

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В 2010 г.

¹С. А. СТЕРЛИКОВ, ²В. В. ТЕСТОВ

THE EFFICIENCY OF TREATMENT IN MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS PATIENTS REGISTERED IN 2010

¹S. A. STERLIKOV, ²V. V. TESTOV

¹ФГБЦ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России,

²ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН, г. Москва

Сравнивали результаты лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, получавших лечение в рамках проекта, основанного на рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) принципах программного ведения туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя, и получавших лечение только в рамках национальных программ и ресурсов для лечения туберкулеза. Установлено, что рекомендованные ВОЗ принципы программного ведения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя при сохранении имеющейся структуры больных позволяют повысить эффективность лечения на 14,8%. При этом можно ожидать снижения летальности на 45,3%, а в отсутствие эффективных программ социальной поддержки больных туберкулезом доля больных, прервавших курс лечения, может возрасти на 40,1%.

Ключевые слова: туберкулез, множественная лекарственная устойчивость возбудителя.

The paper compares the results of treatment in patients with multidrug-resistant tuberculosis who were treated within the project based on the World Health Organization (WHO) principles in the software management of drug-resistant tuberculosis and those who are treated only in the framework of national programs and resources for the treatment of tuberculosis. It has been ascertained that the recommended WHO principles in the software management of multidrug-resistant tuberculosis, by preserving the existing structure of patients, allow the efficiency of treatment to be enhanced by 14.8%. At the same time, mortality rates may be expected to be reduced by 45.3% and, if there are no effective social support programs for patients with tuberculosis, the proportion of patients who discontinue a treatment cycle may increase by 40.1%.

Key words: tuberculosis, multidrug-resistant tuberculosis.

Актуальность проблемы организации лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) обусловлена постоянным увеличением числа и доли этих больных [4]. Эффективность химиотерапии таких больных, зарегистрированных для лечения в 2010 г., варьировала в разных регионах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 44% (в Восточно-Средиземноморском регионе) до 58% (в Юго-Восточной Азии) и в целом составила 48%. Были потеряны для наблюдения ввиду прерывания лечения и прочих причин 28% больных туберкулезом с МЛУ МБТ. Наибольшая летальность зарегистрирована в Африканском регионе (19%), а наибольшая доля неудач лечения – в Европейском регионе (12%) [6].

В 2010 г. в рамках инициативы Комитета зеленого света (КЗС) при финансовой поддержке проекта по борьбе с туберкулезом 4-го раунда Глобального фонда в Российской Федерации 26 региональных противотуберкулезных служб

и 3 федеральных НИИ туберкулеза/фтизиопульмонологии осуществляли лечение больных туберкулезом с МЛУ МБТ. Условиями участия в проекте было выполнение требований, включающих создание и развитие инфраструктуры, позволяющей обеспечить основные элементы международной стратегии по программному менеджменту МЛУ-ТБ [5]. Лечение больных было организовано в соответствии с техническими протоколами региональных проектов, одобренными экспертами КЗС. Они включали клинические протоколы, строго регламентирующие назначение тех или иных комбинаций противотуберкулезных препаратов (ПТП) в зависимости от спектра лекарственной устойчивости возбудителя. Требования протоколов КЗС не противоречили требованиям национальных документов, регламентирующих лечение больных туберкулезом, но обеспечивали стандартизацию, формализацию, централизованный контроль за проведением лечебно-диагностических мероприятий, регулярную отчетность и внешний мо-

мониторинг проекта. Эти больные обеспечивались ПТП второго ряда через поддерживаемые ВОЗ международные механизмы от сертифицированных ВОЗ производителей.

Параллельно лечению больных, включенных в проекты КЗС, в этих же регионах проводили лечение больных туберкулезом с МЛУ МБТ только в рамках национальных программ, финансируемых из федерального [2] и регионального бюджетов. Для лечения этих больных использовали принципы организации и инфраструктуру для лечения пациентов с туберкулезом с МЛУ МБТ, развернутые и использованные в рамках проектов КЗС, но соблюдение протоколов КЗС не являлось обязательным, равно как отсутствовал механизм внешнего мониторинга лечения. Данных больных обеспечивали ПТП, закупаемыми на внутреннем рынке в рамках федеральных и региональных программ или муниципальных закупок.

Цель исследования: определить эффекты от внедрения международной стратегии по программному менеджменту туберкулеза с МЛУ МБТ.

Материалы и методы

Проанализировали сведения формы единовременного статистического наблюдения ВР-5/МЛУ «Отчет о результатах курсов химиотерапии больных туберкулезом с МЛУ возбудителя», собранной в рамках подготовки фрагмента глобального отчета ВОЗ по туберкулезу (письмо Минздрава России от 24.04.2013 г. № 17-7-1601). Отчет получен из 26 регионов, участвовавших в 2010 г. в проекте КЗС. Изучены результаты лечения у 3 766 больных туберкулезом с МЛУ МБТ, начавших лечение в 2010 г. в гражданском секторе здравоохранения. Получали лечение в рамках проекта КЗС в соответствии с клиническими и организационными протоколами проекта 1 638 больных (основная группа), а 2 128 (контрольная группа) – лечились вне рамок международного проекта, без выполнения дополнительных требований клинических и организационных протоколов и централизованного мониторинга лечения. В соответствии с международными рекомендациями больные основной и контрольной групп были стратифицированы по категории пациентов в соответствии со следующими определениями: впервые выявленный – случай лечения пациента, который ранее не принимал ПТП в виде курса лечения туберкулеза или принимал их менее 1 мес.; рецидив – случай лечения пациента, у которого предыдущий курс лечения был завершен эффективно, а затем был зарегистрирован повторный эпизод туберкулеза; лечение после прерывания курса химиотерапии (ПКХТ) – случай лечения пациента, у которого предыдущий курс лечения завершился исходом «прервал курс химиотера-

пии»; лечение после неэффективного курса химиотерапии по I категории (НКХТ-I) – случай лечения пациента, предыдущий курс химиотерапии ПТП основного ряда которого завершился неэффективно; лечение после неэффективного курса химиотерапии по II категории (НКХТ-II) – случай лечения пациента, предыдущий курс химиотерапии ПТП резервного ряда которого завершился неэффективно; внелегочный туберкулез (внелегочный ТБ) – случай лечения внелегочного туберкулеза; прочие – случаи лечения, не попадающие ни под одну из предыдущих категорий.

Число и доля пациентов каждой категории представлены в табл. 1.

Таблица 1

Количество случаев лечения больных туберкулезом с МЛУ МБТ различных категорий, зарегистрированных для лечения в 2010 г.

Категория	В проекте КЗС		Вне проекта КЗС		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Впервые выявленные	479	29,2	516	24,2	995	26,4
Рецидив	264	16,1	270	12,7	534	14,2
ПКХТ	61	3,7	100	4,7	161	4,3
НКХТ-I	322	19,7	511	24,0	833	22,1
НКХТ-II	179	10,9	285	13,4	464	12,3
Внелегочный ТБ	2	0,1	4	0,2	6	0,2
Прочие	331	20,2	442	20,8	773	20,5
Итого	1 638		2 128		3 766	

Результаты курса химиотерапии (КХТ) были оценены в соответствии со следующими определениями: эффективный курс химиотерапии (ЭКХТ) – сумма исходов «излечен» (больные, лечившиеся не менее 18 мес. и имевшие не менее 5 отрицательных результатов посева, взятых с интервалом в 30 дней в течение последних 12 мес. лечения) и «лечение завершено» (больной, лечившийся не менее 18 мес., но имевший менее 5 отрицательных результатов посева, взятых с интервалом в 30 дней в течение последних 12 мес. лечения, поскольку необходимое число исследований не выполнено); неэффективный курс химиотерапии (НКХТ) – отсутствие эффекта от проводимой химиотерапии, когда сохранялись положительные результаты бактериологического исследования не менее чем в двух из пяти исследований, проведенных за последние 12 мес. лечения. К этой же группе относили больных, у которых лечение было прекращено из-за непереносимости ПТП; «умер» – больной умер в ходе курса химиотерапии от любых причин; «прервал» – больной самовольно не принимал ПТП 2 мес. и более; «выбыл» – больной вы-

был из-под наблюдения; не оценен – на момент сбора информации курс лечения не завершен.

Использовали стандартные статистические методы обработки информации: рассчитывали экстенсивные показатели, 95%-ные доверительные интервалы (95%-ные ДИ), определяли достоверность различий (p), относительный риск (RR), число пролеченных случаев для получения единицы эффекта (ЧППЭ). Поскольку основная и контрольная группы были неоднородны по составу, группы стратифицировали по категории пациентов.

Для того чтобы рассчитать эффективность применения различных стратегий лечения больных туберкулезом с МЛУ МБТ в современных условиях, проводили процедуру стандартизации [3] – применение результатов лечения пациентов из различных групп к структуре зарегистрированных в 2012 г. случаев лечения по IV режиму химиотерапии (источник сведений – форма 2-ТБ «Сведения о больных, зарегистрированных для лечения» по Российской Федерации). Соотношение результатов случаев лечения «лечение после неэффективного КХТ по I категории» и «лечение после неэффективного КХТ по II категории» оценивали пропорционально данным формы ВР-5МЛУ как 2/1.

Результаты

Эффективность лечения всех больных, зарегистрированных для лечения в основной группе, составила 49,3%, в контрольной группе – 44,7% ($p < 0,01$), однако у больных разных категорий она различалась.

В табл. 2 представлены результаты лечения впервые выявленных больных и больных с рецидивом туберкулеза.

При сопоставимой эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом с МЛУ МБТ в основной группе летальность пациентов была меньше, чем в контрольной группе (RR = 1,6; ЧППЭ = 21,4; $p < 0,01$), при этом доля

больных, прервавших курс химиотерапии, в основной группе была больше (RR = 1,5; ЧППЭ = 15,2; $p < 0,01$). В контрольной группе была больше доля пациентов, исход лечения которых не оценен (RR = 3,25; $0,01 < p < 0,05$). Прочие различия статистически малодостоверны.

У больных с рецидивом туберкулеза с МЛУ возбудителя из контрольной группы эффективность лечения была ниже, чем у пациентов из основной группы (RR = 1,2; ЧППЭ = 9,5; $0,01 < p < 0,05$). Пациенты контрольной группы умирали чаще, чем основной группы (RR = 1,7; ЧППЭ = 14,7; $0,01 < p < 0,05$). В контрольной группе было больше пациентов, исход лечения которых не оценен (RR = 3,6; $0,01 < p < 0,05$). Прочие различия статистически малодостоверны.

Кроме того, эффективность лечения впервые выявленных больных и больных с рецидивом туберкулеза из основной группы практически не отличалась ($p = 0,5$), в то время как эффективность лечения больных с рецидивом туберкулеза из контрольной группы была ниже, чем у впервые выявленных больных ($p < 0,001$). Закономерность, наблюдаемая в контрольной группе, соответствует ранее описанной закономерности для больных туберкулезом без МЛУ МБТ [1].

Эффективность лечения пациентов, получавших лечение после неэффективного КХТ по I категории в контрольной группе, была сопоставимой с эффективностью лечения пациентов основной группы ($p = 0,2$), при этом в контрольной группе отмечалось двукратное преобладание летальных исходов (RR = 2,0; ЧППЭ = 13,5; $p < 0,01$).

Эффективность лечения пациентов, получавших лечение после неэффективного КХТ по II категории в контрольной группе, была ниже (RR = 1,3; ЧППЭ = 9,0; $0,01 < p < 0,05$) за счет большей летальности (RR = 1,8; ЧППЭ = 11,2; $0,01 < p < 0,05$) (табл. 3).

Прочие различия статистически малодостоверны ($p > 0,1$).

В целом для пациентов, получавших лечение после неэффективного КХТ, эффективность лече-

Таблица 2

Результаты химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом с МЛУ МБТ и с рецидивом туберкулеза в основной и контрольной группах (доли исходов в % и 95%-ный ДИ)

Исход КХТ	Впервые выявленные		С рецидивом туберкулеза	
	основная	контрольная	основная	контрольная
ЭКХТ	60,3 [55,9-64,7]	61,1 [56,8-65,3]	57,2 [51,2-63,2]	46,7 [40,7-52,6]
НКХТ	9,0 [6,4-11,5]	7,2 [4,9-9,4]	14,0 [9,8-18,2]	15,2 [10,9-19,5]
Умер	7,9 [5,5-10,4]	12,6 [9,7-15,5]	9,9 [6,2-13,5]	16,7 [12,2-21,1]
Прервал	18,8 [15,3-22,3]	12,2 [9,4-15,0]	15,2 [10,8-19,5]	13,0 [8,9-17,0]
Выбыл	3,1 [1,6-4,7]	4,3 [2,5-6,0]	2,7 [0,7-4,6]	4,4 [2,0-6,9]
Не оценен	0,8 [0,0-1,6]	2,7 [1,3-4,1]	1,1 [0,0-2,4]	4,1 [1,7-6,4]

**Результаты химиотерапии больных туберкулезом с МЛУ МБТ категорий
«лечение после неэффективного КХТ по I категории» и «лечение после неэффективного КХТ
по II категории» в основной и контрольной группах (доли исходов в % и 95%-ный ДИ)**

Исход КХТ	НКХТ-I		НКХТ-II	
	основная	контрольная	основная	контрольная
ЭКХТ	53,4 [48,0-58,9]	48,3 [44,0-52,7]	46,9 [39,6-54,3]	35,8 [30,2-41,4]
НКХТ	14,0 [10,2-17,8]	14,1 [11,1-17,1]	17,3 [11,7-22,9]	17,2 [12,8-21,6]
Умер	7,5 [4,6-10,3]	14,9 [11,8-18,0]	11,7 [7,0-16,5]	20,7 [16,0-25,4]
Прервал	20,5 [16,1-24,9]	16,4 [13,2-19,7]	20,7 [14,7-26,6]	20,3 [15,7-25,1]
Выбыл	2,5 [0,8-4,2]	3,9 [2,2-5,6]	2,2 [0,1-4,4]	2,8 [0,9-4,7]
Не оценен	2,2 [0,6-3,8]	2,4 [1,0-3,7]	1,1 [0,0-2,7]	3,1 [1,1-5,2]

ния составила 51,1% [46,7-55,5] в основной и 43,8% [40,4-47,3] в контрольной группе, летальность – 9,0 [6,5-11,5] в основной и 17,0 [14,4-19,6] в контрольной группе, прервали КХТ – 20,6% [17,0-24,1] в основной и 17,8% [15,2-20,5] в контрольной группе. Продолжали лечение 1,8% [0,6-3,0] пациентов основной и 2,6% [1,5-3,8] пациентов контрольной группы.

При сопоставлении результатов лечения больных после НКХТ по I категории и после НКХТ по II категории эффективность лечения последних в основной группе была сопоставимой ($p = 0,2$), а в контрольной группе ниже ($RR = 1,4$; ЧППЭ = 8,0; $p < 0,01$) за счет большей летальности пациентов ($RR = 1,4$; ЧППЭ = 17,2; $0,01 < p < 0,05$).

Эффективность лечения больных после прерывания курса химиотерапии в основной и контрольной группах не различалась. У пациентов контрольной группы была выше летальность ($RR = 1,8$; ЧППЭ = 12,3; $p = 0,1$). Также следует отметить, что доля больных, прервавших курс химиотерапии, в основной группе была выше ($RR = 1,9$; $p < 0,01$). Прочие различия статистически мало достоверны.

Эффективность химиотерапии в категории «прочие» была сопоставима с таковой в категории «лечение после прерывания курса химиотерапии». Эффективность лечения пациентов основной и контрольной групп практически не различалась ($p = 0,6$). У пациентов этой категории прослеживались те же тенденции, что и у больных других категорий – большая летальность пациентов контрольной группы ($RR = 1,8$; ЧППЭ = 9,5; $p < 0,01$), большая доля пациентов, прервавших курс лечения, основной группы ($RR = 1,9$; ЧППЭ = 6,9; $p < 0,01$), большая доля выбывших в контрольной группе ($RR = 3,1$; ЧППЭ = 22,5; $p < 0,01$), а также пациентов, исход лечения которых не оценен ($RR = 3,5$; $0,01 < p < 0,05$) (табл. 4).

Обсуждение

Более высокая эффективность химиотерапии в когортах КЗС объясняется большей долей впервые выявленных больных, которые имели большую эффективность лечения. В то же время меньшая летальность отмечается у всех больных, пролеченных в рамках проекта КЗС.

**Результаты химиотерапии больных туберкулезом с МЛУ МБТ категорий
«лечение после прерывания КХТ» и «прочие» в основной и контрольной группах
(доли исходов в % и 95%-ный ДИ)**

Исход КХТ	После прерывания КХТ		Прочие	
	основная	контрольная	основная	контрольная
ЭКХТ	26,2 [15,0-37,5]	26,0 [17,3-34,7]	28,7 [23,8-33,6]	30,1 [25,8-34,4]
НКХТ	13,1 [4,5-21,8]	18,0 [10,4-25,6]	23,3 [18,7-27,8]	19,2 [15,6-22,9]
Умер	9,8 [2,2-17,5]	18,0 [10,4-25,6]	13,9 [10,2-17,6]	24,4 [20,4-28,5]
Прервал	49,2 [36,4-62,0]	26,0 [17,3-34,7]	31,1 [26,1-36,1]	16,5 [13,0-20,0]
Выбыл	1,6 [-1,6...-4,9]	9,0 [3,3-14,7]	2,1 [0,6-3,7]	6,6 [4,3-8,9]
Не оценен	0	3,0 [-0,3...-6,4]	0,9 [-0,1...-1,9]	3,2 [1,5-4,8]

Более высокая летальность пациентов контрольной группы имеет как минимум две причины. Первая причина – наличие детализированных клинического и организационного протоколов лечения с системой контроля их выполнения, предусмотренных проектом КЗС. Строгий централизованный контроль за лечением пациентов основной группы позволял своевременно реагировать в случае неблагоприятной или замедленной клинико-рентгенологической динамики, развития осложнений химиотерапии, нарастания лекарственной устойчивости. Все подобные случаи должны были немедленно представляться на специализированные комиссии для коррекции лечения. В отношении больных контрольной группы подобная система не была обязательной. Косвенно это подтверждается большей долей выбывших и пациентов с неоцененными результатами химиотерапии у пациентов контрольной группы. При анализе различий между больными, лечившимися в рамках проектов КЗС и вне их, по исходам «прервал лечение» и «выбыл» необходимо понимать, что данные исходы в большинстве случаев оказывались равнозначно сомнительными в плане перспектив продолжения полноценного курса химиотерапии, но различными при определении ответственности за неэффективный результат лечения. Если у пациентов основной группы для установления исхода «выбыл» требовалось документальное подтверждение перевода больного в медицинское учреждение другого региона (юрисдикции), то при определении исхода лечения у пациентов контрольной группы строго документального подтверждения не требовалось. Исход «не оценен» в ряде случаев относился не к больным, нуждающимся в продолжении лечения свыше 2 лет, а к случаям, исходы лечения которых своевременно не определены. Второй причиной можно считать гарантированное наличие у пациентов основной группы полного спектра препаратов второго ряда, отвечающих международным критериям качества, позволяющего быстро и в адекватном объеме развернуть терапию в соответствии с требованиями клинического протокола проекта, и далее продолжать ее без перерывов.

Большая доля больных, прервавших лечение в основной группе, частично связана с более строгими подходами к назначению схемы химиотерапии, требованиями избегать снижения их дозировок, требованиями к регулярности приема препаратов и невозможности выдачи препаратов на руки. Необходимо также учитывать, что многие больные, начавшие лечение в 2010 г., не получали регулярной социальной поддержки для стимулирования приверженности к лечению, поскольку социальные программы, поддерживаемые Глобальным фондом, в этот период уже завершались, а полноценного их замещения за счет федеральных и региональных программ не произошло.

Эффективность химиотерапии у больных туберкулезом с МЛУ возбудителя в Российской Федерации, получавших лечение в соответствии с международной стратегией по программному менеджменту МЛУ-ТБ, сопоставима со средней эффективностью лечения туберкулеза с МЛУ возбудителя, достигнутой в мире в 2009 г. (49,3 и 48% соответственно). Сопоставимыми оказались и доли больных, потерянных для наблюдения (сумма исходов «прервал лечение», «выбыл» и «не оценен») – соответственно 24,3 и 28%. Это показывает, что отсутствие эффективных механизмов удержания больных туберкулезом с МЛУ МБТ на лечении остается общемировой проблемой, пока не найдется своего решения, и российский опыт только повторяет общемировые тенденции. Но именно повышение приверженности больных к лечению является тем фактором, который может улучшить результативность лечения больных туберкулезом с МЛУ МБТ в рамках предлагаемых подходов.

Полученные результаты были стандартизированы [3] по структуре пациентов, зарегистрированных в целом по России, которая была следующей: впервые выявленные больные – 623 случая (3,8% – 0,038), рецидив туберкулеза – 694 случая (4,2% – 0,042), лечение после неэффективного КХТ – 10 295 случаев (62,3% – 0,0623), лечение после прерывания курса химиотерапии – 1 335 случаев (8,1% – 0,081), прочие случаи лечения – 3 569 (21,6% – 0,216). В ходе процедуры стандартизации умножали долю соответствующего исхода для пациентов каждой категории (в %) на долю пациентов соответствующей группы в когорте 2012 г.

При применении международной стратегии по программному менеджменту МЛУ-ТБ ожидаемая эффективность лечения (в %) составит: $0,038 \times 60,3 + 0,042 \times 87,2 + 0,623 \times 51,1 + 0,081 \times 26,2 + 0,216 \times 28,7 = 46,1\%$. Если не применять стратегию КЗС, ожидаемая эффективность лечения составит: $0,038 \times 61,1 + 0,042 \times 46,7 + 0,623 \times 43,8 + 0,081 \times 26,0 + 0,216 \times 30,1 = 40,2\%$. Применение международной стратегии позволит повысить эффективность лечения этих больных на 14,8%.

Ожидаемая летальность при применении международной стратегии по программному менеджменту МЛУ-ТБ составит: $0,038 \times 7,9 + 0,042 \times 9,9 + 0,623 \times 9,0 + 0,081 \times 9,8 + 0,216 \times 13,9 = 10,1\%$. Без ее применения летальность может составить $0,038 \times 12,6 + 0,042 \times 16,7 + 0,623 \times 17,0 + 0,081 \times 18,0 + 0,216 \times 24,4 = 18,5\%$. Применение международной стратегии позволит снизить летальность на 45,3%.

Ожидаемый побочный эффект в виде увеличения доли исходов «прервал курс химиотерапии» при реализации международной стратегии по программному менеджменту МЛУ-ТБ составит: $0,038 \times 18,8 + 0,042 \times 15,2 + 0,623 \times 20,6 + 0,081 \times 49,2 + 0,216 \times 31,1 = 24,9\%$, а без ее применения: $0,038 \times 12,2 + 0,042 \times 13,0 + 0,623 \times 17,8 + 0,081 \times$

$26,0 + 0,216 \times 16,5 = 17,8\%$. Т. е. при применении международной стратегии ожидается увеличение доли больных, прервавших курс лечения, на 40,1%.

Выводы

1. Эффективность лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя в Российской Федерации при соблюдении рекомендованной ВОЗ стратегии сопоставима со средней эффективностью лечения туберкулеза с МЛУ возбудителя, достигнутой в мире.

2. Основная причина снижения эффективности курсов химиотерапии больных туберкулезом с МЛУ МБТ – досрочное прекращение лечения (18,8%).

3. Внедрение отработанных в регионах – участниках проекта КЗС принципов мониторинга и централизованного контроля туберкулеза с МЛУ МБТ позволит повысить эффективность лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя на 14,8%, снизить летальность на 45,3%. При отсутствии эффективных программ привлечения больных к лечению, современных схем химиотерапии у больных с МЛУ возбудителя туберкулеза, получивших одобрение международного медицинского сообщества, доля пациентов, прервавших курс химиотерапии, может увеличиться на 40,1%. Избежать этого эффекта можно путем разработки и внедрения более эффективных механизмов мотивирования больных к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М., Стерликов С. А. Результаты лечения больных туберкулезом легких // Здравоохранение РФ. – 2008. – № 3. – С. 19-24.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.12.2006 г. № 1706-р «Об утверждении концепции федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)».
3. Сон И. М., Леонов С. А., Сельцовский П. П. Оценка эпидемической ситуации по туберкулезу и анализ деятельности противотуберкулезных учреждений: пособие для фтизиатров и пульмологов. – М.: ЦНИИОИЗ, 2007. – 64 с.
4. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2013. – 280 с.
5. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis// WHO/HTM/TB/2006.361. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546956_eng.pdf
6. Global TB Report 2012// WHO/HTM/TB/2012.6. URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Тестов Вадим Витальевич

ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН.

107564, г. Москва, Яузская аллея, д. 2.

E-mail: testov.vadim@mail.ru

Поступила 30.10.2013