

Комментарии

Опыт реализации программы медико-социальной помощи больным туберкулезом с точки зрения некоммерческой гуманитарной организации

Д.В. Таран

**Представительства благотворительной организации
"Партнеры во имя здоровья" (США) в Российской Федерации (ПВИЗ)**

Представительство благотворительной организации "Партнеры во имя здоровья"(США) в Российской Федерации (ПВИЗ) - это некоммерческая организация, которая работает в России с 1999 года: осуществляет проект по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в Томской области, охватывая при этом и пациентов с чувствительным ТБ. С 2006 года в Томске работает проект "Спутник", который в полной мере реализует программу пациент - ориентированных мероприятий, а с 2011 года подобные проекты, названные "Пациент - ориентированным сопровождением", ПВИЗ реализует в других 6 регионах Российской Федерации.

Статья о проблемах медико-социальной помощи больным туберкулезом легких в России очень своевременна. Подход, предлагаемый авторами, является передовым для России, и, что особенно полезно, отвечает не только на вопрос "что делать", но и на вопрос "как это сделать", столь мало освещаемый в статьях и руководствах. Создание протокола по оказанию медико-социального сопровождения окажет безусловную поддержку фтизиатрам, которые на "передовой" пытаются решать насущные проблемы пациентов в стремлении добиться святой цели - вылечить пациента, защитить его родных и близких. Команда ПВИЗ, имея практический опыт и успешные результаты внедрения проектов в 7 регионах России, хотела бы поделиться опытом по теме медико-социального сопровождения в помощь авторам.

Мы считаем, что понятие «медико-социальное сопровождение» должно быть расширено. В ходе лечения пациентов, попавших в трудную жизненную ситуацию, приходится сталкиваться с общесоматической патологией и с проблемами наркологического характера. Не всегда сотрудники ОЛС знакомы с побочными эффектами противотуберкулезных препаратов и не корректируют лечение хронических заболеваний у наших пациентов. Зачастую, пациенты из групп риска вообще имеют контакт с системой здравоохранения только в лице медсестер, проводящих лечение на дому. До 62%

больных ТБ страдают от злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимостью [1, 2], что значительно сказывается на приверженности лечению и эффективности лечения. По различным причинам, известным нашим фтизиатрам, оказание помощи сотрудниками наркологических диспансеров не происходит в том объеме, какой требуется. Консультирование наркологами на амбулаторном этапе с назначением специализированных современных препаратов под контролем (как и прием противотуберкулезных препаратов) иногда "поднимает" пациента на ноги. Поэтому, мы считаем, что медико-социальное сопровождение в части медицинских услуг не должно концентрироваться только на психологической помощи.

Деятельность Группы, которую предлагают создать авторы статьи должна быть, в первую очередь, направлена на целевые группы больных. Несомненно, каждому пациенту, начинающему лечение, должно быть оказано должное внимание. Но работа с пациентами из групп риска должна быть приоритетной. К сожалению, мы не нашли единого подхода к выявлению психологических качеств, которые связаны с негативными исходами химиотерапии, и не можем рекомендовать психологам в "наших" регионах тот или иной тест, ту или иную методику. В этом может помочь недавно опубликованный обзор опубликованных исследований, в котором приведены наиболее распространенные причины прерывания лечения [3]. В литературе указываются факторы [4-10] на которые следует обращать особое внимание при регистрации пациента и, соответственно, вносить их в "Медико-социальный анамнез". Мы рекомендуем ввести такую форму, ее заполнение и последующее использование при планировании организации лечения и социальной поддержки, поскольку они точно повышают риск негативных исходов:

а. При регистрации курса:

- зависимость от алкоголя/ наркотиков (или употребление их в течение курса), безработность, бездомность, пребывание в прошлом в местах ли-

шения свободы (МЛС); наличие "отрыва от лечения" в анамнезе;

- бактериовыделение, подтвержденное методом микроскопии, в начале текущего курса; двусторонняя патология; каверны; индекс массы тела (ИМТ) менее 18,5; использование в прошлом фторхинолонов или устойчивость к ним; устойчивость к этионамиду, множественная или широкая лекарственная устойчивость МБТ.

б. Во время курса лечения:

- отсутствие прекращения бактериовыделения (исследование методом посева) к 3 месяцу лечения; три и более дня пропусков во время интенсивной фазы лечения или прием менее 80% доз.

Когда факторы риска становятся известны?

Российские исследователи [11] пришли к выводу, что у пациентов с лекарственно-чувствительным ТБ, пропустивших подряд 2 и более дня во время интенсивной фазы, риск "отрыва" превышает 50%, а если подряд пропущено более 6 дней или суммарно 11 дней во время интенсивной фазы, риск становится выше 75%. Анализ данных [12] показывает, что до половины пациентов с чувствительной формой ТБ "отрываются" в первые 2 месяца, и до 61% - в первые 3 месяца лечения; в случае МЛУ-ТБ досрочно прекращают лечение по 30-35% пациентов в первые 6, в сроки от 6 до 12-ти и после 12-ти месяцев лечения. Таким образом, часть факторов, негативно влияющих на приверженность к лечению, может быть известна при регистрации больного, часть становится известной спустя 2-3 месяца лечения.

Конечно, может смутить, что при разговоре о медико-социальном анамнезе мы затронули тему клинических факторов риска. Однако это приводит нас к следующему весьма важному, на наш взгляд, вопросу.

Механизм работы группы.

Наш опыт подтверждает необходимость создания Группы. В заседании группы обязательно должны участвовать врач, ведущий данного пациента, представители патронажной службы или "Стационара на дому", которые занимались поисками пациента (если уже были проблемы с его приверженностью к лечению, особенно на амбулаторном этапе), и обязательно руководитель, ответственного за принятие решения об изменении режима лечения, например, о переводе пациента в стационар на дому, или проведении усиленного патронажа (заведующего амбулаторным отделени-

ем или заместителя главного врача). Эта работа значительно улучшается, если специалистом ОМО или сотрудником группы, владеющим оперативной информацией о пациентах с вышеуказанными факторами риска, готовится аналитическая справка. Для этого необходимо вести простейшую базу данных в программе EXCEL, отмечая факторы риска, пропуски лечения более 3х дней и абациллирование на втором - третьем месяце. В базе можно отмечать консультации, проведенные сотрудниками группы, превратив базу данных в источник для автоматической отчетности работы Группы (еженедельной, один раз в квартал и в конце года). Эта же база данных пригодится при оценке ключевого показателя: охвата консультациями именно тех, кто в них нуждается, а не просто всех начавших лечение. В ней хорошо бы отмечать и результат проведенных мероприятий, в том числе, купирован ли неприятный побочный эффект. Сложно ожидать эффекта от работы психолога, если пациент страдает от побочных эффектов химиотерапии неврологического и/или психического характера.

Медико-социальный анамнез.

Поскольку важные факторы риска негативных исходов появляются в процессе курса лечения (см. выше), то мы считаем более правильным говорить о Медико-социальной карте. Это отличное приложение к документации, предложенное авторами, которое следует за пациентом по всем местам лечения. Более того, учитывая необходимость согласования медицинских мероприятий на стационарном и амбулаторном этапах, мы внесли в свою ранее разработанную карту поле "выписка согласована", где ставит свою подпись врач участковой службы.

К компонентам, указанным авторами в статье, желательно добавить и факторы риска, описанные выше, а также некоторые, специфичные для сельской местности (например, расстояние до ФАПа, наличие зимней обуви) и важнейший фактор, часто повинный в прерывании лечения, - наличие побочных эффектов химиотерапии.

Поддержка.

Это купирование побочных эффектов. Пациенты указывают на это сами, да и мы во время лечения и при анализе данных понимаем - будь у пациента деньги на покупку недорогих средств для купирования всей гаммы негатива от токсичных препаратов, "отрывов" было бы столько же, сколько и при исследовании "привыкание мышей к швейцарскому сыру". Побочные эффекты у некоторых пациен-

тов не исчезают до конца лечения [13]. Более того, в проекте ПВИЗ "Спутник" по лечению "отказников от лечения" [14], именно после начала купирования побочных эффектов за счет проекта часть пациентов стала принимать более 80% от предписанных доз.

Вторым важнейшим механизмом улучшения приверженности, особенно в сельской местности, является выдача продуктовых наборов после приема дозы препаратов. Наш опыт свидетельствует о том, что достоверные цифры прерывания лечения можно свести по всей гражданской службе до 2% в когорте пациентов с лекарственно чувствительным ТБ, и до 9% - в когорте пациентов с МЛУ-ТБ, при условии выдачи ежедневных продуктовых наборов стоимостью от 50 рублей и от 70 рублей, соответственно. Стоимость социальной поддержки в этом случае возрастает минимум до 1300 рублей в месяц на одного пациента. Однако и эта поддержка недостаточна для пациента, находящегося на больничном листе или живущем на пенсию по инвалидности, составляющей приблизительно 3000 рублей. Мы считаем, что если регион выделяет 500 рублей в месяц на одного пациента - это большой шаг вперед, однако он ведет только к "полурезультату". Необходимо помнить, что белковое содержание пищи и общая калорийность питания напрямую влияет на сам процесс выздоровления, улучшая метаболические и ферментативные процессы, необходимые для превращения принимаемых лекарственных препаратов в активную форму.

Роль некоммерческих организаций (НКО).

Сотрудники НКО могут выполнять функцию социальных работников, помогать в осуществлении контролируемого лечения, быть "независимыми" слушателями для тех пациентов, которые считают, что медицинский персонал их игнорирует. Однако в современных условиях возлагать на них роль источника средств для продуктовой и иной поддержки мы бы не стали.

Тема, поднятая в статье, дает шанс продумать все нюансы работы заинтересованным лицам и сформулировать те рекомендации, которые многие читатели уже наверняка обдумывали. Мы предложили некоторые, ключевые рекомендации и мысли, которые могут пригодиться разработчикам.

Список литературы.

1. Хоменко А.Г., Рудой Н.М., Уткин В.В., Михеева Л.П. Алкоголизм и туберкулез легких.// Вестник Академии Медицинских Наук СССР. 1989. 2. С. 50-58
2. Fleming MF, Krupitsky E, Tsoy M, Zvartau E, Brazhenko N, Jakubowiak W, et al. Alcohol and drug use disorders, HIV status and drug resistance in a sample of Russian TB patients. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006. May; 10(5):565-70.
3. Munro SA, Lewin SA, Smith H, Engel ME, Fretheim A, et al. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med.* 2007. 4(7): e238. doi:10.1371/journal.pmed.0040238
4. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence. *Am Rev Respir Dis.* 1993. May; 147(5): 1311-20.
5. Gelmanova IY, Keshavjee S, Golubchikova VT, Be-rezina VI, Strelis AK, Yanova GV, Atwood S & Murray M. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, the Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. *Bulletin of the World Health Organization.* 2007. Sep; 85(9): 703-11.
6. Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov ES, Danilova DI, Kourbatova EK. Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2007. 11(1): 46-53.
7. Cavanaugh J.S., Kazenny B.Y., Nguyen M.L., Kiryanova E.V., Vitek E., Khorosheva T.M., Nemtsova E.S., Cegielski J.P. Outcomes and follow-up of patients treated for multidrug-resistant tuberculosis in Orel, Russia, 2002-2005. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2012. 16(8):1069-74.
8. Kurbatova E.V., Taylor A., Gammino V.M., Bayona J., Becerra M., Danilovitz M., Falzon D, Gelmanova I., Keshavjee S., Leimane V., Mitnick C.D., Quelapio M.I., Riekstina V., Viiklepp P., Zignol M., Cegielski J.P. Predictors of poor outcomes among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis at DOTS-plus projects. *Tuberculosis (Edinb).* 2012. Sep; 92(5):397-403
9. Johnston J.C., Shahidi N.C., Sadatsafavi M., Fitzgerald J.M. (2009) Treatment Outcomes of Multidrug-Resistant Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 4(9): e6914.
10. Shin S.S., Keshavjee S., Gelmanova I.Y., Atwood S., Franke M.F., Mishustin S.P., Strelis A.K., Andreev Y.G., Pasechnikov A.D., Barnashov A., Tonkel T.P., Cohen T. Development of extensively drug-resistant tuberculosis during multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010. Aug 1; 182(3): 426-32.)

11. Jakubowiak W., Bogorodskaya E., Borisov S., Danilova I., Kourbatova E.. Treatment interruptions and duration associated with default among new patients with tuberculosis in six regions of Russia. International Journal of Infectious Diseases. 2009. 13, 362–368

12. Margaret E. Kruk, Nina R. Schwalbe and Christine A. Aguiar. Timing of default from tuberculosis treatment: a systematic review. Tropical Medicine and International Health. 2008. May; vol 13. no 5. pp 703–712.

13. S. S. Shin, A. D. Pasechnikov, I. Y. Gelmanova et al. Adverse reactions among patients being treated for MDR-TB in Tomsk, Russia. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 11(12): 1314–1320.

14. Таран Д.В., Гельманова И.Е., Соловьева А.В., Мишустин С.П., Богородская Е.М. Организация контролируемого лечения больных туберкулезом в Томской области при помощи программы «Спутник». Туберкулез и болезни легких, №1, 2013, С.21-27.

РЕМАКСОЛ®

ВОССТАНАВЛИВАЯ УТРАЧЕННОЕ
Первый инфузионный гепатопротектор-стимулятор синтеза эндогенного адеметионина (SAM)

Мы создаем УНИКАЛЬНОЕ

ПОЛИСАН

ООО «ПОЛИСАН»
Россия 142102, Санкт-Петербург
ул. Садовая, д. 72, к. 2, лит. А
тел: +7(812) 710-82-25
факс: +7(812) 714-02-86
www.polisan.ru