

Т. Т. Киспаева

ЦЕРЕБРАЛЬДЫҚ ИНСУЛЬТТИҢ ҚАЙТАЛАП АЛДЫН АЛУДЫҢ ҚАЗІРГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Әдебиет шолуында отандық және шетелдік көздердегі әдебиет мәліметтері бойынша церебральдық инсульттің таралуының қазіргі уақыттағы аспектілері берілген. Тәуекелділіктің негізгі факторлары ұсынылған, оның маңызды бір бөлігі артериальдық гипертензия болып табылады. Мақалада АПФ ингибиторлары мысалында қазіргі уақыттағы фармакотерапияның патогенетикалық аспектілері келтірілген.

Н. С. Тәбриз

ДҮНИЕЖҮЗІЛІК ДЕНСАУЛЫҚСАҚТАУ ҰЙЫ- МЫ ҰСЫНҒАН ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ БАҒДАРЛАМАНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

Бірнеше ғасырлар аралығында туберкулез ауруы бүкіл дүние жүзінде қоғамдық денсаулық сақтаудың маңызды мәселесі болып қалуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) мәліметтеріне қарағанда, 2005 жылы әлемде 8,8 миллион туберкулез ауруы анықталып, 1,6 миллион адам туберкулезден қайтыс болған, бұл барлық аурулардан болған өлімнің 7%-ін, алдын алуға болатын жұқпалы аурулардың 26%-ін құрайды [13, 35, 40, 45].

90-шы жылдардан бастап дүние жүзінің барлық елдерінде туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдай нашарлай бастады. Осыған байланысты ДДҰ туберкулезді «жақанды мәселе» деп айқындады [11, 35, 36, 39, 45, 49].

Кейбір географиялық аймақтардағы жағдай ерекше қауіпті болып тұр. Оған АИВ-ң таралуына байланысты «Сахарадан төмен» орналасқан Африка елдері жатады [47], сол сияқты КСРО-ң орында пайда болған мемлекеттерде экономиканың құлдырауы, экологиялық жағдайдың нашарлауы, көш-қон процесстері, халық ішіндегі әлеуметтік жағдайы нашар топтардың өмір деңгейінің төмендеуі, жалпы денсаулық сақтауға, оның ішінде туберкулезге қарсы шараларға қаржының жеткіліксіз бөлінуі туберкулез бойынша жағдайдың біршама нашарлауына алып келді [10, 22, 44].

Дамып келе жатқан мемлекеттерде сапалы туберкулезбен күресу қызметі болмағандықтан ДДҰ мен туберкулезбен өкпе ауруларымен күресудің Халықаралық ұйымы туберкулезбен күресудегі ұлттық бағдарламасының негізі ретінде DOTS (direct observe treatment short-course) стратегиясын ұсынды [50].

DOTS стратегиясы туберкулездің жұқпалы түрлерінің таралуымен күресуге арналған шара есебінде жасалынып Азия, Африка, Американың бірнеше мемлекеттерінде тәжірибеден өтіп дүние жүзінің көптеген елдерінде қолданылуда [34, 48].

ДДҰ КСРО ыдырағаннан кейінгі бұрынғы социалистік республикалардағы туберкулездің қарқынды таралуына алаңдап, 1994 жылдың маусым айында Варшава қаласында Орталық, Шығыс Европа елдерінің және бұрынғы КСРО республикаларының туберкулезге қарсы бағдарламалары

жетекшілерімен бірінші конференция өткізді. Ол мәжілісте ДДҰ ұсынған туберкулезбен күресу бағдарламасын енгізу шешімі қабылданды [5, 34].

Ресейде ДДҰ ұсыныстарына өздерінің ерекше көзқарастарын білдіріп, уақыт сынынан өткен туберкулезбен күресу әдісін қалдырып, халықаралық тәжірибеден ел жағдайына сәйкес келетін тұстары алынды. РФ денсаулық сақтау министрлігі ДДҰ ұсыныстарын Иванов, Том, Орлов облыстарында және Марий Ел Республикасында апробация жасау бұйрығын жасады. 5-7 жыл көлемінде жоғарыда аталған территорияларда Ресей жағдайына бейімделген ДДҰ ұсыныстары жақсы емдік нәтижелер берді [5, 34].

Қырғыз Республикасында DOTS бағдарламасы 1996 жылдан бастап пилотты аудандарда, ал 2000 жылдан бастап республиканың барлық аймақтарында енгізілді. Республикада DOTS стратегиясын енгізу нәтижесінде сырқаттылық және өлім-жітім көрсеткіштерінің өсуі төмендеді. Тәжікстанда DOTS стратегиясы 2001 жылы 2 пилотты аудандарда енгізіліп, соңынан барлық республика халқын қамтыған. Түркіменстанда DOTS стратегиясы 2007 жылы халықтың 83,3%-ін қамтыды. 1999-2006 жылдар аралығында DOTS емін 6800 адам қабылдаған. 1995 жылдан Азербайжан Республикасының 3 пилотты ауданында DOTS бағдарламасы енгізіліп, 2002 жылы барлық аудандарда жұмыс істей бастады. Арменияда DOTS стратегиясы ДДҰ-ның көмегімен 1995 жылы 6 эксперименталды ауданда енгізіліп, 2002 жылы бүкіл республиканы қамтыды. Туберкулез науқастарын жүргізудің халықаралық стандарттары Өзбекстанда 1998 жылдан қолданылады. 2005 жылы Республиканың барлық территориясында ДДҰ ұсынған стратегияға сәйкес туберкулезбен күресудің ұлттық бағдарламасы енгізілді [1, 6, 24, 26, 28, 29].

Жоғарыда аталған дағдарысқа байланысты Қазақстанда туберкулез бойынша эпидемиологиялық ахуалы ауырлап, халықтың туберкулезбен сырқаттануының күрт өсуіне алып келді [9, 10, 19, 20, 22]. Мысалы, 1995 жылдан 1998 жылдар аралығында сырқаттылықтың өсу ырағы 12,1-30,1%-ті құрады. Осы кезеңде туберкулезден болған өлім-жітімде өсті. 1995 жылы бұл көрсеткіш өткен жылмен салыстырғанда 44,3%-ке өсті [14].

Осы жағдайларға байланысты елімізде түбегейлі шешімдер қабылданды – бұл 18.05.1998 жылғы №3956 «Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулық жағдайын жақсарту жөніндегі бірінші кезектегі шаралары» атты Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығы, 4.09.1998

жылғы №839 «Қазақстан Республикасында халықты туберкулезден қорғаудың жедел шаралары» ҚР өкіметінің қаулысы болатын. Жоғарыда аталған жарлық пен қаулыға сәйкес 1999 жылдан бастап ДДҰ ұсынысы бойынша DOTS стратегиясы енгізіліп, 2001 жылы еліміз жағдайына бейімделіп жұмыс істей бастады [3, 4].

С. А. Диканбаева соавт (2004), мәліметтері бойынша 1998-2003 жылдар аралығында туберкулезді табу жұмыстарын белсенді жүргізе бастағаннан кейін туберкулездің сырқаттылық көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 118,8-ден 160,4-ке дейін өскен. 2003 жылдан бастап туберкулез сырқаттылығы 21,8%-ке азайып 2008 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 125,5-ті құрады [3].

Қазақстанда DOTS бағдарламасын енгізгеннен бастап туберкулезден болған өлім-жітім көрсеткіші 1998 жылғы 100 мың тұрғынға шаққанда 38,4-ден 55%-ке азайып, 2008 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 17,2-ті құрады. DOTS бағдарламасын енгізу 1998-2006 жылдар аралығында Қазақстанда туберкулезден қайтыс болуы мүмкін 28000-дай туберкулез науқасының өмірін сақтап қалды [3, 38].

Туберкулез эндемиясы өсіп жатқанда туберкулезді емдеу сұрақтарының маңызы зор, себебі бұл жұмыстың сапасы қазіргі кезде туберкулез инфекциясының резервуарын және болашақта патологияның әлеуметтік салдарын анықтайды [23].

Туберкулезді емдеуде негізгі орынды науқас ағзасындағы туберкулез микобактериясының көбеюін жоюға әкелетін химиятерапия алады. Алғашқы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілер: ПАСК, 1943 ж., стрептомицин – 1944 ж., тибон 1946 ж. және изониазид 1951 ж. синтезделген [37]. Дәрілерді қолдану барысында пайда болған дәріге төзімділікті емдеудің жаңа әдістерін қажет болып, бірнеше химиялық дәріні комбинация-лық түрде қолдану қағидасы тәжірбиеге 1955-ші жылы енгізілді. Бастапқы кезеңде стрептомицин және ПАСК комбинациясы қолданылып, ол жоғары терапиялық нәтиже берді. Сонан соң изониазид және ПАСК, сол сияқты бірден 3 химиялық дәрі: изониазид, ПАСК, стрептомицин қолданыла бастады. Бұл дәрілер науқастарға 12-18 ай ішінде 2 кезеңде берілді. Бірақ дәрілерді ұзақ уақыт тағайындау олардың аллергиялар және зиянды әсерлерінің даму қаупіне алып келді.

Тәжірбиеге рифампицин мен пиразинамидтің енгізілуі емнің ұзақтығын 6-9 айға дейін қысқартып, екі кезеңді ем жойылды. Бұл уақытта изониазид, рифампицин, стрептомицин немесе этамбутол схемасы 6 ай ішінде тағайындалып 1983 жылы фтизиатрия тәжірбиесіне енгізу ұсынылды.

Туберкулез химиятерапиясының қазіргі заманғы бағдары емнің нәтижелі ақырына жетуге, химиятерапияның стандартты схемасын дайындап шығаруға, стационарлы емнің мерзімін қысқартуға, дәрілерге кететін шығындарды азайтуға бағытталған [31].

ДДҰ ұсынған туберкулезбен күресудің жаңа бағдарламасы – DOTS стратегиясы, туберкулезді стандартты қысқа курсты химиятерапиямен емдеуді қарастырады. Бұл емді қолдану арқылы бактерия бөлетін өкпе туберкулезімен алғаш рет ауырған науқастардың 80-85%-де бактерия бөлу-ді тоқтатуға болады. Туберкулезді емдеудің осы жүйесі осы кезеңдегі, бұл уақытқа дейін болған-дарының ішіндегі ең нәтижелісі болып табылады, дүние жүзінің көптеген елдерінде осы стратегия енгізілгеннен кейін туберкулезден жазылу 2 есеге өскен [46].

DOTS стратегиясын енгізу қысқа мерзімнің ішінде науқастарда бактерия бөлуді тоқтатып туберкулез инфекциясының резервуарын біршама азайтуға ықпал етті. Сол сияқты стратегияның үлкен әлеуметтік-экономикалық маңызы бар – бұл әдіс қымбат тұратын стационарлық емнің жалпы уақытын қысқартуға мүмкіндік береді [32].

ДДҰ ұсынған қысқа мерзімді химиятерапия азия және ТМД елдерінде енгізіліп жақсы нәтижелер көрсетті. Мысалы, Камбоджада 1994-1995 жылдары 4164 науқас 1 категория бойынша ем алып, оның 89% жазылып шыққан немесе емін аяқтаған. Монғолияда DOTS стратегиясының пилотты жобасын кіргізу барысында 92% жағдайда қақырық сүртіндісінің конверсиясына қол жеткізілген. Бангладеште DOTS бағдарламасын енгізу арқылы қақырықтың конверсия деңгейі 82-87%-ті құраған [41, 42, 43].

Қырғыз Республикасында DOTS стратегиясын енгізу нәтижесінде туберкулезден жазылу пайызы 85,5%-ті құрады. Тәжікстанда қысқа мерзімді химиятерапияның қарқынды кезеңінен кейін қақырықтың сүртінді конверсиясы 85-92,6% болып, емнің нәтижелілігі 82,7% болды. Түркіменстанда қақырықтың сүртінді конверсиясы 89,3%, ем нәтижелілігі – 84,8% болды [1, 28, 29].

Ресейдің Иванов, Том облыстарында және Марий Ел Республикасында DOTS стратегиясы жұмыс істеген жылдар ішінде туберкулезбен алғаш ауырған науқастардың 82-93%-де бактерия бөлу тоқтаған [8, 30].

А. Г. Хоменконың (1998) мәліметтері бойынша, туберкулезбен алғаш рет ауырған науқастардың 90%-де химиятерапия курсының соңында бактерия бөлу тоқтаған [33].

Әдебиетте қысқа мерзімді бақылаумен жүргізілетін емнің Қазақстанда нәтижелі болғандығы атап өтілген [2, 7, 12, 16, 25].

Мысалы, Исмаилов Ш. Ш. соавт (2000), еліміздің әртүрлі аймақтарында 1998 және 1999 жылдары DOTS стратегиясы бойынша туберкулезді емдеуге мониторинг жасап «жазылу» көрсеткішінің 90% болғанын айтады.

Жангиреев А. А. соавт (2001), өкпе туберкулезінің көлемді және деструкциялы түрімен ауыратын науқастарда DOTS стратегиясы және дәстүрлі емдеу әдістерін салыстырып, қысқа мерзімді ем алған науқастарда бактерия бөлудің тоқтауы 93% жағдайда анықталып, дәстүрлі ем алушыларға қарағанда оларда бактерия бөлудің

тоқтауы ерте пайда болатыны және олар ауруханада 2 есе кем жататынын анықтаған, сол сияқты авторлар ем DOTS стратегиясының барлық талаптарын сақтағанда ғана нәтижелі болатынын ескертеді.

ДДҰ ұсынған стандартты схемамен жүргізілген химиятерапия жоғары нәтиже көрсетті. Дегенмен, осы емнің негізгі қағидалары сақталмай науқастардың 70%-ден астамы бақылаудан шығып қалатындықтан және оларда рецидивтердің жиі кездесетіндіктен, стационар жағдайында қарқынды емнің ұзақтығын созу керектігі ұсынылып [21, 27], 2002 жылы Қазақстанда бейімделген бағдарламаға сәйкес ДДҰ ұсынған химиятерапияның қарқынды және жалғастыру кезеңдерінің мерзімі ұзартылды.

2006 жылы тіркелген туберкулез науқастарын емдеудің когортты анализі, еліміздегі бейімделген химиятерапия нәтижелерінің төмен екенін көрсетті. Алғаш рет ауырған бактерия бөлетін науқастардың 70,7%-і, бактерия бөлетін рецидивтердің 52,9%-і ғана жазылып шыққан. Ем нәтижесінің төмен болуына емнің үзілуі және туберкулезге қарсы дәрілерге төзімділіктің өсуі себепші болуда [15, 17, 18].

Сонымен, әдебиетке талдау жүргізу ДДҰ ұсынған туберкулезбен күресу бағдарламасы – DOTS стратегиясы дүние жүзінің көптеген елдерінде, оның ішінде ТМД елдеріндегі туберкулезбен күресу ұлттық бағдарламаларының негізін құрап, туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдай нашарлай бастағанда, осы қатерлі аурумен күресудің бірден-бір шарасы болып табылғанын көрсетті.

DOTS стратегиясына сәйкес, туберкулезді емдеу стандартты қысқа мерзімді химиятерапия немесе оның әрбір елдің жергілікті ерекшеліктерін сәйкес бейімделген түрлері арқылы жүзеге асырылып, бұл әдіс енгізілген елдерде жоғары нәтижелерге қол жеткізілді. Қазақстанда стандартты химиятерапияның қысқа мерзімді (1999-2001 жылдар), сол сияқты бейімделген түрлері (2002-2006 жылдар) жұмыс жасап туберкулезбен эпидемиологиялық жағдайдың тұрақталуына алып келді. Дегенмен, науқастардың ем тәртібін бұзуының жиілеуі, көпдәріге төзімділіктің өсуі елімізде туберкулезді емдеудің жаңа жолдары мен әдістерін қарастыруды талап етеді.

ӘДЕБИЕТ

1. Алишеров А. Ш. Қырғыз Республикасында DOTS-бағдарламасын енгізудің нәтижелері //Қазақстан фтизиатрларының I конгресі: Еңбектер жинағы, Алматы, 2004. – В. 24 – 29.
2. Ділмағамбетов Д. С. Алғашқы туберкулезбен ауырған науқастардағы емнің тиімділігі мен дәріге тұрақтылығы //Д. С. Ділмағамбетов, Ш. Ш. Исмаилов, Г. А. Смаилова //Фтизиопульмонология. – 2002 – №2 (2). – Б. 39 – 40.
3. Исмаилов Ш. Ш. Қазақстан Республикасындағы туберкулез жағдайы //Ш. Ш. Исмаилов, Н. И. Назирова, К. Х. Баймұханова //Фтизиопульмонология. – 2008. – №2 (14). – Б. 6 – 8.
4. Қазақстан Республикасындағы туберкулезге қарсы адаптірленген бағдарламаны тарату және оның нәтижесі //С. А. Диканбаева, Г. Б. Ракишев, К. Х. Баймұханова және басқалар //Қазақстан фтизиатрларының I конгресі: Еңбектер жинағы. – Алматы, 2004. – 69 – 73 б.
5. Ресейде туберкулезге қарсы күрес бойынша ДДҰ ұсынысының апробациялық тәжірибесі //В. В. Ерохин, Л. П. Капков, Пунга В. В. және басқалар //Қазақстан фтизиатрларының I конгресі: Еңбектер жинағы, Алматы, 2004. – В. 44 – 48 б.
6. Агаев Ф. Ф. Ситуация с туберкулезом в Азербайджане. Междунар. конф. «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии». – Алматы, 2007. – С. 48 – 50.
7. Берикова Э. А. Значение контролируемой краткосрочной химиотерапии в комплексе с коллапсотерапевтическими методами в лечении впервые выявленных больных туберкулезом легких: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Алматы, 2000.
8. Гришина Т. А. Итоги применения DOTS в России //Проблемы туберкулеза. – 1999. – №1. – С. 9 – 12.
9. Джунусбеков А. Д. Состояние и задачи противотуберкулезной помощи в Республике Казахстан //А. Д. Джунусбеков, Г. Т. Хауадамова, З. И. Хажибаева //Здравоохранение Казахстана. – 1994. – №8. – С.4 – 6.
10. Джунусбеков А. Д. Состояние противотуберкулезной службы в Республике Казахстан и ее задачи в современных условиях //А. Д. Джунусбеков, Г. Т. Хауадамова, З. И. Хажибаева //Здравоохранение Казахстана. – 1996. – №7. – С. 6 – 7.
11. Жангиреев А. А. Грозное заболевание XX века //Здравоохранение Казахстана. – 1998. – №7 – 8. – С. 2 – 4.
12. Жангиреев А. А. Лечение больных впервые выявленным туберкулезом легких в режиме DOTS-стратегии //А. А. Жангиреев, Ш. Ш. Исмаилов, Э. М. Берикова //Проблемы туберкулеза. – 2000. – №3. – С. 23 – 25.
13. Залескис Р. Туберкулез в мире и Европейском регионе ВОЗ. Междунар. конф. «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии». – Алматы, 2007. – С. 16 – 18.
14. Исмаилов Ш. Ш. Актуальные проблемы контроля за туберкулезом в Казахстане. Междунар. Конф. «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии». – Алматы, 2007. – С. 36 – 37.
15. Исмаилов Ш. Ш. Значение интеграции противотуберкулезной службы, сети ПМСП, органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора, КУИС Казахстана в контроле над туберкулезом //Актуальные вопросы фтизиатрии. – Сб. науч. трудов конф. – Алматы, 2008. – С. 5 – 12.
16. Использование компьютерного комплекса «КТБ» для анализа результатов эксперимента по наблюдению за больными туберкулезом при внедрении стратегии DOTS в Клинике НЦПТ //Ш.

- Ш. Исмаилов, К. Х. Баймуханова, В. И. Лаврентьева, Г. А. Берлижанова //Контроль за туберкулезом и внедрение стратегии DOTS в Казахстане. Сб. тр. – Алматы, 2000. – С. 37 – 42.
17. Исмаилов Ш. Ш. Қазақстан Республикасын дағы мультирезистентті туберкулездің негізгі мәселелері //Фтизиопульмонология. – 2002 – №2 (2). – Б. 9 – 12.
18. Клиническое значение резистентности МБТ у больных с различными формами туберкулеза органов дыхания /Ш. Ш. Исмаилов, Э. А. Берикова, О. М. Даутова, П. М. Джазыбекова // Контроль за туберкулезом и внедрение стратегии DOTS в Казахстане. – Сб. тр. – Алматы, 2000. – С. 107 – 110.
19. Маскеев К. М. Медико-социальные аспекты распространения туберкулеза на территории Казахстана и некоторые пути решения проблемы // Здравоохранение Казахстана. – 1995. – №5. – С. 11 – 15.
20. Маскеев К. М. Проблемы туберкулеза в условиях экономического кризиса //Денсаулық сақтау Қазақстан. – 1998. – №7 – 8. – С. 4 – 9.
21. Муминов Т. А. Для Казахстана нужна адаптированная система DOTS //Медицина. – 2002 – №6 – С. 2 – 4.
22. Муминов Т. А. Проблемы туберкулеза в условиях экономического кризиса /Т. А. Муминов, К. М. Маскеев. – Алматы, 1998. – 25 с.
23. Муминов Т. А. Туберкулез, ВИЧ, сифилис и другие заболевания в пенитенциарных учреждениях: М 11 /Т. А. Муминов, А. С. Ракишева. – Алматы, 2002. – С. 39 – 45.
24. Оганесян Н. Борьба с туберкулезом в Армении. Международная конференция «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии». – Алматы, 2007. – С. 52 – 54.
25. Омаров Т. О. Эффективность внедрения DOTS в г. Алматы Сборник трудов /Т. О. Омаров, А. К. Омарова – Алматы, 2000. – С. 52 – 53.
26. Реализация программы DOTS plus в Узбекистане. Международная конференция «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии» /А. М. Убайдуллаев, Г. Т. Узакова, А. А. Жаполов, Г. К. Мурмусаева. – Алматы, 2007. – С. 110.
27. Результаты внедрения расширенной программы ВОЗ по выявлению и лечению больных туберкулезом органов дыхания /Т. Я. Ильина, А. А. Жангиреев, К. А. Перзадаева, О. А. Сидоренко //Проблемы туберкулеза. – 2002. – №6. – С. 15 – 18.
28. Сейитмедова А. Особенности реализации стратегии DOTS в Туркменистане. Междунар. конф. «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии». – Алматы, 2007. – С. 38 – 40.
29. Сиродждинова У. Ю. Особенности координации и реализации стратегии DOTS в Республике Таджикистан. Междунар. конф. «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии» /У. Ю. Сиродждинова, С. М. Сайдалиев. – Алматы, 2007. – С. 38 – 40.
30. Стрелис А. К. Эффективность международных программ борьбы с туберкулезом в Томской области. – Вестн. РАМН. – 2000. – №12. – С. 26 – 31.
31. Фирсова В. А. Современные аспекты комплексного лечения туберкулеза легких у подростков /В. А. Фирсова, Л. И. Русакова, М. Ф. Губкина //Проблемы туберкулеза. – 2001. – №7. – С. 21 – 23.
32. Хоменко А. Г. Выявление больных туберкулезом и современные методы химиотерапии. // Проблемы туберкулеза. – 1996. – №5. – С. 2 – 5.
33. Хоменко А. Г. Клинические и эпидемиологические аспекты контролируемой химиотерапии укороченной длительности. //Проблемы туберкулеза. – 1998. – №4. – С. 16 – 21.
34. Хоменко А. Г. Стратегия DOTS и ее распространение в России //Проблемы туберкулеза. – 1999. – №1. – С. 4 – 8.
35. Хоменко А. Г. Туберкулез как международная проблема: (По материалам XXVII междунар. конг. и раб. совещ. ВОЗ) //Пробл. туберкулеза. – 1991. – №1. – С. 3 – 6.
36. Хоменко А. Г. Туберкулез: сегодня и завтра (проблемы и пути их решения) //II (XII) съезд фтизиатров: Сб. резюме. – Саратов, 1994. – С. 41 – 42.
37. Хоменко А. Г. Химиотерапия туберкулеза – история и современность. //Проблемы туберкулеза. – 1996. – №3. – С. 2 – 6.
38. Число сохраненных жизней заболевших туберкулезом в результате программы ДОТС в Казахстане, 1998–2006. Международная конференция «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии» /М. Фаворов, Е. Белиловский, И. Айтмагамбетова и др. – Алматы, 2007. – С. 26 – 27.
39. Centers for Disease Control and Prevention. Expanded tuberculosis surveillance and tuberculosis morbidity. – United States, 1993 //MMWR Morb. Mortal Weekly Rep. – 1994. – V. 43. – P. 361–3 66.
40. Dolin P. J. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990 – 2000 /P. J. Dolin, M. C. Raviglione, A. Kochi //Bull. World Health Organ. – 1994. – V.72. – P. 213 – 220.
41. DOTS and its outcome in Bangladesh: The successful public-private partnership in the TB control /M. A. Hoque, S. A. Shahed Hossain, A. K. Belayet et al. //Tuberc and Lung Disease. – 1999. – V. 3, №9. – P. 68.
42. DOTS in Campodia /P. Y. Norval, San Kong Kim, Baklim Team et al. //Tuberc. and Lung Disease. – 1998. – V. 2. №4. – P. 44 – 51.
43. DOTS pilot project in Mongolia /Т. Tsogt, Levy M., Sudre P. et al. //Tuberc. and Lung Disease. – 1999. – V. 3, №10. – P. 886 – 890.
44. Keshavjee S. Disintegrating health service and resurgent tuberculosis in post-soviet Tajikistan: an example of structural violence /S. Keshavjee, M. C. Becerra. – JAMA. – 2000, №283. – P. 1201.
45. Kochi A. The global tuberculosis situation and

the World Health Organization //Tubercl. – 1991. – V. 72. – P. 1 – 6.

46. Raviglione M. C. Global Epidemiology of Tuberculosis //M. C. Raviglione, D. E. Snider, A. Kochi // JAMA. – 1995. – V. 273, №3. – P. 220 – 225.

47. Search for new drugs for treatment of tuberculosis (screening program) //Antimicrob Agents and Chemother. – 2001. – V. 45, №7. – P. 1943 – 1946.

48. Shimaio T. Global situation of TB and its con-

trol II Kekkaku – 1999. – V. 74 (2). – P. 83 – 90.

49. Sudre P. Tuberculosis: a global overview of situation today /P. Sudre, H. G. Dam, A. Kochi // Bull. World Helth Organization. – 1992. – V. 75, №6. – P. 400 – 415.

50. TB A Clinical manual for South East Asia II World Health Organization /F. Harries, D. Maher, M. Uplekar et al. – Geneva, 1997. – P. 20.

Поступила 11.09.09

N. S. Tabriz

EFFICACY OF PROGRAM OF TUBERCULOSIS CONTROL RECOMMENDED BY WHO

The analysis of the literature shows that the program of tuberculosis control recommended by WHO – DOTS strategy – becomes the base of the national programs of the fight with tuberculosis in many countries of the world including CIS; and it is one of the main measures of the fight with this disease during bad epidemiologic situation concerning tuberculosis.

Табриз Н.С.

БҮКІЛӘЛЕМДІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ ҰСЫНҒАН ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ КҮРЕС БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Өткізілген әдебиет талдауы Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымы ұсынған туберкулезге қарсы күрестің DOTS стратегиясы әлемнің көптеген елдерінде, соның ішінде ТМД елдерінде туберкулезге қарсы күрестің ұлттық бағдарламасының негізіне айналғанын көрсетті, ол туберкулезден эпидемиологиялық қолайсыздық кезеңінде осы қатерлі аурумен күресудің негізгі шараларының бірі болып табылады.