



**Пациенты и туберкулез: Улучшение результатов
лечения подходом ориентированным на пациента и
доступ к новым методам лечения**

**Пятый симпозиум по вопросам лечения туберкулеза в Восточной
Европе и Центральной Азии
Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии
и «Врачи без границ» / Médecins Sans Frontières**

22-23 марта 2016 , ТБИЛИСИ, ГРУЗИЯ

Амбулаторное лечение туберкулёза с
первого дня в Республике Каракалпакстан,
Узбекистан: Практические вопросы

ВБГ в Каракалпакстане

- 1998 год- внедрение ДOTS программы в КК
- 2003 год- ДOTS плюс программа (Нукус, Чимбайский район)
- 2010 год- «Комплексное лечение ТБ для всех»

Приказ №39 МЗ КК от 3 февраля 2011 года по амбулаторному лечению с 1-го дня для ЛЧ, ЛУ пациентов с ТБ.

Когорты пациентов с ЛЧ и ЛУ формами туберкулеза

За весь период программы (На декабрь 2015 года)

- Лекарственно-чувствительный ТБ
 - 5,238 пациентов начали лечение
 - 11.8% пациентов не получили исход лечения или в настоящее время продолжают лечение ЛЧ-ТБ
 - 75.5% успешные исходы
- Лекарственно-устойчивый ТБ
 - 4,538 пациентов начали лечение
 - 15.9% пациентов не получили исход лечения или в настоящее время продолжают лечение ЛУ-ТБ

Пациенты и туберкулез: Улучшение результатов лечения подходом ориентированным на пациента и доступ к новым методам лечения

Симпозиум по вопросам лечения туберкулеза в Восточной Европе и Центральной Азии

Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии совместно с организацией "Врачи без границ"/ Médecins Sans Frontières

Средняя стоимость 1 стационарной койки в Нукусе, 2013 год

- ЛЧ ТБ- 30,169 сум/день стационарного пребывания и 1,206,756 сум/лечение одного случая
- Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре:
ЛЧ ТБ- 40, ЛУ ТБ- 100 дней

Почему амбулаторное лечение?

- Среди стационарных МЛУ ТБ пациентов выявлен высокий риск нарастания устойчивости (18/87 в 2007г в ТБ №2)
- высокий показатель заболеваемости среди медицинского персонала (10 раз выше, чем среди населения)
- Высокая нагрузка в противотуберкулёзных стационарах. Ограниченное количество коек
- Время с момента диагностики и начала лечения МЛУ ТБ (в среднем 6,3 недель (до 2011г)-> 2,4 недель (в 2012г)

Причины для начала лечения амбулаторного лечения с первого дня

- Раннее начало лечения без госпитализации, тем самым можно снизить нагрузку на стационары
- Снизить количество пациентов, не начавших лечение среди населения.
- Снизить распространение МЛУ ТБ.
- Оптимизировать использование ресурсов

Важные моменты для успешного внедрения амбулаторного лечения с первого дня

- Своевременное выявление и купирование побочных эффектов
- Создание эффективной системы поддержки семьи и окружения пациента
- Обучение пациентов и членов семьи соответствующим мерам инфекционного контроля
- Проведение мероприятий, которые помогают повысить приверженность к лечению
- Необходимо обучить большое количество мед персонала
- Транспорт (для пациентов, мед персонала)

Дизайн/ методы

- Сравнительный анализ исходов лечения 1039 ЛЧ ТБ пациентов, начавших лечение стационарно/амбулаторно с 1.01.2010г по 31.12.2012г
- Сравнительный анализ промежуточных исходов лечения 1377 МЛУ ТБ пациентов, начавших лечение в стационаре/амбулаторно с 1.01.2010г по 31.09.2012 г
 - Неблагоприятный исход,
 - Потерянные для последующего наблюдения,
 - Смерть,
 - Конверсия культуры на 6 месяце

Обсуждение

- Успешность лечения для ЛЧ ТБ примерно одинакова: начавшие в стационаре (81%), начавшие амбулаторно (84%).
- Уровень приверженности немного выше среди больных, начавших лечение амбулаторно (11,5%) относительно пациентов, начавших лечение в стационаре (10%).
- Процентный показатель смертности и неблагоприятных исходов выше среди пациентов, начавших лечение стационарно (2,3% => 1,2% и 6,2% => 3,4%)

Исходы МЛУ ТБ

- Нет существенной разницы в исходах “умер” среди МЛУ ТБ (стационар/амбулаторно: 7,7% и 5,3%)
- Исход “потерян для последующего наблюдения” чаще наблюдается среди пациентов, начавших лечение амбулаторно (стационар/амбулаторно: 28,8% и 22,6%).
- Конверсия культуры на 6-й мес лечения выше у пациентов, начавших лечение амбулаторно с 1-го дня (стационар/амбулаторно: 83,9% и 91,7%).
- Успешность лечения одинакова (стационар/амбулаторно: 59,6% и 60.8%)
- Приверженность:
 - снижается в первые 3 мес одинаково для обеих групп, затем стабилизируется
 - Высокий уровень среди пациентов, начавших лечение стационарно (стационар/амбулаторно: 85% и 82%); разница прослеживается на всей продолжительности лечения в течение первых 12 месяцев

ВЫВОДЫ

- ЛЧ ТБ: успешные исходы лечения сравнительно одинаковы для пациентов, начавших лечение стационарно и амбулаторно.
- МЛУ ТБ: успешные исходы лечения сравнительно одинаковы для пациентов, начавших лечение стационарно и амбулаторно .
- Необходим дальнейший анализ причин низкой приверженности среди пациентов с МЛУ ТБ.

Возможно риск нозокомиальной инфекции в стационаре снижен при применении похода начала лечения на амбулаторной фазе с 1 дня, но анализ не проводился.

В дальнейшем планируется изучить финансовую эффективность данного подхода.

Спасибо за ваше внимание!!!

www.msf.org

Пациенты и туберкулез: Улучшение результатов лечения подходом ориентированным на пациента и доступ к новым методам лечения

Симпозиум по вопросам лечения туберкулеза в Восточной Европе и Центральной Азии

Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии совместно с организацией "Врачи без границ"/ Médecins Sans Frontières