

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ»

Д. В. ТАРАН¹, В. Д. ЛЕЛИКОВА², С. А. СТЕРЛИКОВ³, С. В. КОРНИЕНКО³, Т. И. МОРОЗОВА⁴

OUTCOMES OF THE PROJECT ON PATIENT-ORIENTED APPROACH

D. V. TARAN¹, V. D. LELIKOVA², S. A. STERLIKOV³, S. V. KORNIENKO³, T. I. MOROZOVA⁴

¹Благотворительная организация «Партнеры во имя здоровья», Бостон, США

²ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

³ГКУЗ «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Воронеж

⁴ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского», г. Саратов

¹Non-governmental organization Partners in Health, Boston, USA

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, RF

³Voronezh Regional Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Voronezh, RF

⁴V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF

Регулярная контролируемая химиотерапия – необходимое условие для успешного лечения туберкулеза, предотвращения развития лекарственной устойчивости возбудителя, обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения. Возможность ее проведения зависит, с одной стороны, от наличия достаточного количества ресурсов, включая обеспечение противотуберкулезными препаратами, с другой – от приверженности пациентов к лечению. Приверженность подразумевает соблюдение рекомендаций, предписанных медицинским работником пациенту, включая частоту обследований, прием препаратов, соблюдение режима лечения и т. д. Недостаточный контроль химиотерапии и досрочное ее прекращение – основные причины снижения эффективности лечения [1, 5]. Среди эпидемически опасных впервые выявленных больных, зарегистрированных в 2011 г., досрочно прекратило курс химиотерапии (КХТ) 7,2%, среди случаев повторного лечения – 14,8%, а среди случаев лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ) – 20,4% пациентов [3]. Указанная проблема актуальна не только в России, но и во всем мире. По данным глобального отчета Всемирной организации здравоохранения, прерывают лечение 5% впервые выявленных больных, 12% больных, проходящих повторное лечение, и 28% больных МЛУ-ТБ [8].

Несмотря на общемировой характер проблемы, имеются примеры успешных проектов по предотвращению негативных исходов КХТ, связанных с дефицитом приверженности. Например, у пациентов на грани досрочного прерывания лечения, включенных в программу «Спутник» в Томской области, приверженность, выраженная в доле принятых доз препаратов, выросла в среднем с 59 до 81%, а эффективный КХТ был зарегистрирован у 69%, включая 68% среди пациентов с МЛУ-ТБ [6].

Цель исследования – оценить эффективность пациент-ориентированного подхода у пациентов с риском досрочного прекращения лечения.

Материалы и методы

Изучены история и результаты лечения 291 пациента с туберкулезом, включенных в проект «Сопровождение» (далее – проект) с января 2011 по 31 декабря 2012 г. в городах Воронеже, Барнауле, Йошкар-Оле, Новосибирске (3 района) и Саратове (4 района).

На территории внедрения проекта в амбулаторных условиях ежедневно проходили лечение от 70 (г. Саратов, Йошкар-Ола) до 230 (г. Новосибирск, Барнаул) пациентов. На момент начала программы только в двух городах (Барнаул, Йошкар-Ола) действовала программа социальной поддержки пациентов в виде продуктовых наборов стоимостью 500-600 руб. в месяц для приверженных пациентов, самостоятельно посещающих процедурный кабинет диспансера в целях приема препаратов. В этих же городах работала патронажная служба с использованием выделенных автомобилей и сотрудников.

Целевой группой проекта были пациенты, отказывавшиеся от лечения и избегавшие встреч с сотрудниками противотуберкулезных диспансеров, пациенты, которые принимали препараты, но при этом пропускали 25% доз препаратов и более, и пациенты, взятые для лечения после прерывания КХТ, у которых сохранялось бактериовыделение.

Отбор осуществлялся комиссионно координатором проекта, назначаемым из числа заместителей главных врачей или заведующих отделениями, врачом проекта и лечащим врачом. Типичная бригада состояла из врача-фтизиатра, медицинских сестер (1,5-2,0 ставки) и водителя. Персонал обеспечивался автомобилем, немедицинской одеждой, сотовыми телефонами, ежедневными продуктовыми

наборами стоимостью 50-55 руб. Нагрузка на одну бригаду составляла в среднем 20 пациентов. До 30% рабочего времени сотрудники проекта тратили на поиск пациентов, уклоняющихся от лечения. Сотрудники проекта обеспечивали контролируемую химиотерапию в течение 5-6 дней в неделю, выдавали продуктовые наборы после приема суточных доз препаратов, выявляли и купировали побочные эффекты. Дополнительную помощь пациентам оказывали привлеченные сотрудники: социальные работники (гг. Воронеж, Саратов, Барнаул) и наркологи (гг. Новосибирск, Барнаул, Воронеж), помогавшие решать проблемы пациентов, влияющие на их приверженность к лечению.

Внешний контроль качества осуществлял координатор благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья». Ежемесячно проводилось совместное обсуждение хода проекта, причин пропуска приема препаратов пациентами и эффективность реализации мероприятий, рекомендованных в ходе ежеквартальных мониторинговых выездов.

Детальное описание мероприятий содержится в программном отчете [4].

Медианный возраст пациентов составил 38 лет, 68,0% составляли лица мужского пола. Подтвержденный диагноз алкоголизма был у 62 (21,3%) пациентов, однако, со слов сотрудников проекта, злоупотребляли алкоголем до включения в проект 157 (62,1%) пациентов, причем 118 (46,6%) – непрерывно употребляли алкоголь в течение более 3 дней до проекта, а 124 (42,6%) – в ходе проекта. Подтвержденный диагноз зависимости от наркотиков имелся у 29 (10,0%) пациентов, при этом в ходе проекта употребляли наркотики 33 (11,3%) пациентов.

Сопутствующая ВИЧ-инфекция отмечена у 14 (4,8%) пациентов, вирусный гепатит – у 76 (62,1%), токсический гепатит – у 38 (13,1%), психические заболевания – у 14 (4,8%).

Не имели определенного места жительства 6 (2,1%) пациентов. Постоянно работали лишь 53 (18,2%) пациента, еще 38 (13,1%) – периодически, а 68,7% – не работали. В местах лишения свободы находились 66 (22,7%) пациентов.

По крайней мере однократно прерывали лечение 62 (21,3%) пациента, при этом 16 из них прерывали лечение 2 раза и более.

На момент включения в проект устойчивость к рифампицину имел 101 (55,5%) пациент. При этом

химиотерапию по IV режиму получали 86 (29,6%) пациентов.

Исходы КХТ определялись отдельно для I, III, ПА, ПБ и IV режимов химиотерапии в соответствии со стандартными критериями. При перерегистрации пациента, получавшего I, III, ПА, ПБ режимы, для лечения по IV режиму химиотерапии его учитывали как случай лечения пациента по IV режиму химиотерапии.

Приверженность пациентов рассчитывали как долю доз противотуберкулезных препаратов, принятых под непосредственным контролем медицинского работника, от всех назначенных доз противотуберкулезных препаратов. Прирост приверженности пациентов к лечению рассчитывали как отношение приверженности до и после его включения в проект к приверженности до включения пациента в проект. Статистическую значимость различий приверженности к лечению определяли путем сопоставления показателя приверженности до и после включения пациентов в проект. Для определения статистической значимости различий использовали парный Т-критерий, рассчитываемый с использованием статистического пакета для социальных наук SPSS 14-й версии.

Результаты исследования

У 253 пациентов, начавших текущий курс лечения до включения в проект и продолживших его в проекте (группа 1), сопоставляли приверженность до и после включения в проект. Медианная продолжительность лечения до и после включения пациентов в проект была сопоставимой – 171 и 157 дней соответственно (25% квартиль – 108,5 и 104,5 дня, а 75% квартиль – 275 и 262,5 дня соответственно).

В рамках проекта 23 пациента начали текущий КХТ, однако они имели один или несколько предыдущих курсов лечения (группа 2). У этих пациентов сопоставляли приверженность в ходе предыдущего и текущего курсов лечения. Начали первый КХТ непосредственно в проекте 15 пациентов (группа 3); сопоставление приверженности у них не выполняли, однако сведения о них учитывали при расчете показателя приверженности к лечению для всех пациентов проекта.

Результаты анализа приверженности пациентов показаны в табл. 1.

Таблица 1

Приверженность к лечению туберкулеза у пациентов различных групп, получавших химиотерапию в рамках проекта

Группы пациентов	n	Приверженность к лечению (%)	
		до включения в проект	после включения в проект
1	253	69,0 ± 21,6	87,3 ± 15,9
2	23	59,0 ± 26,1	82,5 ± 15,6
3	15	–	90,0 ± 13,6
Все пациенты	291	–	87,1 ± 15,8

Прирост приверженности к лечению у пациентов группы 1 после включения их в проект составил 26,9% ($p < 0,0001$), а у пациентов группы 2 – 39,8% ($p = 0,002$). Несмотря на то что в проект изначально включали пациентов с низкой (или предполагаемой низкой) приверженностью, в ходе проекта удавалось добиться приема под непосредственным контролем медицинского работника 87,1% доз противотуберкулезных препаратов.

Исходы КХТ (табл. 2) были определены у 251 пациента, 40 пациентов продолжили лечение после завершения проекта (31.01.2013 г.), окончательный результат их лечения нам не известен.

Мероприятия по совершенствованию контролируемого лечения привели к удовлетворительным результатам лечения этих пациентов. Завершили курс лечения эффективно 88,9% пациентов с сохраненной лекарственной чувствительностью. Случаи неэффективного лечения носили единичный характер и проявлялись сохранением клинико-рентгенологических признаков активного туберкулеза без бактериовыделения. Летальных исходов от туберкулеза не зарегистрировано. Прервало КХТ 9 (4,8%) пациентов. При этом 3 из них имели в анамнезе прерывание КХТ, а у 8 из них приверженность к лечению в проекте составляла менее 80%. Случаи прерывания лечения относились преимущественно к началу проекта, когда персонал еще не имел достаточного опыта работы.

Среди пациентов, получавших IV режим химиотерапии, эффективный КХТ был зарегистрирован в 43% случаев, что приближается к результатам лечения всех пациентов с МЛУ-ТБ (включая изначально приверженных) с известными исходами лечения в целом по России и в мире [7, 8].

Неэффективный курс был зарегистрирован у 17 пациентов с МЛУ-ТБ, при этом у 13 неэф-

фективный курс был подтвержден бактериологически. Из 13 пациентов с бактериологическим подтверждением исхода «неэффективный курс химиотерапии» 7 пациентов имели приверженность менее 80%, 2 – широкую лекарственную устойчивость. Проблема недостаточной эффективности лечения у пациентов с МЛУ-ТБ нуждается в дальнейшем изучении. Прервало КХТ 11 пациентов, 10 из них имели приверженность менее 80%, 9 получали повторный КХТ, а 7 из них ранее прерывали лечение.

Единственный случай смерти от туберкулеза пациента, включенного в проект, произошел через 10 мес. после исключения его из проекта в связи с госпитализацией в круглосуточный стационар из-за тотальной непереносимости противотуберкулезных препаратов. Таким образом, летальность пациентов составила всего 0,4% (95%-ный ДИ -0,4-1,2).

Выводы

1. Пациент-ориентированный подход может быть реализован и внедрен в короткие сроки в субъектах РФ с различными социально-экономическими условиями, материально-техническими и кадровыми ресурсами, организацией противотуберкулезной помощи населению.

2. Внедрение пациент-ориентированного подхода позволяет повысить приверженность пациентов с туберкулезом к лечению до 87,1%.

3. Результаты лечения пациентов с изначально неблагоприятным социальным фоном и слабой приверженностью к лечению при внедрении пациент-ориентированного подхода становятся сопоставимыми с результатами лечения генеральной совокупности пациентов с туберкулезом.

Таблица 2

Исходы курса лечения пациентов, завершивших курс химиотерапии в рамках проекта

Исход курса химиотерапии (КХТ)	Режимы химиотерапии				Итого	
	I, III, IIA, IIB		IV			
	абс.	% (95%-ный ДИ)	абс.	% (95%-ный ДИ)	абс.	% (95%-ный ДИ)
Эффективный КХТ	168	88,9 (84,4-93,4)	27	43,5 (31,0-56,1)	195	77,7 (72,5-82,9)
Неэффективный КХТ	3	1,6 (-0,2-3,4)	17	27,4 (16,1-38,7)	20	8,0 (4,6-11,3)
Умер от туберкулеза	0	–	1	1,6 (-1,6-4,8)	1	0,4 (-0,4-1,2)
Умер от других причин	7	3,7 (1,0-6,4)	4	6,5 (0,2-12,7)	11	4,4 (1,8-6,9)
Прервал КХТ	9	4,8 (1,7-7,8)	11	17,7 (8,0-27,4)	20	8,0 (4,6-11,3)
Переведен	2	1,1 (-0,4-2,5)	2	3,2 (-1,3-7,7)	4	1,6 (0,1-3,2)
Всего	189	100,0	62	100,0	251	100,0

4. Внедрение пациент-ориентированного подхода может способствовать снижению летальности пациентов от туберкулеза и реализации целей государственной политики Российской Федерации в сфере здравоохранения [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 47 с.
2. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/12/31/zdravooxr-site-dok.html> (Дата обращения 04.06.2014 г.).
3. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2011-2012 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb_otr_pok_2011_2012.pdf. (Дата обращения 04.06.2014 г.).
4. Проект «Пациент-ориентированное сопровождение» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pih.ru/pihaccompaniment.html> (Дата обращения 04.06.2014 г.).
5. Стерликов С. А., Богородская Е. М., Нечаева О. Б. Мониторинг эффективности лечения больных туберкулезом легких, зарегистрированных для лечения в 2010 г. // Вестн. фтизиатрии. – 2012. – № 12. – С. 41-50.
6. Таран Д. В., Гельманова И. Е., Соловьева А. В. и др. Организация контролируемого лечения больных туберкулезом в Томской области при помощи программы «Спутник» // Туб. – 2013. – № 1. – С. 21-27.
7. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2013. – 280 с.
8. Global TB Report 2012// WHO/HTM/TB/2012.6. URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf (Дата обращения 04.06.2014 г.).

REFERENCES

1. Bogorodskaya E.M. *Puti sovershenstvovaniya organizatsiya lecheniya bolnykh tuberkulezom. Diss. dokt. med. nauk.* [Ways of improvement of treatment organization for tuberculosis patients. Doct. Diss.]. Moscow, 2009, 47 p. (in Russ.)
2. Order no. 294 by RF Government as of 15.04.2014 On Approval of State Program of the Russian Federation on Health Care Development. Available at <http://www.rg.ru/2012/12/31/zdravooxr-site-dok.html> (accessed 04.06.2014).
3. Rates of tuberculosis control activities in 2011-2012. Available at http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tb_otr_pok_2011_2012.pdf. (accessed 04.06.2014).
4. Project on patient-oriented approach. Available at <http://pih.ru/pihaccompaniment.html> (accessed 04.06.2014).
5. Sterlikov S.A., Bogorodskaya E.M., Nechaeva O.B. Monitoring of treatment efficiency of pulmonary tuberculosis patients registered for treatment in 2010. *Vestn. Ftisiatrits*, 2012, no. 12, pp. 41-50. (in Russ.)
6. Taran D.V., Gelmanova I.E., Solovieva A.V. et al. Organisation of directly observed treatment for tuberculosis patients in Tomsk Region with the help of Sputnik initiative. *Tub.*, 2013, no. 1, pp. 21-27. (in Russ.)
7. Tuberculosis in the Russian Federation in 2011. Analytic review of statistic rates used in the Russian Federation and in the world. Moscow, 2013, 280 p.
8. Global TB Report 2012. WHO/HTM/TB/2012.6. URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf (accessed 04.06.2014).

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Таран Дмитрий Владимирович
Благотворительная организация
«Партнеры во имя здоровья», Представительство в РФ,
103001, г. Москва, Мамоновский пер., 6, оф. 2.
Тел./факс: 8 (495) 974-17-91, 8 (495) 974-17-89.
E-mail: taran@pih.ru

Поступила 25.07.2014