

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В СИБИРСКОМ И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГАХ

О. П. ФИЛИПОВА, О. В. РЕВЯКИНА, Т. В. АЛЕКСЕЕВА

EVALUATION OF TREATMENT EFFICIENCY FOR MULTIPLE DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS PATIENTS IN SIBERIAN AND FAR EASTERN FEDERAL DISTRICTS

O. P. FILIPPOVA, O. V. REVYAKINA, T. V. ALEKSEEVA

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

На территориях Сибирского и Дальневосточного федеральных округов темпы распространенности штаммов возбудителя с множественной лекарственной устойчивостью гораздо выше, чем в целом по РФ. В то же время отсутствие единой системы мониторинга для больных этой группы не позволяет оценить результаты лечения.

На основании данных, полученных из 21 субъекта Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, проведен анализ эффективности лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя как в целом по округам, так и по отдельным территориям, и определены основные факторы, влияющие на результаты.

Больше половины зарегистрированных больных по разным причинам не получают адекватную терапию противотуберкулезными препаратами резервного ряда. Показатели эффективности терапии больных, взятых на лечение, практически такие же, как в когорте субъектов, в которых осуществлялись проекты, одобренные Комитетом зеленого света (Всемирная организация здравоохранения).

Ключевые слова: штаммы возбудителя с множественной лекарственной устойчивостью, противотуберкулезные препараты, эффективность лечения.

The rate of spread of multiple drug resistant strains is much higher in Siberian and Far Eastern Federal Districts compared to the rest of Russia. In the meantime due to the lack of the unified monitoring system for this group of patients it is impossible to evaluate treatment outcomes.

Basing on the data submitted by 21 regions of Siberia and Far East the treatment efficiency has been analyzed for patients suffering from multiple drug resistance for all these regions in general and specifically for each region, and the main factors providing the impact on the outcome have been identified.

Half of the registered patients do not receive adequate treatment with second line drugs for various reasons. Treatment efficiency for the patients enrolled into treatment is almost the same as in the cohorts in the regions where the projects approved by Green Light Committee (WHO) were implemented.

Key words: multiple drug resistant strains, anti-tuberculosis drugs, treatment efficiency

Оценка результатов лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ МБТ) является одним из важных направлений системы надзора за лекарственной устойчивостью МБТ [2]. В то же время в Российской Федерации (РФ) все еще отсутствует статистическая система учета и отчетности по разделу контроля лечения этой группы больных [5]. Только в отдельных субъектах РФ (Орловской, Томской, Ивановской и Архангельской областях, работавших в рамках международных проектов) оценка результатов лечения больных с МЛУ МБТ начала проводиться с 2002-2004 гг. В рамках проекта Глобального фонда в 2007-2010 гг. еще в 27 субъектах РФ осуществлялись региональные проекты по выявлению и лечению больных с МЛУ МБТ, одобренные Комитетом зеленого света (КЗС). На этих территориях была реализована система мониторинга лечения больных туберкулезом с МЛУ

МБТ на основе когортного анализа и оценки результатов лечения, проводимых в соответствии с международными рекомендациями [5]. По данным, полученным ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России на основании анализа данных 24 субъектов из тех, в которых проводились проекты, одобренные КЗС, для когорты больных туберкулезом с МЛУ МБТ, зарегистрированных для лечения в 2009 г., курс лечения был оценен как эффективный в 48,7% случаев, неэффективный – в 16,6%, умерло 10,5% больных, досрочно прекратили лечение 20,4%, были 3,2%, продолжают лечение 0,7% больных [5].

Оставаясь самыми неблагополучными в России по туберкулезу, территории Сибирского (СФО) и Дальневосточного федеральных округов (ДФО) опережают другие регионы по распространенности туберкулеза с МЛУ возбудителя. Темпы увеличения числа больных с МЛУ возбудителя гораздо выше, чем в целом по РФ [6]. За 2003-2012 гг. в РФ

показатель распространенности штаммов с МЛУ увеличился в 1,7 раза, в СФО – в 1,8, в ДФО – 2,2. В то же время отсутствие единой системы мониторинга для больных этой группы не позволяет достоверно оценить результаты лечения и выявить проблемы.

Цель – провести анализ эффективности лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя в субъектах СФО и ДФО как в целом по округам, так и по отдельным территориям, определить основные факторы, влияющие на результаты лечения.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели в течение нескольких лет собирали информацию из субъектов по организации и результатам лечения больных туберкулезом с МЛУ МБТ. Использовали так же данные федеральной и отраслевой статистической отчетности (ф. 33, 2-ТБ, 7-ТБ).

Анализировали абсолютные данные и статистические показатели по эффективности лечения больных с МЛУ МБТ, зарегистрированных на лечение в 2009-2010-2011 гг. в 12 субъектах РФ, входящих в состав СФО, и 9 субъектах Федерации, входящих в состав ДФО.

Результаты исследования

Ежегодно контингенты больных с МЛУ МБТ, состоящие на учете в противотуберкулезных учреждениях, пополняются вновь выявляемыми пациентами в среднем на $\frac{1}{5}$ часть. В СФО доля впервые выявленных больных туберкулезом с МЛУ возбудителя ниже среднеокружного показателя в Алтайском крае (8,2%), в Республике Бурятия (10,7%),

в Республике Тыва (13,4%). В ДФО – в Магаданской области (1,3%), Еврейской автономной области (ЕАО) (4,9%), Чукотском автономном округе (13,3%).

Как формируется когорта больных туберкулезом с МЛУ МБТ, получающих лечение по IV режиму химиотерапии, можно косвенно определить по численности когорты и по доле данных больных от общего числа зарегистрированных пациентов с МЛУ возбудителя [3].

В СФО самые большие когорты больных с МЛУ МБТ – в Красноярском крае, Новосибирской, Кемеровской и Омской областях, что логично, так как данные территории самые крупные по общей численности населения (рис. 1). Однако «резервуар» больных с МЛУ МБТ в среднем по округу (около 60%), не получающих противотуберкулезную терапию резервными препаратами, значительно превышает число больных, находящихся на лечении. При этом на территориях, где общая численность больных с МЛУ МБТ небольшая, число пациентов, получающих лечение, выше (Забайкальский край – 64,4%, Республика Алтай – 58,9% и Хакасия – 56,1%), чем на крупных территориях – Красноярский край (36,4%), Новосибирская область (34,6%). Наименьшая доля больных, получающих необходимое лечение, регистрируется на одной из самых крупных территорий СФО – Кемеровской области – всего 18,5%. На остальных территориях СФО этот показатель колеблется в пределах 39-48%.

При назначении курса химиотерапии препаратами резервного ряда приоритет отдается впервые выявляемым больным как наиболее перспективным в плане достижения высоких результатов лечения. По тому, какой процент от числа всех зарегистрированных на лечение занимают впервые выявленные

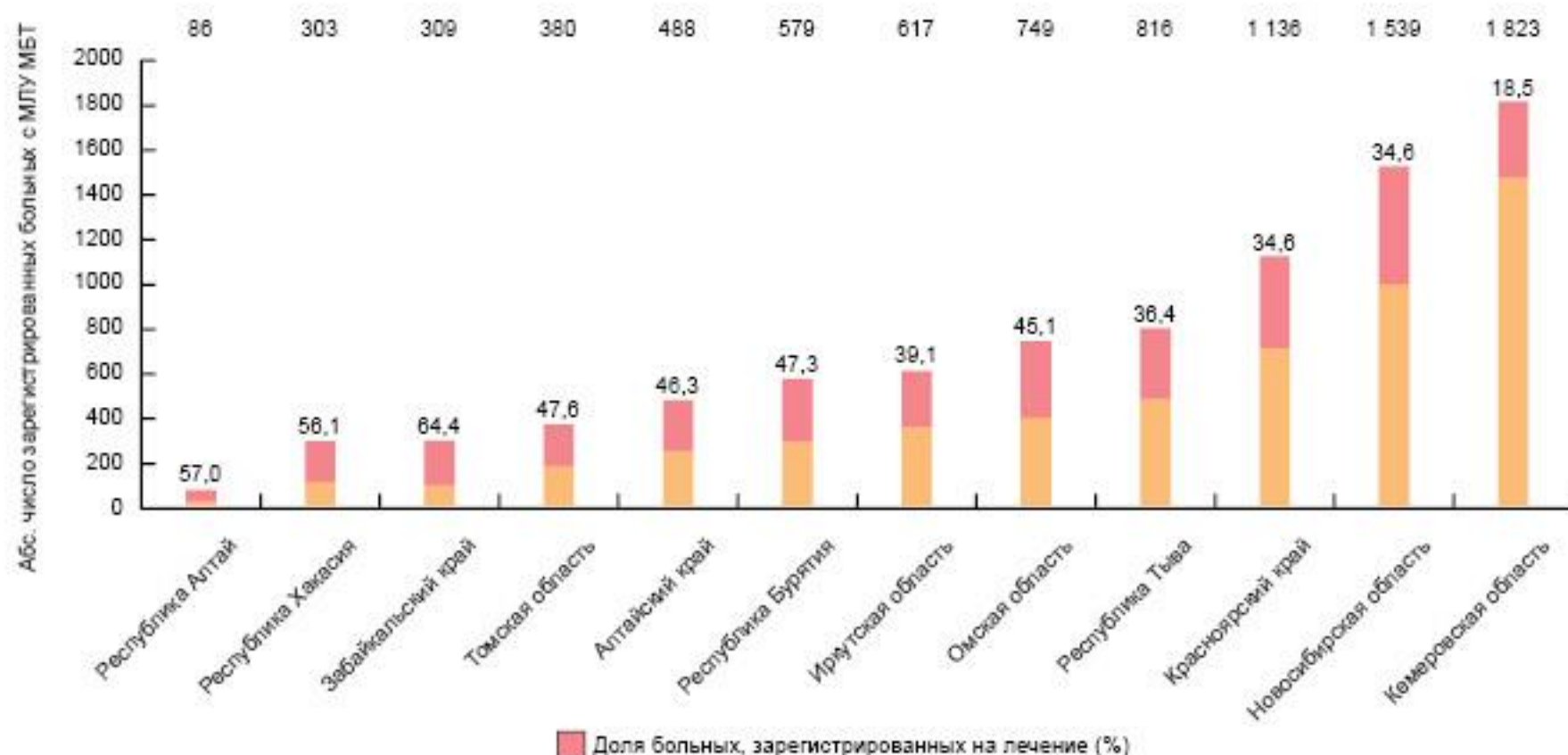


Рис. 1. Общее число зарегистрированных в 2011 г. больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в субъектах Сибирского федерального округа, в том числе приступивших к лечению

пациенты, можно косвенно судить о доле больных с другими курсами лечения (рецидивы, неудачи, после отрыва, прочие). В среднем по округу процент впервые выявленных от числа всех зарегистрированных на лечение колеблется от 39 до 50%. Наименьшее число впервые выявленных больных среди всех территорий СФО отмечено в Алтайском крае (17,7%), Республике Бурятия (22,6%), Республике Тыва (34%). Пограничное положение занимает Кемеровская область, где число впервые выявленных больных с МЛУ МБТ превышает число взятых на лечение.

В ДФО самые большие когорты регистрируемых на лечение были в Приморском, Хабаровском краях и Республике Саха (рис. 2). Однако в Приморском и Хабаровском краях на лечение регистрируется не более 30% от всех больных туберкулезом с МЛУ МБТ, и это в основном только впервые выявленные больные (Приморский край – 100%, Хабаровский край – 77%). В Республике Саха берется на лечение почти половина больных (48,3% в 2010 г. и 43,7% в 2011 г.) и 45% из них – впервые выявленные. На таких территориях, как ЕАО, Магаданская и Сахалинская области, лечение получают в основном лица с другими курсами, так как доля впервые выявленных больных туберкулезом с МЛУ МБТ в них составляет 2, 13 и 27,1% соответственно. При этом в Сахалинской области лечение получали почти все больные туберкулезом с МЛУ МБТ (94,3% в 2010 г. и 84,9% в 2011 г.).

Всего в ДФО в 2011 г. лечение получал 861 человек из 2 373 (38,3%) зарегистрированных, в 2010 г. таких больных было больше и в абсолютных и доле-вых показателях – 917 человек, или 43,4%. В отличие от ДФО общая численность больных туберкулезом с МЛУ МБТ в СФО, зарегистрированных на лече-

ние, в 2011 г. по сравнению с предыдущим годом увеличилась более чем на 1 000 человек (2010 г. – 2 367 человек, 2011 г. – 3 283). Увеличение численности когорты больных, получающих лечение по поводу туберкулеза с МЛУ МБТ, свидетельствует как об улучшении ситуации по обеспеченности противотуберкулезными препаратами резервного ряда, так и о наличии условий для лечения пациентов с хроническим туберкулезом и пациентов с недостаточной приверженностью к лечению. В то же время увеличение когорты в данной ситуации дает более высокий риск неудач в лечении и отрывов от лечения, что и показали анализируемые данные.

Показатели эффективности лечения в СФО в 2009 г. были выше, чем на территориях ДФО. Однако в динамике за 3 года этот показатель так же, как и в ДФО, не имеет стойкой тенденции к улучшению (45,5-49,0-44,5), а в 2010 и 2011 г. стал ниже, чем по ДФО (табл. 1).

Самые высокие показатели эффективности лечения среди территорий СФО – в Кемеровской области: эффективный курс лечения 85,7%, показатель отрывов 7,4%, умирают от туберкулеза – 1,8%. Однако, как указано выше, лечение получают не более 20% больных с МЛУ МБТ. Данные показатели свидетельствуют о тщательном отборе больных на лечение по режиму IV. По-видимому, преимущественно регистрируются на лечение пациенты с высокой мотивацией на выздоровление и относительно благоприятным прогнозом. Необходимо решить вопрос о расширении показаний к проведению химиотерапии по режимам IV и V.

Томская область имеет наибольший опыт в лечении больных туберкулезом с МЛУ МБТ. Показатели эффективности лечения данных больных следует считать наиболее достоверными. Показатель эф-

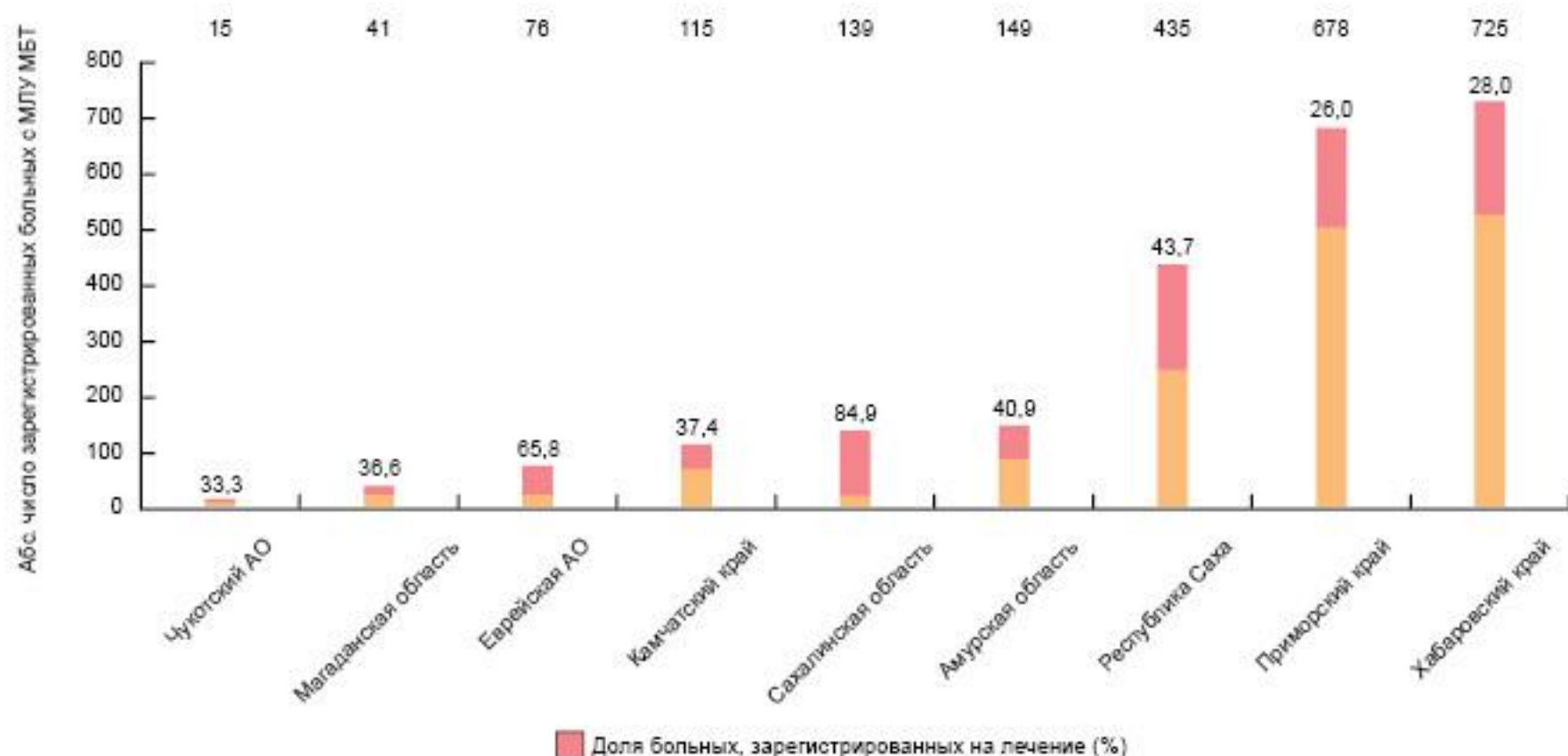


Рис. 2. Общее число зарегистрированных в 2011 г. больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в субъектах Дальневосточного федерального округа, в том числе приступивших к лечению

**Результаты лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя
в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах (%)**

Результаты лечения	СФО			ДФО		
	когорта 2009	когорта 2010	когорта 2011	когорта 2009	когорта 2010	когорта 2011
Эффективный курс ХТ	45,5	49,0	44,5	40,9	51,4	46,5
Неэффективный курс ХТ	17,2	15,0	14,2	14,1	16,4	13,2
Умерло от ТБ	13,0	12,0	12,8	14,6	7,4	8,5
Умерло от других причин	3,2	4,7	3,8	6,5	3,6	6,6
Отрыв	15,7	12,4	14,0	14,6	13,5	13,9
Выбыл	1,8	3,7	5,1	6,0	5,6	6,9
Продолжают лечение	0	3,2	5,6	0	2,1	4,4

эффективного курса лечения когорты 2011 г. составляет 57,5% (когорты 2010 г. – 59,7%). Показатель отрывов от лечения – 10,5 и 11,3% соответственно.

Эффективный курс химиотерапии выше 50% отмечается в Забайкальском крае и Республике Хакасия, т. е. на территориях, где регистрируются на лечение абсолютное большинство больных туберкулезом с МЛУ МБТ. Близок к 50% показатель эффективного курса химиотерапии в Республике Бурятия и Новосибирской области.

Показатели, негативно влияющие на исход лечения на этих территориях, различны: в Забайкальском крае и Республике Бурятия одни из самых высоких показателей «отрывов от лечения». В 2011 г. в Республике Бурятия 29,6% и в Забайкальском крае 24,0% больных прервали лечение. Для этих территорий важно обратить внимание на разработку программы профилактики и купирования побочных реакций противотуберкулезной терапии и/или программы социальной и психологической поддержки больных, получающих длительное лечение препаратами резервного ряда.

В Новосибирской области одинаково неблагоприятны показатели «неэффективного лечения» (17,3%), «отрывов от лечения» (13,3%) и «доли больных, умерших от туберкулеза» (11,7%). Аналогичная с Новосибирской областью ситуация по показателям, негативно влияющим на эффективный исход курсов химиотерапии, сложилась и в Республике Хакасия: показатели «неэффективного лечения» – 14,1%, «отрывов от лечения» – 14,1%, «доли больных, умерших от туберкулеза» – 8,8%. Следовательно, на этих территориях необходимо усилить мониторинг лечения больных как по вопросам своевременного выявления больных туберкулезом с МЛУ МБТ и оформления их на лечение, так и по профилактике отрывов.

В Омской области эффективный курс химиотерапии достигается не более чем у 35% больных. Данная область входит в тройку территорий с самыми высокими показателями неэффективного курса химиотерапии. Почти у каждого пятого пациента (19,8 – 22,7%) не достигается положительный исход

терапии, в том числе в связи с непереносимостью химиотерапии (в когорте 2011 г. – у 4,1%). Причинами может быть включение в когорту больных с хроническими формами туберкулеза и больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью МБТ. Необходимо обратить особое внимание на формирование полноценной схемы лечения и соблюдение приема суточных доз противотуберкулезных препаратов, на профилактику и своевременное купирование побочных реакций химиотерапии. Также обращает на себя внимание показатель «выбывшие больные». Он составляет 11,2% (когорта 2011 г.), что более чем в 2 раза превышает среднеокружной показатель (5,1%).

Предположить неполноценность схем химиотерапии можно также в республиках Тыва и Алтай. На этих территориях неэффективные курсы химиотерапии регистрируются более чем в 20%. Второй причиной, влияющей на показатель исхода лечения, в Республике Тыва является смерть больных от туберкулеза (в когорте 2011 г. – 28,0%), в то время как в Республике Алтай это «отрывы больных от лечения» (в когорте 2010 г. – 43,6%; когорте 2011 г. – 36,7%). В Республиках Тыва и Алтай крайне необходимы программы, способствующие мотивации больных на лечение, а в Республике Тыва необходимо обратить внимание на работу по своевременному выявлению и регистрации больных на лечение.

В Алтайском крае одинаково неблагоприятными факторами, влияющими на показатель исхода лечения, являются отрывы больных и смертность от туберкулеза. В когорте 2011 г. умерло от туберкулеза 17,2% больных и «оторвалось» от лечения 21,2%. Эффективный курс химиотерапии достигнут только у 31,9% больных туберкулезом с МЛУ возбудителя.

В Иркутской области и Красноярском крае самое большое число больных, которые на момент отчета продолжали лечение (в когорте 2011 г. 21,2 и 16,7% соответственно). Естественно, это влияло на показатель эффективного курса химиотерапии. Однако большее влияние на эффективность лечения в Иркутской области также оказывает показатель смертности от туберкулеза – когорта 2010 г. –

18,2%, 2011 г. – 22,0%. Данная ситуация – одна из самых неблагоприятных в СФО (после Республики Тыва). При сочетании высокой смертности от туберкулеза и числа больных, получающих лечение свыше стандартных сроков, можно рекомендовать для Иркутской области обратить внимание на необходимость проведения интенсивной фазы химиотерапии с включением максимального числа противотуберкулезных препаратов и назначением достаточных терапевтических доз.

В Красноярском крае показатель эффективности лечения больных, закончивших курс химиотерапии, составляет 43-45%. Положительной чертой края является низкое число больных, прервавших лечение

(в когорте 2010 г. – 4,7%; когорте 2011 г. – 4,8%). Резерв для повышения эффективности – в снижении числа больных с неэффективными исходами лечения и снижении числа больных, умерших от туберкулеза. Снизить оба эти числа можно, обратив внимание на полноценность назначаемого лечения, т. е. соблюдение схем, доз, контролируемость приема препаратов (табл. 2, 3).

Эффективность лечения больных с МЛУ МБТ в ДФО в динамике за 3 года составляла 40,9-51,4-46,5%. Самые высокие показатели эффективности лечения – в Республике Саха (показатели практически можно считать индикаторными для наших территорий). Также имеется тенденция к уве-

Таблица 2

Результаты лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, зарегистрированных на лечение по IV режиму в 2010 и 2011 г. в Сибирском федеральном округе (%)

Наименование территории	Результаты лечения							
	Эффективный курс ХТ	Неэффективный курс ХТ	Неэффективный курс ХТ по мед. показаниям	Умерло от ТБ	Умерло от других причин	Отрыв	Выбыл	Продолжают лечение
Когорта 2010								
Республика Алтай	28,2	17,9	0	5,1	0	43,6	5,5	0
Республика Бурятия	51,0	7,6	0	13,5	1,7	24,9	1,3	0
Республика Тыва	32,8	29,7	0	21,9	2,1	9,9	2,1	1,6
Республика Хакасия	50,5	15,0	0	10,2	6,8	13,6	4,1	0
Алтайский край	38,8	17,2	0,9	5,2	2,6	31,9	3,4	0
Забайкальский край	47,3	15,7	0	12,6	6,3	18,1	0	0
Красноярский край	45,0	10,6	0	16,2	9,8	4,7	6,7	7,0
Иркутская область	21,2	28,8	0	18,2	5,3	6,1	4,5	15,9
Кемеровская область	85,7	5,1	0	1,8	0	7,3	0	0
Новосибирская область	48,4	15,5	0	14,3	5,1	10,7	6,0	0
Омская область	33,2	19,8	0	10,4	6,2	13,8	8,3	8,3
Томская область	59,7	13,0	0	6,1	4,8	11,3	0,9	4,3
Итого по СФО	49,0	15,0	0	12,0	4,7	12,4	3,7	3,2
Когорта 2011								
Республика Алтай	26,5	20,4	0	8,2	2,0	36,7	6,1	0
Республика Бурятия	46,4	2,6	0	10,6	8,8	29,6	0,4	1,8
Республика Тыва	34,9	20,6	0	28,0	3,4	9,3	3,4	0,3
Республика Хакасия	51,8	14,1	0	8,8	4,1	14,1	7,1	0
Алтайский край	31,9	12,8	0,9	17,2	2,0	21,2	7,5	7,5
Забайкальский край	53,0	15,0	0	5,0	2,0	24,0	2,0	0
Красноярский край	36,0	15,2	0	16,7	5,1	4,8	5,5	16,7
Иркутская область	23,2	12,4	0	22,0	3,3	10,4	7,5	21,2
Кемеровская область	79,0	5,0	0	1,8	3,3	7,4	0	3,6
Новосибирская область	46,4	17,3	0	11,7	3,4	13,3	7,9	0
Омская область	35,8	18,6	4,1	8,9	1,5	15,7	11,2	4,2
Томская область	57,5	9,9	0	7,7	6,1	10,5	0	8,3
Итого по СФО	44,5	13,7	0,5	12,8	3,8	14,0	5,1	5,6

Таблица 3

Результаты лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, зарегистрированных на лечение по IV режиму в 2010 и 2011 г в Дальневосточном федеральном округе (%)

Наименование территории	Результаты лечения							
	Эффективный курс ХТ	Неэффективный курс ХТ	Неэффективный курс ХТ по мед. показаниям	Умерло от ТБ	Умерло от других причин	Отрыв	Выбыл	Продолжают лечение
Когорта 2010								
Республика Саха	62,3	12,3	0	8,2	4,1	4,6	6,7	1,5
Камчатский край	25,5	23,4	–	25,5	–	10,6	4,3	10,6
Приморский край	42,3	16,8	0	5,8	7,2	16,8	11,1	0
Хабаровский край	49,2	11,6	0	4,6	0,9	31,5	2,2	0
Амурская область	30,0	28,3	0	8,3	6,7	16,7	10,0	0
Магаданская область	45,5	18,2	0	0	0	27,3	9,1	0
Сахалинская область	66,5	18,7	0	5,5	1,1	1,7	0	6,6
Еврейская АО	51,8	16,1	0	12,9	6,4	6,4	6,4	0
Чукотский АО	33,3	33,3	–	33,3	0	0	0	0
Итого по ДФО	51,4	16,4	0	7,4	3,6	13,5	5,6	2,1
Когорта 2011								
Республика Саха	58,4	11,0	0	9,4	8,4	5,2	5,2	2,1
Камчатский край	39,5	18,6	2,3	14,0	9,3	4,7	4,7	7,0
Приморский край	39,7	14,2	1,7	5,7	9,7	15,9	7,9	5,1
Хабаровский край	54,2	9,6	0	5,4	1,5	20,6	8,7	0
Амурская область	37,7	26,2	0	18,0	0	9,8	6,6	1,7
Магаданская область	20,0	33,3	0	6,7	6,7	33,3	0	0
Сахалинская область	35,6	8,5	0	11,0	8,5	12,7	6,0	17,8
Еврейская АО	46,0	8,0	0	6,0	8,0	22,0	10,0	0
Чукотский АО	20,0	20,0	–	40,0	20,0	0	0	0
Итого по ДФО	46,5	12,7	0,5	8,5	6,6	13,9	6,9	4,4

личению числа эффективно пролеченных больных в Хабаровском крае. Остальные территории ДФО пока не имеют достоверно стабильных показателей во многом из-за того, что численности когорт больных с МЛУ МБТ небольшие (от 3 до 60 человек). В Приморском крае – территории с большим числом больных с МЛУ МБТ – на лечение влияет смертность больных от других причин и число выбывших с территории пациентов (оба показателя в 1,5-2 раза выше, чем по ДФО). К сожалению, на эти показатели противотуберкулезные мероприятия не оказывают влияния. Возможно, при принятии решения о начале химиотерапии следует учитывать наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и частоту смены места жительства больным.

В Амурской области самые высокие показатели неэффективно леченных больных, но при этом нет больных, прекративших лечение по медицинским показаниям. Причины данной ситуации надо выяс-

нить с привлечением к анализу врачебного консилума. Аналогичная ситуация сложилась и в Камчатском крае. Основной резерв для повышения эффективности лечения – это профилактика отрывов от лечения. В Республике Саха в 2010 и 2011 г. показатель отрывов от лечения составил всего 4,6 и 5,2% соответственно, но на других территориях – он либо стабильно высокий: Хабаровский край – 31,5 и 20,6%, Магаданская область – 27,3 и 33,3%, либо значительно меняется из года в год то в одну, то в другую сторону: в ЕАО – от 6,4 до 22%; в Сахалинской области – от 1,7 до 12,7%, в Камчатском крае – от 10,6 до 4,7%.

Заключение

На территориях СФО и ДФО имеется огромный «резервуар» больных с МЛУ МБТ, больше половины которых в настоящее время не получа-

ют адекватную терапию противотуберкулезными препаратами резервного ряда.

Для снижения напряженности эпидемической ситуации по туберкулезу необходимо увеличить охват лечением данных больных (расширяя показания к назначению химиотерапии по режиму IV), что является важнейшим фактором, позволяющим реально уменьшить основной источник МЛУ МБТ.

Для оценки качества проводимых противотуберкулезных мероприятий, выявления больных с МЛУ МБТ и оценки эффективности их лечения необходимы единые подходы к мониторингу больных с МЛУ МБТ, единая учетно-отчетная документация для всех субъектов РФ, утвержденная законодательно.

Показатели эффективности лечения больных с МЛУ МБТ в СФО и ДФО практически приближены к опубликованным показателям когорты субъектов РФ, в которых осуществлялись проекты, одобренные КЗС (ВОЗ) [4].

С целью повышения эффективности лечения, снижения числа больных с неэффективными исходами лечения и умерших от туберкулеза необходима качественная организация химиотерапии, т. е. соблюдение схем, доз, сроков лечения, контролируемость приема препаратов, особенно на амбулаторном этапе [1].

На территориях с высоким уровнем «отрывов от лечения» крайне необходима разработка программы профилактики и купирования побочных реакций противотуберкулезной терапии и/или программы социальной и психологической поддержки больных, получающих длительное лечение препаратами резервного ряда, способствующей мотивации больных на лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И. А., Самойлова А. Г., Эргешов А. Э. и др. Химиотерапия туберкулеза: проблемы и перспективы // Вестн. Рос. акад. мед. наук. – 2012. – № 11. – С. 9-14.

2. Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. – http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/protivotuberkuleznaya_slujba/B134_12-ru.pdf
3. Лечение туберкулеза. Рекомендации. Четвертое издание. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2011 г. – 183 с.
4. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. – Всемирная организация здравоохранения: Весь мир, 2007 г. – 209 с.
5. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2013. – 280 с.
6. Туберкулез в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. – Информационно-аналитический обзор. – Новосибирск. – 2011 г. – 54 с.

REFERENCES

1. Vasilyeva I.A., Samoylova A.G., Ergeshov A.E. et al. Tuberculosis chemotherapy: problems and perspectives. *Vestn. Ros. Ak. Med. Nauk.*, 2012, no. 11, pp. 9-14. (In Russ.)
2. *Globalnaya strategiya i tseli v oblasti profilaktiki, lecheniya i borby s tuberkulezom na period posle 2015 g.* [Global strategy and goals in prevention, treatment and control of tuberculosis after 2015]. Available: http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/protivotuberkuleznaya_slujba/B134_12-ru.pdf
3. *Lecheniye tuberkuleza. Rekomendatsii. (chervtoye izdaniye).* (Russ. ed.: Treatment of tuberculosis: guidelines, 4th ed.) WHO Regional Office for Europe, 2011, 183 p.
4. *Rukovodstvo po programnomu vedeniyu lekarstvenno-ustoychivogo tuberkuleza.* [Guidelines on programmatic management of drug resistant tuberculosis]. World Health Organisation, 2007, 209 p.
5. *Tuberkulez v Rossiyskoy Federatsii 2011 g. Analiticheskiy obzor statisticheskikh pokazateley, ispol'zuemykh v Rossiyskoy Federatsii i v mire.* [Tuberculosis in the Russian Federation in 2011. Analytic review of statistic rates used in the Russian Federation and in the world]. Moscow, 2013, 280 p.
6. *Tuberkulez v Sibirskom i Dal'nevostochnom federal'nykh okrugakh. Informatsionno-analiticheskiy obzor.* [Tuberculosis in Siberian and Far Eastern Federal Districts. Information analytical review]. Novosibirsk, 2011, 54 p.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ревякина Ольга Владимировна
ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России,
кандидат медицинских наук,
630040, г. Новосибирск, ул. Охотская, д. 81а.
Тел./факс: 8 (383) 203-83-67; 8 (383) 203-83-65.
E-mail: nniit@sibnet.ru

Поступила 12.02.2015