

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ К ЛЕЧЕНИЮ

А. В. БЕЛОСТОЦКИЙ¹, Т. Ч. КАСАЕВА¹, Н. В. КУЗЬМИНА², Н. В. НЕЛИДОВА²

PROBLEM OF TREATMENT ADHERENCE IN TUBERCULOSIS PATIENTS

A. V. BELOSTOTSKY¹, T. CH. KASAEVA¹, N. V. KUZMINA², N. V. NELIDOVA²

¹ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», г. Москва

²ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», г. Сургут

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, RF

²Surgut State University of Khanty-Mansiyskiy District – Yugra, Surgut, RF

Туберкулез – одна из наиболее угрожающих социальных и медицинских проблем. Несмотря на относительную стабилизацию некоторых эпидемиологических показателей по туберкулезу, в целом эпидемическая ситуация остается сложной. Этим можно объяснить недостаточную эффективность существующей организации противотуберкулезной помощи в изменившихся социально-экономических условиях. Поэтому вопросы оптимизации организационных форм противотуберкулезной деятельности с учетом экономии ресурсов и соблюдения всех принципов лечения данного заболевания представляются актуальными и своевременными.

Ключевые слова: приверженность лечению, туберкулез.

Tuberculosis is one of the most dangerous social and medical problems. Despite the relative stabilization of some tuberculosis epidemiological rates in general tuberculosis situation remains to be difficult. It can be due low efficiency of existing tuberculosis care organization given the changed social and economic conditions. Therefore the issues of tuberculosis care organization optimization considering the cost effectiveness and compliance with all treatment principles of this disease are actual and crucial.

Key words: treatment adherence, tuberculosis.

Туберкулез остается сложной многоуровневой медико-социальной проблемой [11]. Несмотря на огромный опыт человечества в борьбе с туберкулезом, ежегодно в мире регистрируется 9 млн новых случаев заболевания туберкулезом и почти 2 млн умерших от него.

Согласно оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Российская Федерация относится к странам с высоким бременем туберкулеза, несмотря на стабилизацию основных эпидемиологических показателей в первые годы нового столетия [1, 21]. По данным ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России [13], значение показателя заболеваемости туберкулезом достигло в 2013 г. наименьшего за последние десять лет значения – 63,0 на 100 тыс. населения, смертности – 11,3 на 100 тыс. населения. Вместе с тем отмечен дальнейший рост числа больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам среди бактериовыделителей – с 37,5% в 2012 г. до 40,0% в 2013 г.

Показатели эффективности лечения больных туберкулезом в РФ недостаточно высоки. Так, в 2013 г. через 12 мес. лечения впервые выявленных больных туберкулезом абациллировано 69,6% (2012 г. – 70,1%), полости распада закрылись у 61,7% (2012 г. – 61,5%). Среди контингентов в 2012 г. абациллировано 19,8% больных, выделявших МБТ, в 2013 г. – 20,7% [13]. Несмотря на некоторое улучшение отдельных показателей эффективности лечения больных туберкулезом, существенной динамики в 2010-2013 гг.

не наблюдалось. Ежегодно неизлеченными остаются более 50% больных, взятых на учет в предыдущем году, летальность впервые выявленных больных туберкулезом составляет более 5%, а больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя – более 13% [12, 21].

Эффективность лечения больных туберкулезом зависит от ряда причин: сроков выявления и своевременности начатой терапии, характера специфической терапии, наличия сопутствующей патологии, состояния иммунных механизмов защиты и устойчивости физиологических функций органов и систем, наличия неблагоприятных социально-бытовых условий, наличия лекарственной чувствительности МБТ, негативного отношения к лечебному процессу в силу нарушения интеллекта и деградации личности от злоупотребления алкоголем и другими видами наркотических веществ, курения табака, отсутствия устойчивой мотивации к лечению и способности самоконтроля в процессе химиотерапии [2, 16].

Недостаточная приверженность больных к лечению является актуальной проблемой, разрушающей успех лечения. Она является причиной несоблюдения больными режима лечения, выражающегося в нерегулярном приеме противотуберкулезных препаратов или самовольном прекращении терапии. Нерегулярный прием больными лекарственных препаратов является первой и главной причиной низкой эффективности лечения больных туберкулезом [14, 15].

В России доля пациентов, досрочно прекративших химиотерапию, составляет на разных территориях от 20 до 53% среди впервые выявленных больных [21].

Преждевременное прекращение лечения и перерывы в приеме препаратов в 74% случаев являются причиной прогрессирования заболевания у пациентов, выявленных с излечимыми формами туберкулеза, а также повышают риск рецидивов туберкулеза [1].

В лечении больных туберкулезом легких наиболее эффективен первый основной курс (у впервые выявленных в 2005 г. – 63,9%, с рецидивом заболевания – 49,9%), причем недостатки первого курса лечения приводят к формированию когорты больных в тяжелом состоянии с бактериовыделением, нуждающихся в повторных курсах, эффективность лечения которых явно ниже – лишь 25,4%. Частота досрочного прекращения лечения увеличивается в 2 раза уже при наличии предыдущих более 7 дней перерывов, в 3 раза – при наличии более 35 дней перерывов, в 4 раза – при наличии более 49 дней перерывов в лечении. В то же время среди пациентов с высокой приверженностью к лечению прекращение бактериовыделения отмечено у 94,6%, закрытие полостей распада – у 92,6%, причем значимое влияние на эффективность лечения оказывает количество принятых доз 70% от плановых и более [1].

Кузьмина Н. В. и др. (2011), оценивая результаты стационарного этапа лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий, указывают, что завершили лечение и были выписаны к окончанию интенсивной фазы лечения только 35,7% больных, половина больных была выписана за нарушение режима (прерывание лечения, самовольный уход). Закрытие полостей распада отмечено только у 15,8% больных, бактериовыделение продолжалось у 28,6% больных, у пятой части пациентов выявлено нарастание лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза [7].

Одной из самых острых проблем фтизиатрии является необходимость длительного лечения больных специфическими противотуберкулезными препаратами, как правило, в условиях стационара. В современных условиях данная проблема в большей степени обретает социальную значимость, так как исключение больных из профессиональной и общественной деятельности, учебы неизбежно приводит к снижению их социального статуса [1].

Нерегулярный прием больными лекарственных препаратов и досрочное прекращение лечения больными туберкулезом всегда рассматривали как следствие совокупности различного рода причин, среди которых преимущество традиционно отдавали психологическим и социальным факторам [8, 14, 20].

На отношении больного туберкулезом к лечению существенно влияют личностные особенности пациента, так как длительное течение туберкулеза легких сопровождается нарушениями эмоционально-волевой сферы. Помимо соматического недомо-

гания в состоянии больных значительное место занимают жалобы невротического характера: апатия, тревожность, навязчивые мысли, тяжесть на душе, тоска, вспыльчивость, плаксивость, обидчивость, страхи, приводящие к снижению мотивации, дисциплины и эффективности лечения [15].

Причинами нарушения больничного режима являются длительность терапии и наступающее после применения противотуберкулезных препаратов у многих пациентов улучшение общего самочувствия, которое воспринимается некоторыми больными как сигнал к прекращению лечения и нецелесообразности дальнейшей госпитализации [10].

Наиболее важными социальными факторами риска в плане уклонения больных туберкулезом от лечения являются: злоупотребление алкоголем, одиночество (лица БОМЖ, бездомные, проживающие одни и не состоящие в браке), отсутствие постоянного места работы (неработающие и безработные), пребывание в прошлом в местах лишения свободы. Медицинские факторы риска – наличие бактериовыделения при регистрации больного и факт лечения в фазе продолжения химиотерапии. Мужчины и женщины прерывают лечение с одинаковой частотой: 5,6 и 4,0% соответственно. Среди мужчин чаще прерывают лечение лица в возрасте от 31 до 50 лет. Причем у больных с низкой эффективностью лечения имеет место сочетание трех факторов и более [1, 10]. Среди больных с низкой приверженностью к лечению чаще отмечены позднее выявление, распространенные процессы в легочной ткани, обильное бактериовыделение, множественные полости распада, множественная лекарственная устойчивость возбудителя [10].

Таким образом, наиболее существенными потенциальными факторами низкой приверженности к лечению у неэффективно леченных больных туберкулезом легких являются: демографические – социально-экономический статус, социальная занятость больного; личностные – понимание болезни и ее последствий, мотивация больного и его семьи.

Несмотря на усилия фтизиатров, существует большое число пациентов, отрицательно настроенных по отношению к лечебным мероприятиям, большинство из которых проходит по несколько повторных, чаще неполноценных курсов химиотерапии. Именно у этих больных чаще формируется лекарственная устойчивость МБТ [20]. С клинических позиций основными причинами распространения туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя являются поздняя диагностика, неправильное или незавершенное лечение. Развитию устойчивости МБТ при комбинированной химиотерапии способствует несоблюдение основных принципов лечения, когда препараты применяются бессистемно, то отдельно, то совместно, когда их назначают в малых дозах. При этом создаются благоприятные условия для развития устойчивости не только к одному, но к двум и даже к большему числу препаратов [2, 11].

Большое значение приобрела «недисциплинированность» больных – нерегулярный прием противотуберкулезных препаратов, преждевременная выписка из стационара (самовольный уход или выписка за нарушение режима) [2]. Такая ситуация, естественно, препятствует излечению этих больных и способствует развитию лекарственной устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам [2, 20]. Из-за отсутствия эффекта химиотерапии больные туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью МБТ длительное время остаются бактериовыделителями и могут заражать окружающих устойчивыми возбудителями. При этом основной причиной увеличения числа больных с приобретенной (вторичной) лекарственной устойчивостью является неадекватная химиотерапия впервые выявленных больных туберкулезом. Чем больше число таких больных, тем шире резервуар туберкулезной инфекции и выше риск распространения ее среди здоровых лиц и появления новых случаев заболевания туберкулезом легких с начальной (первичной) лекарственной устойчивостью МБТ [2, 20, 21]. По мнению Ханина А. Л. и др. (2011), отрывы и перерывы в лечении являются главными факторами риска расширения спектра лекарственной устойчивости. Так, у больных, принявших во время основного курса лечения менее 50% запланированных доз, амплификация произошла в 20,6% случаев, 60-70% доз – в 12,5%. У более «режимных» больных (более 70% доз) расширение спектра лекарственной устойчивости к препаратам 1-го и 2-го рядов снижается до 8,3%.

Таким образом, прерывание основного курса химиотерапии и несоблюдение больным режима лечения приводят к формированию устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Больные туберкулезом сталкиваются с множеством проблем, влияющих на их мотивацию к лечению. Важнейшими факторами, регулирующими мотивацию личности, являются ценностные ориентации: политические, мировоззренческие, нравственные убеждения человека, глубокие и постоянные привязанности, принципы поведения. Болезнь меняет восприятие настоящего, перспективу на будущее, содержит угрозу утраты здоровья и трудоспособности, изменения личностного и социального статуса, угрозу смерти. В итоге происходит переоценка личностных ценностей и мотивации [2, 17].

В России при поддержке ВОЗ начиная с 1999 г. было внедрено несколько пилотных программ социальной поддержки больных туберкулезом. Они были организованы и выполнены противотуберкулезными службами субъектов РФ, службами социального обеспечения либо региональными отделениями Российского Красного Креста при софинансировании из средств субъектов РФ и муниципальных образований, ВОЗ и Международной федерации Красного Креста и Красного Полумесяца [2].

Под патронажем Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»

с 01.12.99 г. проводится оказание социальной, материальной и психологической поддержки больным туберкулезом из числа наиболее уязвимых, обездоленных групп населения для повышения эффективности их лечения и реабилитации на амбулаторном этапе химиотерапии, что позволило в г. Новокузнецке снизить число отрывов от лечения с 15 до 8% и добиться показателя эффективности лечения (излечен + завершил лечение) на уровне 83% в группе впервые выявленных больных и 63% у пациентов с повторным курсом химиотерапии. В Башкирском республиканском противотуберкулезном диспансере с мая 2006 г. по октябрь 2010 г. уменьшено число больных, прервавших лечение, в 1,5 раза в сравнении с больными без социальной поддержки, эффективность лечения больных туберкулезом составила 73% (без социальной поддержки лишь 59,6%) [3].

В отдельных субъектах РФ за счет средств из внебюджетных источников организованы программы сопровождения больных туберкулезом, например программа «Спутник» в Томской области. Результаты работы программы «Спутник» показали, что комплексный подход, ориентированный на пациента, в состоянии изменить известную фтизиатрам связь между злоупотреблением алкоголя и/или наркотиками, социальной дезадаптацией и уклонением от лечения больных. Компоненты этого подхода включают изменение организации лечебного процесса: пациент и его жизненные проблемы и приоритеты ставятся в центре работы единой команды, которая непрерывно сопровождает пациента в ходе химиотерапии, решает медицинские и социальные проблемы и у которой достаточно времени на каждого пациента [18, 19].

Социальная поддержка является действенным стимулом, снижающим вероятность досрочного прекращения курса лечения у лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 7,1 раза, одиноких – в 8,7 раза, не имеющих постоянного места работы – в 8,8 раза и ранее пребывавших в местах лишения свободы – в 8,2 раза. Эффективность основного курса лечения при этом повышается и составляет от 80 до 93% [2, 3, 5].

В качестве формирования мотивации к лечению больных необходимо информировать пациентов в письменном виде о необходимости соблюдения статьи 10 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и статьи 51 № 53-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», а также о том, что больные, уклоняющиеся от лечения, будут привлекаться к обследованию и лечению в судебном порядке [1, 17]. В Кемеровской области, наряду с выдачей продуктовых наборов и денежных пособий, помощью по восстановлению утраченных документов и оформлению пенсионных пособий, применяется привлечение больных к лечению в судебном порядке. Это позволило сократить долю больных с преждевременным прекращением лечения с 30 до 10% [18]. В Пятигорском противотуберкулезном

диспансере за 2007-2009 гг. эффективность лечения впервые выявленных больных в принудительном порядке составила 70% [4].

Эффективность мер по привлечению к обязательному лечению больных туберкулезом по решению суда невелика. Сроки вынесения решения суда после подачи искового заявления составляют в ряде мест до 6 мес., трудозатраты противотуберкулезных учреждений в этом направлении характеризуются низким КПД. В настоящее время фактически невозможно в полном объеме обеспечить выполнение ст. 10 Федерального закона № 77-ФЗ в связи с несовершенством нормативной базы, которое заключается в отсутствии подзаконных актов и реальных мер наказания за неисполнение решения суда. Сложности возникают сначала на этапе подачи документов в суд, затем на этапе выполнения решения суда судебными приставами-исполнителями. Последнее невозможно осуществить ввиду отсутствия в противотуберкулезных учреждениях соответствующей инфраструктуры [1].

В большинстве случаев (от 61,2 до 73,3%) длительное нахождение больных в стационаре связано не с медицинскими показаниями, а с организационными (отсутствие дневных стационаров и условий для организации контролируемого амбулаторного лечения) и социально-бытовыми факторами [1]. Имеются указания на высокую экономическую и клиническую эффективность лечения малых форм туберкулеза без бактериовыделения в дневном стационаре, при котором отмечается повышение приверженности больного к лечению, так как у него имеется возможность вести привычный образ жизни [22].

В Свердловской области с 2007 г. в целях совершенствования стационарозамещающих технологий осуществляется организация работы дневных стационаров при поликлиниках противотуберкулезных диспансеров, где организуется контролируемый прием противотуберкулезных препаратов, а также социальная поддержка больных туберкулезом в виде одноразового питания (завтрака) [23].

С 2011 г. КУЗ «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н. С. Похвисневой» совместно с благотворительной организацией «Партнеры во имя здоровья» реализуется проект «Пациент-ориентированное сопровождение», направленный на внедрение ориентированной на пациента модели оказания помощи больным туберкулезом, у которых оказались неэффективными другие мероприятия. Персоналом тубдиспансера обеспечивается полностью контролируемое лечение в удобном для больного месте и в удобное время. Ежедневно осуществляется выдача продуктовых наборов, оказывается наркологическая и психологическая поддержка. В результате реализации данного проекта прекращение бактериовыделения достигнуто у 89,7%, тем самым превысив среднеобластной (83,8%) и среднероссийский (69,5%) показатель [9].

Для повышения дисциплины лечения, улучшения взаимодействия с медицинским персоналом необходимы коррекция эмоционального состояния, сглаживание депрессивных реакций путем разработки специальной методики психологического сопровождения медикаментозной терапии [15].

При комплексном лечении больных туберкулезом и внедрении методов работы, повышающих мотивацию больных туберкулезом к выздоровлению и соблюдению режима лечения, эффективность лечения больных туберкулезом, несомненно, повысится и индикатор (прекращение бактериовыделения в 85% случаев среди впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением) может быть выполнен на всех территориях. Необходимо привлечение общественных организаций, движений, муниципальных образований, в частности, в целях воспитательного воздействия на больных туберкулезом, уклоняющихся от лечения, диспансерного наблюдения, соблюдения ими санитарно-гигиенических правил, оказания материальной помощи и улучшения жилищных условий. В процесс качественного, своевременного и полноценного лечения больных туберкулезом должны быть включены решение социальных проблем каждого больного, осуществление активной психологической помощи, а также социально-направленные мероприятия по реабилитации больных туберкулезом в их дальнейшей жизни. Такой подход в борьбе с туберкулезом, ориентированный на пациента, является одним из шести ключевых компонентов стратегии «Стоп ТБ» в Глобальном плане «Остановить туберкулез 2006-2015» [6].

Необходимы создание единого подхода к оценке результата основного курса лечения больных туберкулезом, выяснение причин его низкой эффективности, в том числе причин уклонения от лечения, разработка доказательной базы для профилактики уклонения от лечения, апробация и внедрение новых форм и методов социально-психологической поддержки больных и повышения их приверженности к лечению, способных реально повысить заинтересованность больных в полноценном проведении интенсивной фазы химиотерапии в стационаре и активном лечении на амбулаторном этапе [6].

В масштабах России с ее мегаполисами и таежными просторами, географическими и климатическими особенностями, национальными и религиозными обычаями, разным уровнем благосостояния населения, культуры, образования и отношения к здоровью стандартный, одинаковый подход к организации противотуберкулезных мероприятий представить трудно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Туб. – 2009. – Т. 86, № 9. – С. 3-10.
2. Васильева И. А., Кузьмина Н. В., Мусатова Н. В. Эффективность химиотерапии больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких – Сургут: Изд. «Таймер», 2011. – 136 с.

3. Даминов Э. А., Агафарова Р. К., Мингазова Г. Ш. Социальная поддержка больных туберкулезом легких // Туб.: материалы IX съезда фтизиатров России. – 2011 – № 4. – С. 118.
4. Дружинин И. А., Каспарова Л. С., Ясинецкая Н. В. Методы повышения эффективности лечения больных туберкулезом // Туб.: материалы IX съезда фтизиатров России. – 2011 – № 4. – С. 132-133.
5. Кондратьева М. Е., Стаханов В. А. Анализ отдаленных результатов лечения больных туберкулезом органов дыхания // Туб.: материалы IX съезда фтизиатров России. – 2011 – № 4. – С. 202-203.
6. Кorablev В. Н. Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных условиях. – Из-во ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2011. – 275 с.
7. Кузьмина Н. В., Мусатова Н. В. Результаты стационарного этапа лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза в условиях Севера // Туб.: материалы IX съезда фтизиатров России. – 2011. – № 4. – С. 224.
8. Лебедева О. Н. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2006. – № 12. – С. 13-16.
9. Леликова В. Д., Корниенко С. В., Иконина И. В. Социальная поддержка в лечении больных МЛУ туберкулезом // Фтизиатрия и пульмонология. – 2013. – № 2. – С. 212.
10. Матвеева Н. Ю. Проблемы приверженности к лечению в клинике туберкулеза // Бюллетень мед. интернет-конференций. – 2012. – № 2. – С. 75.
11. Мишин В. Ю., Григорьев Ю. Г., Митронин А. В. и др. Фтизиопульмонология: учебник. – М., 2010. – 504 с.
12. Нечаева О. Б., Скачкова Е. И., Кучерявая Д. А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туб. – 2013. – № 12. – С. 40-49.
13. Нечаева О. Б. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2013 году. [Интернет]. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb_2013_rf.pdf. (Дата обращения 26.02.2015 г.).
14. Паролина Л. Е., Баринбойм О. Н., Локторова Н. П. Приверженность к лечению впервые выявленных больных лекарственно-устойчивым туберкулезом // Туб. – 2011. – Т. 88, № 5. – С. 100-101.
15. Пьянзова Т. В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких // Бюллетень сиб. мед. – 2012. – № 6. – С. 216-217.
16. Перельман М. И., Богдельникова И. В. Фтизиатрия: учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. – М., 2013. – 446 с.
17. Свистунова В. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных туберкулезом // Бюллетень мед. интернет-конференций. – 2013. – № 2. – Т. 3.
18. Смердин С. В. Опыт работы по предупреждению преждевременного прекращения лечения больными туберкулезом в Кемеровской области // Пробл. туб. – 2008. – № 3. – С. 11-13.
19. Таран Д. В. и др. Организация контролируемого лечения больных туберкулезом в Томской области при помощи программы «Спутник» // Туб. – 2013. – № 1. – С. 21-27.
20. Ханин А. Л., Долгих С. А., Викторова И. Б. Проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза. Возможные пути решения на примере крупного промышленного города Сибири // Вестн. совр. клин. мед. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 425.
21. Шилова М. В. Эпидемическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. // Туб. – 2010. – № 5. – С. 14-21.
22. Шурыгин А. А., Матасова Е. В., Степанова Е. А. Оценка эффективности работы дневного противотуберкулезного стационара // Фтизиатрия и пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 57.
23. Эйсмонт Н. В. К обоснованию повышения эффективности стационарозамещающих технологий во фтизиатрии // Фтизиатрия и пульмонология. – 2013. – № 2. – С. 73-74.
3. Daminov E.A., Agafarova R.K., Mingazova G.Sh. Social support for pulmonary tuberculosis patients. *Tub. Materialy IX s'ezda ftiziatrov Rossii*. [Materials of IXth Conference of Russian TB Doctors]. 2011, no. 4, 118 p. (In Russ.)
4. Druzhinin I.A., Kasparova L.S., Yasinetskaya N.V. Methods for enhancement of tuberculosis patients treatment efficacy. *Tub. Materialy IX s'ezda ftiziatrov Rossii*. [Materials of IXth Conference of Russian TB Doctors]. 2011, no. 4, pp. 132-133. (In Russ.)
5. Kondratieva M.E., Stakhanov V.A. Analysis of postponed treatment outcomes of respiratory tuberculosis patients. *Tub. Materialy IX s'ezda ftiziatrov Rossii*. [Materials of IXth Conference of Russian TB Doctors]. 2011, no. 4, pp. 202-203. (In Russ.)
6. Korablev V.N. *Modernizatsiya organizatsionno-ekonomicheskoy modeli kak osnova povysheniya effektivnosti zdoravookhraneniya v sovremennykh usloviyakh*. [Upgrade of organizational and economic model as a basis for health care efficiency enhancement nowadays.] GBOU VPO DVGMU Publ., 2011, 275 p.
7. Kuzmina N.V., Musatova N.V. Outcomes of in-patient treatment stage of tuberculosis patients with multiple drug resistance in the Northern climate. *Tub. Materialy IX s'ezda ftiziatrov Rossii*. [Materials of IXth Conference of Russian TB Doctors]. 2011, no. 4, 224 p.
8. Lebedeva O.N. Building up motivation for treatment in pulmonary tuberculosis patients. *Probl. Tub.*, 2006, no. 12, pp. 13-16. (In Russ.)
9. Lelikova V.D., Korniyenko S.V., Ikonina I.V. Social support during treatment of MDR TB patients. *Ftiziatriya i pulmonologiya*. 2013, no. 2, 212 p.
10. Matveyeva N.Yu. Problems of treatment adherence in tuberculosis clinic. *Bulleten' Med. Internet-Conferentsiy*, 2012, no. 2, 75 p. (In Russ.)
11. Mishin V.Yu., Grigoriev Yu.G., Mitronin A.V. et al. *Ftiziopulmonologiya: uchebnik*. [Phthisiopulmonology: Manual]. Moscow, 2010, 504 p.
12. Nechaeva O.B., Skachkova E.I., Kucheryavaya D.A. Tuberculosis monitoring in the Russian Federation. *Tub.*, 2013, no. 12, pp. 40-49. (In Russ.)
13. Nechaeva O.B. TB situation and activities of anti-tuberculosis service of the Russian Federation in 2013. [Internet]. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb_2013_rf.pdf. (accessed 26.02.2015).
14. Parolina L.E., Barinboym O.N., Loktorova N.P. Treatment adherence in new drug resistant tuberculosis patients. *Tub.*, 2011, vol. 88, no. 5, pp. 100-101. (In Russ.)
15. P'yanzova T.V. Psychological predictors of low compliance of new pulmonary tuberculosis patients. *Bulleten' Sib. Med.*, 2012, no. 6, pp. 216-217. (In Russ.)
16. Perelman M.I., Bogadelnikova I.V. *Ftiziatriya: uchebnik*. [Phthisiatry: Manual]. 4th Edition, reviewed and supplemented, Moscow, 2013, 446 p.
17. Svistunova V.A. Analysis of factors defining treatment compliance in tuberculosis patients. *Bulleten' Med. Internet-Conferentsiy*. 2013, no. 2, vol. 3.
18. Smerdin S.V. Experience of prevention of treatment interruption in tuberculosis patients in Kemerovo Region. *Probl. Tub.*, 2008, no. 3, pp. 11-13. (In Russ.)
19. Taran D.V. et al. Organization of directly observed treatment for tuberculosis patients in Tomsk Region with the help of Sputnik initiative. *Tub.*, 2013, no. 1, pp. 21-27. (In Russ.)
20. Khanin A.L., Dolgykh S.A., Viktorova I.B. Problem of drug resistant tuberculosis. Possible ways of solving this problem in a big industrial city of Siberia. *Vestn. Sovr. Klin. Med.*, 2011, vol. 4, no. 1, 425 p.
21. Shilova M.V. Epidemiological TB situation in the Russian Federation by the start of 2009. *Tub.*, 2010, no. 5, pp. 14-21. (In Russ.)
22. Shurygin A.A., Matasova E.V., Stepanova E.A. Evaluation of operation efficiency of day TB center. *Ftiziatriya i pulmonologiya*, 2013, no. 1, 57 p. (In Russ.)
23. Eysmont N.V. On justification on efficiency enhancement for hospital replacing techniques in phthisiatry. *Ftiziatriya i pulmonologiya*, 2013, no. 2, pp. 73-74. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Белостоцкий Андрей Викторович
ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова»,
доктор медицинских наук.
127473, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4.

Поступила 02.03.2015

REFERENCES

1. Bogorodskaya E.M. Tuberculosis patients: motivation to have treatment *Tub.*, 2009, vol. 86, no. 9, pp. 3-10. (In Russ.)
2. Vasilieva I.A., Kuzmina N.V., Musatova N.V. *Effektivnost khimioterapii bolnykh lekarstvenno-ustoychivym tiberkulezom legkikh*. [Chemotherapy efficacy in drug resistant pulmonary tuberculosis patients]. Surgut, Taimer Publ., 2011, 136 p.



Министерство здравоохранения РФ



Российское общество фтизиатров



Российская академия наук

X съезд фтизиатров России

26-28 мая 2015 года



АУК ВО "Воронежский концертный зал"
г. Воронеж, ул. Театральная, д. 17

Более подробная информация о съезде:

www.rus.tibl-journal.com

Информационный
партнер:

**ТУБЕРКУЛЁЗ
И БОЛЕЗНИ
ЛЁГКИХ**

При поддержке:



Технический
организатор:

НЬЮТЕРРА