

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
"НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ІМ. Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО НАМН УКРАЇНИ"**

УДК 616.24-002.5-085-084-082

**ЗАХОДИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО АМБУЛАТОРНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

(методичний посібник для лікарів)

Київ – 2019

Укладачі:

Мельник Василь Михайлович – завідувач відділом епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, професор, (044) 273–32–84;

Матусевич Валентина Георгіївна – старший науковий співробітник НІФП НАМНУ, канд. мед. наук, старший науковий співробітник, (044) 275–41–22;

Новожилова Ірина Олексіївна – старший науковий співробітник НІФП НАМНУ, канд. мед. наук, старший науковий співробітник, (044) 275–41– 22;

Линник Микола Іванович – провідний науковий співробітник НІФП НАМН, д-р мед. наук, (044) 275–41–22;

Тарасенко Олена Ростиславівна – старший науковий співробітник НІФП НАМНУ, канд. мед. наук;
(044) 275–41– 22;

Бушура Ірина Валеріївна – мол. науковий співробітник НІФП НАМНУ, (044) 275–41–22;

Приходько Алла Миколаївна – наук. співроб. НІФП НАМН, (044)275–40–11.

Рецензенти:

Кужко М. М. – провідний науковий співробітник відділу хіміорезистентного туберкульозу НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, професор;

Зайков С. В. – професор кафедри фтизіатрії та пульмонології НМАПО ім. П. Л. Шупика, д-р мед. наук, професор.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України – академік НАМН України, д-р мед. наук, професор Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії – д-р мед. наук, професор В. М. Мельник

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АМБП – антимікобактеріальні препарати;

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини;

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;

ДОТ (DOT – directly observed therapy) – лікування (терапія) під безпосереднім спостереженням;

ДОТ-кабінети – кабінети для лікування (терапії) хворих під безпосереднім спостереженням;

ДОТС (з англ. DOTS – directly observed treatment, short course) – лікування під безпосереднім спостереженням, коротким курсом;

ЗЛМ – загально-лікувальна мережа;

МЛС-ТБ – множинно лікарсько-стійкий туберкульоз;

МР ТБ – мультирезистентний туберкульоз;

РР ТБ – туберкульоз з розширеною резистентністю;

ПТД – протитуберкульозний диспансер;

ПТП – протитуберкульозні препарати;

ПФ – підтримуюча фаза;

СНІД – синдром набутого імунодефіциту;

ТБ – туберкульоз;

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт;

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги.

ЗМІСТ

	С.
Вступ.....	5
1. Причини неефективного лікування хворих на туберкульоз.....	5
2. Принципи амбулаторного лікування хворих.....	7
3. Моделі організації амбулаторного лікування хворих на туберкульоз легень.....	9
4. Методика безпосереднього контрольованого лікування хворих.....	13
5. Критерії ефективності протитуберкульозного лікування.....	14
6. Заходи щодо попередження неефективного амбулаторного лікування хворих на туберкульоз легень.....	14
Резюме.....	18
Рекомендована література.....	18

ВСТУП

Туберкульоз, як подвійна інфекція (туберкульоз і ВІЛ, і туберкульоз з множиною лікарською стійкістю), становлять загрозу для розвитку та глобальної безпеки в області охорони здоров'я. Необхідно звернути увагу на більш енергійні глобальні зусилля, що вживаються в рамках Цілей сталого розвитку для ліквідації епідемії туберкульозу (ТБ) до 2030 року. Проблема ліквідації цього захворювання може бути вирішена за допомогою профілактики ТБ, спрямованої на звільнення підростаючого покоління від збудника шляхом щеплень, повного лікування хворих, а також стимуляції біологічного одужання раніше інфікованих дорослих осіб. Найближчою і головною метою національних програм охорони здоров'я багатьох країн світу є профілактика ТБ, що є основним способом знизити поширеність цього захворювання на основі переривання процесу передачі збудника від хворих людей здоровим.

Проблему ТБ можна вирішити в умовах епідемії тільки за наявності інших сучасних нових підходів, причому докорінно відмінних від тих, які використовувались, а успішно контролювати ситуацію з ТБ можна лише в контексті програмно-цільового методу фінансування протитуберкульозних заходів. За даними літератури доля не госпіталізованих вперше виявлених хворих на туберкульоз складала 15,3 % – 14,6 %, однак визначено, що стаціонарного лікування потребує у середньому 25,0 % виявлених хворих, у зв'язку з чим амбулаторну терапію все частіше розглядають, як пріоритетну форму лікування хворих на туберкульоз легень.

Зазначений методичний посібник щодо організації лікування хворих на ТБ на етапі амбулаторного лікування засноване на наукових дослідженнях, нормативно-правових документах та рекомендаціях ВООЗ. У методичному посібнику представлені нові дані щодо сучасних підходів до організації попередження неефективного лікування ТБ та контролю за цією недугою, згідно з адаптованими нами рекомендаціями ВООЗ та надбань світової фтизіатрії. Методичний посібник пропонується для організаторів охорони здоров'я, працівників протитуберкульозних диспансерів та лікарів загальної лікувальної мережі.

1 ПРИЧИНИ НЕЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Ефективність лікування хворих на ТБ останнім часом не досягає рівня індикатора ВООЗ – 85,0 %. За результатами виконання «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» позитивним є збільшення ефективності лікування нових випадків ТБ легень з позитивним (МБТ+) мазком на 20,4 % до

76,0 % у когорті хворих 2015 р. проти 63,1 % у 2012 р., при цьому кількість хворих з перерваним лікуванням з роками практично не змінилась (7,9–7,6 % відповідно). Відсоток хворих з невдалим лікуванням та померлих перевищує індикатор ВООЗ в 2,0–2,5 рази, що є негативним. В когорті 2014 р. ефективність лікування хворих на МР ТБ була на рівні 46,0 % (індикатор ВООЗ – 75,0 %).

За даними 2017 р. захворюваність на нові випадки ТБ на 100 тис. населення зменшилась з 54,7 у 2016 р. до 51,9 у 2017р., але захворюваність на ТБ вперше виявленого + рецидиву серед дітей віком від 0 до 17 років збільшилась з 20,4 на 100 тис. населення до 23,3 відповідно. Ефективність лікування нових випадків ТБ легень з позитивним (МБТ+) мазком за когортою 2016 р. збільшилась на 1,0 % і складала 77,0 %. Кількість хворих з перерваним лікуванням зменшилась до 5,8 % (індикатор ВООЗ-%,0 %). В когорті 2015 р. ефективність лікування всіх випадків на МР ТБ була на рівні 50,8 % (46,0 % у 2014 р.) при збільшенні кількості хворих з перерваним лікуванням до 16,6 % (індикатор ВООЗ – 75,0 %). Ефективність лікування нових випадків на МР ТБ в когорті 2015 р. складала 70,0 % кількості хворих з перерваним лікуванням 13,4 %. Таким чином ефективність лікування хворих на ТБ з роками збільшується, але не досягає рівня індикатора ВООЗ. Тому розробка оптимальних організаційних заходів для підвищення ефективності їх лікування є актуальною проблемою.

За результатами досліджень було доведено, що основними чинниками, які впливають на результативність хіміотерапії вперше виявлених хворих на ТБ, за останні роки, є агресивність збудника, поширеність його лікарсько-стійких штамів, неадекватність режимів хіміотерапії, значне число поширених та деструктивних процесів в легенях, наявність супутніх захворювань, розвиток небажаних побічних ефектів і медикаментозних ускладнень.

Неефективність організації амбулаторного і стаціонарного лікування хворих пов'язана із неправильним веденням історії попереднього лікування; не врахуванням стійкості до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) при попередньому лікуванні; недостатнім безпосереднім наглядом за прийомом препаратів (тобто неконтрольоване лікування); відсутністю достатнього моніторингу в процесі лікування зі зміщенням термінів обстеження. Все це суттєво збільшує кількість хворих із неефективним лікуванням, перервами в лікуванні та летальними випадками. На ефективність лікування хворих на ТБ значно впливає недовиявлення цих хворих, звідси невчасне призначення АМБП, до яких збереглася чутливість мікобактерій ТБ й, відповідно, суттєве погіршення ефективності лікування цих пацієнтів.

Одним з основних чинників невдачі лікування хворих на МР ТБ є пізнє виявлення та затримки з початком лікування хворих, низький рівень впровадження пацієнт-орієнтованих

моделей лікування хворих з відсутністю ДОТ на амбулаторному етапі лікування. З метою скорочення рівня відривів від лікування рекомендується за рекомендаціями ВООЗ в 2016 р. впровадження корокострових режимів лікування. Крім того високий рівень невдачі лікування по країні 17,9 % (в інтервалі від 8,6 до 31,5 %) свідчить про нагальну необхідність впровадження в країні схем лікування з використанням нових протитуберкульозних препаратів.

Погіршення стану інфраструктури протитуберкульозної служби, зокрема зменшення кількості протитуберкульозних диспансерів, ліжок в них; невпинне скорочення туберкульозних санаторіїв та ліжок в них, де хворі могли б проходити основний курс антимікобактеріальної терапії або медико-соціальну реабілітацію, та погіршення ситуації з кадровим потенціалом є найважливішими організаційними причинами неефективного амбулаторного та стаціонарного лікування хворих на ТБ. Крім того, важливими причинами є недостатня чисельність фтизіатричних кабінетів і ДОТ-кабінетів і незабезпеченість їх медичними працівниками, небажання лікарів загальної медичної мережі проводити контрольоване амбулаторне лікування, відсутність соціальної підтримки хворих через брак коштів, пасивність працівників Червоного Хреста при роботі з хворими на ТБ, відсутність соціальної підтримки хворих при амбулаторному лікуванні, недостатнє використання психологічного супроводження при лікуванні хворих.

2 ПРИНЦИПИ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ

Нині в Україні стартувала реформа системи охорони здоров'я, яка передбачає пацієнт-орієнтований підхід в лікуванні будь-яких захворювань, у тому числі і ТБ. Традиційна (централізована) модель догляду за хворими на ТБ включає госпіталізацію пацієнтів під час інтенсивної фази лікування для забезпечення належного догляду, дотримання режиму лікування і обмеження передачі збудника. Проте ця модель часто призводить до високої вірогідності передачі "суперінфекції" в медичних установах унаслідок неналежного інфекційного контролю, вимагає витрат на госпіталізацію, а також у такої моделі відсутня соціальна підтримка хворих, ізольованих від своїх сімей в період лікування.

Амбулаторне лікування хворих здійснюється на основі пацієнт-орієнтованого підходу, який ґрунтується на таких принципах, як ефективне партнерство, повага до прав пацієнта (проінформоване рішення, прийняте самим хворим), конфіденційність, приватність життя, самовизначення, гідність, відсутність дискримінації, співчуття, врахування культурологічних особливостей при наданні послуг, надання якісної медичної та соціально-психологічної допомоги, активна участь пацієнта та громади, залучення всіх партнерів, ефективний моніторинг. Впровадження амбулаторних моделей для подальшої підготовки

системи амбулаторного лікування на ТБ обумовлено в рамках реалізації Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії туберкульозу на 2017–2021 рр.

У протитуберкульозних диспансерах пацієнти забезпечуються раціональним лікуванням з наданням необхідних послуг такі, як:

- розробка індивідуальної схеми комплексного протитуберкульозного лікування, видача призначених ліків, їх прийом під спостереженням уповноваженого медичного працівника;

- проведення необхідних діагностичних досліджень, в плановому режимі треба здавати мокроту, кров, сечу для досліджень, проходити рентгенографію легень та ін.;

- можна приймати призначені лікарем фізіотерапевтичні процедури.

Головним принципом амбулаторного лікування є його контрольованість – прийом хворим ліків повинен здійснюватися в присутності медичного працівника. Інколи використовується метод інтермітуючої терапії – прийом добової дози хіміопрепаратів – 3, рідше 2 рази в тиждень, зрідка 4 дні підряд із триденною перервою. На початкових етапах амбулаторного лікування за показниками можна призначати й щоденний одноразовий прийом ліків. Для контролю за прийомом АМБП допускається залучення родичів хворого (профільований актив), крім дітей. У випадку видачі АМБП додому, що є небажаним, медична сестра при відвідуванні хворого робить підрахунок кількості препаратів, що залишилися.

Один повний курс лікування, що призводить до повноговилікування від ТБ, триває від 6-ти до 20-ти місяців при щоденному застосуванні декількох (від 4-х до 6-ти) ПТП. Різні курси лікування призначаються при різних формах захворювання (для хворих з різним профілем резистентності). Лікування достатньо важке, оскільки може викликати побічні реакції різного ступеню проявів, що є однією з причин завчасного переривання хворими курсу лікування та формування у майбутньому хронічних невиліковних форм захворювання.

Після припинення бактеріовиділення хворий повинен бути виписаний із стаціонару та продовжити лікування амбулаторно там, де йому зручно: у поліклініці за місцем проживання, у протитуберкульозному диспансері, на ФАПі, на дому, інше. Треба зауважити, що коли хворий вже не має епідеміологічної загрози, він може працювати, знаходитись у колективі. Єдиною умовою є щоденне лікування, що проводиться, виключно, під контролем за прийманням ПТП хворим так званим куратором. Куратором може бути медсестра, соціальний працівник, довірена особа, тощо. Лікування хворих на підтримуючій фазі (ПФ) може бути організоване в амбулаторних та/або санаторних умовах, тому що такі хворі не становлять епідеміологічної загрози для оточуючих їх осіб.

3 МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Забезпечення ефективного лікування призводить до припинення подальшого поширення випадків ТБ та попередження інфікування МБТ серед здорового населення та є одним з ключових заходів для контролю за ТБ. Обов'язком держави є забезпечення функціонування моделей амбулаторного лікування хворих. В першу чергу потрібно навчити усіх учасників процесу командному підходу до ведення хворого, чітко окреслити ролі та обов'язки усіх членів команди, виділити на дану діяльність необхідну кількість ресурсів.

Головним у команді є районний фтизіатр. Саме до районного фтизіатра хворий потрапляє після виписки із стаціонару, або зразу розпочинає лікування під його наглядом (у разі, коли бактеріовиділення за мазком не було виявлено). Районний фтизіатр формує мультидисциплінарну команду (залежно від потреб пацієнта). З хворим районний фтизіатр уточнює, які моделі надання амбулаторної допомоги можливі в районі проживання хворого (перелік повинен бути повний), та хворий вибирає оптимальну для нього. У команду входить куратор ДОТ (отримує ПТП для хворого та щоденно здійснює контрольоване лікування, звітує районному фтизіатру; записує пацієнта на контрольні обстеження та з результатами направляє на огляд до районного фтизіатра), та в ідеалі — інші спеціалісти — сімейний лікар загальної мережі або фельдшер за місцем проживання консультує хворого за потребою; соціальний працівник та соціальні організації (можуть бути одночасно і куратором ДОТ, за місцем проживання хворого надають послуги соціального супроводу); психолог; інфекціоніст; вузькі спеціалісти (за потребою); засоби масової інформації (сюжети для подолання стигми щодо ТБ), інше. З усіма закладами, де працюють члени команди, на рівні керівників установ повинні бути затверджені домовленості про співпрацю. Відповідальність за лікування хворого несе районний фтизіатр.

Лікуючий лікар пропонує пацієнту, які можливі варіанти моделей надання медичної допомоги у його випадку (у першу чергу залежно від наявності бактеріовиділення), пояснює принцип надання медичної допомоги при кожному варіанті. Пацієнт вибирає ту модель, яка його більше влаштовує. Потім лікуючий лікар відповідно до загального маршруту пацієнта складає індивідуальний для хворого локальний маршрутний лист пацієнта, пояснює в деталях даний маршрут хворому (лікування, його забезпечення, моніторинг та ін.). Локальний маршрутний лист пацієнта зберігається у медичній документації хворого. У разі, якщо виникають обставини, котрі потребують зміни моделі надання медичної допомоги хворому на МР ТБ, увесь алгоритм вибору оптимальної моделі лікування для хворого на

мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ) проводиться спочатку та заводиться новий локальний маршрутний лист пацієнта.

Залежно від того, де відбувається факт приймання таблеток хворим під наглядом куратора, є різні моделі надання амбулаторної допомоги, що діляться на централізовані, децентралізовані та частково централізовані.

Централізовані моделі

Централізовані моделі, коли хворі приходять щоденно для прийому таблеток у місце, визначене медичною службою (протитуберкульозний диспансер або протитуберкульозний кабінет у загальній лікувальній мережі), не залежно від віддаленості до місця проживання хворого. Куратором є медична сестра спеціального кабінету контрольованого лікування (ДОТ-кабінету) або медсестра протитуберкульозного кабінету. Такі моделі є зручними для фтизіатричної служби, оскільки хворий увесь час перед очима, але у більшості випадків не є зручною для пацієнта (тобто не пацієнт-орієнтованою), тому що потребує прикладання щоденних зусиль для подолання відстані та прибуття за будь-яких обставин, будь-яку погоду щоденно – у конкретне (часто віддалене) місце для отримання таблеток. Віддаленість ДОТ-кабінету часто є причиною завчасного переривання лікування пацієнтами. Така модель повинна мати місце, бо частина хворих може жити або працювати біля протитуберкульозного диспансеру, або вибрати саме таку модель з інших причин, і тільки в такому випадку ця модель буде вважатись пацієнт-орієнтованою.

Децентралізовані моделі – коли хворі приходять щоденно для прийому таблеток у місце, зручне для них (поліклініка за місцем проживання, фельдшерсько-акушерського пункту (ФАП), Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та інше), або куратор приносить таблетки хворому у те місце, де йому зручно (додому, у місце за домовленням (наприклад, біля прохідної місця роботи). Такі моделі є саме пацієнт-орієнтованими, тому що вони передбачають зручність у першу чергу для пацієнта. На зменшення кількості перерв лікування хворими не вплинули наступні заходи: видача коштів на транспортні витрати, видача продуктивних наборів, безкоштовних сніданків, симптоматичних ліків, забезпечення стаціонарного лікування. Єдиною мірою, що дозволила зменшити кількість перерв лікування, стала децентралізація лікування (забезпечення лікування в медичних центрах біля місця проживання хворого). Такий висновок підтверджений іншими результатами: стратегія децентралізації лікування скоротила відриви від лікування в 10 разів.

Частково централізовані моделі — коли модель у процесі лікування хворого змінюється (наприклад, від початку лікування в стаціонарі, із переходом на амбулаторне лікування в ДОТ кабінеті за місцем проживання).

Модель для пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом

Для пацієнтів з МР ТБ існують наступні моделі надання медичної допомоги, в яких основний принцип вибору моделі лікування – епідеміологічний (наявність бактеріовиділення, що визначається за мазком та посівом).

Модель 1 стаціонарна. Спеціалізований стаціонар вузького профілю, стаціонар Центру СНІДу. Залежно від того, хто буде куратором контрольованого лікування або постова медична сестра, або медсестра кабінету замісної підтримувальної терапії у закладі, де лікується хворий або соціальний працівник соціальної служби.

Модель 2 стаціонарна. Протитуберкульозний стаціонар.

Модель 3 амбулаторна (коли проводиться доставка АМБП куратором ДОТ до місця проживання/перебування хворого – стаціонар на дому). Залежно від того, хто буде куратором ДОТ, модель поділяється на:

- куратором ДОТ є дільнична медсестра протитуберкульозного диспансеру (ПТД.);
- куратором ДОТ є дільнична медсестра загально-лікарняної мережі (ЗЛМ) або ФАП;
- куратором ДОТ є соціальний працівник соціальної служби;
- куратором ДОТ є довірена особа (член громади чи ін.).

Модель 4 амбулаторна (коли хворий особисто приходить за ПТП в місце проведення ДОТ). Залежно від того, яке буде місце проведення ДОТ, моделі поділяються на:

- 1) ДОТ-кабінет в ПТД за місцем проживання;
- 2) ДОТ-кабінет в ЗЛМ або кабінет фтизіатра при ЗЛМ;
- 3) ФАП за місцем проживання;
- 4) кабінети довіри соціальних служб, контрольованого лікування в неурядових організаціях;
- 5) денний стаціонар при міських центральних районних лікарнях, Центрах первинної медико-санітарної допомоги.

За даними підсумкової роботи 47-ої Всесвітньої конференції по здоров'ю легень в Ліверпулі, децентралізована модель лікування і догляд за хворими МР ТБ, є кращою, ніж централізована, завдяки поліпшенню показників ефективності лікування, поліпшення прихильності до лікування та зниження витрат пацієнтів і медичних служб. Такий висновок підтверджений іншими результатами: стратегія децентралізації лікування скоротила відриви від лікування в 10 разів.

Показання до амбулаторного лікування, коли хворий особисто приходить за ПТП до місця проведення ДОТ:

- у разі припинення на фоні лікування бактеріовиділення за мазком (у 2-х дослідженнях з інтервалом не менш ніж у 3–4 доби);

– у разі відсутності бактеріовиділення за мазком перед початком лікування та відсутності інших показань для стаціонарного лікування, починати лікування туберкульозу одразу в амбулаторних умовах;

– хворі на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, без бактеріовиділення за мазком та без виражених клінічних проявів. Показання до амбулаторного лікування, коли проводиться доставка до хворого ПТП куратором ДОТ (у вигляді стаціонару на дому);

– у виключних випадках – у разі наявності бактеріовиділення за мазком та/або тяжкий стан хворого (за основним захворюванням, його ускладненнями чи загостренням супутніх захворювань на фоні туберкульозу), але хворий відмовляється від стаціонару (за умови дотримання вимог інфекційного контролю вдома).

Модель 5 — відео-ДОТ.

Показання до відео-ДОТ:

- відсутність бактеріовиділення за мазком;
- наявність у хворого електронних засобів зв'язку та інтернету для проведення відео-ДОТ;
- добра прихильність до лікування;
- технічна можливість закладу забезпечити зв'язок із хворим.

Критерії для визначення моделі надання медичної допомоги хворому на МР ТБ:

- наявність бактеріовиділення за мазком хоча б в одному аналізі з 2-х, зданих з інтервалом у 3–4 дні, як основний фактор;
- загальний стан хворого на момент оцінки по ТБ, та/або його ускладнень, та/або супутньої патології (важкий, середньої важкості, відносно задовільний);
- переносимість протитуберкульозної терапії;
- ВІЛ-статус;
- зручність для пацієнта отримувати безперешкодно ДОТ відповідно до обраної моделі;
- готовність медичної служби на базі обраної моделі лікування забезпечити належну якість надання медичної допомоги (безперебійне постачання ПТП, повний доступ до моніторингових обстежень у процесі лікування, консультацій вузьких спеціалістів, доступ до ін'єкційного введення препаратів). Відповідно до рекомендації ВООЗ ефективність лікування хворих на МР ТБ має бути не менше, ніж 75,0 %.

4 МЕТОДИКА БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО КОНТРОЛЬОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ

Методика безпосереднього контрольованого лікування полягає в тому, що медпрацівник спостерігає за прийомом протитуберкульозних препаратів пацієнтом. Лікар або медична сестра мають бути присутніми у момент прийому хворим препаратів і повинні переконатися, що хворий проковтнув препарати і запив їх водою. Одразу після вживання хворим добових доз препаратів медична сестра у присутності хворого повинна зробити відмітку в "Медичній картці лікування хворого туберкульозом (ТБ 01)" про прийом препаратів. Категорично заборонено роздавати усім хворим препарати, а потім робити відмітки про їх прийом в цій картці. Як під час інтенсивної фази, так і фази продовження лікування пацієнт повинен отримувати добову дозу препаратів в один прийом згідно із запропонованим режимом (схеми). Не можна призначати препарати дробово впродовж дня.

Перша зустріч хворого з медичним працівником має велике значення для інформування пацієнта про зміст і тривалість курсу лікування. Під час зустрічі з хворим після закінчення інтенсивної фази лікування медичному працівникові необхідно уточнити потреби і плани хворого на майбутнє (відносно роботи, сім'ї, можливого переїзду на інше місце проживання та ін.), тобто з усіх питань, які можуть негативно позначитися на ході лікування у фазі продовження хіміотерапії. Важливо також обговорювати з хворими усі питання, пов'язані зі зміною схеми хіміотерапії.

Під час першої зустрічі потрібно зареєструвати адресу, по якій мешкає хворий, і інші необхідні адреси і контактну інформацію (наприклад, адреси чоловіка/дружини, батьків, місця роботи або навчання, координати приватного лікаря, з яким знадобиться проконсультуватися), а також повідомити хворого про його обов'язок заздалегідь інформувати про будь-які зміни в контактній інформації. Такий підхід підвищує ймовірність виявлення хворого, що перервав лікування. У багатьох регіонах реєстрація мобільних телефонів хворих і членів їх сімей ще більше полегшує рішення цієї проблеми. При лікуванні особлива увага приділяється тому, щоб були охоплені усі хворі (часто вони відмовляються від лікування), щоб воно було адекватним, доведеним до кінця, безперервним, при контрольованому прийомі препаратів, обов'язковою оцінкою результатів лікування для своєчасної його корекції. За наявності можливості і необхідних ресурсів бажано, щоб медичний працівник супроводжував хворого до будинку. Це дозволить підтвердити адресу проживання хворого, з'ясувати умови його/її проживання і організувати обстеження членів сім'ї, в першу чергу дітей у віці до 5 років, а також інших осіб з оточення хворого, у яких можуть бути виявлені симптоми захворювання ТБ або ВІЛ-інфекції.

5 КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ЛІКУВАННЯ

Критеріями ефективності протитуберкульозного лікування є:

- зникнення клінічних симптомів і лабораторних ознак захворювання;
- стійке припинення виділення мікобактерій туберкульозу, підтверджене мікробіологічним і культуральним аналізами;
- повне розсмоктування вогнищ специфічного запалення, загоєння деструкцій і каверн, рідше зменшення рентгенологічних ознак туберкульозу;
- відновлення порушених функцій організму і працездатності.

Дотримання хворими вказаних режимів лікування є необхідна умова успішного завершення лікувального процесу і запобігання розвитку лікарської стійкості. Регулярний і повний прийом хворими ПТП дає пацієнтові найкращий шанс на лікування та одночасно захищає осіб, що оточують хворого, і населення в цілому від розповсюдженості туберкульозної інфекції. Виникнення і поширення множинно лікарсько-стійкого туберкульозу (МЛУ-ТБ) і туберкульозу з розширеною резистентністю (РР ТБ) виявили абсолютну необхідність в наданні допомоги і підтримки хворих на ТБ в дотриманні ними режимів прийому ПТП. У рамках стратегії "Зупинити ТБ" контроль і підтримка пацієнтів залишаються неодмінною умовою забезпечення DOTS і надання допомоги хворим для досягнення мети успішного лікування хворих на ТБ на рівні 85,0 %.

6 ЗАХОДИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Забезпечення ефективного лікування призводить до припинення подальшого поширення випадків ТБ та попередження інфікування МБТ населення та є одним з ключевих заходів для контролю за ТБ. В Україні в рамках стратегії боротьби з ТБ досягнення поставленої мети зниження рівня захворюваності на ТБ із середнім темпом 1,5 % на рік має базуватися на впровадженні трьох основних елементів стратегії:

- оптимальне використання вже наявних і нових лікарських засобів, забезпечення загального доступу до послуг з охорони здоров'я та соціальний захист;
- впровадження нових засобів профілактики та режиму лікування, проведення діагностики безпосередньо в місці надання медичної допомоги;
- політична воля держави, інтегрована і орієнтована на пацієнта протитуберкульозна допомога, використання систем, які підтримують інтенсифікацію досліджень та інновації.

Пострадянська система лікування базувалася на стаціонарному лікуванні всіх хворих на ТБ та не забезпечувала належну якість лікування хворих, створювала передумови для внутрішньо-лікарняної передачі збудника туберкульозу та вимагала значних фінансових витрат на утримання протитуберкульозних закладів.

В системі заходів важливе значення мають такі, як систематичний скринінг осіб, які перебувають в контакт з хворими, і груп високого ризику, рання діагностика всіх форм ТБ і загальний доступ до тестування на лікарську чутливість, в тому числі з використанням експрес-тестів. Доказано, що недовиявлення хворих на ТБ та пізня діагностика значно знижують ефективність лікування хворих, як амбулаторних, так і стаціонарних і є загрозою для інфікування МБТ серед здорового населення.

Необхідно проводити спільні заходи щодо боротьби з туберкульозом/ВІЛ-інфекцією та ведення поєднаних патологій – здійснювати регулярне навчання медичних працівників з метою підвищення якості медичних послуг для хворих на ТБ, ко-інфекцію ТБ/ВІЛ та МР ТБ, раннє виявлення ТБ у групах ризику (ув'язнені, хворі на ВІЛ/СНІД), забезпечувати ліками соціально вразливі верстви населення.

Впровадження ефективних амбулаторних моделей надання медичної допомоги має мету втілення нового цілісного, орієнтованого на пацієнта, підходу, що буде сприяти більшій прихильності лікуванню в контексті індивідуальних потреб кожного окремого хворого, з урахуванням його соціальних та економічних вразливостей.

В основу кожного організаційного заходу попередження неефективного лікування хворих на туберкульоз легень треба покласти створення мотивації щодо позитивних результатів лікування з боку адміністрації протитуберкульозного закладу, хворого, лікаря та ін.

Соціальна підтримка та заохочення хворих до лікування, психологічне супроводження лікування є головним заходом для попередження невдачі лікування. Для організації контрольованої стандартизованої амбулаторної хіміотерапії одним із методів залучення пацієнта до лікування є запропонування різних привілеїв, заохочення, щоб зацікавити вживати ліки і відвідувати лікувальний заклад. Хворому можна давати продукти, талони на харчування, одяг, а також талони на транспорт, щоб доїхати до лікарні. Привілеї треба вибирати залежно від потреб пацієнта і пропонувати разом з контрольованою терапією. Доцільно виділяти окремим рядком у бюджеті протитуберкульозних закладів кошти на соціальну підтримку в кожному регіоні з урахуванням кількості хворих у рік, яким проводитиметься амбулаторна антимикобактеріальна терапія.

Лікування хворих на ТБ можливо тільки за умови об'єднаних зусиль самих пацієнтів і медичних працівників. Інші сторони, що беруть участь в наданні допомоги і підтримки

хворим на ТБ, також відіграють важливу роль в досягненні цієї мети. Згідно Хартії пацієнтів про медичну допомогу хворим на ТБ, пацієнти являються не пасивними реципієнтами медичних послуг, але активними партнерами в забезпеченні лікувального процесу [10]. Відповідно до Хартії, хворі на ТБ наділені правом на медичну допомогу, повагу гідності, отримання інформації, конфіденційність, отримання додаткового харчування і/або інших форм підтримки і мотивації при необхідності. Вони також можуть брати участь в розширенні і вдосконаленні програми боротьби з ТБ, в її реалізації і оцінці. Протитуберкульозні служби повинні розглянути наступні заходи втручання з метою покращення дотримання режиму лікування активного або латентного ТБ, якщо пацієнт його порушує:

- листи-нагадування відповідними мовами;
- медично-просвітні консультації;
- бесіда, орієнтована на пацієнта, та інформаційно-освітній буклет;
- відвідування вдома;
- щоденник пацієнтів;
- заходи контролю (наприклад, підрахунок таблеток, опитування хворих);
- інформація про допомогу в оплаті приписаних ліків;
- допомога або поради щодо того, як отримувати соціальну допомогу, житлові та соціальні послуги.

У всьому світі були зареєстровані перерви в лікуванні у хворих з позитивним результатом мікроскопії мокроты, які проходили лікування у рамках стратегії DOTS. Проте в 22 країнах з найбільшим рівнем захворюваності ТБ цей показник варіюється в межах від 1,0 % до 13,0 %. До категорії хворих, що перервали лікування, відносяться, як хворі, що мали перерви в лікуванні, так і хворі, що померли під час проходження курсу лікування, а також пацієнти, які були переведені до інших медичних установ, відомостей про результати лікування яких не зареєстровані.

Вдосконалення практики спонукання хворих до продовження лікування на основі принципу медичної допомоги з урахуванням інтересів пацієнтів, можливо, є ефективнішим підходом в порівнянні з виділенням додаткових ресурсів на пошуки хворих, що перервали лікування. До числа найбільш поширених причин перерв в лікуванні відносяться зловживання алкоголем або наркотиками і психічні відхилення; відсутність належних умов для лікування (віддаленість місць проживання хворих від лікувально-профілактичних установ, висока вартість проїзду та ін.; недолік часу і втрати в заробітній платі; низька якість і недостатня доступність ПТП; низький рівень інформованості хворих про природу захворювання ТБ та про необхідність повного лікування; а також відсутність гнучкості в системі перекладу хворих з однієї лікувально-профілактичної установи в інше).

Удосконалення моніторингу ТБ, покращання міжвідомчої взаємодії у роботі фтизіатра, раціональне та ефективне використання стаціонар-замісного лікування хворих на ТБ, їх психосоціальна підтримка, цілеспрямована адекватна санітарно-освітня робота, створення оптимальної моделі професійної поведінки лікаря-фтизіатра щодо взаємодії з пацієнтом та його оточенням, пошук різних шляхів мотивації хворого до лікування – це лише деякі складові цілісної системи попередження неефективного лікування хворих на ТБ.

Індивідуальна психологічна корекція, яка базується на засадах патогенетичної психотерапії та скерована на розвиток позитивних соціальних та комунікативних установок особистості, сприяє покращанню показників психологічного та нейропсихологічного статусу хворих на ТБ. Значне психологічне травмування при ТБ може стати причиною розвитку та збільшення різних суміжних нервово-психологічних розладів у пацієнтів, скорочувати результативність лікування, викликати передчасне припинення терапії.

Компетентне психологічне супроводження медикаментозної терапії сприяє зниженню у хворих інтенсивності переживань психологічного та соматичного неблагополуччя, покращанню здатності до саморегуляції особистого стану та міжособистісної взаємодії в умовах амбулаторного лікування. Інформаційну та емоційну підтримку з боку лікаря-фтизіатра, а також створення відповідного мікроклімату у фтизіатричній установі необхідно розглядати в якості найважливіших реабілітаційних чинників в процесі одужання та відновлення соціально-психологічного статусу пацієнтів. Психологічне супроводження терапії ТБ є одним із суттєвих ресурсів підвищення ефективності лікувального процесу.

Варто підкреслити роль мотивації та постійної підтримки хворих соціальними працівниками у їх прогресі на шляху лікування. Оскільки соціальні працівники зустрічаються зі своїми підопічними щоденно, то вони мають більше можливостей для вчасного виявлення побічних ефектів від ПТП.

Для підвищення рівня протитуберкульозних заходів необхідна активна взаємодія дільничного фтизіатра в роботі з адміністрацією, управлінням внутрішніх справ, загальною лікувальною мережею району та з іншими організаціями. Залучення адміністрації району та управління внутрішніх справ щодо допомоги у організації флюорографічних обстежень населення, контроль дільничного фтизіатра за їх проведенням загальною лікувальною мережею, створення умов для підвищення якості обстеження на туберкульоз тих, хто звертається із скаргами у заклади загальної лікувальної мережі, може значно покращати стан виявлення хворих на туберкульоз у міському районі та своєчасно продовжувати лікування в амбулаторних умовах.

РЕЗЮМЕ

Методичний посібник присвячений актуальній проблемі – оптимізації заходів щодо попередження неефективного амбулаторного лікування хворих на туберкульоз легень. Новизна рекомендацій полягає у тому, що при їх розробці були враховані всі прийняті за останні роки нормативні документи та рекомендації ВООЗ щодо організації та стандартизації процесу лікування хворих на туберкульоз. Нові дані свідчать про те, що проблему туберкульозу можна вирішити в сучасних умовах стабілізації епідемії туберкульозу і прогресування ко-інфекції ВІЛ/СНІД тільки за наявності дещо інших нових підходів, причому докорінно відмінних від тих, що використовуються сьогодні в Україні на тлі недостатнього фінансування протитуберкульозних заходів.

Дотримання викладених принципів та підходів до пацієнт-орієнтованого режиму лікування при амбулаторному лікуванні хворих дозволить протитуберкульозним установам різного рівня здійснювати необхідні заходи для оптимізації амбулаторного лікування хворих на туберкульоз, використання стандартів лікування хворих, правильного призначення препаратів, соціальної підтримки хворих та психологічного їх супроводження, що дозволить зменшити перерви в лікуванні, попередити розвиток резистентності мікобактерій туберкульозу до препаратів. Забезпечення безперервності та адекватності лікування за рахунок наявності всіх необхідних для цього антимікобактеріальних препаратів у повному обсязі згідно стандартів та рекомендацій ВООЗ та застосування організаційних підходів, викладених у посібнику, дозволить зменшити кількість хворих з перерваним та невдалим лікуванням та підвищити ефективність лікування до показника індикатора ВООЗ – 85,0 %.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Феценко Ю. І., Мельник В. М., Опанасенко М. С. Реорганізація, реструктуризація та реформування протитуберкульозної служби в Україні : монографія. Київ : «Видавництво Ліра-К», 2015. 172 с.
2. Феценко Ю. І., Мельник В. М. Історія вчення про туберкульоз : посібник. Київ : «Видавництво Ліра-К», 2016. 144 с.
3. Феценко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні // Укр. пульмонол. журн. 2016. № 3 (93). С. 5–10.
4. Tuberculosis control and elimination 2010–50 : cure, care and social development / K. Lunnroth et al. // Lancet. 2010. № 375. P. 1814–1829.

5. The end TB strategy. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis 2016 update WHO/HTM/TB/2016.04 / WHO. URL : <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-> (дата звернення: 08.02.2018).

6. Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. : доклад секретариата ВОЗ / ВОЗ. Женева : ВОЗ. 2013. 35 с.

7. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ : ТОВ «Агенство України», 2018. 215 с.

8. Global tuberculosis : report 2015. / WHO. Geneva : WHO. 2015. 192 p.

8. Ефективність і недоліки функціонування протитуберкульозної служби в Україні / Ю. І. Фещенко та ін. // Укр. пульмонол. журн. 2016. № 2. С. 5–9.

9. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз» : наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі». Київ, 2014. 166 с.

10. Ayele B. Mixed ambulatory and in-patient treatment. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2016. Vol. 11, № 29. P. 330–334.

11. Роль закладів первинної медичної допомоги у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу при реформуванні охорони здоров'я і вдосконалення протитуберкульозних заходів : методичний посібник / В. М. Мельник, та ін. Київ : НІФП НАМНУ. 2017. 44 с.

12. WHO. Model List of Essential Medicines / WHO. Geneva : WHO. 2015. 43 p.

13. Is it worth while to decentralize drug-resistant TB services? 2016. URL : <http://www.citizen-news.org/2016/10/is-it-worthwhile-to-decentralize-drug.html> (дата звернення: 08.02.2018).

14. Gler M. T. Impact of patient and program factors on default during treatment of multidrugresistant tuberculosis // The Int. J. of Tuberc. Lung Dis. 2012. Vol. 16, № 7. P. 955–960.