

**Н. А. Литвиненко, Н. В. Гранкіна, Н. Є. Марченко,
О. А. Несмашна, В. М. Яленко**
**АНАЛІЗ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ
АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ,
ЯКІ ВІДНОСЯТЬСЯ ДО ГРУП РИЗИКУ ЩОДО ПЕРЕРИВАННЯ ЛІКУВАННЯ**

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського»
КЗ «ДОКЛПО «Фтизіатрія» ДОР
КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»,
КЗ «Дніпропетровський протитуберкульозний диспансер» ДОР*

На сучасному етапі розвитку епідемії туберкульозу в Україні ключовим заходом у боротьбі з туберкульозом є ефективне лікування, яке дозволяє скоротити поширеність туберкульозу у популяції, знизити ризик передачі інфекції та формування резистентних форм захворювання.

За період з 2009–2012 років в Україні ефективність лікування нових випадків туберкульозу (легеневого та позалегового) коливалась у межах 60–71 % і в середньому складала 67 %. Відсоток відривів від лікування у середньому складав 8%.

За аналогічний період у Дніпропетровській області зазначені показники відрізнялись від середніх по Україні. Ефективність лікування туберкульозу коливалась у межах 59,9–60,7 % і в середньому складала 60 %, що на 7 % нижче аналогічного показника по країні. Наряду з цим, обласний показник відривів від лікування у діапазоні 7,9–10,9 % та у середньому сягнув — 9,7 %.

Основними причинами переривання лікування серед пацієнтів є недостатня прихильність до довгострокового лікування з причини низької психологічної мотивації, наявності побічних реакцій на протитуберкульозні препарати, низька соціальна адаптація та інші.

Зазначені чинники суттєво впливають на ефективність лікування і, як наслідок, значно підвищують ризик розвитку хіміорезистентних форм туберкульозу.

Зважаючи на подальший пріоритет моделі контрольованого лікування в амбулаторних умовах перед іншими моделями, виникає необхідність впровадження ефективних підходів щодо утримання на лікуванні хворих на туберкульоз.

Одним із таких підходів є здійснення соціального супроводу пацієнтів, які перебувають на амбулаторному етапі лікування.

Дана модель вже зарекомендувала себе як ефективний інструмент з попередження завчасного припинення лікування з вини хворого, додержання вимог інфекційного контролю за туберкульозом та підвищення ефективності лікування.

Наряду з цим, амбулаторна модель лікування туберкульозу потребує адаптації до застосування в Україні, а також створення відповідної нормативно-правової бази для впровадження та фінансування з урахуванням надання соціального супроводу.

Мета дослідження — оцінити вплив соціального супроводу на ефективність амбулаторного лікування

хворих на туберкульоз, які відносяться до групи високого ризику щодо переривання лікування.

Методи дослідження

Проводився ретроспективний статистичний аналіз даних медичної документації (додаток ТБ 01-1, журнал реєстрації хворих на туберкульоз ТБ-03). Для верифікації даних проводилась рутинна оцінка якості даних.

Результати

У дослідженні брали участь 403 хворих на туберкульоз, які мали ризик відриву від лікування та перебували на амбулаторному лікуванні у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) Дніпропетровської області протягом 2012 року.

За критеріями відбору до цієї категорії були віднесені пацієнти, які зловживають алкоголем, споживачі ін'єкційних наркотичних засобів (СІН), особи без певного місця проживання (БПМЖ), особи, які звільнені з місць позбавлення волі, мігранти, безробітні, малозабезпечені особи.

Методом випадкової вибірки до основної групи було відібрано 224 пацієнти, до контрольної групи — 179.

Пацієнти основної групи на амбулаторному етапі лікування отримували соціальний супровід (щоденна доставка протитуберкульозних препаратів та контроль їх отримання, видача харчових і гігієнічних наборів, деззасобів, проведення навчання хворого та членів родини щодо організації лікування, догляду та профілактичних заходів), який здійснювався Товариством червоного Хреста в Україні у рамках програми "Зупинимо туберкульоз в Україні".

Пацієнти контрольної групи перебуваючи на амбулаторному етапі лікування не отримували соціального супроводу і проходили курс лікування в амбулаторних умовах.

До основної групи ввійшли 86 жінок (38,4 %) та 138 чоловіків (61,6 %). Вікова структура учасників розподілилась наступним чином: 18-24 роки — 24 (10,7 %); 25-49 років — 143 (63,8 %); 50 років і старше — 57 (25,5 %).

До контрольної групи ввійшли 50 жінок (27,9 %) та 129 чоловіків (72,1 %). За віком 18-24 роки — 6 (3,4 %); 25-49 років — 132 (73,7 %); 50 років і старше — 57 (22,9 %).

Розподіл за місцем мешкання пацієнтів приблизно однаковий. В обох групах переважна кількість пацієнтів мешканцями міста (основна група: мешканці міста — 215 (96 %) мешканці села — 9 (4 %); контрольна група: мешканці міста — 167 (93,3 %), 12 мешканці села (6,7 %).

За соціальною структурою групи однорідні. Серед учасників переважали безробітні — у середньому 65 %, пенсіонери — 10,8 %, інваліди — 4,6 %, працюючі — 18,4 %, студенти — 1,2 %.

Найбільш чисельну соціальну групу (безробітні) у більшості складали чоловіки працездатного віку (у середньому 69 %). У основній групі питома вага працюючих у 1,3 рази була меншою ніж у контрольній та становила 16%, тоді як у контрольній групі — 20,8 %.

При аналізі розподілу пацієнтів за факторами ризику щодо впливу на перебіг захворювання та результат лікування встановлено, що переважна більшість пацієнтів мали сукупність декількох факторів.

Контрольна група від основної відрізнялась більшою питомою вагою ВІЛ-позитивних пацієнтів (51 % проти 23 % у основній групі), активних СНІВ (8 % проти 3 % у основній групі), осіб, які звільнені з місць позбавлення волі (5 % проти 1,8 % у основній групі), осіб БПМЖ (6 % проти 2 % у основній групі).

Розподіл хворих за диспансерними категоріями спостереження в обох групах приблизно однаковий. Наряду з цим, у контрольній групі дещо більша питома вага пацієнтів 1 категорії (ВДТБ) — 63 % за рахунок зменшення питомої ваги пацієнтів 2 — 4 категорій.

Переважає більшість хворих з обох груп (86,2-89,9 % відповідно) почали лікування туберкульозу в умовах стаціонару. Лікування в амбулаторних умовах розпочали 13,8 % та 10,1%, відповідно.

При аналізі ефективності лікування встановлено, що ефективність лікування туберкульозу на амбулаторному етапі серед пацієнтів основної групи, які отримували соціальний супровід була на 15,9 % вищою, ніж серед пацієнтів контрольної групи, які не отримували соціальний супровід (Табл.).

Відсоток відривів від лікування в основній групі у 6,5 разів нижчий, ніж у контрольній групі (1,8 % проти 11,7 %).

В обох групах мали місце випадки невдачі лікування, але питома вага пацієнтів з невдачею лікування у контрольній групі була вищою на 2,8 %.

Підчас амбулаторного лікування від причин, не пов'язаних з туберкульозом, померло 17 пацієнтів, з

яких 7 з основної групи (3,1 %) та 10 з контрольної групи (5,6 %).

Вибули в інший регіон України у зв'язку зі зміною місця мешкання по 1 пацієнту з кожної групи (0,4 % та 0,5 %, відповідно).

Таблиця

Ефективність лікування хворих на туберкульоз, які перебували на амбулаторному лікуванні

Результат лікування	Основна група		Контрольна група	
	Абс. пок.	%	Абс. пок.	%
Ефективне лікування (вилікувані та лікування завершене)	192	85,7%	125	69,8%
Невдача лікування	11	4,9%	15	8,4%
Невдача лікування — перевід в 4 категорію (визначення хіміорезистентності)	9	4,0 %	6	3,4%
Перерване лікування	4	1,8%	21	11,7%
Летальний наслідок (в тому числі від іншої причини)	7	3,1%	10	5,6%
Переведений	1	0,4%	1	0,6%
Діагноз туберкульозу скасовано	0	0	1	0,6%
Всього	224		179	

Висновки

В ході дослідження проведено аналіз впливу соціального супроводу на ефективність лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі у закладах охорони здоров'я Дніпропетровської області у 2012 році.

В рамках дослідження встановлено, що здійснення соціального супроводу хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі лікування, є ефективним ресурсом щодо формування прихильності та утримання пацієнтів на лікуванні, а також підвищення ефективності лікування туберкульозу.

Створення системи утримання хворих на лікуванні — найважливіша задача успішного контролю над епідемією туберкульозу. Це обумовлює необхідність вдосконалення системи формування та підтримання прихильності хворих до лікування туберкульозу, а також адаптації та впровадження ефективних моделей соціального супроводу пацієнтів в Україні.