

## Оригинальное исследование

# ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АРМЕНИИ: ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Карапет Давтян<sup>1</sup>, Седа Агабекян<sup>1</sup>, Айк Давтян<sup>1</sup>, Тигран Маргарян<sup>1</sup>, Rony Zachariah<sup>2</sup>, Colleen Acosta<sup>3</sup>, Andrei Dadu<sup>3</sup>, Ваган Погосян<sup>4</sup>, Армен Айрапетян<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Национальный центр по борьбе с туберкулезом, Министерство здравоохранения Армении.

<sup>2</sup> Организация «Врачи без границ» (Médecins sans Frontières), Люксембург.

<sup>3</sup> Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания.

<sup>4</sup> Министерство здравоохранения Армении.

Автор, отвечающий за переписку: Карапет Давтян (адрес электронной почты: davkarog@gmail.com)

## АННОТАЦИЯ

**Исходные данные и задачи:** приверженность лечению является важным фактором успешного лечения туберкулеза (ТБ). Многие страны внедрили механизмы стимулирования с целью усиления этой приверженности. В Армении больным ТБ предлагают пакеты социальной поддержки, в которые входит продовольственный паек и средства гигиены. Мы попытались оценить важность программы социальной поддержки, опросив 500 больных туберкулезом и их врачей, применив метод случайной выборки.

**Методы:** мы использовали смешанный подход (одновременно качественный и количественный) на основе ретроспективного, описательного дизайна исследования. В интересах качественного исследования

было проведено 40 глубинных интервью с 20 больными ТБ и 20 врачами-фтизиатрами. В ходе количественного исследования медицинские карты и результаты индивидуальных интервью с 500 случайно выбранными больными ТБ и их врачами были использованы в качестве источников данных. Результаты: из 500 пациентов 490 (98%) сообщили о том, что получали социальные пакеты во время лечения, а 470 (96%) были удовлетворены их качеством (на основе личного восприятия пациентов). Большинство пациентов предпочли бы получать денежные пособия (274 [57,8%]) вместо продовольственных пайков и гигиенических наборов, которые они получают сейчас. Была установлена положительная связь

между успехом лечения и получением социальной поддержки (отношение шансов [ОШ]=2,8 при 95%-ном доверительном интервале [ДИ]: 1,0; 7,6, P=0,04), при перерывах лечения продолжительностью не более одной недели (ОШ=4,1 при 95%-ном ДИ: 2,4; 7,1, P<0,01) и наличии «обычного» туберкулеза (ОШ=3,0, 95%-ный ДИ: 1,7; 5,3, P<0,01).

**Вывод:** более разнообразные пакеты социальной поддержки, которые лучше удовлетворяют потребности пациентов, будут содействовать усилению приверженности лечению, что приведет к улучшению исходов лечения и совершенствованию деятельности программы.

**Ключевые слова:** ОПЕРАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ТУБЕРКУЛЕЗ, СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ТБ, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ТБ

## ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез (ТБ) представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения в Армении. По оценкам, распространенность ТБ в 2013 году составляла 66 случаев на 100 000 населения (1, 2). Армения является одной из 27 стран с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчи-

востью (МЛУ-ТБ)<sup>а</sup> / широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ)<sup>б</sup>. Оценочная пропорция МЛУ-ТБ в Армении составляет 9,4% среди новых случаев ТБ

<sup>а</sup> По определению, это ТБ, вызванный штаммами *Mycobacterium tuberculosis*, устойчивыми как минимум к изониазиду и рифампицину.

<sup>б</sup> По определению, это МЛУ-ТБ, который также устойчив к фторхинолонам и как минимум к одному из инъекционных препаратов второго ряда: амикацину, канамицину и/или капреомицину.

и 43% среди больных, ранее проходивших лечение ТБ (1, 2). Растущая распространенность М/ШЛУ-ТБ требует принятия безотлагательных мер (2, 3).

Одной из основных проблем в борьбе против туберкулеза является обеспечение непрерывности лечения ТБ, поскольку перерывы в лечении создают серьезный риск неудачи лечения и развития М/ШЛУ-ТБ (4, 5). Для того чтобы этому противодействовать, противотуберкулезные программы в нескольких странах предлагают участникам различные стимулы, такие как финансовая и материальная поддержка, с целью поощрения приверженности и повышения показателей успешности лечения ТБ (4–7). Такие стимулы могут предлагаться в форме прямых выплат, открытия депозитных счетов или выдачи продовольственных и гигиенических наборов (8–10). В Бангладеш пациенты, соблюдавшие приверженность лечению, зарабатывали деньги, которые сохранялись на их депозитных счетах, к которым они получали доступ по окончании лечения (11). В России благодаря раздаче вспомогательных наборов показатели незаконченного лечения снизились с 15–20% в 1999 году, до 2–6% в 2004 г. (12).

Постоянный мониторинг и оценка эффективности таких проектов очень важны, поскольку их воздействие может со временем меняться, вследствие чего их необходимо будет пересматривать. Так, например, мониторинг проекта социальной поддержки в Индии показал, что некоторые пациенты хотели продлить курс лечения, чтобы дольше получать ежемесячное денежное пособие, но при этом намеренно не принимали лекарства. После этого продолжительность программы была пересмотрена и был введен максимальный срок выдачи денежных пособий – 6 месяцев (13).

Противотуберкулезную помощь в Армении оказывают специалисты по лечению ТБ – врачи-фтизиатры. Хотя услуги по лечению ТБ в Армении полностью бесплатны для граждан Армении (14, 15) начиная с 2009 г., в рамках Национальной программы по борьбе с туберкулезом в Армении Армянское общество Красного Креста при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией организовало программу социальной поддержки для больных ТБ в течение курса их лечения (14). Цель этой программы – повысить

приверженность лечению, свести к минимуму перерывы в лечении и улучшить результаты лечения ТБ.

Мы попробовали оценить, послужили ли программы социальной поддержки для больных туберкулезом инструментом для усиления приверженности лечению в Армении, и предлагаем некоторые рекомендации по дальнейшему совершенствованию программы.

## МЕТОДЫ

### ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Это было ретроспективное, неинтервенционное, неконтролируемое, рандомизированное, описательное исследование. Мы применяли подход на основе смешанных методов с вовлечением как пациентов, так и медицинских работников в качественное исследование (глубинные интервью) и количественное исследование (индивидуальные интервью).

### ПОПУЛЯЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В интересах качественного исследования были проведены глубинные интервью с 20 случайно выбранными больными ТБ, которые закончили лечение, поставленными на учет в 2013 году, и с 20 случайно выбранными врачами-фтизиатрами.

Целевая группа ( $N=1615$ ) для количественного исследования включала 1457 (90%) чувствительных к лекарствам (ко всем препаратам) и 158 (10%) зарегистрированных больных ТБ с лекарственной устойчивостью, результаты лечения которых были включены в отчеты с июля 2012 г. до июня 2013 г. Из них 500 человек (417 с чувствительной формой ТБ и 93 с лекарственно-устойчивой формой ТБ) участвовали в исследовании (30%).

### СБОР ДАННЫХ И ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

В интересах качественного исследования была разработана, предварительно проверена и, соответственно, отредактирована анкета (см. приложение 1) для полуструктурированного глубинного интервью с целью определения уровня знаний и мнений о программе социальной поддержки в связи с ТБ среди пациентов и врачей. Анкета содержала 11 открытых вопросов для больных ТБ и 7 вопросов для врачей. Все глубинные интервью были записаны и закодированы, после чего были объединены по

категориям и темам в соответствии со сведениями и проблемами, о которых говорили респонденты. Анкета для количественного исследования была разработана, предварительно проверена и отредактирована в целях данного исследования. Эта анкета включала вопросы о демографических характеристиках, степени удовлетворенности наборами социальной поддержки, предпочтениях в отношении видов такой поддержки и возможных причинах перерывов в лечении. Также проводились индивидуальные интервью с 500 случайно выбранными респондентами из числа всех больных, стоявших на учете в Армении в период проведения исследования, и их лечащих врачей-фтизиатров. Медицинские данные о формах заболевания и результатах лечения были получены в национальной электронной базе данных о туберкулезе.

## УПРАВЛЕНИЕ ДАННЫМИ / ВВОД ДАННЫХ

Сбор данных проводился на основе изучения медицинских карт и результатов интервью. Были разработаны электронные формы с использованием программного обеспечения Epi data. Осуществлялся двойной ввод данных.

## ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Исследование было одобрено Экспертным советом по этике / Комитетом по вопросам исследований с участием людей Колледжа медицинских наук при Американском университете Армении. Перед проведением интервью у лечащих врачей-фтизиатров было получено разрешение на контакт с пациентами.

Перед опросом участникам зачитывали форму информированного согласия, содержащую информацию об исследовании, рисках и выгодах участия в нем и о добровольном принципе участия. Респонденты давали устное согласие.

## СТАТИСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ / АНАЛИЗ

Анализ данных проводился с использованием статистического программного обеспечения STATA 10. После проведения базового описательного статистического анализа (средние, медианные значения, стандартные отклонения, частота упоминания) были оценены различия между группами с использованием критерия хи-квадратов/точного критерия Фишера для определения категорий и *t*-критерия Стьюдента для непрерывных переменных.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТБ

Двадцать случайно отобранных больных ТБ (10 мужчин и 10 женщин), которые уже закончили курс лечения, приняли участие в интервью. Вопросы в основном касались уровня их знаний о заболевании, проблем, с которыми они столкнулись во время лечения, и любых потребностей, которые можно было бы удовлетворить для усиления приверженности. Учитывая природу заболевания, респонденты в основном говорили о том, что это инфекционное заболевание, требующее длительного лечения, о чем они узнали только в процессе собственного лечения.

Многие респонденты указали, что болезнь мешала их работе. Это серьезная проблема, особенно для тех, кто занят тяжелым физическим трудом. Из-за неспособности продолжать работу во время лечения некоторым пациентам пришлось бросить работу, что ухудшило социально-экономическое положение в их семьях.

Пациенты сообщали, что в ходе лечения они стали меньше общаться с друзьями и родственниками, в основном потому, что они не хотели заразить их. Несмотря на ограниченное общение и участие в общественной жизни, пациенты не чувствовали стигматизации или дискриминации со стороны членов семьи или друзей.

Почти все респонденты отметили, что врачи предоставляют медицинскую помощь бесплатно. Тем не менее им была необходима дополнительная финансовая поддержка, особенно в зимний период.

Различались предпочтения пациентов в отношении форм социальной поддержки, которая предоставлялась в рамках действующей программы. Некоторые предпочитали получать продовольственные наборы, сказав, что, если бы они получали деньги, они бы все равно потратили их на продукты питания. Однако некоторые указали, что они бы хотели получать денежное пособие вместо продовольственных наборов, поскольку тогда они бы сами могли решать, на что потратить эти деньги. Несмотря на различия в предпочтениях, все респонденты выразили боль-

шую удовлетворенность программой социальной поддержки и подчеркнули ее важность.

Пациенты сообщили, что на окончание курса их лечения влияли самые разные, зачастую взаимосвязанные, факторы. Среди этих факторов они называли понимание важности лечения, благоприятное отношение к исходу лечения, хорошую семейную поддержку, хорошее отношение со стороны медицинских работников и предоставление наборов социальной поддержки. Еще одним фактором, который упоминали больные ТБ, являлось расстояние до амбулаторных противотуберкулезных учреждений. Более того, необходимость регулярного посещения таких учреждений у некоторых пациентов приводила к вынужденному невыходу на работу.

## КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ

По словам 20 случайно отобранных врачей-фтизиатров, болезнь оказывает серьезное воздействие на социально-экономическое положение больных. Медицинские работники, как правило, указывали, что пациенты «изолированы от общества» и «чувствуют себя униженными». Тем не менее после обсуждения проблемы и проведения образовательной работы с пациентами и членами их семей<sup>c</sup> они начинали чувствовать себя более уверенно и могли лучше справляться с психологическими проблемами в связи с ТБ. По словам медицинских работников, из-за болезни страдала также занятость пациентов. Поскольку у большинства пациентов социально-экономическое положение было низким, финансовые трудности становились основной проблемой для них в период лечения, и поэтому наборы социальной поддержки становились для них очень важными. Врачи указали, что несколько пациентов обратились за лечением только для того, чтобы получать эти наборы социальной поддержки. Они также отметили, что предоставление денежных пособий может привести к опасности того, что многие пациенты будут тратить эти деньги на ненужные, а иногда даже вредные товары и продукты, например на алкоголь и сигареты. Кроме того, в зимний сезон оплата счетов за электричество и газ может стать огромным бременем для больных ТБ и членов их семей, поэто-

<sup>c</sup> Образовательные мероприятия для больных ТБ и членов их семей проводятся на амбулаторной фазе лечения силами социальных работников и сотрудников Армянского Красного Креста в рамках НПТ.

му некоторым пациентам было бы полезно получать финансовую помощь для оплаты отопления. Все респонденты считали, что программа социальной поддержки оказывает значительное позитивное воздействие на приверженность пациентов лечению. Программа социальной поддержки была также полезна и для семей пациентов. Поскольку многие из них были неспособны работать, они могли внести вклад для снижения финансового бремени для семьи, отдавая семье свои социальные наборы. Врачи также указали на еще один полезный аспект программы социальной поддержки – члены семьи начинали лучше поддерживать больных. Были предложены конкретные рекомендации о повышении эффективности социальных наборов: расширить разнообразие продуктов и сделать наборы комплексными. Некоторые медицинские работники предложили выдавать пациентам талоны для покупки продуктов питания и других товаров (за исключением алкоголя и табака) в специализированных магазинах.

## КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В целом 30% (500/1615) больных ТБ из целевой группы приняли участие в исследовании. Врачи-фтизиатры, лечащие участников, были также проинтервьюированы. Самой частой причиной прерывания лечения среди пациентов с историей перерывов в лечении были побочные эффекты лечения, о чем сообщили 165/328 пациентов (50,8%). По словам пациентов (57,8% [274/483]) и врачей-фтизиатров (84,7% [409/483]), предпочтительным типом социальной поддержки было бы денежное пособие. Другие причины перерывов в лечении и предпочтения в отношении форм социальной поддержки представлены в таблицах 1 и 2.

**ТАБЛИЦА 1. ПРИЧИНЫ ПЕРЕРЫВОВ В ЛЕЧЕНИИ, СО СЛОВ БОЛЬНЫХ ТБ**

Переменные	N (%)
Общее число пациентов с любыми перерывами в лечении	N=328
<b>Указанные причины перерывов</b>	
Побочные эффекты лечения	165 (50,3%)
Большая длительность лечения	20 (6,1%)
Миграция в поисках работы	14 (4,3%)
Не выдавали лекарства на дом	9 (2,7%)
Лечение мешало работе	8 (2,4%)
Хорошо себя почувствовал(а)	8 (2,4%)
Не верю медицинским работникам	2 (0,6%)
Не нравилось отношение медицинского работника	2 (0,6%)
Не хотел(а), чтобы другие узнали о моей болезни	3 (0,9%)
Проблемы с транспортом	3 (0,9%)
Не знаю	68 (20,7%)
Другое	26 (7,9%)

**ТАБЛИЦА 2. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ФОРМА  
СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ, ПО МНЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТБ  
И ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ**

	Больные ТБ	Врачи-фтизиатры
Общее число респондентов	N=483	N=483
Денежное пособие	274 (57,8%)	409 (84,7%)
Продовольственные наборы	114 (24,1%)	70 (14,5%)
Гигиенические наборы	1 (0,2%)	1 (0,2%)
Фрукты и соки	5 (1,1%)	0 (0%)
Оплата транспортных расходов	0 (0%)	2 (0,4%)
Помощь с оплатой счетов за отопление	11 (2,3%)	1 (0,2%)
Другое	69 (14,6%)	0 (0%)

Социально-экономические и клинические характеристики выборки и их взаимосвязь с результатами лечения представлены в таблице 3. Согласно результатам исследования, наблюдались следующие результаты лечения: 85 пациентов (17%) были излечены, 338 (67,6%) прошли полный курс лечения, у 8 (1,6%) лечение закончилось неудачей, 32 (6,4%) не закончили лечения и 37 (7,4%) были переведены. Успешный исход лечения определялся как «пациент прошел полный курс лечения» или «пациент излечен» (в целом 84,6%), а неудача лечения определялась как «любой другой результат, кроме успешного».

Из всех 500 пациентов 490/500 (98%) нуждались в социальной поддержке и получали ее, по словам врачей-фтизиатров. Только 7/500 (1,4%) пациентов отказались от социальной поддержки, однако это не было связано с исходом лечения.

По словам врачей, наборы социальной поддержки создавали дополнительные стимулы для 88,2% (435/500) пациентов. Оценка степени удовлетворенности услугами в связи с ТБ и наборами социальной поддержки основывалась на личных мнениях пациентов. Анализ показал, что у пациентов, которые были в целом удовлетворены наборами социальной поддержки, вероятность успеха лечения была выше (отношение шансов [ОШ]=2,8, при 95%-ном доверительном интервале [ДИ]: 1,0; 7,6,  $P=0,04$ ). Кроме того, у пациентов, для которых социальная поддержка была важна, вероятность успеха лечения также была выше (ОШ=2,1, 95%-ный ДИ: 1,1; 4,0,  $P=0,02$ ), так же как и среди тех, кто не прерывал лечения на срок больше недели (ОШ=4,1, 95%-ный ДИ: 2,4; 7,1,  $P<0,01$ ). У женщин вероятность успеха лечения была в 2,7 раза выше, чем у мужчин (ОШ=2,7, 95%-ный ДИ: 1,3; 5,7,  $P<0,01$ ). Аналогичным образом среди тех, кто

получал наборы социальной поддержки в течение всего курса лечения, вероятность успешного лечения была более высокой (ОШ=2,5, 95%-ный ДИ: 1,2; 5,6,  $P=0,01$ ). Была отмечена позитивная взаимосвязь с успехом лечения при лечении внелегочной формы ТБ (ОШ=4,2, 95%-ный ДИ: 1,7; 10,8,  $P<0,01$ ), обычного (чувствительного к лекарствам) ТБ (ОШ=3,0, 95%-ный ДИ: 1,7; 5,3,  $P<0,01$ ) и ТБ, отрицательного по мазку (ОШ=3,1, 95%-ный ДИ: 1,9; 5,2,  $P<0,01$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Наше исследование проводилось с целью оценки мнений больных ТБ и их врачей о программе социальной поддержки, предоставляемой больным ТБ в Армении. Одной из сильных сторон этого исследование было то, что в нем были объединены как количественные, так и качественные результаты. Этот подход позволил лучше понять программу социальной поддержки. Мы изучили точки зрения не только пациентов, но и медицинских работников, которые имели различные мнения по этому вопросу.

Поправки к инструменту количественного обследования базировались на результатах его качественной части и были предварительно проверены перед использованием. Анализ результатов количественного исследования показал, что около 98% респондентов нуждались в наборах социальной поддержки, а около 25% из них решили продолжить лечение благодаря этим наборам. Для примерно 88% пациентов предоставление этих наборов также послужило стимулом к соблюдению назначенного им режима лечения.

Мы обнаружили, что большинство медицинских работников и пациентов предпочли бы получать денежное пособие вместо продовольственных и гигиенических наборов, которые им предоставляют сейчас. Однако некоторые врачи выразили обеспокоенность по поводу того, что пациенты могут потратить эти деньги на алкоголь и другие ненужные продукты. По словам медицинских работников, денежная поддержка могла бы быть полезной, особенно для пациентов, не имеющих проблем с алкоголем.

Результаты лечения были успешными у 84,6% пациентов, что выше показателей успешности лечения в национальной когорте пациентов, поскольку



ТАБЛИЦА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТБ И ВОЗМОЖНЫЕ СВЯЗАННЫЕ С ЭТИМ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Характеристики	Всего (N, %) 500 (100%)	Неуспешный результат лечения (N, %) 77 (15,4)	Успешный результат лечения (N, %) 423 (84,6)	Без поправок на ОШ	95%-ный ДИ	P-зна- чение
<b>Социально-демографические</b>						
Мужчины	378 (75,6)	68 (88,3)	310 (73,3)	2,7	(1,3; 5,7)	<0,01 <sup>a</sup>
Женщины	122 (24,4)	9 (11,7)	113 (26,7)			
Возраст (средний ± CO)	42,0 ± 15,9	40,5 ± 14,6	42,2 ± 16,1	1,7 ± 1,8	(-5,6; 2,1)	0,4 <sup>b</sup>
Возраст <40 лет	223 (44,7)	38 (49,3)	237 (43,8)	1,2	(0,8; 2,0)	0,4 <sup>a</sup>
Возраст >40 лет	276 (55,3)	39 (50,7)	39 (56,2)			
Сельские жители	145 (29,1)	19 (24,7)	126 (29,7)	0,8	(0,4; 1,3)	0,4 <sup>a</sup>
Городские жители	354 (70,9)	58 (75,3)	296 (70,1)			
Получали социальную поддержку	490 (98,0)	75 (97,4)	415 (98,1)	0,7	(0,2; 3,5)	0,7 <sup>c</sup>
Не получали социальную поддержку	10 (2,0)	2 (2,6)	8 (1,9)			
Не отказывались от социальной поддержки	493 (98,6)	76 (98,7)	417 (98,6)	1,1	(0,1; 9,2)	1,0 <sup>c</sup>
Отказались от социальной поддержки	7 (1,4)	1 (1,3)	6 (1,4)			
Социальная поддержка НЕ была стимулом для пациентов, по словам врачей-фтизиатров	58 (11,8)	10 (13,3)	48 (11,5)	1,2	(0,6; 2,5)	0,65 <sup>a</sup>
Социальная поддержка была стимулом для пациентов, по словам врачей-фтизиатров	435 (88,2)	65 (86,7)	370 (88,5)			
Злоупотребление алкоголем, по словам врачей-фтизиатров	34 (7,0)	7 (9,9)	27 (6,6)	1,6	(0,7; 3,7)	0,3 <sup>a</sup>
Пациенты НЕ злоупотребляли алкоголем, по словам врачей-фтизиатров	448 (93,0)	64 (90,1)	384 (93,4)			
Было легко попасть на прием к врачу-фтизиатру	228 (46,8)	36 (48,7)	192 (46,5)	1,0	(0,7; 1,8)	0,7 <sup>a</sup>
Было сложно попасть на прием к врачу-фтизиатру	259 (53,2)	38 (51,3)	221 (53,5)			
В браке	368 (74,9)	57 (74,0)	311 (75,1)	0,9	(0,5; 1,6)	0,8 <sup>a</sup>
Не в браке	123 (25,1)	20 (25,8)	103 (24,9)			
Школьное образование	372 (75,1)	60 (77,9)	312 (74,6)	1,2	(0,7; 2,1)	0,5 <sup>a</sup>
Среднее специальное или высшее образование	123 (24,9)	17 (22,1)	106 (25,4)			
<b>Клинические</b>						
Легочная форма ТБ	399 (79,8)	72 (93,5)	327 (77,3)	4,2	(1,7; 10,8)	<0,01 <sup>a</sup>
Внелегочная форма ТБ	101 (20,2)	5 (6,5)	96 (22,7)			
Лекарственно-устойчивая форма ТБ	83 (16,6)	25 (32,5)	58 (13,7)	3,0	(1,7; 5,3)	<0,01 <sup>a</sup>
Обычный ТБ	417 (83,4)	52 (67,5)	365 (86,3)			
Новые случаи ТБ	347 (69,4)	54 (70,1)	293 (69,3)	1,0	(0,6; 1,8)	0,9 <sup>a</sup>
Случаи повторного лечения ТБ	153 (30,6)	23 (29,9)	130 (30,7)			
Положительный по мазку ТБ	176 (35,2)	45 (58,4)	131 (31,0)	3,1	(1,9; 5,2)	<0,01 <sup>a</sup> +
Отрицательный по мазку ТБ	324 (64,8)	32 (41,6)	292 (69,0)			
Недовольны предоставляемой социальной поддержкой	19 (3,9)	6 (8,2)	13 (3,1)	2,8	(1,0; 7,6)	0,04 <sup>a</sup>
Довольны предоставляемой социальной поддержкой	470 (96,1)	67 (91,8)	403 (96,9)			
Социальная поддержка НЕ важна для лечения, по словам пациентов	63 (22,7)	16 (21,0)	47 (11,2)	2,1	(1,1; 4,0)	0,02 <sup>a</sup>
Социальная поддержка важна для лечения, по словам пациентов	431 (87,3)	60 (79,0)	371 (88,8)			
Перерыв лечения на срок более недели	80 (16,3)	28 (36,8)	52 (12,5)	4,1	(2,4; 7,1)	<0,01 <sup>a</sup>
Не было перерывов лечения на срок более недели	411 (83,7)	48 (63,2)	52 (87,5)			
Предоставление социальной поддержки было прекращено из-за перерывов в лечении	36 (7,4)	11 (14,5)	25 (6,1)	2,5	(1,2; 5,6)	0,01 <sup>a</sup>
Получали социальную поддержку в течение всего курса лечения	453 (92,6)	65 (85,5)	388 (93,9)			

<sup>a</sup> Критерий хи-квадрат

<sup>b</sup> Двухвыборочный t-критерий

<sup>c</sup> Точный критерий Фишера

в выборке категория «смерть» не была включена в качестве исхода лечения, и в этом заключается ограниченность исследования. Результаты лечения были обусловлены целым рядом факторов, включая перерывы, продолжающиеся больше недели, гендер и форма туберкулеза (легочная или внелегочная).

Прекращение социальной поддержки из-за прерывания лечения также оказывало негативное влияние на результаты лечения, а это означает, что иногда предоставляемой социальной поддержки недостаточно для поддержания приверженности пациентов лечению.

Удовлетворенность в связи с получением социальной поддержки ассоциировалась с успешными результатами лечения, что указывает на то, что пациенты с успешными результатами лечения были очень довольны услугами в связи с ТБ.

Наше исследование имеет некоторые ограничения. Хотя предоставление социальной поддержки оказало значительное положительное влияние, было невозможно оценить скорректированное и причинно-следственное воздействие программы социальной поддержки на показатели успешности лечения ТБ, поскольку на приверженность влияют многочисленные факторы. Вследствие ретроспективного дизайна исследования еще одно ограничение могло быть обусловлено ошибками памяти. Кроме того, мы не смогли собрать все интересующие нас социально-демографические и клинические характеристики, такие как наличие тестирования на чувствительность к лекарственным препаратам и его результаты.

Результаты нашего оперативного исследования, которое проводилось в рамках Национальной программы по борьбе с туберкулезом (НПТ) в Армении, были использованы для дальнейшего улучшения проекта социальной поддержки. В течение 2015 г. в НПТ Армении была включена новая модель оказания социальной поддержки. В рамках этой модели НПТ будет предоставлять денежное стимулирование для пациентов, поскольку этот тип стимулирования является наиболее предпочтительным в соответствии с результатами исследования. Однако при этом будет применяться индивидуальный подход. Например, НПТ может непосредственно предоставлять деньги для оплаты коммунальных услуг или некоторых других расходов больных ТБ. Такая гибкость и возможность выбора могут привести к повышению эффективности проекта. Например, некоторые пациенты, особенно живущие в деревнях, сами производят пищевые продукты; поэтому продовольственные наборы им не особенно нужны. Если вместо этого они получают деньги, то они смогут приобрести другие необходимые им товары. Такой подход также позволит сэкономить транспортные расходы на доставку наборов социальной помощи больным ТБ. С другой стороны, среди пациентов с более высоким социально-экономическим статусом наборы социальной помощи могут не оказаться таким же мощным стимулом для соблюдения приверженности лечению, как для лиц с низким со-

циально-экономическим статусом. Таким образом, приверженность больных ТБ лечению можно еще больше усилить путем целевого удовлетворения потребностей пациентов. Такой подход позволит повысить эффективность социальной поддержки. Такие программы можно осуществлять в странах с похожими социально-экономическими и здравоохранительными условиями.

**Выражение признательности:** мы благодарим за поддержку Министерство здравоохранения и Группу управления проектом Глобального фонда в Армении. Мы также хотели бы выразить благодарность медицинским работникам амбулаторных противотуберкулезных учреждений Армении за предоставленную им ценную информацию.

**Финансирование:** проект финансировали Министерство здравоохранения и Группа управления проектом Глобального фонда в Армении. Финансирующие организации не оказывали влияния на дизайн исследований, сбор и анализ данных, решение о публикации или процесс подготовки рукописи.

**Конфликт интересов:** не указан.

**Отказ от ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Global tuberculosis report, 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf), accessed 21 November 2015).
2. Global tuberculosis report, 2013. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013 [WHO/HTM/TB/2013.11] ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf), accessed 21 November 2015).
3. Davtyan K, Zachariah R, Davtyan H, Ramsay A, Denisiuk O, Manzi M et al. Performance of decentralised facilities in tuberculosis case notification and treatment success in Armenia. *Public Health Action*. 2014;4(Suppl 2):S13–6.
4. Ciobanu A, Domete L, Soltan V, Bivol S, Severin L, Plesca V et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova? *Public Health Action*. 2014;4(Suppl 2):S59–63.
5. Garden B, Samarina A, Stavchanskaya I, Alsterlund R, Ovregaard A, Taganova O et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(1):117–22.

6. Lutge EE, Wiysonge CS, Knight SE, Sinclair D, Volmink J. Incentives and enablers to improve adherence in tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007952.
7. Lutge EE, Wiysonge CS, Knight SE, Volmink J. Material incentives and enablers in the management of tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(1):CD007952.
8. Chua AP, Lim LK, Ng H, Chee CB, Wang YT. Outcome of a grocery voucher incentive scheme for low-income tuberculosis patients on directly observed therapy in Singapore. *Singapore Med J.* 2015;56(5):274–9.
9. Sripad A, Castedo J, Danford N, Zaha R, Freile C. Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18(1):44–8.
10. White MC, Tulskey JP, Reilly P, McIntosh HW, Hoynes TM, Goldenson J. A clinical trial of a financial incentive to go to the tuberculosis clinic for isoniazid after release from jail. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998;2(6):506–12.
11. Islam MA, Wakai S, Ishikawa N, Chowdhury AMR, Vaughan JP. Cost-effectiveness of community health workers in tuberculosis control in Bangladesh. *Bulle World Health Organ.* 2002;80(6):445–50.
12. Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Danilova ID, Lomakina OB, Kourbatova EV. Social support and incentives programme for patients with tuberculosis: experience from the Russian Federation. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11(11):1210–15.
13. Urban Poverty Alleviation Department, Cochin. Response from the Municipal Corporation of Cochin, India, in response to a survey sent out in 2001 by RPM Plus, Stop TB, WHO and the World Bank ([http://projects.msh.org/projects/rpmplus/Documents/upload/India\\_Cochin\\_Summary\\_Experience\\_IE.pdf](http://projects.msh.org/projects/rpmplus/Documents/upload/India_Cochin_Summary_Experience_IE.pdf), accessed 21 November 2015).
14. Norms and regulations for the implementation of the State-funded tuberculosis activities in Armenia. Yerevan: Ministry of Health of Armenia, National Tuberculosis Control Programme; 2011.
15. National Statistical Service of Republic of Armenia. Statistical yearbook of Armenia 2013. Yerevan: National Statistical Service of Republic of Armenia; 2013 (<http://www.armstat.am/file/doc/99477273.pdf>, accessed 21 November 2015).



**ПРИЛОЖЕНИЕ 1. КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:  
ВОПРОСЫ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ГЛУБИННОГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ**

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

1. Что вы знаете о туберкулезе?
2. Как можно лечить/излечить туберкулез?
3. Не зачитывайте, если пациенты ничего не ответили; спросите: лекарства/питание/гигиена и т. п.
4. Как заболевание туберкулезом влияет на вашу способность работать?
5. Как заболевание туберкулезом влияет на ваше финансовое положение?
6. Как заболевание туберкулезом влияет на отношения с вашими знакомыми или друзьями?
7. Как может Министерство здравоохранения или другие организации помочь вам справиться с болезнью и получить лечение?
8. Какая форма социальной поддержки более предпочтительна для вас (наборы/финансовые пособия/другое) и почему?
9. Каково ваше мнение о программе социальной поддержки?
10. Какие факторы влияют на прохождение полного курса лечения?
11. Какие факторы содействуют прохождению полного курса лечения ТБ, которые не учтены в этой программе?

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ**

1. Как заболевание туберкулезом влияет на социально-экономическую деятельность пациентов(общение с друзьями, работа и т. п.)?
2. Какая форма социальной поддержки более предпочтительна для пациентов: наборы/финансовые пособия/другое?
3. Как программа социальной поддержки влияет на приверженность пациентов лечению?
4. Каким образом программа социальной поддержки содействует уходу за пациентом со стороны членов семьи?
5. Что вы думаете о программе социальной поддержки?
6. Что бы вы предложили для дальнейшего улучшения программы?
7. Какие факторы влияют на приверженность лечению, которые следовало бы учесть в будущем?