

Р.Н. Шарифов^{1,2,3}, З.Х. Тиллоева², Д.А. Набилова^{3,4}, С.М. Зикриярова¹, Н.Дж. Джафаров⁵, С.Дж. Юсуфи⁵

СИСТЕМА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ЕЁ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

¹НАО Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

²ГУ «Городская дезинфекционная станция», Душанбе, Таджикистан

³Центральноазиатская обучающая программа по прикладной эпидемиологии, Алматы, Казахстан

⁴Центры по контролю и профилактике заболеваний США, офис в Центральной Азии, Алматы, Казахстан

⁵Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Шарифов Раджабали Нуралиевич - магистрант кафедры «Эпидемиология с курсом ВИЧ-инфекции», Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан. заместитель главного врача ГУ «Городская дезинфекционная станция»; г. Душанбе, проспект А. Дониш 16; Тел.: +992935670767; E-mail: sharifovraj@gmail.com

Цель исследования. Разработка рекомендаций по совершенствованию системы эпидемиологического надзора за туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя.

Материал и методы исследования. Оценка системы эпидемиологического надзора за туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя проведена в г. Душанбе и районе Рудаки в соответствии с руководством Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC).

Результаты исследования и их обсуждение. Система надзора за туберкулезом сложная, имеет много ступеней представления отчетов. Отчетные формы государственного образца не представляют информации об индикаторах, необходимых для отслеживания распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Оценка атрибута своевременности показала, что своевременно было начато лечение у 52% исследуемых (42 из 80 случаев): в г. Душанбе 54% случаев (29 из 54 случаев), по р. Рудаки - 50% (13 из 26). Задержки были связаны с множественной лекарственной устойчивостью по сравнению с другими видами лекарственной устойчивости (ОШ-4,3; 95%ДИ 1,7-11,1), амбулаторным лечением по сравнению со стационарным (ОШ-5,3; 95%ДИ 1,1-27,0).

Выводы. В целом система эпидемиологического надзора за туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя в обеих регионах выполняют свои цели и задачи, но в совершенствовании нуждается показатель гибкости, своевременности и приемлемости системы.

Ключевые слова: эпидемиологический надзор, туберкулез, лекарственная устойчивость, прикладная эпидемиология.

R.N. Sharifov^{1,2,3}, Z.H. Tilloeva², D.A. Nabirova^{3,4}, S.M. Zikriyarova¹, N.J. Jafarov⁵, S.J. Yusufi⁵

EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE SYSTEM FOR DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN: PROBLEMS AND WAYS OF ITS IMPROVEMENT

¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan;

²Disinfection Center of Dushanbe City, Tajikistan;

³Central Asia Region Field Epidemiology Training Program, Almaty, Kazakhstan;

⁴U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Central Asia Regional Office, Almaty, Kazakhstan;

⁵Ministry of Health and Social Protection of the Population, Dushanbe, Tajikistan/

Sharifov Radjabali Nuraliyevich - master student of the Department of Epidemiology with the course of HIV infection, Kazakh National Medical University named S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan. Deputy head Physician of State Institution "City Disinfection Station", Dushanbe, Tajikistan, 16 Ahmad Donish Avenue, Phone: +992 93 567 07 67, E-mail: sharifovraj@gmail.com

Objective. Development of recommendations for improving the system of epidemiological surveillance of drug-resistant tuberculosis.

Material and methods. The surveillance system for drug-resistant tuberculosis in Dushanbe and the Rudaki district was evaluated, following the guidelines provided by the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Results. The tuberculosis (TB) surveillance framework is multifaceted with multiple reporting tiers. The reporting forms provided by the government do not provide information on the indicators needed to track the spread of multidrug-resistant TB. An evaluation of timeliness revealed that appropriate treatment commenced promptly in 52% of cases (42 out of 80): 54% (29 out of 54 cases) in Dushanbe and 50% (13 out of 26) in the Rudaki district. Delays were associated with multiple drug resistance in comparison to other types of drug resistance (OR-4.3; 95% CI 1.7-11.1), outpatient in contrast to inpatient treatment (OR-5.3; 95% CI 1.1-27.0).

Conclusion. The epidemiological surveillance system for TB with drug-resistant strains in both regions achieves its intended goals and objectives. However, the system's flexibility, timeliness, and acceptability require further refinement.

Keywords: epidemiology surveillance, tuberculosis, drug-resistance tuberculosis, FETP.

Введение. Туберкулёз (ТБ) с лекарственной устойчивостью к *M.tuberculosis* (ТБ с ЛУ МБТ) является серьезной угрозой для населения всех стран мира [10], который с трудом поддается лечению, став основной причиной смерти от туберкулёза [7]. В 2020 году по всему миру было выявлено 157 903 лабораторно подтвержденных случаев туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью (устойчивость как минимум к изониазиду и рифампицину) [13] возбудителя (МЛУ-ТБ). Это значительное падение (на 22%) по сравнению с 2019 годом (201 997 случая), что соответствует о столь же значительном сокращении общего числа людей с ТБ (18%) и общее число людей с бактериологически подтвержденным туберкулёзом легких (17%), наблюдавшихся в период с 2019 по 2020 годы [14].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2019 году, в Республике Таджикистан уровень заболеваемости МЛУ-ТБ составил 26 случаев на 100 000 населения, располагаясь среди стран мира за Кыргызстаном (43 на 100 000 населения), Молдовой (34 на 100 000 населения) и Россией (27 на 100 000 населения), страна входит в число 30 (25 место) стран с высоким бременем ТБ с МЛУ МБТ [2, 8].

По данным последнего общенационального исследования лекарственной устойчивости (ИЛУ) в Таджикистане (2016-2017 гг.), удельный вес МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ составил 19,9% (в сравнении с ИЛУ 2011 г. - 13%) и среди повторных случаев 41,1% (ИЛУ 2011 г. – 54%) [10], страна нацелена на снижение уровня МЛУ ТБ среди новых случаев ниже 10%, среди повторных случаев ниже 35% к концу 2025 года [1].

Эпидемиологический надзор является важнейшим элементом профилактики заболеваний и борьбы с ними, предоставляя важные эпидемиологические данные, на которые могут основываться действия общественного здравоохранения. Такие данные служат основой для принятия обоснованных решений относительно планирования и направления медицинских вмешательств [7, 11].

Оценка системы эпидемиологического надзора должна проводиться на регулярной основе для того, чтобы установить, эффективно ли отслеживается со-

бытие, связанное со здоровьем, и насколько хорошо выполняются цели и задачи системы [9, 12].

Таким образом, данное исследование было проведено с целью улучшения эффективности существующей системы эпиднадзора за туберкулёзом с лекарственной устойчивостью к *M.tuberculosis* в городе Душанбе и в районе Рудаки, а также для выявления проблем и, для предоставления предложений и рекомендаций, которые помогут усовершенствовать ее работу и эффективность, как в городских условиях, так и в селах.

Цель исследования. Разработка рекомендаций по усовершенствованию системы эпидемиологического надзора за туберкулезом с лекарственной устойчивостью к *M.tuberculosis* (ТБ с ЛУ МБТ).

Материал и методы исследования. Проведена оценка системы эпидемиологического надзора за ТБ с ЛУ МБТ с использованием обновленного руководства Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) по оценке систем эпидемиологического надзора за общественным здоровьем 2006 года издания [13]. Изучались следующие атрибуты системы: простота, гибкость, своевременность, приемлемость, полезность.

Исследование проводилось в Городском центре защиты населения от туберкулёза г. Душанбе (ГЦЗНТ) и в районном центре защиты населения от туберкулёза района Рудаки в марте-апреле 2022 года.

В службу первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) г. Душанбе и р. Рудаки входят 39 учреждений: 15 учреждений в г. Душанбе и 24 учреждения в р. Рудаки. Во всех медицинских учреждениях работают специально обученные медицинские работники, ответственные за сбор и транспортировку образцов для лабораторного исследования на *M. tuberculosis* (МБТ).

Для проведения оценки системы эпидемиологического надзора за лекарственно-устойчивым ТБ была произведена выборка, в которую вошли 9 медицинских учреждений, отобранных методом случайных чисел: 3 Городских центров здоровья города Душанбе (ГЦЗ №6, 9, 15) и 3 сельских дома здоровья района Рудаки (Чоргултеппа, Шахристон и Мавдж), а также Городской центр защиты населения от туберкулёза города Душанбе (ГЦЗНТ), районный

центр здоровья (РЦЗ района Рудаки) и центр защиты населения от туберкулёза района Рудаки (ЦЗНТ района Рудаки).

Были изучены журналы регистрации больных с предполагаемым диагнозом туберкулёза (ТБ 015) на уровне ПМСП, журналы регистрации больных с ЛУ-ТБ (ТБ 03/у), учетная форма «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулёза, с рецидивом туберкулёза» (форма 089\у), журнал сбора мокроты (ТБ 04), отчеты учреждений ПМСП и ЦЗНТ, данные реестра противотуберкулёзного центра города Душанбе и района Рудаки.

Данные официальной статистики и информация из электронной базы данных в платформе OPEN MRS были использованы для описания и выявления некоторых характеристик пациентов, ассоциированных с задержками лечения туберкулёза легких. Для анализа задержек в вовлечении к лечению были отобраны пациенты с ТБ лёгких, с любой лабораторно-подтвержденной лекарственной устойчивостью к противотуберкулёзным препаратам первого ряда, имеющие положительные результаты на МБТ образцы, которые определены методом микроскопии (высокая степень бактериовыделения). Своевременность или задержки в вовлечении к лечению были оценены с помощью расчета времени между датой лабораторного подтверждения и датой регистрации для вовлечения в противотуберкулёзную терапию больных с ТБ с ЛУ МБТ, зарегистрированных в 2021 году в городе Душанбе и в районе Рудаки. Своевременно вовлеченные к лечению пациентами являлись те, кто начинал терапию в течении 24-36 часов с момента лабораторного подтверждения.

Для определения значимости ассоциации между изучаемыми факторами (район регистрации, место лечения в интенсивную фазу лечения, ВИЧ-статус пациента, модель лекарственной устойчивости) и задержками в вовлечении к лечению использовано отношение шансов (ОШ), 95% доверительный интервал (95% ДИ), р-значение (p-value).

Результаты исследования и их обсуждение.

Простота. Система надзора за туберкулёзом сложна, так как имеется множество степеней предоставления отчетов. Следующие отчетные формы представляются ежеквартально: отчетные формы ТБ 07 и ТБ 07/у-о регистрации ТБ и больных туберкулёзом с лекарственной устойчивостью к *M.tuberculosis* (ТБ с ЛУ МБТ), ТБ 08 и ТБ 08/у регистрация результатов лечения, ежемесячные описательно-аналитические отчеты.

Еженедельные сводки, получаемые от учреждений первично-медико-санитарной помощи (ПМСП), лабораторий и фтизиатров, оказывающих фтизиатрическую помощь на уровне ПМСП являются основ-

ным источником данных для системы эпиднадзора в городе Душанбе. Городской центр защиты населения от туберкулёза ежедневно направляет в Центр инфекционного контроля городской дезинфекционной станции информацию о новых, рецидивных случаях и случаях поствакцинальных осложнений по телефону, далее полученная информация в формате учетной формы 075 «Экстренного извещения» направляются в Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) в письменном и электронном формате.

Поток информации в районе Рудаки от служб ПМСП организован только по телефону в виде ежемесячных отчетов. Из сельских дома здоровья (СДЗ) информация о сборе мокроты посредством телефона передается в районный центр здоровья (РЦЗ), оттуда обобщая общую информацию данные передаются в центр защиты населения (ЦЗНТ) района Рудаки.

Квартальные отчеты как в городе Душанбе, так и в районе Рудаки отправляются в Республиканский центр защиты населения от туберкулёза (РЦЗНТ) и управление здравоохранения города Душанбе и района Рудаки, как в печатном, так и в электронном варианте с первичным анализом на уровне города и района с таблицами и графиками (рис. 1).

Гибкость. Произошла смена ежеквартальных форм отчетности для ВОЗ (ТБ07/у, ТБ08/у), также с 2013 года сменилась годовая отчетная форма по ТБ государственного образца (форма №8), с 2021 года внедрена еженедельная форма отчетности от учреждений ПМСП в городе Душанбе, в 2015 года создано компьютерная база данных и электронная отчетность на платформе OPEN MRS. Пересмотрены нормативные документы и руководства по ведению детей с ТБ (2019 г.), обновлена форма эпидрасследования случая туберкулёза (2015 г.). Консультирование и поддержка по оценке питания (с различными формами сбора данных) также были включены в систему эпиднадзора за ТБ. Для мониторинга и оценки работы системы и поддержки учреждений проводились периодические встречи, а также проводятся обучения специалистов, занимающиеся непосредственным выявлением больных туберкулёзом, и проводятся обсуждения для повышения эффективности своевременного выявления случаев туберкулёза и повышения эффективности системы отчетности. При этом государственная форма отчетности по ТБ (Годовая форма отчетности по ТБ – форма №8) была пересмотрена в 2011 году, она не учитывает процессы миграции, не отражает данные для отслеживания страновых индикаторов по МЛУ ТБ, не учитывает общее число контактных со всеми больными ТБ. Кроме того, данные о регистрации ТБ отражены в государственной отчетной форме по инфекционным заболеваниям (форма №1), которые имеют расхож-

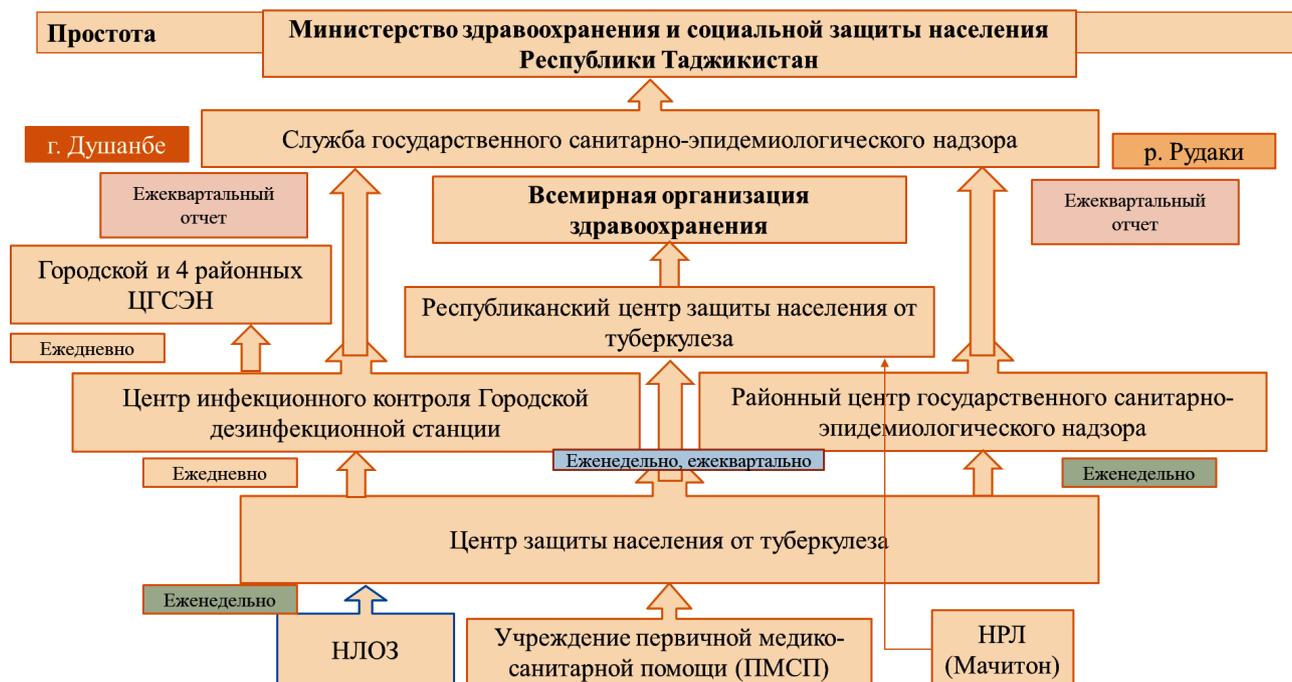


Рисунок 1. Структура передачи информации о случаях туберкулёза по городу Душанбе и по району Рудаки (ЦГСЭН - Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, НЛОЗ - Национальная лаборатория общественного здравоохранения, НРЛ - Национальная референс-лаборатория).

дения: в 2021 году по данным ГЦЗНТ было зарегистрировано 412 впервые выявленных больных ТБ и 33 случая рецидивов. Из числа впервые выявленных было 314 больных с ТБ органов дыхания: из них ТБ лёгких с бактериовыделением регистрировался в 241 случаях (данные формы годового отчета по ТБ №8); по данным ЦГСЭН г. Душанбе в 2021 году зарегистрировано 422 случаев ТБ (102% от зарегистрированных ГЦЗНТ впервые выявленных, 95% от впервые выявленных с рецидивом), из них ТБ органов дыхания составили 238 случаев (76% от зарегистрированных в ГЦЗНТ), 101 (42% от зарегистрировано со стороны ГЦЗНТ) случаев ТБ лёгких с бактериовыделением. Это указывает на отсутствие общего понимания между ТБ центром и ЦГСЭН и свидетельствует о сложностях во взаимодействии на различных уровнях вовлеченных организаций в системе эпиднадзора за ТБ.

Своевременность. За 2021 год, по данным OPEN-MRS, в отобранных районах было зарегистрировано 80 больных с впервые выявленным ТБ легких с бактериовыделением, выявленных методом микроскопии мазка мокроты, у которых имеется лабораторное подтверждение лекарственной устойчивости МБТ. Оценка показала, что своевременно было начато лечение у 52% (42 из 80 случаев): в г. Душанбе 54% (29 из 54 случаев), по р. Рудаки 50% (13 из 26). Начало лечения было задержано на 2-5 дней для 30% (24/80) исследуемых, задержки на 6-30 дней для 15% (12/80) и задержки более чем на месяц

- 2,5% (2 из 80). Среднее время задержек лечения составило 5 дней (0-89 дней), из них 4 (0-89) дня для г. Душанбе и 5 (0-54) дней для р. Рудаки (табл 1).

Задержки статистически значимо связаны с МЛУ ТБ по сравнению с другими видами лекарственной устойчивости (монорезистентность, полирезистентность) (ОШ - 4,3; 95% ДИ 1,7-11,1), амбулаторным лечением по сравнению со стационарным (ОШ - 5,3; 95% ДИ 1,1-27,0). Связь с районом регистрации, ВИЧ-статусом, полом не обнаружена.

Приемлемость. По данным извещений за 2021 год, выявляемость больных ТБ, по городу Душанбе и в районе Рудаки, в основном производится пассивным путем, то есть при самообращении больных с симптомами болезни (74% в г. Душанбе и 62% в р. Рудаки). Из числа впервые зарегистрированных пациентов со стороны ПМСП, 28% пациентов диагностированы в г. Душанбе, 3% - в р. Рудаки, что говорит о низкой степени готовности медицинских работников учреждений ПМСП к реализации Национальной программы. При опросе медицинского персонала учреждений ПМСП установлено, что ответственные лица знают о регулирующих нормативных документах на уровне 95% в г. Душанбе и 73% в р. Рудаки. Оценка заполняемости журналов ТБ 015 на уровне ПМСП показало, что правильно заполняется журналы ТБ 015 по городу Душанбе в 96% случаев, а районе Рудаки - в 75% случаях. Мониторинг и оценка правильности ведения и заполнения журналов (ТБ 015) учреждениями ПМСП по городу Душанбе

Таблица 1

Промежуток времени до начала лечения после диагностики новых случаев туберкулеза легких с положительным результатом микроскопии мокроты у пациентов

Промежуток времени в днях	г. Душанбе (n=54)	Район Рудаки (n=26)	Общее n=80
	Лечение начато		
	n (%)	n (%)	n (%)
В течении 24 часов	29 (54)	13 (50) *	42 (52)
От 2 до 5 дней	16 (29)	8 (31)	24 (30)
От 6 до 30 дней	8 (15)	4 (15)	12 (15)
Более 1 месяца	1 (2)	1 (4)	2 (3)
Среднее время задержек	4 дня (0-89)	5 дней (0-54)	5 дней (0-89) **

Примечание: *- количество случаев и доля в %, ** - время задержек и интервал в днях

периодически проводилась в 2-х из 3-х посещенных учреждениях (77%), но в период проведения исследования в районе Рудаки мониторинг не проводился, и это было связано с нехваткой кадровых ресурсов (5 врача фтизиатра на 380 тысяч населения).

Полезность. Система эпидемиологического надзора за ТБ с ЛУ МБТ в городе Душанбе и районе Рудаки оказалась полезной, так как предоставляла данные для оценки и мониторинга Программы борьбы с ТБ, удавалось выявлять случаи заболевания на протяжении всего рассматриваемого периода и достичь поставленных целей в отношении показателей излечения и результатов лечения. Кроме того, закупка и установка технологии GeneXpert на вооружении ГУ «Городского центра защиты населения от туберкулеза» г. Душанбе в 2021 году стало важным событием для раннего выявления больных с МЛУ ТБ.

Закключение. Проведенная оценка показала полезность и важность системы эпиднадзора за ТБ с ЛУ МБТ и она нуждается в совершенствовании [3] и в атрибутах своевременности, гибкости и приемлемости, так как ранняя диагностика и начало лечения, адаптированность системы к изменяющимся условиям является важным компонентом эффективности системы эпиднадзора [5]. Важно пересмотреть государственную годовую отчетную форму по ТБ для отслеживания национальных индикаторов по МЛУ-ТБ, а также необходимо разработать руководство для эпидемиологического надзора. Также требуется повышение знаний персонала учреждений ПМСП, фтизиатрической и эпидемиологической службы и налаживания их сотрудничества путем проведения семинаров и тренингов, а также усиление методической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 3-14 в REFERENCES)

1. Национальная программа защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2021-

2025 годы (Постановление Правительства РТ № 49 от 27.02.2021). URL: http://www.adlia.tj/show_doc_fw?rgn=138960

2. Сиджотхонов А.А. Эпидемиологический надзор за туберкулезом в г. Душанбе: пути совершенствования // А.А. Сиджотхонов, З.Х. Тиллоева, Н.Дж. Джафаров, А.А. Амирзода, Б.П. Пирмахмадзода, Д.А. Набилова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2022. – Т. 100, № 3. – С. 33-38. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-3-33-38>

REFERENCES

1. *Natsionalnaya programma zashchity naseleniya ot tuberkuleza v Respublike Tadjikistan na 2021-2025 gody (Postanovlenie Pravitelstva RT № 49 ot 27.02.2021)* [National Program for the Protection of the Population from Tuberculosis in the Republic of Tajikistan for 2021-2025 (Decree of the Government of the Republic of Tajikistan No. 49 dated February 27, 2021)]. Dushanbe, 2021. Available at: http://www.adlia.tj/show_doc_fw?rgn=138960

2. Sidzhotkhonov A.A., Tilloeva Z.Kh., Dzhafarov N.Dzh. Epidemiologicheskii nadzor za tuberkulezom v g. Dushanbe: puti sovershenstvovaniya [Tuberculosis surveillance in Dushanbe: a way forward to strengthening]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and Lung Diseases*, 2022, Vol. 100, No. 3, pp. 33-38.

3. Bourgeois A.C. Descriptive review of tuberculosis surveillance systems across the circumpolar regions [Descriptive review of tuberculosis surveillance systems across the circumpolar regions]. *International Journal of Circumpolar Health*, 2016, No. 75.

4. *Drug-resistant TB could become the dominant form in Eastern Europe* | UN News. Available at: <https://news.un.org/ru/story/2019/03/1351751> (accessed 16.06.2022)

5. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. *Recommendations and reports*, 2013, No. 13 (50), pp. 1–35.

6. Fofana B. Tuberculosis Surveillance Data Analysis, Volta Region, Ghana. *Acta Scientific Medical Sciences*, 2019, No. 4 (3), pp. 4–9.

7. German R.R. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. *Recommendations and reports*, 2001, No. 13 (50), pp. 1–7.

8. *Global tuberculosis report 2020*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>

9. Mohammed N.T. An evaluation of tuberculosis surveillance system in a health district in Ghana. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 2020, No. 3 (7), pp. 806.

10. Mohr-Holland E. Diagnosis patterns for rifampicin-resistant TB after onset of COVID-19. *The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 2021, No. 9 (25), pp. 772–775.

11. Nishikiori F. Using tuberculosis surveillance data for informed programmatic decision-making. *West Pacific Surveill Response Journal*, 2013, No. 4 (1), pp. 1–3.

12. *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems*. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>

13. World Health Organization. *Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision*. 2013.

14. *World Health Organization Global tuberculosis report*. Global tuberculosis report Publ., 2021.

ХУЛОСА

Р.Н. Шарифов, З.Х. Тиллоева, Д.А. Набилова, С.М. Зикриярова, Н.Ч. Чафаров, С.Ч. Юсуфӣ

СИСТЕМАИ НАЗОРАТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ШАКЛИ БА МАВОДҲОИ ДОРУГӢ МУТОБИҚАШТАИ СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН: МУШКИЛИҶО ВА РОҶҶОИ БЕҲТАРКУНИИ ОНҶО

Мақсади тадқиқот. Пешниҳод намудани тавсияҳо бахри беҳтар намудани системаи назорати эпидемиологии сили ба доруҳо мутобиқшуда.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Баҳодиҳии системаи назорати эпидемиологии сили ба доруҳо мутобиқшуда дар ш. Душанбе ва ноҳияи Рӯдакӣ бо истифода аз дастури Марказҳои назорат ва пешгирии сироятҳои ИМА (CDC) гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Системаи назорати эпидемиологии оид ба сил мураккаб буда, аз зинаҳои зиёди пешниҳоди ҳисоботҳо иборат аст. Инчунин, дар шаклҳои ҳисоботии намунаи давлатӣ маълумот оид ба индикаторҳо барои пайгирии паҳншавии шакли мутобиқаштаи сил ба доруҳо ҷойгир карда нашудааст. Баҳодиҳии нишондиҳандаи саривақтӣ муайян намуд, ки танҳо дар 52%-и ҳолатҳо (42 аз 80) таъбабат саривақт оғоз гардидааст: 54% (29 аз 54 ҳолат) дар ш. Душанбе ва 50% (13 аз 26) дар ноҳияи Рӯдакӣ. Ба таъхир гузориҳои оғози таъбабат бо сабабҳои номаълум дар муддати 2-5 рӯз - 30% (24/80), ба муддати 6-30 рӯз - 15% (12/80) ва ба муддати зиёда аз 1 моҳ бошад дар байни 2,5% (2 аз 80 ҳолат)-и беморон, муайян гардид. Вақти миёнаи ба таъхир гузоштани оғози таъбабат бошад 5 рӯз муайян гардид, ки аз ин 4 рӯз (фосилаи 0-89 рӯз) дар шаҳри Душанбе ва 5 рӯз (фосилаи 0-54 рӯз) ба ноҳияи Рӯдакӣ рост омад.

Хулоса. Дар умум системаи назорати эпидемиологии шакли мутобиқаштаи сил ба доруҳо дар ҳарду минтақа мақсад ва вазифаҳои худро иҷро менамояд, аммо нишондиҳандаҳои саривақтӣ ва қобили қабули умумии системаи назорати эпидемиологӣ ба беҳтарнамоӣ ниёз дорад.