

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

УДК 616.24-002.5:614.2(575.3)

На правах рукописи

УКУМАТШОЕВА ЛАЪЛБЕГИМ ШОЗОДАЕВНА

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕЦИДИВАМИ
ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПРОЦЕССА И ОРГАНИЗАЦИЯ
ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ПОМОЩИ В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук
по специальностям 14.01.16 – Фтизиатрия и
14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Душанбе – 2024

Работа выполнена на базе кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Бобоходжаев Октам Икромович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Муминзода Бободжон Гаффор** - доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Русских Олег Евгеньевич** - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой фтизиатрии ФГБУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Магзумова Фируза Пулодовна - кандидат медицинских наук, заместитель директора по науке ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Ведущее учреждение: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024г. в ___ часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-053 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино, 29-31, www.tajmedun.tj. (+992) 885-55-51-69

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино (734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино, 29-31)

Автореферат разослан «___» _____ 2024г.

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

Джонибекова Р.Н.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2022 году Республика Таджикистан была включена в число 18 стран Европейского региона, где отмечается особенно высокое бремя заболеваемости туберкулезом. Помимо этого, Таджикистан вошел в список 30 государств мира, наиболее пострадавших от распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, что подчеркивает серьезность проблемы и необходимость активных мер по борьбе с заболеванием [Dara M., 2016; WHO, 2022].

Несмотря на данные официальной статистики, свидетельствующие о некоторой стабильной тенденции к улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ в Республике Таджикистан, отражающиеся в снижении уровня заболеваемости и смертности от ТБ в последние годы, эффективность борьбы с этим недугом всё ещё остаётся недостаточной [Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 году, 2020]. Так, если показатели заболеваемости и смертности от ТБ в 2019 г. составляли соответственно 56,5 и 2,2 на 100 тыс. населения, то в последующие годы отмечено значительное уменьшение указанных показателей: в 2020 г. соответственно – 40,5 и 1,4, в 2021 г. – 40,3 и 1,3, в 2022 г. - 39,7 и 1,0 случаев на 100 тыс. населения [Отчётные данные ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулёза», 2022]. Согласно актуальным данным Всемирной организации здравоохранения, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ) в Таджикистане в 2021 году характеризовалась следующими показателями: заболеваемость достигла 88 случаев на каждые 100 000 жителей, уровень смертности без учета ко-инфекции ТБ/ВИЧ составил 12 человек на 100 тыс. населения [WHO, 2022].

Указанные данные ВОЗ по заболеваемости и смертности от ТБ превышают таковые за 2020 год, которые составляли соответственно - 84 и 9,6, и за 2019 год соответственно - 83 и 7,9 на 100 тыс. населения. Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что между данными официальной статистики и оценочными данными ВОЗ отмечается обратно пропорциональная связь: первые дают ежегодное снижение, а вторые – ежегодное повышение двух основных эпидемиологических показателей. Среди зарегистрированных новых случаев ТБ соотношение женщин и мужчин составляет 1 к 1,2. ТБ преимущественно затрагивает молодое поколение, которое составляет основу экономически активного населения. Анализ возрастной структуры заболевших показывает, что подавляющее большинство новых случаев ТБ - почти 63% - приходится на лиц в возрастном диапазоне от 15 до 44 лет. Таким образом, данные официальной статистики значительно отличаются от таковых оценочных данных ВОЗ, что свидетельствует о недооценке случаев ТБ в среднем более чем на 30%.

Согласно дефинициям ВОЗ, случаи реактивации туберкулёзного процесса должны регистрироваться как новые случаи ТБ [Definitions and reporting framework for tuberculosis, WHO, 2013]. В то же время, необходимо выделить группы риска по развитию рецидивов заболевания и организовать проведение среди них противорецидивных мероприятий.

В доступной нам литературе данные по частоте возникновения рецидива ТБ колеблются от 0,6 до 40% [Алексеенко С.Н., Дробот Н.Н., 2019; Галкин В.Б., и др.; Исмаилов Ж.К., и др., 2017; Folkvardsen D.B., et al., 2020].

Анализ частоты и причин реактивации ТБ, сроков их возникновения после завершения химиотерапии, особенностей их течения в Таджикистане ранее не проводился. Результаты изучения этих факторов, выявление причин и поиск воз-

возможностей их устранения, позволили бы организовать противорецидивные мероприятия и предупредить развитие рецидива ТБ, уменьшить их случаи развития, и тем самым, улучшить эпидемиологическую ситуацию по ТБ в стране. В связи с чем научные исследования по изучению указанных вопросов являются актуальными.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Согласно данным официальной статистики по ТБ, более 30% оценочных случаев заболевания не выявляются. Наряду с другими причинами недостаточного выявления случаев ТБ важно изучить частоту и причины развития реактивации туберкулёзного процесса, которые должны регистрироваться как новые случаи ТБ.

Существенно повлияла на эпидемиологическую ситуацию по ТБ пандемия COVID-19. Официальная статистика свидетельствует о заметном снижении ключевых эпидемиологических показателей по ТБ в период пандемии и после её завершения. Однако этот факт вызвал обсуждения среди специалистов и лиц, принимающих решения в области здравоохранения, поскольку существует предположение, что наблюдаемое снижение может быть связано не только с улучшением эпидемиологической ситуации по ТБ. Во время пандемии COVID-19 многие медицинские ресурсы были переориентированы на борьбу с коронавирусом, что могло привести к ухудшению доступности как профилактических, так и лечебно-диагностических услуг для пациентов с туберкулёзом. Это, в свою очередь, могло привести к снижению количества зарегистрированных случаев ТБ из-за недостаточности диагностики и отслеживания, а не из-за фактического снижения распространённости заболевания. Включение фторхинолонов (таких как, левофлоксацин и моксифлоксацин) в комплекс лечения пациентов с коронавирусной инфекцией, особенно в случаях ко-инфекции ТБ и COVID-19, или при гипердиагностике COVID-19 у пациентов с туберкулёзом, может вносить дополнительные сложности в клиническую картину. Фторхинолоны, эффективные в лечении бактериальных инфекций, могут временно уменьшать клинические проявления ТБ, что потенциально может привести к затруднениям в диагностике и последующей реактивации туберкулёзного процесса.

В Республике Таджикистан эти аспекты взаимодействия между коронавирусной инфекцией и туберкулёзом ещё не были тщательно изучены, что делает важным проведение специализированных исследований в этой области. Кроме того, в республике ещё не разработаны и не реализуются специфические противорецидивные мероприятия, направленные на профилактику рецидива туберкулёза после лечения, особенно в контексте влияния пандемии COVID-19.

Таким образом, возникает необходимость в разработке и внедрении эффективных стратегий для лечения и профилактики ТБ, учитывающих возможность ко-инфекции с COVID-19 и специфику применения антибактериальной терапии в таких случаях. Это особенно важно для улучшения исходов лечения туберкулёза и предотвращения его рецидивов в условиях пандемии.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Данное научное исследование проведено в рамках выполнения научной темы кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, выполняемой в период 2017-2021 гг. по теме «Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью: методы диагностики и эффективность лечения в Республике Таджики-

стан», номер гос. регистрации №0117 ТД 00805. Имеется также связь данного исследования с выполнением «Национальной программы защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы».

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Изучить частоту, сроки возникновения, причины и особенности течения реактивации туберкулёзного процесса в Республике Таджикистан и поиск путей совершенствования организации оказания противорецидивной помощи больным, перенесшим туберкулёз лёгких.

Задачи исследования.

1. Провести изучение частоты и сроков развития реактивации ТБ лёгких за период 2011-2020 гг.
2. Провести изучение факторов риска возникновения реактивации ТБ лёгких и выделить группу риска по развитию рецидива среди перенесших ТБ лёгких, после эффективного окончания химиотерапии.
3. Провести изучение особенностей клинического течения рецидивов ТБ лёгких и результатов их лечения.
4. Усовершенствовать пути организации профилактики развития рецидивов ТБ лёгких, внедрив их в практику здравоохранения.

Объектом исследования стали 521 человек, перенесшие различные формы ТБ лёгких, из числа взрослого контингента больных, с эффективным исходом лечения («вылечен» или «лечение завершено»). Эти пациенты наблюдались нами в течение 10 лет (2011-2020 гг.). Из числа 521 наблюдаемого нами пациента, 93 (17,8%) человек выбыли в связи с переездом за пределы страны и 127 (24,4%) по разным другим причинам потеряны для наблюдения. На 1.01.2021 301 (57,8%) пациент, переболевшие ТБ лёгких, находились под нашим наблюдением более 10 лет, и эти больные стали объектом нашего исследования. Кроме того, объектом нашего исследования были данные Национального ТБ регистра за последние 10 лет.

Предмет исследования. Анализ частоты и сроков возникновения реактивации ТБ лёгких, а также анализ причин и изучение особенностей течения рецидивов ТБ лёгких в Республике Таджикистан. Данный анализ позволил нам разработать пути организации оказания противорецидивной помощи больным, перенесшим ТБ.

Научная новизна исследования

1. Научно доказано, что рецидивы ТБ развиваются в 17,6% случаев, при этом ранние и поздние рецидивы заболевания возникают примерно в одинаковом количестве случаев.
2. Выявлено, что лица, включённые в группу риска по развитию рецидива ТБ лёгких имеют прямую корреляционную зависимость развития рецидивов ТБ от наличия больших посттуберкулёзных остаточных изменений в лёгких (ОПТБИ), первоначально перенесённого фиброзно-кавернозного ТБ лёгких, нарушений режимов первичной химиотерапии, чаще при наличии лекарственной устойчивости к ПТП и при сопутствующих заболеваниях, таких как ВИЧ-инфицированность, сахарный диабет, ХОБЛ.

3. Научно обосновано, что особенностями клинического течения рецидивов ТБ лёгких являются благоприятное течение их рецидивов в 11,3%, замедленное – 32,1% и прогрессирующее – 56,6% случаев.
4. Доказано, что эффективность лечения больных с рецидивами ТБ лёгких с сохранённой чувствительностью к ПТП составляет 88,2%, а при лекарственно устойчивых формах – в 69,4%.
5. Разработаны пути организации профилактики развития реактивации ТБ лёгких, которые внедрены в практику здравоохранения.

Теоретическая и практическая значимость исследования

1. Разработаны и внедрены в практику здравоохранения специфические мероприятия по предотвращению развития рецидивов ТБ лёгких.
2. Разработаны и внедрены в практику здравоохранения отчётные формы по регистрации и отслеживанию причин развития рецидивов ТБ лёгких.
3. Пересмотрены диспансерные группы учёта лиц, перенесших ТБ, и сроки наблюдения в зависимости от ОПТБИ и сопутствующих заболеваний.

Положения, выносимые на защиту

1. Частота развития рецидивов ТБ лёгких не имеет существенной зависимости от эпидемиологического фона ТБ в разных регионах Таджикистана. Выявлены случаи неправильной регистрации рецидивов ТБ.
2. Ведущим фактором риска в развитии рецидивов ТБ лёгких, в особенности в ранние сроки после успешного лечения, является отсутствие проведения противорецидивных мероприятий, в особенности, в случаях, когда имело место как минимум три фактора: недостаточный контроль в период первичной химиотерапии и, как следствие, частые краткосрочные нарушения режимов лечения; недостаточное профилактическое обследование больных, особенно с большими ОПТБИ, и наличием сопутствующих заболеваний, усугубляющих течение основного заболевания.
3. Клинически рецидивы ТБ протекают значительно тяжелее, у них чаще развивается ЛУ-ТБ и результаты их лечения значительно ниже, чем при первоначальном процессе.
4. Для организации профилактики развития реактивации ТБ необходимо проводить противорецидивную терапию в комплексе с другими профилактическими мероприятиями, такими как строгое соблюдение правил инфекционного контроля, поддержание иммунного статуса организма больного, перенесшего ТБ, и контроль за течением таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ-инфекция, ХОБЛ, сахарный диабет и коронавирусная инфекция.

Степень достоверности результатов диссертации подтверждается достаточным объёмом материалов исследования, многолетними наблюдениями, статистической обработкой результатов исследований и публикациями.

Выводы и рекомендации основаны на научном анализе данных о частоте ранних и поздних рецидивов заболевания, особенностей клинического течения рецидивов ТБ лёгких и факторов их риска.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация соответствует двум паспортам ВАК при Президенте Республики Таджикистан

по специальностям: **14.01.16 – Фтизиатрия:** пункт 1. Патогенез туберкулёза, изучение свойств возбудителя микобактерий туберкулёза, взаимодействие возбудителя туберкулёза и организма больного, методы выявления микобактерий туберкулёза, иммунологические, генетические, патоморфологические, биохимические, патофизиологические изменения в организме больных в процессе болезни и лечения; пункт 2. Клинические проявления туберкулёза органов дыхания у детей, подростков и взрослых, нарушения функции органов дыхания и других органов и систем при туберкулёзе, туберкулёз с сопутствующими заболеваниями, диагностика туберкулёза органов дыхания с использованием клинических, лабораторных, лучевых, бронхолёгочных и других методов исследования, дифференциальная диагностика туберкулёза органов дыхания и других заболеваний лёгких; пункт 3. Лечение туберкулёза органов дыхания: химиотерапия, патогенетическая терапия, санаторно-курортное лечение, амбулаторная химиотерапия, организационные формы проведения химиотерапии, реабилитационное лечение туберкулёза и его последствий; пункт 4. Выявление, эпидемиология и статистика туберкулёза, диспансерное наблюдение за контингентами больных туберкулёзом, организация борьбы с туберкулёзом. Профилактика, противотуберкулёзная вакцинация, химиопрофилактика, санитарная профилактика туберкулёза, лучевая диагностика, туберкулино-диагностика, бактериологическая и молекулярно-генетическая диагностика в выявлении туберкулёза, эпидемиология туберкулёза в меняющихся условиях, изучение резервуара туберкулёзной инфекции и путей заражения, взаимозаражения туберкулёзом человека и животных, новые формы противотуберкулёзных мероприятий, диспансерной, стационарной и санаторной работы, статистической отчётности и обработки статистических данных; а также по специальности: **14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение:** пункт 2. Условия и образ жизни населения, его социально-гигиенические проблемы, оценка влияния условий и образа жизни на её продолжительность и показатели здоровья и населения, формирование здорового образа жизни; пункт 3. Комплексное воздействие социальных, экономических, биологических, экологических и медицинских факторов на здоровье населения, разработка мер профилактики и путей снижения неблагоприятных эффектов; пункт 4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп; пункт 5. Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи; пункт 8. Исследование закономерностей развития системы профилактики, разработка методологии оценки эффективности профилактических программ.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследования. Автором лично проведён анализ и сравнение частоты, сроков и основных причин рецидивов туберкулёза лёгких в разных регионах Таджикистана. Это исследование, охватывающее более десяти лет, было направлено на изучение характеристик и особенностей повторных случаев заболевания. В рамках исследования автором был про-

ведён сбор материала и его статистическая обработка. Весь основной объём работы был выполнен самостоятельно и содержит ряд новшеств, которые свидетельствуют о личном вкладе диссертанта в науку. Написание всех глав диссертации, формулировка цели и задач, положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций выполнены лично диссертантом.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты диссертации доложены на: конференции молодых учёных и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2017); научно-практических конференциях Республиканского центра по защите населения от ТБ (Душанбе 2015, 2017); доложены и обсуждены на научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвящённой 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021 гг.)», на Юбилейной (70-й) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Современная медицина: традиции и инновации» (25.11.2022), на кафедральном совещании кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (ноябрь, 2023 года), на заседании проблемной межкафедральной комиссии по внутренним болезням с участием специалистов по общественному здоровью и здравоохранению при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (декабрь, 2023).

По результатам проведённых научных исследований разработано в объёме 99 страниц, утверждено РИСО ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (протокол от 18 октября 2023г №2-5) методическое пособие «Специфические мероприятия по предотвращению развития рецидивов туберкулёза лёгких в Республике Таджикистан».

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 18 научных работ, в том числе 7 статей в рецензируемых журналах, входящих в перечень ВАК при Президенте РТ.

Структура и объём диссертации. Материал диссертации изложен на 156 страницах компьютерного текста и включает разделы: введение, общая характеристика работы, обзор литературы, глава с изложением материала и методов исследования, 2 главы собственных результатов исследований, обзор результатов исследования, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования, список используемой литературы и приложения. Диссертация иллюстрирована 20 таблицами и 13 рисунками. Список литературы включает 217 литературных источников: из них 90 источника из стран ближнего и 127 источников из стран дальнего зарубежья.

Основная часть исследования

Материал и методы исследования. Под наблюдением были 521 лиц, перенесшие различные формы ТБ лёгких, из числа взрослого контингента ТБ больных, с эффективным исходом лечения («вылечен» или «лечение завершено»), которые в 2011 г. после окончания успешного лечения были переданы для диспансерного наблюдения, жители различных регионов страны. Эти пациенты наблюдались нами в течение 10 лет (2011-2020 гг.). Из 521 больного 93 (17,8%) выехали за пределы страны и 127 (24,4%) по разным другим причинам были исключены из исследования или по разным причинам были потеряны для дальнейшего наблюдения. Всего осталось 301 (57,8%) больной, переболевших ТБ лёгких, с превалированием числа мужчин возрастной группы 19-35 лет, которые находились под нашим наблюдением более 10 лет, были включены в данное исследование по критериям включения и стали объектом нашего исследования.

При первичном обращении для установления диагноза использовался комплекс клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования. Согласно принятому в стране алгоритму диагностики, всем больным проводился бактериоскопический метод исследования мокроты с окраской по Циль-Нильсену, генотипический экспресс метод GeneXpert, а также тесты на лекарственную чувствительность методами Hui-test, посевом на жидкие питательные смеси Mgit-960 и твёрдые среды методом Левенштейна-Йенсена.

В ходе первичного лечения ТБ большинство пациентов, а именно 263 (87,4%), жаловались на наличие кашля, который является одним из наиболее распространённых симптомов данного заболевания. Наличие мокроты было отмечено у 193 (64,2%) пациентов. Жалобы на одышку имелись у 143 (47,5%) пациентов. У 236 (78,4%) пациентов отмечались катаральные признаки, то есть выслушивались разнокалиберные сухие и влажные хрипы, что также указывает на воспалительные процессы в дыхательной системе.

В ходе рентгенологического исследования у 180 (59,8%) пациентов было установлено одностороннее поражение лёгких, у 121 (40,2%) больного наблюдалось двухстороннее поражение лёгких. У 47 (15,6%) пациентов площадь поражения лёгкого ТБ ограничивалась в пределах одной доли. Однако у значительного числа пациентов – в 207 (68,8%) случаях наблюдались поражения двух долей лёгкого. У остальных 47 (15,6%) пациентов отмечалось распространение туберкулёзного процесса на 3-5 долях лёгкого.

В ходе изучения частоты и вида лекарственной устойчивости микобактерий к противотуберкулёзным препаратам (ПТП) у исследуемых пациентов было установлено следующее: у 236 (78,4%) больных – чувствительная форма ТБ; у 15 (5,0%) больных – монорезистентность; у 22 (7,3%) больных – полирезистентность и у 28 (9,3%) больных – множественная лекарственная устойчивость.

У 52 больных ТБ сопутствовали: ВИЧ-инфекция – в 3 случаях, сахарный диабет – в 4 случаях, у 36 пациентов имелась сопутствующая ХОБЛ, у 6 пациентов – патологии мочевыделительной системы, у 3 пациентов – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Все больные с впервые выявленными случаями ТБ и сохранённой чувствительностью к ПТП первого ряда получили лечение по стандартной схеме химиотерапии в течение 6 месяцев (2HRZE/4HR). Если результаты теста Genexpert MTB/Rif выявляли устойчивость МБТ к рифампицину, это указывало на возможность наличия МЛУ ТБ.

В данном исследовании ранний рецидив считался – возникший в период до 3 лет, и поздний – от 3 до 10 лет.

Все больные с рецидивами заболевания получили лечение по стандартной схеме химиотерапии с добавлением в интенсивной фазе лечения по следующему режиму: 3HRZE+5HRE и в случаях лекарственной устойчивости по следующему режиму: 8CmPtoCsLfxPasZ/16ProCsLfxPasZ. На консилиумах режимы лечения для некоторых больных индивидуально корректировались в зависимости от устойчивости к препаратам и возникновения побочных реакций на лечение.

В ходе исследования нежелательных реакций, возникающих при приёме ПТП, было выявлено, что такие реакции наблюдались у 205 (68,1%) пациентов, лечившихся от рецидивов ТБ.

Для управления ходом настоящего исследования нами были разработаны следующие формы наблюдения: отчётная форма по регистрации рецидивов и их причин, в которых регистрировались половозрастные данные случаев рецидивов; данные случаев рецидивов в зависимости от клинических форм первичного заболевания; данные случаев рецидивов по срокам развития; данные случаев рецидивов в зависимости от ОПТБИ ; данные случаев рецидивов в зависимости от соблюдения режимов химиотерапии; данные случаев рецидивов в зависимости от сопутствующих заболеваний; число больных, прошедших профилактическое обследование; форма по исходам лечения рецидивов.

Также нами был проведён анализ данных официальной статистики по регистрации случаев ТБ и его рецидивов за 2010-2020 годы (Национальный ТБ регистр OpenMRS).

Статистическая обработка материала проводилась на ПК с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoftInc., США, 2011). Оценка соответствия выборки нормальному закону распределения проводилась по критерию Шапиро-Уилка. Вычислялось среднее значение (M) и его стандартная ошибка ($\pm m$), для относительных величин определялись доли (%). При парных сравнениях между группами по количественным показателям применялся U-критерий Манна-Уитни. При парных сравнениях между группами по качественным показателям применялся критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера, при множественных сравнениях применялся Q-критерий Кохрена. Для выявления связей проведён корреляционный анализ по Спирмену. Значения считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Анализ 301 пациента с ТБЛ показал, что течение болезни во многом определяется такими факторами, как наличие бактериовыделения, резистентность микобактерий к лекарственным препаратам, форма заболевания, эффективность химиотерапии и характер остаточных изменений в легочной ткани.

Среди обследованных пациентов наиболее распространенной формой оказался инфильтративный ТБЛ, который был диагностирован у 209 человек, что составило 69,4% от общего числа случаев. Второй по частоте встречаемости стала диссеминированная форма, зафиксированная у 87 пациентов (28,9%). Наименее распространенным оказался фиброзно-кавернозный ТБЛ, выявленный лишь у 5 больных (1,76%).

Пациенты с ТБ, находившиеся под нашим наблюдением, большинство, из общего числа наблюдаемых пациентов преобладали новые случаи ТБ, составившие 77,1% (232 человека). Особую озабоченность вызывает тот факт, что среди впервые выявленных больных у 11,2% (26 человек) обнаружена устойчивость к противотуберкулезным препаратам (ПТП), включая моно-, поли- и множественную лекарственную устойчивость (М/П/МЛУ-ТБ). Повторные случаи ТБ, зарегистрированные у 22,9% пациентов (69 человек), характеризовались еще более высоким уровнем резистентности: у 56,5% (39 человек) из этой группы выявлена устойчивость к одному или нескольким ПТП. В целом, доля пациентов с лекарственной устойчивостью составила 21,6% (65 человек) от всех наблюдаемых случаев.

По завершении курса лечения большинство пациентов - 61,8% (186 человек) - достигли статуса "вылечен". Остальные 38,2% (115 пациентов) успешно завершили лечение, что также является положительным исходом.

Особенно примечательна высокая эффективность лечения среди пациентов с бактериовыделением. Из 192 больных, у которых в начале терапии наблюдалось бактериовыделение, подавляющее большинство - 96,9% (186 случаев) - достигли статуса "вылечен" согласно стандартам ВОЗ. Этот показатель свидетельствует о значительном прогрессе в борьбе с активными формами ТБЛ.

При инфильтративном ТБЛ, наиболее распространенной форме, в 65,1% случаев наблюдались малые ОПТБИ. Напротив, диссеминированная форма ТБЛ чаще приводила к формированию больших ОПТБИ (59,8% случаев). Наиболее сложная ситуация наблюдалась у пациентов с фиброзно-кавернозной формой ТБЛ. Все 5 больных с этой формой заболевания завершили лечение с большими ОПТБИ.

Ретроспективный анализ случаев рецидивов туберкулёза лёгких. На протяжении десятилетнего периода наблюдения подавляющее большинство пациентов - 82,4% (248 из 301) - не испытали рецидивов заболевания. Этот показатель отражает высокую результативность применяемых терапевтических подходов и профилактических мер, направленных на предотвращение повторного возникновения ТБЛ.

Тем не менее, у части пациентов - 17,6% (53 человека) - были зарегистрированы случаи повторного развития заболевания. Стоит отметить, что временное распределение рецидивов оказалось практически равномерным: ранние рецидивы составили 8,97% случаев, в то время как поздние - 8,64%.

В ходе изучения половозрастных характеристик у наблюдаемых пациентов с ТБ было выявлено, что наиболее уязвимой группой оказались мужчины в возрасте от 19 до 35 лет, на долю которых пришлось более половины всех случаев повторного развития заболевания. Эта тенденция сохранялась как для ранних (59,3%), так и для поздних рецидивов (57,7%).

Ретроспективный анализ исходных форм ТБЛ показал значительные различия в частоте рецидивов в зависимости от типа перенесенного заболевания. Наиболее высокий риск повторного развития ТБЛ наблюдался у пациентов, перенесших фиброзно-кавернозную форму: 40% таких больных (2 из 5) столкнулись с рецидивом. Инфильтративный ТБЛ, будучи наиболее распространенной формой, показал промежуточный уровень рецидивов - 21,5% (45 из 209 пациентов). Наименьшая частота рецидивов была отмечена среди пациентов, перенесших диссеминированный ТБЛ - всего 6,9% (6 из 87 больных).

Эти данные указывают на различную вероятность развития рецидивов в зависимости от первоначального типа ТБ лёгких. Фиброзно-кавернозный ТБ, характеризующийся более серьезными поражениями лёгочной ткани, представлял больший риск повторного заболевания по сравнению с другими формами.

Согласно полученным нами данным, рецидивы ТБ часто связаны с наличием значительных ОПТБИ. Такие изменения наблюдались в 65,4% и 81,5% случаев рецидивов. Это указывает на высокий риск повторного развития заболевания у пациентов с обширными остаточными изменениями лёгочной ткани после лечения первичного туберкулёза.

Подавляющее большинство случаев повторного развития заболевания приходится на ранний постлечебный период. В первые три года после завершения те-

рапии наблюдается пик рецидивов, достигающий впечатляющей отметки в 81,5% от всех зарегистрированных случаев. Особенно пристальное внимание следует уделять пациентам с выраженными остаточными изменениями в легочной ткани, так как они представляют группу повышенного риска. Для эффективного предотвращения рецидивов ТБ рекомендуется внедрение системы интенсивного мониторинга в течение первых лет после окончания лечения. Это поможет своевременно выявлять и предотвращать рецидивы ТБ, тем самым улучшая исходы лечения и качество жизни пациентов.

На рисунке 1 представлены иллюстративные данные, которые позволяют более наглядно увидеть распределение клинических форм ТБ и их соотношение с частотой ОПТБИ

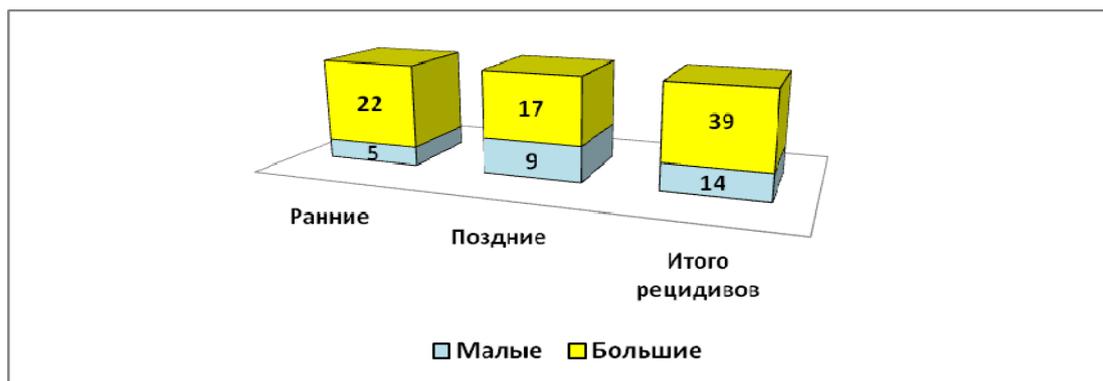


Рисунок 1. - Зависимость развития рецидивов от наличия остаточных посттуберкулёзных изменений (ОПТБИ) в лёгких, абс

Сравнительный анализ рентгенологических снимков при первичной заболеваемости ТБ и при рецидиве заболевания выявил, что активация ТБ процесса при больших ОПТБИ у 39 из 53 больных (73,6% случаев) произошла в том же самом месте поражения.

Проведённый нами ретроспективный анализ повторных случаев развития ТБ на предмет соблюдения назначенных режимов первичной химиотерапии у пациентов с ТБ лёгких выявил важную тенденцию: в подавляющем большинстве случаев рецидивов (85,2% ранних и 84,6% поздних) фиксировались нарушения в соблюдении рекомендованной схемы лечения. Эти нарушения чаще всего проявлялись в форме временных прерываний курса химиотерапии по различным причинам (рисунок 2).

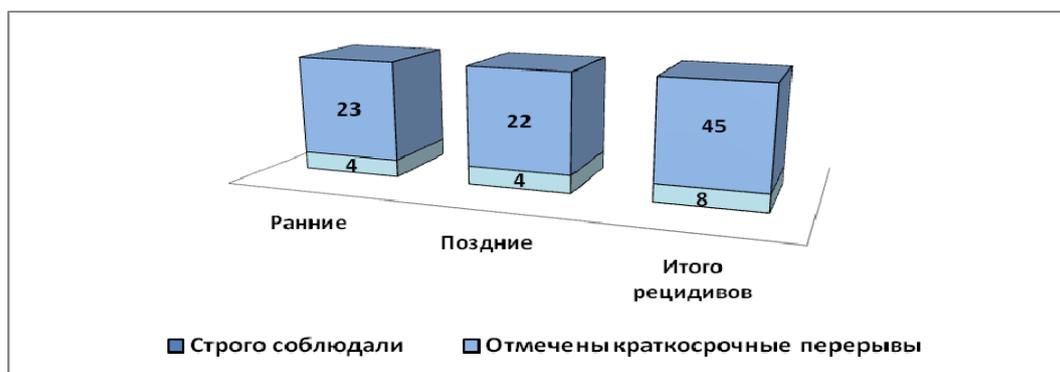


Рисунок 2. - Зависимость развития рецидивов от соблюдения режимов химиотерапии больными с туберкулёзом лёгких, абс

Исследование взаимосвязи между сопутствующими заболеваниями и рецидивами туберкулеза (ТБ) выявило ряд интересных закономерностей. Наиболее уязвимыми оказались пациенты с ВИЧ-инфекцией и сахарным диабетом: все шесть человек из этих групп (трое с ВИЧ и трое с диабетом) столкнулись с ранним рецидивом ТБ. Из 36 пациентов с ХОБЛ почти три четверти (71,4%) столкнулись с повторным развитием туберкулеза. При этом примерно одинаковое число пациентов с ХОБЛ пережили ранний рецидив (29,6%) и поздний рецидивы (26,9%). Однако стоит отметить, что у значительной части пациентов с ХОБЛ (58,3%) рецидивы не наблюдались. Интересно, что некоторые хронические состояния, такие как заболевания печени и гастродуоденальные язвы, не показали связи с рецидивами ТБ. Ни у одного из 6 пациентов с патологиями печени и 3 пациентов с язвами не было зарегистрировано повторных случаев туберкулеза.

Исходя из представленных данных, можно сделать вывод, что вероятность развития рецидивов ТБ лёгких тесно связана с рядом факторов. В частности, статистически значимыми факторами являются тип первоначального заболевания, наличие оставшихся после ТБ изменений в лёгких, сопутствующие заболевания, а также соблюдение протоколов первичной химиотерапии.

Фиброзно-кавернозная форма заболевания показала себя особенно проблематичной: более половины пациентов (63,0%) с этой формой ТБ столкнулись с повторным развитием заболевания. Стоит отметить, что более 75,8% рецидивов ТБ происходили у тех, кто не соблюдал рекомендованные режимы первичной химиотерапии.

Значительным фактором, также оказывающим влияние на развитие рецидивов, является социальный статус пациентов. Было установлено, что все больные с рецидивами находились на уровне бедности. Этот аспект подчёркивает важность социальной поддержки и доступа к качественной медицинской помощи в профилактике и лечении ТБ.

Исследование факторов, влияющих на рецидивы ТБЛ, выявило сложные взаимосвязи между различными предикторами заболевания. Анализ охватил широкий спектр параметров, включая исходную форму ТБЛ, наличие ОПТБИ, резистентность микобактерий к ПТП, соблюдение режимов химиотерапии и сопутствующие заболевания.

Результаты корреляционного анализа показали интересную закономерность: наиболее сильная связь ($r=0,97$) обнаружена между ранними рецидивами и пациентами с изначально диагностированной фиброзно-кавернозной формой ТБЛ в сочетании с большими ОПТБИ. В то же время, поздние рецидивы проявили умеренную корреляцию ($r=0,6$) с инфильтративной формой ТБЛ и малыми ОПТБИ. Диссеминированный ТБЛ показал более слабые корреляционные связи как с ранними, так и с поздними рецидивами, независимо от размера ОПТБИ.

Результаты корреляционного анализа указывают на существенную взаимосвязь между наличием значительных ОПТБИ и несоблюдением режимов первичной химиотерапии в отношении рецидивов ТБ лёгких. Статистические данные показывают высокую корреляцию (коэффициент $r=0,9$) между этими факторами. Однако, связи между развитием ранних и поздних рецидивов в ходе анализа не выявлено (или очень слабая), индекс корреляции ($r=0,2$). Корреляционный анализ взаимосвязи между наличием остаточных после туберкулёзного поражения изменений в лёгких и наличием сопутствующих патологий показал, что ранние рецидивы ТБ лёгких чаще наблюдались среди пациентов с большими остаточными после тубер-

кулёзного поражения изменениями в лёгких и больных, у которых было отмечено одно из трёх сопутствующих заболеваний: ВИЧ-инфицированность ($r=1,0$), сахарный диабет ($r=0,4$) или ХОБЛ ($r=1,0$).

Таким образом, развитие рецидивов ТБ лёгких тесно связано с несколькими ключевыми факторами, включая значительные остаточные после туберкулёзного поражения изменения в лёгких, наличие фиброзно-кавернозного ТБ, нарушения в соблюдении режимов первичной химиотерапии, а также присутствие сопутствующих заболеваний, особенно, таких как ВИЧ и сахарный диабет. Эти факторы в комплексе значительно повышают вероятность повторного появления заболевания, подчёркивая важность целостного подхода к лечению и профилактике.

Особенности течения рецидивов у больных туберкулёзом лёгких. В ходе 10-летнего наблюдения за 301 пациентом с ТБ было зафиксировано 53 случая рецидива, что составляет 17,6% от общего числа наблюдаемых. Среди пациентов с рецидивами наблюдалось почти равное распределение между ранними и поздними случаями: 27 пациентов столкнулись с ранними рецидивами, в то время как у 26 человек заболевание возобновилось на более поздних стадиях

Все пациенты, у которых наблюдались рецидивы, проходили лечение ПТП в соответствии со стандартными протоколами под непосредственным наблюдением врача-фтизиатра. Из 53 больных благоприятное течение отмечено лишь у 6 (11,3%), замедленное – у 17 (32,1%) и прогрессирующее – у 30 (56,6%) пациентов. У большинства больных проявления рецидивов ТБ сопровождалось выраженной клинической симптоматикой.

Как мы указывали выше, сравнительный анализ рентгенологических снимков при первичной заболеваемости ТБ и при рецидиве заболевания выявил, что активация ТБ процесса при больших ОПТБИ у 39 из 53 больных (73,6% случаев) произошла в том же самом месте поражения.

Анализ рентгенологических данных показал, что в подавляющем большинстве случаев - 73,6% (39 из 53 пациентов) - реактивация туберкулезного процесса происходила в тех же зонах легких, где ранее наблюдались ОПТБИ. Надо отметить, что если при первичном диагностировании множественная лекарственная резистентность МБТ к ПТП была выявлена лишь у 21,6% пациентов, то при рецидивах этот показатель вырос до 67,9%.

Временная динамика рецидивов также представляет интерес: 21 пациент столкнулся с ранним возобновлением заболевания, в то время как у 15 больных рецидивы развились в более поздние сроки после завершения лечения (рисунок 3).

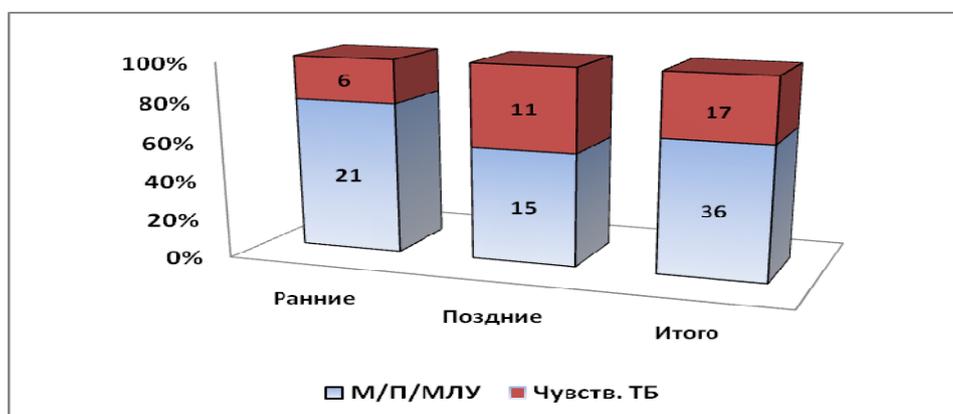


Рисунок 3. - Распределение больных с рецидивами ТБ в зависимости от устойчивости МБТ к ПТП (абс, %)

Почти половина пациентов с рецидивами - 39,6% (21 из 53) - страдали от дополнительных патологий, потенциально влияющих на эффективность ПТП. Среди коморбидных состояний наиболее распространенной оказалась ХОБЛ, диагностированная у 28,3% пациентов (15 человек). ВИЧ-инфекция, известная своим разрушительным влиянием на иммунную систему, была выявлена у 5,67% пациентов с рецидивами (3 человека). Сахарный диабет, затрагивающий метаболические процессы и способный ослаблять защитные механизмы организма, был диагностирован у 5,67% пациентов (3 человека) с рецидивами туберкулеза.

Подавляющее большинство больных - 87,8% (46 из 52) - столкнулись с серьезными осложнениями, связанными с основным заболеванием. Эти данные подчеркивают высокую опасность рецидивов ТБ и необходимость тщательного мониторинга состояния пациентов. Среди выявленных осложнений два типа выделяются своей частотой и серьезностью. Кровохарканье и легочное кровотечение, наблюдавшиеся у 45,2% пациентов с осложнениями, представляют собой непосредственную угрозу жизни. Не менее опасным осложнением является легочно-сердечная недостаточность, зафиксированная у 42,6% пациентов с осложнениями.

Национальное руководство по лечению рецидивов ТБ предписывает дифференцированный подход к терапии, основанный на сохранении чувствительности к ПТП первого ряда. Для 21 пациента с подтвержденной чувствительностью к ПТП была применена стандартная схема лечения, состоящая из двух последовательных фаз. Первоначальный этап терапии, известный как интенсивная фаза, длится три месяца. В этот период пациенты получают комбинацию из четырех ключевых препаратов: изониазида, рифампицина, пиразинамида и этамбутола. Каждый из этих препаратов играет важную роль в подавлении микобактерий туберкулеза, обеспечивая синергетический эффект в борьбе с инфекцией.

По завершении интенсивной фазы следует пятимесячный период продолжения лечения. На этом этапе терапевтическая схема сужается до трех препаратов: изониазида, рифампицина и этамбутола. В случаях, когда конверсия МБТ не наблюдалась после трёхмесячной интенсивной фазы лечения, продолжительность этой фазы увеличивалась ещё на один месяц. Это касалось пациентов с ТБ, чувствительным к основным ПТП.

Для больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) ТБ использовалась другая схема лечения, принятая в стране: 8 месяцев комбинированной терапии (CmPtoCsLfxPasZ), за которыми следовали 16 месяцев приёма ProCsLfxPasZ.

В случаях с полирезистентной формой устойчивости ТБ лечебная схема включала препараты первого ряда, эффективные против данного штамма, в сочетании с двумя группами резервных препаратов: аминогликозидами (как правило, каприомицином или амикацином) и фторхинолонами (левофлоксацином или моксифлоксацином). Этот подход позволяет адаптировать лечение к конкретным характеристикам устойчивости бактерий и повышает вероятность успешного лечения рецидивов ТБ у пациентов с различными формами лекарственной устойчивости.

Анализ данных позволяет сделать вывод о высокой эффективности лечения ТБ среди пациентов с сохранённой чувствительностью МБТ к ПТП. Эта эффективность была оценена спустя 4 месяца после лечения в двух различных подгруппах пациентов. В подгруппе больных с первоначальным процессом болезни эффективность лечения составила 100,0%. То же самое касается и подгруппы пациентов с рецидивами ТБ, где эффективность лечения достигла 90,5%.

В процессе лечения ТБ наблюдалась тенденция достижения конверсии мокроты по посеву культуры обычно в течение первых трёх месяцев терапии. Это указывает на высокую эффективность лечения в начальной фазе. Кроме того, в подгруппе больных с первоначальным процессом ТБ в лёгких, включая тех, кто имел разные виды лекарственной устойчивости, эффективность лечения также оказалась весьма высокой. К концу четвёртого месяца лечения, эффективность составила 100%, при этом максимальный эффект наблюдался уже к концу третьего месяца. Анализ эффективности лечения больных ТБ с различными видами лекарственной устойчивости показывает разные результаты в зависимости от характера заболевания и его истории. В группе пациентов с рецидивами чувствительной формы ТБ лёгких эффективность лечения была достигнута в 88,2% случаев, что соответствует 15 из 17 пациентов. Однако, среди пациентов с рецидивами устойчивых форм ТБ эффективность лечения была заметно ниже, составив 69,4% или 25 из 36 пациентов. В то же время у 11 пациентов из этой группы (30,6%) не был достигнут положительный эффект от лечения по критерию прекращения бактериовыделения методом посева в установленные сроки.

В рамках исследования мы провели анализ исходов заболевания у пациентов с ТБ после завершения полного курса химиотерапии, что включало как больных с чувствительной формой ТБ, так и больных с моно- (М), поли- (П) и множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Особое внимание в этом анализе было уделено результатам теста на лекарственную чувствительность (ТЛЧ). Результаты лечения больных в исследуемых группах свидетельствуют о том, что клинико-рентгенологический и бактериологически благополучный результат лечения после завершения полного курса химиотерапии ПТП среди больных с чувствительным ТБ составил 97,0% и эффективность лечения у больных с устойчивыми формами ТБ получена в 76,4% случаев.

Среди больных с устойчивым ТБ зафиксирован летальный исход в 3,1% случаев. Проблема несоблюдения режима лечения оказалась более выраженной у пациентов с устойчивыми формами ТБ. У этой группы нарушения в приеме препаратов наблюдались почти в два раза чаще (12,2%), чем у пациентов с чувствительным ТБ (6,5%). Заметная разница наблюдалась в показателях неэффективности лечения. Если среди пациентов с чувствительным ТБ неудача терапии была зафиксирована лишь в одном случае, то у больных с устойчивыми формами этот показатель достиг 18,3%. Эти результаты подчёркивают значимость проблемы соблюдения лечебного режима и сложностей, связанных с терапией устойчивых форм ТБ, что требует дополнительного внимания и индивидуализированного подхода к лечению в каждом конкретном случае.

Таким образом, особенностями развития и течения рецидивов ТБ лёгких были следующие:

- по частоте развития – при 10-летнем наблюдении рецидивы ТБ лёгких развились в 17,6% случаев;
- по срокам возникновения – ранние и поздние рецидивы заболевания возникли примерно в одинаковом числе случаев;
- по клиническому течению – благоприятное течение рецидивов заболевания наблюдалось лишь в 11,3% случаев, замедленное течение – в 32,1% и прогрессирующее – в 56,6% случаев;

- начало заболевания: острое начало было у 18,9% больных, подострое – у 81,1% пациентов;
- основные симптомы у пациентов распределялись следующим образом: у 44,9% наблюдалось повышение температуры тела, у 31,5% отмечалась значительная потеря веса, а у 26,3% пациентов возникала повышенная слабость. Ночная потливость присутствовала у 24,7% пациентов, а катаральные изменения в легких были зафиксированы у 44,0%. Влажный кашель беспокоил примерно две трети пациентов. Кроме того, у 47,0% больных выявлены отклонения в анализах крови, включая повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и другие характерные изменения;
- сопутствующие патологии – ВИЧ-инфицированность диагностирована у 3 (5,67%) больных, ХОБЛ – у 15 (28,3%) больных, сахарный диабет – у 3 (5,67%) человек.
- осложнения основного заболевания (87,8%), среди которых чаще диагностировались лёгочно-сердечная недостаточность – в 42,6% случаев, кровохарканье и лёгочное кровотечение (45,2% случаев).
- наличие осложнений при рецидивах было значительно чаще, чем при первоначальном процессе (соответственно в 32,1% и 18,6%, $p < 0,01$);
- значительная распространённость процесса в лёгких соответственно в 7,55% и 2,33% случаев ($p < 0,01$);
- наличие сформированных полостей распада – в 7,55% и 1,99% случаев ($p < 0,01$);
- наличие больших ; ОПТБИ
- при рецидиве заболевания активация ТБ процесса при больших ОПТБИ в 73,6% случаев произошла в том же самом месте поражения;
- устойчивость МБТ к ПТП – выше при рецидивах (67,9%) по сравнению с первоначальным заболеванием (21,6%);
- У больных с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам терапия оказалась значительно более успешной: положительный результат был достигнут в 88,2% случаев, а эффективность терапии в группе пациентов с различными видами лекарственной устойчивости составила 69,4%.

Частоты встречаемости рецидивных форм туберкулеза среди населения Республики Таджикистан в период с 2011 по 2020 годы. Согласно дизайну диссертационной работы, вторым этапом наших исследований был анализ данных официальной статистики по регистрации случаев ТБ и рецидивов заболевания за 2010-2020 годы (Национальный ТБ регистр).

Анализ официальной статистики за последние 11 лет показывает устойчивую тенденцию к снижению числа зарегистрированных случаев ТБ (Таблица 1). Согласно данным, представленным в таблице 1, количество случаев ТБ уменьшилось с 7641 в 2010 году до 4315 в 2020 году. Более детальный анализ структуры зарегистрированных случаев ТБ выявил, что основной вклад в это снижение вносит уменьшение числа новых случаев ТБ. За рассматриваемый 11-летний период времени динамика выявления рецидивов и повторных случаев ТБ была нерегулярной: периоды резкого увеличения числа случаев чередовались с периодами их снижения. Стоит отметить, что общая тенденция снижения числа зарегистрированных случаев ТБ за эти годы соотносится с уменьшением числа случаев ТБ, чувствительных к ПТП. Однако динамика изменений числа случаев ТБ с устойчивостью МБТ к ПТП также характеризуется непостоянством.

Результаты анализа динамики изменений в количестве рецидивов ТБ за последние 11 лет, проведённого нами, свидетельствуют о том, что рецидивы заболевания регистрируются с разной частотой ежегодно.

Таблица 1. - Динамика изменений и структура зарегистрированных случаев ТБ за последние 11 лет (по данным официальной статистики)

Случаи ТБ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ТБ всего	7641	7609	6929	6495	6258	6307	6241	6044	5975	5976	4315
ТБ новые случаи	6656	6680	6181	5306	5014	5065	5241	5231	5102	5159	3736
Рецидивы ТБ	338	355	327	270	790	813	724	678	614	596	388
Ранее леченные случаи ТБ	647	574	421	919	454	429	276	135	248	221	191
ТБЧ	7308	7005	6156	5584	5356	5605	5493	5121	5085	5098	3758
ТБУ	333	604	773	911	902	702	748	923	890	878	557

Примечание: в таблице даны абсолютные значения зарегистрированных случаев; ТБЧ – ТБ, чувствительный к противотуберкулёзным препаратам; ТБУ – ТБ, устойчивый к противотуберкулёзным препаратам

Процентное соотношение рецидивов к общему числу зарегистрированных случаев ТБ варьирует от 4,16% до 12,9%, при этом средний показатель составляет 8,70% (Рисунок 4).

Далее мы провели анализ половозрастной структуры и распределения по регионам страны случаев рецидивов чувствительных (ТБЧ) и устойчивых форм ТБ (ТБУ) за 2018 год. 2018 год был выбран нами не случайно: после него началась пандемия COVID-19 и все данные официальной статистики стали искажены и процесс своевременной регистрации выявленных случаев также нарушился.

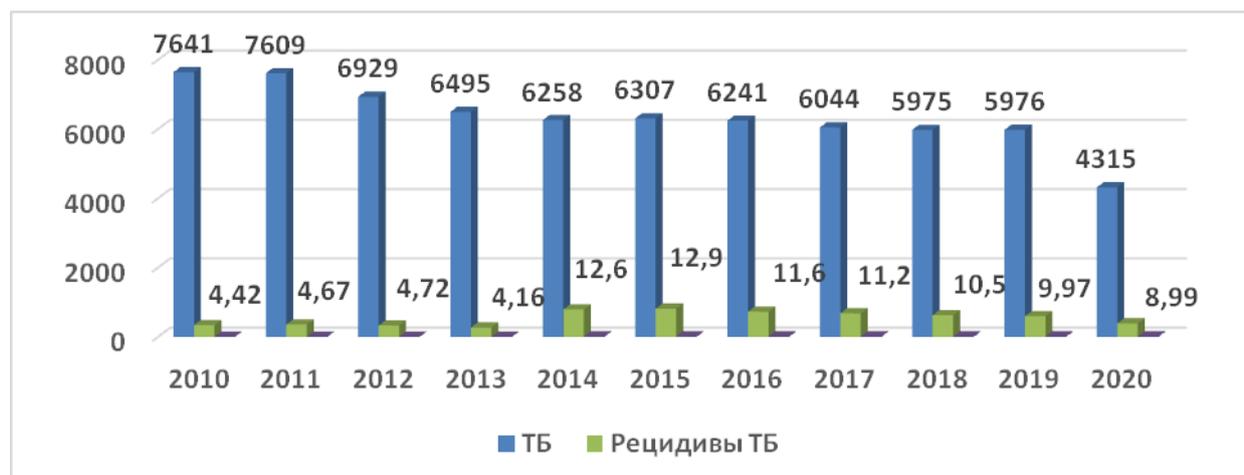


Рисунок 4. - Динамика изменений случаев рецидивов (в %) по отношению к общему числу зарегистрированных случаев ТБ (в абс.) за 11 лет

Далее мы провели анализ половозрастной структуры и распределения по регионам страны случаев рецидивов чувствительных (ТБЧ) и устойчивых форм ТБ (ТБУ) за 2018 год. 2018 год был выбран нами не случайно: после него началась пандемия COVID-19 и все данные официальной статистики стали искажены и процесс своевременной регистрации выявленных случаев также нарушился.

Так, всего в 2018 году было зарегистрировано 614 случаев рецидива ТБ, в том числе у мужчин - 349 (58,4%) и у женщин - 265 (41,6%) случаев, большинство случаев выявлены в возрастной группе 19-35 лет (40,9%), затем – в возрасте 51-70 лет (29,6%), далее идёт возрастная группа 36-50 лет (26,1%) и до 18 лет – 21 случай или 3,42%. Рецидивы от ТБ с сохранённой чувствительностью к ПТП выявлены в 290 (47,2%) и от ТБ с лекарственной устойчивостью в 324 (52,8%) случаях. Структура распределения случаев рецидива заболевания по регионам была следующей: самое большое число случаев рецидива выявлено в Хатлонской области: среди ТБ с сохранённой чувствительностью к ПТП выявлено 109 (37,6%) и ТБ с лекарственной устойчивостью – 132 (40,7%) случая. В Согдийской области – среди ТБ с сохранённой чувствительностью к ПТП выявлено 43 (14,8%) и ТБ с лекарственной устойчивостью – 87 (26,9%) случаев. В ГБАО - соответственно 68 (23,4%) и 15 (4,63%) случаев, в РРП – 29 (10,0%) и 55 (17,0%) случаев и в г. Душанбе – 41 (14,1%) и 35 (10,8%) случаев.

Таким образом, анализ данных официальной статистики за 11 последних лет показал стабильное снижение числа зарегистрированных случаев ТБ. Основным фактором этого снижения является уменьшение количества новых случаев ТБ с сохранённой чувствительностью к ПТП. Параллельно проведённый анализ динамики числа рецидивов ТБ после успешного лечения показал, что ежегодно рецидивы заболевания составляют от 4,16% до 12,9% от всех зарегистрированных случаев ТБ. Более того, было замечено, что рецидивы чаще всего развиваются у мужчин (58,4%), особенно в возрастной группе от 19 до 35 лет, и чаще встречаются среди жителей Хатлонской области.

Пути усовершенствования организации профилактики развития рецидивов туберкулёза лёгких. На основании вышеизложенных полученных нами результатов 10-летнего наблюдения за 301 больным с разными клиническими формами ТБ, нами предложено внести изменения в действующий порядок диспансерного наблюдения за больными, перенесшими ТБ лёгких. На основании выполненного исследования Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ пересмотрен порядок организации диспансерного наблюдения за лицами, переболевшими ТБ, и в Национальное руководство по управлению защитой населения от ТБ в Республике Таджикистан были внесены следующие дополнения и изменения:

1. Введены дополнительные подгруппы в группах учёта диспансерного наблюдения ТБ больных.
2. Внедрена новая – III группа учёта наблюдения для лиц, перенесших ТБ, с высоким риском рецидива заболевания. Данная группа подразделена на 2 подгруппы:
А) наблюдение лиц, перенесших ТБ лёгких, с малыми ОПТБИ и отсутствием сопутствующих заболеваний;
Б) наблюдение лиц, перенесших ТБ, с большими ОПТБИ и наличием сопутствующих заболеваний или лиц, которые по другим причинам входят в группы риска по развитию рецидива туберкулёзного процесса. Для отнесения пациента к группе риска необходимо наличие как минимум трех из следующих условий: недостаточный мониторинг в ходе диспансерного наблюдения, присутствие ОПТБИ, а также наличие сопутствующих патологий, которые могут осложнить течение основного заболевания.

3. В рамках системы диспансерного наблюдения особое внимание уделяется пациентам, отнесенным к III группе. Для этой категории разработана дифференцированная классификация, основанная на характеристиках остаточных изменений после успешного лечения ТБЛ или хирургического вмешательства. Эта классификация предусматривает разделение пациентов на две подгруппы: с "малыми" и "большими" остаточными изменениями.
4. Для лиц с незначительными посттуберкулезными изменениями установлен двухлетний период наблюдения после достижения стабильной положительной динамики в рамках III группы учета.
5. В случае выявления обширных остаточных изменений в легких, период диспансерного наблюдения существенно увеличивается и составляет пять лет после фиксации устойчивого улучшения состояния пациента; после истечения пятилетнего срока наблюдения. ВКК оценивает состояние каждого пациента и принимает решение о дальнейшей тактике наблюдения и в случае необходимости проводится пожизненно.
6. Частота профилактических обследований для исключения активного ТБЛ теперь дифференцирована в зависимости от группы диспансерного учета: пациенты I группы проходят обследование дважды в год, в то время как для II и III групп достаточно ежегодного осмотра.
7. Важным элементом в профилактике рецидивов ТБЛ стало введение осенне-весеннего противорецидивного лечения после завершения основного курса химиотерапии.
8. Этот режим, рассчитанный на два года, предусматривает проведение четырех курсов лечения. Каждый курс длится два месяца и включает прием комбинации изониазида и рифампицина. Лечение проводится весной и осенью, что совпадает с периодами повышенного риска обострений респираторных заболеваний..

Этот документ, ставший ключевым в регулировании постлечебного наблюдения за пациентами, успешно завершившими курс лечения от ТБ, был утверждён Распоряжением МЗиСЗН РТ № 461 от 28.06.2019. Нами разработаны и внедрены также отчётные формы для сбора данных о случаях рецидивов.

ВЫВОДЫ

1. Рецидивы ТБ при проспективном 10-летнем наблюдении за 301 больным, перенесшими ТБ лёгких, развивались в 17,6% случаев, ранние и поздние рецидивы заболевания возникали примерно в одинаковом числе случаев, чаще – у мужчин в возрастной группе 19-35 лет, чаще – у жителей Хатлонской области; по данным официальной статистики за последние 10 лет ежегодно регистрируются 4,16%-12,9% случаев от общего числа зарегистрированных случаев ТБ [5-А, 6-А, 7-А, 17-А, 18-А].
2. Исследование факторов, влияющих на развитие рецидивов ТБЛ, выявило ряд ключевых предикторов у пациентов группы риска. Наличие обширных остаточных ОПТБИ показало сильную прямую корреляцию с вероятностью рецидива. Особенно высокий риск наблюдается у пациентов, ранее перенесших фиброзно-кавернозную форму ТБЛ. Нарушения режима первичной химиотерапии также играют существенную роль в развитии рецидивов, особенно у пациентов с лекарственной устойчивостью к ПТП. Сопутствующие заболевания значительно повы-

шают риск рецидива ТБЛ. Наиболее опасными в этом отношении являются ВИЧ-инфекция, сахарный диабет и ХОБЛ. Среди осложнений основной патологии наиболее часто диагностируемым является легочно-сердечная недостаточность. При рецидиве заболевания активация ТБ процесса при больших ОПТБИ в 73,6% случаев произошла в том же самом месте поражения [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 8-А, 13-А, 14-А, 15-А, 16-А].

3. Особенности клинического течения рецидивов ТБ лёгких являются следующие: благоприятное течение рецидивов отмечено лишь в 11,3%, замедленное – 32,1% и прогрессирующее – 56,6% случаев; значительная распространённость процесса в лёгких и сформированные полости распада при рецидивах ТБ лёгких развиваются значительно чаще, чем при первоначальном процессе. Эффективность лечения больных с рецидивами ТБ лёгких с сохранённой чувствительностью к ПТП составляет 88,2%, а при лекарственно устойчивых формах – в 69,4% [2-А, 4-А, 9-А, 10-А, 11-А, 12-А, 17-А, 18-А].

4. Порядок организации диспансерного наблюдения за лицами, переболевшими ТБ, должен включать наблюдение лиц, перенесших ТБ лёгких, с малыми ОПТБИ и отсутствием сопутствующих заболеваний, а также наблюдение лиц, перенесших ТБ, с большими ОПТБИ и наличием сопутствующих заболеваний или лиц, которые по другим причинам входят в группы риска по развитию рецидива туберкулёзного процесса; установлена длительность диспансерного наблюдения за лицами с малыми ОПТБИ – два года после стабильной положительной динамики, и за лицами с большими ОПТБИ – пять лет после стабильной положительной динамики по III группе учёта [1-А, 2-А, 3-А, 4-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Для профилактики развития рецидивов ТБ лёгких важно максимально раньше выявить первичный эпизод заболевания, до возникновения распространённых и осложнённых форм ТБ. Для этого врачи фтизиатры должны работать в тесном сотрудничестве со специалистами семейной медицины и пульмонологами. При этом, регламентировано активное выявление случаев ТБ, которое подразумевает ежедневный подворный обход семейного врача по закреплённому за ним участку.

2. Важно контролировать ход лечения первичного эпизода ТБ лёгких до полного его окончания, либо временные перерывы и нарушения режима химиотерапии, в особенности у лиц с низкой приверженностью к лечению, также могут способствовать в дальнейшем развитию рецидива ТБ лёгких.

3. В случаях развития малых и больших ОПТБИ после окончания лечения необходимо строго придерживаться нового порядка диспансерного наблюдения за больными, перенесшими ТБ лёгких.

4. При наличии лекарственной устойчивости к ПТП необходимо выявить спектр чувствительных ПТП и использовать их, строго соблюдая режимы лечения, рекомендованные ВОЗ и указанные в Руководстве по управлению за лекарственно устойчивыми формами ТБ в Республике Таджикистан(2021)

5. При наличии сопутствующих заболеваний, таких как ВИЧ-инфицированность, сахарный диабет, ХОБЛ или осложнений основного заболевания, таких как лёгочно-сердечная недостаточность, рекомендуется отказаться от амбулаторного лечения и госпитализировать больного в туберкулёзный стационар.

6. Необходимо строго соблюдать правила нового порядка организации диспансерного наблюдения за лицами, переболевшими ТБ, утверждённые в Руководстве по управлению за ТБ (2021), согласно которому внесены следующие дополнения и изменения: внедрена новая – III группа учёта наблюдения для лиц, перенесших ТБ, с высоким риском рецидива заболевания; данная группа подразделена на 2 подгруппы: а) наблюдение лиц, перенесших ТБ лёгких, с малыми посттуберкулёзными остаточными изменениями и отсутствием сопутствующих заболеваний; б) наблюдение лиц, перенесших ТБ, с большими посттуберкулёзными остаточными изменениями и наличием сопутствующих заболеваний или лиц, которые по другим причинам входят в группы риска по развитию рецидива туберкулёзного процесса; установлена длительность диспансерного наблюдения за лицами с малыми остаточными изменениями в лёгких – два года после стабильной положительной динамики и за лицами с большими остаточными изменениями в лёгких – пять лет после стабильной положительной динамики по III группе учёта; дальнейшее наблюдение устанавливается ВКК индивидуально и в случае необходимости проводится пожизненно; определена частота профилактического обследования на предмет исключения активного ТБ лёгких, для лиц, состоящих на диспансерном учёте по I-й группе – 2 раза в год и для лиц, состоящих на учёте по II и III группам – 1 раз в год; введено в практику проведение осенне-весеннего противорецидивного лечения, после окончания полного курса химиотерапии длительностью в два года, в течение которого больной принимает 4 курса лечения: двухмесячный курс изониазида с рифампицином весной и осенью во время нахождения в I группе учёта.

Публикации по теме диссертации Статьи в рецензируемых журналах

- 1-А. Укуматшоева, Л. Ш. Сложный диагностический случай туберкулёза [Текст] / У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева, К.И. Пиров, Б.П. Шарипов // Вестник Авиценны. - 2014. - №2. - С. 135-138.
- 2-А. Укуматшоева, Л. Ш. Сохтори сили кӯдакон дар назари муқоисавӣ барои беҳтар намудани ваъзияти эпидемиологӣ [Текст] / У.Ю. Сироджиддинова, А.Б. Сангинов, Л.Ш. Укуматшоева // Авджи Зухал. – 2016. - №2. - С. 60-64.
- 3-А. Укуматшоева, Л. Ш. Эффективность выявления случаев туберкулёза среди населения г. Душанбе РТ [Текст] / О.И. Бобоходжаев, С.П. Алиев, И.С. Махмудзода, Ф.О. Мирзоева, Л.Ш. Укуматшоева, С.Р. Мирзоева // Вестник Авиценны. - 2018. - №4(20). - С. 427-430.
- 4-А. Укуматшоева, Л. Ш. Распространённость туберкулёза среди работников медицинских учреждений Республики Таджикистан [Текст] / С.Дж. Юсуфи, З.Т. Авгонов, С.С. Сатторов, А.С. Раджабзода, Л.Ш. Укуматшоева, Н.С. Одинаев // Здоровоохранение Таджикистана. – 2020. - №4. - С.71-75.
- 5-А. Укуматшоева, Л. Ш. Отдалённые результаты 10-летнего наблюдения за вылеченными случаями туберкулёза лёгких [Текст] // Симург. - 2022. - №13(1). - С. 120-125.
- 6-А. Укуматшоева, Л. Ш. Динамика изменений числа рецидивов по отношению к общему числу зарегистрированных случаев туберкулёза за 2011-2020 годы [Текст] / О.И. Бобоходжаев, Б.Г. Муминзода, Л.Ш. Укуматшоева, П.У. Махмудова // Здоровоохранение Таджикистана. – 2023. - №1(356). - С. 13-18.

7-А. Укуматшоева, Л.Ш. Рецидивы туберкулёза [Текст] /Л.Ш.Укуматшоева //Здравоохранение Таджикистана. – 2024. - №1(360). –С.95-101.

Статьи в журналах и тезисы материалов конференций

8-А. Укуматшоева Л. Ш. Рецидивы туберкулёза лёгких / Л.Ш. Укуматшоева, У.Ю. Сироджиддинова, А.Б. Сангинов, О.И. Бобоходжаев // В материалах 64-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. -Душанбе. - 2016. – С. 138-139.

9-А. Укуматшоева Л. Ш. (научн.рук.) Табобати сили пардаҳои мағзи сар хангоми сари вақт дарёфт кардани беморӣ / У.И. Розиков, У.Т. Амонов // Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, посвящённой годам развития села, туризма и народных ремёсел. - Душанбе. - 2018. - С. 83.

10-А. Укуматшоева Л. Ш. Анализ структуры клинических форм туберкулёза у больных детей, госпитализированных в детскую туберкулёзную больницу г. Душанбе [Текст] / Л.Ш. Укуматшоева, С.Р. Юсупова // Журнал «Каломи табиб». - Душанбе. - 2018. - С. 19-20.

11-А. Укуматшоева Л. Ш. Динамика структуры клинических форм туберкулёза у детей, госпитализированных в детскую туберкулёзную больницу г. Душанбе / У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы 66-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Душанбе. - 2018. - С. 553.

12-А. Укуматшоева Л. Ш. Анализ выявления случаев туберкулёза в Республике Таджикистан / У.Ю. Сироджиддинова, О.И. Бобоходжаев, Л.Ш. Укуматшоева, Ф.О. Мирзоева // Материалы 66-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Душанбе. - 2018. - С. 427-428.

13-А. Укуматшоева Л. Ш. Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики больных с плевритом неясной этиологии / А.Б. Сангинов, О.Х. Салихов, Н.Н. Нурулхаков, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы 67-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино. -Душанбе. - 2019. - С. 186-189.

14-А. Укуматшоева Л. Ш. Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза на доступность к медицинским услугам среди молодёжи в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, И.С. Махмудзода, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы 68-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой годам развития села, туризма и народных ремёсел. -Душанбе. - 2020. - С. 48-49.

15-А. Укуматшоева Л. Ш. Особенности течения туберкулёза лёгких среди сельских и городских жителей Республики Таджикистан // Материалы 69-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел. -Душанбе. - 2021. - Т.1. - С. 211-212.

16-А. Укуматшоева Л. Ш. Реактивация туберкулёзного процесса / О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы научно-практичес-

кой конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (70-я годовщина) «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием. 2022. - Т.2. - С.257-258

17-А. Укуматшоева Л. Ш. Отдалённые результаты наблюдения за рецидивами туберкулёза в Республике Таджикистан / Л.Ш. Укуматшоева, Б.П. Пирмахмадзода // В мат. 10-го Регионального симпозиума по вопросам лечения туберкулёза в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) «Научный прорыв: решение проблемы лекарственно-устойчивого туберкулёза в наших руках». - Душанбе, 3-4 мая 2023 г. - С. 77-80.

18-А. Укуматшоева, Л. Ш. Закономерности возникновения рецидивов туберкулёза лёгких в Республике Таджикистан за последние 11 лет [Текст] / Бобоходжаев О.И., Укуматшоева Л.Ш., Сироджидинова У.Ю., Курбоналиева Т.М. // В мат. ежегодной III научно-практической конф. с международным участием «Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в Республике Таджикистан». - Душанбе, 22-23 сентября 2023 г. - Приложение к научно-практическому журналу «Вестник медико-социального института Таджикистана». – 2023. - №3. - С.34-35.

Перечень сокращений и условных обозначений

МБТ	– микобактерия туберкулёза
МЛУ	– множественная лекарственная устойчивость
ПТП	– противотуберкулёзные препараты
ОПТБИ	– остаточные посттуберкулёзные изменения лёгких
ТБ	– туберкулёз
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь лёгких

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

УДК 616.24-002.5: 614.2 (575.3)

Бо ҳуқуқи дастнавис

УКУМАТШОЕВА ЛАЪЛБЕГИМ ШОЗОДАЕВНА

**НАТИЧАҲОИ ДУРИ МУШОҲИДАИ ТАКРОРШАВИИ РАВАНДИ
СИЛ ВА ТАШКИЛИ ЁРИИ ЗИДДИ ТАКРОРШАВӢ
ДАР ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб
аз рӯйи ихтисосҳои 14.01.16 – Силшиносӣ ва
14.02.03 – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ

Душанбе – 2024

Таҳқиқот дар кафедраи фтизиопулмонологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Бобохоҷаев Оқтам Иқромович** - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мушовири илмӣ: **Муминзода Бобочон Ғаффор** - доктори илмҳои тиб, дотсенти кафедраи ниғаждорӣи тандурустӣ ва омори тиббӣ бо курси таърих тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ: **Русских Олег Евгеньевич** - доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи фтизиатрияи Муассисаи Федералии Давлатии Бюджетии Маълумоти Олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Мағзумова Фируза Пулодовна - номзади илмҳои тиб, дотсент, муовини директор оиди корҳои илмӣ МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ тадқиқотии экспертизаи тиббии иҷтимоӣ ва барқарорсозии маъҷубон»

Муассисаи пешбар: Маркази ҷумҳуриявии махсусгардонидашудаи илмӣ – амалии тиббии фтизиатрия ва пулмонологияи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Узбекистон

Ҳимояи диссертатсия «_____» _____ соли 2024 соати _____ дар ҷаласаи Шурои диссертатсионӣ 6 D KOA-053 дар назди МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734026, ш.Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, [www . tajmedun. tj](http://www.tajmedun.tj)) 992885555169

Бо диссертатсия дар китобхона ва сайти расмӣи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” шинос шудан мумкин аст (734026, ш.Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, [www . tajmedun. tj](http://www.tajmedun.tj))

Автореферат санаи " ____ " _____ 2024 ирсол шудааст

Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент

Ҷонибекова Р.Н.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Тибқи маълумоти Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) дар соли 2022 Ҷумҳурии Тоҷикистон ба қатори 18 кишвари минтақаи аврупоии ТУТ, ки нишондиҳандаи баланди бемории сил (БС) до-ранд, дохил шуд. Илова бар ин Тоҷикистон ба феҳристи 30 кишвари ҷаҳон шомил шуд, ки аз паҳншавии БС ба доруҳо устувор осеб дидаанд, ки ин ҷиддияти мушкилот ва зарурати чораҳои фаъоли мубориза бо ин беморию таъкид мекунад. [Dara M., 2016; WHO, 2022].

Сарфи назар аз омили расмӣ, тамоюли муайяни устувори беҳбудии вазъи эпидемиологии БС дар Ҷумҳурии Тоҷикистонро нишон медиҳад, ки паст шудани сатҳи беморшавӣ ва фавт аз БС дар солҳои охир зикр гардида, самаранокии мубориза бо ин беморӣ то ҳол нокифоя боқӣ мемонад. [Сихати аҳоли ва фаъолияти муассисаҳои тандурустӣ дар солҳои 2019, 2020]. Ҳамин тариқ, агар сатҳи беморӣ ва фавт аз БС дар соли 2019 мутаносибан 56,5 ва 2,2 ба 100 ҳазор нафар аҳолиро ташкил кунад, пас дар солҳои минбаъда коҳиш ёфтани ин нишондодҳо мушоҳида мешавад: дар соли 2020 мутаносибан 40,5 ва 1,4, дар соли 2021 40,3 ва 1,3, дар соли 2022 - 39,7 ва 1,0 ҳолат ба 100 ҳазор нафар аҳоли [Маълумоти ҳисоботии МД «Маркази ҷумҳуриявии ҳифзи аҳоли аз бемории сил», 2022] . Аз рӯи охири нишондодҳои эпидемиологии ТУТ дар соли 2021 мутаносибан гирифтӣ ба БС дар Тоҷикистон 88 нафар ба 100 ҳазор аҳоли ва фавт ба 12 нафарро ташкил додааст, ба истиснои ҳолатҳои сирояти сил/вируси норасоии масунияти одам (сил/ВНМО) [WHO , 2022].

Маълумоти ТУТ оид ба беморшавӣ ва фавт аз БС аз нишондиҳандаҳои соли 2020 зиёдтар аст, ки мутаносибан 84 ва 9,6 нафар ва дар соли 2019 аз 100 ҳазор аҳоли 83 ва 7,9 нафарро ташкил додааст. Аз ҷамъбасти иттилооти боло мо ба хулосае омадем, ки байни омили расмӣ ва арзёбии ТУТ фарқият вучуд дорад: якум, коҳиши солона ва дуҷум, афзоиши солона, яъне ду нишондиҳандаи ба ҳам зидди эпидемиологиро нишон медиҳад. Дар байни беморони нав бақайдгирифташуда таносуби занон ба мардон аз 1 то 1,2 аст. Ба ин беморӣ, асосан, ҷавонон ва гурӯҳи қобили меҳнат гирифтӣ мешаванд. Таҳлили сохтори синну сол нишон дод, ки тақрибан аз се ду ҳиссаи (63 Ҷоиз) беморони нав ба БС гирифтӣшуда дар байни одамони аз 15 то 44 сола мушоҳида мешавад. Ҳамин тариқ, омили расмӣ аз тахминҳои ТУТ ба таври назаррас фарқ мекунад ва нишон медиҳад, ки ҳолатҳои БС ба ҳисоби миёна беш аз 30% кам ошкор карда шудааст.

Тибқи маълумоти ТУТ, ҳолатҳои дубора фаъол шудани раванди БС бояд ҳамчун ҳолатҳои нави БС ба қайд гирифта шаванд [Definitions and reporting framework for tuberculosis, WHO, 2013]. Дар баробари ин гурӯҳҳои хавфи инкишофи такроршавии беморию муайян намуда, дар байни онҳо тадбирҳои зидди такроршавиро ташкил кардан лозим аст.

Дар адабиёти дастраси мо маълумот дар бораи такроршавии БС аз 0,6 то 40 Ҷоизро ташкил медиҳад [Алексеев С.Н., Дробот Н.Н., 2019; Галкин В.Б., и др.; Исмаилов Ж.К., и др., 2017; Folkvardsen D.V., et al., 2020].

Таҳлили афзоиш ва сабабҳои дубора фаъол шудани БС, муҳлатҳои пайдоиши онҳо пас аз анҷоми табобат ва хусусиятҳои ҷараёни онҳо дар Тоҷикистон қаблан гузаронида нашудааст. Натиҷаҳои омӯзиши ин омилҳо,

ошкор намудани сабабҳо ва ҷустуҷӯи роҳҳои бартараф намудани онҳо имкон медиҳад, ки тадбирҳои зидди такроршавии беморию ташкил карда, аз пешгирии такроршавии инкишофи БС, кам шудани ин беморию ва ба ин васила вазъи эпидемиологии БС дар кишвар беҳтар карда шавад. Аз ин сабаб, таҳқиқоти илмӣ оид ба омӯзиши ин масъалаҳо муҳим аст.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Тибқи омили расмии БС, беш аз 30% ҳолатҳои тахминии ин беморӣ ошкор карда нашудаанд. Дар баробари дигар сабабҳои ошкор нагардидани ҳолатҳои БС, омӯзиши такроршавӣ ва сабабҳои инкишофи дубора фаъолшавии раванди БС муҳим аст, ки бояд ҳамчун ҳолатҳои нави БС ба қайд гирифта шаванд.

COVID -19 ба вазъи эпидемиологии марбут ба БС таъсири назаррас расонд. Омори расмӣ коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои асосии эпидемиологии БС-ро дар давраи пандемия ва пас аз анҷоми он нишон медиҳад. Аммо ин далел боиси баҳсу мунозира дар байни мутахассисон ва мутассаддиёни соҳаи тандурустӣ гардид, зеро гумон меравад, ки коҳиши беморӣ метавонад бо беҳтар шудани вазъи эпидемиологии БС алоқаманд бошад. Дар давраи пандемияи COVID-19, бисёр захираҳои тиббӣ дар мубориза бо कोरोनाвирус дубора тағйири тамоюл карда шуданд, ки ба бад шудани дастрасии ҳам хидматҳои пешгирикунанда ва ҳам ташхису табобат барои беморони сил оварда расонд. Ин дар навбати худ ба такроршавии шумораи ҳолатҳои нави БС бо сабаби ташхис ва пайгирии нокифоя оварда расонад. Ворид кардани фторхинолонҳо (масалан, левофлоксасин ва моксифлоксасин) дар табобати беморони корона-вирус, махсусан дар ҳолатҳои сироятёбии сил ва COVID-19, ё ҳангоми ташхиси барзиёди COVID-19 дар беморони сил, метавонад мушкилоти иловагиро дар тасвири клиникӣ ҷорӣ кунад. Фторхинолонҳо, ки дар табобати сироятҳои бактериявӣ самараноканд, метавонанд зухуроти клиникӣ силро муваққатан коҳиш диҳанд, ки эҳтимолан ба мушкилот дар ташхис ва дубора фаъол шудани ҷараёни сил оварда мерасонад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои таъсири мутақобилаи сирояти корона-вирус ва БС то ҳол ба таври амиқ омӯхта нашудаанд, ки гузаронидани таҳқиқоти махсусро дар ин самт талаб мекунад. Илова бар ин, дар ҷумҳурӣ, бахусус дар шароити таъсири пандемияи COVID-19, ҷораҳои мушаххаси зидди такрорёбии беморӣ, ки ба пешгирии такроршавии БС пас аз табобат нигаронида шудаанд, ҳанӯз таҳия ва амалӣ карда нашудаанд.

Ҳамин тариқ, зарурати таҳия ва татбиқи стратегияҳои муассир оид ба табобат ва пешгирии БС бо дарназардошти имкони сирояти муштарак бо COVID-19 ва истифодаи хоси табобати зиддибактериалӣ дар чунин ҳолатҳо ба миён меояд. Ин махсусан барои беҳтар кардани натиҷаҳои табобати сил ва пешгирии хурӯчи он дар давраи пандемия муҳим аст.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти мазкур як ҷузъи корҳои илмӣ кафедраи фтизиопулмонологияи Муассисаи давлатии таълимӣ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», дар мавзӯи « Сил ба доруҳои зиддисилӣ устувор: усулҳои ташхис ва самаранокии табобат дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», № 0117 ТҶ 00805. дар солҳои 2017-2021 амалӣ карда шуд, Ҳамчунин робитаи байни таҳқиқоти мазкур бо татбиқи «Барномаи миллии ҳифзи аҳоли аз сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025»

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши омилҳои тақроршавандагӣ, муҳлати тақроршавӣ, сабабҳо ва хусусиятҳои ҷараёни дубора ғаёол шудани раванди бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ҷустуҷӯи роҳҳои тақмили ташкили ёрии зидди тақроршавии беморӣ ба беморони гирифтори бемории сили шуш.

Вазифаҳои таҳқиқот.

1. Омӯзиши басомад ва муҳлати дубора ғаёолшавии БС шуш дар солҳои 2011-2020.
2. Омӯзиши омилҳои хавфи дубора ғаёол шудани БС шуш ва муайян кардани гурӯҳи хавфи инкишофи тақрорӣ дар байни сихатёфтагони БС шуш пас аз анҷоми табобати самаранок.
3. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникаи БС тақрорӣ шуш ва натиҷаҳои табобати онҳо.
4. Тақмил додани роҳҳои ташкили пешгирии БС бо роҳи ҷорӣ намудани онҳо дар амалияи ниғаҳдории тандурустӣ.

Объекти таҳқиқот 521 нафар бемор буд, ки аз байни аҳолии калонсоли гирифтори шаклҳои гуногуни БС шуш бо натиҷаи муассири муолиҷа («табобат шуд» ё «табобат ба охир расид») интихоб шуда буданд, Мо ин беморонро дар тури 10 сол мушоҳида кардем (2011-2020). Аз 521 нафар бемороне, ки мо мушоҳида кардем, 93 нафар (17,8%) дар натиҷаи муҳочират берун аз кишвар ва 127 нафар (24,4%) бо сабабҳои гуногун аз назорат маҳрум шудаанд. То 1 январи соли 2021 301 нафар (57,8%) бемороне, ки аз БС шуш шифо ёфтаанд, зиёда аз 10 сол тахти назорати мо қарор доштанд ва ин беморон объекти таҳқиқоти мо гардиданд. Илова бар ин, объекти таҳқиқоти мо маълумотҳо аз Феҳристи миллии БС дар давоми 10 соли охир буд.

Мавзӯи таҳқиқот. Таҳлили басомад ва муҳлати дубора ғаёолшавии БС шуш, инчунин таҳлили сабабҳо ва омӯзиши хусусиятҳои тақроршавии БС шуш дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба мо имкон дод, ки роҳҳои ташкили ёрии зидди тақроршавии бемориро ба бемороне, ки сихат ёфтанд, коркард кунем.

Навгонии илмӣ таҳқиқот

1. Аз ҷиҳати илмӣ исбот карда шудааст, ки дар 17,6 фоизи ҳодиса тақроршавии сил ба вучуд меоянд, дар сурате, ки тақроршавии барвақт ва дертари беморӣ тақрибан дар ҳамин миқдор ба амал ояд.
2. Муайян карда шуд, шахсоне, ки ба гурӯҳи хавфи инкишофи тақроршавии БС шуш дохил мешаванд, байни тақроршавии БС ва мавҷудияти тағйиротҳои калони боқимондаи пас аз сил дар шуш (ТБПС) робитаи мустақимдоранд, ки дар аввал гирифтори БС судабандӣ-сурохи шуш буданд, вайрон кардани речаҳои химиотерапияи ибтидоӣ, бештар дар сурати мавҷудияти муқовимат ба ДЗС ва беморҳои ҳамроҳ, аз қабили сирояти ВНМО, диабет қанд, БОМШ.
3. Аз ҷиҳати илмӣ исбот карда шуд, ки хусусиятҳои ҷараёни клиникаи тақроршавии БС-и шуш дар 11,3 фоиз ҷараёни мусоид, дертар — 32,1 фоиз ва авҷгирӣ — 56,6 фоиз ошкор шудааст.
4. Исбот шудааст, ки самаранокии табобат барои беморони гирифтори БС тақрорӣ шуш бо ҳассосият ба доруҳои зиддисилӣ 88,2% ва шаклҳои ба доруҳо устувор 69,4% мебошад.

5. Роҳҳои ташкили пешгирии инкишофи такроршавии БС шуш таҳия карда шудаанд, ки дар амалияи тандурустӣ қорӣ карда мешаванд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот

1. Дар амалияи нигоҳдории тандурустӣ барои пешгирии инкишофи такроршавии БС шуш тадбирҳои мушаххас таҳия ва татбиқ карда шудаанд.
2. Шаклҳои ҳисоботдиҳӣ барои бақайдгирӣ ва пайгирии сабабҳои такроршавии БС шуш таҳия ва дар амалияи тандурустӣ қорӣ карда шудаанд.
3. Гурӯҳҳои диспансерӣ барои бақайдгирии шахсони гирифтори БС ва муҳлатҳои мушоҳида вобаста ба ТБПС ва бемориҳои ҳамроҳшаванда аз нав дида баромада шуданд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда

1. Такрор ёфтани БС шуш дар заминаи эпидемиологии БС дар минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон алоқамандӣ надорад. Ҳодисаҳои нодуруст ба қайд гирифтани такрори БС муайян карда шудаанд.
2. Омили асосии хавфи инкишофи такроршавии БС шуш, махсусан дар марҳилаҳои аввали пас аз муолиҷаи бомуваффақият, набудани чораҳои зидди такроршавии беморӣ, бахусус дар ҳолатҳои, ки ҳадди аққал се омил вучуд дошта бошанд: назорати нокифояи ҳангоми химиотерапияи ибтидоӣ ва ба мисли. оқибат, зуд-зуд вайрон кардани речаи табобат; муоинаи нокифояи профилактикии беморон, алалхусус бо ТБПС ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳшуда, ки рафти бемории асосиро вазнин мекунад, алоқаманд аст.
3. Аз ҷиҳати клиникӣ такроршавии БС хеле вазнинтар аст, зеро аксар вақт БС-ДЗУ-ро инкишоф медиҳад ва натиҷаҳои табобати онҳо нисбат ба раванди ибтидоӣ хеле пасттаранд.
4. Барои ташкили пешгирии инкишофи такроршавии БС табобати зидди такроршавии бемориро дар якҷоягӣ бо дигар чораҳои пешгирикунанда, ба монанди риояи қатъии қоидаҳои назорати сироятӣ, нигоҳ доштани ҳолати масъунияти бадани бемор, ки ба БС гирифтор аст, гузаронидан лозим аст. Инчунин беморони ба БС гирифтورشуда, рафти бемориҳои ҳамроҳшуда, ба монанди сирояти ВНМО, БОМШ, диабетӣ қанд ва сирояти коронавируро назорат кардан лозим аст.

Дарҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Рисола бо ҳаҷми кофии маводҳои таҳқиқотӣ, мушоҳидаҳои дарозмуддат, коркарди статистикуи натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ карда мешавад.

Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмию маълумот дар бораи басомади такроршавии барвақт ва дертари беморӣ, хусусиятҳои ҷараёни клиникуи такроршавии сили шуш ва омилҳои хавфи онҳо асос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Диссертатсия ба ду шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисосҳои зерин мувофиқат мекунад: **14.01.16 – Сил-шиносӣ:** банди 1. Патогенези сил, омӯзиши хосиятҳои ангезандаи микобактерияи сил, таъсири мутақобилаи ангезандаи сил ва организми бемор, усулҳои муайян кардани микобактерияи сил, тағйироти иммунологӣ, генетикӣ, патоморфологӣ, биохимиявӣ, патофизиологӣ дар организми беморон ҳангоми беморӣ ва табобат; банди 2. Зухуроти клиникуи бемории сили роҳи нафас дар кӯдакон, наврасон ва калонсолон, вайроншавии системаи узвҳот нафаскашӣ

ва дигар узвҳо ва системаҳо ҳангоми сил, сил бо бемориҳои ҳамроҳшаванда, ташҳиси бемории сили роҳи нафас бо истифода аз усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, радиационӣ, бронхопулмоналӣ ва дигар усулҳои таҳқиқотӣ, ташҳиси тафриқавии сили узвҳои нафас ва дигар бемориҳои шуш; банди 3. Табобати бемории сили узвҳои нафаскашӣ: химиотерапия, терапияи патогенетикӣ, муолиҷаи санаторию курортӣ, табобати амбулаторӣ, шаклҳои ташкилии табобат, табобати барқарорсозии сил ва оқибатҳои он; банди 4. Муайян кардани эпидемиология ва омори сил, назорати диспансерии контингенти беморони сил, ташкили муборизаи зидди сил. Пешгирӣ, вакцинаҳои зидди сил, пешгирии ки-миёвӣ, пешгирии санитарии сил, ташҳиси радиационӣ, ташҳиси туберкулинӣ, ташҳиси бактериологӣ ва генетикии молекулавӣ ҳангоми ошкор кардани сил, эпидемиологияи сил дар шароити тағйирёбанда, омӯзиши роҳи сирояти сил ва ба ҳамдигар сироят кардани касалии сили одам ва ҳайвонот, шаклҳои нави тадбирҳои зидди сил, кори диспансерӣ, беморхонаю санаториияҳо, ҳисоботи оморӣ ва коркарди маълумоти оморӣ; инчунин аз рӯйи ихтисос: **14.02.03 – Сихатии чомеа ва тандурустӣ**: банди 2. Шароит ва тарзи ҳаёти аҳоли, мушкилоти иҷтимоию гигиении он, арзёбии таъсири шароит ва тарзи ҳаёт ба давомнокӣ ва нишондиҳандаҳои саломатӣ ва аҳоли, ташаккули тарзи ҳаёти солим; банди 3. Таъсири комплекси омилҳои иҷтимоӣ, иқтисодӣ, биологӣ, экологӣ ва тиббӣ ба саломатии аҳоли, таҳияи чораҳои пешгирикунанда ва роҳҳои коҳиш додани оқибатҳои номатлуб; банди 4. Вазъияти саломатии аҳоли ва тамоюли тағйирёбии он, таҳқиқоти чараёнҳои демографӣ, беморӣ, инкишофи ҷисмонӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографӣ ва муҳити зист ба саломатии аҳоли ва гурӯҳҳои алоҳидаи он; банди 5. Ташкили ёри тиббӣ ба аҳоли, кор карда баромадани моделу технологияҳои нави ташкилӣ барои профилактика, расондани ёри тиббӣ ва солимгардонии аҳоли; баҳо додан ба сифати ёри тиббии берун аз беморхона ва статсионарӣ. асосноккунии роҳҳои инкишоф ва ислоҳоти системаи ниғаҳдории тандурустӣ, ташкили ёри махсуси тиббӣ; банди 8. Омӯзиши қонунҳои рушди системаи пешгирӣ, таҳияи методологияи арзёбии самаранокии барномаҳои пешгирикунанда.

Саҳми шахсии довталаби дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф басомад, омил ва сабабҳои асосии такроршавии бемории сили шушро дар минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон таҳлил ва муқоиса кардааст. Ин таҳқиқот, ки зиёда аз даҳ солро дар бар мегирад, ҳадафи асосӣ баррасии хусусиятҳои ҳолатҳои такроршавии беморӣ буд. Дар доираи таҳқиқот муаллиф маводи фаровон ҷамъоварӣ намуда, онро ба таври оморӣ таҳлил кардааст. Қисми асосии кор мустақилона анҷом дода шуда, як қатор навоварихоро дар бар мегирад, ки саҳми муаллифро дар илм нишон медиҳанд. Навиштани бобҳои рисола, мураттабсозии мақсаду вазифаҳо, нуқтаҳои ба дифоъ пешниҳодшуда, хулоса ва тавсияҳои амалӣ шахсан аз ҷониби муаллиф анҷом дода шудааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии рисола дар конфронси олимони ҷавон ва донишҷӯёни Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (Душанбе, 2017); конференсияҳои илмию амалии Маркази ҷумҳуриявии ҳифзи аҳоли аз БС (Душанбе 2015, 2017); дар конфронси илмӣ-амалӣ (69-умин сол) байналмилалӣ бахшида ба 30-солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва «Солҳои рушди деҳот, сай-

ёҳӣ ва хунарҳои мардумӣ (2019-2021)», дар солгарди (70-ум) конференсияи илмию амалии байналмилалӣ Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо унвони «Тибби муосир: анъана ва навоариҳо» (25.11.2022), дар ҷаласаи кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (ноябри соли 2023), дар ҷаласаи комиссияи проблемавии байниидоравии оид ба бемориҳои дарунӣ бо иштироки мутахассисон соҳаи тандурустӣ ва ниғаҳдории тандурустӣ дар МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (декабри соли 2023). баррасӣ гардидааст.

Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ дастури методӣ «Тадбирҳои мушаххас оид ба пешгирии инкишофи такроршавии бемории сили шуш дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», ки аз 99 саҳифа иборат буда, аз ҷониби РИСО МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (протокол аз 18 октябри 2023 с., №2-5) ҷоп шудааст.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Дар асоси маводи рисола 18 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 7 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷоп шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар 156 саҳифаи компютерӣ пешниҳод гардида, аз ҷунин бахшҳо иборат аст: муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт, боб, ки мавод ва усулҳои таҳқиқотро нишон медиҳад, 2 боб, натиҷаҳои таҳқиқоти худдида баромадани натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо, тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот, номгуӣ адабиёт ва барномаҳои истифодашуда. Диссертатсия дар 20 ҷадвал ва 13 расм тасвир шудааст. Рӯйхати адабиёт 217 сарчашмаро дар бар мегирад, ки аз онҳо 90 сарчашма аз муаллифони кишварҳои хориҷи наздик ва 127 сарчашма аз кишварҳои хориҷи дурро дар бар мегирад.

Муҳтавои асосии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар мушоҳидаи мо 521 нафар одамоне буданд, ки шаклҳои гуногуни БС шуш, аз ҷумла контингенти калонсолони беморони сил бо натиҷаи муассири табобат («табобат ёфт» ё «табобат анҷом ёфт»), ки соли 2011 пас аз бомуваффақият табобатро ба охир расидани беморӣ, сокинони ноҳияҳои гуногуни мамлакат ба мушоҳидаи диспансерӣ гузаронда шудаанд. Мо ин беморонро дар тули 10 сол мушоҳида кардем (2011-2020). Аз 521 бемор, 93 нафар (17,8%) ба хориҷи кишвар сафар кардаанд ва 127 нафар (24,4%) бо сабабҳои гуногун аз таҳқиқот бароварда шудаанд ё дар давоми назорат аз назар шудаанд. Дар таҳқиқот ҳамагӣ 301 (57,8%) бемороне, ки аз БС шуш шифо ёфтаанд, боқӣ мондаанд, ки асосан бисёртар мардони синну соли 19-35 сола, ки зиёда аз 10 сол таҳти назорати мо қарор доштанд, аз рӯйи меъёрҳои дохилкунӣ дохил карда шуда объекти омӯзиши мо гардиданд.

Дар мурочиати аввала барои муайян кардани ташхис маҷмуи усулҳои клиникӣ, инструменталӣ ва лаборатории таҳқиқот истифода шуд. Тибқи алгоритми ташхис, ки дар кишвар қабул шудааст, ба ҳамаи беморон усули бактериоскопии ташхиси балғам бо рангкунии Сил-Нилсен, усули экспресс-генотипии GeneXpert, инчунин санҷиши ҳассосияти ДЗС бо истифода аз усули Hupintest, кишт дар омехтаҳои маводи ғизоии моеъ Mgit-960 ва бо истифода аз усули ғизоии саҳт Левенштейн Йенсен гузаронида шуд.

Ҳангоми муолиҷаи аввалияи БС бештари беморон, яъне 263 нафар (87,4%) аз сулфа шикоят кардаанд, ки яке аз нишонаҳои маъмултарини ин беморӣ аст. Мавҷудияти балғам дар 193 (64,2%) беморон мушоҳида шудааст. Дар 143 (47,5%) беморон шикоят аз нафастангӣ мушоҳида шудааст. Дар 236 нафар (78,4%) беморон аломатҳои катаралӣ мушоҳида мешуданд, яъне хирросҳои хушк ва намноки гуногунҳаҷм шунда мешуданд, ки ин низ аз равандҳои илтиҳобии узвҳои нафаскашӣ шаҳодат медиҳад.

Ҳангоми ташҳиси рентгенӣ дар 180 (59,8%) беморон осеби яктарафаи шуш ва 121 (40,2%) беморон дутарафаи шуш осеб дидаанд. Дар 47 (15,6%) беморон майдони зарари шуши гирифтори БС як ҳиссаи маҳдуд мавҷуд буд. Бо вучуди ин, дар шумораи назарраси беморон - дар 207 (68,8%) ҳолатҳо дар ду ҳиссаи шуш осеб дидаанд. Дар 47 нафар (15,6%) беморони боқимонда ҷараёни БС ба 3-5 ҳиссаи шуш паҳн шудааст.

Ҳангоми омӯзиши басомад ва намуди муқовимати МС ба доруҳои зиддисилӣ дар беморони таҳқиқшуда чунин натиҷа муқаррар карда шуданд: 236 (78,4%) беморон шакли ҳассоси сил доштанд; 15 (5,0%) беморон монорезистентӣ доштанд; Дар 22 (7,3%) беморон муқовимат ба доруҳои гуногун ва 28 (9,3%) беморон муқовимат ба доруҳои зиддисилӣ буданд.

Дар 52 бемор БС: бо сирояти ВНМО – дар 3 ҳолат, диабетӣ қанд – дар 4 ҳолат, 36 бемор гирифтори бемории музмини обструктивии шуш ҳамзамон, 6 бемор патологияи системаи пешоб, 3 бемор захми меъда ва рӯдаи дувоздангушта мушоҳида гардид.

Ҳама беморони гирифтори ҳолатҳои нави ташҳиси БС ва ҳассосияти нигоҳдошташуда ба доруҳои зидди сил дар тули 6 моҳ бо речаи стандартии химиотерапия таъобат карда шуданд (2HRZE/4HR. Агар натиҷаҳои санҷиши Genexpert MTB/ Rif муқовимати МС ба рифампитсинро ошкор кунанд, ин эҳтимолияти БСДЗУ-ро нишон медиҳад.

Дар ин таҳқиқот такрори барвақт дар муддати то 3 сол ба вуқӯъ пайваستاаст ва такроршавии дер байни 3 то 10 сол ба вучуд меояд.

Ҳама беморони гирифтори бемории такроршаванда аз рӯйи речаи стандартии химиотерапия бо илова кардани речаи зерин дар марҳилаи интенсифӣ таъобат гирифтанд: 3 HRZE +5 HR E ва дар ҳолатҳои муқовимат ба доруҳои мувофиқи речаи зерин: 8 CmPtoCsLfxPasZ /16 ProCsLfxPasZ . Дар машваратҳо речаи таъобат барои баъзе беморон вобаста ба муқовимат ба ДЗС ва пайдоиши аксуламалҳои номатлуб ба таъобат алоҳида ислоҳ карда шуд.

Ҳангоми омӯзиши аксуламалҳои номатлуб (АН) ҳангоми истеъмоли ДЗС муайян карда шуд, ки чунин аксуламалҳо дар 205 (68,1%) беморони гирифтори такрори БС мушоҳида шудаанд.

Барои ба таври дақиқ гузаронидани таҳқиқот, мо шаклҳои зерини мушоҳидаро таҳия кардем: варақаи ҳисоботӣ барои бақайдгирии такрорёбиҳо ва сабабҳои онҳо, ки дар он маълумоти ҷинс ва синну сол дар бораи ҳолатҳои такроршавӣ сабт шудааст; маълумот дар бораи ҳолатҳои такрорӣ вобаста ба шаклҳои клиникалии бемории ибтидоӣ; маълумот дар бораи ҳолатҳои такроршавӣ аз рӯйи вақти пайдошавӣ; маълумот дар бораи ҳолатҳои такроршавӣ вобаста ба ТБПС; маълумот дар бораи ҳолатҳои такроршавӣ вобаста ба риояи речаи таъобат; маълумот дар бораи ҳолатҳои такроршавӣ вобаста ба бемо-

риҳои ҳамроҳ; шумораи бемороне, ки аз муоинаи пешгирикунанда гузаштанд; шакли натиҷаи таъоботи тақрорӣ.

Боз таҳлили омори расмӣ бақайдгирии ҳолатҳои БС ва тақрори он дар солҳои 2010-2020 (Фехристи миллии БС Open MRS) анҷом додем.

Қорқарди омории мавод дар компютер бо истифода аз барномаҳои Статистика10.0 амалӣ карда шуд (StatSoftInc., ШМА, 2011). Мутобиқати намуна ба қонуни тақсимооти муқаррарӣ бо истифода аз санҷиши Шапиро-Уилка арзёбӣ шуд. Қимати миёна (M) ва хатои стандартии он ($\pm m$) ҳисоб карда шуда, таносубҳо (%) барои арзишҳои нисбӣ муайян карда шуданд. Барои муқоисаи дугона байни гурӯҳҳо барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ санҷиши Манна-Уитни меёрҳои U истифода шудааст. Барои муқоисаи ҷуфтӣ байни гурӯҳҳо барои нишондиҳандаҳои сифатӣ, санҷиши χ^2 , аз ҷумла ислоҳи Йейтс ва санҷиши дақиқи Фишер барои муқоисаҳои сершумор, санҷиши Кохрена Q истифода шудааст; Барои муайян кардани робитаҳо, таҳлили коррелятсияи Спирман гузаронида шуд. Арзишҳо дар $p < 0,05$ аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Таҳлили хусусиятҳои рафти беморӣ 301 беморони гирифтори БСШ нишон дод, ки ҷараёни беморӣ асосан бо омилҳои, ба монанди мавҷудияти ихроҷи бактерияҳо, устувории микобактерияҳо ба доруҳо, шакли беморӣ, самаранокии химиотерапия ва хусусияти тағиротҳои боқимонда дар шуш муайян карда мешавад. Дар байни беморони муоинашуда шакли маъмултарини бемории сил иртишоҳӣ буда, дар 209 нафар таъхис шудааст, ки 69,4% аз шумораи умумии беморонро ташкил медиҳад. Шакли дуҷуми маъмултарин шакли паҳншуда буд, ки дар 87 бемор (28,9%) ба қайд гирифта шудааст. Камтар БСШ судабандӣ-сурахӣ-кавернозӣ буд, ки танҳо дар 5 бемор (1,76%) ошқор шудааст.

Беморони БС таҳти назорати мо, яъне 232 нафар (77,1%), ҳамчун ҳолатҳои нави ин беморӣ тасниф карда шуданд. Дар байни ин ҳолатҳои нав, 26 (11,2%) беморон муқовимати моно-, поли- ё ба бисёр доруҳо (М/Р/БС-ДЗУ) муайян карда шуданд. Оид ба ҳолатҳои тақроршавандаи БС 69 (22,9%) ҳолат ба қайд гирифта шуда, 39 нафар (56,5%) аз ин беморон ба як ё якчанд ДЗС устувор будани онҳо тасдиқ шудааст. Дар маҷмӯъ, шумораи умумии беморони муқовимат ба як ё якчанд ДЗС 21,6% (65 одам) аз ҳамаи ҳолатҳои мушоҳидашударо ташкил дод.

Дар охири курси таъобат 61,8% (186 одам) бо натиҷаи таъобат «таъобат ёфт» муқаррар карда шуд, ба 38,2%(115 беморон) таъобатро бомуваффақият анҷом доданд, ки ин низ натиҷаи мусбат аст.

Самаранокии баланди таъобат дар байни беморони микробхориҷкунанда қобили таваҷҷӯҳ аст. Дар ин маврид хотиррасон кардан бамаврид аст, ки аз 192 нафар бемороне, ки дар оғози таъобат бо ихроҷи бактериявӣ ё МБТ+ ба қайд гирифта шудаанд, дар 186 ҳолат (96,9%) онҳо таъобатро бо натиҷаи «таъобат ёфт» мутобиқи стандартҳои ТУТ анҷом додаанд, ки ин аз пешравии назарраси мубориза бар зидди шаклҳои фаъоли бемории силро нишон дод.

Бояд гуфт, ки дар шакли иртишоҳии БСШ тағйироти ночизи ТБПС бештар мушоҳида мешавад (65,1% ҳолатҳо). Дар шакли паҳншуда, баръакс, тағйироти калони ТБПС бештар мушоҳида шуд (59,8 ҳолат). Таъоботи 5 нафар

беморони гирифтори шакли судабандӣ-сурохи шуш бо мавҷудияти тағйиротҳои калони ТБПС дар ҳамаи онҳо ба анҷом расид.

Таҳлили ретроспективии ҳолатҳои тақроршавии бемории сили шуш.

Дар давоми мушоҳидаи даҳсолаи беморон аз 301 нафар беморон дар 248 нафар, ки 82,4 фоизи тамоми бемориҳоро ташкил медиҳад, тақроршавии ин беморӣ ба қайд гирифта нашудааст. Ин аз самаранокии табобат ва чораҳои пешгирии тақрори ин гурӯҳи беморон шаҳодат медиҳад.

Аммо дар баъзе беморон -17,6%(53 одам) тақроршавии ин беморӣ мушоҳида шудааст. Қобили зикр аст, ки тақсимои тақроршавии БС байни ҳолатҳои барвақт ва дер тақрибан баробар буд, 8,97% ҳолатҳо ҳамчун тақроршавии барвақт ва 8,64% ҳамчун тақроршавии дер тасниф карда шуданд.

Дар рафти омӯзиши хусусиятҳои синну сол ва ҷинсии беморони мушоҳидашавандаи гирифтори сил маълум гардид, ки гурӯҳи осебпазиртарин мардони аз 19 то 35 сола буда, беш аз нисфи тамоми ҳолатҳои тақроршавии ин беморӣ ба онҳо рост меояд. Аз ҷумла, дар байни мардони ин синну сол 59,3 фоизи тақроршавии барвақт ва 57,7 фоизи тақроршавии дер ба қайд гирифта шудаанд.

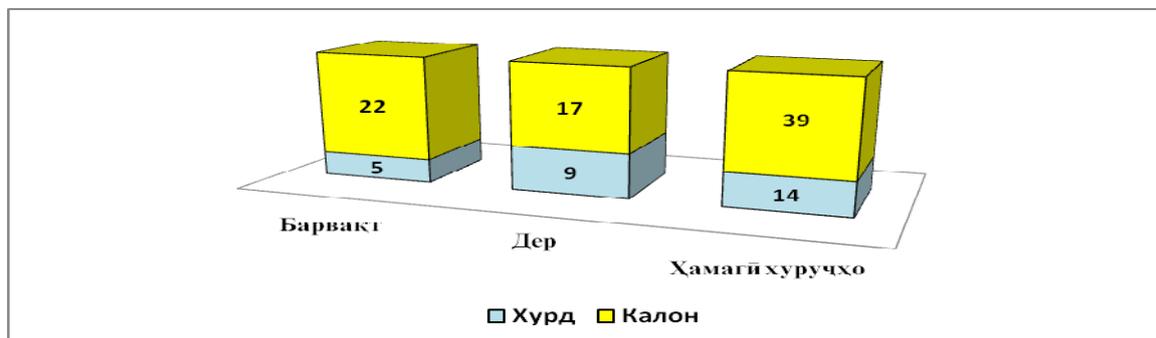
Таҳқиқоти ретроспективии шаклҳои ибтидоии БСШ фарқияти назаррасро дар басомади тақрори ин беморӣ вобаста ба намууди беморӣ нишон дод. Хавфи баландтарини инкишофи ин беморӣ бештар дар байни беморони гирифтори сили судабандӣ- сурохи шуш мушоҳида мешавад: чунин ҳолатҳо 40% (аз 5 ҳолат 2)-ро ташкил медиҳанд. Инчунин муайян карда шуд, ки дар беморони гирифтори бемории сили иртишоҳии шуш шакли аз ҳама маъмултарин буда дар 21,5% ҳолатҳо (аз 209 бемор 45 бемор) сатҳи миёнаи тақроршавии бемориро нишон дод. Дар баробари ин, дар байни беморони гирифтори БСШ паҳншуда хеле кам ба қайд гирифта шудаанд (дар 6,9% ҳолатҳо (аз 87 беморон 6 нафар).

Ин маълумотҳо эҳтимолияти гуногуни пайдоиши тақроршавиро вобаста ба намууди ибтидоии БС шуш нишон медиҳанд. Сили судабандӣ- сурохи шуш, ки бо захмҳои шадидтари бофтаи шуш тавсиф мешавад, дар муқоиса бо шаклҳои дигар хатари бештари тақрорёбиро дорад.

Мувофиқи маълумоти мо, тақроршавии БС аксар вақт бо мавҷудияти тағйироти назарраси ТБПС алоқаманд аст. Чунин тағйирот дар 65,4% ва 81,5% ҳолатҳои тақроршаванда мушоҳида карда шуданд. Ин аз хатари баланди бемории тақроршаванда дар беморони гирифтори тағйироти густурдаи боқимонда дар бофтаи шуш пас аз муолиҷаи сили ибтидоӣ шаҳодат медиҳад.

Илова бар ин, маълум гардид, ки тақроршавии беморӣ, одатан, пас аз табобат барвақттар ба амал меояд, махсусан дар се соли аввал, ки дар он ҷо сатҳи тақроршавӣ то 81,5% буд. Ин маълумотҳо аҳамияти назорати доимӣ ва пайгирии дарозмуддати беморонро дар солҳои аввали пас аз анҷоми табобат, махсусан барои онҳое, ки тағйироти назарраси боқимондаи шуш доранд ва хавфи баланди тақроршавӣ доранд, нишон медиҳанд. Барои пешгирии тақроршавии бемории сил тавсия дода мешавад, ки дар давоми солҳои аввали пас аз анҷоми табобат мониторинги пуршиддат гузаронида шавад. Ин барои сари вақт ошкор ва пешгирии тақроршавии БС ва ба ин васила бештар шудани натиҷаҳои табобат ва сифати зиндагии беморон мусоидат мекунад.

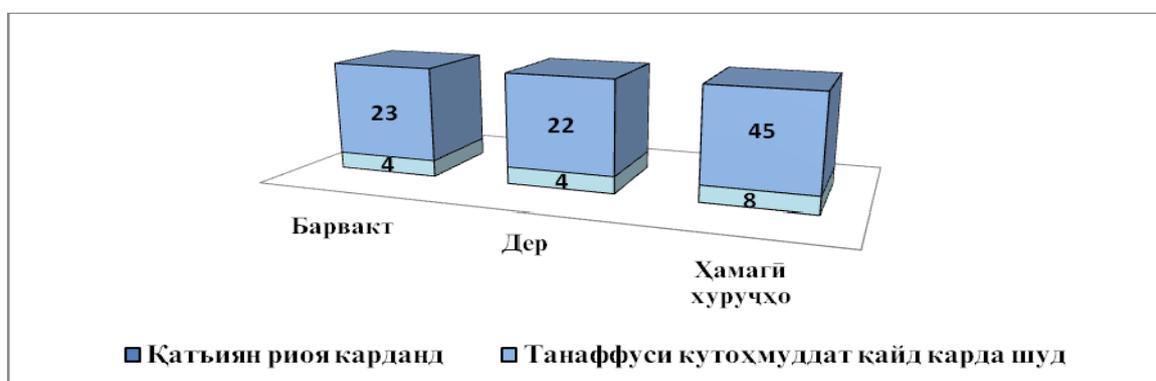
Дар расми 1. Маълумотҳои тасвирӣ оварда шудаанд, ки имкон медиҳанд тақсими шаклҳои клиникии БС ва робитаи онҳо бо басомади ТБПС равшантар дида шаванд.



Расми 1. - Вобастагии инкишофи такроршавии беморӣ ба мавҷудияти тағйироти боқимондаи пас аз сил (ТБПС) дар шуш.

Таҳлили муқоисавии тасвирҳои рентгенӣ ҳангоми гирифтورشавӣ ба БС ва ҳангоми такроршавии беморӣ нишон дод, ки фаъолшавии раванди БС бо тағйироти калони пас аз сил дар 39 нафар аз 53 бемор (73,6% ҳолатҳо) дар ҳамон маконе рух додааст, ки захм мавҷуд буд.

Таҳлили ретроспективии ҳолатҳои такрорӣ БС аз рӯи риояи речаҳои муқарраршудаи химиотерапияи ибтидоӣ дар беморони гирифтори БС шуш тамоюли муҳимро ошкор намуд: дар аксарияти мутлақи ҳолатҳои такроршавӣ (85,2% барвакт ва 84,6% дер), вайронкунии риоя бо речаи тавсияшудаи табобат қайд карда шуданд. Ин қоидавайронкуниҳо бештар ҳангоми қатъи муваққатӣ дар чараёни химиотерапия бо сабабҳои гуногун зоҳир мешуданд (расми 2).



Расми 2. - Вобастагии инкишофи такроршавии беморӣ ба риояи речаи табобат дар беморони гирифтори сили шуш.

Таҳлили басомади пайдоиши патологияҳои ҳамроҳ гузаронида шуд. Тадқиқот оид ба робитаи байни бемориҳои ҳамроҳ ва такрори сил (сил) як қатор намунаҳои ҷолибро ошкор кардааст. Беморони гирифтори сирояти ВНМО ва диабети қанд осебпазиртарин буданд: ҳамаи ҳафт нафар аз ин гурӯҳҳо (се нафари гирифтори ВНМО ва чаҳор нафари гирифтори диабети қанд) такроршавии барвақтро аз сар гузарониданд. Аз 36 беморони гирифтори БОМШ, тақрибан чор се ҳиссаи (71,4%) рушди такрорӣ бемории силро аз сар гузарониданд. Дар баробари ин, ҳамин миқдор беморони БОМШ

такроршавии барвақт (29,6%) ва такроршавии дер (26,9%) доштанд. Бо вучуди ин, бояд қайд кард, ки қисми зиёди беморони БОМШ (58,3%) такрошавироо эҳсос накардаанд. Ҷолиб он аст, ки баъзе ҳолатҳои музмин, аз қабилӣ бемории чигар ва захми меъдаву рӯда, ҳеҷ гуна робита бо такроршавии БС нишон надованд. Дар ягон нафар бемори гирифтори патологияи чигар (6 нафар) ва захми меъдаву рӯда (3 нафар) такроршавии беморӣ мушоҳида нашудааст.

Дар асоси маълумоти пешниҳодшуда, мо метавонем ба хулосае оем, ки эҳтимолияти пайдоиши БС такрорӣ шуш бо як қатор омилҳо зич алоқаманд аст. Аз ҷумла, омилҳои аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим навъи бемории ибтидоӣ, мавҷудияти тағйирот дар шушҳои пас аз БС боқимонда, бемориҳои ҳамзамон ва риояи протоколҳои ибтидоии химиотерапия мебошанд.

Бозгашти БС дар 63,0% ҳолатҳо дар байни беморони гирифтори шакли судабандӣ- сӯрохи шуш мушоҳида шудааст. Дар беморони гирифтори бемориҳои муайяни ҳамшафат низ сатҳи баланди такроршавӣ мушоҳида карда шуд: 100,0% дар беморони гирифтори сирояти ВНМО, 75% - диабети қанд ва 41,7% дар беморони БОМШ. Гузашта аз ин, беш аз 75,8% такроршавии БС дар шахсоне руҳ додааст, ки ба речаҳои тавсияшудаи химиотерапияи ибтидоӣ риоя намекунанд.

Омили муҳимме, ки ба рушди такроршавӣ низ таъсир мерасонад, вазъи иҷтимоии беморон мебошад. Муайян карда шуд, ки ҳамаи беморони гирифтори такроршавӣ дар сатҳи камбизоатӣ қарор доранд. Ин ҷиҳат аҳамияти дастгирии иҷтимоӣ ва дастрасӣ ба хизматрасонии босифати тиббиро дар пешгирӣ ва табобати БС таъкид мекунад.

Таҳлили таносуби робитаи омилҳои ангезанда дар пайдоиши такроршавии бемории сили шуш дар пешгӯӣҳои беморӣ, аз қабилӣ шакли ибтидоии БС шуш, мавҷудияти тағйироти боқимонда дар шуш, муковимати МС ба ДЗС, риояи речаи табобат ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ.

Ҳамин тариқ, таҳлили таносуби робитаи шакли ибтидоии беморӣ ва мавҷудияти ТБПС нишон дод, ки такрори БС шуш дар одамоне, ки дар аввал бо бемории шакли судабандӣ- сӯрохи шуш ва ТБПС-и калон пайдо шудаи сил таҳлил шуда буданд, бештар ба мушоҳида мерасад. Ин такроршавии барвақт тасниф карда шуданд ($r = 0,97$); дар ҳоле ки такроршавии дер дар шахсони алоҳида бо шакли иртишоҳии сили шуш ва ТБПС-и хурд алоқамандӣ доштанд ($r = 0,6$). Ҳангоми БС паҳншуда, дар якҷоягӣ бо ТБПС-и калон ва инкишофи барвақти такрорёбии беморӣ, коэффисиенти коррелятсия боз ҳам пасттар буд ва бо сили паҳншуда, дар якҷоягӣ бо ТБПС-и хурд ва инкишофи дери такроршавии беморӣ, коэффисиенти коррелятсия низ паст буд. .

Натиҷаҳои таҳлили коррелятсионӣ робитаи ҷиддиро байни мавҷудияти ТБПС ва риояи накардани речаи химиотерапияи ибтидоӣ нисбат ба такроршавии БС шуш нишон медиҳанд. Омӯр таносуби баланд ($r=0,9$) байни ин омилҳо нишон медиҳад. Бо вучуди ин, таҳлил ҳеҷ гуна робитаи байни инкишофи такрорёбии барвақт ва дер (ё хеле заиф), шохиси коррелятсияро ошкор накардааст ($r=0.2$). Таҳлили таносуби робитаи байни мавҷудияти тағйироти боқимонда дар шуш пас аз сил ва мавҷудияти патологияҳои ҳамзамон нишон дод, ки такроршавии барвақти БС дар байни беморони гирифтори тағйироти калони боқимондаи шуш пас аз сил ва беморони гирифтори яке аз се бемориҳои

ҳамроҳшаванда ба мушоҳида мерасад: сирояти ВНМО ($r = 1,0$), диабет қанд ($r = 0,4$) ё БОМШ ($r = 1,0$).

Ҳамин тарик, инкишофи такрорёбии БС шуш бо якчанд омилҳои асосӣ, аз ҷумла тағйироти назарраси боқимонда дар шуш пас аз БС, мавҷудияти сили судабандӣ- сӯрохи шуш, вайрон кардани речаи химиотерапияи ибтидоӣ ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ, махсусан ВНМО ва диабет қанд зич алоқаманд аст. Ин омилҳо муттаҳид шуда, эҳтимолияти такрори беморию ба таври назаррас афзоиш медиҳанд ва аҳамияти муносибати ҳамачониба ба табобат ва пешгирии онро таъкид мекунанд.

Хусусиятҳои чараёни такрорёбии беморӣ дар беморони гирифтори бемории сили шуш

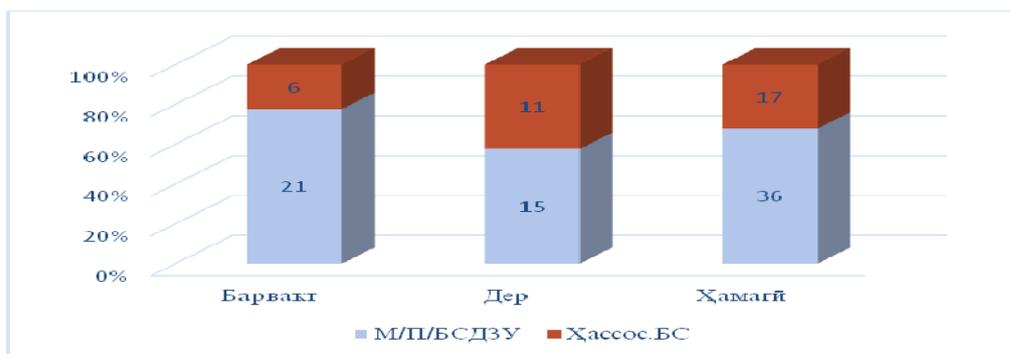
Дар давоми 10 соли мушоҳидаи 301 нафар беморони сил 53 ҳолати такроршавӣ ба қайд гирифта шудааст, ки ин 17,6% аз шумораи умумии мушоҳидашударо ташкил медиҳад.

Дар байни беморони гирифтори такроршавии сил, тақсимооти баробар аз ҷумла 27 нафар беморони такроршавии бармаҳал ва 26 нафари онҳо такроршавии дери беморӣ мушоҳида шуд. Ҳамаи беморони гирифтори такроршавии беморӣ бо ДЗС дар речаҳои стандартӣ таҳти назорати табиби силшинос табобат гирифтанд. Аз 53 нафар беморон танҳо дар 6 нафар (11,3%) чараёни мусоид, дар 17 нафар (32,1%) чараёни суст ва дар 30 нафар (56,6%) чараёни шиддатнок мушоҳида шудааст. Дар аксари беморон такроршавии БС бо аломатҳои шадиди клиникӣ ҳамроҳӣ мекард. Тавре ки мо дар боло зикр кардем, таҳлили муқоисавии тасвирҳои рентгенӣ ҳангоми гирифтورشавии ибтидоии БС ва ҳангоми такроршавии беморӣ муайян намуд, ки фаъолшавии чараёни сил бо тағйироти калони боқимондаи пас аз сил дар 39 нафар аз 53 бемор (73,6% ҳолат) ба назар мерасад. дар ҳамон ҷое, ки осеб дидааст, руҳ додааст.

Тавре ки қаблан зикр гардид, таҳлили тасвирҳои рентгенӣ нишон дод, ки дар 73,6% ҳолатҳо (аз 53 бемор 39 бемор) дубора фаъолшавии раванди сил дар ҳамон минтақаҳои шуш, ки дар он ҷо ТБПС мушоҳида шудааст, ба амал меояд. Дар аксари ҳолатҳои такроршавии беморӣ, ки мо тафтиш кардем (67,9%), устуворнокии МС ба ДЗС муайян карда шудааст, дар ҳоле ки ҳангоми ташҳиси ибтидоии беморӣ танҳо дар 21,6% устуворнокии МС ба доруҳои гуногун ошкор шудааст.

Дар баробари ин, дар 21 бемор такрорёбии беморӣ дар марҳилаҳои аввал ва дар 15 бемор - дар давраҳои пас аз анҷоми табобат инкишоф меёбад (расми 3).

Қариб нисфи беморони гирифтори бемории такроршаванда маълум шуд, ки 21 нафари онҳо (39,6%) аз патологияҳои ҳамроҳ азият мекашанд, ки ба самаранокии табобат таъсири манфӣ мерасонад. Дар байни ҳолатҳои ҳамшафат, маъмултаринаш БОМШ буд, ки дар 28,3% беморон (15 нафар) ташҳис шудааст. Сирояти ВНМО, ки бо таъсири харобиовараш ба системаи масуният маълум аст, дар 5,67% беморони гирифтори такроршавии беморӣ (3 нафар) ошкор шудааст. Диабети қанд, ки ба равандҳои мубодилаи моддаҳо таъсир мерасонад ва метавонад механизмҳои муҳофизати баданро заиф созад, дар 5,67% беморон (3 нафар) бо такрори бемории сил ташҳис шудааст.



Расми 3. - Тақсимоти беморони гирифтори такрорёбии БС вобаста ба устуворнокии МС ба доруҳои зиддисилӣ (%)

Дар 46 (87,8%) беморони гирифтори такрори БС оризаҳои марбут ба бемории асосӣ мушоҳида карда шуданд. Дар байни ин оризаҳо бештар маъмултарин норасоии дилу шуш, ки дар 42,6% ҳолатҳо руҳ медиҳад, инчунин хунравӣ ва хунравии шуш мебошанд, ки дар 45,2% ҳолатҳо ба қайд гирифта шудаанд.

Дар ҳолатҳои такрори БС дар байни бемороне, ки ба ДЗС ҳассос боқӣ мондаанд, тибқи Дастурамали миллӣ речаи стандартии табобат истифода мешуд. Ин чадвал дар 21 бемор истифода шудааст. Табобат бо марҳилаи шиддатнок се моҳ оғоз ёфт, ки дар давоми он ба беморон чор ДЗС таъин карда шуданд: изониазид, рифампицин, пиразинамид ва этамбутол. Пас аз ба итмом расидани марҳилаи шиддатнок, марҳилаи ёрирасони табобат, ки панҷ моҳ давом мекунад, аз ҷумла се дору: изониазид, рифампицин ва этамбутол. Дар ҳолатҳои, ки пас аз марҳилаи семоҳаи интенсивии табобат тоза шудани балғами бемор аз МС мушоҳида нашудааст, давомнокии ин марҳила як моҳи дигар зиёд карда мешавад. Ин ба беморони гирифтори БС дахл дошт, ки ба ДЗС ҳассос буданд.

Барои беморони гирифтори БС ба бисёр доруҳои устувор (БСДЗУ) як речаи дигари табобати миллӣ истифода шуд: 8 моҳи табобати якҷоя (CmPtoCsLfxPasZ) ва пас аз 16 моҳи қабули ProCsLfxPasZ.

Дар ҳолатҳои гирифтори БС ба бисёр доруҳои устувор, речаи табобат доруҳои дараҷаи аввал, ки бар зидди ин штамм самараноканд, дар якҷоягӣ бо ду гурӯҳи доруҳои захиравӣ: аминогликозидҳо (одатан каприомитсин ё амикатсин) ва фторхинолонҳо (левофлоксатсин ё моксифлоксатсин) мансубанд. Ин равиш имкон медиҳад, ки табобат ба хусусиятҳои хоси муқовимати бактерияҳо мутобиқ карда шавад ва эҳтимолияти бомуваффақият муолиҷаи сили такроршавандаро дар беморони гирифтори шаклҳои гуногуни ба доруҳои зиддисилӣ устувор афзоиш диҳад.

Таҳлили маълумот имкон медиҳад, чунин хулоса барорем, ки табобати сил дар байни беморони дорои ҳассосияти МС ба ДЗС хеле самаранок аст. Ин самаранокӣ пас аз 4 моҳи табобат дар ду зергурӯҳи гуногуни беморон арзёбӣ карда шуд. Дар зергурӯҳи беморони аввалин бор гирифтори беморӣ, самаранокии табобат 100,0% буд. Ин ба зергурӯҳи беморони гирифтори такрорёбии БС, ки самаранокии табобат ба 90,5 фоиз расид, низ дахл дорад.

Ҳангоми табобати БС тамоюли ба даст овардани тоза шудани балғам, одатан, дар давоми се моҳи аввали табобат мушоҳида мешавад. Ин аз сама-

ранокии баланди табобат дар марҳилаи ибтидоӣ шаҳодат медиҳад. Илова бар ин, дар зергурӯҳи беморони гирифтори раванди ибтидоии БС дар шуш, аз ҷумла онҳое, ки намудҳои гуногуни муковимат ба доруҳо доштанд, самаранокии табобат низ хеле баланд буд. Дар охири моҳи чоруми табобат, самаранокии 100% буд, бо ҳадди аксар дар охири моҳи сеюм мушоҳида мешавад. Таҳлили самаранокии муолиҷаи бемороне, ки БС ба доруҳои гуногун устувор доранд, вобаста ба хусусияти беморӣ ва таърихи он натиҷаҳои гуногун нишон медиҳад. Дар гурӯҳи беморони гирифтори такроршавии шаклҳои ҳассоси сил шуш, самаранокии табобат дар 88,2% ҳолатҳо ба даст оварда шудааст, ки ба 15 нафар аз 17 беморон рост меояд. Аммо дар байни беморони гирифтори такроршавии шаклҳои устувори сил самаранокии табобат ба таври назаррас паст буда, 69,4% ё 25 нафарро аз 36 беморон ташкил дод. Дар баробари ин, 11 нафар беморони ин гурӯҳ (30,6%) аз рӯйи меъёри қатъ кардани ихроҷи бактерияҳо тавассути кишт дар муҳлати муқарраршуда таъсири мусбати табобат ба даст наоварданд.

Дар доираи таҳқиқот, мо натиҷаи бемориро дар беморони сил пас аз анҷоми курси пурраи химиотерапия таҳлил кардем, ки ҳам беморони гирифтори шаклҳои ҳассоси сил ва ҳам беморони гирифтори моно-(М), поли-(П) ва ба бисёр доруҳо устуворро дар бар мегиранд-(БСДЗУ). Дар ин таҳлил ба натиҷаҳои санҷиши ҳассосияти доруҳо (СХД) диққати махсус дода шуд. Натиҷаҳои табобати беморон дар гурӯҳҳои таҳқиқотӣ нишон медиҳанд, ки натиҷаи бомуваффақияти клиникӣ, рентгенӣ ва бактериологии табобат пас аз анҷоми курси пурраи табобати ДЗС дар байни беморони гирифтори БС ҳассос 97,0% ва самаранокии табобат дар беморони гирифтори шаклҳои БС ба доруҳои зиддисилӣ устувор 76,4 фоизро ташкил дод.

Ҳангоми муолиҷаи БС қайд шудааст, ки марг дар 3,1% беморони гирифтори БС ба бисёр доруҳо устувор ба қайд гирифта шудааст. Ҳамчунин зикр гардид, ки риоя накардани муолиҷа дар 6,5% беморони гирифтори БС ҳассос ва 12,2% беморони шаклҳои вазнинии ин беморӣ мушоҳида шудааст. Илова бар ин, дар як бемори гирифтори БС ҳассос ва дар 18,3% беморони гирифтори шаклҳои ба доруҳо устувори БС ноқомии табобат дар охири курси химиотерапия мушоҳида шудааст. Ин натиҷаҳо аҳамияти мушкilotи риояи речаи муолиҷа ва душвориҳои марбут ба муолиҷаи шаклҳои устувори БС, ки дар ҳар як ҳолати мушаххас тавачҷуҳи иловагӣ ва муносибати фардии табобатро тақозо мекунанд, нишон медиҳанд.

Ҳамин тариқ, хусусиятҳои инкишоф ва рафти такроршавии БС шуш инҳо буданд:

- аз рӯйи басомади инкишоф - дар давоми 10 соли пайгирии сил дар 17,6% ҳолатҳо такроршавии БС шуш ба вучуд омад;
- аз рӯйи вақти пайдоиш - такроршавии барвақт ва дер ин беморӣ тақрибан дар як миқдори ҳолатҳо ба вучуд омадаанд;
- аз рӯйи рафти клиникӣ — рафти мусоиди такроршавии беморӣ танҳо дар 11,3 фоиз чараёни мусоид, рафти суст — 32,1 фоиз ва рафти авҷгиранда — дар 56,6 фоиз мушоҳида карда шуд;
- оғози беморӣ: оғози шадид дар 18,9% беморон, ибтидоӣ шадид дар 81,1% беморон;

- аломатҳо: баландшавии ҳарорати бадан дар 44,9% беморон, аз ҳад зиёд кам шудани вазни - дар 31,5% беморон, афзоиши заифӣ - дар 26,3% беморон, арақкунии шабона - дар 24,7% беморон, тағироти катаралӣ дар шушҳо - дар 44,0% мушоҳида шудааст. беморон. Дар се ду хиссаи беморон мавҷудияти сулфаи тар, дар 47,0% беморон тағйирот дар шумораи хун ва баландшавии СТЭ қайд карда шуд;
- патологияҳои ҳамзамон – сирояти ВНМО дар 3 (5,67%) беморон, БОМШ – дар 15 (28,3%), диабети қанд дар 3 (5,67%) беморон муайян карда шудааст.
- оризаҳои бемории асосӣ (87,8%), ки дар байни онҳо нокомии қалби шуш бештар ташхис шудааст - дар 42,6% ҳолатҳо, хунпартоӣ ва хунравии шуш (45,2% ҳолатҳо).
- мавҷудияти оризаҳо дар вақти такрорёбии беморӣ нисбат ба раванди ибтидоӣ хеле маъмул буд (мутаносибан 32,1% ва 18,6%, $p < 0,01$);
- паҳншавии назарраси раванд дар шуш, мутаносибан, дар 7,55% ва 2,33% ҳолатҳо ($p < 0,01$);
- мавҷудияти сӯрохиҳои пӯсидаи ташаккулёфта - дар 7,55% ва 1,99% ($p < 0,01$);
- мавҷудияти ТБПС;
- дар сурати такрор шудани беморӣ, фаъолшавии раванди БС бо ТБПС дар 73,6% ҳолатҳо дар ҳамон ҷойи осеб ба вучуд омадааст;
- муқовимати МС ба ДЗ дар такрорёбии беморӣ (67,9%) нисбат ба бемории ибтидоӣ (21,6%)
- самаранокии табобати беморон дар зергурӯҳи беморони гирифтори сили такрорӣ шуш дар беморони гирифтори сили ҳассос 88,2%, дар беморони гирифтори намудҳои гуногуни муқовимат ба доруҳо 69,4% ба қайд гирифта шудааст .

Динамикаи тағйирот дар бақайдгирии бемориҳои сил ва басомади такрори ин беморӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2011-2020. Тибқи тарҳрезии кори рисола марҳилаи дуҷуми таҳқиқоти мо таҳлили омори расмӣ бақайдгирии ҳолатҳои БС ва такрори ин беморӣ дар солҳои 2010-2020 (Феҳристи миллии БС) буд.

Таҳлили омори расмӣ дар давоми 11 соли охир тамоюли устувори пастшавии шумораи гирифтори БС нишон медиҳад (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Динамикаи тағйирот ва сохтори ҳолатҳои ба қайд гирифташудаи БС дар 11 соли охир (тибқи омори расмӣ)

Ҳодисаҳои сил	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
умумии сил	7641	7609	6929	6495	6258	6307	6241	6044	5975	5976	4315
Ҳодисаҳои нави сил	6656	6680	6181	5306	5014	5065	5241	5231	5102	5159	3736
Такрорёбии БС	338	355	327	270	790	813	724	678	614	596	388
Ҳодисаҳои пештар муолиҷагирфтаи БС	647	574	421	919	454	429	276	135	248	221	191
БСҲ	7308	7005	6156	5584	5356	5605	5493	5121	5085	5098	3758
БСУ	333	604	773	911	902	702	748	923	890	878	557

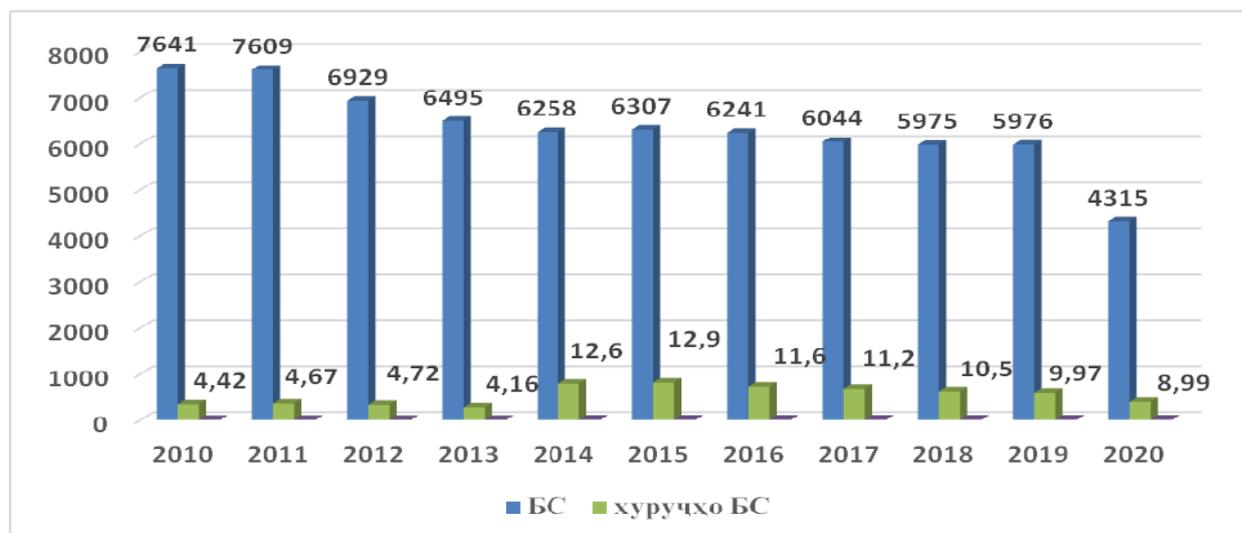
Эзоҳ: Ҷадвал арзишҳои мутлақи ҳолатҳои гузоришшударо медиҳад; БСҲ – БС ба доруҳои зидди сил ҳассос; БСУ -БС сил ба доруҳои зидди сил устувор

Тибки маълумоти дар чадвали 1 овардашуда, шумораи гирифтронии БС аз 7641 дар соли 2010 то 4315 дар соли 2020 коҳиш ёфтааст. Таҳлили муфассали сохтори ҳолатҳои ба қайд гирифташудаи БС нишон дод, ки дар ин коҳиш саҳми асосиро шумораи гирифтронии нави БС мегузорад. Дар давоми 11 соли мавриди баррасӣ динамикаи ошкор намудани такроршавии беморӣ ва ҳодисаҳои такрорӣ БС номунтазам буд: давраҳои якбора зиёдшавии шумораи беморӣ бо давраҳои камшавӣ иваз мешаванд.

Қобили зикр аст, ки тамоюли умумии коҳиши шумораи гирифтронии БС дар гули солҳо бо коҳиши шумораи гирифтронии БС, ки ба ДЗС ҳассос аст, алоқаманд аст. Бо вуҷуди ин, динамикаи тағйиршавии шумораи беморони сил бо ба номувофиқии МС ба ДЗС устувор низ хос аст.

Натиҷаи таҳлили динамикаи тағйиршавии шумораи такрори БС дар 11 соли охир, ки мо гузаронида будем, нишон медиҳад, ки такрори беморӣ ҳар сол бо басомадҳои гуногун ба қайд гирифта мешавад. Фоизи такроршавӣ дар шумораи умумии ҳолатҳои қайдшудаи БС аз 4,16% то 12,9% ва ба ҳисоби миёна 8,70% мебошад (Расми 4).

Минбаъд, мо сохтори синну соли ҷинсӣ ва тақсими ҳолатҳои такроршавии шаклҳои ҳассос (БСХ) ва устувори БС (БСУ) дар минтақаҳои кишвар дар соли 2018 таҳлил кардем. Мо соли 2018-ро тасодуфан интихоб накардаем: пас аз он, пандемияи COVID -19 оғоз шуд ва тамоми омили расмӣ таҳриф шуд ва раванди сабти саривактини ҳолатҳои ошкоршуда низ ҳалалдор шуд.



Расми 4. - Динмикаи тағйирот дар ҳолатҳои такроршавӣ (ба ҳисоби фоиз) нисбат ба шумораи умумии ҳолатҳои ба қайд гирифташудаи БС (ба ҳисоби мутлақ) дар давоми 11 сол

Ҳамин тариқ, дар соли 2018 дар маҷмӯъ 614 ҳолати такрори БС, аз ҷумла 349 (58,4%) дар мардон ва 265 (41,6%) дар занон ба қайд гирифта шуда, бештари гирифтрон дар синни 19-35 сола (40,9%) ошкор шудаанд, баъд - дар синни 51-70-солагӣ (29,6%), баъд аз он гурӯҳи синну соли 36-50-сола (26,1%) ва то 18-сола - 21 ҳолат ё 3,42%. Бозгашти БС бо ҳассосияти нигоҳ дошташуда ба ДЗС дар 290 (47,2%) ҳолат бо муқовимат ба доруҳо дар 324 (52,8%) ҳолат ба БС ошкор карда шудааст. Сохтори тақсими ҳолатҳои такроршавии беморӣ аз рӯи минтақаҳо чунин буд: шумораи бештари ҳолатҳои такроршавӣ дар вилояти Хатлон муайян карда шудааст: дар байни

БС бо ҳассосият ба доруҳои зидди сил 109 (37,6%) муайян карда шудааст. ва сил бо муқовимат ба доруҳо – 132 (40,7%) ҳолат. Дар вилояти Суғд 43 (14,8%) ҳолати гирифторӣ ба БС бо ҳассосият ба ДЗС ва 87 (26,9%) ҳолати муқовимат ба сил муайян карда шудааст. Дар ВМКБ – мутаносибан 68 (23,4%) ва 15 (4,63%) ҳолат, дар НТҚ – 29 (10,0%) ва 55 (17,0%) ҳолат ва дар шаҳри Душанбе – 41 (14,1%) ва 35 (10,8%) ҳолатҳо.

Ҳамин тариқ, таҳлили омили расмӣ дар 11 соли охири коҳиши мунтазами шумораи гирифторони ба қайд гирифташудаи БС-ро нишон дод. Омили асосии ин коҳиш кам шудани шумораи нави гирифторони БС бо ҳассосияти нигоҳ дошташуда ба ДЗС мебошад. Таҳлили мувозии динамикаи шумораи такрори БС пас аз табobati бомуваффақият нишон дод, ки ҳар сол такроршавии беморӣ аз 4,16% то 12,9% аз тамоми ҳолатҳои ба қайд гирифташуда силро ташкил медиҳад. Гузашта аз ин, мушоҳида карда шуд, ки такрорёбии беморӣ бештар дар мардон (58,4%), бахусус дар синни аз 19 то 35-сола ба вучуд омада, дар байни сокинони вилояти Хатлон бештар мушоҳида мешавад.

Роҳҳои такмил додани ташкили пешгирии аз такрори касалии сили шуш.

Дар асоси натиҷаҳои мушоҳидаи 10-солаи 301 беморони гирифтори шаклҳои гуногуни клиникии БС ва мисолҳои дар боло овардашуда мо пешниҳод намудем, ки ба тартиби мавҷудаи назорати диспансерии беморони аз БС сикатёфта тағйирот ворид карда шавад. Дар асоси таҳқиқот Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тартиби ташкили назорати диспансерии шахсони аз БС шифоёфтаҳо таҷдиди назар намуда, ба Роҳнамои миллии идоракуни ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли аз БС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон илова ва тағйироти зерин ворид карда шуд:

1. Дар гурӯҳҳои ба қайд гирифтани назорати диспансерии беморони сил зергурӯҳҳои иловагӣ ҷорӣ карда шудаанд.
2. Барои шахсоне, ки гирифтори БС буда, хавфи такрори ин беморӣ доранд, гурӯҳи нави назорати III ҷорӣ карда шудааст. Ин гурӯҳ ба 2 зергурӯҳ тақсим мешавад:
 - А) мушоҳидаи шахсоне, ки гирифтори БС шуш бо ТБПС-и хурд ва набудани бемориҳои ҳамроҳшаванда;
 - В) мушоҳидаи шахсони гирифтори БС бо ТБПС-и калон ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ ва ё шахсоне, ки бо дигар сабабҳо хавфи такрорёбии дубораи раванди бемории сил доранд. Назорати нокифояи гурӯҳҳои хатари инкишофи БС-и такроршавандаи шуш мавҷудияти на камтар аз се омили зеринро дар бар мегирад: назорати нокифояи ҳангоми муоинаи диспансерӣ, мавҷудияти ТБПС -ва бемориҳои ҳамроҳкунанда, ки рафти бемориро вазнин мекунад.
3. Дар гурӯҳи III мушоҳидаи диспансерӣ вобаста ба андоза, хусусият ва паҳншавии тағйироти боқимонда баъди муолиҷаи БС ё муолиҷаи ҷарроҳӣ 2 зергурӯҳ тағйироти боқимондаи «хурд» ва «калон» пас аз БС шуш муайян карда шуд.
4. Давомнокии муоинаи диспансерӣ барои шахсоне, ки дар шушҳо тағйироти хурди боқимонда доранд - ду сол пас аз динамикаи мусбати устувор дар гурӯҳи III ба қайд гирифташуда муқаррар карда шудааст.
5. Давомнокии муоинаи диспансерӣ барои шахсоне, ки дар шуш тағйироти калони боқимонда доранд - панҷ сол пас аз динамикаи мусбии устувори гурӯҳи III муқаррар карда шудааст; мушоҳидаи минбаъда аз тарафи КНТ алоҳида муқаррар карда мешавад ва дар мавриди зарурӣ тамоми умр гузаронида мешавад.
6. Давраи гузаронидани муоинаи профилактикӣ барои истисно кардани БС фаъоли шуш муайян карда шудааст: барои шахсони дар қайди диспансерӣ дар гурӯҳи I

қарордошта - 2 маротиба дар як сол ва барои шахсони дар гурӯҳи II ва III ба қайд гирифташуда - як маротиба дар як сол.

7. Дар давраи тирамоҳу баҳор баъди тамои кардани курси пурраи химиотерапия гузарондани муолиҷаи зидди тақрорёбии беморӣ .

8. Ин речаи зидди тақроршавии беморӣ ба муддати ду сол муқаррар шудааст, ки дар давоми он бемор 4 курси табобат мегирад: курси думоҳаи изониазид бо рифампитсин Табобат дар фасли баҳор ва тирамоҳ гузаронида мешавад, ки бо давраҳои афзоиши хатари авҷгирии бемориҳои роҳи нафас рост меояд.

Тартиби ташкили назорати диспансерии шахсони гирифтори БС бо фармони Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 28 июни соли 2019 № 461 тасдиқ шудааст. Мо инчунин шаклҳои ҳисоботдиҳиро ҷиҳати ҷамъоварии маълумот оид ба ҳолатҳои тақроршавӣ таҳия ва ҷорӣ намудем

Хулоса

1. Тақроршавии БС ҳангоми мушоҳидаи дурнамои 10-солаи 301 нафар бемороне, ки гирифтори БС шуш буданд, дар 17,6% ҳолатҳо, тақроршавии бармаҳал ва дертари беморӣ тақрибан дар ҳамон миқдор ҳолатҳо ба амал омадаанд, аксар вақт - дар байни мардони синни 19-35 сола, бештар дар байни сокинони вилояти Хатлон; Тибқи оморӣ расмӣ, дар 10 соли охир ҳамасола 4,16-12,9% аз шумораи умумии гирифтори БС ба қайд гирифта шудааст [5-М, 6-М, 7-М, 17-М, 18- М].

2. Шахсоне, ки ба гурӯҳи хавфи инкишофи БС тақрорӣ шуш дохил мешаванд, байни инкишофи БС тақроршаванда ва мавҷудияти ТБПС-и калон, аввал ба шакли судабандӣ-сурохи БС гирифтор буданд, вайрон кардани речаи химиотерапияи ибтидоӣ, робитаи мустақим доранд. бештар дар сурати мавҷудияти муқовимат ба ДЗС ва бемориҳои ҳамроҳикунанда, ба монанди сирояти ВНМО, диабети қанд, БОМШ; Дар байни оризаҳои бемории асосӣ норасоии дил ва шуш бештар ташхис карда мешуд. Ҳангоми тақрор шудани беморӣ, фаъолшавии раванди сил бо ТБПС дар 73,6% ҳолатҳо дар ҳамон ҷойи осеб ба амал меояд [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 8-М, 13-М, 14-М, 15-М, 16-М].

3. Хусусиятҳои ҷараёни клиникии тақрорёбии сили шуш инҳо мебошанд: ҷараёни мусоиди тақроршавии сил танҳо дар 11,3 фоиз, ҷараёни суст — 32,1 фоиз ва ҷараёни авҷгиранда — 56,6 фоиз; паҳншавии назарраси ҷараён дар шуш ва сӯрохиҳои пӯсидаи ташаккулёфта ҳангоми тақроршавии БС шуш нисбат ба раванди ибтидоӣ хеле бештар инкишоф меёбанд. Самаранокии табобат барои беморони гирифтори сили тақрорӣ шуш бо ҳассосият ба доруҳои зидди сил 88,2% ва шаклҳои ба дору устувор 69,4% [2-М, 4-М, 9-М, 10-М, 11-М, 12-М, 17-М, 18-М].

4. Тартиби ташкили муоинаи диспансерии шахсони гирифтори БС бояд муоинаи шахсони гирифтори БС шушро дар бар гирад, ки аз БС табобат ёфтанд бо тағйиротҳои хурди ТБПС ва набудани бемориҳои ҳамроҳшаванда, инчунин мушоҳидаи шахсоне, ки аз БС табобат ёфтанд ва тағйиротҳои калони ТБПС ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳикунанда ё шахсоне, ки бо дигар сабабҳо ба гурӯҳи хавфи тақроршавии раванди БС дохил мешаванд; Давомнокии муоинаи диспансерӣ барои шахсоне, ки дар шушҳо тағйиротҳои хурд ТБПС -ду сол пас аз динамикаи мусбати устувор ва барои шахсоне, ки дар шушҳо тағйиротҳои калон ТБПС доранд - панҷ сол пас аз динамикаи мусбати устувор дар гурӯҳи III бақайдгирӣ муқаррар карда шудааст [1-М, 2-М, 3-М, 4-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Барои пешгирии инкишофи такроршавии БС шуш зарур аст, ки лаҳзаи ибтидоии бемориро ҳарчи зудтар, то пайдо шудани шаклҳои маъмул ва мураккаби сил муайян кард. Барои ин табибони силшинос бояд бо мутахассисони тибби оилавӣ ва пулмонологҳо ҳамкориҳои зич дошта бошанд. Ҳамзамон, ошкоркунии фаъоли гирифтори БС ба танзим дароварда шудааст, ки ҳар рӯз хона ба хона рафтани табиби оилавӣ дар маҳаллаи ба ӯ таъиншударо дар назар дорад.

2. Муҳим аст, ки рафти муолиҷаи эпизоди ибтидоии БС шуш то пурра анҷом ёфтани он назорат карда шавад, ё қатъи муваққатӣ ва вайрон кардани речаи химиотерапия, бахусус дар одамоне, ки ба табобат кам риоя мекунанд, метавонанд ба пайдошавии минбаъдаи такроршавӣ БС шуш мусоидат кунанд.

3. Дар сурати ба вучуд омадани боқимондаҳои хурду калони ТБПС баъди ба охир расидани табобат тартиби нави назорати диспансерии беморони гирифтори БС шушро қатъиян риоя кардан лозим аст.

Дар сурати мавҷудияти устувори аввалияи доруҳои зиддисилӣ бояд як қатор доруҳои ҳассоси зидди силро муайян намуда, ба таври қатъӣ риояи речаҳои табобатии аз ҷониби ТУТ тавсияшуда ва дар “Дастурамал оид ба идоракунии шаклҳои ба дору тобовари бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон” (2021). нишондодашуда истифода бурдан лозим аст.

5. Ҳангоми мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳикунанда, аз қабилҳои сирояти ВНМО, диабет қанд, БОМШ ё мушкилии бемории асосӣ, аз қабилҳои норасоии дилу шуш тавсия дода мешавад, ки табобати амбулаторӣ рад карда, бемор дар беморхонаи сил бистарӣ карда шавад.

6. Қоидаҳои тартиби нави ташкили мушоҳидаи диспансерии шахсони аз бемории сил шифоёфтаре, ки дар “Дастурамал оид ба мубориза бар зидди бемории сил” (2019) тасдиқ шудааст, қатъиян риоя кардан зарур аст, ки тибқи он иловаҳо ва тағйироти зерин ворид карда шудаанд: - Барои шахсоне, ки аз бемории сил шифо ёфтаанд, бо хавфи баланди такроршавии ин беморӣ гурӯҳи III сабти назоратӣ қорӣ карда шудааст; Ин гурӯҳ ба 2 зергурӯҳ ҷудо мешавад: а) мушоҳидаи шахсоне, ки гирифтори бемории сили шуш бо тағйироти ночизи боқимондаи пас аз сил ва мавҷуд набудани бемориҳои ҳамзамон; б) мушоҳидаи шахсони гирифтори бемории сил бо тағйиротҳои калони боқимондаи пас аз сил ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ ё шахсоне, ки бо дигар сабабҳо хавфи инкишофи раванди бемории силро доранд; муҳлати мушоҳидаи диспансерӣ барои шахсоне, ки дар шуш тағйироти боқимондаи хурд доранд - ду сол пас аз динамикаи мусбии устувор ва барои шахсоне, ки дар шуш тағйироти калони боқимонда доранд - панҷ сол пас аз динамикаи мусбии муътадил дар гурӯҳи III ҳисобот муқаррар карда шудааст; мушоҳидаи минбаъда аз тарафи ВКК алоҳида муқаррар карда мешавад ва дар мавридҳои зарурӣ тамоми умр гузаронида мешавад; басомади гузаронидани муоинаи профилактикӣ барои истисно кардани бемории сили фаъоли шуш муқаррар карда шудааст, ки барои шахсони дар қайди диспансерӣ дар гурӯҳи I қарордошта — 2 маротиба дар як сол ва барои шахсони дар гурӯҳҳои II ва III ба қайд гирифташуда — сола як маротиба; Дар амал гузаронидани муолиҷаи зидди хуруҷи беморӣ тирамоҳӣ-бахорӣ баъди ба охир расидани курси пурраи табобат, ки ду сол давом мекунанд, ва дар давоми он бемор 4 курси табобат мегирад: курси думоҳаи изониазид бо рифампитсин дар фасли баҳор. ва тирамоҳ хангоми бақайдгирии гурӯҳи I.

**Интишорот аз руйи мавзуи диссертатсия
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризишаванда**

- 1-М. Укуматшоева, Л. Ш. Сложный диагностический случай туберкулёза [Текст] / У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева, К.И. Пиров, Б.П. Шарипов // Вестник Авиценны. - 2014. - №2. - С. 135-138.
- 2-М. Укуматшоева, Л. Ш. Сохтори сили кӯдакон дар назари муқоисавӣ барои беҳтар намудани ваъзияти эпидемиологӣ [Текст] / У.Ю. Сироджиддинова, А.Б. Сангинов, Л.Ш. Укуматшоева // Авджи Зухал. – 2016. - №2. - С. 60-64.
- 3-М Укуматшоева, Л. Ш. Эффективность выявления случаев туберкулёза среди населения г. Душанбе РТ [Текст] / О.И. Бобоходжаев, С.П. Алиев, И.С. Махмудзода, Ф.О. Мирзоева, Л.Ш. Укуматшоева, С.Р. Мирзоева // Вестник Авиценны. - 2018. - №4(20). - С. 427-430.
- 4-М. Укуматшоева, Л. Ш. Распространённость туберкулёза среди работников медицинских учреждений Республики Таджикистан [Текст] / С.Дж. Юсуфи, З.Т. Авгонов, С.С. Сатторов, А.С. Раджабзода, Л.Ш. Укуматшоева, Н.С. Одинаев // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. -№4. - С.71-75.
- 5-М. Укуматшоева, Л. Ш. Отдалённые результаты 10-летнего наблюдения за вылеченными случаями туберкулёза лёгких [Текст] // Симург. - 2022. - №13(1). - С. 120-125.
- 6-М Укуматшоева, Л. Ш. Динамика изменений числа рецидивов по отношению к общему числу зарегистрированных случаев туберкулёза за 2011-2020 годы [Текст] / О.И. Бобоходжаев, Б.Г. Муминзода, Л.Ш. Укуматшоева, П.У. Махмудова // Здравоохранение Таджикистана. – 2023. - №1(356). - С. 13-18.
- 7-М Укуматшоева, Л.Ш. Рецидивы туберкулёза [Текст] /Л.Ш.Укуматшоева //Здравоохранение Таджикистана. – 2024. - №1. (360). -С. 95-101.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмауаҳои маводи конференсияҳо нашршуда

- 8-М Укуматшоева Л. Ш. Рецидивы туберкулёза лёгких / Л.Ш. Укуматшоева, У.Ю. Сироджиддинова, А.Б. Сангинов, О.И. Бобоходжаев // В материалах 64-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. -Душанбе. - 2016. – С. 138-139.
- 9-М Укуматшоева Л. Ш. (научн.рук.) Табобати сили пардаҳои мағзи сар хангоми сари вақт дарёфт кардани беморӣ / У.И. Розиков, У.Т. Амонов // Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, посвящённой годам развития села, туризма и народных ремёсел. -Душанбе. - 2018. - С. 83.
- 10-М Укуматшоева Л. Ш. Анализ структуры клинических форм туберкулёза у больных детей, госпитализированных в детскую туберкулёзную больницу г. Душанбе [Текст] / Л.Ш. Укуматшоева, С.Р. Юсупова // Журнал «Каломи табиб». -Душанбе. - 2018. - С. 19-20.
- 11-М Укуматшоева Л. Ш. Динамика структуры клинических форм туберкулёза у детей, госпитализированных в детскую туберкулёзную больницу г. Душанбе / У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы 66-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Душанбе. - 2018. - С. 553.
- 12-М Укуматшоева Л. Ш. Анализ выявления случаев туберкулёза в Республике Таджикистан / У.Ю. Сироджиддинова, О.И. Бобоходжаев, Л.Ш. Укуматшоева, Ф.О. Мирзоева // Материалы 66-й годичной научно-практической конференции с междуна-

- родным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Душанбе. - 2018. - С. 427-428.
- 13-М Укуматшоева Л. Ш. Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики больных с плевритом неясной этиологии / А.Б. Сангинов, О.Х. Салихов, Н.Н. Нурулхаков, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы 67-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино. -Душанбе. - 2019. - С. 186-189.
- 14-М Укуматшоева Л. Ш. Влияние медико-социальных факторов риска развития туберкулёза на доступность к медицинским услугам среди молодёжи в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, И.С. Махмудзода, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы 68-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой годам развития села, туризма и народных ремёсел. -Душанбе. - 2020. - С. 48-49.
- 15-М Укуматшоева Л. Ш. Особенности течения туберкулёза лёгких среди сельских и городских жителей Республики Таджикистан // Материалы 69-й годичной научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел. -Душанбе. - 2021. - Т.1. - С. 211-212.
- 16-М Укуматшоева Л.Ш. Реактивация туберкулёзного процесса /О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева // Материалы научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (70-я годичная) «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием. -2022. - Т.2. - С.257-258.
- 17-М Укуматшоева Л. Ш. Отдалённые результаты наблюдения за рецидивами туберкулёза в Республике Таджикистан / Л.Ш. Укуматшоева, Б.П. Пирмахмадзода // В мат. 10-го Регионального симпозиума по вопросам лечения туберкулёза в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) «Научный прорыв: решение проблемы лекарственно-устойчивого туберкулёза в наших руках». -Душанбе, 3-4 мая 2023 г. - С. 77-80.
- 18-М Укуматшоева, Л. Ш. Закономерности возникновения рецидивов туберкулёза лёгких в Республике Таджикистан за последние 11 лет [Текст] / Бобоходжаев О.И., Укуматшоева Л.Ш., Сироджиддинова У.Ю., Курбоналиева Т.М. // В мат. ежегодной III научно-практической конф. с международным участием «Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в Республике Таджикистан». -Душанбе, 22-23 сентября 2023 г. - Приложение к научно-практическому журналу «Вестник медико-социального института Таджикистана». – 2023. - №3. - С.34-35.

Рӯйхати ихтисорот ва аломатҳо

МС	– микобактерияи сил
БСДЗУ	– бемории сили ба доруҳои зиддисилӣ устувор
ДЗС	– доруҳои зидди сил
ТБПС	– тағйироти боқимондаи пас аз сил дар шуш
БС	– бемории сил
БОМШ	– бемории обструктивии музмини шушҳо
ВНМО	– вируси норасогии масунияти одам

Аннотация

автореферата диссертации Укуматшоевой Лаълбегим Шозодаевны на тему «Отдалённые результаты наблюдения за рецидивами туберкулёзного процесса и организация противорецидивной помощи в Республике Таджикистан»

Ключевые слова: туберкулёз, ранние рецидивы, поздние рецидивы, группы риска, противорецидивное лечение, лекарственная устойчивость, исходы лечения

Цель работы. Изучить частоту, сроки возникновения, причины и особенности течения реактивации туберкулезного процесса в Республике Таджикистан и поиск путей совершенствования организации оказания противорецидивной помощи больным, перенесшим туберкулёз лёгких.

Материал и методы исследования. В ходе десятилетнего наблюдения за больными туберкулезом легких, рецидивы заболевания не были зафиксированы у 248 из 301 пациента, что составляет 82,4% всех случаев.

Использовался комплекс клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования

Полученные результаты и их новизна. Рецидивы туберкулеза при проспективном 10-летнем наблюдении за 301 больным, перенесшими туберкулёз лёгких развивались в 17,6 % случаях, ранние и поздние рецидивы заболевания возникали примерно в одинаковом числе случаев, чаще - у мужчин в возрастной группе 19-35 лет, чаще - у жителей Хатлонской области; по данным официальной статистики за последние 10 лет ежегодно регистрируются в 4,16%-12,9% случаев от общего числа зарегистрированных случаев туберкулеза. Лица, включенные в группу риска по развитию рецидива туберкулеза лёгких имеют прямую корреляционную зависимость развития рецидивов туберкулеза от наличия больших остаточных посттуберкулёзных изменений в лёгких, первоначально перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза лёгких, нарушений режимов первичной химиотерапии, чаще при наличии лекарственной устойчивости к ПТП и сопутствующих заболеваниям, таких как ВИЧ-инфицированность, сахарный диабет, ХОБЛ; среди осложнений основного заболевания чаще диагностировались легочно-сердечная недостаточность. Эффективность лечения больных с рецидивами туберкулеза лёгких с сохраненной чувствительностью к ПТП составляет 88,2%, а при лекарственно устойчивых формах - в 69,4%.

Рекомендации по использованию: для профилактики развития рецидивов туберкулеза лёгких важно максимально раньше выявить первичный эпизод заболевания, до возникновения распространенных и осложненных форм туберкулеза

Область применения: фтизиатрия

Аннотатсия
автореферати диссертатсии Укуматшоева Лаълбегим Шозодаевна дар
мавзӯи «Натиҷаи дури назорати такрорёбии раванди сил ва ташкили
ёрии зидди такрорёби дар Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Калиди вожаҳо: сил, такрорёбии барвақт, такрорёбии дер, гуруҳҳои хавф, таъбаоти зидди такроршавии беморӣ, муқовимат ба доруҳо, натиҷаи таъбаот.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши басомад, мӯҳлатҳои пайдоиш, сабабҳо ва хусусиятҳои ҷараёни дубора ғаъол шудани раванди бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ҷустуҷуи роҳҳои беҳтар намудани ташкили ёрии зидди такроршавии беморӣ ба беморони гирифтори бемории сили шуш.

Усулҳои таҳқиқот: Дар давоми даҳсолаи мушоҳидаи беморони сили шуш аз 301 нафар беморон дар 248 нафар, ки 82,4 ғоизи тамоми беморихоро ташкил медиҳад, тақрори ин беморӣ ба қайд гирифта нашудааст Комплекси усулҳои тадқиқоти клиникӣ, инструменталӣ ва лабораторӣ истифода бурда шуд

Натиҷаҳои басомад ва навгонии онҳо: Бозгашти бемории сил дар давоми 10-солаи мушоҳидаи проспективии 301 нафар беморони гирифтори бемории сили шуш дар 17,6%, такрорёбии барвақт ва дертари ин бемори тақрибан дар ҳамин миқдор мавридҳо рух додаанд, бештар - дар байни мардони синну соли 19-35 сола, бештар - дар байни сокинони вилояти Хатлон; тибқи омили расмӣ, 10 соли охир ҳамасола 4,16-12,9% аз шумораи умумии гирифтори бемории сил ба қайд гирифта шудааст. Шахсон, ки ба гурӯҳи хавфи инкишофи бемории сили тақрорӣ шуш дохил мешаванд, байни рушди бемории сили тақроршаванда ва мавҷудияти тағйироти калони пас аз сил дар шушҳо, ки дар аввал бемории сили судабандӣ-сурохи ковокидори шуш доштанд, ва ба вайрон кардани речаи химиотерапияи ибтидоӣ роҳ доданд, робитаи мустақим доранд, бештар дар сурати мавҷуд будани муқовимат ба доруҳо ба доруҳои зиддисилӣ ва беморихоӣ ҳамроҳ, аз қабили сирояти ВНО, диабетӣ қанд, БОМШ; Дар байни оризаҳои бемории асосӣ норасоии кори дилу шуш бештар ташхис карда мешуд. Самаранокии таъбаот барои беморони гирифтори тақроршавии сили шуш бо ҳассосият ба доруҳои зидди силӣ 88,2% ва шаклҳои ба дору устувор 69,4% мебошад.

Тавсияҳо оид ба истифода: Барои пешгирии инкишофи дубора ғаъол шудани сили шуш муҳим аст, ки эпизоди ибтидоии бемориро ҳарчи зудтар, то пайдоиши шаклҳои паҳншуда ва вазнини сил муайян кард.

Соҳаи истифода: силшиносӣ

Annotation

on the abstract of the dissertation of Ukumatshoeva Lalbegim Shozodaevna on the topic “Long-term results of monitoring relapses of the tuberculosis process and the organization of anti-relapse care in the Republic of Tajikistan”

Key words: tuberculosis, early relapses, late relapses, risk groups, anti-relapse treatment, drug resistance, treatment outcomes

Purpose of the work: To study the frequency, timing of occurrence, causes and features of the course of reactivation of the tuberculosis process in the Republic of Tajikistan and the search for ways to improve the organization of provision of anti-relapse care to patients who have had pulmonary tuberculosis.

Research methods: During a ten-year observation of patients with pulmonary tuberculosis, relapses of the disease were not recorded in 248 out of 301 patients, which is 82.4% of all cases.

A complex of clinical, instrumental and laboratory research methods was used to establish a diagnosis.

The results obtained and their novelty: Relapses of tuberculosis during a prospective 10-year observation of 301 patients who had suffered pulmonary tuberculosis developed in 17.6% of cases, early and late relapses of the disease occurred in approximately the same number of cases, more often in men in the age group 19-35 years, more often in residents of Khatlon region; According to official statistics, over the past 10 years, 4.16%-12.9% of the total number of registered cases of tuberculosis are registered annually. Persons included in the risk group for the development of recurrent pulmonary tuberculosis have a direct correlation between the development of recurrent tuberculosis and the presence of large residual post-tuberculosis changes in the lungs, initially suffered from fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis, violations of primary chemotherapy regimens, more often in the presence of drug resistance to anti-TB drugs and concomitant diseases, such as HIV infection, diabetes mellitus, COPD; Among complications of the underlying disease, pulmonary heart failure was more often diagnosed. The effectiveness of treatment for patients with relapses of pulmonary tuberculosis with preserved sensitivity to anti-TB drugs is 88.2%, and for drug-resistant forms - 69.4%.

Recommendations for use: to prevent the development of relapses of pulmonary tuberculosis, it is important to identify the primary episode of the disease as early as possible, before the occurrence of widespread and complicated forms of tuberculosis.

Application area: phthisiology