

НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ

А. В. СОЛОВЬЕВА¹, П. Н. ГОЛУБЧИКОВ¹, Н. Ю. СИДОРЕНКО¹, Т. Н. ЖУЛИНА², Ю. Н. ДЕМИДОВА²

TUBERCULOSIS THERAPY INITIATION AND ADDITIONAL SPECIALIST INPUT

A. V. SOLOVYOVA, P. N. GOLUBCHIKOV, N. YU. SIDORENKO, T. N. ZHULINA, YU. N. DEMIDOVA

¹Представительство БО «Партнеры во имя Здоровья» (США) в Российской Федерации,

²ОГБУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»

Организация контролируемой химиотерапии (ХТ) у больных туберкулезом представляет собой серьезную клиническую и организационную задачу. У большинства пациентов с туберкулезом имеются сопутствующие клинические, социальные и психологические проблемы, которые напрямую влияют на возможность соблюдения режима лечения [4, 6, 7]. Более 50% впервые выявленных больных не имеют работы, доля лиц БОМЖ среди заболевших увеличивается, до 50% пациентов имеют алкогольную зависимость, до 47% пациентов в 2011 г. умерли не от туберкулеза, что в 4 раза выше общей российской смертности от всех причин [1, 2, 5]. С целью улучшения качества лечения необходимо выявлять эти проблемы и по возможности устранять их.

Большинство неблагоприятных факторов уже имеются у пациентов до начала ХТ, но могут возникать и в процессе лечения, поэтому их выявление и устранение необходимо проводить в течение всего курса ХТ. Ряд проектов по лечению больных туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МЛУ-МБТ) имел более высокие показатели успешного лечения при проведении консультирования пациентов специалистами и работе мультипрофессиональных команд, которые оценивают медицинские и социальные потребности пациентов и помогают в решении выявленных проблем [3, 9]. Консультирование включало обучение пациентов и их родственников, оказание индивидуальной психологической и наркологической помощи и групповую терапию.

В данном разделе описываются томская практика оценки риска негативных исходов у больных туберкулезом, а также лучшие примеры организации деятельности дополнительных специалистов в мотивировании и удержании больных на лечении до завершения полного курса противотуберкулезной терапии.

Ресурсы, необходимые для внедрения практики

Дополнительный персонал, принимающий участие в оценке факторов риска у пациентов, мо-

тивировании пациентов на прохождение полного курса противотуберкулезной терапии и лечение сопутствующей патологии:

- Психиатр-нарколог. В штатном расписании Томского фтизиопульмонологического медицинского центра (ТФМЦ) утверждены 2 ставки врача-нарколога¹, имеется лицензия на оказание наркологической помощи² и выделено 2 койко-места в палате интенсивной терапии для проведения дезинтоксикационных мероприятий³.

- Психолог. В штатном расписании ТФМЦ утверждены 2 ставки психолога и выделено 2 специалиста для оказания психологической помощи пациентам на стационарном этапе.

- Социальный работник. В штатном расписании ТФМЦ выделено по одной ставке социального работника на амбулаторном и стационарном этапе.

- Сотрудники некоммерческих организаций, сотрудничающих с фтизиатрической службой: Благотворительный фонд «Томск-АнтиСПИД», Благотворительная организация «Партнеры во имя здоровья».

- Юрист.

Оплата труда всех специалистов осуществляется из фонда заработной платы ТФМЦ (областной бюджет).

¹ Согласно Приложению № 2 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932п утверждены штатные нормативы противотуберкулезного диспансера, в которых одна должность врача психиатра-нарколога устанавливается на 200оек, а в туберкулезной больнице, согласно приложению 9, одна должность на 150оек.

² В соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» противотуберкулезным учреждениям для оказания наркологической помощи необходимо иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, специализированной медицинской помощи по психиатрии, наркологии. Также необходимы лицензии на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II и III, в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах».

³ Лечение наркологических больных проводится в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 04.09.2012 г. № 134п «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

В стационарном и поликлиническом отделениях выделены отдельные кабинеты психосоциальной помощи, которые имеют следующее оснащение:

1. Тесты, используемые в психодиагностике.
2. Маркерная доска (для проведения обучающих мероприятий).
3. Многофункциональное устройство – ксерокопия и распечатка различного диагностического материала, документов пациентов и т. д.
4. Канцелярские принадлежности (бумага А4, ватман, краски, карандаши, в том числе цветные, ручки, маркеры).
5. Мебель (стол письменный, стулья, шкаф для хранения документации).

Используются информационные и обучающие материалы:

- Курс лекций «Все о туберкулезе».
- Брошюра «Как помочь себе в лечении».
- Брошюра «Как я справился с туберкулезом».
- Листовка с информацией о туберкулезе с указанием адресов и телефонов поликлинического отделения и дневного стационара ТОПТД.
- Памятка по социальной поддержке с перечислением контактных данных различных организаций, которые оказывают помощь пациентам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации.
- Отдельные памятки с ключевой информацией о туберкулезе с чувствительностью и лекарственной устойчивостью возбудителя «О вашем лечении».
- Памятка для пациентов по сбору мокроты и гигиене кашля.

Пациентам, получающим ХТ, осуществляется выдача материальных средств, которые позволяют им добираться до пунктов проведения ХТ, мотивируют прием противотуберкулезных препаратов (ПТП) и остро необходимы им для жизнедеятельности (табл. 1).

Персонал: обучение и навыки

Для всех специалистов, непосредственно контактирующих с пациентами, очень важны толерантность, хорошие навыки коммуникации, опыт установления контактов и доверительных отношений с замкнутыми больными, знания в разных сферах. Например, к психологам могут обратиться с вопросами о социальной поддержке, к социальному работнику – с психологическими проблемами.

Социальные работники постоянно проводят мониторинг услуг партнерских организаций, изучают законы о мерах социальной поддержки, знакомы с перечнем льгот для инвалидов и малоимущих, а также для граждан других категорий.

Должностные инструкции сотрудников приведены в приложении 1.

Основой обучения медицинского и дополнительного персонала является выработка коммуникативных навыков. Обладая и усваивая навыки консультирования, персонал более эффективно направляет и стимулирует пациента на лечение (профилактика неблагоприятных исходов лечения, профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) и т.д.).

В мотивации на лечение пациента, имеющего высокий риск отрыва от противотуберкулезной терапии, важна работа мультипрофессиональной команды, в которую входят лечащий врач-фтизиатр, медицинские сестры, психологи, социальные работники, сотрудники некоммерческих организаций, поэтому члены команды проходят совместное обучение. Такой подход является эффективным еще и с точки зрения обмена опытом между медиками, психологами и социальными работниками. В рамках нашей работы на протяжении последних 7 лет обучение проводилось как для докторов, так и для среднего медицинского персонала. В обу-

Таблица 1

Материальные средства, используемые в работе с пациентами

№	Мероприятие	Кратность	Источники финансирования
1	Сбор у населения и выдача сезонной одежды/обуви нуждающимся пациентам	На постоянной основе	Добровольные пожертвования
2	Выдача одежды, постельного белья, средств личной гигиены	Регулярно	Средства проекта Глобального фонда (ГФ)
3	Закупка и выдача пациентам на время нахождения в стационаре настольных игр (шахматы, нарды), в летний период – бадминтона, мячей, набора для игры в настольный теннис	Разовая закупка	Частично средства ГФ и собственные средства сотрудников стационара
4	Ежедневные продуктовые наборы для пациентов, получающих лечение на амбулаторном этапе	На постоянной основе	В основном – средства ГФ, частично – бюджетные средства противотуберкулезной службы
5	Ежемесячные проездные билеты на общественный транспорт для городских пациентов	На постоянной основе	Средства областного бюджета
6	Компенсация на оплату проезда из области в город и обратно для пациентов Томской области	На постоянной основе	Средства областного бюджета
7	Разовый продуктовый набор при первом посещении участкового фтизиатра для пациентов, освобождающихся из пенициллиновой системы	На постоянной основе	Средства ГФ

чающих семинарах и тренингах сотрудники имеют возможность в рабочей обстановке отработать навыки консультирования, разобрать сложные случаи из практики и получить инструменты для работы с немотивированными к лечению больными (приложение 2 «Пример обучающего мероприятия для команды специалистов, участвующих в работе с пациентами-БОМЖ»).

Мотивационное консультирование, методика кратких вмешательств и другие подходы в консультировании являются универсальными, одинаково полезными для медицинских и немедицинских работников. В результате овладения этими методиками персонал в работе с пациентами, имеющими в анамнезе зависимость от ПАВ, проявляет толерантность, направляет их на прием к психологу и наркологу вместо осуждения и критики.

Описание практики

Выявление пациентов, нуждающихся в дополнительной поддержке

Специалисты, участвующие в оценке потребностей пациентов: лечащие врачи; психолог, врач психиатр-нарколог; социальный работник; медицинские сестры; возможна рекомендация учреждения, направившего пациента в туберкулезный стационар (например, учреждения ФСИН). Пациент может обратиться по собственной инициативе.

При постановке диагноза туберкулеза

При выявлении случая туберкулеза происходит первичная оценка факторов риска, связанных с негативными исходами лечения туберкулеза, которая заключается в следующем.

1. На каждого пациента первый проконтактировавший представитель противотуберкулезной службы – участковый фтизиатр или медицинская сестра поликлинического отделения и психолог или социальный работник в стационаре (в случае, если пациент, минуя амбулаторный этап, поступает в стационар) – заполняют социальную карту (приложение 3).

2. Все впервые выявленные пациенты проходят тест «AUDIT», показавший в международной практике высокую достоверность выявления злоупотребления алкоголем (приложение 4). В случае наличия диагноза алкогольной или наркотической зависимости, а также если результат теста «Аудит» более 15 баллов, пациент направляется на консультацию психолога и психиатра-нарколога.

3. Пациентам, страдающим туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя, обязательна первичная оценка психолога и психиатра-нарколога до представления больного на врачебную комиссию по рассмотрению случаев МЛУ-ТБ. Врач, направивший пациента на консультацию, поддерживает контакт со специалистами в случае, если пациент своевременно не пришел

на консультацию, направляет его повторно и контролирует этот процесс.

4. Все пациенты с устойчивым туберкулезом проходят врачебную комиссию по рассмотрению случаев МЛУ-ТБ, на которой разрабатывается индивидуальный план клинического и программного ведения пациента: назначение схемы ХТ; коррекция схемы ХТ, разбор сопутствующей патологии, побочных эффектов и тактики их купирования, необходимость проведения оперативного лечения, определение места лечения, установление исхода курса терапии. Обязательным является очное представление.

В процессе лечения туберкулеза

Если медицинский персонал или родственники отмечают употребление алкоголя/наркотиков пациентом и/или пациент принимает менее 75% доз ПТП, лечащий врач направляет пациента на повторную консультацию психолога, психиатра-нарколога и социального работника. Списки пациентов, принявших менее 75% доз ПТП ежемесячно, подаются заведующими отделений соответствующих учреждений противотуберкулезной службы психологам/психиатрам-наркологам, социальным работникам.

На прием ко всем дополнительным специалистам пациенты могут попасть, как обратившись самостоятельно, так и по решению комиссии по перерывам. Комиссия по перерывам собирается один раз в неделю в амбулаторном отделении ТФМЦ в следующем составе: председатель – заведующая организационно-методическим отделом противотуберкулезной службы; заведующие отделениями амбулаторного этапа, представители местных НКО, психологи и социальные работники. На заседаниях обсуждаются пути решения проблем больных, привлечения смежных служб (УВД, социальной, наркологической и психиатрической), определение подходящего места лечения с учетом сложившейся жизненной ситуации и наличия сопутствующих заболеваний. В ходе комиссии осуществляется контроль исполнения мероприятий, запланированных по каждому пациенту на заседании предыдущей комиссии, определяется дальнейшая тактика ведения пациентов, прервавших лечение более чем на 3 дня и/или пропускающих более 25% доз ПТП в месяц.

В зависимости от выявленных у пациента факторов риска преждевременного прекращения приема ПТП специалисты организуют процесс лечения с использованием индивидуального подхода. Например, лица БОМЖ – 100% госпитализируются в стационар, а на поддерживающей фазе направляются в Центр социальной адаптации, где находятся до окончания курса лечения туберкулеза. Проблемы восстановления документов, оформления льгот и пособий и другие социальные вопросы решают социальные работники как на амбулатор-

ном, так и на стационарном этапах. Если пациент по какой-либо причине не может посещать процедурный кабинет поликлинического отделения, то существует возможность продолжить лечение на дому. Некоторые больные на поддерживающей фазе начинают работать, тогда бригада стационара на дому ежедневно выезжает к месту работы пациента, обеспечивая непрерывность лечения.

Организация работы специалистов

На всех пунктах контролируемого лечения и в стационаре на протяжении всего курса лечения с пациентами ведет работу мультипрофессиональная команда.

Роль врача-фтизиатра, медицинской сестры

Оценка нужд и потребностей, а также мотивирование пациентов на лечение проводится на амбулаторном этапе в первую очередь сотрудниками противотуберкулезной службы – лечащим врачом, участковой медицинской сестрой.

Первичная работа с пациентом участковой службой начинается уже при выявлении туберкулеза. На каждом приеме лечащим врачом и средним медперсоналом проводятся: беседы (с использованием тематических брошюр и памяток) о необходимости соблюдения режима лечения; информирование о течении заболевания, сроках лечения; активное выявление и своевременное купирование побочных эффектов.

Участковый фтизиатр информирует пациента о продолжительности курса противотуберкулезной терапии и согласовывает с пациентом место, время начала лечения (в зависимости от клинического процесса и жизненной ситуации пациента). С пациентом подписывается контракт на лечение (приложение 5). Врач или участковая медицинская сестра собирают и фиксируют в медицинской документации контактную информацию пациента, его родственников и ближайшего окружения; сообщают больному о возможных местах лечения, мерах социальной поддержки и заполняют социальную карту (приложение 3), которая в последующем передается социальному работнику для составления сервисного плана и решения проблем пациента.

Обучение пациентов

Все впервые выявленные пациенты проходят обучающий цикл по туберкулезу и вопросам приверженности к лечению, получают обучающие материалы. Школы пациентов проводятся на амбулаторном и стационарном этапах и служат не только для повышения уровня информированности пациентов о заболевании и повышения приверженности к лечению, но и помогают подготовить волонтеров из числа пациентов, проходящих лечение от туберкулеза в условиях стационара, для дальнейшей профилактической работы с ли-

цами, столкнувшимися с данным заболеванием. Методы работы включают опросы, использование видеоматериалов, лекции, открытые дискуссии.

Темы занятий соответствуют обучающим модулям (приложение 6). В стационаре 1 курс обучения включает 11 тематических занятий. Продолжительность одного занятия – 45 мин. Уровень полученных знаний определяется при заполнении анкет вход/выход (приложение 7). Обучение проводится психологами в каждом отделении. На амбулаторном этапе обучение осуществляет социальный работник 1 занятие 1 раз в месяц на базе дневного стационара. В зависимости от тематики занятия социальный работник и психологи привлекают дополнительных специалистов. В отличие от стационара на амбулаторном этапе в силу разных обстоятельств состав группы обучающихся с каждым занятием обновляется/меняется.

Роль психолога

В настоящее время работа психолога на амбулаторном этапе была прекращена ввиду того, что пациенты самостоятельно не обращались за помощью. Использовать те же методы привлечения, что и в стационаре не удалось, так как амбулаторно пациенты живут в привычном для них социуме и, приняв препараты, стремятся покинуть лечебное учреждение. Привлечение психолога к работе на выездах также является малоэффективным, так как для проведения психологической консультации важно сочетание подходящей обстановки и достаточного количества времени, что зачастую сложно организовать существующей команде лечения на дому.

Основная цель работы психолога в стационаре – профилактика пропуска приема ПТП. В процессе работы психолог акцентирует внимание на решении психологических проблем пациента, возникших непосредственно в стационаре (но являющихся «отголосками» его прошлой жизни).

Как правило, для первичной диагностики используются простые тесты, например тест Люшера. Цветовая диагностика Люшера позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности, а также определить причины психологического стресса, который может привести к появлению физиологических симптомов.

Если пациент открыт для углубленной работы и заинтересован в ней, то применяются такие тесты, как:

- тест Сонди, служащий для диагностики психических расстройств и нарушений поведения;
- тест-опросник ММРІ, выявляющий психические состояния и свойства личности;
- фрустрационный тест Розенцвейга, предназначенный для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций;

- методика исследования Сакса и Леви, характеризующая систему общественных отношений;

- различные рисуночные тесты, применяемые для обобщенной диагностики личности и конкретной диагностики определенной ситуации.

Индивидуальная и групповая работа проводится как в кабинете, так и в палатах. Возможны консультации в больничных коридорах (например, привлечение пациента на консультацию), а также на прогулке (в летнее время по желанию пациента).

Роль психиатра-нарколога

Лечение больных, употребляющих алкоголь

Первая и наиболее важная задача в лечении пациентов с сопутствующими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, – проведение полного курса противотуберкулезного лечения в условиях стационара, достижение абациллирования и лишь затем выписка их на поддерживающее амбулаторное лечение. Лечение алкоголизма у лиц, больных туберкулезом, проводимое в комплексе с противотуберкулезной терапией, делат на три этапа:

1-й этап – психотерапевтическое воздействие на больного, проведение дезинтоксикационного лечения с целью купирования запоев, общеукрепляющая терапия, купирование психопатоподобных нарушений, коррекция поведения. Особое значение при купировании абстинентного синдрома имеют витамины В₁, В₆, С, для профилактики судорожного синдрома назначают карбамазепин или бензонал. С целью улучшения метаболических процессов и для достижения кардиопротективного, антигипоксического, ангиопротективного эффектов используют милдронат;

2-й этап – активная противоалкогольная терапия, направленная на подавление болезненного влечения к алкоголю, выработку отвращения к спиртным напиткам и непереносимости их. Она обязательно должна проводиться всем пациентам в стационарах, а по возможности и в амбулаторных условиях. Сенсибилизирующие к алкоголю препараты (дисульфирам) могут применяться практически всем больным туберкулезом, страдающим алкоголизмом. На этом этапе можно использовать препараты, относящиеся к группе блокаторов опиоидных рецепторов (налтрексон);

3-й этап – терапия, направленная на достижение стойкой трезвеннической установки больного. Включает систематическое психотерапевтическое воздействие, поддерживающее медикаментозное лечение, различные реабилитационные мероприятия. При лечении депрессивных расстройств у больных алкоголизмом нарколог назначает и больные принимают под контролем:

- антидепрессанты – амитриптилин, стимулотон, вальдоксан (благоприятное влияние на ритм сон – бодрствование);

- нейролептики со стимулирующим и известным антидепрессивным действием – сонапакс, эглонил;

- ноотропы – ноотропил, фенотропил, пикамилон, пантокальцин;

- малые транквилизаторы (снижают эмоциональную возбудимость, тревогу, страх, нормализуют сон) – феназепам, лоразепам, реланиум, алпразолам.

Дисфорические реакции у больных алкоголизмом обычно протекают на астеническом фоне и характеризуются быстрым спадом, эмоциональными нарушениями, у больных с дисфорическими расстройствами появляется или усиливается влечение к алкоголю. В лечении дисфорических расстройств малые нейролептики (неулептил, хлорпротиксен, сонапакс, галоперидол) более эффективны, чем антидепрессанты. Также для лечения дисфорических расстройств применяется финлепсин (карбамезин) – препарат, обладающий противосудорожным действием и известным нормотимическим эффектом (больные отмечают уменьшение чувства внутреннего напряжения, снижение раздражительности и колебаний настроения при длительном курсе).

Антидепрессанты и психостимуляторы показаны для длительного применения как в стационаре, так и на амбулаторном этапе.

Необходимые препараты покупаются за счет Программы, бесплатно для пациентов.

Лечение больных, употребляющих наркотики опийной группы

Лечение больных туберкулезом, страдающих наркоманией, является комплексным и сочетается с активной психотерапией. Всему медицинскому персоналу, принимающему участие в ХТ пациента с наркоманией, делается установка на постоянное внушение больным уверенности в успехе лечения.

Купирование абстинентного синдрома проводится в условиях палаты интенсивной терапии противотуберкулезного стационара в соответствии с принятыми стандартами (обезболивающие, снотворные, транквилизаторы, нейролептики и другие препараты). На время купирования абстинентного синдрома противотуберкулезная терапия не проводится.

В дальнейшем больной переводится в отделение для лечения основного заболевания. На этом этапе оказывается поддерживающее медикаментозное лечение (антидепрессанты, снотворное, транквилизаторы и другие препараты) и проводятся различные реабилитационные мероприятия. После перевода из палаты интенсивной терапии препараты вносятся в лист назначений и выдаются медсестрой под контролем.

Эффективность лечения зависит от уровня мотивации пациента, социальной и интеллектуальной сохранности.

Важный момент в работе с больными туберкулезом, употребляющими наркотики опийной группы, это профилактика смертельных случаев, вызванных передозировкой опиатами. Оптимально иметь в наличии налоксон в стационаре и в случае лечения таких пациентов на дому.

Роль социального работника

На стационарном и амбулаторном этапах социальные работники оказывают помощь в получении технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий; восстановлении документов и оформлении льгот и пособий (медицинский полис, паспорт, ИНН, СНИЛС), в подготовке документов к прохождению МСЭ, оформлении/переводе/перерасчете пенсии по инвалидности, оформлении субсидий, получении материальной помощи, получении возмещения оплаты проезда в профильный санаторий и т. д.

Всем пациентам, приступающим к лечению на амбулаторном этапе, врач или медсестра участковой службы проводит оценку нужд и потребностей (заполняется социальная карта, приложение 3). В стационаре за этот раздел работы отвечает дополнительный специалист, который первым проконтактировал с пациентом. Для повышения мотивации к лечению и профилактики самовольного прекращения лечения среди пациентов из числа лиц БОМЖ и пациентов с зависимостью от ПАВ социальный работник проводит консультации. В случае выявления пациентов, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, социальный работник совместно с пациентом составляет сервисный план (план по решению социальных проблем), (приложение 8). В плане указываются приоритетные мероприятия и лица/организации, ответственные за выполнение. Если пациент, получающий ХТ на амбулаторном этапе, направлен в стационар, то сервисный план прикладывается к направлению. В стационаре при приеме пациента сервисный план передается специалисту по социальной работе для дальнейшей работы с больным. При выписке из стационара сервисный план также прикладывается к выписке. При поступлении выписки в диспансер сервисный план передается социальному работнику амбулаторного этапа.

Социальный работник амбулаторного звена ежемесячно посещает Школу подготовки к освобождению в учреждении ФСИН, информирует пациентов о местах лечения и вариантах социальной помощи в гражданском секторе, тем самым проводит профилактику прерывания курса ХТ среди освобождающихся больных туберкулезом из мест заключения. Помимо этого, социальный работник собирает дополнительную информацию об освобождающихся и передает ее участковым

фтизиатрам, тем самым осуществляя преемственность между пенитенциарным и гражданским секторами. Все больные туберкулезом, освобождающиеся из пенитенциарной системы, получают разовый паек при первом посещении участкового фтизиатра.

Алгоритм работы с лицами БОМЖ

При поступлении в приемный покой стационара на каждого пациента без определенного места жительства сотрудники кабинета социально-психологической помощи (КСПП) заводят анкету с фотографией (приложение 9). Предварительно подписывается информированное согласие.

Сотрудники КСПП вносят данные о таких больных в общую картотеку (информированное согласие, заполнение унифицированной анкеты (расширенная социальная карта) – приложение 10, составляют сервисный план – приложение 8). За каждым сотрудником КСПП закреплено свое отделение на стационарном этапе.

Еженедельно информация об учтенных пациентах стекается в Информационный центр, роль которого выполняет кабинет КСПП терапевтического отделения. Ответственным за сбор информации, регистрации пациентов в КСПП и обновление единого списка лиц, состоящих на учете в КСПП, является психолог.

При отсутствии ответственного лица по причине болезни или отпуска на рабочем месте ее функции выполняет второй психолог.

Обновление единого списка лиц, состоящих на учете в КСПП, осуществляется еженедельно и передается во все отделения стационарного этапа. Наличие общего списка поможет избежать повторной постановки на учет одного и того же пациента.

При выписке или самовольном уходе больного из стационара сотрудник КСПП передает всю информацию на амбулаторный этап лечащему врачу.

Социальные работники взаимодействуют по различным вопросам с областным Департаментом социальной защиты, Центром социальной адаптации для лиц БОМЖ, Комплексным центром социального обслуживания населения, городскими центрами социальной поддержки населения, Пенсионным фондом, Миграционной службой, Кризисным центром для женщин, Центром Анти-СПИД, Фондом «Томск-АнтиСПИД», центрами по реабилитации наркотической и алкогольной зависимости, салонами дареных вещей и т. д. Также к работе с пациентами в стационаре привлекаются священнослужители различных конфессий. В работе с пациентами из числа потребителей инъекционных наркотиков с целью улучшения приверженности к лечению участвуют сотрудники БФ «Томск-АнтиСПИД», которые специализируются на работе с уязвимыми группами: проводят мотивационные беседы, оказывают помощь в организации контролируемого лечения.

На стационарном этапе при выявлении у больного туберкулезом ВИЧ-инфекции впервые специалисты СПИД-центра (инфекционист, психолог) выезжают в стационар для проведения послетестового консультирования и информирования о диагнозе. При необходимости назначается антиретровирусная терапия (АРТ). Препараты для АРТ специалисты СПИД-центра привозят в противотуберкулезный стационар и проводят работу по повышению приверженности к лечению.

Мониторинг

Перечень дополнительных документов по каждому пациенту:

- сервисный план (приложение 8),
- социальная карта больного (приложение 3),
- расширенная социальная карта больного для лиц БОМЖ (приложение 10),
- информационный бланк о пациенте для представления на комиссию по перерывам (приложение 11).

На стационарном и амбулаторном этапах каждым специалистом ведется учет консультаций: фиксируются краткие данные пациентов, обратившихся за помощью. На амбулаторном этапе ведется журнал пациентов, представляемых на комиссию по перерывам (приложение 10).

Мониторинг и контроль на стационарном этапе проводятся заместителем главного врача. Разбор спорных случаев ведется ежемесячно на заседании рабочей группы. Мониторинг и контроль на амбулаторном этапе осуществляются заведующей ОМО, одновременно являющейся председателем комиссии по перерывам и ответственным специалистом за приверженность пациентов к лечению туберкулеза.

Привлеченные сотрудники формируют отчеты по мероприятиям и числу обученных пациентов 1 раз в квартал, отчеты о количестве консультаций и числе проконсультированных пациентов. Ежеквартально на заседаниях рабочей группы обсуждаются результаты отчетного периода, проблемы/трудности и планы на следующий период. Состав рабочей группы: ответственное лицо по приверженности и социальной работе от противотуберкулезной службы, отдельный ответственный специалист за оказание психологической, наркологической и социальной помощи на стационарном этапе, координатор от БО «Партнеры во имя здоровья».

Система оценки результатов работы специалистов ориентируется на улучшение приверженности пациента к лечению – ежедневный прием ПТП и, как итог, благоприятный исход ХТ у пациента. Количество консультаций не может в полной мере отразить эффективность работы, однако

указывает на установление контакта с пациентом. Ответственными лицами за организацию дополнительной помощи анализируется и охват – все ли пациенты, нуждающиеся в такой помощи, были направлены к специалистам и получили помощь. Для этого в том числе проводится пофамильная сверка списка пациентов, проконсультированных специалистами, со списком пациентов, принявших менее 75% доз ПТП, и завершивших ХТ в текущем квартале с исходом «прерывание курса ХТ».

Эффективность

Работа дополнительных специалистов в первую очередь нацелена на улучшение приверженности пациентов, имеющих факторы риска негативных исходов ХТ, среди которых злоупотребление ПАВ является ведущим. Среди пациентов, зарегистрированных на лечение в гражданской фтизиатрической службе, распространенность официально установленного диагноза алкогольной и/или наркотической зависимости составляла в 2005 г. около 40%. Однако эта оценка явно занижена, поскольку пациенты избегают признания проблемы, последующей диагностики и официального обращения в наркологические и психоневрологические диспансеры.

Начиная с 2005 г. у пациентов, зарегистрированных на лечение в гражданской фтизиатрической службе Томской области, проводят оценку степени злоупотребления алкоголем с помощью теста AUDIT. Охват тестированием всех пациентов составляет 40-50%, поскольку основные усилия направлены на впервые выявленных пациентов и рецидивы заболевания (рис. 1). Согласно результатам тестирования, 50-60% пациентов имеют минимальные баллы (употребляют алкоголь редко, вообще не употребляют или могут контролировать прием алкоголя), а 40-50% имеют проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем (рис. 2). Среди пациентов, набранных в проект Глобального фонда и получавших ПТП 2-го ряда по линии Комитета зеленого света (КЗС), доля имеющих диагноз алкогольной зависимости составляла в среднем 55%, наркотической зависимо-

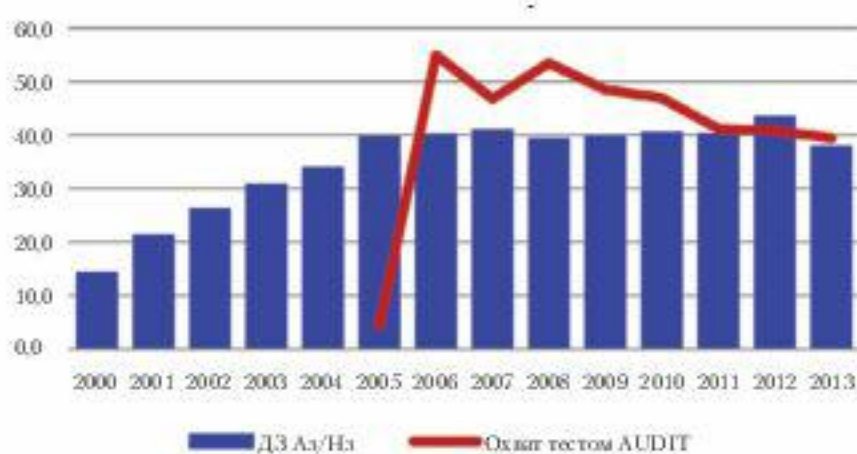


Рис. 1. Распространенность диагноза алкогольной или наркотической зависимости среди пациентов, зарегистрированных на лечение в Томской области и охват тестированием AUDIT

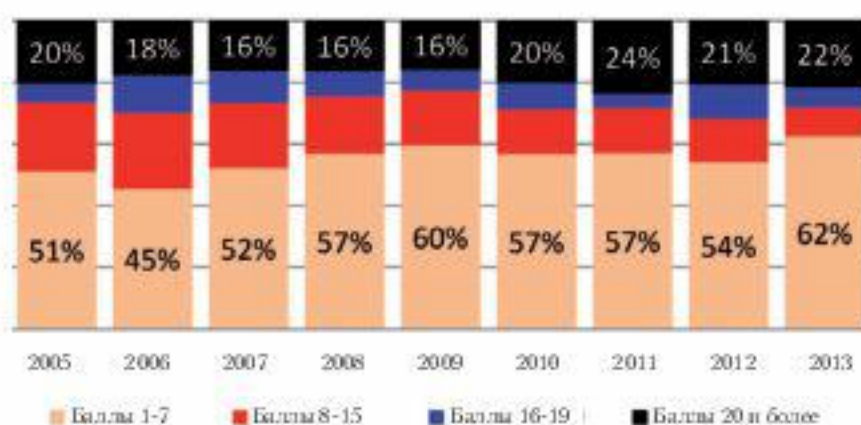


Рис. 2. Результаты теста AUDIT среди пациентов, зарегистрированных на лечение в Томской области, и протестированных

сти – 11%, а доля лиц БОМЖ с 2006 г. – не менее 10% (рис. 3).

В самом начале работы по привлечению дополнительных специалистов сложность заключалась в организации непосредственной встречи специалиста с пациентом, которому необходима консультация и охват был невысоким (рис. 4). С 2008 г. участковые фтизиатры стали направлять на консультацию психологов всех впервые выявленных пациентов. Анализ эффективности работы специалистов показал, что исходы ХТ среди злоупотреб-

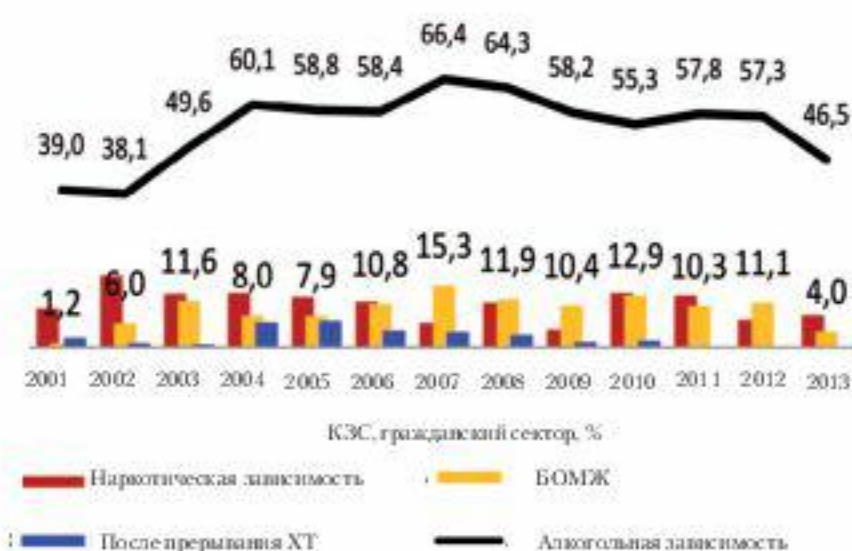


Рис. 3. Социальные характеристики пациентов с МЛУ-МБТ, набранных в проект КЗС, гражданский сектор, %

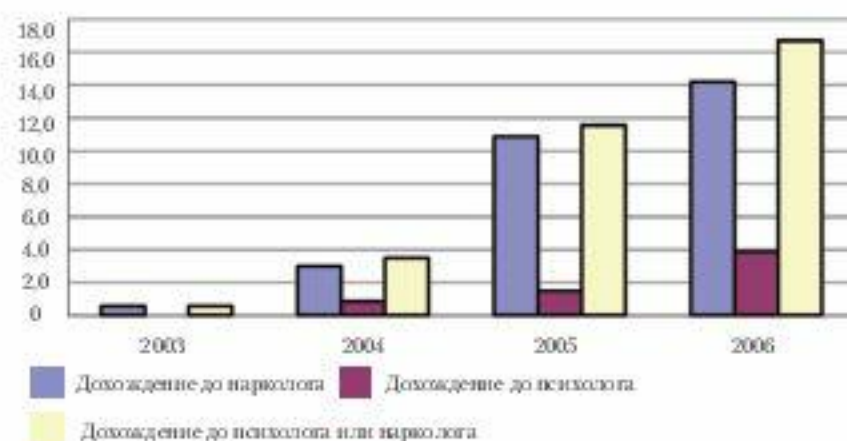


Рис. 4. Доля пациентов, проконсультированных специалистами, от всех направленных на консультацию

бляющих и прошедших консультацию у нарколога лучше, чем у непрошедших, однако результат статистически недостоверен.

В среднем каждый психолог стационарного отделения проводит 4-5 индивидуальных консультаций в течение рабочего дня (первичные по 90 мин, повторные по 45 мин). Кроме того, еженедельно проводятся групповые консультации. Социальные работники после каждой консультации проводят работу по решению выявленных проблем, поэтому времени на 1 пациента тратится больше. Объем работ в последние годы указан в таблице 2.

Одним из результатов работы явилось снижение доли пациентов, выписанных из стационара досрочно с 15% в 2004 г. до 5% в 2013 г.

С 2007 по 2011 г. на базе стационара выполнено рандомизированное клиническое исследование «Интегрированный подход к оказанию антиалкогольной помощи больным туберкулезом», целью которого была проверка целесообразности и оценка эффективности двух методов лечения алкоголизма – краткого консультативного вмешательства и применения препарата налтрексона для пациентов с туберкулезом и расстройствами вследствие употребления алкоголя. У тех пациентов, которые ранее предпринимали попытки бросить пить, польза от применения налтрексона была выше по сравнению с основной когортой

Таблица 2

Количество консультаций дополнительных специалистов ТФМЦ

Стационарный этап	2010	2011	2012	2013
Наркологи, консультации	575	364	488	605
Психологи, консультации	837	1 644	2 005	1 858
Групповые консультации	111	64	237	228
Обучающие лекции	нд	15	80	52
Сотрудники стационара	621	458	494	391
Амбулаторный этап	2010	2011	2012	2013
Психологи, консультации	нд	103	112	нд
Обучающие лекции	нд	91	96	нд
Психологи, консультации медработников	нд	37	29	нд
Сотрудники поликлиники	нд	177	117	132
Выходы в УФСИН	нд	20	18	17

(92,3% благоприятных исходов по сравнению с 69,2% среди остальных пациентов в данный период)⁴. Интенсивное обучение медицинского персонала навыкам мотивационного консультирования пациентов способствовало применению этих навыков ко всем пациентам, с которыми врачи работали впоследствии.

Привлечение дополнительных специалистов и решение проблем пациентов, выходящих за рамки противотуберкулезной терапии, в совокупности оказало влияние на исходы лечения пациентов. Среди впервые выявленных пациентов, получа-

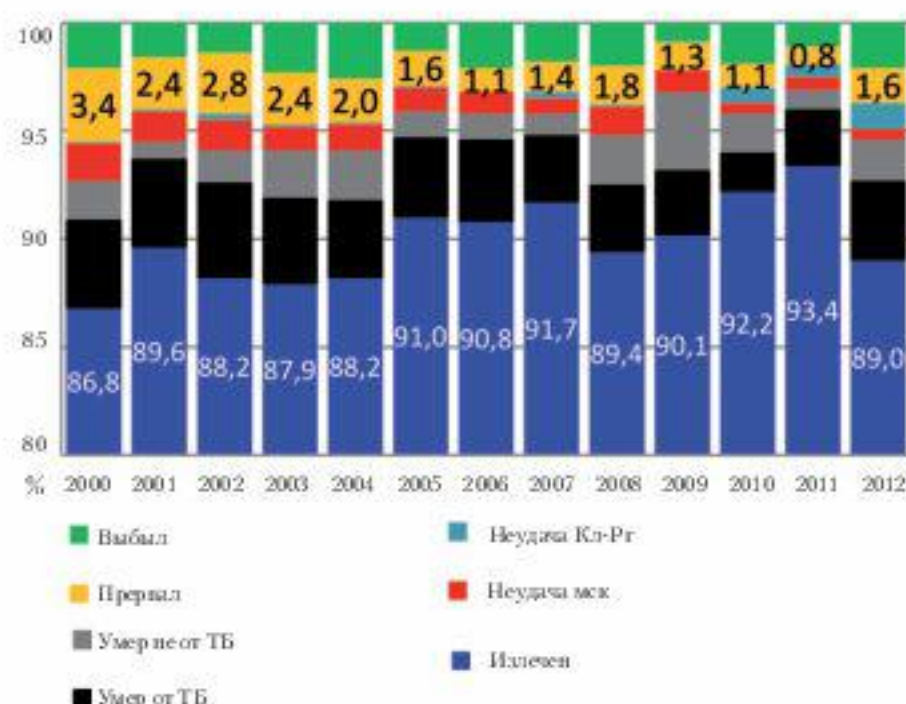


Рис. 5. Исходы ХТ среди впервые выявленных пациентов в гражданском секторе Томской области, исключая пациентов, перерегистрированных на 4 режим ХТ, %

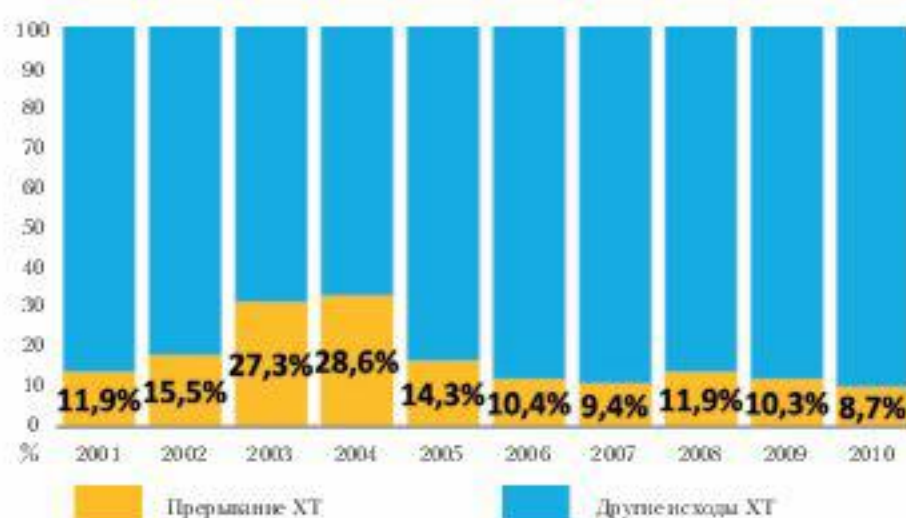


Рис. 6. Доля пациентов с МЛУ-МБТ, получавших 4 режим ХТ в проекте КЗС и прервавших курс ХТ, Томская область, гражданский сектор, %

ших лечение по 1-3 режимам, уровень прерывания лечения с 2004 г. не превышал 2% по всей области (рис. 5), а среди пациентов с МЛУ-ТБ снизился до 10% (рис. 6) в среднем после активизации вышеописанных мероприятий.

Анализ, проведенный среди 407 пациентов с МЛУ-МБТ, получавших 4-й режим ХТ, в проекте КЗС в 2000-2004 гг. показал, что пациенты с алкогольной зависимостью прерывают ХТ чаще, чем не имеющие зависимость (29,2% прервавших по сравнению с 12,3%) [8]. При этом излечение у пациентов с алкогольной зависимостью наблюдалось в случае приема более 80% доз ПТП (ОШ 2,89; 95%-ный ДИ 1,30-6,43).

ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2013. – 280 с.
2. Филиппок О. В., Янова Г. В., Стрелис А. К. и др. Многоженственно-лекарственно-устойчивый туберкулез легких: медико-социальные особенности и эффективность стационарного этапа лечения // Пробл. туб. – 2008. – № 8. – Р. 23-28.
3. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Switzerland, 2003.
4. Belilovsky E. M., Borisov S. E., Cook E. F. et al. Treatment interruptions among patients with tuberculosis in Russian TB hospitals // Int. J. Infect. Dis. – 2010. – Vol. 14, № 8. – Р. 698-703.
5. Fleming M. F., Krupitsky E., Tsoy M. 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. – Vol. 10, № 5. – Р. 565-570.
6. Gelmanova I. Y., Keshavjee S., Golubchikova V. T. et al. 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. – Vol. 85, № 9. – Р. 703-711.
7. Jakubowiak W. M., Bogorodskaya E. M., Borisov E. S. et al. Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions // Int. J. Tuberc. Lung. Dis. – 2007. – Vol. 11, № 1. – Р. 46-53.
8. Miller A. C., Gelmanova I. Y., Keshavjee S. et al. Alcohol use and the management of multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russian Federation // Int. J. Tuberc. Lung. Dis. – 2012. – Vol. 16, № 7. – Р. 891-889. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.11.0795>
9. Toczek A., Cox H., du Cros P. et al. Strategies for reducing treatment default in drug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis // Int. J. Tuberc. Lung. Dis. – 2013. – Vol. 17, № 3. – Р. 299-307. doi: 10.5588/ijtld.12.0537.

⁴ <http://www.pih.ru/pihimpact.html>