

А. В. Колесник, О. Б. Тимченко ДВА ВЗГЛЯДА НА ДОТС-СТРАТЕГИЮ ВОЗ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Крымский республиканский противотуберкулезный диспансер

Мир напуган распространением эпидемии туберкулеза, исходящей из стран бывшего Советского Союза, особенно его поли- и мультирезистентными формами. По мнению экспертов ВОЗ, в XXI веке в мире в связи с этим ожидается более серьезная ситуация по туберкулезу, чем в середине 50-х годов XIX века. Тем не менее вопрос о приемлемости ДОТС-стратегии ВОЗ по борьбе с туберкулезом в странах постсоветского пространства до настоящего времени остается дискуссионным. Ведущие специалисты-фтизиатры нашей страны считают, что рекомендуемая ВОЗ стратегия ДОТС требует изучения в условиях Украины, так как отношение к ней противоречивое у большинства украинских фтизиатров [32].

Прежде всего следует напомнить, что предлагаемая ВОЗ стратегия не является новой в борьбе с туберкулезом. Решая проблему борьбы с туберкулезом в новых эпидемиологических условиях, специалисты ВОЗ, используя богатый опыт советской фтизиатрии в прошлом, путем математического моделирования эпидемиологического процесса, создали известную в настоящее время так называемую ДОТС-стратегию, состоящую из двух частей: выявления туберкулеза только методом микроскопии мазка и лечения больных под контролем на стационарном и амбулаторном этапах по стандартизированным схемам. Ещё в 1972 г. приказом МЗ УССР от 04.11.72 г. № 582 было вменено привлекать в обязательном порядке для контроля за лечением больных туберкулезом на амбулаторном этапе медицинских работников общечелечной сети. В последующих методических указаниях по организации и методике контролируемого амбулаторного лечения больных туберкулезом легких было отмечено, что отдавая преимущество контролируемому лечению, нельзя забывать, что туберкулез является заразным заболеванием и бацилловыделители должны быть госпитализированы и только после стойкого прекращения бацилловыделения они могут быть переведены на амбулаторное лечение, а это не ранее чем через 6 месяцев после начала лечения после получения двух отрицательных посевов. Справедливости ради нужно признать, что этот метод был "успешно" дискредитирован медицинскими работниками, в особенности на сельских участках, путем фальсификации данных о приеме больными лекарств на ФАПх и на дому.

Существовавшая в то время лабораторная база медицинских учреждений позволяла проводить исследования патологического материала не только простой, а и люминесцентной бактериоскопией, а также методом флотации, что значительно повышало эффективность обнаружения возбудителя туберкулеза методом микроскопии.

Разброс мнений в отношении ДОТС в литературе большой, от признания её как панацеи в борьбе с туберкулезом до полного неприятия. Один из создателей ДОТС доктор Арата Кохи, директор Глобальной программы по борьбе с туберкулезом ВОЗ, в 1995 г. заявила: "ДОТС является наиболее эффективным доступным путем для того, чтобы остановить распространение туберкулеза в мире. Мы видим, что она дает большой экономический эффект. Сейчас её время!"

Основная суть ДОТС (Directly Observed Treatment Short course) — строго контролируемое лечение коротким курсом. По мнению специалистов ВОЗ она должна давать не менее 85 % излечения больных с положительным результатом мазка мокроты. ДОТС-стратегия предполагает децентрализацию системы диагностики и лечения больных на базе существующих медицинских учреждений и её интеграцию в систему первичной медицинской помощи. Важнейший момент в ДОТС: ответственность за излечение каждого случая туберкулеза ложится на систему здравоохранения, а не больного. Система здравоохранения, а не отдельная служба, отвечает за излечение [1]. Об успехе ДОТС в Китае и 95 % прекращении бактериовыделения по данным бактериоскопии сообщает Zhang X. [42], однако автор отмечает, что это заметным образом не повлияло на эпидемиологическую ситуацию в провинции с высоким распространением туберкулеза. Руководители пилотного проекта в Донецкой области, который проводится с начала 2002 г., указывают на высокую эффективность внедрения ДОТС-стратегии. Так, темпы роста заболеваемости туберкулезом стабилизировались на уровне 3,5 % против 10–17 % в предыдущие годы [14]. Для сравнения в Крыму в 2003 г. без ДОТС имели место рост на 3 % против 23 % в 2001 г. Авторы сообщают о высоком уровне выявляемости туберкулеза методом "мазка" — 4,7 % от всех обследованных, но при этом в лабораториях противотуберкулезных учреждений — 17,1 % и только 1,4 % в лабораториях общечелечной сети, о достижении прекращения бактериовыделения у 80 % бактериовыделителей, о высокой выявляемости туберкулеза у ВИЧ-инфицированных [6, 14, 16]. В Крыму, в результате принимаемых мер по повышению эффективности бактериоскопических исследований, обеспечению противотуберкулезными препаратами, за последние два года удалось добиться увеличения выявляемости туберкулеза методом бактериоскопии в лабораториях общечелечной сети с 0,1 % в 2001 году до 1 % в 2003 году, прекращения бактериовыделения на уровне 82–86 %, но при этом происходит снижение показателей закрытия полостей распада с 72 % в 2002 г. до 67 % в 2003 г. По ДОТС-стратегии больной, у которого методом микроскопии мокроты нет микобактерий, считается здоровым, а по украинской стратегии больной здоров только тогда, когда у него полностью зажила каверна и рассосался воспалительный процесс. По ДОТС 30–40 % больных, признанных статистикой здоровыми, на самом деле остаются больными, способными заражать окружающих [20, 21, 22, 29, 30, 31].

При полном признании ДОТС, доктор M. Danzon, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, тем не менее отмечает, что выявление новых случаев туберкулеза с применением ДОТС в Европейском регионе составляет лишь 10,1 %, что весьма далеко до 70 %, предусматриваемых Глобальным планом ВОЗ по борьбе с туберкулезом 2002 г. [38]. Среди 22 стран с высокой заболеваемостью туберкулезом лишь в 6 отмечен прогресс в плане

внедрения ДОТС, в 7 — незначительный прогресс, а в 9 — ДОТС не используется [39]. По мнению ведущих специалистов ВОЗ, программа ДОТС должна быть "гибкой", с учетом особенностей каждой страны и что она, как никакая другая программа, подходит для стран с ограниченными ресурсами, особенно в сельской местности со слабой инфраструктурой медицинских учреждений [11], с чем, по мнению отечественных специалистов, трудно согласиться [13, 21, 22, 23, 29, 30, 33]. Главный фтизиатр Украины акад. Ю. И. Фещенко в одном из своих интервью заявил: "Я против стандартов для всех. Нельзя отбрасывать индивидуальность как человека, так и страны. К нам нельзя применять стандарты Танзании. Я не против ДОТС-стратегии, я за ДОТС плюс национальная стратегия. Нельзя отбрасывать то ценное и хорошее, что было и есть в нашей системе лечения" [33]. Ю. И. Фещенко еще в 2000 г. в своем выступлении на международном семинаре в Киеве "Туберкулез: Новый взгляд на старую проблему" предостерегал, что Украина не может согласиться на условия ВОЗ для финансирования ДОТС-стратегии (сокращение коек, ликвидацию туберкулезных санаториев, сокращение фтизиатров, отказ от флюорографии и др.), так как это бы означало окончательное разрушение службы по борьбе с туберкулезом. Ведущие специалисты-фтизиатры Украины в 2000 г. предупреждали, что программа ДОТС-стратегии приведет к увеличению количества больных с запущенными формами туберкулеза и резервуар инфекции в обществе еще больше увеличится [29]. Профессор Джон Сбарборо (штат Колорадо, США) на этом же семинаре, обращаясь к фтизиатрам стран СНГ, говорил: "Не повторяйте наших ошибок. Не сокращайте тубкойки, ни стационарные, ни санаторные. Не сокращайте специалистов. Нашей ошибкой было отрицание возможности заражения туберкулезом от больных с "отрицательным" мазком, тогда как одна микобактерия способна через 20 дней воспроизвести 35 млн. других микобактерий." [23].

На опасность игнорирования "отрицательного" мазка указывает один из ведущих специалистов Украины проф. Мельник В. М. [21]. В другой своей работе проф. Мельник В. М. категорически не соглашается с выводом западных специалистов, что "эпидемиологическое значение имеет лишь показатель прекращения бактериовыделения, на котором основывается ДОТС-стратегия, огульно предлагаемая ВОЗ как для стран, в которых практически не развито здравоохранение, так и для постсоветских стран с высокоразвитой инфраструктурой здравоохранения вообще и противотуберкулезной службы в частности. Нельзя соглашаться с ДОТС-стратегиями, которые игнорируют чрезвычайно важный показатель заживления полостей распада и каверн, строя свою стратегию лишь на прекращении бактериовыделения независимо от того, остались у больного каверны или нет" [22].

Другой весьма важный аспект ДОТС-стратегии — прекращение бактериовыделения более чем у 70 % впервые диагностированных больных туберкулезом приводит к уменьшению заболеваемости, что не соответствует на сегодняшний день реалиям Украины [22]. В Украине, Донецкой области и в Крыму, несмотря на то, что частота прекращения бактериовыделения не уменьшается на протяжении многих лет ниже 70 % (Украина 2003 г. — 86,7 %; Донецкая область 2003 г. — 79 %; Крым 2003 г. — 81,7 %), заболеваемость туберкулезом неуклонно растет, поэтому этот критерий специалистов ВОЗ вызывает

сомнение, что подтверждает в своей работе Zhang X., Китай. Статистика в Украине свидетельствует, что у более 70 % больных с впервые диагностированным туберкулезом после прекращения бактериовыделения, но с сохранившимися кавернами, развивается хронический туберкулез, а у более 50 % больных с затяжным заживлением полостей распада и каверн после 6-месячной антибактериальной терапии и отказа от хирургического лечения, рецидив туберкулеза возникал в 15,6 раза чаще, чем у тех больных, у которых наступило заживление полостей распада и каверн [22], что подтверждается и нашими данными.

Специалисты ВОЗ считают, что ДОТС-стратегия способствует быстрому снижению распространения туберкулеза и снижению риска развития туберкулеза с лекарственной устойчивостью [4]. Сторонник ДОТС, специалист ВОЗ д-р Р. Залескис утверждает, что устойчивость к противотуберкулезным препаратам явилась относительно незначительным ограничительным фактором для внедрения ДОТС-стратегии [7], однако многочисленные факторы свидетельствуют о противоположном. Специалисты во всем мире озабочены распространением полирезистентных форм туберкулеза. В странах бывшего Советского Союза отмечается угрожающий рост туберкулеза с множественной, как вторичной — более 80 %, так и первичной лекарственно устойчивостью — до 60 % [5, 8, 10, 12, 24, 25, 26, 28, 31, 34, 35, 36, 37]. Лечение туберкулеза с лекарственной устойчивостью занимает больше времени (два года и более), обходится в 100 раз дороже, чем лечение туберкулеза чувствительного к препаратам. В развитых странах затраты на лечение туберкулеза составляют около 2000 долларов США на одного больного, но возрастают более чем во 100 крат, до 250 000 долларов США на одного больного с полирезистентной формой туберкулеза [4]. Эксперты ВОЗ, сторонники ДОТС, предупреждают о серьезной угрозе полирезистентного туберкулеза для эффективности ДОТС-стратегии в Латвии, России и Эстонии [38]. Особую угрозу для общества представляет появление мультирезистентного штамма микобактерий, названного американскими учеными W-штаммом, а литературе как Beijing(W)-штамм. Он был выделен в США в конце 90-х годов и по мнению американских ученых был завезен из стран бывшего Советского Союза, обладает устойчивостью к антибактериальным препаратам, достигающей 100 % [23]. Подавляющее большинство мультирезистентных штаммов в Израиле относятся к семейству Beijing, и в 73 % получены от больных из стран бывшего Советского Союза [36]. Исследования, проведенные в российских тюрьмах у больных туберкулезом, свидетельствуют, что 62,5 % выделенных штаммов микобактерий относятся к W-семейству [34]. Одной из серьезных причин эпидемиологического неблагополучия в России является преобладание среди больных туберкулезом микобактерий с генотипом Beijing (W) — 51,4 %, у которых отмечена полирезистентность в 84,4 %, и в 3 раза чаще наблюдается прогрессирование туберкулеза [28].

По мнению ученых Украины, России, Белоруссии и других стран и по нашему глубокому убеждению, больные с мультирезистентным туберкулезом должны быть изолированы и лечиться в стационаре длительное время, чтобы предотвратить рассеивание особо опасных форм туберкулезной инфекции, с обязательной индивидуализацией и непрерывностью лечения, с учетом лекарствен-

ной устойчивости, характера процесса, особенности фармакокинетики препаратов, их взаимодействия и переносимости, наличием фоновых заболеваний и обязательной патогенетической терапией [10, 12, 15, 17, 18, 24, 28, 33, 43], что в условиях амбулаторного лечения, даже под контролем, сделать не представляется возможным и весьма проблематично в стационарах по стандартизированным схемам, рекомендованными ВОЗ. Еще более категоричным, отвечая на вопрос корреспондента, как он относится к амбулаторному лечению всех больных туберкулезом, был акад. Фещенко Ю. И. — "лечение больного активным туберкулезом целесообразно проводить в стационарных условиях из-за высокого риска заражения для окружающих" [30]. На эффективность ДОТС будет оказывать влияние "тюремный" туберкулез, отказ от лечения больных, освободившихся из мест лишения свободы. Влияние "тюремного" туберкулеза на общую заболеваемость начинает превышать значение других факторов риска [9].

В плане подготовки внедрения ДОТС-стратегии, нами были проведены исследования по сравнительной эффективности флюорографических и бактериоскопических методов выявления туберкулеза в лабораториях общелечебной сети во всех регионах Крыма. Выявляемость туберкулеза методом флюорографии не превышала 0,1 % (Ю. И. Фещенко, 2000 г. — 0,3 %). Выявляемость туберкулеза методом бактериоскопии в лабораториях общелечебной сети выросла в 10 раз, с 0,1 % в 2001 г. до 1 % в 2003 г. (Донецкая область, 2002 г. — 1,4 % [14], Киев, 2002 г. — 0,5 % [24]). Одно выявление туберкулеза приходится на 1250 флюорографий, в городах — на 1587, в районах — на 990 (Ю. И. Фещенко, 2000 г. — 1800). При стоимости одного флюорообследования в 3 грн., стоимость выявления одного случая туберкулеза составила 3750 грн., в городах — 4761 грн., в районах — 2970 грн. Один случай обнаружения туберкулеза методом бактериоскопии приходится на 140 бактериоскопий, в городах — на 270, в районах — на 80. При стоимости одной бактериоскопии в 20 коп. (расчет лаборатории РПТД, 2004 г.), стоимость выявления одного случая составила 28 грн., в городах — 54 грн., в районах — 16 грн. Из 22 регионов Крыма в 4-х лабораториях общелечебной сети, в наиболее неблагополучных по туберкулезу районах, при бактериоскопии в 2003 г. не было зарегистрировано ни одного случая обнаружения КСП, а в 5-ти выявляемость КСП не превысила 0,2 %.

Обследование лабораторий показало, что ни одна лаборатория общелечебной сети не соответствует требованиям ДОТС-стратегии и не готова к 100 % охвату 3-кратным исследованием мокроты кашляющих больных, т.к. это потребует увеличение нагрузки на лаборатории от 3 до 10 раз. Лаборатории не оснащены бинокулярными микроскопами, не хватает производственных площадей, подготовленных работников. В бюджетах медицинских учреждений отсутствуют средства на приобретение микроскопов, контейнеров для мокроты, реактивов, печатание учетно-отчетной документации. Местными программами по борьбе с туберкулезом эти средства не предусматриваются. Без выделения средств на реорганизацию лабораторий, оснащения их современным оборудованием, закупку исходных материалов, вопрос о внедрении метода "мазка" как основного метода выявления туберкулеза остается открытым. На определенные трудности, связанными с материальной базой медицинских учреждений,

лабораторий, способными повлиять на эффективность ДОТС-стратегии, указывают руководители пилотного проекта в Донецкой области [19]. Тем не менее в Крыму работа по увеличению эффективности бактериоскопий, укреплению материальной базы лабораторий начата, что предусмотрено утвержденной в 2003 г. Региональной программой по борьбе с заболеванием туберкулезом на 2003–2005 годы.

Несмотря на отдаваемые приоритеты бактериоскопии, мы считаем, что флюорография должна оставаться главным методом раннего выявления туберкулеза, особенно среди групп риска по туберкулезу. Подсчитывая экономическую эффективность этого метода, нельзя забывать, что выявление активного туберкулеза при флюорографии у взрослых и подростков составляет более 50 %, а это означает, что выявляются ранние, не запущенные формы туберкулеза лечение которых во много раз менее затратнее, чем у больных с деструктивными формами с бактериовыделением. Затраты на проведение флюорографии компенсируются последующим уменьшением затрат, связанных с заболеваемостью, смертностью, лечением и инвалидизацией [29]. Учитывая значимость флюорографии, как метода раннего выявления, ее высокую затратность, нарастание процесса асоциализации контингента больных, должна произойти переориентация флюорографического обследования на группы риска по туберкулезу, особенно среди дезадаптированных слоев населения, что сопряжено с определенными организационными трудностями. Необходимо создание механизма социально-материальной мотивации для привлечения этих групп населения к обследованию на туберкулез за счет внебюджетных, общественных фондов.

В отношении контроля за лечением на амбулаторном этапе мы глубоко убеждены, что отдавать его на откуп общелечебной сети и тем более родственникам и другим лицам крайне нежелательно из-за возможной дискредитации этого важного метода лечения, что мы уже имели в 70–80 гг. Встречи с работниками общелечебной сети в регионах Крыма вскрыли очень важную проблему — крайне негативное их отношение к выполнению ими функций контроля за лечением больных туберкулезом на амбулаторном этапе, вплоть до категорического отказа, тем более, что это является нарушением законодательства Украины по охране труда. Выступая на заседании Межведомственной комиссии Кабинета Министров Украины, акад. Фещенко Ю. И. сказал: "Стандарты лечения украинского туберкулезного больного ничем не отличаются от стандартов, применяемых в любой высокоразвитой стране мира. Единственное "но" — проблема контроля лечения на амбулаторном этапе. Для этого следует вводить ставки патронажных сестер. О целесообразности передачи амбулаторного этапа лечения больных туберкулезом в участковых лечебно-профилактических учреждениях под контроль тубдиспансеров указывают и руководители пилотного проекта в Донецкой области [16]. Введение ставок патронажных сестер предусмотрено Постановлением КМ Украины от 23.04.1999 г. № 667 "О Комплексных мерах по борьбе с туберкулезом", но на это, к сожалению, в региональных бюджетах пока нет средств.

В заключении уместно привести высказывание главного фтизиатра России, акад. Перельмана М. И. в его комментариях к статье специалиста ВОЗ Р. Залескиса: "В отношении так называемой "DOTS" позиция автора опре-

деляется, естественно, его служебным положением. Однако приходит на память пресловутая фраза: учение Маркса всесильно потому, что оно верно. Остается лишь неясным, кем, где, когда и как это доказано." [7].

Заключение

1. Внедрение ДОТС-стратегии не влияет на эпидемиологическую ситуацию в регионах с высокой заболеваемостью туберкулезом.

2. Главным препятствием для массового контролируемого лечения на амбулаторном этапе будет являться нарастающий удельный вес устойчивых форм туберкулеза.

3. С целью предупреждения распространения туберкулеза лечение его деструктивных форм с бактериовыделением и особенно с устойчивыми его формами должно проводиться длительно только в условиях стационара до полного излечения (прекращение бактериовыделения и закрытия полостей распада), с применением комплексных методов лечения и обязательной патогенетической терапии.

4. Перевод на амбулаторный этап лечения под контролем должен быть строго индивидуальным, выборочным с учетом социального положения больного, распространенности процесса и чувствительности микобактерий.

5. Контроль за лечением больных должен осуществляться работниками противотуберкулезных учреждений, при условии усиления их дополнительными ставками патронажных сестер и выделения им транспорта.

6. Для успешного внедрения метода "мазка" необходимо проведение затратных подготовительных мероприятий по реорганизации лабораторий общелечебной сети и противотуберкулезных учреждений, оснащению их необходимым современным оборудованием и исходными материалами.

7. Обследованием методом "мазка" в первую очередь должны быть охвачены группы риска по заболеваемости туберкулезом.

8. Необходима переориентация флюорографического обследования на группы риска по туберкулезу, в первую очередь среди дезадаптированных групп населения с созданием для них социально-материальной мотивации для обследования и лечения, что сопряжено с определенными организационными и финансовыми трудностями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бюллетень ВОЗ*. Туберкулез — глобальная проблема. Доклад ВОЗ об эпидемии туберкулеза. — 1994. — С. 7—9.
2. *Бюллетень "ЕCHO туберкулез"* — 2000 — выпуск 2 — С. 9—14.
3. *Валецкий Ю. М.* К вопросу отказа больных туберкулезом от лечения. Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 132.
4. *Введение* в курс "Обучение специалистов по программе борьбы с туберкулезом на уровне района" ВОЗ — модуль №1 — С. 10.
5. *Гайович А. И., Вайс В. М.* Распространенность резистентных микобактерий туберкулеза у больных туберкулезом легких и их влияние на результаты лечения Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины — Киев, 2003 — С. 141.
6. *Гражданов Н. П., Косинова О. П., Лепшина С. М.* Влияние ВИЧ-инфекции на развитие эпидемии туберкулеза в Донецкой области. Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины — Киев, 2003 — С. 150.
7. *Залескис Р.* Роль хирургических методов в лечении туберкулеза. Пробл. туберкулеза. — 2000. — №9 — С. 3—5.
8. *Иванкова О. В.* Частота первичной медикаментозной резистентности у больных туберкулезом легких за два года в двух лечебных учреждениях г. Киева. Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины — Киев, 2003 — С. 187.
9. *Кучер В. А., Петрук И. А., Мацера В. Л., Пшеворский В. Я., Ковальчук А. И.* Туберкулез в пенитенциарных учреждениях и его

- влияние на эпидемиологическую ситуацию в регионе // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 234.
10. *Коровкин В. С.* Резистентный туберкулез в Белоруссии // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины — Киев, 2003 — С. 214.
 11. *Крофтон Д., Стилло К.* Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. — ВОЗ, 1998. — 7 с.
 12. *Крутько В. С., Стадникова А. В., Потейко П. И., Сокол Т. В.* Результаты комплексного лечения больных химиорезистентным деструктивным туберкулезом легких // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 228.
 13. *Крутько В. С.* Актуальные проблемы туберкулеза // Международный медицинский журнал. — 2000. — № 1. — С. 98—99.
 14. *Каратаев О. Н., Чикилева Д. И.* Первые результаты по выявлению и эффективности лечения в рамках выполнения пилотного проекта ВОЗ по внедрению эффективной стратегии борьбы с туберкулезом в Донецкой области // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 199.
 15. *Концепция* Национальной российской программы борьбы с туберкулезом // Пробл. туберкулеза. — 2000. — № 3 — С. 51—54.
 16. *Ковалева Г., Каратаев О. Н.* Опыт изучения эффективности и путей оптимизации рутинных противотуберкулезных мероприятий в Донецкой области // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 203.
 17. *Лепшина С. М., Норейко Б. В., Светличная С. Г., Гришун Ю. А., Анфалова М. К.* Характер бактериовыделения у впервые выявленных больных туберкулезом легких при использовании стандартных и альтернативных схем лечения // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 243.
 18. *Литвин И. В., Добровольская Г. И., Мозговая О. В., Бургеоло О. М.* Эффективность лечения различными режимами химиотерапии впервые выявленных больных с деструктивными формами туберкулеза // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 247.
 19. *Мишкинис К., Дубровина И. В., Каратаев О. Н., Лепшина С. М.* Опыт внедрения современной стратегии борьбы с туберкулезом, рекомендованной ВОЗ, на территории Донецкой области // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 264.
 20. *Мельник В. М., Миколишин Л. И., Дорошенко П. М., Лаптева Н. О., Матусевич В. Г., Новожилова И. О., Антоненко Л. Ф., Арефьева Л. В., Кучер Т. С.* Выявление туберкулеза в условиях эпидемии // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 258.
 21. *Мельник В. М.* В Украине — эпидемия туберкулеза // Журнал "АиФ Здоровье" — № 15 — 2004 — С. 15.
 22. *Мельник В. М.* Эпидемиологическое значение эффективности лечения больных туберкулезом. Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 4 — С. 5-9.
 23. *Материалы* Международного семинара "Туберкулез: Новый взгляд на старую проблему." — Киев, 27 марта 2000 г.
 24. *Макомеда Р. М., Завгородний В. В., Юрченко В. Д., Турченко Л. В., Веселый В. Л.* Состояние противотуберкулезных мероприятий в г. Киеве // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 89.
 25. *Новожилова И. О.* Профиль медикаментозной устойчивости М. Tuberculosis у больных туберкулезом легких // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 279 с.
 26. *Репин Ю. М., Аветисян А. О., Елькин А. В., Оттен Т. Ф., Ряснянская Т. Б., Трофимов М. А.* Значение лекарственной устойчивости микобактерий в хирургии туберкулеза легких. Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 9 — С. 6—9.
 27. *Райхерт И. П.* Организация и эффективность мониторинга выявления и лечения туберкулеза по стратегии ДОТС (Бюро ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Украине, г.Донецк) // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 330.
 28. *Сапожникова Н. В., Скворцова Л. А., Павлова М. В., Вишневецкий Б. И., Оттен Т. Ф., Васильева С. Н., Маничева О. А., Мокроусов И. В., Нарвская О. В.* Туберкулез легких, вызванный Mycobacterium Tuberculosis различных генотипов. Пробл. туберкулеза. — 2003. — № 10. — С. 13—15.
 29. *Фещенко Ю. И., Мельник В. М., Костромина В. П., Деркач О. В., Речкина О. О.* Вопросы эпидемиологии и программный принцип

- борьбы с туберкулезом в современных условиях // Укр. пульмол. журн. — 2000. — № 3. — С. 5–8.
30. *Фещенко Ю. И.* Проблема государственной важности // Журнал "Аптека". — 2001. — № 37. — С. 6.
 31. *Фещенко Ю. И.* Ситуация с туберкулезом в Украине // Журнал "Доктор". — 2002. — № 4. — С. 12–13.
 32. *Фещенко Ю. И., Мельник В. М., Матусевич В. Г., Антоненко Л. Ф.* Эпидемиология туберкулеза в мире, современные подходы к организации противотуберкулезных мероприятий // Укр. пульмол. журн. — 2003. — № 4. — С. 5–9.
 33. *Фещенко Ю. И.* В Украине — эпидемия туберкулеза // Журнал "АиФ Здоровье". — 2004. — № 15. — С. 15.
 34. *Черноусова Л. Н., Андреевская С. Н., Смирнова Т. Г., Катулина Н. И., Шудрова М. А.* Генотипирование микобактерий, выделенных от больных туберкулезом из пенитенциарных учреждений // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 7 — С. 60–62.
 35. *Ярешко А. Г., Оноприенко А. И., Бондаренко В. Г., Воронюхина А. К., Безручко Д. В., Печерица В. Г., Бондаренко А. М., Чопорова О. И.* Резистентность микобактерий туберкулеза и современные комбинации интенсивной химиотерапии // Материалы III съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — Киев, 2003. — С. 418.
 36. *Chemtob D., Goldblatt D., Rauch O.* Molecular analysis of multidrug-resistant tuberculosis isolates in Israel // Intern J. Tubercul. Lung Dis. — 2003. — Vol. 12 — P. 64.
 37. *Dixie E., Snider, Kenneth G., Castro.* The global threat of drug-resistant tuberculosis // The New England Journal of Medicine. — 1998. — Vol. 338, № 23. — P. 1689–1690.
 38. *Danzon M.* План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе в 2002–2003 гг // Журнал "Главный врач." — 2003 — №2 — С. 39.
 39. *Kenneth G., Castro.* The description of world tuberculosis // Emerging Infections Diseases. — 1998 — Vol. 4, № 3.
 40. *Zhang X.* DOTS: the experience of the TB control project in Shandong province // Intern. J. Tubercul. Lung Dis. — 2003. — Vol. 12. — P. 64.
 41. *Yagi T., Yamagishi F., Sasaki Y. et al.* Clinical analysis of multidrug-resistant tuberculosis // Intern. J. Tubercul. Lung Dis. — 2003. — Vol. 12 — P. 65.

ДВА ВЗГЛЯДА НА ДОТС-СТРАТЕГИЮ ВОЗ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А. В. Колесник, О. Б. Тимченко

Резюме

В статье проанализированы мнения специалистов Украины, России и других стран в отношении ДОТС-стратегии ВОЗ по борьбе с туберкулезом. Сделаны выводы :

1. ДОТС- стратегия не влияет на эпидемиологическую ситуацию в странах и регионах с высокой заболеваемостью туберкулезом.

2. Главным препятствием для массового контролируемого амбулаторного лечения будет являться поли- и мультирезистентный туберкулез, поэтому, с целью предупреждения распространения этих форм, лечение их должно проводиться только в условиях стационара до полного излечения с применением всех видов комплексной терапии.

3. Лечение под контролем на амбулаторном этапе должно быть выборочным, индивидуальным и контроль должен осуществляться работниками противотуберкулезных учреждений при условии усиления их ставками патронажных сестер.

4. Для успешного внедрения метода "мазка" необходимо проведение затратных подготовительных мероприятий по реорганизации лабораторий, оснащению их необходимым оборудованием, исходными материалами, подготовке персонала.

5. Необходимо создание механизма социально-материальной мотивации для обследования и лечения больных, особенно из числа дезадаптированных групп населения.

TWO VIEWS ON DOTS-STRATEGY OF WHO ON THE FIGHT AGAINST TUBERCULOSIS

A. V. Kolesnyk, O. B. Timchenko

Summary

The opinions of the experts of Ukraine, Russia and other countries concerning WHO DOTS-strategy are analyzed in this article. Conclusions are as follows:

1. DOTS-strategy does not influence an epidemiological situation in the countries and regions with high incidence of tuberculosis.

2. The main limitation for massive controlled out-patient treatment is poly- and multidrug-resistant tuberculosis, therefore, for the purpose of prevention of the spread of these forms, treatment should be carried out only at hospital until completion with application of complex therapy.

3. Controlled out-patient treatment should be selective, individual. The control should be carried out by workers of antituberculous establishments (e.g. nurses).

4. For successful implementation of "smears" method the expensive reorganization of laboratories and personnel training is necessary.

5. The creation of the mechanism of social and material motivation for examination and treatment of patients from socially neglected groups is essential.