

**МДТ "ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НО-  
МИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО"**

**УДК: 616.5-003.82985-053.6**

**ГАДОЕВ МАЪРУФ АҲМАДОВИЧ**

**ХУСУСИЯТҶОИ КЛИНИКӢ -ЛАБОРАТОРӢ ВА ТАКМИЛИ МУОЛИҶАИ  
БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ СИРОЯТҶОИ БО РОҶИ АЛОҶАИ ЧИНСӢ ГУ-  
ЗРАНДА ДАР ЯКҶОЯГӢ БО СИЛИ ШУШ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии

номзади илмҶои тиб

аз рӯйи ихтисоси

**14.01.10 - БемориҶои пӯсту зуҳравӢ**

**Душанбе – 2022**

Тадқиқот дар кафедраи дерматовенерологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ Ибни Сино» гузаронида шуд.

**Роҳбари илмӣ:** Саидзода Баҳромуддин Икром – номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:** Қосимов Олим Исмоилович - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии ҚТ»

Юсупҷонова Ҷемма Махаматҷонова- номзади илмҳои тиб, духтури силшиноси Муассисаи давлатии «Маркази Ҷумҳуриявии ҳимояи аҳоли аз бемории сил»

**Муассисаи тақриздиханда:** Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Ҳимояи диссертатсия « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ с. 2022, соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D КОА-008 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992 918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ с. 2022 ирсол гардид

**Котиби илмии  
Шӯрои диссертатсионӣ  
н.и.т., дотсент**

**Ҷамолова Р.Ҷ.**

### Муқаддима

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

Тибқи маълумоти адабиётҳо дар гурӯҳи беморони аз 15 то 24 сола омезиши сирояти сил ва сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ошкор карда шудааст, ки зимнан дар тӯли 5 соли охир шумораи беморони сили синнусоли то 25-сола бори аввал зиёд шудааст [Кулчавеня Е.В. ва муаллифон, 2013; Шилова М.В., 2014; Уртенев Р.Х. ва дигарон, 2015]. Ин вазъиятро асосан талаботҳои физиологияи ҷавонон, ки онҳо низ аксар вақт ба сирояти бемории сил гирифтोरанд, ба вучуд овардааст. Муаллифон боварӣ доранд, ки синну соли ҷавонӣ омилҳои номусоиди афзоиши бемории сил мебошад, хусусан дар байни занон, ки солҳои охир бемории сили шуш дар байни онҳо 35,2% афзудааст [Дробот Н.Н. ва диг., 2013; Шилова М.В., 2014]. Дар анамнези 24,0% занони гирифтори сили фаъоли шуш сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ошкор карда шудааст [Бекмухамбетова Н.В.; Мордик А.В., 2015]. Дар таҳқиқоти баъзе муаллифон маълум карда шуд, ки дар беморони гирифтори шаклҳои харобиовари сили шуш дар 73% ҳолатҳо сироятҳои хламидиявӣ ва микоплазма ошкор карда шудаанд [Кубанова А.А., 2012; Кравченко Е.Н.2015; Ориф Н., 2017]. Ҳамзамон, натиҷаҳои гузаронидани курси муолиҷаи заминавии резонансӣ дар ин беморон ҷиҳати бартарафсозии сирояти хламидиявӣ самаранокии муолиҷаи комплекси сили шушро то 89,1% боло бурдааст [Кубанова А.А., 2012; Мавров Г.И. ва диг., 2014; Лазаренко Л. ва дигарон, 2015].

Маълум аст, ки сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда боиси вайроншавии низоми иммунӣ мегарданд ва ба ин раванд вайроншавиҳо ҳам дар сатҳи маҳаллӣ ва ҳам дар сатҳи системавӣ ҳамроҳ мешаванд [Штиль О.О., 2010; Vanchegeau J. И., 2012]. Дар беморони гирифтори сили шуш бошад, ин сироятҳо дар заминаи норасоии дуомдараҷаи масунӣ ва функционалии ҳуҷайраҳои иммунокомпетентӣ ба амал меоянд [Мордвинов В.А. ва диг., 2009; Перепанова Т.С., 2013]. Дар робита бо вайроншавиҳои возеҳи ошкоршуда дар

системаи масунияти хучайрагӣ ва гуморалӣ, барои беморони сили шуш муолиҷаи иммуномодуль бо доруҳои Т-активин, тималин, тимактин пешбинӣ мегардад, ки бо чунин таъсири манфӣ, ба монанди захролудӣ, мавҷудияти хосиятҳои антигенӣ ва реаксияҳои аллергиявӣ фарқ карда меистанд [Пострелко М.Д., 2012; Правада Н.С. ва дигарон, 2013].

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

Ҳамин тариқ, сили шуш ва сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда беморҳои сироятии дорои роҳҳои гуногуни гузариш, вале хусусиятҳои яхелаи эпидемиологӣ мебошанд, яъне дар байни гурӯҳҳои шабеҳи аҳоли, дар байни табақаҳои муайяни тиббӣ - иҷтимоии ҷомеа - дар байни ҷавонон паҳн шуда, боиси мушкилоти системаҳои репродуктивӣ мегарданд. Илова бар ин, саволҳои бахшнок вучуд доранд, ки оё сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи муолиҷаи химиявӣ, ки барои сили роҳи нафас гузаронида мешавад, табобат меёбад? [Асхаков М.С., 2011; Вялов С.С., 2012; Васильева И.А., 2014; Венгеренко М.Е. ва дигарон., 2018;]. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тадқиқотҳо оид ба омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва табобати сироятҳои урогениталӣ дар заминаи норасоии масуният, ки аз сили шуш ба вучуд омадаанд, гузаронида нашудаанд. Дар робита бо гуфтаҳои боло, муобрамияти ин самт барои таҳқиқоти номбурда заминаи асосӣ гардид.

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

Новобаста аз корҳои зиёди илмӣ дар ин мавзӯ, масъалаҳои зухуроти клиникӣ ва лаборатории сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ва хусусиятҳои вайроншавии масуният дар беморони гирифтори сили шуш ҳалношуда боқӣ мондаанд.

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

#### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

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

#### **Вазифаҳои тадқиқот:**

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

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

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

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Бори аввал дар Тоҷикистон зухуроти клиникӣ ва лаборатории сироятҳои урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш омӯхта шуданд. Исбот шудааст, ки сироятҳои урогениталӣ тавассути беморони гирифтори сили шуш дар синну соли репродуктивӣ нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталии бе сироятҳои ҳамроҳшудаи сил 1,9 маротиба зиёдтаранд (54,1% ва 35,6% ҳолатҳо). Муайян карда шуд, ки дар беморони сили шуш сироятҳои урогениталӣ дар 100 ҳолат (74,1%) ба шакли сироятҳои омехта намояндагӣ мекунанд, ки дар 55% -и ҳолатҳо хламидиоз ва дар 115 (85,2%) ҷараёни музмин характернок мебошад. Муайян карда шуд, ки дар 38 (46,9%) мардони гирифтори сили шуш сироятҳои урогениталӣ тавассути илтиҳоби ғадуди простата ва дар 21 (38,9%) занон тавассути салпингофорит мураккаб мешаванд. Исбот карда шудааст, ки дар беморони сили шуш сироятҳои урогениталӣ дар 88 ҳолат (65,2%) дар заминаи

вайроншавии системаи интерлейкин чараён мегиранд. Муайян карда шуд, ки истифодаи Азитромитсин ва Тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи зиддисилии антибактериалӣ 1,7 маротиба нисбат ба истифодаи набурдани Тимогар (19 (31,7%) муқобили 11 (18,3%) ҳолат) бештар ба таъбири муваффақонаи клиникӣ бурда мерасонад.

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

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

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда**

1. Дар беморони гирифтори сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар синнусоли репродуктивии ҷавон нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталии бе сирояти ҳамроҳшудаи сил 1,9 маротиба зиёдтар мушоҳида мешавад (54,1% нисбат ба 35,6% ҳолатҳо).
2. Дар заминаи сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 100 ҳолат (74,1%) дар шакли сирояти омехта чараён мегирад, ки дар 55% ҳолатҳо онро хламидиоз намоёндагӣ мекунад.
3. Тасвири клиникӣ сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш дар 115 (85,2%) ҳолатҳо чараёни музмин дорад, ки дар беморони сили якҷояшудаи шуш нисбат ба беморони бе сили ҳамроҳшуда 1,9 маротиба (115 (85,2%) муқобили 41 (45,6%) бештар аст. Дар беморони сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар мардон нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ, ки бемории сил надоранд, 2,2 маротиба зиёдтар аст. Онҳо бо илтиҳоби ғадуди простата (38 (46,9%) дар муқоиса бо 11 (21,2%) ҳолатҳо ва дар занон 3,7 маротиба зиёдтар - салпингоофорит (21 (38,9%) нисбат ба 4 ҳолат (10,5%) бештар гирифтдор мешаванд.
4. Дар беморони гирифтори сили шуш сироятҳои урогениталӣ дар заминаи камшудани механизмҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии ҷавоби иммунӣ 1,2 маротиба зиёдтар рух медиҳанд. Вайроншавиҳои системаи интерлейкин дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш нисбат ба беморони бе ҳамбастагии сил 1,2 маротиба зиёдтар (88 (65,2%) нисбат ба 50 (55,6%)) ба назар мерасад ва дар сироятҳои омехта бошад

нисбат ба моноинфексияҳо ин вайроншавиҳо 2 маротиба бештар дар 66 (48,9%) нисбат ба 22 (25,0%) ҳолатҳо мушоҳида мегарданд.

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

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Натиҷаҳои бадастомада бо маълумотҳои эътимоднок, ҳаҷми кофии маводи тадқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ карда мешаванд. Хулосаҳо ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои ташҳиси беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ дар якҷоягӣ бо сили шуши бидуни сироятҳои ҳамроҳшудаи сил асос ёфтааст.

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

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

**Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои таҳқиқот дар Конферонсҳои IV ва V - уми солони ҷумҳуриявӣ илмӣ-амалии муассисаи давлатии таълимии «Коллеҷи тиббии Ҷумҳуриявӣ» (Душанбе 2017, 2018) ва 66-умин конференсияи солони байналмилалӣ илмию амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (Душанбе 2018), чаласаи байникафедравӣ комиссияи проблемавӣ оид ба фанҳои муолиҷавӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (18.09.2021, №2), XXXVI – умин конферонси илми амалии “Хониши Раҳмоновӣ” (Москва 2019) пешниҳод ва мавриди муҳокима қарор гирифтанд.

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

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

#### **Мундариҷаи тадқиқот**

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқот 135 беморони гирифтори сили шуш ва сироятҳои ҳамроҳи урогениталиро дар бар мегирифт, ки гурӯҳи асосиро ташкил медоданд. Гурӯҳи назоратиро 90 нафар беморони гирифтори сироятҳои урогенитали ташкил медод, ки гирифтори сили шуш набуданд. Дар ҳар ду гурӯҳ ҳамагӣ 133 мард ва 92 зан таҳти мушоҳида қарор доштанд. Меъёрҳои шомил кардани беморон ба гурӯҳи асосӣ инҳо буданд: сили тасдиқшудаи шуш; давомнокии химиотерапияи зидди сил на камтар аз 1 моҳ; шикоятҳо аз системаи урогенитали; синну соли 20-40; розигии бемор барои иштирок дар тадқиқот.

Муоина истифодаи усулҳои тадқиқоти клиникӣ ва радиологӣ, бактериологӣ, биохимиявӣ ва асбобиро дар бар гирифт. Муоинаи рентгенологӣ аз муоинаи умумии рентгении узвҳои қафаси сина дар проексияҳои фронталӣ ва паҳлӯӣ иборат буд. Барои ошкор кардани бемории микобактерияҳои сил (МБС), асбоби таҳлилгрии РЗП GeneXpert истифода шуд; антигенҳои *chlamidia trachomatis* тавассути иммунофлуоресценсияи мустақим (ИФМ), инчунин бо реаксияи занҷири полимеразӣ (РЗП) муайян карда шуданд. Ҳангоми муайян кардани ангебандаҳои уреоплазмоз ва микоплазмоз, усули бевоситаи иммунофлуоресценсияи мустақим, усули таҳлили реаксияи занҷири полимеразии (РЗП), инчунин кишти бактериологӣ истифода шуданд. Арзёбии вазъи иммунитет бо усули иммунофлуоресценсияи "Статус" бо истифода аз антителаҳои моно- ва поликлоналі амалӣ карда шуд. Барои муайян кардани миқдори иммуноглобулинҳои А, М, G ва E дар хуноба усули иммуноферментии Ю.А. Гриневич ва А.И. Алферов (1981), барои муайян кардани миқдори фагоситарӣ (МФ) ва фаъолнокии фагоситарии ҳуҷайраҳои лейкоцитарӣ (ФФҲЛ) усули Ҳ.А. Парк (1972) истифода гардид. Барои муайян кардани сатҳи интерлейкинҳои илтиҳобовар (ИЛ-1β, ИЛ- 6, ИЛ-8, ва омили некрози α) ва зидди илтиҳобӣ (интерлейкинҳои ИЛ- 4, ИЛ-10) дар зардоби хун усули ТИФ бо истифода аз тест-системаи таҳлисии "ИФА-БЕСТ" истифода шудааст. Ҳангоми арзёбии вазнинии осеби илтиҳобии ғадуди простата, системаи байналмилалии арзёбии маҷмуии зухуроти клиникӣ ҳангоми патологияи ғадуди простата - IPSS риоя карда шуд; ҳангоми арзёбии сифати зиндагии мардони гирифтори илтиҳоби ғадуди простата индекси QOL истифода шудааст; усули таҳлиси ултрасадоӣ дар дастгоҳи "Sonoace" 7700 ва "Scanner" 200 гузаронида шуд.

Таҳлили омории натиҷаҳои гирифташуда бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) гузаронида шуд. Барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ, арзиши миёнаи онҳо ва ҳаттои стандартӣ ( $M \pm m$ ) ҳисоб карда шуданд. Ҳангоми муқоиса байни ду гурӯҳи миқдорӣ, ки ба ҳам алоқаманд нестанд, U-меъёри Манн-

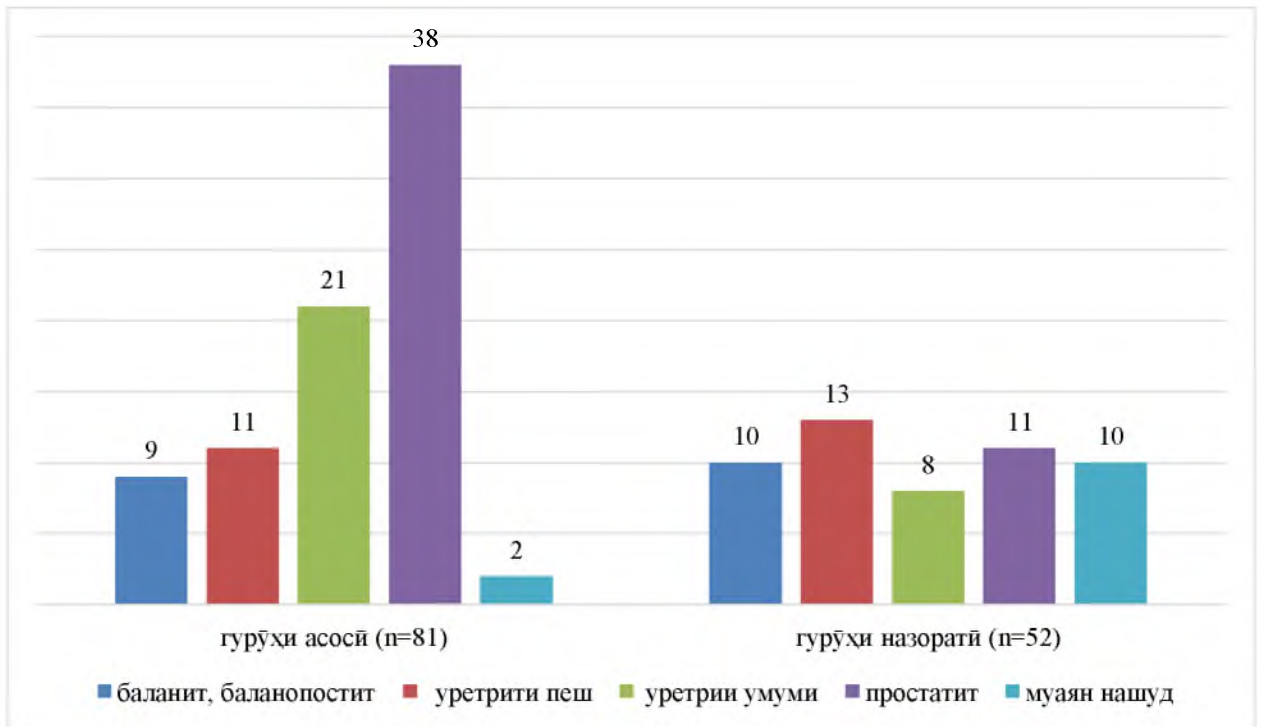


Уитни, барои муқоисаи байни се ё зиёда гурӯҳҳо Н-меъёри Краскела-Уолис истифода шуд.

**Натиҷаҳои тадқиқот.** Таҳлили басомади сироятҳои урогениталӣ дар беморони сили шуш нишон дод, ки сироятҳои омехта аз рӯи басомад дар ҷои аввал меистанд, ки басомади онҳо дар гурӯҳи асосӣ 100 (74,1%) ва дар гурӯҳи назоратӣ 58 (64,4) % ҳолатҳоро ташкил медиҳад. Сирояти омехтаро дар 65 (48,1%) беморони гурӯҳи асосӣ якҷояшавии 3 сироят ва дар 35 (25,9%) - якҷояшавии 2 сироят намоёндагӣ мекарданд. Дар гурӯҳи назоратии беморон сироятҳои омехта дар 58 ҳолат (64,4%), аз он ҷумла якҷояшавии се сироят дар 22 (37,9%) ва ду сироят - дар 36 (62,1%) ҳолатҳо ба қайд гирифта шудаанд. Ҳамзамон, дар гурӯҳи назоратии беморон 32 (35,5%) беморони гирифтори моноинфексия мушоҳида карда шуданд, ки аз онҳо дар 13 (40,1%) хламидиоз ва мутаносибан дар 9 (28,1%) ва 6 ҳолат (18,6%) аз уреоплазма ва микоплазма сироят ёфтаанд. Маълум шуд, ки сирояти хламидиявӣ бештар дар беморони ҳарду гурӯҳ ҳамчун як қисми сирояти омехта мушоҳида мешавад. Яъне, дар беморони гирифтори сили шуш, сирояти омехтаи урогениталӣ 1,2 маротиба нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 100 (74,1%) муқобили 58 (64,4%) бештар ва дар 55 (55,0%) ҳолатҳое, ки бо сирояти хламидиявӣ муаррифӣ шудаанд, рух медиҳад. Дар гурӯҳи асосӣ, беморони гирифтори хламидиоз 3,5 маротиба камтар - (13 (40, 6%) муқобили 4 (11,4%) беморони хламидиоз), 1,2 маротиба камтар беморони уреоплазмоз - 9 (28,1%) муқобили 8 (22,8%) ҳолатҳо, беморони гирифтори микоплазмоз 1,6 маротиба камтар - 6 (18,8%) муқобили 4 (11,4%) ошкор карда шуданд. Илова бар ин, дар беморони гирифтори сили шуш басомади баланди сирояти кандидозӣ ошкор карда шуд, ки сатҳи он нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба зиёдтар аст (101 (74,8%) муқобили 34 (37,8%) ҳолат), ки бо химиотерапияи бактериявии барои ин гурӯҳи беморон гузаронидашуда шарҳ дода мешавад.

Зухуроти субъективии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ бештар дар 110 (81,5%) беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида шуда буданд, зеро 25 (18,5%) беморони ин гурӯҳ шикоят пешниҳод накардаанд. Дар гурӯҳи назоратӣ шикоятҳои субъективӣ дар 81 (90,0%) ҳолатҳо ва набудани шикоятҳо дар 9 (10,0%) ҳолатҳо мушоҳида шудааст, яъне дар гурӯҳи асосӣ сироятҳои урогениталӣ 1,9 маротиба бештар бе зухуроти субъективӣ (25 (18, 5%) муқобили 9 (10,0%) ҳолатҳо дар гурӯҳи назоратӣ зоҳир мешаванд). Эҳсоси дард дар 55 (40,7%) беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида карда шуд, ки ин нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,4 маротиба камтар буд, яъне онҳо дар 27 (30,0%) ҳолатҳо ошкор карда шуданд. Бемориҳои дизурикӣ дар шакли эҳсоси сӯзиш ва дард ҳангоми пешоб, хоҳиши зуд-зуд пешоб кардан аз ҷониби 26 (19,3%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 22 (24,4%) дар гурӯҳи назоратӣ шикоят пешниҳод карданд, яъне дар гурӯҳи асосӣ, вайроншавиҳои дизурикӣ 1, 3 маротиба камтар мушоҳида карда шуданд. Дар гурӯҳи асосии беморон тарашшуҳот аз роҳҳои пешоб дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 1,4 маротиба камтар мушоҳида карда шуд, ки 13 (9,6%) муқобили 12 (13,3%) ҳолат -ро ташкил дод. Шикоятҳо дар бораи вайроншавии алоқаи ҷинсӣ аз ҷониби 11 (8,2%) беморони гурӯҳи асосӣ, яъне нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ - 2,2 маротиба камтар аз тарафи 16 (17,9%) одамон пешниҳод карда шуданд.

Ба беморони чинси марди ҳарду гурӯҳ ташхиси баланит, уретритҳои пеш ва тоталӣ ва илтиҳоби ғадуди простата (простатит) гузошта шуд. (расми 1).



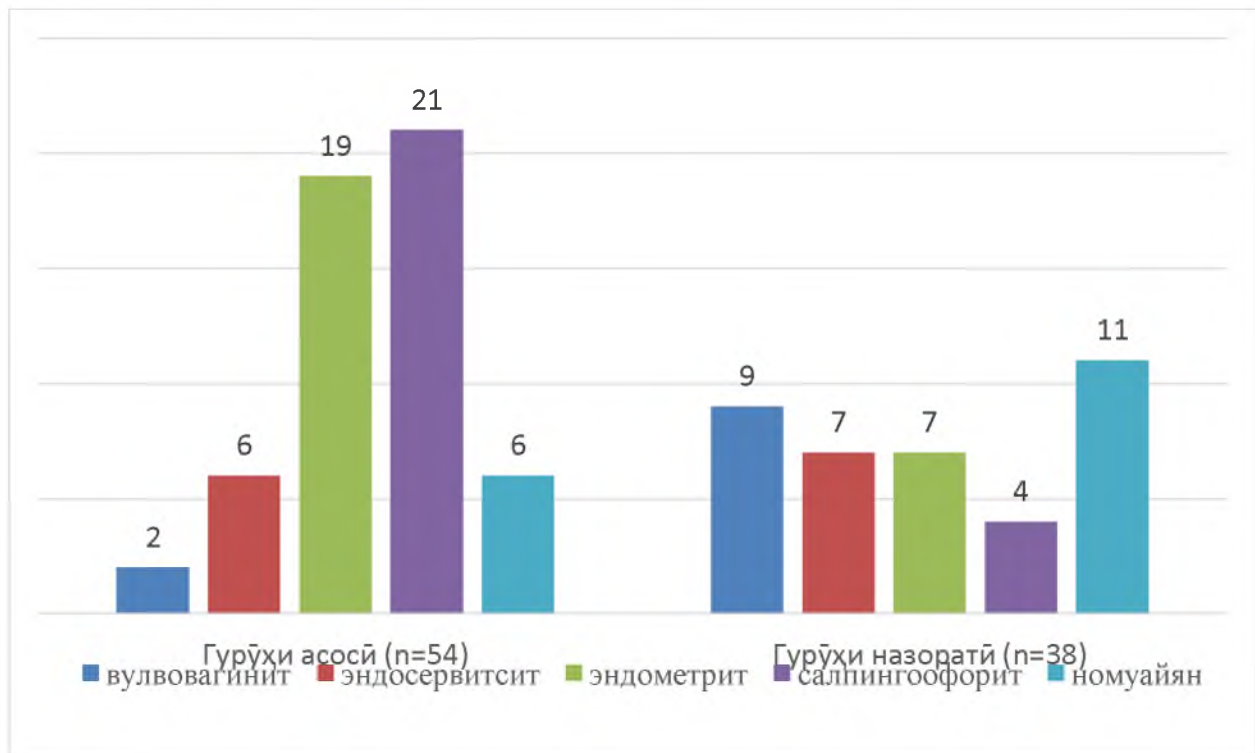
**Расми 1. – Қойғиршавии осебҳои илтиҳобии узвҳои таносул дар мардони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ**

Дар гурӯҳи асосӣ, зухуроти баланит дар 9 (11,1%), яъне 1,7 маротиба камтар аз гурӯҳи назоратӣ, ки он дар 10 (19,2%) бемор ошкор шудааст, мушоҳида шуд. Дар 11 (13,4%) мардони гурӯҳи асосӣ зухуроти уретрит пешакӣ ошкор карда шуданд. Уретрит дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 21 (25,9%) ҳолатҳо, яъне 1,9 маротиба бештар аз 11 (13,4%) беморони бо уретрити пешакӣ ошкор карда шуд. Дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ, дар гурӯҳи назоратӣ, уретрити пешакӣ нисбат ба умумӣ 1,6 маротиба зиёдтар аст, яъне 13 (25,0%) муқобили 8 (15,4%) ҳолат. Яъне, дар мардони гирифтори сили шуш, уретрити умумӣ 1,7 маротиба бештар (21 (25,9%) муқобили 8 (15,4%) беморони гурӯҳи назоратӣ) буд. Зухури маъмултарини сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар мардони гирифтори сили шуш мавҷудияти илтиҳоби ғадуди простата буд, ки дар 38 (46,9%) беморон ошкор карда шуд, дар муқоиса бо 11 (21,2%) ҳолати простатит дар гурӯҳи назоратӣ. Арзёбии нишонаҳо ва сифати зиндагии мардони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқои чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш фарқияти беморони гурӯҳи назоратиро ошкор намуд. Вайроншавии простата ба сифати зиндагии мардони гурӯҳи асосӣ таъсир расонд, ки дар он индекси сифати зиндагӣ QOL бадтар буд -  $4,5 \pm 1,2$  хол. Дар гурӯҳи назоратӣ шохиси сифати зиндагӣ  $3,1 \pm 1,2$  балл буд. Арзёбии умумии нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар беморони гурӯҳи асосӣ  $21,1 \pm 1,2$  балл буд, ки аз шиддати чараёни простатит шаҳодат медиҳад. Дар гурӯҳи асосии беморон бештар дараҷаи муътадили нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата мушоҳида карда шуд, ки 19 (50,0%) ҳолатро ташкил дод. Дар гурӯҳи назоратӣ бештар аломатҳои сабуки простатит ошкор карда шуданд, ки он дар 6

нафар аз 11 бемор мушоҳида шудааст. Шумораи беморони гирифтори нишонаҳои шадид дар гурӯҳи асосӣ 6 (18,8%) ҳолат буд. Яъне, дар мардоне, ки гирифтори сили шуш ҳастанд, сироятҳои урогениталӣ дар 19 (50,0%) ҳолатҳо бо нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата бо дараҷаи муътадили аломатҳо ба амал меоянд.

Зухуроти клиникӣ узвҳои таносул дар занони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш дар 48 (88,9%) беморон ба назар расид ва дар 6 (11,1%) беморон бошад, сарфи назар аз сироятҳои ошкоршуда аломатҳои клиникӣ ошкор карда нашуданд. Баръакс, дар гурӯҳи назоратии беморон зухуроти клиникӣ дар 27 (71,0%) беморон ва бидуни зухуроти клиникӣ дар 11 (29,0%) занҳои бо сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ ба амал омадааст.

Дар гурӯҳи занони гирифтори сили шуш, вулвовагинит дар 2 (3,7%) ва эндосервисит дар 6 (11,1%) ҳолатҳо ошкор карда шуданд. Ҳамзамон, дар гурӯҳи назоратии беморон ин зухурот мутаносибан дар 9 (23,6%) 7 (18,4%) ҳолат мушоҳида карда шуданд. Яъне, дар заминаи бемории сил, зухуроти вулвовагинит ва эндосервисит дар занони сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ мутаносибан 6 ва 1,7 маротиба камтар зоҳир мешаванд. (расми 2).



**Расми 2. - Ҷойгиршавии осеби илтиҳобии узвҳои таносул дар занони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ**

Эндометритҳо дар занони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш дар 19 (35,2%) ва дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 7 (18,4%) ҳолат, яъне 2 маротиба камтар ошкор карда шуданд. Зухури асосии мураккабии сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ муайян кардани салпингоофорит буд, ки дар

21 (38,9%) ҳолатҳо ошкор карда шуд, ки ин нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки дар он ҷо салпингофорит дар 4 (10,5%) ҳолатҳо) ошкор карда шудааст, 3,7 маротиба зиёд. Дар 6 (11,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 11 (28,9%) беморони гурӯҳи назоратӣ зуҳуроти клиникии мушкилиҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ вучуд надоштанд, ки мумкин аст дар замини гурӯҳи асосӣ ба паст будани иммунитетӣ онҳо дар заминаи сирояти силӣ ва дар замини гурӯҳи назоратӣ бошад, ба сари вақт муҷриат кардан ба ёрии тиббӣ алоқаманд бошад.

Чараҳои музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар одамони ҳарду чинс, ки гирифтори сили шуш мебошанд, назар ба чараҳои шадид бештар мушоҳида мешавад. Оризаҳо дар шакли простатит дар мардони гирифтори сили шуш 2,2 маротиба бештар аз беморони гурӯҳи назоратӣ мушоҳида мешавад ва 38 (46,9%) муқобили 11 (21,2%) ҳолатро ташкил медиҳад. Дар замон бошад салпингофорит 3,7 бештар мушоҳида мешавад, ки он дар 21 (38,9%) беморон ва 4 (10,5%) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шуд.

Ҳангоми арзёбии ҳолати иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар беморони ҳарду гурӯҳ, тағйироти муҳимтарин дар беморони гирифтори бемории музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш ошкор карда шуданд, ки мумкин аст бо химиотерапияи давомдори зидди сил дар ин гурӯҳи беморон алоқаманд бошанд. Камшавии возеҳтарин дар таркиби шумораи умумии лимфоситҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида карда шуд, ки  $23,11 \pm 1,2\%$ , яъне нисбат ба донорҳо 1,3 маротиба камтар аст, ки ин нишондиҳанда  $30,2 \pm 1,5\%$  -ро ташкил дод, ки ин ба фишори системаи масуният дар беморони гирифтори ВНМО -и урогениталӣ дар заминаи сили шуш алоқамандӣ дорад. Дар гурӯҳи назоратӣ, баръакс, таркиби лимфоситҳо нисбат ба донорҳо андаке коҳиш ёфта,  $29,15 \pm 1,9\%$ -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи асосии беморон ихтилоли возеҳтарин дар таркиби CD3 Т-лимфоситҳо ва ИРИ пайдо шуданд, ки мутаносибан  $58,4 \pm 2,0\%$  ва  $1,2 \pm 1,2$  -ро ташкил доданд, ки дар муқоиса бо ин нишондиҳандаҳо на танҳо дар гурӯҳи донорҳои солим (мувофиқан  $66,9 \pm 2,4$  ва  $1,4 \pm 0,1$ ), балки инчунин дар гурӯҳи назоратӣ (мувофиқан  $63,7 \pm 2,4\%$  ва  $1,4 \pm 1,0$ ) дар заминаи коҳишҳои CD4 ва CD8 лимфоситҳо фарқ мекунанд. Пастшавии НШИ дар муқоиса бо донорҳо 1,2 маротиба бештар ( $1,2 \pm 0,1$  муқобили  $1,4 \pm 0,1$ ) ва дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ( $1,2 \pm 0,1$  муқобили  $1,4 \pm 1,0$ ) ошкор карда шуд.

Сатҳи нисбатан баландтари Ig A дар хуни музофотӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ сабт шудааст -  $2,4 \pm 0,1$  мг / мл, ки нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба ( $1,9 \pm 0,18$  мг / мл) ва 1,4 маротиба нисбат ба донорҳо ( $1,7 \pm 0,2$  мг / мл), зиёдтар аст, ки давомнокии чараҳои сироятиро дар ин беморон нишон медиҳад. Таркиби Ig M ва IgG дар беморони гурӯҳи асосӣ низ назар ба гурӯҳи донорҳо баландтар, аммо нисбат ба гурӯҳи назоратӣ камтар буд. Таркиби Ig M дар гурӯҳи асосӣ  $2,9 \pm 0,09$  ва дар гурӯҳи назоратӣ  $1,8 \pm 0,01$  мг / мл буд. Нишондодҳои IgG дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ба арзишҳои  $10,85 \pm 0,16$  ва  $11,9 \pm 0,14$  мг / мл мувофиқ буданд. Раванди музмин дар беморони гурӯҳи асосӣ дар заминаи ихтилоли возеҳи иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар муқоиса бо чараҳои музмини беморони гурӯҳи назоратӣ сураг гирифт, ки ин дар шакли коҳиши возеҳтари CD8 дар беморони гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ( $24,9 \pm 1,5$  нисбат ба  $14,9 \pm$

1,5%), CD20 - 2 маротиба ( $5,9 \pm 1,12$  муқобили  $2,8 \pm 1,0\%$ ), CD16 - 1,8 маротиба ( $13,3 \pm 0,9$  муқобили  $7,6 \pm 1,2$ ) %) ифода ёфтааст. Илова бар ин, дар беморони гурӯҳи асосӣ афзоиши (НШИ), дар муқоиса бо ин нишондиҳанда дар беморони гирифтори бемории музмини сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳи назоратӣ 1,4 маротиба, яъне  $2,1 \pm 2,2$  муқобили  $1,5 \pm 1,2$  ошкор карда шуд. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори бемории сил иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ба таври назаррас коҳиш ёфтааст.

Тағйироти ошкоршуда дар параметрҳои профили ситокин дар беморони ҳарду гурӯҳ вобаста ба фаъолияти раванди илтиҳобӣ фарқ мекарданд. Чараҳои шадиди сироятҳои урогениталиро дар беморони гурӯҳи асосӣ коҳиши возеҳи ҳаманшондиҳандаҳои ситокинҳои илтиҳобӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ҳамроҳӣ мекард. Нишондиҳандаҳои ИЛ - 1β  $3,4$  маротиба ( $0,72 \pm 0,09$  муқобили  $2,45 \pm 0,15$  пкг / мл), ИЛ -6 –  $2,4$  маротиба ( $2,18 \pm 2,52$  муқобили  $5,19 \pm 0,35$  пкг / мл), ИЛ -8 –  $2,9$  маротиба ( $2,46 \pm 11,17$ ) муқобили  $7,07 \pm 0,41$  пкг / мл), омилҳои мавтшавии омосҳо (ФНО-α) –  $1,3$  маротиба ( $7,9 \pm 4,57$  муқобили  $11,02 \pm 0,91$  пкг / мл) коҳиш ёфтанд. Таркиби ИЛ -4 ва ИЛ -10 дар беморони гирифтори чараҳои шадид низ дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ  $1,5$  маротиба кам шудааст, яъне таркиби ИЛ -4 дар гурӯҳи асосӣ  $9,27 \pm 5,8$  муқобили  $13,77 \pm 2,2$  пкг / мл дар гурӯҳи назоратӣ ва мундариҷаи ИЛ -10  $4,15 \pm 1,31$  муқобили  $6,18 \pm 0,31$  пкг / мл дар гурӯҳи назоратӣ буд. Дар натиҷаи тадқиқот, вайронкуниҳои назаррас дар нишондиҳандаҳои истехсоли интерлейкин дар беморони гирифтори сироятҳои чинсӣ дар заминаи сирояти бемории сил ошкор карда шуданд. Ин нишон медиҳад, ки онҳо бинобар сирояти туберкулёз ва химиотерапияи бактериявӣ норасоии иммунитетӣ дуввум гирифтаанд. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ, ки гирифтори сили шумо мешаванд, нишонаҳои фаъолшавии иммунитетӣ ҳуҷайра мушоҳида мешаванд, ки ба кам шудани фаъолнокии интерлейкинҳо, ки барои дурустӣ ва мушаххасии ақсуламалҳои иммунологӣ масъуланд, гувоҳӣ медиҳанд. Дар ҳуни беморони гурӯҳи назоратӣ, ки гирифтори сироятҳои урогениталӣ мешаванд, фаъолшавии аз ҳад зиёди пули ситокинӣ ба қайд гирифта шуд, ки дар заминаи тақвияти илтиҳоби узвҳои урогениталӣ зиёд мешавад.

Таъбири сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар ду гурӯҳ гузаронида шуд. Дар гурӯҳи аввал, ки 60 беморро дар бар мегирифт, химиотерапияи стандартӣ комплекси зиддисилӣ, аз ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + азитромитсин, 1 г дар ҳар 7 рӯз, дар давоми 3 ҳафта истифода шуд. Вояи муолиҷа - 3 г (азитромитсин мувофиқи протоколҳои идоракунии беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ соли 2019 таъйин карда шудааст); гурӯҳи II-аз 60 беморон, ки химиотерапияи мураккаби зидди туберкулёз гирифтанд, иборат буд. Ин гурӯҳ, аз ҷумла рифампитсин, изониазид, презинамид ва кетанбутол + терапияи се ҷузъии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ (азитромитсин 1 г дар 7 рӯз як маротиба дар тӯли 3 ҳафта + иммуномодулятори тимогар 1 мл, дохилимушакӣ, 1 дар як маротиба) гирифтанд. Ба беморони сирояти ҳамроҳи трихомониез хангоми таъбири комплекси метронидазол 500 мг, 2 бо, дар як рӯз, дар як ҳафта, дар бемо-

рони гирифтори сирояти герпесвирус, валатсикловир 125 мг, дар як рӯз, ду маротиба, дар давоми 5 рӯз истифода бурда шуд. Ба ҳамаи беморон зимни муолиҷа доруи флуконазол 150 мг, дар 7 рӯз, як маротибагӣ, дар тӯли 2-3 ҳафта ворид карда шуд.

Барои арзёбии самаранокии муолиҷа 1 моҳ пас аз оғози табобат ва баъд аз шаш моҳ тадқиқоти динамикии клиникӣ- лабораторӣ гузаронида шуданд. Ҳангоми табобат ва мушоҳида ба беморон тавсия дода шуд, ки аз таҷҳизоти муҳофизати инфиродӣ истифода баранд. Меъёрҳои табобат пурра набудани шикоятҳо дар беморон ва набудани зухуроти клиникии осеби сироятии урогениталӣ, мавҷудияти санчишҳои манфӣ ҳангоми санчишҳои лабораторӣ буданд. Меъёрҳои беҳбудии ҳолати бемор инҳо буданд: коҳиши назарраси шикоятҳо ва кам шудани нишонаҳои клиникии осеби сироятии урогениталӣ, мавҷудияти санчишҳои манфӣ ҳангоми санчишҳои лабораторӣ. Меъёрҳои беҳтаршавии ҳолати беморон инҳо буданд: камшавии назарраси шикоятҳои қаблӣ ва камшавии мавҷудияти тест клиникии осеби сироятии урогениталӣ пас аз анҷоми табобат. Такрори беморӣ дар сурати такрори шикоятҳо дар бемор ва мавҷудияти зухуроти клиникии осеби сироятии урогениталӣ дар тӯли 2 то 4 ҳафта пас аз анҷоми табобат дар сурати мавҷуд набудани маълумот дар бораи сирояти такрорӣ муқаррар карда мешавад. Тибқи арзёбии клиникӣ ва микробиологии самаранокии муолиҷа дар ҳарду гурӯҳи беморон, динамикаи барҳам додани омилҳои барангезандаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ ошкор карда шуд (ҷадвали 1)

**Ҷадвали 1. - Бартарафсозии ангезандаҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ пас аз 30 рӯзи табобат**

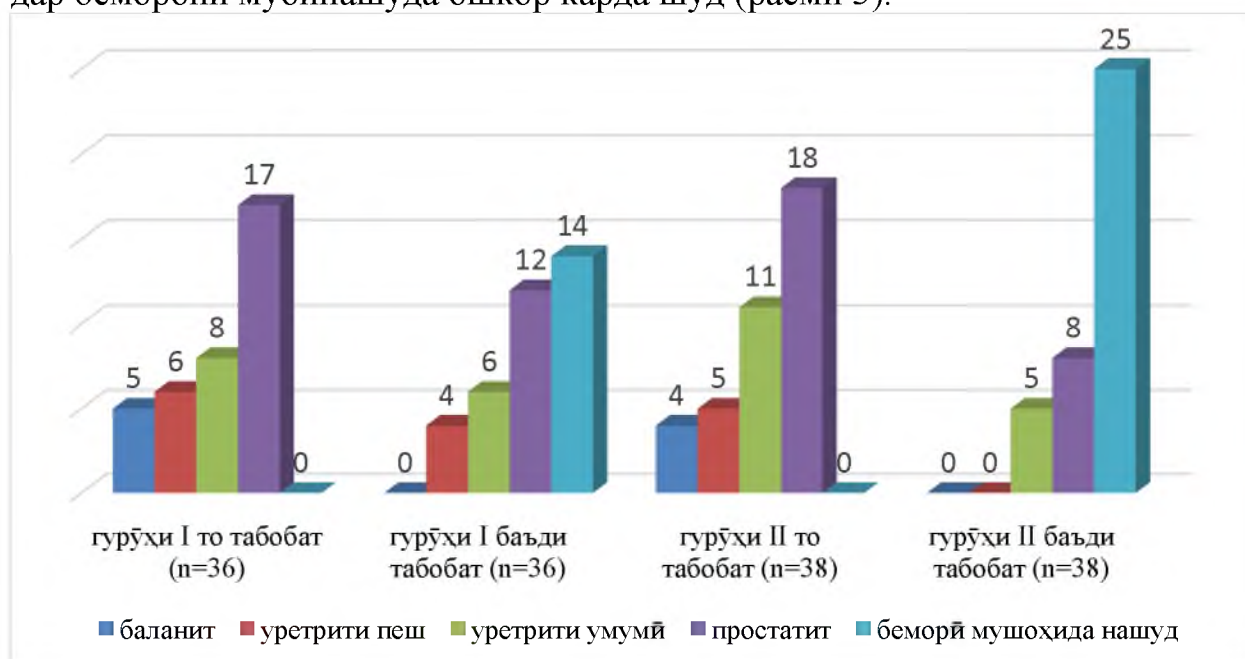
Барангезандаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ	Табъодии умумии беморон			
	Гурӯҳи I (n=60)		Гурӯҳи II (n=60)	
	Шумораи беморони бо мавҷудияти барангезанда пеш аз табобат (n/%)	Шумораи беморони бо мавҷудияти барангезанда пас аз табобат (n/%)	Шумораи беморони бо мавҷудияти барангезанда пеш аз табобат (n/%)	Шумораи беморони бо мавҷудияти барангезанда пас аз табобат (n/%)
Ch.Trach.+Ureapl ureal+ Trichomonas vag.	10 (16,7%)	6 (10,0%)	10 (16,7%)	2 (3,3%)
Ch.Trach.+Ureapl ureal+ Herpesvir	10 (16,7%)	8 (13,3%)	11(18,3%)	6 (10,0%)
Ch. Trach. + Ureapl ureal+ Mycopl.genit.	10 (16,7%)	5 (8,3%)	11(18,3%)	2 (3,3%)
Ch.Trach.+Ureapl ureal	6 (10,0%)	5 (8,3%)	5 (8,3%)	2 (3,3%)
Ch. Trach.+ Herpesvir	5 (8,3%)	3 (5,0%)	5 (8,3%)	3 (5,0%)

Ureapl ureal+ Mycopl.genit.	5 (8,3%)	2 (3,3%)	4 (6,7%)	0
Chlamydia tra- chomatis	2 (3,3%)	0	2 (3,3%)	0
Ureaplasma urea- lyticum	4 (6,7%)	2 (2,8%)	3 (5,0%)	0
Mycoplasma gen- italium	2 (3,3%)	0	2 (3,3%)	0
Herpesvir	6 (10,0%)	4 (5,7%)	7 (11,8%)	5 (8,3%)
Ҳамагӣ	60 (100%)	35 (58,3%)	60 (100%)	20 (33,3%)

Дар гурӯҳи аввали беморон шумораи беморони дорои ангебандаҳо 1,7 маротиба (60 (100%) нисбат ба 35 (58,3%) ва дар гурӯҳи дуюм 3 маротиба (60 (100%) бар зидди 20 (33,3)) коҳиш ёфтааст %).

Яъне, дар гурӯҳи аввали беморон шифоёбии лабораторӣ дар 25 (41,7%) ва дар гурӯҳи дуюм - дар 40 (66,7%), яъне 1,6 маротиба мушоҳида шуд.

Дар рафти муолиҷа динамикаи зухуроти клиникӣ осеби узвҳои таносули дар беморони муоинашуда ошкор карда шуд (расми 3).



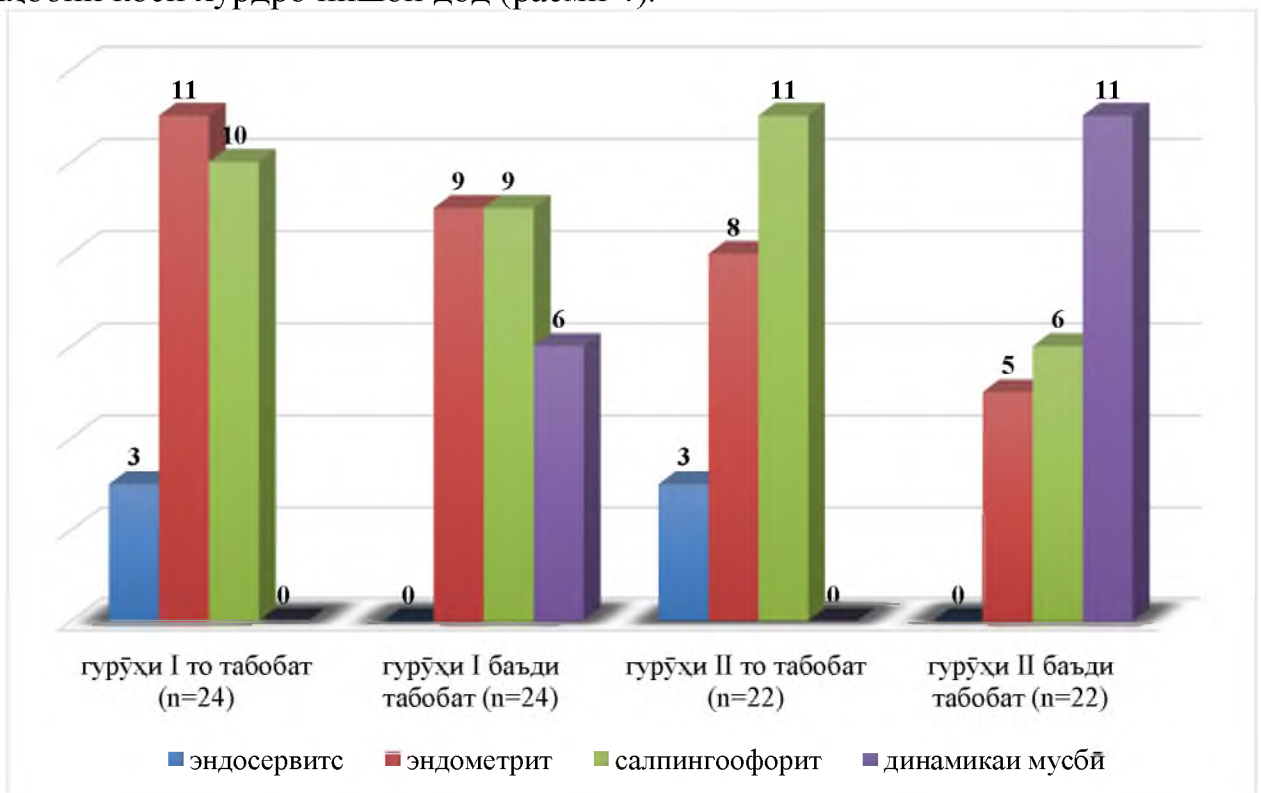
**Расми 3. - Динамикаи зухуроти клиникӣ сироятҳои бо роҳи алоқои ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар мардон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ**

Яъне, пас аз таъобат дар гурӯҳи дуюми беморон 1,7 маротиба зиёдтар, ягон патология аз системаи пешбонд нисбат ба гурӯҳи аввал (25 (65,8%) муқобили 14 (38,8%) ҳолат) ошкор карда нашудааст.

Ғайр аз ин, дар гурӯҳи дуюми беморон, ки бо назардошти ҳолати имунӣ муолиҷаи комплексӣ гирифтанд, дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 1,6 маротиба кам шудани падидаҳои илтиҳоби ғадуди простата ба қайд гирифта шуд, яъне, 12 (33,3%) муқобили 8 ҳолат (21,1%), зеро пас аз таъобат шумораи беморони гирифтори илтиҳоби шадиди ғадуди простата коҳиш ёфт. Яъне, дар гурӯҳи дуюми беморон, муолиҷа ба зухуроти илтиҳоби ғадуди простата бештар таъсири мусбӣ дошт. Ин таъсирро натиҷаҳои миқёси нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата

(IPPS) ва сифати зиндагии беморон (QOL) тасдик карданд. Шохиси IPPS дар харду гурӯҳи беморон пеш аз табобат дараҷаи шадиди илтиҳоби ғадуди простатаро нишон дод, ки он мутаносибан 27,4 ва 26,9 хол буд. Пас аз табобат шохиси нишонаҳои илтиҳоби ғадуди простата дар гурӯҳи дуввум дар муқоиса бо гурӯҳи аввал 2 маротиба коҳиш ёфт (26,9 муқобили 12,5 хол). Арзёбии сифати зиндагии беморон (QOL) дар гурӯҳҳои муқоисавӣ нишон дод, ки пеш аз табобат дар харду гурӯҳи беморон пастшавии сифати зиндагӣ ошкор карда шудааст, зеро дар ин микёс холҳои гурӯҳи аввал 4,5 балл ва дар дуюм - 4,2 баллро ташкил дод. Баъди табобат дар гурӯҳи аввали беморон баҳои миёна 2,5 балл ва дар гурӯҳи дуюм баҳои 1,6 балл буд.

Арзёбии самаранокии муолиҷаи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар занони гирифтори сил низ динамикаи мусбӣи беморҳои илтиҳобии кӯси хурдро нишон дод (расми 4).



**Расми 4. - Динамикаи зухуроти клиникӣи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар занон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ**

Тавре ки аз расм дида мешавад, басомади эндометрит дар гурӯҳи аввали беморон аз 11 то 9 ҳолат ва дар гурӯҳи дуюм аз 8 то 5 бемор, яъне мутаносибан 1,4 ва 1,8 маротиба коҳиш ёфтааст. Шумораи беморони гирифтори салпингоофорит пас аз табобат дар гурӯҳи аввал 9 нафар ва дар гурӯҳи дуюм 6 бемор, яъне 1,5 баробар зиёд буд. Яъне, динамикаи мусбӣ дар 6 аз 24 зан дар гурӯҳи якум ва 9 аз 22 зан дар беморони гурӯҳи дуюм ошкор гашт, яъне 1,5 маротиба зиёдтар мушоҳида карда шуд, ки аз самаранокии баланди муолиҷаи беморони гурӯҳи дуввум шаҳодат медиҳад, ки ин бо истифода аз доруи Тимогар табобати комплексӣ гирифтаанд.



Ҳангоми арзёбии самаранокии клиникӣ пас аз 6 моҳи муолиҷа, шумораи беморони табобати клиникӣ гирифта, бехтаршавӣ, набудани шифоёбии клиникӣ ва миқдори такрорёбиҳо таҳлил карда шуданд (ҷадвали 2)

**Ҷадвали 2. - Арзёбии самаранокии клиникӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ пас аз 6 моҳи табобат**

Меъёри арзёбии самаранокии клиникӣ	Гурӯҳи I (n=60)		Гурӯҳи II (n=60)	
	Абс	%	Абс	%
Табобати клиникӣ	11	18,3%	19	31,7%
Бехтаршавӣ	25	41,7%	35	58,3%
Набудани табобати клиникӣ	7	11,7%	4	6,7%
Такрорёбӣ	17	28,3%	2	3,3%
Ҷамъ	60	100%	60	100%

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

Пас аз табобат, миқдори лимфоситҳо дар беморони гурӯҳи якум аз  $23,11 \pm 1,2\%$  то  $24,15 \pm 1,9\%$  афзоиш ёфт, гарчанде ки он ба меъёрҳои муқаррарӣ нарасидааст ( $30,2 \pm 1,5\%$ ). Самаранокии табобат дар беморони гурӯҳи якум дар параметрҳои иммунологии хун, хусусан дар нишондиҳандаҳои  $CD_{20}$  ва  $CD_{16}$ , ки сатҳи онҳо мутаносибан 1,4 ва 1,2 маротиба афзудааст, яъне  $4,1 \pm 1,1\%$  муқобили  $2,9 \pm 0,5\%$  ва  $8,9 \pm 1,8\%$  ва  $7,7 \pm 0,9\%$  равшан зоҳир гардид. Нишондиҳандаи шохиси иммунотанзими (ШИТ) аз  $1,2 \pm 1,2$  то  $1,3 \pm 1,1$  афзоиш ёфт, аммо дар сатҳи муқаррарӣ боқӣ монд ( $1,4 \pm 0,1$ ) Самаранокии табобат дар нишондиҳандаҳои Ig A, Ig M, Ig G инъикос ёфт, ки пас аз табобат тамоюли коҳиш ёфтани доштанд, аммо дар муқоиса бо донорҳо ба ин нишондиҳандаҳо нарасидааст. Гурӯҳи II пас аз табобат динамикаи возеҳи мусбатро нишон дод, ки аз рӯи  $CD_{16}$  1,5 маротиба бехтар шуд ( $11,2 \pm 1,8\%$  муқобили  $7,7 \pm 0,9\%$ ). Нишондиҳандаҳои  $CD_4$  ва  $CD_8$  пеш аз табобат  $31,5 \pm 1,8\%$  ва  $25,3 \pm 1,5\%$  буданд ва пас аз табобат  $37,5 \pm 1,5\%$  ва  $27,2 \pm 1,2\%$ , яъне 1,2 маротиба зиёд шуданд. Ҳамин динамика аз рӯи таркиби лимфоситҳо  $28,11 \pm 1,2\%$  нисбат ба  $23,11 \pm 1,2\%$  мушоҳида карда шуд ва сатҳи Ig A, Ig M, Ig G пас аз табобат 1,5 ва 1,2 маротиба, яъне мутаносибан аз  $2,4 \pm 0,1$  то  $1,6 \pm 0,09$  мг / мл, аз  $1,9 \pm 0,01$  то  $1,6 \pm 0,09$  мг / мл ва аз  $10,85 \pm 0,16$  то  $9,1 \pm 0,14$  мг / мл-ро ташкил дод. Яъне, дар гурӯҳи II беморон, ки табобати зидди силро дар яқҷоягӣ бо азитромитсин ва тимогар гирифтанд, самаранокии табобат дар муқоиса бо гурӯҳи

I, ки дар он чо беморон ҳамчун табобати зидди сил танҳо азитромитсин мегиранд, нисбатан назаррас буд. Ин далелро нишондиҳандаҳои ҳолати системаи интерлейкинҳо пеш аз табобат тасдиқ карданд. Дар системаи ситокинҳои илтиҳобӣ афзоиши онҳо дар беморони гурӯҳи II дар муқоиса бо гурӯҳи I ба таври назаррас афзоиш ёфт, зеро дар гурӯҳи II афзоиши назарраси сатҳи ИЛ-6 мушоҳида карда шуд, ки пас аз табобат 1,6 маротиба кам шуд ( $2,86 \pm 0,18$  муқобили  $2,32 \pm 1,12$  пкг / мл), инчунин коҳиши 2,6-маротиба дар ИЛ- $\beta$  ( $1,86 \pm 0,21$  муқобили  $2,34 \pm 0,21$  пкг / мл). Сатҳи ИЛ-8 дар гурӯҳи дуёми беморон 1,2 маротиба коҳиш ёфтааст, дар ҳоле ки сатҳи омилҳои мавти омосҳо (ОМО-а) дар ҳарду гурӯҳ он қадар ба таври назаррас коҳиш наёфтааст. Бояд қайд кард, ки сарфи назар аз динамикаи мусбӣ бо системаи интерлейкинҳои зидди илтиҳобӣ дар беморони гурӯҳи дуввум, сатҳи онҳо ба арзиши муқаррарии гурӯҳи донорҳо нарасидааст.

Афзоиши сатҳи интерлейкинҳои зидди илтиҳобӣ дар беморони гурӯҳи II дар муқоиса бо гурӯҳи I инчунин, самаранокии муолиҷаро нишон дод.

Ҳамин тариқ, хангоми омӯзиши натиҷаҳои муолиҷаи гузаронидашуда, беҳтарин нишондодҳо хангоми истифодаи табобати комплексӣ дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталии гирифтори сили шуш истифодаи азитромитсин ва тимогар дар якҷоягӣ бо антибиотикҳои зидди сил дар муқоиса бо истифодаи танҳо азитромитсин дар якҷоягӣ бо табобати антибактериалии зидди сил ба назар расид. Истифодаи азитромитсин ва тимогар дар якҷоягӣ бо антибиотикҳои зидди сил дар беҳтаршавии параметрҳои иммунии хун зоҳир гашта, 1,7 маротиба бештар назар ба муолиҷаи бе истифодаи тимогар (19 (31,7%) муқобили 11 (18,3%) ба табобати клиникӣ оварда мерасонад.

### Хулосаҳо

1. Беморҳои узвҳои таносул дар беморони сили шуш дар синни ҷавонии репродуктивӣ нисбат ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бе сирояти ҳамбастагии сил 1,9 маротиба бештар ба назар мерасанд (54,1% муқобили 35,6% ҳолатҳо) [3-М, 5-М, 6-М, 7-М].
2. Дар беморони сили шуш сирояти омехтаи урогениталӣ нисбат ба беморони гирифтори сирояти ҳамбастагии сил 1,2 маротиба зиёдтар рух медиҳад (100 (74,1%) муқобили 58 (64,4%) ҳолат) ва дар 55% ҳолатҳо он дар шакли сирояти хламидиавӣ зоҳир мегардад [3-М, 5-М, 10-М, 11-М].
3. Дар 115 (85,2%) беморони гирифтори сили шуш, сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ бо ҷараёни музмин тавсиф карда мешаванд. Оризаҳои сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони сил нисбат ба беморони гирифтори сирояти ҳамбастагии сил дар байни мардон нисбат ба илтиҳоби ғадуди простата (простатит) 2,2 маротиба (38 (46,9%) муқобили 11 (21,2%) ҳолатҳо) ва дар байни занон дар салпингоофорит 3,7 маротиба зиёдтар (21 (38,9%) муқобили 4 (10,5%) ба назар мерасанд [3-М, 4-М, 5-М].
4. Сироятҳои урогениталӣ дар беморони сили шуш дар заминаи сатҳи пасти CD<sub>3</sub>, CD<sub>4</sub> ва CD<sub>8</sub> лимфоситҳо ва микдори зиёди IgA, IgM, IgG-и хуноба ба амал меоянд, ки ин кам шудани механизмҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии посухи иммунии онҳоро нишон медиҳад [1-М, 2-М, 5-М].

5. Вайроншавиҳо дар системаи интерлейкин дар беморони сироятҳои урогениталӣ дар заминаи сили шуш нисбат ба беморони сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ бе сирояти ҳамбастагии сил 1,2 маротиба зиёдтар ба мушоҳида мерасад (88 (65,2%) муқобили 50 (55,6%)) [ 1-М, 2-М, 4-М, 5-М].

6. Истифодаи Азитромитсин ва Тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи зиддисилии антибактериалӣ ба беҳтаршавии нишондодҳои масунӣ мусоидат карда, ба таъбири муваффақонаи клиникӣ 1,7 маротиба зиёдтар оварда мерасонад нисбат ба истифодаи набурдани Тимогар - (19 (31,7%) дар муқоиса бо 11 (18,3%) ) ҳолатҳо [ 6-М, 7-М, 8-М, 9-М].

### **Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ**

1. Ҳангоми пешбурди муолиҷаи беморони гирифтори сили шуш, ба назар гирифтани лозим аст, ки дар синни репродуктивӣ онҳо метавонанд сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи торпидии урогениталӣ дар шакли сирояти омехтаи урогениталӣ дошта бошанд, ки дар 74,1% беморон руҳ медиҳад ва дар 55% ҳолатҳо он бо сирояти хламидиявӣ муаррифӣ гашта, дар 46,9% ҳолатҳо дар мардон дар шакли илтиҳоби ғадуди простата ва дар 38,9% дар шакли салпингофорит дар занон оризаҳоро ба вучуд меорад.

2. Вайроншавиҳои аз ҳама возеҳи системаи масунӣ дар беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар заминаи сили шуш бо ассотсиатсияҳои 3 сирояти урогениталӣ ошкор карда мешаванд ва аз ин рӯ тавсия дода мешавад, ки дар якҷоягӣ бо доруҳои зидди сил макролидҳо ва иммуномодуляторҳо таъин карда шаванд.

3. Ҳангоми ошкор кардани патологияи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш, зарур аст, ки ба муолиҷаи комплексии зидди сили доруи азитромитсин ва иммуномодулятори тимогар дохил карда шавад, зеро самаранокии таърибат 1,7 маротиба беҳтар мегардад.

### **Рӯйхати корҳои илмӣ нашршудаи доғалаб оид ба дарёфти дараҷаи илмӣ**

#### **Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақриздихандаи ҚОА**

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

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

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

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

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

**Мақолаҳо ва фишурдаи маърузаҳо дар маҷмуаҳои маводи конференсияҳо**

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

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

[8-М] Гадоев, М.А. Диагностика и лечение уретритов / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, А.Д. Мирзоев // М-лы X Республиканской научно-практич. конференции. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. – 2018. – С. 216-217.

[9-М] Гадоев М.А. Усули муосири таъхис ва таъобати уретритҳо дар мардон / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, Ш.А. Соҳибназаров // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. Том 1. – С. 548.

[10-М] Гадоев М.А. Современная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев // Раҳмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. – Москва. – 2019. –С. 77-78.

[11-М] Гадоев М.А. Диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / М.А. Гадоев, Б.И. Саидов // Раҳмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. – Москва. – 2019. – С. 24-25.

**Рӯйхати ихтисораҳо**

**ВНМО** – вируси норасоии масунияти одам

**ИФМ** - иммунофлюоресенсияи мустақим

**РЗП** - реаксияи занҷирии полимеразӣ

**СБРАҶГ** - сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда

**СУБРАҶГ** - сироятҳои урогениталии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда

**СШ-** - сили шуш

**СУ** - сироятҳои урогениталӣ

**ТИФ** - таҳлили иммуноферментӣ

**ШИТ** – шохиси иммунотанзимӣ

**Г О У «Т А Д Ж И К С К И Й Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н Ы Й М Е Д И Ц И Н С К И Й  
У Н И В Е Р С И Т Е Т И М Е Н И А Б У А Л И И Б Н И С И Н О»**

**УДК: 616.5-003.82985-053.6**

**Г А Д О Е В М А Ъ Р У Ф А Х М А Д О В И Ч**

**К Л И Н И К О - Л А Б О Р А Т О Р Н Ы Е О С О Б Е Н Н О С Т И И С О В Е Р Ш Е Н С Т В О В А -  
Н И Е Т Е Р А П И И Б О Л Ь Н Ы Х П Е Р Е Д А Ю Щ И Е С Я П О Л О В Ы М П У Т Е М В  
С О Ч Е Т А Н И И С Т У Б Е Р К У Л Е З О М Л Е Г К И Х**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности

**14.01.10 – Кожные и венерические болезни**

**Душанбе – 2022**

Диссертационная работа выполнена на кафедре дерматовенерологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

**Научный руководитель:** **Саидзода Бахромуддин Икром** - кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:** **Косимов Олим Исмоилович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с курсами косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Юсупджонова Джемма Махаматжановна** – кандидат медицинских наук, врач фтизиатр ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулёза»

**Ведущая организация:** Таджикский национальный университет

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, город Душанбе, проспект Рудаки, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992 918724088

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

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года.

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

**Джамолова Р.Дж**

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем, являются актуальной проблемой современной медицины в связи с их широкой распространенностью и риском развития тяжелых осложнений со стороны репродуктивной функции. Среди причин, приводящих к росту заболеваемости и распространению урогенитальных инфекций выделяют наличие у больного сопутствующих заболеваний, приводящих к иммунодефициту, одним из которых является туберкулез легких, который является одной из наиболее распространенных инфекций в мире, в том числе и в Таджикистане, где доля лекарственно-устойчивых форм среди впервые зарегистрированных пациентов выросла с 12,5% в 2010 году до 20% в 2017 году. [10]. У больных с урогенитальными инфекциями передающимися половым путем и туберкулезом легких выявлены однородные факторы риска распространения, такие как склонность больных к вредным привычкам (злоупотребление алкоголем и курение – у 38,4% больных) [Дробот Н.Н. и соавторы, 2015; Дмитриев В.А., 2018], социальные факторы (плохие материально-бытовые условия, отсутствие занятости учебной и трудовой деятельностью и материальный статус, обусловленные безработицей, миграцией и высоким уровнем деторождения) [Анисимова Н.С. 2011; Калабеков И. Г., 2011; Бобоходжаева О.И., 2012; Мордык А.В., 2015].

В литературе приводятся сведения о том, что в группе больных от 15 до 24 лет выявлено сочетание туберкулезной инфекции и инфекций, передающихся половым путем, причем за последние 5 лет увеличилось число впервые заболевших туберкулезом в возрасте до 25 лет [Кульчавеня Е.В. и соавторы, 2013; Шилова М.В., 2014; Уртенев Р.Х. и соавторы, 2015], что обусловлено физиологическими потребностями лиц молодого возраста, которые также часто подвержены и туберкулезной инфекции. Авторы считают, что молодой возраст является неблагоприятным фактором роста заболеваемости туберкулезом, особенно среди женщин, среди которых в последние годы заболеваемость туберкулезом легких выросла на 35,2% [Дробот Н.Н. и соавт., 2013; Шилова М.В., 2014]. В анамнезе 24,0% женщин, больных активным туберкулезом легких выявлены инфекции, передающиеся половым путем [Бекмухамбетова Н.В.; Мордык А.В., 2015]. В исследованиях некоторых авторов выявлено, что у больных с деструктивными формами туберкулеза легких в 73 % случаев была выявлена хламидийная и микоплазменная инфекция [Кубанова А.А., 2012; Кравченко Е.Н. 2015; Arif N., 2017]. При этом, результаты проведения курса фоновой резонансной терапии этим больным для ликвидации хламидийной инфекции повысило эффективность комплексной терапии туберкулеза легких до 89,1% [Кубанова А.А., 2012; Мавров Г.И. и соавт., 2014; Лазаренко Л. и соавт., 2015].

Известно, что урогенитальные инфекции передающиеся половым путем сами по себе вызывают сбой иммунной системы и сопровождаются развитием нарушений как на местном, так и на системном уровнях [Штиль О.О., 2010; Vanchereau J. И соавт., 2012], а у больных туберкулезом легких эти инфекции протекают на фоне вторичного иммунодефицита и функциональной недостаточности иммунокомпетентных клеток [Мордвинов В.А. и соавт., 2009; Перепанова Т.С., 2013]. В связи с выявленными выраженными нарушениями в системе клеточного и гуморального

иммунитета, больным туберкулезом легких предусмотрена иммуномодулирующая терапия препаратами Т-активин, тималин, тимактин, которые отличаются такими побочными эффектами, как токсичность, наличие антигенных свойств и способность вызывать аллергические реакции. [Пострелко М.Д., 2012; Правада Н.С. и соавт., 2013].

В последние годы выявлено, что противотуберкулезная терапия оказывает двойственное влияние на состояние репродуктивной системы женщин, больных туберкулезом легких, который с одной стороны оказывает положительный эффект в лечении неспецифических воспалительных заболеваний органов малого таза, а с другой стороны - вызывает воспалительные заболевания вульвы и влагалища, нарушения менструального цикла [Кожекина Н.В., 2011; Кравченко Е.Н. и соавт., 2011; Кравченко Е.Н. и соавт., 2015].

Таким образом, туберкулез легких и урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем, являются инфекционными заболеваниями с разными путями передачи, но схожие по эпидемиологическим характеристикам, то есть, распространяются среди идентичных групп населения, в определенных медико-социальных слоях общества среди молодых лиц и приводят к осложнениям репродуктивной системы. Кроме того, остаются спорными вопросы о том, может ли происходить излечение урогенитальных инфекций, передающиеся половым путем на фоне химиотерапии, проводимой при туберкулезе органов дыхания? [Асхаков М. С., 2011; Вялов С.С., 2012; Васильева И.А., 2014; Венгеренко М.Э. и соавт., 2018;].

В Республике Таджикистан исследований по изучению особенностей клинического течения и лечения урогенитальных инфекций на фоне иммунодефицита, вызванного туберкулезом легких, не проводилось.

В связи с вышеизложенным, актуальность данного направления послужила основанием проведения данного исследования.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Туберкулез легких и инфекции передающиеся половым путем являются социально-значимыми инфекциями, которые совпадают по эпидемиологическим характеристикам (длительный период бессимптомного течения с активным размножением возбудителя и сохранением возможности передачи инфекции) и распространены в идентичных социальных группах [Щербань М.Н. и соавторы, 2010; Чумаченко Г.В. и соавторы, 2016; Minardi D., 2011; Ghosh K., 2011; Bhagwan Sh. J., 2016]. Региональные факторы распространения инфекций, передающихся половым путем изучены в работах Бобоходжаева О.И. (2012), Муниевой С.Х. и Касымова О.И. (2014). Качество жизни женщин больных активным туберкулезом органов дыхания перенесших урогенитальные инфекции передающиеся половым путем исследованы в работах Русановской Г.Ф. и соавторов (2014). Современные аспекты урогенитальной хламидийной инфекции у мигрантов и лечение хронического бактериального простатита, ассоциированного с хламидийной инфекцией отражены в исследованиях Сангова Б.Ч. (2020). Клинико-лабораторные исследования по изучению урогенитальных инфекций передающиеся половым путем проводились отечественными и зарубежными авторами [Саидзода Б.И., 2019; Сангов Б.Ч. и соавторы, 2019; Хомидов М.Ф. и соавторы, 2019; Пострелко М.Д. 2012; Fode M., 2016;].



Horner P.J,2016;]. Изучение иммунного статуса при негонококковых уретритах проведено в работах Саидзода Б.И. (2019). Несмотря на множество научных работ по данной теме, остаются неразрешёнными вопросы клинико-лабораторных проявлений урогенитальных инфекции, передающиеся половым путем и особенности иммунных нарушений у больных туберкулезом легких.

**Связь работы с научными программами (проектами), темами.** Диссертационная работа выполнена в рамках Национальной Стратегии развития Республики Таджикистан за период 2010 – 2020 г.г., одним из важнейших направлений которой является повышение уровня диагностики и всех видов медицинского обслуживания.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования:** Оптимизация терапии урогенитальных инфекции, передающиеся половым путем у больных туберкулезом легких с учетом выявленных клинико-лабораторных особенностей и иммунных нарушений.

#### **Задачи исследования:**

1. Выявить особенности клиники и течения урогенитальных инфекций, передаваемых половым путем у больных с туберкулезом легких
2. Изучить иммунный статус у больных с урогенитальными инфекциями на фоне туберкулеза легких
3. Разработать антибактериальную и иммуномодулирующую терапию в комплексном лечении больных с урогенитальными инфекциями на фоне туберкулеза легких
4. Дать оценку полученным результатам

**Объект исследования.** Объектом исследования служили 135 больных (81 мужчин и 54 женщины, средний возраст  $37 \pm 2,4$  лет) поступивших в ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии» с 2016 по 2019 год. Контрольную группу составили 90 больных с урогенитальными инфекциями, не страдающие туберкулезом легких, рандомизированных по полу и возрасту.

**Предмет исследования.** Предметом исследования было изучение клинико-иммунологических особенностей у больных с урогенитальными инфекциями, передающихся половым путем у больных, страдающих туберкулезом легких и разработка комплексной терапии с учетом выявленных нарушений.

**Научная новизна исследования.** Впервые в Таджикистане изучены клинико-лабораторные проявления урогенитальных инфекций, передающихся половым путем у больных туберкулезом легких. Доказано, что урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем у больных, страдающих туберкулезом легких в 1,9 раза чаще встречаются в молодом репродуктивном возрасте, по сравнению с больными урогенитальными инфекциями, передающиеся половым путем без сопутствующей туберкулезной инфекции (54,1% против 35,6% случаев). Выявлено, что у больных туберкулезом легких урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем в 100 (74,1%) случаях представлена смешанной инфекцией, 55% которой представлена хламидиозом и в 115 (85,2%) случаев характеризуются хроническим течением. Установлено, что у 38 (46,9%) мужчин, страдающих туберкулезом легких урогенитальные инфекции осложняются простатитом, а у 21 (38,9%) женщин сальпингоофоритом. Доказано, что у больных туберкулезом легких урогениталь-

ные инфекции в 88 (65,2%) случаях протекают на фоне нарушения в системе интерлейкинов. Установлено, что применение Азитромицина и Тимогара в комплексе с противотуберкулезной антибактериальной терапией приводит к клиническому излечению в 1,7 раз чаще, чем без применения препарата Тимогар (19 (31,7%) против 11 (18,3%) случаев)

**Теоретическая и научно-практическая значимость работы:** Заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

При ведении больных туберкулезом легких необходимо учитывать, что в репродуктивном возрасте у них могут иметь место торпидно протекающие урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем в виде смешанной урогенитальной инфекции, которая в 55% случаев представлена хламидийной инфекцией. В связи с выявленными нарушениями иммунной системы у больных с урогенитальными инфекциями, передающимися половым путем на фоне туберкулеза легких, рекомендуется наряду с противотуберкулезными препаратами назначать макролиды и иммуномодуляторы, так как эффективность терапии улучшается в 1,7 раз.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. У больных туберкулезом легких урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем в 1,9 раза, чаще встречаются в молодом репродуктивном возрасте, по сравнению с больными урогенитальными инфекциями, передающимися половым путем без сопутствующей туберкулезной инфекции (54,1% против 35,6% случаев).
2. На фоне туберкулеза легких урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем в 100 (74,1%) случаев, протекают в виде микст-инфекции, которая в 55 % она случаев представлена хламидиями.
3. Клиническая картина урогенитальных инфекций, передающихся половым путем у больных туберкулезом легких в 115 (85,2%) случаях, характеризуется хроническим течением, что в 1,9 раза чаще, чем у больных без сопутствующего туберкулеза легких (115 (85,2%) против 41 (45,6%) случаев). У больных туберкулезом легких урогенитальные инфекции передающиеся половым путем у мужчин в 2,2 раза чаще, чем у больных с инфекцией передающиеся половым путем без сопутствующего туберкулеза, осложняются простатитом (38 (46,9%) против 11 (21,2%) случаев), а у женщин в 3,7 раза чаще – сальпингоофоритом (21 (38,9%) против 4 (10,5%) случаев).
4. У больных туберкулезом легких урогенитальные инфекции в 1,2 раза чаще протекают на фоне истощения клеточного и гуморального механизмов иммунного ответа. Нарушения в системе интерлейкинов у больных инфекцией передающиеся половым путем на фоне туберкулеза легких выявляются в 1,2 раза чаще, чем без сопутствующей туберкулезной инфекции (88 (65,2%) против 50 (55,6%)), причем при смешанных инфекциях в 2 раза чаще, чем при моноинфекциях (66 (48,9%) против 22 (25,0% случаев).
5. Применение Азитромицина и Тимогара в комплексе с противотуберкулезной антибактериальной терапией отражается на улучшении иммунных показателей и приводит к клиническому излечению в 1,7 раз чаще, чем без применения препарата Тимогар (19 (31,7%) против 11 (18,3%) случаев)

**Степень достоверности результатов;** Полученные результаты подтверждаются достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов обследования больных с урогенитальными инфекциями сочетанных с туберкулезом легких и без сопутствующей туберкулезной инфекции.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.10 – кожные и венерические болезни. Подпункт 3.2 Эпидемиология и статистика дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем в меняющихся условиях жизни. Совершенствование диагностики патологических состояний кожи с использованием современных инструментальных, клинических, молекулярно-генетических, иммунологических, патоморфологических, лабораторных, функциональных и других методов исследования. 3.5. Оптимизация методов первичной и вторичной профилактики дерматозов и инфекций, передаваемых половым путём.

**Личный вклад соискателя учёной степени.** Автором лично выполнен весь объем клинических исследований, подготовлен обзор зарубежных и отечественных источников литературы, разработан план исследования, самостоятельно проведено клиническое обследование и анкетирование больных с урогенитальными инфекциями, передающимися половым путем в основной и контрольной группах. Самостоятельно проанализированы результаты лабораторных исследований, проведена оценка и статистический анализ полученных данных, сформулированы выводы и практические рекомендации. Теоретические, методологические и практические результаты исследования докладывались на международных, республиканских, региональных, межвузовских, вузовских научно-практических конференциях, проводившихся как в Таджикистане, так и за её пределами в 2016-2019 гг.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные положения диссертации обсуждены на 4 ва 5 ежегодных республиканских научно-практических конференциях ГОУ “Республиканский медицинский Колледж” (Душанбе, 2017, 2018) и 66-й научно-практической международной конференции ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”, (Душанбе 2018); заседания межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”(18.09.2021, №2) и XXXVI научно-практической конференции «Рахмановские чтения» (Москва, 2019).

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 5 в изданиях, рецензируемых ВАК. Р.Т.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 159 страницах компьютерного текста, состоит из введения, главы обзора литературы, главы с изложением материалов и методов исследования, 3 глав собственных результатов исследования, главы обсуждения результатов, заключения и списка используемой литературы. В диссертации использовали 163 источников, в том числе 102 на русском языке и 61 на иностранными языками. В диссертации имеется 18 таблиц и 18 рисунков.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 135 больных с туберкулезом легких и сопутствующими урогенитальными инфекциями, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 90 больных с урогенитальными инфекциями, не страдающих туберкулезом легких, которые. Всего в обеих группах наблюдалось 133 мужчин и 92 женщины. Критериями включения больных в основную группу служили: подтвержденный туберкулез легких; длительность противотуберкулезной химиотерапии не менее 1 месяца; жалобы со стороны урогенитальной системы; возраст 20-40 лет; согласие пациента на участие в исследовании.

Обследование включало применение клинико-рентгенологических, бактериологических, биохимических и инструментальных методов исследования. Рентгенологические обследования включали в себя: обзорные рентгенографии органов грудной клетки в прямой и боковой проекции. Для обнаружения микобактерий туберкулеза (МБТ) применяли анализатор GeneXpert ПЦР; антигены *Chlamidia trachomatis* выявляли методами прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и полимеразной цепной реакции (ПЦР), а для диагностики уреаплазменной и микоплазменной инфекций использовали метод прямой иммунофлюоресценции, ПЦР и культуральный методы. Оценка иммунного статуса определялась иммунофлуоресцентной методикой «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител. Количественное содержание общих иммуноглобулинов А, М, G и Е в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом, по Ю.А. Гриневичу и А.И. Алферову (1981), фагоцитарное число (ФЧ) и фагоцитарная активность лейкоцитов (ФАЛ) – по методу Н.А. Park (1972). Содержание в сыворотке крови провоспалительных (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$ ) и противовоспалительных (интерлейкины ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы «ИФА-БЕСТ». Оценка степени тяжести простатита проводилась по Международной системе суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты – IPSS; качество жизни мужчин с простатитом оценивалось по индексу QOL; метод ультразвукового исследования, который проводился на аппарате «Sonoace» 7700 и «Scanner» 200.

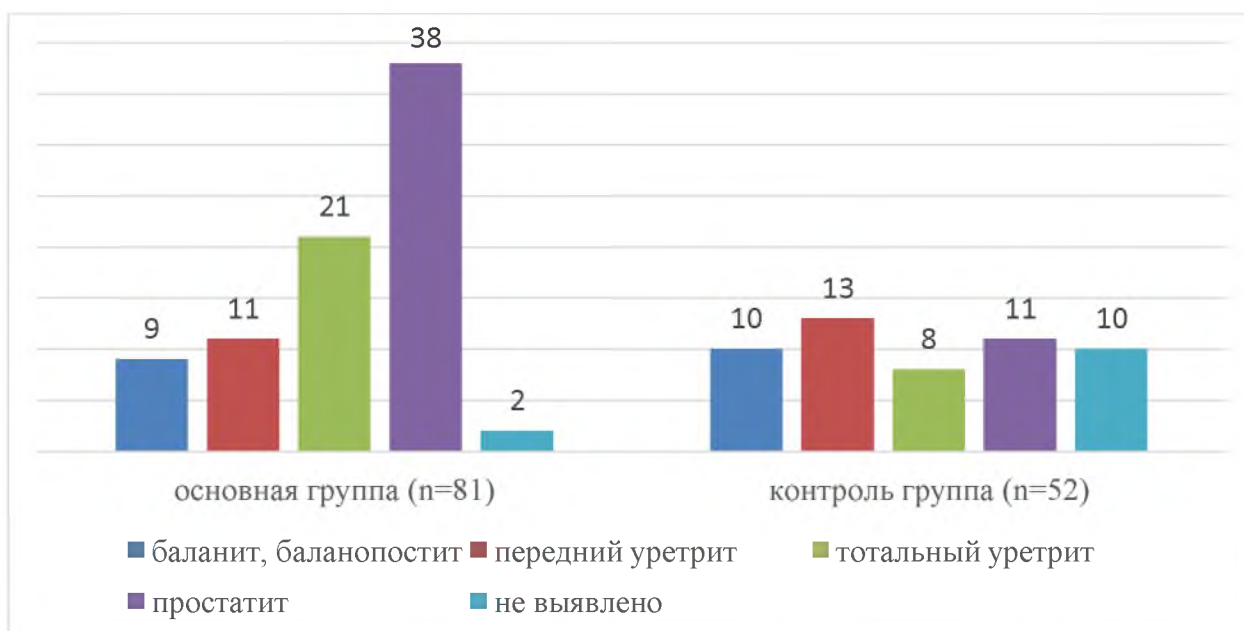
Статистическая обработка проводилась с помощью стандартного пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Количественные величины описывались в виде среднего значения и его стандартной ошибки ( $M \pm m$ ). Для анализа межгрупповых различий количественных независимых величин использовался U-критерий Манна-Уитни, при множественных сравнениях – H-критерий Краскела-Уоллиса.

**Результаты работы.** Анализ частоты встречаемости урогенитальных инфекций у больных туберкулезом легких, показал, что на первом месте по частоте оказались смешанные инфекции, частота которых в основной группе составила 100 (74,1%) случаев, а в контрольной группе – 58 (64,4%) случаев. Смешанная инфекция у 65 (48,1%) больных основной группы была представлена ассоциациями 3-х инфекций, а у 35 (25,9%) – ассоциациями 2-х инфекций. В контрольной группе смешанные инфекции выявлены в 58 (64,4%) случаях, из которых ассоциации трех инфекций наблюдались в 22 (37,9%) случаев, а двух инфекций – в 36 (62,1%) случаев. При этом, в контрольной группе больных наблюдалось 32

(35,5%) больных с моноинфекцией, из которых хламидиоз выявлен у 13 (40,1%) больных, а уреоплазменная и микоплазменная инфекции, соответственно в 9 (28,1%) и 6 (18,6%) случаев. Было выявлено, что у больных основной и контрольной группы в составе смешанной инфекции чаще встречалась хламидийная инфекция. То есть, у больных с туберкулезом легких смешанная урогенитальная инфекция встречается в 1,2 раза чаще, чем у больных контрольной группы 100 (74,1%) против 58 (64,4%), и в 55 (55,0%) случаев представлена хламидийной инфекцией. В основной группе в 3,5 раза меньше выявлено больных с хламидиозом - (13(40, 6%) против 4 (11,4%) больных с хламидиозом), в 1,2 раза меньше больных с уреоплазмозом - 9 (28,1%) против 8 (22,8%) случаев, в 1,6 раза меньше больных с микоплазмозом - 6 (18,8%) против 4 (11,4%). Кроме того, выявлена высокая частота кандидозной инфекции у больных, страдающих туберкулезом легких, которая, оказалась в 2 раза выше, по сравнению с больными контрольной группы (101 (74,8%) против 34 (37,8%) случаев), что объясняется антибактериальной химиотерапией, проводимой данной группе больных.

Субъективные проявления урогенитальных инфекции, передающиеся половым путем, чаще наблюдались у 110 (81,5%) больных основной группы, так как в 25 (18,5%) больные этой группы не предъявляли жалоб. В контрольной группе субъективные жалобы наблюдались в 81 (90,0%) случаев, а отсутствие жалоб выявлено у 9 (10,0%), то есть в основной группе, по сравнению с контрольной группой урогенитальные инфекции в 1,9 раза чаще проявлялись без субъективных проявлений (25 (18,5%) против 9 (10,0%) случаев). Болевые ощущения наблюдались у 55 (40,7%) больных основной группы, которые по сравнению с контрольной группой встречались в 1,4 раза меньше, то есть выявлены в 27 (30,0%) случаев. На дизурические расстройства в виде жжения и болей при мочеиспускании, частые позывы к мочеиспусканию предъявляли жалобы 26 (19,3%) больных основной группы и 22 (24,4%) – контрольной группы, то есть в основной группе дизурические расстройства наблюдались в 1,3 раза реже. Выделения из половых путей в основной группе больных наблюдались в 1,4 реже, чем в контрольной группе, и составило 13 (9,6%) против 12 (13,3%) случаев. Жалобы на сексуальные расстройства предъявляли 11 (8,2%) больных основной группы, то есть в 2,2 раза реже, по сравнению с контрольной группой, где их количество составило 16 (17,9%) случаев.

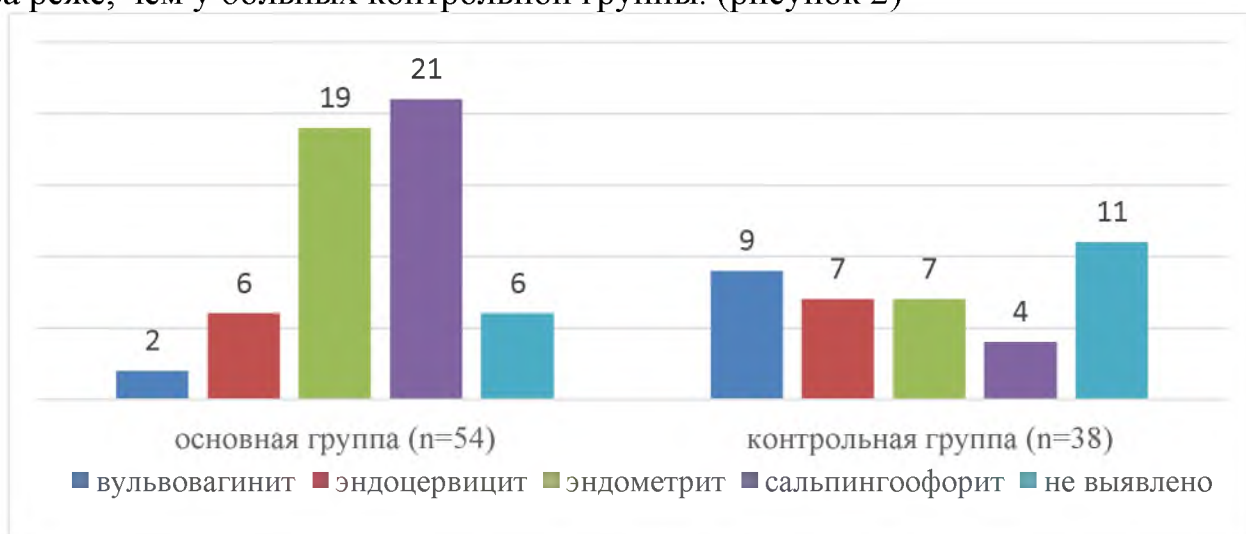
У мужчин обеих групп диагностированы баланит, передний и тотальный уретриты и простатит. (рисунок 1)



**Рисунок 1. - Локализация воспалительных поражений мочеполовой сферы у мужчин с инфекции, передающиеся половым путем в основной и контрольной группах**

В основной группе явления баланита наблюдались у 9 (11,1%), то есть в 1,7 раза реже, чем у больных контрольной группы, где он выявлен у 10 (19,2%) больных. явления переднего уретрита выявлены у 11 (13,4%) мужчин основной группы. Тотальный уретрит выявлен у больных основной группы в 21 (25,9%) случаях, то есть в 1,9 раза чаще, чем 11 (13,4%) больных с передним уретритом. В сравнении с основной группой, в контрольной группе, передний уретрит встречался в 1,6 раза чаще, чем тотальный, то есть 13 (25,0%) против 8 (15,4%) случаев. То есть, у мужчин с туберкулезом легких по сравнению с контрольной группой в 1,7 раза чаще встречались больные с тотальным уретритом (21 (25,9%) против 8 (15,4%) случаев). Наиболее частым проявлением урогенитальных инфекции, передающиеся половым путем у мужчин, страдающих туберкулезом легких было наличие простатита, который выявлен у 38 (46,9%) больных, по сравнению с 11 (21,2%) случаями простатита в контрольной группе. Оценка симптомов и качества жизни мужчин с урогенитальной инфекции передающиеся половым путем на фоне туберкулеза легких выявила отличия от больных контрольной группы нарушения со стороны предстательной железы отразились на качестве жизни мужчин основной группы и индекс качества жизни QOL у них составил  $4,5 \pm 1,2$  балла, что указывало на его значительное ухудшение. В контрольной группе показатель индекса качества жизни составил  $3,1 \pm 1,2$  балла. Суммарная оценка симптомов простатита у больных основной группы составила  $21,1 \pm 1,2$  балла, что указывает на наличие тяжелой симптоматики простатита. В основной группе больных чаще наблюдалась умеренная степень симптоматики простатита, что составило 19 (50,0%) случаев. В контрольной группе наиболее часто выявлена легкая степень симптоматики простатита, которая наблюдалась у 6-ти из 11 больных. Количество больных с тяжелой симптоматикой в основной группе составило 6 (18,8%) случаев. То есть, у мужчин, страдающих туберкулезом легких урогенитальные инфекции в 19 (50,0%) случаев, протекают с явлениями простатита с умеренной степенью симптоматики

Клинические проявления со стороны мочеполовых органов у женщин с урогенитальными инфекциями, передающиеся половым путем на фоне туберкулеза легких, встречались у 48 (88,9%) пациенток, а у 6 (11,1%), несмотря на выявленные инфекции, клинические признаки не выявлялись. В отличие от этого, в контрольной группе больных клинические проявления наблюдались у 27 (71,0%) пациенток, а без клинических проявлений урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем, протекали у 11 (29,0%) женщин. В группе женщин, страдающих туберкулезом легких вульвовагиниты выявлены в 2 (3,7%) случаях, а эндоцервициты - в 6 (11,1%) случаях. При этом, в контрольной группе больных данные проявления наблюдались соответственно в 9 (23,6%) 7 (18,4%) случаях. То есть, на фоне туберкулеза явления вульвовагинита и эндоцервицита у женщин с урогенитальными инфекциями передающиеся половым путем проявляются соответственно в 6 и 1,7 раза реже, чем у больных контрольной группы. (рисунок 2)



**Рисунок 2. - Локализация воспалительных поражений мочеполовой сферы у женщин с инфекции, передающиеся половым путем в основной и контрольной группах.**

Эндометриты у женщин с урогенитальными инфекциями, передающиеся половым путем на фоне туберкулеза легких выявлены в 19 (35,2%) случаях, а у больных контрольной группы они выявлены в 7 (18,4%) случаях, то есть в 2 раза реже. Основным проявлением осложнений урогенитальных инфекций передающиеся половым путем у пациенток основной группы явилось обнаружение сальпингоофорита, который был выявлен у 21 (38,9%) случаев, что выше в 3,7 раза по сравнению с пациентками контрольной группы, где сальпингоофорит выявлен в 4 (10,5%) случаев. У 6 (11,1%) больных основной группы и 11 (28,9%) пациенток контрольной группы отсутствовали клинические проявления осложнений урогенитальных инфекций передающиеся половым путем, что, возможно связано у женщин основной группы со сниженным иммунитетом на фоне туберкулезной инфекции, а у женщин контрольной группы – своевременным обращением за медицинской помощью.

Хроническое течение урогенитальных инфекций, передающиеся половым путем у лиц, страдающих туберкулезом легких как у мужчин, так и у женщин наблюдается чаще, чем острое. У мужчин, страдающих туберкулезом легких в 2,2

раза чаще, чем у больных контрольной группы наблюдаются осложнения в виде простатита и составляют 38 (46,9%) против 11 (21,2%) случаев, а у женщин - в 3,7 раза чаще наблюдается сальпингоофорит, который выявлен у 21 (38,9%) пациенток против 4 (10,5%) случаев в контрольной группе.

Исследование показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных основной и контрольной групп выявило наиболее значимые изменения у больных с хроническим течением урогенитальной инфекции, передающиеся половым путем на фоне туберкулеза легких, что, возможно связано с проводимой противотуберкулезной химиотерапией в данной группе больных. Наиболее выраженным отмечалось снижение содержания общего количества лимфоцитов у больных основной группы, которое составило  $23,11 \pm 1,2\%$ , то есть в 1,3 раза меньше по сравнению с донорами, где данный показатель составил  $30,2 \pm 1,5\%$ , что указывало на угнетение иммунной системы у больных с урогенитальной инфекцией передающиеся половым путем на фоне туберкулеза легких, в то время, как в контрольной группе, напротив, отмечалось незначительное снижение содержания лимфоцитов по сравнению с донорами, который составил  $29,15 \pm 1,9\%$ . В основной группе больных наиболее выраженные нарушения выявлены в содержании CD3 T-лимфоцитов и ИРИ, по сравнению с контрольной группой, которые составили соответственно  $58,4 \pm 2,0\%$  и  $1,2 \pm 1,2$ , что отличалось по сравнению с данными показателями не только в группе здоровых доноров (соответственно  $66,9 \pm 2,4$  и  $1,4 \pm 0,1$ ), но и контрольной группе (соответственно,  $63,7 \pm 2,4\%$  и  $1,4 \pm 1,0$ ) в основной группе больных на фоне снижения CD4 и CD8 лимфоцитов, снижение ИРИ выявлялось в 1,2 раза чаще по сравнению с донорами ( $1,2 \pm 0,1$  против  $1,4 \pm 0,1$ ) и по сравнению с контрольной группой ( $1,2 \pm 0,1$  против  $1,4 \pm 1,0$ )

Наиболее высокие уровни содержания Ig A в периферической крови были зарегистрированы у больных основной группы, что составило  $2,4 \pm 0,1$  мг/мл, то есть данный показатель в основной группе был в 1,2 раза выше по сравнению с контрольной группой ( $2,4 \pm 0,1$  против  $1,9 \pm 0,18$  мг/мл) и в 1,4 по сравнению с донорами ( $2,4 \pm 0,1$  против  $1,7 \pm 0,2$  мг/мл), что указывало на персистирование инфекционного процесса у этих больных. Содержание Ig M и IgG у больных основной группы также было выше, чем в группе доноров, но ниже, чем в контрольной группе. По сравнению с контрольной группой содержание Ig M в основной группе было ниже в 1,6 раза ( $2,9 \pm 0,09$  против  $1,8 \pm 0,01$  мг/мл) а содержание IgG составило  $10,85 \pm 0,16$  мг/мл против  $11,9 \pm 0,14$  мг/мл. Хронический процесс у больных основной группы протекал на фоне наиболее выраженных нарушений клеточного и гуморального иммунитета по сравнению таковыми показателями хронического процесса у больных контрольной группы, что проявлялось снижением CD8 у больных основной группы по сравнению с контрольной группой в 1,7 раза ( $24,9 \pm 1,5$  против  $14,9 \pm 1,5\%$ ), CD20 – в 2 раза ( $5,9 \pm 1,12$  против  $2,8 \pm 1,0\%$ ), CD16 - в 1,8 раза ( $13,3 \pm 0,9$  против  $7,6 \pm 1,2\%$ ). Кроме того, у больных основной группы выявлено повышение ИРИ в 1,4 раза, по сравнению с данным показателем у больных с хроническим течением урогенитальной инфекции передающиеся половым путем контрольной группы, то есть  $2,1 \pm 2,2$  против  $1,5 \pm 1,2$ . Обнаруженные изменения свидетельствуют о значительном ингибировании клеточного звена



у больных с туберкулезной инфекцией, что свидетельствует об истощении у них клеточного и гуморального механизмов иммунного ответа.

Выявленные изменения показателей цитокинового профиля у больных основной и контрольной групп отличались в зависимости от активности воспалительного процесса. Острое течение урогенитальных инфекций у больных основной группы сопровождалось более выраженным снижением всех показателей провоспалительных цитокинов, по сравнению с контрольной группой. Уровень ИЛ-1 $\beta$  был снижен в 3,4 раза ( $0,72 \pm 0,09$  против  $2,45 \pm 0,15$  пкг/мл), ИЛ-6 – в 2,4 раза ( $2,18 \pm 2,52$  против  $5,19 \pm 0,35$  пкг/мл), ИЛ-8 - 2,9 раза ( $2,46 \pm 11,17$  против  $7,07 \pm 0,41$  пкг/мл), ФНО- $\alpha$  – в 1,3 раза ( $7,9 \pm 4,57$  против  $11,02 \pm 0,91$  пкг/мл). Содержание противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-10) у больных с острым течением также были снижены в основной группе в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой, то есть содержание ИЛ-4 в основной группе составило  $9,27 \pm 5,8$  против  $13,77 \pm 2,2$  пкг/мл контрольной группы, а содержание ИЛ-10 –  $4,15 \pm 1,31$  против  $6,18 \pm 0,31$  пкг/мл в контрольной группе. В результате проведенного исследования были выявлены значительные нарушения в показателях выработки интерлейкинов у больных инфекциями, передаваемыми половым путем на фоне туберкулезной инфекции, что указывало на наличие у них вторичного иммунодефицита, за счет туберкулезной инфекции и принимаемой антибактериальной химиотерапии. Полученные результаты показывают, что у больных урогенитальными инфекциями, страдающих туберкулезом легких имеются признаки активации клеточного звена иммунной системы у этих больных, проявляющиеся снижением активности интерлейкинов, которые отвечают за корректность и специфичность иммунологических реакций. В крови пациентов контрольной группы, страдающих урогенитальными инфекциями отмечена избыточная активация цитокинового пула, который увеличивается на фоне усиления воспалительных явлений со стороны урогенитального тракта.

Лечение инфекции передающиеся половым путем проводилось в двух группах: I группа состояла из 60 больных, которым проводилась стандартная комплексная противотуберкулезная химиотерапия, включающая рифампицин, изониазид, презинамид и кетанбутол + азитромицин по 1 г 1 раз в неделю, в течение 3 недель. Курсовая доза - 3 г. (Азитромицин назначался в соответствии с протоколами по ведению больных с инфекции передающиеся половым путем, 2019); II группа - из 60 больных, которым проводилась комплексная противотуберкулезная химиотерапия, включающая рифампицин, изониазид, презинамид и кетанбутол + трехкомпонентная терапия урогенитальных инфекции передающиеся половым путем (азитромицин 1 г 1 раз в неделю, в течение 3 недель + иммуномодулятор Тимогар по 1 мл в/м 1 раз в день, в течение 10 дней. Больным с сопутствующей трихомонадной инфекцией в комплексную терапию включали метронидазол 500 мг 2 раза в сутки 7 дней; при герпесвирусной инфекции - валацикловир 125 мг 2 раза в сутки 5 дней). Всем больным в комплексное лечение был включен препарат Флуконазол по 150 мг один раз в неделю в течение 2-3 недель.

Контроль излеченности оценивали на основании клинико-лабораторного мониторинга через 30 дней и после 6 месяцев терапии. В течение этого времени па-

циентам рекомендовалось применять средства индивидуальной защиты. Клиническая эффективность оценивалась нами как: клиническое излечение при исчезновении жалоб и клинических симптомов урогенитальной инфекции на фоне отрицательных результатов лабораторных исследований; за улучшение принималось выявленное значительное уменьшение жалоб и клинических симптомов урогенитальные инфекции передающиеся половым путем на фоне отрицательных результатов лабораторных исследований; отсутствием клинического излечения считалось выявленное сохранение или усиление жалоб и клинических симптомов урогенитальные инфекции передающиеся половым путем после окончания лечения; рецидив отмечался при выявлении факта повторного появления жалоб и клинических признаков урогенитальных инфекции передающиеся половым путем в течение 2 - 4 недель после окончания лечения при отсутствии указаний на повторное инфицирование. В результате клинко-микробиологической оценки эффективности проведенной терапии в обеих группах больных была выявлена динамика элиминации возбудителей урогенитальных инфекции передающиеся половым путем (таблица 1)

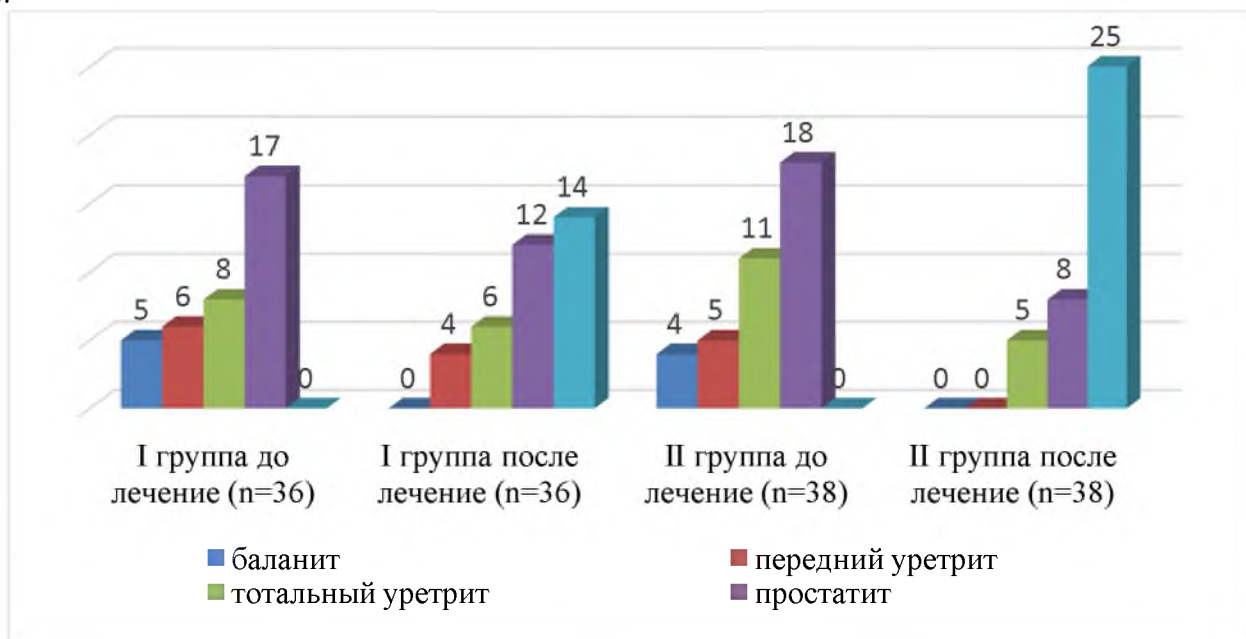
**Таблица 1. - Достигнутая элиминация возбудителей урогенитальных инфекции передающиеся половым путем в группах сравнения через 30 дней терапии**

Возбудители урогенитальных инфекции, передающиеся половым путем	Общее число больных			
	Группа I (n=60)		Группа II (n=60)	
	Число б-х с наличием возбудителя до лечения (n/%)	Число б-х с наличием возбудителя после лечения (n/%)	Число б-х с наличием возбудителя до лечения (n/%)	Число б-х с наличием возбудителя после лечения (n/%)
Ch.Trach.+Ureapl ureal + Trichomonas vag.	10 (16,7%)	6 (10,0%)	10 (16,7%)	2 (3,3%)
Ch. Trach.+Ureapl ureal+ Herpesvir	10 (16,7%)	8 (13,3%)	11(18,3%)	6 (10,0%)
Ch. Trach. + Ureapl ureal+ Mycopl.genit.	10 (16,7%)	5 (8,3%)	11(18,3%)	2 (3,3%)
Ch. Trach.+Ureapl ureal	6 (10,0%)	5 (8,3%)	5 (8,3%)	2 (3,3%)
Ch. Trach.+ Herpesvir	5 (8,3%)	3 (5,0%)	5 (8,3%)	3 (5,0%)
Ureapl.ureal+Mycopl.genit.	5 (8,3%)	2 (3,3%)	4 (6,7%)	0
Chlamydia trachomatis	2 (3,3%)	0	2 (3,3%)	0
Ureaplasma urealyticum	4 (6,7%)	2 (2,8%)	3 (5,0%)	0
Mycoplasma genitalium	2 (3,3%)	0	2 (3,3%)	0
Herpesvir	6 (10,0%)	4 (5,7%)	7 (11,8%)	5 (8,3%)
Всего	60 (100%)	35 (58,3%)	60 (100%)	20 (33,3%)

В первой группе больных число больных с наличием возбудителей уменьшилось в 1,7 раза (60 (100%) против 35 (58,3%), а во второй группе в 3 раза (60 (100%) против 20 (33,3%).

То есть, в первой группе больных лабораторное излечение наблюдалось у 25 (41,7%), а во второй – у 40 (66,7%), то есть в 1,6 раза.

В процессе проведенной терапии были выявлена динамика клинических проявлений поражений мочеполовых органов у обследуемых больных (рисунок 3).



**Рисунок 3 - Динамика клинических проявлений урогенитальной инфекции передающиеся половым путем у мужчин в группах сравнения**

То есть, после проведенного лечения во второй группе больных в 1,7 раз чаще, не выявлялась патология со стороны урогенитальной системы, чем в первой группе (25 (65,8%) против 14 (38,8%) случаев). Кроме того, во второй группе больных, получивших комплексную терапию с учетом иммунного состояния, наблюдалось уменьшение явлений простатита (уменьшение размеров и улучшение эхоструктуры) в 1,6 раза, по сравнению с контрольной группой, то есть 12 (33,3%) против 8 (21,1%) случаев, так как после проведенного лечения уменьшилось число больных с тяжелой степенью простатита. То есть, во второй группе больных проведенная терапия оказала наиболее выраженный положительный эффект на явления простатита. Данный эффект был подтвержден результатами шкалы симптомов простатита (IPPS) и качества жизни больных (QOL). Индекс IPPS в обеих группах больных до лечения указывал на тяжелую степень простатита, так

к  
а  
к

с  
о  
с  
т  
а  
в  
л  
я

Оценка эффективности проведенного лечения урогенитальной инфекции, передающейся половым путем у женщин, больных туберкулезом также выявила положительную динамику воспалительных заболеваний малого таза (рисунок 4).



**Рисунок 4 - Динамика клинических проявлений урогенитальной инфекции передающейся половым путем у женщин в группах сравнения**

Как видно из рисунка, частота эндометриита уменьшилась от 11-ти до 9-ти случаев в первой группе больных, и от 8-ми до 5-ти больных во второй группе, то есть, соответственно в 1,4 и в 1,8 раза. Число больных с сальпингоофоритом после лечения, в первой группе составило 9, а во второй - 6 пациенток, то есть в 1,5 раза больше. То есть, положительная динамика выявлена у 6-ти из 24-х женщин первой группы и 9-ти из 22-х больных второй группы, то есть в 1,5 раза чаще, что указывало на наиболее выраженную эффективность терапии больных второй группы, которые получали комплексную терапию с применением препарата Тимогар.

При оценке клинической эффективности через 6 месяцев терапии анализировали количество больных с клиническим излечением, улучшением, отсутствием клинического излечения и количеством рецидивов (таблица 2)

**Таблица 2 - Оценка клинической эффективности в группах сравнения через 6 месяцев терапии**

Критерии оценки клинической эффективности	I группа (n=60)		II группа (n=60)	
	Абс	%	Абс	%
Клиническое излечение	11	18,3%	19	31,7%
Улучшение	25	41,7%	35	58,3%
Отсутствие клинического излечения	7	11,7%	4	6,7%
Рецидив	17	28,3%	2	3,3%
Всего	60	100%	60	100%

Как видно из таблицы, полное исчезновение жалоб и клинических симптомов урогенитальной инфекции после окончания лечения и отрицательные результаты лабораторных исследований во второй группе больных наблюдались в 1,7 раз чаще, чем в первой группе больных (19 (31,7%) против 11 (18,3%) случаев). Наибольшее число больных выявлялось с улучшением, что составило 35 (58,3%) больных против 25 (41,7%) больных второй группы. В первой группе больных в 1,7 раз чаще выявлялись больные с отсутствием клинического излечения (7 (11,7%) против 4 (6,7%) случаев). Частота рецидивов также была выше среди больных первой группы, то есть несмотря на отсутствие у этих больных повторного заражения, вновь появились жалобы на болевые ощущения, выделения из половых путей и дизурию, а также выявлялись симптомы воспалительных органов малого таза.

После проведенного лечения у больных первой группы содержание лимфоцитов увеличилось от  $23,11 \pm 1,2\%$  до  $24,15 \pm 1,9\%$ , хотя не достигло нормальных значений ( $30,2 \pm 1,5\%$ ). Эффективность проведенного лечения у больных первой группы отразилась на иммунологических показателях крови, особенно на показателях  $CD_{20}$  и  $CD_{16}$ , уровень которых увеличился соответственно в 1,4 и 1,2 раза, то есть  $4,1 \pm 1,1\%$  против  $2,9 \pm 0,5\%$  и  $8,9 \pm 1,8\%$  и  $7,7 \pm 0,9\%$ . Показатель ИРИ увеличился от  $1,2 \pm 1,2$  до  $1,3 \pm 1,1$ , однако оставался ниже нормальных показателей ( $1,4 \pm 0,1$ ). Эффективность лечения отразилась на показателях Ig A, Ig M, Ig G, которые после лечения имели тенденцию к снижению, но не достигли уровня данных показателей по сравнению с донорами. В группе II наблюдалась наиболее выраженная положительная динамика после проведенного лечения, которая улучшилась в 1,5 раза по показателю  $CD_{16}$  ( $11,2 \pm 1,8\%$  против  $7,7 \pm 0,9\%$ ). Показатели  $CD_4$  и  $CD_8$  до лечения составили  $31,5 \pm 1,8\%$  и  $25,3 \pm 1,5\%$ , а после лечения  $37,5 \pm 1,5\%$  и  $27,2 \pm 1,2\%$ , то есть увеличились в 1,2 раза. Такая же динамика наблюдалась по показателям содержания лимфоцитов  $28,11 \pm 1,2\%$  против  $23,11 \pm 1,2\%$ , а уровни Ig A, Ig M, Ig G после лечения уменьшились в 1,5 и в 1,2 раза, то есть соответственно от  $2,4 \pm 0,1$  до  $1,6 \pm 0,09$  мг/мл, от  $1,9 \pm 0,01$  до  $1,6 \pm 0,09$  мг/мл и от  $10,85 \pm 0,16$  до  $9,1 \pm 0,14$  мг/мл. То есть, в группе II больных, получивших противотуберкулезную терапию в комплексе с азитромицином и тимогаром, эффективность лечения оказалась наиболее значительной, по сравнению с группой I, где больные получили противотуберкулезную терапию с применением только азитромицина. Данный факт подтвердился по показателям состояния системы интерлейкинов до и после лечения. В системе провоспалительных цитокинов отмечалось достоверное их повышение у больных группы II по сравнению с группой I, так как в группе II наблюдалось наиболее значимое повышение уровня ИЛ-6, которое после лечения уменьшилось в 1,6 раза ( $2,86 \pm 0,18$  против  $2,32 \pm 1,12$  пкг/мл), а также снижение в 2,6 раза ИЛ- $\beta$  ( $1,86 \pm 0,21$  против  $2,34 \pm 0,21$  пкг/мл). Уровень ИЛ-8 уменьшился в 1,2 раза во второй группе, а показатель ФНО-а незначительно снизился как в первой, так и во второй группе больных. Следует отметить, что несмотря на положительную динамику с системы провоспалительных интерлейкинов у больных во второй группе, однако их уровень не достигал нормальных значений группы доноров.

Повышение уровня противовоспалительных интерлейкинов в группе II больных по сравнению с группой I также указывал на эффективность проведенной терапии

Таким образом, оценка непосредственных результатов проведенной комплексной терапии выявила значительную эффективность комплексного метода лечения больных с урогенитальными инфекциями, передающиеся половым путем у больных туберкулезом легких с применением азитромицина и тимогара в комплексе с противотуберкулезной антибактериальной терапией, по сравнению с применением только азитромицина в комплексе с противотуберкулезной антибактериальной терапией. Применение Азитромицина и Тимогара в комплексе с противотуберкулезной антибактериальной терапией отражается на улучшении иммунных показателей крови и приводит к клиническому излечению в 1,7 раз чаще, чем без применения препарата Тимогар (19 (31,7%) против 11 (18,3%) случаев)

### ВЫВОДЫ

1. Урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем у больных, страдающих туберкулезом легких в 1,9 раза чаще встречаются в молодом репродуктивном возрасте, по сравнению с больными урогенитальными инфекциями, передающиеся половым путем без сопутствующей туберкулезной инфекции (54,1% против 35,6% случаев). [3-А, 5-А, 6-А, 7-А].
2. У больных туберкулезом легких смешанная урогенитальная инфекция встречается в 1,2 раза чаще, чем у больных без сопутствующей туберкулезной инфекции (100 (74,1%) против 58 (64,4%) случаев), причем в 55 % случаев она представлена хламидийной инфекцией. [3-А, 5-А, 10-А, 11-А].
3. У 115 (85,2%) больных туберкулезом легких урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем, характеризуются хроническим течением). Осложнениями урогенитальных инфекций передающиеся половым путем у больных, страдающих туберкулезом по сравнению с больными без сопутствующей туберкулезной инфекции, среди мужчин в 2,2 раза чаще является простатит (38 (46,9%) против 11 (21,2%) случаев), а среди женщин в 3,7 раза чаще - сальпингоофорит (21 (38,9%) против 4 (10,5%) случаев). [3-А, 4-А, 5-А].
4. Урогенитальные инфекции у больных туберкулезом легких протекают на фоне низких показателей CD 3 CD 4 и CD 8 лимфоцитов, и высокого уровня сывороточных IgA, IgM, IgG, что свидетельствует об истощении у них клеточного и гуморального механизмов иммунного ответа. [1-А, 2-А, 5-А].
5. Нарушения в системе интерлейкинов у больных с урогенитальными инфекциями на фоне туберкулеза легких наблюдаются в 1,2 раза чаще, чем при урогенитальных инфекциях передающиеся половым путем без сопутствующей туберкулезной инфекции (88 (65,2%) против 50 (55,6%)). [1-А, 2-А, 4-А, 5-А].
6. Применение Азитромицина и Тимогара в комплексе с противотуберкулезной антибактериальной терапией отражается на улучшении иммунных показателей крови и приводит к клиническому излечению в 1,7 раз чаще, чем без применения препарата Тимогар (19 (31,7%) против 11 (18,3%) случаев) [6-А, 7-А, 8-А, 9-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. При ведении больных туберкулезом легких необходимо учитывать, что в репродуктивном возрасте у них могут иметь место торпидно протекающие урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем в виде смешанной урогенитальной инфекции, которая встречается у 74,1% больных, из которых в 55% случаев она представлена хламидийной инфекцией, в 46,9% случаях осложняется простатитом у мужчин, а в 38,9% - сальпингоофоритом у женщин.
2. Наиболее выраженные нарушения иммунной системы у больных с урогенитальными инфекциями, передающиеся половым путем на фоне туберкулеза легких, выявляются при ассоциациях 3-х урогенитальных инфекций, в связи с чем рекомендуется наряду с противотуберкулезными препаратами назначать макролиды и иммуномодуляторы.
3. При выявлении урогенитальной патологии у больных туберкулезом легких необходимо включение в комплексную противотуберкулезную терапию препарата Азитромицина и иммуномодулятора Тимогар, так как эффективность терапии улучшается в 1,7 раз.

### **Список публикаций соискателя ученой степени кандидата медицинских наук**

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

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

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

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

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

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

#### **Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций**

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

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

[8-А] Гадоев, М.А. Диагностика и лечение уретритов / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, А.Д. Мирзоев // М-лы X Республиканской научно-практич.конференции. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. – 2018. – С. 216-217.

[9-А] Гадоев М.А. Усули муосири ташхис ва табобати уретритҳо дар мардон / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, Ш.А. Соҳибназаров // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. Том 1. – С. 548.

[10-А] Гадоев М.А. Современная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. – Москва. – 2019. –С. 77-78.

[11-А] Гадоев М.А. Диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / М.А. Гадоев, Б.И. Саидов // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. – Москва. – 2019.– С. 24-25.

#### **Список сокращений и условных обозначений**

<b>ВИЧ</b>	- вирус иммунодефицит человека
<b>ИФА</b>	- иммуноферментный анализ
<b>ИРИ</b>	- иммунорегуляторный индекс
<b>ПЦР</b>	- полимеразно-цепная реакция
<b>ИППП</b>	- инфекции передающиеся половым путем
<b>ПИФ</b>	- прямая иммунофлюоресценция
<b>ТЛ</b>	- туберкулёз лёгких
<b>УИППП</b>	- урогенитальный инфекции передающиеся половым путем
<b>УИ</b>	- урогенитальная инфекция



### Аннотатсияи

## Гадоев Маъруф Ахмадович «Хусусиятҳои клиникӣ - лабораторӣ ва тақмили муолиҷаи беморони гирифтори беморҳои СБРАҶГ-и дар якҷоягӣ бо сили шуш»

**Вожаҳои калидӣ:** СБРАҶГ-и урогениталӣ, сили шуш, клиника, патогенез, ташхис, таъбобати иммуностимуляторӣ

**Мақсади тадқиқот:** беҳтаркунонии таъбобати СБРАҶГ-и урогениталӣ дар беморони гирифтори бемории сили шуш бо назардошти хусусиятҳои клиникӣ - лабораторӣ ва вайроншавиҳои масунӣ.

**Маъводҳои тадқиқот ва таҷҳизоти истифодашаванда:** Ҳадафи тадқиқот 135 нафар беморон (81 мард ва 54 зан, синну солашон  $37 \pm 2,4$  сол) буданд, ки аз соли 2016 то 2019 ба муассисаи давлатии “Маркази миллии беморҳои сил, шуш ва ҷароҳии қафаси сина” қабул карда шудаанд. Гурӯҳи назоратӣ аз 90 нафар беморони гирифтори сироятҳои урогениталӣ иборат буд, ки гирифтори сили шуш нестанд ва аз рӯи чинс ва синну сол ҷудо карда шудаанд. Ҳангоми иҷро намудани таҳқиқоти мазкур усулҳои зерин истифода шуданд; микроскопӣ, клиникӣ, ултрасадоӣ, иммунологӣ, реаксияи занҷири полимеразӣ (РЗП), таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ), санҷиши иммуноферменти мустақим (ИФМ), омӯрӣ.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағвоии онҳо.** Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зухуроти клиникӣ- лаборатории сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар беморони гирифтори сили шуш омӯхта шуданд. Исбот гардид, ки сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар беморони гирифтори сили шуш дар синни ҷавонии репродуктивӣ 1,9 маротиба бештар паҳн мешаванд.

Маълум карда шуд, ки дар беморони гирифтори сили шуш сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 100 (74,1%) ҳолат дар шакли сирояти омехта, дар 55% ҳамчун хламидиоз ва дар 115 (85,2%) дар ҳолати музмин зоҳир мегарданд.

Муқаррар карда шудааст, ки дар беморони гирифтори сили шуш омехташавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ дар 65,2% ҳолатҳо дар заминаи вайрон шудани системаи интерлейкин ба амал меояд.

Бори аввал исбот шудааст, ки истифодаи азитромитсин ва иммуностимулятори Тимогар дар якҷоягӣ бо муолиҷаи антибиотикии зидди силӣ самаранокии онро зиёд мекунад ва вайроншавии масуниро дар беморон ба эътидол меорад.

**Тавсияҳо барои истифодабарӣ.** Усули самараноки ташхис ва таъбобати беморони сили шуш дар якҷоягӣ бо сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи урогениталӣ пешниҳод карда шудааст, ки барои истифода дар протоколҳои ташхис ва таъбобати бемории сил/СБРАҶГ тавсия шудааст.

**Соҳаи истифодабарӣ:** дерматовенерология, фтизиатрия.

## Аннотация

Гадоева Маъруфа Ахмадовича

### «Клинико-лабораторные особенности и совершенствование терапии больных урогенитальными ИППП в сочетании с туберкулезом легких»

**Ключевые слова:** урогенитальный ИППП, туберкулез легких, клиника, патогенез, диагностика, иммуностимулирующее лечение

**Цель исследования:** оптимизация терапии урогенитальных ИППП у больных туберкулезом легких с учетом выявленных клинико-лабораторных особенностей и иммунных нарушений.

**Методы исследования, и использованная аппаратура:** Объектом исследования служили 135 больных (81 мужчин и 54 женщины, средний возраст  $37 \pm 2,4$  лет) поступивших в ГУ национальный центр туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии с 2016 по 2019 год. Контрольную группу составили 90 больных с урогенитальными инфекциями, не страдающие туберкулезом легких, рандомизированных по полу и возрасту.

При выполнении данного исследования использовали эти методы: микроскопические, клинические, ультразвуковые, иммунологические, полимеразно-цепная реакция (ПЦР), иммуноферментный анализ (ИФА), прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), статистические.

**Полученные результаты и их новизна.** В Республики Таджикистан впервые было изучены клинико-лабораторные проявления урогенитальных инфекций, передающихся половым путем у больных туберкулезом легких. Доказано, что урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем у больных, страдающих туберкулезом легких в 1,9 раза чаще встречаются в молодом репродуктивном возрасте.

Выявлено, что у больных туберкулезом легких урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем в 100 (74,1%) случаях представлена смешанной инфекцией, 55% которой представлена хламидиозом и в 115 (85,2%) случаев характеризуются хроническим течением.

Установлено, что у больных туберкулезом легких сочетание с урогенитальными инфекциями в 65,2% случаях протекают на фоне нарушения в системе интерлейкинов.

Впервые доказано, что использование Азитромицина и иммуностимулятора Тимогара в комплексе с противотуберкулезной антибактериальной терапией, повышает его эффективность, нормализует иммунологические нарушения у больных.

**Рекомендации по использованию.** Предложен эффективный метод диагностики и лечения больных туберкулезом легких сочетание с урогенитальными инфекциями, который рекомендуется использовать в протоколах диагностики и лечения туберкулеза / ИППП.

**Область применения:** дерматовенерология, фтизиатрия.

### **Annotation**

**of the abstract of the dissertation of Gadoev Maruf Akhmadovich "Clinical and laboratory features and improvement of therapy for patients with urogenital STI in combination with pulmonary tuberculosis" for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.10 - Skin and venereal diseases**

**Keywords:** urogenital STI, pulmonary tuberculosis, clinic, pathogenesis, diagnostics, immunostimulating treatment

**The purpose of the research:** optimization of therapy for urogenital STIs in patients with pulmonary tuberculosis, taking into account the identified clinical and laboratory features and immune disorders.

**Research methods, by using equipment:** The object of the research was 135 patients (81 men and 54 women, mean age  $37 \pm 2,4$  y.o) admitted to the National Center for Tuberculosis, Pulmonology and Thoracic Surgery from 2016 to 2019. The control group consisted of 90 patients with urogenital infections, not suffering from pulmonary tuberculosis, randomized by sex and age.

During performing this research, the following methods were used: microscopic, clinical, ultrasound, immunological, polymerase chain reaction (PCR), enzyme immunoassay (ELISA), direct immunofluorescence (DIF), statistical.

**The results obtained and their novelty.** The clinical and laboratory manifestations of urogenital sexually transmitted infections in patients with pulmonary tuberculosis were researched for the first time in the Republic of Tajikistan. It has been proven that urogenital sexually transmitted infections in patients with pulmonary tuberculosis in 1,9 times meet more common at a young reproductive age.

It was revealed that in patients with pulmonary tuberculosis, urogenital sexually transmitted infections in 100 (74.1%) cases are represented by a mixed infection, 55% of which is represented by chlamydia and in 115 (85.2%) cases are characterized by a chronic course.

It has also been revealed that in patients with pulmonary tuberculosis, the combination with urogenital infections in 65.2% of cases occurs against the background of a violation in the interleukin system.

It has been proven for the first time that the usage of Azithromycin and the Timogar immunostimulant in combination with anti-tuberculosis antibiotic therapy increases its effectiveness and normalizes immunological disorders in patients.

**Recommendations for use.** An effective method for the diagnosis and treatment of patients with pulmonary tuberculosis combined with urogenital infections has been proposed, which is recommended for use in the protocols for the diagnosis and treatment of Tuberculosis / STIs.

**Scope:** dermatovenereology, phthisiology.