

На правах рукописи

КОНДРАТЬЕВА МАРГАРИТА ЕВГЕНЬЕВНА

**БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИАЛЬНОЙ
ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

14.01.16 – Фтизиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2016 год

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении Высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Владимирской области «Центр специализированной фтизиопульмонологической помощи».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Стаханов Владимир Анатольевич

Официальные оппоненты:

Богородская Елена Михайловна - доктор медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», директор.

Шпрыков Александр Сергеевич - доктор медицинских наук, доцент, Государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего профессионального образования «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры фтизиатрии.

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего профессионального образования "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «26» апреля 2016 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 001.052.01 при ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» по адресу: 107564, г. Москва, Яузская аллея, д.2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (107564, Москва, Яузская аллея, д.2 (www.critub.ru)).

Автореферат разослан « ____ » _____ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Юхименко Наталья Валентиновна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

В начале XXI века туберкулез продолжает оставаться актуальной проблемой для многих стран мира, в том числе и для Российской Федерации. В 2014 г. заболеваемость туберкулезом в России составила 59,5 на 100 тыс. населения, смертность от туберкулеза - 9,5 на 100000 населения. Снижение основных эпидемиологических показателей свидетельствует об улучшении эпидемической ситуации в РФ, однако уровень их в нашей стране значительно выше, чем в экономически развитых странах, что говорит о неблагополучии в решении этого важнейшего вопроса здравоохранения.

Причины этой неблагополучной эпидемической ситуации многогранны и носят медицинский, социальный и политико-экономический характер. Туберкулез наносит большой социально-экономический ущерб обществу: поражаются лица наиболее трудоспособного возраста, растет уровень инвалидности, показатель летальности, увеличиваются экономические потери по временной нетрудоспособности, происходит заражение контактирующих с больными лиц. В это же время отмечается усиление миграционных процессов, недостаточности питания, рост алкоголизма, наркомании, увеличение числа больных ВИЧ-инфекцией [Богородская Е.М., 2014г., Паролина Л.Е., 2009г., Сельцовский П.П., 2009г., Сон и.М., 2004г.].

В сложившихся условиях необходимо принятие неотложных мер по совершенствованию и приспособлению к новым реалиям всей системы борьбы с туберкулезом. Туберкулез признан ВОЗ глобальной проблемой, несущей колоссальный экономический и биологический ущерб. При этом основными противотуберкулезными мероприятиями ВОЗ считает раннее выявление и лечение больных туберкулезом [ВОЗ, 2004г.]. Это тем более необходимо в условиях сложившейся неблагоприятной эпидемической ситуации по туберкулезу в России, наличия у большинства больных распространенных, запущенных форм туберкулеза с наличием деструкции и бактериовыделения, снижения эффективности лечения туберкулеза [Перельман М.И., 2003г., Богородская Е.М., 2007г., Шилова М.В., 2014г.].

Раннее выявление больных туберкулезом и своевременное назначение противотуберкулезной терапии позволит продлить больным жизнь, трудоспособность и социальную активность. Перед практическим здравоохранением остро встают вопросы оказания медицинской помощи в группе больных туберкулезом.

В связи с этим необходимо изучение влияния социальных факторов в различных группах населения на развитие туберкулеза, включающих уровень материального дохода, жилищные условия, характер трудового процесса, образ жизни, семейное положение.

Поэтому актуальным является исследование методов социальной поддержки и влияние их на эффективность лечения больных туберкулезом.

Степень разработанности проблемы.

Основным методом лечения больных туберкулезом является специфическая химиотерапия, подразумевающая применение рациональных комбинаций противотуберкулезных препаратов и непрерывный и длительный их прием при условии удовлетворительной переносимости. Вместе с тем, по мнению большинства исследователей, большое значение на результаты противотуберкулезного лечения оказывают социальные факторы [Голубев Д.Н., 2008г., Горбунов А.В., 2004г. Корнилов А.А., 2004г., Русских О.Е., 2007г., Спиридонова Л.Г., 2009г.]. Следовательно, изучение эффективности комплексного лечения больных туберкулезом в сочетании с применением методов социальной поддержки, а также особенностей ее использования в различных социальных группах населения, является очень актуальной научной проблемой и не имеет аналогов в доступной литературе.

Раннее выявление больных туберкулезом и своевременное назначение противотуберкулезной терапии позволит продлить больным жизнь, трудоспособность и социальную активность. Перед практическим здравоохранением остро встают вопросы оказания медицинской помощи в группе больных туберкулезом.

В связи с этим необходимо изучение влияния социальных факторов в различных группах населения на развитие туберкулеза, включающих уровень материального дохода, жилищные условия, характер трудового процесса, образ жизни, семейное положение.

Поэтому актуальным является исследование методов социальной поддержки и влияние их на эффективность лечения больных туберкулезом.

Цель исследования.

Изучить влияние социальных факторов, мер социальной поддержки, своевременность выявления туберкулеза на эпидемическую ситуацию в масштабах района (на примере Ковровского района Владимирской области).

Задачи исследования.

1. Изучить динамику эпидемиологических показателей по туберкулезу в Ковровском районе в сравнении с аналогичными показателями Владимирской области и Российскими показателями за период с 2001-2013г.г. и её взаимосвязь с уровнем заработной платы населения Ковровского района.

2. Сформировать медико-социальный портрет больного туберкулезом.

3. Изучить количество и длительность отрывов от лечения больных туберкулезом впервые выявленных и ранее леченных.

4. Провести анализ взаимосвязи эффективности лечения больных туберкулезом от клинической формы туберкулеза и сроков лечения.

5. Провести сравнительный анализ результатов лечения больных туберкулезом (неработающих, работающих, пенсионеров, инвалидов, лиц БОМЖ) получающих и не получающих социальную поддержку.

6. Изучить отдаленные результаты больных туберкулезом, зарегистрированных на лечение в период с 2001г по 2005г.

Научная новизна диссертационной работы.

1. Впервые проведен комплексный анализ эпидемических показателей по туберкулезу за период (2001-2013гг.) в Ковровском районе Владимирской области, который выявил положительные тенденции в эпидемической ситуации по туберкулезу.

2. Проанализирована роль социальных, медицинских и эпидемиологических факторов, влияющих на заболеваемость туберкулезом в Ковровском районе.

3. Впервые оценена эффективность лечения и влияние методов социальной поддержки на сроки и исходы лечения, проведено комплексное многоэтапное исследование заболеваемости населения туберкулезом и организации фтизиатрической помощи в г. Коврове.

4. Впервые изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения среди впервые выявленных и больных с рецидивами туберкулеза в различных категориях больных.

5. Проведен сравнительный анализ особенностей клинического течения и исходов лечения у впервые выявленных больных туберкулезом и больных, ранее лечивших туберкулез.

6. Полученные данные о ближайших и отдаленных результатах применения социальной поддержки позволяют научно-обоснованно планировать комплекс организационных, лечебных и социальных мероприятий для больных туберкулезом в масштабе района.

7. Впервые научно обосновано влияние социальной поддержки на сокращение перерывов и отрывов от лечения в различных группах больных туберкулезом.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Ретроспективный анализ эпидемиологических показателей по туберкулезу в сочетании с оценкой уровня заработной платы населения позволяет не только оценить, но и прогнозировать эпидемиологическую ситуацию и рационально планировать противотуберкулезные мероприятия в Ковровском районе.

Применение социальной поддержки повышает эффективность комплексного лечения, снижает отрывы от лечения и сокращает сроки эффективного завершения курса противотуберкулезной терапии.

Методология и методы диссертационного исследования.

Предметом исследования является проблема повышения эффективности лечения больных туберкулезом. Объект исследования - оценка эффективности социальной поддержки больных туберкулезом в решении ряда задач на разных этапах противотуберкулезного лечения. Определена роль и показания к применению социальной поддержки в зависимости от социального статуса, особенностей туберкулезного процесса и сопутствующей патологии у больных туберкулезом.

В настоящем исследовании использованы следующие методы исследования: математический и статистический анализ, медико-социальный опрос, выкопировка данных из первичной медицинской документации, экспертный

анализ. Анализ полученных данных проводили с использованием стандартных методов статистики (критерий Стьюдента, анализ динамических рядов, графический анализ). Все данные представлены в виде средних стандартных отклонений ($M+m$). Во внимание принимались только корреляционные связи с уровнем статистической надежности ($p < 0,05$). Полученный материал был обработан на персональном компьютере типа Pentium IV.

Положения, выносимые на защиту.

1. Динамика основных показателей по туберкулезу свидетельствует о благоприятных тенденциях в эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Ковровском районе на фоне повышения уровня заработной платы населения.
2. Применение социальной поддержки улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения больных туберкулезом; повышает эффективность основного курса химиотерапии и снижает число рецидивов заболевания туберкулезом.
3. Внедрение в практику противотуберкулезного диспансера социальной поддержки повышает приверженность больных туберкулезом к лечению и сокращает число и длительность перерывов в лечении.
4. Эффективность социальной поддержки неодинакова в различных социальных группах (неработающие, работающие, пенсионеры, инвалиды и лица БОМЖ), что позволяет дифференцированно подходить к формированию региональных программ социальной помощи населению.

Степень достоверности полученных результатов и апробация результатов

Достоверность полученных в диссертационной работе результатов подтверждается объемом изученного материала – 605 больных туберкулезом, разделенных на две группы исследования в зависимости от получения социальной поддержки в процессе лечения.

Работа апробирована 30.06.2015г. на заседании кафедры фтизиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Пирогова Минздрава России, протокол № 4.

Материалы исследования представлены и доложены на межведомственной комиссии по регулированию вопросов организации противотуберкулезной помощи и защиты населения от туберкулеза при Администрации г. Коврова (Ковров, 2002г., 2007г.), межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 130-летию доклада Р. Коха о возбудителе туберкулеза (Тверь, 2012г.), областных научно-практических конференциях «Итоги деятельности противотуберкулезной службы» (г. Владимир 2006г., 2011г., 2013г.), итоговой коллегии по здравоохранению в г. Коврове (2010г., 2012г.), XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» «Новые технологии в диагностике и лечении туберкулеза» (г. Москва, 2009г.).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует формуле научной специальности - 14.01.16 – Фтизиатрия и области исследования: п. 2 - «Клинические проявления туберкулеза органов дыхания у детей, подростков и взрослых, нарушения функции органов дыхания и других органов и систем при туберкулезе, туберкулез с сопутствующими заболеваниями, диагностика туберкулеза органов дыхания с

использованием клинических, лабораторных, лучевых, бронхолегочных и других методов исследования, дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания и других заболеваний легких».

Материалы исследования внедрены в практическую деятельность государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области «Центр специализированной фтизиопульмонологической помощи» (акт внедрения от 28.11. 2014г.), вошли в Целевую программу «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в Ковровском районе на 2009-2012гг.», а также используются в практическом здравоохранении.

Публикации

По материалам исследования опубликовано 10 печатных работ, в т.ч. 2 работы в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК.

Объем и структура диссертации

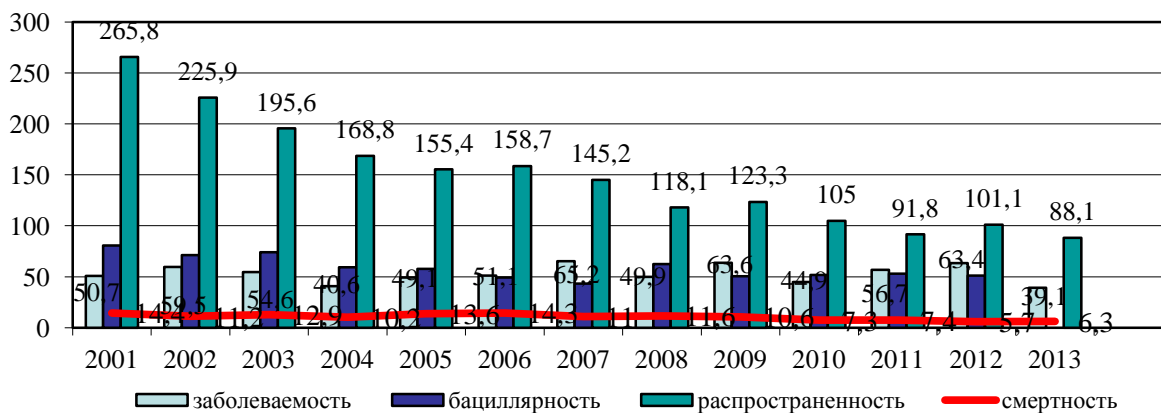
Диссертация изложена на 190 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 5 глав с изложением материалов и результатов проведенных исследований, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. В диссертации представлены 11 таблиц и 95 рисунков, иллюстрирована 7 фото с рентгенограмм. Библиографический указатель включает в себя 231 наименований, в том числе 171 отечественных и 60 иностранных источников.

Основное содержание работы

Настоящее исследование проводилось на базе ГБУЗ ВО «Ковровский противотуберкулезный диспансер» с 2001г. по 2013гг. В разработку были взяты данные отчетов, все зарегистрированные по всем режимам лечения больные туберкулезом в период с 2001г. по 2005г. Были рассчитаны и детально проанализированы основные эпидемиологические показатели, характеризующие качество противотуберкулезных мероприятий по своевременному выявлению туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети. Динамика основных показателей по туберкулезу представлена на рис.1. Установлено, что в период с 2001г. по 2013г. в Ковровском районе Владимирской области отмечается снижение заболеваемости туберкулезом с 50,7 до 39,1 на 100000 населения. Наиболее неблагоприятная ситуация по туберкулезу зарегистрирована в 2007г., когда показатель заболеваемости составил 65,2 на 100000 населения, распространенность бациллярных форм туберкулеза – 57,4 на 100000 населения. В дальнейшем, к 2013г. отмечалось снижение показателей заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза. За этот период, с учетом изменения критериев диспансеризации, распространенность туберкулеза среди населения снизилась с 230,1 до 88,1 на 100000 населения. Смертность от туберкулеза имеет стойкую тенденцию к снижению и к 2013г. составила 6,3 на 100000 населения. Однако, показатель бациллярности среди впервые выявленных больных туберкулезом продолжает находиться на высоких цифрах – 64,7%, остается низким охват населения проверочными флюорографическими осмотрами, который за исследуемый период не превысил 50%.

Рисунок 1.

Динамика основных эпидемиологических показателей в период с 2001-2005гг. в Ковровском районе Владимирской области.

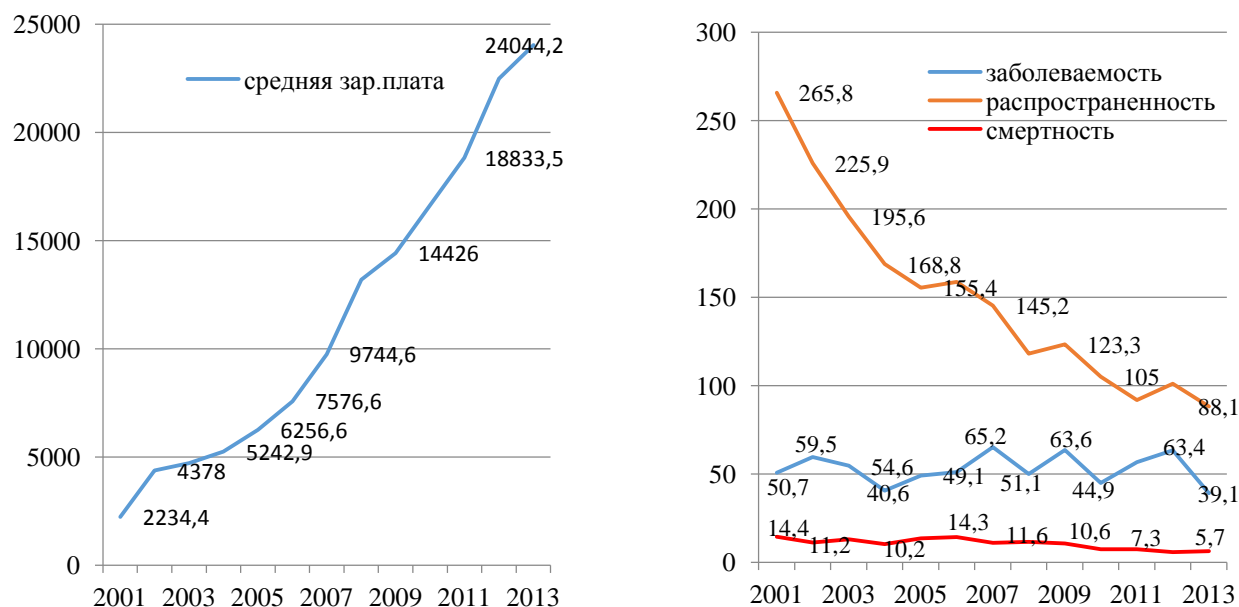


Для объективной оценки эпидемической ситуации по туберкулезу необходимо изучать эпидемиологические показатели в комплексе с другими показателями, проводя их анализ и оценивая их взаимосвязь.

Зависимость заболеваемости туберкулезом, распространенности и смертности от туберкулеза и среднего уровня заработной платы населения Ковровского района представлена на рис. 2.

Рисунок 2.

Зависимость заболеваемости туберкулезом, распространенности и смертности от туберкулеза и среднего уровня заработной платы населения Ковровского района.



Анализ рис.2 подтверждает, что туберкулез является социальным заболеванием. При постоянном росте уровня заработной платы населения с 2234,4 руб. в 2001г. до 24044,2 руб. в 2013г. отмечается стабильное снижение показателя распространенности заболевания туберкулезом (с 265,8 в 2001г. до 88,1 в 2013г.) и смертности основного населения от туберкулеза (с 14,4 в 2001г. до 5,7 в 2013г.)

на фоне стабилизации и некоторого снижения показателя заболеваемости туберкулезом (50,7 в 2001г. и 39,1 в 2013г.)

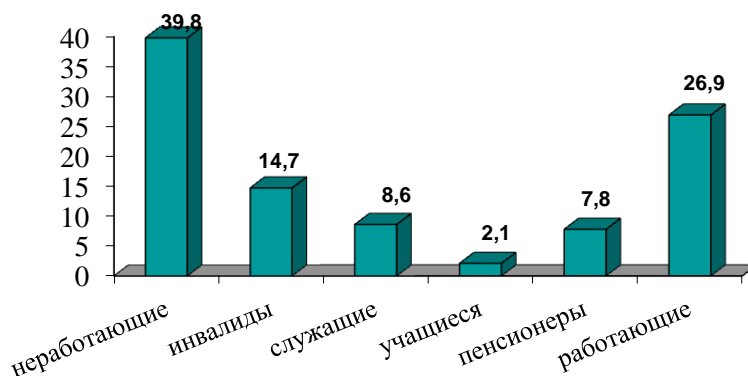
Комплексное изучение показателя заболеваемости, как одного из ведущих эпидемиологических показателей по туберкулезу, было проведено во взаимосвязи с другими важными показателями, характеризующими возрастную и половую структуру, структуру клинических форм впервые выявленного туберкулеза, долю больных из групп риска заболевания туберкулезом среди впервые выявленных больных и больных на повторных курсах лечения, долю больных, умерших в течение первого года наблюдения и др.

Установлено, что в структуре клинических форм преобладает инфильтративная форма туберкулеза легких как у мужчин, так и у женщин. У больных, включенных в исследование, в структуре клинических форм специфические процессы с деструкцией легочной ткани составили 39%, с бактериовыделением - 53,9%. Показатель распространенности больных туберкулезом с МЛУ МБТ в последние годы снижается, что свидетельствует об эффективности лечения данной категории больных и правильной организации контроля лечения и мероприятий по инфекционному контролю.

Анализ социальной структуры заболевших туберкулезом в Ковровском районе показал, что чаще болеют мужчины, люди трудоспособного возраста, малообеспеченные, социально-незащищенные, отягощенные факторами, повышающими риск заболевания туберкулезом: употребление алкоголя, курение, пребывание в местах лишения свободы. Сопутствующие заболевания (сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, психические заболевания, хронические неспецифические заболевания органов дыхания) также увеличивают риск заболевания туберкулезом. Социальный статус больных туберкулезом, зарегистрированных на лечение с 2001 по 2005гг. представлен на рис.3.

Рисунок 3.

Социальный статус больных туберкулезом за 2001-2005гг. (%).

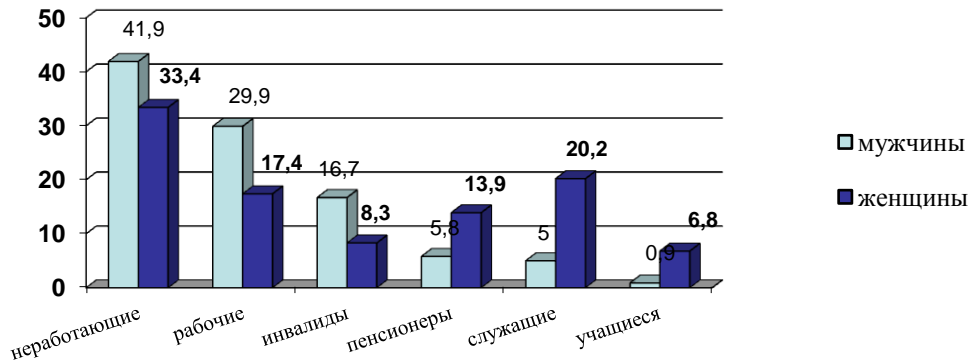


В соответствии с целью и задачами исследования были сформированы 2 следующие группы: 1-ая группа (основная) 259 больных – больные, получившие на фоне лечения туберкулеза социальную поддержку в виде продуктовых наборов; вторая группа (346 человек) – контрольная- не получавшие социальной поддержки. В этих группах был проведен сравнительный анализ по ряду критериев и показателей.

В обеих группах преобладали больные неработающие и работающие. Больным с тяжелыми, распространенными формами туберкулеза социальная поддержка оказывалась значительно реже, т.к. основным требованием к ее назначению является амбулаторный этап лечения. Занятость больных туберкулезом основной и контрольной групп исследования показана на рис.4.

Рисунок 4.

Занятость больных туберкулезом мужчин и женщин (%).

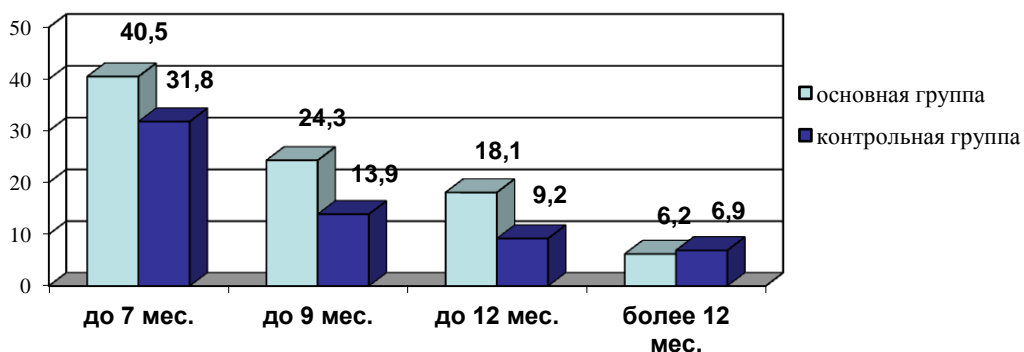


В обеих группах наблюдения преобладали больные инфильтративной и диссеминированной формами туберкулеза. В структуре клинических форм туберкулеза преобладает инфильтративная форма (127 чел. (49%) в основной группе и 151 чел. (49%) в контрольной группе) ($p > 0,05$). Больные диссеминированным туберкулезом легких составили 17,4% (45чел.) и 19,9% (69чел.) во 2 группе. ($p > 0,05$). По таким клиническим формам как фиброзно-кавернозная, экссудативный плеврит, внелегочные локализации и прочие формы туберкулеза достоверных различий не было ($p > 0,05$). Различия достоверны в группах очаговой формы туберкулеза и казеозной пневмонии ($p < 0,05$).

У больных с инфильтративной и диссеминированной формами туберкулеза чаще регистрировались отрывы от лечения в обеих группах наблюдения. Сроки лечения больных туберкулезом в основной и контрольной группах отражены на рис.5. Достоверно чаще больные основной группы завершали лечение в сроки до 12 мес ($p < 0,05$). Не значимая разница в группе завершения лечения в сроки более 12 мес. ($p > 0,05$). Средняя длительность эффективно завершеного лечения в 1 группе составила 7,8 мес., во 2 группе – 8,7 мес.

Рисунок 5.

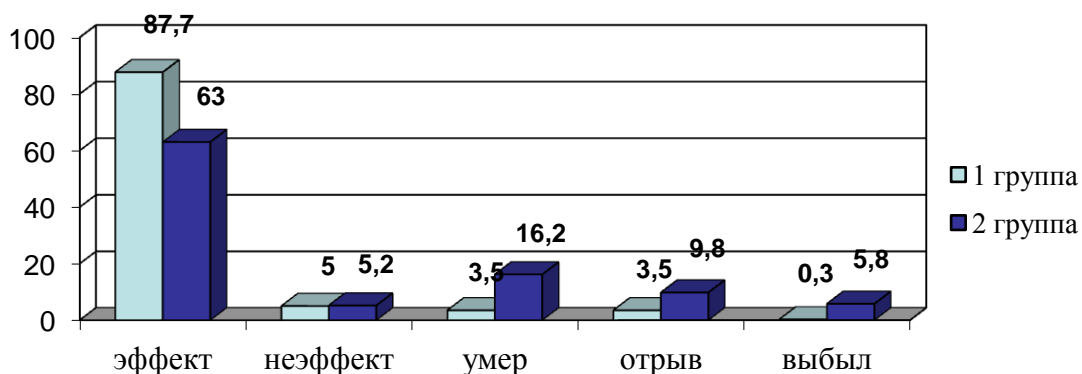
Сроки лечения в основной и контрольной группах больных туберкулезом (% от числа больных в группе).



Эффективное лечение больных второй группы по сравнению с больными первой группы было достоверно меньше ($p < 0,05$). Доля больных, завершивших лечение неэффективно приблизительно одинакова (5% и 5,2% соответственно) по группам ($p > 0,05$). Разница недостоверна. Доля умерших по группам наблюдения оставляет 3,5% (3 чел.) и 16,2% (56 чел.), $p < 0,05$. Разница достоверна и объясняется тем, что социальная поддержка оказывается только на амбулаторном этапе лечения, а самые тяжелые и распространенные случаи заболевания туберкулезом лечатся в стационарных условиях, где социальная поддержка не применяется. Исходы лечения больных туберкулезом основной и контрольной групп представлены на рис.6.

Рисунок 6.

Исходы лечения больных туберкулезом в 1 и 2 группах через 12-15 месяцев(%).



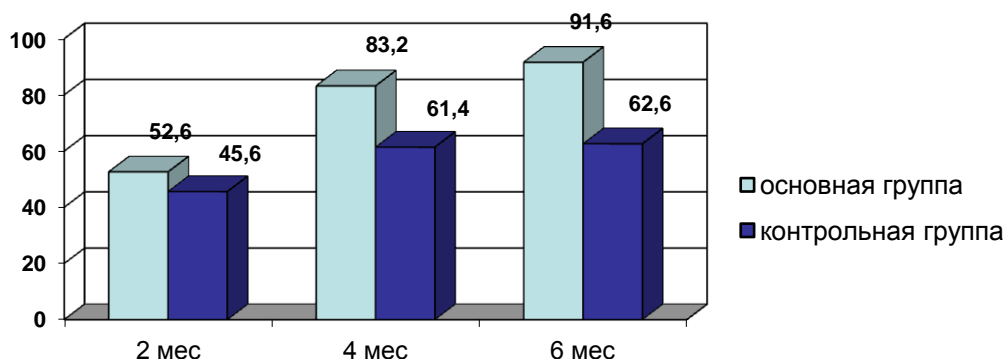
Достоверно отличаются число отрывов от лечения больных в основной и контрольной группах (9 чел. (3,5%) и 34 чел. (9,8%) соответственно по группам, $p < 0,05$). Достоверно меньше число больных, оторвавшихся от лечения в основной группе, свидетельствует о более высокой приверженности к лечению при применении социальной поддержки.

Число выбывших больных составило 8 чел. в основной группе (0,3%) и 20 чел. в контрольной группе (5,8%). ($p > 0,05$).

Эффективность лечения по критерию прекращения бактериовыделения всеми методами составили 89,4% (110 чел.) в основной группе по сравнению с 63,5% (129 чел.) больных 2 группы ($p < 0,05$). Эпидемически значимыми являются сроки прекращения выделения МБТ методом бактериоскопии. Сроки абациллирования по методу Циля-Нильсена отражены на рис.7.

Рисунок 7.

Сроки прекращения бактериовыделения методом бактериоскопии у больных туберкулезом основной и контрольной групп(%)

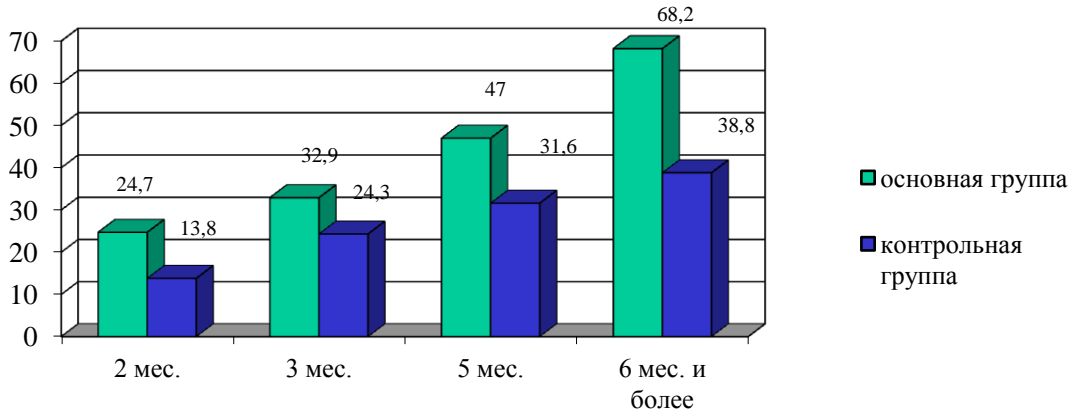


На рис.7 наглядно показано, что, начиная с 2 мес. лечения абациллирование больных быстрее происходит в основной группе.

Не менее значимыми являются показатели закрытия полостей распада, которые показаны на рис.8. Закрытие полостей распада отличалось еще значительно – 68% (58 чел. из 85 чел. 1 группы) по сравнению с больными 2 группы -39% (59 чел. из 152 чел.), $p < 0,05$.

Рисунок 8.

Сроки закрытия полостей распада легочной ткани у больных основной и контрольных групп.(%)



Таким образом, анализ прекращения бактериовыделения и закрытия полостей деструкции легочной ткани показал, что по срокам эффективность лечения быстрее достигается в группе больных, получающих социальную поддержку на фоне курса специфической химиотерапии туберкулеза. С эпидемической точки зрения прекращение бактериовыделения важнее, т.к. больные перестают быть источником распространения туберкулезной инфекции.

Эффективность лечения зависит от приверженности пациента к лечению (мотивации больного туберкулезом к выздоровлению) и выполнения им назначений врача. Одним из важнейших условий эффективности излечения больных туберкулезом является непрерывный прием противотуберкулезных препаратов. У больных основной группы достоверно преобладали кратковременные перерывы до 2 недель, тогда как у больных контрольной группы чаще регистрировались перерывы более 2 мес. и отрывы от лечения. Длительность и частота перерывов в лечении туберкулеза во время интенсивной и поддерживающей фаз лечения больных туберкулезом отражена на рис.9 и рис.10.

Рисунок 9.

Длительность перерывов в интенсивную фазу лечения у больных туберкулезом 1 и 2 групп наблюдения (за исключением умерших).(%)

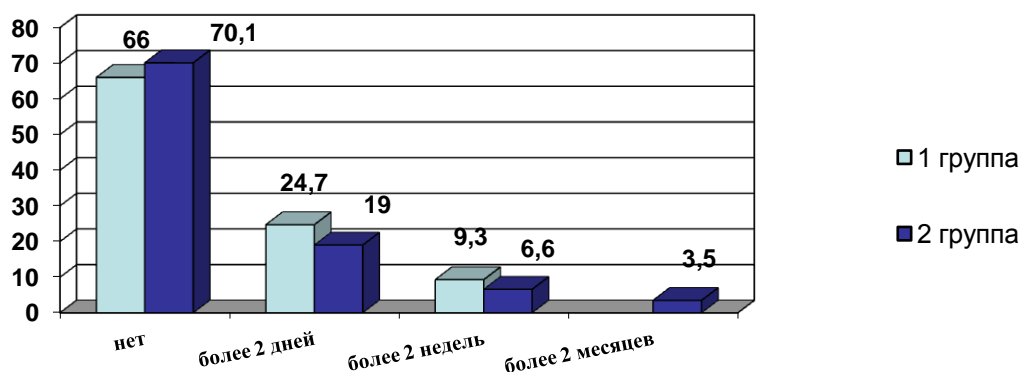
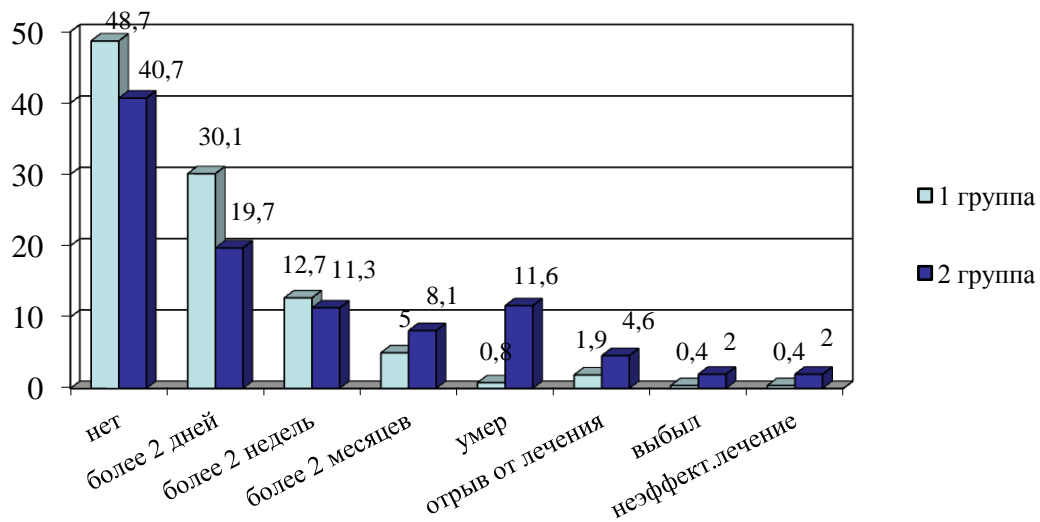


Рисунок 10.

Перерывы в поддерживающую фазу и исходы лечения больных туберкулезом в 1 и 2 группе(%).



Значительно различалось и число больных с неблагоприятными исходами (умер, неэффективное лечение, выбыл и отрыв от лечения): 9 чел. в основной группе против 70 чел. в контрольной группе ($p < 0,05$). Достоверно чаще больные основной группы завершали лечение в сроки до 12 мес. Максимальный рост прекращения бактериовыделения произошел через 4 месяца лечения в обеих группах, но в 1 группе это доказано у 83,4% (92 чел.) больных, а во 2 группе у 57% (106 чел.) больных, $p < 0,05$.

Проанализирована затратность применения социальной поддержки в виде продуктовых наборов. В таблице 1 представлено количество продуктовых наборов, выданных больным с разными клиническими формами туберкулеза и исход лечения этих больных.

Таблица 1.

Количество выданных продуктовых наборов и исходы лечения. 2001-2005гг.

Клинические формы туберкулеза	Число выданных наборов по результатам лечения.						Всего получено наборов
	Успешное лечение		Неэф-фективно е лечение	Умер	Отрыв	Выбыл	
	Кол-во наборов	%					
Очаговая	162	97,6		1	3		166
Инfiltrативная	356	89,9	26	5	8	1	396
Диссеминированная	122	88,4	6	2	8		138
Фиброзно-кавернозная	15	65,2	3	5			23
Казеозная пневмония	3	100					3
Экссудативный плеврит	55	100					55
Туберкулема	19	59,4	7		6		32
Прочие	19	100					19
Итого	751		42	13	25	1	832
%	90,3		5	1,6	3	0,1	100

Всего за время наблюдения выдано 832 набора 259 больным. В среднем один больной получил 3,2 продуктового набора. Фактически же, больные получили от 1 до 7 наборов.

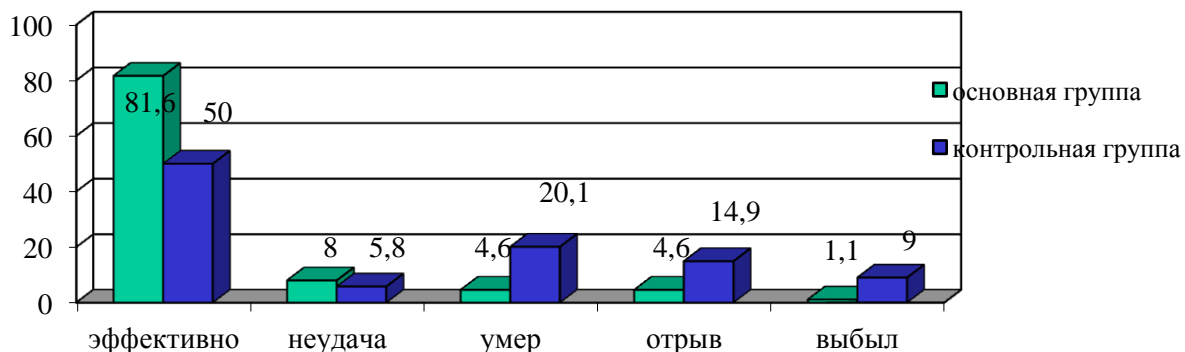
В основной группе наблюдения завершили лечение эффективно 227 чел.(87,7%). Всего этим больным за весь период лечения выдан 751 набор, что составило в среднем 3,3 набора на 1 эффективно пролеченного больного. Учитывая, что стоимость 1 набора составляет 250 рублей, дополнительные расходы на социальную поддержку на одного больного составляют около 800 рублей. В то же время в контрольной группе 37% больных курс лечения завершили неэффективно. Из них около 20% больных (неэффективно леченные, отрывы, выбывшие) в последующем для повторного лечения потребуют большего вложения средств на повторную госпитализацию с применением препаратов 2 ряда, лечения сопутствующей патологии, применения дополнительных методов лечения, в том числе хирургических и т.д.

Социальный статус, занятость, трудоспособность, пенсионный возраст, инвалидность, сопутствующие заболевания, уровень оплаты труда и т.д. могут оказывать значительное влияние на приверженность к лечению, к выполнению рекомендаций врача, непрерывность приема ПТП и в конечном итоге на эффективность лечения. Проанализированы результаты применения социальной поддержки в различных социальных группах населения.

В том числе, рассмотрена эффективность лечения и социальной поддержки группы неработающих больных Ковровского района. Из них больные, получающие социальную поддержку, составили 87 человек, а больные туберкулезом, не получающие социальной поддержки – 154 человека, $p < 0,05$. Выявлено, что достоверно большее число больных основной группы сохраняло приверженность к лечению по сравнению с больными контрольной группы. Исходы лечения неработающих больных основной и контрольной групп отражены на рис.11.

Рисунок 11.

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



Эффективный курс лечения был достигнут у 81,6% больных основной группы (71 чел.) по сравнению с 50% больных контрольной группы – 77 чел., $p > 0,05$. У больных контрольной группы достоверно чаще отмечались неблагоприятные исходы – 49,8% (76 чел.) по сравнению 18,3% (16 чел.) ($p < 0,05$).

При оценке эффективности лечения установлено, что прекращение бактериовыделения достоверно чаще встречается в основной группе -73,6% (64 чел.), по сравнению с контрольной группой – 57,1% (88 чел.) ($p<0,05$). Аналогичная картина и по критерию закрытия полостей распада. В 1 группе наблюдения эффективность по закрытию деструкции легочной ткани составила 67% (58 чел.) по сравнению с эффективностью во второй группе – 28,6% (44 чел.) ($p<0,05$).

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

Проведен анализ эффективности лечения и социальной поддержки работающих больных Ковровского района. Основным отличием этой группы является наличие постоянного источника доходов и постоянной работы. На приверженность к лечению в этой группе влияет также оплачиваемый листок нетрудоспособности и риск потерять работу в случае неудачного и длительного лечения. В исследование включены 215 больных туберкулезом из группы работающих. Эта группа включала 163 рабочих и 52 служащих; 195 чел. с впервые выявленным туберкулезом и 20 чел. повторного лечения туберкулеза.

В соответствие с целью и задачами исследования все работающие больные разделены на 2 группы: 118 больных, получающих социальную поддержку и 97 больных туберкулезом, не получающих социальной поддержки. Т.е. число больных, приверженных к лечению в этой группе преобладает. По всем клиническим формам группы работающих были сопоставимы. Среди работающих, получающих социальную поддержку наибольшее число заболевших 42 чел. (35,6%) отмечалось в возрасте 21-30 лет. В группе работающих, не получающих социальной поддержки в процессе лечения пик заболеваемости отмечался в возрасте 41-50 лет – 38 чел. (39,2%). т.е. в более старшем возрасте. Наибольшее число больных в обеих группах было зарегистрировано с инфильтративной формой туберкулеза (46,7% и 53,6% соответственно), очаговая форма туберкулеза встречалась в 28,8% и 19,6% соответственно. Это самая благоприятная клиническая структура туберкулеза среди всех групп исследования.

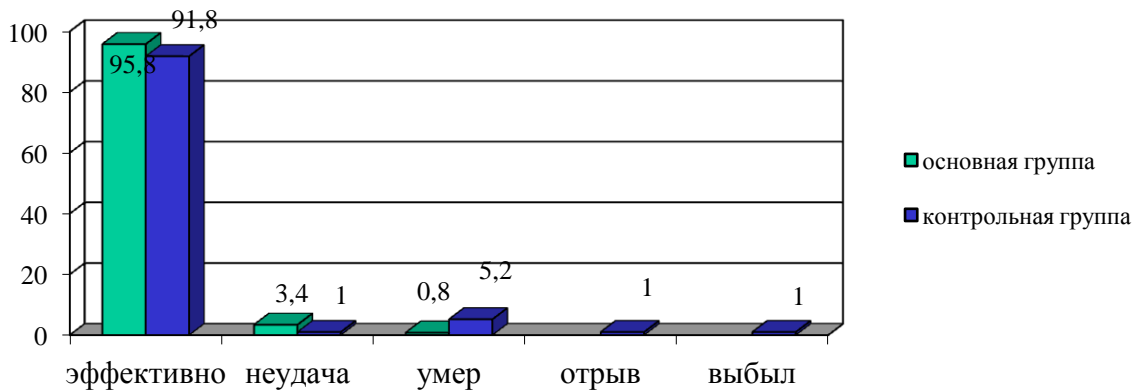
У работающих больных злоупотребление алкоголем зарегистрировано у 26 чел. (22%) получающих социальную поддержку и 35 чел. (36,1%) не получающих социальную поддержку, $p<0,05$. Из всех групп населения, входящих в исследование – это самый низкий показатель злоупотребления алкоголя. В период курса специфической противотуберкулезной терапии работающие обеих групп исследования не допускали длительных, более 2 недель, перерывов в лечении. Без перерывов противотуберкулезная терапия проводилась на интенсивной фазе лечения у большинства больных основной и контрольной групп (71,2% (84 чел.) основной и 77,3% (75 чел.) контрольной групп) ($p>0,05$). На поддерживающей фазе без перерывов лечилось 63,6% (75 чел.) больных основной группы и 61,9% (60 чел.) больных контрольной группы ($p>0,05$). Курс специфической

противотуберкулезной терапии завершено эффективно у 113 чел. (95,8%) в основной группе больных, получающих социальную поддержку и у 89 чел. (91,8%) в контрольной группе больных туберкулезом без применения социальной поддержки, $p > 0,05$.

В основной группе в срок до 12 месяцев завершили лечение эффективно 89% (105 чел.) больных. В контрольной группе в эти же сроки было эффективно пролечено 91,7% больных (89 чел.), $p > 0,05$. Прекращение бактериовыделения в основной группе составило 93,9% (31 чел. из 33 бактериовыделителей), в контрольной группе – 89,7% (35 чел. из 39 бактериовыделителей) ($p > 0,05$). Результаты лечения работающей группы больных туберкулезом отражены на рис.12.

Рисунок 12.

Исходы лечения у работающих больных туберкулезом основной и контрольной групп.



Аналогичная картина и по критерию закрытия полостей распада. В 1 группе наблюдения достоверно большая эффективность по закрытию деструкции легочной ткани составила 62,5% (15 из 24 чел.) по сравнению с эффективностью лечения больных второй группы – 51,7% (15 из 29 чел.), $p > 0,05$.

Таким образом, в группе работающих больных туберкулезом, приверженность к лечению не зависит от применения социальной поддержки. В группе работающих больных туберкулезом отмечается высокая эффективность лечения, отсутствие длительных перерывов в лечении, завершение противотуберкулезной терапии в установленные сроки.

Проведено исследование эффективности лечения и социальной поддержки у 69 больных туберкулезом пенсионного возраста: мужчин 60 лет и старше и женщин 55 лет и старше. Было выделено 2 группы больных туберкулезом: 1-я- 30 пациентов, получавших в процессе лечения социальную поддержку в виде продуктовых наборов; 2-ая группа – 39 больных, не получавших социальной поддержки. По структуре клинических форм 1 и 2 группы были сопоставимы ($p > 0,05$), за исключением больных с казеозной пневмонией ($p < 0,05$).

Не выявлено достоверных различий в числе бактериовыделителей по группам наблюдения. В основной группе 15 чел. (50%) и в контрольной группе 22 чел. (56,4%), $p > 0,05$. В отличие от регистрации полостей распада легочной ткани. В 1 группе наблюдения выявлено 6 чел. (20%) с полостями деструкции легочной

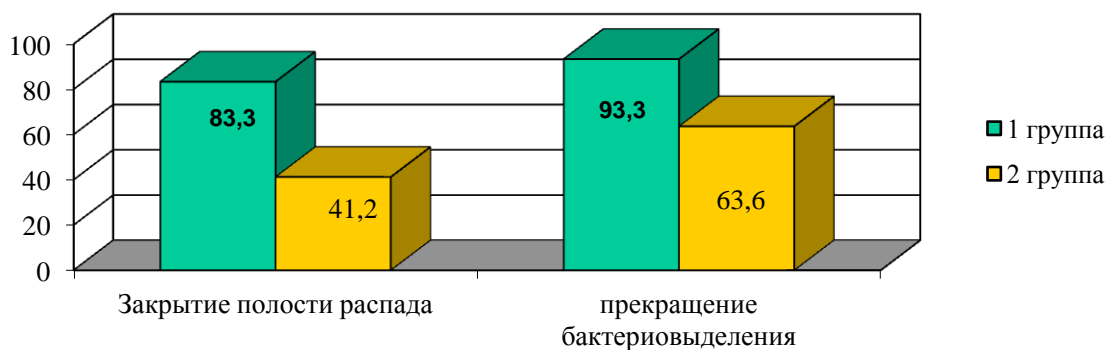
ткани и достоверно больше больных с полостями распада 17 чел. (43,6%) выявлено во 2 группе, $p < 0,05$.

Также во 2 группе больных, не получавших социальной поддержки, преобладали лица злоупотребляющие алкоголем (48,7%) и лица, имеющие инвалидность на момент установления диагноза туберкулеза - 33,3%, $p < 0,05$. Все зарегистрированные на повторные курсы лечения больные, получали социальную поддержку, что говорит о высокой приверженности к лечению больных туберкулезом пенсионеров при повторных курсах противотуберкулезной терапии. При анализе сопутствующей патологии обращает на себя внимание достоверно большее число больных с алкогольной зависимостью и психическими заболеваниями в контрольной группе, $p < 0,05$, при этом не установлено достоверной разницы в частоте встречаемости хронических неспецифических заболеваний органов дыхания, язвенной болезни, сахарного диабета и заболеваний сердечно-сосудистой системы в группах исследования, $p > 0,05$. На интенсивной фазе лечения перерывы отсутствовали у большинства больных обеих групп пенсионеров, $p > 0,05$. На поддерживающей фазе химиотерапии больные, не получающие социальную поддержку достоверно чаще прерывали лечение (64,1% и 32,3% больных соответственно по группам наблюдения, $p < 0,05$). Частота и длительность перерывов в лечении влияет на продолжительность полного курса лечения и его исходы. В срок до 12 мес. завершили лечение 83,3% больных 1 группы (25 чел.), получавших социальную поддержку, по сравнению с 51,3% больных 2 группы (20 чел.), $p < 0,05$. Число больных с отрывами от лечения в контрольной группе было значительно выше, чем в основной.

Анализ эффективности проведенного курса специфической противотуберкулезной терапии у больных пенсионного возраста основной и контрольной групп показал, что закрытие полостей распада удалось достигнуть у 83,3% больных 1 группы и 41,2% больных 2 группы наблюдения, $p < 0,05$. По результатам лечения абациллировано 93,3% пенсионеров 1 группы по сравнению с 63,6% пенсионеров во 2 группе, $p < 0,05$. Эффективность лечения больных туберкулезом пенсионного возраста по прекращению бактериовыделения и закрытию полостей распада показана на рис.13.

Рисунок 13.

Прекращение бактериовыделения и закрытия полостей распада у больных пенсионного возраста 1 и 2 групп.



Таким образом, социальная поддержка больных туберкулезом лиц пенсионного возраста является эффективной мерой стимулирования заинтересованности больного в лечении. Применение ее у больных туберкулезом лиц пенсионного возраста позволяет сохранить стандартные сроки лечения, в том числе за счет уменьшения дней перерывов в приеме противотуберкулезных препаратов, и повысить эффективность комплексного лечения по прекращению бактериовыделения и закрытия деструкции легочной ткани.

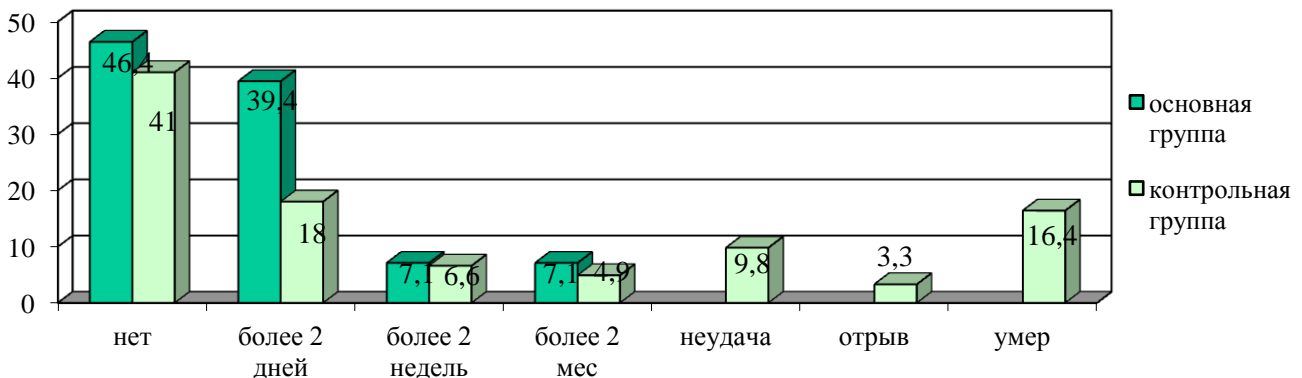
Также исследована эффективность лечения и социальной поддержки у 89 больных туберкулезом инвалидов. Было выделено 2 группы больных туберкулезом: 1-я группа - 28 пациентов, получавших в процессе лечения социальную поддержку в виде продуктовых наборов; 2-ая группа – 61 больной, не получавших социальной поддержки. По структуре клинических форм, наличию полостей распада легочной ткани и бактериовыделению 1 и 2 группы больных туберкулезом инвалидов были сопоставимы. Основной особенностью больных туберкулезом инвалидов являются сопутствующие хронические заболевания. При этом, обращает на себя внимание преобладание психических заболеваний и регистрация более 2 сопутствующих патологий у инвалидов из контрольной группы наблюдения, $p < 0,05$. Регистрация алкогольной зависимости, хронических неспецифических заболеваний легких, сахарного диабета, язвенной болезни достоверно не различалось по группам исследования, $p > 0,05$.

При исследовании частоты и длительности перерывов в лечении установлено, что больные туберкулезом инвалиды, получающие социальную поддержку, лечились без перерывов во время интенсивной фазы лечения в 71,4% случаев, по сравнению с 50,8% больных контрольной группы, $p > 0,05$.

Во время поддерживающей фазы лечения (рис.14), больные туберкулезом инвалиды основной группы наблюдения имели достоверно чаще кратковременные (до 2 недель) перерывы в лечении и не имели неблагоприятных исходов (неэффективное лечение, умер и отрыв от лечения), $p < 0,05$.

Рисунок 14.

Частота и длительность перерывов на поддерживающей фазе лечения у лиц инвалидов в 1 и 2 группах (%).



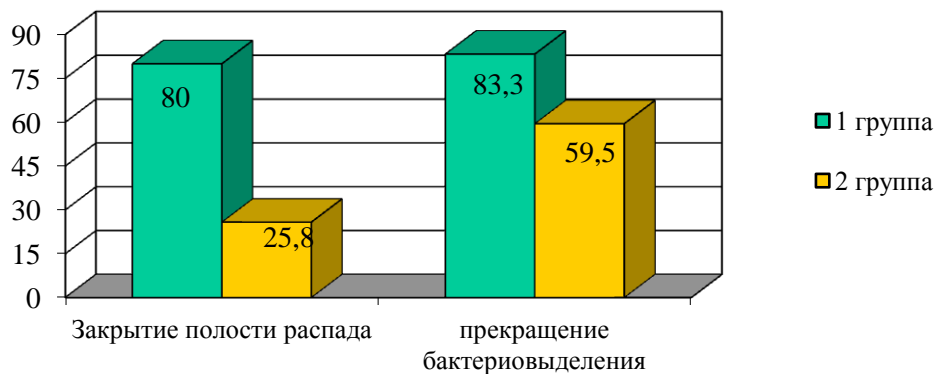
Данные по исходам лечения в группе инвалидов показали, что число больных с неэффективным лечением преобладало в контрольной группе 44,2%(27 чел.) по сравнению с 25%(7 чел.) основной группы больных инвалидов ($p < 0,05$). В

срок до 12 мес. завершили лечение 75% больных 1 группы (21 чел.), получавших социальную поддержку, по сравнению с 44,3% больных 2 группы (27 чел.) ($p < 0,05$). Доля умерших больных в контрольной группе (15 чел. -24,6%) достоверно выше ($p < 0,05$), чем в основной группе (7,1% -2 чел.), 46,7% (7чел.) больных умерли не от туберкулеза. Больных, завершивших лечение в сроки, превышающие 12 месяцев в основной группе не было, $p < 0,05$.

При анализе эффективности проведенного курса химиотерапии выявлено, что закрытие полостей распада удалось достигнуть в 80% (8чел. из 10чел.) больных 1 группы и 25,8% (8 чел. из 31 чел.) больных 2 группы наблюдения без применения социальной поддержки ($p < 0,05$), по результатам лечения абациллировано 83,3% инвалидов 1 группы (10 из 12чел.) по сравнению с 59,5% случаев во 2 группе (22 из 37 чел.) ($p < 0,05$). На рис.15. показана эффективность лечения больных туберкулезом инвалидов в основной и контрольной группах наблюдения.

Рисунок 15.

Прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада у больных туберкулезом инвалидов основной и контрольной групп (%)



Применение социальной поддержки у больных туберкулезом инвалидов позволяет сохранить стандартные сроки лечения, в том числе за счет уменьшения дней перерывов в приеме противотуберкулезных препаратов, и повысить эффективность комплексного лечения по прекращению бактериовыделения и закрытия деструкции легочной ткани.

Лица БОМЖ - это самая социально неблагополучная группа населения. Можно предположить, что оказание социальной поддержки в этой группе является оправданным мероприятием, так как это должно повысить приверженность этих больных к лечению туберкулеза, повысит эффективность лечения и тем самым приведет к улучшению эпидемиологической ситуации. Среди всех 605 больных туберкулезом, зарегистрированных на лечение за 2001-2005гг. лица БОМЖ составили 41 чел. (6,8%). В эту группу отнесены больные, у которых не было жилья и документов или была регистрация, но не было места жительства, а также, лица без постоянной регистрации в Ковровском районе, скрывающие свое место жительства. В соответствии с целью и задачами исследования больные туберкулезом лица БОМЖ были разделены на 2 группы. Только 6 человек (14,6%) получали социальную поддержку в процессе лечения. Обращает на себя внимание, что 78% больных (32 чел.) выявлены при обращении

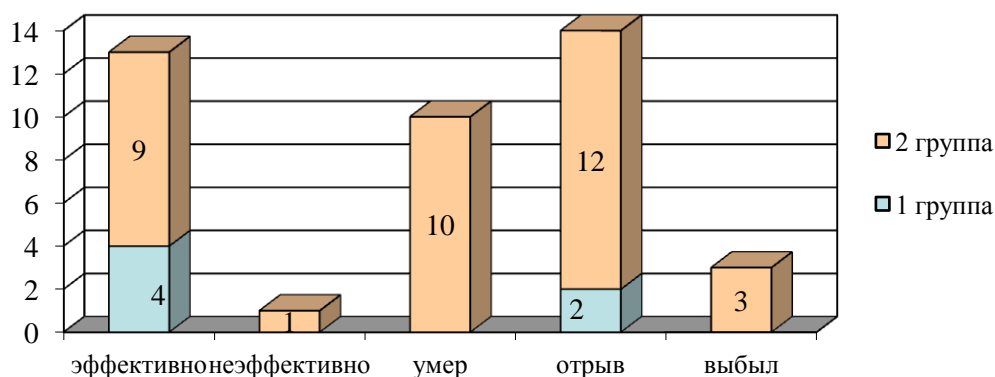
в учреждениях общей лечебной сети, тогда как среди всех зарегистрированных больных туберкулезом за этот же период при обращении выявлено только 48,3% больных. Можно отметить явное преобладание тяжелых и распространенных клинических форм туберкулеза у больных контрольной группы наблюдения, по сравнению с основной группой. В основной группе исследования не было больных с диагнозами фиброзно-кавернозного туберкулеза и казеозной пневмонии. Подтверждают несвоевременность выявления туберкулеза, тяжесть процесса и эпидемическую опасность этих больных данные рентгенологического и бактериологического обследования больных. Деструкция легочной ткани определена у 78% больных. Бактериовыделение установлено у 70,7% больных туберкулезом лиц БОМЖ.

Помимо социальных особенностей и социального риска у лиц групп БОМЖ 90,2% больных относятся к медицинским группам риска заболевания туберкулезом. При этом 87,8% больных страдают алкогольной зависимостью, в 97,6% являются курильщиками и 30% из них были в местах лишения свободы. Очевидно, все выше указанные факторы стали основными причинами потери социального статуса.

В основной группе из 6 человек эффективно завершили лечение 4 чел. (66,7%) и 2 больных (33,3%) прервали лечение. Из всей группы лиц БОМЖ завершили лечение эффективно только 31,7% больных, 24,4% умерли на первом году наблюдения, у 2,4% больных лечение признано неэффективным и 34,1% прервали лечение. Для сравнения, всего за исследуемый период зарегистрировано 43 отрыва (7,1%) от лечения из 605 больных, включенных в исследование. Исходы лечения больных туберкулезом лиц – БОМЖ показаны на рис.16.

Рисунок 16.

Исходы и эффективность лечения больных туберкулезом – лиц БОМЖ.



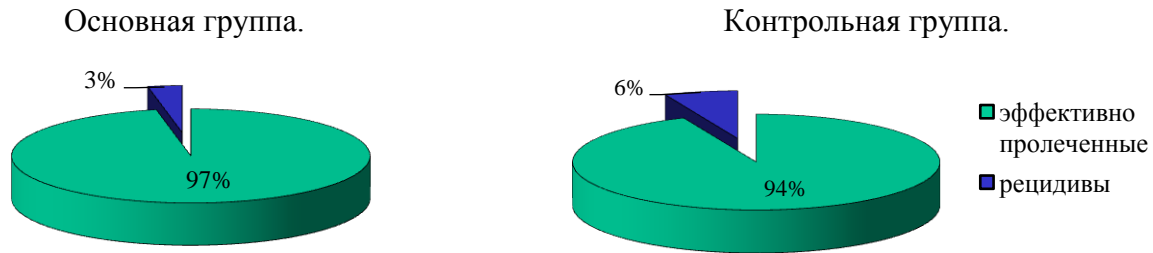
Таким образом, больные туберкулезом лица БОМЖ являются неблагоприятной группой как в социальном, так и в эпидемическом аспекте. Однако, применение социальной поддержки в этой группе больных не позволяет улучшить результаты лечения на амбулаторном этапе. Т.е. больные туберкулезом лица БОМЖ нуждаются в длительном лечении в условиях закрытого стационара.

Анализируя отдаленные результаты лечения, было установлено, что рецидивы туберкулеза достоверно чаще выявлялись у больных, не получавших социальной поддержки на этапе предыдущего лечения туберкулеза. Из 445

больных, завершивших лечение эффективно, в последующем было выявлено 22 случая рецидива, что составило 5% от всех больных, завершивших лечение эффективно. Частота выявления рецидива туберкулеза у больных основной и контрольной групп представлена на рис.17. Рецидивы туберкулеза возникали в обеих группах исследования. В том числе у 11 больных рецидив заболевания зарегистрирован повторно. При этом, 50% рецидивов туберкулеза выявлено через 5 и более лет наблюдения.

Рисунок 17.

Частота выявления рецидива туберкулеза в основной и контрольной группах.



Выявлено, что из группы больных, получающих социальную поддержку рецидив заболевания выявлен у 7 человек из 227 человек эффективно завершивших первый курс химиотерапии, что составило 3% этой когорты и 6,9% больных выявлено из группы, не получавших социальной поддержки (15 из 217 больных, успешно завершивших предыдущий курс противотуберкулезной химиотерапии). Т.е. недостоверно чаще рецидивы туберкулеза возникали у лиц без социальной поддержки на предыдущем этапе лечения, $p > 0,05$. Различия в структуре клинических и социальных групп исследования не значимы, $p > 0,05$. У значительной части больных с рецидивом туберкулеза имелись вредные привычки: табакокурение (81,8%) и алкогольная зависимость (68,2%). На предыдущем лечении во время интенсивной фазы 77,3% больных лечились без перерывов, во время поддерживающей фазы - 50% больных. Достоверной разницы в длительности перерывов в лечении в основной и контрольной группах исследования не выявлено, $p > 0,05$.

По результатам предшествующего лечения все 100% больные (7 чел.) были абациллированы, у 83,3% больных (5 чел. из 6) по результатам лучевых исследований установлено рубцевание полости распада.

При анализе исходов курса химиотерапии при лечении рецидивов эффективно завершили лечение 14 чел. (63,6%), неэффективно 6 больных (27,2%), отрыв от лечения 1 чел. (4,5%) и смерть не от туберкулеза 1 больного (4,5%). При этом, в основной группе наблюдения – 5 чел. из 7 (71,4%) завершили лечение эффективно, в контрольной группе исследования 9 чел. из 15 чел. успешно завершили курс специфической химиотерапии (60%). Т.е., эффективность повторного курса лечения у больных получавших социальную поддержку в 1,2 раза превышает эффективность лечения у больных, не получавших социальную поддержку ($p > 0,05$).

Применение социальной поддержки у больных туберкулезом позволяет сократить число рецидивов заболевания и повысить эффективность химиотерапии в случае лечения рецидива туберкулеза.

Отдельно проанализированы сведения о неэффективном лечении, как исходе проведенной химиотерапии. Всего неэффективное лечение зарегистрировано у 31 из 605 больных (5,1%). Из группы больных туберкулезом, получавших социальную поддержку, исход неэффективного лечения зарегистрирован у 13 чел. из 259 чел. (5% основной группы). В контрольной группе данный исход лечения отмечен у 18 больных туберкулезом из 346 чел. (5,2%). Отмечена неблагоприятная структура туберкулеза и неблагоприятный социальный статус этой категории больных. По группам наблюдения достоверной разницы в социальном статусе больных туберкулезом, неэффективно завершивших лечение не установлено, $p > 0,05$.

Тяжелые и распространенные формы туберкулеза отмечены у 48,3% (15 чел.) больных, $p > 0,05$. На начало лечения бактериовыделение установлено у всех 31 больных. Различия по группам выявления бактериовыделения статистически не значимы, $p > 0,05$. Деструкция легочной ткани выявлена у 22 чел. (68%), $p > 0,05$. В этой группе преобладали неработающие больные - 15 чел. (48,4%) и инвалиды – 10 чел. (32,2%). По группам наблюдения достоверной разницы в социальном статусе и структуре клинических форм туберкулеза у больных, неэффективно завершивших лечение, не установлено, $p > 0,05$.

При анализе приверженности к лечению установлено, что пропуски в лечении на поддерживающей фазе у больных с тяжелыми и распространенными процессами приводят к неэффективному исходу курса химиотерапии. На момент завершения лечения с исходом - неэффективный курс лечения, бактериовыделение, подтвержденное методом бактериоскопии, сохранялось у 87,5% больных. Полость распада не закрылась ни в одном случае, у 1 больного основной группы выявлено появление полости распада в процессе лечения.

Учитывая, что число случаев неэффективного лечения одинаково в обеих группах (5,0 - 5,2%), можно сделать вывод, что у таких больных социальная поддержка не позволит нам успешно завершить лечение в силу тяжелых, распространенных процессов с наличием лекарственной устойчивости МБТ, в том числе МЛУ МБТ. В группе неэффективно завершено лечение отмечается наивысший показатель смертности (67,7%), т.е. на результат в случае неэффективного лечения влияет не социальная поддержка, а индивидуальные особенности течения туберкулезного процесса.

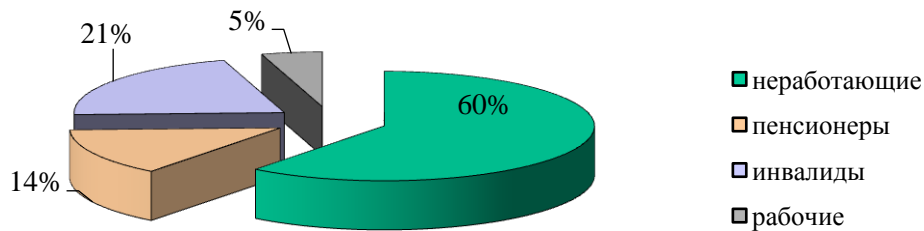
В этой группе больных необходимо длительное стационарное лечение и применение дополнительных методов лечения, включая хирургическое.

Исход противотуберкулезной терапии - отрыв от лечения, установлен у 43 из 605 больных изучаемой когорты. Отрывов от лечения в 1 группе наблюдения достоверно меньше. В основной группе зарегистрировано 9 отрывов от лечения из 259 больных (3,5%), во 2 группе – 34 из 346 больных (9,8%), $p < 0,05$. Достоверно больше было зарегистрировано отрывов от лечения в контрольной группе у больных с инфильтративной формой туберкулеза и с бактериовыделением (73,5%

и 55,5% по группам наблюдения), $p < 0,05$. Достоверной разницы в выявлении деструкции легочной ткани по группам наблюдения не установлено, $p > 0,05$. Выявлен неблагоприятный социальный статус группы больных, оторвавшихся от лечения. Социальный статус больных туберкулезом, прервавших лечение в период с 2001 по 2005г. отражен на рис.18. Большинство больных обеих групп исследования относятся к социально незащищенным, малообеспеченным слоям населения: неработающие, пенсионеры и инвалиды. Достоверных различий не установлено, $p > 0,05$.

Рисунок 18.

Социальный статус больных, оторвавшихся от лечения.

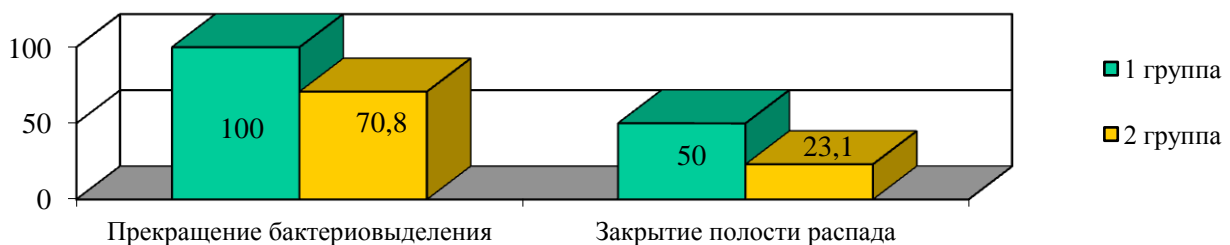


Неблагоприятным фактором риска в группе больных, с исходом отрыв от лечения, является алкогольная зависимость у 7 чел. (77,8%) основной группы и 25 чел. (73,5%) контрольной группы, $p > 0,05$. Табакокурение отмечено у 6 чел. (66,7%) в 1 группе и 31 чел. (91,1%) во 2 группе, $p > 0,05$. Также на социальный статус влияет пребывание в местах лишения свободы 1 больного (11,1%) основной группы и 7 больных (20,6%) контрольной группы, $p > 0,05$.

При анализе частоты и длительности пропусков в лечении выявлено, что уже на интенсивной фазе курса химиотерапии больные из этой группы исходов лечения допускали пропуски в приеме противотуберкулезных препаратов. Перерывы в лечении допускали больные обеих групп наблюдения, но на поддерживающей фазе достоверно чаще перерывы были в группе больных, не получающих социальной поддержки -50% в сравнении с 33,3% основной группы, $p < 0,05$. Проанализирована эффективность лечения больных туберкулезом на момент отрыва от лечения (рис.19).

Рисунок 19.

Эффективность на момент отрыва от лечения в 1 и 2 группах.

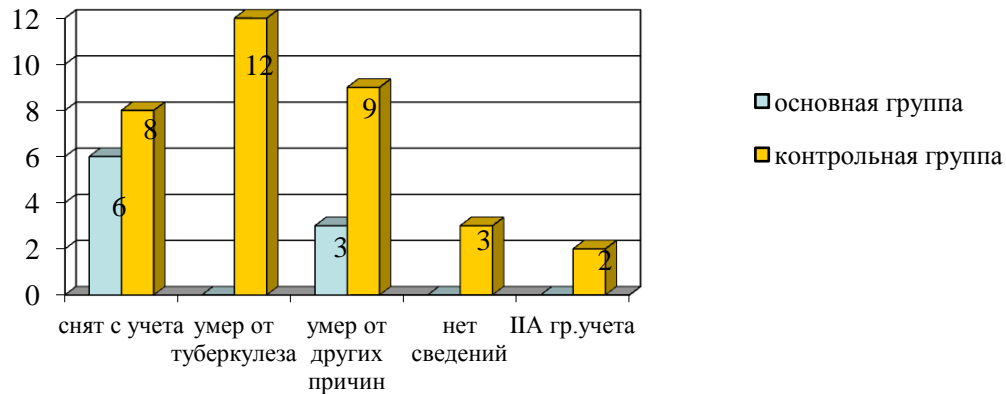


На момент отрыва от лечения у этой категории больных отмечалось значительное улучшение самочувствия и данных клинического обследования. Прекращение бактериовыделения зафиксировано у 5 чел. (100%) основной группы и 17 чел. (70,8%) контрольной группы, $p < 0,05$. Закрытие деструкции

легочной ткани зарегистрировано у 2 больных (50%) 1 группы по сравнению с 3 больными (23%) из 2 группы, $p < 0,05$. Результаты отрыва от лечения в отдаленные сроки представлены на рис.20.

Рисунок 20.

Отдаленные результаты отрыва от лечения туберкулеза больных основной и контрольной групп (абс.число).



В последующем, достоверно чаще зарегистрировано выздоровление в основной группе и смертность от туберкулеза в контрольной группе у больных, прервавших лечение. Задачей противотуберкулезной службы является удержать больного на химиотерапии до момента прекращения бактериовыделения и тем самым снизить эпидемическую опасность для окружающих.

Данное исследование доказывает эффективность применения социальной поддержки при лечении больных туберкулезом и может быть рекомендовано для использования в практике врачей фтизиатров.

Выводы

1. Установлено, что ситуация по заболеваемости туберкулезом улучшается, но остается неблагоприятной. За период с 2001г. по 2013г. отмечается улучшение эпидемической ситуации. Показатель заболеваемости с 2001г. снизился с 50,7 на 100000 населения до 39,1 в 2013г. (на 29%), показатель распространенности снизился за этот период с 230,1 до 88,1 (в 2,6 раза), распространенность больных туберкулезом с бактериовыделением уменьшилась с 75,3 до 51,6 (в 1,5раза), смертность населения от туберкулеза снизилась с 14,4 до 6,3(в 2,2 раза). Показатель клинического излечения больных туберкулезом вырос с 12,3% до 68,2% (рост в 5,5раз).

2. Установлена взаимосвязь роста уровня заработной платы населения Ковровского района с 2234 рублей до 22044 рублей (увеличение в 10,8 раз) и снижения показателей заболеваемости, смертности, распространенности и распространенности больных туберкулезом с бактериовыделением.

3. Несмотря на улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу за период с 2001г. по 2013г. сохраняется неблагоприятная структура клинических форм туберкулеза с преобладанием инфильтративной (46%) и диссеминированной форм(18,8%) туберкулеза, с наличием деструкции легочной ткани (39,2%) и наличием бактериовыделения(53,9%).

4. Наиболее часто туберкулез регистрируется в трудоспособных группах населения (89,2% среди вновь выявленных случаев туберкулеза и 78,3% среди случаев ранее леченного туберкулеза). Достоверно чаще туберкулез регистрируется у мужчин. В структуре заболевших доля социально необеспеченных лиц составила -69% (инвалиды, неработающие, пенсионеры и лица БОМЖ). У большинства больных имелись от 1 до 3 отягощающих факторов, социальных и медицинских.

5. Применение социальной поддержки в виде продуктовых наборов в процессе противотуберкулезной терапии повышает приверженность больных к лечению, повышает эффективность лечения и сокращает сроки лечения. Эффективность завершения лечения в основной группе составила 87,7% по сравнению с 63,0% в контрольной группе. На каждого больного, эффективно завершившего лечение затрачено в среднем около 800 рублей, при этом число отрывов от лечения сократилось в 2,8% раза (3,5% в основной группе по сравнению с 9,8% в контрольной группе).

6. Эффективность социальной поддержки неодинакова в различных социальных группах. Наиболее эффективно ее применение у неработающих, инвалидов и пенсионеров и менее эффективно в группах больных туберкулезом работающих и лиц БОМЖ.

7. При анализе отдаленных результатов лечения установлено, что рецидивы заболевания туберкулезом достоверно чаще возникают у больных, не получавших социальной поддержки на этапе предыдущего лечения.

Практические рекомендации.

1. В целевые программы по туберкулезу на уровне субъекта РФ рекомендуется включение социальных вопросов, таких как социальная поддержка.

2. Рекомендуется применение социальной поддержки в виде продуктовых наборов для повышения приверженности к лечению больных туберкулезом.

3. Рекомендуется дифференцированное применение социальной поддержки в различных социальных группах населения с учетом социального статуса и ожидаемого результата. Лица БОМЖ и инвалиды должны проходить весь курс лечения в стационарных условиях.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Кондратьева, М. Е. Анализ отдаленных результатов лечения больных туберкулезом органов дыхания / М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов // Туберкулез и болезни легких. - 2011. - N 4. - С. 202-203

2. Кондратьева, М. Е. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения больных туберкулезом [Текст] / М. Е. Кондратьева, В. А. Стаханов // Российский медицинский журнал. - 2009. - N 1. - С. 17-19

3. Кондратьева, М.Е. Эффективность лечения и социальная поддержка лиц БОМЖ, больных туберкулезом /М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов //Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: Матер. Всерос. науч. практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2010. – С.206-207

4. Кондратьева, М.Е. Эффективность методов социальной поддержки у больных туберкулезом / М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов // Казанская наука: сборн. науч.статей.-Казань, 2010.-выпуск 2.-С.374-377
5. Кондратьева, М.Е. Применение социальной поддержки у больных туберкулезом пенсионного возраста / М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов.-Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 130-летию доклада Р.Коха о возбудителе туберкулеза.- Тверь, 2012.- С.74-75.
6. Кондратьева, М.Е. Целесообразность социальной поддержки лиц БОМЖ, больных туберкулезом /М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов.-Материалы VIII Российского съезда фтизиатров.-М., 2007.-С.55-56.
7. Кондратьева, М.Е. Частота возникновения рецидивов у больных туберкулезом / М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов.- Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке», 2010.-Выпуск № 1.- том 12.
8. Кондратьева, М.Е. Отдаленные результаты лечения больных туберкулезом / М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов.- Материалы научно-практической конференции «Модернизация фтизиатрии. Современные технологии оказания противотуберкулезной помощи населению». - Екатеринбург, 2011г. -№2(2).- С.129-130
9. Кондратьева, М.Е. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных / М.Е. Кондратьева, В.А. Стаханов.- Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал.-Тула, 2015.
10. Кондратьева, М.Е. Влияние применения метода Хpert MTB/RIF на эффективность лечения МЛУ туберкулеза / М.Е. Кондратьева.- Актуальные проблемы туберкулеза. Материалы научно-практической и учебно-методической конференции с международным участием. –Тверь, 2015.-С.64-65

Список сокращений

- ПТП- противотуберкулезные препараты
- МБТ- микобактерия туберкулеза
- ВОЗ- Всемирная организация здравоохранения
- Сд- сахарный диабет
- ХНЗОД –хронические неспецифические заболевания органов дыхания
- СП- социальная поддержка
- ССЗ –сердечно-сосудистые заболевания
- МЛУ – множественная лекарственная устойчивость
- ВО – Владимирская область
- КР – Ковровский район
- РФ – Российская Федерация
- р – уровень значимости
- ТОД – туберкулез органов дыхания
- ФКТ – фиброзно-кавернозный туберкулез
- Лица БОМЖ – лица без определенного места жительства
- ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения