

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ДОМУ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

В. Д. ЛЕЛИКОВА¹, Д. В. ТАРАН², О. Г. БЛИНОВА¹, Г. В. ПЛЕШКОВА¹, С. В. КОРНИЕНКО¹

HOME-BASED TUBERCULOSIS TREATMENT IN VORONEZH REGION

V. D. LELIKOVA, D. V. TARAN, O. G. BLINOVA, G. V. PLESHKOVA, S. V. KORNIYENKO

¹ПКУЗ «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер»

²Представительство БО «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации

В Российской Федерации организовано контролируемое лечение туберкулеза на стационарном и амбулаторном этапах. Обеспечение приема пациентами всех противотуберкулезных препаратов (ПТП) под наблюдением медицинского персонала на амбулаторном этапе является сложной организационной задачей. В зависимости от категории туберкулеза пациенту в течение одного курса химиотерапии (ХТ) необходимо принять до 936 раз одновременно несколько таблетированных препаратов и, возможно, два раза в день. Часто прием ПТП для пациентов организован в учреждениях противотуберкулезной службы или в центральной районной больнице (ЦРБ) сельской местности, посещение которых представляет трудности из-за удаленности и недостаточной организации перевозок общественным транспортом, особенно в осенне-зимний период. Даже при наличии общественного транспорта в городах учреждения могут располагаться вдали от центральных маршрутов, и необходимо произвести 1-2 пересадки, что не могут себе позволить большинство пациентов с низким социально-экономическим статусом. Для пациентов, плохо переносящих ПТП, имеющих низкую мотивацию к лечению туберкулеза, а также плохая доступность учреждений противотуберкулезной службы являются серьезной причиной для прерывания курса ХТ.

Проблему удаленности учреждений для принятия ПТП можно решить несколькими способами:

- Повысить привлекательность принятия ПТП в учреждениях противотуберкулезной службы, даже при их удаленном расположении. С этой целью в противотуберкулезных программах в регионах РФ закупаются продуктовые наборы для поощрения принятия ПТП, организовано горячее питание в дневных стационарах.

- Улучшать достижимость пунктов КЛ через выдачу пациентам проездных билетов на общественный транспорт, закупаемых за счет бюджета противотуберкулезных программ, либо возмещать средства на проезд.

- Организовать прием ПТП в медицинских учреждениях, максимально приближенных к ме-

стам проживания пациентов. В некоторых регионах в городских условиях организован прием ПТП в учреждениях общей лечебной сети, однако часть пациентов не соглашается на такое лечение из-за очевидного нарушения конфиденциальности их диагноза и лечения.

- Организовать лечение на дому силами противотуберкулезной службы.

Несмотря на очевидный механизм, заложенный в самом названии (организация контролируемого лечения в месте проживания пациента), разные регионы внедряют лечение на дому по-разному и с разной эффективностью. В этом разделе описывается лечение на дому, которое проводится противотуберкулезной службой Воронежской области. Программа, названная «Сопровождение», начала реализовываться с февраля 2011 г. в столице региона – городе Воронеже.

Ресурсы, необходимые для внедрения практики

Лечение на дому осуществляют медицинские работники противотуберкулезной службы. Водители и медсестры освобождены от другой работы. Выделенный специально для клинического ведения пациентов «лечения на дому» врач совмещает работу с обычной участковой. Для решения социальных и медицинских вопросов по сочетанной патологии привлечен дополнительный персонал: социальный работник и нарколог. Ответственный за реализацию программы – заместитель главного врача по диспансерной работе среди городского населения.

Лечение на дому организовано 6 дней в неделю. Обычный рабочий день начинается в 8:00 и заканчивается в 16:30.

По программе выделены только для лечения на дому два автомобиля, горюче-смазочные материалы, сотовые телефоны и средства на оплату сотовой связи. В целях соблюдения конфиденциальности автомобиль не имеет знаков принадлежности к медицинским учреждениям и сотрудники одеты в типичную гражданскую одежду, не стесняющую движения (джинсы, куртка или спортивный костюм).

С целью мотивирования пациентов принимать ПТП выдаются продуктовые наборы каждый день после приема полной дозы лекарственных средств. Для пациентов, принимающих ПТП на работе или на улице, закупается питьевая вода и разливается в емкости по 2 л с последующим разлитием в пластиковые стаканчики по 200 мл. Общая сумма на продуктовые наборы в месяц составляет около 1 300 руб., то есть около 50 руб. в день. В начале программы и при снижении приверженности проводится опрос пациентов по оптимальному составу продуктового набора, имеющего значимость для пациента, который будет сказываться на его приверженности.

Персонал, обучение и навыки

Очень важно создать единое ядро команды, состоящее из медсестры, водителя, врача, специалиста по социальному сопровождению, консультанта врача-нарколога, по возможности психолога. Водитель не только выполняет свои прямые функции, но и звонит пациентам и родственникам, участвует в розыске пациентов и повышении мотивирования их на лечение, помогает в погрузке и разгрузке продуктовых наборов. Главными качествами медицинского персонала являются умение слушать, терпимо относиться к точке зрения и выбору человека с другими привычками и совсем другой жизненной историей, а также желание помочь пациенту с существующими ограничениями, а не подстроить его под себя. Приветствуется отсутствие компульсивности и вредных привычек.

Обязанности ответственного лица, главной задачей которого является поддержание напряженной работы на высоком уровне, включают:

Поддержка персонала проекта

- Организовать работу вспомогательного медицинского и немедицинского персонала.
- Выслушивать мнения членов команды, принимать решения, ободрять и мотивировать.
- Отстаивать интересы сотрудников перед коллективом, который не знает всех нюансов работы на дому.
- Мотивировать на поиск решений в сложных ситуациях.

Заказ ресурсов – организация работы

- Анализ затрат по проекту (медикаменты, ГСМ, связь, трудозатраты персонала).
- Своевременный заказ и пополнение ресурсов.
- Управление существующими ресурсами внутри службы.
- Контроль работы проекта
- Проверка адекватности отбора пациентов сотрудниками амбулаторного этапа (работа с участковыми врачами и заведующими отделений).
- Проверка соответствия работы команды протоколу.

Отчетность

- Ведение регистра пациентов, индикаторов.
- Расход ресурсов по:
 - § Противотуберкулезным препаратам.
 - § Препаратам, купирующим побочные эффекты.
 - § Персоналу, занятому в проекте.
 - § ГСМ.
 - § Мобильной связи.
 - § Продуктовым наборам.

Для оказания услуг по социальному сопровождению был привлечен специалист по социальному сопровождению из некоммерческой организации. Воронежская некоммерческая организация «Центр АнтиСПИД» работает с лицами, имеющими зависимость от психоактивных веществ, больными ВИЧ-инфекцией, освободившимися из мест лишения свободы по принципу снижения вреда, включая социальное сопровождение. Специалист организовал обучающие семинары с командой, включающие навыки мотивационного консультирования по работе с трудными пациентами, командообразование, а далее непосредственно работал с пациентами. Требований к специальности или образованию нет, это может быть человек с опытом работы соцработника, с медицинским или психологическим, опыт работы в НКО приветствуется. Важно, чтобы сотрудник понимал проблемы целевой группы, разбирался в общих сведениях о туберкулезе, ВИЧ, гепатитах, законодательстве по социальной поддержке населения. Должностные инструкции специалиста по социальному сопровождению приведены в приложении 1.

Важное значение для повышения приверженности к лечению пациентов, страдающих наркотической и/или алкогольной зависимостью, имеют лечение зависимости, купирование запоев, абстинентного синдрома, поэтому команде сопровождения выделен врач психиатр-нарколог, работающий в штатном расписании стационара фтизиатрической службы. С его помощью решаются вопросы лечения пациентов с зависимостью, в том числе с госпитализацией в наркологическое отделение.

Медицинские сестры, водители и врачи прошли обучение в Томском ФПЦ по следующим направлениям: особенности выявления и купирования побочных эффектов у пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя на амбулаторном этапе, особенности работы с пациентами, страдающими алкогольной и наркотической зависимостью, навыки общения с социально дезадаптированными пациентами, установление первого контакта и профилактика синдрома «профессионального выгорания».

Вместо медсестры, находящейся в отпуске или на больничном, фтизиатрическая служба выделяет на этот срок дополнительную медсестру. Персонал, осуществляющий лечение на дому, получа-

ет дополнительные стимулирующие выплаты из бюджета службы.

Описание практики

*Структура противотуберкулезной помощи
в городе Воронеже*

В г. Воронеже проживает 1 003 638 человек на территории 590 км² (рис. 1). Заболеваемость туберкулезом перед внедрением программы составляла 45,1 на 100 тыс. населения (2010 г.), одновременно получало противотуберкулезную ХТ более 400 городских пациентов разных категорий, в том числе около 220 – вне стационара.

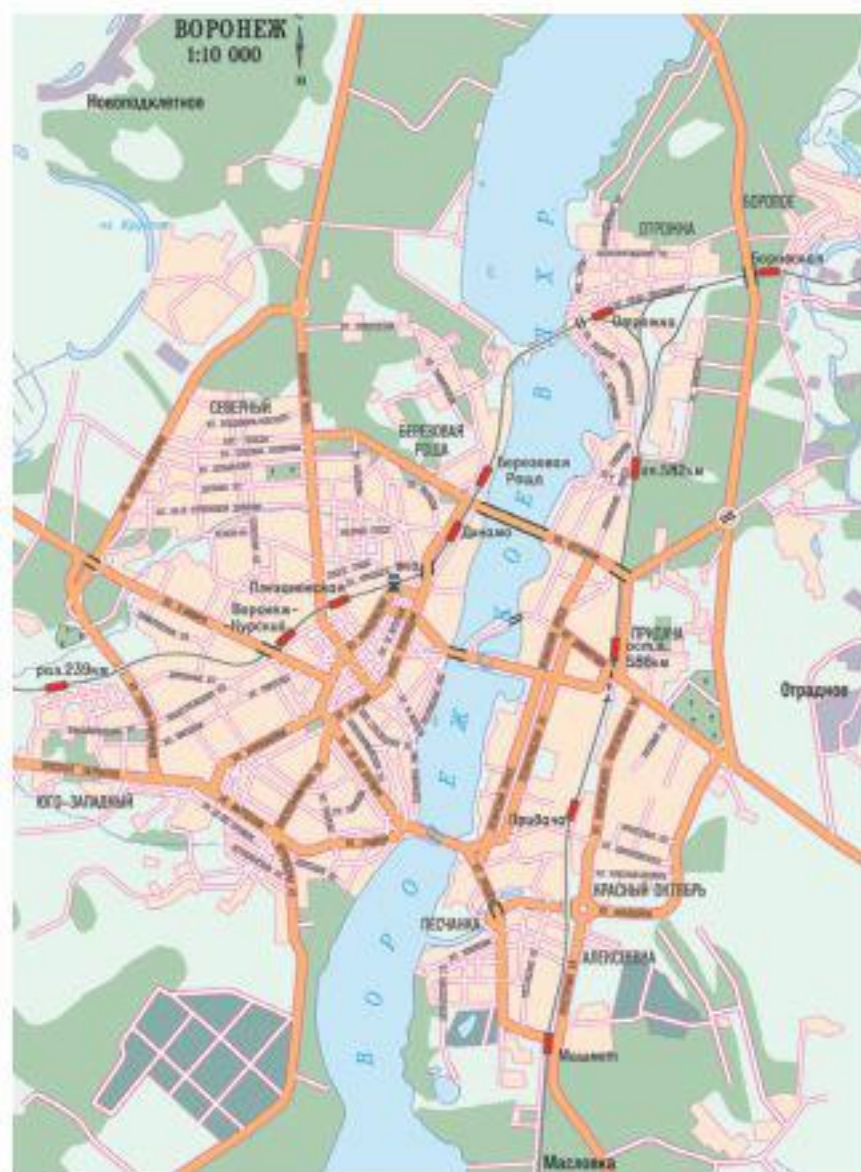


Рис. 1. Схема г. Воронежа

В г. Воронеже контролируемое лечение на амбулаторном этапе организовано следующим образом:

- Контролируемое лечение в процедурном кабинете. Выдачу препаратов осуществляют процедурные медсестры двух диспансерных отделений.
- Лечение больных на дому под контролем участковых медсестер диспансера. Ежедневно медсестра выдает препараты трем-четырем больным на дому (кроме воскресенья).
- Лечение в 4 поликлиниках города под контролем участковых медсестер 6-8 больных с 10.01.2013 г. по настоящее время. Больные принимают противотуберкулезные препараты ежеднев-

но (кроме воскресенья) в специально оборудованном кабинете или в удобном для них месте.

- В программе «Патронаж на колесах» – около 15 больных с 01.09.2012 г. по настоящее время. Контроль осуществляет специально выделенная медсестра, которая выезжает ежедневно (кроме воскресенья) к пациентам на дом.
- Программа «Сопровождение».

Определение территории работы

В 2011 г. на всей площади города была организована работа одной команды: две медсестры по-сменно выезжали совместно с водителем. Такой выбор территории был вызван наличием лишь небольшого числа пациентов с исходом «прерывание курса ХТ» и высокой приверженностью пациентов на амбулаторном этапе, в среднем судя по лечебным картам ТБ-01. Участковые врачи сомневались, направлять ли пациентов, считая, что самостоятельно повлияют на пациентов с низкой приверженностью и улучшат ее. Была проведена разъяснительная работа с персоналом городской фтизиатрической службы, а также начата реальная работа программы, в ходе которой ее сотрудники поверили в свои возможности. В конце первого года реализации уже было очевидно, что одновременно в городе уже более 30 пациентов нуждаются в усиленных мероприятиях по приверженности для завершения курса ХТ. Главный врач фтизиатрической службы выделил дополнительную машину, водителя, медсестру, врача, и была создана вторая команда. С 2012 г. в городе работают две команды программы, которые организуют контролируемое лечение на дому пациентам по левому берегу и правому берегу города.

Отбор пациентов

Для лечения на дому отбираются наиболее сложные, социально неблагополучные пациенты, у которых не было достигнуто эффекта от лечения на предыдущих этапах и сохраняется низкая приверженность к лечению:

- 1-1,5 мес. назад была принята последняя доза ПТП, или
- последние 2-3 мес. лечения приверженность составила $< 70-80\%$ принятых доз, или
- приверженность $> 70\%$, пациент на лечении более 4-6 мес., но является бактериовыделителем, или
- пациент из контингентов, не начинал ХТ и сохраняется бактериовыделение.

Отбор осуществляется решением врачебной комиссии (ВК), которая представлена заместителем главного врача, врачом программы, а также врачами, представляющими пациента, иногда в присутствии заведующих соответствующими терапевтическими отделениями. На заседании ВК каждую неделю врачами докладываются случаи с низкой приверженностью и происходит обсужде-

ние целесообразности взятия пациента (в случае низкой загруженности команды) или продолжения работы с пациентом участковой службой.

Достоверность представления врачами пациентов с низкой приверженностью к лечению проверяется заместителем главного один раз в месяц путем:

- просмотра лечебных карт ТБ-01 всех пациентов на амбулаторном лечении,
- подсчета исходов «прерывание курса ХТ», зарегистрированных среди городских пациентов в конце квартала, независимо от года когорты и типа ТБ. Если такие исходы зарегистрированы, заместитель интересуется у участковой службы, рассматривались ли эти пациенты на ВК, а если нет, то какова причина.

Начало работы

После принятия решения ВК о начале лечения пациента на дому, зафиксированного в амбулаторной карте, участковый врач-фтизиатр и/или медицинская сестра проводит беседу с пациентом о продолжении его/ее курса ХТ на дому. Персоналу лечения на дому сообщаются все адреса, телефоны пациента, информация о его диагнозе, характеристики, влияющие на приверженность. Вся информация заносится в специальную учетную форму пациента (приложение 2).

В зависимости от адресов наибольшего фактического нахождения пациент включается в правобережную или левобережную команды лечения на дому. В программе сопровождения одна бригада ведет в среднем 20 пациентов. Из всех 40 больных, находящихся на лечении, у 37 имеется МЛУ-туберкулез (92%). Прием суточной дозы препаратов осуществляется в 90% случаев однократно, но в 10% случаев – 2 раза в день.

Компоненты работы программы:

1. *Поиск пациента в случае его отсутствия, используя всю имеющуюся информацию о его социальном окружении*

Типичный рабочий день начинается со звонков пациентам или их родственникам. У команды имеются мобильные телефоны, список телефонов и адресов пациента.

Решение по маршруту, к кому ехать и когда, принимается совместно медсестрой и водителем проекта на основании информации о пациентах. Маршрут может корректироваться ежедневно.

По телефону проводится первичное обсуждение с пациентом места и времени встречи. Если пациент отказывается встречаться, персонал старается убедить пациента принять медикаменты в любое время в течение дня. При недостигнутом соглашении привлекается другой член команды – врач либо консультант проекта.

Если пациент не отвечает на звонки или отсутствует, когда команда приехала на установленное

место встречи, то персонал пытается установить местонахождение пациента, ждет от 10 до 30 мин. Если пациент не появился, то команда едет к следующему пациенту, но продолжает искать по телефону пациента и его социальное окружение, которое может помочь его найти. Если звонки не приносят результата, то команда возвращается на место встречи/домой, а затем наведывается по всем адресам, где может появиться пациент.

Заместителем главного врача ведется мониторинг по затяжному прерыванию ХТ пациентом, и в случае, если сотрудники не находят пациента в течение месяца, то подается письмо в прокуратуру с просьбой привлечь пациента к лечению.

2. *Прием медикаментов под контролем персонала в месте и времени, удобном для пациента*

Больному ПТП на руки не выдаются, в том числе в выходные и праздничные дни. Все медикаменты пациент принимает под наблюдением медсестры или водителя проекта. Во время встречи медсестра спрашивает у пациента о планах в течение этого или следующих дней, интересуется, как его можно будет отыскать, а также жалобами – медицинскими или социальными.

Медсестра наблюдает за приемом препаратов и реакцией пациента в течение первых минут. В конце визита обсуждаются вопросы ведения пациента – предстоящие обследования, перемещения пациента, что можно сделать для него.

Большая доля пациентов предпочитают принимать ПТП в автомобиле, в том числе инъекционные препараты, особенно если задние двери автомобиля имеют тонировку.

3. *Мотивирование приема медикаментов. Выдача ежедневных продуктовых наборов*

Для того чтобы определить потребности пациентов и выдавать им те продуктовые наборы, которые будут их мотивировать на прием ПТП, сотрудники регулярно (2 раза в год) проводят исследование и ревизию продуктов в меню при наборе новых пациентов. Например, пациенты, страдающие наркотической зависимостью, любят сгущенное молоко и другие высокоэнергетические продукты, а страдающие алкогольной зависимостью – тушенку.

Перечень продуктов программы в г. Воронеже, используемых в разное время:

- тушеная говядина,
- сайра,
- сардинелла,
- тушеная свинина,
- мясо цыпленка в с/с,
- каша рисовая со свининой,
- каша гречневая с говядиной,
- каша перловая с говядиной,
- какао сгущенное,
- молоко сгущенное,
- гречка,

- сахар,
- рис,
- макароны,
- масло растительное,
- шампиньоны «Микадо»,
- горошек консервированный,
- печенье/пряники,
- кисель плодово-ягодный,
- чай.

4. *Купирование побочных эффектов противотуберкулезных препаратов*

Приверженность пациентов улучшается при купировании побочных эффектов. Сопутствующие соматические заболевания встречаются в 65% случаев и выявляются при опросе и/или осмотре больного медицинскими сестрами, врачом и при консультации узких специалистов. Осмотр пациента врачом проводится в диспансере, кроме того, участковый врач-фтизиатр посещает больного на дому один раз в 10 дней, при необходимости чаще. Плановое обследование пациентов осуществляется согласно Приказу МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», внеочередное обследование – по решению ВК, место проведения – диспансерное отделение противотуберкулезного диспансера, при необходимости для забора крови и мокроты к пациенту выезжают на дом.

Наиболее часто возникают гастроэнтерологические побочные эффекты, учитывая распространенность алкогольной зависимости среди пациентов, а также встречаются аллергические реакции и неврологические расстройства.

Для предотвращения срыва в лечении применяются следующие препараты:

- Омепразол, метоклопрамид/дротаверин (церукал в инъекциях при рвоте), панкреатин.
- Вольгартен-гель.
- Супрастин/лоратадин.
- Энтеросорбенты.
- Для коррекции нейротоксического действия ПТП применяются тиамин, пиридоксин и глютаминовая кислота.

После коррекции нарушения работы печени ряд пациентов отмечают значительное улучшение самочувствия и соглашаются принимать все ПТП. Чаще используются препараты гептрал, фосфоглив парентерально и внутрь, как правило, без отмены ПТП.

Работа нарколога эффективна при наличии необходимых лекарственных препаратов. Для дезинтоксикации используется водно-солевая нагрузка и проводится тщательное наблюдение за состоянием пациента для своевременной госпитализации в специализированные психиатрические учреждения при развитии алкогольного психоза. Помимо лекарственных средств, рекомендованных для лечения алкогольной зависимости (бензо-

дiazепины и пр.), применяются препараты, которые можно купить в аптечной сети (вне списков), в том числе для нормализации сна, снижения тяги к употреблению алкоголя и для уменьшения вреда от употребления алкоголя.

5. *Дополнительная психологическая и социальная поддержка*

Программа в г. Воронеже называется «Сопровождение» и осуществляет посильную помощь пациентам в решении проблем, возникающих в процессе лечения туберкулеза до окончания курса ХТ. Еженедельно с медсестрой выезжает специалист по социальному сопровождению для выяснения проблем, консультирования пациентов, корректировки плана социального сопровождения. В остальные дни недели проводятся телефонное консультирование, помощь в оформлении необходимых документов для получения пособий, работа с социальной службой.

Специалист по социальному сопровождению устанавливает доверительный контакт с пациентом и его окружением, проводит оценку потребностей пациентов на основании заполненной «формы пациента», а затем путем подробной беседы составляет совместно с пациентом план социального сопровождения. План ведения пациента обсуждается всей командой и согласовывается. Специалист оказывает активную помощь:

- Выслушивает пациентов как третья сторона, независимая от представителей системы здравоохранения.
- Использует навыки консультирования для повышения мотивации пациентов к лечению.
- Информировует пациента на доступном языке, помогает в заполнении заявлений.
- Непосредственно сопровождает пациентов при сборе документов.
- Налаживает контакты со службами, выясняет, как и чем помочь пациенту. Социальные вопросы решаются только по заявительной системе, однако пациенты не знают о своих правах и возможностях получения помощи со стороны социальной службы, других низкопороговых программ. Информирование по вопросам получения помощи является важной составляющей работы специалиста.
- Предоставляет информацию о других имеющихся в регионе низкопороговых программах, включающих социальную реабилитацию и адаптацию, оказание психологической помощи и поддержки.
- Участвует в регулярных акциях социальной службы города по выдаче одежды, что крайне необходимо части пациентов.

Регулярно проводятся обсуждения с персоналом, занимающимся лечением больного, выполненных мероприятий и корректировка плана ведения пациента.

По каждому пациенту ведется:

- Амбулаторная карта, форма ТБ-1, форма 30, патронажная карта, социальная карта, карта побочных эффектов.

- Форма пациента (приложение 2).
- Ведомости списания продуктовых наборов и препаратов для купирования побочных эффектов.

Общий контроль работы программы осуществляет заместитель главного врача. Контролируются своевременное представление пациентов с низкой приверженностью, набор в программу, обеспеченность ресурсами и работа сотрудников. С целью оценки качества работы персонала заместитель выезжает 1 раз в квартал с сотрудниками обеих команд.

Результаты работы лечения на дому оцениваются в общей эффективности лечения больных.

Эффективность

В программе «Сопровождение» в 2013 г. получало лечение одновременно 40 пациентов, что составляло 30% от всех пациентов, находящихся на амбулаторном лечении (141 человек). Из них 37 пациентов с туберкулезом с МЛУ возбудителя, что составляет 55% от всех амбулаторных больных МЛУ туберкулезом (рис. 2). Доля пациентов, прошедших через программу, от всех пациентов, получавших лечение на амбулаторном этапе, увеличивается ежегодно и составила 35% среди всех пациентов с туберкулезом и 45% среди пациентов с туберкулезом с МЛУ МБТ в 2013 г.

У 142 пациентов, включенных в программу в 2011-2013 гг., наблюдались следующие характеристики, ассоциирующиеся с риском негативных исходов ХТ (табл.): ранее прерывали ХТ – 20%, были ранее в местах лишения свободы – 46%, с алкогольной зависимостью – 83%, с наркотической зависимостью – 29%. При этом распространенность указанных факторов среди всех пациентов, проходивших лечение на территории г. Воронежа в 2011-2013 гг., была меньше, чем в группе включенных: ранее прерывали ХТ – 7%, освободились МЛС – 21%, с алкогольной зависимостью – 63%, с наркотической зависимостью – 13%.

Из 142 пациентов 1-й режим ХТ получали – 40 пациентов, 2А – 21 пациент, а 4-й режим ХТ – 81 пациент, что составило более половины всех случаев.

Приверженность пациентов до направления на лечение (процент принятых доз ПТП к предписанным) на дому в 2011 г. составляла 50%, в 2012 г.

Характеристики пациентов, включенных в программу в 2011-2013 гг., ассоциирующиеся с риском негативных исходов ХТ (n = 142)

Характеристики	(%)
Мужской пол	76
Ранее находились в местах заключения	46
БОМЖ	2
Хронический алкоголизм/наркомания	83/29
Злоупотребление алкоголем/наркотиками в процессе лечения	79/13
Гепатит (вирусный/токсический)	43/37
ВИЧ-инфекция	0
Впервые выявленный туберкулез	68
Прерывание курсов ХТ в анамнезе	20
МБТ + по микроскопии и/или посеву до начала лечения	84
Режим лечения	
1	28
4	57
2а	15

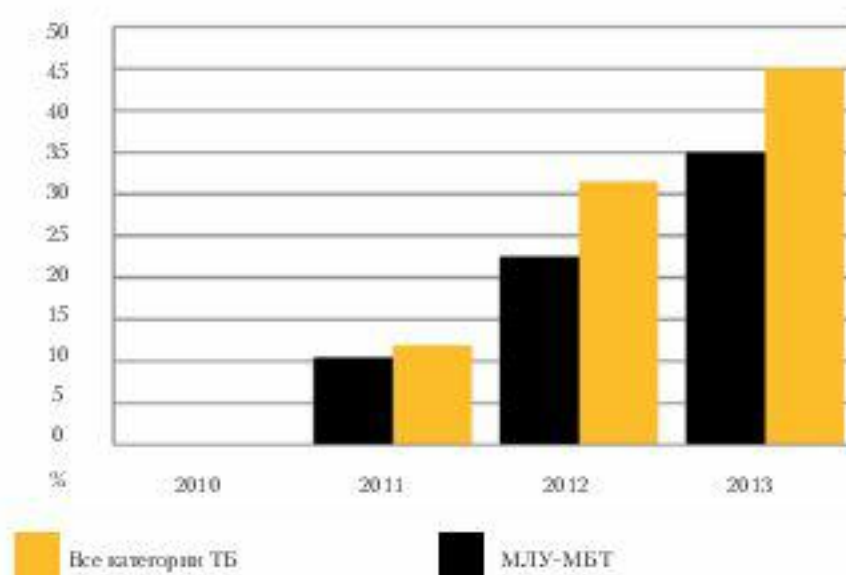


Рис. 2. Доля пациентов, включенных в программу лечения на дому, от всех находящихся на амбулаторном лечении, г. Воронеж

– 57%, в 2013 г. – 60% и увеличивалась во время лечения на дому, до 75, 83 и до 81% в 2011, 2012 и 2013 г. соответственно.

За период с февраля 2011 по 2013 г. суммарное число пациентов, включенных в проект «Сопровождение», достигло 142, законченных случаев – 81 (51%), из них эффективно – 73 (90%), умерших не от туберкулеза – 5 (6%), отрывов – 3 (4%).

Проведенный в 2012 г. анализ по исходам ХТ у первых 66 пациентов, завершивших курс ХТ в программе лечения на дому, показал, что наибольшая эффективность лечения была достигнута у пациентов, ранее находившихся в местах лишения свободы (0% прерывания курса ХТ).