

В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич ПРОБЛЕМА НИЗЬКОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

ПРОБЛЕМА НИЗЬКОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В. М. Мельник, И. А. Новожилова, В. Г. Матусевич

Резюме

Несмотря на программно-целевой подход к реализации противо-туберкулезных мероприятий, достигнуть рекомендованного ВОЗ показателя эффективности лечения больных туберкулезом с бактерио-выделением на уровне 85,0 % в Украине не удается. Данный показатель составляет всего 55,5 %.

Анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов показал, что весомой причиной низкой эффективности лечения больных туберкулезом следует считать позднее выявление заболевания, которое сохраняет тенденцию к росту заболеваемости и напрямую зависит от ухудшения социально-экономического состояния страны. Причинами задержки в диагностировании и своевременном начале адекватного лечения туберкулеза являются: географическая и логистическая труднодоступность диагностики, недостаточная информированность населения относительно туберкулеза, недостаточная мотивация проходить диагностику и начинать лечение, стигматизация больных туберкулезом. В новых социально-экономических реалиях нуждается в полном пересмотре стратегия своевременного выявления туберкулеза вообще и работа с группами риска в частности. Недостаточная продолжительность лечения оказывает негативное влияние не только на показатель эффективности, но и создает условия для увеличения частоты химиорезистентного туберкулеза. Для достижения приверженности больных к лечению необходима мотивация с учетом многих факторов и интересов самого больного, немаловажную роль в этом играет компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии и межведомственное взаимодействие.

Наряду с очевидными экономическими, социальными и эпидеми-ческими преимуществами, полноценное использование стационаро-замещающих форм терапии обеспечивает высокие показатели эффективности лечения больных туберкулезом, в том числе и сложных в социальном плане пациентов. Однако переход на амбулаторную модель лечения должен быть взвешенным с учетом значительных рисков, устранение которых в современных политических и социаль-но-экономических условиях чрезвычайно затруднено.

Ключевые слова: туберкулез, лечение, эффективность.

Укр. пульмонол. журнал. 2019, № 1, С. 25–32

Мельник Василь Михайлович

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Заступник директора з науково-організаційної та науково-методичної роботи

Доктор мед. наук, професор

10, вул. М. Амосова, 03680, м. Київ, Україна

Тел.: 38044 275-41-22, факс: 38044 275-21-18, melnyk@ifp.kiev.ua.

THE PROBLEM OF LOW EFFICIENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

V. M. Melnyk, I. A. Novozhylova, V. G. Matusевич

Abstract

Despite the program-targeted approach to the implementation of anti-tuberculosis measures, it is not possible to achieve the WHO recommended indicator of the effectiveness of treatment of tuberculosis patients with bacterial excretion at 85, 0 % in Ukraine. This figure is only 55, 5 %.

The analysis of publications of domestic and foreign authors showed that a significant cause of the low effectiveness of treatment of tuberculosis patients was a late detection of the disease, which maintains a tendency to growth and directly depends on the deterioration of the socioeconomic state of the country. There is a problem of delay in diagnosing and timely start of adequate treatment of tuberculosis, the reasons for which are: geographical and logistical inaccessibility of diagnostics, insufficient awareness of the population about tuberculosis, insufficient motivation to undergo diagnostics and begin treatment, stigmatization of patients with tuberculosis. In the new socio-economic realities, a strategy for timely detection of tuberculosis in general and the work with groups of risk, in particular, need to be fully reviewed. An inadequate treatment duration not only negatively affects on the indicator of treatment effectiveness, but also creates conditions for an increase in chemoresistant tuberculosis. To improve the adherence to treatment in patients with tuberculosis, the motivation is necessary taking into account many factors and interests of the patient himself. An important role in this is played by competent psychological support of drug therapy and interdepartmental interaction.

Along with obvious economic, social and epidemiological advantages, the full use of inpatient forms of treatment for patients with tuberculosis ensures high rates of treatment effectiveness, including in socially difficult patients. However, the transition to an outpatient treatment model should be weighed against significant risks, which are extremely difficult to solve in the current political and socio-economic conditions.

Key words: tuberculosis, treatment, efficacy.

Ukr. Pulmonol. J. 2019; 1: 25–32.

Vasil M. Melnyk

SI "National institute of phthysiology
and pulmonology named after F. G. Yanovsky
National Academy of medical sciences of Ukraine"

Vice-director on scientific organization and scientific methodology
MD, professor

10, M. Amosova str., Kyiv, 03680, Ukraine

Tel.: 38044 275-41-22, fax: 38044 275-21-18, melnyk@ifp.kiev.ua.

Загальновідомо, що ефективне лікування хворих на туберкульоз (ТБ) — найважливіший елемент первинної профілактики захворювання, який забезпечує переривання ланцюга передачі туберкульозної інфекції. Незважаючи на програмно-цільовий підхід до реалізації протитуберкульозних заходів в Україні не досягнуто вагомих результатів ані в динаміці епідеміологічних показників, ані в лікуванні хворих.

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) національна програма вважається ефек-

тивною тоді, коли виліковування хворих на туберкульоз з бактеріовиділенням досягає 85,0 %. В Україні цей показник складає 55,5 % і навіть разом із завершеним лікуванням не перевищує 67,6 %, не дивлячись на те, що критеріями вилікування є лише тривалість лікування (прийняття повної кількості доз препаратів) та припинення бактеріовиділення методом мікроскопії мазка, хоча, якщо у мазок-негативних хворих провести посів мокротиння, то ще у 5,0–10,0 % з них можна діагностувати бактеріовиділення. На сьогоднішній день не враховуються такі критерії вилікування як розсмоктування туберкульозних вогнищ, загоєння деструкцій і каверн, якість життя хворих. Навіть у хворих без бактеріовиділення ефективність лікування нині ледь досягає 80,0 % [1].

© Мельник В. М., Новожилова І. О., Матусевич В. Г., 2019

www.search.crossref.org

DOI: 10.312.15/2306-4927-2019-103-1-25-32

Відмічається зниження ефективності лікування — мазок-позитивних хворих на вперше діагностований туберкульоз: у 2012 р. — 55,6 %, у 2013 р. — 54,4 %, у 2017 р. — 47,1 % та не достатня ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) — 52,4–50,6 % (за 2012–2013 рр.) [2].

Пізнє виявлення хворих на туберкульоз

Однією з переважаючих причин низької ефективності лікування хворих на туберкульоз є пізнє виявлення, найчастіше за зверненням, із масивним бактеріовиділенням, поширеним процесом і деструкціями.

Так зване “виявлення хворих на туберкульоз за зверненням”, по суті не виявлення, а діагностика та диференційна діагностика захворювань, пов'язаних з симптомами бронхо-плевро-легеневого синдрому, який притаманний більше 100 різним захворюванням органів грудної клітки. Адже в таких випадках лікареві потрібно провести клінічний аналіз стану хворого, рентгенологічне, мікробіологічне та інші методи дослідження. Це потребує тривалого часу, обладнання, вмінь та знань. Наприклад, для мікроскопії мокротиння потрібні найменшіймові умови: місце для збору мокротиння, посуд, транспортування в мікроскопічний пункт тощо. Сімейні лікарі і дільничні лікарі здебільшого не мають таких умов. Причому виявлення за зверненням дозволяє виявляти лише хворих з бактеріовиділенням, а це означає, виявлення хворих на занедбані форми туберкульозу, які становлять ризик для зараження у сім'ї, на роботі, медичних працівників та інших контактів. Пізнє виявлення бактеріовиділювачів за зверненням — це одна з основних причин низької ефективності лікування, високої смертності до 1 року спостереження та туберкульозу, діагностованого по смерті. Такий підхід, виявлення за зверненням, суттєво сприяє розвитку хіміорезистентного туберкульозу [1].

Значною мірою недостатнє та несвоєчасне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу обумовлено недосконалістю системи охорони здоров'я щодо діагностування хіміочутливого туберкульозу, МРТБ та коінфекції (туберкульоз/вірус імунодефіциту людини — ТБ/ВІЛ), неналежним функціонуванням лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики ТБ, обмеженим доступом до методів швидкої діагностики МРТБ, низькою мотивацією до своєчасного звернення за медичною допомогою та недостатнім доступом до її отримання уразливих до захворювання на туберкульоз груп населення. Виявлення туберкульозу в Україні відбувається переважно за зверненням громадян, тобто пасивно, тож, за оцінками ВООЗ, в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 30,0 % випадків захворювання на туберкульоз. Навіть якщо вважати дані ВООЗ лише оціночними, то і половини своєчасно невиявлених випадків захворювання на туберкульоз на кожні 100 тис. населення цілком достатньо для створення в масштабах країни величезного джерела інфекції, невідомого охороні здоров'я та потенційно небезпечного для виникнення важких і часом невиліковних форм захворювання. Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за рівнем захворюваності на туберкульоз. Щонайменше 23,0 % нових випадків туберкульозу, виявлених в Україні,

не піддаються лікуванню звичайними протитуберкульозними препаратами, тобто є резистентними, а більше 40,0 % нових випадків вже мають деструктивну форму. Серед вперше виявлених хворих на туберкульоз 65,0 % становлять особи малозабезпечені, непрацюючі працездатного віку, мігранти, особи, що повернулися із місць позбавлення волі і ті, хто не має постійного місця проживання. Це значно погіршує виявлення хворих і організацію їх лікування внаслідок відсутності оптимальних соціальних та медичних заходів з боку держави.

Надзвичайно високий рівень поширеності туберкульозу в Україні зумовлений наявністю низки соціально-економічних проблем — факторів ризику та окремих верств населення — так званих груп ризику захворювання на туберкульоз, які утворилися в суспільстві внаслідок не вирішення зазначених проблем впродовж тривалого часу. Робота із виявлення та залучення до груп ризику усіх потребуючих цього осіб, як і профілактика у вже існуючих групах захворювання на туберкульоз, в Україні практично не здійснюється. До груп ризику включаються ті категорії населення, які легше обстежити. Щороку в Україні існує значний прошарок населення (не менше 10,0% від числа тих, які мають пройти профілактичне обстеження), які не проходить обстеження на туберкульоз протягом 10 років і більше. Сьогодні в полі зору держави знаходиться лише незначна кількість соціальних груп, які нею віднесені до категорії підвищеного ризику захворювання. Це призводить до низького рівня уваги медичних працівників і закладів до проблеми туберкульозу в суспільстві в цілому, не стимулює їх до уваги стосовно туберкульозу в інших суспільних середовищах.

Близько 65,0% нових випадків захворювання на туберкульоз припадає на соціально-дезадаптовані та соціально незахищені верстви населення. Це складні, інколи закриті і малодоступні для органів охорони здоров'я верстви (наприклад, бездомні, мігранти, ромське населення). Повинен бути складений, відповідним чином описаний та нормативно закріплений за окремими органами державної виконавчої влади повний перелік всіх груп ризику, визначений порядок та особливості профілактики, виявлення та лікування туберкульозу в кожній з цих груп [3].

Аналіз недоліків у ланцюжку діагностування захворювання та знаходження основних факторів, що впливають на затримку у діагностуванні та своєчасному початку адекватного лікування туберкульозу доводить, що **основними причинами затримки початку лікування туберкульозу є:** географічна та логістична важкодоступність діагностики, недостатня обізнаність населення щодо туберкульозу, недостатня мотивація проходити діагностику та починати лікування, стигматизація хворих на туберкульоз.

Основним проблемним місцем на шляху до отримання діагнозу є процес переведення пацієнта з первинної на вищі ланки надання медичної допомоги. Затримку спричиняють віддаленість населених пунктів від медичних установ, відсутність спеціального транспорту для перевезення пацієнтів, години прийому, встигнути на які можливо лише за умови проведення попередньої ночі у

місті, певні дні прийому аналізів та затримка з отриманням їх результатів, неправильне використання новітніх методів для встановлення діагнозу, неправильне слідування встановленому алгоритму дій для лікарів первинної ланки у випадках підозри на туберкульоз. З боку пацієнта факторами затримки є асоціальна поведінка та відсутність зацікавленості у проходженні і завершенні обстеження.

Проблема доступності закладів системи охорони здоров'я є актуальною навіть після виявлення активної форми туберкульозу у пацієнта. В такому випадку хворого потрібно негайно направити до спеціалізованого закладу для госпіталізації, але лікарні або фельдшерські пункти у селах частіше за все не мають такої можливості, тому пацієнтам доводиться діставатись до місця проходження лікування самостійно, громадським транспортом, наражаючи таким чином на ризик пасажирів, що контактують з хворим.

Проблемою також є те, що на цій стадії хворі часто зникають, тому що не мають можливості дістатись лікарні за власні кошти, не мають бажання це робити, недовіряють лікарям або через інші причини. Проблемним місцем у системі діагностування туберкульозу є саме етап передачі пацієнта з первинної ланки на вторинну. Утруднення з доступом до закладів охорони здоров'я та лабораторій лише сприяють затримці початку лікування. Пацієнт або починає лікування пізно, або взагалі зникає та не завершує обстеження через те, що не має можливості витратити стільки часу, фінансів або бажання на діагностування туберкульозу.

Іноді пацієнт не підозрює про те, що в нього туберкульоз, не звертається до лікарів, не проходить профілактичні огляди, звертається до медичного закладу лише тоді, коли навіть зовнішні симптоми свідчать про те, що він хворий, йому призначається лікування, в залежності від того, чи встиг він розвинути резистентну форму, чи ні, він проходить курс, намагаючись позбавитись хвороби. Іноді пацієнт не відчуває симптомів, але випадково під час загального скринінгу, в нього виявляють підозру на туберкульоз, направляють до лікаря, де він отримує діагноз. Через те, що пацієнт взагалі не відчуває, що з ним щось не так, він може не повірити доктору та відмовитись проходити курс лікування. Важелів впливу в такому випадку не так багато, особливо, якщо хворий не є розповсюджувачем захворювання, в такому випадку важелів немає взагалі. Пацієнт може ухилитись від лікування до того моменту, доки не розвинеться більш серйозна стадія захворювання та буде загроза оточуючим. Навіть у такому випадку, примусити людину пройти лікування є не таким вже й швидким та реальним завданням. Проблема полягає у специфіці перебігу захворювання та низькому рівню обізнаності населення щодо цих процесів. В такому разі скринінгова система повинна бути більш проактивною у пошуку нових пацієнтів. На сьогоднішній день туберкульоз є виключно проблемою хворого, про яку він може не здогадуватись доки вже не буде запізно.

Проблема стигматизації присутня на кожному етапі діагностування та лікування туберкульозу і негативно впливає на весь процес, зокрема зумовлюючи порушення

Уніфікованого Протоколу¹ щодо процедури переадресації з первинної ланки на вищу. Вже з появою перших симптомів туберкульозу, потенційний хворий знаходиться у важкому становищі. Через те, що хвороба, за думкою оточуючих, притаманна людям, що ведуть асоціальний спосіб життя, пацієнт може не вважати за потрібне проходити обстеження. Навіть сьогодні, на думку суспільства, туберкульоз продовжує залишатись хворобою людей з низьким рівнем доходу. Думка про те, що туберкульоз є хворобою лише бідних людей є цілком логічною, особливо якщо брати до уваги, що туберкульоз потребує сприятливих для розвитку умов, питання лише у тому, які робити висновки з цієї думки. На думку лікарів типовим хворим є людина, що веде асоціальний спосіб життя, залежна від алкоголю або наркотичних речовин, не має постійного місця проживання. Така людина в першу чергу ризикує розвинути активну форму туберкульозу. Через наявність таких проблем, як постійний пошук житла та засобів для проживання, у такого хворого на туберкульоз питання звернення за допомогою до лікаря стоїть на одному з останніх місць. Також виявляється так, що такий пацієнт не може бути виявлений загальною скринінговою програмою, адже йому не має сенсу проходити флюорографічне обстеження, ані для роботи, ані для інших цілей. Система в свою чергу працює таким чином, що чекає доки потенційний хворий на туберкульоз сам з'явиться для проходження обстеження на хворобу, яка може перебігати без помітних симптомів.

Загальну думку про портрет типового хворого на туберкульоз можна використовувати по-різному. Лікарі використовують її для того, щоб виправдати низькі показники виживаності, часті випадки втрати хворого при переведенні його з ланки на ланку. В свою чергу знаючи основні потреби пацієнта, що знаходиться за межею бідності та хворий на туберкульоз, можна використовувати їх для усунення проблем. Отже, стигматизація хворих на туберкульоз серед медичного персоналу первинної ланки демотивує пацієнтів проходити діагностику та розпочинати лікування вчасно, а також призводить до порушень правил переадресації пацієнтів, вказаних в Уніфікованому Протоколі [4].

Перерване лікування

Дуже гострою є проблема перерваного лікування або так званих відривів, оскільки це вкрай негативно впливає на показники ефективності лікування та сприяє подальшому поширенню туберкульозу серед населення. На сьогоднішній день спостерігається високий рівень відривів від лікування серед хворих на чутливий (9,4%) та, особливо, на хіміорезистентний туберкульоз (14,7%) [3].

Встановлено, що більш, ніж половина вперше зареєстрованих пацієнтів з позитивним результатом мікроскопії мокротиння переривають курс лікування в термін до 3 місяців [5]. Переривання курсу хіміотерапії, за даними окремих авторів, досягає 21,8 % [6].

Ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз низька: за когорти 2012 року серед

¹ Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, Туберкульоз (2012).

нових випадків «ефективне лікування» в Україні отримано у лише 34,0 % хворих. Частими причинами переривання лікування у них є тривале проведення інтенсивної фази протитуберкульозної терапії із включенням ін'єкційних протитуберкульозних препаратів 2-ої групи та збільшення кількості побічних реакцій в кінці основного курсу хіміотерапії [7].

Побічні реакції, які виникають під час проведення хіміотерапії хворим на туберкульоз, безперечно також впливають на ефективність лікування. Враховуючи, що кількість їх ймовірно має збільшуватися у зв'язку із збільшенням кількості протитуберкульозних препаратів у схемах лікування та продовженням його тривалості, що пов'язано із поширенням обтяжених форм туберкульозу (мультирезистентний туберкульоз, розширенорезистентний туберкульоз, ко-інфекція: ВІЛ / туберкульоз), порушенням хворими режимів лікування (передчасне самовільне припинення лікування, відриви), збільшенням груп хворих: «раніше ліковані», «рецидиви», «лікування після перерви», «лікування після невдалого 1-го курсу лікування», «лікування після невдалого повторного курсу лікування», це питання в сучасних умовах набуває особливої актуальності. Фармаконагляд в Україні здійснюється у обмеженому обсязі через низку причин, головною з яких є низька активність лікарів щодо повідомлення про побічні реакції. Невідповідна кількість повідомлень перешкоджає здійснювати повноцінний аналіз і надавати вірогідну інформацію лікарям щодо ефективності та безпеки протитуберкульозних препаратів, обмежує ухвалення відповідних управлінських рішень [8].

Високий рівень відривів від лікування хворих на туберкульоз обумовлений також й обмеженим доступом до соціального супроводу хворих під час лікування, який на сьогодні здійснюється переважно за рахунок коштів міжнародної технічної допомоги [3].

За даними окремих авторів, соціальна підтримка хворих на туберкульоз: у 10 разів знижує ризик відриву від лікування, на 10,0 % знижує ризик смерті впродовж лікування та на 20,0 % збільшує кількість пацієнтів, які закінчили лікування без жодної перерви [9].

Шляхи створення прихильності до лікування

Вкрай важливим для досягнення позитивного результату лікування хворих на туберкульоз є такий чинник, як прихильність їх до лікування. Традиційна система формування інформаційного середовища хворих на туберкульоз не забезпечує необхідного для адекватного лікування рівня знань, що може розглядатися як предиктор низької прихильності до терапії [10].

Реформа протитуберкульозних послуг з наданням пріоритету амбулаторному лікуванню хворих по-новому поставила питання про соціально-психологічну підтримку хворих. Сьогодні це не додаткова послуга, а основа вирішення найскладнішої задачі лікування — досягнен-

ня прихильності хворого протягом всього курсу. Не буде перебільшенням сказати, що соціально-психологічна підтримка потрібна кожному хворому на туберкульоз, проте зміст цієї підтримки різний.

Впроваджуючи грант USAID² з удосконалення соціально-психологічних послуг хворим на туберкульоз Коаліція ВІЛ-сервісних організацій розробила типовий протокол соціально-психологічних послуг, до якого увійшли всі види допомоги, які хворі на туберкульоз можуть отримати в Україні, зокрема: видача мотиваційних наборів, оплата проїзду пацієнта, психологічна підтримка, навчання хворого і членів його родини; допомога в оформленні документів, отриманні державних субсидій і виплат, організація контрольованого лікування за допомогою мобільних чи Інтернет-технологій (навчання пацієнтів і медичних працівників, надання оргтехніки).

Ці послуги в Україні можуть надавати неурядові організації (НУО)³, Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, релігійні організації тощо. Зрозуміло, що ані держава, ані НУО, ані донори не зможуть забезпечити надання повного спектру зазначених послуг кожному хворому на туберкульоз. Визначення переліку послуг, які можливо забезпечити в окремому регіоні, кількості хворих, які потребують кожної з вибраних послуг, а також призначення відповідальних за їх надання і розрахунок вартості, дозволить стандартизувати немедичні послуги хворим на туберкульоз і зробити їх невід'ємною частиною лікування [11].

Психологічна допомога хворим на туберкульоз

Туберкульоз сам по собі є потужним чинником соціального ризику. Йдеться навіть не про витрати на лікування, адже у більшості країн діагностика і лікування безкоштовні для пацієнтів. Але ж із хворобою людина випадає із соціальних зв'язків щонайменше на шість місяців, втрачає статус, зазнає погіршення умов життя і психологічного стану. Обізнаність пацієнта про зміни у житті, які несе із собою захворювання на туберкульоз, є важливим елементом соціальної підтримки, суттєвою, хоча й недостатньою, умовою прихильності до лікування. Як виявило операційне дослідження, яке за підтримки USAID провів Міжнародний інститут ВІЛ і туберкульозу, лише третина добре обізнаних пацієнтів є насправді прихильними до лікування [9].

Одним із аспектів протитуберкульозної терапії є співпраця лікаря-фтизіатра та пацієнта, від ефективності якої значною мірою залежить результат лікування [11]. Враховуючи те, що хворий на туберкульоз це не лише пацієнт, який потребує медичної допомоги, а також джерело інфекції, яка являє собою небезпеку для оточуючих, фтизіатрична спеціальність відрізняється від усіх інших необхідністю постійного контролю щодо прихильності до лікування, активної взаємодії не лише із самим пацієнтом, але із членами його сім'ї. Ця робота ускладнюється тим, що серед пацієнтів протитуберкульозних диспансерів є значна частка соціально-дезадаптованих осіб із саморуйнівною поведінкою, з низькою прихильністю до терапії, що може стати причиною професійного вигорання медичних працівників. Ще одну складну категорію складають хронічні хворі з невиліковними формами туберкульозу, які потребують комплексної паліатив-

² Агенція США з міжнародного розвитку.

³ Неурядові організації (НУО) — формальні громадські об'єднання, інші групи за певними інтересами, які беруть участь у громадській діяльності.

ної допомоги. У таких умовах від лікаря-фтизіатра вимагається розвиток комунікативних навичок та не лише знання особливостей терапевтичної поведінки хворих на туберкульоз, але й вміння в різних ситуаціях застосувати ту чи іншу модель поведінки у взаємовідносинах з пацієнтом.

Компетентне психологічне супроводження медикаментозної терапії сприяє зниженню у пацієнтів інтенсивності переживань психічного та соматичного неблагополуччя, збільшенню власних психологічних ресурсів. В якості важливіших реабілітаційних чинників слід розглядати створення відповідного мікроклімату у фтизіатричній лікувальній установі, а також пацієнт-центрованої моделі взаємодії лікар-пацієнт [12,13].

Психологічної корекції потребують усі хворі на туберкульоз легень, особливо на хронічний та хіміорезистентний туберкульоз [14]. Психологічне супроводження терапії туберкульозу легень є одним із суттєвих ресурсів підвищення ефективності лікувального процесу [15].

Сприяти прихильності до лікування хворих на туберкульоз можливо завдяки адекватному індивідуальному підходу з урахуванням можливих нервово-психічних порушень. Для підвищення прихильності до лікування хворого потрібні кваліфікована психологічна допомога, розумний підхід щодо проведення антимікобактеріальної терапії в стаціонарних і амбулаторних умовах. До того ж важливим є і те, що будь-яке захворювання, передусім туберкульоз, зумовлює певні зміни в психічному статусі хворого, які потрібно знати й своєчасно розпізнати лікарю, щоб намітити правильну тактику обстеження та лікування. На жаль, лікарі не завжди беруть до уваги індивідуальні особливості хворих і їх психоневротичні наслідки. Характер цих змін може бути доволі різноманітним — від слабо виразних невротичних і неврозоподібних до короткочасних психопатичних, котрі суттєво змінюють клінічну картину захворювання, ставлення до лікування, медичного персоналу, сім'ї та людей узагалі. Залежать вони від різних причин, які умовно можна поділити на: а) психічні реакції, що виникають у зв'язку з діагнозом туберкульозу; б) нервово-психічні порушення, зумовлені туберкульозною інтоксикацією; в) нервово-психічні реакції на ґрунті лікування протитуберкульозними препаратами. У 70,6 % хворих на туберкульоз легень спостерігаються функціональні нервово-психологічні порушення, які виникають у зв'язку з діагнозом туберкульозу, внаслідок інтоксикації чи на ґрунті хіміотерапії та інших чинників (психопатизація у 30,8 %, невротизація у 23,9 % і поєднання їх у 15,9 %). Значною мірою їх можна нівелювати, головним чином, доброзичливим індивідуальним впливом на психіку хворого, що значно поліпшить прихильність до лікування. Швидка втомлюваність, дратівливість, емоційна неврівноваженість, ейфорія чи різко пригнічений настрій, які нерідко спостерігаються у осіб захворілих на туберкульоз осіб, певною мірою можна пояснити кисневим голодуванням організму, зокрема головного мозку, внаслідок недостатньої легеневої вентиляції. Це підтверджується і дослідженням сатурації крові киснем при різних формах туберкульозу легень залежно від різних чинників. Таким чином, для прихильності до лікування хворого потрібна кваліфікована психологічна допомога [16,17].

Не менш важливою за психологічне супроводження для підвищення прихильності до лікування хворих на туберкульоз є **міжвідомча взаємодія** у роботі дільничного фтизіатра. Така міжвідомча взаємодія передбачає співпрацю фтизіатричної служби з органами управління внутрішніх справ, соціального захисту, засобами масової інформації, з установами пенітенціарної системи, та, в першу чергу, з установами первинної медико-санітарної допомоги [18].

Аналіз прогаєтин у лікування туберкульозу, який проводився у рамках проекту USAID "Посилення контролю за туберкульозом в Україні" довів наступне:

1. Уявлення про маргіналізацію хворих на туберкульоз і погану кооперацію медичних працівників не відповідає реальній ситуації: більшість хворих на туберкульоз у проведеному дослідженні мали вищу освіту і були працездатного віку. Майже половина пацієнтів з невдачею у лікуванні на момент початку лікування не мали факторів ризику, 1/4 — не пропускали прийом протитуберкульозних препаратів. Також більшість пацієнтів не зловживають алкоголем, наркотичними речовинами та не палять. Хворі з вперше діагностованим туберкульозом мають високий рівень довіри до лікаря та готовність обговорювати з ним всі питання, пов'язані з лікуванням та соціопсихологічними проблемами.

2. Пацієнти з неефективно лікованим туберкульозом мають низький рівень освіти, демонструють ризиковані практики, слабку соціальну адаптацію. Кожен третій хворий з неефективністю лікування мав в анамнезі перерви у лікуванні, в тому числі 27% із хіміорезистентним туберкульозом.

3. Лікарі демонструють недовіру до хворих, що сприяє виникненню та поширенню стигматизації та самостигматизації. Лікарі не концентруються на вирішенні проблем психологічного характеру та лікуванні супутніх патологій.

4. Як лікарі, так і хворі відзначають важливість контрольованого лікування. Водночас, лікарі вважають себе достатньо компетентними для прогнозування рівня прихильності хворого та, відповідно, необхідності спостереження за прийомом ліків.

5. Виявлено стійке "старіння фтизіатрів", більшість з яких є у глибокому пенсійному віці, що призводить до зниження ефективності праці, стійкій стигматизації та підтриманню стереотипів щодо пацієнтів, низькій мотивації до підвищення кваліфікації (в тому числі самоосвіти).

6. Недостатньо розроблена тактика створення та підтримання прихильності до лікування, профілактики відривів від лікування [19].

Перехід на амбулаторну модель лікування туберкульозу

Не є секретом, що руйнувати впорядковані стереотипи справа важка, особливо, якщо йдеться про медицину та про захворювання, яке традиційно вважається небезпечним для суспільства.

Останнім часом точаться дискусії щодо вибору організаційної форми лікування туберкульозу легень: при сформованій десятиліттями перевазі стаціонарного лікування є багато рекомендацій щодо лікування в амбулаторних умовах та денному стаціонарі. Доцільність

амбулаторного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання є особливо явною з точки зору раціонального розподілу фінансових потоків, безпеки внутрішньо-лікарняного поширення збудника туберкульозу та додаткового інфікування госпіталізованих хворих.

А оскільки ми розглядаємо проблему низької ефективності лікування хворих на туберкульоз легень, нас цікавить: чи є амбулаторне лікування додатковим чинником збільшення успішності лікування?

За даними деяких дослідників доля не госпіталізованих вперше виявлених хворих на туберкульоз складає 14,6–15,3 %, однак визначено, що стаціонарного лікування потребує у середньому 25,0 % виявлених хворих, у зв'язку з чим амбулаторну терапію все частіше розглядають як пріоритетну форму лікування туберкульозу легень. Встановлено, що 27,1 % хворих на активний туберкульоз органів дихання прагнуть проходити обстеження та лікування в такому режимі, який би зберігав можливість продовжувати роботу і щоб ніхто не дізнався про їхнє захворювання. При організації лікування важливо враховувати бажання пацієнта, але разом з цим, доцільно переконати його у необхідності дотримуватися визначеної форми лікування, яку рекомендується визначити з урахуванням важкості перебігу захворювання, епідеміологічної безпеки хворого, матеріально-побутових умов, психологічних особливостей хворого, ступеня соціальної адаптації. Також доцільно враховувати показники територіальної захворюваності пацієнта [20].

Порівняльна оцінка клініко-економічної ефективності лікування хворих на вперше виявлений туберкульоз легень (1-й етап хіміотерапії) в умовах стаціонару та з використанням стаціонарозаміщуючих технологій довела, що основними причинами неефективності хіміотерапії є перерване лікування (від 27,1 до 10,5 %) і летальне завершення (13,8 % — у стаціонарі з цілодобовим перебуванням). Найменший відсоток перерваного лікування та відмови від лікування мав місце при лікуванні у стаціонарі на дому (10,5 %). Найбільша клініко-економічна ефективність 1-го етапу хіміотерапії відмічена при проведенні лікування в стаціонарі на дому: відривки від лікування у 2,3–2,5 рази рідші, ніж у денному стаціонарі та стаціонарі з цілодобовим перебуванням хворих, вартість припинення бактеріовиділення, яка підтверджена методом мікроскопії мокротиння, у 6,2 рази нижча, ніж у стаціонарі з цілодобовим перебуванням, та майже у 2,0 рази нижча, ніж у денному стаціонарі [21].

Метою дослідження, яке проводилося у Квазулу-Натал (Південна Африка) — у сільській провінції з високим тягарем туберкульозу з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) і вірусом імунодефіциту людини, було визначення найбільш ефективної моделі лікування на підставі порівняння результатів лікування туберкульозу з МЛС-ТБ на рівні громад та традиційної централізованої

допомоги. Пацієнти на ділянках на рівні громад були ближче до дому і мали кращий доступ до медичної допомоги та лікування було доступне їм з самого початку. Статистично доведено, що лікування на рівні громад пацієнтів на туберкульоз з МЛС-ТБ більш ефективно, ніж лікування у спеціалізованому стаціонарі [22].

Аналіз вивчення протягом 10-ти років ефективності організаційної форми «денний стаціонар», як стаціонарозаміщуючої форми лікування туберкульозу (проліковано 734 хворих), виявив тенденцію до щорічного зростання числа хворих на туберкульоз, які отримували лікування за режимом «денний стаціонар» (з 9,7 % до 14,9 %). Встановлено, що ефективність лікування у денному стаціонарі була високою (в середньому 92,0 %, $p < 0,001$) при низькому відсотку відривів від лікування (середній показник — 1,2 %). Аналіз інших стаціонарозаміщуючих форм лікування виявив зменшення числа хворих, які отримували лікування у кабінетах спеціалізованої протитуберкульозної допомоги та у фельдшерсько-акушерських пунктах (з 13,0 % у 2004 р. до 3,8 % у 2013 р.), що пов'язано із складністю організації контролюваного лікування у цих установах. Повноцінне використання стаціонарозаміщуючих форм передбачає щоденний контроль за прийомом протитуберкульозних препаратів, забезпечує високі показники ефективності лікування, у тому числі і в складних у соціальному плані пацієнтів [23].

Неурядова організація «Молодое поколение Таджикистана» в рамках проекту TB-REP³ проаналізувала бар'єри на шляху широкого впровадження амбулаторної моделі лікування в країні. Проведене опитування 400 пацієнтів з туберкульозом та членів їх сім'ї, встановило, що амбулаторному лікуванню віддають перевагу 90,0 % тих, хто перехворів на туберкульоз або в даний час проходить курс лікування. Що стосується членів їх сім'ї, то серед них амбулаторну модель лікування підтримують лише 40,0 % опитуваних, решта дотримуються думки, що лікування в стаціонарі є кращим, ніж амбулаторне [24].

У контексті Національної протитуберкульозної програми Міністерство охорони здоров'я з 2014 р. розпочало впровадження амбулаторного лікування ТБ на основі пілотних проектів в Полтавській, Дніпропетровській, Донецькій, Херсонській, Вінницькій областях та місті Київ. Попередній аналіз основних результатів цих пілотних проектів довів покращання показників ефективності лікування під час впровадження амбулаторного лікування ТБ. Так, у Миколаївській області значно зменшилися перерви у лікуванні — з 6,8 % у 2013 р. до 2,7 % у 2015 р. та зменшилась смертність від туберкульозу — за 2015 р. на 14,1 %. У Вінницькій області спостерігалось: серед хворих із вперше виявленим бацилярним туберкульозом значне зниження перерв у лікуванні — з 8,2 % (2011 р.) до 4,7 % (2014 р.) та летальності — з 11,4 % (2011 р.) до 8,9 % (2014 р.); серед хворих із МРТБ — зменшення перерв у лікуванні — з 8,2 % (2011) до 4,7 % (2014), летальності — з 11,4 % (2011) до 8,9 % (2014), перерв у лікуванні — з 25,7% (2010) до 10,8 % (2013), частки летальних випадків і невдач лікування разом — з 57% до 51,0%. У Херсонській області ефективність лікування зросла з 69,3 у 2011 році до 82,4 % у 2014 році. Не ставлячи під

³ Проект TB-REP впроваджується за фінансової підтримки Глобального Фонду, охоплює країни Східної Європи і Центральної Азії та розрахований на період 2016–2018 років. Основним його завданням є посилення політичної прихильності, контролю за ТБ та МР/РР ТБ через регіональну співпрацю та обмін досвідом для покращення реалізації Національних програм контролю ТБ.

сумнів очевидні переваги амбулаторної моделі лікування туберкульозу, слід відмітити значну кількість ризиків, без усунення яких в сучасних політичних, економічних та соціальних умовах, в яких знаходиться Україна, перехід на зазначену модель лікування, або буде надзвичайно ускладнений, або не забезпечить очікуваної ефективності. Саме на усунення таких ризиків мають бути спрямовані зусилля щодо створення сталого адвокаційної платформи для переходу на ефективну, пацієнт-орієнтовану амбулаторну модель лікування туберкульозу, за умови повного забезпечення й поваги прав та інтересів всіх учасників процесу і чіткого дотримання законів інфекційного контролю [3].

Висновки

1. Найвагомішою причиною низької ефективності лікування хворих на туберкульоз слід вважати пізнє виявлення захворювання, яке, за оцінками багатьох дослідників, має тенденцію до зростання, що напругу пов'язано з погіршенням соціально-економічного становища в країні.

2. Слід звернути увагу на проблему затримки у діагностуванні та своєчасному початку адекватного лікування туберкульозу, основними причинами якого є: географічна та логістична важкодоступність діагностики, недостатня обізнаність населення щодо туберкульозу, недостатня мотивація проходити діагностику та починати лікування, стигматизація хворих на туберкульоз.

3. За нових соціально-економічних реалій потребує повного перегляду стратегія своєчасного виявлення туберкульозу взагалі та робота з групами ризику зокрема. На сьогоднішній день до груп ризику щодо туберкульозу зарахована лише незначна частка соціальних груп з усіх тих, хто становить підвищений ризик захворювання на туберкульоз, на навіть з ними робота проводиться формально.

Повинен бути складений, відповідним чином описаний перелік усіх груп ризику, визначений порядок та особливості профілактики, виявлення та лікування туберкульозу в кожній з цих груп. Також слід законодав-

чо встановити відповідальність за неналежне виконання обов'язків всіма призначеними за роботу з групами ризику щодо туберкульозу осіб.

4. Однією з проблем сучасної фтизіатрії є переривання лікування хворими на туберкульоз, або так звані відриви, які обумовлені такими чинниками як асоціальна поведінка хворого, довга тривалість лікування туберкульозу (у тому числі інтенсивна фаза у стаціонарі), побічні реакції на протитуберкульозні препарати, відсутність соціального супроводу під час підтримуючої фази лікування тощо. Відриви вкрай негативно впливають на загальний показник ефективного лікування, створюють передумови для зростання хіміорезистентного туберкульозу.

5. Важливою умовою для підвищення ефективності лікування туберкульозу є створення у хворих прихильності до лікування, причому всі заходи щодо забезпечення прихильного ставлення хворих до завершення повного курсу лікування мають бути мотивованими з урахуванням багатьох чинників та інтересів самого хворого.

6. Більшість захворілих на туберкульоз потребує психологічної допомоги. Компетентне психологічне супроводження медикаментозної терапії, на думку багатьох дослідників, сприяє створенню умов та мотивації хворого до завершення лікування.

7. Не менш важливою за психологічне супроводження умовою для підвищення прихильності до лікування хворих на туберкульоз є міжвідомча взаємодія у роботі дільничного фтизіатра.

8. Поряд із очевидними економічними, соціальними та епідемічними перевагами, повноцінне використання стаціонарозаміщуючих форм забезпечує високі показники ефективності лікування хворих на туберкульоз, у тому числі і складних у соціальному плані пацієнтів, однак перехід на амбулаторну модель лікування має бути виваженим з огляду на значну кількість ризиків, усунення яких в сучасних політичних та соціально-економічних умовах надзвичайно ускладнено.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко ЮІ, Мельник ВМ, Турченко ЛВ. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні. Укр. пульмонолог. журн. 2016;(3);5–10.
2. Мельник ВМ., та ін. Концептуальні засади реформування фтизіохірургічної служби в Україні. Укр. пульмонолог. журн. 2017;(2, Додаток);14–15.
3. Аналіз державної політики протидії туберкульозу в Україні в контексті переходу на амбулаторну модель лікування. Аналітична записка. Інформаційний бюлетень, 1-й випуск. 2016;28–60. Режим доступу: <http://stoptb.in>
4. Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я» фінальний звіт проєкту. Київ. 2016;108с. Режим доступу: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MHB7.pdf
5. Стерликов СА. Характеристика и результаты основного курса лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких, зарегистрированных в 2011 г. Туберкулез и болезни лёгких. 2014;(7);16–20.
6. Тестов ВВ., Стерликов СА., Васильева ИА, и др. Результаты химиотерапии у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в регионах Российской Федерации. Туберкулез и болезни лёгких. 2014;(4);9–13.
7. Гранкина НВ, Литвиненко НА. 8-месячная интенсивная фаза химиотерапии при лечении хворих на мультирезистентный туберкулез: насколько це необхідно? Укр. пульмонолог. журн. 2016;(2);29–31.
8. Фещенко ЮІ, та ін. Побічні реакції протитуберкульозних препаратів у процесі оцінки наслідків лікування хворих на туберкульоз. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2014;(3);90–96.
9. Проект "Посилення контролю за туберкульозом в Україні". Вісник, жовтень 2016 р. Режим доступу: www.stbcu.com.ua
10. Пьянзова ТВ. Информационная среда больных туберкулезом и ее влияние на приверженность терапии. Туберкулез и болезни лёгких. 2012;(5);33–36.

REFERENCES

1. Feshchenko YUI, Melnyk VM, Turchenko LV. *Poglyad na problemu borotby z tuberkulozom v Ukraini (A look at the problem of tuberculosis control in Ukraine)*. Ukr. Pulmonol. Zhurn. 2016;(3);5–10.
2. Melnyk VM., et al. *Kontseptualni zasady reformuvannya ftyziokhirurhichnoyi sluzhby v Ukraini (Conceptual principles for the reform of the phthisiological surgery service in Ukraine)*. Ukr. Pulmonol. Zhurn. 2017;(2, Dodatok);14–15.
3. *Analiz derzhavnoyi polityky protydiyiy tuberkulozu v Ukraini v konteksti perekhodu na ambulatornu model likuvannya. Analytychna zapyska (Analysis of the state policy of counteracting tuberculosis in Ukraine in the context of the transition to outpatient treatment model)*. Analytical note. Ynformatsiynny byuletyn, 1-y vypusk. 2016;28–60. Available at: <http://stoptb.in>
4. *Operatsiynne doslidzhennya «Prychyny zatrymky likuvannya tuberkulozu, zumovleni systemoyu okhorony zdorovya» finalnyy zvit proektu (Operational study "Causes of delayed treatment of tuberculosis due to the health system" final report of the project)* Kyiv. 2016;108p. Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MHB7.pdf
5. Sterlikov SA. *Kharakteristika i rezultaty osnovnogo kursa lecheniya vpervye vyvaylenykh bolnykh tuberkulezom legkikh, zaregistrirovannykh v 2011 g (Characteristics and results of the main course of treatment of newly diagnosed patients with pulmonary tuberculosis, registered in 2011)*. Tuberkulez i bolezni legkikh. 2014;(7);16–20.
6. Testov VV., Sterlikov SA., Vasilyeva IA, et al. *Rezultaty khimioterapii u bolnykh tuberkulozom s mnozhestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu vozбудitelya v regionakh Rossiyskoy Federatsii (The results of chemotherapy in patients with multidrug-resistant tuberculosis in the regions of the Russian Federation)*. Tuberkulez i bolezni legkikh. 2014;(4);9–13.
7. Hrankina NV., Lytvynenko NA. *8-misyachna intensyivna faza khimioterapii pry likuvanni khvorykh na multyrezystentnyy tuberkuloz: naskilky tse neobkhdno (8-month intensive phase of chemotherapy in the treatment of patients with multi-resistant tuberculosis: how much is it necessary?)* Ukr. Pulmonol. Zhurn. 2016;(2);29–31.

11. Пьянзова ТВ. Вопросы взаимоотношений в диаде врач–пациент. Туберкулёз и болезни лёгких. 2014;(1):3–7.
12. Стрельцов ВВ, и др. Особенности оказания психологической помощи больным туберкулезом легких в фазе интенсивной химиотерапии (в условиях стационара). Туберкулёз и болезни лёгких. 2014;(2):22–27.
13. Волчегорский ИА, Новоселов ИН, Дударова ТИ. Особенности аффективного статуса больных инфильтративным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью M. TUBERCULOSIS. Туберкулёз и болезни лёгких. 2013;(5):56–60.
14. Сухова ЕВ. Копинг-стратегии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и направления психосоциальной коррекции. Туберкулёз и болезни лёгких. 2014;(2):28–33.
15. Баранова ГВ, и др. Динамика психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического сопровождения противотуберкулезной химиотерапии. Туберкулёз и болезни лёгких. 2016;(3):44–51.
16. Пятночка ИТ, Корнага СИ, Тхорик НВ. Сатурація крові киснем при різних формах туберкулозу легень залежно від різних чинників. Вісник наукових досліджень. 2013;(1):12–14.
17. Пятночка ИТ, Корнага СИ, Тхорик НВ. Про прихильність до лікування хворих на туберкулоз. Туберкулоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2015;1(20):108–112.
18. Ткачева ЛМ, Копылова ИФ. Пути и проблемы межведомственного взаимодействия в работе участкового фтизиатра. Туберкулёз и болезни лёгких. 2012;(2):21–23.
19. Фінальний звіт проекту «Аналіз прогалин у лікуванні туберкулозу», 05.01.2017. Режим доступу: <http://tb.ucdc.gov.ua/finalnyy-zvit-proektu-analiz-progalyn-u-likuvanni-tuberkulozu>
20. Глотова ЕВ, и др. Эффективность комплексного лечения больных впервые выявленным туберкулезом органов дыхания в амбулаторных условиях. Туберкулёз и болезни лёгких. 2014;(4):14–17.
21. Маркелов ЮМ, и др. Сравнительная оценка клинико-экономической эффективности лечения больных туберкулезом в условиях стационара и использования стационарзамещающих технологий. Туберкулёз и болезни лёгких. 2015;(2):32–37.
22. Loveday M, Wallengren K, Brust J, et al. Community-based care vs. Centralised hospitalisation for MDR-TB patients, KwaZulu-Natal, South Africa. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2015;19(2):163–171.
23. Белостоцкий АВ, и др. Оценки эффективности применения организационной формы «дневной стационар» в комплексе противотуберкулезных мероприятий в Орловской области. Туберкулёз и болезни лёгких. 2016;(4):36–42.
24. Неправительственная организация «Молодое поколение Таджикистана» в рамках проекта TB-REP проанализировала барьеры на пути широкого внедрения амбулаторной модели лечения ТБ в стране. Режим доступа: <http://pas.md/ru/TBRep/News/Details/28>
8. Feshchenko YUI, ta in. *Pobichni reaktsiyi protytuberkuloznykh preparativ u protsesi otsinky naslidkiv likuvannya khvorykh na tuberkuloz* (Side effects of anti-TB drugs in the process of assessing the consequences of treatment for patients with tuberculosis). *Tuberkuloz, legenevi khvoroby, VIL-infektsiya*. 2014;(3):90–96.
9. *Proekt "Posylennya kontrolyu za tuberkulozom v Ukraini"* (The project "The control of tuberculosis in Ukraine"). Visnyk. 2016. Available at: www.stbcu.com.ua
10. Pyanzova TV. *Informatsionnaya sreda bolnykh tuberkulezom i yeye vliyaniye na priverzhennost terapii* (Informational environment of tuberculosis patients and its effect on treatment adherence). *Tuberkuloz i bolezni legkikh*. 2012;(5):33–36.
11. Pyanzova TV. *Voprosy vzaimootnosheniya v diade vrach–patsiyent* (Relationship issues in the doctor – patient dyad). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2014;(1):3–7.
12. Streltsov VV, et al. *Osobennosti okazaniya psikhologicheskoy pomoshchi bolnym tuberkulezom legkikh v faze intensivnoy khimioterapii* (v usloviyakh statsionara) (Features of the provision of psychological assistance to patients with pulmonary tuberculosis in the phase of intensive chemotherapy (in a hospital)). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2014;(2):22–27.
13. Volchegorskiy IA, Novoselov IN, Dudarova TI. *Osobennosti affektivnogo statusa bolnykh infiltrativnym tuberkulezom legkikh s mnozhestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu M. TUBERCULOSIS* (Features of the affective status of patients with multidrug-resistant infiltrative pulmonary tuberculosis M. TUBERCULOSIS). *Tuberkuloz i bolezni legkikh*. 2013;(5):56–60.
14. Sukhova EV. *Koping-strategii bolnykh fibrozno-kavernoznym tuberkulezom legkikh i napravleniya psikhosotsialnoy korrektsii* (Coping strategies for patients with fibro-cavernous tuberculosis of the lungs and direction of psychosocial correction). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2014;(2):28–33.
15. Baranova HV, et al. *Dinamika psykhoemotsionalnogo sostoyaniya bolnykh tuberkulezom legkykh na fone psykholoicheskogo soprovozhdeniya protivotuberkuleznoy khimioterapii* (Dynamics of psychoemotional state of patients with pulmonary tuberculosis on the background of psychological support of antituberculous chemotherapy). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2016;(3):44–51.
16. Pyatnochka IT, Kornaha SI, Tkhoryk NV. *Saturatsiya krovi kysnem pry ryznykh formakh tuberkulozu legen zalezno vid ryznykh chynnykiv* (Blood oxygen saturation with various forms of pulmonary tuberculosis, depending on various factors). *Visnyk naukovykh doslidzhen*. 2013;(1):12–14.
17. Pyatnochka IT, Kornaha SI, Tkhoryk NV. *Pro prykhylnist do likuvannya khvorykh na tuberkuloz* (About adherence to the treatment of patients with tuberculosis). *Tuberkuloz, legenevi khvoroby, VIL-infektsiya*. 2015;1(20):108–112.
18. Tkacheva LM, Kopylova YF. *Puti i problemy mezvedomstvennogo vzaymodeystviya v rabote uchastkovogo ftiziatra* (Ways and problems of interdepartmental interaction in the work of the district phthisiatrician). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2012;(2):21–23.
19. *Finalnyy zvit proektu «Analiz progalyu u likuvanni tuberkulozu», 05.01.2017* (Final report of the project "Analysis of gaps in the treatment of tuberculosis", January 5, 2017). Available at: <http://tb.ucdc.gov.ua/finalnyy-zvit-proektu-analiz-progalyn-u-likuvanni-tuberkulozu>
20. Glotova YeV, et al. *Effektivnost kompleksnogo lecheniya bolnykh vpervye vyyavlennym tuberkulezom organov dykhaninya v ambulatornykh usloviyakh* (The effectiveness of complex treatment of patients with newly diagnosed respiratory tuberculosis in an outpatient setting). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2014;(4):14–17.
21. Markelov YuM, et al. *Sravnitel'naya otsenka kliniko-ekonomicheskoy effektivnosti lecheniya bolnykh tuberkulozom v usloviyakh statsionara i ispolzovaniya statsionarzameshchayushchikh tekhnologiy* (Comparative assessment of the clinical and economic efficacy of treating patients with tuberculosis in a hospital and using inpatient technologies). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2015;(2):32–37.
22. Loveday M, Wallengren K, Brust J, et al. Community-based care vs. Centralised hospitalisation for MDR-TB patients, KwaZulu-Natal, South Africa. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2015;19(2):163–171.
23. Belostotskiy AV, et al. *Otsenki effektivnosti primeneniya organizatsionnoy formy «dnevnoy statsionar» v komplekse protivotuberkuloznykh meropriyatiy v Orlovskoy oblasti* (Evaluations of the effectiveness of the use of the organizational form "day hospital" in the complex of tuberculosis measures in the Orlov region). *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2016;(4):36–42.
24. *Nepravitel'stvennaya organizatsiya «Molodaye pokoleniye Tadjikistana» v ramkakh proyekta TB-REP proanalizirovala bar'yery na puti shirokogo vnedreniya ambulatornoy modeli lecheniya TB v strane* (The non-governmental organization "Young Generation of Tajikistan" in the framework of the TB-REP project analyzed the barriers to the widespread introduction of an outpatient TB treatment model in the country). Available at: <http://pas.md/ru/TBRep/News/Details/28>