳадафи иммуноterapia дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сирояти сил ислоҳ ва мӯътадилсозии ихтилоли масунӣ дар давраи авҷгирии беморӣ ва дар марҳилаи барқароршавӣ буда, натиҷаи он бояд пешгирии музминшавии раванди илтиҳоб ва рушди дубораи беморӣ бошад. Интиҳоби воситаҳои этиотропии мувофиқ (антибактериалӣ, зиддимикробӣ ва зиддивирӯсӣ) қадами аввалин ва асосӣ дар табобати равандҳои илтиҳобӣ дар узвҳои таносулии занон мебошад. Муайян кардани саривактии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори бемории сили шуш ва истифодаи муолиҷаи мувофиқи антибиотикҳои этиотропӣ дар якҷоягӣ бо иммуномодулятории Тимогар барои пешгирии бемориҳои эҳтимолии системаи репродуктивӣ ва беҳтар кардани сифати зиндагии ин беморон мусоидат мекунад.

ХУЛОСАҲО

1. Беморҳои узвҳои таносул дар беморони сили шуш дар синни ҷавонии репродуктивӣ нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ бе сирояти ҳамбастагии сил 1,9 маротиба бештар ба назар мерасанд (54,1% муқобили 35,6% ҳолатҳо) [3-М, 5-М, 6-М, 7-М].
2. Дар беморони сили шуш сирояти омехтаи урогениталӣ нисбат ба беморони гирифтори сирояти ҳамбастагии сил 1,2 маротиба зиёдтар рух медиҳад (100 (74,1%) муқобили 58 (64,4%) ҳолат) ва дар 55% ҳолатҳо он дар шакли сирояти хламидиавӣ зоҳир мегардад [3-М, 5-М, 10-М, 11-М].
3. Дар 115 (85,2%) беморони гирифтори сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ бо ҷараёни музмин тавсиф карда мешаванд. Оризаҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони сил нисбат ба беморони гирифтори сирояти ҳамбастагии сил дар байни мардон нисбат ба илтиҳоби ғадуди простата (простатит) 2,2 маротиба (38 (46,9%) муқобили 11 (21,2%) ҳолатҳо) ва дар байни занон дар Салпингоофорит 3,7 маротиба зиёдтар (21 (38,9%) муқобили 4 (10,5%) ба назар мерасанд [3-М, 4-М, 5-М].
4. Сироятҳои урогениталӣ дар беморони сили шуш дар заминаи сатҳи пасти CD₃ CD₄ ва CD₈ лимфоситҳо ва миқдори зиёди IgA, IgM, IgG-и хуноба ба амал меоянд, ки ин кам шудани механизмҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии посухи иммунии онҳоро нишон медиҳад [1-М, 2-М, 5-М].
5. Вайроншавиҳо дар системаи интерлейкин дар беморони сироятҳои урогениталӣ дар заминаи сили шуш нисбат ба бемории мубталои муҳасили масуният (СПИД) бе сирояти ҳамбастагии сил 1,2 маротиба зиёдтар ба мушоҳида мерасад (88 (65,2%) муқобили 50 (55,6%)) [1-М, 2-М, 4-М, 5-М].
6. Истифодаи Азитромитсин ва Тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи зиддисилии антибактериалӣ ба беҳтаршавии нишондодҳои масунӣ мусоидат карда, ба табобати муваффақонаи клиникӣ 1,7 маротиба зиёдтар оварда мерасонад нисбат ба истифода набурдани Тимогар - (19 (31,7%) дар муқоиса бо 11 (18,3%)) ҳолатҳо [6-М, 7-М, 8-М, 9-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТИ ИЛМӢ

1. Ҳангоми пешбурди муолиҷаи беморони гирифтори сили шуш, ба назар гирифтани лозим аст, ки дар синни репродуктивӣ онҳо метавонанд сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи торпидии урогениталӣ дар шакли сирояти омехтаи урогениталӣ дошта бошанд, ки дар 74,1% беморон руҳ медиҳад ва дар 55% ҳолатҳо он бо сирояти хламидиявӣ муаррифӣ гашта, дар 46,9% ҳолатҳо дар мардон дар шакли илтиҳоби ғадуди простата ва дар 38,9% дар шакли салпингофорит дар занон оризаҳоро ба вучуд меорад.
2. Вайроншавиҳои аз ҳама возеҳи системаи масуният дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш бо ассотсиатсияҳои 3 сирояти урогениталӣ ошкор карда мешаванд ва аз ин рӯ тавсия дода мешавад, ки дар якҷоягӣ бо доруҳои зидди сил макролидҳо ва иммуномодуляторҳо таъин карда шаванд.
3. Ҳангоми ошкор кардани патологияи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш, зарур аст, ки ба муолиҷаи комплексии зидди силӣ доруи азитромитсин ва иммуномодулятори тимогар дохил карда шавад, зеро самаранокии таъобат 1,7 маротиба беҳтар мегардад.

Рӯйхати адабиёт

1. Аналитический обзор основных показателей и статистические материалы «Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в РФ в 2012—2013 гг.». – Москва: МЗ РФ. ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения», 2014. - 72 с.
2. Анисимова Н.С. О совершенствовании скрининговых исследований на инфекции, передаваемые половым путем / Н.С. Анисимова, А.Е. Гушин, Е.Г. Симонова // Материалы III Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. – 2011. - № 1. - С. 19.
3. Асхаков М. С. Хронический инфекционный уретропростатит: новая методика лечения / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – № 6. – С. 46-52.
4. Асхаков М. С. Эффективность разработанных схем лечения больных уретритом и инфекционным уретропростатитом (хламидийная и микстинфекции): автореф. дис. ... канд. мед. наук. / М. С. Асхаков. – М., 2011. – 22 с.
5. Асхаков М.С. Современные методы диагностики урогенитальной хламидийной инфекции / М.С. Асхаков, В.В. Чеботарёв, Г.Г. Арутюнян // Интернаука. – 2018. - №4-1. – С.17-19.
6. Ахмедов А.А. Социальная характеристика и поведенческие факторы риска ИППП/ВИЧ среди работниц коммерческого секса в г. Душанбе / А.А. Ахмедов, И.О. Бобоходжаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2010. - № 3 (306). - С. 5.
7. Бабаева И.Ю. Проблемы диагностики и лечения диссеминированного туберкулеза легких у больных ВИЧ-инфекцией / И.Ю. Бабаева, О.В. Демихова, А.В. Кравченко // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - №8. – С.57–61.
8. Багишева Н.В., Мордык А.В., Иванова О.Г., Батищева Т.Л. Туберкулез и ХОБЛ: проблемы коморбидности / Н.В. Багишева, А.В. Мордык, О.Г.

- Иванова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. - №9(4). – С.329-331.
9. Бекмухамбетова Н.В. Некоторые особенности клинического течения туберкулеза органов дыхания и сопутствующей соматической патологии / Н.В. Бекмухамбетова, О.Г. Иванова, А.В. Мордык // Омский научный вестник. – 2014. - №134 (2). – С. 8-10.
 10. Бемории сил дар ш. Душанбе: вазъи эпидемиологӣ ва чораҳои пешгирикунанда. – Душанбе, 2020. – 12 с.
 11. Березников А.В. Антибиотикассоциированные диареи во фтизиатрической практике: стандартизация диагностики, лечения, профилактики, экспертиза качества оказания медицинской помощи / А.В. Березников, А.В. Мордык, А.В. Лысов // Туберкулез и болезни легких. – 2018. - №85(7). – С.47-50.
 12. Бобоходжаева М.О. Некоторые медико-демографические факторы риска и пути оптимизации профилактики ИППП и ВИЧ среди уязвимых слоев населения Республики Таджикистан на примере г. Душанбе: автореф. ... канд. мед. наук / М.О. Бобоходжаева - Душанбе. - 2012. – 23 с.
 13. Бобоходжаева М.О. Некоторые особенности распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях / М.О. Бобоходжаева, А.А. Ахмедов, М.К. Касымова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 2. - С. 25-29.
 14. Бородулина Е.А. Наркомания, ВИЧ, туберкулез. Особенности мультиморбидности в современных условиях / Е.А. Бородулина, И.Л. Цыганков, Б.Е. Бородулин // Вестник современной клинической медицины. – 2014. - №7(4). – С. 18-21.
 15. Валеева Г.А. Состояние здоровья детей, рожденных от матерей, больных туберкулезом / Г.А. Валеева, Е.Н. Кравченко, А.В. Мордык // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т.91, №8. – С.27-28.
 16. Венгеренко М.Э. Применение натрия гипохлорита в комплексном лечении урогенитального хламидиоза / М.Э. Венгеренко, Г.А. Пенжоян, В.В.

- Пономарёв // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. - Т.25, №1. – С.62-68.
17. Вялов С.С. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций в общей практике / С.С. Вялов / Архив внутренней медицины. – 2012. - №3(5). - С.20-26.
 18. Вялов С.С. Общая врачебная практика: диагностическое значение лабораторных исследований. Учеб. пособие / Под ред. С.С. Вялова, С.А. Чорбинской. 4-е изд., доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 176 с.
 19. Гапоненко Г.Е. Гигиеническое воспитание населения как составная часть профилактических мероприятий в борьбе с туберкулезом / Г.Е. Гапоненко, Ж.В. Гудинова, А.В. Мордык // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – Т.88, №7. – С.17-20.
 20. Гапоненко Г.Е. Туберкулез у лиц с социально-маргинальным поведением: заболеваемость и эффективность лечения / Г.Е. Гапоненко, Е.Л. Овчинникова, С.В. Ситникова // Пульмонология. - 2009. - № 3. - С. 105-108.
 21. Гетерогенность лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза в контексте фармакокинетики противотуберкулезных препаратов как основа персонализированного лечения / С.А. Попов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – №4. – С.18-24.
 22. Глазкова И.В. Анализ заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в Удмуртской республике / И.В. Глазкова, Н.А. Алиева // Фтизиатрия и пульмонология. - 2012. - №2(5). - С. 33-42.
 23. Глазкова И.В. Научное обоснование мероприятий по профилактике туберкулеза среди женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Глазкова. - Москва, 2010. - 22 с.
 24. Глазкова И.В. Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста / И.В. Глазкова, Е.Н. Волкова, Л.Ф. Молчанова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2010. - №4. – С.23- 26.

25. Гудинова Ж.В. Исследование жилищных условий в очагах туберкулезной инфекции. Жизнь без опасностей / Ж.В. Гудинова, А.В. Мордык, Л.В. Пузырева // Здоровье. Профилактика. Долголетие. – 2012. - №7 (3). – С.72-75.
26. Демидик С.Н. Комплексное лечение распространенного туберкулеза легких с применением циклоферона / С.Н. Демидик // Журнал городненского государственного медицинского университета. – 2012. - № 2. – С.47-50.
27. Дикке Г.Б. От кюретки до таблетки. Артифициальный аборт: российские реалии / Г.Б. Дикке, Л.В. Ерофеева, Е.Л. Яроцкая // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. - 2011. - № 1. - С. 20.
28. Дмитриев В.А. Глобальная проблема туберкулеза и современная стратегия ВОЗ борьбы с ним / В.А. Дмитриев // Антибиотики и химиотер. – 2018. - №5–6. – С.3-6.
29. Дробот Н.Н. Особенности эпидемиологии туберкулеза - социально значимого заболевания у детей и подростков в современных условиях / Н.Н. Дробот, Н.П. Шевченко, Н.В.Молчанова // Вятский медицинский вестник. - 2015. - №2. - С.29-35.
30. Ермакович А.С. Гинекологические заболевания у женщин с туберкулезом легких / А.С. Ермакович // Актуальные проблемы современной медицины и фармации – 2019. – С.1669.
31. Есимова И.Е. Причины дисрегуляции иммунного ответа при туберкулезе легких: влияние M. tuberculosis на течение иммунного ответа / И.Е. Есимова, О.И. Уразова, В.В. Новицкий // Бюллетень сибирской медицины. – 2012. - №3. С. 79-87
32. Золотов И.С. Терапия воспалительных заболеваний женских половых органов: возможности иммуномодуляторов / И.С. Золотов, В.В. Остроменский // Гинекология. - 2013. – Т.13, №3. - С.86-89.
33. Иванов А.Г. Медико-социальные проблемы репродуктивного потенциала молодежи: монография / А.Г. Иванов. - Тверь: Триада, 2011.

34. Иванова О.Г. Патогенетические аспекты нарушения адаптивных реакций организма при инфильтративном туберкулезе / О.Г. Иванова, А.В. Мордык // Вестник современной клинической медицины. – 2010. - №3(1). – С.21.
35. Исакова Ж.Т. Применение биологических микрочипов в определении лекарственной устойчивости *Mycobacterium tuberculosis* к рифампицину / Ж.Т. Исакова, О.А. Пак, Э.У. Юсупова // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2005. – №8. – С.50-53.
36. Калабеков И. Г. Российские реформы в цифрах и фактах. – Изд. 2-е, перераб. допол. – М.: РУСАКИ, 2011. – 498 с.
37. Кожекина Н.В. Медико-социальные особенности заболеваемости и смертности от туберкулеза у женщин фертильного возраста: автореф. дис. ... канд. мед наук / Н.В. Кожекина. - Москва, 2011. – 27 с.
38. Кораблев В.Н. Основы современного менеджмента во фтизиатрии / В.Н. Кораблев. - Хабаровск, 2000. - 203 с.
39. Кравченко Е.Н. Благополучное материнство у женщин с туберкулезом: миф или реальность? / Е.Н. Кравченко, А.В.Мордык, Г.А. Валеева // Врач. – 2015. - №1. – С.5-8.
40. Кравченко Е.Н. Особенности течения беременности и родов после перенесенного туберкулеза в зависимости от сроков клинического излечения / Е.Н. Кравченко, А.В.Мордык, Г.А. Валеева // Уральский мед. журн. - 2014. - №1 (115). - С. 60–65.
41. Кравченко Е.Н. Репродуктивное здоровье женщин с активным туберкулезом легких / Е.Н. Кравченко, А.В. Мордык, Г.А. Валеева // Доктор. Ру. – 2015. - №1. – С.5-8.
42. Кубанова А.А. Ведение больных инфекциями, передающимися половым путем, и урогенитальными инфекциями: клинические рекомендации / А.А. Кубанова . - М.: Деловой Экспресс, 2012. - 112 с.
43. Лазаренко Л. Антиоксиданты и иммуностропные препараты в терапии больных туберкулезом легких / Л. Лазаренко, А. Петров, Д. Суханов, М. Романцов // Журнал «Врач». - 2015. - №9. – С. 66-67.

44. Луцюк А.Г. Особенности течения урогенитальных инфекций у мужчин в Кемеровской области / А.Г. Луцюк, А.В. Шабалдин, Г.В. Лисаченко // Мужское здоровье как демографический фактор: материалы научно-практ конф. Кемерово, 2008 С 156-159.
45. Мавров Г.И. Клинико-эпидемиологические особенности урогенитального хламидиоза на современном этапе / Г.И. Мавров, Л.В. Иващенко, Ю.В. Щербакова // Дерматология и венерология. – 2014. - №1. – С.61-66.
46. Мамедова Т.У. Репродуктивный потенциал у девочек – подростков с туберкулезом / Т.У. Мамедова, С.С. Нурмагомедова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 2008. – С. 572-573.
47. Межевитинова Е.А. Гормональная контрацепция у женщин высокого риска: пути решения проблемы / Е.А. Межевитинова, М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - № 3. - С. 41–47.
48. Механизмы нарушения цитокинопосредованной кооперации эозинофилов и иммуноцитов при формировании феномена эозинофилии / Н.В. Рязанцева [и др.] // Иммунология. - 2007. - № 2. - С. 123-127.
49. Моисеев С.В. Практические рекомендации по антибактериальной терапии и профилактике инфекций мочевыводящих путей с позиций доказательной медицины / С.В. Моисеев // Инфекции и антимикробная терапия. – 2003. - №5. – С.3.
50. Мордвинов В.А. Цитокины: биологические свойства и регуляция экспрессии гена интерлейкина-5 человека / В.А. Мордвинов, Д.П. Фурман // Вестн. ВОГиС. 2009. / Т.13, №1. - С. 53-67.
51. Мордык А.В. Результаты клинико-лабораторного обследования беременных женщин, больных туберкулезом легких / А.В. Мордык, Е.Н. Кравченко, Г.А. Валеева // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. - №77(1). – С.28-32.
52. Мордык А.В. Частота неблагоприятных побочных реакций на противотуберкулезные препараты у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания старше 18 лет и факторы, влияющие на них /

- А.В. Мордык, Г.Е. Гапоненко, А.В. Кондря // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - №2. – С.40-44.
53. Муниева С.Х. Региональные факторы распространения инфекций, передающихся половым путем / С.Х. Муниева, О.И. Касымов // Научно-практический журнал ТИППМК. - 2014. - № 4. - С. 108-110.
54. Мякишева Т.В. Факторы риска туберкулеза легких у пациентов молодого возраста / Т.В. Мякишева, Е.Е. Рашкевич // Фтизиатрия и пульмонология. - 2010. - №1 (8). - С. 22-28.
55. Мякишева Т.В. Характеристика эпидемиологических показателей по туберкулезу в Смоленской области / Т.В. Мякишева, М.А. Гуденков // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – №11. – С.17-24.
56. Нечаев В.В. Социально-значимые инфекции: монография. Ч. 11. Микст-инфекции / В.В. Нечаев, А.К. Иванов, А.М. Пантелеев. - СПб.: ООО «Береста»; 2011.
57. Нечаева О.Б. Туберкулез в Российской Федерации: заболеваемость и смертность / О.Б. Нечаева // Мед. алфавит. Эпидемиология и гигиена. - 2013. - №4 (24). - С. 7–12.
58. Нечаева О.Б. Туберкулез у женщин детородного возраста в Свердловской области / О.Б. Нечаева, Н.В. Кожекина // Российский медицинский журн. – 2009. – № 1. – С. 6-9.
59. Новый подход к лечению инфекций, передаваемых половым путем / Е.В. Файзуллина [и др.] // Вестник современной клинической медицины.- 2011.- №4(1).- С.17-20.
60. Носова Г.Г. Изучение факторов риска развития бесплодия у мужчин, обратившихся в Центр вспомогательных репродуктивных технологий / Г.Г. Носова, Ю.В. Федорцова, И.А. Корнеев // Урологические ведомости. – 2013. –Т.3, №3. – С.18-21.
61. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном Федеральных округах / О.В. Ревякина [и др.]. - Новосибирск, 2013. - 89 с.

62. Павловская Н.И. Распространенность инфекций, передающихся половым путем, и их связь с аддиктивным поведением. / Н.И. Павловская // Вопросы наркологии. - 2003. - №4. - С.63-73
63. Панкратов О.В. Иммуномодуляторы в лечении герпетической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса / О.В. Панкратов // Медицинские новости. – 2011. - №4. – С.18-24
64. Перепанова Т.С. Неосложненная инфекция мочевых путей / Т.С. Перепанова, Ю.В. Кудрявцев, П.Л. Хазан // Consilium–medicum. – 2013. - №5. – С.1.
65. Показатели клеточного и гуморального иммунного ответа при туберкулезе легких, сопровождающемся эозинофилией. / Ю.В. Колобовникова [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2012. - №1. – С.39-45.
66. Пострелко М.Д. Клинические особенности течения инфекций, передаваемых преимущественно половым путем / М.Д. Пострелко // Вестник ОГУ. - 2012. - №6 (142). – М.19-21.
67. Правада Н.С. Комплексная терапия с применением иммуотропных препаратов при туберкулёзе и система интерферона-гамма / Н.С. Правада, А.М. Будрицкий. // Вестник ВГМУ. - 2015. - №4. - С.5-14.
68. Правада Н.С. Оценка клинической эффективности и нежелательных побочных реакций лекарственного средства «циклоферон» в таблетках у пациентов с туберкулезом легких / Н.С. Правада, А.М. Будрицкий, В.А. Серегина // Вестник ВГМУ. – 2013. – Т.12, №1. - С.99-106.
69. Причины развития рецидивов туберкулёза лёгких в республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - №3 (326). - С. 17-24.
70. Распространенность инфекций, передающихся половым путем, у мужчин, состоящих в бесплодном браке / И.А. Корнеев [и др.] // Урологические ведомости. - 2018. – Т.8, №2. – С.30-35.
71. Редькин Ю.В., Одокиенко А.Ю. Инфекционные заболевания: особенности взаимоотношений в системе «инфект-хозяин» / Ю.В. Редькин, А.Ю.

- Одокиенко // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2015. - №2. – С.73–79.
72. Репродуктивное здоровье женщин с активным туберкулезом легких / Е.Н. Кравченко [и др.] // Гинекология Эндокринология. – 2015. - №1(102). - С.5-8.
73. Роль личности пациента в процессе выявления и лечения туберкулеза органов дыхания / А.В. Мордык [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. - №127(4). – С. 148-151.
74. Роль экзогенного пути при инфицировании предстательной железы / Ю.Ю. Винник [и др.] // Сибирский журнал дерматол. и венерол. – 2006. – № 7. – С. 93-94.
75. Русановская Г.Ф. Качество жизни женщин репродуктивного возраста, больных активным туберкулезом органов дыхания / Г.Ф. Русановская, И.А. Камаев, А.С. Шпрыков // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. - №1(20). – С.57-63.
76. Саидзода Б.И. Изучение иммунного статуса при негонококковых уретритах. / Б.И. Саидзода // Здоровье, демография, экология Финно-угорских народов. - 2019. - №4. – С.42-45.
77. Саидзода Б.И. Особенности клиники негонококковых уретритов / Б.И. Саидзода // Здоровье, демография, экология Финно-угорских народов. – 2019. - №4. – С.45-47.
78. Саидзода Б.И. Хусуссиятҳои ҳоси клиникаи уретритҳои гайригонококки дар мардҳо / Б.И. Саидзода // Авҷи зухал. – 2019. - №4. – С.148-151.
79. Саидов Б.И. Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний уrogenитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // Здравоохранение Таджикистана. – 2018. - №3. – С.55-59.
80. Сангов Б.Ч. Клиникаи уретропростатити хламидияви / Б.Ч. Сангов, Б.И. Саидзода // Авҷи зухал. – 2019. - №1. – С.67-72.
81. Совершенствование лабораторной диагностики урогенитальной хламидийной инфекции у пациентов с нарушением репродуктивной

- функции, инфицированных *Chlamydia trachomatis* / В.А. Федорова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. - №2. – С.34-44.
82. Современные тенденции эпидемической ситуации по внеплевральному туберкулезу / Е.В. Кульчавеня [и др.] // Туберкулез и болезни лёгких. - 2013. - №12. - С. 34-38.
83. Соловьев А.М. Иммуноterapia в комплексном лечении рецидивирующих бактериальных инфекций урогенитального тракта / А.М. Соловьев // Consilium Medicum. – 2017. - №19(6). – С.43–52.
84. Социальные аспекты взаимодействия проблем туберкулеза и репродуктивного здоровья: монография / А.В. Мордык [и др.] // Под ред. А.В. Мордык. – Омск, Полиграфический центр КАН, 2015. – 230 с.
85. Стольникова И.И. Риски репродуктивного здоровья женщины: проектный подход и здоровье - берегающие технологии / И.И. Стольникова, Е.А. Евстифеева, Е.В. Борисова // Мед. альманах. - 2013. - №5(30). - С. 30–32.
86. Таха В. Расширение терапевтических возможностей в лечении генитального герпеса / В. Таха // РМЖ. - 2011. - № 21.
87. Туберкулез и ХОБЛ: проблемы коморбидности / М.П. Архипова [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – С.9(4). – С.329-331.
88. Уразова О.И. Особенности иммунорегуляции у больных туберкулезом легких с эозинофилией крови / О.И. Уразова, Е.Г. Чурина, Ю.В. Колобовникова // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. - №17(3). – С.168–179.
89. Уртенев Р.Х. Мочеполовой туберкулез в Ставропольском крае. / Р.Х. Уртенев, Л.Ю. Тарасенко, Е.М. Богородская / Туберкулез и болезни легких. – 2015. - №7. – С.143.
90. Факторы риска, влияющие на туберкулезный процесс у детей из очагов инфекции / У.Ю. Сироджиддинова [и др.] // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №8. - С. 101-10
91. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной

- устойчивостью возбудителя / И.А. Васильева [и др.]. - М., Тверь.: ООО «Издательство Триада», 2014. – 56 с.
92. Характеристика впервые выявленного туберкулеза легких у женщин, сочетанного с другими заболеваниями / Н.Н. Дробот [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. - №1. - С.127-128.
93. Хомидов М.Ф. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин / М.Ф. Хомидов, Б.И. Саидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2019. - №1. – С.88-91.
94. Чеботарёв В.В. Урогенитальная хламидийная инфекция / В.В. Чеботарёв. – Ставрополь. - 2011. – 206 с.
95. Чумаченко Г.В. Актуальность проблемы сочетанной инфекции ВИЧ и туберкулеза в современных эпидемиологических условиях / Г.В. Чумаченко, И.Ю. Бабаева, М.Г. Авдеева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2016. - №21(6). - С. 304-312.
96. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2012-2013 гг. / В.М. Шилова – М.: Промо-бюро, 2014. – 244 с.
97. Штиль О.О. Клинико-иммунологическая характеристика течения урогенитальной гонококковой инфекции у мужчин: автореферат диссертации канд. мед. наук / О.О. Штиль. – Оренбург, 2010.
98. Щербань М.Н. Диагностика, предупреждение и лечение нарушений репродуктивной функции у мужчин, больных туберкулезом легких: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / Щербань Максим Николаевич. - Новосибирск, 2009. - 139 с.
99. Эффективность применения иммуномодуляторов в лечении деструктивных форм туберкулеза легких / В. М. Коломиец [и др.] // Человек и его здоровье. – 2013. – № 1. – С. 81–85.
100. Якимова А.В. Клинические и структурные особенности системы «мать-плацента-плод» при туберкулезе легких (клинико-морфологическое

- исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Якимова. – Омск., 2010. – 46 с.
101. Яковлев С.В. Какие антибиотики действительно нужны для лечения урогенитальных инфекций? С.В. Яковлев, И.И. Деревянко // *Consilium. – medicum.* – 2004. - №6(1). – С.40–45.
 102. Яковлев С.В. Современные подходы к антибактериальной терапии инфекций мочевыводящих путей / С.В. Яковлев // *Consilium–medicum.* – 2001. - №3(7). – С.300–306.
 103. Abusarah E.A. Molecular detection of potential sexually transmitted pathogens in semen and urine specimens of infertile and fertile males / E.A. Abusarah, Z.M. Awwad, E. Charvalos Diagn // *Microbiol Infect Dis.* – 2013. - N77(4). – P. 283-286.
 104. Al-Hamdani F.Y. Evaluation of the Predisposing Factors for Recurrent Respiratory Tract Infections in Iraqi Pediatric Patients / F.Y. Al-Hamdani, Z.B. Al-Mutawalli // *AJPS.* – 2014. - N14(2). – P.89-93.
 105. Antituberculosis drugs: drug interactions, adverse effects, and use in special situations / M.A. Arbex [et al.] // *J Brasileiro de Pneumologia.* – 2010. - N36(5). – P.626-640.
 106. Arif N. Analysis of laboratory testing results for Chlamydia trachomatis infection in an STI clinic in India: Need for extragenital screening / N. Arif, D. Juyal, S. Sebastian // *International Journal of Infectious Diseases.* – 2017. – N57. – P.1-2.
 107. Banchereau J. From IL-2 to IL-37: the expanding spectrum of anti-inflammatory cytokines / J. Banchereau, V. Pascual, A. O’Garra // *Nat. Immunol.* – 2012. - N13(10). – P.925–931.
 108. Bate S.L. Cytomegalovirus seroprevalence in the United States: the national health and nutrition examination surveys, 1988-2004 / S.L. Bate, S.C. Dollard, M.J. Cannon // *Clin Infect Dis.* – 2010. - N50(11). – P.1439-1447.
 109. Baud D. Waddlia chondrophila, a Chlamydia-related bacterium, has a negative impact on human spermatozoa / D. Baud, N. Vulliamoz, A. Ammerdorffer // *Hum Reprod.* – 2018. - N33(1). – P.3-10.

110. Boiko I. High prevalence of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* and particularly *Trichomonis vaginalis* diagnosed using US FDA-approved Aptima molecular tests and evaluation of conventional routine diagnostic tests in Ternopil, Ukraine / I. Boiko, D. Golparian, I. Krynytska // *APMIS*. – 2019. – V.127, Issue 9. – P.627-634.
111. Brizhatyuk E. Transrectal ultrasound guided biopsies in diagnostics of prostate tuberculosis / E. Brizhatyuk, A. Baranchukova, E. Kulchavenya // *Europ Resp J*. - 2008. - Vol. 32, Suppl. 52. - abs. 2446.
112. Brizhatyuk E.V. A prostate biopsy in diagnosis of tuberculosis of prostate / E.V. Brizhatyuk, E.V. Kulchavenya, A.A. Baranchukova // *Modern questions of urology, andrology, genesial medicine: materials*. — Novosibirsk, 2008. — P. 56.
113. Cannon M.J. Review of cytomegalovirus seroprevalence and demographic characteristics associated with infection / M.J. Cannon, D.S. Schmid, T.B. Hyde // *Rev Med Virol*. – 2010. - N20(4). – P.202-213.
114. Castro-Garza J. Mycobacterium tuberculosis promotes genomic instability in macrophages / J. Castro-Garza, M.L. Luévano-Martínez, L. Villarreal-Treviño // *Mem Inst Oswaldo Cruz*. – 2018. - N113(3). – P.161-166.
115. Drug-resistant tuberculosis: An update on disease burden, diagnosis and treatment / C. Lange [et al.] // *Respirology*. – 2018. - N23(7). – P.656-673.
116. Effect of Antitubercular Therapy on Endometrial Function in Infertile Women with Female Genital Tuberculosis / J. Bhagwan Sharma [et al.] // *Infect. Disord. Drug Targets*. – 2016. - N16(2). – P.101-108.
117. European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease on behalf of the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) / J.F. Rahier [et al.] // *J. Crohn's and Colitis*. – 2009. – № 3. – P. 47–91.
118. First-line antituberculosis drugs disrupt endocrine balance and induce ovarian and uterine oxidative stress in rats. / O.A. Adebayo // *J Basic Clin Physiol Pharmacol*. - 2018. - N29(2). – P.131-140.

119. Fode M. Sexually Transmitted Disease and Male Infertility: A Systematic Review / M. Fode, F. Fusco, L. Lipshultz // *Eur Urol Focus*. - 2016. - N2(4). – P.383-393.
120. Genital tract infections among HIV-infected pregnant women in Malawi, Tanzania and Zambia / S. Aboud [et al.] // *Int. J.STD AIDS*. – 2008. - Vol.19, No.12. - P. 824–832.
121. Ghosh K. Tuberculosis and female reproductive health / K. Ghosh, K. Ghosh, J.R. Chowdhury // *J Postgraduate Med*. – 2011. - N57(4). – P.307-313
122. Hassan WA, Darwish AM. Impact of pulmonary tuberculosis on menstrual pattern and fertility. *Clin espir J*. 2010;4(3):157-161.
123. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and metaanalysis of observational studies / M.C. Boily [et al.] // *Lancet Infect. Dis*. – 2009. - Vol. 9, No. 2. - P. 118–129.
124. Horner P.J. European guideline on the management of non-gonococcal urethritis / P.J. Horner, K. Blee, L. Falk, W. van der Meijden // *Int J STD and AIDS*. – 2016. - N27(11). – P.928-937.
125. Huang C. Mycoplasma and ureaplasma infection and male infertility: a systematic review and meta-analysis / C. Huang, H.L. Zhu, K.R. Xu // *Andrology*. – 2015. - N3(5). – P.809-816.
126. Jai B Sharma. In vitro fertilization and embryo transfer in female genital tuberculosis / Jai B Sharma // *Journal of minimal stimulation IVF*. – 2015. - N2(1). – P.14-25.
127. Kholto bin D. Prostate biopsy for diagnosis of prostate tuberculosis / D. Kholto bin, E. Kulchavenya, E. Brizhatyuk // *ERS annual Congress*. - Amsterdam, 2011 - 496 p.
128. Kholto bin D. Prostate tuberculosis // *Urology*. — 2013. — № 1. — P. 13-16.
129. Kirman J. Role of eosinophils in the pathogenesis of Mycobacterium bovis BCG infection in gamma interferon receptor-deficient mice / J. Kirman, Z. Zakaria, K. McCoy // *Infect. Immun*. - 2009. - V. 68, №5. - P. 2976-2978.

130. Kulchavenya E. Diagnosis and therapy for prostate tuberculosis / E. Kulchavenya, E. Brizhatyuk, V. Khomyakov // *Therapeutic Advances in Urology*. – 2014. - Vol 6 (4). - P. 129-134.
131. Kulchavenya E. V. Infectious and inflammatory diseases of prostate: monograph / E.V., Kulchavenya, A.I. Neymark. — Germany: Palmarium Academium Publishing, 2012. - 169 p.
132. Lao T.T. Hepatitis B virus infection status and infertility causes in couples seeking fertility treatment-Indicator of impaired immune response? / T.T. Lao, J.S.M. Mak, T.C. Li // *Reprod Immunol*. – 2017. - N77(4).
133. Madappa T.S. Sharma Pulmonary Disease and Pregnancy / T.S. Madappa // *US Respiratory Disease*. – 2011. - N7(1). – P.36-42.
134. Mathad J.S. Tuberculosis in Pregnant and Postpartum Women: Epidemiology, Management, and Research Gaps / J.S. Mathad, A. Gupta // *Clin Infect Dis*. – 2012. - N55(11). – P.1532-1549.
135. Minardi D. Urinary tract infections in women: etiology and treatment options / D. Minardi, G. d'Anzeo, D. Cantoro // *Intern J General Med*. – 2011. - N4. – P.333–334.
136. Multi-center study establishing the clinical validity of a nucleic-acid amplification-based assay for the diagnosis of bacterial vaginosis / C.P. Cartwright [et al.] // *Diagn. Microbiol. Infect. Dis*. – 2018. – N92(3). – P.173-178.
137. Nakane K. Nationwide survey of urogenital tuberculosis in Japan / K. Nakane, M. Yasuda, T. Deguchi // *Int J Urol*. – 2014. - Vol. 21, N 11. - P. 1171-1177.
138. Nationwide survey of urogenital tuberculosis in Japan / K. Nakane, M. Yasuda, T. Deguchi [et al.] // *Int. J. Urol*. - 2014. - Vol. 14.
139. Natural killer T cells in pulmonary disorders / M. Rijavec [et al.] // *Respir. Med*. – 2011. - Vol. 105, Suppl. 1. – P. S20-25.
140. Ndlovu, H. Granulomas and Inflammation: Host-Directed Therapies for Tuberculosis / H. Ndlovu, M.J. Marakalala // *Front. Immunol*. – 2016. – Vol. 7. – P. 434.

141. Paladino P. Mechanisms employed by Herpes simplex virus 1 to inhibit the interferon response / P. Paladino, K.L. Mossman // *J. Interferon cytokine Res.* - 2009. - V.29, N9. – P.599-607.
142. Park Y.M. Eosinophil survival and apoptosis in health and disease / Y.M. Park, B.S. Bochner // *Allergy Asthma Immunol. Res.* - 2010. - V.2, №2. - P. 87-101.
143. Pirofski L.A. Immunomodulators as an antimicrobial tool / L.A. Pirofski, A. Casadevall // *Curr. Opin. Microbiol.* – 2006. – V. 9. – P. 489–495.
144. Rahevar K. Implementing the End TB Strategy in the Western Pacific Region: Translating vision into reality / K. Rahevar, P.I. Fujiwara, S. Ahmadova // *Respirology.* – 2018. – N23(8). – P.735-742.
145. Randomized trial of adjunctive interleukin-2 in adults with pulmonary tuberculosis / J.L. [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2003. – V. 168. – P. 185–191.
146. Regulatory T-cells and immune regulation of allergic diseases: roles of IL-10 and TGF- β / O. Palomares [et al.] // *Genes. Immun.* – 2014. - N15(8). – P.511–520.
147. Rivero-Lezcano O.M. Cytokines as Immunomodulators in Tuberculosis Therapy / O.M. Rivero-Lezcano // *Cytokines in Tuberculosis Therapy Recent Patents on Anti-Infective Drug Discovery.* – 2008. – V. 3. No. 3. – P. 168–176.
148. Role of eosinophils and apoptosis in PDIMs/PGLs deficient mycobacterium elimination in adult zebrafish / X. Huang [et al.] // *Dev. Comp. Immunol.* – 2016. - N59. – P.199–206.
149. Schnippel K. Impact of adverse drug reactions on the incremental cost-effectiveness of bedaquiline for drug-resistant tuberculosis / K. Schnippel, C. Firnhaber, L. Page-Shipp // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* - 2018. - N22(8). – P.918-925.
150. Seung K. Multidrug-Resistant Tuberculosis and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis / K. Seung, S. Keshavjee, M. Rich // *Cold Spring Harb Perspect Med.* – 2015. - N5. – P.17863.
151. Singhal N. Immunoprophylaxis of tuberculosis: an update of emerging trends / N. Singhal, D. Bisht, B. Joshi // *Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz).* – 2010. – V. 58 (2). – P. 97–106.

152. Skvortsova L.A. Combined therapy of pulmonary tuberculosis by using recombinant interleukins / L.A. Skvortsova, M.V. Pavlova, T.I. Vinogradova // *Probl. Tuberk. Bolezn. Legk.* – 2003. – № 10. – P. 9–12.
153. Spector S.A. Vitamin D. Earns More than a Passing Grade / S.A. Spector // *J. Infect. Dis.* – 2009. – V. 200. – P. 1015–1017.
154. Speirs R.S. A Role for eosinophils in adaptive humoral immunity / R.S. Speirs, E.E. Speirs, N.M. Ponzio // *The Open Immunology Journal.* - 2009. - № 2. - P. 168-186.
155. Stepanov P.I. Structure of lesion of genitals of male tuberculosis / P.I. Stepanov // *Tuberculosis and pulmonary diseases.* - 2014. - № 3. - P. 47-53.
156. Subcutaneously administered interferon-gamma for the treatment of multidrug-resistant pulmonary tuberculosis / S.K. Park [et al.] // *Int. J. Infect. Dis.* – 2007. – V.11. – P. 434–440.
157. Translational Potential into Health Care of Basic Genomic and Genetic Findings for Human Immunodeficiency Virus, Chlamydia trachomatis, and Human Papilloma Virus / J. Malogajski [et al.] // *Biomed. Res. Int.* – 2013. – 2013:892106.
158. Waddlia chondrophila, a Chlamydia-related bacterium, has a negative impact on human spermatozoa / D. Baud [et al.] // *Hum Reprod.* – 2018. - N33(1). – P.3-10.
159. Ward H. Contribution of sexually transmitted infections to the sexual transmission of HIV / H. Ward, M. Ronn // *Curr. Opin. HIV AIDS.* – 2010. - V5, N4. – P.305–310.
160. Wen T. The Regulatory function of eosinophils / T. Wen, M.E. Rothenberg // *Microbiol. Spectr.* – 2016. - N4(5). – P.1–12.
161. WHO Report 2011: Global Tuberculosis Control. -2011. – 258 p.
162. WHO. Fact sheet N104, Reviewed March 2016 -112 p.
163. World Health Organization. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. - Geneva, Switzerland: WHO, 2013. -114 p.

**Руйхати корҳои илмӣ нашршудаи довталаб оид ба дарёфти дарачаи илмӣ
Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақриздиханда КОА**

[1-М] Гадоев М.А. Омӯзиши ҳолати масунӣ ҳангоми уретритҳои ғайригонококкӣ / М.А. Гадоев, Б.И. Саидзода // Ниғаҳдории тандурустии Тоҷикистон. – Душанбе. – 2020. - № 2. – С. 25-30. ISSN 0514-2415.

[2-М] Гадоев М.А. Клинико-иммунологические нарушения при негонококковых уретритах / М.А. Гадоев, Б.И. Саидзода // Паёми Сино. – Душанбе. – 2020. - № 1. – С. 40-44. ISSN 2074-0581

[3-М] Гадоев М.А. Особенности клинической течения уретритов у мужчин с репродуктивным нарушением / М.А. Гадоев, Ш.А. Сохибназаров, Б.И. Саидзода, // Илм ва фановарӣ (Наука и инноватсия). – Душанбе. – 2020г. - № 4. – С. 274-278. ISSN 2312-3648.

[4-М] Гадоев М.А. Ҷараёни инкишофи сироятӣ бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар ҷумҳурии Тоҷикистон (2010 – 2019) / М.А. Гадоев, Б.И. Саидзода, М.М. Аҳмедов, Ҷ.Т. Эмомалиев, Н.М. Нуруллаева // Авҷи Зухал. – Душанбе. – 2021. - № 2. – С. 70-75. ISSN 2616-5252.

[5-М] Гадоев М.А. Ҳолати эпидемиологӣ вобаста ба сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ва сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми солҳои 2008 – 2017 / М.А. Гадоев // Авҷи Зухал. – Душанбе. – 2021. - № 4. – С. 44-50. ISSN 2616-5252.

Мақолаҳо ва фишурдаи маърузаҳо дар маҷмуаҳои маводи конференсияҳо:

[6-М] Гадоев М.А. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев // М-лы IX Республиканской научно-практич. конф. на тему «Наука и молодежь» посвященной 26-ти летию независимости республики Таджикистан и году молодежи. Республиканский медицинский колледж. – Душанбе, 2017. – С.121-122.

[7-М] Гадоев М.А. Ташхис ва табобати уретритҳои ғайригонококкӣ дар мардони гирифтори ихтилолҳои репродуктивӣ / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев // Ж. Авҷи Зухал. – 2017. - № 4. – С.28-31.

- [8-М] Гадоев М.А. Диагностика и лечение уретритов / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, А.Д. Мирзоев // М-лы X Республиканской научно-практич. конференции. Республиканский медицинский колледж. – Душанбе, 2018. – С. 216-217.
- [9-М] Гадоев М.А. Усули муосири ташхис ва табобати уретритҳо дар мардон / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, Ш.А. Соҳибназаров // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе, 2018. - Том 1. – С. 548.
- [10-М] Гадоев М.А. Современная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. – Москва, 2019. –С. 77-78.
- [11-М] Гадоев М.А. Диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / М.А. Гадоев, Б.И. Саидов // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. – Москва, 2019.– С. 24-25.