

ПРОЕКТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, МАЛЯРИЕЙ И ВИЧ/СПИДом (RUS-304-G02T): Томская областная комплексная стратегия по снижению бремени лекарственно-устойчивого туберкулеза

Список сокращений:

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГрС – гражданский сектор томской противотуберкулезной комплексной программы по борьбе с ТБ
ГФ – Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
КЗС – Комитет зеленого света
КСПП – кабинет социально-психологической помощи
ЛЖВ – лица, живущие с ВИЧ/СПИД
ЛУ-ТБ – туберкулез с лекарственной устойчивостью возбудителя
МЛУ-ТБ – туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя
ОКЭК – объединенная клинико-экспертная комиссия
ОЛС – общая лечебная сеть
ПАВ – психоактивные вещества
ПВИЗ – Благотворительная организация «Партнеры во имя здоровья» (США), представительство в Российской Федерации
ПР-ТБ – туберкулез с лекарственной полиустойчивостью возбудителя
ПС – пенитенциарный сектор томской противотуберкулезной комплексной программы по борьбе с ТБ
ТОПТД – Томский областной противотуберкулезный диспансер
ТЛЧ – тест на лекарственную чувствительность
ШЛУ-ТБ – туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя
ХТ – химиотерапия
ХПР – химиопрофилактика

Материалы и методы

Результаты были проанализированы специалистами, которые участвовали в разработке и внедрении проекта (приложение 1), основываясь на принятой модели оценки (приложение 2). Большинство мероприятий проведено под жестким организационным и финансовым контролем со стороны ПВИЗ. Некоторые показатели ресурсного обеспечения не изучены, т. к. в отчете основное внимание уделено итогам внедрения мероприятий, потребовавших серьезных финансовых и организационных усилий, которые отразились на результатах лечения пациентов.

В течение 2004-2013 гг., во время реализации проекта, отчеты в ГФ составлялись по всему региону, включая ГрС и ПС. Однако большинство мероприятий в силу трудности налаживания процесса контролируемого лечения и оценки результатов затронули в большей степени ГрС.

Большинство рисунков в данном отчете представляют ежегодные итоги с первой фазы проекта (2004-2009) либо в сравнении с началом внедрения методов лечения больных МЛУ-ТБ до проекта.

Большая часть данных, применяемых в ходе анализа, является стандартной отчетностью противотуберкулезной службы. Также использованы официальные учетно-отчетные формы (формы 8 и 33, формы 01-ТБу, 2-ТБ, 7-ТБ, 8-ТБ и 10-ТБ). Проанализированы данные, введенные в электронные

регистры и базы противотуберкулезных служб ГрС и ПС. Основные базы данных разработаны в 1998 г., и каждый год они совершенствовались, как в целях достижения соответствия новым нормативным документам и российской отчетности, так и для сбора новых данных с внедрением новых индикаторов. Реализация проекта позволила создать специальную систему отслеживания процесса и результатов лечения пациентов с ЛУ-ТБ и, в частности, с МЛУ-ТБ.

Учетно-отчетная документация в центрах СПИДа не содержит детальную информацию о случаях ТБ и тестировании (проба Манту), а также о больных с сочетанной патологией ТБ/ВИЧ, которые проходят ХПР, и ее результаты. Участники Томской подпрограммы ТБ/ВИЧ в рамках проекта разработали большинство форм для отчетности в 2004 г. и усовершенствовали часть форм по ХПР в 2009 г.

Дополнительная информация о ходе и результатах внедрения подпрограмм направлялась от каждого субреципиента ежеквартально и обсуждалась на квартальных собраниях после тщательных проверок.

Помимо анализа количественных показателей, проведено качественное исследование – опрос ключевых участников проекта (приложение 3). Опрос проводился независимым интервьюером и включал вопросы об успехах и неудачах, спорных вопросах реализации проекта и отношении участников к проекту в целом.

Краткое резюме

Стратегия ДОТС, рекомендованная ВОЗ и подразумевающая лечение ТБ с использованием курсов краткосрочной ХТ, была внедрена в Томской области в 1994-1995 гг. Однако наличие большой доли больных ЛУ-ТБ и в ГрС, и в пени-тенциарной системе привело к высокой частоте неудач лечения и летальных исходов в результате применения стратегии ДОТС. ЛУ-ТБ продолжал распространяться в условиях скопления большого числа людей (в тюрьмах и больницах), а также среди населения, включая недиагностированных и нелеченных пациентов.

В 2000 г. Томская область стала первой в России, где начали реализовывать проект по лечению пациентов с МЛУ-ТБ, одобренный КЗС. Проект, ставший новой стратегией ВОЗ и Партнерства «Остановить ТБ», предоставил возможность лечения пациентов с МЛУ-ТБ высококачественными противотуберкулезными препаратами 2-го ряда в хороших программных условиях.

В 2004 г. Томская область выиграла заявку на грант ГФ, раунд 3, и получила одобрение на проведение единственного регионального проекта в России по лечению пациентов с МЛУ-ТБ с использованием обширной интегрированной программы по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ. Грант ГФ, раунд 3, позволил улучшить социальную и психологическую поддержку в течение всего курса лечения, лабораторную диагностику ЛУ-ТБ и меры инфекционного контроля для пациентов в ГрС и пени-тенциарной системе, а также разработать под-программы по снижению употребления алкоголя, соблюдению режима лечения и раннему выявлению заболевания.

В 2009 г. успех данного проекта привел к его продолжению в рамках механизма непрерывного финансирования. Это позволило Томской проти-

вотуберкулезной службе расширить свою деятельность и повысить ее эффективность. Финансирование ГФ завершилось 30 ноября 2013 г.

В результате реализации гранта вырос охват пациентов с МЛУ-ТБ лечением препаратами 2-го ряда КЗС. Например, в ГрС с 49,8% до 2005 г. в среднем до 76,3% в 2005-2009 гг. и до 87,7% в 2010-2013 гг. Более 90% впервые выявленных больных ПР-ТБ и с рецидивами в ГрС в 2010-2013 гг. включены в проект ГФ и получили препараты 2-го ряда КЗС. В целом в проект вошло более 68% всех случаев ПР-ТБ, имеющих в области в обоих секторах.

Уровень эффективного лечения пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в проект, в среднем составил 67% когорты 2005-2011 гг. в области. Пациенты с МЛУ-ТБ (без ШЛУ) оканчивали курс эффективно в среднем в 66% случаев в ГрС и в 82% в ПС (когорты 2005-2011 гг.).

Все пациенты независимо от режима лечения получали высококачественную клиническую помощь и были охвачены различными мероприятиями по улучшению приверженности к лечению. Уровень прерывания лечения в ГрС среди пациентов с чувствительным ТБ был одним из самых низких в Российской Федерации (1-2%), а среди пациентов с МЛУ-ТБ – одним из самых низких в мире (8-9%). Пациенты из уязвимых групп были охвачены специальными проектами, уникальными для Российской Федерации («Спутник», программа по выявлению, ХПР и лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией).

Эпидемиологические показатели снизились с начала 2000-х годов, при этом стали ниже как в среднем по округу, так и среднероссийских: заболеваемость снизилась до 57,5% уровня 1999 г., а смертность – до 27,9% уровня 1999 г. Резервуар бактериовыделителей в области сокращается, роста заболеваемости МЛУ-ТБ не отмечено.



ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ ТЕРРИТОРИИ

Расположенная в Западной Сибири Томская область занимает площадь 316 тыс. кв. км (сравнимо с территорией Польши), проживает в области более 1 млн человек. Уникальный ландшафт, состоящий из обширных болот и рек, которые проходимы только в зимний период, затрудняет оказание надлежащей медицинской помощи населению. При суровом климате температура может опускаться до -50°C .

Более половины населения проживает в областном центре, городе Томске, остальное население – в сельской местности. Томск, административный центр Томской области, расположен на реке Томь и является одним из старейших городов Сибири. Недавно он отпраздновал свое 400-летие. Согласно данным переписи населения, численность городского населения медленно растет: с 500 тыс. в 1998 г. до 525 тыс. в 2010 г.

Томская область богата природными ресурсами, в частности нефтью, газом, железом и цветными металлами, торфом и артезианскими водами. Леса также являются значительными активами области: порядка 20% всех лесных ресурсов Западной Сибири находятся в Томской области. Промышленность создает порядка половины регионального ВВП, в то время как сельское хозяйство вносит 19%, а строительство – 13%. В регионе наиболее развиты химическая и нефтяная промышленность, а также машиностроение. Область экспортирует нефть (62,1%), метанол (30,2%), станки и оборудование (4,8%). Нефтедобыча и лесозаготовки являются основным видом деятельности для региональных совместных предприятий. Годовой доход на душу населения в 2001 г. составил 1 998 долларов США, при этом 26% населения находилось ниже официально установленной черты бедности.

ТБ И ЛУ-ТБ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ, 1991-2000^[1]

Хотя Россия не является бедной страной, согласно всеобщим стандартам, политические, социальные и экономические изменения 90-х годов привели к еще большему социальному расслоению общества. Резкая экономическая и политическая трансформация в 90-х была связана с повышенным потреблением алкоголя, развалом медицинских и социальных служб, социально-экономической нестабильностью. Это оказало значительное влияние на общественное здравоохранение, вклю-

чая резкий рост смертности, особенно от сердечно-сосудистых заболеваний, инфекционных болезней и травм. Различия в смертности согласно социально-экономическому положению (например: доход, уровень образования, вид трудоустройства) увеличились, особенно это касается смертей, связанных с употреблением спиртного и вызванных инфекционными болезнями. По мере усиления социального расслоения люди, живущие в относительной бедности, оказывались в нарастающей изоляции и не имели доступа к официальным и неофициальным ресурсам, включая услуги здравоохранения и социальную поддержку.

И в этих условиях в Российской Федерации начался обратный ход успешной 30-летней борьбы с ТБ (рис. 1).



Рис. 1. Уровень безработицы и заболеваемость ТБ в Российской Федерации

С 1991 по 2000 г. заболеваемость ТБ в России возросла с 31 до 91 случая на 100 тыс. населения, а смертность от ТБ – с 8,1 до 19,9 случая на 100 тыс. населения. В сибирских регионах заболеваемость и смертность от ТБ были еще выше. В нескольких регионах было отмечено, что бездомность и безработица являются главными факторами риска смерти от ТБ, подчеркивая ту роль, которую бедность сыграла в развитии эпидемии. Значительное увеличение числа случаев лишения свободы, в основном за мелкие правонарушения, также усилило эпидемию ТБ в переполненных тюрьмах и следственных изоляторах. Неудивительно, что данные пенитенциарные учреждения были переполнены лицами из беднейших слоев населения, включая алкоголиков, бездомных, лиц, страдающих от психических расстройств. Показатели заболеваемости ТБ в российских тюрьмах составляли 7 000 на 100 тыс. населения. В 90-х годах заключенные составляли порядка 25% всех впервые выявленных больных ТБ в России, и порядка 30% впервые выявленных больных в ГрС имели опыт пребывания

^[1] Keshavjee S., Gelmanova I. Y., Pasechnikov A. D. et al. Treating multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia developing programs that address the linkage between poverty and disease // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 1136: 1–11 (2008). doi: 10.1196/annals.1425.009.

в местах лишения свободы. Хотя пенитенциарная система могла работать как «эпидемический насос», выпуская на свободу десятки тысяч больных активным ТБ, те же силы, которые приводили к эпидемии в тюрьме, вносили свой вклад в кризисную ситуацию по ТБ в ГрС.

В то же самое время в России стал наблюдаться один из самых высоких уровней МЛУ-ТБ в мире. Два процесса оказывали влияние на увеличение доли МЛУ-ТБ в общей структуре заболеваемости. Во-первых, нарушения в снабжении, отсутствие медицинских препаратов, недостаточный контроль и мониторинг, прерывание лечения ТБ приводили к развитию лекарственной устойчивости возбудителя. Во-вторых, первичные случаи инфицирования штаммом *M. tuberculosis* с МЛУ в учреждениях, таких как стационары и тюрьмы, и среди населения в целом также возросли.

Важнейшую роль сыграли социальные и программные факторы в несоблюдении режима лечения, что также привело к развитию МЛУ-ТБ. В России типичный больной, будучи бездомным с зависимостями, на пути в тюрьму или только что из нее, не мог преодолеть препятствия к успешному завершению ежедневного лечения в течение нескольких месяцев. Качество лечения ТБ снижалось по мере уменьшения расходов на общественное здравоохранение. Больницы, будучи недофинансированными и переполненными, начали также работать как еще один «эпидемический насос», становясь очагом первичного распространения МЛУ-ТБ.

В 1994 г. МЕРЛИН (аббревиатура от англ. «скорая международная медицинская помощь»,

британская неправительственная организация) стала первой иностранной организацией в России, которая начала бороться с резким повышением уровня заболеваемости туберкулезом после распада Советского Союза. Был организован совместный проект в Томской области в качестве первой попытки привести практику борьбы с ТБ в соответствие с рекомендациями ВОЗ. Изначальной целью проекта являлось определение эффективности стратегии ДОТС, рекомендованной ВОЗ, в России.

После шести лет реализации стратегии ДОТС в Томске так и не смогли достичь показателей излечения в 85% новых случаев, что являлось целевыми показателями ВОЗ. Фактически даже до начала реализации программы ДОТС были сигналы, предупреждающие о том, что стратегия может не принести успеха. Данные с начала до середины 90-х годов свидетельствовали о том, что в 29% всех новых случаев в ГрС имелась та или иная лекарственная устойчивость по крайней мере к одному из четырех противотуберкулезных препаратов первого ряда; показатели МЛУ-ТБ в то время составляли 6,5%. В исследовании, проведенном в 1999 г., было обнаружено, что из 244 больных ТБ, диагностированных с января по декабрь того года, 49,6% были инфицированы штаммом *M. tuberculosis*, устойчивым по крайней мере к одному из назначенных противотуберкулезных препаратов, а у 13,1% был МЛУ-ТБ.

К 2000 г. в Томске у программ по борьбе с ТБ в ГрС и пенитенциарной системе были очевидные проблемы (табл. 1, 2). Уровень заболеваемости

Таблица 1

Заболеваемость, распространенность и смертность от ТБ в Томской области, ГрС, 1998-2003
(источник: Томская областная противотуберкулезная служба, ГрС, июль 2005)

Переменная	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Заболеваемость, на 100 тыс.	76,2	87,9	90,3	88,2	93,7	93,4
Распространенность, на 100 тыс.	244,7	247,7	251,5	247,5	252,6	239,5
Смертность, на 100 тыс.	16,9	20,7	21,2	18,6	18,3	17,6
Доля МЛУ-ТБ среди впервые выявленных случаев, %	6,9	12,3	8,5	10,2	13,5	11,2
Доля МЛУ-ТБ среди повторных случаев, %	24,1	43,3	32,2	42,4	42,9	42,2

Таблица 2

Заболеваемость, распространенность и смертность от ТБ в Томской области, ПС, 1998-2003
(источник: Томская областная противотуберкулезная служба, ПС, июль 2005)

Переменная	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Заболеваемость, на 100 тыс. (СИЗО)	3 565	3 031	3 388	3 416	2 720,2	1 983,1
Распространенность, на 100 тыс. (СИЗО)	3 743,5	2 830,8	2 753,5	2 012,9	2 550,1	2 784,8
Заболеваемость, на 100 тыс. (тюрьма)	4 042	4 523	3 357	3 008,9	2 809,8	2 192,9
Распространенность, на 100 тыс. (тюрьма)	21 581,7	18 995,3	18 320,2	16 469,2	16 101	15 366,8
Смертность, на 100 тыс.	353,1	333,9	129,9	107,7	0	11,85
Доля МЛУ-ТБ среди впервые выявленных случаев, %	28	18,6	13,1	15,9	12,2	14,9
Доля МЛУ-ТБ среди повторных случаев, %	54,4	25	34,9	77,4	63,6	85,7

ТБ в ГрС в Томске составил 90,3 на 100 тыс. населения, а смертность – 21,2 на 100 тыс. населения. Доля МЛУ-ТБ среди первичных больных и случаев повторного лечения составила 8,5 и 32,2% соответственно. В пенитенциарной системе заболеваемость ТБ составила 3 357 на 100 тыс. населения, а смертность – 129,9 на 100 тыс. населения. Доля МЛУ-ТБ среди первичных больных и случаев повторного лечения составила 13,1 и 34,9% соответственно. Показатели излечения по программе ДОТС для больных с положительным результатом бактериоскопии в Томске составляли 50-60% для первичных больных и случаев повторного лечения в обеих системах.

ПРОГРАММА ПО ЛЕЧЕНИЮ МЛУ-ТБ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ, 2000-2004

В 2000 г. КЗС одобрил заявку от Томской области на получение доступа к высококачественным противотуберкулезным препаратам 2-го ряда для лечения 630 больных МЛУ-ТБ. Данный проект – один из пяти проектов, одобренных КЗС, по лечению больных МЛУ-ТБ. МЛУ-ТБ – это подтвержденная лабораторно устойчивость как минимум к двум самым сильнодействующим противотуберкулезным препаратам одновременно – изониазиду и рифампицину. После получения одобрения 630 больных МЛУ-ТБ были включены в программу лечения МЛУ-ТБ в ГрС и пенитенциарной системе в 2000-2004 гг. Лечение МЛУ-ТБ было начато в сентябре 2000 г. в специализированной противотуберкулезной исправительной колонии в пенитенциарной системе. В течение полутора лет реализации обширной программы по лечению ТБ, которая включала больных ТБ с лекарственной чувствительностью и лекарственной устойчивостью возбудителя, смертность в тюрьмах Томской области сократилась со 129,9 на 100 тыс. населения до нуля. Позже программу распространили и на ГрС.

Большинство пациентов, которые снова были включены в лечение, имели диагноз МЛУ-ТБ, подтвержденный лабораторно, и начали лечение в специализированных учреждениях гражданской и пенитенциарной противотуберкулезных служб. Однако порядка 26% больных МЛУ-ТБ начали лечение с использованием эмпирического режима, так как они находились в близком контакте с больными МЛУ-ТБ. Режимы, применяемые для лечения МЛУ-ТБ, основывались на анализах лекарственной чувствительности, выполненных в региональной бактериологической референц-лаборатории, и в среднем включали шесть противотуберкулезных препаратов, по которым имелись данные об их эффективности. В течение первых лет было установлено, что средняя продолжительность интенсивной фазы должна составлять не менее 8 мес., в то время как все лечение должно

длиться 21 мес. или более. В результате у первой когорты пациентов (244) показана высокая эффективность (78,3%) лечения МЛУ-ТБ с помощью индивидуального режима, что внесло свой вклад в разработку политики по лечению МЛУ-ТБ в России и последующих рекомендаций ВОЗ. Однако при ближайшем рассмотрении данной первой когорты обнаружено, что фундаментальная связь между ТБ и бедностью все еще оставалась сложной задачей, которую нужно было решить для успешной борьбы с ТБ. Большинство лиц этой когорты были безработными, примерно половина из них либо находились в местах лишения свободы, либо были там ранее, а также злоупотребляли или имели зависимость от химических веществ.

В течение первых лет реализации программы по лечению МЛУ-ТБ ПВИЗ сыграла значительную роль в разработке и внедрении подходов к медицинскому ведению больных МЛУ-ТБ, включая разработку режимов, диагностику и купирование побочных реакций, создание системы фармаконадзора. ПВИЗ внесла значительный вклад в разработку форм учета и отчетности, используемых для регистрации больного, а также мониторинга лечения и наблюдения. Значительные усилия были приложены в разработку региональной электронной системы медицинских записей по ТБ и ЛУ-ТБ в Томске для сбора информации, а также для создания источника доказательной базы.

В качестве партнера томской программы по борьбе с МЛУ-ТБ ПВИЗ участвовала в совещаниях Комитета по ЛУ-ТБ и Рабочей группы по ЛУ-ТБ, которая стала межведомственным медицинским коллегиальным органом, отвечающим за разработку протокола, регистрацию результатов лечения, консультирование сложных случаев. Представители ПВИЗ тесно сотрудничали с медицинскими специалистами в гражданской службе и пенитенциарной системе. Специалисты ПВИЗ принимали активное участие в совещаниях Комитета по ЛУ-ТБ, оказывали техническую и методологическую поддержку в разработке и реализации мер программы по борьбе с МЛУ-ТБ, собирали данные с доказательной основой, анализировали и публиковали статьи в международных медицинских журналах. При технической и финансовой поддержке ПВИЗ в Томской области начал работать обучающий центр, в котором были проведены первые обучающие программы по клиническому и программному ведению больных МЛУ-ТБ в области.

В начале реализации программы по борьбе с МЛУ-ТБ в Томске ПВИЗ и томская противотуберкулезная служба определили основные ключевые моменты успешной программы по борьбе с МЛУ-ТБ: политическая поддержка, качественная диагностика, механизм проведения эффективного лечения (мы используем лечение под прямым наблюдением настолько, насколько это возможно),



непрерывное лечение, гарантированные поставки противотуберкулезных препаратов, регулярный и тщательный мониторинг и оценка. Хотя у гражданской и пенитенциарной противотуберкулезных служб уже была основная инфраструктура, начало программы по борьбе с МЛУ-ТБ требовало значительных улучшений. Было проведено следующее:

Политическая поддержка

Внедрение лечения МЛУ-ТБ в Томске усилило политическую поддержку на национальном и региональном уровнях. Поскольку лечение МЛУ-ТБ опирается на функционирующую должным образом противотуберкулезную программу, срочная потребность в лечении МЛУ-ТБ послужила мотивацией для томской противотуберкулезной службы оценить существующую программу и запросить дополнительные ресурсы от Томской областной администрации. Поскольку несколько пилотных проектов по лечению МЛУ-ТБ в России показали хорошие результаты, разработчики политики по борьбе с ТБ на национальном уровне отреагировали. На основе опыта долгосрочных программ по борьбе с ТБ и пилотных программ по лечению МЛУ-ТБ в России Министерство здравоохранения предприняло шаги по внедрению этих идей в общепринятую практику, в результате в марте 2003 г. издан Приказ № 109, в котором лечение МЛУ-ТБ было интегрировано в общую стратегию по борьбе с ТБ в России.

Качественная диагностика

Лечение МЛУ-ТБ потребовало улучшения диагностики, включая мощности для рентгенографических и лабораторных исследований и в гражданской службе, и в пенитенциарной системе. Пилотная программа привнесла данные ресурсы и техническую поддержку для восстановления этих служб, включая культуральные исследования и микроскопию мокроты. При технической поддержке и контроле качества, проводимых Государственным лабораторным институтом штата Массачусетс, местные лаборатории подтвердили свои методы проведения ТЛЧ и стали выполнять ТЛЧ для всех больных, начинающих лечение ТБ.

Эффективное лечение

Традиционно ТБ в России лечили в стационарах, но многие пациенты не могут пройти лечение МЛУ-ТБ в течение 18-24 мес. полностью в условиях стационара. Хотя пациенты, которые начинают лечение МЛУ-ТБ в стационаре, переводятся на амбулаторное лечение после негативации мазка. Томская программа отреагировала на это изменением структуры амбулаторного лечения для обеспечения прямого наблюдения для всех больных МЛУ-ТБ, предлагая им несколько вариантов прохождения лечения: туб. поликлиника, дневной стационар, туб. кабинет при ЦРБ или ФАП. Пациенты, которые чувствуют себя слишком плохо, чтобы ездить куда-либо (например: инвалиды, лица с сопутствующими заболеваниями, зависи-



мые), получают лечение на дому. По мере возможности больным выдают проездные, обеспечивают горячим питанием или выдают продуктовые наборы. Сотрудничая с ПВИЗ, местные администрации выделяли деньги на топливо для поиска «оторвавшихся» пациентов и проведения лечения. Постепенно таким видом помощи были охвачены все больные ТБ в Томске.

Непрерывное лечение

В конце 90-х годов в Томске, как и во всей России, отсутствовала хорошо скоординированная система мониторинга перевода пациентов из одной системы в другую (городской и сельской, ОЛС и специализированных учреждений) и из одного сектора в другой (пенитенциарная система и ГрС), что приводило к прерыванию лечения. В Томске в 1999 и 2000 г. только 53,9 и 58,8% пациентов соответственно, вышедших на свободу с активным ТБ, обращались в гражданскую службу для продолжения лечения. При реализации программы по лечению МЛУ-ТБ в Томске гражданская и пенитенциарная противотуберкулезные службы при помощи МЕРЛИН, НИИЗ и позже ПВИЗ сформировали общий механизм, чтобы обеспечить единообразие режимов лечения и непрерывность лечения при перемещениях между гражданской службой и пенитенциарной системой. Была реализована система для гражданской и пенитенциарной противотуберкулезных служб, которая предусматривала передачу важной информации из медицинских документов, чтобы

гарантировать, что все больные ТБ и с чувствительным, и с устойчивым возбудителем продолжат лечение независимо от того места, где они поселятся.

Гарантированные поставки качественных препаратов

Закупка противотуберкулезных препаратов для лечения МЛУ-ТБ в начале 2000-х годов не регулировалась Минздравом, и большинство российских регионов, включая Томск, испытывали нехватку препаратов 2-го ряда. Еще больше этот вопрос усложняло отсутствие национального протокола режимов лечения ЛУ-ТБ и лекарственных средств для лечения. В Томске в программе по лечению МЛУ-ТБ применялись препараты 2-го ряда с гарантированным качеством, закупленные через механизм КЗС, препараты хранились в центральном фонде препаратов, который был создан для двух служб – ГрС и пенитенциарной системы. Это помогло гарантировать достаточный запас препаратов для лечения всех пациентов, которые начали лечиться, и стабильные поставки для пациентов, которых переводят из одной системы в другую.

Мониторинг и оценка

В 2000 г. противотуберкулезная служба столкнулась с проблемой мониторинга и оценки лечения больных ЛУ-ТБ. При реализации программы по лечению МЛУ-ТБ мониторинг больных с ЛУ-ТБ значительно улучшился. При помощи стандартных форм отчетности и эффективного управления данными созданы архивы своевременных и точных данных по пациентам с ТБ с лекарственной чувствительностью и лекарственной устойчивостью возбудителя. Дополнительно к сбору данных был улучшен мониторинг на месте посредством обучения супервайзеров мониторингу и методикам оценки, а также увеличения объемов финансирования для проведения визитов в районы. Регулярные визиты КЗС, как часть механизма мониторинга программы и оказания технической поддержки, привели к повышению эффективности проводимых мероприятий. Поскольку получение дальнейшего одобрения КЗС зависело от результатов адекватного выполнения, обратная связь после данных визитов давала дополнительный стимул для поддержания и/или улучшения проводимой работы.

ПРОЕКТ ГФ, 1-Й ЭТАП: 2004-2009

В 2003 г. Томская область в виде регионального координационного совета подала заявку на грант ГФ в 3-м раунде (<http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/RUS-304-G02-T>).

В 2004 г. заявка была одобрена, и региональный координационный совет получил разрешение начать единственный региональный проект в Российской Федерации с акцентом на расширение лечения больных МЛУ-ТБ посредством введения всесторонней и интегрированной программы по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ. Проект назывался «Снижение заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза среди населения ГрС и ПС, повышение качества и доступа к эффективной противотуберкулезной помощи всех больных

туберкулезом Томской области». Проект позволил предоставить обширную помощь больным ТБ и МЛУ-ТБ в рамках программы, включая улучшенную социальную и психологическую помощь в течение всего периода лечения, лабораторную диагностику ЛУ-ТБ и усовершенствовать механизмы инфекционного контроля для стационарных больных в ГрС и ПС. В ходе реализации проекта были внедрены несколько подпрограмм, фокусирующихся на снижении влияния алкогольной зависимости на приверженность к лечению ТБ, соблюдении режимов лечения и раннем выявлении больных ТБ.

Ключевые задачи, мероприятия программы и индикаторы указаны в табл. 3.

Таблица 3

Задачи, мероприятия и индикаторы проекта ГФ, 1-й и 2-й этапы

Цели	ГФ I. Мероприятия 2004-2009 гг.	Финансирование	Индикаторы – наименование
№ 1	Улучшение системы диагностики ТБ в ГрС и ПС ТО	\$ 881 019	
1.1	Улучшение лабораторной службы. Оснащение. Внешний контроль качества	\$ 731 218	1.1.1. Кол-во и % ВВ мазок + случаев ТБ (из общего числа выявленных больных ТБ) в ГрС
1.2	Улучшение рентгенологического мониторинга больных туберкулезом	\$ 149 801	1.1.2. Кол-во и % ВВ мазок + случаев ТБ (из общего числа выявленных больных ТБ) в ПС 1.1.3. Кол-во и % мед. учреждений, оснащенных лаб. оборудованием в ГрС и ПС
№ 2	Улучшение системы лечения туберкулеза в ГрС и ПС ТО	\$ 3 621 631	

Цели	ГФ I. Мероприятия 2004-2009 гг.	Финансирование	Индикаторы – наименование
2.1	Закупка препаратов 2-го ряда для лечения больных МЛУ-ТБ. Закупка препаратов для купирования побочных реакций	\$ 2 671 031	2.1.1. Кол-во больных с МЛУ-ТБ, включенных в программу DOTS+ в ГрС 2.1.2. Кол-во больных с МЛУ-ТБ, включенных в программу DOTS+ в ПС 2.2.1. % излеченных пациентов с чув. ТБ в ГрС 2.2.2. % излеченных пациентов с чув. ТБ в ПС 2.3.1. Кол-во излеченных с чув. ТБ в ПС (кроме ВВ) 2.4.1. % эффективно леченных пациентов с МЛУ-ТБ
2.2	Клинический мониторинг. Биохимические тесты, консультации специалистов	\$ 142 767	
2.3	Информационный мониторинг	\$ 290 762	для отчета в ГФ отдельных индикаторов не было
2.4	Кадровые ресурсы для реализации проекта ГФ	\$ 517 073	для отчета в ГФ отдельных индикаторов не было
№ 3	Улучшение приверженности к лечению больных ТБ, в том числе с МЛУ возбудителя, ГрС и ПС ТО	\$ 3 472 939	
3.1	Улучшение контролируемой ХТ. Лечение на дому. РКК	\$ 1 420 396	3.1.1. % пациентов «неудача» с чув. ТБ в ГрС 3.1.2. % пациентов «неудача» с чув. ТБ в ПС 3.2.1. % пациентов «отрыв» с чув. ТБ в ГрС 3.2.2. % пациентов «отрыв» с чув. ТБ в ПС 3.3.1. Кол-во больных на доп. питании в ГрС 3.3.1. Кол-во больных на доп. питании в ПС
3.2	Подпрограмма по лечению алкоголизма и наркомании для больных туберкулезом	\$ 160 575	
3.3	Обеспечение транспортными ресурсами сельских медицинских учреждений и ТБ-службы для мониторинга лечения. Машины, ГСМ. Кураторские визиты	\$ 194 334	
3.4	Обеспечение питанием и социальной поддержкой больных туберкулезом	\$ 1 697 634	
№ 4	Снижение передачи туберкулеза ВИЧ инфицированным больным в ГрС и ПС ТО	\$ 202 236	
4.1	Подпрограмма ТБ/ВИЧ	\$ 202 236	4.1.1. Кол-во ВИЧ-инфицированных, прошедших туберкулинодиагностику в ГрС 4.1.2. Кол-во ВИЧ-инфицированных, прошедших туберкулинодиагностику в ПС 4.2.1. Кол-во и процент ТБ и ВИЧ-инфицированных, получивших проф. лечение изониазидом в ГрС 4.2.2. Кол-во и процент ТБ и ВИЧ-инфицированных, получивших проф. лечение изониазидом в ПС
№ 5	Улучшение инфекционного контроля в больницах и поликлиниках ГрС и ПС ТО	\$ 1 238 907	
5.1	Система вентиляции и УФ-лампы в областной ТБ-больнице, ТБ-диспансере и центр. лаборатории	\$ 1 003 859	5.1. Кол-во и % противотуберкулезных учреждений, оснащенных вентиляционными установками
5.2	Улучшение инфекционного контроля среди медицинского персонала	\$ 235 049	
№ 6	Улучшение санитарного просвещения среди групп риска в ГрС и ПС; обучение медицинского персонала ГрС и ПС Томской области, привлечение к раннему выявлению ТБ среди групп риска	\$ 942 096	
6.1	Улучшение санитарно-просветительской работы среди населения и пациентов в ГрС и ПС	\$ 99 488	6.1. Кол-во обученного медицинского персонала по лечению и мониторингу туберкулеза 6.2.1. Кол-во обученных ТБ пациентов в ГрС 6.2.2. Кол-во заключенных, обученных знаниям о ТБ в ПС
6.2	Подготовка медицинского персонала ГрС и ПС. Обучение персонала ОЛС	\$ 286 890	
6.3	Подпрограмма по улучшению раннего выявления ТБ среди гражданского населения и групп риска	\$ 555 718	Для отчета в ГФ отдельных индикаторов не было
	ИТОГО	\$10 358 830	

Цели	ГФ II (МНФ). Мероприятия 2009-2013 гг.	Финанси- рование	Индикаторы – наименование
№ 1	Лечение ЛУ ТБ	\$ 5 863 138	1. % излеченных пациентов с МЛУ-ТБ 2. % эффективно леченных пациентов с чув. ТБ
1.1	Улучшение диагностики ТБ и выявление полирезистентных форм, МЛУ и суперустойчивости	\$ 485 378	1.1. Кол-во тестов к препаратам 1-го ряда 1.2. Кол-во тестов к препаратам 2-го ряда
1.2	Препараты 2-го ряда для лечения больных ЛУ-ТБ	\$1 961 703	1.3. Кол-во больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, включенных в программу DOTS+
1.3	Препараты для купирования побочных реакций у больных ЛУ-ТБ	\$ 239 814	1.4. Кол-во больных с полирезистентным ТБ, включенных в программу DOTS+
1.4	Организация клинического наблюдения за лечением больных ЛУ-ТБ	\$614 945	1.5. Промежуточные результаты лечения больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ 1.6. Показатель излечения больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, включенных в программу DOTS+
1.5	Усиление соблюдения режимов лечения для больных лекарственно-чувствительным и ЛУ-ТБ	\$ 1 644 917	1.7. Показатель отрывов среди больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, включенных в программу DOTS+
1.6	Улучшение программ лечения для больных с высокой степенью риска	\$ 279 172	1.8. Процент отрывов по DOTS (среди мазок+, ВВ, зарегистрированных 12-15 мес. назад) 1.9. Кол-во новых больных с чувствительным, полирезистентным и МЛУ/ ШЛУ-ТБ, получающих дополнительное питание на амбулаторном этапе
1.7	Улучшение инфекционного контроля в больницах и клиниках Томской области	\$ 241 314	Для отчета в ГФ отдельных индикаторов не было
1.8	Мониторинг реализации программы по борьбе с ТБ и ЛУ-ТБ	\$ 395 895	Для отчета в ГФ отдельных индикаторов не было
№ 2	Сокращение распространения туберкулеза среди ВИЧ-положительных больных в ГрС и ПС Томской области	\$286 718	
2.1	Подпрограмма ТБ/ВИЧ	\$ 286 718	2.1.1. Кол-во ВИЧ-инфицированных, прошедших туберкулинодиагностику в ГрС 2.1.2. Кол-во ВИЧ-инфицированных, прошедших туберкулинодиагностику в ПС 2.2.1. Кол-во и % ТБ и ВИЧ-инфицированных, получивших и окончивших проф. лечение изониазидом в ГрС 2.2.2. Кол-во и % ТБ и ВИЧ-инфицированных, получивших и окончивших проф. лечение изониазидом в ПС
№ 3	Программные исследования и распространение опыта Томской программы по борьбе с МЛУ-ТБ на территории России	\$ 111 602	
3.1	Программные исследования деятельности, связанной с грантом ГФ	\$ 27 237	3.1. Количество обученного персонала в СФО и ДВФО (мед. работники и бактериологи по вопросам диагностики и ведения ЛУ-ТБ)
3.2	Создание возможности в Новосибирском НИИ туберкулеза для обучения врачей из регионов Сибири и Дальнего Востока по лечению МЛУ-ТБ	\$ 26 435	3.2. Количество обученного персонала в Томской области (мед. работники и волонтеры по вопросам контролируемого лечения и ЛУ-ТБ)
3.3	Привлечение Новосибирского НИИ туберкулеза для распространения опыта ТО по борьбе с МЛУ-ТБ в 21 субъекте РФ. Курация	\$ 57 931	
	ИТОГО	\$6 261 458	

ПРОЕКТ ГФ, 2-Й ЭТАП: 2009-2013

Полученные успешные результаты позволили получить в 2009 г. дальнейшее финансирование от ГФ в рамках механизма непрерывного финансирования. Продолжение проекта под названием «Томская областная комплексная стратегия по сокращению бремени лекарственно-устойчивого туберкулеза» позволило Томской противотубер-

кулезной службе добиться успехов в результате повышения эффективности мероприятий. Финансирование проекта ГФ прекратилось 30 ноября 2013 г.

Ключевые задачи и мероприятия программы и индикаторы указаны в табл. 3.

УЛУЧШЕНИЕ СИСТЕМЫ
ДИАГНОСТИКИ ТБ

С целью улучшения системы диагностики в рамках проекта были оснащены 15 лабораторий в Томской противотуберкулезной службе ГрС и ПС. Микроскопы и современное оборудование поставлены практически во все районные центры и Томскую областную бактериологическую лабораторию.

В течение 2004-2009 гг. сотрудники бактериологической лаборатории областного диспансера проводили:

- Тренинги для персонала лабораторий районных центров противотуберкулезной службы и лабораторий ОЛС.
- Регулярные кураторские визиты в районные лаборатории как минимум два раза в год.
- Регулярные проверки заполнения форм из лабораторий.
- Подготовку и снабжение средами районных лабораторий.
- Повторные проверки всех положительных и сомнительных результатов, а также 10% отрицательных результатов из всех лабораторий.

Большая часть ТЛЧ к препаратам 1-го и 2-го рядов в ГрС проводится в Томской бактериологи-

ческой лаборатории областного ТБ-диспансера. Внешняя проверка качества ТЛЧ проводилась два раза в год в бактериологической лаборатории Новосибирского НИИТ и показывала высокий процент совпадений (табл. 4).

В 2008 г. издан закон, запрещающий вывоз любых биологических материалов за пределы Российской Федерации, что сделало невозможным продолжение контроля качества через супранациональную референс-лабораторию Массачусетского государственного лабораторного института (Бостон, США). Ранее полученные результаты совпадений были на уровне «хорошо» и «отлично» для ГрС и ПС (2002-2003). После 2008 г. контроль качества на национальном уровне осуществлялся в рамках системы ФСВОК, г. Москва.

Совпадения результатов бактериологической лаборатории ПС с данными супранациональной референс-лаборатории Массачусетского государственного лабораторного института в 2001 г. были на уровне 98. В дальнейшем контроль качества осуществлялся также через систему ФСВОК и на протяжении многих лет был на уровне 100% (табл. 4а).

В Томской области посев и ТЛЧ возбудителя к препаратам 1-го ряда выполнялись у всех

Таблица 4

Совпадение результатов ТЛЧ к противотуберкулезным препаратам 1-го и 2-го рядов, выполненных в Томской областной бактериологической лаборатории, ГрС

Препарат	Лаборатория Новосибирского НИИТ				ФСВОК	
	2008 г.	2009 г.	2011 г.	2012 г. 1 квартал	2010 г.	2011 г.
Изониазид	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Рифампицин	100%	100%	100%	100%	94.7%	100%
Этамбутол	100%	95%	100%	100%	94.7%	95%
Стрептомицин	100%	100%	100%	100%	89.5%	90%
Офлоксацин	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Канамицин	100%	90%	100%	100%	100%	95.5%
Протионамид	80%	95%	95%	97%	n/a	n/a
Циклосерин	100%	100%	100%	100%	n/a	n/a
ПАСК	100%	90%	95%	95%	n/a	n/a
Капреомицин	95%	100%	97%	100%	85%	100%

Таблица 4а

Совпадение результатов ТЛЧ к противотуберкулезным препаратам, выполненных в бактериологической лаборатории ПС

Препарат	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Изониазид	85%	100%	100%	100%	100%	100%
Рифампицин	100%	100%	100%	94,7%	100%	100%
Этамбутол	100%	100%	100%	94,7%	58%	100%
Стрептомицин	90%	100%	100%	84,2%	100%	100%
Канамицин				94,7%		100%
Офлоксацин				100%		100%
Капреомицин				100%		100%

впервые выявленных больных ТБ (рис. 2.), а анализ устойчивости к препаратам 2-го ряда — в случае выявления устойчивости к изониазиду и рифампицину или устойчивости к рифампицину, подтвержденной молекулярно-генетическими методами (XpertMTB/RIF). Кроме того, ТЛЧ проводился контактным и другим лицам в случае высокого риска МЛУ-ТБ. Исследование культур выполняли традиционно на средах Lowenstein-Jensen.

В среднем в 2000-2013 гг. 64,6% впервые выявленных пациентов имели положительный результат посева мокроты, и у 99% из них был получен результат ТЛЧ.

Доля пациентов с моно- и полирезистентностью возбудителя практически не изменилась за 14 лет, оставаясь в пределах 5-12 и 11-17% соответственно (рис. 3). С 2009 г. нарастала доля впервые выявленных пациентов с МЛУ-ТБ до 26% в 2013 г., в то время как доля пациентов с чувствительным ТБ составила 52% от всех пациентов, имевших результат ТЛЧ. Поскольку пациенты с МЛУ-ТБ подлежат перерегистрации на 4-й режим с одновременной регистрацией исхода «неудача» по 1-му режиму, очевидно, что целевая эффективность лечения ВОЗ общей когорты 85% и более даже теоретически труднодостижима.

Среди рецидивов ТБ доля МЛУ-ТБ росла практически ежегодно и достигла 63,5% в 2013 г. Среди всех пациентов с ТБ в ГрС ТО (впервые выявленные случаи, рецидивы и повторные курсы ХТ) доля МЛУ-ТБ в среднем составляла 26,7% в 2000-2013 гг. и превысила 30% в 2012 и 2013 г. (рис. 4).

Абсолютное количество новых случаев туберкулеза с МЛУ-ТБ не превышало 80 с 2007 г. после небольшого всплеска в 2004-2006 г. (рис. 5). В 2009 г. было зарегистрировано 8 случаев впервые выявленного ШЛУ-ТБ, что повторилось в 2011 г.

Вмешивающиеся факторы

Следует отметить, что распространенность МЛУ-ТБ рассчитана среди пациентов, имеющих результаты ТЛЧ, что могло повлиять на досто-



Рис. 2. Диагностика ЛУ среди впервые выявленных пациентов, ГрС, ТО

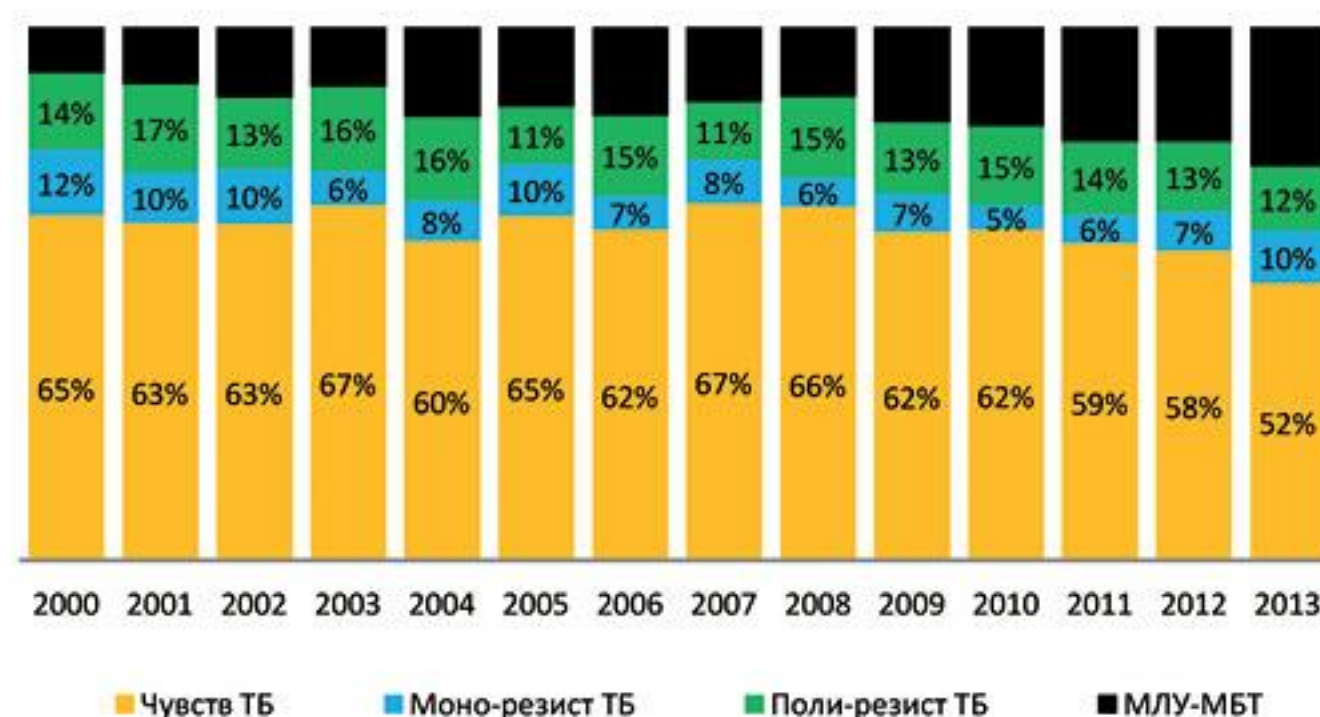


Рис. 3. Спектр ЛЧ среди впервые выявленных пациентов, имеющих результаты ТЛЧ, ГрС, ТО

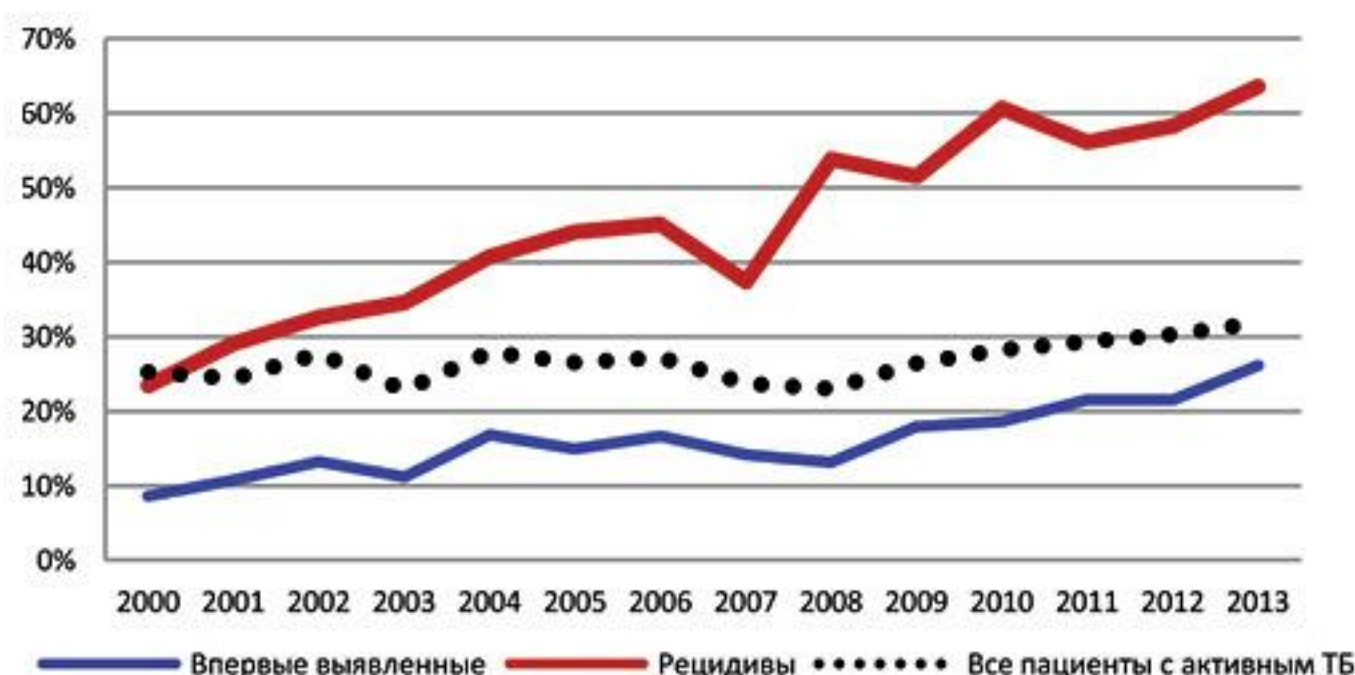


Рис. 4. Доля пациентов с МЛУ-ТБ среди пациентов, имеющих результаты ТЛЧ, ГрС, ТО

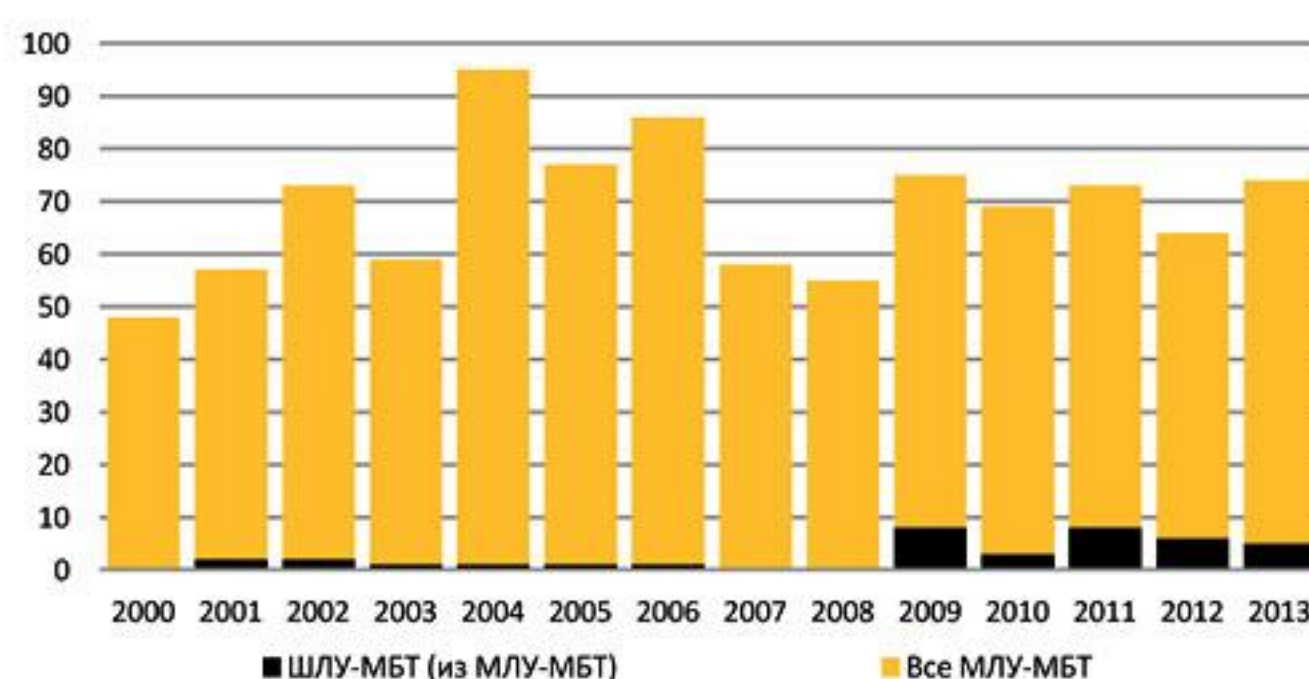


Рис. 5. Количество впервые выявленных случаев МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, ГрС, ТО

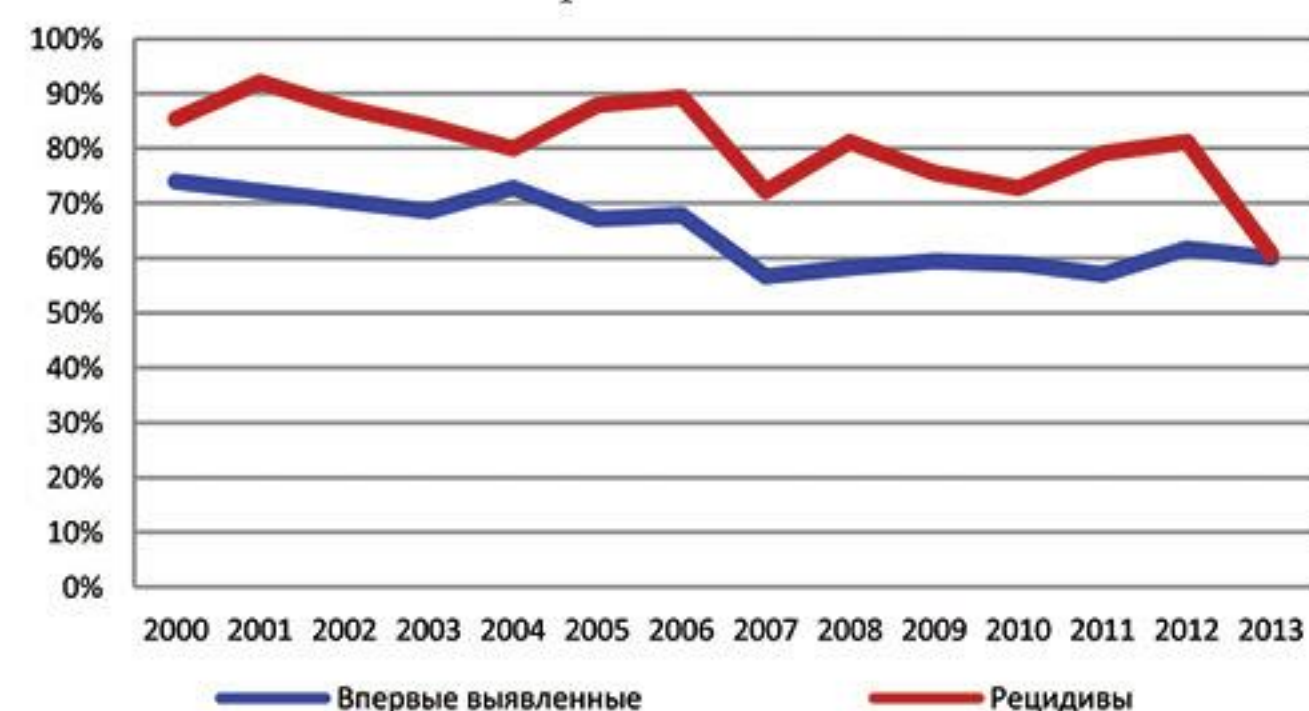


Рис. 6. Доля пациентов с положительным результатом исследования культуры

верность картины ЛУ-ТБ в регионе. Практически стопроцентный охват бактериовыделителей ТЛЧ позволил получить достоверную картину спектра лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в регионе, но снижался из года в год (рис. 6). Можно предположить, что бактериовыделение и, соответственно, доля положительных ТЛЧ ежегодно уменьшались среди впервые выяв-



ленных пациентов, рецидивов и всех случаев ТБ благодаря реализации программы.

НАБОР ПАЦИЕНТОВ НА ЛЕЧЕНИЕ ПТП 2-ГО РЯДА КЗС

Сколько пациентов было взято в проект ГФ?

Официальной датой начала проекта является 1 декабря 2004 г., и большая часть отчетных периодов в 2004-2013 гг. была связана с этой датой – программный год начинался 1 декабря и оканчивался 30 ноября следующего года. Однако поскольку вся официальная статистика противотуберкулезной службы привязана к календарным кварталам, то в данном отчете использовались календарные периоды. Исключение представляет только рис. 7, на котором отображены данные о наборе в соответствии с программными годами и отчетами в ГФ.

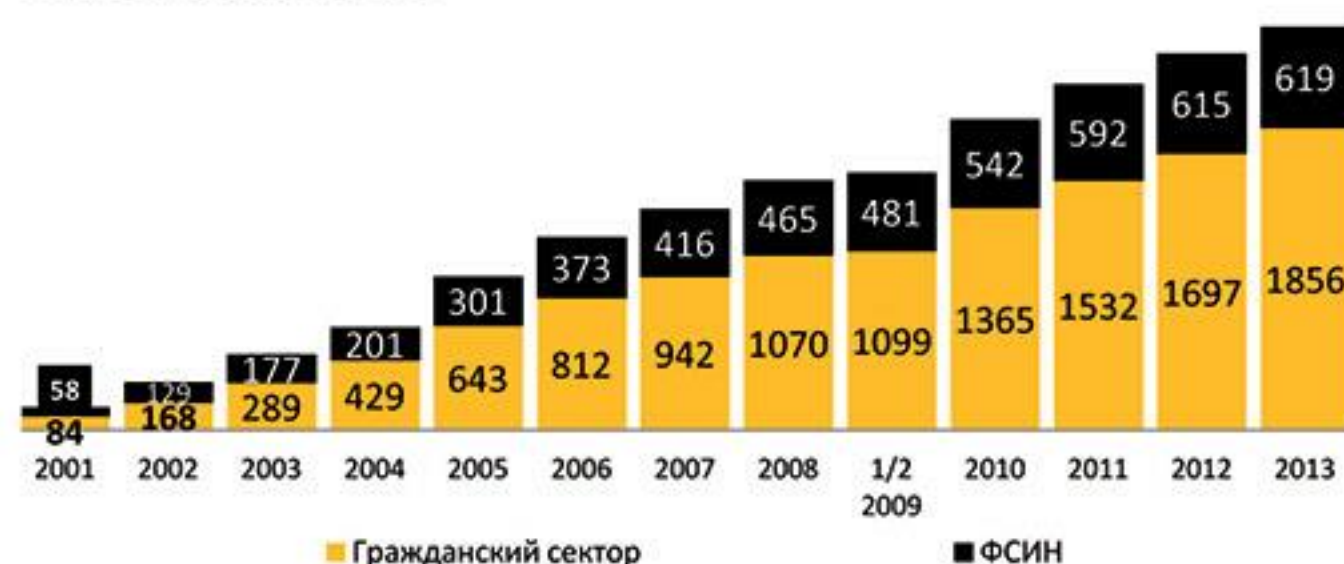


Рис. 7. Число курсов ХТ с ЛУ-ТБ (МЛУ-ТБ и ПР-ТБ) в программе КЗС, программные годы

С 2000 по 2013 г. по программе КЗС было начато 2 475 курсов лечения ЛУ-ТБ, включая МЛУ-ТБ и ПР-ТБ. В рамках проекта ГФ с декабря 2004 г. было начато 1 845 курсов ХТ по 4-му режиму, из которых 1 427 – в ГрС и 418 – в ПС.

Во время проекта 3-го раунда (2004-2009) начато лечение 670 пациентов с ЛУ-ТБ (около 98% с МЛУ-ТБ) в ГрС и 280 – в ПС, что составило 950 больных.

В 2009 г. в рамках продолжения проекта МНФ произошли изменения в наборе. В заявке проекта было запланировано, что проект обеспечит «...всеобщий доступ к лечению всех форм туберкулеза», включая полирезистентную, МЛУ-ТБ и суперустойчивую формы ТБ. Поэтому:

- Были предприняты меры по увеличению охвата пациентов, нуждающихся в ХТ по 4-му режиму препаратами КЗС.
- Был официально открыт набор пациентов с ПР-ТБ. В единичных случаях пациенты с ПР-ТБ набирались в программу и ранее при устойчивости к большому количеству препаратов, включая рифампицин, и тяжелом течении процесса.

Основной реципиент и субреципиенты принимали следующие усилия по обеспечению максимального охвата лечением пациентов с ЛУ-ТБ:

1. Включение в программу всех впервые выявленных пациентов.

а) при диагностике у пациента ЛУ-ТБ (ПР/МЛУ/ШЛУ) лечащий врач подготавливал документы для представления на ОКЭК (клиническую комиссию), заседающую 1-2 раза в неделю;

б) решение о включении в программу на лечение принималось ОКЭК, обязательно при личном участии пациента. Комиссия не только определяла схему лечения, но и разрабатывала тактику лечения пациента (возможные места лечения, необходимость в дополнительных консультациях узких специалистов, мероприятиях, усиливающих приверженность). С пациентом проводили беседу о необходимости лечения, об особенностях, этапах, важности соблюдения режима, при этом выявляя возможные проблемы;

в) непосредственно перед началом лечения каждому пациенту, госпитализированному в туберкулезную больницу, кроме стандартных консультаций узких специалистов, проводилась консультация с психологом и психиатром. С каждым пациентом лечащий врач заключал информированное согласие на лечение;

г) в начале проекта по лечению МЛУ-ТБ (2000-2004 гг.) существовали определенные ограничения для включения в программу, такие как низкая мотивация к лечению, тяжелая сопутствующая патология. Однако с расширением программы, появлением финансирования на пациент-ориентированные методы и их внедрением (социальная поддержка, ежедневные продуктовые наборы, консультации узких специалистов, наркологическая помощь, стационар на дому, Спутник) ограничений не стало. Всех пациентов, согласившихся на лечение, включали в программу.

2. Анализ резервуара ЛУ-ТБ.

а) пациентов, у которых ранее была неудача в лечении, с хроническим течением туберкулезного процесса, вновь включали в программу;

б) несмотря на все усилия туберкулезной службы, убедить и мотивировать к лечению некоторых пациентов не удавалось, они категорически отказывались от терапии препаратами 2-го ряда. Такие пациенты находились под особым контролем у заведующих диспансера. Участковые фтизиатры регулярно продолжали привлекать пациентов, выявленных ранее, на лечение.

Как результат наращивания усилий по всеобщему охвату лечением, за четыре года продолжения проекта МНФ было набрано 757 пациентов с ЛУ-ТБ (около 98% с МЛУ-ТБ) в ГрС (рис. 8), и 138 – в ПС, что составило 895 больных (рис. 8а).

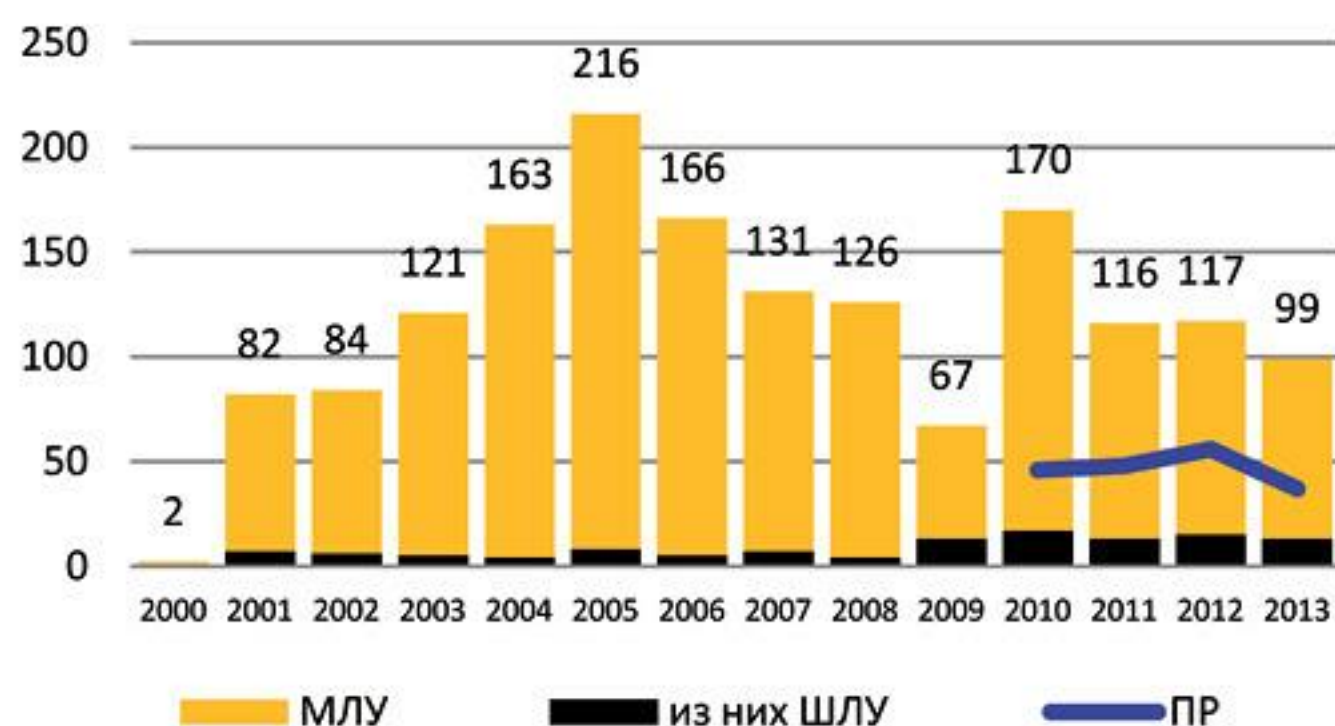


Рис. 8. Число курсов ХТ препаратами КЗС, ГрС, календарные годы

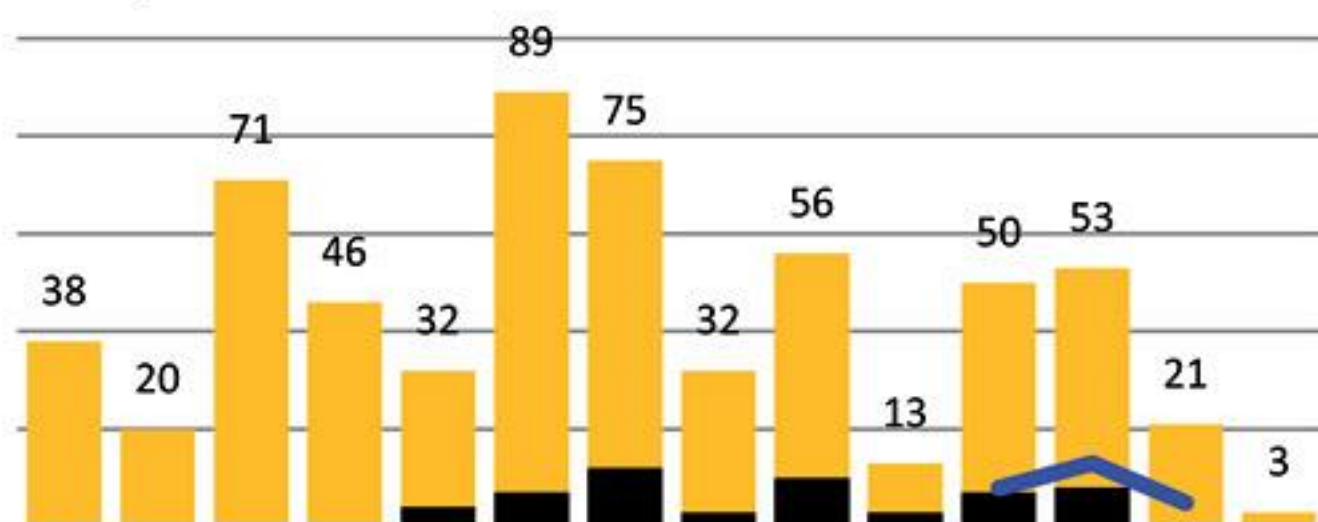


Рис. 8а. Число курсов ХТ препаратами КЗС, ГрС, календарные годы, ПС

Всех ли пациентов с МЛУ-ТБ набирали в проект ГФ и была ли достижима цель по набору?

Индикатор

- Число пациентов с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС в Томской области (в 2004-2009 гг. данные предоставлялись отдельно по ГрС и ПС)
- Данные собирались с 2004 г.
- Цели на 2004-2013: набрать на лечение 1 991 пациента
- Выполнение: 1 795 курсов ХТ начато

В 2000-2004 гг. препаратами КЗС получило лечение в среднем 49,8% от выявленных в ГрС пациентов с МЛУ-ТБ. В рамках проекта ГФ с 2005 по 2013 г. 81,4% от выявленных пациентов с МЛУ-ТБ среди всех категорий в ГрС в среднем было набрано на лечение ПТП КЗС. Охват вырос с 76,3% в 2005-2009 гг. до 87,7% в 2010-2013 гг. Таким образом, цель продолжения гранта МНФ по обеспечению всеобщего доступа к лечению ПТП 2-го ряда КЗС была практически достигнута (рис. 9, 9а).

Набор на лечение пациентов с ЛУ-ТБ по гранту ГФ 3-го раунда был завершён 6 апреля 2009 г. Продолжение гранта ГФ МНФ должно было начаться с 1 декабря 2009 г. В период отсутствия финансирования из гранта ГФ новые пациенты с МЛУ-ТБ начинали курс лечения препаратами 2-го ряда, закупавшимися Минздравом РФ. Однако их было недостаточно, поэтому схемы лечения назначались неполноценные либо пациентов не

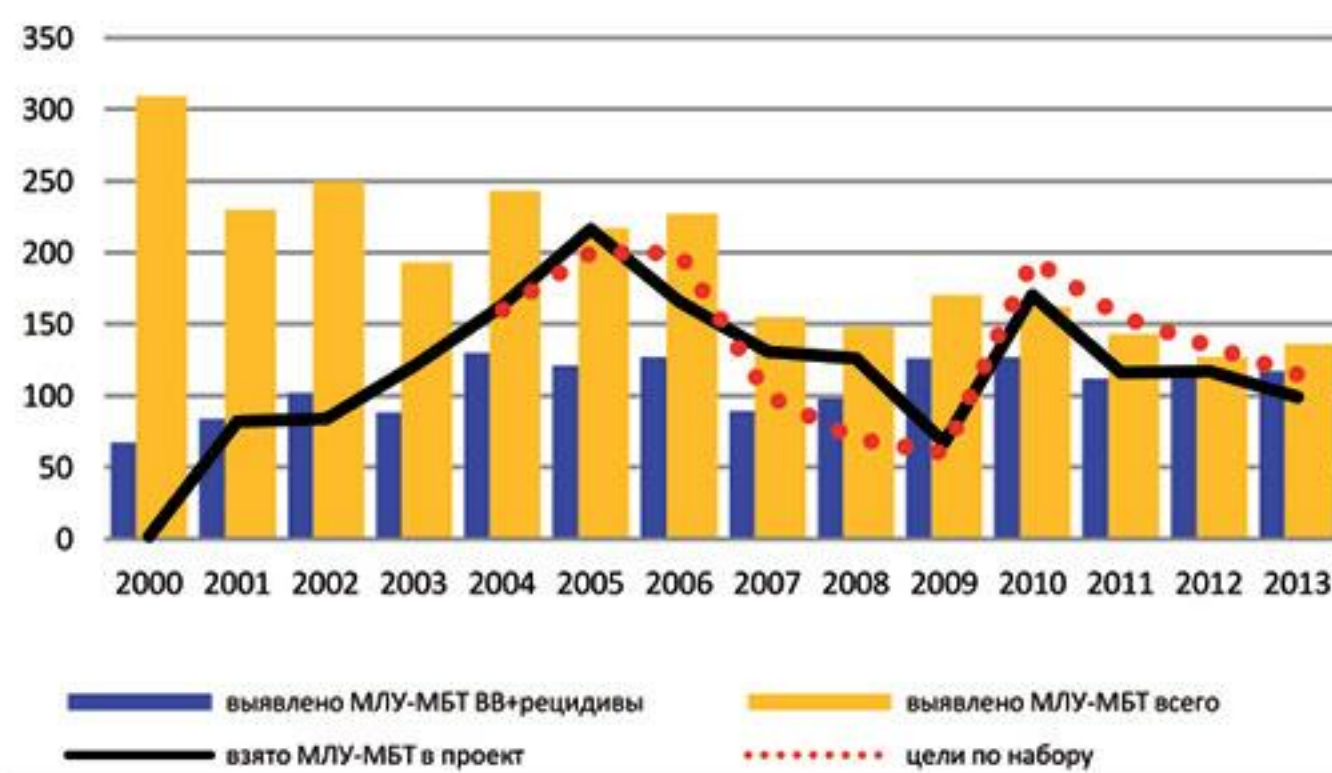


Рис. 9. Цели по набору, число выявленных пациентов и число курсов ХТ в проекте КЗС, МЛУ-ТБ, ГрС, абс. числа

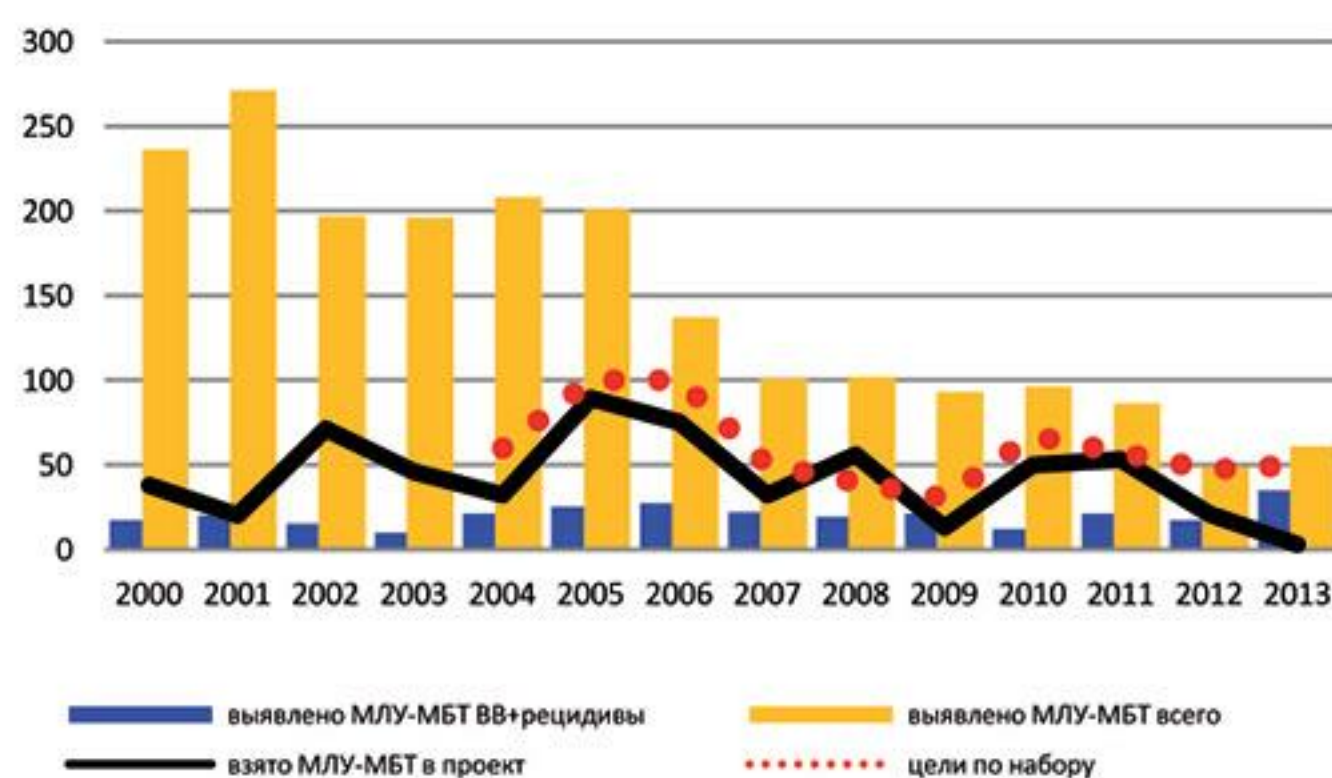


Рис. 9а. Цели по набору, число выявленных пациентов и число курсов ХТ в проекте КЗС, МЛУ-ТБ, ПС, абс. числа

лечили вовсе. Прекратилась социальная поддержка больных, что повлекло увеличение частоты прерываний курсов ХТ в сельских районах области. Все это негативно отразилось на эффективности лечения пациентов в этот период. Чтобы максимально снизить ущерб для пациентов, была достигнута договоренность с ГФ начать набор пациентов на лечение на 2 мес. раньше установленного срока – с 1 октября 2009 г. Предварительно сотрудники подготовили «лист ожидания» – список пациентов с МЛУ-ТБ, которые не получали лечения либо лечились препаратами Минздрава, и протокол перевода пациентов с программы Минздрава на программу ГФ. Протокол перевода предусматривал перевод на ГФ в первую очередь пациентов, которые не лечились либо лечились препаратами Минздрава не более 3 мес. Длительность лечения до включения в программу ГФ учитывалась, если у пациента в предыдущей схеме лечения было минимум 4-5 эффективных препаратов (с сохраненной чувствительностью) и положительная клинико-бактериологическая динамика. В противном случае регистрировали (по Минздраву) исход «неудача» и начинали новый курс лечения препаратами КЗС.

Следует отметить, что набор не был ограничен только пациентами с впервые выявленным МЛУ-ТБ (табл. 5). В проект включали всех паци-

Набор на лечение по 4-му режиму в программе КЗС пациентов, выявленных с МЛУ-ТБ, в разные годы в ГрС ТО

Год включения в программу	Год выявления МЛУ-ТБ															Повторные курсы ХТ МЛУ ТБ
	до 2000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
2000	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	24	35	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2002	11	11	18	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2003	12	4	10	26	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2004	15	8	10	8	27	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
2005	10	6	8	5	5	56	115	0	0	0	0	0	0	0	0	11
2006	1	2	0	2	2	3	31	118	0	0	0	0	0	0	0	7
2007	3	4	0	0	0	0	4	30	86	0	0	0	0	0	0	4
2008	2	0	2	0	3	1	0	6	13	78	0	0	0	0	0	21
2009	0	1	1	0	0	1	0	1	0	8	29	0	0	0	0	26
2010	2	1	0	1	1	0	1	1	2	2	24	105	0	0	0	30
2011	2	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	6	96	0	0	8
2012	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	7	92	5***	10
2013	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6	74	14

Примечание: *** – тест GeneXpert.

ентов, в том числе с многократными повторными курсами лечения согласно решению ОКЭК. Ежегодно среди всех пациентов, набранных в программу, были пациенты, у которых МЛУ-ТБ выявлен два года назад и ранее.

Таким образом, цель проекта МНФ с 2010 г. обеспечить всеобщий охват лечением пациентов с МЛУ-ТБ была практически достигнута.

Тем не менее цели по набору были несколько завышены в 2010 и 2011 г., потому что в области фактически не было такого числа пациентов всех категорий вместе взятых.

В ПС каждый пациент с МЛУ-ТБ рассматривался как потенциальный кандидат для взятия в программу и включался, если он/она:

- Имел достаточно длительный срок исполнения наказания, для того чтобы начать и продолжить двухлетний курс ХТ.
- В случае возможности досрочного освобождения место проживания находилось в Томской области или в области, где существовал подобный проект КЗС. Многие заключенные в Томской ПС прибывали из других регионов Российской Федерации, куда и отбывали после освобождения, что делало невозможным продолжение их курса ХТ в ГрС.
- Имел хотя бы минимальную приверженность к лечению во время ожидания результатов ТЛЧ, рассматривались переносимость ПТП и категорические отказы от лечения.
- Был согласен на лечение препаратами 2-го ряда. Если пациент категорически отказывался от лечения, основываясь на мифах об «американском лечении», «экспериментах» и тому подобном,

то в данный момент пациента не брали на лечение препаратами КЗС. Однако мотивирующие беседы по взятию в проект продолжались и в дальнейшем.

В результате неабсолютно 100% от всех выявленных с МЛУ-ТБ пациентов было включено в проект, но процент был высоким на протяжении многих лет.

Как видно из рис. 9 и 9а, цели по набору пациентов в проект были завышены в 2010 и 2011 гг. как минимум для ГрС. Такого числа пациентов в области просто не было.

Всех ли пациентов с ШЛУ-ТБ набирали в проект ГФ?

В период с 2000 по 2013 г. 38,6% пациентов с ШЛУ-ТБ среди обнаруженных во всех категориях/группах в ГрС были взяты на лечение препаратами 2-го ряда по проекту КЗС (табл. 6). Всего в противотуберкулезной службе Томской области в обоих секторах получили лечение препаратами 2-го ряда более 67% выявленных больных.

Всех ли пациентов с ПР-ТБ набирали в проект ГФ и была ли достижима цель по набору?

Индикатор

- Число больных с ПР-ТБ, включенных в программу КЗС
- Данные собирались с 2010 г.
- Цели на 2010-2013 гг.: набрать на лечение 431 пациента
- Выполнение: 213 курсов ХТ начато

Изменения контингента пациентов с ШЛУ-ТБ в ГрС ТО

Год обнаружения ШЛУ-ТБ	Всего обнаружено у всех больных	Из них			Убыли из резервуара в текущем году	Из них		
		Взяты в программу КЗС	Взяты в программу Минздрава	Взяты в программу в ПС		Умерли от ТБ	Взяты в программу КЗС	Взяты в программу Минздрава
2000	3	0	0	0	3	1	1	0
2001	16	10	3	0	7	5	0	1
2002	14	8	2	1	5	2	1	0
2003	18	3	5	0	3	2	0	0
2004	16	7	6	0	3	3	0	0
2005	20	4	4	1	2	2	0	0
2006	36	10	6	1	5	5	0	0
2007	12	8	4	2	0	0	0	0
2008	17	4	10	0	2	1	1	0
2009	31	13	18	0	0	0	0	0
2010	38	10	11	5	2	2	0	0
2011	48	13	15	2	0	0	0	0
2012	30	15	4	0	1	1	0	0
2013	34	13	11	0	2	0	0	2

В рамках продолжения проекта ГФ (МНФ) с 2010 г. был объявлен набор пациентов с ПР-ТБ. Набор пациентов с ПР-ТБ был начат не сразу из-за задержки поступления ПТП 2-го ряда в Российскую Федерацию – ответственная за выдачу разрешения Гуманитарная комиссия в течение 6 мес. не принимала решения по данному вопросу. Как только комиссия одобрила поступление препаратов в июле, в августе была осуществлена поставка, и начался набор пациентов с ПР-ТБ. Воспользовавшись задержкой, специалисты ПВИЗ и противотуберкулезных служб ГрС и ПС разработали детальный протокол по лечению пациентов с ПР-ТБ, который получил одобрение КЗС.

Вышеописанная ситуация объясняет большой недобор пациентов в программу в 2010 г. Несмотря на трудности в 2010 г., в целом в 2010-2013 гг. было набрано 93,7% пациентов, обнаруженных с ПР-ТБ среди впервые выявленных больных с рецидивами. Набор пациентов с ПР-ТБ в ПС достиг уровня 49% – причины те же, что и с пациентами с МЛУ-ТБ (пациенты с коротким сроком отбывания наказания и из других регионов и те, кто категорически отказывались от лечения препаратами 2-го ряда). В целом более 68% всех больных ПР-ТБ, обнаруженных среди впервые выявленных, с рецидивами и пр. в ГрС и ПС Томской области, вошли в программы КЗС.

На рис. 10 и 10а видно, что прогноз числа пациентов не оправдался, и достижение целей по набору пациентов было в принципе нереалистично, даже в 2013 г. после обоснования нового прогноза с секретариатом ГФ. Помимо завышенного прогноза, причиной невыполнения целей может быть и выраженное снижение резервуара ПР-ТБ в регионе либо недостаточная эффективность выявления.

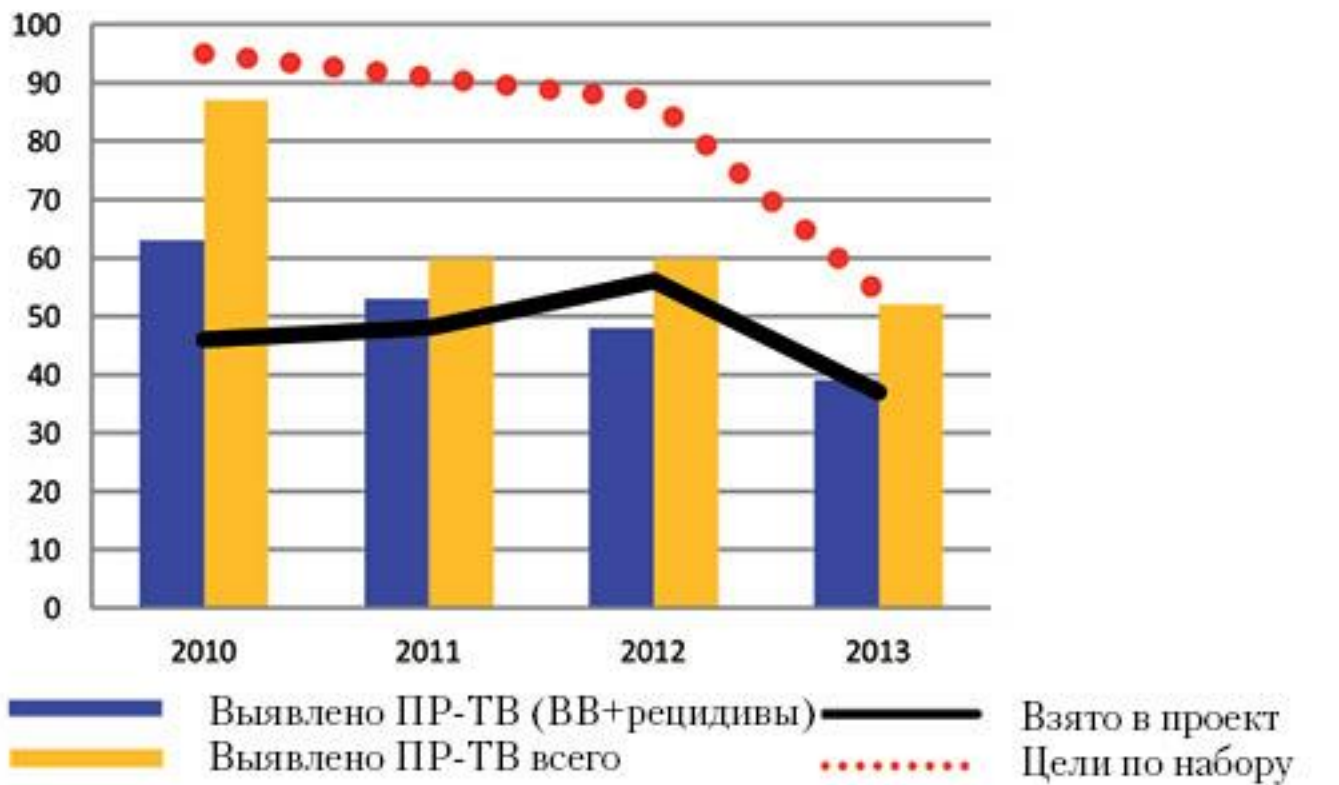


Рис. 10. Цели по набору, число выявленных пациентов и число курсов ХТ в проекте КЗС, ПР-ТБ, ГрС, абс. числа

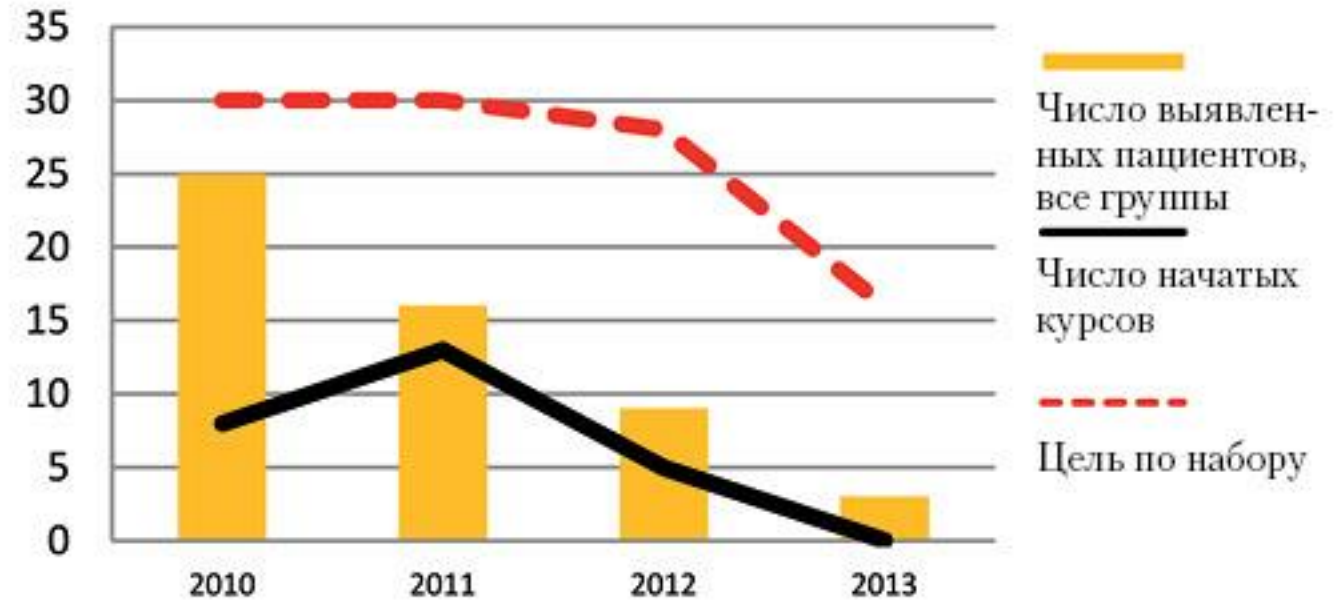


Рис. 10а. Цели по набору, число выявленных пациентов и число курсов ХТ в проекте КЗС, ПР-ТБ, ПС, абс. числа

МЕРОПРИЯТИЯ
ПО КЛИНИЧЕСКОМУ
ВЕДЕНИЮ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

С 2000 г. в Томской области проводится лечение больных МЛУ-ТБ препаратами 2-го ряда по индивидуальным режимам. Всем больным оказывается помощь согласно утвержденным протоколам, которые постоянно усовершенствовались и дополнялись в соответствии с международными

стандартами и приказами Министерства здравоохранения РФ. При этом многие из рекомендаций ВОЗ были разработаны на основе опыта Томской программы.

Лечение больных МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ в Томской области включает следующие принципы:

1. МЛУ-ТБ является случай с документально подтвержденной лекарственной устойчивостью по меньшей мере к изониазиду (H) и рифампицину (R) одновременно.

2. ШЛУ-ТБ является случай с документально подтвержденной лекарственной устойчивостью по меньшей мере к изониазиду (H), рифампицину (R), любому инъекционному препарату [амикацин (Am), канамицин (Km), капреомицин (Cm)] и препарату из группы фторхинолонов [офлоксацин (Ofx), левофлоксацин (Lfx), моксифлоксацин (Mfx)] одновременно.

3. Доступ к противотуберкулезным препаратам 2-го ряда доказанного качества обеспечивается всем больным МЛУ-ТБ вне зависимости от типа пациента, места жительства/пребывания, социального статуса, гражданства, наличия сопутствующей патологии.

4. Решение о назначении режима лечения, его изменении, окончании интенсивной фазы, общего курса лечения принимается на заседании ОКЭК. Любое назначение препаратов 2-го ряда проводится через решение ОКЭК.

5. Лечение больных МЛУ-ТБ проводится в две фазы, интенсивную и поддерживающую, не менее шести дней в неделю строго под непосредственным наблюдением со стороны подготовленного медицинского работника или волонтера. Члены семьи волонтерами быть не могут.

6. В режиме лечения больных МЛУ-ТБ должно присутствовать по меньшей мере четыре эффективных противотуберкулезных препарата 2-го ряда и пиперазид (как пятый препарат) в интенсивную фазу:

- инъекционный препарат (канамицин, амикацин, капреомицин),
- фторхинолон,
- этионамид или протионамид,
- циклосерин и/или ПАСК (если отсутствует возможность доступа к циклосерину),
- пиперазид.

7. Режим лечения назначается в строгом соответствии со спектром лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам 1-го и 2-го рядов.

8. Продолжительность интенсивной фазы лечения составляет не менее 8 мес. при лечении МЛУ-ТБ и должна основываться на данных о стойком прекращении бактериовыделения, подтвержденном методом посева, и положительной клинико-рентгенологической динамике. При лечении ШЛУ-ТБ продолжительность приема инъекционного препарата возможна на протяжении

всего курса лечения и не ограничена временными сроками.

9. Общая продолжительность лечения МЛУ-ТБ составляет не менее 20 мес. и должна основываться на данных о стойком прекращении бактериовыделения, подтвержденном методом посева, и положительной клинико-рентгенологической динамике. При лечении ШЛУ-ТБ общая продолжительность лечения может проводиться длительное время и не ограничена временными сроками.

10. Прием всех доз препаратов по возможности проводится однократно:

- доза этионамида/протионамида, циклосерина, ПАСК, как правило, дробится в интенсивную фазу лечения с целью профилактики возникновения побочных реакций в 2-3 приема;
- на амбулаторном этапе при отсутствии возможности контроля за приемом второй дозы препаратов под непосредственным наблюдением со стороны медицинского работника или волонтера препараты принимаются однократно;
- фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) принимаются однократно на протяжении всего курса лечения.

11. В конце каждого месяца производится подсчет всех принятых и пропущенных доз противотуберкулезных препаратов:

- длительность интенсивной фазы и общего курса лечения может быть продлена по решению ОКЭК на общее количество пропущенных доз;
- при возобновлении лечения по 4-му режиму больных, прервавших лечение самостоятельно на 2 мес. и более, ХТ возобновляется с самого начала с выполнением всех программных требований.

12. На протяжении всего курса лечения по 4-му режиму проводится тщательный клинический, бактериологический и рентгенологический мониторинг:

- всем больным МЛУ-ТБ до начала лечения проводятся микроскопия мокроты и посевы культуры трехкратно, затем двукратно на протяжении всего курса ХТ ежемесячно;
- ТЛЧ к препаратам 1-го и 2-го рядов проводится всем больным с бактериовыделением до начала лечения;
- ТЛЧ к препаратам 2-го ряда выполняется повторно в случае сохранения бактериовыделения и отсутствия клинико-рентгенологической динамики после 4-6 мес. лечения и более под непосредственным контролем;
- ТЛЧ к препаратам 2-го ряда проводится больным, неоднократно прерывавшим курс лечения по любой причине на срок более 1 мес., с сохраненным бактериовыделением;
- общий анализ крови, мочи, биохимические исследования крови проводятся до начала лечения и ежемесячно. Частота проводимых исследований



может увеличиваться по необходимости и определяется лечащим врачом;

- обязательным, особенно в интенсивную фазу лечения, является определение уровня электролитов (К, Na), сывороточного креатинина, мочевины, билирубина и печеночных ферментов;

- рентгенологические исследования проводятся в начале лечения и ежеквартально до окончания курса ХТ;

- до начала лечения и в последующем по необходимости проводится осмотр узкими специалистами (офтальмолог, оториноларинголог, невролог, психиатр-нарколог, эндокринолог, пр.).

13. На протяжении всего курса лечения проводятся тщательный мониторинг побочных реакций и их купирование:

- выявление и купирование побочных реакций должно осуществляться своевременно. С этой целью проводится постоянное обучение медицинского персонала, осуществляющего контролирующую терапию;

- в помощь для среднего мед. персонала и волонтеров подготовлены памятки-опросники для выявления побочных эффектов;

- лечащий врач на протяжении всего курса лечения заполняет карту регистрации побочных эффектов противотуберкулезной терапии пациента. Данные карты заносятся в электронную базу данных с последующим анализом заместителем главного врача по лечебной работе.

14. Диагностика, купирование побочных реакций, а также лечение сопутствующей патологии проводится на протяжении всего курса лечения в соответствии с клиническими алгоритмами, утвержденными в программе по лечению МЛУ-ТБ Томской области:

- назначение пиридоксина (витамин В₆) обязательно для всех пациентов, получающих циклосерин (из расчета на каждые 250 мг циклосерина назначается 50 мг пиридоксина, максимальная суточная доза пиридоксина составляет 300 мг);

- прием комплекса витаминов и минералов для всех пациентов на протяжении всего курса лечения является желательным;

- утвержден список симптоматических и патогенетических средств, который ежегодно подвергался пересмотру и корректировке в зависимости от потребностей комиссией в составе заместителей главных врачей по лечебной работе, заведующей аптекой, клинического специалиста ПВИЗ.

15. Исход «неудача в лечении» принимается коллегиальным решением на заседании ОКЭК при сохранении бактериовыделения после 12 мес. контролируемой терапии.

16. Пациент-ориентированный подход применяется ко всем пациентам без исключения вне зависимости от источника поступления противотуберкулезных препаратов:

- оказание социальной и психологической помощи для больных, получающих лечение по 4-му режиму, способствует повышению приверженности к лечению;

- виды и методы оказания социальной помощи различны и могут оказываться пациентам на протяжении всего курса лечения (продуктовый набор, помощь в восстановлении документов, помощь с поиском жилья, одежды, пр.).

17. Хирургическое лечение является одним из важных этапов ХТ больных МЛУ-ТБ, значительно повышающим эффективность лечения при правильном выборе показаний и времени проведения хирургического вмешательства:

- хирургическое вмешательство вне зависимости от специфичности операции должно проводиться своевременно, желательно на ранних сроках лечения;

- консультация хирурга при формировании каверны или туберкулемы проводится не ранее чем через 3-4 мес. после начала лечения;

- ХТ противотуберкулезными препаратами перед проведением оперативного вмешательства должна проводиться в течение не менее 3 мес.;

- в случае, когда на момент проведения оперативного вмешательства у больного отмечается бактериовыделение, подтвержденное методом микроскопии мокроты и/или посева, а также при операции торакопластики, общая продолжительность лечения составляет не менее 18 мес. после конверсии по посеву;

- в послеоперационном периоде больному назначается инъекционный препарат на 3 мес. с последующим представлением на заседание ОКЭК для принятия решения о продлении или прекращении использования инъекционного препарата в дальнейшем;

- в случае, когда на момент проведения оперативного вмешательства у больного имелось стойкое прекращение бактериовыделения и:

- в резекционном материале обнаружены *M. tuberculosis* методом посева, общая продолжительность терапии после оперативного вмешательства составляет не менее 12 мес.;

- в резекционном материале не обнаружены *M. tuberculosis* методом посева, общая продолжительность терапии после оперативного вмешательства составляет не менее 9 мес.;

- при ограниченных локализованных процессах длительность ХТ больного МЛУ-ТБ после операции составляет не менее 9 мес., при этом длительность применения инъекционного препарата составляет не менее 3 мес.;

- при распространенном туберкулезе и отсутствии возможности удаления всех изменений в легочной паренхиме общая продолжительность ХТ больного МЛУ-ТБ после операции составляет не менее 12 мес., при этом длительность применения инъекционно-



го препарата составляет не менее 3-6 мес.

Центральным органом клинического мониторинга с 1999 г. стала ОКЭК, которая была единой до 2002 г. для ГрС и ПС. Затем, для удобства работы, ОКЭК разделилась на 2 отдельные комиссии в каждом секторе.

Заседания ОКЭК проводились еженедельно, при необходимости чаще, и чередовались на разных клинических базах. За весь период работы ОКЭК проведено более 650 заседаний с клиническим разбором больных МЛУ-ТБ. Главой комиссии являлся председатель, у которого предусмотрены два заместителя: один – от поликлинической сети, второй – от стационарного подразделения всей противотуберкулезной службы области. Секретарь вел протокольную часть заседаний, отвечал за внесение в медицинскую документацию принятых решений ОКЭК. Членами ОКЭК являлись специалисты разных ведомств, имеющие прямое отношение к диагностике и лечению больных МЛУ-ТБ.

В задачи ОКЭК входили:

- Разработка индивидуального плана клинического и программного ведения пациента: назначение и завершение лечения, коррекция терапии, побочных эффектов, сопутствующей патологии, завершение интенсивной фазы лечения, необходимость проведения оперативного лечения, определение места лечения, установление исхода курса терапии.

- Пациенты, у которых на 4-м мес. лечения оставалось бактериовыделение, лечащими врачами представлялись на ОКЭК с целью определения причины и коррекции тактики ведения, как медицинской, так и программной.

- Обязательно члены комиссии беседовали с пациентом перед включением в программу, в процессе лечения (при сложности ведения пациента, проблемах приверженности), при завершении курса терапии.

С помощью ОКЭК:

- Достигался единый клинический и программный подход с выработкой индивидуального плана для каждого пациента.

- Решения принимались комиссионно, это особенно важно в сложных случаях.

- Положительное влияние на пациента (важность и внимание к каждому больному).

- Достигалась преемственность в лечении между стационарным и амбулаторным этапами.

- Повышалась профессиональная квалификация специалистов, углублялось понимание особенностей МЛУ-ТБ, анализ и обобщение закономерностей приводили к выработке рекомендаций.

В ГрС большинство больных (65%), получавших лечение в рамках проекта ГФ, начинали его в стационаре. Средняя продолжительность стационарного этапа 7,4 мес. Затем пациентов переводили на амбулаторное лечение под прямым наблюдением, организованным противотуберкулезным

диспансером, ОЛС и Российским отделением Красного Креста.

Около трети пациентов (27%) начинали лечение амбулаторно в городе Томске и районах области. В основном это были пациенты с ограниченным туберкулезным процессом (очаговый туберкулез, туберкулема) без бактериовыделения, что подтверждено методом микроскопии, без тяжелой сопутствующей патологии. Реже это были пациенты, категорически отказывающиеся от лечения в стационаре. Общие принципы ведения этих пациентов не отличались от тех, кто начинал интенсивную фазу терапии в стационарных условиях. В городе более сложных в клиническом плане пациентов (плохая переносимость ПТП, сопутствующая патология) направляли в дневной стационар, где больные находились под наблюдением и получали необходимую терапию в течение дня.

Расчет потребности, закупка и поставка препаратов 2-го ряда на протяжении всех лет выполнялись сотрудниками основного реципиента – ПВИЗ. На базе противотуберкулезного диспансера был организован центральный склад противотуберкулезных препаратов, из которого они поступали в лечебные учреждения Томской области как ГрС, так и ПС. Такой подход позволил достигнуть бесперебойного централизованного снабжения одинаково эффективными ПТП вне зависимости от места лечения. Поставка, расход, остатки, сроки годности по каждому препарату регистрировались ежедневно в аптечной электронной базе данных для ведения отчетности и дальнейшего планирования закупок ПТП.

Для получения ПТП 2-го ряда индивидуально на каждого пациента заполнялась заявка с указанием ФИО, даты начала лечения, спектра устойчивости, схемы лечения (препараты, дозы), даты изменения схемы. Данные о режиме лечения каждого пациента (схема ПТП, дозы, даты изменения) вносились ответственным врачом в электронную базу данных.

Купирование побочных реакций у больных ПР-ТБ, МЛУ-ТБ и с суперустойчивостью возбудителя

Учитывая длительность лечения, количество принимаемых ПТП и их действие, большое влияние на эффективность лечения больных МЛУ-ТБ оказывают побочные реакции. При проведении ХТ, включающей противотуберкулезные препараты 1-го ряда, частота нежелательных реакций колеблется от 8 до 20%, при использовании резервных препаратов достигает 85-100% [2]. Несвоевременное или неполноценное купирование побочных реакций зачастую приводит к отказу больных от

[2] Shin S. S., Pasechnikov A. D., Gelmanova I. Y. et al. Adverse reactions among patients being treated for MDR-TB in Tomsk, Russia // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2007. – Vol. 11, № 12. – P. 1314-1320.

приема определенных противотуберкулезных препаратов, неполноценности схемы лечения, неудачам в лечении, прерыванию лечения [3].

Для диагностики и лечения побочных реакций у пациентов с МЛУ/ШЛУ/ПР-ТБ врачи в своей клинической практике использовали протоколы, описанные в «Руководстве по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ» [4]. Уровень подготовки врачей в разделе выявления и купирования побочных эффектов постоянно повышался во время тренингов и в процессе работы (участие в ОКЭК, других врачебных комиссиях).

При анализе возникновения и купирования побочных реакций у пациентов, получавших лечение по 4-му режиму, взятых в период с 17.01.2000 по 20.01.2006 г. в ГрС Томской области (452 пациента с МЛУ-ТБ) было показано, что у 86,3% пациентов отмечались побочные реакции во время терапии ПТП. При этом в трети случаев удалось купировать побочные эффекты без отмены ПТП. У 27% пациентов потребовалась временная отмена одного или нескольких ПТП, а у 27,4% больных побочные реакции оказались неустраняемыми и повлекли постоянную отмену одного или нескольких ПТП (рис. 11). Однако по причине возникновения побочных реакций полностью лечение не прекращали ни одному больному.

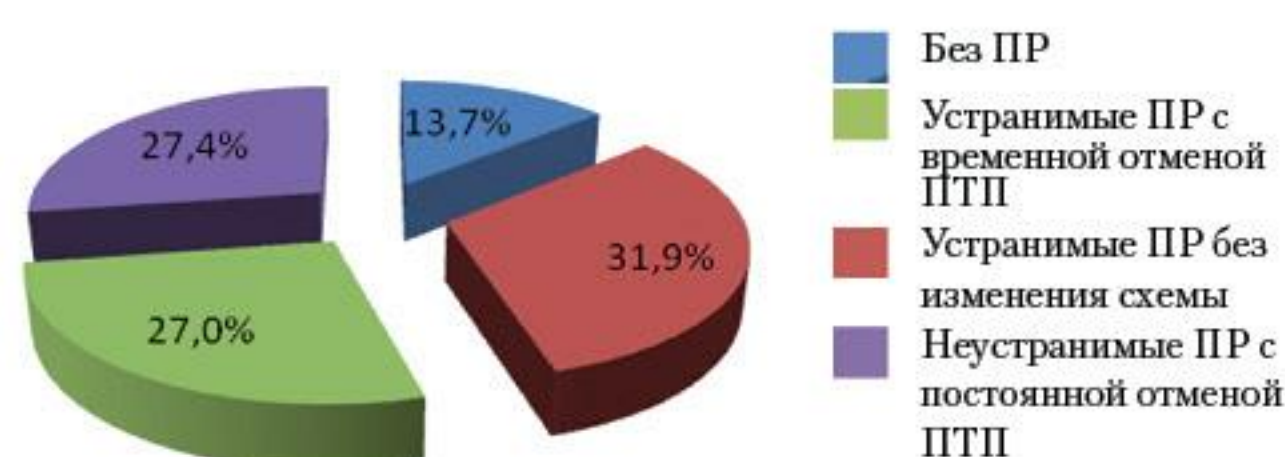


Рис. 11. Частота возникновения побочных реакций (ПР) и изменения схемы противотуберкулезной терапии

Наиболее часто (42,7%) пациенты предъявляли жалобы на побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, изжога, диарея и т. д.). Почти у трети больных возникали боли в суставах (32,5%), нарушение слуха (37,4%), побочные реакции со стороны мочевыделительной системы (36,5%). У каждого пятого пациента отмечались нежелательные явления со стороны гепатобилиарной системы (21,2%), а также психические расстройства (24,8%) и повышение уровня тиреотропного гормона (27,2%). Реже возникали электролитные нарушения (12,4%) и аллергические реакции (15,3%).

В первые 8 мес. лечения было зарегистрировано 76,6% всех побочных реакций (рис. 12). Тем не менее побочные реакции отмечались вплоть до окончания курса ХТ у небольшой доли пациентов.



[3] Gelmanova I. Y., Keshavjee S., Golubchikova V. T. et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default, and the acquisition of multidrug resistance // Bull World Health Organ. – 2007. – Vol. 85, № 9. – P. 703-711.

[4] Пасечников А., Рич М. Л. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью: Международное издание. – Партнеры во имя здоровья, 2003. – 173 с.

Следует отметить, что анализ проведен среди пациентов, находившихся на лечении, то есть в него не могут быть включены побочные реакции, которые испытывали бы пациенты, прервавшие ХТ после момента прерывания и приема последней дозы.

В связи с большой распространенностью синдрома алкогольной зависимости среди пациентов были проанализированы исходы лечения, частота побочных эффектов у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, по сравнению с больными, не принимавшими алкоголь в процессе терапии МЛУ-ТБ [5]. Достоверного различия в частоте возникновения побочных реакций у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, и непьющих не выявлено, кроме диареи, возникающей чаще у непьющих больных (табл. 7). С исходом «излечен» завершили терапию 74,6% пациентов, не употреблявших алкоголь

во время лечения, по сравнению с 46,6% злоупотреблявших алкоголем ($p < 0,001$). Что интересно, благоприятные исходы лечения у злоупотребляющих алкоголем пациентов оказались связаны с приверженностью к лечению (принятие 80% доз ПТП и более) [3].

Некоторые изменения в клиническом ведении пациентов

1. В 2011 г. офлоксацин в схемах лечения ЛУ-ТБ заменили левофлоксацином в дозировке 750-1000 мг. Кроме того, стали более активно использовать моксифлоксацин (включали в схемы лечения всем пациентам с устойчивостью возбудителя к офлоксацину).

2. В 2010 г. впервые применили линезолид. По просьбе медицинского директора ПВИЗ фармацевтическая компания Pfizer безвозмездно пере-

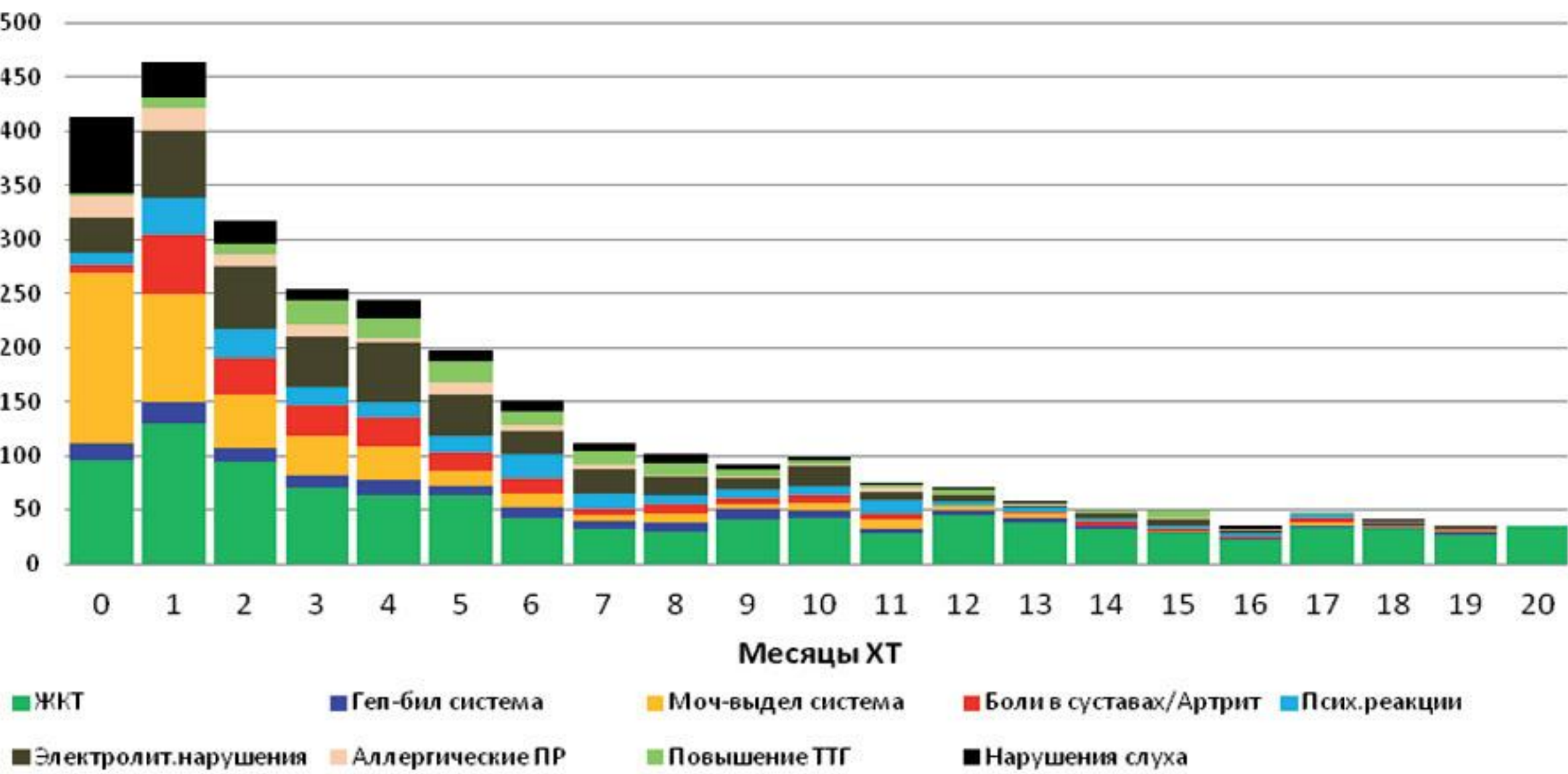


Рис. 12.
Встречае-
мость и ча-
стота побоч-
ных реакций
у пациентов,
получающих
4-й режим ХТ,
Томская об-
ласть

Таблица 7

Побочные реакции у пациентов, употреблявших алкоголь во время лечения МЛУ-ТБ, по сравнению с непьющими пациентами (407 человек)

Побочные реакции	n	Употреблявшие алкоголь (n = 253), n (%)	Не употреблявшие алкоголь (n = 154), n (%)	P value
Любые побочные реакции	367	230 (90,9)	137 (88,9)	0,52
Тошнота и рвота	246	145 (57,3)	101 (65,6)	0,1
Диарея	163	88 (34,8)	75 (48,7)	0,005
Депрессия	33	26 (10,3)	7 (4,6)	0,04
Психоз	13	23 (9,1)	14 (9,1)	1,00
Судорожный синдром	45	31 (12,2)	14 (9,1)	0,32
Ототоксичность	60	42 (16,6)	27 (17,5)	0,81
Боли в суставах	180	119 (47,0)	61 (39,6)	0,14
Аллергические реакции	44	31 (12,2)	13 (8,4)	0,23
Нейропатия	27	20 (7,9)	7 (4,6)	0,19
Нефротоксичность	36	17 (6,7)	19 (12,3)	0,05
Гепатотоксичность	55	32 (12,7)	23 (14,9)	0,51
Гипокалиемия	156	96 (37,9)	60 (39,0)	0,83
Гипотиреоз	28	14 (5,5)	14 (9,1)	0,17

[5] 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. – P. 891-896. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.11.0795>

дала препарат Zyvox (линезолид) на 12 мес. лечения для пациентки с ШЛУ-ТБ в возрасте 22 лет. Добавление в схему лечения линезолида позволило стабилизировать процесс, провести хирургическое лечение и эффективно закончить курс терапии. В начале 2014 г. эксперты ПВИЗ на основании имеющегося международного опыта разработали протокол использования линезолида у пациентов с ШЛУ-ТБ, были проведены первые закупки, и набрано на лечение 22 пациента с ШЛУ-ТБ.

3. Активизация хирургического лечения:

- благодаря закупке нового хирургического оборудования, расширению показаний к оперативному лечению увеличилось число прооперированных больных МЛУ-ТБ: с 20 в 2011 г. до 43 в 2012 г.;

- директор Новосибирского НИИ туберкулеза с командой врачей-хирургов посетил Томскую противотуберкулезную службу в июне 2012 года с целью проверки хирургической активности и проведения консультаций по сложным случаям. Специалисты из Новосибирска провели несколько операций, а также обучение томских врачей. Некоторых пациентов прооперировали томские хирурги под наблюдением команды Новосибирского НИИТ;

- в 2010 г. пациентам с ЛУ-ТБ по показаниям хирургической ОКЭК стали проводить клапанную бронхоблокацию. Однако в 2013 г. в связи с уходом из туберкулезной больницы обученного специалиста-бронхолога эта деятельность была приостановлена. Обучение нового специалиста планировалось в 2014 г.

4. С декабря 2009 г. был расширен перечень симптоматических и патогенетических средств, закупаемых для пациентов с ЛУ-ТБ, включенных в программу ГФ. На основании дальнейшего анализа потребностей с 2012 г. увеличена стоимость симптоматических средств в ГрС на пациента в месяц (с 13 до 24 долларов).

Улучшение инфекционного контроля в туберкулезной службе Томской области

Улучшение инфекционного контроля позволило установить современное вентиляционное оборудование в 8 противотуберкулезных учреждениях Томской области в ГрС и ПС.

Помимо вентиляционного оборудования, на средства ГФ приобретались средства индивидуальной защиты [халаты и респираторы (З-М)] для медицинского персонала. Правильная организация использования средств индивидуальной защиты помогла значительно снизить заболеваемость ТБ среди медицинского персонала в противотуберкулезной службе.

В марте-апреле 2011 г. проведен тренинг для медицинских работников туберкулезной службы Томской области «Противотуберкулезный инфекционный контроль. Организационные и практические аспекты» с участием экспертов в области инфекционного контроля. После обучения в практику был внедрен Fit-тест для определения правильного подбора и ношения респираторов, закуплены экранированные УФ-лампы, пересмотрены административные меры инфекционного контроля (разделение потоков пациентов).



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЛУ-ТБ

Насколько набранные в проект пациенты обладали факторами риска, ассоциирующимися с негативными исходами ХТ (прерывание, неудача, смерть)?

Из опубликованных данных [6-12] известно, что негативные исходы чаще встречаются у тех пациентов, которые при регистрации или во время лечения имеют:

1. При регистрации курса:

- зависимости к алкоголю/наркотикам (или употребление в течение курса), отсутствие работы, бездомность, пребывание ранее в МЛС, прерывание курса ХТ в анамнезе;
- положительный результат исследования мокроты по микроскопии на начало текущего курса, двусторонняя патология, каверны, индекс массы тела менее 18,5. Использование ранее фторхинолонов или устойчивость к фторхинолонам, устойчивость к любому тиюнамиду, МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ.

2. Во время курса лечения:

- отсутствие негативации мокроты к 3-му мес. лечения, три и более дня пропусков во время интенсивной фазы или прием менее 80% доз.

Клинические и социальные характеристики, ассоциирующиеся с негативными исходами среди пациентов, включенных в проект ГФ, приведены в табл. 8, 8а* в сравнении с когортами 2000-2004 гг. Чаще всего клинические факторы риска встречались среди пациентов, вошедших в программу в 2002, 2005, 2009-2013 гг. С точки зрения социальных характеристик наиболее сложными были когорты пациентов 2004-2008 гг.

Как быстро назначался 4-й режим пациентам, нуждающимся в нем и включенным в проект КЗС?

В самом начале пилотной программы в 2001 г. в проект включали пациентов, имевших хронические формы, тщательно изучали резервуар пациентов в области. Вследствие этого время между

Таблица 8

Выборочные клинические и социальные характеристики, ассоциирующиеся с негативными исходами у пациентов, включенных в проект КЗС, ГрС

Когорты годов	Клинические факторы риска, %								К	Социальные факторы риска, %				С
	ЛУ ФХ	ЛУ все инъекции	ЛУ Eth	ШЛУ	МСК +	ФКТ/КП	ВИЧ/СПИД	СД		Алк. зав.	Нарк. зав.	БОМЖ	После прерывания ХТ	
2001	8,5	13,4	50,0	8,5	79,3	1,2	1,2	3,7	3	39,0	9,8	1,2	2,4	1
2002	11,9	23,8	79,8	7,1	76,2	6,0	0,0	7,1	5	38,1	17,9	6,0	1,2	1
2003	5,0	13,2	26,4	4,1	78,5	3,3	0,8	5,8	2	49,6	13,2	11,6	0,8	2
2004	3,1	14,7	11,7	2,5	76,7	4,3	0,6	6,1	2	60,1	13,5	8,0	6,1	3
2005	4,2	18,1	12,0	3,7	74,1	12,5	2,8	6,0	5	58,8	12,5	7,9	6,5	3
2006	6,0	19,9	16,9	3,0	62,0	11,4	3,0	4,8	3	58,4	11,4	10,8	4,2	3
2007	9,2	9,9	6,1	5,3	74,0	16,8	0,8	7,6	3	66,4	6,1	15,3	3,8	3
2008	8,7	4,8	11,1	3,2	70,6	12,7	2,4	3,2	1	64,3	11,1	11,9	3,2	3
2009	28,4	16,4	40,3	19,4	68,7	11,9	1,5	10,4	5	58,2	4,5	10,4	1,5	1
2010	16,5	11,2	44,1	10,0	67,6	10,0	2,9	3,5	5	55,3	13,5	12,9	1,8	2
2011	25,0	6,9	47,4	11,2	60,3	6,9	3,4	5,2	4	57,8	12,9	10,3	0,0	1
2012	17,9	17,9	60,7	12,8	59,0	6,0	7,7	3,4	5	57,3	6,8	11,1	0,0	1
2013	23,2	16,2	51,5	13,1	48,5	2,0	14,1	3,0	5	46,5	8,1	4,0	0,0	0
Медиана	9,2	14,7	40,3	7,1	70,6	6,9	2,4	5,2		57,8	11,4	10,4	1,8	

* В случае распространенности характеристики выше медианного значения среди когорт 2001-2013 гг. ячейка отмечалась цветом и начислялся балл. Суммарное количество баллов, характеризующее наличие негативных характеристик у пациентов, приведено в крайних столбцах.

- [6] Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence // Am. Rev. Respir. Dis. – 1993. – Vol. 147, № 5. – P. 1311-1320.
- [7] 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. – Sep. 85 (9). – P. 703-711.
- [8] Jakubowiak W. M., Bogorodskaya E. M. 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. – P. 46-53.
- [9] Cavanaugh J. S., Kazenny B. Y., Nguyen M. L. et al. Outcomes and follow-up of patients treated for multidrug-resistant tuberculosis in Orel, Russia, 2002-2005 // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2012. – Vol. 16, № 8. – P. 1069-74. doi: 10.5588/ijtld.11.0696. Epub 2012 Jun 11.
- [10] Kurbatova E. V., Taylor A., Gammimo V. M. et al. Predictors of poor outcomes among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis at DOTS-plus projects // Tuberculosis (Edinb). – 2012. – Sep. 92 (5): 397-403. doi: 10.1016/j.tube.2012.06.003. Epub 2012 Jul 10.
- [11] Johnston J. C., Shahidi N. C., Sadatsafavi M. et al. Treatment outcomes of multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis // PLoS ONE. – 4 (9): e6914. doi:10.1371/journal.pone.0006914
- [12] Shin S. S., Keshavjee S., Gelmanova I. Y. et al. Development of extensively drug-resistant tuberculosis during multidrug-resistant tuberculosis treatment // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2010. – Vol. 182, № 3. – P. 426-432.

Таблица 8а

Выборочные клинические и социальные характеристики, ассоциирующиеся с негативными исходами у пациентов, включенных в проект КЗС, ПС

Клинические факторы риска, %									К	Социальные факторы риска, %		С
Когорты годов	ЛУ ФХ	ЛУ все инъекции	ЛУ Eth	ШЛУ	МСК +	ФКТ/ КП	ВИЧ/ СПИД	СД		Алк. зав.	Нарк. зав.	
2000	0,0	0,0	55,3	0,0	39,5	26,3	no data	0,0	3	no data	no data	-
2001	0,0	0,0	25,0	0,0	65,0	10,0	no data	0,0	2	no data	no data	-
2002	5,6	0,0	23,9	0,0	35,2	0,0	no data	0,0	0	no data	no data	-
2003	6,5	2,2	23,9	2,2	60,9	0,0	no data	0,0	1	no data	no data	-
2004	12,5	21,9	34,4	15,6	40,6	6,3	0,0	0,0	4	15,6	6,3	0
2005	15,7	23,6	29,2	7,9	23,6	1,1	5,6	0,0	4	23,6	20,2	1
2006	21,3	18,7	24,0	16,0	49,3	0,0	2,7	0,0	3	22,7	25,3	2
2007	9,4	15,6	50,0	9,4	37,5	0,0	3,1	0,0	3	18,8	21,9	2
2008	21,4	19,6	53,6	17,9	17,9	1,8	1,8	0,0	5	17,9	41,1	2
2009	23,1	7,7	53,8	23,1	30,8	0,0	0,0	0,0	3	23,1	30,8	2
2010	16,0	8,0	48,0	14,0	30,0	0,0	6,0	0,0	4	2,0	0,0	0
2011	22,6	17,0	35,8	15,1	7,5	0,0	5,7	0,0	4	3,8	1,9	0
2012	9,5	9,5	38,1	0,0	38,1	0,0	4,8	0,0	3	0,0	4,8	0
2013	0,0	33,3	100,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,0	4	0,0	33,3	1
Медиана	11,0	12,6	37,0	8,6	37,8	0,0	3,9	0,0		16,7	21,0	

обнаружением МЛУ-ТБ и началом лечения по 4-му режиму у части пациентов было достаточно длительным (рис. 13).

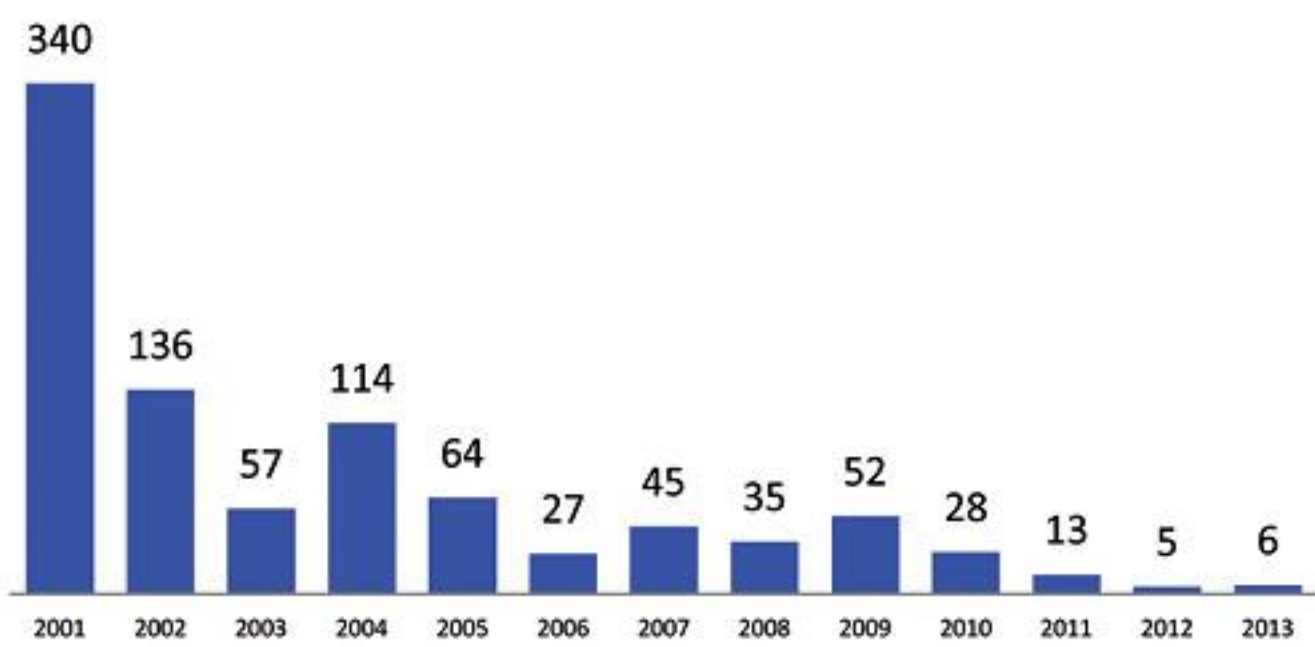


Рис. 13. Количество дней между обнаружением ЛУ и приемом ПТП по 4-му режиму, КЗС, медиана, ГрС

С 2005 г. половина пациентов проекта КЗС начинали лечение по 4-му режиму в рамках двух месяцев, а в последние годы (с 2010) – в течение одного месяца. Как видно из рис., период между выявлением и началом 4-го режима увеличился, что связано с переходным периодом между грантами. Внедрение молекулярно-генетических методов диагностики позволило сократить этот срок в 2012-2013 гг. до одной недели.

В 2011 г. Томская областная противотуберкулезная служба была оснащена тест-машинами GeneXpert. Согласно разработанному протоколу, подлежащими тестированию считались следующие пациенты:

1. Любой пациент, который ранее лечился от ТБ (пациент с рецидивом, или пациент после неудачного курса, или после отрыва).
2. Пациенты с ТБ, ранее не получавшие лечение (либо информация о предыдущих курсах неизвестна), но имеющие высокий риск наличия МЛУ-ТБ:
 - Пациенты из контакта с пациентом с МЛУ-ТБ.
 - Пациенты, вышедшие из мест лишения свободы.
 - Если есть подозрение, что пациент ранее получал лечение от ТБ.
3. ВИЧ-инфицированные пациенты, у которых имеется подозрение на ТБ.

Доля пациентов, включенных в программу КЗС, основываясь на результатах теста GeneXpert, увеличилась до 30,5% в 2013 г. (рис. 13а).

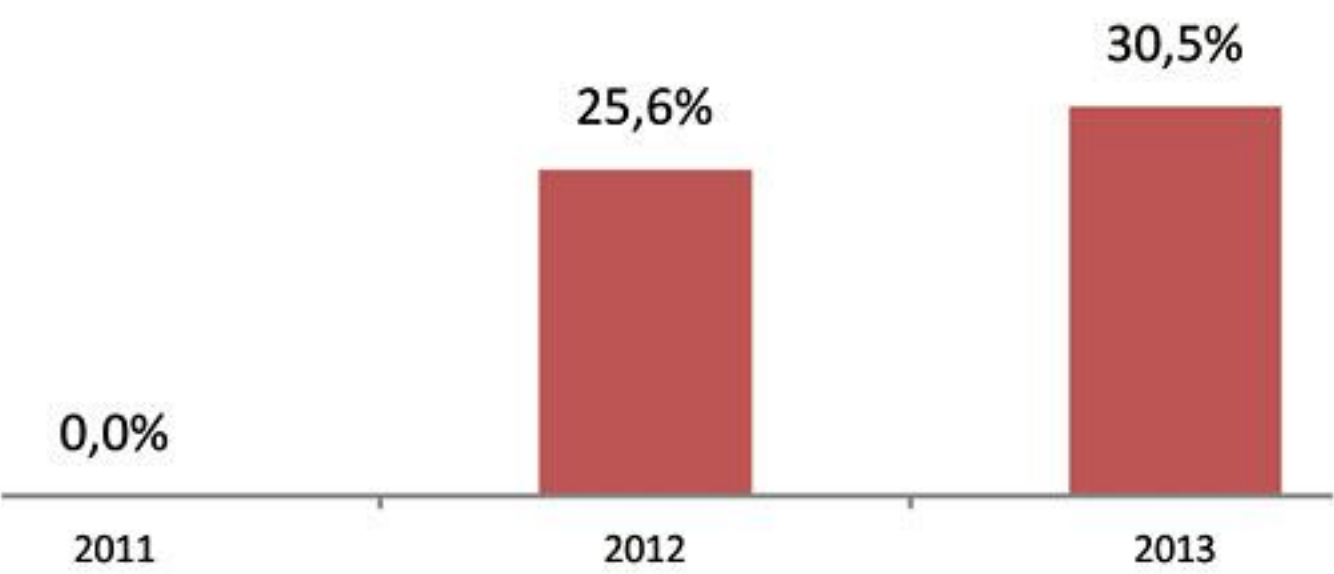


Рис. 13а. Доля пациентов, включенных в проект на основании результатов GeneXpert

Промежуточные результаты лечения больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ

Индикатор

- Число и процент больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, включенных в программу, имеющих отрицательные результаты посевов мокроты на 6-м мес. лечения
- Включен в отчетность с 2009 г.
- Максимальный целевой показатель: 77,5%
- Наивысшее выполнение: 77,9%

С 2009 г. для международных программ по лечению пациентов с МЛУ-ТБ ВОЗ рекомендовала новый индикатор «промежуточные результаты ХТ у пациентов с МЛУ-ТБ». Индикатор демонстрирует «движение» пациентов на 6-м мес. после начала ХТ по 4-му режиму (доля с исходом «умер», «прерывание ХТ», «переведен»), а также результаты посева мокроты. Позитивным достижением считается высокая доля пациентов с отрицательным результатом посева мокроты. Данный индикатор был введен в Томский проект ГФ с 2010 г., однако для сравнения мы проанализировали данные по всему сроку проекта ГФ и в 2001-2004 гг.

В 2009-2010 гг. выполнение индикатора было ниже целевого показателя (рис. 14) по нескольким причинам:

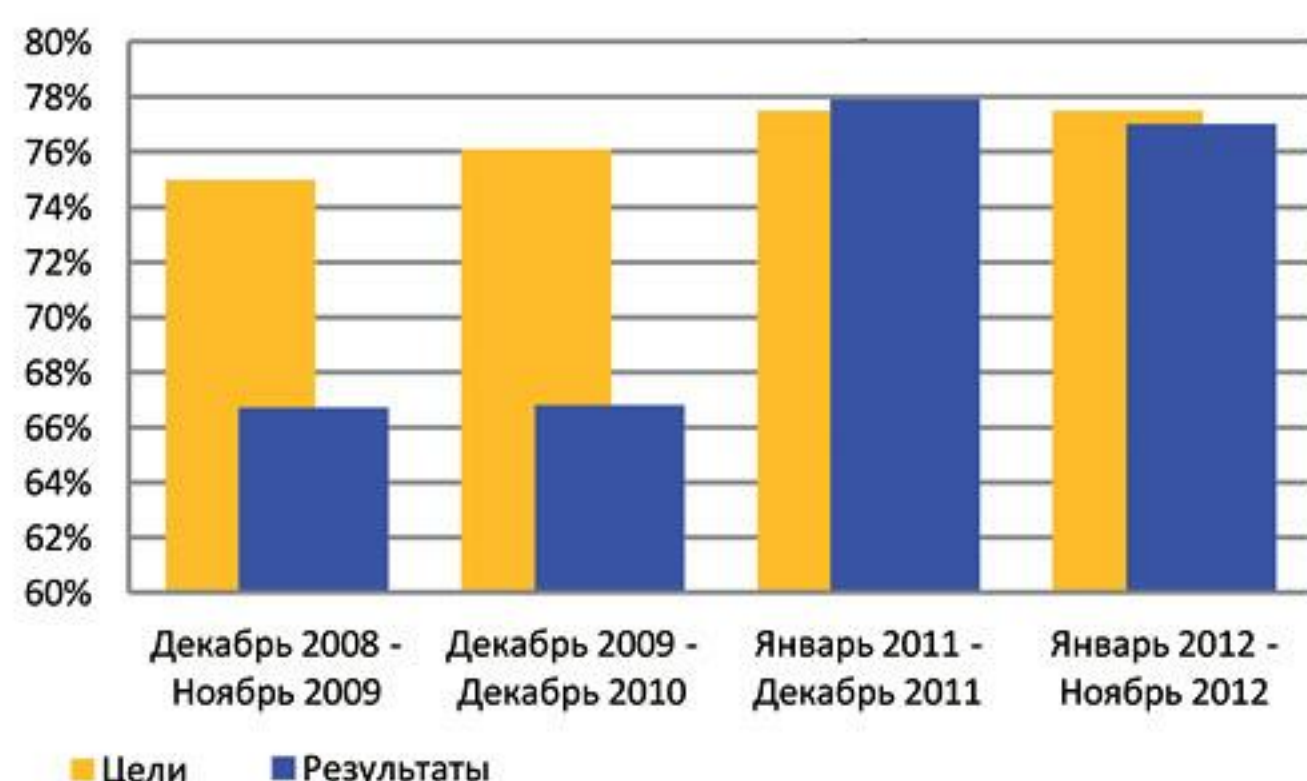


Рис. 14. Процент пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС, имеющих отрицательный результат посева мокроты на 6-м мес. лечения, ТО, оба сектора

- 2-я фаза гранта началась в декабре 2009 г., а отчетный период охватывал пациентов, начавших лечение с мая 2009 г. по 30 ноября. Таким образом, первая когорта пациентов уже не могла быть подвержена какому-либо организационному влиянию, в том числе и налаживанию четкого сбора данных.

- Прогноз, который был сделан при планировании индикатора, не оправдался. При прогнозировании специалисты исходили из того, что мокрота может быть собрана либо на 5-м, либо на 6-м мес. лечения пациентов (нивелируя результат «неизвестен»). Однако четкие инструкции – как считать показатель, были выпущены только в конце 2010 г. (MDR-TB INDICATORS (A minimum

set of indicators for the programmatic management of MDR-TB in national tuberculosis control programs), из которых следовало, что принимался в расчет результат исследования мокроты, собранной только на 6-м мес. лечения. При этом основным реципиентом был выбран строгий временной промежуток – мокрота должна быть собрана точно между 153-м и 184-м днем после первого дня приема ПТП 2-го ряда по проекту КЗС.

- Как результат, достаточно большая доля пациентов в ГрС, а точнее в городе Томске, имела результат «неизвестно» (рис. 15).



Рис. 15. Результаты посева мокроты пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС, на 6-м мес. лечения, ГрС

- Пациенты, включенные в 2009 г., как уже было описано, длительное время числились в листе ожидания и имели более сложные клинические характеристики по сравнению с пациентами других когорт, что повлияло на эффективность клинических мероприятий и на частоту и время негативации мокроты.

Исходя из низких результатов выполнения индикатора, предприняты следующие усилия:

- Ужесточен контроль работы заведующих, врачей и медсестер для обеспечения забора мокроты именно в указанный временной промежуток (153-184 дня).

- Разработка ежемесячного электронного запроса для раннего выявления и предотвращения неудач в лечении, который отображал всех пациентов, набранных на лечение, их факторы риска, статус последнего анализа мокроты. Запрос формировался в существующих базах данных и в табличном виде обсуждался один раз в месяц ответственными со стороны ПИВЗ и противотуберкулезной службы.

- Обсуждение сложных случаев комиссионно (ОКЭК) дважды в неделю для улучшения клинического и организационного ведения таких пациентов.

Как результат, выполнение индикатора в 2011 и 2012 г. улучшилось, и процент пациентов, имеющих отрицательные результаты посевов мокроты на 6-м мес. лечения, достиг 77,9% в целом, 75% в ГрС в частности.

Длительность ХТ

Длительность лечения пациентов, включенных в проект КЗС, существенно не менялась в течение

десяти лет (рис. 16). У эффективно окончивших лечение средняя продолжительность курса составляла 20,3 мес. после 2004 г. (по сравнению с 19,9 в 2001-2004 гг.), а медиана – 18,8 мес. (18,1 в 2001-2004 гг.).

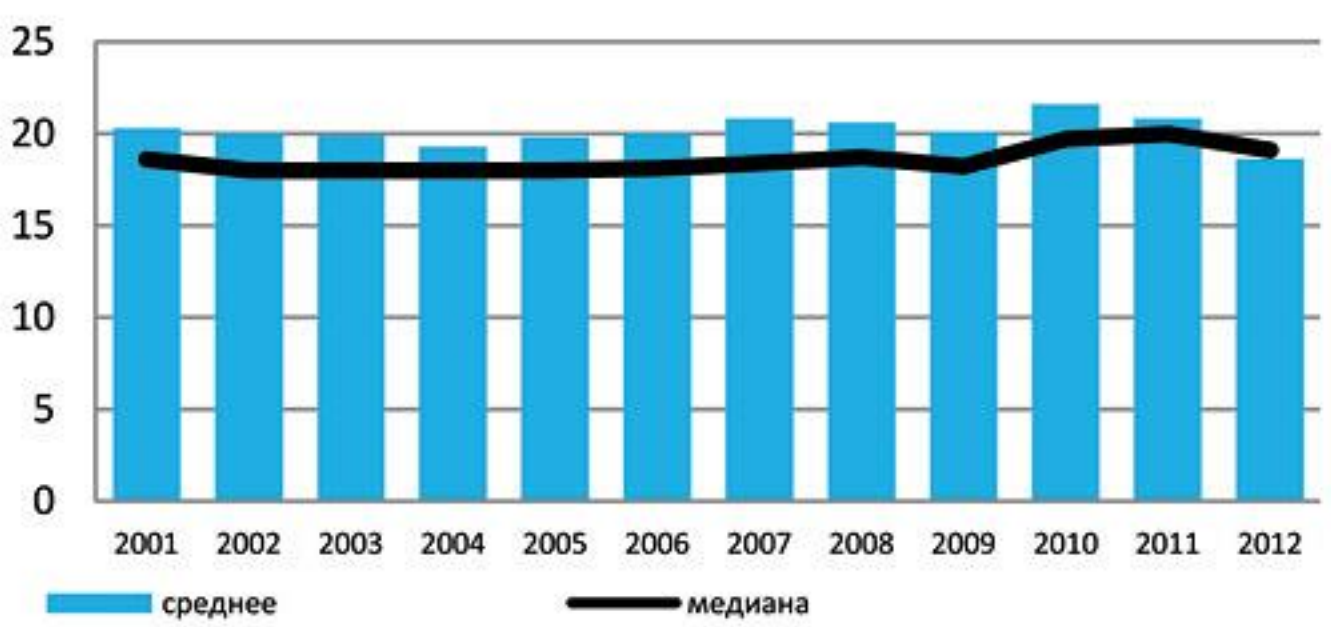


Рис. 16. Длительность ХТ по 4-й категории у пациентов КЗС, эффективно окончивших курс ХТ, среднее и медиана, месяцы, ГрС, ТО

Среди пациентов, завершивших ХТ с исходом «неудача», средняя длительность курса была 18,6 мес. (медиана 17,6), а среди пациентов, умерших от ТБ, – 9,3 мес. (медиана 8,3).

Каковы результаты лечения когорты больных с МЛУ-ТБ?

Индикатор

- Число и процент больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, включенных в программу и излеченных (по посеву), в Томской области
- Включен в отчетность с 2007 г. для когорты 2004-2005 гг.

Уровень эффективного лечения (с исходом «излечен» плюс «лечение завершено») среди пациентов, включенных в проект ГФ, практически во всех когортах превышал 60% (рис. 17). В четырех из семи когорт результат был выше целевого показателя.



Рис. 17. Процент пациентов с МЛУ-ТБ, эффективно окончивших лечение от всех набранных в программу КЗС, ТО, оба сектора

Уровень эффективного лечения снизился в когорте 2008 г. из-за высокого уровня прерывания ХТ среди пациентов, набранных в пенитенциарной системе и потерянных ТБ-службой после их выхода на волю (рис. 18).

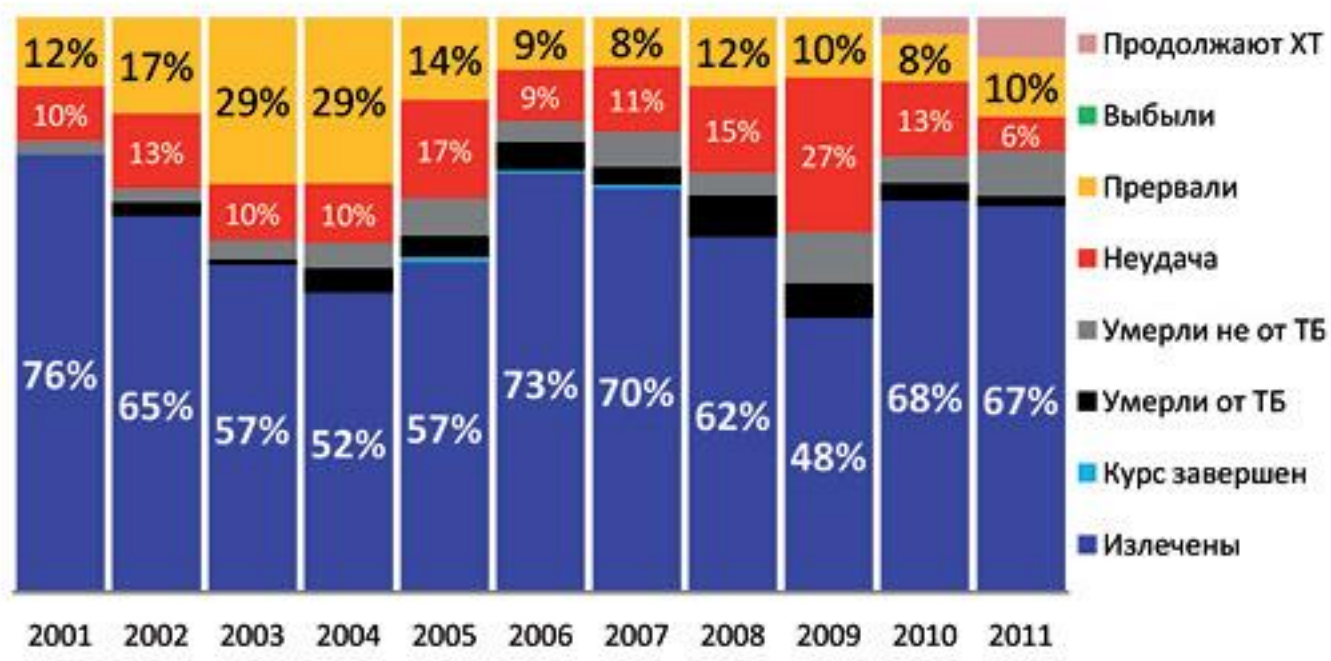


Рис. 18. Результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ, набранных в программу КЗС, ТО, ГрС, %

С 2005 г. от 4 до 9% пациентов, набранных в проект, умирали от причин, не связанных с ТБ (отравление алкоголем/суррогатами, несчастные случаи, в том числе связанные с алкоголем, и пр.).

Серьезные деструктивные процессы в легочной ткани, с полостями распада, фиброзом, сочетанная патология (например, сахарный диабет), наряду с историей лечения туберкулеза в анамнезе, являлись причинами неудачного лечения пациентов, набранных с 2005 г. Так, среди пациентов, окончивших курс с исходом «неудача» в когортах 2004-2006 гг., 82% лечились от ТБ ранее, 27% из них уже получали ПТП 2-го ряда до начала лечения по 4-му режиму, часть имела широкий спектр устойчивости до 6 ПТП, включая фторхинолоны.

Наращение доли неудач в когорте 2009 г. тесно связано с ожиданием набора в программу из-за переходного периода – 9 мес. набора не проводили. Когорта пациентов, набранная в конце 2009 г. из этого листа ожидания, была самой сложной с точки зрения клинических факторов, 20% уже имело ШЛУ-ТБ на начало лечения. Ожидание лечения привело к прогрессированию процесса, снижению ответа на препараты 2-го ряда. Доля пациентов, окончивших курс как «излеченные», в ГрС была всего лишь 48% – гораздо ниже целевого показателя и самой низкой за всю историю проекта.

В следующих когортах доля негативных результатов снизилась благодаря регулярным поставкам препаратов, улучшению клинического ведения и мониторинга и внедрению мероприятий, ориентированных на приверженность пациентов к лечению.

Следует отметить, что уровень эффективного лечения в томской программе в среднем выше, чем в аналогичных программах по лечению пациентов с МЛУ-ТБ (рис. 19). Согласно данным литературы [13-14], средний уровень излечения составля-

[13] Johnston J. C., Shahidi N. C., Sadatsafavi M. et al. Treatment outcomes of multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis // PLoS ONE. – 2009. – 4(9): e6914. doi:10.1371/journal.pone.0006914

[14] Evan W Orenstein, Sanjay Basu, N Sarita Shah et al. Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis // Lancet Infect. Dis. – 2009. – Vol. 9. – P. 153-161.

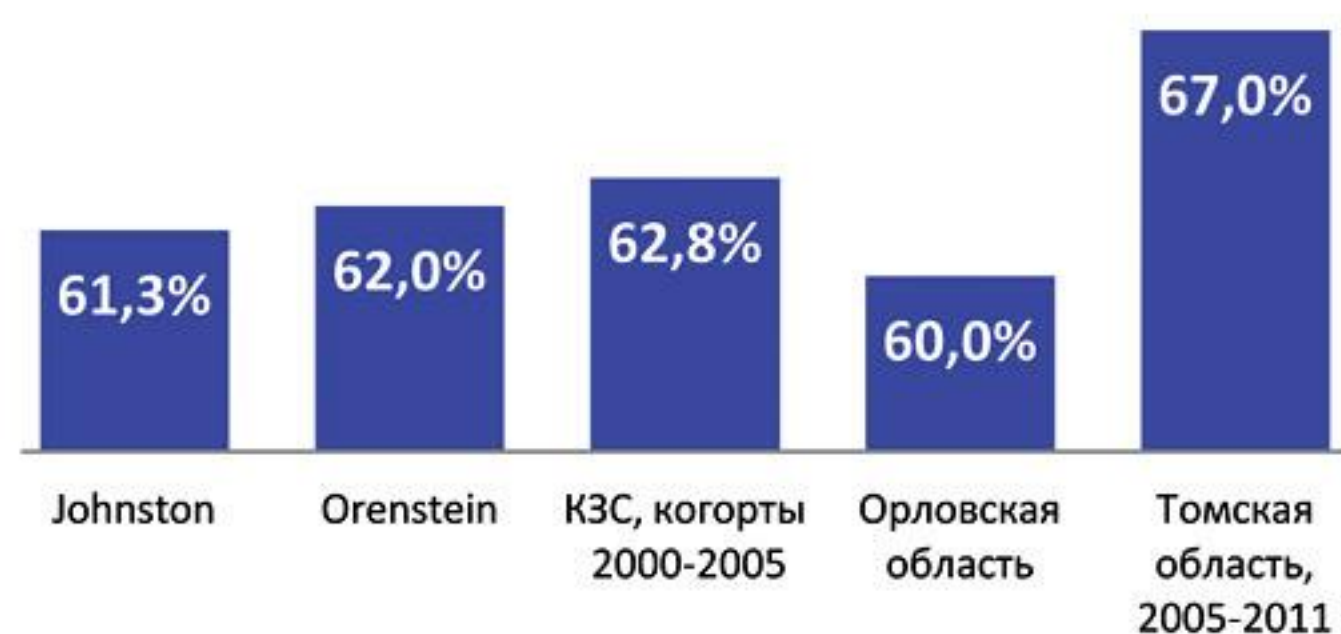


Рис. 19. Процент пациентов с МЛУ-ТБ, эффективно окончивших лечение, от всех набранных в программу, сравнение

ет 62% (95% CI 58-67%) и 62,8% в проектах КЗС (данные WHO' STOP-TB partnership).

Каковы результаты лечения когорты больных с МЛУ-ТБ, исключая ШЛУ-ТБ?

Согласно руководству ВОЗ (*MDR-TB INDICATORS (A minimum set of indicators for the programmatic management of MDR-TB in national tuberculosis control programs)*), результаты лечения когорты пациентов с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ могут быть представлены отдельно друг от друга, если доля пациентов с ШЛУ-ТБ превышает 5% в когорте МЛУ-ТБ. Томский проект не имел отдельного индикатора по лечению пациентов с ШЛУ-ТБ специально для подобных случаев, и мы проанализировали когорту МЛУ-ТБ.

Доля излеченных пациентов с МЛУ-ТБ, исключая ШЛУ-ТБ, достаточно высока. Начиная с 2005 г. в ГрС (рис. 20) в среднем 66% пациентов закончили лечение эффективно, и в трех многочисленных когортах пациентов этот уровень превышал 70% (когорты 2006, 2007 и 2010 г.). В ПС (рис. 21), где традиционно были высокие результаты по сравнению с ГрС, уровень эффективного лечения в 2005-2011 гг. был более 83% в среднем.

Каковы результаты лечения когорты больных с ШЛУ-ТБ?

Как было указано выше, доля больных с ШЛУ-ТБ колебалась в разные годы, но стабильно увеличивалась с 2010 по 2013 г.

Из 608 больных МЛУ-ТБ, которые лечились в гражданской и пенитенциарной службе в Томске с сентября 2000 г. по сентябрь 2004 г., у 4,8% больных изначально был ШЛУ-ТБ (29), и среди них, как правило, наблюдались неудачи в лечении. Эти пациенты не получали ни линезолид, ни клофазимин, и никакой другой препарат 3-го ряда. Неудача в лечении чаще встречалась у больных ШЛУ-ТБ по сравнению с теми, у кого были другие профили ЛУ (31% против 8,5%, $p = 0,0008$). Тем не менее у 48,3% больных с ШЛУ-ТБ и 66,7% больных с другими видами лекарственной устой-

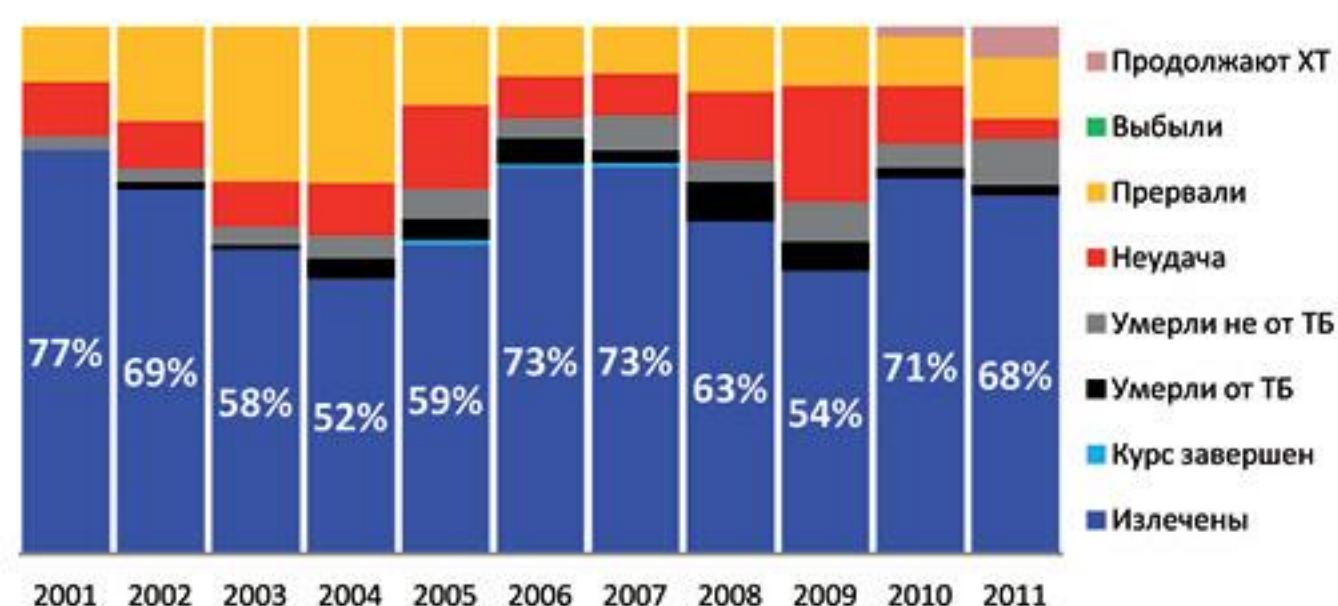


Рис. 20. Результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС, исключая ШЛУ-ТБ, ТО, ГрС, %

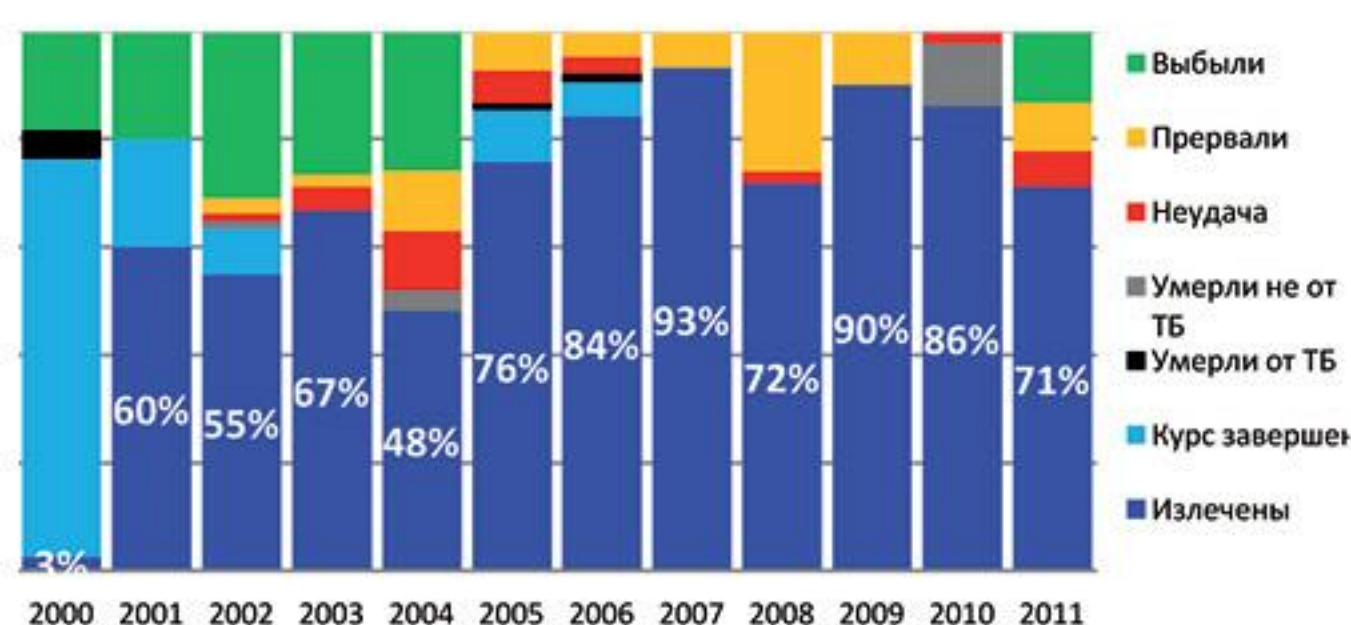


Рис. 21. Результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС, исключая ШЛУ-ТБ, ТО, ПС, %

чивости возбудителя достигнуто излечение или лечение было завершено ($p = 0,04$), что является самыми высокими показателями, которые когда-либо регистрировались и публиковались без применения новых препаратов или других препаратов из 5-й группы.

В среднем благоприятные исходы лечения ШЛУ-ТБ в Томске едва ли превышали 50% [от 13,3% (2005) до 52,4% (2011)], у большинства больных сохранялось бактериовыделение, подтвержденное положительным результатом посева, что считалось неудачей в лечении. Неудачи в лечении были в основном связаны с обширными поражениями легких, широким спектром лекарственной устойчивости и дальнейшей амплификацией устойчивости к другим препаратам 2-го ряда (этионамид и ПАСК), что ограничивало терапевтические возможности режима. В целом развитие неудачи в лечении когорты ШЛУ-ТБ было тесно связано с отсутствием эффективных препаратов для режима лечения ШЛУ-ТБ, а не с прерыванием лечения. Уровень отрывов в когорте ШЛУ-ТБ ниже по сравнению с когортой МЛУ-ТБ, а частота побочных реакций одинакова. При лечении МЛУ-ТБ результаты были лучше, когда к основному режиму добавляли препарат 5-й группы, а также дольше применяли капреомицин или последнее поколение фторхинолонов (моксифлоксацин).

Тем не менее доля успешно пролеченных больных ШЛУ-ТБ постепенно увеличивается начиная с 2009 г. (рис. 22).

Каковы результаты лечения когорты больных с ПР-ТБ?

Ведение пациентов с ПР-ТБ происходило согласно клиническим протоколам, разработанным совместно экспертами ТБ-службы и ПВИЗ. Схема лечения была основана на результатах ТЛЧ и включала в том числе препараты 1-го ряда, к которым была сохранена чувствительность. Препараты 2-го ряда (инъекционные, фторхинолоны и этионамид) добавлялись в режим лечения с определенной устойчивостью, когда схема содержала менее 4 эффективных ПТП. Пациенты, у которых была диагностирована устойчивость к рифампицину, даже при моно- или полирезистентности, рассматривались на лечение по 4-му режиму как с МЛУ-ТБ.

В ГрС доля излеченных составляла 87,0-95,8% от всех начавших лечение среди полностью завершивших лечение когорт (рис. 23).

В ПС число пациентов с ПР-ТБ, включенных в программу, было слишком мало для демонстрации результатов лечения по годам: с 2010 по 2013 г. всего 26 пациентов. Среди них доля излеченных составила 82 и 13,6%, которые были переведены из ПС.

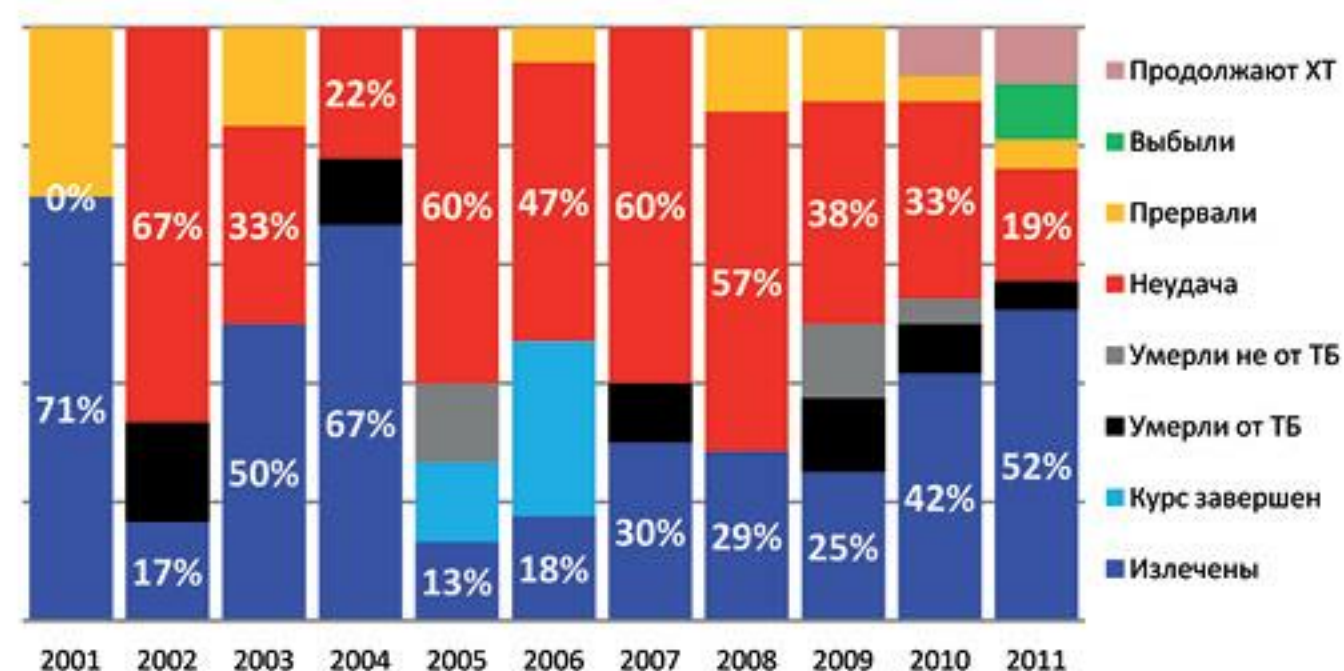


Рис. 22. Результаты лечения пациентов с ШЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС, ТО, оба сектора, %

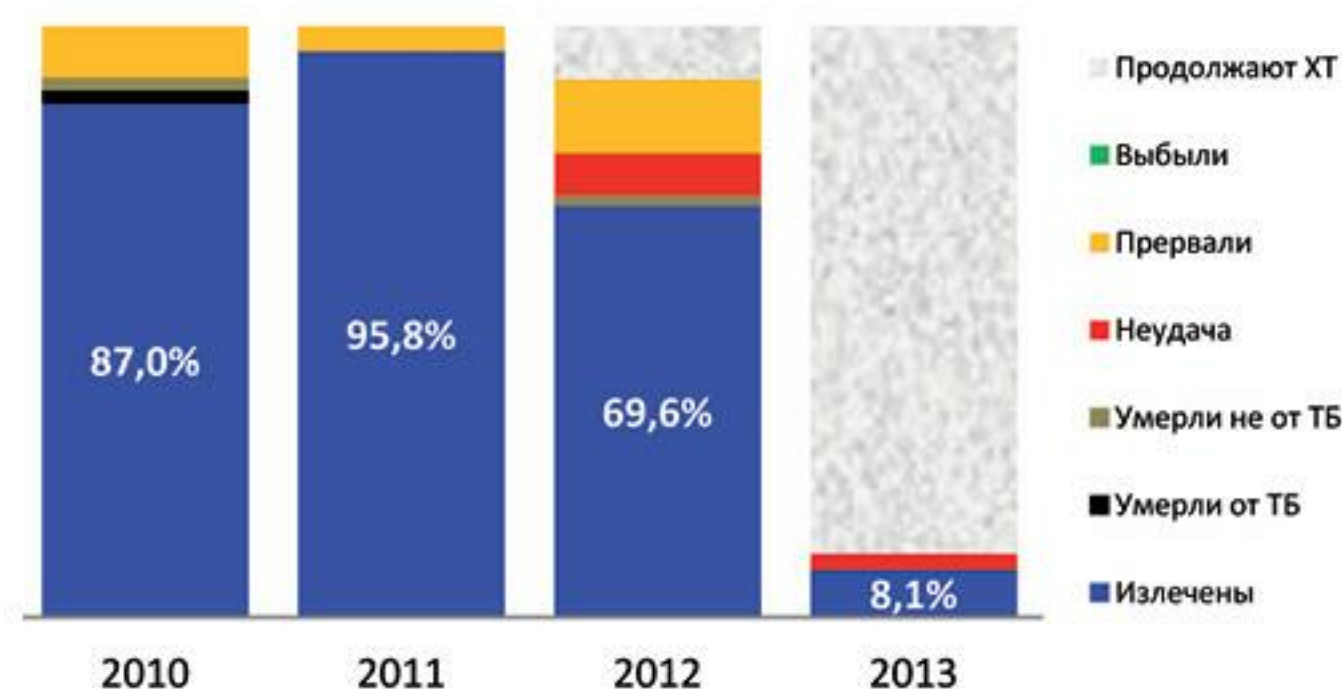


Рис. 23. Результаты лечения пациентов с ПР-ТБ, включенных в программу КЗС, ТО, ГрС, %

ТРУДНОСТИ И УРОКИ

ТРУДНОСТИ:

- Устаревшие на тот момент нормативные документы (приказ № 109), которые разрешали использование неадекватных режимов, в том числе неполные схемы лечения, у пациентов с высоким риском МЛУ-ТБ, что приводило к нарастанию лекарственной устойчивости возбудителя.
- Перебои в поставках препаратов 2-го ряда. Нехватки препаратов из-за организационных недоработок (позднее начало гранта ГФ в 2009 г., некоторые несистематические задержки поставок отдельных лекарств) – одна из серьезных причин неудач и смертей от ТБ.
- Отсутствие новых эффективных режимов и препаратов 5-й группы для усиления схем ХТ при ШЛУ-ТБ.
- Поздняя диагностика ТБ и ЛУ-ТБ в первые годы внедрения гранта. Отсутствие ускоренных методов диагностики для своевременного начала ХТ и в результате – диагностирование на поздних стадиях, массивное разрушение легочной ткани и удлинение сроков ХТ.
- Низкий социально-экономический статус пациентов напрямую влияет на результат лечения. Пациенты с отсутствием доступа к полноценному питанию имеют низкий ответ на ХТ. Бедность, недоедание и алкогольная зависимость напрямую связаны с негативными исходами ХТ.
- Сопутствующие заболевания, включая сахарный диабет, ВИЧ/СПИД, гепатиты С и В, недостаточное знание и опыт ведения пациентов с ВИЧ/ТБ.
- Риск внутрибольничной инфекции в стационаре. Пациенты с лекарственной устойчивостью, включая ШЛУ-ТБ и пре-ШЛУ-ТБ с устойчивостью к фторхинолонам, иногда с массивным распадом легочной ткани, делили палаты с пациентами с другими видами устойчивости возбудителя.
- Недостаточное снабжение препаратами для купирования побочных эффектов, особенно в сельской местности, для пациентов в фазе продолжения.
- Низкая приверженность к лечению – важнейшая причина неэффективного лечения.

УРОКИ:

1. Строгий контроль выполнения клинических и организационных мероприятий ведет к высокой эффективности:

А. Центральная клиническая комиссия, состоящая из экспертов, должна быть главным инструментом принятия решений, особенно в сложных случаях ведения пациентов с МЛУ-ТБ. Члены комиссии должны обучать других сотрудников противотуберкулезной службы на рабочем месте. Областным диспансером должен быть организован частый мониторинг лечения пациентов в дальних районах.

Б. Основному получателю средств и ассистенту внедрения гранта необходимо финансировать именно те мероприятия, которые обладают достаточной степенью доказанности и эффективности.

В. Мотивирование персонала: внедрена система финансирования, основанная на результатах, включая мотивирующие выплаты персоналу. Для реализации проекта было необходимо выполнение дополнительной работы, которая не регулировалась текущими нормативными актами и требовала навыков и знаний, которые не требовались российской противотуберкулезной системе, поэтому выплаты служили компенсацией за дополнительный труд. К сожалению, эффективные программы, особенно в случае их расширения, не получили до сих пор признания со стороны существующей системы управления и финансирования.

Г. Набор пациентов может и должен быть максимально охватывающим контингенты, при этом обеспечение препаратами 2-го ряда было на высоком уровне.

2. Внедрение мероприятий, имеющих доказанную эффективность и адаптированных к местным условиям, привело к улучшению приверженности пациентов к лечению с использованием всех режимов и отразилось в высоких уровнях излечения.

- Огромную роль в этом сыграло снабжение препаратами для купирования побочных эффектов бесплатно для пациентов, своевременно и адекватно потребностям. Побочные эффекты являются очень частой, иногда скрытой причиной прерывания ХТ на всех ее сроках, поэтому препараты должны быть в наличии.

3. Необходимо внедрять разные мероприятия, пробовать различные подходы для решения сложных организационных задач. Иногда необходимо опробовать несколько подходов для того, чтобы на практике понять, что работает эффективнее и выгоднее. Для многих докторов проект был единственным инструментом попробовать все доступное для улучшения результатов лечения их пациентов. Подпрограммы и мероприятия могут и должны быть гибкими и достигать результатов, и для этого их нужно правильно мониторить, своевременно анализировать и менять.

4. Мониторинг и оценка должны осуществляться специалистами, работающими вне противотуберкулезной службы. Некоторые идеи и возможности по улучшению подпрограмм не были реализованы в ходе проекта просто потому, что персонал ТБ службы не был мотивирован замечать проблемы и принимать иную точку зрения по путям преодоления трудностей.

МЕРОПРИЯТИЯ 2000-2004 гг.

Томская область с 1994 г. одной из первых в России начала проводить пилотные проекты по контролируемому лечению больных ТБ при помощи иностранных партнеров. В 1995 г. по всей области было внедрено лечение под непосредственным наблюдением медицинского персонала. С 1997 г. движение каждого пациента по этапам лечения отслеживается по компьютеризированной базе данных, налажена преемственность между ГрС и ПС. С 1999 г. при участии Томского филиала Российского отделения Красного Креста соблюдающим ХТ пациентам стала выдаваться социальная поддержка в виде горячего питания, ежемесячных пайков; за счет средств местного бюджета – оплата транспортных расходов; в городе Томске, помимо процедурного кабинета диспансера, были открыты дневной стационар и патронажная служба на дому, которая охватывала до 50 пациентов ежедневно**, а часть лиц БОМЖ направлялась на проживание и лечение в Центр социальной адаптации населения.

Первоначально, в 2000-2002 гг., когда в связи с ограниченным количеством противотуберкулезных лекарственных препаратов 2-го ряда предпочтение отдавалось социально-сохранным пациентам, проект по лечению МЛУ-ТБ показал свою высокую эффективность. Однако впоследствии, в 2003-2004 гг., в программу включались все нуждающиеся, что резко ухудшило результаты лечения в связи с ростом доли пациентов, самостоятельно его прервавших. Так, в когорте 2001 г. в ГрС она составляла 11,8%, а 2004 г. – уже 28,6%.

С начала 2005 г. в Томской области за счет средств регионального гранта ГФ были расширены мероприятия по профилактике досрочного прекращения лечения.

- Всем пациентам на амбулаторном этапе ХТ стали выдаваться ежедневные продуктовые наборы и ежемесячные гигиенические наборы.
- Расширена психологическая и наркологическая помощь.
- Усилен контроль за внеплановыми выписками из стационара.
- Создана система мониторинга и привлечения пациентов, не принимавших препараты в течение 2-3 дней, с последующим разбором каждого случая на еженедельной административной Комиссии по перерывам.
- Внедрена ежемесячная оценка деятельности медперсонала по привлечению пациентов к лечению.

- Единичным пациентам с наркотической зависимостью лекарственные препараты выдавали по назначению фтизиатра социальные работники проекта «Снижение Вреда. Томск» Фонда «Томск-АнтиСПИД».

В результате в ГрС в когорте 2005 г. доля пациентов с МЛУ-ТБ, досрочно прекративших лечение, снизилась до 14,3%. Однако этот уровень казался все равно завышенным, и были предприняты усилия по дальнейшему наращиванию мероприятий.

Большинство мероприятий по приверженности было реализовано в ГрС программы, поскольку организация контролируемой ХТ и сведение прерываний ХТ к минимуму на амбулаторном этапе гораздо сложнее, чем в условиях ПС, и даже стационара. Поэтому большая часть представленного ниже материала относится именно к амбулаторному этапу проекта.

Индикаторы по направлению «приверженность»

- Число пациентов на всех режимах ХТ, получающих продуктовые наборы, в Томской области
- Число и процент больных с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, включенных в программу и прервавших ХТ, в Томской области
- Число и процент впервые выявленных больных, имевших положительный результат микроскопии мокроты и прервавших ХТ, в Томской области

МЕРОПРИЯТИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Обучение сотрудников

Основной целью обучения медицинского и дополнительного персонала было улучшение их коммуникативных навыков. Кроме того, в мотивации на лечение пациента, имеющего высокий риск отрыва от противотуберкулезной терапии, важна работа мультипрофессиональной команды, в которую входили лечащий врач-фтизиатр, медицинские сестры, психологи, социальные работники, сотрудники некоммерческих организаций. Все члены команды проходили 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

** Имеется в виду ежедневное контролируемое лечение специально выделенными медицинскими сестрами с использованием 1-2 автомобилей ежедневно. Это не выход участковых медицинских сестер по пациентам участков в профилактический день с подсчетом таблеток, выданных на 7-10 дней на руки.



среднего медицинского персонала. В обучающих семинарах и тренингах сотрудники имели возможность в рабочей обстановке отработать навыки консультирования, разобрать сложные случаи из практики и получить инструменты для работы с не мотивированными к лечению больными.

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.

Контролируемое лечение – 100%-ный охват

Многочисленные исследования показали, что не существует точных характеристик «раз и навсегда» мотивированных пациентов, прием ПТП зависит от ежедневно меняющихся условий жизни. Выдача ПТП на руки или на прием под контролем родственников и волонтеров, которые не прошли обучение по вопросам контролируемой ХТ, часто приводит к сохранению или возобновлению бактериовыделения и ранним рецидивам ТБ. Во время контролируемого лечения проводится не только выдача ПТП, но и отслеживание побочных эффектов, происходят общение с персоналом и укрепление взаимоотношений, выяснение проблем пациента и его поддержка.

Пункты контролируемого лечения в ГрС программы образовали сеть, удобную и доступную для пациентов географически/транспортно:

- Областная противотуберкулезная больница (370 коек) и отделение в Областной психиатрической больнице (60 коек).
- Город Томск.
 - Дневной стационар (170 пациентов) областного противотуберкулезного диспансера.
 - Процедурный кабинет поликлиники (80 пациентов).
 - Красный Крест (2 пункта до 50 пациентов).
 - Центр социальной адаптации населения для лиц БОМЖ (10 пациентов).
 - Благотворительный Фонд «Анти-СПИД» (5 пациентов).
 - Лечение на дому (55 пациентов) в рамках отделения поликлиники областного противотуберкулезного диспансера.
 - Проект «Спутник» (15 пациентов) в рамках отделения поликлиники областного противотуберкулезного диспансера.
- Село: 18 районов (туб. кабинеты в ЦРБ, лечение на дому в райцентрах. ФАПы/фельдше-

ры, волонтеры Красного Креста без медицинского образования).

Число пациентов, получавших ХТ, в ГрС уменьшалось в последние годы по сравнению с годами начала программы (2005). Однако число пациентов с МЛУ-ТБ на лечении росло. Ежедневно в городе Томске чуть менее 400 пациентов получало ХТ, 115-130 из них – по 4-му режиму (рис. 24). При этом выросла и доля пациентов, получавших препараты в условиях стационара на дому, по проекту «Спутник» и вечерние смены по поиску пациентов (рис. 25)

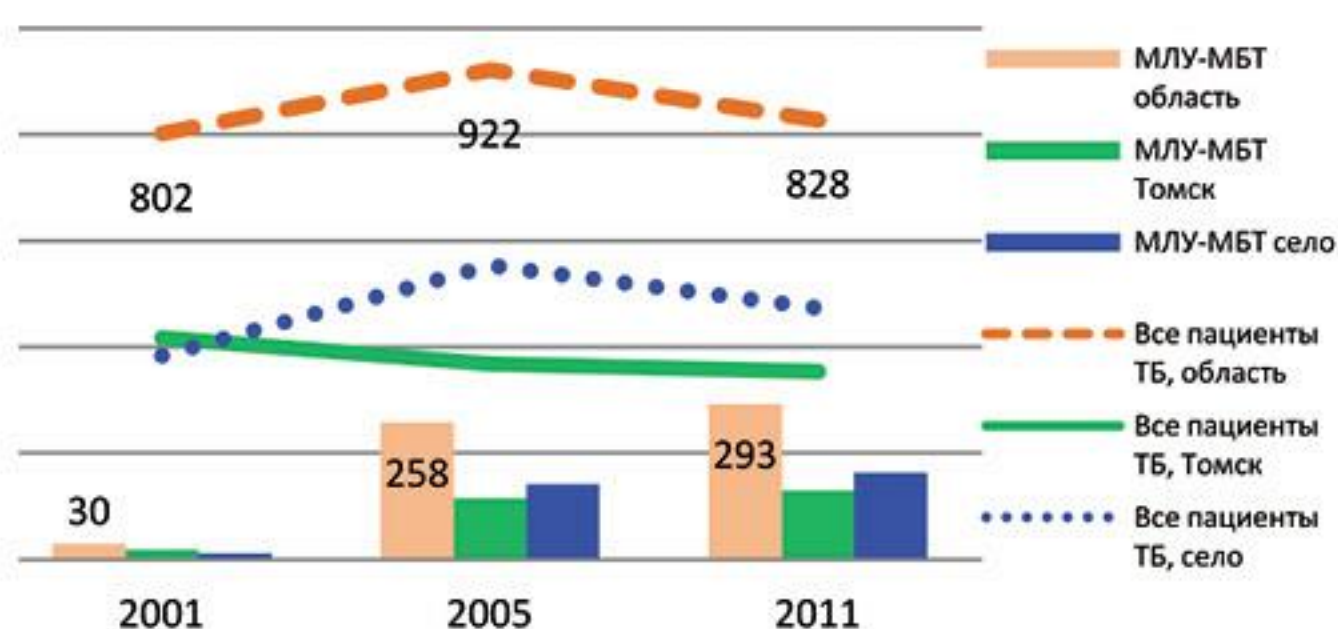


Рис. 24. Количество пациентов, получавших ХТ, на 15 июня, все режимы, ГрС

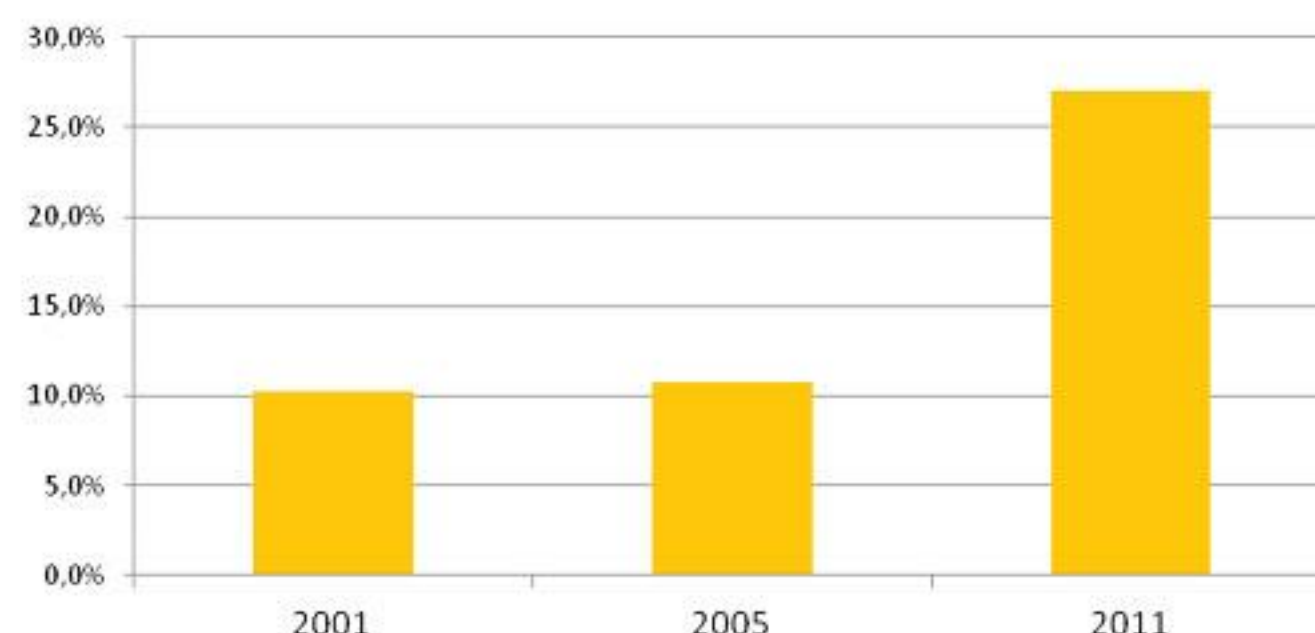


Рис. 25. Процент пациентов, получавших ХТ на дому/рабочем месте, г. Томск, ГрС

Одним из важных моментов являлось усиление осведомленности среднего медицинского персонала о необходимости контролируемого лечения туберкулеза. С самого начала и в последующем с периодичностью 1 раз в год медсестры, осуществляющие лечение, обучались клиническим и организационным вопросам ведения случая ТБ. Помимо этого, старшие медсестры по отделениям проводили обучение на рабочем месте, присутствуя при выдаче лекарств. Ежемесячно, помимо контроля лечащих врачей, заведующими отделений предоставлялись данные о пациентах, пропустивших более 25% доз ПТП. Помимо этого, старшие медсестры совместно с координатором от БО «ПВИЗ» просматривали лечебные карты (ЛУ-01, ЛУ-01/у) и при выявлении случаев неконтролируемого лечения разбирали каждый случай индивидуально. Так, например, пациент, находящийся на лечении в процедурном кабинете или дневном стационаре, нашел подработку и не может больше приходить на лечение в указанные места из-за не-

хватки времени. В таком случае этот пациент представлялся для разбора на еженедельной комиссии по перерывам, где решался вопрос о дальнейшем месте лечения. Как правило, такие пациенты переводились в стационар на дому.

Мониторинг работы стационара на дому и проекта «Спутник» осуществлялся на нескольких уровнях: осмотр пациентов врачами осуществлялся не менее 1 раза в 10 дней, заведующая городским отделением или старшая медсестра городского отделения выезжали 1 раз в месяц, координатор программы со стороны ПВИЗ – 1 раз в месяц. Во время совместных выездов обращалось внимание на то, каким образом медсестры общаются с пациентами, как осуществляется контролируемое лечение, как проводится поиск в случае отсутствия пациента, выдаются ли на руки ПТП и другие аспекты работы бригады. Если отмечены какие-то проблемы, например некорректное отношение персонала к одному из пациентов, то потом данные проблемы обсуждаются в машине. Основная цель совместного выезда – консультативная, и задача координатора – в дружелюбной атмосфере совместно искать решение проблем. На некоторых пациентов магически действует общение с врачом или представителем администрации, поэтому обычно во время выезда также проводится беседа со сложными пациентами, объясняется необходимость продолжения приема препаратов, опасность пропусков. Во время бесед пациенты могут рассказать о побочных реакциях и проблемах медицинского характера, которые они не рассказали медицинским сестрам в силу разных причин.

Помимо выездов один раз в неделю, организуется собрание всего персонала «Спутника», включая куратора, врача-координатора, медицинских сестер и водителей, на котором обсуждаются проблемы пациентов, разрабатывается дальнейший план действий, кроме того, проводятся обучающие занятия по клиническим и организационным вопросам. На собрание периодически приглашаются психолог, нарколог и социальный работник.

Начало лечения: оценка факторов риска и привлечение дополнительных специалистов

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) – заполняет социальную карту.

2. Все впервые выявленные пациенты проходят тест AUDIT, показавший в международной

практике высокую достоверность выявления злоупотребления алкоголем [15]. В случае наличия диагноза алкогольной или наркотической зависимости, а также если результат теста AUDIT более 15 баллов, пациент направляется на консультации психолога и психиатра-нарколога (рис. 26, 27).

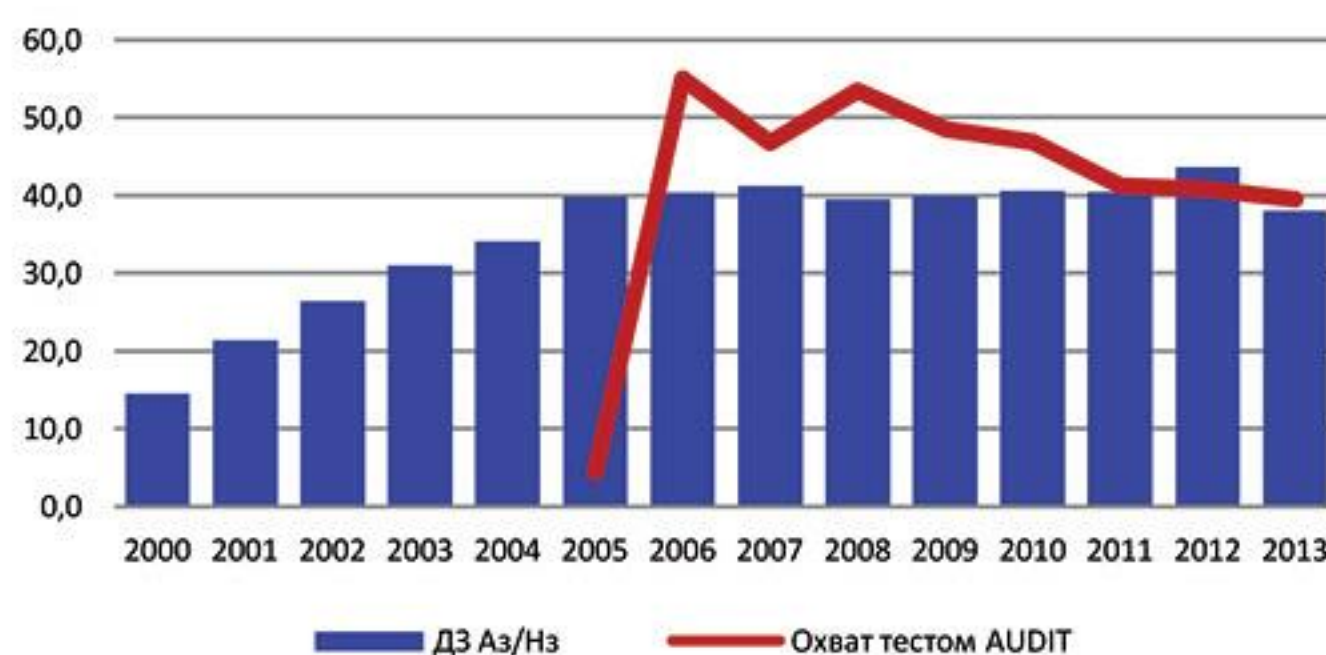


Рис. 26. Доля пациентов с установленным диагнозом алкогольной зависимости и/или наркотической зависимости и охват тестированием AUDIT, все пациенты, ГрС, %

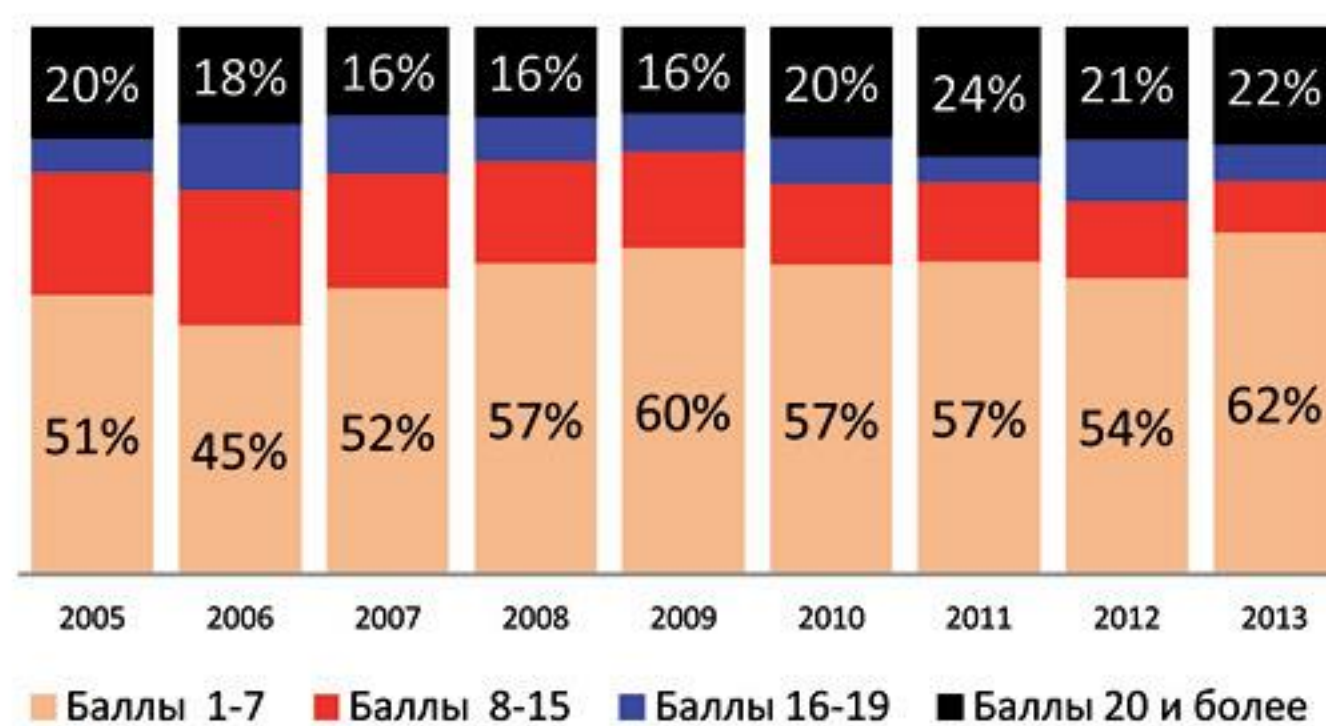


Рис. 27. Результаты теста AUDIT среди всех выявленных пациентов, ГрС, %

3. Пациентам с ЛУ-ТБ 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 ЛУ-ТБ 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.

[15] Babor T. F., Higgins Biddle J. C., Saunders J. B. et al. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): guidelines for use in primary care. 2 ed: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2001.

Повторная оценка 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.

На всех пунктах контролируемого лечения и в стационаре на протяжении всего курса лечения с пациентами ведется работа мультипрофессиональной команды (табл. 9).

Таблица 9
Количество консультаций, проведенных
дополнительным персоналом, ГрС

Стационар	2010	2011	2012	2013
Нарколог	575	364	488	605
Психолог	837	1 644	2 005	1 858
Групповые сессии	111	64	237	228
Обучающие сессии	Нет данных	15	80	52
Социальный работник	621	458	494	391
Амбулаторный этап	2010	2011	2012	2013
Психолог	Нет данных	103	112	Нет данных
Обучающие сессии	Нет данных	91	96	Нет данных
Психолог – консультирование медперсонала	Нет данных	37	29	Нет данных
Социальный работник	Нет данных	177	117	132
Социальный работник – школа освобождающегося	Нет данных	20	18	17

Роль врача-фтизиатра, медицинской сестры. 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, важности активного выявления и своевременного купирования побочных эффектов.

Участковый фтизиатр информирует пациента о продолжительности курса противотуберкулезной терапии и согласовывает с ним место и время начала лечения (в зависимости от клинического процесса и жизненной ситуации пациента). С пациентом подписывается контракт на лечение. 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, 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 приверженности к лечению, но и помогают подготовить волонтеров из числа пациентов, проходящих лечение от туберкулеза в условиях стационара, для дальнейшей профилактической работы с лицами, столкнувшимися с данным заболеванием. Методы работы включают опросы, использование видеоматериалов, лекции, открытые дискуссии.

Темы занятий соответствуют обучающим модулям. В стационаре 1 курс обучения включает 11 тематических занятий. Продолжительность одного занятия – 45 мин. Уровень полученных знаний определяется при заполнении анкет вход/выход. Обучение проводится психологами в каждом отделении. На амбулаторном этапе обучение осуществляет социальный работник – одно 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, т. к. амбулаторно пациенты живут в привычном для них социуме и, приняв препараты, стремятся покинуть лечебное учреждение. Привлечение психолога к работе на выездах также малоэффективно, 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 работу на решении психологических проблем пациента, возникших непосредственно в стационаре (но являющихся «отголосками» его прошлой жизни).

Как правило, для первичной диагностики используются простые тесты, а если пациент открыт для углубленной работы и заинтересован в ней, то применяются дополнительные тесты.

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, делят на три этапа:

1-й этап – психотерапевтическое воздействие на больного, проведение дезинтоксикационного лечения с целью купирования запоев, общеукрепляющая терапия, купирование психопатоподобных нарушений с помощью медикаментозного вмешательства и коррекция поведения. Особое значение при купировании абстинентного синдрома имеют витамины В₁, В₆, С;

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 стационарных, а по возможности и в амбулаторных условиях. Применяются сенсibilизирующие к алкоголю препараты, а также блокаторы опиоидных рецепторов;

3-й этап – терапия, направленная на достижение стойкой трезвеннической установки больного. Включает систематическое психотерапевтическое воздействие, поддерживающее медикаментозное лечение, различные реабилитационные мероприятия.

Необходимые препараты закупались 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). Во 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.

Преимственность

История ХТ каждого пациента отслеживается с самого начала лечения, со стационарного этапа. Когда пациент готовится к плановой выписке, врач стационара или заведующий отделением информирует об этом врача, ответственного за лечение пациента на амбулаторном этапе, – участкового или районного фтизиатра. Тот проверяет достоверность указанных пациентом сведений о наличии такого места жительства, информированности родственников/сожителей, что пациент будет продолжать лечение амбулаторно. Он же на месте делает заказ препаратов и проводит организационные мероприятия по предотвращению «потери» больного. Возможно, сразу просит о направлении на лечение на дому, информирует сотрудников Красного Креста о необходимости получения пайков и пр. и передает информацию обратно в стационар. Как правило, процесс подготовки к выписке в идеальных случаях начинается за 2 нед. до выписки.

К сожалению, многие пациенты, особенно с факторами риска и низкой приверженностью к лечению, не информируют лечащих врачей полностью о своих планах, а порой и сами не знают, что будет через 2 нед. Доля пациентов, покидающих самовольно стационар, была высокой на протяжении многих лет, и все организационные мероприятия в рамках проекта по улучшению этого показателя имели весьма скромный эффект. Тем не менее немного снизилась доля пациентов, которые прервали ХТ по 4-му режиму именно после выписки из стационара (рис. 28).

С начала внедрения программы, с 2000-2001 гг., информация о пациентах в пенитенциарной систе-

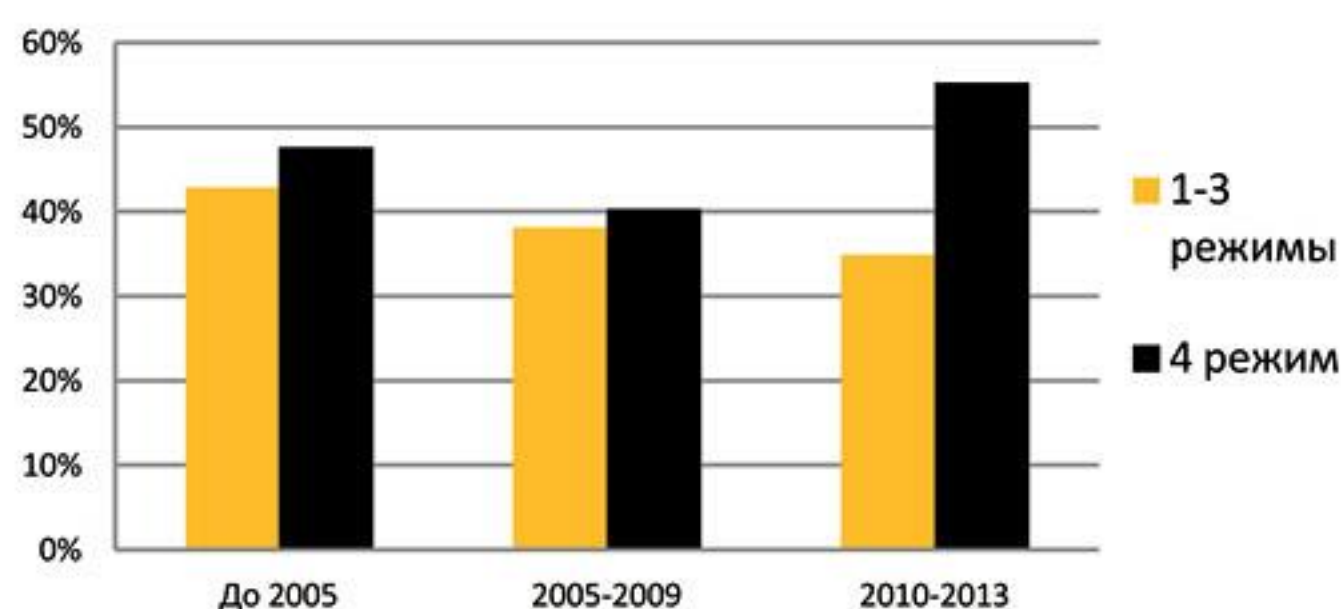


Рис. 28. Процент прерываний ХТ после выписки из стационара от всех зарегистрированных исходов «прерывание ХТ», среднее, ГрС

ме, которые планировались к освобождению, передавалась своевременно и полно в гражданскую ТБ-службу, как правило, тоже за 2 нед. до освобождения. Доля пациентов, успешно переведенных и начавших лечение в областном противотуберкулезном диспансере, не снижалась, а только увеличивалась (рис. 29).



Рис. 29. Процент освободившихся из ПС в ТО и вставших на учет в гражданской ТБ-службе

Социальный работник амбулаторного звена ежемесячно посещает Школу подготовки к освобождению в учреждении ПС, информирует пациентов о местах лечения и вариантах социальной помощи в ГрС, 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 ПС и ГрС. Все больные туберкулезом, освобождающиеся из пенитенциарной системы, получают разовый паек при первом посещении участкового фтизиатра.

Реагирование на пропуски. Комиссия по перерывам

В случае 3-дневного отсутствия пациента старшие медсестры всех пунктов контролируемого лечения сообщают об этом в информационный центр ТОПТД.

Ответственная медсестра информационного центра ежедневно:

- Уточняет информацию о пациентах у участковых фтизиатров (адреса, телефоны, родственники) для передачи патронажной службе.
- Передает информацию патронажной службе соответствующей части города для поиска пациентов.
- Собирает информацию по результатам поиска от всех патронажных служб (бригад) и осуществляет обмен информацией между бригадами в течение дня (передача информации от утренней бригады вечерней).
- Передает информацию о пропустивших прием ПТП пациентах из стационара в сельское отделение ТОПТД.

- Передает информацию участковым фтизиатрам о необходимости купирования побочных эффектов и другую срочную информацию, полученную от медсестер патронажной службы.

- Докладывает о работе за неделю на Комиссии по перерывам.

Комиссия по перерывам – это коллегиальный орган на базе поликлиники ОПТД в составе заведующей ОМО, заведующих/представителей пунктов контролируемого лечения, лечащего врача, психолога и психиатра-нарколога, социального работника и представителя ПВИЗ. Она осуществляет на еженедельной основе:

- Контроль мероприятий по привлечению пациентов к лечению ТБ.
- Отбор пациентов с ограниченными возможностями передвижения, а также принимающих менее 80% доз ПТП (из-за неудобного графика работы, семейных неурядиц и злоупотребления алкоголем) на патронажную службу и для включения в программу «Спутник».

Решения принимаются коллегиально и регистрируются в журнале по перерывам и амбулаторной карточке пациента.

Социальная поддержка, продуктовые наборы

С целью мониторинга нужд и потребностей пациентов лечащий врач заполняет социальную карту на каждого больного, приступающего к лечению туберкулеза на амбулаторном этапе. Специалист по социальной работе ТОПТД проводит анализ заполненных карт и работает с пациентами, нуждающимися в помощи и поддержке (сопровождает их на всех этапах лечения).

В ТОПТД и Томской областной клинической туберкулезной больнице специалисты по социальной работе проводят консультирование по вопросам восстановления документов, оформления инвалидности, назначения и выплаты пенсионных пособий.

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, подготовка документов к прохождению МСЭ, оформление/перевод/перерасчет пенсии по инвалидности, оформление субсидий, получение материальной помощи, возмещение 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. В стационаре за этот раздел работы отвечает дополнительный специалист, который первым контактировал 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). В плане указываются приоритетные мероприятия и лица/организации, ответственные за выполнение. Если пациент, получающий КХТ на амбулаторном этапе, направлен в стационар, то сервисный план прилагается к направлению. В стационаре при приеме пациента сервисный план передается социальному работнику для дальнейшей работы с пациентом. При выписке из стационара сервисный план также прилагается к выписке. При поступлении выписки в поликлиническое звено диспансера сервисный план передается социальному работнику амбулаторного этапа.

Для обеспечения проезда к точкам контролируемого лечения в городе больным, испытывающим материальные затруднения, ежемесячно выдаются проездные билеты. Пациенты из области имеют право на бесплатный проезд в город для обследования/консультации/лечения (из средств областного бюджета). За счет федерального бюджета пациенты имеют право на прохождение санаторно-курортного лечения: поддерживающая фаза, прохождение реабилитации после лечения.

В качестве мотивации для посещения пункта контролируемого лечения больным выдаются ежедневные продуктовые наборы. С 2008 г. ежедневные продуктовые наборы получали только пациенты на амбулаторном этапе (рис. 30). Это были все пациенты (100%), включенные в программу КЗС (МЛУ-ТБ или ПР-ТБ). Помимо этого, пациенты с низкой приверженностью и нуждавшиеся в мотивации также получали продуктовые наборы (чаще всего такие пациенты лечились на дому и по проекту «Спутник»).

Пайки для больных ТБ с лекарственной чувствительностью возбудителя распределялись в соответствии с результатами заполнения социальной карты.

Распределение и стоимость пайков были следующие. Для больных ТБ с чувствительностью воз-

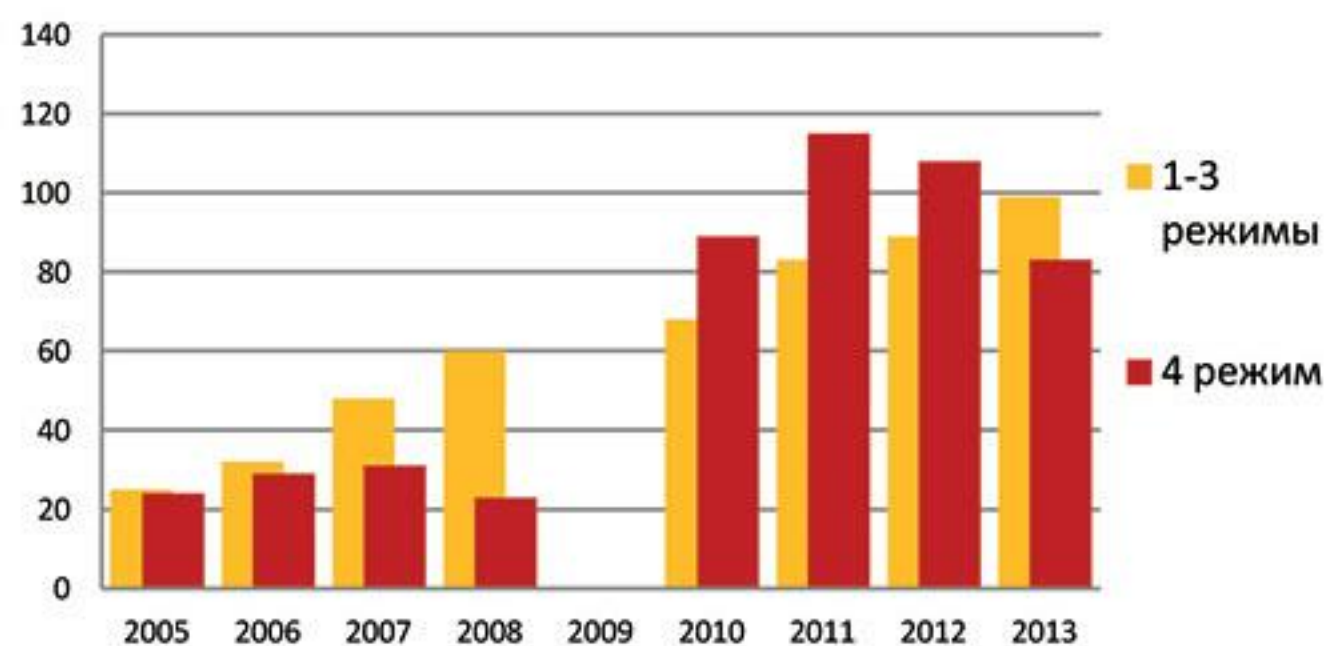


Рис. 30. Число пациентов, получивших ежедневные продуктовые наборы в г. Томске, ГрС



будителя стоимость 1 пайка – 55 руб., максимально допустимое число пациентов, одновременно в любой день года получающих продуктовые наборы, – 40 человек. Для больных с ПР-ТБ стоимость 1 пайка – 65 руб., максимально допустимое число пациентов (только включенных в ГФ), одновременно получающих продуктовые наборы, – 32. Для больных МЛУ-ТБ стоимость 1 пайка составляла 65 руб., максимально допустимое число пациентов (только включенных в ГФ), одновременно получающих продуктовые наборы, – 58 человек.

Пациенты, остро нуждающиеся в продуктовом наборе и проходящие лечение по 4-му режиму препаратами, предусмотренными местной программой (вне проекта), могли получать продуктовые наборы по линии ГФ на основании решения комиссии (состав: ответственный по соц. работе со стороны ОПТД, ответственный со стороны ПВИЗ и лечащий врач).

С конца 2010 – начала 2011 г. в качестве поощрения особо нуждающихся пациентов стали выдавать дополнительные продуктовые и гигиенические наборы. Были разработаны критерии оказания дополнительной социальной поддержки:

1. На всех пациентов, претендующих на дополнительную социальную помощь, должна быть заполнена социальная карта.
2. Дополнительными продуктовыми наборами обеспечивались:
 - А. Отдельные категории (бездомные, малоимущие) пациентов процедурного кабинета, дневного стационара – еженедельно.
 - Б. Все пациенты проекта «Спутник» – 1 раз в 2 недели.
 - В. Малоимущие пациенты «Стационара на дому» – 1 раз в месяц.
3. Гигиеническими наборами и/или одеждой (футболки, носки, постельное белье, полотенце) обеспечивались бездомные и малоимущие пациенты на всех этапах лечения 1 раз в месяц.
4. С 2011 г. все больные туберкулезом, освобождающиеся из пенитенциарной системы, получали разовый паек при первом посещении участкового фтизиатра.



В 2011 г. среди пациентов, получавших лечение по 1-4-му режимам, были проведены 4 фокус-группы по составу меню и оценке значимости продуктового набора. По результатам опроса было изменено меню и увеличена стоимость продуктовых наборов для больных ТБ с чувствительностью возбудителя до 57 руб./день, ЛУ-ТБ – до 74 руб./день, которая достигла максимума в 2013 г. – 70 и 100 руб. соответственно.

С началом второй фазы гранта ГФ в декабре 2009 г. и появлением нового индикатора (с новой методикой подсчета – по числу получающих продуктовые наборы пациентов) была разработана и внедрена специальная электронная база данных в ГрС. Она позволяла отслеживать число пациентов, нуждающихся в продуктовой поддержке и подлежащих помощи еженедельно. Все пациенты, начинавшие лечение в амбулаторных условиях, регистрировались в базе, равно как и те, кто начинал получать продуктовые наборы.

Сотрудники Красного Креста разработали свою базу данных отдельно по пациентам с чувствительным ТБ и МЛУ-ТБ еще в 2000-х годах и продолжали совершенствовать ее для оперативного анализа и учета/отчетности.

С 2011 г. пациенты, проходящие ХТ в дневном стационаре, начали получать вместо горячего питания продуктовые наборы (аутсорсинг). Эти наборы превосходили по качеству и цене наборы, выдаваемые по проекту. Мы считали этих пациентов как охваченных местной программой и не выдавали продуктовые наборы, которые полагались участникам проекта. Поскольку отчетность велась не менее строгая и достоверная, то это позволяет нам говорить о практически 100%-ном охвате продуктовыми мотивационными наборами

пациентов в ГрС Томской противотуберкулезной программы.

Красный Крест

В течение 2005-2013 гг. продуктовые наборы ежедневно получали 5 639 пациентов через сотрудников Томского областного отделения Российского Красного Креста (рис. 31).

Работа сотрудников Красного Креста заключалась в следующем:

- Распространение ежедневных продуктовых наборов.
- Распространение ежемесячных гигиенических наборов.
- Сбор и выдача одежды пациентам, находящимся в трудной жизненной ситуации.
- Облегчение доступа пациентам к пунктам контролируемого лечения (компенсация проезда)
- Создание благоприятной обстановки для приема медикаментов на пунктах контролируемого лечения и проведение мотивационных бесед с пациентами.

Помимо административного персонала, сеть сотрудников Красного Креста включала районных координаторов (21 человек) и волонтеров, проводящих контролируемое лечение (145 человек – соседи пациента, некоторые фельдшеры, иногда – родственники после оценки и обучения).

Значительный вклад внесли кураторские выезды и очень частые проверки – одновременная сверка карт ТБ-01 с ведомостью выдачи продуктовых наборов, которая выявляла все проблемы контролируемого лечения в районе.

В результате такой ответственной и очень успешной работы всего лишь 28 пациентов из

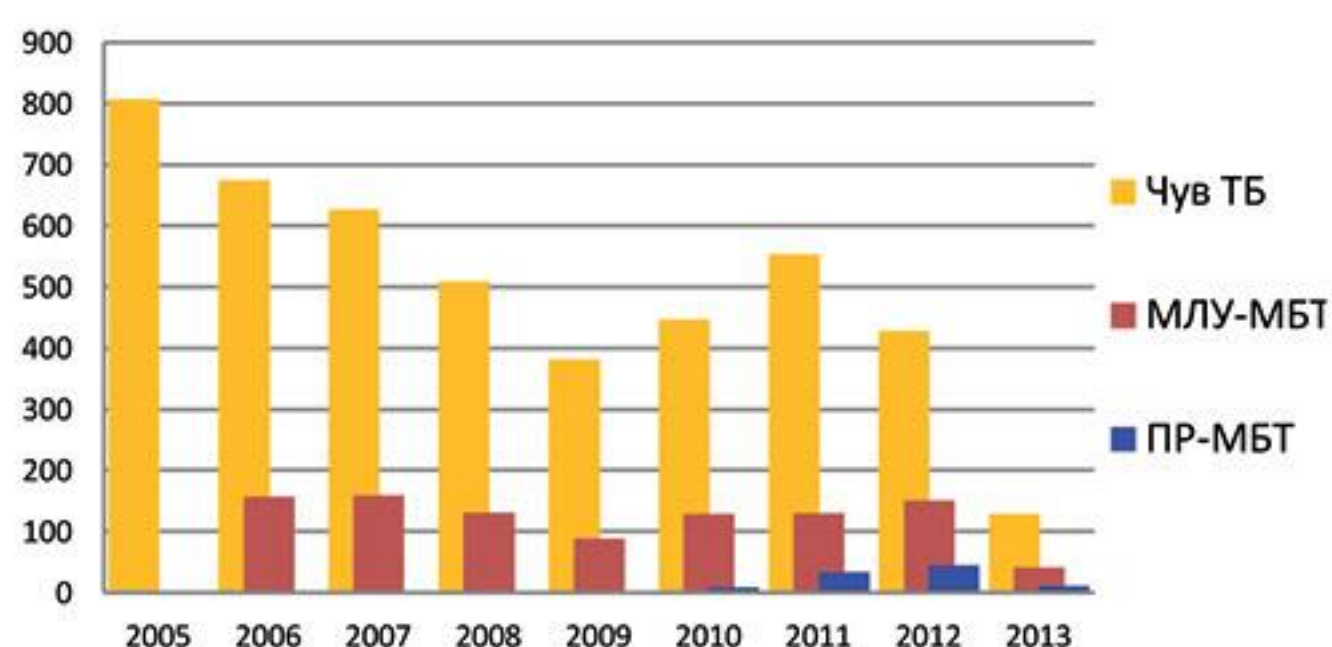


Рис. 31. Число пациентов, получивших ежедневные продуктовые наборы через Красный Крест, ГрС

5 639 за все годы проекта с 2005 по 2013 г. прервали курс ХТ, что составило 0,5%.

Лечение на дому

С 1998 г. на базе городского амбулаторного отделения ТОПТД осуществлялось лечение на дому. Всю территорию города на тот момент обслуживала одна бригада, состоящая из 1 медсестры и 1 водителя, работающих в одну смену, 5 дней в неделю. В среднем бригада осуществляла контролируемое лечение 40 постоянных пациентов, которые в назначенное время ожидали бригаду в известном (указанном заранее) месте, чаще на дому. Основную массу пациентов составляли больные ТБ с чувствительностью возбудителя, поэтому прием всей суточной дозы противотуберкулезных препаратов осуществлялся за один раз. На лечение отбирались пациенты, которые по разным причинам не могли ежедневно посещать пункты контролируемого лечения. Основными критериями отбора служили: пожилой возраст или состояние здоровья, сопутствующая туберкулезу патология, приводящая к ограничению возможности самостоятельно передвигаться; проживание в отдаленных районах города при отсутствии функционирования городского транспорта; наличие маленьких детей, которых не с кем оставить дома. В 2006 г. с началом реализации программы ГФ был закуплен дополнительный автотранспорт, отобран и обучен персонал, создана система мониторинга.

Четко определены должностные обязанности персонала. Таким образом, медсестра + водитель обеспечивали полностью контролируемое лечение, а также активно выявляли клинические, психологические и социальные проблемы пациента, передавали в информационный центр ТОПТД и способствовали их решению силами врача/заведующего и привлеченных специалистов (привезти на обследование, госпитализировать, обеспечить препараты для купирования побочных эффектов, консультации и соц. помощь).

Ответственные за приверженность к лечению в городе (заведующая отделением) и старшая медсестра начали осуществлять контроль работы персонала во время совместных выездов (1 раз в не-

делю) с бригадами, а также в виде еженедельных собраний с разбором каждого трудного случая.

Патронажная служба разделила город на 2 части, каждая часть города обслуживалась 2 бригадами – утренней и вечерней.

Каждая бригада обслуживала постоянных пациентов, а также прерывающих лечение в своей части города:

- Пациентов, которых не удалось пролечить полноценно во время утренней смены.
- Из стационара/дневного стационара/пункта Красного Креста/Центра социальной адаптации населения для лиц БОМЖ/БФ Анти-СПИД, информация о которых поступила от ответственной медсестры информационного центра.

Каждая бригада состояла из 1 медицинской сестры (1,5 ставки за сложность), 1 водителя (1 ставка). Участковый врач продолжал вести больного, посещая его на дому 1 раз в 10-14 дней (или врач дневного стационара, если на больного заведена история болезни в дневном стационаре).

Каждая бригада за 6 ч обслуживала 20-25 пациентов (адресов), тратя на одного пациента в среднем около 15 мин (4 адреса в час). Итого на одну часть города (2 бригады) приходилось около 30-35 пациентов (из которых около 10 – с МЛУ-ТБ), а также 5-6 пациентов с перерывами в лечении.

В случае болезни/отпуска персонал заменял друг друга (работая по 12 ч) или были предоставлены другие единицы.

С 2010 г. начала обсуждаться возможность расширения патронажной службы до трех бригад в утренние часы, что способствовало бы увеличению отведенного времени на одного пациента и повысило качество оказываемых услуг.

В 2011 г. структура патронажной службы/стационара на дому претерпела некоторые изменения. В зависимости от числа больных, нуждающихся в непосредственном контролируемом лечении, и их места проживания в дневную смену (с 9:00 до 16:00) город делился на 3 маршрута, каждый из которых обслуживался отдельной бригадой.

В вечернюю смену (с 16:00 до 19:00) на первый план в работе патронажной службы выходил поиск пациентов, которые по каким-либо причинам (алкоголизм, неудобный график работы, проблемы в семье и т. д.) не явились на лечение или выпали из поля зрения противотуберкулезной службы более чем на 3 дня (рис. 32). Город в вечернее время делился на две части, в каждой из них работала отдельная бригада.

Проект «Спутник»

В 2006 г. стал очевидным низкий уровень излечения пациентов с МЛУ-ТБ, в первую очередь благодаря высокой доле пациентов, прервавших ХТ (28-30%). Анализ и обсуждение ключевых проблем привели к созданию программы «Спутник».

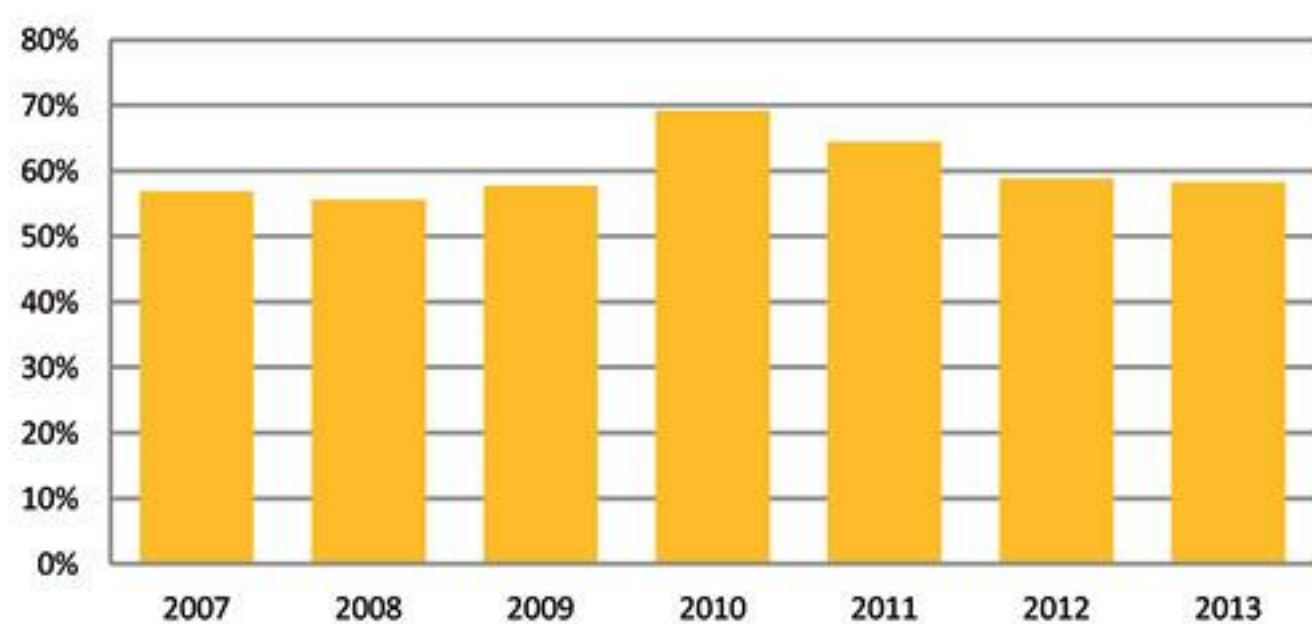


Рис. 32. Процент пациентов, обнаруженных вечерней сменой и принявших ПТП от всех лиц, подлежащих розыску, г. Томск

Программа создана для работы с пациентами, находящимися на грани прерывания курса ХТ, применение к которым вышеперечисленных мероприятий не принесло результата, и для них использовалась бы стандартная процедура, применяемая в таких случаях, – оформление документов на принудительную госпитализацию и типичное исполнение процедуры. Основная цель программы – помочь пациентам окончить курс ХТ с использованием всего доступного арсенала ресурсов и механизмов деятельности, окружая вниманием и заботой, как спутник. В первую очередь, в Томскую программу включали пациентов, отказывающихся от лечения, или пациентов, пропустивших более 25% препаратов в течение последних 1-2 мес. Кроме того, сначала должны были действительно опробованы другие мероприятия, влияющие на приверженность пациента к лечению.

Программа «Спутник» действует в рамках поликлинического отделения областного диспансера (участковая служба) с декабря 2006 г. на территории г. Томска и близлежащих сельских поселений с общим населением 521 635 человек (50,2% от всей области) и площадью 297,2 км².

Одна команда представлена двумя сменами, в каждой по 1 водителю и 1 медицинской сестре-спутнику. Водители, помимо своих непосредственных обязанностей, выполняли функцию сопровождения медицинской сестры при посещении сложных и агрессивных пациентов. Для единого клинического ведения пациентов, координации и контроля работы команды выделен врач ТБ-службы. Команда работала с 8 утра до 8 вечера, 6 дней в неделю (по субботам до 14:00).

Для помощи пациентам в решении медицинских и социальных проблем привлекались специалисты, работающие в штате противотуберкулезной службы: нарколог, психолог и социальный работник. Команда оснащена теми же ресурсами и средствами мотивирования пациентов, что и персонал «лечения на дому». Отличия заключаются в отсутствии ограничений ресурсов и скорости их предоставления для максимально эффективной работы персонала.

Работа основывается на следующих принципах:

- Выбор пациентом времени и места ежедневного приема ПТП.
- Ответственность команды за результат лечения пациентов с момента включения в программу и до окончания курса терапии^{***}. Это включает:
 - Интенсивный поиск пациентов.
 - Полностью контролируемое лечение (т. е. прием всех ПТП в присутствии персонала).
 - Активное выявление общемедицинских, психологических и социальных проблем пациента и по возможности оперативное их решение.
 - Активное и своевременное выявление побочных эффектов.
 - Уважительное отношение к пациентам, соблюдение конфиденциальности.
- Мониторинг работы персонала руководителем (куратором) программы во время совместных выездов, проведение еженедельных собраний с разбором каждого случая, всесторонняя и незамедлительная административная поддержка работы команды.

Проект начал работать с 2006 г. и продолжался в 2014 г. (т. е. после завершения работы проекта ГФ на средства ПВИЗ.). Одновременно (в любой день года) по программе проходило лечение в среднем 5% пациентов, лечившихся на тот момент амбулаторно в г. Томске (13 пациентов из 250). За шесть лет проекта с 17 декабря 2006 г. по 31 декабря 2012 г. на территории внедрения проходило лечение 3 403 пациента с ТБ, из них 138 было включено в программу (4%). 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 раза, чем среди тех, кто не был включен в программу (табл. 10). Большинство пациентов (75,4%) получали лечение по 4-му режиму ХТ в связи с наличием у них МЛУ-ТБ.

У 122 пациентов, которые продолжили лечение, начатое до включения в программу, приверженность к лечению выросла до 78,3% во время лечения в программе по сравнению с 59,8% до включения в программу. У 7 пациентов, начавших новый курс ХТ после направления для участия в программе, приверженность составила 74,2%. Средний уровень приверженности среди пациентов с МЛУ-ТБ составил 77,1%. В результате работы программы исход «эффективный курс ХТ» достигнут у 70,5% пациентов, а среди больных с МЛУ МБТ – 68%.

Отличия программы «Спутник» от лечения на дому, наблюдаемого авторами в других регионах, приведены в табл. 11. Детально с программой можно ознакомиться на сайте www.pih.ru.

^{***} Некоторым пациентам после перевода на программу «Спутник» требовалась госпитализация, однако персонал продолжал их курировать до конца лечения.

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	59/136	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	32/3265	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 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+ методом микроскопии и/или посева 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 полустойчивость к препаратам; другие схемы лечения	18/138	13,0	372/3 265	11,4	0,551
*Fisher's exact test					



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

Критерии	Патронаж на дому (типичный собираемый пример)	Программа «Спутник»
Часы работы	- С 8 до 15 ч - Около 50	- С 8 до 20 ч - Не более 25 (в среднем 15 пациентов, но большинство получают препараты два раза в день)
Количество посещений в день	Время на посещение 1 пациента	30-60 мин (включая время на дорогу до пациента)
Персонал	- Водитель, медсестра - Машина, сотовые телефоны, одежда, респираторы 3М	- Водитель-волонтер, медсестры, отдельный врач-фтизиатр. Водитель приходит в дом к пациенту, защищает медсестру, участвует в беседах с пациентом, в поиске - Машина, сотовые телефоны, одежда, респираторы 3М, препараты для купирования побочных эффектов, контейнеры для сбора мокроты
Обеспечение	Если не приходит в ПК/ДС, то участковый переводит с решения заведующей (ВК)	Проводится разбор на комиссии (ВК + координатор НКО + психолог/нарколог/ социальный работник), вся известная информация оценивается, и выносятся решения
Отбор пациентов	Оценка приверженности и факторов не проводится	Проводится оценка всех факторов, влияющих на приверженность, вначале всей командой, вырабатывается единая система ведения пациента
Оценка пациента	- Посещение пациента определяется в зависимости от маршрута команды (составляется водителем) - Персонал не знает характерных особенностей каждого пациента, иногда не знает 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 при его желании обсуждать данные проблемы - Конфиденциальность четко соблюдается. Медсестры одеты в штатскую одежду. Если необходим контакт с соседями и знакомыми пациента, то они 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 индивидуальные особенности побочных эффекты часто не обнаруживают - Препараты для купирования побочных эффектов за счет пациента часто не закупаются - 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 проведения детоксикации пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом - Участие в ведении сопутствующей патологии
Социальная поддержка	Все пациенты получают продуктовые наборы	Все пациенты получают продуктовые наборы Сотрудники «Спутника» помогают в поиске временного жилья, восстановлении паспортов, обеспечивают по необходимости зимней одеждой, взаимодействуют с социальным работником
Административная поддержка/координация работы	- Совместные выезды с командой с целью контроля работы практически не осуществляются - Собрания 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, социальный работник) - Если врач и координатор не в состоянии решить проблему пациента (госпитализация, консультация и т. д.), то данный вопрос ставится перед администрацией ГБ-диспансера - Эмоциональная поддержка, мероприятия по профилактике синдрома «эмоционального выгорания»



Лечение и поддержка лиц БОМЖ

При поступлении в приемный покой стационара на каждого пациента без определенного места жительства сотрудники КСПП заводят анкету с фотографией. Предварительно им подписывается информированное согласие.

Сотрудники КСПП вносят данные о таких больных в общую картотеку [информированное согласие, заполнение унифицированной анкеты (расширенная социальная карта)], составляют сервисный план. За каждым сотрудником КСПП закреплено свое отделение стационара.

Еженедельно информация об учтенных пациентах стекается в Информационный центр диспансера в поликлиническом звене, роль которого выполняет КСПП терапевтического отделения. Ответственным за сбор информации, регистрацию 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 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.

Мониторинг выполнения мероприятий по приверженности

Необходим постоянный контроль выполнения мероприятий, учитывая, что большинство из них являются дополнительной нагрузкой для персонала фтизиатрической службы. Сотрудниками ос-

нового получателя средств выполнялись следующие мероприятия:

- Проверка лечебных карт ТБ-01 на всех пунктах контролируемого лечения один-два раза в месяц для своевременного выявления больных, не принимающих ПТП. Обсуждались причины низкой приверженности к лечению с заведующими отделений и на Комиссии по перерывам.

- Ежемесячные визиты с командами лечения на дому/проекта «Спутник» для выяснения проблем и трудностей на месте, оценки навыков персонала по проведению контролируемого лечения и выявления побочных эффектов.

- Участие в еженедельных собраниях клинической комиссии ОКЭК в стационаре и амбулаторных условиях, отслеживание пациентов, включенных в проект КЗС, и соблюдения протокола лечения.

- Участие в собраниях Комиссии по перерывам, отслеживание всех мероприятий, принятых на предыдущих собраниях, полноты представления пациентов на лечение на дому и в проект «Спутник».

- Выезды с кураторами в районы области.

- Обеспечение межсекторального и межведомственного взаимодействия по смежным вопросам.

ТРУДНОСТИ И УРОКИ

1. Дефицит человеческих ресурсов. 70% медицинского персонала – лица пенсионного возраста, что затрудняет процесс обучения, существуют определенные сложности при использовании нововведений. Проще нанять высококвалифицированный доп. персонал, чтобы общими усилиями бороться с ТБ.

2. Алкогольная программа на амбулаторном этапе:

А. Сложности привлечения персонала из-за страха заражения ТБ и меньшей заработной платы по сравнению с частным сектором. Персонал, соглашавшийся на данную работу, не всегда обладал знаниями и опытом работы со сложными пациентами.

Б. Пациенты были не готовы получать доступную помощь. Некоторые не признавали у себя проблем с алкоголем, несмотря на очевидные осложнения, другие отказывались от помощи, потому что ее не одобряло окружение. Пациенты отказывались принимать ПТП, объясняя это тем, что каждый лишний препарат негативно будет сказываться на работе их гепатобилиарной системы. Для преодоления данной проблемы мы перевели и издали руководство «для тех, кто хочет бросить пить» на доступном языке, которое показало свою эффективность в других странах. Тем не менее в Томской области оно практически не использовалось даже персоналом.

- Низкая степень коммуникации между врачами, наркологами, психологами. Лечащие врачи считают врачей-специалистов «волшебной палочкой», которая решит их проблемы с пациентами, и снимают с себя всякую ответственность (рис. 33), не интересуясь даже их мнением о дальнейшем ведении пациента. Была проведена серия тренингов по навыкам общения с пациентами для врачей, которые высоко оценили участники, но эффект от тренингов был виден только в пенитенциарной системе. Группы Анонимных Алкоголиков в дневном стационаре и поликлиническом звене диспансера также собрать на регулярной основе не удалось.

3. Лечение на дому или по программе «Спутник» показывает хорошие результаты при условии организации рабочего времени, распределения нагрузки и обеспечения условий для эффективной работы персонала. При расчете нагрузки нужно понимать, что на работу с одним примерным пациентом (без проблем с приверженностью) на дому необходимо не менее 15 мин.

4. Несмотря на большое количество тренингов и обучающих семинаров, персонал не всегда активно выявляет побочные эффекты на амбулаторном этапе. Только при условии регулярного мониторинга со стороны вышестоящего персонала можно поставить работу на высокий уровень.

5. Продуктовые наборы должны выдаваться ежедневно, их стоимость и состав должны быть значимы для пациента.

6. Работать с неприверженными пациентами и лицами БОМЖ на амбулаторном этапе можно, и весьма эффективно, используя пациент-ориентированный подход, при наличии разветвленной сети

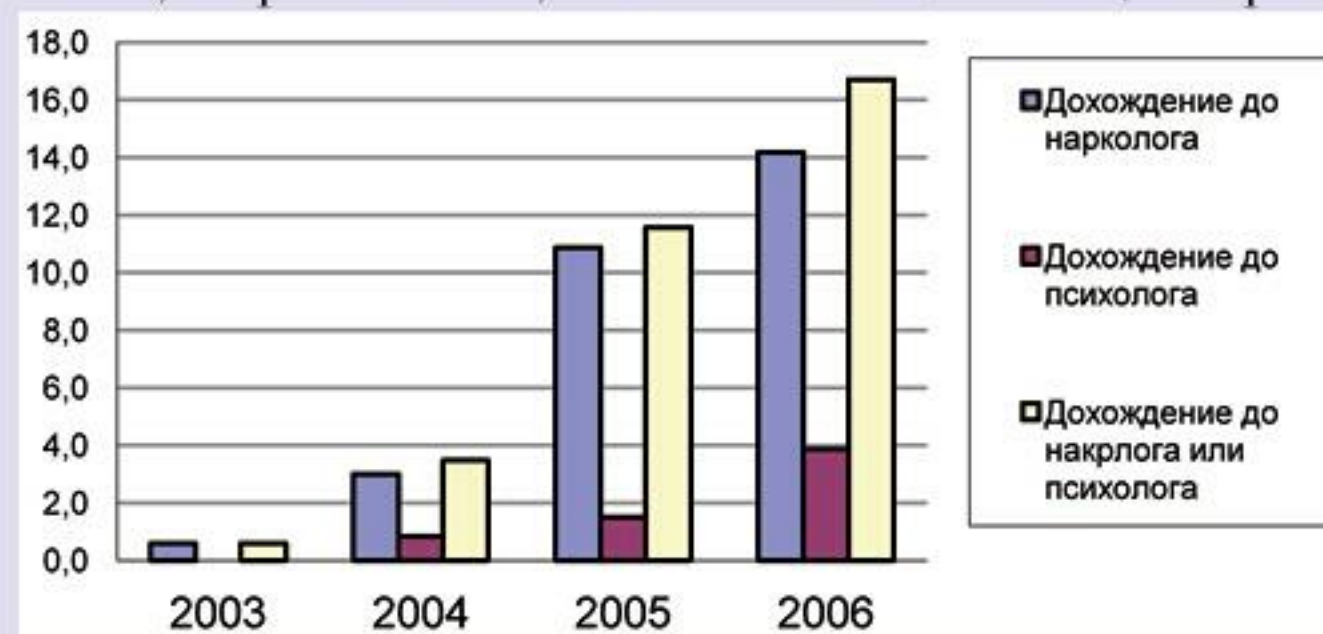


Рис. 33. Результат направления пациентов к узким специалистам, по годам (n = 3 406)

пунктов контролируемого лечения, прочной системы межведомственного взаимодействия (с приютами для лиц БОМЖ, социальными службами, ПС, СПИД-Ц и благотворительных организаций).

7. Мониторинг – нужен внешний контроль качества мероприятий, иначе ни преемственности, ни выполнения полного объема работ по набору и по качеству услуг не будет. Внутреннего контроля качества лечения нет.

Улучшение приверженности пациентов, получающих ХТ в сельских условиях

Россия унаследовала от Советского Союза сильную «вертикальную» систему борьбы с ТБ с рядом специализированных противотуберкулезных учреждений и подготовленным фтизиатрическим персоналом. Туберкулезные больницы являлись центрами лечения ТБ. Даже после распада советской системы в некоторых российских регионах было решено оставить больных МЛУ-ТБ в стационарах на 2 года в силу сложности лечения. К сожалению, многие больные покинули больницу преждевременно и прекратили лечение из-за отсутствия возможности продолжать лечение амбулаторно. Уровень отрывов от лечения в этих программах мог достигать до 40%. В случаях, когда выдавались препараты для самостоятельного приема без наблюдения, амбулаторная фаза лечения часто приводила к высокому уровню неудач в лечении и к лекарственной устойчивости возбудителя.

Результаты лечения больных ТБ всегда были низкими в российских регионах, применяющих амбулаторное лечение как в городах, так и сельской местности. Противотуберкулезная система не смогла организовать какие-либо мероприятия по соблюдению режимов лечения, поскольку они не входили в круг обязанностей противотуберкулезного учреждения и не финансировались системой противотуберкулезных диспансеров.

Российское отделение Красного Креста было приглашено присоединиться к проведению противотуберкулезных мероприятий в Томской области после того, как использование DOTS и программы по борьбе с МЛУ-ТБ показало подобные низкие результаты. Изначально, с 1998 г., Красный Крест предоставлял больным ежемесячные продуктовые наборы, но вскоре выяснилось, что ежедневные стимулы были более эффективны для обеспечения соблюдения режимов лечения.

В 2004 г. Российское отделение Красного Креста начало выделять ежедневные продуктовые наборы 300 больным ТБ и всем больным МЛУ-ТБ в амбулаторных условиях.

В первые 4,5 года проекта около 300 пациентов, проходивших лечение по 1-3-му режимам, получали ежедневные продуктовые наборы, что улучшило их приверженность к лечению и его результаты. Однако из-за переходного периода и ограничения финансирования в 2009 г. число поддерживаемых пациентов снизилось до 50 в сельской местности и до нуля к ноябрю 2009 г., что отразилось в зна-

чительном увеличении процента прерываний ХТ в когорте 2008-2009 г. (среди впервые выявленных случаев с положительным результатом микроскопии мокроты).

В 2010 г. специалисты по организации контролируемого лечения ПВИЗ и ТБ-службы обсудили возможные трудности по наращиванию усилий в рамках проекта ГФ 2-й фазы. В сельской местности обеспечить контролируемое лечение туберкулеза было значительно сложнее, чем в городе, где противотуберкулезная служба уже могла предложить пациентам различные варианты лечения. За пределами районного центра лечение осуществлялось специалистами ОЛС (фельдшерами, медсестрами), для которых лечение туберкулеза не являлось основной должностной обязанностью. Большие расстояния, которые пациентам необходимо преодолевать, чтобы добраться из дома до места лечения при отсутствии общественного транспорта, приводили к частым пропускам в лечении. Нередко в населенном пункте вообще не было ни медицинского работника, ни медицинского пункта. Это способствовало проведению недостаточно контролируемой терапии, частым пропускам приема препаратов и преждевременному прекращению лечения. С целью повышения эффективности лечения больных туберкулезом в сельских районах на территории Томской области с 2010 г. начала реализовываться программа «Сельская инициатива».

Целью программы являлось повышение эффективности лечения больных туберкулезом в сельских районах Томской области.

Задачи программы:

1. Улучшить контролируемость и качество лечения больных туберкулезом на амбулаторном этапе.
2. Повысить приверженность пациента к лечению посредством:
 - приближения фтизиатрической помощи к пациенту (создание стационаров на дому, службы «Спутник»);
 - усиления социальной поддержки пациентов, находящихся на амбулаторном этапе, силами и средствами местных администраций.
3. Усовершенствовать клинический мониторинг (клиническое, лабораторное обследование).
4. Повысить эффективность работы врачей кураторов, районных фтизиатров, фельдшеров (путем обучения, обновления должностных инструкций, оплаты труда).

В рамках программы выполнялись следующие мероприятия:

Задача 1

1. Организация контролируемого лечения больных туберкулезом на амбулаторном этапе в сельской местности.

Значительную роль в организации контролируемого лечения сыграли сотрудники Российского отделения Красного Креста, которые обеспечивали контроль лечения и социальную поддержку пациентов в 16 районах области с помощью своих координаторов и волонтеров на местах. За организацию этой работы в каждом районе отвечал районный координатор, который обеспечивал доставку продуктовых наборов из областного центра к месту проживания и лечения пациентов, контролировал работу волонтеров, собирал документацию и составлял отчетность. Волонтерами на селе становились фельдшеры на фельдшерских пунктах, медицинские сестры во врачебных амбулаториях, в сложных ситуациях, когда в селе не было медицинского работника либо пациент проживал далеко от медицинского пункта, искали волонтеров из числа социально сохранных жителей (немедицинские работники), которые осуществляли контроль лечения и выдавали продуктовые наборы. Предварительно каждого волонтера надо было обучить: рассказать о туберкулезе и лечении, объяснить, почему нужно обязательно принимать все препараты регулярно и какие могут быть побочные эффекты (в помощь волонтеру был специально разработан опросник пациента). Для оплаты работы волонтеров была предусмотрена компенсация. При лечении пациента добровольцем фельдшер обязан проверять проведение контролируемой терапии 1 раз в неделю, а районный фтизиатр – не реже 1 раза в две недели в начале лечения, затем не реже 1 раза в месяц.

2. Регулярные кураторские выезды районных фтизиатров.

Визиты организовывались не реже 1 раза в месяц на фельдшерский пункт или врачебную амбулаторию, где лечился пациент, и были подтверждены отчетами. В редких случаях по согласованию с кураторами допускались более редкие выезды (при отдаленном расположении и ограниченной доступности населенного пункта, последние месяцы лечения пациента при неосложненном течении заболевания), но не реже 1 раза в 3 мес. (рис. 34). Во время выезда обязательно проводились наблюдение за тем, как выдаются препараты, проверка заполнения документации, подсчет остатка препаратов, обязательное посещение пациентов на дому.

3. Регулярные кураторские выезды врачей-кураторов ТОПТД в районы (не реже 1 раза в 3 мес. в курируемый район), подтвержденные отчетами.

По согласованию с заведующим отделением и заведующим ОМО частота визитов может меняться в пользу более частого посещения «проблемных» районов. Во время регулярных визитов

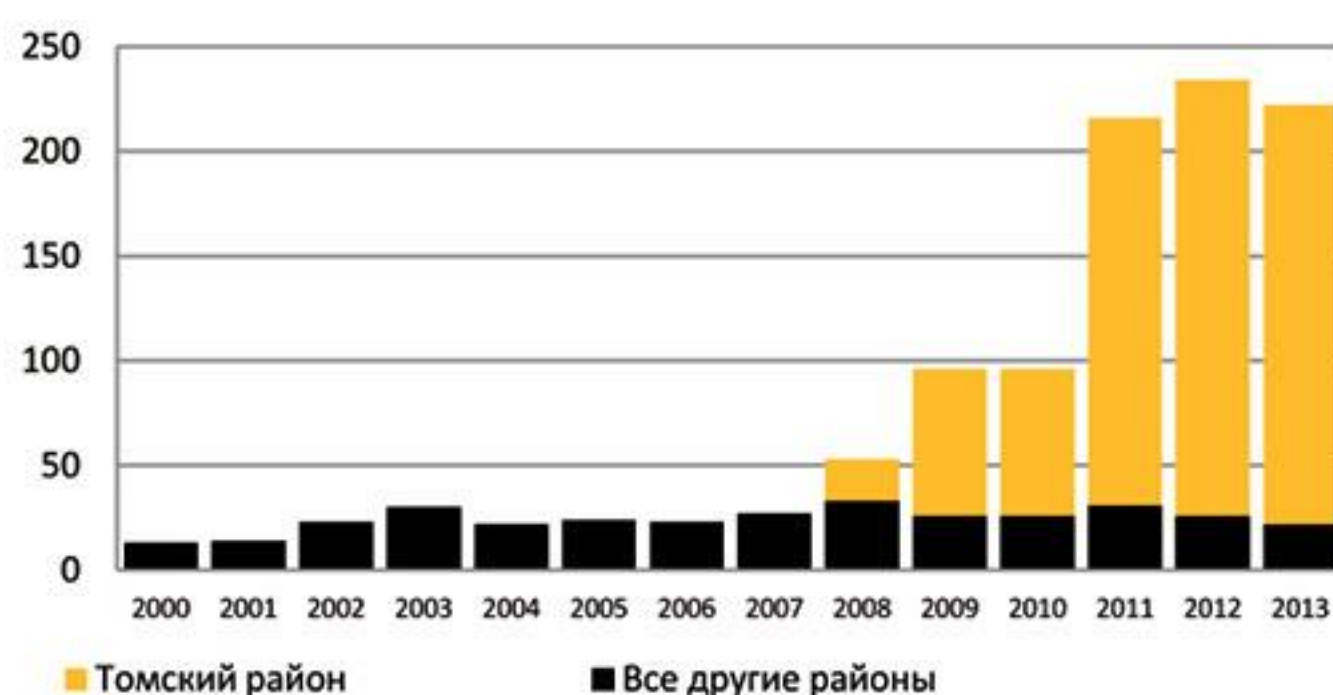


Рис. 34. Количество кураторских выездов в районы Томской области, 2000-2013

куратор следит за организацией контролируемого лечения, обеспечивает административную поддержку противотуберкулезных мероприятий в районе. За годы работы программы в области было осуществлено более 600 выездов в районы области (с учетом еженедельных кураторских выездов в Томский район).

Задача 2

1. В районных центрах для повышения приверженности пациентов к лечению были организованы стационары на дому – районный фтизиатр и его медицинская сестра осуществляли лечение пациентов, проживающих на большом расстоянии от кабинета фтизиатра, а также социально сложных пациентов на дому. Для этого ежедневно выделялся транспорт (1-2 ч в день). Так называемые бригады-«спутники» были организованы в Асиновском, Колпашевском, Томском районах, городах Стрежевом и Северске.

2. Своевременное купирование побочных эффектов: выявление побочных эффектов на уровне волонтера (обучение, опросники). Было обеспечено бесперебойное наличие всех необходимых симптоматических препаратов для предотвращения и купирования возникающих побочных эффектов при приеме ПТП. В целях повышения мотивации к посещению пункта контролируемого лечения больным выдавалась социальная поддержка в виде ежедневных продуктовых наборов, которые они получали после приема суточной дозы ПТП. Сотрудниками РКК и противотуберкулезной службы области регулярно проводились опросы и анкетирования, которые помогали оценить нужды пациентов и найти дополнительную мотивацию к лечению. Оказание социальной поддержки силами местной администрации, социальной службы (восстановление документов, проезд до районного центра на очередное обследование, помощь в поиске работы, теплая одежда, дрова и т. д.). С 2014 г. обеспечение препаратами взяла на себя ТБ-служба.

3. Проведение рабочих совещаний с местными администрациями с целью получения поддержки в проведении противотуберкулезных мероприятий (социальная поддержка пациентов, помощь в поиске добровольцев, привлечении к обследова-



нию и лечению, создание местных противотуберкулезных программ).

Задача 3

Районные фтизиатры проводят регулярный контроль работы фельдшеров и добровольцев, помогают им по всем вопросам, проводят обучение. Выезды районных фтизиатров должны проводиться не реже 1 раза в месяц на места лечения пациентов.

Работа районных фтизиатров находится под контролем кураторов, строится на основании кураторских визитов и отчетов районных фтизиатров.

Кураторы наблюдают за лечением сельских пациентов и помогают районным фтизиатрам в организации и оказании противотуберкулезной помощи. Они консультируют сложных пациентов, организуют для них медико-социальную

экспертизу и собирают врачебные комиссии. Во время кураторских визитов куратор следит за организацией контролируемого лечения, правильностью назначения схем лечения и сроков, полноты обследования пациентов, кроме того, они обеспечивают административную поддержку противотуберкулезных мероприятий в районах, способствуя полноценной работе районных фтизиатров.

Задача 4

1. Обучение фельдшеров, медицинских сестер проведению контролируемой терапии туберкулеза, навыкам диагностики и купирования побочных эффектов.

2. Обучение районных фтизиатров проведению инспекторских выездов, обновление знаний по купированию побочных эффектов, обмен опытом с передовыми территориями.

УРОКИ

1. В условиях значительной удаленности районов, отсутствия районных фтизиатров в ряде районов практика создания отдела кураторов районов оправдана и успешна при условии частых инспекторских визитов в районы.

2. В районах клинический мониторинг часто затруднен и поэтому требует особого внимания. Ежемесячная подача куратору районным фтизиатром листка пациента с данными о побочных эффектах, лабораторными, рентгенологическими, бактериологическими данными способствует своевременному обследованию больного в районе (дисциплинирует райфтизиатра) и позволяет куратору контролировать и помогать в лечении больного. Все пациенты, находящиеся на лечении в районном лечебном учреждении, обязательно должны быть представлены на ОКЭК куратором.

3. Кураторские выезды должны быть регулярными и полноценными (с выездами в села, посещением ФАПов и пациентов). Одна из главных задач куратора – помочь районному фтизиатру получить административную поддержку. Организация лечения на дому в районном центре с использованием транспорта больницы, регулярных выездов районного фтизиатра в села, где получают лечение пациенты, обследования и консультаций узкими специалистами – важные задачи, которые могут быть успешно решены при должной поддержке администрации районной больницы. В районах, где был реализован весь комплекс вышеперечисленных мероприятий, – выше процент излеченных пациентов.

4. Центральное снабжение из головного диспансера как ПТП, так и симптоматическими препаратами гарантирует непрерывное и качественное лечение больного в районном лечебном учреждении.

5. Трудно переоценить важность ежедневного продуктового набора в лечении сельских пациентов. Это мощная мотивация продолжать лечение.

6. Своевременная доставка, контроль хранения, выдачи продуктовых наборов в районах – сложные задачи, которые успешно выполнял РКК.

7. Необходимо регулярное (минимум 1 раз в год) обучение медицинских работников в районах выявлению, контролируемому лечению ТБ, диагностике и лечению побочных эффектов, заполнению медицинской документации, особенно в условиях постоянной смены медицинского персонала в селах.

Результаты мероприятий по повышению приверженности

В результате усиления мер по организации контролируемого лечения уровень ранних рецидивов среди пациентов, успешно окончивших лечение, снизился до 1,5 на 100 человек в 3-й ГДУ, что приблизилось к уровню других российских региональных противотуберкулезных программ с

международным участием (рис. 35). Однако следует принять во внимание, что взятые для сравнения регионы меньше по площади, чем Томская область, и содержат меньшее число пациентов.

Доля пациентов, прерывающих ХТ, не только зависит от усилий противотуберкулезной программы, но и от самой когорты пациентов, в том числе от количества взятых на лечение пациентов и соотношения пациент/медперсонал. Начиная с

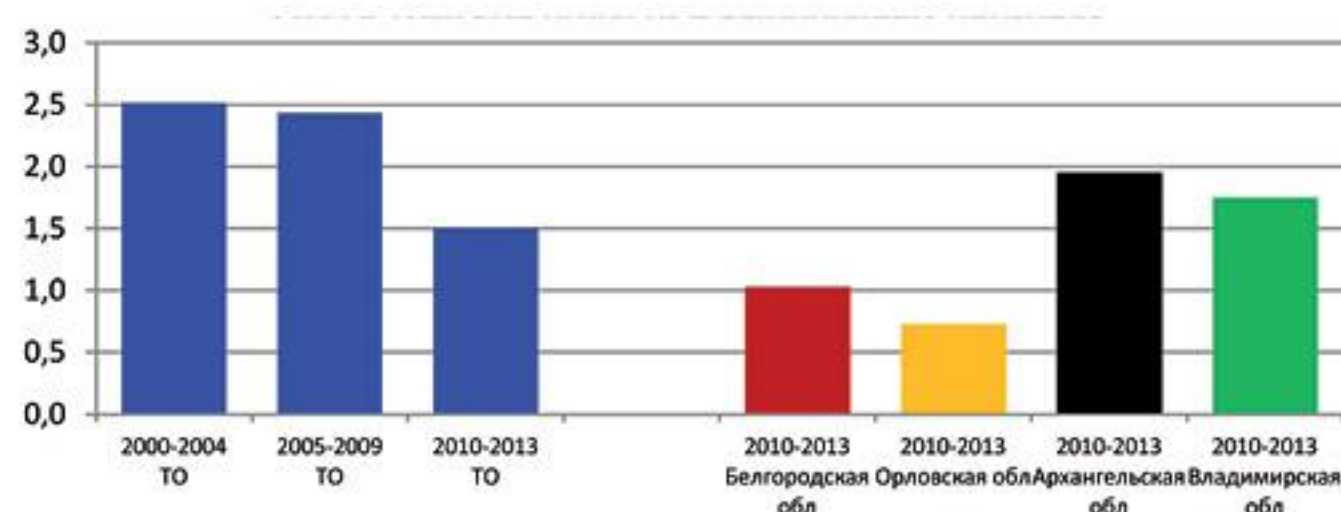


Рис. 35. Средняя частота ранних рецидивов (на 100 чел. в 3-й ГДУ) в Томской области и выборочных регионах

2005 – года активного начала гранта ГФ, доля пациентов, прервавших ХТ, ко всем получавшим ХТ в данный год (независимо от того, в когорте этого или предыдущего года он был зарегистрирован) была относительно стабильна (рис. 36): среди пациентов с чувствительным ТБ показатель снижался до 1% и ниже, а среди пациентов, получавших ПТП 2-го ряда, он был ниже 5% (КЗС) и немного выше 5% (ПТП за счет бюджета).

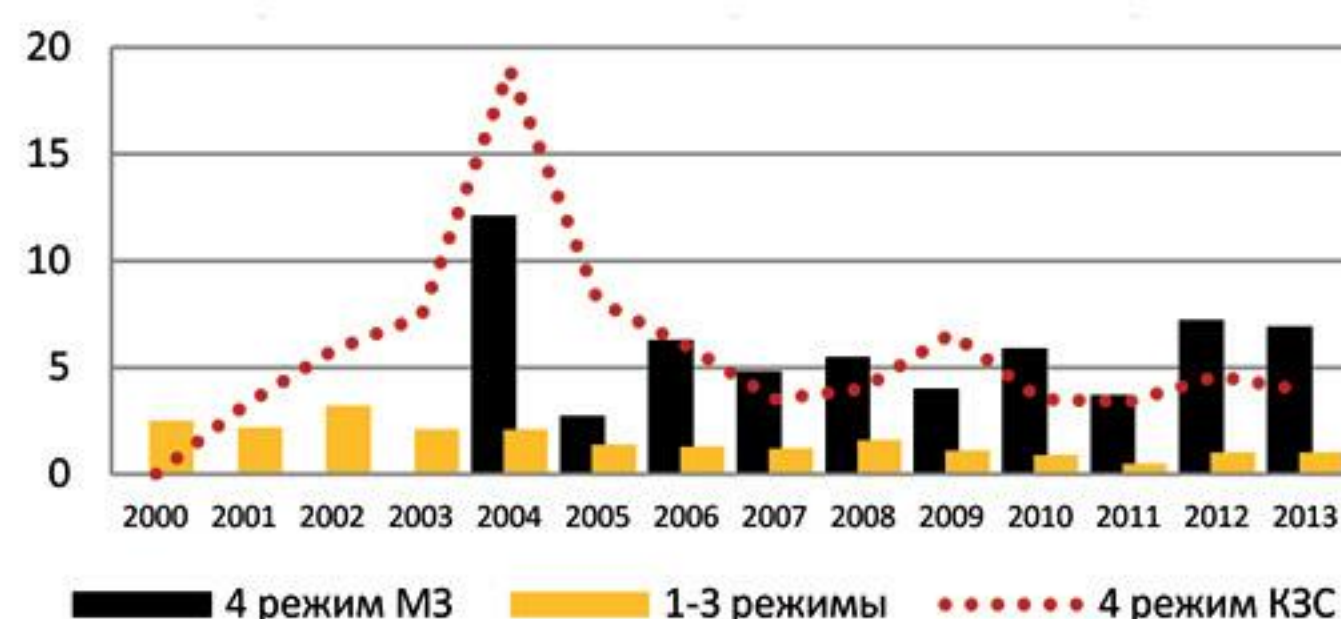


Рис. 36. Процент исходов «прерывание ХТ» от всех случаев в текущем году, ГрС

В секции про промежуточные результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ по программе КЗС был указан процент прерывания лечения к 6-му мес. Сравнивая с исходами на 24-м мес. лечения, можем отметить: до 50% от всех пациентов прерывали лечение в первые 6 мес. лечения по 4-му режиму (рис. 37). Мы не проводили исследования причин прерываний с тщательным исключением всех ошибок такого типа исследований и можем только предполагать: причиной 50% прерывания именно до 6 мес. может быть неадекватное выявление и купирование побочных эффектов либо влияние пациентов с низкой приверженностью к лечению на свое окружение в стенах стационара.

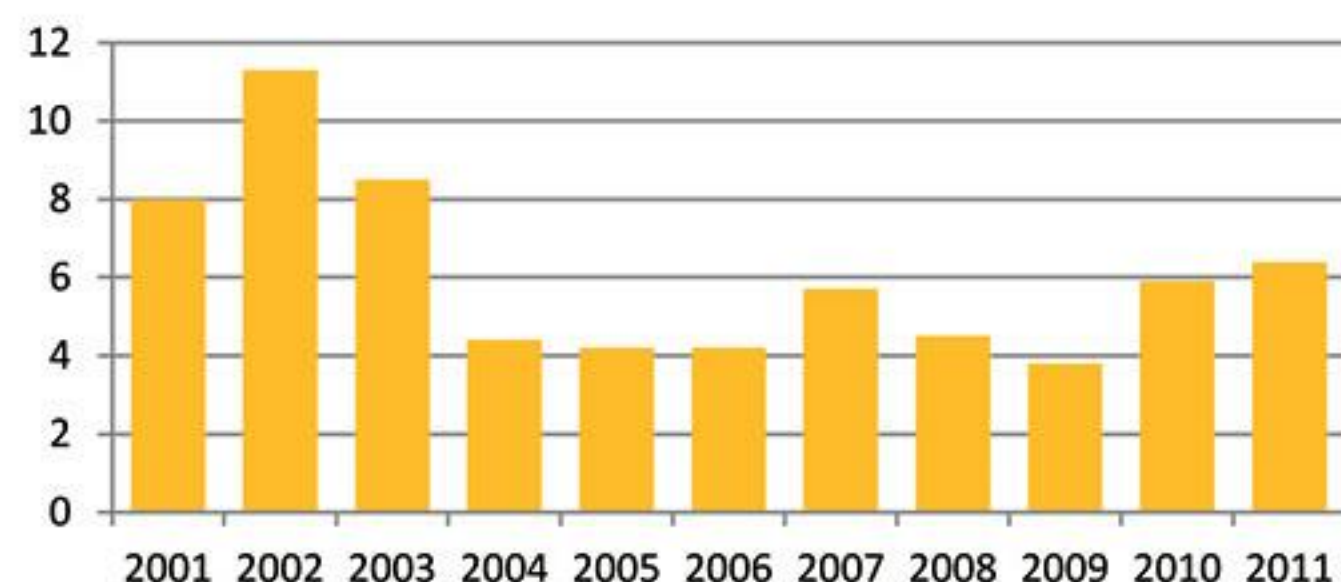


Рис. 37. Медиана прерывания ХТ среди пациентов, включенных в программу КЗС, месяцы, ГрС

Уровень прерывания ХТ среди впервые выявленных пациентов с положительным результатом микроскопии мокроты немного снизился после 2005 г. и не превышал 1% в лучшие годы. Если исключить пациентов, перерегистрированных на 4-й режим вследствие выявления МЛУ-ТБ, то этот уровень составляет 1-4% (рис. 38).

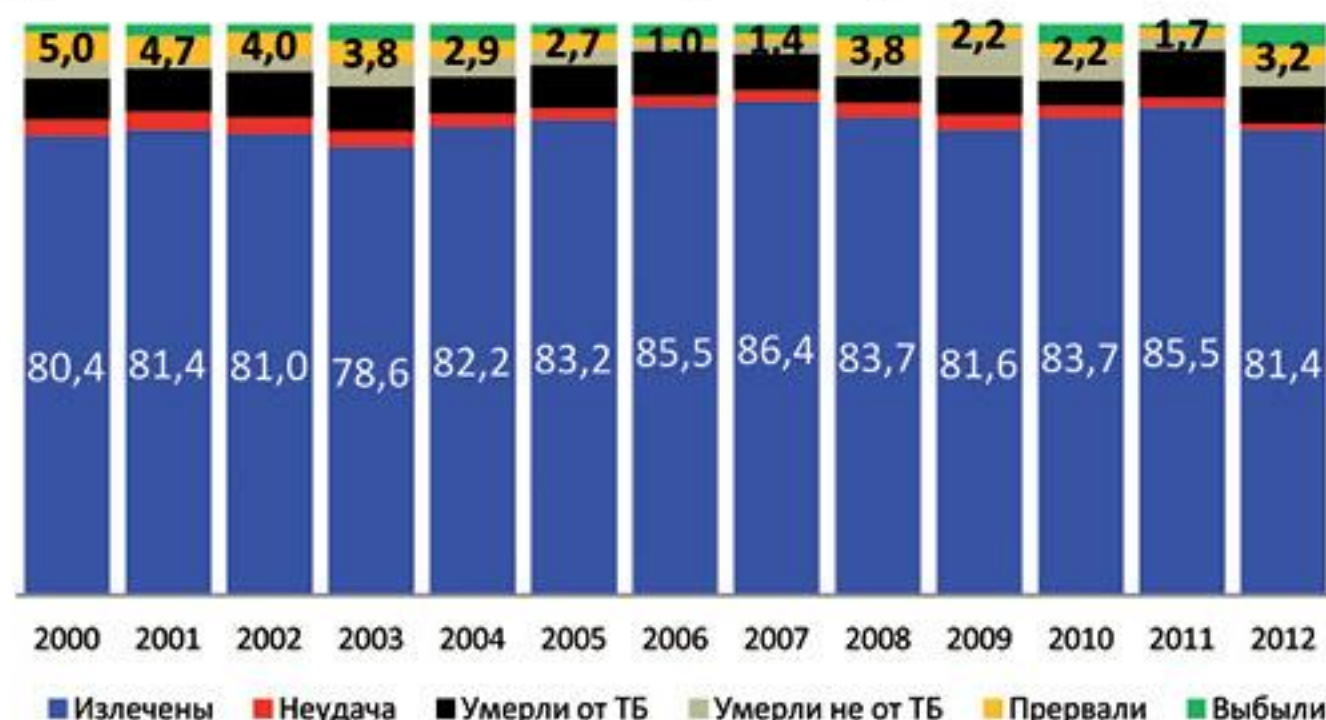


Рис. 38. Исходы ХТ среди впервые выявленных пациентов, имеющих положительный результат микроскопии мокроты, исключая МЛУ-ТБ, ГрС, %

В городе с 2006 г. были усилены мероприятия по приверженности, включая проект «Спутник», что привело к снижению доли прерывания до 0% даже в переходный период в 2008-2009 гг. В этот же период доля прерывающих в районах области выросла до 6% и снова вернулась к низким значениям после возобновления продуктовой поддержки силами Красного Креста (рис. 39).

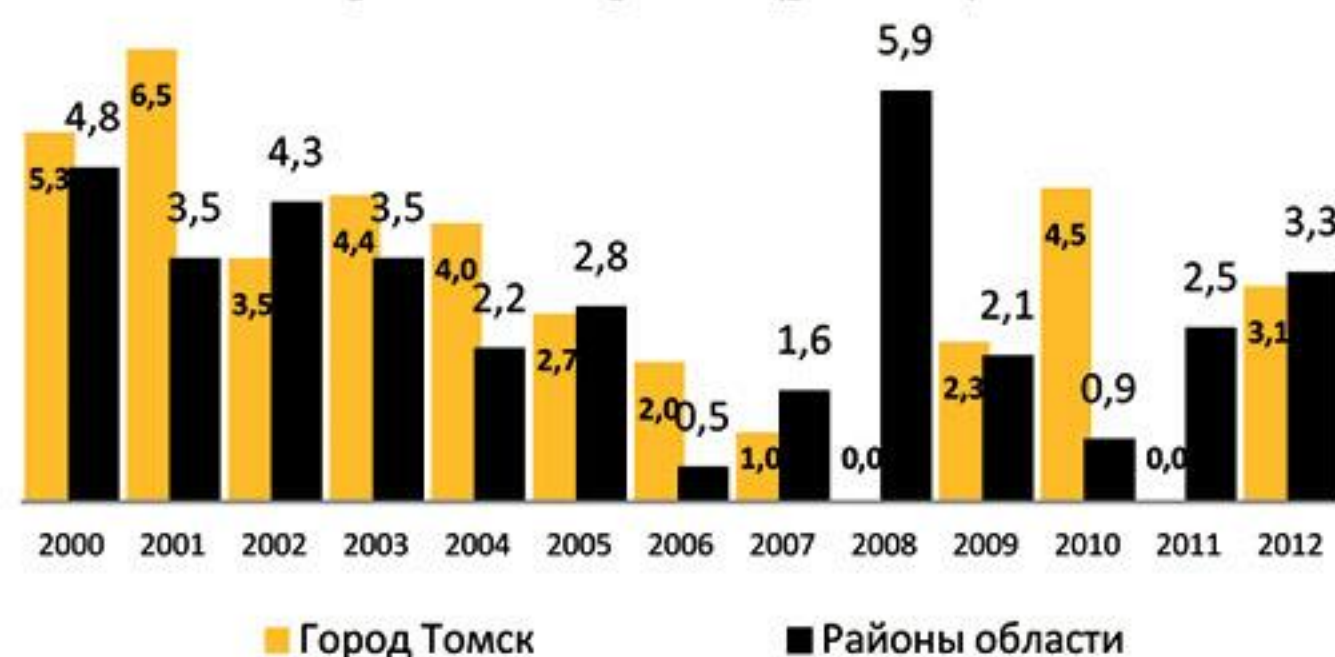


Рис. 39. Прерывание ХТ среди впервые выявленных пациентов, имеющих положительный результат микроскопии мокроты, исключая МЛУ-ТБ, ГрС, %

Доля пациентов, прервавших ХТ по 4-му режиму, в ГрС после 2005-2006 гг. удерживалась в рамках 8-10%, что нам кажется реально достижимым целевым значением для всех подобных программ, которые стараются обеспечить 100%-ный охват лечением.

Анализируя долю прерывания ХТ по 4-му режиму среди пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в проект КЗС и проживающих в городе Томске, по сравнению с сельской местностью, отмечается меньшее число прервавших лечение в селе (рис. 40), за исключением когорт 2007 и 2008 г., когда больший показатель был выявлен среди городского населения (рис. 41).

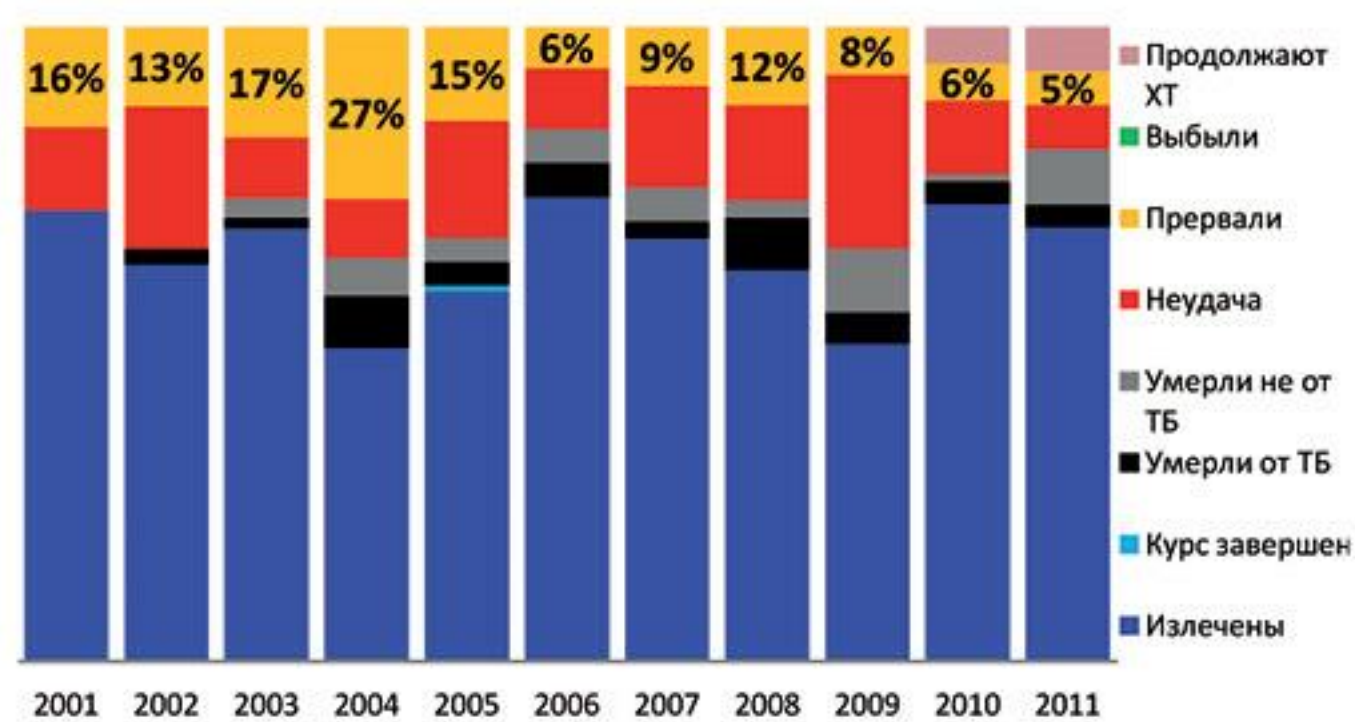


Рис. 40. Результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС, районы Томской области, %

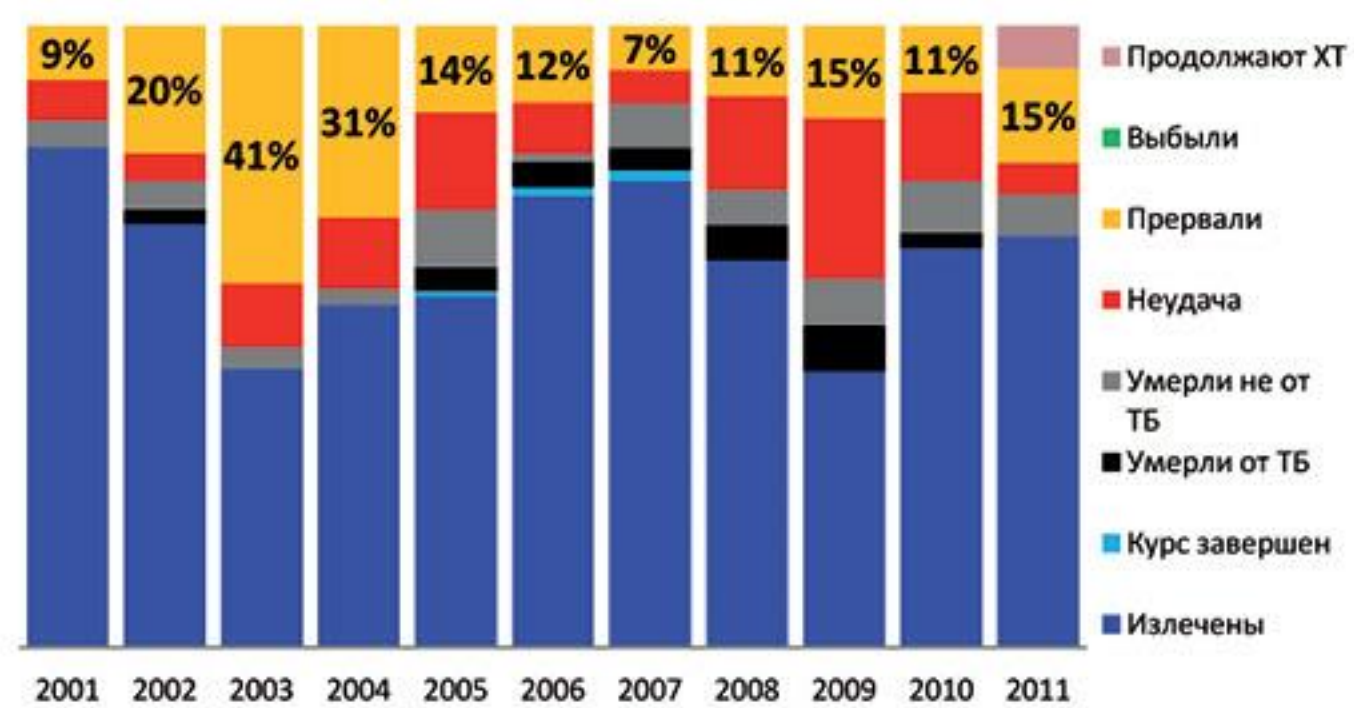


Рис. 41. Результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ, включенных в программу КЗС, г. Томск, %

Индикаторы

- Число ВИЧ-инфицированных, прошедших туберкулинодиагностику в ГрС/ПС.
- Число и процент больных ТБ и ВИЧ-инфицированных, получивших профилактическое лечение изониазидом в ГрС/ПС.
- с 2009 г. – число и процент больных ТБ и ВИЧ-инфицированных, получивших и окончивших профилактическое лечение изониазидом в ГрС/ПС.

Регистрация ВИЧ-инфицированных началась в Томской области в 1993 г., и число новых диагностированных случаев растет с каждым годом (рис. 42).

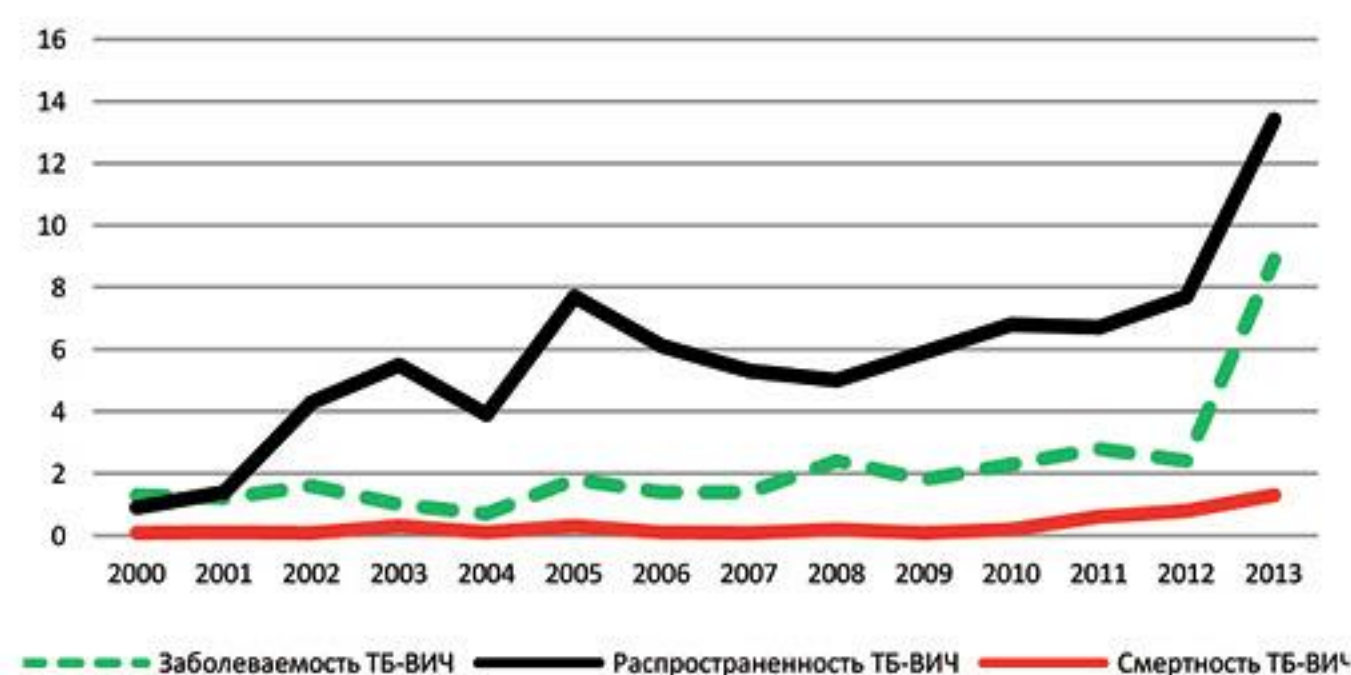


Рис. 42. Эпидемиологические показатели, ТБ-ВИЧ, на 100 тыс., ГрС, ТО

ВИЧ-инфицированные составляют одну из групп риска по ТБ из-за иммунной недостаточности. Считается, что у ВИЧ-инфицированного имеется 10%-ный шанс заболеть ТБ за один год, а незараженного ВИЧ – 10%-ный шанс за всю жизнь. При анализе эпидемиологических данных Томского областного центра Анти-СПИД (центр МЗ и СР для лечения ВИЧ-инфицированных и контроля за эпидемией) сделано предположение, что ВИЧ-инфицированные умирают от ТБ чаще, чем по каким-либо другим причинам. Кроме того, Центром был отмечен рост числа больных, диагностированных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ.

В 2005 г. в рамках гранта ГФ 3-го раунда была внедрена комплексная программа взаимодействия противотуберкулезной службы и СПИД-центра, целью которой стало снижение заболеваемости туберкулезом ЛЖВ на территории Томской области (гг. Томск и Стрежевой).

Все участники программы с 2005 по 2013 г.:

- Томский областной центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями (центр Анти-СПИД).
- ТОПТД.
- Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская больница г. Стрежевой» (МУЗ ГБ).
- Представительство благотворительной организации ПВИЗ, Томский региональный не-

коммерческий благотворительный Фонд «Томск-АнтиСПИД».

ОРГАНИЗАЦИЯ СКРИНИНГА НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВЫЯВЛЕНИЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛЖВ

С целью сокращения посещений амбулаторных противотуберкулезных учреждений и уменьшения контакта ВИЧ-инфицированных с больными туберкулезом на базе СПИД-центра организован прием врача-фтизиатра, для чего выделено 0,5 ставки врача-фтизиатра, оборудован кабинет приема, проведено лицензирование СПИД-центра по виду деятельности «фтизиатрия». Ведет прием врач-фтизиатр противотуберкулезного учреждения, который не только оказывает помощь ВИЧ-инфицированным, но и координирует взаимосвязь между службами.

В случае если больной проживает в одном из районов Томской области и не имеет возможности приехать в СПИД-центр, расположенный в г. Томске, он обращается в кабинет профилактики инфекционных заболеваний близлежащих больниц. В г. Стрежевом, учитывая его отдаленность от областного центра и высокую заболеваемость ВИЧ-инфекцией, на базе городской больницы создан консультативно-диагностический кабинет для диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных, работающий в тесном взаимодействии с кабинетом фтизиатра.

Всем ВИЧ-инфицированным, вновь выявленным и состоящим на диспансерном учете, проводится флюорографическое обследование при выявлении, если с момента предыдущего обследования прошло более 6 мес., затем 2 раза в год. Плановое флюорографическое обследование ВИЧ-инфицированных проводится бесплатно на базе амбулаторных противотуберкулезных учреждений. Пациенты, проходя диспансерный осмотр у врача-инфекциониста СПИД-центра, получают направление на прохождение флюорографии, выписанное врачом-фтизиатром. Важным моментом является то, что пациенту не нужно возвращаться за результатом исследования, его за-

бирает врач-фтизиатр СПИД-центра. Результаты флюорографии изучаются врачом-фтизиатром сразу после получения. Врач-фтизиатр ведет прием в СПИД-центре только 3 раза в неделю, при выявлении изменений на флюорограмме он в кратчайшие сроки по телефону сообщает патронажной медсестре СПИД-центра о полученных результатах и дает поручение о необходимости вызова пациента на дообследование в амбулаторное противотуберкулезное учреждение. Флюорокартотека на ВИЧ-инфицированных находится в противотуберкулезном учреждении у врача-фтизиатра, осуществляющего консультирование ВИЧ-инфицированных в СПИД-центре. Кроме того, результаты флюорограмм дублируются в СПИД-центре в компьютерной программе по учету ВИЧ-инфицированных и в учетной форме № 30 «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Кроме того, с 2005 г. на площадке СПИД-центра осуществлялась постановка пробы Манту с 2 ТЕ при взятии на учет и состоящим на учете ЛЖВ, у которых ранее результат пробы был отрицательным.

С 2010 г. поменялся алгоритм отбора подлежащих. Определение с 2010 г.: подлежащие тесту Манту – все впервые выявленные с ВИЧ пациенты + уже состоящие на учете с ВИЧ-инфекцией пациенты и не прошедшие туберкулинодиагностику (проба Манту) в течение последнего года + диагностические больные с подозрением на ТБ, но не чаще чем раз в 6 мес. (исключение составляют те, у кого в прошлом была гиперергическая реакция). Туберкулинодиагностика стала проводиться при постановке на учет, затем 1 раз в год, за исключением лиц с гиперергическими пробами в анамнезе. В связи с этими изменениями уровень подлежащих с 2010 по 2013 г. увеличился в среднем в 2 раза, а охват снизился в среднем на 6%, несмотря на возросшее количество проведенных тестов в 2 раза по сравнению с предыдущими годами (рис. 43, 44). Основное число неохваченных туберкулинодиагностикой ЛЖВ за 2010-2013 гг. составили жители г. Стрежевой, расположенного на севере Томской области, которые являются труднодоступными слоями населения для медицинских работников из-за вахтового метода работы.

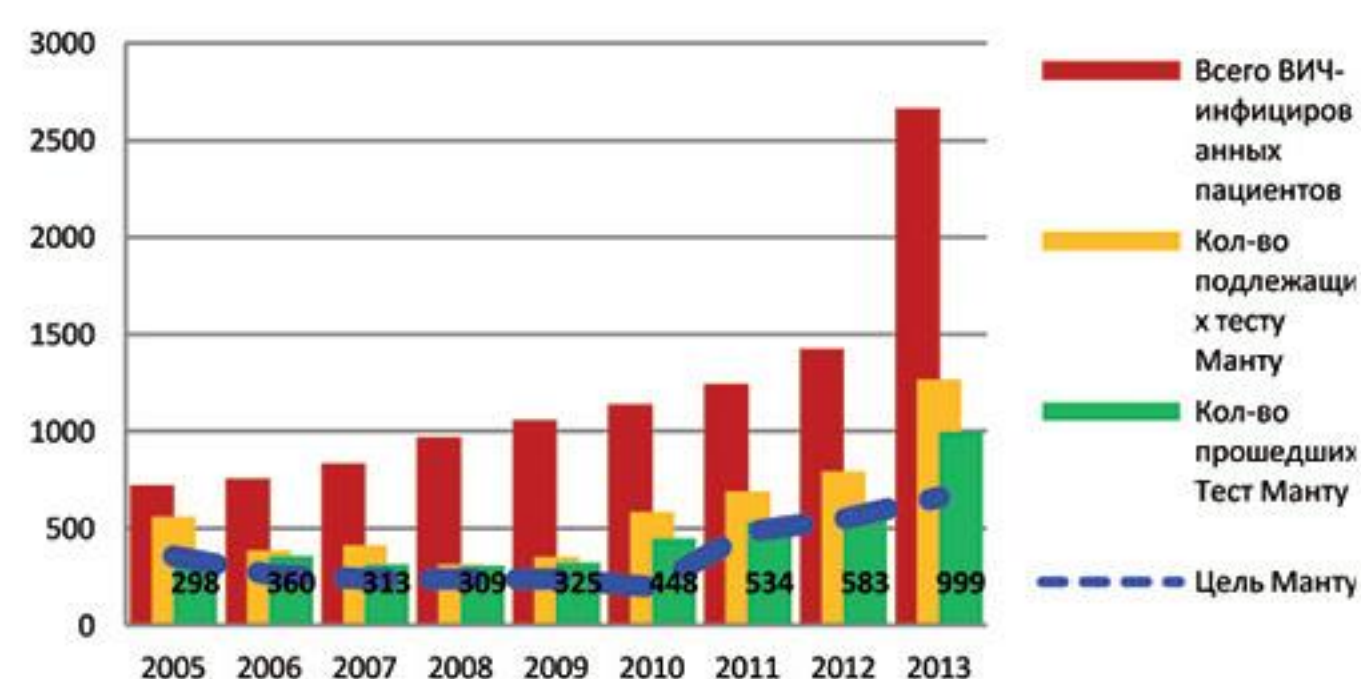


Рис. 43. Тестирование ВИЧ-инфицированных пациентов, ГрС

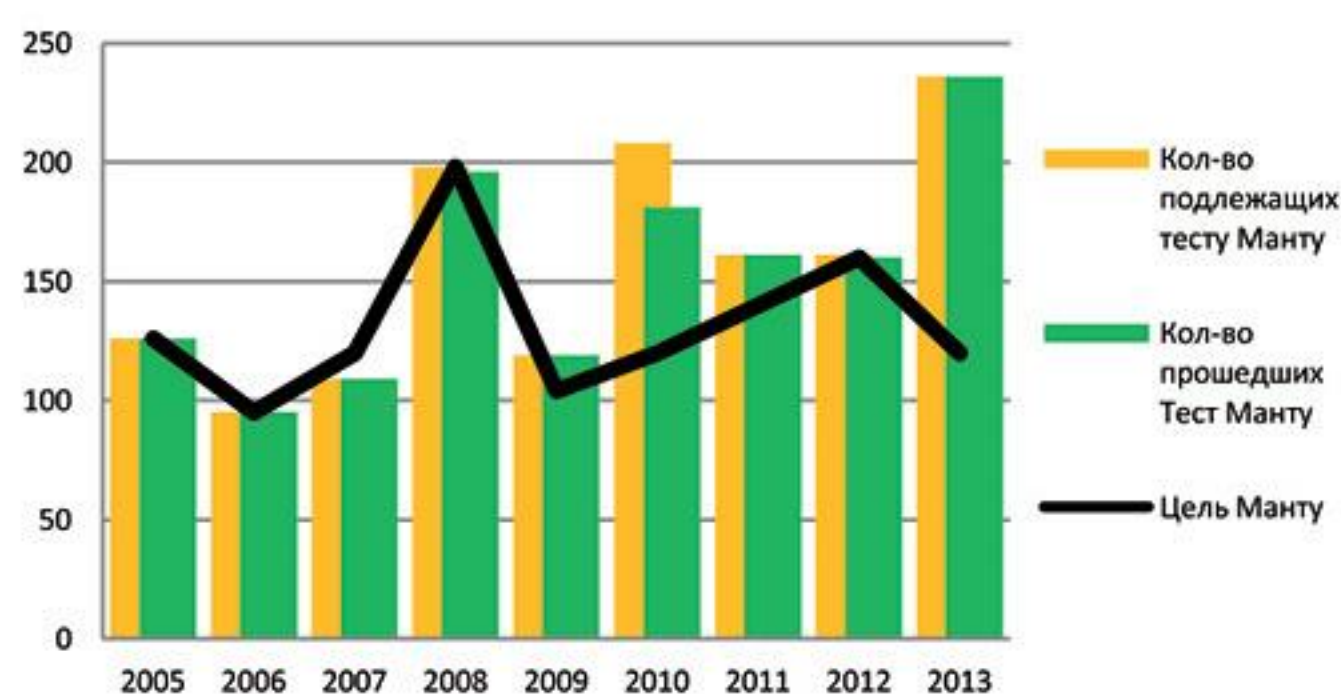


Рис. 44. Тестирование ВИЧ-инфицированных пациентов, ПС

До 2010 г. тесту подлежали все впервые выявленные с ВИЧ + состоящие на учете ЛЖВ, но с отрицательной пробой в анамнезе (после получения 1 положительной пробы пациента исключали из группы подлежащих).

При выявлении положительной реакции на пробу Манту (папула 5 мм и более) либо при наличии папулы менее 5 мм, но при получении уровня CD4 клеток < 200 кл/мкл, пациент направляется к врачу-фтизиатру СПИД-центра для прохождения дообследования с целью исключения случая активного туберкулеза. Выясняется наличие возможных симптомов туберкулеза: кашель, повышение температуры, ночная потливость, потеря массы тела, боли в грудной клетке, проводится перкуторное, аускультативное обследование больного. В случае необходимости дообследование проводится на базе амбулаторного противотуберкулезного учреждения: рентгенологическое обследование органов грудной клетки, по возможности компьютерная томография, проба с диаскин-тестом, при наличии мокроты – исследование мокроты (микроскопия, посев, ПЦР с использованием GeneXpert с 2012 г.). Кроме того, практикуется госпитализация в отделение диагностики стационарного противотуберкулезного учреждения для уточнения диагноза. Более подробный алгоритм обследования и оценки результатов изложен в приложении 4.

С целью повышения приверженности пациентов к прохождению скрининга на туберкулез с начала реализации Гранта ГФ (2005 г.) организована выдача продуктовых наборов: один – при постановке реакции Манту, второй – через 3 сут при чтении результата пробы Манту. Стоимость двух продуктовых наборов составляла 75 руб.

СКРИНИНГ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП

Благодаря присоединению к участникам программы БФ «Томск-АнтиСПИД» с 2010 г. стал возможным охват скринингом на туберкулез лиц, относящихся к группам риска (потребители инъекционных наркотиков, мигранты, работники коммерческого секса), среди которых также были

ЛЖВ. Основной задачей мероприятий было увеличить охват профилактическими обследованиями на туберкулез лиц, относящихся к уязвимым группам, и тем самым обеспечить выявление туберкулеза на ранних стадиях и включение больных в государственные программы лечения. БФ «Томск-АнтиСПИД» располагается в низкопороговом центре «Наша Клиника».

Все клиенты Фонда «Томск-АнтиСПИД», обратившиеся за услугами, проходили первоначальный скрининг на туберкулез по разработанному опроснику, который включал вопросы, касающиеся общего самочувствия, факторов риска и жалоб, подозрительных на туберкулез (температура, кашель, слабость, потливость, дата последнего обследования на туберкулез, наличие контактов с больным туберкулезом). После этого выдавалось направление на флюорографическое обследование в противотуберкулезную службу. Кроме того, все клиенты, проходившие флюорографическое обследование более года назад, также направлялись для прохождения флюорографического обследования. При наличии кашля у клиентов осуществлялся забор мокроты в центре «Наша Клиника» или во время аутрич-работы. После забора мокроты консультант оформлял направление на проведение микроскопии по форме, предоставленной противотуберкулезной службой, и транспортом Фонда образец мокроты доставлялся в лабораторию. Для представителей коммерческого секса чаще первым методом скрининга, помимо опроса, являлось проведение пробы с диаскинтестом. С этой группой клиентов основная работа проводилась на выездах посредством мобильного пункта. Получение положительного результата теста являлось мощным мотивационным фактором для прохождения дообследования в условиях противотуберкулезного диспансера.

В качестве мотивационных факторов для привлечения представителей групп риска к обследованию на туберкулез широко практиковались:

1. Аутрич-работа. Сотрудники Фонда «Томск-АнтиСПИД» 5 раз в неделю выезжали в места скопления представителей целевых групп (квартиры, притоны), проводили информационную работу по вопросам ТБ/ВИЧ, выявляли клиентов с жалобами, указывающими на туберкулез. В этом случае выдавали направление на флюорографическое исследование, у длительно кашляющих клиентов на месте забирали мокроту. Во время проведения аутрич-работы представители целевых групп получали брошюры и буклеты по вопросам ВИЧ/ТБ, средства защиты (презервативы, шприцы, иглы). С каждым из клиентов, имеющих туберкулез или ВИЧ-инфекцию, проводили работу по приверженности к лечению, в случаях необходимости сопровождали к врачу на плановое обследование.

2. Бесплатное и анонимное (без предъявления паспорта и полиса) флюорографическое ис-

следование по направлениям проекта и микроскопическое исследование образцов мокроты, взятых у клиентов на аутрич-выездах, в низкопороговом центре «Наша Клиника».

3. Выдача продуктовых (250 руб.) и гигиенических наборов (150 руб.) клиентам, прошедшим обследование.

4. Выезд специалистов и консультирование на месте, забор крови и проведение пробы с диаскинтестом, санпросветработа с клиентами по вопросам туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

5. Сопровождение клиента на этапе дообследования. По желанию клиента присутствие аутрич-работника при беседе с фтизиатром и другими специалистами.

Преимущества описанной организации выявления сочетанной патологии ВИЧ/ТБ:

- для диагностики используются все возможные методы выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных: флюорографическое обследование, постановка пробы Манту, рентгенологическое обследование органов грудной клетки, по возможности компьютерная томография, проба с диаскинтестом, при наличии мокроты – исследование мокроты (микроскопия, посев, ПЦР с использованием GeneXpert);

- обследование с целью выявления сочетанной патологии ВИЧ/ТБ проводится и в СПИД-центре, и в противотуберкулезной службе, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, и в неправительственных СПИД-сервисных организациях, и на дому;

- сокращается контакт ВИЧ-инфицированных с пациентами противотуберкулезных учреждений, больными туберкулезом;

- пациентам максимально облегчается процедура прохождения обследования: посещение флюорографического кабинета только один раз, проведение пробы Манту непосредственно в СПИД-центре;

- повышается приверженность к обследованию путем выдачи продуктовых, гигиенических наборов, проездных билетов;

- отработана система эффективного взаимодействия и сотрудничества государственных служб по контролю ВИЧ и ТБ и Фондом «Томск-АнтиСПИД», что позволяет более оперативно решать вопросы диагностики, лечения сочетанной патологии у пациентов; благодаря привлечению общественных организаций увеличивается охват обследованием на ТБ наиболее уязвимых групп и тем самым обеспечиваются выявление туберкулеза на ранних стадиях и своевременное включение больных в государственные программы лечения;

- созданы условия для получения и распространения информации по диагностике, профилактике ВИЧ/ТБ среди уязвимых групп: организована и проводится системная аутрич-работа в местах сбора потребителей инъекционных нар-

котиков, работников коммерческого секса, мигрантов; проводится консультирование «равный равному»; налажено системное обучение аутрич-работников, добровольцев, «равных консультантов» по вопросам ТБ/ВИЧ; издана и распространяется профилактическая печатная продукция по вопросам ТБ/ВИЧ; проводится консультирование всех желающих по вопросам ТБ и сочетанного ВИЧ/ТБ в Центре «Наша Клиника».

Результаты выявления туберкулеза среди уязвимых групп:

– В 2010 г. обследовано на туберкулез всеми методами (флюорографически, пробы Манту и с диаскинтестом, микроскопия мокроты) 619 человек, из них у 6 человек впервые выявлен туберкулез, в том числе 3 случая МЛУ-ТБ. Выявляемость туберкулеза на 1 000 обследованных составила 14 чел. против 0,7 в общей популяции.

– В 2011 г. обследовано 576 человек, из них у 7 диагностирован активный туберкулез, в том числе 2 случая МЛУ-ТБ. Выявляемость туберкулеза на 1 000 обследованных составила 15 чел. против 0,6 в общей популяции.

– В 2012 г. обследовано 844 человека, среди них выявлено 6 случаев активного туберкулеза. Выявляемость туберкулеза на 1 000 обследованных составила 7,6 чел. против 0,5 в общей популяции.

– В 2013 г. обследовано 687 человек, из них у 8 установлен диагноз активного туберкулеза, в том числе 3 случая МЛУ-ТБ. Выявляемость туберкулеза на 1 000 обследованных составила 11,6 чел. против 0,6 в общей популяции.

ХПР ТУБЕРКУЛЕЗА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СРЕДИ ЛЖВ

При выявлении у ВИЧ-инфицированных латентной туберкулезной инфекции врачом-фтизиатром СПИД-центра назначается химиопрофилактическое лечение. С целью оптимизации процедуры назначения ХПР специалистами противотуберкулезной службы и СПИД-центра был разработан четкий алгоритм оценки результатов обследования лиц, состоящих на учете с ВИЧ (приложение 1). При назначении ХПР учитывается не только результат пробы Манту, но и уровень CD4⁺-лимфоцитов, наличие контактов с больными туберкулезом, принадлежность к группам риска.

ХПР проводится в СПИД-центре под наблюдением врача-фтизиатра, врача-инфекциониста и непосредственным контролем среднего медицинского персонала отдела диспансерного наблюдения и лечения. Схема ХПР: изониазид 600,0 мг + рифампицин 600,0 мг 3 раза в неделю в течение 4 мес. Препараты для ХПР поступали из противотуберкулезного учреждения.

Данная схема ХПР была введена в практику в 2004 г. перед началом реализации проекта «Сни-

жение риска заражения туберкулезом ВИЧ-инфицированных пациентов в Томской области» на основании проведенных исследований и разработанных рекомендаций проф. Эдварда Нарделла, Гарвардская медицинская школа («ПВИЗ»). Схема была согласована с руководителем Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ России О. П. Фроловой. Основная причина, по которой не рекомендовалось применение одного изониазида, – формирование высокого уровня устойчивости к данному препарату у впервые выявленных больных в Томской области (32%). Кроме того, при использовании только изониазида курс профилактического лечения у ВИЧ-инфицированных составляет 9 мес., что создает сложности за контролем приема противотуберкулезных препаратов. В связи с этим в схему профилактики был добавлен рифампицин. Данные рандомизированного плацебоконтролируемого исследования по использованию результатов ХПР у ВИЧ-инфицированных пациентов в Уганде (NEJM 337:801, 1997) показали эффективность использования изониазида и рифампицина в течение 3 мес. в 59% случаев. С целью отслеживания побочных эффектов химиопрофилактического лечения проводятся опрос и осмотр пациента при каждом посещении, а также общий и биохимический анализ крови в первый месяц 1 раз в 2 недели, далее в среднем 1 раз в 3-4 недели.

В качестве мотивации к прохождению полного курса ХТ использовались такие мероприятия, как:

1. Раннее выявление и своевременное купирование побочных эффектов на ПТП. Закупка симптоматических средств в рамках ГФ.

2. Предупреждение перерывов в ХПР. В случае неявки пациента для получения противотуберкулезных препаратов для ХПР патронажная сестра связывалась с ним по телефону и выясняла причины неявки. Если невозможно связаться с пациентом по телефону, она выезжает на дом для выяснения причин неявки пациента и выдает дневную дозу ПТП для исключения перерыва в химиопрофилактическом лечении. При этом медицинская сестра проводит беседу с пациентом о важности регулярного приема препаратов и необходимости явки в СПИД-центр для их получения. При наличии у пациента объективных причин, не позволяющих ему получать препараты в СПИД-центре, решается вопрос о доставке препаратов на дом, определяется удобное для пациента время посещения медицинской сестрой.

3. Привлечение врача-психолога и социального работника к работе с пациентами, прервавшими лечение.

Выдача продуктовых наборов после приема суточной дозы ПТП. Стоимость проднабора в среднем с 50 руб. в 2006 г. поднялась в 2010 г. до 75 руб. и в 2012-2013 гг. составила около 160 руб.

4. Снабжение проездными билетами на муниципальный транспорт, что облегчало проезд пациента к СПИД-центру и снижало затраты на дорогу.

5. Практиковалось привлечение общественных организаций (БФ «Томск-АнтиСПИД»), работающих с потребителями инъекционных наркотиков, работниками коммерческого секса и др., для розыска пациентов, «оторвавшихся» от лечения, для сопровождения в период лечения (доставка лекарственных препаратов, продуктов питания, сопровождение на контрольные обследования, консультации специалистов).

6. В случае отказа пациента от химиопрофилактического лечения заполняется форма по отрывам от ХПР. На еженедельном заседании врачебной комиссии СПИД-центра, в работе которой принимают участие врач-инфекционист и врач-фтизиатр, обсуждается тактика ведения пациентов, имеющих пропуск приема ПТП для ХПР, выясняются причины перерывов в лечении и намечается план дополнительных мероприятий для предотвращения дальнейших пропусков.

Мониторинг числа ВИЧ-инфицированных, обследованных на туберкулез, вновь выявленных больных с сочетанной патологией ВИЧ/ТБ, а также химиопрофилактического лечения подлежащих контингентов проводился еженедельно на заседаниях врачебной комиссии СПИД-центра (результаты мониторинга фиксировались в протоколах заседаний комиссии), ежемесячно при заполнении отчетной формы «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ», ежеквартально на совещаниях у главного врача СПИД-центра с ведением протокола и заполнением формы квартальной отчетности по организации выявления и лечения больных туберкулезом. Ежегодно заполняется статистическая форма № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией».

Снижение охвата ХПР с 2011 г. связано с несколькими факторами (рис. 45, 46). Начиная с 2005 г. в области доминировал половой путь передачи инфекции. В связи с этим изменился контингент вновь выявляемых ВИЧ-инфицированных: социально адаптированные, работающие пациенты. В 2009 г. вновь отмечался рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, связанной с употреблением наркотиков: доля наркотического пути передачи возросла с 26,1% в 2008 г. до 81,3% в 2013 г. Среди ВИЧ-инфицированных доминировали пациенты, употребляющие героин, введение наркотика практиковалось 1-3 раза в неделю. Большинство потребителей наркотиков были социально адаптированы, имели работу, были привержены к наблюдению и лечению. С конца 2012 г. в Томской области начали преобладать синтетические наркотики, так называемые «соли», обладающие выраженным

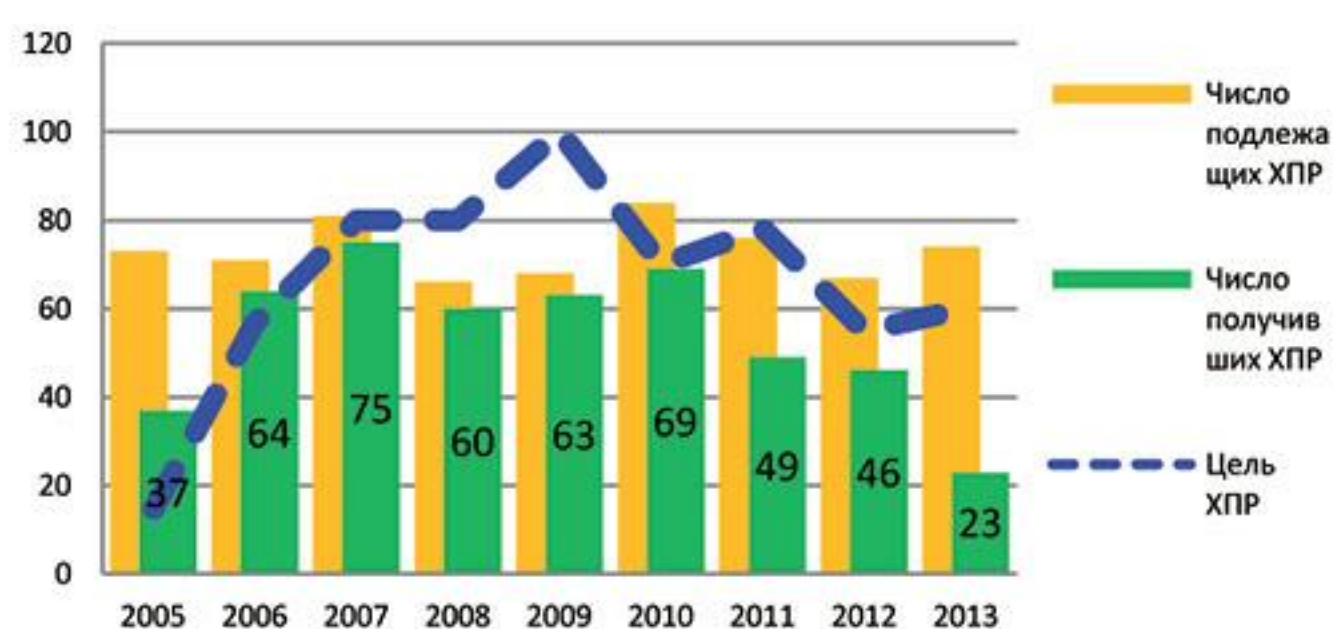


Рис. 45. Число подлежащих и набранных на ХПР, ГрС, ТО

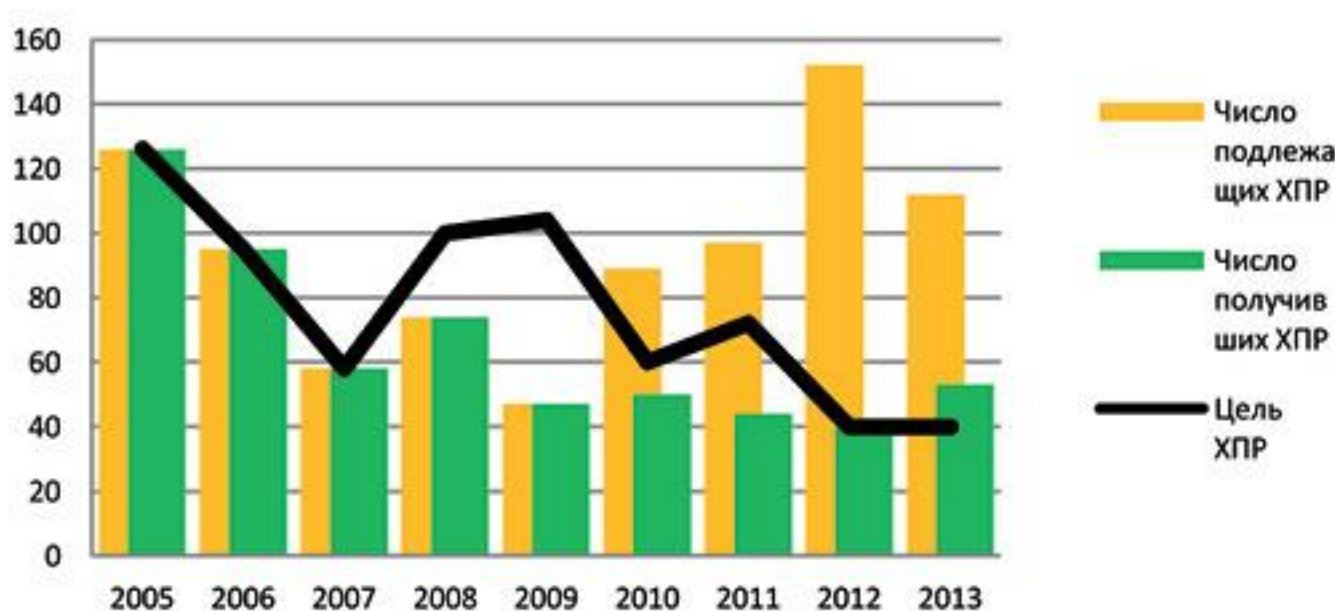


Рис. 46. Число подлежащих и набранных на ХПР, ПС, ТО

токсическим действием, быстро нарушающим физическое и психическое состояние пациентов. Поведение ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков стало более агрессивным, они обращались в СПИД-центр в состоянии эйфории либо, наоборот, депрессии, наблюдались снижение памяти и интеллекта, дезориентация во времени и пространстве. В связи с этим пациенты, нуждающиеся в проведении химиопрофилактического лечения туберкулеза, не в состоянии осмыслить полученную информацию, адекватно на нее реагировать, многие категорически отказывались от лечения, зачастую разыскать пациента было невозможно, так как место его нахождения неизвестно.

Кроме того, несомненно влияние экономического кризиса. Это обусловило изменение социального состава ВИЧ-инфицированных: в 2008 г. доля неработающих пациентов составила 29,2%, в 2013 г. – 45,3%.

Пациенты с наркотической зависимостью имеют целый ряд особенностей поведения и проблем, что сказывается на обеспечении охвата диспансерным наблюдением больных данной категории. У них на первом плане стоит зависимость от наркотиков, нередко криминальный образ жизни, их увольняют с работы, исключают из учебного заведения. Наличие у больного ВИЧ-инфекции приводит к разрыву отношений в семье, с близкими. Нередко пациенты имеют низкую мотивацию к поддержанию своего здоровья и саморазрушающее поведение. В большинстве своем больные отказываются от лечения по причине нежелания «принимать химию», часть пациентов не хочет часто являться в центр за препаратами. В боль-

шинстве случаев продуктовый паек не является достаточной мотивацией к регулярному посещению центра. Приоритеты для наркоманов совсем иные.

Большинство пациентов имеют проблемы материального и социального характера. Центр АнтиСПИД находится слишком далеко от центра города. К тому же увеличилась стоимость проезда, в том числе в муниципальном транспорте.

До 70% ВИЧ-инфицированных имеют хронические вирусные гепатиты В и С, в связи с этим нередко отказываются от профилактического приема ПТП, так как боятся их негативного влияния на печень.

Значительный рост числа подлежащих произошел в основном за счет старых пациентов – не явка на диспансерный прием.

Также отмечается влияние на общую ситуацию со стороны г. Стрежевой, так как большинство ЛЖВ, состоящих на учете в клинко-диагностическом кабинете, имеют вахтовый метод работы.

Определенной сложностью является тот факт, что пациент начинает ХПР на фоне хорошего самочувствия, а на препараты появляются побочные эффекты. Нередко пациенты не хотят продолжать ХПР даже при назначении препаратов для купирования побочных эффектов, не поддаются на уговоры.

Эффективность ХПР латентной туберкулезной инфекции оценивалась по регулярности и своевременности приема ПТП и по отсутствию заболевания туберкулезом в течение 1 года после проведения химиопрофилактического лечения среди набранных пациентов (рис. 47, 48).

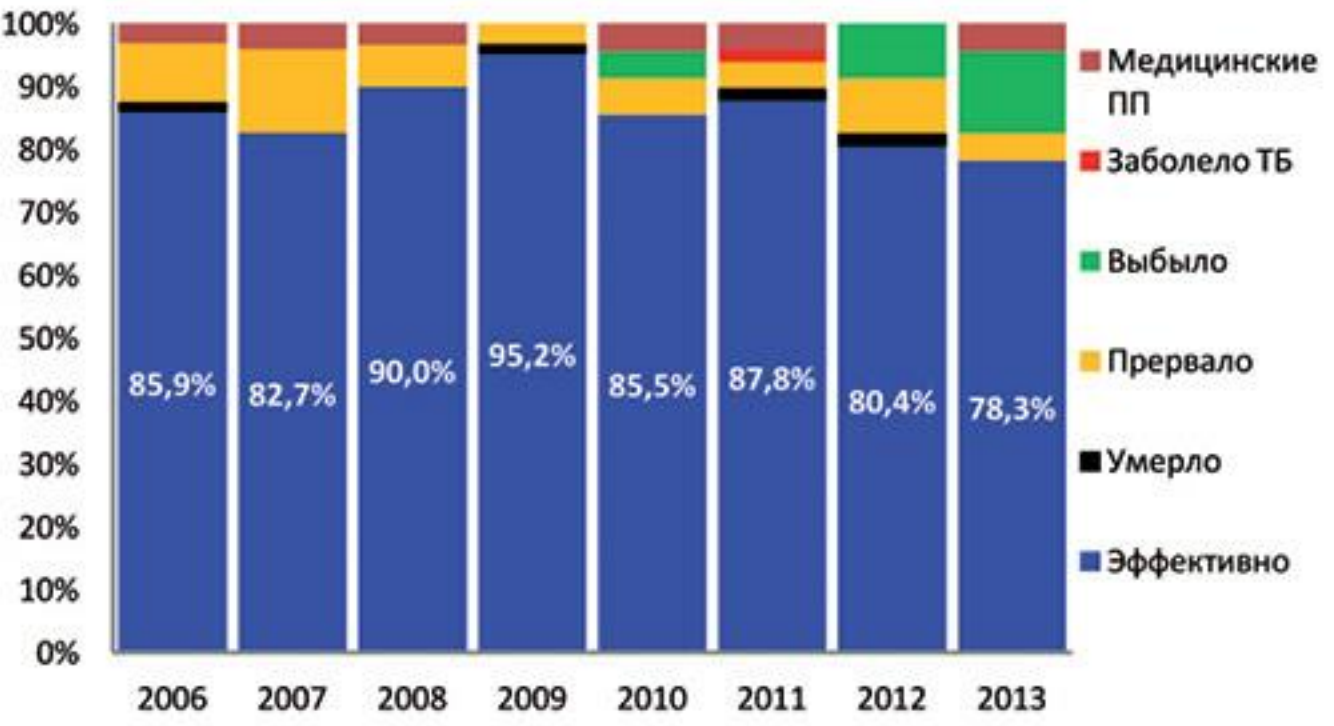


Рис. 47. Исходы ХПР, ГрС,ТО (%)

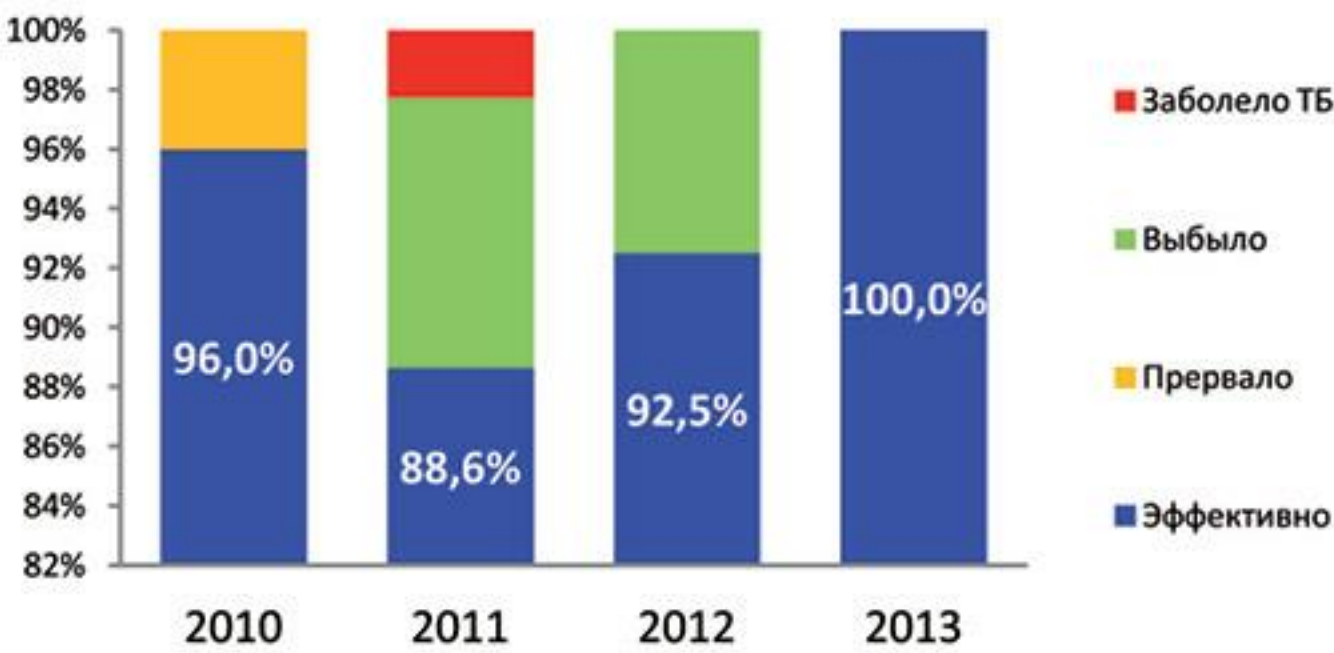


Рис. 48. Исходы ХПР, ПС, ТО (%)

Всего с 2006 по 2012 г. химиопрофилактическому лечению латентной туберкулезной инфекции подлежало 513 человек, взято на профилактическое лечение 426 (83%) человек, из них 334 (78,4%) – прошли полный курс ХПР. Из числа лиц, получивших полный курс химиопрофилактического лечения, заболели туберкулезом в течение 1 года после его окончания только 4 человека. Среднегодовой процент лиц, заболевших туберкулезом в течение года после ХПР, составил $1,1 \pm 0,3\%$, среднегодовой показатель заболевших туберкулезом из числа лиц, не получивших ХПР, составил $2,2 \pm 0,2\%$. Таким образом, пациенты, получившие химиопрофилактическое лечение латентной туберкулезной инфекции, статистически достоверно болели туберкулезом в 2 раза реже, чем ВИЧ-инфицированные, не получавшие ХПР.

По мед. показаниям отменялась ХПР в случае развития лекарственного гепатита тяжелой степени тяжести – у 3 больных, при развитии побочных эффектов в виде генерализованных высыпаний – у 3 пациентов.

С 2010 г. программные мероприятия расширены обучающими мероприятиями.

Обучение медицинских работников вопросам лечения ЛУ-ТБ у ВИЧ-инфицированных больных

В связи с наметившейся тенденцией к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Томской области к концу 2009 г. стали актуальными вопросы диагностики, особенности клинического течения и ведения пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ. Так, в период значительного снижения количества CD4-лимфоцитов (менее 200 клеток/мкл) туберкулез характеризуется нетипичным клинко-рентгенологическим синдромом комплексом и полиорганным поражением [4, 5]. Особенно сложно заподозрить и выявить туберкулез при отсутствии изменений на рентгенограммах. Персонал противотуберкулезной службы, проводящий диагностику туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, должен быть подготовлен по вопросам течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в зависимости от степени иммуносупрессии. С этой целью проводилось обучение врачей-фтизиатров, врачей-инфекционистов, врачей ОЛС особенностям клинического течения, диагностики и лечения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией. С 2010 по 2013 г. состоялось четыре 2-дневных обучающих семинара с участием ведущих специалистов в области ТБ/ВИЧ России и дальнего зарубежья.

Доля фтизиатров и инфекционистов, прошедших обучение по вопросам сочетанной патологии ВИЧ/ТБ, составила 90% от числа работающих в регионе. С 2010 по 2013 г. проведено 4 двудневных тренинга.

В целях улучшения взаимодействия служб по контролю туберкулеза и ВИЧ-инфекции для оказания помощи больным с ВИЧ и туберкулезом, в том числе являющимся потребителями инъекционных наркотиков, на постоянной основе было организовано проведение двухдневных семинаров-тренингов для медицинских специалистов, социальных работников, сотрудников Томского регионального некоммерческого благотворительного Фонда «Томск-АнтиСПИД» (фонда «Томск-АнтиСПИД») по темам: «Нужды и потребности представителей уязвимых групп. Барьеры на пути получения комплексной помощи, пути их преодоления», «Особенности профилактической работы с уязвимыми группами», «Особенности консультирования по вопросам ТБ/ВИЧ представителей

уязвимых групп», «Эффективные стратегии работы с уязвимыми группами». С 2010 по 2013 г. проведено всего 18 тренингов.

Все семинары в рамках программы ГФ проводились на базе СПИД-центра, учреждений противотуберкулезной службы, неправительственных СПИД-сервисных организаций, лечебно-профилактических учреждений.

Распространение знаний о туберкулезе среди групп населения

Проводилось оказание информационной помощи населению о туберкулезе (путях заражения, профилактике и лечении): распечатка и распространение листовок и брошюр; распечатка постеров.

ТРУДНОСТИ И УРОКИ ВНЕДРЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ТБ/ВИЧ

1. Сложности индуцирования мокроты у потребителей инъекционных наркотиков, в связи с этим основным методом скрининга в этой группе является флюорография. Для эффективного скрининга на ТБ среди представителей уязвимых групп необходимо использовать все возможные методы выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных: флюорографическое обследование, постановка пробы Манту, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, по возможности компьютерная томография, пробы с диаскинтестом, при наличии мокроты – исследование мокроты (микроскопия, посев, ПЦР с использованием Gene Xpert).

2. Гибкость алгоритма скрининга на ТБ, сотрудничество с некоммерческими организациями (БФ), вовлечение в работу аутрич-работников, низкий порог «входа» в программу (для прохождения скрининга не нужны полис, паспорт), мотивационные наборы обеспечивают большой охват представителей целевой группы, эффективное выявление ТБ в сложнодоступных для медработников группах населения и передачу пациента на лечение в государственное противотуберкулезное учреждение.

3. Организация тесного сотрудничества противотуберкулезной службы и СПИД-центра по обследованию на ТБ ЛЖВ и ХПР позволяет сократить посещение амбулаторных противотуберкулезных учреждений и снизить контакт ВИЧ-инфицированных с больными туберкулезом.

4. Сложности привлечения и удержания пациентов на химиопрофилактическом курсе ТБ. Даже выдача продуктовых наборов после приема суточной дозы ПТП, обеспечение ежемесячными проездными билетами на общественный транспорт, мотивирующие консультации психологов, усилия соц. работников не оказывают значительного влияния на приверженность к ХПР, если пациент является активным потребителем инъекционных наркотиков.

5. Сложности мониторинга хода программы в отдаленных районах (г. Стрежевой). Необходимо осуществлять выезды с оценкой мероприятий на местах. С 2011 г. отмечается снижение набора в программу подлежащих ХПР в связи с урежением мониторинговых визитов из-за уменьшения объемов финансирования по ГФ.

6. В связи с тем, что основное население в г. Стрежевой работает вахтовым методом, есть риск преждевременного прерывания ХПР или проведения ХПР на самоконтроле пациента.

Содействие исследованиям является одним из компонентов стратегии ГФ, что включает программные исследования на основе программы и исследования по внедрению новых инструментов в практику. Была признана важность операционных исследований в улучшении борьбы с ТБ, и операционные исследования данных анамнеза послужили инструментом для разработки основных стратегий по борьбе с ТБ.

Содействие операционным исследованиям является одним из важнейших компонентов томской программы (РФ), которая финансировалась грантом ГФ через МНФ. ГФ, будучи организацией, осуществляющей финансирование, признает необходимость операционных исследований и принял предложенные нами рамки проведения исследования, которые охватывали ряд местных проектов по борьбе с ТБ.

Цели исследования:

- 1) оценка стоимости лечения ТБ в стационаре, амбулаторно и на дому;
- 2) анализ программы сотрудничества по ТБ/ВИЧ;
- 3) скрининг на ТБ и инфицирование *M. tuberculosis* среди социально уязвимых слоев населения в Томске, а именно среди потребителей инъекционных наркотиков и ЛЖВ.

Были сделаны предложения, какие шаги нужно предпринять, чтобы лучше ориентировать операционное исследование на его цель, что могло бы помочь улучшить борьбу с ТБ на местном уровне и послужить рекомендациями для международной политики. Описание программ 2 и 3 и основные результаты подробно представлены в соответствующих главах отчета.

Оценка стоимости лечения в стационаре, амбулаторно и на дому

Целью исследования являлась оценка стоимости лечения лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого ТБ в различных учреждениях г. Томска: туберкулезной больнице, дневном стационаре, процедурном кабинете и на дому («стационар на дому» и программа «Спутник»), последующее информирование разработчиков политики о более эффективном использовании бюджета.

Методы: данные о ежегодных затратах (подробные, включая заработную плату персонала, здание, оборудование, транспорт, питание и другие статьи бюджета) и перечень персонала в каждом отделении были запрошены у Томской областной противотуберкулезной службы (диспансер) и Томской областной туберкулезной больницы. Были учтены все источники финансирования (бюджет и гранты). Для оценки распределения рабочего времени персонала, работающего на несколько от-

делений, были проведены собеседования. Данные о пациентах и времени пребывания в каждом отделении, частоте бактериологических исследований были получены из базы данных Томского противотуберкулезного диспансера. Была осуществлена произвольная проверка карт больных для оценки объема биохимических исследований для различных видов лечения. Аптека представила данные о ежемесячном потреблении ПТП.

Все затраты на лечение включали: зарплату персонала, расходы по капитальным вложениям (здания, установка системы вентиляции, оборудование и транспортные средства), операционные расходы (коммунальные услуги, техническое обслуживание зданий/транспортных средств, ремонт оборудования и расходные материалы), питание, ПТП и вспомогательные лекарственные средства, бактериологические, биохимические и инструментальные исследования, консультации узких специалистов, аптеку, административные расходы. Оценивались затраты на 1 мес. лечения для каждого отделения. Краткое описание результатов представлено ниже (табл. 12, 12а).

Итоговые затраты на лечение были выше всего в стационаре из-за высоких затрат на персонал, коммунальные услуги, техническое обслуживание здания, затрат на столовую и административных расходов.

Лечение в стационаре на дому было несколько дороже по сравнению с лечением в процедурном кабинете (на 12% выше для категории I и на 20% выше для категории IV), но ниже по сравнению с лечением в дневном стационаре (на 21% дешевле для категории I и на 13% дешевле для категории IV) и лечением в стационаре (на 58% дешевле для категории I и на 40% дешевле для категории IV). Обычно лечение в стационаре на дому используют для больных, которые не могут передвигаться и посещать диспансер, а также для больных, нарушающих режим лечения, что может привести к риску прерывания лечения или неудачи в лечении. Опубликованные результаты исследований показывают, что больные предпочитают лечиться на дому, и результаты лечения лучше у тех, кто лечился на дому. Согласно экономическому анализу, проведенному нами, более эффективно лечение в стационаре на дому, рекомендуется больным предоставлять возможность самим выбрать, где лечиться.

Подход, ориентированный на пациента, применяемый в программе «Спутник», подразумевает лечение в том месте и в то время, которое удобно для пациента. Консультации проводятся специалистами на дому у больного, в программе «Спутник» число пациентов ограничено. Таким образом, у персонала программы достаточно времени для

Таблица 12

Средние ежемесячные затраты на лечение по категории I (на 1 пациента)

Затраты (доллары США)	Туб. больница	Дневной стационар	Процедурный кабинет	Стационар на дому	Программа «Спутник»
Обеспечение лечения в отделении*	490,90	202,18	150,02	185,73	268,37
Препараты для лечения ТБ и побочных реакций†	15,87	15,87	15,87	15,84	15,87
Питание и социальная поддержка‡	228,43	125,94	53,22	53,22	59,52
Мониторинг лечения и побочных реакций§	62,06	77,44	77,44	77,44	104,27**
ИТОГО	797,26	421,43	296,55	332,23	448,03

Примечание: * Включая: зарплату персонала, расходы на капитальные вложения (здания, установка системы вентиляции, оборудование и транспортные средства), операционные расходы (коммунальные услуги, ГСМ, техническое обслуживание зданий/транспортных средств, ремонт оборудования, расходные материалы) и административные расходы.
† Средние затраты на лекарственные средства на 1 мес. лечения (на основе отчетов из аптеки).
‡ Стационар и дневной стационар также включают затраты на приготовление пищи (персонал, капитальные и операционные расходы, административные затраты).
§ Мониторинг лечения и побочных реакций включает регулярные бактериологические, биохимические и рентгенологические обследования, а также консультации узких специалистов.

Таблица 12а

Средние ежемесячные затраты на лечение по категории IV (на 1 пациента)

Затраты (доллары США)	Туб. больница	Дневной стационар	Процедурный кабинет	Штат «Стационара на дому»**	Программа «Спутник»**
Обеспечение лечения в отделении*	574,32	279,73	203,68	307,96	460,84
Препараты для лечения ТБ и побочных реакций†	177,06	177,06	177,06	177,06	177,06
Питание и социальная поддержка‡	239,42	193,56††	67,35	67,35	72,90
Мониторинг лечения и побочных реакций§	66,79	82,17	82,17	82,17	109,00
ИТОГО	1057,59	732,52	530,26	634,54	819,80

Примечание: * Включая: зарплату персонала, расходы на капитальные вложения (здания, установка системы вентиляции, оборудование и транспортные средства), операционные расходы (коммунальные услуги, ГСМ, техническое обслуживание зданий/транспортных средств, ремонт оборудования, расходные материалы) и административные расходы.
† Средние затраты на лекарственные средства на 1 мес. лечения (на основе отчетов из аптеки).
‡ Стационар и дневной стационар также включают затраты на приготовление пищи (персонал, капитальные и операционные расходы, административные затраты).
§ Мониторинг лечения и побочных реакций включает регулярные бактериологические, биохимические и рентгенологические обследования, а также консультации узких специалистов.
** Лечение проводилось дважды в день для 90% пациентов категории IV.
†† Пациенты, лечившиеся по категории IV, получали продуктовые наборы дополнительно к горячему питанию, которое готовил персонал столовой дневного стационара.

взаимодействия с больными. Программа «Спутник» самая дорогая их всех видов амбулаторного лечения, однако обычно к ней обращаются, если все другие формы лечения не смогли обеспечить адекватный прием препаратов пациентом. У ряда пациентов, получающих лечение по программе «Спутник», уже почти был зафиксирован исход «отрыв», после того, как они не получали ПТП несколько недель подряд. Пациенты, употребляющие алкоголь и наркотики, не способны соблюдать строгий график лечения, поэтому персонал программы «Спутник» тратит больше времени на их поиск каждый день. Программа «Спутник» охватывает большую территорию, включая весь город Томск и некоторые ближайшие поселения, поэтому на лечение одного больного приходится тратить больше рабочих часов и ГСМ. Но, тем не менее, стоимость лечения по программе «Спут-

ник» значительно ниже по сравнению с лечением в стационаре. Программа должна распространяться на всех больных, у кого нужно предотвратить такие исходы, как «отрыв» и «неудача в лечении».

Результаты лечения и наблюдение в течение 2 лет больных МЛУ-ТБ, включенных в лечение со 2 декабря 2004 г. по 6 апреля 2009 г.

Цели:

1. Изучение неудач в лечении и летальных исходов среди больных МЛУ-ТБ, включенных для лечения МЛУ-ТБ.
- А. Каковы причины растущих показателей неудачи в лечении в когорте за 2008-2009 гг. по сравнению с когортой 2006-2007 гг.? Результат ли это того, что стали включать больше больных с известными факторами риска неудачи, или причиной послужили неадекватный ре-

жим или плохое соблюдение режима лечения?

Б. Что происходит с теми, у кого выявлен исход «неудача в лечении», после того как лечение прекращено? Как долго они живут?

2. Долгосрочные результаты лечения для отрывов от лечения МЛУ-ТБ. Факторы, влияющие на стабильный отрицательный посев в течение двух лет после отрыва.

3. Сравнение исходов лечения и частоты побочных реакций у больных МЛУ-ТБ, страдающих сахарным диабетом, по сравнению с другими больными.

4. Сравнение исходов лечения и частоты побочных реакций у больных МЛУ-ТБ, страдающих гепатитом В/гепатитом С, по сравнению с другими больными.

5. Сравнение исходов лечения и частоты побочных реакций у больных МЛУ-ТБ, страдающих психическими заболеваниями, по сравнению с другими больными.

6. Оценка исходов лечения и частоты побочных реакций у больных МЛУ-ТБ в зависимости от результата теста AUDIT (*тест на определение зависимости от алкоголя*).

7. Оценка результатов лечения больных с тотальной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Методы и дизайн исследования

Было проведено ретроспективное исследование 1 174 больных МЛУ-ТБ, получавших лечение по индивидуальным режимам в рамках Томской программы по борьбе с ТБ со 2 декабря 2004 г. по 6 апреля 2009 г. В исследование были включены все больные, получавшие лечение по категории IV препаратами ГФ или Минздрава.

К настоящему моменту выполнены следующие задачи: 1) важная информация по МЛУ-ТБ с бумажных носителей введена в электронную базу данных томской противотуберкулезной службы ГрС и пенитенциарной системы; 2) запрошены недостающие бактериологические данные из всех лабораторий в области и включены в существующую электронную базу данных томской противотуберкулезной службы ГрС; 3) по каждому больному из электронной базы данных томской противотубер-



кулезной службы ГрС и пенитенциарной системы были получены демографические данные, информация о контактах, исходах лечения, побочных реакциях и пр.; 4) все переменные были проверены, недостающие – добавлены после ретроспективного обзора медицинских историй с использованием формы для сбора данных. Специально обученные лица собирали нужные данные из карт пациентов в Томске, Северске, сельских районах и пенитенциарной системе; 5) данные были дважды введены в новую разработанную базу данных.

В настоящий момент ведется следующая работа: 1) проверяются несоответствия введенных данных; 2) данные обрабатываются посредством идентификации показателей с нелогичным суждением или выходящими за рамки числами, с последующей повторной проверкой этой информации в первоисточнике (карты пациентов).

ВЛИЯНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ГФ НА ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ КАРТИНУ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Реализация проекта ГФ в Томской области привела к следующим результатам:

1. ТЛЧ проводился 99-100% пациентов в области. Бактериологические лаборатории областного противотуберкулезного диспансера и пенитенциарной системы получили совпадения результатов по ФСВОК в 95-100% случаев.

2. Охват пациентов, выявленных с МЛУ-ТБ, лечением препаратами 2-го ряда КЗС увеличился в ходе проекта ГФ. Например, в ГрС с 49,8% до 2005 г., в среднем до 76,3% в 2005-2009 гг. и до 87,7% в 2010-2013 гг.

3. Более 90% впервые обнаруженных случаев и рецидивов с ПР-ТБ, выявленных в ГрС в 2010-2013 гг., были взяты в проект ГФ и получили препараты 2-го ряда КЗС. В проект включено более 68% всех случаев с ПР-ТБ, имеющих в области в обоих секторах.

4. Уровень эффективного лечения пациентов с МЛУ-ТБ, вошедших в проект, в среднем составил 67% среди когорт 2005-2011 гг. в области. Пациенты с МЛУ-ТБ (без ШЛУ) оканчивали курс эффективно в 66% случаях в ГрС и в 82% в ПС в среднем в когортах 2005-2011 гг.

5. Все пациенты, независимо от режима лечения, получали высококачественное клиническое лечение и были охвачены различными мероприятиями по улучшению приверженности к лечению. Уровень прерывания лечения в ГрС среди пациентов с чувствительным ТБ был одним из самых низких в Российской Федерации (1-2%), а среди пациентов с МЛУ-ТБ – одним из самых низких в мире (8-9%).

6. Пациенты из уязвимых групп были охвачены специальными проектами, уникальными для Российской Федерации («Спутник», программа по выявлению, ХПР и лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией).

Отразились ли высокие результаты лечения на эпидемической ситуации в регионе?

В перечень индикаторов проекта ГФ входили и индикаторы «влияния на общее бремя ТБ в регионе», которые включали заболеваемость, смертность, распространенность и уровень успешного лечения пациентов. Целевые показатели глобальных индикаторов разрабатывались на основании целей партнерства «Остановить ТБ», согласно которым распространенность и смертность к 2015 г. в мире и регионе должны были быть снижены на 50% по сравнению с уровнем 1990-х годов [16]. Эти целевые показатели совпадали с целевым показателем № 8 задачи 6 Целей развития тысячелетия

(«Combat HIV/AIDS, Malaria and other diseases» of the Millennium Development Goals). Однако чуть позже эксперты в области ТБ согласились, что ожидания были немного завышены, поскольку пик эпидемии был в 2001-2003 гг. и пришелся на страны Восточной Европы и СНГ, находившиеся в затишном переходном периоде.

По мнению экспертов, более «достижимыми» целевыми показателями были следующие:

- Снизить показатель «распространенности» до 130-140 на 100 тыс. населения.
- Снизить показатель «смертности» до 8-10 на 100 тыс. населения.
- Добиться снижения показателя заболеваемости до 4% ежегодно (согласно расчетам Chris Dye [17]). Поскольку пик заболеваемости в томской области пришелся на 1999 г., а не 2001-2003 гг., то этот уровень был взят как исходный (117,6 на 100 тыс. населения), и целевой показатель составил 76 на 100 тыс. к 2015 г.

Действительно, по сравнению с уровнем 1999-2000-х гг., общая картина бремени ТБ в Томской области улучшилась (рис. 49). Заболеваемость снизилась к 2013 г. до 67,6 на 100 тыс. населения, а смертность – до 6,3 на 100 тыс. населения в области (ГрС и ПС). Распространенность в 2013 г. составляла 87,3 на 100 тыс. населения, что оказалось гораздо лучше прогнозов экспертов.

Очевидно, что ситуация улучшалась во всех регионах Российской Федерации. Сравнивая показатели Томской области с аналогичными в Сибирском федеральном округе и в Российской Федерации в целом, можно отметить, что темпы улучшения показателей были выше в Томской области.

Заболеваемость снизилась до 57,5% уровня 1999 г. (рис. 50), а смертность – 27,9% уровня 1999 г. (рис. 51), в то время как общероссийские средние показатели составляли 73,9 и 56,5% со-

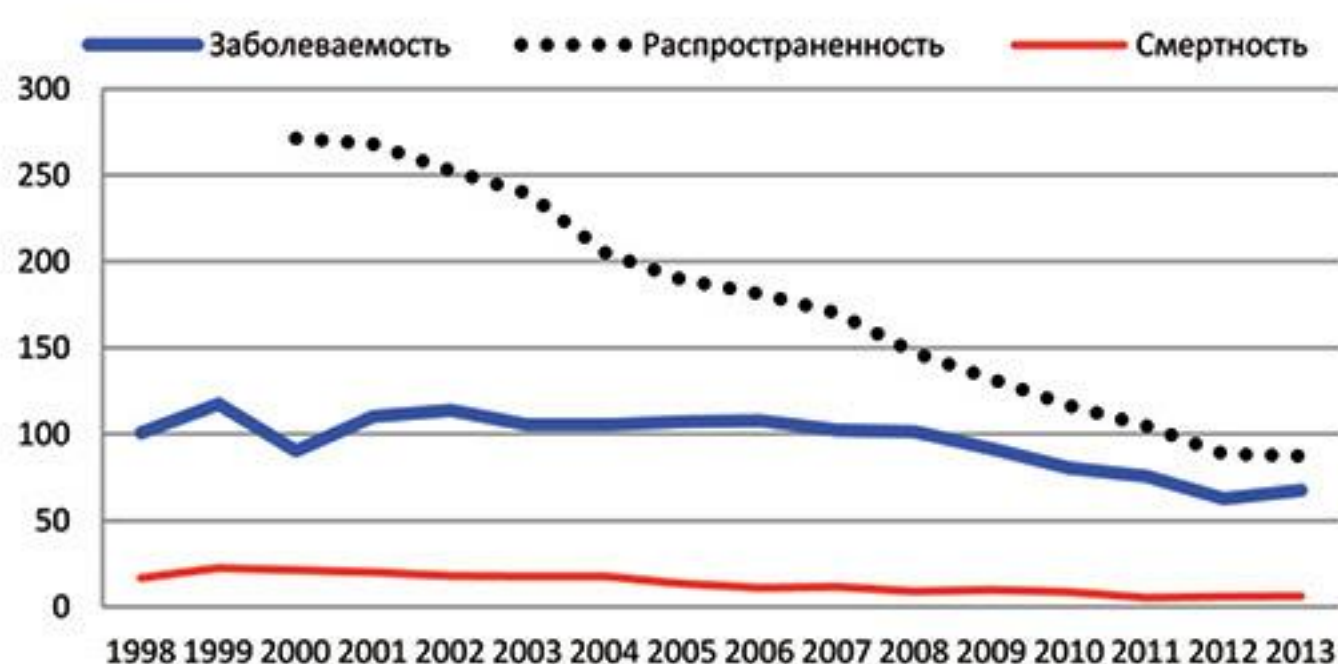


Рис. 49. Заболеваемость, распространенность и смертность от ТБ в ТО, 100 тыс. населения

[16] Stop TB Partnership and World Health Organization. Global Plan to Stop TB 2006-2015.

[17] Dye C., Watt C. J., Bleed D. M. et al. Evolution of tuberculosis control and prospects for reducing tuberculosis incidence, prevalence, and deaths globally // JAMA. – 2005. – Vol. 293. – P. 2767-2775.

ответственно. Показатели Сибирских регионов в среднем были еще хуже. Смертность стала очевидно снижаться после первых шагов по программе КЗС в 2000-2001 гг. по сравнению с сибирскими и общероссийскими показателями и явно снизилась после 2004 г. во всех регионах.

Темпы снижения «глобальных» показателей были выше в период внедрения гранта ГФ по сравнению с темпами в 2000-2004 гг., когда программа была ограничена в ресурсах, в наборе пациентов и делала свои первые шаги (табл. 13, 13а).

Однако, сравнивая томские темпы снижения показателей с сибирскими и общероссийскими, следует отметить, что разница в целом в 2000-

2004 гг. была более очевидной по сравнению с 2004-2009 и 2010-2013 гг.

Общее число пациентов с сохраняющимся бактериовыделением на конец года снизилось более чем в 2 раза по сравнению с 2000 г. (рис. 52). При этом, в отличие от 2000 г., в настоящее время большинство этих пациентов находятся на лечении полноценным набором ПТП 2-го ряда.

Уровень показателя «заболеваемость МЛУ-ТБ» в ГрС снизился после 2004 г. и составляет около 6 случаев в год на 100 тыс. населения (рис. 53). Уровень заболеваемости МЛУ-ТБ в ПС зависит в большей степени от поступающих заключенных, однако достаточно стабилен в последние годы.



Рис. 50. Изменение заболеваемости ТБ по отношению к уровню 1999 г., %

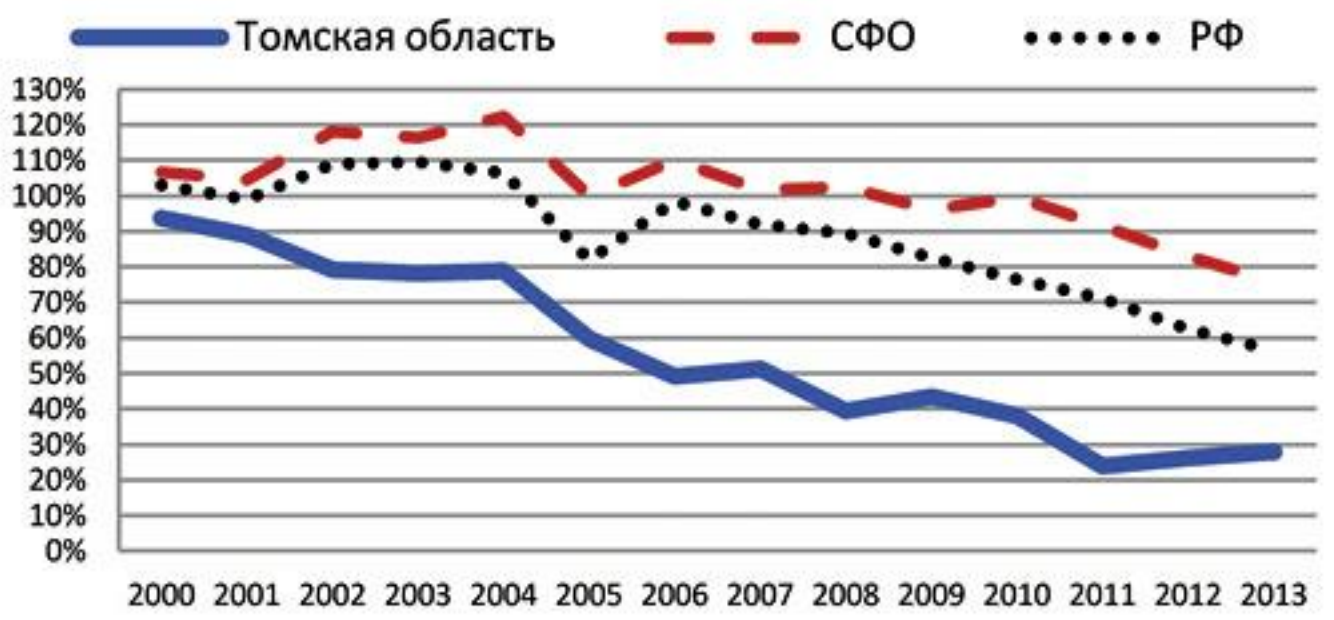


Рис. 51. Изменение смертности ТБ по отношению к уровню 1999 г., %



Рис. 52. Число бактериовыделителей на конец года, ГрС, ТО

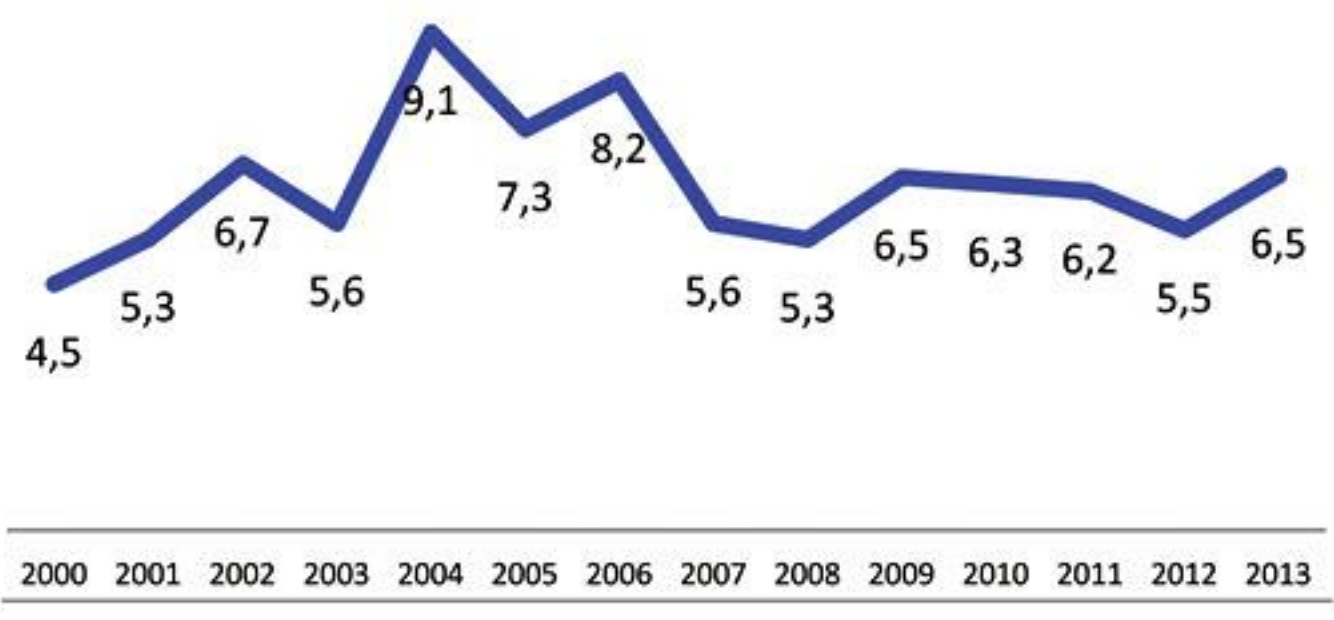


Рис. 53. Заболеваемость МЛУ-ТБ, ГрС, ТО, на 100 тыс. населения

Таблица 13

Темпы изменения показателя заболеваемости (текущий год – предыдущий год/предыдущий год)

Территория	Данные 1999 г.	Данные 2000-2004 гг., среднее в год	2000-2004 гг. в целом	Данные 2004-2009 гг., среднее в год	2004-2009 гг. в целом	Данные 2010-2013 гг., среднее в год	2010-2013 гг. в целом
Томская область	117,6	-1,0%	-5,2%	-2,7%	-13,6%	-6,8%	-27,4%
СФО	126,4	0,8%	4,0%	-0,3%	-1,7%	-3,7%	-19,9%
РФ	85,2	-0,4%	-2,2%	-0,1%	-0,5%	-4,5%	-26,2%

**Темпы изменения показателя смертности
(текущий год – предыдущий год/предыдущий год)**

Территория	Данные 1999 г.	Данные 2000-2004 гг., среднее в год	2000-2004 гг. в целом	Данные 2004-2009 гг., среднее в год	2004-2009 гг. в целом	Данные 2010-2013 гг., среднее в год	2010-2013 гг. в целом
Томская область	22,6	-4,6%	-22,9%	-10,1%	-50,6%	-8,4%	-33,4%
СФО	28,6	4,3%	21,3%	-4,2%	-21,2%	-8,0%	-22,4%
РФ	20	1,4%	6,9%	-4,0%	-20,0%	-10,0%	-36,0%



Было опрошено 33 участника проекта: медицинские сестры, врачи стационарного и амбулаторного этапов и кураторы сельского направления, заведующие и представители руководящего состава.

По мнению ключевых участников проекта ГрС и ПС, основные задачи проекта ГФ в 2005-2013 гг. были следующими:

1. Организация контролируемого лечения.
2. Лечение пациентов, страдающих МЛУ-ТБ.
3. Улучшение приверженности к лечению, социальная поддержка, пациент-ориентированные подходы.
4. Учетно-отчетная документация.

По сравнению с этим периодом участники вспоминают, что до 2005 г. основной задачей было лечение пациентов с МЛУ-ТБ и налаживание бесперебойных поставок препаратов 2-го ряда (сотрудники и ТБ-службы и ПВИЗ), а также налаживание контролируемого лечения (по мнению сотрудников ТБ-службы).

Основные ожидания от проекта были связаны с набором в программу и обеспечением лечения пациентов, улучшением результатов лечения и общей эпидемической ситуации в области. «Я работала по накатанному, и любое новое воспринимается нерадостно, было трудновато все четко соблюдать. Но с приходом гранта мы надеялись, что пациентов-хроников можно будет лечить». Многие сотрудники надеялись на расширение программ

по приверженности к лечению. Эти ожидания отличаются от ожиданий в 2001 г., когда большинство сотрудников либо испытывали недовольство, ожидали «лишние обязанности и никакого результата», либо связывали проект с улучшением поставок препаратов для лечения МЛУ-ТБ.

С самого начала проекта для сотрудников ТБ службы было сложно принять и следовать новым схемам лечения пациентов с МЛУ-ТБ – «много препаратов, все сразу». Новая дополнительная учетно-отчетная документация вызывала раздражение. А в такие организационные нововведения, как административная комиссия по перерывам, проект «Спутник», и вовсе не верили.

Отношение сотрудников изменилось с появлением отдачи от новой деятельности: «отношение изменилось, когда увидели результаты: больше излеченных, меньше отрывов в городе, контроль лечения улучшил исходы». Сейчас все в работе равняется на «Спутник». Некоторые просто смирились и привыкли.

Несмотря на общее недоверие к новым мероприятиям, часть административного персонала с самого начала верила в необходимость и полезность контролируемого лечения, программ по приверженности, и отношение к этим мероприятиям в ходе проекта только улучшилось.

По мнению сотрудников ТБ-службы, проект 2005-2013 гг. оценивается на 3,4 балла по 5-балльной шкале – то есть «скорее достиг своих целей».

«Чего вы не ожидали, но это случилось»

Положительные:
• Значительно возрос уровень знаний каждого врача • Доктора стали относиться к пациентам более толерантно • Контролируемое лечение стало реальностью • Эффективность программы «Спутник» • Выраженное снижение эпидемиологических показателей
Отрицательные:
• Снизился престиж врачей • Многие испытывают синдром «эмоционального выгорания» • Увеличилась доля пациентов с МЛУ-ТБ, повысилась нагрузка • Мотивационные наборы стали обязанностью, пайки теперь пациентов не мотивируют, они их требуют • Негативное отношение сотрудников к внедряемым мероприятиям

Сотрудники ПВИЗ оценивают достижение проекта на 3,6 балла, при этом выделяя первую фазу проекта (2005-2009) как абсолютно точно достигшую заявленных целей.

На вопрос «чего вы ждали, и это случилось?» опрошенные ответили положительно. Отметили как улучшение ресурсного обеспечения и знаний, так и результатов лечения, в том числе и среди так называемых хронических случаев и общей эпидемической ситуации в целом, уменьшение количества пациентов в области. Характерно высказывание одного из участников: «При правильной организации помощи пациентам лечение успешно может закончить любой».

Интересные ответы получили на вопрос «чего вы не ожидали, но это случилось» – как положительные, так и отрицательные (табл. 14).

Среди упущенных направлений и возможностей опрошенные отмечали в основном те, которые не являлись прямыми направлениями гранта или во многом зависели от действий самой ТБ-службы, например: раннее выявление ограниченных форм ТБ, патогенетическое лечение МЛУ-ТБ (использование иммуномодуляторов), недостаточное использование препаратов для купирования побочных эффектов, развитие методов хирургии, совершенствование работы с пациентами, страдающими алкогольной зависимостью, развитие программ «Спутник» в селах. Причиной тому, по мнению одного из представителей администрации,

было «отсутствие единого видения целей и задач, плохой менеджмент внутри ТБ-службы».

С точки зрения сотрудников ПВИЗ, не были реализованы все возможности по лабораторной диагностике случаев ЛУ-ТБ, не стало идеальным и взаимодействие между амбулаторным и стационарными этапами лечения, мероприятия по приверженности не были внедрены в том объеме и с той эффективностью, как ожидалось.

По мнению опрошенных, наибольшие достижения были достигнуты по следующим направлениям (табл. 15).

Таблица 15

Наибольшие достижения

Направления	Достижение. Средний балл	Число респондентов, отметивших это направление как важное
1 – абсолютно точно не достиг, 2 – скорее не достиг, 3 – скорее достиг, 4 – достиг абсолютно точно, 5 – серьезно перевыполнил		
1. Улучшение качества лабораторных услуг	4,3	9
2. Программа по раннему выявлению в ОЛС	2,8	4
3. Лекарственное снабжение и управление/оборот	4,7	13
4. Набор всех пациентов с ЛУ возбудителя, независимо от их социальных характеристик	4,2	4
5. Улучшение качества клинического ведения пациентов с ЛУ (кол-во ПТП, длительность и т. п.)	4,3	10
6. Активное выявление побочных эффектов и их купирование	4,5	10
7. Улучшение качества клинического ведения пациентов с ЛУ возбудителя и сопутствующей патологией	4,3	7
8. Хирургия пациентов с ЛУ возбудителя	2,9	1
9. Инфекционный контроль. Разделение потоков	3,3	5
10. Контролируемое лечение для всех	4,5	12
11. Кураторские визиты в село, мероприятия по ведению сельских пациентов	4,6	6
12. Преимущество ПС – ГрС, больница – амбулаторный этап	4,4	6
13. Действия сотрудников по улучшению приверженности (поиск пациентов, мониторинг неприверженных, комиссия по перерывам)	4,7	11
14. Расширение лечения на дому	4,8	8
15. Проект «Спутник»	5,0	10
16. Прод. наборы, гигиен. наборы, проездные билеты и другие виды поддержки	4,8	14
17. Активность социальных работников ТБ-службы	4,3	7
18. Мероприятия/подпрограммы по усилению приверженности среди лиц с алконаркопроблемами	3,9	6
19. Мониторинг, учетно-отчетные формы, базы данных	4,8	3
20. Выявление и лечение ТБ/ВИЧ	4,0	4

Главными причинами успеха респонденты называют:

- 1. Правильно подобранный персонал и его обучение, мотивирование персонала, его заинтересованность.
- 2. Постоянный мониторинг и контроль мероприятий.
- 3. Правильная организация процесса работы, менеджмент.
- 4. Слаженная работа ТБ-службы Томской области и ПВИЗ. Помощь ПВИЗ как руководителя гранта, так и непосредственного исполнителя программ.
- 5. Бесперебойные поставки препаратов 2-го ряда, в том числе создание центрального склада препаратов. Финансирование.

Следующая группа вопросов касалась улучшения знаний и навыков сотрудников как возможных причин успеха проекта.

- 1 – нет знаний/навыков, не было прироста; 2 – минимальный прирост; 3 – стали такими же, как и в других областях; 4 – стали лучше, чем в других областях; 5 – серьезно улучшились, могу преподавать; 6 – не знаю.

В среднем большинство опрошенных считают, что и знания и навыки улучшились, в некоторых областях до уровня экспертного (табл. 16).

Таблица 16

Причины успеха

Направления	Знания	Навыки
Клиническое ведение пациентов с МЛУ-ТБ	4,5	4,6
Клиническое ведение пациентов с чувствительным ТБ	4,2	4,3
Организация контролируемого лечения в вашем учреждении/на вашей территории в области	4,9	4,8
Организация социальной поддержки	4,6	4,6
Организация «лечения на дому»/программа «Спутник»	4,7	4,7
Выявление и лечение ТБ/ВИЧ	4,3	4,3

Использовали ли вы вначале проекта в практике все те навыки и подходы на том же уровне, что и сейчас? «Нет», – ответили все респонденты, кроме руководителей ТБ служб ГрС и ПС. Потому что как раз не хватало знаний и опыта, которые появились после интенсивного обучения, внедрения и мониторинга, в том числе со стороны ПВИЗ.

И снова подавляющее большинство респондентов отметило, что если бы они обладали всеми ресурсами в 2000-х гг., они не смогли бы самостоятельно достичь тех же результатов, что и совместно с партнерскими организациями (кроме руководящего состава ТБ-службы).

Поскольку проект, по мнению опрошенных, был реализован на 3,4 балла по 5-балльной шкале, было интересно услышать ответы респондентов на

вопросы о причинах неудач и препятствиях в реализации проекта.

Одна из возможных причин недостижения результата – слишком завышенные цели и ожидания. Среди представителей ТБ-службы половина считает, что «все было обосновано». Другая половина считает, что были слишком высокими требования по «организации контролируемого лечения и эффективности лечения, по социальной поддержке, по пациент-ориентированному подходу и ведущей роли пациента, профилактике самовольного ухода из стационара и работе с пациентами, страдающими алкогольной зависимостью». Никто не упомянул индикаторы.

При ответе на вопрос о возможно более эффективном внедрении проекта сотрудники ТБ-службы в среднем поставили оценку «2» – скорее да, можно было. Несмотря на единое мнение докторов и администрации, медицинские сестры единогласно считают, что «абсолютно точно можно было добиться лучших результатов». Из того что могло бы усовершенствовать проект, респонденты отмечали обновление кадрового состава и повышение заработной платы, усиление руководства проектом и четкий контроль выполнения индикаторов, применение препаратов 3-го ряда и патогенетического лечения, а также хирургических методов лечения. Сотрудники ПВИЗ на этот вопрос ответили поровну – скорее да, и абсолютно точно – можно было.

Основные причины снижения эффективности лечения в когортах большинство сотрудников ТБ службы видят в расширенном наборе пациентов и увеличении доли пациентов с хроническим ТБ, ухудшении социальных характеристик – увеличении доли страдающих алкогольной и наркотической зависимостью и неумение работать с ними. Треть респондентов также винят в этом перебои с поставками ПТП 2-го ряда в 2009 г. Два сотрудника считают главной причиной низкий уровень управления, снижение контроля со стороны главного врача и заведующих.

Интересно, связывали ли отвечавшие предыдущие два вопроса между собой, считая, с одной стороны, что можно было добиться еще более высоких результатов и обвиняя в неудачах в основном состав пациентов. Ведь для полноценного снижения резервуара ТБ в области необходимо лечить всех пациентов, в том числе и больных хроническим ТБ. Большое количество хронических случаев в 2000-х гг. респонденты связывают с отсутствием препаратов 2-го ряда и неправильной организацией лечения (отсутствие контролируемого лечения и пациент-ориентированных мероприятий). Отношение респондентов к тому, что с самого начала проекта предлагалось брать на лечение и хронические случаи разделилось поровну: половина отрицательно относилась к такому решению («внутренний протест», «бесперспективно»), а половина считала, что нужно лечить. У половины опрошен-

ных с негативным отношением к возможности лечения хроников отношение к этому поменялось в ходе проекта, когда появились результаты. Практически все респонденты ответили, что, по их мнению, проект помог уменьшить резервуар туберкулезной инфекции в области.

На вопрос «какое было ваше отношение в самом начале проекта к тому, чтобы оказывать помощь неприверженным пациентам?», большинство респондентов гражданской службы ответило что «были опасения, неоднозначно, но это наша работа». И снова отношение поменялось от негативного к положительному. Примечательно высказывание одного из руководителей гражданской ТБ-службы: «Вначале я думала, не хочет лечиться – пусть умирает. Теперь – нет. К каждому пациенту можно найти подход. К каждому. Для этого нужно: 1) внимание мед. персонала; 2) выяснение причины низкой приверженности; 3) командная работа; 4) купирование побочных эффектов в полном объеме». Это мнение разделяют многие респонденты. Тем не менее для успешного лечения неприверженных к лечению пациентов необходимы:

1. Внимание медицинского персонала.
2. Командная работа.
3. Бесперебойность поступлений и наличие всех ПТП. Доступ к новым ПТП.
4. Выяснение причины низкой приверженности. Поиск мотивации в каждом конкретном случае.
5. Работа психолога.
6. Активное участие нарколога.
7. Купирование побочных эффектов в полном объеме.
8. Организация досуга в стационаре.
9. Социальная поддержка.
10. Пациент-ориентированные подходы. Недостаточно одного сопровождающего-спутника. Следует формировать большее количество бригад.
11. Успешный опыт других пациентов – равные консультанты.
12. Вознаграждение в конце курса лечения. Улучшение материального благополучия.
13. Ответственность пациента.
14. Закрытый стационар – изолировать на период запоя, в целях исключения употребления алкоголя. Работающий закон о принудительной госпитализации, принудительное лечение.
15. Хоспис.
16. Улучшение преемственности между всеми сторонами и СПИД-центром.

Необходимо отметить, что ПВИЗ предпринимала попытки внедрить или усилить большинство вышеперечисленных мероприятий в разные годы реализации проекта, кроме принудительной госпитализации.

«Должны ли мы бороться за неприверженных пациентов?», – спросили мы и получили в 100% случаев ответ «да».

В заключительной части вопросов о трудностях в реализации проекта мы спросили респондентов об их личном вкладе и их подпрограммах.

Половина респондентов ТБ-службы и только 17% сотрудников ПВИЗ считают, что им удалось реализовать все идеи и внедрить мероприятия, которые они планировали.

Из тех, кому не удалось внедрить запланированное, большинство отмечают недостаток финансирования как главный барьер. Среди препятствий отмечены также неприятие учетно-отчетной документации, низкая мотивация у коллег, у пациентов, а также организационные трудности. Помогали преодолевать эти трудности личное взаимодействие, смирение и принятие, а также обучающие программы и обсуждение проблем между собой и с сотрудниками ПВИЗ. Что же не удалось внедрить? Как ни странно, большинство высказавшихся по этому поводу сожалеют, что не удалось расширить программу «Спутник» в районы области, кроме того, выделяли сложности инфекционного контроля, а также наркологической помощи пациентам.

В ТБ-службе 16 из 17 респондентов считают, что их подпрограмма была эффективной. Учитывая предыдущие ответы по оценке всего проекта и эффективности отдельных направлений, скорее всего респонденты оценивают низко те направления, которые реализовывали их коллеги.

Какие же дополнительные ресурсы были нужны для того, чтобы преодолеть все эти трудности: «стабильная экономика в стране», «строительство новых типовых зданий», «помощь Департамента здравоохранения, финансы». Необходимо констатировать, что проект ГФ в этом помочь никак не мог.

Следующий блок вопросов касался уроков по итогам реализации проекта в Томской области.

Все респонденты считают, что мероприятия, внедренные в Томской области, могут быть внедрены в любом регионе России. Однако необходимо следующее:

1. Желание работать. Не только у руководителей, но и у исполнителей.
2. Политическая поддержка, в том числе подкрепленная финансированием из бюджета.
3. Подготовленная команда. Определенный уровень квалификации участников, желательно – опыт реализации грантов.
4. Привлечение международных НКО.

С точки зрения сотрудников Томской ТБ службы, каких-то особых подходов во внедрении такого проекта в Российских условиях не требуется.

На вопрос, что, по мнению респондентов, должно обязательно быть внедрено из вышеприведенных направлений, большинство опрошенных указало следующее (по мере убывания):

1. Лекарственное снабжение и управление/оборот.

2. Прод. наборы, гигиен. наборы, проездные и другие виды поддержки.
3. Улучшение качества лабораторных услуг.
4. Контролируемое лечение для всех.
5. Преемственность ПС – ГрС, больница – амбулаторный этап.
6. Улучшение качества клинического ведения пациентов с ЛУ возбудителя (количество ПТП, длительность лечения и т. п.).
7. Активное выявление побочных эффектов и их купирование.
8. Мероприятия/подпрограммы по усилению приверженности среди лиц с алконаркопроблемами.
9. Расширение лечения на дому.
10. Остальные мероприятия.

Несмотря на новые нормативные документы и распространение томского опыта в России, некоторые компоненты проекта до сих пор остаются спорными или непринятыми российской ТБ-службой, в том числе:

- Стационарзамещающие технологии. «Это дорого. Если руководитель – фтизиатр, то он понимает важность этих компонентов».
- Социальная поддержка, продуктовые наборы.
- «Пациент-ориентированные программы очень дороги».

Наиболее эффективными управленческими решениями в ходе проекта респонденты со стороны ТБ службы считают:

- Создание централизованного фонда лекарственных средств.
- Создание ОКЭК и Комиссии по перерывам.
- Расширение лечения на дому.
- Увеличение кураторских визитов.
- Мониторинг работы со стороны ПВИЗ.
- Создание программы «Спутник».
- Тройственные договоры со всеми участниками программы по мероприятиям.
- Внедрение специальных учетно-отчетных форм по мероприятиям.

В заключительной части опроса была затронута роль основного реципиента в реализации проекта.

Несмотря на рутинное восприятие сотрудников ПВИЗ как контролеров, сотрудники ТБ-службы выделили и другие стороны сотрудничества:

- «Очень большая. Во-первых их знания, опыт. В любом начинании должен быть преподаватель. Не всегда есть время читать литературу, а тут на обучении все дали, разработаны были клинические протоколы и алгоритмы – как поступить. Слово ПВИЗ было весомо».

- Методологическое сопровождение, связь с мировой научной общественностью.

- Менеджмент – общее руководство и координация.

Ниже представлена оценка респондентами из ТБ-службы участия сотрудников ПВИЗ в разных компонентах проекта (табл. 17).

В заключение мы приводим мнение респондентов – дало ли участие команды ПВИЗ проекту в Томске нечто большее, чем просто мониторинг выполнения гранта?

- Ресурсы. Знания. Опыт.
- Работа сотрудников ПВИЗ, как то – четкое планирование работы, новые подходы в работе, организационно-методическая помощь. Организация всего процесса.
- Работа бок о бок с сотрудниками ТБ-службы – организация социальной поддержки и преемственности, спутник, расширение лечения на дому. Именно медицинские сестры отметили – «практическая помощь в работе с пациентами».
- «Командная работа, взгляд со стороны очень важен. Большинство представителей ПВИЗ – фтизиатры».
- Благодаря ПВИЗ состоялось продвижение проекта в научном мировом сообществе, признание проекта и всех его участников на мировом уровне.
- «Не было бы ПВИЗ – не было бы и проекта», «ПВИЗ – локомотив проекта».

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПЫТА ТОМСКОЙ ПРОГРАММЫ В СФО И ДВФО

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России является одним из пяти в России и единственным за Уралом федеральным центром борьбы с туберкулезом. Зона курации ННИИТ – Сибирский и Дальневосточный федеральные округа, в которые входит 21 субъект Федерации, в том числе и Томская область, занимающие 66% территории России, где проживает 18% населения страны. С 2010 г. Новосибирский НИИТ является Сотрудничающим центром ВОЗ

по подготовке специалистов по борьбе с МЛУ-ТБ.

В течение 2011-2013 гг. Новосибирский НИИ туберкулеза принимал участие в реализации Томской областной комплексной стратегии по сокращению бремени ЛУ-ТБ.

Цель данного соглашения – оценка оказания противотуберкулезной помощи больным туберкулезом с МЛУ возбудителя; повышение уровня знаний специалистов по диагностике, инфекци-

Оценка участия сотрудников ПВИЗ

Направления	Средний балл 1 – очень незначительно/не было; 2 – незначительно; 3 – 50/50; 4 – хорошо/ высоко; 5 – очень значительно; 6 – не знаю
1. Улучшение качества лабораторных услуг	4,0
2. Программа по раннему выявлению в ОЛС	4,2
3. Лекарственное снабжение и управление/оборот	4,6
4. Набор всех пациентов с ЛУ, независимо от их социальных характеристик	4,6
5. Улучшение качества клинического ведения пациентов с ЛУ (количество ПТП, длительность лечения и т. п.)	4,5
6. Активное выявление побочных эффектов и их купирование	4,7
7. Улучшение качества клинического ведения пациентов с ЛУ и сопутствующей патологией	4,6
8. Хирургия пациентов с ЛУ возбудителя	3,0
9. Инфекционный контроль. Разделение потоков	4,1
10. Контролируемое лечение для всех	4,9
11. Кураторские визиты в село, мероприятия по ведению сельских пациентов	4,8
12. Преемственность ПС – ГрС, больница – амбулаторный этап	4,3
13. Действия сотрудников по улучшению приверженности (поиск пациентов, мониторинг неприверженных, Комиссия по перерывам)	4,8
14. Расширение лечения на дому	5,0
15. Проект «Спутник»	5,0
16. Прод. наборы, гигиен. наборы, проездные билеты и другие виды поддержки	4,9
17. Активность социальных работников ТБ-службы	4,4
18. Мероприятия/подпрограммы по усилению приверженности среди лиц с наркопроблемами	4,6
19. Мониторинг, учетно-отчетные формы, базы данных	4,6
20. Выявление и лечение ТБ-ВИЧ	4,5

онному контролю, лечению, мониторингу больных туберкулезом с МЛУ возбудителя.

В 2011 г. проводилось только обучение по мониторингу и клиническому ведению больных с МЛУ-ТБ, используя при разработке учебных материалов опыт Томской программы по туберкулезу. В последующие два года обучение совмещалось с контрольными мониторинговыми визитами в регионы. Это позволяло и выявлять наиболее слабые и проблемные области, и одновременно предлагать решение их во время проведения тренингов. Эффективность работы в этом случае была гораздо выше.

Основные проблемы при организации мониторинга и лечения больных с ЛУ возбудителя на территориях Сибири и Дальнего Востока, выявленные во время мониторинговых визитов:

- Состояние материально-технической базы не позволяет организовать отделения для больных МЛУ-ТБ в соответствии с требованиями.
- Не на всех территориях полноценно соблюдаются меры инфекционного контроля (вентиляция, разделение потоков, средства индивидуальной защиты).

- Недостаточно внимания уделяется выявлению туберкулеза методом простой микроскопии мокроты в учреждениях ОЛС.

- Ограничения бюджетов не позволяют на всех территориях внедрить ускоренные методы диагностики МЛУ-ТБ.

- Не всегда правильно и своевременно происходит перерегистрация больных на 4-й режим лечения.

- На большинстве территорий не ведутся отдельные журналы учета больных с МЛУ-ТБ, взятых на 4-й режим лечения.

- Не на всех территориях на должном уровне отработаны вопросы лекарственного менеджмента ПТП резервного ряда.

- Недостаточно организован контроль за приемом ПТП на амбулаторном этапе лечения.

- Медицинские карты лечения больных с МЛУ-ТБ 01-ТБ/у внедрены в основном на территориях, участвовавших в международных проектах.

- Не ведутся карты мониторинга побочных реакций у больных МЛУ-ТБ.

- Не проводится анализ исходов ХТ больных МЛУ-ТБ.

В рамках реализации соглашения осуществлялись выезды на территории Сибири и Дальнего Востока. В 2012 г. было сделано 9 выездов, в 2013 г. – 7 выездов.

За 2 года выездами охвачено 67% территорий СФО и 56% ДФО, что позволило оценить качество оказания противотуберкулезной помощи больным туберкулезом, в том числе с МЛУ возбудителя, выявить основные проблемы и определить пути их решения.

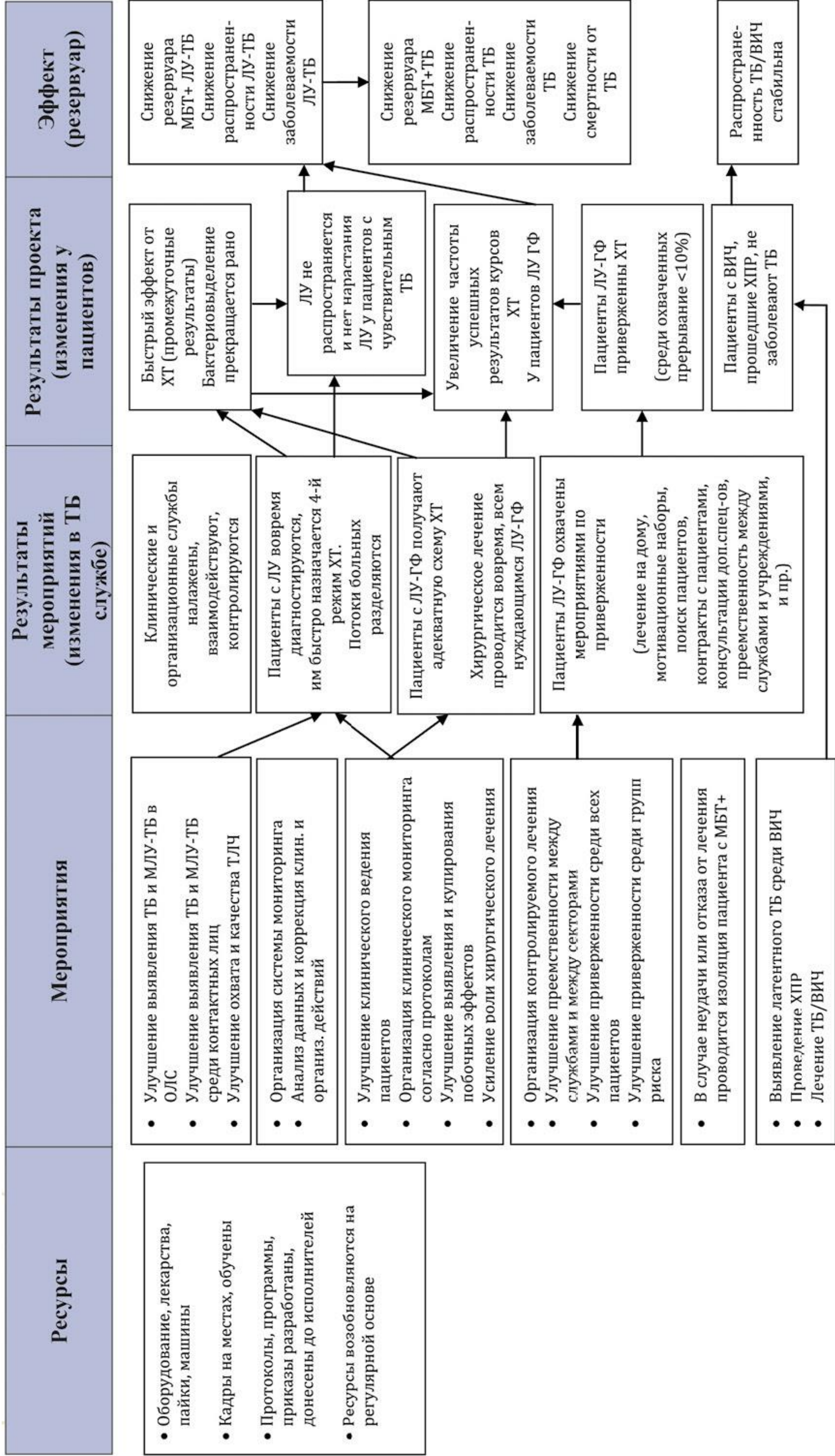
За три года совместной работы было организовано и проведено 26 обучающих мероприятий, на которых был обучен в общей сложности 1 431 специалист по лабораторной диагностике, по лечению туберкулеза, врачей общей практики.

Визиты и обучение в регионах были проведены в рамках гранта, направленного на распространение опыта программы Томской области, где ННИИТ выступал в качестве субреципиента гранта.

Команда оценки проекта

ФИО	Организация	Функции в ходе оценки
Таран Дмитрий Владимирович	ПВИЗ – Россия	• отвечает за оценку проекта • разрабатывает общую концепцию сбора данных • привлекает персонал для оценки • участвует в анализе данных • участвует в общей финальной оценке проекта • графически представляет данные • готовит конечный отчет по оценке для ГФ
Едильбаев Аскар Булатович	ПВИЗ – Бостон	• разрабатывает общую концепцию сбора данных • участвует в анализе данных • участвует в общей финальной оценке проекта • графически представляет данные • распространяет результат оценки на высоком уровне
Мишустин Сергей Павлович	ТБ-служба	• координирует сбор данных по ТБ-службе ТО • участвует в общей финальной оценке проекта • распространяет результат оценки на высоком уровне
Андреев Евгений Гаврилович	ПС	• координирует сбор данных по ПС ТО • участвует в общей финальной оценке проекта • распространяет результат оценки на высоком уровне
Чернов Александр Степанович	Центр СПИД	• координирует сбор данных по ВИЧ/СПИД, ТБ/ВИЧ • участвует в общей финальной оценке проекта • распространяет результат оценки на высоком уровне
Сироткина Ольга Борисовна	ТБ-служба	• корректирует методологию сбора данных • обеспечивает сбор данных • участвует в анализе данных
Сидоренко Наталья Юрьевна	Интервьюер	• обеспечивает проведение интервью с персоналом • обеспечивает транскрипцию на бумажный носитель
Ревакина Ольга Владимировна	ННИИТ	• корректирует общую концепцию сбора данных • участвует в верификации данных • участвует в анализе данных • участвует в общей финальной оценке проекта • обеспечивает сбор данных по территории сравнения • распространяет результат оценки на высоком уровне
Пономаренко Оксана Ивановна	ПВИЗ – Россия	• участвует в общей финальной оценке проекта • распространяет результат оценки на высоком уровне
Кобякова Ольга Сергеевна	ДЗТО	• координирует сбор данных вне компетенции ТБ-службы ТО • участвует в общей финальной оценке проекта • распространяет результат оценки на высоком уровне

Модель проекта



Участники опроса

ФИО	Организация, роль в проекте
Мишустин С. П.	ТБ-служба, главный врач до 2012 г., главный внештатный фтизиатр департамента здравоохранения Томской области
Голубчиков П. Н.	ТБ-служба, заместитель гл. врача по лечебной работе после 2008 г.
Правдина И. И.	ТБ-служба, дневной стационар, заведующая
Голубчикова В. Т.	ТБ-служба, заведующая M&E UNIT, ранее – ответственная за амбулаторный этап, все подпрограммы по приверженности
Барнашов А. В.	ТБ-служба, подпрограмма по раннему выявлению
Масляню Л. А.	ТБ-служба, заведующая амбулаторно-поликлиническим отделением № 2, сельская программа
Березина В. И.	ТБ-служба, заведующая амбулаторным поликлиническим отделением подпрограмма по лечению на дому, подпрограмма по поиску пациентов
Федоткина Т. Ю.	ТБ-служба, гл. медсестра амбулаторной службы с 2002 г.
Янов С. А.	ТБ-служба, стационар, нарколог
Фокус-группа 1 (5 докторов)	2 врача стационара, врач-куратор, участковый врач, врач дневного стационара
Фокус-группа 2 (8 медсестер)	лечение на дому и Спутник, участковые, процедурный кабинет, стационар
Тонкель Т. П.	Заместитель гл. врача по лечебной работе до 2008 г.
Андреев Е. Г.	Начальник медицинского отдела УФСИН России по Томской области
Исаков А. М.	Заместитель начальника ОТБ по лечебным вопросам в УФСИН
Байерлен В. П.	Председатель Томского отделения Красного креста
Сасаров А. В.	Фонд «Томск-АнтиСПИД»
Едильбаев А. Б.	Программный директор ПВИЗ
Пономаренко О. И.	Директор БО ПВИЗ в России
Земляная Н. А.	Координатор сельских программ до 2008 г., после 2008 г. – менеджер проекта ГФ в Томске
Соловьева А. В.	Приверженность лечению в городе, программа ТБ-ВИЧ
Полякова Н. А.	Координатор сельской программы, координатор лечения МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ
Таран Д. В.	Программы по приверженности в городе и селе до 2010 г. Мониторинг и оценка гранта ГФ

Алгоритм обследования. Программа ТБ-ВИЧ

