

Шурыгин А.А.¹, Макарова Е.А.¹, Мохнаткина М.В.²

Результаты лечения больных туберкулезом в стационаре на дому

1 — ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь. 2 — ГБУЗ ПК «Клинический фтизиопульмонологический медицинский центр», г. Пермь

Shurygin A.A., Makarova E.A., Mochnatkina M.V.

Results of treatment of tuberculosis patients in a hospital at home

Резюме

Цель. Анализ работы стационара на дому для больных туберкулезом в городе Перми. Материалы и методы. В работе представлены результаты лечения больных туберкулезом в условиях стационара на дому. Результаты. Данную стационарзамещающую технологию использовали для жителей отдаленных районов города Перми для проведения контролируемого лечения у пациентов с низкой приверженностью к лечению, обусловленную социальными и медицинскими факторами. Выводы. Среди больных с бактериовыделением, уклонившихся от лечения в условиях круглосуточного стационара, с низкой приверженностью к лечению в стационарных условиях, проведенная контролируемая химиотерапия позволила получить у половины (50%) эффективность лечения. Высокий процент отрывов от лечения требует дальнейшего изучения подходов к оказанию медицинской помощи в условиях стационара на дому, используя меры социальной поддержки больных туберкулезом.

Ключевые слова. Туберкулез, стационарзамещающие формы, стационар на дому, стационары, контроль за приемом противотуберкулезных препаратов

Summary

Aim: The analysis of work of a home care for patients with tuberculosis in Perm. Materials and methods: The results of treatment of patients with tuberculosis at a home care are shown in this work. Results: This stationary substitution technology was used for residents of remote areas of Perm for controlled treatment of patients with low adherence to treatment, due to social and medical factors. Conclusions: Among patients with bacterial excretion, who evaded treatment in conditions of noctidial hospital, with low adherence to treatment in stationary, under controlled chemotherapy gives an opportunity to get an effectiveness of treatment of a half of the (50%) patients. A high percentage of interruptions from treatment requires further studying of approaches to the provision of medical care at a home care, using measures of social support for tuberculosis patients.

Key words. Tuberculosis, inpatient department replacement forms, hospital at home, hospital, direct observation of TB drugs intake.

Введение

В настоящее время одной из актуальных проблем в борьбе с туберкулезом является поиск новых экономически эффективных моделей оказания медицинской помощи, в том числе в амбулаторных условиях. В современной эпидемической ситуации появляются новые группы высокого риска заболевания туберкулезом, внедряются современные технологии диагностики и лечения, что сопровождается трансформацией организационных приемов. Определенные разделы работы постепенно редуцируются (изоляция пациентов) и появляются новые организационные формы (стационары на дому, формирование приверженности к лечению) [1]. Популярность стационарзамещающих технологий обусловлена

как увеличением потребности населения в данном виде медицинских услуг, так и необходимостью оптимизации использования материально-технических ресурсов и финансовых средств в целях повышения экономической эффективности деятельности медицинских организаций [2,3]. Длительное пребывание в стационаре может вызывать негативные психологические и социальные последствия как для самого пациента, так и для его семьи, а социально дезадаптированные лица самовольно покидают стационары, прерывая лечение [3,4,5]. Для эффективного лечения больных туберкулезом важным является контролируемое лечение, которое на амбулаторном этапе возможно проводить, используя технологию «стационар на дому».

Цель исследования – анализ эффективности работы стационара на дому для больных туберкулезом.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 30 больных туберкулезом в стационаре на дому в 2017 году в возрасте от 20 до 86 лет, средний возраст - $43,2 \pm 2,8$ лет. Стационар на дому организован в 2017 году по централизованному типу на базе амбулаторно-поликлинического учреждения. Базой является поликлиника ГБУЗ ПК «Краевого фтизиопульмонологического медицинского центра» (КФМЦ), обслуживающая взрослое население больных туберкулезом города Перми. Отбор пациентов и дальнейшее медицинское наблюдение проводит врач-фтизиатр участковый. Для работы стационара на дому были выделены штаты: 1 должность среднего медицинского персонала и 1 должность водителя. Для проведения контролируемого приема противотуберкулезных препаратов медицинская сестра стационара на дому выезжает к пациентам ежедневно, плановое динамическое обследование проводится в поликлинике. Врач осматривает пациентов 1 раз в неделю на дому. Лечение и обследование больных проводилось согласно приказа №951 от 14.12.2014г. с учетом результатов лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза (МБТ). Данную стационарзамещающую технологию использовали для жителей отдаленных районов города Перми для проведения контролируемого лечения.

Критериями отбора больных для лечения на дому были:

1. основной курс лечения, как интенсивной фазы, так и фазы продолжения у пациентов с ограниченными физическими возможностями, в том числе в пожилом возрасте, и с сопутствующими заболеваниями, которые снижают мобильность;

2. сезонный/противорецидивный курс лечения у пациентов с ограниченными физическими возможностями и низкой мобильностью.

Лечение на дому было организовано еще и для прохождения основного курса лечения, как интенсивной фазы, так и фазы продолжения у пациентов, уклоняющихся от лечения, категорически отказавшихся от госпитализации в круглосуточный стационар, оторвавшихся от лечения в условиях круглосуточного стационара, с низкой мотивацией к лечению (страдающих зависимостями) и социально уязвимых пациентов (не имеющих каких-либо доходов, инвалидов). В некоторых случаях лечение в условиях стационара на дому осуществлялось на период ожидания госпитализации в круглосуточный стационар.

Лишь 6,7% больных работали, инвалидами по туберкулезу являлись 20,0%, инвалидность по общему заболеванию имели 13,3% пациентов, 16,7% являлись пенсионерами, 43,4% пациентов нигде не работали.

В исследовании использовались методы статистики Excel, BIostat.

Результаты и обсуждение

Сроки лечения в стационаре на дому составили от 24 до 307 дней, средний койко-день – $91,6 \pm 13,9$ (медиана 66,5).

Лечение по основному курсу получали 46,7% больных с впервые выявленным туберкулезом, 13,3% больных с рецидивом туберкулеза. Третью (30,0%) пациентов с хроническим течением туберкулеза получали сезонный курс лечения. В 10,0% случаев попутно проведена контролируемая превентивная терапия контактных лиц на дому, обусловленная напряженной ситуацией в очагах туберкулезной инфекции – невозможность изоляции больного из очага, наличие восприимчивых лиц (ВИЧ-инфекция), наличие в очаге двух больных туберкулезом.

В структуре клинических форм в 1/3 случаев (37%) - инфильтративный туберкулез легких, туберкулез внутригрудных лимфоузлов встречался у каждого пятого пациента (22,2%), туберкулез позвоночника – у 11,1%, диссеминированный туберкулез легких – у 7,4%. По 3,7% встречались генерализованный туберкулез (диссеминированный туберкулез легких и туберкулезный менингит), казеозная пневмония, туберкулезный плеврит, туберкулез бронха, ФКТ. После оперативного лечения продолжали лечение в стационаре на дому 3,7% пациентов. Деструкция в легких выявлена у 29,6% пациентов. У 44,4% больных зарегистрировано бактериовыделение: у большинства (83,4%) - множественная лекарственная устойчивость, по 8,3% случаев - монорезистентность к изониазиду и полирезистентность.

85,1% пациентов имели низкую приверженность к лечению, обусловленную социальными и медицинскими факторами. У половины (55,5%) больных туберкулезом имелась ВИЧ-инфекция. Известно, что эта категория отличается низкой приверженностью к лечению в стационарных условиях [6]. У трети больных (29,6%) с низкой мобильностью, были трудности, связанные с частым посещением поликлиники с целью продолжения лечения на амбулаторном этапе, обусловленные сопутствующими заболеваниями (тетра- и гемипарезы, деменция, ампутация нижней конечности) и туберкулезным поражением позвоночника. Следовательно, это снижало приверженность к лечению на амбулаторном этапе.

За время лечения прекращение бактериовыделения достигнуто у 50% бактериовыделителей (6 пациентов из 12), среди отказавшихся от лечения в стационарных условиях. Сроки их лечения на дому составили от 61 до 265 дней (среднее $134 \pm 37,3$ дня).

Выше эффективность лечения среди больных без бактериовыделения ($p=0,035$), где в 93,3% случаев получена положительная динамика, из них у 13,4% - клиническое излечение туберкулеза. Сроки их лечения на дому составили от 26 до 307 дней (среднее $87,8 \pm 19,8$ дней). Попутно проведено 3 полноценных курса химиопрофилактики туберкулеза в очагах с наибольшим риском заболевания контактных лиц.

За время лечения 3,3% - госпитализированы в круглосуточный стационар при ухудшении состояния на фоне ко-инфекции через 67 дней, 3,3% - подготовлены и направлены в санаторий через 91 день, 3,3% - выбыли в МЛС. Оторвались от контролируемого лечения 13,4% пациентов (отсутствовали во время посещения медицинской сестры, на связь не выходили). Сроки их лечение на

дому от 62 до 98 дней (среднее $79,8 \pm 7,4$ дней). Отказались от лечения в стационаре на дому 3,3% пациентов. Отказ от продолжения лечения в стационаре на дому у больного с ко-инфекцией и рецидивом туберкулеза легких через 87 дней, возможно связан с улучшением самочувствия на фоне лечения.

По данным ряда авторов, у которых при организации лечения на дому имела социальная поддержка в виде выдачи больным туберкулезом продуктовых и гигиенических наборов, процент отрывов от лечения составлял лишь 2,6% [7].

Выводы

1. У половины (50%) бактериовыделителей, уклонившихся от лечения в условиях круглосуточного стационара, в стационаре на дому в результате контролируемой химиотерапии прекращено бактериовыделение.

2. При невозможности изоляции больного в круглосуточный стационар, в стационаре на дому также проведено контролируемое профилактическое лечение

взрослых контактных лиц в очагах туберкулезной инфекции с наибольшим риском заражения.

3. Высокий процент отрывов от лечения требует дальнейшего изучения подходов к оказанию медицинской помощи в условиях стационара на дому, используя меры социальной поддержки больных туберкулезом. ■

Шурыгин Александр Анатольевич – заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент, Макарова Елена Александровна – ассистент кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Мохнаткина Мария Васильевна – заместитель главного врача по медицинской части в амбулаторных условиях ГБУЗ ПК «КФМЦ», Автор, ответственный за переписку — Макарова Елена Александровна, тел. +79223245250, e-mail: elena-makarova07@mail.ru, рабочий адрес: Пермь, ул. Космонавтов, 160, 614065.

Литература:

1. Баласанянц Г.С. Современные организационные формы оказания противотуберкулезной помощи населению. Заместитель главного врача 2015; 9(112): 6-15.
2. Карайланов М.Г., Русев И.Т., Федоткина С.А., Прокин И.Г. Стационароразмещающие технологии и формы оказания медицинской помощи. Социальные аспекты здоровья населения 2016; 4: 4.
3. Белостоцкий А.В., Касаева Т.Ч., Казенный Б.Я., Кирьянова Е.В. Оценка эффективности применения организационной формы «дневной стационар» в комплексе противотуберкулезных мероприятий в Орловской области. Туберкулез и болезни легких 2016; 4: 36-42.
4. Белостоцкий А.В. Проблема приверженности больных туберкулезом к лечению. Туберкулез и болезни легких 2015; 4: 4-8.
5. Шурыгин А.А., Макарова Е.А., Матасова Е.В. Клиническая и экономическая эффективность лечения больных туберкулезом в условиях дневного стационара. Пермский медицинский журнал 2018; 2(35): 48-52.
6. Мордык А.В., Иванова О.Г., Ситникова С.В. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией: причины неудач в лечении. Омский научный вестник. 2015; 144: 23-26.
7. Казенный Б.Я., Кирьянова Е.В., Хорошутина В.В. Стационароразмещающие технологии в лечении больных туберкулезом. Заместитель главного врача. 2015; 10: 14-22.