

Одним з важливих елементів ефективності лікування хворих на туберкульоз легень є соціально-психологічна підтримка

Михайлова А. О.

КУ СТМО «Фтизіатрія», Запорізька обл.

ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Михайлова А. А.

Проводится сравнительный анализ эффективности и длительности лечения больных туберкулёзом лёгких с учётом влияния факторов социальной и психологической поддержки.

AN IMPORTANT ELEMENT OF EFFECTIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IS SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Mikhaylova A. O.

A comparative analysis of efficacy and duration of treatment of patients with pulmonary tuberculosis with regard to the influence of the factors of social and psychological support.

На сьогоднішній день туберкульоз є найрозповсюдженим інфекційним захворюванням та займає перше місце в структурі смертності людей від інфекційної патології. Погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні почалося з 90-х років минулого століття та було зумовлено загостренням соціально-економічних відношень. Нині на епідемічну ситуацію з туберкульозу великий вплив мають соціальні фактори. Відомо, що показники захворюваності набагато вищі в соціально незахищених верствах населення. У різних регіонах України, серед тих, що вперше захворів на туберкульоз:

- представники соціально-незахищені верства населення складають від 86 до 92 %;
- непрацюючі особи працездатного віку – 65-80 %.

Нажаль, серед хворих, що вперше захворіли на туберкульоз:

- від 25 до 30 % відносяться до лікування негативно,
- 10-15 % припиняють його взагалі.

Припинення бактеріовиділення серед вперше виявлених хворих по когортному аналізу складає 64 %, а 36 % бактеріовиділювачів взагалі не виліковується. Перша та головна причина невдалих результатів лікування туберкульозу є дострокове припинення курсу лікування або пе-

реривчасте його проведення хворими [2, 7].

Підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз є найважливішим напрямом поліпшення епідемічної ситуації по туберкульозу [4, 10].

Нерегулярний неконтрольований прийом медикаментів призводить до формування деструктивних форм, розвитку хіміорезистентного туберкульозу легень, у результаті чого ці хворі переходять в епідемічно найнебезпечнішу категорію хворих [3, 6, 8]. Розвиток множинної лікарської стійкості набагато знижує шанси на вилікування хворих, а розвиток лікарської стійкості до протитуберкульозних препаратів (ПТП) II ряду робить хворобу майже невиліковною [3]. Щоб змінити ситуацію на краще, поряд з повноцінною специфічною протитуберкульозною хіміотерапією, патогенетичною, симптоматичною та ін. медикаментозною терапією потрібно впроваджувати стимулюючу терапію психологічного та матеріального заохочення. Одним з таких напрямів є соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз. Одним із шляхів попередження відривів від лікування є соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз. Такий досвід роботи має протитуберкульозна служба Запорізької обл.

Вже з 2006 р. Україна розробила та застосує нову стратегію ефективної боротьби з

туберкульозом, запроваджує нові підходи до боротьби з туберкульозом, які ґрунтуються на ДОТС-стратегії, адаптованій до українських національних умов [9].

Організація лікувального процесу об'єднує два принципи ДОТС-стратегії [9]:

- стандартизована короткотривала хіміотерапія протягом 6-8 місяців для всіх хворих на туберкульоз під безпосереднім контролем;

- соціальна підтримка амбулаторних хворих.

У 2006 р. був складений комплекс заходів з притягнення хворих до лікування, що включає:

- безпосередній нагляд за прийомом ПТП;

- організацію соціальної підтримки вперше виявлених хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі лікування у вигляді харчових та гігієнічних наборів, безкоштовного проїзду до протитуберкульозного закладу;

- забезпечення психологічної допомоги пацієнтам із груп ризику дострокового переривання хіміотерапії (організація навчання медичного персоналу з комунікації та міжособистого спілкування і консультування хворих);

- медико-санітарне освічення серед пацієнтів та їх родичів;

- спільну роботу з міжнародними, громадськими, благодійними та іншими організаціями по забезпеченню контролюючого лікування хворих на туберкульоз.

У 2006 р. протитуберкульозна служба Запорізької обл. розробила проект обласної програми з соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз осіб та подала його на розгляд до Запорізької обласної ради. І вже у листопаді того ж року в області була прийнята «Обласна програма соціальної адаптації бездомних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі, а також інших малозабезпечених хворих на туберкульоз» (далі – Обласна програма), яка діє по цей час.

Показаннями для призначення соціальної підтримки є особи із групи соціального ризику, які хворі на вперше діагностований туберкульоз легень:

- малозабезпечені;

- особи без постійного місця мешкання;

- звільнені з місць позбавлення волі;

- особи, які потрапили в тяжкі життєві умови.

З метою зменшення кількості хворих на туберкульоз, які переривають лікування, з 2007 р. в протитуберкульозних закладах області відкрито 9 кабінетів психологічної та соціальної допомоги пацієнтам, що вперше захворіли на

туберкульоз, – кабінети «Консультування» (далі – Кабінети). Запорізька обл. є єдиним регіоном в Україні, де вперше відкрито такі Кабінети.

За позитивними результатами роботи даних Кабінетів впродовж 2007-2009 рр., протитуберкульозна служба Запорізької обл. довела доцільність їх відкриття, та вже у січні 2010 р. управління охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації отримало письмову згоду від Міністерства охорони здоров'я України щодо функціонування вищезазначених Кабінетів, як «пілотний проект».

У реалізації Програми по безкоштовному проїзду хворих на туберкульоз до протитуберкульозних закладів брали участь благодійні фонди та неурядова міжнародна організація РАТН. Дана Програма діє поки тільки на території м. Запоріжжя. Кількість хворих, які отримують в місяць проїзні талони, складає приблизно 70 осіб.

Обов'язковою умовою ефективності протитуберкульозних заходів є міжвідомча взаємодія різних відомств та неурядових організацій, адміністрацій всіх рівнів.

Мета роботи – вивчити вплив комплексу заходів соціально-психологічної підтримки на ефективність та тривалість лікування хворих на туберкульоз легень у Запорізькій обл.; провести порівняльний аналіз ефективності та тривалості лікування хворих на туберкульоз легень з урахуванням впливу факторів соціальної та психологічної підтримки.

Матеріали і методи дослідження. Робота проводилася на базі КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» Запорізької обласної ради. У розробку були взяті вперше виявлені хворі на туберкульоз легень Запорізької обл. за період 2007-2010 рр. За період дії Обласної програми 2007-2010 рр., понад 1544 хворих на туберкульоз отримали адресну допомогу у вигляді продовольчих та гігієнічних наборів, що складає 87 % від потребуючих. Близько 180 хворих на туберкульоз в області отримували цю допомогу щомісячно. Протягом 2007-2010 рр. видано 11352 продовольчих та 5676 гігієнічних наборів.

Відомості про хворих отримані при вивченні таких документів:

- медична карта хворих на туберкульоз (форма № 081/0);

- журнал реєстрації хворих на туберкульоз (форма № 03-ТБ/0);

- статистичні карти вибулих із стаціонару

(форма № 066/0);

- медична карта лікування хворого на туберкульоз (форма № 01-ТБ/0);

- медичні карти стаціонарних хворих (форма № 003/0);

- щорічні звіти закладу;

- щомісячні звіти з соціальної підтримки хворих на туберкульоз, які знаходяться на амбулаторному етапі лікування.

Проведено аналіз матеріалів 1400 вперше виявлених хворих на туберкульоз легень (дорослий контингент), які були зареєстровані у 2007-2009 рр. (м. Запоріжжя, Пологівський, Василівський, Великобілозерський р-ни).

Було виділено 2 групи пацієнтів:

- 1 група (основна) – 700 осіб (серед них 75 % чоловіків), які отримували на фоні лікування продуктивні набори, безкоштовний проїзд до протитуберкульозного закладу;

- 2 група (контрольна) – 700 осіб (серед них 78 % чоловіків), які не отримували соціальної підтримки.

Хворі за віком розподілилися таким чином:

а) у 1 групі:

- 19-39 років – 315 (45 %) хворих;

- 40-59 років – 305 (43,6 %);

- старше 60 років – 80 (11,4 %);

б) у 2 групі:

- 19-39 років – 274 (39,2 %);

- 40-59 – 385 (54,6%);

- старше 60 років – 44 (6,3 %) хворих.

Дослідження харкотиння проводили бактеріоскопічним та бактеріологічним методами за загально прийнятими методиками (наказ МОЗ України від 06.02.2002 № 45 «Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції» [1]). Рентгенологічне обстеження пацієнтів (оглядова рентгенографія органів грудної порожнини, томографічне обстеження легень) проводилося на рентгендіагностичному апараті РУМ-20М Г202-2 та знімальному комплексі ШД-НД+СД-Н («Мос-рентген», 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 підставі проведених досліджень проаналізовано структуру клінічних форм туберкульозу легень у хворих з обох груп (табл. 1).

Таблиця 1 - Структура клінічних форм туберкульозу за 2007 – 2010 рр. у Запорізькій обл.

| Клінічна форма туберкульозу легень | Група хворих | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|
| | 1 група (з соціальною підтримкою) | | 2 група (без соціальної підтримки) | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Вогнищева | 173 | 24,7 | 139 | 19,8 |
| Інфільтративна | 377 | 54,0 | 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 |
| РАЗОМ | 700 | 100,0 | 700 | 100,0 |

Найбільше число хворих в обох групах було зареєстровано з інфільтративною формою туберкульозу:

- у 1 групі – 377 (54 %);

- у 2 групі – 351 (50,1 %).

У 2 групі 28,1 % хворих мали дисемінований туберкульоз та майже стільки ж у 1 групі – вогнищевий туберкульоз.

На третьому місці по частоті знаходився:

- у 1 групі – дисемінований туберкульоз (20,2 % випадків);

- у 2 групі – вогнищевий туберкульоз (19,8 %).

Значно переважають у 2 групі такі клінічні форми, як казеозна пневмонія та фіброзно-кавернозний туберкульоз.

Проведено порівнювальний аналіз тривалості лікування за стандартними схемами хіміотерапії у хворих основної та контрольної груп; при цьому аналізувалися такі критерії (рис. 1):

- завершення лікування на кінець 15 місяця з моменту початку лікування;

- ефективність лікування;

- відривки від лікування;

- смертність та вибування хворого із району обслуговування.

На рис. 1 надана відповідність термінам лікування у пацієнтів 1 групи спостереження; при цьому ефективність лікування також вища у 1 групи (рис. 2).

На момент завершення курсу хіміотерапії вона була ефективна за критеріями припинення бактеріовиділення (на основі даних мікробіологічного дослідження) та закриття де-струкції легеневої тканини (за даними рентгено-томографічного дослідження):

- у 613 (87,7 %) хворих 1 групи;

- у 441 (63 %) хворих 2 групи.

Данні про неефективне лікування у хворих обох груп не дуже розрізняються, що можна по-

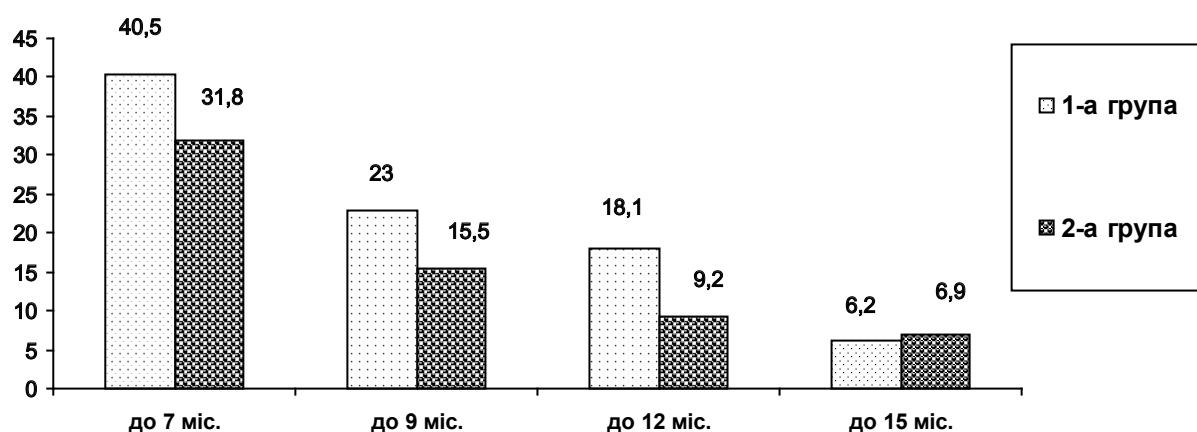


Рисунок 1. Розподіл хворих відповідно до тривалості лікування

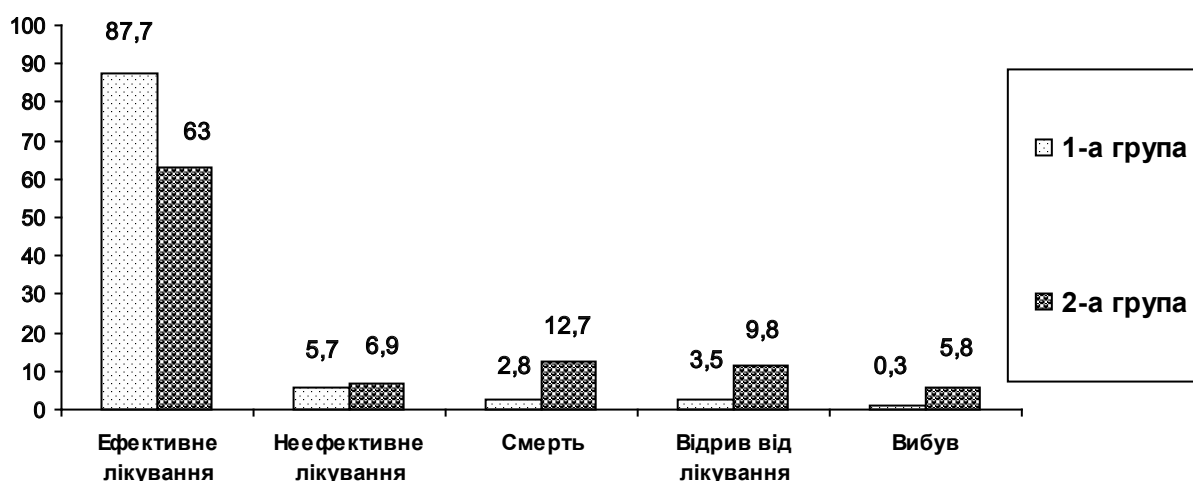


Рисунок 2. Розподіл хворих за критеріями дослідження

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

Аналіз смертності серед хворих основної та контрольної груп показав, що питома вага померлих:

- у 1 групі склала 19 (2,8 %) осіб;
- у 2 групі – 88 (12,7 %) осіб.

Низький процент померлих від туберкульозу в 1 групі (всього 19 осіб) пояснюється тим, що соціальна підтримка надається тільки на амбулаторному етапі лікування, а хворі з тяжкими та розповсюдженими формами туберкульозу лікуються в умовах стаціонару, де соціальна підтримка не застосовується.

Розрізняється число відривів від лікування та число вибулих хворих в основній та контрольній групах, бо ці данні враховуються тільки на амбулаторному етапі спостереження хворих.

Як результат впровадження комплексу заходів, спрямованих на створення мотивації до

лікування, була досягнута стабілізація та поліпшення основних епідемічних показників з туберкульозу. Основним індикатором успіху роботи вище наведених соціальних Програм являється питома вага відривів від лікування туберкульозу. Відповідно до рекомендацій ВООЗ рівень відривів від лікування повинен складати не більше 3 %. По області завдяки комплексу цих заходів значно знизився показник частоти переривання туберкульозу, що склав 5,5 % у 2010 р. проти 29,3 % на 2007 р. Кількість відмов від лікування зменшилася з 11 до 1,5 %, що являється індикатором дії в області контрольованої терапії на туберкульоз (табл. 2).

Таблиця 2 – Питома вага відривів від лікування хворих на туберкульоз легень (%%)

| По області | Роки | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Перерив у лікуванні | 30 | 29,3 | 15 | 12,5 | 5,5 |
| Відмови від лікування | 11,2 | 11 | 7,4 | 5 | 1,5 |

Висновки

1. Кількість пацієнтів, які повністю завершили лікування в термін до 7 місяців, була вище у 1 групі (яка отримувала соціально-психологічну підтримку) – 40,5 %, ніж у 2 групі (яка не отримувала таку допомогу) – 31,3 %.

2. Ефективність лікування через 12-15 місяців хіміотерапії була вища серед пацієнтів 1 групи – 87,7 %, у порівнянні з пацієнтами 2 групи – 63 %.

3. Впровадження комплексу заходів соціально-психологічної допомоги з попередження щодо дострокового припинення лікування хворими на туберкульоз дозволило скоротити питому вагу таких хворих серед тих, що вперше захворіли, з 29,3 до 5,5 % та відмов від лікування – з 11,2 до 1,5 %.

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 туберкулёзом лёгких / Лебедева Н. О., Сухова Е. В. // Пробл. туб. – 2006. - № 12. – С. 13-16.
3. *Лепшина С. М.* Проблемы химиорезистентного туберкулёза на современном этапе / Лепшина С. М. // Архив клин. и экспер. мед. – 2008. - № 1. – С. 77-80.
4. *Лечение туберкулёза: Рекомендации для национальных программ* / Всемирная организация здравоохранения. - 2-е изд. – Женева, 1998.
5. *Мельник В. М.* Современные аспекты организации выявления, диагностики, лечения и профилактики туберкулёза / Мельник В. М. // Doctor. – 2006. - № 2. – С. 55-60.
6. *Мишин В. Ю.* Особенности течения процесса и эффективность лечения больных туберкулёзом лёгких, выделяющих микобактерии туберкулёза с обширной лекарственной устойчивостью к противотуберкулёзным 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 туберкулёза РАМН в пилотных территориях по контролю за выявлением и лечением туберкулёза (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 туберкулёза / Соколова Г. Б., Богадельникова И. В., Бирон М. Г. и др. // Пробл. туб. – 2009. - № 2. – С. 50-52.
9. *Фещенко Ю. І.* Перспективи контролю за туберкульозом в Україні / Фещенко Ю. І., Турченко Л. В., Мельник В. М. // Український пульмонологічний журнал. – 2005. - № 3. – С. 5 – 10.
10. *Шилова М. В.* Эффективность лечения больных туберкулёзом на современном этапе / Шилова М. В., Хрулева Т. С. // Пробл. туб. – 2005. - № 3. – С. 3-11.