



С. Окрешко¹, К. Гамазіна¹, С. Леонтєва¹, Е. Вайтек²

¹Представництво РАТН в Україні, Київ

²Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), Київ

Соціально-психологічна підтримка хворих на мультирезистентний туберкульоз як дієвий спосіб зменшення відривів у лікуванні

Подолання епідемії туберкульозу (ТБ) в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики в сфері охорони здоров'я і за останні роки спостерігається тенденція до зменшення темпів захворювання та смертності, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). На жаль, Україна входить до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) та посідає друге місце за поширеністю ко-інфекції ТБ/ВІЛ у Європейському регіоні. Ефективність лікування МРТБ, за даними ВООЗ, становить 34,9 %, що значно нижче від запланованої мети ВООЗ – 75 %.

Лікування МРТБ передбачає тривалий курс прийому протитуберкульозних препаратів (ПТП), що мають значну токсичність, як мінімум 20 міс. На збільшення відривів хворих від лікування також впливають обмежені знання та міфи про МРТБ, негативне ставлення хворих до лікування, додаткові кошти на препарати для діагностики й лікування супутніх захворювань (побічних ефектів від ПТП), страх втратити роботу через лікування, стигма з боку медичних працівників, незадовільне забезпечення ПТП другого ряду, зловживання алкоголем чи наркотиками та психічні розлади. Відмова чи відриви від лікування є медичною й громадською проблемою, оскільки у хворих, що припиняють лікування, значно збільшуються ризики смертності або розширення спектра стійкості до ПТП і відповідно — пере-

хід від МРТБ до ТБ із розширеною резистентністю. Такі хворі продовжують інфікувати інших уже цією, небезпечнішою формою ТБ.

Більшість випадків невдач та відривів від лікування трапляються на стадії амбулаторного лікування, особливо пацієнтів із груп ризику — ВІЛ-інфікованих, безхатченків, осіб, які потерпають від алкогольної чи наркотичної залежності, людей, що вийшли з місць позбавлення волі, безробітних. Вагомим чинником зміцнення амбулаторного лікування є надання хворим на МРТБ соціально-психологічної підтримки. Разом із відповідною діагностикою та належним лікуванням соціально-психологічна підтримка хворих на МРТБ значно збільшує шанси на успіх лікування та зменшує витрати на нього.

У сучасному світі все сильніші позиції відвоює гуманістична медицина, згідно з якою в процесі лікування лікар відкрито комунікує з хворим, а відносини між медпрацівником та пацієнтом ґрунтуються на взаємній повазі. Цей підхід передбачає перехід від традиційної медицини, де медпрацівники повністю відповідають за здоров'я пацієнта, до залучення пацієнта до співпраці, усвідомлення ним відповідальності за своє здоров'я. З позиції «жертви обставин» пацієнта переводять у позицію активного учасника лікувального процесу.

Пацієнт-орієнтований підхід є основоположним принципом кожної якісної системи охорони здоров'я. Він полягає у наданні комплексної допомоги хворому з повагою до нього і відповідно — до його індивідуальних потреб. При цьому

він є активним та зацікавленим учасником процесу та виступає в ролі поінформованого партнера, який приймає рішення щодо діагностики і власного лікування. Такий підхід глибоко інтегрований в нову глобальну стратегію «Покласти край ТБ» (TheEndTBStrategy).

Пацієнт-орієнтований підхід передбачає, що саме пацієнт перебуває в центрі системи надання йому допомоги — як медичної, так і соціально-психологічної. При цьому пацієнта вже не розцінюють як просто отримувача послуг, він стає повноправним учасником. Лікар, який є експертом у діагностиці і лікуванні МРТБ, та пацієнт, який є експертом своєї життєвої ситуації й своїх потреб, створюють тандем — команду, що доповнює одне одного і залучає інших партнерів для створення комплексного «пакета підтримки лікування», за умови взаємної довіри між лікарем та пацієнтом та ефективного спілкування.

Результати проведених у різних країнах світу досліджень (зокрема країнах колишнього Радянського Союзу), де лікування МРТБ проводили із залученням громадських організацій і соціальних працівників, продемонстрували зниження показників відриву від лікування. Такий підхід може бути хорошим рішенням для поліпшення прихильності пацієнтів до лікування та раціонального використання робочого часу медичних працівників, звільняючи їх для клінічної роботи. Оскільки соціальні працівники зустрічаються зі своїми підопічними щоденно і мають більше часу, ніж медичні працівники, відповідно вони мають більше шансів вчасно виявити побічні ефекти від ПТП і скерувати хворого до лікаря. Там, де пацієнтам надавали всебічну допомогу (психологічну та юридичну, кошти на транспортні витрати, харчування тощо), вдалося досягнути значного зниження рівня відривів від лікування. Хоч така допомога потребує відповідного фінансування, це все ж таки ефективніше використання коштів, ніж на оплату стаціонарного лікування та боротьбу з наслідками відривів та втрати хворих [1–4].

На пацієнт-орієнтованому підході ґрунтується стратегія надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ, розроблена в рамках реалізації проекту «Challenge TB» («Виклик туберкульозу») міжнародною організацією RATH у тісній співпраці з партнерами проекту: Полтавським та Миколаївським комунальними обласними протитуберкульозними диспансерами, Благодійною організацією «Світло надії» (Полтава), Всеукраїнською благодійною організацією «Ініціатива заради життя» (Миколаїв), Миколаївським місцевим благодійним фондом «Вихід», районними та дільничними фтизіатрами і медсестрами ДОТ-кабінетів та Товариства Чер-

воного Хреста України. За фінансової підтримки USAID проект Challenge TB впроваджує в Україні організація RATH у співпраці з міжнародною організацією KNCV Tuberculosis Foundation, Міністерством охорони здоров'я України та Українським центром громадського здоров'я. Розробляючи стратегію пацієнт-орієнтованого підходу, RATH мав на меті розробити спільне з партнерами бачення щодо надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ у Полтавській та Миколаївській областях для формування стійкої прихильності до лікування на амбулаторному етапі; сприяти вдосконаленню планування, впровадження, моніторингу та оцінки заходів соціально-психологічної допомоги, а також партнерству та координації зусиль протитуберкульозної служби, первинної медико-санітарної допомоги і неурядових організацій й ефективному використанню ресурсів.

Утримання на лікування хворих на МРТБ — складний і динамічний процес з низкою чинників, що впливають на поведінку хворого. Успіх лікування вимагає певної поведінки від хворого (щоденний прийом ліків, закінчення повного курсу лікування та ін.) та медпрацівників (призначення адекватного лікування, його моніторинг, надання якісних ліків та ін.). У зв'язку з різними об'єктивними та суб'єктивними причинами хворі не дотримують таких вимог, тому чітке розуміння поведінки кожного хворого (а також медпрацівника) і причин, чому він не виконує рекомендації лікаря, є фундаментальною базою для розробки ефективних заходів соціально-психологічної підтримки хворих. Саме ці причини є бар'єрами на шляху до одужання. У процесі розробки стратегії RATH і партнери провели ретельний аналіз та обговорили причини відривів від лікування хворих на МРТБ у Миколаївській та Полтавській областях і визначили пріоритети й заходи для усунення бар'єрів у лікуванні, поліпшення прихильності пацієнтів до лікування і таким чином — підвищення ефективності лікування МРТБ. Стратегію соціально-психологічної підтримки хворих на МРТБ впроваджено в пілотних Полтавській та Миколаївській областях Благодійною організацією «Світло надії» (Полтава), Всеукраїнською благодійною організацією «Ініціатива заради життя» (Миколаїв), Миколаївським місцевим благодійним фондом «Вихід» та Товариством Червоного Хреста України (ГЧХУ).

Амбулаторне лікування МРТБ можна організувати за різними моделями: а) хворий особисто приходиться за ПТП у кабінет фтизіатра, ДОТ-кабінет, ФАП чи амбулаторію за місцем проживання; б) ліки за потреби хворому доставляють

медсестра ТЧХУ, соціальний працівник і т. ін. Вибір оптимальної моделі проводять лікуючий лікар та районний фтизіатр разом із хворим. Кожен хворий, хоч яку б модель амбулаторного лікування він вибрав, залишається під наглядом районного фтизіатра. Ефективного лікування на амбулаторному етапі можна досягти лише за умови повноцінного командного підходу з боку різних служб: фтизіатричної, первинної медико-санітарної допомоги, соціальної служби, громадських організацій, лікарів вузьких спеціальностей і т. ін. (залежно від індивідуальних потреб хворого).

Лікування МРТБ неможливе без урахування і розв'язання проблем конкретного пацієнта. Жоден спеціаліст не зможе самостійно допомогти у залагодженні всіх проблем хворого на МРТБ, тож для досягнення бажаної ефективності лікування хворих із високим ризиком відриву від лікування потрібно поєднувати зусилля всіх спеціалістів, чия допомога потрібна в кожному конкретному випадку лікування. Найбільш придатною моделлю організації лікувального процесу пацієнтів із широким спектром різноманітних проблем та браком мотивації до лікування є мультидисциплінарна команда (МДК), яка добре зарекомендувала себе під час ведення ВІЛ-інфікованих. Мета роботи МДК — зменшення відривів від лікування, формування стійкої прихильності до лікування та утримання хворого на лікуванні до його повного завершення шляхом надання комплексної медичної й соціально-психологічної підтримки. Впровадження моделі МДК звільняє фтизіатра від непрофільної роботи за рахунок перерозподілу відповідальності між кваліфікованими спеціалістами, кожен із яких виконує конкретні завдання в зоні своєї відповідальності. Основним у цій команді є районний фтизіатр, що визначає тактику ведення хворого.

Хворих залучають до надання соціально-психологічної допомоги шляхом тісної координації дій неурядових організацій (НУО) з Полтавським та Миколаївським обласними протитуберкульозними диспансерами та виправними колоніями областей, де відбуваються покарання засуджені, за письмовою заявкою лікаря-фтизіатра, що лікує, та за письмовою згодою хворого. Це хворі на МРТБ у амбулаторну фазу лікування з ризиком відриву від лікування (безхатченки, особи, які потерпають від алкогольної чи наркотичної залежності, ВІЛ-інфіковані, безробітні тощо) та особи, що звільняються з місць позбавлення волі і переходять на амбулаторне лікування, з ризиком відриву від лікування.

Робота НУО з хворим розпочинається наприкінці стаціонарного лікування під час переходу

на амбулаторну фазу лікування або коли хворого звільняють з місця позбавлення волі. Також до отримання послуг можуть залучати хворих, які вже перебувають на амбулаторній фазі лікування і відмовляються його продовжувати або є ризик, що лікування може бути перерване. Первинну оцінку ризику відриву від лікування та індивідуальних потреб хворого проводить у перших два тижні після госпіталізації психолог стаціонару або лікар, щоб за потреби надати належну психологічну, юридичну чи соціальну підтримку, поки він перебуває в стаціонарі, і таким чином запобігти виникненню проблем після виписки (наприклад, допомогти відновити паспорт громадянина України чи у пошуках житла). У такому разі лікар може звернутися по допомогу в НУО, яка має відповідних фахівців та налагоджені зв'язки з потрібними службами.

Під час підготовки хворого до амбулаторної фази лікування (не пізніше 2 тиж до виписки зі стаціонару) лікар та соціальний працівник зустрічаються з хворим і обговорюють, де йому буде зручно отримувати ПТП під наглядом куратора ДОТ, за можливістю — за місцем проживання. Цю інформацію передають районному фтизіатру, який контактує вибраного хворим куратора ДОТ і підтверджує, що він готовий прийняти цього хворого на лікування. Районний фтизіатр інформує лікаря, що лікує, і підтверджує місце прийому ліків та куратора ДОТ, а також замовляє ПТП. Під час цієї зустрічі соціальний працівник також проводить повторну оцінку ризику відриву від лікування та індивідуальних потреб хворого. Він заповнює «Анкету соціально-психологічного портрета хворого на МРТБ», що відображає різні аспекти життєвої ситуації хворого, аналізує результати оцінки і складає індивідуальний план соціального супроводу хворого. Враховують фінансове становище, місце проживання, фізичний і психічний стан, практичні навички самостійного життя, зайнятість тощо. Участь хворого в розробці плану з самого початку підштовхує його до активної участі в процесі планування та надання послуг. Залежно від потреб хворого в МДК підбирають фахівців потрібного профілю. МДК постійно оцінює наслідки лікування і на регулярних зустрічах обговорює проблеми пацієнта, шляхи розв'язання їх і пропонує внести зміни в індивідуальний план.

Куратор ДОТ своєю чергою ретельно стежить за лікуванням хворого і підтримує тісний контакт із районним фтизіатром та соціальним працівником. Якщо хворий не з'являється по дозу ПТП, куратор ДОТ негайно інформує про це районного фтизіатра та соціального працівника, який допомагає з'ясувати причину, чому

хворий не прийшов по ліки, та провести заходи для запобігання повторенню подібної ситуації в майбутньому. Соціального працівника активно залучають до виявлення побічних ефектів і інформують про них МДК для вчасного купірування і залучення належних спеціалістів. Соціальний працівник також допомагає забезпечити регулярні візити хворого до районного фтизіатра для обстеження.

Ефективність надання соціально-психологічної допомоги хворим на МРТБ оцінюють за результатами систематичного моніторингу і оцінки. Основний показник успішності роботи МДК — зміна поведінки хворого, запобігання відривам та підвищення ефективності лікування МРТБ. Індикатори також відстежують кількість хворих, які дістали соціально-психологічну допомогу і припинили лікування, та кількість хворих, які отримували соціально-психологічну допомогу і поновили лікування після перерви.

За період впровадження стратегії НУО з 01.12.2015 до 31.12.2016 рр. соціально-психоло-

гічною підтримкою в Миколаївській та Полтавській областях було охоплено 347 хворих на МРТБ, і їм було надано низку послуг: консультації психолога та юриста; допомога в оформленні документів, пошуках житла, у працевлаштуванні, в лікуванні алко- та наркозалежності; видача продуктивних наборів та карток поповнення мобільного рахунку; відшкодування транспортних витрат для проїзду хворих до лікарів чи проходження обстеження. Завдяки цьому 92 хворих повністю завершили лікування; 26 переривали лікування, але за допомогою соціальних працівників поновили його і надалі лікуються. Станом на 31.12.2016 р. 174 хворих продовжували лікування і отримували соціальний супровід. Дев'ять хворих було втрачено для спостереження, і їх не вдалося утримати на лікуванні.

Наразі стратегія надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ і надалі впроваджується у Полтавській та Миколаївській областях, а з 1 квітня до цієї роботи планують залучити НУО Київської, Львівської та Одеської областей.

Список літератури

1. Кужко М., Михайлова А., Ахтирський О. Вплив комплексу соціально-психологічної підтримки на ефективність лікування хворих на туберкульоз легень // Запорізький мед. журн.— 2011.— Т. 13, № 2.— С. 10—13.
2. Kaliakbarova G., Pak S., Zhaksylykova N. et al. Psychosocial Support Improves Treatment Adherence Among MDR-TB Patients. Experience from East Kazakhstan // The Open Infectious Diseases Journal.— 2013.— N 7.— С. 60—64.
3. Skrahina A., Rusovich V., Dara M. et al. MDR-TB in Belarus, the Role of Outpatient Care Strengthening and Social Support // Int. J. Mycobiol.— 2015.— N 4.— С. 79.
4. Toczek A., Cox H., Cros P. et al. Strategies for reducing treatment default in drug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis // Int. J. Tuberc. Lung Dis.— 2012.— N 17.— С. 299—307.

Контактна інформація:

Окромешко Світлана Степанівна, консультант РАТН в Україні
01033, м. Київ, вул. Шота Руставелі, 25Б

Стаття надійшла до редакції 28 лютого 2017 р.