



М.М. Кужко¹, А.О. Михайлова², О.І. Ахтирський³

ВПЛИВ КОМПЛЕКСУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

¹Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, м. Київ,

²КУ СТМО «Фтизіатрія», Запорізька область,

³Запорізька медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: соціально-психологічна підтримка, ефективність лікування, туберкульоз легень.

Ключевые слова: социальное-психологическая поддержка, эффективность лечения, туберкулез легких.

Key words: psychosocial support, treatment efficacy, pulmonary tuberculosis.

Обговорюється досвід надання соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз легень у Запорізькій області. Проведено порівняльний аналіз ефективності й тривалості лікування хворих на туберкульоз легень з урахуванням впливу соціальних факторів, чинників соціальної та психологічної підтримки.

Обсуждается опыт оказания социально-психологической поддержки больных туберкулезом легких в Запорожской области. Проведен сравнительный анализ эффективности и длительности лечения больных туберкулезом легких с учетом влияния социальных факторов, факторов социальной и психологической поддержки.

The article discusses the experience in providing of psychosocial support to patients with pulmonary tuberculosis in Zaporozhye region. Comparative analysis of efficacy and duration of treatment of patients with pulmonary tuberculosis with regard to the influence of social factors, factors of social and psychological support was done.

Сьогодні туберкульоз – найбільш розповсюджене інфекційне захворювання, що займає перше місце в структурі смертності людей від інфекційної патології. Розповсюдженість епідемії туберкульозу – не тільки медична проблема. Основними причинами зростання захворюваності є загальне погіршення умов життя і харчування, збільшення міграції населення через Україну з країн Азії та колишнього Радянського Союзу з неблагополучною ситуацією відносно туберкульозу, збільшення кількості соціально незахищеного населення, погіршення системи охорони здоров'я [5,9]. Серед тих, хто захворів на туберкульоз уперше, соціально незахищені особи складають від 86% до 92% в різних регіонах України, 65–80% – безробітні працездатного віку. На жаль, від 25% до 30% тих, хто захворів уперше, ставляться до лікування негативно, а 10–15% припиняють його взагалі. Припинення бактеріовиділення серед уперше виявлених відзначають у 64% випадків, 36% бактеріовиділювачів взагалі не виліковуються. Головна причина несприятливих результатів туберкульозу – дострокове припинення курсу лікування й переривисте його проведення [5,9]. Нерегулярний неконтрольований прийом медикаментів призводить до формування деструктивних форм, розвитку хіміорезистентного туберкульозу легень, у результаті чого такі пацієнти переходять в епідемічно найнебезпечнішу категорію хворих [3,6,8]. Розвиток множинної лікарської стійкості набагато знижує шанси на вилікування, а розвиток лікарської стійкості до протитуберкульозних препаратів (ППП) II ряду робить хворобу майже невиліковною [3].

Щоб змінити ситуацію на краще, поряд з повноцінною специфічною протитуберкульозною хіміотерапією, патогенетичною, симптоматичною та іншою медикаментозною

терапією потрібно впроваджувати стимулюючу терапію психологічного й матеріального заохочення.

Вже з 2006 року в Україні застосовується нова стратегія ефективної боротьби з туберкульозом, запроваджено нові підходи до боротьби з хворобою, що ґрунтуються на ДОТС-стратегії, адаптованій до місцевих умов [9]. Організація лікувального процесу об'єднує 2 принципи ДОТС-стратегії: стандартизована короткотривала хіміотерапія протягом 6–8 місяців для всіх хворих на туберкульоз під безпосереднім контролем і соціальна підтримка амбулаторних хворих [9].

Такий досвід роботи має протитуберкульозна служба Запорізької області. В 2006 році складено комплекс заходів із заохочення хворих до лікування, що включає:

- безпосередній нагляд за прийомом ПТП;
- організацію соціальної підтримки вперше виявленим хворим на туберкульоз на амбулаторному етапі лікування у вигляді харчових і гігієнічних наборів, безкоштовного проїзду в протитуберкульозний заклад;
- забезпечення психологічної допомоги пацієнтам груп ризику дострокового переривання хіміотерапії (організація навчання медичного персоналу з комунікації та міжособистісного спілкування й консультування хворих);
- медико-санітарну підготовку пацієнтів і їх родичів;
- спільну роботу з міжнародними, громадськими, благодійними та іншими організаціями із забезпечення контролюваного лікування хворих на туберкульоз.

Для стимулювання зацікавленості хворого в лікуванні з урахуванням його прихильності до лікування і рівня добробуту, на амбулаторному етапі терапії організовано соціальну підтримку у вигляді харчових і гігієнічних наборів.

У 2006 році протитуберкульозна служба Запорізької області



розробила проект обласної програми з соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз осіб і подала на розгляд до Запорізької обласної ради. У листопаді того ж року рішенням сесії Запорізької обласної ради від 30.11.2006 р. №10 в області прийнято «Обласну програму соціальної адаптації бездомних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі, а також інших малозабезпечених хворих на туберкульоз на 2006–2009 рр.» (далі – Обласна програма).

Показаннями для призначення соціальної підтримки є:

- малозабезпечені хворі на туберкульоз, у яких середньомісячний прибуток не перевищує 2 прожиткових мінімумів;
- особи без постійного місця мешкання;
- звільнені з місць позбавлення волі.

Обласна програма включає:

- компенсацію вартості проїзду у вигляді проїзних білетів на електротранспорті в протитуберкульозні заклади для пацієнтів, хворих на туберкульоз;
- безкоштовний проїзд для медичних працівників, які беруть участь у проведенні контрольованої хіміотерапії;
- фінансування організації кабінетів консультування за позабюджетні кошти.

З метою зменшення кількості хворих на туберкульоз, які переривають лікування, з 2007 року в протитуберкульозних закладах області відкрито 9 кабінетів психологічної та соціальної допомоги пацієнтам, які вперше захворіли на туберкульоз – кабінети консультування (далі – Кабінети). Запорізька область є єдиним регіоном в Україні, де вперше відкрито такі Кабінети. Позитивними результатами роботи Кабінетів впродовж 2007–2009 рр., протитуберкульозна служба Запорізької області довела доцільність їх відкриття. У січні 2010 року Управління охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації отримало письмову згоду від Міністерства охорони здоров'я України щодо функціонування таких Кабінетів, як «пілотний проект». У Запорізькій області вони відкриті за рахунок посад інших структурних підрозділів у межах загальної штатної кількості та фонду оплати праці протитуберкульозних закладів, оскільки наказом МОЗ України №33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» штатними нормативами організація таких Кабінетів не передбачена. Кабінети консультування обладнані за рахунок коштів міжнародної організації «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я» (PATH) і за рахунок позабюджетних коштів благодійних фондів. Міжнародна організація PATH підготувала медичний персонал з комунікації, міжособистісного спілкування й консультування хворих.

У реалізації Програми з безкоштовного проїзду хворих на туберкульоз у протитуберкульозні заклади брали участь благодійні фонди й неурядова міжнародна організація PATH. Ця Програма діє на сьогодні тільки на території м. Запоріжжя. Кількість хворих, які за місяць отримують проїзні талони, складає приблизно 70 осіб.

Обов'язковою умовою ефективності протитуберкульозних заходів є міжвідомча взаємодія. Отже, до здійснення контролю над захворюваністю туберкульозом в області залучено різні відомства та неурядові організації, адміністрації всіх рівнів.

МЕТА РОБОТИ

Вивчити вплив соціальних факторів і комплексу заходів соціальної підтримки на ефективність і тривалість лікування туберкульозу в Запорізькій області.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота проводилась на базі КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» Запорізької обласної Ради. За період дії Обласної програми 2007–2009 років понад 1544 хворих на туберкульоз отримали адресну допомогу у вигляді продовольчих і гігієнічних наборів (87% осіб, які потребують такої допомоги). Близько 180 хворих на туберкульоз в області отримували цю допомогу щомісячно. Протягом 2007–2009 рр. видано 11 352 продовольчих і 5676 гігієнічних наборів.

Відомості про пацієнтів (з уперше виявленим захворюванням, 2007–2009) отримано при вивченні медичної карти хворих на туберкульоз (форма № 081/0); журналу реєстрації хворих (форма № 03-ТБ/0); статистичних карт виписаних зі стаціонару (форма № 066/0); медичної карти лікування (форма № 01-ТБ/0); медичних карт стаціонарних хворих (форма № 003/0); щорічних звітів закладу; щомісячних звітів з соціальної підтримки хворих на туберкульоз, які знаходяться на амбулаторному етапі лікування.

Проведено аналіз матеріалів 1400 вперше виявлених хворих на туберкульоз легень (дорослий контингент), зареєстрованих у 2007–2009 рр. (м. Запоріжжя, Пологівський, Василівський, Великобілозерський райони).

Виділено 2 групи пацієнтів: I (основна) – 700 осіб, які на фоні лікування отримували продуктові набори, безкоштовний проїзд у протитуберкульозний заклад; II (контрольна) – 700 осіб, які не отримували соціальної підтримки. В I групі 75% чоловіків, у II – 78%. Хворі I групи за віком розподілились так: 19–39 років – 315 (45%), 40–59 – 305 (43,6%), старше 60 років – 80 (11,4%); пацієнти II групи: 19–39 років – 274 (39,2%), 40–59 – 385 (54,6%), старше 60 років – 44 (6,3%).

Дослідження харкотиння проводили бактеріоскопічним і бактеріологічним методами за загальноприйнятими методиками (наказ МОЗ України від 06.02.2002 №45 «Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції» [1]). Рентгенологічне обстеження пацієнтів (обзорна рентгенографія органів грудної порожнини, томографічне обстеження легень) проведено на рентгенодіагностичному апараті РУМ-20М Г202-2 і знімальному комплексі ШД-НД+СД-Н «Мосрентген», СРСР.

Результати дослідження оброблені сучасними методами аналізу на персональному комп'ютері з використанням статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., № AXXR712 D833214FAN5).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На основі досліджень проаналізовано структуру клінічних форм туберкульозу легень у хворих обох груп (табл. 1). Найбільшу кількість хворих в обох групах зареєстровано з інфільтративною формою туберкульозу (377 – 54%; 351 – 50,1% відповідно); 28,1% пацієнтів II групи мали дисемінований туберкульоз, майже стільки ж осіб з вогнищевим туберкульозом у I групі. На третьому місці за

Таблиця 1
Структура клінічних форм туберкульозу за 2007–2009 роки у Запорізькій області

Клінічна форма туберкульозу легень	Група хворих			
	I група (з соціальною підтримкою)		II група (без соціальної підтримки)	
	абс.	%	абс.	%
Вогнищева	173	24,7	139	19,8
Інфільтративна	377	54	351	50,1
Дисемінована	142	20,2	197	28,1
Фіброзно-кавернозна	4	0,6	7	0,8
Казеозна пневмонія	4	0,6	6	0,8
Загалом	700	100	700	100

частотою виявлення в I групі знаходиться дисемінований туберкульоз (20,2% випадків), у II – вогнищевий туберкульоз (19,8%).

У II групі превалюють казеозна пневмонія та фіброзно-кавернозний туберкульоз.

У I групі превалювали особи, які працюють за фахом, – 242 (34,5%) та непрацюючі – 291 (41,6%). У II групі більшість також склали безробітні – 372 (53,1%) і робочі – 182 (26%). Питома вага інвалідів і безробітних значно вища в групі хворих, які не отримували соціальну підтримку. Розподіл пацієнтів за зайнятістю подано на *рис. 1*.

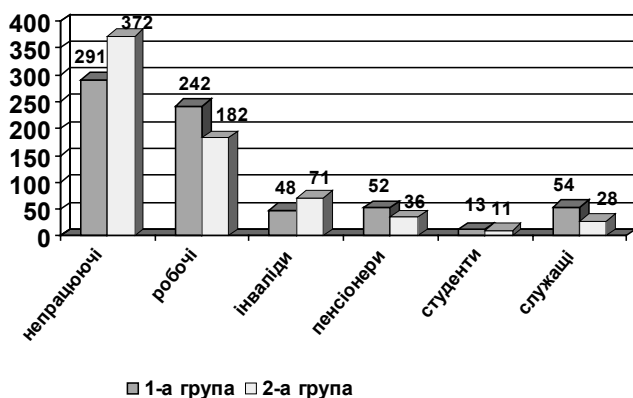


Рис. 1. Соціальний статус хворих I та II груп.

Проведено порівняльний аналіз тривалості лікування за стандартними схемами хіміотерапії у хворих основної та контрольної груп. При цьому, аналізували наступні критерії: завершення лікування наприкінці 15 місяця з моменту його початку, ефективність терапії, перерви у лікуванні, смертність і вибування хворого з району обслуговування (*рис. 2*).

На *рис. 2* подано відповідність термінам лікування у пацієнтів I групи спостереження. Ефективність лікування також вища у I групі (*рис. 3*).

На момент завершення курсу хіміотерапії відзначено її ефективність за критеріями припинення бактеріовиділення (на основі даних мікробіологічного дослідження) та закриття деструкції легеневої тканини (за результатами рентгенографічного дослідження) у 87,7% пацієнтів I групи (613 осіб) і 63% хворих II групи (441 особа). Дані про неефективне лікування у хворих обох груп різняться несуттєво, що

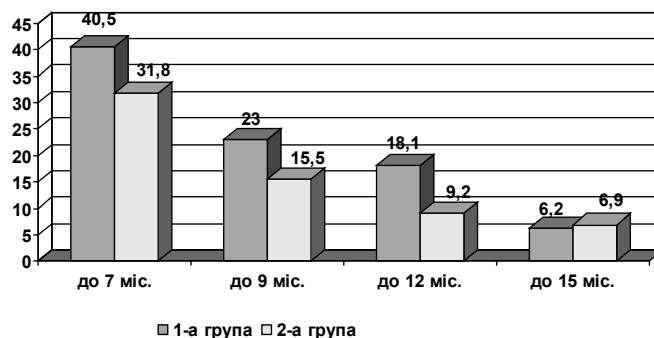


Рис. 2. Розподіл хворих відповідно тривалості лікування.

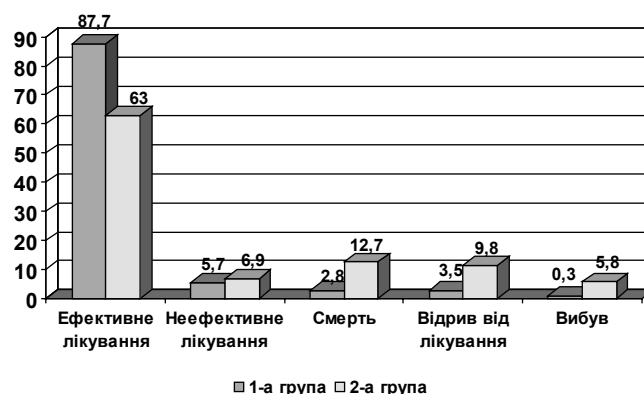


Рис. 3. Розподіл хворих за критеріями дослідження.

можна пояснити індивідуальними особливостями перебігу специфічного процесу та характером стійкості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів.

Аналіз смертності хворих основної та контрольної груп показав, що питома вага померлих у I групі складає 2,8% (19 осіб), у II – 12,7% (88 осіб). Низький відсоток померлих від туберкульозу в I групі пояснюється тим, що соціальна підтримка надається тільки на амбулаторному етапі лікування, а хворі з тяжкими й розповсюдженими формами захворювання лікуються в умовах стаціонару, де такої підтримки немає.

Відрізняється кількість відривів від лікування і кількість хворих, які вибули, в основній і контрольній групах, оскільки ці дані враховуються тільки на амбулаторному етапі спостереження хворих.

Як результат впровадження комплексу заходів, спрямованих на створення мотивації до лікування, досягнуто стабілізації та покращення основних епідемічних показників з туберкульозу. Основним індикатором успіху роботи наведених соціальних Програм є кількість відривів від лікування туберкульозу, яка, відповідно до рекомендацій ВООЗ, має становити не більше 3%. У Запорізькій області завдяки комплексу цих заходів значно знизився показник частоти переривання терапії проти туберкульозу (12,5% у 2009 році проти 29,3% на 2007 рік). Зменшилась кількість відмов від лікування з 11% до 5%, що є індикатором дії контрольованої терапії проти туберкульозу (*табл. 2*).

ВИСНОВКИ

Кількість пацієнтів, які повністю завершили лікування в



Таблиця 2

В області	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.
Перерва в лікуванні	30%	29,3%	15%	12,5%
Відмова від лікування	11,2%	11%	7,4%	5%

термін до 7 місяців, вища в I групі (отримували соціально-психологічну підтримку) – 40,5%, на противагу II групі (таку допомогу не отримували) – 31,3%.

Ефективність лікування через 12–15 місяців хіміотерапії вища у пацієнтів I групи – 87,7%, у порівнянні з пацієнтами II групи – 63%.

Впровадження комплексу заходів соціально-психологічної допомоги з запобігання достроковому припиненню лікування дозволило зменшити відсоток таких осіб серед тих, хто захворів на туберкульоз уперше, з 29,3% до 12,5%, відмов від лікування – з 11,2% до 5,1%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Інструкція з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції. Наказ МОЗ України № 45. – К., 2002. – 118 с.
2. Лебедева Н.О. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких / Лебедева Н.О., Сухова Е.В. // Пробл. туб. – 2006. – №12. – С. 13–16.
3. Лепшина С.М. Проблемы химиорезистентного туберкулеза на

современном этапе / Лепшина С.М. // Архив клин. и экспер. мед. – 2008. – №1. – С. 77–80.

4. Лечение туберкулеза: Рекомендации для национальных программ / Всемирная организация здравоохранения. – 2-е изд. – Женева, 1998.
5. Мельник В.М. Современные аспекты организации выявления, диагностики, лечения и профилактики туберкулеза / Мельник В.М. // Doctor. – 2006. – №2. – С. 55–60.
6. Мишин В.Ю. Особенности течения процесса и эффективность лечения больных туберкулезом легких, выделяющих микобактерии туберкулеза с обширной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам / Мишин В.Ю., Комисарова О.Г., Чуканов В.И., Кононец А.С. // Пробл. туб. – 2009. – №2. – С. 50–52.
7. Пунга В.В. Итоги и опыт работы Центрального НИИ туберкулеза РАМН в пилотных территориях по контролю за выявлением и лечением туберкулеза (когортный анализ) / Пунга В.В., Ерохин В.В., Нагорная Е.Д. и др. // Пробл. туб. – 2006. – №8. – С. 6–8.
8. Соколова Г.Б. Клинико-рентгенологические и бактериологические особенности лекарственно-резистентного туберкулеза / Соколова Г.Б., Богадельникова И.В., Бирон М.Г. и др. // Пробл. туб. – 2009. – №2. – С. 50–52.
9. Феценко Ю.І. Перспективи контролю за туберкульозом в Україні / Феценко Ю.І., Турченко Л.В., Мельник В.М. // Український пульмонологічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 5–10.
10. Шилова М.В. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе / Шилова М.В., Хрулева Т.С. // Пробл. туб. – 2005. – №3. – С. 3–11.

Відомості про авторів:

Кужко М.М., д. мед. н., професор, зав. відділення фізіопульмонології Інституту фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України.

Михайлова А.О., заступник генерального директора з диспансерної роботи та ЕТН КУ СТМО «Фізіатрія», зав. диспансерним відділенням КУ «Обласний тубдиспансер» ЗОР.

Ахтирський О.І., головний фізіатр Запорізького управління охорони здоров'я облдержадміністрації, к. мед. н., доцент каф. фізіатрії і пульмонології ЗМАПО.

Адреса для листування:

Михайлова Аделіна Олексіївна. 69035, м. Запоріжжя, вул. Перспективна, 2, КУ «Обласний тубдиспансер»ЗОР, диспансерне відділення.

Тел.: (061) 236 64 83.

E-mail: adelina1407@mail.ru