

14. Fromm M., Kauffmann H.-M., Fritz P. et al. // Am. J. Pathol. — 2000. — Vol. 157. — P. 1575—1580.
15. Furusawa S., Nakano S., Wu J. et al. // Biol. Pharm. Bull. — 1997. — Vol. 20, N 12. — P. 1303—1306.
16. Geick A., Eichelbaum M., Burk O. // J. Biol. Chem. — 2001. — Vol. 276. — P. 14581—14587.
17. Germann U. A. // Eur. J. Cancer. — 1996. — Vol. 32A. — P. 927—944.
18. Girling D. J. // Drugs. — 1982. — Vol. 23. — P. 56—74.
19. Greiner B., Eichelbaum M., Fritz P. et al. // J. Clin. Invest. — 1999. — Vol. 104. — P. 147—153.
20. Hamilton K. O., Backstrom G., Yazdanian M. A., Audus K. L. // J. Pharm. Sci. — 2001. — Vol. 90, N 5. — P. 647—658.
21. Izquierdo M. A., Scheffer G. L., Flens M. J. et al. // Eur. J. Cancer. — 1996. — Vol. 32A. — P. 979—984.
22. Juliano R., Ling V. // Biochim. Biophys. Acta. — 1976. — Vol. 455. — P. 152—162.
23. Kamimoto Y., Gatmaitan Z., Arslan M. // J. Biol. Chem. — 1989. — Vol. 264. — P. 11693—11698.
24. Kickhoefer V. A., Siva A. C., Kedersha N. L. et al. // J. Cell. Biol. — 1999. — Vol. 146. — P. 917—928.
25. Maliepaard M., Scheffer G., Faneite I. et al. // Tumor Biol. — 2001. — Vol. 61. — P. 3458—3464.
26. Niemi M., Backman J. T., Fromm M. F. et al. // Clin. Pharmacokinet. — 2003. — Vol. 42, N 9. — P. 819—850.
27. Payen L., Sparfel L., Courtois A. et al. // Cell. Biol. Toxicol. — 2002. — Vol. 18, N 4. — P. 221—233.
28. Scheffer G. L., Wijngaard P. L. J., Flens M. J. et al. // Nature Med. — 1995. — Vol. 1. — P. 578—582.
29. Scheffer G. L., Pijnenborg A. C. L. M., Smits E. F. et al. // J. Clin. Pathol. — 2002. — Vol. 55. — P. 332—339.
30. Scheper R. J., Broxterman H. J., Scheffer G. L. et al. // Cancer Res. — 1993. — Vol. 53. — P. 1475—1479.
31. Schinkel A. H. // Adv. Drug Deliv. Rev. — 1999. — Vol. 36, N 2—3. — P. 179—194.
32. Schrenk D., Baus P. R., Ermel N. et al. // Toxicol. Lett. — 2001. — Vol. 120, N 1—3. — P. 51—57.
33. Sikik B. I. // J. Clin. Oncol. — 1993. — Vol. 11. — P. 1629—1635.
34. Ushio F., Antignac E., Fukuhara M., Kimura M. // Comp. Biochem. Physiol. — 1995. — Vol. 112, N 2. — P. 163—168.
35. Willingham M. C., Richert N. D., Cornwell M. M. et al. // J. Histochem. Cytochem. — 1987. — Vol. 35. — P. 1451—1456.
36. Wright S. R., Boag A. H., Valdimarson G. et al. // Clin. Cancer Res. — 1998. — Vol. 4, N 9. — P. 2279—2289.
37. van Zon A., Mossink M., Schoester M. et al. // J. Biol. Chem. — 2001. — Vol. 276. — P. 37715—37721.

Поступила 16.02.04

Оригинальные статьи

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 614.2:616-002.5-084(470)

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ АДАПТИРОВАННЫХ К РОССИЙСКИМ УСЛОВИЯМ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Л. П. КАПКОВ, В. В. ПУНГА, М. И. ВАСИЛЬЕВ, Б. Я. КАЗЕННЫЙ, Ю. С. ВОРОХОБКИН,
О. А. МЕДВЕДЕВА, Г. Г. ПЕРЕМИТИН

Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва, Противотуберкулезный диспансер Республики Марий Эл, противотуберкулезные диспансеры Ивановской, Орловской и Томской областей

Во исполнение решения 46-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о совершенствовании борьбы с туберкулезом в Варшаве с 20 по 22 июня 1994 г. проведена I конференция руководителей противотуберкулезных программ стран Центральной и Восточной Европы и стран — бывших республик СССР [10]. Цель конференции — одобрение участниками совещания рекомендаций ВОЗ по борьбе с туберкулезом. Предложенные для обсуждения материалы содержали много общего с советскими методами борьбы с туберкулезом и в то же время имели существенные отличия. Ограниченный объем статьи не позволяет дать описание рекомендаций; в свое время они были достаточно подробно освещены литературе [2—4, 12] и неоднократно обсуждались на форумах отечественных фтизиатров [6, 9, 11].

Внедрению рекомендаций ВОЗ в России предшествовала сложная, кропотливая работа по разъяснению сути предложенных ВОЗ мероприятий. Апробация рекомендаций по борьбе с туберкулезом со провождалась творческим подходом отечественных фтизиатров к предложению зарубежных коллег.

Внедрение новых методов началось с Ивановской области в соответствии с приказом Минздравмедпрома РСФСР от 19.12.95 № 352 [7]. Позднее аналогичный приказ был издан по Томской облас-

ти [8]. Затем к эксперименту подключились фтизиатры Республики Марий Эл, Орловской области и других территорий. По состоянию на декабрь 2003 г. адаптированные к российским условиям рекомендации ВОЗ апробированы в 26 субъектах Российской Федерации. Но в данном сообщении представлены сведения по Республике Марий Эл, Ивановской, Орловской и Томской областям. Только в этих 4 субъектах РФ апробация адаптированных рекомендаций ВОЗ продолжалась длительное время — 5—7 лет, и уровни статистических показателей стали закономерными. Ниже мы остановимся на основных достижениях, подтвержденных статистическими показателями.

1. Во всех территориях апробация адаптированных рекомендаций ВОЗ начиналась с привлечения медперсонала общей лечебной сети к процессу выявления больных туберкулезом. Особенно это было ощутимо по возрождению метода прямой бактериоскопии диагностического материала с окраской по Цилло—Нельсену. В течение длительного времени (более 30 лет) применения в нашей стране массового флюорографического обследования населения на туберкулез метод прямой бактериоскопии диагностического материала на микобактерии туберкулеза (МБТ) был придан забвению. И его роль в обнаружении возбудителя туберкулеза клинико-

Таблица 1
Впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания
в 2002 г. (форма № 33)

Территория	Всего больных	Из них с выделением МБТ	Удельный вес больных туберкулезом органов дыхания среди всех впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания
Российская Федерация	91 554	40 756	44,6
Республика Марий Эл	367	289	78,7
Ивановская область	536	305	56,9
Орловская область	488	374	76,6
Томская область	899	629	69,9

диагностическими лабораториями общей лечебной сети составляла 2—9% числа всех лиц с бактериовыделением, установленным всеми доступными методами. Через 5 лет упорного труда (оснащение клинико-диагностических лабораторий современным оборудованием, реактивами, повышение квалификации медперсонала, обучения больных заболеть мокротой, постоянному контролю за работой клинико-диагностических лабораторий и т. д.) удельный вес клинико-диагностических лабораторий общей лечебной сети Ивановской области по выявлению МБТ вырос с 5% в 1994 г. до 52% в 1999 г. и 62,8% в 2001 г. Эффективность клинико-диагностических лабораторий в других территориях тоже повысилась, но несколько отстает от таковой в Ивановской области.

2. Параллельно с этим совершенствовалась и работа бактериологических лабораторий противотуберкулезных организаций.

2.1. В табл. 1 представлена информация о впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания и тех же больных, но с бактериовыделением (МБТ+) по итогам 2002 г.

Результаты работы экспериментальных территорий приближаются к международным стандартам выявления возбудителя туберкулеза и свидетельствуют о недовыявлении МБТ по России. Наиболее высокий удельный вес бактериовыделителей

Таблица 2
Заболеваемость всеми формами туберкулеза с МБТ+
(на 100 000 населения)

Территория	1995 г.		2002 г.	
	1995 г.	2002 г.	1995 г.	2002 г.
Российская Федерация	25,5	32,6		
Республика Марий Эл	36,4	42,1		
Ивановская область	26,9	31,5		
Орловская область	38,3	47,5		
Томская область	54,8	67,9		

Таблица 3
Эффективность лечения

Территория	Прекращение бактериовыделения, % больных		Закрытие полостей распада, % больных	
	1995 г.	2002 г.	1995 г.	2002 г.
Российская Федерация	75,0	74,2	64,5	62,0
Республика Марий Эл	78,4	84,3	66,9	73,2
Ивановская область	71,7	79,4	63,8	71,2
Орловская область	79,9	92,8	68,0	78,4
Томская область	82,7	92,4	65,9	81,6

Таблица 4
Динамика контингентов

Территория	Абациллизование, %		Клиническое излечение, %	
	1995 г.	2002 г.	1995 г.	2002 г.
Российская Федерация	26,7	27,7	17,2	19,3
Республика Марий Эл	43,2	45,2	41,2	52,9
Ивановская область	23,2	37,1	17,4	23,2
Орловская область	22,2	39,6	15,0	23,2
Томская область	26,5	46,3	20,6	26,9

среди больных туберкулезом органов дыхания сохраняется в Республике Марий Эл. Этот феномен объясняется следующими обстоятельствами: в республике действует правило — из каждой пробы диагностического материала производится 2 посева на питательные среды Левенштейна—Йенсена и Финна.

2. С совершенствованием системы выявления возбудителя туберкулеза в экспериментальных территориях вырос и показатель бактериовыделителей среди всех форм впервые выявленных больных туберкулезом (см. табл. 2).

3. В экспериментальных территориях все впервые выявленные больные, кроме больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, получали лечение в соответствии с рекомендациями ВОЗ. На амбулаторном этапе лечения часть больных получала продуктивные и гигиенические наборы, что способствовало регулярному посещению больными лечебно-профилактических учреждений и своевременному приему ими медикаментов. По данным табл. 3, основные показатели роста эффек-

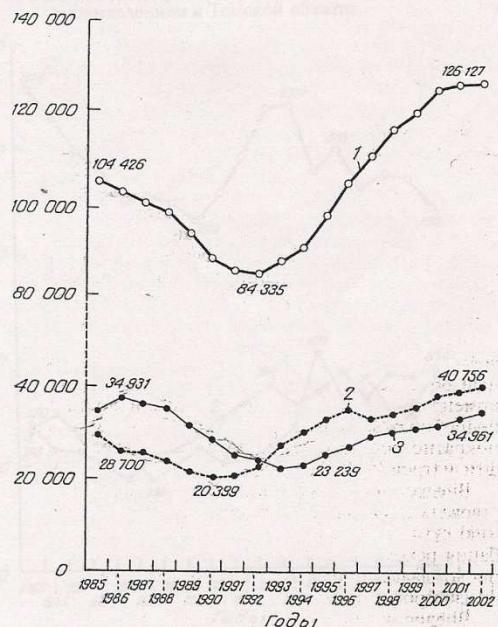
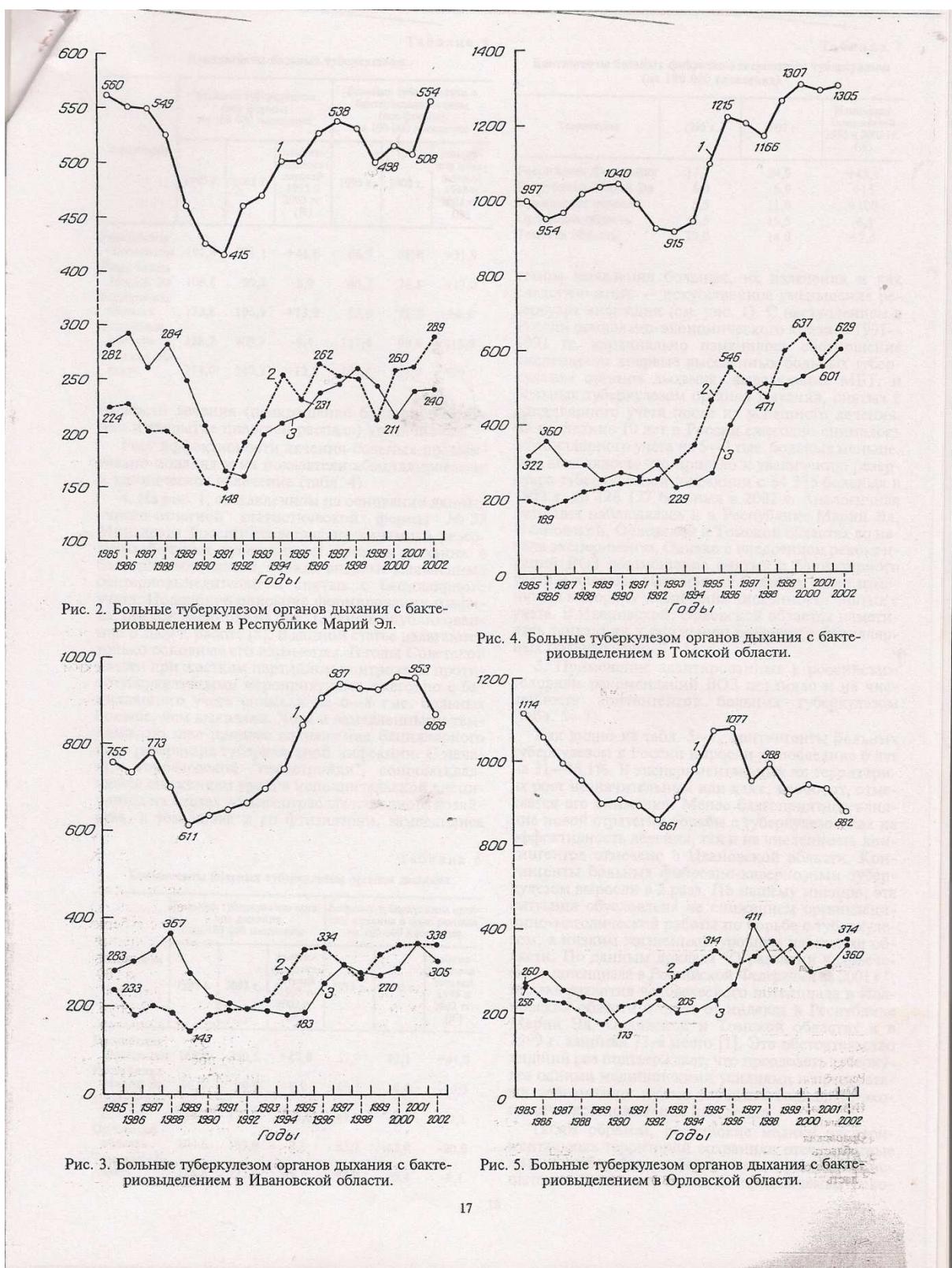


Рис. 1. Больные туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением в Российской Федерации.



17

Таблица 5
Контингенты больных туберкулезом

Территория	Больных туберкулезом (все формы) на 100 000 населения			Больных туберкулезом с бактериовыделением (все формы) на 100 000 населения		
	1995 г.	2002 г.	изменение показателей 1995 и 2002 гг. (%)	1995 г.	2002 г.	изменение показателей 1995 и 2002 гг. (%)
Российская Федерация	191,4	271,1	+41,6	66,7	88,0	+31,9
Республика Марий Эл	108,8	99,2	-8,9	65,3	73,8	+13,0
Ивановская область	172,8	196,9	+13,9	67,0	72,9	+8,8
Орловская область	228,7	209,7	-8,4	117,4	99,8	-15,0
Томская область	214,0	240,2	+12,2	101,9	123,0	+20,0

тивности лечения (прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада) увеличились.

Рост эффективности лечения больных положительно повлиял и на показатели абациллярирования и клиническое излечение (табл. 4).

4. На рис. 1, составленном на основании данных учетно-отчетной статистической формы № 33 Минздрава России представлена динамика резервуара больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением, а также впервые выявленных бактериовыделителей и снятых с бациллярного учета. Подробное описание формирования графика, представленного на рис. 1, дано в опубликованной в 2000 г. работе [5]. В данной статье излагаются только основные его параметры. В годы Советской власти при жестком партийном контроле за противотуберкулезными мероприятиями ежегодно с бациллярного учета снимали на 6–8 тыс. больных больше, чем выявляли. Хотя и замедленными темпами, но шел процесс сокращения бациллярного ядра резервуара туберкулезной инфекции. С началом горбачевской "перестройки", сопровождавшейся снижением уровня исполнительской дисциплины на местах во всех отраслях народного хозяйства, в том числе и во фтизиатрии, замедлились

Таблица 7
Контингенты больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (на 100 000 населения)

Территория	1995 г.	2002 г.	Изменение показателей 1995 и 2002 гг. (%)
Российская Федерация	17,7	24,9	+43,1
Республика Марий Эл	6,0	6,9	+15
Ивановская область	5,5	11,0	+100
Орловская область	16,5	15,5	-6,1
Томская область	13,0	14,0	+7,6

темпы выявления больных, их излечение и как следствие этого — искусственное уменьшение резервуара инфекции (см. рис. 1). С наступлением в России социально-экономического кризиса 1991–1992 гг. кардинально изменилось соотношение численности впервые выселенных больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих МБТ, и больных туберкулезом органов дыхания, снятых с бациллярного учета после их успешного лечения. За последние 10 лет в России ежегодно снималось с бациллярного учета на 5–7 тыс. больных меньше, чем выявлялось, что привело к увеличению резервуара туберкулезной инфекции с 84 335 больных в 1992 г. до 126 127 больных в 2002 г. Аналогичная ситуация наблюдалась и в Республике Марий Эл, Ивановской, Орловской и Томской областях до начала эксперимента. Однако с внедрением рекомендаций ВОЗ соотношение снятых с бациллярного учета и впервые выявленных больных стало изменяться в сторону увеличения численности снятых с учета. В Ивановской, Орловской областях наметилась тенденция к снижению резервуара бациллярных больных (рис. 2–5).

5. Применение адаптированных к российским условиям рекомендаций ВОЗ повлияло и на численность контингентов больных туберкулезом (табл. 5–7).

Как видно из табл. 5–7, контингенты больных туберкулезом в России выросли за последние 6 лет на 31–46,1%. В экспериментальных же территориях рост незначительный или даже, наоборот, отмечается его снижение. Менее благоприятное влияние новой стратегии борьбы с туберкулезом как на эффективность лечения, так и на численность контингентов отмечено в Ивановской области. Контингенты больных фиброзно-кавернозным туберкулезом выросли в 2 раза. По нашему мнению, эта ситуация обусловлена не снижением организационно-методической работы по борьбе с туберкулезом, а низким жизненным уровнем населения области. По данным доклада "О развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2001 г.", индекс развития человеческого потенциала в Ивановской области отстает от индекса в Республике Марий Эл, Орловской и Томской областях и в 1999 г. занимал 73-е место [1]. Это обстоятельство лишний раз подтверждает, что преодолеть туберкулез одними медицинскими усилиями и препаратами невозможно: нужно улучшать социально-экономическое положение населения.

Таким образом, российские медики экспериментальных территорий сохранили отечественные методики борьбы с туберкулезом, прошедшие испытание временем, взяли из предлагаемых реко-

Таблица 6
Контингенты больных туберкулезом органов дыхания

Территория	Больных туберкулезом органов дыхания на 100 000 населения			Больных туберкулезом органов дыхания в фазе распада на 100 000 населения		
	1995 г.	2002 г.	изменение показателей 1995 и 2002 гг. (%)	1995 г.	2002 г.	изменение показателей 1995 и 2002 гг. (%)
Российская Федерация	169,4	250,5	+47,8	57,0	82,1	+44,0
Республика Марий Эл	96,6	90,9	-6,0	40,1	36,0	-10,3
Ивановская область	154,3	178,7	+15,8	41,7	42,6	+2,1
Орловская область	204,6	199,0	-2,8	53,7	43,0	-20,0
Томская область	188,4	223,8	+8,0	74,9	70,4	-6,1

мендаций то, что им подходило, что было приемлемо в условиях своей страны, и в итоге получили хорошие результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2001 год / Под ред. С. Н. Бобылева. — М., 2002. — С. 75—85.
2. Капков Л. П. // Пробл. туб. — 1998. — № 2. — С. 56.
3. Капков Л. П. // Мед. газета. — 1999. — 22 сентября. — № 73. — С. 4.
4. Капков Л. П. // Большой целевой журн. о туб. — 2000. — № 7—8. — С. 18—19.
5. Капков Л. П. // Большой целевой журн. о туб. — 2000. — № 11—12. — С. 10—13.
6. Материалы пленума правления научно-медицинской ассоциации фтизиатров и научно-практической конференции, посвященной 70-летию Марийского Республиканского ПТД (22—23 мая 1996 г.). — Йошкар-Ола, 1998. — С. 48.
7. Приказ Минздравспрома РСФСР от 19.12.95 № 352 "О реализации программы "Выявление бациллярных больных туберкулезом и их лечение краткосрочными курсами химиотерапии" в Ивановской области". — М., 1995.
8. Приказ Минздрава России от 29.05.97 № 171 "О реализации программы "Выявление бациллярных больных туберкулезом и их лечение краткосрочными курсами химиотерапии" в Томской области". — М., 1997.
9. Рекомендации III съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. (Екатеринбург, 17—20 июня 1997 г.). — М., 1997. — С. 18.
10. Сорок шестая сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения. Женева, 3—14 мая 1993 г.: Резолюции, решения и приложения. — Женева, 1994. — С. 39—41.
11. Тезисы докладов IV (XIV) съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. 5—7 октября 1999 г. — М.; Йошкар-Ола, 1999. — С. 264.

12. Хоменко А. Г. Тезисы докладов IV (XIV) Съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. 5—7 октября 1999 г. — М.; Йошкар-Ола, 1999. — С. 5—6.

Поступила 17.02.04

РЕЗЮМЕ

Л. П. Капков и соавт. — ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ АДАПТИРОВАННЫХ К РОССИЙСКИМ УСЛОВИЯМ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Авторы делятся опытом внедрения в Республике Марий Эл, Ивановской, Орловской и Томской областях адаптированных к российским условиям рекомендаций ВОЗ по борьбе с туберкулезом. Во всех территориях вырос удельный вес диагностирования МБТ в клинико-диагностических лабораториях общей лечебной сети, повышена выявляемость больных туберкулезом, выделяющих МБТ, возросла эффективность лечения больных туберкулезом по российским статистическим показателям, за медлились темпы роста или стали сокращаться уровень показателей контингентов больных туберкулезом.

L. P. Karkov, V. V. Punga, M. I. Vasiliev, Ya. Kazyonnyi, Yu. S. Vorokhobkin, O. A. Medvedeva, G. G. Peremitin. — IMPACT OF INTRODUCTION OF THE WHO TUBERCULOSIS-CONTROLLING RECOMMENDATIONS ADAPTED TO THE RUSSIAN CONDITIONS ON THE RUSSIAN STATISTICAL TUBERCULOSIS DATA

The authors share their experience in introducing the WHO tuberculosis-controlling recommendations adapted to the Russian conditions into the Republic of Mari El, in the Ivanovo, Oryol, and Tomsk Regions. All the areas are marked by high rates of diagnosis of MBT in the clinical diagnostic laboratories of the general medical network, by the increased rates of detection of patients with tuberculosis who isolate Mycobacterium tuberculosis, by the enhanced efficiency of treatment of patients with tuberculosis, as shown by the Russian statistical data, by the lower rates of growth of the contingents of patients with tuberculosis or by their reduction.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 614.2:616-002.5-084(470.44)

ПРОГРАММА ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. И. МОРОЗОВА, В. И. ЗАВАЛЕВ, В. В. ТРОЦКИЙ

Министерство здравоохранения Саратовской области, УИН Министра РФ по Саратовской области

Оказание действенной противотуберкулезной помощи населению является одним из приоритетных направлений работы медицинских учреждений области. По итогам 2001 г. Саратовская область занимает 49-е место в России по показателю заболеваемости и 6-е — в Поволжском регионе.

Ежегодно на нашей территории заболевают туберкулезом около 2,5 тыс. человек и умирают от этой инфекции около 500 больных.

Выявление больных туберкулезом — задача сотрудников лечебных учреждений общей медицинской сети. В области наложены все известные методы диагностики туберкулеза, основными из которых являются флюорография, туберкулиодиагностика, микробиологические исследования, дополнительными — иммуноферментный анализ (ИФА), обнаружения специфических антигенов и полимеразная цепная реакция (ПЦР), определения ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ). Флюорография при отработанных организационных механизмах сохраняет свои позиции в качестве объективного метода контрольных осмотров населения.

После введения в 1996 г. ежегодных флюорографических обследований увеличился показатель охвата данным методом исследования с 64,3% в 1996 г. до 87,4% в 2001 г. Одновременно улучшилась результативность активного выявления больных туберкулезом: в 1996 г. при контрольных осмотрах диагноз специфического процесса установлен у 56,6% всех выявленных больных в 1997 г. — у 69,4% и в 2001 г. — у 72,1%.

Значительно (в 4 раза) сократилась, по сравнению с 1996 г. доля фиброзно-кавернозного туберкулеза легких в структуре заболеваемости, что составило 5,3 и 1,3% соответственно.

При противопоказаниях к лучевой нагрузке способом обследования на туберкулез служит ИФА, при этом обязательен количественный учет исследования. У детей и подростков безальтернативным методом выявления туберкулеза остается туберкулиодиагностика. Среди взрослого населения она утратила свое значение и выполняется при подозрении на туберкулез в совокупности с другими компонентами постановки диагноза. Ге-