

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГРАЖДАНСКОМ СЕКТОРЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

О. М. МИРОНЮК¹, Е. И. НИКИШОВА², Н. И. НИЗОВЦЕВА³, А. О. МАРЬЯНДЫШЕВ³

DIRECTLY OBSERVED THERAPY OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN THE CIVILIAN SECTOR IN ARKHANGELSK REGION

O. M. MIRONYUK, E. I. NIKISHOVA, N. I. NIZOVTSOVA, A. O. MARYANDYSHEV

¹ГБУЗ АО «Архангельский клинический противотуберкулезный диспансер»

²ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ

³НО Благотворительный фонд «Легкое дыхание»

Усилия, направленные на улучшение работы противотуберкулезных служб способствуют тому, что пациенты чаще и охотнее идут на сотрудничество, тем не менее, даже в такой ситуации уклонение от выполнения медицинских рекомендаций продолжает оставаться серьезной проблемой. Эффективное лечение туберкулеза предусматривает прием многих лекарственных препаратов на протяжении длительного времени. Между тем самочувствие пациентов быстро улучшается, что создает впечатление выздоровления, провоцирующего больного уклоняться от продолжения химиотерапии [1]. Ряд систематических обзоров показал, что значительное повышение эффективности лечения больных туберкулезом связано с гарантированной завершенностью химиотерапии, когда противотуберкулезные препараты были приняты под непосредственным контролем медицинского работника [2, 3]. Столь же важное значение имеет снижение частоты лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ), так как непосредственное наблюдение устраняет осознанное или неосознанное стремление больного прекратить прием одного или нескольких препаратов, что приводит к появлению лекарственной устойчивости возбудителя [1]. Кроме того, регулярный контроль и поддержка помогают наладить постоянный контакт между больным и медицинским работником. Такой подход позволяет расширить возможности обучения пациентов, выявления и устранения трудностей в процессе лечения и своевременного выявления и принятия мер при появлении побочных реакций и клинических признаках ухудшения состояния больного [4]. Таким образом, химиотерапия под непосредственным наблюдением и согласие пациента остаются важными факторами успеха лечения [1, 4, 5].

Ресурсы

В конце 90-х годов двадцатого столетия Архангельская область стала одной из первой в Рос-

сийской Федерации, где для улучшения эпидемической ситуации по туберкулезу в организацию противотуберкулезных мероприятий были включены дополнительные компоненты, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [5]. Одним из ключевых нововведений явилось лечение всех больных туберкулезом только под непосредственным контролем медицинского персонала, что было утверждено приказом Департамента здравоохранения администрации области от 31.08.1998 г. № 215-0 «О дополнительных мерах по уменьшению распространенности туберкулеза в Архангельской области».

В настоящее время в области функционирует одно учреждение фтизиатрической службы, в состав которого входит стационар круглосуточного пребывания для взрослых больных туберкулезом на 100 коек, – ГБУЗ АО «АКПТД», расположенное в г. Архангельске. В стационар поступают инфекционно опасные больные туберкулезом из всех районов и городов области, а также пациенты с нежелательными эффектами противотуберкулезных препаратов, требующими купирования только в стационарных условиях. Лечение детей, больных туберкулезом, дошкольного возраста проводится в условиях санаторного отделения ГБУЗ АО «АКПТД» (50 коек), школьников – в ГБУЗ АО «Детский противотуберкулезный санаторий им. М. Н. Фаворской» (60 коек).

В начале 2000-х годов стало очевидно, что возможность лечения больных туберкулезом, не представляющих эпидемической опасности для окружающих, в условиях, приближенных к месту жительства, обеспечивает большую приверженность к соблюдению режима химиотерапии. С 2002 г. начали использовать стационарзамещающие технологии лечения: дневной стационар и стационар на дому (утверждены приказом Департамента здравоохранения администрации области от 19.04.2002 г. № 38 «О порядке госпитализации больных туберкулезом»). Сегодня для лечения жителей г. Архангельска (численность

населения 350 тыс. человек) функционируют 20 мест дневного стационара и 50 – стационара на дому, для жителей г. Котласа, расположенного в 300 км от областного центра (численность населения – 50 тыс. человек), – 15 мест дневного стационара и 10 – стационара на дому. Показанием для лечения в дневном стационаре является появление нежелательных эффектов противотуберкулезных препаратов, купирование которых не требует круглосуточного наблюдения. В дневных стационарах контролируемое лечение семь дней в неделю проводят медицинские сестры. В стационаре на дому работают фельдшеры, которые ежедневно доставляют противотуберкулезные препараты больным, проживающим в городах, но на значительном удалении от пункта контролируемого лечения – от 5 до 30 км. Кроме того, при необходимости фельдшеры стационара на дому проводят сбор у пациентов материала для осуществления мониторинга эффективности химиотерапии и мониторинга нежелательных эффектов препаратов. Для стационара на дому в обоих городах выделены автомобили для бригад, которые работают в две смены, что обеспечивает доставку препаратов в течение всего дня.

Кроме того, в г. Архангельске в ГБУЗ АО «АКПТД» амбулаторное лечение проводится в процедурном кабинете, который работает с 08:00 до 20:00 пять дней в неделю, в выходные и праздничные дни пациенты принимают препараты в диспансере под контролем медицинских сестер стационарного отделения.

Также в г. Архангельске при желании пациента возможно организовать лечение в течение пяти дней в неделю в процедурном кабинете поликлиники или в здравпункте, приближенных к месту жительства или работы. В зависимости от числа пациентов в городе работают от 3 до 7 пунктов приема противотуберкулезных препаратов в дневные часы. Пункты контролируемого лечения расположены в 5-30 мин ходьбы от ближайшей остановки общественного транспорта. До января 2013 г. из средств неправительственной организации больных «Легкое дыхание» (Норвегия) проводилась компенсация стоимости проезда к месту контролируемого лечения и обратно.

В г. Северодвинске (численность населения – 200 тыс. человек) амбулаторное лечение осуществляется в процедурном кабинете противотуберкулезного диспансерного отделения, который работает семь дней в неделю с 08:00 до 18:00.

Значительная часть больных туберкулезом получает лечение в амбулаторных условиях по месту жительства в районах и городах области. В том случае, если пациент проживает в районном или городском центре, ежедневно контролируемое лечение осуществляется медицинскими работниками туберкулезных кабинетов, которые функционируют во всех 24 центральных районных и

городских больницах. Больные, проживающие на значительном удалении от районного центра, лечатся под контролем медицинских работников участковых больниц и на ФАПах, при необходимости привлекаются бригады скорой медицинской помощи.

В настоящее время ежедневно на территории области в дневных стационарах, стационаре на дому и в амбулаторных условиях получают контролируемое лечение в среднем 350 больных, из них половина – это больные туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Все пациенты вне зависимости от истории предыдущего лечения, социального статуса, наличия алкогольной или наркотической зависимости, пребывания ранее в местах лишения свободы получают противотуберкулезные препараты только под контролем медицинских работников.

В круглосуточном стационаре и детских санаториях на одного медицинского работника приходится в среднем 20 пациентов, в дневных стационарах – 10, в стационаре на дому – 10, в процедурных кабинетах в городских условиях – 20, в туберкулезных кабинетах в сельской местности – 10.

Персонал, обучение, навыки

Первым шагом реализации мероприятий противотуберкулезной программы, разработанной на основе стратегии ВОЗ, и ее основного компонента – контролируемого лечения – явилось обучение специалистов системы здравоохранения всех уровней и общественных организаций. Были проведены конференции и семинары для сотрудников Департамента здравоохранения, курирующих данный раздел работы, главных врачей учреждений противотуберкулезной службы, центральных районных и городских больниц и поликлиник, врачей, фельдшеров и медицинских сестер фтизиатрической службы и первичного звена здравоохранения, включая работников ФАПов. Основной целью обучения было достижение взаимопонимания всех участников организационных мероприятий и непосредственно лечебного процесса по вопросу важности обеспечения контролируемой химиотерапии.

Все специалисты первичного звена здравоохранения ежегодно проходят обучение по лечению больных туберкулезом, которое проводится специалистами ГБУЗ АО «АКПТД» и туберкулезных кабинетов центральных районных больниц на больничных конференциях и Днях фельдшера. Вопросы профилактики туберкулеза и организации контролируемой химиотерапии включены в программу цикла повышения квалификации средних медицинских работников.

В должностные инструкции медицинского персонала первичного звена здравоохранения был

внесен дополнительный пункт о проведении контролируемого лечения больных туберкулезом.

Обучение медицинского персонала навыкам общения с пациентами осуществляется психологами медико-социального отделения ГБУЗ АО «АКПТД», а также фельдшерами и медицинскими сестрами, прошедшими в 2010-2013 гг. подготовку на курсах «Эффективные коммуникации».

Описание практики

Контролируемое лечение в круглосуточных стационарах противотуберкулезных учреждений

В туберкулезном стационаре и детских санаториях контролируемый прием химиопрепаратов осуществляется в процедурном кабинете ежедневно, включая выходные и праздничные дни. Фасовку дневной дозы противотуберкулезных препаратов проводит медицинская сестра процедурного кабинета ежедневно. Вначале она вводит пациенту инъекционный противотуберкулезный препарат (если он входит в схему химиотерапии), затем наблюдает за приемом больным пероральных препаратов (во всех процедурных кабинетах установлены емкости с кипяченой водой). Пациенты, находящиеся на постельном режиме, принимают препараты в палате в присутствии медицинской сестры.

Прием противотуберкулезных препаратов первого ряда осуществляется один раз в день утром, препаратов второго ряда – два или три раза в день в зависимости от их переносимости (утром, днем и вечером). В том случае, если дневная доза делится на два или три приема, препарат принимается больным также только под контролем медицинского персонала.

Отметка о приеме препаратов ставится в индивидуальной «Медицинской карте лечения туберкулеза/МЛУ-туберкулеза» медицинским работником только после приема полной ежедневной дозы, затем сведения вносятся в компьютерную программу, и производится списывание лекарственных средств. Пациенты, получающие препараты резервного ряда, расписываются в ведомости об их получении после приема.

Информация о пациенте, не получившем противотуберкулезные препараты в стационаре, передается участковому фтизиатру для организации лечения в амбулаторных условиях: к пациенту с дневной дозой препаратов направляется патронажная служба или участковая медицинская сестра. При необходимости к беседе с пациентом привлекается психолог.

При самовольном уходе пациента из стационара предпринимается аналогичная тактика, однако выписка из стационара осуществляется через три дня, в течение которых проводится его розыск. Врач стационарного отделения оформляет специ-

альный бланк для патронажа, где указывает причину, по которой больной не принял препараты и покинул стационар, а также возможное место его нахождения и дополнительную информацию, которая может помочь в его поиске.

Сроки плановой выписки из стационара и возможность организовать лечение в амбулаторных условиях заранее согласовываются с участковым/районным фтизиатром. Еще до начала лечения и обязательно перед выпиской из стационара проводится совместная беседа пациента, врачей стационара и участковой службы/областного куратора, где повторно обсуждаются вопросы организации амбулаторного лечения. Фтизиатру городского участка/специалистам туберкулезного кабинета передают выписной эпикриз, «Медицинскую карту лечения туберкулеза/МЛУ-туберкулеза», протокол мониторинга нежелательных эффектов противотуберкулезных препаратов, рентгеновские снимки.

Наряду с прекращением бактериовыделения, возможность пациента принимать ежедневную дозу противотуберкулезных препаратов за один или два приема является показанием для выписки из стационара. Некоторым больным, проживающим в г. Архангельске, заменили трехкратный прием полной дозы препаратов однократным в дневном стационаре.

Контролируемое лечение в стационарах замещающих и амбулаторных условиях

В заранее согласованное, удобное время пациент приходит в дневной стационар/туберкулезный кабинет/процедурный кабинет/ФАП, медицинский работник сначала вводит инъекционный противотуберкулезный препарат, затем больной под контролем принимает (проглатывает, запивая водой) пероральные препараты.

В г. Архангельске процедурный кабинет диспансерного отделения ГБУЗ АО «АКПТД» работает до 20:00, если пациент по каким-либо причинам не успевает принять препараты до окончания работы кабинета, они передаются в отделение круглосуточного стационара, где их можно принять под контролем палатных медицинских сестер.

При лечении в стационаре на дому пациент ожидает фельдшера дома в заранее согласованное время (при необходимости больной может перенести время посещения, сообщая об этом по телефону) и под контролем медицинского работника принимает препараты.

В том случае, если пациент принимает препараты в туберкулезных кабинетах центральных районных и городских больниц или на ФАП, задержки в передаче лекарственных средств не происходит. В каждом туберкулезном кабинете имеется запас противотуберкулезных препаратов первого ряда не менее чем на шесть месяцев, второго – не менее

чем на один месяц. Кроме того, плановая выписка из стационара заранее согласовывается, поэтому медицинский работник туберкулезного кабинета может составить заявку на доставку недостающих препаратов. В участковые больницы/ФАП препараты передаются из туберкулезных кабинетов не более чем на десять дней.

На всех пунктах контролируемого лечения прием противотуберкулезных препаратов осуществляется только под контролем медицинских работников **семь дней в неделю, включая выходные и праздничные дни**. Противотуберкулезные препараты первого ряда больной принимает один раз в день, препараты второго ряда – один или два раза в день. В том случае, если дневная доза делится на два приема, препарат принимается больным также только под контролем медицинского персонала.

В ГБУЗ АО «АКПТД» процедурный кабинет работает с 08:00 до 20:00, дневной стационар – с 08:00 до 15:00, стационар на дому – с 08:30 до 17:00. В выходные и праздничные дни, а также после окончания работы указанных подразделений пациенты принимают противотуберкулезные препараты в круглосуточном стационаре в любое удобное для них время. В противотуберкулезном диспансерном отделении ГБУЗ АО «Северодвинская больница № 1» процедурный кабинет работает семь дней в неделю с 08:00 до 18:00. В ГБУЗ АО «Котласская ЦГБ» прием препаратов в процедурном кабинете и в дневном стационаре организован семь дней в неделю с 08:00 до 18:00. В туберкулезных кабинетах других больниц и в учреждениях первичного звена здравоохранения прием препаратов осуществляется с 08:00 до 15:00.

В том случае, если пациент не пришел в указанные часы, медицинский работник берет дневную дозу препаратов, для того чтобы больной принял их под контролем на дому.

Медицинская сестра процедурного кабинета/фельдшер ФАП каждый день проводят фасовку ежедневной дозы противотуберкулезных препаратов. Пациент заходит в кабинет, медицинская сестра/фельдшер вводит инъекционный препарат, затем наблюдает, как больной принимает – проглатывает, запивая водой или соком – пероральные препараты (в кабинетах установлены емкости с кипяченой водой, пациент приносит свой стакан).

Отметку о приеме противотуберкулезных препаратов вносит в индивидуальную «Медицинскую карту лечения туберкулеза/МЛУ-туберкулеза» медицинский работник только после приема полной ежедневной дозы, затем – в компьютерную программу и производит списывание лекарственных средств. Пациенты, получающие препараты резервного ряда, расписываются в ведомости об их получении после приема.

В том случае, если пациент не является для приема препаратов, проводят его розыск и бесе-

ду для выяснения причин отказа от лечения, при необходимости – с родственниками и близкими больного, в том числе с привлечением психологов.

Мониторинг

Контроль работы среднего медицинского персонала в круглосуточном стационаре, санаториях, дневных стационарах, стационаре на дому и в амбулаторных условиях осуществляют заведующий отделением, лечащий врач и старшая медицинская сестра, большое значение имеет самоконтроль.

Мониторинг организации контролируемого лечения в туберкулезных кабинетах центральных районных и городских больниц выполняет врач-фтизиатр областного приема, в участковых больницах и на ФАПах – специалисты туберкулезных кабинетов. Кроме того, проверка данного раздела работы является обязательным пунктом программы кураторских визитов специалистов ГБУЗ АО «АКПТД».

Заполнение «Медицинской карты лечения туберкулеза/МЛУ-туберкулеза» осуществляется ежедневно после контролируемого приема препаратов. С 2003 по 2012 г. пациенты, не допускающие пропусков в приеме противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе лечения, получали продуктовые наборы, которые приобретались централизованно ГБУЗ АО «АКПТД». Медицинские работники процедурных кабинетов и стационара на дому по данным «Медицинской карты лечения туберкулеза/МЛУ-туберкулеза» еженедельно, специалисты туберкулезных кабинетов один раз в две недели составляли списки пациентов для получения продуктовых наборов. С 2013 г. дополнительная поддержка пациентов в связи с отсутствием финансирования не осуществляется.

В ГБУЗ АО «АКПТД» сведения о лечении всех больных туберкулезом, включая количество принятых доз и причины пропусков, если таковые были, и меры, принятые для их устранения, направляются ежемесячно (до 02 числа месяца, следующего за отчетным). В том случае, если пациент допустил пять пропусков приема препаратов, он рассматривается на ВК ГБУЗ АО «АКПТД» для определения тактики ведения.

Благодаря согласованной работе врачей стационара и амбулаторного звена по организации непрерывного контролируемого лечения, пропусков в приеме противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе сразу после выписки из стационара практически нет, поэтому не имеется необходимости отслеживать сроки начала амбулаторного лечения. Сообщения поступают в ГБУЗ АО «АКПТД» только в тех редких случаях, когда пациент не прибыл к месту лечения, при этом организуется его розыск.

В ГБУЗ АО «АКПТД» создана и внедрена в практику компьютерная программа «Мониторинг

туберкулеза», которая содержит информацию о всех больных, включая результаты обследования, диагноз, место лечения, количество принятых доз и результат химиотерапии. Доступ к базе данных через Интернет посредством защищенного канала связи имеют специалисты всех учреждений фтизиатрической службы, включая все туберкулезные кабинеты.

Эффективность

Применение стандартных режимов химиотерапии под непосредственным контролем медицинского персонала, доказавших эффективность, позволило достигнуть значительного улучшения эпидемической ситуации. С 2001 по 2013 г. на территории Архангельской области в целом, в том числе и в гражданском секторе, значительно уменьшилось число впервые выявленных больных, а также пациентов с повторными случаями лечения туберкулеза.

Динамика изменений количества новых случаев туберкулеза, числа больных групп «рецидив», «лечение после прерванного курса химиотерапии» и «лечение после неэффективного курса химиотерапии» представлена на рис. 1.

Следует отметить, что из-за отсутствия противотуберкулезных препаратов второго ряда в начале 2000-х годов противотуберкулезную химиотерапию получали не все нуждающиеся в этом больные туберкулезом с МЛУ возбудителя. С 2007 г. в области нет перебоев с поступлением препаратов второго ряда, лечение получают все зарегистрированные пациенты. На рис. 2 представлено абсолютное число больных туберкулезом с МЛУ МБТ, которые начали лечение в 2001-2013 гг.

Благодаря контролируемой химиотерапии на всех этапах с 2001 по 2012 г. показатель прерванного лечения среди новых случаев заболевания туберкулезом уменьшился с 11,0 до 2,6%, среди рецидивов – с 17,3 до 4,7%, в группе «лечение после прерванного курса ХТ» – с 40,8 до 28,6% (2/7), в группе «лечение после неэффективного курса ХТ» – с 10,4 до 0%, в группе больных туберкулезом с МЛУ МБТ – с 40,6 до 19,3%.

За этот же период результат «неэффективный курс химиотерапии» сократился среди больных с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ в группе «новый случай» с 3,4 до 0,9%, «рецидив» – с 9,2 до 0%, в группе «лечение после прерванного курса ХТ» – с 4,7 до 0%, в группе «лечение после неэффективного курса ХТ» – с 3,0 до 0%, в группе «МЛУ-туберкулез» – с 14,1 до 6,4%.

При чрезвычайно высоком уровне заболеваемости туберкулезом с МЛУ МБТ мероприятия

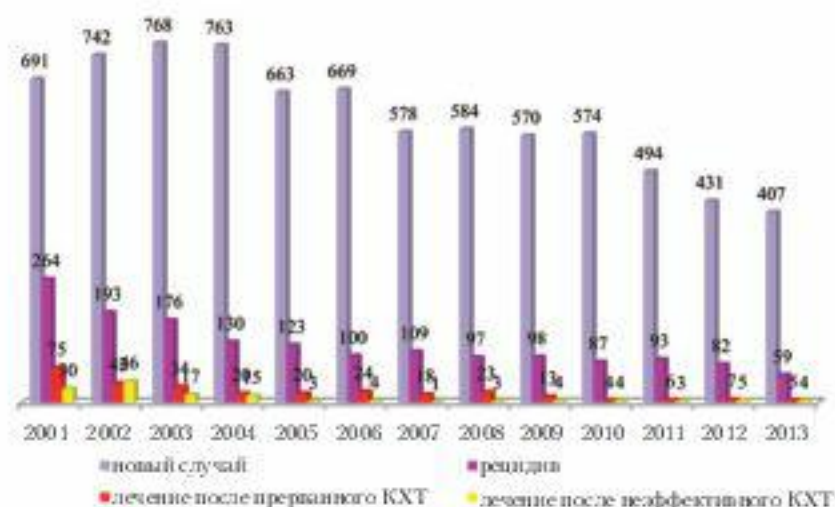


Рис. 1. Число больных туберкулезом всех регистрационных групп в гражданском секторе Архангельской области в 2001-2013 гг. (абсолютные значения)

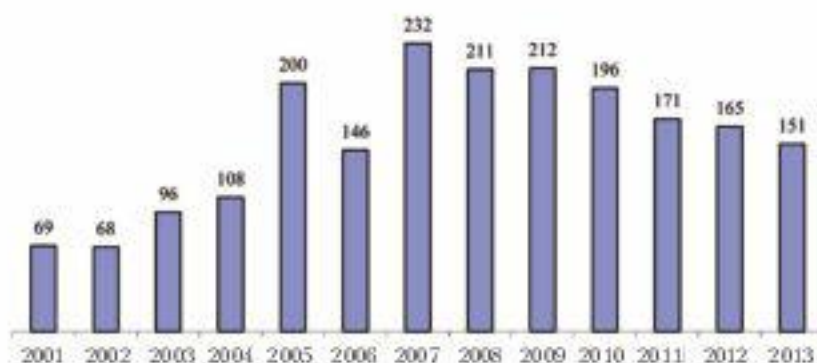


Рис. 2. Число больных туберкулезом с МЛУ МБТ в гражданском секторе Архангельской области, начавших лечение в 2001-2013 гг. (абсолютные значения)

по организации контролируемой химиотерапии на стационарном и амбулаторном этапах лечения всех больных туберкулезом позволили не допустить увеличения распространения штаммов МБТ, устойчивых к наиболее эффективным препаратам второго ряда: доля больных с впервые зарегистрированным туберкулезом с ШЛУ МБТ среди общего числа больных туберкулезом с МЛУ МБТ уменьшилась с 6,2% в 2007 г. до 2,0% в 2012 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез, выявление, лечение и мониторинг по К. Томецу. Вопросы и ответы. Второе издание / Женева, ВОЗ. – 2004 г. – С. 214-217.
2. Frieden T. R., Scharbaro J. A. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation // Bulletin of the WHO. – 2007. – № 85. – P. 407-409.
3. Hopewell P. C. International standards for tuberculosis care // Lancet Infect. Dis. – 2006. – № 6. – P. 710-725.
4. Guidelines for treatment of tuberculosis. – 4th ed. – Geneva: WHO, 2009. – 160 p.
5. Maher D., Chaulet P., Spinaci S. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. – Geneva: WHO, 1997. – 77 p.