

УДК 616-002.5-08:576.809.55:371.302.3

МОТИВАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВЕДЕНИИ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

**А.А. Токтогонова¹, Н.К. Курманова², А.Б. Азыкова³, К.А. Токторгазиева¹,
Р.Х. Ахметова⁴, Г.О. Омуралиева⁴**

¹ Национальный центр фтизиатрии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики,

² Кыргызский государственный медицинский институт повышения квалификации и переподготовки,

³ Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина,

⁴ Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье рассматривается результативность оказания мотивационных поддержек больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) при лечении препаратами второго ряда в Кыргызской Республике. При сравнительном изучении результативности лечения больных МЛУ ТБ с использованием только лечения противотуберкулезными препаратами с больными, дополнительно получавшими мотивационную поддержку, не было статистически значимых ($P>0,05$) отличий по исходу «успех лечения» (55,3% и 55,0%) и по уровню «отрывы от лечения» (18,6% и 22,3%).

Ключевые слова: мотивационная поддержка, множественный лекарственно-устойчивый туберкулез, приверженность больных к лечению.

**КӨП ДААРЫЛАРГА ТУРУКТУУ ТУБЕРКУЛЕЗДУ ДААРЫЛООДО КӨРСӨТҮЛГӨН
МОТИВАЦИЯЛЫК ЖАРДАМ**

**А.А. Токтогонова¹, Н.К. Курманова², А.Б. Азыкова³, К.А. Токторгазиева¹,
Р.Х. Ахметова⁴, Г.О. Омуралиева⁴**

¹ Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо Министрлигинин Улуттук фтизиатрия борбору,

² Кыргыз Мамлекеттик билим өркүндөтүү жана кайра даярдоо медициналык институту,

³ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети,

⁴ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иште Кыргыз Республикасындагы көп дарыларга туруктуу туберкулез ооруларын экинчи катардагы дарылар менен дарылоо учурунда көрсөтүлгөн мотивациялык жардамдын натыйжасы көрсөтүлгөн. Көп дарыларга туруктуу туберкулез ооруларды дарылар менен дарылоону кошумча мотивациялык жардам алган оорулардын дарылоосунун жыйынтыгы менен салыштырууда статистикалык айырма «толук айыгуу» (55,3% и 55,0%) жана «дарылоону таштоо» (18,6% и 22,3%) көрсөткүчтөрү боюнча ($P>0,05$) табылган жок.

Негизги сөздөр: мотивациялык жардам, көпдарыларга туруктуу туберкулез, оорунун дарыланууга аракеттенүүсү.

**MOTIVATIONAL SUPPORT IN THE CONDUCT OF CASES
WITH MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS**

**A.A. Toktonogova¹, N.K. Kurmanova², A.B. Azykova³, K.A. Toktorgazieva¹,
R.H. Akhmetova⁴, G.O. Omuralieva⁴**

¹ Kyrgyz Republic National TB Centre,

² Kyrgyz State Medical Institute of Postgraduate Education,

³ Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin

⁴ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. This article is considered the effectiveness of motivational support patients MDR TB in the treatment with SLD in Kyrgyzstan. In comparative study of effectiveness of the treatment ($P>0,05$) using only the treatment of tap with patients, in addition treated motivational support, there was no statistically significant differences on the outcome “the success of treatment” (55,3% и 55,0%) and “default” (18,6% и 22,3%).

Key words: motivational support, MDR TB, commitment to the treatment.

Ведение. Изолированный подход в ведении случаев туберкулеза (ТБ), нацеленный исключительно на лечение заболевания, не дает требуемой эффективности. Лечение ТБ невозможно без учета и решения проблем конкретного пациента [1]. Для каждого медицинского, социального или психологического фактора, препятствующего регулярному лечению, специалисты соответствующего профиля предлагают результативное решение. В Кыргызской Республике с 2014 года оказываются мотивационные поддержки больным с множественной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза (МЛУ ТБ).

В этой связи, нами был проведен анализ эффективности лечения ТБ при мотивационной поддержке пациентов, который явился **целью** нашего исследования.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ 211 историй болезней (мужчин в этой группе было 132 (62,5%), а женщин – 79 (37,5%), получавших мотивационную помощь (основная группа) и 188 больных (119 (63,3%) пациентов мужского пола и 69 (36,7%) женского), не получавших мотивационные выплаты (контрольная группа). Мотивационная поддержка оказывалась в виде ежемесячных денежных выплат и возмещения транспортных расходов до медицинского учреждения и обратно. Были определены критерии выплат: при приеме больными всех суточных доз противотуберкулезных препаратов (ПТП) производятся выплаты. В случае пропуска приема ПТП более 3-5 раз в месяц, выплаты не производятся. Мотивационная поддержка больным МЛУ ТБ на протяжении всего курса лечения осуществлялась при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ). Материалы исследования подвергались компьютерному анализу по программе SPSS – 16.0.

Результаты и их обсуждение

При анализе полученных данных, основная группа пациентов по социальному статусу была следующей: из малообеспеченных семей – 88 (41,7%) пациентов, из мест лишения свободы – 38 больных (18,0%), БОМЖ – 9 (4,3%), имели алкогольную и наркотическую зависимость – 18 (8,5%) и 26 (12,3%) соответственно, служащие, студенты и пенсионеры составили 15,2% (32 больных). Инфильтративную форму ТБ легких имели более половины больных – 59,7% (126),

фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТЛ) – 33,2% (70 больных) и диссеминированный ТБ – 7,1% (15 больных). Средний возраст пациентов составил 32,5±13 лет.

В контрольной группе: безработные – 119 (63,3%), бывшие в местах лишения свободы – 11 (5,8%), работающие – 37 (19,7%), пенсионеры – 7 (3,7%), студенты – 2 (1,1%), инвалиды по ТБ – 9 (4,8%) и по другим заболеваниям – 3 (1,6%). Средний возраст составил 37±14,7 лет. В клинической структуре заболевания также преобладали инфильтративная форма ТБ легких и ФКТЛ (104 пациентов – 55,3% и 66 – 35,1% соответственно), а диссеминированный, кавернозный и цирротический ТБ легких были диагностированы у небольшого количества больных (13 – 6,9%, 4 – 2,1% и 1 – 0,5% соответственно формам). Таким образом, сравниваемые группы при анализе по клинической структуре МЛУ ТБ достоверно не различались ($P>0,05$).

В основной группе среди больных с новыми случаями (НС) ТБ были – 85 больных (40,3%), ранее получали лечение препаратами первого ряда (ППР) – 110 больной (52,1%) и получали противотуберкулезные ППР и препараты второго ряда (ПВР) – 16 пациентов (7,6%). Рецидив ТБ диагностирован у 58 пациентов (27,5%), лечение после перерыва (ЛПП) – у 21 (10%) больного, после 1-го курса химиотерапии – 22 (10,4%), а после 2-го курса химиотерапии – 17 (8,1%) больных и другие – 8 (3,8%).

В контрольной группе с НС ТБ было 37 больных (19,7%), лечение ППР получали 126 больных (67%), а химиотерапию ППР и ПВР получали 25 больных (13,3%). Рецидив ТБ определен у 40 пациентов (21,3%), ЛПП – у 14 (7,4%) больных, после 1-го курса химиотерапии – 36 (19,1%) и после 2-го курса химиотерапии – 47 (25,0%) человек, другие (хроники) – 14 (7,4%).

Длительность лечения в основной группе составила 18,0±7,4, в контрольной – 18,0±7,0 мес.

Успех лечения в группе больных получавших мотивационную помощь составил 55,0%, неблагоприятные исходы определены у 8,5% больных, прервали лечение 22,3%, прогрессирование МЛУ ТБ привело к летальному исходу у 11,8% пациентов (легочно-сердечная недостаточность, легочные кровотечения, широко-лекарственная устойчивость (ШЛУ ТБ) и т.д.) и умерли от других причин – 2,4% (табл.1).

Таблица 1

Результаты лечения больных МЛУ ТБ в сравниваемых группах

Группы	Успех лечения	Отрыв от лечения	Неблагоприятный исход	Умер		Итого
				от ТБ	другие причины	
Основная	116	47	18	25	5	211
%	55,0	22,3	8,5	11,8	2,4	
P ₁₋₂	1,030	0,436	0,293	0,956	0,001	
Контрольная	104	35	23	21	5	188
%	55,3	18,6	12,2	11,2	2,7	
Всего	220	82	41	46	10	399
%	55,1	20,5	10,3	11,5	2,5	100,0

В контрольной группе «успех лечения» равнялся 55,3% (P=1,026), а «неблагоприятные исходы» лечения составили 12,2% (P=0,293). Аналогичный показатель прослеживается по умершим больным (11,8% против 11,2%, P=0,956, среди умерших не от ТБ имеется статистически значимая разница показателей 2,4% против 2,7%, P=0,001). Удельный вес больных, оторвавшихся от лечения составил ниже такого показателя в основной группе (18,6% против 22,3%, P=0,436), однако достоверной разницы нет.

Мы рассмотрели причины отрывов от лечения при оказании мотивационной поддержки больным (табл. 2). Расклад причин среди больных основной группы был таков: отказались от лечения – 38,3% (18 больных), мигрировавшие (внутренние и внешние мигранты) – 48,9% (23 больных), употребляли наркотические вещества и злоупотребляли спиртными напитками – 8,5% (4 пациента) и не имели постоянного места жительства – 4,3% (2 больных).

Таким образом, отсутствие желаемого результата лечения, в основном связано с отказом больных от лечения и миграцией больных.

Таблица 2

Причины отрывов от лечения у больных МЛУ ТБ в сравниваемых группах

группы	причины отрывов от лечения				Всего
	отказ от лечения	мигрант	наркомания, алкоголизм	БОМЖ	
Основная	18	23	4	2	47
	38,3	48,9	8,5	4,3	100,0
P=	0,269	0,451	0,218	0,715	
Контрольная	19	13	0	3	35
	54,3	37,1	0,0	8,6	100,0
Итого	37	36	4	5	82
	45,1	43,9	4,9	6,1	100,0

В контрольной группе основными причинами отрывов от лечения также явились отказ от лечения (54,3%) и внутренняя/внешняя миграция пациентов (37,1%). Между группами по причинам отрывов от лечения достоверной разницы не выявлено (P>0,05).

Противоположные нашим результатам данные получены по другим исследованиям. При оказании социальной поддержки больным туберкулезом в виде выдачи продуктовых и гигиенических наборов, возмещение оплаты проезда дала положительные результаты лечения у 73% больных,

без социальной поддержки – у 56,9% больных [2,3,4]. Количество больных прервавших лечение было в 1,5 раза меньше, а неэффективный курс лечения при поддержке наблюдался только у 7,6% больных, а без поддержки – в 2 раза больше (14,9%).

По данным Богородской Е.М. и соавт. (2011) медицинская эффективность лечения больных, которым оказывалась социальная помощь составила 94,4%, а которым не оказывалась – 68,4%. Коэффициент эффективности дополнительной социальной помощи больным туберкулезом во

время первого курса лечения составляет 7,4, что позволяет сэкономить прямые затраты на химиотерапию за счет сокращения повторных курсов лечения и мотивирует больных к соблюдению режима [5].

Выводы:

1. При сравнительном изучении результативности лечения больных МЛЮ ТБ с использованием только лечения противотуберкулезными препаратами с больными, дополнительно получавшими мотивационную поддержку, не было статистически значимых ($P > 0,05$) отличий по результатам лечения «успех лечения» (55,3% и 55,0% соответственно группам) и по уровню «отрывов от лечения» (18,6% и 22,3%).
2. Основными причинами отрывов от лечения были отказ больных от дальнейшей терапии (54,3% и 38,3%, $P = 0,269$) и внутренняя/внешняя миграция (37,1% и 48,9%, $P = 0,451$).

Заключение

Таким образом, нельзя рассматривать социальную поддержку как единственный инструмент профилактики досрочного прерывания больными лечения ТБ без использования других подходов повышения приверженности терапии: лечение под непосредственным контролем; обучение и консультирование больных по туберкулезу; привлечение общественных помощников; психологическая помощь больному. Поэтому лечение больных МЛЮ ТБ должно быть комплексным с учетом факторов риска развития неблагоприятных исходов (отрывы, осложнения, коморбидные состояния и смерть), результатов теста на лекарственную чувствительность возбудителя (ТЛЧ), побочных реакций на ПТП, а также соци-

ального статуса. Для этого необходимо использование пациент-ориентированного и мультидисциплинарного (команда из психологов, наркологов, фтизиатров, инфекционистов, семейных врачей и общественных помощников, представителей государственной службы миграции) подходов при оказании медицинских услуг больным, которые улучшат их приверженность к длительному лечению ТБ и МЛЮ ТБ.

Литература

1. Русакова, Л.И. Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации / Л.И. Русакова. - М., 2013. - С. 36-46.
2. Даминов, Э.А. Социальная поддержка больных туберкулезом легких / IX Съезд фтизиатров России / Э.А. Даминов, Р.К. Ягафарова, Г.Ш. Мингазова // Туберкулез и болезни легких. - 2011. - №4. - С. 118-119.
3. Arcencio, R.A. Social support for tuberculosis care: evidences from academia research to health services practice / R.A. Arcencio // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October. - 3 November, 2013. - Vol. 17. (12). - P.S43-44.
4. Collaborative work of nurses and social workers to support for tuberculosis treatment among homeless in Japan / [Nagata Y. et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30 October - 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S45.
5. Богородская, Е.М. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях / Е.М. Богородская, С.В. Смердин, С.А. Стерликов. - М.: Нью-Терра, 2011. - 216 с.