

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
У НЕРАБОТАЮЩИХ БОЛЬНЫХ

М.Е. КОНДРАТЬЕВА*, В.А. СТАХАНОВ**

*ГБУЗ ВО «Центр специализированной фтизиопульмонологической помощи»,
ул. Лесхозная, д.7, г. Ковров, Владимирская область, Россия, 601902

**ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, ул. Островитянова, д.1, г. Москва, Россия, 117513

Аннотация. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния социальных факторов, комплекса мер социальной поддержки на эффективность и продолжительность лечения, сокращение отрывов от лечения группы больных туберкулезом, не имеющих работы, в Ковровском районе Владимирской области.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование и комплексный анализ 605 больных туберкулезом, зарегистрированных в 2001-2005гг. Из изучаемой группы больных была отобрана группа больных, не имеющих места работы на момент регистрации на лечение. Эта группа составила 241 человек. Из них больные, получающие социальную поддержку, составили 87 человек, а больные туберкулезом, не получающие социальной поддержки – 154 человека.

Результаты: Установлено, что в группе неработающих больных туберкулезом применение социальной поддержки позволяет снизить частоту длительных перерывов, тем самым, сократить сроки химиотерапии и достоверно повысить эффективность лечения по показателям прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада.

Выводы: Система поощрения неработающей категории больных туберкулезом на этапе проведения контролируемого курса специфической противотуберкулезной химиотерапии действительно эффективна. Задачей противотуберкулезной службы является сохранение существующей социальной поддержки и разработка новых способов оказания индивидуальной социальной помощи с целью повышения заинтересованности больного туберкулезом в завершении лечения.

Ключевые слова: туберкулез, социальная поддержка, эффективность лечения.

THE INFLUENCE OF SOCIAL SUPPORT ON THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT
OF TUBERCULOSIS PATIENTS AT UNEMPLOYED

M.E. KONDRATIEVA*, V.A. STAKHANOV**

*Vladimir Regional Center Specialized Phthisiopulmonary Care,
Leskhoznyaya Str., 7, Kovrov, Vladimir Region, Russia, 601902

**Russian National N.I. Pirogov Research Medical University,
Ostrovityanov Str., 1, Moscow, Russia, 117513

Abstract. The purpose of this research was to evaluate the impact of social factors and social support measures on tuberculosis (TB) treatment effectiveness and duration, as well as on unemployed TB patients treatment default rate in Kovrov of the Vladimir region.

Methods: 605 TB patients registered in 2001 – 2005 have been included in the retrospective study and underwent complex analysis. The group of 241 TB patients unemployed at the moment of registration for treatment has been selected for further evaluation, including 87 patients who have been included into social support program and 154 patients without social support.

Results: The authors have found that social support measures offered for unemployed TB patients reduced amount of long treatment interruptions and because of that shortened treatment period, improved treatment effectiveness in terms of sputum smear and culture conversion, as well as lung destruction cavity closure.

Conclusions: Findings of the study clearly show that incentive program for unemployed TB patients offered during directly observed treatment period was really effective. In order to improve TB patients treatment

Библиографическая ссылка:

Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5177.pdf> (дата обращения: 01.09.2015). DOI: 10.12737/13072

compliance and motivation to complete treatment, TB control program should not only continue current social support program, but also develop new individualized social measures based on patient centered approach.

Key words: tuberculosis, social support, treatment efficacy

К 90-м годам прошлого столетия начался новый этап в распространении туберкулеза в России и во всем мире. Нестабильная ситуация в экономике страны, последовавшая за началом перестройки, снижение жизненного уровня людей, появление безработных и лиц *без определенного места жительства* (БОМЖ), рост алкоголизма и преступности, а также ряд других негативных факторов не могли не сказаться на эпидемиологии туберкулеза. Отмечается значительное увеличение основных показателей во всех регионах России, в том числе во Владимирской области и Ковровском районе.

В условиях повышения заболеваемости и снижения эффективности лечения больных туберкулезом, возникла необходимость внедрения новых методик лечения. Стало очевидно, что наряду с полноценной специфической противотуберкулезной химиотерапией, патогенетической, симптоматической и др. медикаментозной терапией нужно внедрять стимулирующую терапию морального и материального поощрения.

В связи с этим, в 2001 г. в г. Коврове была проведена межведомственная комиссия по оказанию социальной поддержки больным туберкулезом и решению вопросов контролируемого лечения. ВОЗ с 2002 г. выделялись ежемесячные продуктовые наборы для больных, не прерывавших лечение на амбулаторном этапе более чем на 2 дня. С 2004 г. по настоящее время социальная поддержка больных туберкулезом утверждается в Целевой программе «неотложные меры борьбы с туберкулезом во Владимирской области». Критерием для назначения социальной поддержки в виде продуктового набора является отсутствие перерывов в лечении более 2 дней в месяц без уважительных причин – это довольно жесткий срок, учитывая, что больные находятся на лечении общей продолжительностью не менее 6 мес. В сложившихся условиях приходится искать новые подходы к организации и совершенствованию медико-социальной помощи больным туберкулезом, что влечет за собой изучение различных групп больных туберкулезом с учетом занятости, особенностей поведения, сопутствующей патологии, выявление факторов, оказывающих весомое влияние на возникновение, неблагоприятное течение и исход туберкулезного процесса.

Цель исследования – изучение данных об эффективности и целесообразности внедрения различных мер стимулирующего характера в течение 14 лет в практику лечения туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе ГБУЗ ВО «Ковровский противотуберкулезный диспансер» Владимирской области. Проведено ретроспективное исследование и комплексный анализ 605 больных туберкулезом, зарегистрированных в 2001-2005 гг. Регистрация проводилась не только вновь выявленных, но и повторных случаев туберкулеза.

Сведения о больных получены при изучении всего комплекса медицинской документации и ежемесячных отчетов по социальной поддержке больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении.

Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Из изучаемой группы больных была отобраны пациенты, не имеющие места работы на момент регистрации на лечение. Эта группа составила 241 человек. Из них больные, получающие социальную поддержку, составили 87 человек, а больные туберкулезом, не получающие социальной поддержки – 154 человека ($t=6,35$, $p<0,05$). В первой группе мужчин было 78,2%, во второй – 81,2%. Средний возраст больных в 1-ой группе составил ($37,8\pm 9,8$) лет, в 2-ой группе – ($39,6\pm 10,6$) лет. Чаще всего неработающее население заболевает туберкулезом в возрасте 20-50 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте. В процессе лечения выявлена алкогольная зависимость у 54 больных основной группы и 119 чел. в контрольной группе, $p<0,05$, $t=2,45$. Табакокурение, факт пребывания в системе УИН, наличие сопутствующей патологии (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, психические заболевания, сахарный диабет, алкогольная зависимость, хронические заболевания легких) достоверно по группам не различались.

Структура клинических форм туберкулеза органов дыхания у неработающих больных обеих групп представлена в табл. 1.

Библиографическая ссылка:

Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5177.pdf> (дата обращения: 01.09.2015). DOI: 10.12737/13072

Структура клинических форм туберкулеза в 1 и 2 группах больных за 2001-2005гг.

Клинические формы туберкулеза	1 группа		2 группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Очаговая	10	11,5	12	7,8
Инфильтративная	48	55,2	57	37
Диссеминированная	21	24,2	47	30,5
Фиброзно-кавернозная	4	4,6	12	7,8
Казеозная пневмония			17	11,1
Плеврит	3	3,4	7	4,5
Туберкулема	1	1,1	2	1,3
Итого	87	100	154	100

Анализируя данные, представленные в табл. 1, выявлено, что по большинству клинических форм туберкулеза органов дыхания группы неработающих были сопоставимы. Наибольшее число больных в обеих группах было зарегистрировано с инфильтративной формой туберкулеза легких (55,2% и 37% соответственно), диссеминированная форма туберкулеза легких встречалась в 24,2% и 30,5% соответственно. В 1-ой группе достоверно меньше было больных с казеозной пневмонией ($t=4,37$, $p<0,05$) и достоверно больше больных с инфильтративной формой туберкулеза легких ($t=2,75$, $p<0,05$). Учитывая отсутствие больных казеозной пневмонией в 1 группе, они исключены из дальнейшего анализа и численность 2 группы составила 137 человек.

Эффективность лечения туберкулеза зависит от многих факторов: своевременности выявления специфического процесса, клинической формы туберкулеза при выявлении, сопутствующей патологии, полноценности проведенного курса химиотерапии и т.д. При этом очень важным моментом является уменьшение до минимальных сроков отрывов от лечения.

По суммарной длительности перерывов за весь курс лечения были выделены следующие периоды: отсутствие перерывов в лечении, прерывание курса лечения более 2 дней, перерывы более 2 недель и более 2 месяцев, отрыв от лечения. Также была проанализирована зависимость фазы лечения (интенсивная и поддерживающая) и частоты и длительности перерывов в лечении туберкулеза. Данные по частоте и длительности перерывов на интенсивной фазе лечения, которые представлены на рис. 1.

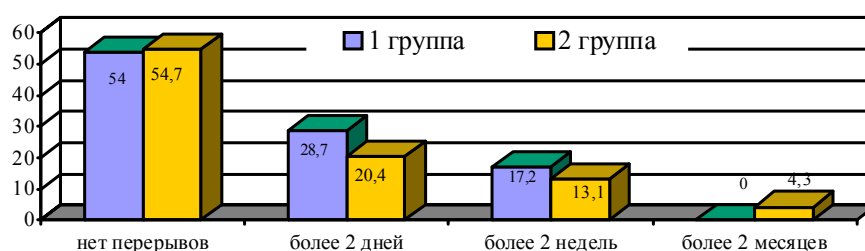


Рис. 1. Длительность и частота перерывов в лечении у неработающих больных основной и контрольной групп наблюдения на интенсивной фазе лечения (% от числа больных в группе)

Анализ данных, представленных на рис.1, свидетельствует о том, что противотуберкулезная терапия проводилась непрерывно на интенсивной фазе лечения у половины больных обеих групп: 54% (47 чел.) основной и 54,7% (75 чел.) контрольной группы, $t=0,11$, $p>0,05$. У больных основной группы недостоверно чаще были перерывы меньшей длительности (25 чел. и 30 чел. по группам, $t=1,39$, $p>0,05$), при этом не было перерывов более 2 месяцев. Частота перерывов более 2 недель была достоверно одинакова как у больных основной (15 чел.), так и контрольной групп (18 чел.) ($t=0,82$, $p>0,05$). В период интенсивной фазы лечения умерло 6 чел. в контрольной группе (4,4%).

Библиографическая ссылка:

Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5177.pdf> (дата обращения: 01.09.2015). DOI: 10.12737/13072

При увеличении сроков лечения, в период поддерживающей фазы противотуберкулезной химиотерапии, изменяется соотношение в перерывах в лечении по группам наблюдения. Анализ частоты и длительности перерывов в лечении в период поддерживающей фазы показывает изменение приверженности больных основной и контрольной групп к лечению. Эффективно завершили интенсивную фазу 71 чел. основной группы и 71 чел. в контрольной группе. Данные о частоте и длительности перерывов на поддерживающей фазе лечения неработающих больных туберкулезом представлены на рис. 2.

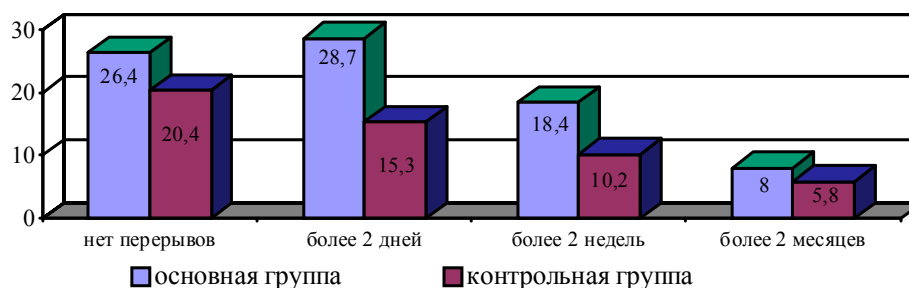


Рис.2. Частота и длительность перерывов на поддерживающей фазе лечения неработающих больных туберкулезом основной и контрольной группы (%)

Анализируя данные, представленные на рис.2, видно, что в период поддерживающей фазы отмечались аналогичные тенденции в перерывах в лечении. Доля больных, не имеющих перерывов в лечении, значительно снизилась в обеих группах, но при этом различий между сравниваемыми группами не выявлено. Без перерывов лечилось 26,4% (23 чел.) больных основной группы и 20,4% (28 чел.) больных контрольной группы ($t=1,03, p>0,05$). У 48 больных основной группы, по-прежнему, отсутствовали или преобладали короткие перерывы до 2 недель (55,1%), по сравнению с 49 больными (35,8%) контрольной группы ($t=2,89, p<0,05$). Таким образом, достоверно большее число больных 1 группы сохраняло приверженность к лечению и на поддерживающей фазе, по сравнению с больными 2 группы наблюдения. Длительные, более 2 недель перерывы зарегистрированы в основной группе у 18,4% (16 чел.) и у 10,2% (14 чел.) контрольной группы ($t=1,67, p>0,05$). Перерывы более 2 месяцев были у 8% (7 чел.) больных основной группы и 5,8% (8 чел.) больных контрольной группы ($t=0,62, p>0,05$). Однако, углубленный анализ перерывов в лечении с учетом эффективности исхода курса лечения позволил выявить отличия от выше представленных данных. Все исходы лечения у неработающих больных в основной и контрольной группах исследования отражены на рис. 3.

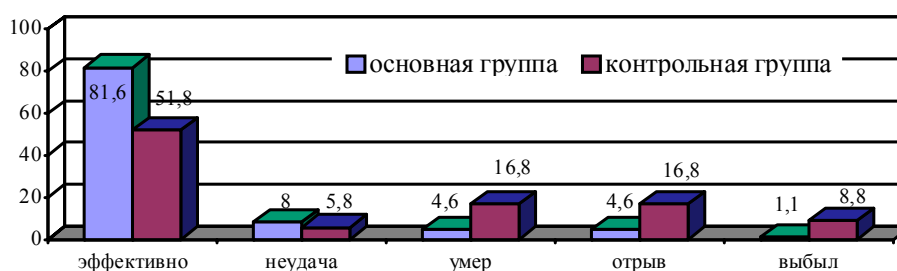


Рис. 3. Исходы лечения неработающих больных основной и контрольной групп наблюдения (%)

Анализируя рис. 3, можно сделать вывод, что эффективный курс лечения был достигнут достоверно чаще у 81,6% больных основной группы (71 чел.) по сравнению с 51,8% больных контрольной группы – 71 чел. ($t=5,0, p<0,05$). У больных контрольной группы достоверно чаще отмечались неблагоприятные исходы (неэффективное лечение и летальный исход) – 22,6% (31 чел.) по сравнению 12,6% (11 чел.) ($t=1,98, p<0,05$).

Библиографическая ссылка:

Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5177.pdf> (дата обращения: 01.09.2015). DOI: 10.12737/13072

Отдельно проведен анализ сроков химиотерапии у больных туберкулезом, завершивших лечение эффективно в основной и контрольной группах, который представлен на рис. 4.

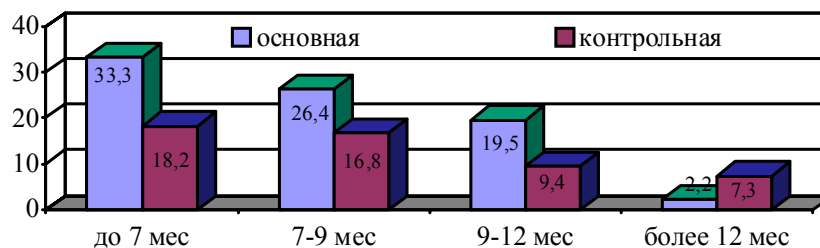


Рис.4. Сроки лечения в группах наблюдения (% от числа больных в группе)

Анализ данных, представленных на рис.4 показывает, что 79,3% (69 чел.) больных завершили лечение эффективно в основной группе в срок до 12 месяцев. В контрольной группе в эти же сроки было эффективно пролечено только 44,5% больных (61чел.) ($t=5,73, p<0,05$).

Кроме того, проанализирована эффективность лечения неработающих больных по стандартным критериям: прекращение бактериовыделения и закрытие деструкции легочной ткани.

Данные об эффективности лечения неработающих больных туберкулезом 1 и 2 групп наблюдения по критериям прекращения бактериовыделения и закрытия полости деструкции легочной ткани представлены на рис. 5.

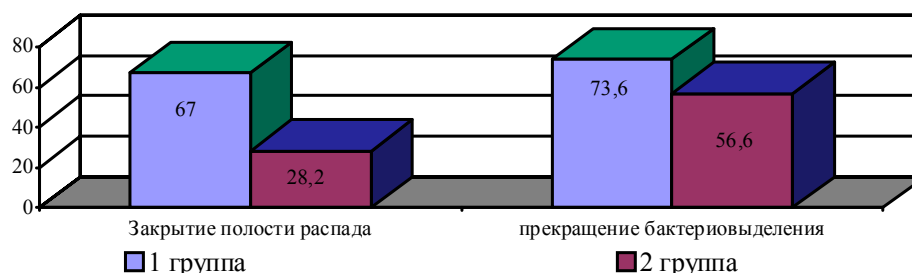


Рис. 5. Эффективность лечения неработающих больных туберкулезом 1 и 2 групп наблюдения по критериям прекращения бактериовыделения и закрытия полости деструкции легочной ткани (%)

Данные, представленные на рис. 5 убедительно демонстрируют, что прекращение бактериовыделения достоверно чаще регистрируется в основной группе – 73,6% (39 из 53 чел.), по сравнению с контрольной группой – 56,6% (56 из 99 чел.) ($t=2,17, p<0,05$). Аналогичная картина отмечается и по критерию закрытия полостей распада легочной ткани. В 1 группе наблюдения эффективность лечения по критерию закрытия деструкции легочной ткани составила 67% (28 из 42 чел.) по сравнению с эффективностью лечения во второй группе больных – 28,2% (22 из 78 чел.) ($t=4,33, p<0,05$).

Таким образом, в группе неработающих больных туберкулезом применение социальной поддержки позволяет повысить эффективность лечения, снизить частоту длительных перерывов, тем самым, сократить сроки химиотерапии и достоверно повысить эффективность лечения.

Заключение. Социальная поддержка оказывалась неработающим больным туберкулезом трудоспособного возраста с 19 до 60 лет. В группах наблюдения преобладали такие клинические формы туберкулеза легких, как инфильтративная, диссеминированная. Больным с тяжелыми, распространенными формами туберкулеза социальная поддержка оказывалась значительно реже, т.к. основным требованием к ее назначению является амбулаторный этап лечения. Значимой разницы в частоте и длительности перерывов в лечении туберкулеза на интенсивной фазе лечения не установлено. В период поддерживающей фазы лечения у больных основной группы исследования чаще регистрировались короткие перерывы до 2 недель или отсутствие перерывов (48 чел.(55,1%) в 1 группе по сравнению с 49 чел. (35,8%) во

Библиографическая ссылка:

Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5177.pdf> (дата обращения: 01.09.2015). DOI: 10.12737/13072

2 группе ($t=2,89, p<0,05$). За счет уменьшения дней перерывов в приеме противотуберкулезных препаратов сокращаются сроки лечения безработных больных туберкулезом. Достоверно чаще в основной группе больные завершали лечение эффективно, а в контрольной группе – неэффективно. До 1 года завершили лечение 79,2% больных, получавших социальную поддержку, по сравнению с 44,5% больных 2 группы ($t=2,17, p<0,05$). Отрывы от лечения больных 1 группы в 3,2 раза меньше, чем в группе больных, не получавших социальной поддержки. Эффективность лечения по прекращению бактериовыделения составила в 1 группе 73,6 % по сравнению с 56,6% больных 2 группы, по критерию закрытия полости распада 67% среди больных 1 группы по сравнению с 28,2% больных 2 группы.

Выводы:

1. В группе неработающих больных, получающих социальную поддержку, достоверно сокращаются сроки завершения курса химиотерапии, повышаются показатели прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада.

2. Система поощрения неработающей категории больных туберкулезом на этапе проведения контролируемого курса специфической противотуберкулезной химиотерапии действительно эффективна. Она позволяет сократить сроки лечения, уменьшить число отрывов от лечения, повысить эффективность лечения.

3. Задачей противотуберкулезной службы является сохранение существующей социальной поддержки и разработка новых способов оказания индивидуальной социальной помощи и повышения заинтересованности больного туберкулезом в завершении лечения.

Литература

1. Богородская Е.М. Социальная помощь больным туберкулезом на амбулаторном этапе: опыт России. стратегическое совещание «Инновационные модели оказания психосоциальной помощи больным туберкулезом» в рамках проекта «Эффективный контроль над туберкулезом». М., 2012.

2. Богородская Е.М., Данилова И.Д., Ломакина О.Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // Проблемы туберкулеза. 2007. №3. С. 46–50.

3. Досрочное прекращение лечения в противотуберкулезных стационарах / Борисов С.Е., Белилковский Е.М., Кук Ф. [и др.]. // Проблемы туберкулеза. 2007. №6. С. 17–25.

4. Волченков Г.В., Пузанов Г.В., Данилова И.Д., Ключе Х., Дробашева Л.Д., Путова Э.В. Реализация программы выявления и лечения больных туберкулезом во Владимирской области // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2004. № 8. С. 21–22.

5. Голубев Д.Н. Проблема «отрыва» от диспансера больных туберкулезом при проведении диагностики и лечения и пути преодоления // Материалы всероссийского совещания главных врачей и руководителей оргметодотделов противотуберкулезных учреждений РФ. М., 2008. С. 52–54.

6. Казенный Б.Я., Хорошева Т.М., Кирьянова Е.В., Хорошутина В.В., Рутгайзер Ф.Л. Опыт работы фтизиатрической службы Орловской области с больными туберкулезом, прерывающими лечение и отказывающимися от него: материалы всероссийского совещания главных врачей и руководителей оргметодотделов противотуберкулезных учреждений РФ. М., 2008. С. 55–57.

7. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2014 году. М., 2014. 244 с.

8. Программа социальной поддержки и обеспечение мотивации больных туберкулезом к лечению / Якубовяк В., Богородская Е.М., Борисов С.Е. [и др.]. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2009. №3. С. 18–24.

References

1. Bogorodskaya EM. Sotsial'naya pomoshch' bol'nym tuberkulezom na ambulatornom etape: opyt Rossii. strategicheskoe soveshchanie «Innovatsionnye modeli okazaniya psikhosotsial'noy pomoshchi bol'nym tuberkulezom» v ramkakh proekta «Effektivnyy kontrol' nad tuberkulezom». Moscow; 2012. Russian.

2. Bogorodskaya EM, Danilova ID, Lomakina OB. Formirovanie u bol'nykh tuberkulezom stimulov k vyzdorovleniyu i soblyudeniyu rezhima khimioterapii. Problemy tuberkuleza. 2007;3:46-50. Russian.

3. Borisov SE, Belilovskiy EM, Kuk F, et al. Dosrochnoe prekrashchenie lecheniya v protivotuberkuleznykh statsionarakh. Problemy tuberkuleza. 2007;6:17-25. Russian.

4. Volchenkov GV, Puzanov GV, Danilova ID, Klyuge Kh, Drobashева LD, Putova EV. Realizatsiya programmy vyyavleniya i lecheniya bol'nykh tuberkulezom vo Vladimirskoy oblasti. Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. 2004;8:21-2. Russian.

Библиографическая ссылка:

Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5177.pdf> (дата обращения: 01.09.2015). DOI: 10.12737/13072

5. Golubev DN. Problema «otryva» ot dispansera bol'nykh tuberkulezom pri provedenii diagnostiki i lecheniya i puti preodoleniya. Materialy vserossiyskogo soveshchaniya glavnykh vrachey i rukovoditeley orgmetodotdelov protivotuberkuleznykh uchrezhdeniy RF. Moscow; 2008. Russian.

6. Kazenny BYa, Khorosheva TM, Kir'yanova EV, Khoroshutina VV, Rutgayzer FL. Opyt raboty ftiziatricheskoy sluzhby Orlovskoy oblasti s bol'nymi tuberkulezom, preryvayushchimi lechenie i otkazyvayushchimisya ot nego: materialy vserossiyskogo soveshchaniya glavnykh vrachey i rukovoditeley orgmetodotdelov protivotuberkuleznykh uchrezhdeniy RF. Moscow; 2008. Russian.

7. Shilova MV. Tuberkulez v Rossii v 2014 godu. Moscow; 2014. Russian.

8. Yakuboviyak V, Bogorodskaya EM, Borisov SE, et al. Programma sotsial'noy podderzhki i obespechenie motivatsii bol'nykh tuberkulezom k lecheniyu. Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. 2009;3:18-24. Russian.

Библиографическая ссылка:

Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5177.pdf> (дата обращения: 01.09.2015). DOI: 10.12737/13072