

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Тверская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Тверской области
Государственное казенное учреждение здравоохранения Тверской области
«Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА

Материалы
III межрегиональной научно-практической
и учебно-методической конференции
с международным участием

19 марта 2014 года

*Под общей редакцией
доктора медицинских наук А. В. Асеева*



Тверь
Редакционно-издательский центр
Тверской государственной
медицинской академии

2014

УДК 616-002.5
ББК 55.4
А 901

Редакционная коллегия: А. В. Асеев, Д. С. Рясенский, Ю. Ф. Платонов.

Рецензенты:

Стаханов В. А., д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО «Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова»;

Богадельникова И. В., д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии, ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

А 901 **Актуальные проблемы туберкулеза** [Текст]: материалы III межрегиональной научно-практич. и учебно-методич. конф. с междунар. участием / под общ. ред. А. В. Асеева. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — 153 с.

ISBN 978-5-8388-136-4

В сборнике рассмотрены актуальные вопросы современной фтизиатрии и преподавания фтизиатрии в вузах: лекарственная резистентность туберкулеза, ассоциация с ВИЧ-инфекцией, рост числа остро прогрессирующих и осложненных форм туберкулеза, необходимость внедрения ускоренных методов детекции туберкулеза и определения лекарственной чувствительности микобактерий, повышение эффективности педагогического процесса во фтизиатрии.

Материалы конференции будут полезны врачам-фтизиатрам, хирургам, инфекционистам, педиатрам педагогическим работникам высших профессиональных учреждений, учащимся медицинских вузов.

УДК 616-002.5
ББК 55.4

ISBN 978-5-8388-136-4

© ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, 2014

© Оформление. Редакционно-издательский центр Тверской государственной медицинской академии, 2014

Содержание

| | |
|---|----|
| Предисловие..... | 5 |
| АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., МАЛЕИНА Ю. В., МИРАКИ Р. И. Туберкулез репродуктивной системы у женщин | 6 |
| АДЖАБЛАЕВА Д. Н., МУХТАРОВ Д. З., АБИЛОВ А. У. Активное выявление туберкулеза у детей и подростков в условиях общей лечебной сети и противотуберкулезной службы | 19 |
| АЛЕКСАНДРОВА Е. Н., МОРОЗОВА Т. И. Принципы противотуберкулезной работы педиатрической службы | 24 |
| АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., ЧЕРНЫШЕВА Ю. В., РЯСЕНСКИЙ Д. С., МАЗУР В. В. Пневмоперитонеум во фтизиатрической клинике: Экстраперитонеальные эффекты | 25 |
| АСЕЕВ А. В. Результаты длительного хирургического ателектаза легкого при туберкулезе | 27 |
| АСЕЕВ А. В. Искусственный пневмоторакс в лечении больных туберкулезом легких: соотношение рентгенологических и барометрических характеристик | 30 |
| БАЖОРА Ю. И., МАЦЕГОРА Н. А., ЧЕСНОКОВА М. М., СМЕТЮК Е. А., БАБУРИНА Е. А. Влияние полиморфизма генов человека на функциональное состояние печени и почек у больных туберкулезом | 32 |
| БЕЛОВА Е. В., СТАХАНОВ В. А. Изучение влияния иммунологической реактивности на чувствительность к туберкулину у детей и подростков в условиях общей лечебной сети | 33 |
| БОЙКО А. В. Организация выявления и диагностики химиорезистентного туберкулеза в Украине на современном этапе | 34 |
| ВАРЧЕНКО Ю. А., БЕГОУЛЕВ О. Е., ГАЛАН И. О., КРАСЮК В. Э. Последствия использования индуктора интерферона на клинические показатели у больных с инфильтративным впервые диагностированным туберкулезом легких | 39 |
| ГАЛАН И. О., ВАРЧЕНКО Ю. А., ДОНЕЦ Д. Г. Динамика некоторых показателей белкового обмена и гепатобилиарной системы у больных с впервые выявленным туберкулезом легких | 40 |
| GERMAN A. A. Уровень кортизола, как показатель адаптации организма к стрессовым факторам | 43 |
| ЕВМЕНЧИК О. Е. Эффективность лечения первично выявленных больных туберкулезом в Тверской области в 2012 году | 44 |

| | |
|--|----|
| ЕРЕМЕНЧУК И. В., ШАПОВАЛОВ В. П. Характеристика профиля резистентности и медицинских факторов риска мультирезистентного туберкулеза легких | 46 |
| ДАДАБАЕВ В. К., ШЕМОНаЕВ Ю. В. Деонтология в профессиональной подготовке врача | 47 |
| КАТИЧЕВА А. В., БРАЖЕНКО О. Н., ЧУЙКОВА А. Г. Влияние табакокурения на течение туберкулеза легких | 48 |
| КОРИЧКИНА Л. Н., ВИЛКОВА Ю. В., ШАРЛАПОВА Т. Н., РОМАНОВА Н. П., КОМАРОВ И. И. Частота выявления туберкулеза у медицинских работников Тверской области | 52 |
| КРЫЛОВ В. В., АСЕЕВ А. В., МАКАРОВ В. К., КОРОЛЮК Е. Г., ГРИШКИНА Н. А., РЯСЕНСКИЙ Д. С., СТАРИКОВ В. С. Борьба с туберкулезом в Твери и Тверской области в XX–XI столетиях | 54 |
| ЛАПШИНА И. С., МЯКИШЕВА Т. В. Изучение эффективности работы противотуберкулезной службы с учетом эпидемиологической ситуации | 58 |
| МАРАСАНОВ С. Б. Лекарственно устойчивый туберкулез: проблемы лечения | 63 |
| МИЛЯЕВ А. А., АСЕЕВ А. В. Влияние метода выявления туберкулеза легких на структуру новых случаев туберкулеза | 64 |
| МИЛЯЕВ А. А., АСЕЕВ А. В. Применение ретростернальной лимфотропной химиотерапии у больных туберкулез/ВИЧ-ассоциированной инфекцией | 66 |
| МОРДЫК А. В., СИТНИКОВА С. В., ПУЗЫРЕВА Л. В., ИВАНОВА О. Г. Проблемы диагностики и повышения эффективности терапии туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией | 67 |
| МОРДЫК А. В., ПУЗЫРЕВА Л. В., ВАЛЕЕВА Г. А. Особенности течения туберкулеза, связанные с беременностью | 69 |
| ПИКАС О. Б. Содержание жирных кислот в плазме крови больных казеозной пневмонией | 70 |
| ПОЗДНЯКОВА Е. И., СЕНЧИХИН П. В., БОГАДЕЛЬНИКОВА И. В. Диагностика латентной туберкулезной инфекции у студентов | 72 |
| РЫЖКОВА О. А., СТРЕЛЬЦОВА Е. Н., САЙФУЛИН М. Х., ПОПОВА Н. А. Оценка переносимости противотуберкулезных препаратов больными туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя | 73 |

| | |
|---|-----|
| РЯСЕНСКИЙ Д. С., АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., ЧЕРНЫШЕВА Ю. В. Современные подходы к определению липидного спектра у больных туберкулезом | 76 |
| РЯСЕНСКИЙ Д. С., АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., ЧЕРНЫШЕВА Ю. В. Использование оцифрованных рентгеновских изображений грудной клетки и электронной почты в преподавании фтизиатрии в медицинском вузе | 78 |
| САЛИНА Т. Ю., МОРОЗОВА Т. И., ДАНИЛОВ А. Н. Микробиологическая и молекулярно-генетическая характеристика возбудителя у больных диссеминированным туберкулезом легких | 79 |
| САФАРЯН М. Д., НИКОЛАЯН Л. Т., ПЕТРОСЯН Р. С. Результаты лечения туберкулеза половых органов у мужчин | 81 |
| СЛИВКА В. И. Патогенетическая роль простагландинов в нарушении функции внешнего дыхания у больных мультирезистентным туберкулезом легких | 84 |
| СЛИВКА В. И. Изменение функционального состояния почек у больных деструктивным туберкулезом легких | 86 |
| СМОКВИН В. Д. Некоторые аспекты обучения интернов пульмонологов-фтизиатров при реформе здравоохранения | 89 |
| СМОКВИН В. Д., БЕСЕДА Я. В. Сочетанное применение патогенетических средств при лечении больных туберкулезом легких | 91 |
| СМОЛЬСКАЯ И. Н., БАБУРИНА Е. А., ШПОТА Е. Е. Современные технологии высшего медицинского образования в преподавании фтизиатрии | 93 |
| СТЕПАНЕНКО В. А. Диагностическое значение изменений в системе крови при туберкулезе различной локализации | 94 |
| СТЕПАНОВА Н. А., СТРЕЛЬЦОВА Е. Н., САЙФУЛИН М. Х. Мотивация к лечению впервые выявленных больных туберкулезом легких | 99 |
| ТОДОРИКО Л. Д. Особенности течения туберкулеза у женщин | 100 |
| ТОДОРИКО Л. Д., ПОДВЕРБЕЦКАЯ Е. В., ПОДВЕРБЕЦКИЙ О. Я. Синдром мальабсорбции, как одна из составляющих формирования химиорезистентности при туберкулезе | 104 |
| ТОДОРИКО Л. Д., ПОДВЕРБЕЦКАЯ Е. В., ЕРЕМЕНЧУК И. В. Особенности преподавания фтизиатрии в высшей медицинской школе | 106 |

- 2) межкафедральная интеграция;
- 3) методический сценарий.

Методический сценарий состоит из:

- а) подготовительного этапа: преподаватель ставит цель, объясняет принцип проведения данной формы обучения, моделирует общую проблему, делит студентов на две конкурентные группы, которым даются идентичные ситуационные задачи, регламентирует время на анализ ситуации и поиск путей решения проблемы;
- б) основного этапа: поочередно каждая группа представляет свой путь решения поставленных в задаче заданий, поочередно представители конкурентных групп имеют возможность вступить в дискуссию с формулированием собственных предложений, преподаватель контролирует регламент дискуссии и оценивает уровень знаний и умений каждого участника;
- в) заключительного этапа: преподаватель предлагает эталонное решение проблемы, допуская возможность дискуссии, дает оценку работе каждого студента, поощряет наиболее активных.

Использование интерактивных технологий обучения, позволяет повысить эффективность усваивания фактического материала; усовершенствовать практические навыки использования теоретических знаний, способствует профессионализации студента, формирует навыки оперативного принятия решений и прогнозирования результатов, коллегиальности. Студенты учатся аргументировано отстаивать свою точку зрения, прислушиваться к мнению коллег в процессе поиска оптимального решения проблемы, что и является сущностью интерактивного общения и обучения.



УДК 616.15-018.5-07:616-002.5

В. А. Степаненко

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ КРОВИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

На современном этапе лабораторная диагностика включает различные методы, которые применяются не только с целью постановки диагноза «Туберкулез», но и определения активности процесса, эффективности терапии, прогноза заболевания и др. Среди общеклинических исследований большой интерес представляет изучение белков плазмы крови.

Изменения в системе крови при туберкулезе (ТБ) имеют специфический характер и обуславливаются главным образом активностью процесса и степенью туберкулезной интоксикации. Как и при любом общем процессе, при

туберкулезе местная клеточная реакция протекает при участии клеток крови, в первую очередь лейкоцитов, которые выполняют основную защитную функцию в организме.

Лейкоциты при туберкулезе претерпевают значительные количественные изменения. Возможен довольно большой диапазон колебаний количества лейкоцитов — от 5000 до 15000. И только лейкоцитоз выше 15000 заставляет думать, кроме ТБ, о каком-либо другом заболевании, присоединившемся к основному процессу. Количество лейкоцитов при различных заболеваниях, в том числе и при ТБ, не следует оценивать отдельно от лейкоцитарной формулы. Чаще всего изменения количества лейкоцитов зависят от нейтрофилов — наиболее многочисленных и подвижных клеток белой крови (в норме их 65–70 % по Негелю, по Шиллингу — 61–71 %). По общему количеству лейкоцитов можно судить только о степени реакции отдельных частей кровеносной системы.

Функцию отдельных частей кроветворной системы отображают абсолютные цифры, а направление процессов обмена в организме и общее состояние организма получают отображение в процентном выражении.

При туберкулезе в основном развивается нейтрофилез с умеренным ядерным «сдвигом» влево, лимфопения, эозинопения и моноцитоз. При диссеминации с распадом и выраженной интоксикацией в периферическую кровь из костного мозга могут поступать миелоциты. Именно эти клетки одними из первых поступают в очаг воспаления.

Лейкоциты способствуют распаду инфильтратов с помощью образованных ими ферментов, в последующем происходит стимуляция процессов регенерации — заживление.

Большую роль играет ферментообразование нейтрофильных лейкоцитов, незначительный «сдвиг» влево при умеренном лейкоцитозе указывает на высокую реактивность организма, хорошую работу кроветворного аппарата и активное функционирование защитных физиологических механизмов. При неблагоприятном течении процесса «сдвиг» влево возрастает с увеличением количества палочкоядерных нейтрофилов до 15–20 %. Прогноз заболевания ухудшается при выраженном «сдвиге» лейкоцитарной формулы влево и увеличении молодых клеток нейтрофильного ряда. «Сдвиг» влево при нормальном количестве лейкоцитов, и особенно при лейкопении, рассматривается при туберкулезе как неблагоприятный признак.

Соотношение величины лейкоцитоза и «сдвига» влево может быть использовано в качестве показателя активности туберкулезного процесса, степени интоксикации и уровня реактивности организма. При туберкулезной интоксикации значительное изменение наблюдается и в эозинофилопозе, даже при малосиптомных формах туберкулеза.

Одной из основных функций эозинофилов в организме является адсорбция, разрушение, с помощью специальных энзимов гистамина и гистамино-

подобных веществ, и транспортировка их к стенкам сосудов. Существенную роль эозинофилы играют в обезвреживании инородного белка, в фагоцитозе (в том числе и микобактерий туберкулеза (МБТ)) и в окислительных процессах.

При вспышке туберкулезного процесса, осложнении его и росте интоксикации, наряду с изменениями количества лейкоцитов, общим нейтрофилезом и ядерным «сдвигом» влево, прогрессивно уменьшается содержание эозинофилов в крови. Рост количества эозинофилов является одним из ранних признаков обратного развития процесса и наступает, как правило, раньше, чем увеличение количества лимфоцитов.

Для определения активности туберкулезного процесса в качестве вспомогательного теста может быть использована туберкулино-эозинофильная проба Михайлова. В ней подсчитывается абсолютное количество эозинофилов до и через 30 минут после подкожного введения 0,1 мл туберкулина в разведении 1:1000 000; реакция считается положительной в случае падения количества эозинофилов не менее чем на 5 % или при низком начальном количестве эозинофилов не менее чем на 20 клеток.

В общей оценке гемограммы большое значение придают количественным и качественным изменениям моноцитов, которые вслед за нейтрофилами поступают в очаг воспаления и выполняют функцию активных макрофагов (в норме их 6—8 %). Моноциты фагоцитируют возбудителя, продукты жизнедеятельности микроба и тканевые элементы распада.

Благодаря наличию генетической связи моноцитов с ретикуло-гистиоцитарной системой, увеличение их количества связывают, с одной стороны — с развитием иммунных процессов, с другой — с развитием специфических морфологических изменений. Моноциты принимают активное участие в формировании туберкулезных бугорков. Моноцит, по мнению некоторых авторов (Селин, Медлар и др.), является наиболее специфической клеткой при туберкулезе.

Моноцитоз крови при туберкулезе отображает момент напряженного образования в организме эпителиоидных клеток. Это тот период, когда в их формировании принимает участие ретикуло-эндотелиальная система, а не только соединительная ткань в месте очага.

Итак, в клинике легочного туберкулеза стойкий моноцитоз крови наблюдается тогда, когда происходит формирование новых бугорков. Этот момент соответствует фазе гематогенной диссеминации.

Продолжительный моноцитоз наблюдается при диссеминированном туберкулезе и при хронически протекающем первичном туберкулезе у взрослых.

В последнее время вспышка туберкулезного процесса нередко протекает с нормальным количеством моноцитов, или отмечается умеренный моноцитоз (до 9—10 %). При тяжелом течении процесса возможно развитие мо-

ноцитопении. Моноцитоз при ТБ может быть и благоприятным признаком, что связано с участием моноцитов в защитных реакциях организма. Моноцитоз при нормальном количестве лейкоцитов, незначительном «сдвиге» влево, лимфоцитозе, эозинофилии и умеренно ускоренном СОЭ, наблюдается при обратном развитии туберкулезного процесса и соответствует фазе рассасывания.

Учитывая особую тропность МБТ к лимфоидной ткани, при развитии туберкулезного процесса рано наступают изменения в количественной и качественной характеристике лимфоцитов и лимфопоезе.

Лимфоциты в организме выполняют ряд важных биологических функций. Противоречивым остается вопрос о прямом участии лимфоцитов в иммунных процессах путем продукции антител. При туберкулезной инфекции лимфоциты принимают участие в фагоцитозе и в образовании внешней зоны бугорка.

Начальный период заболевания протекает одинаково часто как с лимфопенией, так и с умеренно выраженным кратковременным лимфоцитозом. В период активации и генерализации туберкулезного процесса, как правило, развивается лимфопения. Лимфопения с нормальным количеством лейкоцитов или лейкопенией, общим нейтрофилезом, выраженным ядерным «сдвигом» влево, моноцитозом, эозинопенией и ускоренным СОЭ рассматривается как неблагоприятный признак и соответствует фазе распада и диссеминации процесса. Рост количества лимфоцитов при условии постепенной нормализации других составных гемограммы является признаком начала рубцевания, то есть выздоровления. Лимфоцитоз остается еще продолжительное время, даже при отсутствии клинических проявлений заболевания.

Функция базофилов изучена недостаточно. Известно, что базофилы принимают участие в аллергических реакциях, в окислительных процессах и им принадлежит активная роль в процессе свертывания крови благодаря содержанию в них гепарина. Последним обстоятельством объясняют возможное увеличение количества базофилов при склонности к кровохарканью.

Развитие туберкулезной инфекции сопровождается также изменениями в тромбоцитарном составе крови и тромбопоезе. По мере активации туберкулезного процесса и роста интоксикации, увеличивается количество тромбоцитов до $350-450 \times 10^9/\text{л}$, возрастает количество гигантских и дегенеративных форм.

Относительно частоты, характера и патогенеза изменений в эритроцитарном составе крови и в эритропоезе, при туберкулезе нет единого мнения. Туберкулез протекает с умеренной анемизацией. По мере отягощения туберкулезного процесса, закономерно увеличивается частота и выраженность анемии. Если для легочных форм туберкулеза развитие анемии не является характерным, то при внелегочных формах и, особенно, лимфожелезистых поражениях нарушения в эритропоезе встречаются чаще.

Закономерно при туберкулезе наблюдаются изменения и со стороны СОЭ. Установлена некоторая зависимость СОЭ от активности и фазы туберкулезного процесса. При инфильтрации с распадом СОЭ ускоряется до 25–35 мм/ч. Самое большое ускорение СОЭ отмечено при фиброзно-кавернозном процессе.

Для оценки общего состояния больного и, особенно при решении прогноза течения процесса наибольшее значение приобретает изучение СОЭ в динамике заболевания. Прогрессирующее ускорение СОЭ имеет место при активации процесса или при присоединении осложнения.

Особую диагностическую ценность приобретает исследование СОЭ у детей. У детей в динамике заболевания нередко наблюдается ускорение СОЭ лишь на 2–4 мм/ч.

Применение антибактериальных препаратов и патогенетической терапии не приводит к отклонениям в системе крови. Патологические реакции со стороны крови могут возникать при продолжительном и комбинированном лечении несколькими препаратами, а также при особенно выраженной повышенной чувствительности к ним. Могут возникать нарушения в лейко-, эритро- или тромбоцитопоезе.

Так, стрептомицин может привести к лейкопении, эозинофилии; в отдельных случаях развивается агранулоцитоз. Иногда развивается апластическая анемия. Перечисленные побочные реакции системы крови имеют проходящий, обратный характер и ликвидируются при отмене препарата или уменьшения его дозы, а также при назначении дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии.

При проведении антибактериальной терапии необходим тщательный контроль над динамикой гематологических нарушений, по которым можно судить об эффективности проведенного лечения и своевременно распознать побочное действие препаратов.

Все вышеизложенное позволяет считать, что изменения в системе крови при туберкулезе в динамике могут быть достаточно точным и чувствительным тестом, отображающим динамику физиологических и патологических изменений в организме. Систему крови можно в некотором варианте рассматривать как индикатор, по которому можно судить о самом начале патологических изменений в организме, об интенсивности и выраженности нарушений при заболевании, определить динамику процесса, эффективность проведенной терапии и возможное развитие побочных реакций организма на нее, акцентировать внимание в момент обострения заболевания или начала ремиссии.

Многочисленность исследования крови позволяет определить активность, продолжительность и фазу процесса, его направленность и степень туберкулезной интоксикации. Самую большую диагностическую ценность гематологические нарушения приобретают при учете всей, в том числе клинико-

рентгенологической, картины заболевания. Изменения картины крови при туберкулезе зависят в основном от фазы процесса и, в меньшей степени — от формы заболевания.



УДК 616.24-002.5-08

Н. А. Степанова¹, Е. Н. Стрельцова¹, М. Х. Сайфулин²

¹ ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»,

² ГБУЗ АО «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер», г. Астрахань, Россия

МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Туберкулёз представляет сегодня одну из самых серьёзных мировых медицинских проблем.

Цель настоящего исследования — проанализировать социальную ориентацию, клиническое течение у впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких и оценить влияние наличия мотивации к лечению на его эффективность.

Материалы и методы: пролечен 161 впервые выявленный больной туберкулёзом лёгких. Возраст пациентов составил от 19 до 69 лет. Мужчин — 112 (69,6 %), женщин — 49 (30,4 %). Лица трудоспособного возраста составили 103 (64 %), из них работающих 18 (17,5 %). Клиническая структура впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких следующая: преобладает инфильтративный туберкулёз лёгких (54,7 %), диссеминированный (16,7 %), кавернозный (9,3 %), фиброзно-кавернозный (9,9 %), туберкулема (7,5 %), цирротический (1,9 %). Деструкция легочной ткани определялась в 52,3 % случаев. Выделяли микобактерии туберкулёза 91 (56,5 %) пациентов. Контакт с больным туберкулёзом установлен у 15 (9,3 %) больных. Выявлено флюорографически 46 (28,6 %). Пациенты, ежегодно обследовавшиеся флюорографически, составили 16 (9,9 %), не обследовались 2–3 года 77 человек (47,8 %), более 3 лет — 68 (42,3 %).

Для прогнозирования потенциала преодоления болезни впервые выявленными больными туберкулезом легких мы использовали 15 факторных признаков диагностического комплекса, предложенного (Пьянзова Т. В., 2009), который представляет бальную систему оценки медико-социальных характеристик впервые выявленного больного. По результатам оценки при поступлении в стационар, все больные разделены на 2 группы: 1-я — пациенты с высокой приверженностью лечению (n=67) и 2-я — больные с низкой приверженностью лечению (n=94). Эффективность лечения оценивали по истечении 2 месяцев интенсивной фазы (получение не менее 60 доз противотуберкулезных препаратов (ПТП)). Критерии эффективности: рассасывание