

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ «СПУТНИК» ДЛЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ НАИМЕНЕЕ ПРИВЕРЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ*

П. Н. ГОЛУБЧИКОВ¹, Д. В. ТАРАН², А. В. СОЛОВЬЕВА²

INVOLVING MOST NON-ADHERENT PATIENTS TO TREATMENT THROUGH THE SPUTNIK PROGRAM

P. N. GOLUBCHIKOV, D. V. TARAN, A. V. SOLOVYOVA

¹ОГБУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»,

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

В российской фтизиатрической практике для повышения приверженности пациентов к лечению применяются разнообразные подходы: получение продуктовых наборов, обеспечение проездными билетами, привлечение дополнительных специалистов для консультирования пациентов по сопутствующим заболеваниям и социальным вопросам, обучение пациентов по вопросам туберкулеза и лечения на дому [5, 8]. Тем не менее даже в регионах, где вышеперечисленные мероприятия уже внедрены, уровень прерывания химиотерапии (ХТ) достигал в разное время 5-10% среди больных туберкулезом с чувствительностью возбудителя [3], а среди пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ) – 15-30% [2, 3].

Исследования в области лечения хронических заболеваний и организации противотуберкулезной помощи указывают еще на ряд подходов, способных улучшить приверженность пациентов к лечению [4, 6, 7]: приближение процесса оказания помощи к месту проживания и работы пациента; командная работа различных специалистов; решение проблем пациента, выходящих за рамки заболевания, но влияющих на жизнь пациента; низкопороговость программы и партнерские отношения медперсонала с пациентами.

В этом разделе описывается внедренная в Томской области программа «Спутник» (далее программа) для работы с пациентами, находящимися на грани «прерывания курса ХТ», применение к которым вышеперечисленных мероприятий не принесло результата и для них использовалась бы стандартная в таких случаях принудительная госпитализация. Основная цель программы – помочь больным окончить курс ХТ с использованием всего доступного арсенала ресурсов и механизмов деятельности, окружая пациента вниманием и заботой (как спутник).

Отличия программы от лечения на дому, наблюдаемого авторами в других регионах, приведе-

ны в табл. 1. Детально программа описана на интернет-ресурсе [1].

Описание организации противотуберкулезной помощи на территории внедрения

Программа «Спутник» действует в рамках поликлинического отделения Томского фтизиопульмонологического медицинского центра (участковая служба) с декабря 2006 г. на территории г. Томска и близлежащих сельских поселений с населением в 521 635 человек (50,2% от всей области) и площадью 297,2 км². На момент начала программы в г. Томске работали дневной стационар (170 коек), поликлиническое отделение (процедурный кабинет 80, лечение на дому 50), 10 коек для больных туберкулезом в Центре социальной адаптации населения для лиц БОМЖ. На амбулаторном этапе больные получали ежедневные продуктовые наборы, в дневном стационаре было организовано горячее питание, один раз в месяц выдавали гигиенические наборы, проводили оперативный поиск пациентов, прервавших курс ХТ, и разбор всех случаев на еженедельной административной комиссии по перерывам.

Ресурсы, необходимые для внедрения практики

Одна команда представлена двумя сменами, в каждой по 1 водителю и 1 медицинской сестре-спутнику. Заработная плата медицинской сестры должна быть выше уровня зарплат участковых медицинских сестер из-за высокой напряженности и ответственности работы, а также для мотивирования прихода лучшего персонала на данную позицию. Водители, помимо своих непосредственных обязанностей, выполняют функцию сопровождения медицинской сестры при посещении сложных и агрессивных пациентов. Для единого клинического ведения пациентов, координации и контроля работы команды принимается на со-

* Мы выражаем благодарность за помощь во внедрении практики:

Мишустину С. П., Березиной В. И., Охрименко С. А., Богдановой М. А., Кручиншиной Г. А., Горюнову С. А., Янову С. А., Сироткиной О. Б., Гельмановой И. Е., Попомаренко О. И.

Таблица 1

Отличия организации лечения не приверженных пациентов с использованием пациент-ориентированного подхода и без него

Критерии	Патронаж на дому (типичный собирательный пример)	Программа «Спутник»
Часы работы	С 8 до 15 ч	С 8 до 20 ч
Количество посещений в день	Около 50	Не более 25 (в среднем 15 пациентов, но большинство получают препараты два раза в день)
Время на посещение 1 пациента	Менее 10 мин (включая время на дорогу до пациента)	30-60 мин (включая время на дорогу до пациента)
Персонал	Водитель, медсестра	Водитель-спонтер, медсестры, отдельный врач-фтизиатр. Водитель выходит на дом к пациенту, защищает медсестру, участвует в беседах с пациентом, в поиске
Обеспечение	Машина, сотовые телефоны, одежда, респираторы ЗМ	Машина, сотовые телефоны, одежда, респираторы ЗМ, препараты для купирования ПЭ, контейнеры для сбора мокроты
Отбор пациентов	Если не приходит в ПК/ДС, то участковый переводит с разрешения заведующей (ВК)	Проводится разбор на комиссии (ВК + координатор НКО + психолог/нарколог/социальный работник), вся известная информация оценивается, и выносится решение
Оценка пациента	Оценка приверженности и факторов не проводится	Проводится оценка всех факторов, влияющих на приверженность вначале всей командой, вырабатывается единая система ведения пациента
Отношение персонала к пациенту	- Посещение пациента определяется в зависимости от маршрута команды (составляется в водителем) - Персонал не знает характерных особенностей каждого пациента, иногда не знают имя пациента, и сохраняется ли у пациента бактериовыделение - Персонал склонен критиковать пациентов за их вредные привычки, настаивать на изменении стиля жизни - Конфиденциальность по возможности соблюдается	- Пациент сам выбирает место и время лечения - Персонал доброжелателен, хорошо информирован о жизни пациента, его характерологических особенностях, диагнозе и клиническом течении заболевания - Обсуждение вредных привычек и стиля жизни проводится только после налаживания взаимоотношений с пациентом и его желании обсуждать данные проблемы - Конфиденциальность четко соблюдается. Медсестры одеты в штатскую одежду. Если необходим контакт с соседями и знакомыми пациента, то «спутники» часто представляются социальной службой
Поисковые мероприятия	Очень ограничены. При отсутствии пациента на дому команда повторно не возвращается, другие возможные адреса посещаются редко	С пациентом созваниваются перед выездом. При отсутствии пациента команда посещает все возможные места его пребывания, повторно возвращается к его дому
Клиническое ведение пациентов	Все участковые врачи-фтизиатры ведут своих пациентов. Медсестры передают информацию врачам в случае серьезных проблем с пациентом. Выезд врачей с командой практически не осуществляется	Отдельный врач, который специально отбирался по личностным и профессиональным качествам. Медсестры-спутники ежедневно общаются с врачом и передают ему информацию о пациентах. Врач 1 раз в 10-14 дней выезжает с командой к пациентам
Лечение побочных эффектов и сопутствующих заболеваний	- Медсестры обучены выявлению побочных эффектов, но из-за малого количества времени на пациента или индивидуальных особенностей страдает активное выявление побочных эффектов - Препараты для купирования побочных эффектов за счет пациента, часто не покупаются - Возможно посещение специалистами на дому	- Медсестры обучены выявлению побочных эффектов - Препараты для купирования побочных эффектов за счет программы выдаются через 1-2 дня после выявления побочных эффектов, есть антиалкогольные препараты - Возможно посещение специалистами на дому - Возможен забор крови на дому - Проводится госпитализация для детоксикации пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом - Участие в ведении сопутствующей патологии

Таблица 1, окончание

Критерии	Патронаж на дому (типичный собирательный пример)	Программа «Спутник»
Социальная поддержка	• Все пациенты получают продуктовые наборы	• Все пациенты получают продуктовые наборы • Сотрудники программы помогают в поиске временного жилья, восстановлении паспортов, обеспечивают по необходимости зимней одеждой, взаимодействии с социальным работником
Административная поддержка/ координация работы	• Совместные выезды с командой с целью контроля работы практически не осуществляются • Соборания для обсуждения хода работ и сложных случаев не проводятся	• Контроль персонала координатором/администрацией по проведению контролируемого лечения (выезды координатора с командой не реже 1 раза в 2-4 нед.) • Обсуждение пациентов на еженедельных собраниях (что сделано – планы) как индивидуальные случаи с привлечением специалистов, участвующих в решении проблем пациентов (психо/нарколог, соцработник) • Если врач и координатор не в состоянии решить проблему пациента (госпитализация, консультации и т. д.), то данный вопрос ставится перед администрацией ТБ диспансера • Эмоциональная поддержка, мероприятия по профилактике синдрома «эмоционального сгорания»

вместительство высококвалифицированный врач туберкулезной службы (0,5 ставки на 1 команду).

Для бесперебойной организации работы команды предусмотрен резервный персонал на случай болезни/отпуска врача, медсестер и водителя. Весь резервный персонал прошел обучение совместно с основным. В некоторых случаях обученный водитель основного состава может самостоятельно выдавать и контролировать прием препаратов пациентами. При этом прием инъекционных противотуберкулезных препаратов (ПТП) проводят в ту смену, в которую работает медицинская сестра. Должностные обязанности персонала описаны в приложении 1.

Для помощи пациентам в решении медицинских и социальных проблем привлекаются специалисты, работающие в штате противотуберкулезной службы: нарколог, психолог и социальный работник.

Оборудование программы включает: транспорт – машина высокой проходимости (Шевроле – Нива), горюче-смазочные материалы на 12-13 ч ежедневной работы, сотовые телефоны и средства на оплату сотовой связи¹, газовые баллончики в случае наличия агрессивной собаки в месте проживания пациента, рабочая одежда², защитные маски ЗМ, фонарь, медицинская сумка для ПТП, контейнеры для мокроты и сумка-холодильник для их транспортировки и канцтовары.

Средства стимуляции пациентов/социальная поддержка: ежедневные продуктовые наборы,

которые выдаются всем больным на амбулаторном этапе (до 2012 г. – 57 руб., для больных туберкулезом с МЛУ МБТ – 75 руб., в 2013 г. – 70 и 100 руб. соответственно) горячее питание для пациентов с низким индексом массы тела (в пластиковых одноразовых контейнерах) из стационара или дневного стационара, одежда для необеспеченных пациентов. В программе предусмотрены средства на прочие расходы, которые могут понадобиться для решения медицинских и немедицинских проблем пациентов (средства по уходу, простейшие гигиенические наборы, консультации специалистов на дому, одноразовые контейнеры для горячего питания, подкисленная вода или соки для запивания ПАСКа, оплата госпошлины или штрафа для восстановления паспорта пациента и пр.)³.

Навыки сотрудников, необходимые для работы программы

Нижеописанные компоненты работы невозможны без изначальной установки персонала на уважительное отношение к пациентам, осознания и принятия того, что нет асоциальных пациентов – есть пациенты с особыми психологическими и социальными нуждами, которых нам не всегда удастся понять и принять. Некоторые пациенты отмечали, что давно бы бросили лечение, если бы не их теплые взаимоотношения с медсестрами. Поэтому при отборе сотрудников программы основными критериями являются личностные

¹ Сотовые телефоны необходимы медсестрам и врачу для связи с пациентами, между собой, с организациями системы здравоохранения. Наличие сотовой связи повышает эффективность поиска пациентов, уменьшает пустые траты времени персонала и потребление горюче-смазочных материалов.

² Гражданская одежда – куртка, брюки, спортивный или медицинский/хирургический костюм, что позволяет сохранять конфиденциальность лечения.

³ В некоторых случаях медсестры применяли необычные методы помощи пациентам, например, они закупили целлофан для того, чтобы закрыть выбитые окна в квартире пациента в холодные зимние месяцы.

качества: умение выслушать, сострадать, желание помочь. Работа в программе противопоказана тем, кто испытывает сильные негативные чувства (осуждение, безразличность) к пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией, и бездомным лицам. В единичных случаях, когда по тем или иным причинам одному из сотрудников не удается найти контакт с пациентом и назревает конфликт, то лечение организуется с максимальным участием другого сотрудника (в этом случае следует организовать разделение труда между персоналом не по времени, а по пациентам). Более детально принципы общения с пациентами описаны в брошюре программы.

Перед началом работы было проведено обучение основного и резервного составов команды по клиническим вопросам и вопросам приверженности пациентов к лечению (темы приведены в брошюре программы). Медицинские сестры умеют: самостоятельно расспросить пациента о самочувствии; заметить изменения во внешнем виде и поведении больного; заподозрить, а при необходимости и купировать побочные эффекты; квалифицированно, многократно и терпеливо на доступном пациентам языке объяснять необходимость такого длительного курса ХТ, невозможность исключить тот или иной препарат и т. д. Обучение проходят и водители, так как они участвуют в беседах с пациентами, а в некоторых случаях могут исполнять роль резервного персонала. Врач несет ответственность за повышение уровня клинических знаний сотрудников посредством совместных обсуждений побочных эффектов у пациентов во время выездов с командой и еженедельных собраний.

Ряд обучающих лекций (занятий) был посвящен изучению методов общения с социально сложными пациентами в виде практических разборов реальных историй и ролевых игр. В начале работы Томской программы был приглашен социальный работник проекта «Снижение вреда. Томск» Фонда «Томск-АнтиСПИД». В течение месяца социальный работник выезжал вместе с медсестрами к пациентам и проводил обучение основам общения с пациентами, страдающими наркоманией и хроническим алкоголизмом. Медсестры имели возможность посетить проект «Снижение вреда» и понаблюдать за работой социальных работников во время их выездов. В последующем ежегодно проводились тренинги по навыкам общения и профилактике «профессионального выгорания» на базе Томского центра СПИД.

Курирование и контроль работы медсестер и водителя осуществляются куратором (руководителем) проекта, в качестве которого может выступать представитель администрации туберкулезной службы, сотрудник неправительственной организации, врач-координатор или старшая медицинская сестра. Куратор обладает организаторскими способностями, проявляет дипломатичные каче-

ства и настойчивость в отстаивании интересов пациентов и сотрудников программы, умеет работать в команде. Куратор должен быть искренне согласен с пациент-ориентированным подходом и испытывать желание помочь сложным пациентам. Поскольку куратору приходится беседовать с пациентами, то приветствуются навыки общения, умение ненавязчиво убеждать и разряжать конфликтные ситуации, в том числе с помощью юмора.

Описание работы программы «Спутник»

Эффективность работы связана с неукоснительным выполнением следующих постулатов:

- Выбор пациентом времени и места ежедневного приема ПТП.
- Ответственность команды за результат лечения пациентов с момента включения в программу и до окончания курса терапии⁴, что включает:
 - § интенсивный поиск пациентов,
 - § полностью контролируемое лечение (т. е. прием всех ПТП в присутствии персонала),
 - § активное выявление клинических, психологических и социальных проблем пациента и по возможности оперативное их решение,
 - § уважительное отношение к пациентам, соблюдение конфиденциальности.
- Мониторинг работы персонала руководителем (куратором) программы во время совместных выездов. Проведение еженедельных собраний с разбором каждого случая. Административная поддержка работы команды.

Определение оптимальной нагрузки на команду

Самое главное условие качественной работы – наличие достаточного времени для поиска и работы с каждым пациентом у персонала. Оптимальное число пациентов на одну команду зависит от ряда факторов.

1. В первую очередь, от площади территории, на которой проживают пациенты. В г. Томске одна команда обслуживает весь город и при необходимости близлежащие села (радиус обслуживания до 30 км). Следует отметить, что в г. Томске в это же время обеспечивают типичное лечение на дому 2 команды, из которых каждая на своей половине города контролирует лечение около 25 пациентов в день. Если программа «Спутник» внедряется сразу, без наличия типичного лечения на дому, то площадь территории должна быть более компактной, с учетом числа пациентов (пункт 3).

2. Второй важный фактор – кратность приема ПТП. Поскольку 80% пациентов Томской программы «Спутник» страдают туберкулезом с МЛУ

⁴ Некоторым пациентам после перевода на программу требовалась госпитализация, однако, «спутники» продолжали их курировать до конца лечения. Более подробно это описывается в п. 3.3.4

МБТ и курс лечения предусматривает двукратный прием некоторых препаратов, что улучшает переносимость ПТП и повышает приверженность лечению, то команда посещает их два раза в день.

3. Третий фактор – число пациентов, на розыск которых требуется много времени (более 1-2 ч), особенно сразу после направления пациента либо которым требуется много времени для подготовки к приему ПТП. В среднем команде удается качественно выполнить работу при нагрузке 12-15 пациентов в день, т. е. около 27-30 посещений в течение 12-часового рабочего дня.

Начинали работу с небольшого числа пациентов (6-8), чтобы у сотрудников была возможность наладить их контролируемое лечение, и постепенно расширяли набор. У команды всегда было время для повторного посещения пациентов, которые отсутствовали при первом. Следует отметить, что для посещения места лечения пациента медицинским работником, приготовления ПТП для приема, осмотра пациента, записи в документации, сообщения результатов анализов, согласования с больным места и времени следующей встречи, активного выявления побочных эффектов от лечения, а также наблюдения за реакцией на прием ПТП, одобрения пациента за позитивное поведение и выслушивания его опасений с ответом на них необходимо минимум 10 мин. С учетом времени в дороге общее время на одно посещение в среднем составляет 20 мин, что позволяет совершить всего 3 посещения в 1 ч и 18 – за 6 ч работы. И каждое посещение может быть неэффективным, если пациента нет дома или он не может открыть дверь. Некоторых пациентов приходится искать по 2-4 адресам. Таким образом, от персонала не требовали нагрузки более 15-18 пациентов, тем более что пациенты действительно избегают приема ПТП всеми возможными средствами.

Отбор пациентов

В первую очередь, в Томскую программу включаются пациенты, отказывающиеся от лечения или пациенты, пропустившие прием более 25% препаратов в течение последних 1-2 мес. Кроме того, сначала должны быть опробованы другие мероприятия, влияющие на приверженность пациента к лечению. В г. Томске основными показаниями направления в программу являются следующие:

- Пациент категорически отказывается от лечения.
- Пациент находился на лечении в стационаре, дневном стационаре и был выписан за нарушение дисциплины или длительное отсутствие; лечение в процедурном кабинете с частыми пропусками, во время неоднократных посещений стационара на дому пациент отсутствует в 25% случаев и более.

- Пациенты, имевшие в анамнезе несколько исходов «прерывание ХТ», особенно больные туберкулезом с МЛУ и ШЛУ МБТ.

- Пациент освобожден из мест лишения свободы, где он не был привержен к лечению.

- Пациент категорически отказывается от госпитализации и начала лечения, при этом является бактериовыделителем и, соответственно, не может пользоваться общественным транспортом и посещать дневной стационар/процедурный кабинет. Если пациент является социально сохранным, то ему может быть предложено типичное лечение на дому. При наличии таких дополнительных показаний, как наркомания или хронический алкоголизм, больной может быть сразу направлен на лечение в программу.

- Пациент требует выдачи препаратов на руки, так как его график работы не совпадает с графиком работы туберкулезного диспансера или в связи с семейными и другими серьезными жизненными обстоятельствами. В отношении данных пациентов следует предпринять попытки организации приема препаратов под контролем обученного волонтера или персонала здравпункта на рабочем месте и только потом направлять на лечение в программу.

В связи с тем, что набор в Томскую программу ограничен, разработан механизм отбора наиболее сложных пациентов. Если характеристика пациента отвечает одному из вышеперечисленных условий, то участковый врач-фтизиатр заполняет направление (приложение 2) и представляет пациента еженедельной комиссии по перерывам на коллегиальное обсуждение, в результате которого отбираются самые сложные пациенты. Решение о передаче пациента фиксируется в медицинской карте больного, направление передается врачу-координатору. Вместе с направлением участковый врач предоставляет всю информацию о местах проживания, родственниках, номера телефонов для связи с пациентом. Аналогичная информация запрашивается со всех предыдущих этапов лечения пациента.

Мотивирует на продолжение лечения в новой программе не врач предыдущего этапа лечения, поскольку пациент уже на грани прерывания курса ХТ и отношения между персоналом и пациентом, очевидно, не сложились. Сами сотрудники программы начинают работу с пациентом, если его удастся найти. Первая встреча всегда осуществляется при участии медсестры и водителя, которые пытаются наладить контакт с пациентом и объяснить все возможности программы. При согласии пациента продолжать лечение сотрудники выясняют все адреса и контактные данные не только пациента, но и его друзей, родственников, сожителей. Алгоритм действий сотрудников зависит от того, насколько пациент открыт и разговорчив при первой встрече. В любом случае основная за-

дача бригады заключается в том, чтобы пациент, оказавшийся в сложной жизненной ситуации, понял, что сотрудники программы искренне хотят и могут помочь.

Организация работы команды

Рабочий день команды должен соответствовать привычному режиму дня пациентов, поэтому рабочие часы включают как утреннее, так и вечернее время (что особенно важно для работающих пациентов). Длительность работы команды составляет 12 ч в день пять дней в неделю, а также 6 ч каждую субботу. Первая смена начинает работу в 8:00 и заканчивает в 14:00, вторая смена работает с 14:00 до 20:00⁵. В субботу работает только одна смена, поэтому всем пациентам предлагается принять суточную дозу ПТП однократно, за исключением наиболее чувствительных к препаратам больных, которым ПТП доставляются дважды с интервалом в 3-4 ч.

Рабочий день смены начинается с раскладки ПТП, пайков, сбора документации. Выезд к пациентам осуществляется по расписанию, составленному совместно с пациентами. С наиболее «подвижными» пациентами сотрудники созваниваются перед выездом, с другими – есть четко условленное место и время встречи. График меняется соответственно нуждам пациентов ежедневно. Часть пациентов предпочитают лечение на дому, другие – в машине команды, недалеко от дома или рабочего места, либо там, где они находятся в данное время, бездомные – в привычном месте обитания (вблизи рынка, у теплотрасс и т. д.). При встрече пациент получает инъекционные ПТП, принимает таблетированные ПТП под непосредственным контролем, получает продуктовый набор. Сотрудники интересуются самочувствием пациента, а также обсуждают время и место приема следующей дозы ПТП. В случае с больными туберкулезом с МЛУ МБТ продуктивный набор выдается только после приема второй дозы ПТП.

Поисковые мероприятия занимают 30-50% рабочего времени. Если пациент отсутствует в назначенном месте, то с ним немедленно созваниваются, связываются с родственниками, объезжают потенциальные места его пребывания, а позже повторно возвращаются к условленному месту встречи. Задача сотрудников – приложить все усилия для поиска пациента и предотвращения пропуска приема ПТП. Более подробно план поиска пациента изложен в брошюре программы. Результат поиска пациента или взаимодействия с ним фиксируется в обычной документации и в журнале по обмену

⁵ Альтернативное расписание – первая бригада с 9:00 до 15:00, вторая бригада с 15:00 до 21:00. В Томске были выбрано более раннее время для удобства персонала, однако, были пациенты, которые возвращались с работы только в 21:00. Кроме того, для ряда препаратов второго ряда рекомендуется прием перед сном.

информацией между сменами. Неиспользованные лекарственные средства и средства социальной поддержки передаются следующей смене или возвращаются в диспансер.

Если в течение 2 мес. ежедневного поиска пациента и применения вышеперечисленных методов его не удастся найти или уговорить на продолжение лечения, то об этом информируют участкового фтизиатра, который оформляет документы в суд на принудительную госпитализацию. Пациент снимается с программы и выставляется исход «прерывание курса ХТ».

Некоторые пациенты настаивают на самостоятельном приеме препаратов, не хотят принимать отдельные или все ПТП (особенно характерно для принимающих этионамид, ПАСК, циклосерин). В этом случае можно предлагать различные варианты лечения: с волонтером, на рабочем месте, однократный прием, учитывая при этом удобство и комфорт пациента (описано в брошюре программы). Как правило, те пациенты, которые по объективным причинам не вписываются в расписание программы, охотно соглашались на один из предложенных вариантов. Более всего настаивают на самостоятельном приеме ПТП те пациенты, которым ранее уже выдавались ПТП на руки, и те, которые просто не хотят принимать все ПТП.

Прием ПТП под контролем родственников – сомнительный вариант, так как большинство родственников либо полностью разделяют отношение их мужей/сыновей/дочерей к лечению, либо не в состоянии на них повлиять⁶.

В подавляющем большинстве случаев нежелание принимать ПТП связано с их побочными эффектами, особенно при лечении туберкулеза с МЛУ МБТ. Даже на заключительных месяцах ХТ у части пациентов проявляются побочные эффекты от приема ПТП. Наиболее выраженные и плохо купирующиеся побочные эффекты встречаются у пациентов с сопутствующими заболеваниями. Краеугольным камнем программы являются выявление всех возможных при данных ПТП побочных эффектов и бесплатное снабжение препаратами пациентов для купирования побочных эффектов ПТП. Для медсестер составлен перечень вопросов для выявления побочных эффектов, и они поощряются за проактивное выполнение этой части работы. Пациент может чувствовать себя подавленным, но не соотносить это с приемом ПТП, или он может отмечать диарею, но считать постыдным признаться в этом медицинскому работнику. Помимо активного опроса пациента и родственников, персонал ежедневно наблюдает за пациентом, отмечая изменение цвета кожных покровов, поведение пациента, нарушения походки, появление агрессивности, замедление речи или снижение

⁶ Frieden T., Scharbaro J.A. The slippery slope to sloppy DOTS// Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2002. – Vol. 6, № 5. – P. 371-372.

интереса к жизни. При выявлении нежелательной симптоматики информация немедленно передается лечащему врачу, в чью задачу входит проведение дифференциальной диагностики, своевременное и полноценное купирование побочного эффекта, что строго контролирует куратор программы. Выделенный для пациентов программы врач посещает пациентов вместе с командой один раз в 10-14 дней и ведет прием в поликлинике.

Важным компонентом в выявлении побочных эффектов является своевременное ежемесячное проведение контрольного обследования, а также дополнительно – лабораторные и инструментальные исследования в зависимости от характера и времени возникновения выявленных симптомов/жалоб. Обследование назначается фтизиатром, несмотря на это, средний медицинский персонал владеет информацией о датах последних исследований и контролирует своевременность проведения их, а при необходимости напоминает о сроках лечащему врачу. Перечень и регулярность исследований, а также купирование побочных эффектов описаны в разделе брошюры «Побочные эффекты». Для проведения лабораторных анализов, рентгенологического обследования пациенты приглашаются в специализированную поликлинику. У нетранспортабельных пациентов и если пациент не может прийти на прием по тем или иным причинам, материал (кровь, мокрота) собирается на дому медсестрами. В исключительных случаях нетранспортабельные пациенты доставляются для проведения рентгенологического обследования машиной туберкулезного диспансера. При необходимости обследования пациента так же, как и при поиске, требуются оперативность и обеспечение высокой доступности служб. Если у пациента нет средств на проезд, персонал доставляет его в учреждение, где проводится обследование, обеспечивает прохождение обследования в первую очередь, не теряя пациента из виду. В случае необходимости посещения нескольких учреждений/госпитализации сотрудники программы предварительно созваниваются с персоналом данных учреждений для обеспечения беспрепятственного приема больного вне очереди. При доставке пациентов машиной проекта соблюдаются меры инфекционного контроля, тем более что большинство пациентов программы уже давно получают адекватную схему ХТ и имеют отрицательные результаты посевов мокроты.

Команда программы берет на себя ответственность за пациента с момента включения в проект и до окончания курса терапии, вся работа оценивается по конечному результату. Если пациент нуждается в госпитализации в противотуберкулезный стационар, сотрудники организуют его перевод, но периодически созваниваются с лечащим врачом по поводу состояния пациента, сроках выписки, и навещают пациента 1 раз в 2 нед., привозят ему

небольшие подарки в виде конфет, полагающихся ему продуктовых наборов. Во время общения с пациентом медсестры выясняют его дальнейшие планы, обсуждают проблемы. Если пациент собирается покинуть стационар, то заранее оговаривается дальнейшее место лечения. Такое курирование оказалось неожиданным для пациентов и повысило их приверженность к лечению.

Наиболее приверженным к лечению пациентам предлагают вернуться на лечение в дневной стационар, процедурный кабинет, однако, так же как и при госпитализации пациента, сотрудники продолжают курировать пациента посредством регулярного телефонного и/или личного общения с пациентом (1 раз в неделю). При регулярном общении с пациентом сотрудникам удается сохранить достигнутый уровень доверительных отношений с больным на случай возможного ухудшения приверженности. Ответственность за пациента по-прежнему остается на команде⁷.

Помощь пациентам в решении их проблем

Среди пациентов, включенных в программу, было 82,6% безработных, 10% пациентов не имели постоянного места жительства, у 12% отсутствовали действующие паспорта, что являлось серьезным препятствием к получению страхового полиса и оформлению пенсии по инвалидности. Многие пациенты страдали от сопутствующих заболеваний, лечение которых не проводилось по ряду причин: отсутствие страхового полиса, отказ в консультации в связи с активным туберкулезом, невозможность посещения поликлиники из-за тяжелого заболевания опорно-двигательного аппарата, отсутствие средств на закупку препаратов, предписанных врачом, активное злоупотребление алкоголем.

Помощь в решении вышеперечисленных проблем не только способствовала укреплению взаимоотношений между персоналом и пациентом, но и облегчила организацию контролируемого лечения: гораздо легче лечить бездомного в приюте, чем ежедневно искать его на улице или купировать обострения панкреатита, гастрита и алкогольного гепатита.

На момент начала лечения сотрудники оценивают все известные социально-психологические и клинические факторы и потребности каждого пациента и формируют план работы с последующим заполнением запросов и результатов мероприятий. Главная задача медсестер и

⁷ Оценка работы по окончательному результату лечения стимулирует персонал к более активной работе с пациентом и препятствует системе «списывания» сложных пациентов в другие учреждения. Цель – успешно долечить пациента, поэтому госпитализируются и переводятся в другие учреждения действительно те, кто в этом нуждается или может полноценно продолжить курс терапии.

водителя – выяснить проблемы, проинформировать специалистов и оказать посильную помощь в их решении, предлагая пациентам доступные варианты и связываясь со специалистами. Запросы медицинских сестер на оказание помощи специалистами оставляются в медицинской документации, а также фиксируются врачом-координатором. Сами медсестры выполняли ограниченный перечень социальных работ, помимо выдачи продуктовых наборов в начале работы программы: направление в Центр социальной адаптации для лиц БОМЖ, базовая помощь в получении документов и т. п.

При необходимости консультаций и получения лекарственных препаратов для лечения сопутствующих заболеваний, а также по вопросам страховых полисов сотрудники связываются с соответствующими участковыми терапевтами по месту жительства/пребывания пациентов, с социальным работником туберкулезной службы и руководством программы. В некоторых случаях консультации проводятся на дому.

Консультации нарколога и психолога проводятся только с полного согласия пациента. Многие пациенты осознают, что у них имеются проблемы с алкоголем или наркотиками, но замыкаются или проявляют агрессию, как только им начинают об этом говорить. Требуется определенное время, чтобы пациент почувствовал, что к нему относятся уважительно, с пониманием и без осуждения, тогда ненавязчиво предложенная помощь может быть принята. Пациенту в период резкого нарушения приверженности из-за запоя сотрудники предлагают дезинтоксикацию и, при его желании, дальнейшее лечение у нарколога. Обычно дезинтоксикация и лечение зависимости проводятся на базе психиатрической больницы, наркологического диспансера, но ее можно и легче организовать в стационаре противотуберкулезной службы. В приютах/центрах социальной адаптации может проводиться антиалкогольная реабилитация для лиц БОМЖ. Пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, в период ремиссии страдают от бессонницы, тревожности и депрессии. Эти состояния нужно и можно купировать медикаментозно. Нарколог проекта имеет право назначать соответствующие препараты, он выезжает к пациентам один раз в неделю, назначает препараты, и их прием осуществляется также под контролем сотрудников программы. Типичные препараты, используемые в программе, указаны в разделе «Начало лечения и дополнительные специалисты».

Обследование контактных лиц

Социальное окружение пациентов, как правило, имеют тот же социальный статус, что и па-

циенты, многие из них не имеют действующих паспортов, регистрации, постоянного жилья, медицинской страховки, работы и, соответственно, они не попадают на флюорографическое обследование или обращаются очень поздно. Если пациент и его друзья находятся в состоянии сильнейшего алкогольного или наркотического опьянения и ведут себя очень агрессивно, в целях безопасности сотрудники воздерживаются от проведения дискуссий. Если же ситуация позволяет, то при посещении пациента и обнаружении в его окружении новых людей сотрудники вежливо предлагают обследование контактным, упомянув, что обследование и лечение абсолютно бесплатно, не требует регистрации по месту жительства, во время лечения выдается социальная поддержка и оказывается помощь других видов. В большинстве случаев данная информация воспринимается положительно, и контактные лица с удовольствием соглашаются на обследование. После этого необходимо переписать имена, адреса и телефоны. При наличии кашля медсестры предлагают пациенту на месте сдать мокроту, не дожидаясь их прихода в поликлинику. Для проведения сбора мокроты команда программы всегда имеет с собой контейнеры, сумку-холодильник/бикс и перчатки.

Курирование команды

Контроль работы команды проводится во время совместных выездов частотой 1-2 раза в месяц, во время которого куратор обращает внимание на то, каким образом медсестры общаются с пациентами, как осуществляется контролируемое лечение, проводится поиск при отсутствии пациента, выдаются ли на руки ПТП и др. Если отмечены какие-то проблемы, например некорректное отношение персонала к одному из пациентов, то это обсуждается в машине, не в присутствии больных. Основная цель совместного выезда – консультативная, и задача куратора в дружелюбной атмосфере совместно искать решение проблем. Ряд проблем могут найти решение в административных мероприятиях, например, эффективность поисковой работы может быть повышена посредством выделения дополнительных средств на сотовую связь.

Куратор помогает в непосредственной работе сотрудников. На некоторых пациентов магически действует общение с врачом или представителем администрации, поэтому обычно куратор проводит беседу со сложными пациентами, объясняя необходимость продолжения приема препаратов, опасность пропусков. Во время бесед пациенты могут рассказать о побочных реакциях и проблемах немедицинского характера, которые они не указали медицинским сестрам в силу разных причин. Примерный план совместного выезда изложен в брошюре программы.

Основная задача куратора – создать атмосферу единой команды, в которой сотрудники охотно рассказывали бы о проблемах в работе, не стеснялись обратиться с просьбой о помощи, спокойно относились бы к конструктивной критике и выполняли бы свои обязанности на 100%, рассчитывая на поддержку в любых ситуациях. Куратор решает все вопросы, связанные с бесперебойным наличием всех необходимых ресурсов, налаживает связи команды с медицинскими учреждениями туберкулезного и общелечебного профиля, решает бюрократические вопросы по организации социальной и медицинской помощи пациентам, активно оказывает морально-психологическую поддержку персоналу программы с целью профилактики синдрома «эмоционального выгорания».

Один раз в неделю организуется собрание всего персонала программы, включая куратора, врача-координатора, медицинских сестер и водителей, часто – психолога, нарколога и социального работника, на котором обсуждаются проблемы пациентов, разрабатывается дальнейший план действий, кроме того, проводятся обучающие занятия по клиническим и организационным вопросам. Идет разбор каждого случая по лечебным картам приема препаратов (форма ТБ-01), где наглядно видны результаты работы в течение недели. Если она неудовлетворительная, то разбираются детали (количество выездов для поиска сложного пациента, всех ли родственников/знакомых обзвонили/объездили, до какого часа работает команда в течение дня, были ли проведены в полном объеме запланированные мероприятия по каждому пациенту, типа консультаций нарколога и пр.). Собрания позволяют предотвращать развитие синдрома «эмоционального выгорания» у персонала.

Мониторинг работы команды

По каждому пациенту, взятому в программу, заполняется следующая документация:

1. Все учетные формы по туберкулезу и туберкулезу с МЛУ МБТ, принятые в противотуберкулезной службе Томской области.
2. Направление на включение в программу «Спутник» (приложение 2).
3. Социальная карта пациента, заполняемая на всех пациентов (см. раздел «Дополнительные специалисты»), и расширенная форма пациента.
4. Ведомости по полученным продуктам, дополнительной помощи (гигиенические принадлежности).

Сотрудник ОМО ведет электронный регистр программы, содержащий необходимые для оценки работы команды сведения.

Мониторинг работы команды осуществляется во время выездов старшей медицинской сестрой и координатором ПВИЗ (описано как неотъемлемая часть работы выше).

Оценка работы программы проводится с использованием показателей, отражающих работу программы и изменение поведения пациентов (приверженность приема ПТП, исходы ХТ), так и влияние на общую динамику исходов ХТ на территории внедрения (табл. 2).

Оценка эффективности внедрения программы «Спутник»

Проект начал работать с 2006 г. и продолжает свою деятельность в 2014 г. Одновременно (в любой день года) в программе проходило лечение в среднем 13 пациентов из 250, лечившихся на амбулаторном этапе в г. Томске (5%). В целом за 6 лет существования проекта с 17 декабря 2006 г. по 31 декабря 2012 г. на территории внедрения проводили лечение 3 403 пациента с туберкулезом, из них 138 было включено в программу. Среди пациентов программы такие факторы, как хронический алкоголизм, злоупотребление наркотиками, пребывание в заключении в прошлом и прерывание курса ХТ в анамнезе встречались чаще в 1,5-3,0 раза, чем среди тех, кто не был включен в программу (табл. 3). Большинство пациентов (75,4%) получали лечение по 4-му режиму ХТ в связи с наличием у них туберкулеза с МЛУ МБТ.

Направлены в программу после прохождения лечения во фтизиатрических учреждениях 130 пациентов, и только 8 должны были начать новый курс терапии. Ко всем пациентам ранее применялись различные меры по повышению приверженности, существующие в Томской области и описанные выше.

После включения в программу 9 пациентов не были привлечены к лечению: пациентов не удалось найти или они категорически отказались принимать препараты. Остальные пациенты (129) начали принимать ПТП под контролем сотрудников программы (рис. 1).

У 122 пациентов, которые продолжили лечение, начатое до включения в программу, приверженность увеличилась до 78,3% во время лечения в программе по сравнению с 59,8% до включения в нее. У 7 пациентов, начавших новый курс ХТ после направления для участия в программе, приверженность составила 74,2%. Средний уровень приверженности среди больных туберкулезом с МЛУ МБТ составил 77,1%.

В результате работы программы исход «эффективный курс ХТ» был достигнут у 70,5% пациентов, а среди больных туберкулезом с МЛУ МБТ достиг 68%.

Внедрение программы оказало влияние на общие показатели преждевременного прерывания лечения на территории, охваченной программой, в том числе туберкулеза с МЛУ МБТ (рис. 2). Начиная с когорты 2005 г., пациенты которой были набраны в программу «Спутник», доля пациентов с исходом «прерывание ХТ»

Показатели программы «Спутник», используемые для оценки работы программы и влияния на общую динамику исходов ХТ на территории внедрения

Оценка работы команды	Оценка влияния программы на общие результаты лечения пациентов в ТБ службе
Приверженность пациентов, включенных в программу. Цель: оперативно отслеживать результат ежедневной работы команды, то есть прием пациентами ПТП. Методика подсчета: процент принятых доз рассчитывается как количество принятых ПТП (каждого) к предписанному (из лечебной карты ТБ-01), после чего выводится среднее по всем ПТП⁸. Данный индикатор не обязательно вычислять для периода до направления на лечение в программу и после для сравнения по всем набранным. Оценка по каждому пациенту: еженедельно. Анализ по всем пациентам: 1 раз в квартал, 1 раз в год.	Доля пациентов с исходом «прерывание ХТ» на данной территории после старта программы. Цель: отслеживать совокупный результат всех мероприятий, направленных на улучшение приверженности пациентов, а также (косвенно) то, действительно ли сложные пациенты направляются на лечение в программу и направляются все сложные. Методика подсчета: число пациентов, зарегистрированных с исходом «прерывание ХТ» в календарный квартал или год на территории, которую охватывает проект⁹. Анализ: 1 раз в квартал, 1 раз в год.
Исходы ХТ среди пациентов, включенных в программу^{10,11} Цель: отслеживать эффективность лечения пациентов, включенных в программу. Методика подсчета: число пациентов, имеющих разные исходы ко всем включенным в 1 год в программу пациентам и имеющим зарегистрированный исход (и далее отдельно за 2 года, за 2 года общее и т.д.). Оценка по каждому пациенту: еженедельно. Анализ по всем пациентам: 1 раз в квартал, 1 раз в год.	Исходы ХТ в когортах пациентов до и после внедрения программы на этой территории. Цель: отслеживать совокупный результат всех мероприятий, направленных на улучшение приверженности пациентов. Методика подсчета: число пациентов, имеющих разные исходы ко всем начавшим лечение пациентами и имеющим зарегистрированный исход до и после внедрения программы С. Обращать внимание на процент пациентов с исходом «отрыв» и с исходом «излечен» среди всех пациентов, начавших лечение по 4-му режиму¹² 24 месяца назад и зарегистрированных с исходом. Анализ: 1 раз в квартал, 1 раз в год.

⁸ Возможен вариант – расчет процента дней, когда пациент принимал ПТП до и после включения в проект. При этом за целый день принимается тот, когда пациент принял всю дозу ПТП. Если пациент не принял вечернюю дозу, такой день не зачитывается.

⁹ Это не когортный анализ, однако, он позволяет оперативно судить о том, насколько действительно проблемные пациенты направляются на проект, насколько успешно программа справляется со своей задачей, поскольку на проекте будут пациенты из разных когорт. Например, в городе N предположили, что достаточно одной команды программы для решения всех проблем по приверженности, и проект стартовал с января 2010 г. Через 1 год проекта вы оцениваете, что 90% пациентов продолжают лечение (нет исхода «отрыв»). Логично предположить, что при условии набора пациентов на лечение по городу со схожими социально-демографическими характеристиками, а так же продолжающемся уровне других мероприятий по приверженности, количество пациентов с исходом «отрыв» по городу будет скорее снижаться, чем повышаться. Если же исходы «отрыв» на том же уровне или увеличились, а количество пациентов не превышает 10, необходимо оценить, все ли городские пациенты направляются на проект, и насколько сложные пациенты (то есть все мероприятия по повышению приверженности были применены, но безрезультатно).

¹⁰ Повышение приверженности приводит к снижению не только отрывов, но и неудач и смертности от туберкулеза, поэтому его также стоит представлять при анализе программы.

¹¹ При подсчете этого индикатора под когортой имели в виду всех пациентов, включенных в первый год работы проекта (и с чувствительным, и с устойчивым ТБ).

¹² В случае, если больше 80% пациентов с МЛУ-ТБ, имеет смысл оценивать только эту когорту пациентов. Если меньше, возможен анализ пациентов 1-3 категорий.

Таблица 3

Социальные и демографические характеристики пациентов, включенных в программу (N = 138), в сравнении с пациентами, не включенными в программу, проходящими лечение на территории внедрения (N = 3 265) в период с 17 декабря 2006 г. по 31 декабря 2012 г.

Показатель	Пациенты программы		Другие пациенты на территории внедрения		p
	n/N	%	n/N	%	
Мужской пол	101/138	73,2	2 179/3 265	66,7	0,115
Молодой возраст, младше 40 лет	105/138	76,1	1 887/3 265	57,8	< 0,001
Женат/замужем/есть сожитель	59/138	43,4	1 515/3 151	48,1	0,284
Неработающий	114/138	82,6	1 740/3 265	53,3	< 0,001
Ранее находился в местах заключения	53/138	38,4	636/3 265	19,5	< 0,001
Прерывание курса ХТ в анамнезе	9/138	6,5	32/3 265	1,0	< 0,001
Бездомный	14/138	10,1	269/3 265	8,2	0,427
Хронический алкоголизм	111/138	80,4	981/3 265	30	< 0,001
Злоупотребление наркотиками до или в процессе настоящего лечения	49/138	35,5	257/3 265	7,9	< 0,001
Психиатрическое заболевание	7/138	5,1	134/3 265	4,1	0,576
Гепатит	63/138	45,6	584/3 265	17,9	< 0,001
ВИЧ-инфекция	6/138	4,3	83/3 265	2,5	0,193
Впервые выявленный	42/138	30,4	2 270/3 265	69,5	< 0,001
БК+ по мазку и/или посеву на начало лечения	133/138	96,4	2 097/3 265	64,2	< 0,001
МЛУ ТБ из всех пациентов с туберкулезом, которым проводился ТЛЧ	104/138	75,4	890/3 265	27,2	< 0,001
Режим лечения					
Категория I/II/III	16/138	11,6	2 274/3 265	69,6	< 0,001
Категория IV (МЛУ терапия)	104/138	75,4	619/3 265	18,9	< 0,001
Моно- и полнустойчивость к препаратам, другие схемы лечения	18/138	13,0	372/3 265	11,4	0,551

*Fisher's exact test



Рис. 1. Схема движения пациентов «Спутника» с 17 декабря 2006 г. по 31 декабря 2012 г.

снизилась в среднем до 12,4% по сравнению с 40-30% до внедрения. Среди впервые выявленных пациентов с положительным результатом микроскопии мокроты на начало лечения доля окончивших курс ХТ с исходом «прерывание курса» стабильно снижалась с момента внедрения программы (рис. 3) до 0% в когорте 2008 г. В 2009 г. в Томской области проект Глобального фонда по борьбе с туберкулезом с МЛУ МБТ вступил в переходный период с резким ограничением финансирования всех мероприятий по приверженности, проводимых помимо программы «Спутник», что повлияло на исходы ХТ как в городе, так и в сельских условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Проект «Спутник». «Пациент-ориентированный подход к решению проблем приверженности пациентов в городских условиях», <http://www.pih.ru/pihguides.html>
2. Тарап Д. В., Гельманова И. Е., Соловьева А. В. и др. Организация контролируемого лечения больных туберкулезом в Томской области при помощи программы «Спутник» // *Туб.* – 2013. – № 1. – С. 21-27.
3. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2013. – 280 с.
4. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Switzerland, 2003.
5. Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention-control-and-care-for-drug-resistant-tuberculosis-Eng.pdf)
6. Chaulk P, Kazandjian V. A. Comprehensive Case Management Models For Pulmonary Tuberculosis Disease Management and Health Outcomes. 01/2003; 11(9):571-577. DOI:10.2165/00115677-200311090-00005
7. Haynes R. B., Ackloo E., Sahota N. et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
8. 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. – 11, № 1. – P. 46-53.

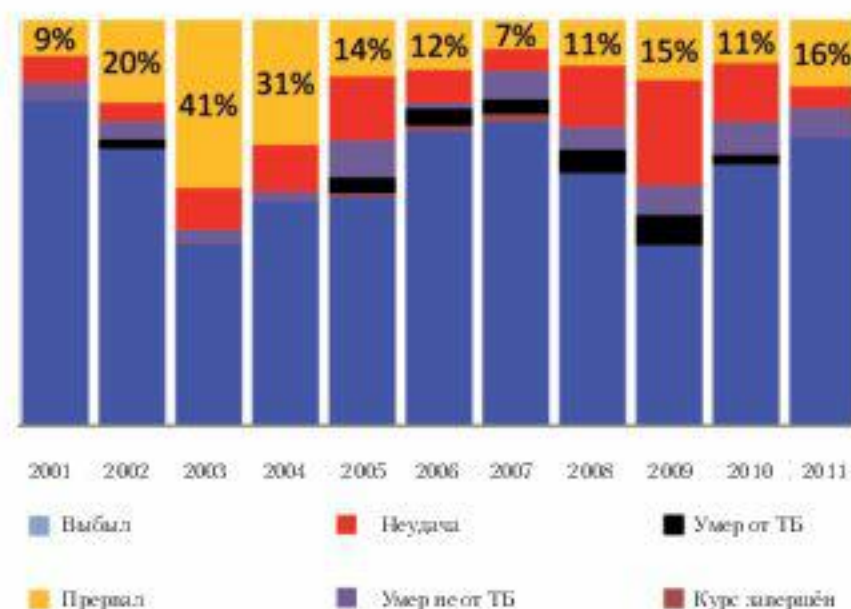


Рис 2. Исходы ХТ пациентов с МЛУ-МБТ, набранных в проект КЗС, город Томск, %

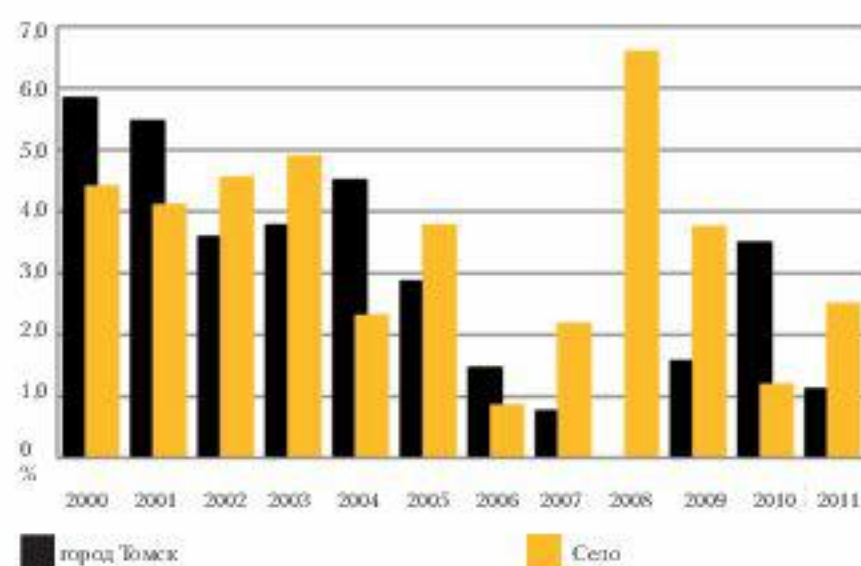


Рис 3. Доля впервые выявленных пациентов с положительной микроскопией мокроты, прервавших курс ХТ, город Томск и сельская местность