



В.М. Мельник, І.О. Новожилова,
В.Г. Матусевич, Т.М. Марцинюк

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ

Аналіз недоліків організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз

У статті наведено результати аналізу недоліків організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз за даними анкетування фахівців-фтизіатрів 27 адміністративних територій. Доведено, що організація лікування згаданої категорії хворих недосконала. Основні її недоліки: невідповідність відділень (палат) для лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз вимогам щодо створення їх, брак умов для лікування таких хворих у санаторіях, недостатня соціальна підтримка та труднощі щодо примусового лікування через брак відділень закритого типу і механізму залучення хворих до лікування у разі відмови. Серед причин неефективної організації лікування хворих є дві найвагоміші – низька прихильність до лікування і недостатнє функціонування інфраструктури та кадрового потенціалу. Лікарі загальної лікувальної мережі виконують покладені на них обов'язки щодо організації лікування хворих на туберкульоз не в повному обсязі, що нерідко пов'язано з об'єктивними чинниками, зокрема з недостатністю матеріально-технічного забезпечення та недосконалістю законодавства.

Виявлені недоліки організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз, а також зауваження та пропозиції фахівців-фтизіатрів різних адміністративних територій дуже актуальні саме тепер, коли назріла потреба в реформуванні медичної галузі, а ефективне функціонування фтизіатричної служби у подальшому залежатиме від правильної інтеграції її в загальну систему надання медичної допомоги.

Ключові слова

Хіміорезистентний туберкульоз, організація лікування, недоліки.

Публікації вітчизняних авторів свідчать про постійне зростання захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ), з одного боку, та недостатню ефективність лікування цих хворих, з іншого [1–6]. За таких умов правильна організація лікування хворих на ХРТБ набуває особливої актуальності. Підходи до удосконалення її повинні бути комплексними та обґрунтованими, що неможливо без виявлення та усунення недоліків.

Мета роботи – виявити недоліки організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

Матеріали та методи

Аналіз недоліків організації лікування хворих на ХРТБ проводили на підставі даних анкету-

вання фахівців-фтизіатрів 27 адміністративних територій за спеціальною анкетую-опитувальником.

Результати та обговорення

Для загальної оцінки організації лікування хворих на ХРТБ фахівцям-фтизіатрам адміністративних територій запропоновано кілька запитань (табл. 1).

Отже, фахівці-фтизіатри 19 (70,4 %) адміністративних територій вважають, що кількість ліжок у відділеннях (палатах) для лікування хворих на ХРТБ відповідає реальній потребі, однак лише 8 (29,6 %) із них вказали, що вони відповідають вимогам щодо створення їх, а 5 (18,5 %) пояснюють відмову хворих від лікування в стаціонарі поганими умовами. Відносно примусового лікування (за рішенням суду) фахівці-фтизіатри 12 (44,4 %) адміністративних територій відповіли, що у них така практика спо-

Таблиця 1. Загальна оцінка організації лікування хворих на ХРТБ

Запитання	Кількість адміністративних територій, які надали позитивну відповідь	
	Абс.	%
Чи відповідає наявна кількість ліжок у відділеннях (палатах) для лікування хворих на ХРТБ реальній потребі?	19	70,4
Чи відповідають відділення (палати) для лікування хворих на ХРТБ встановленим вимогам щодо створення їх?	8	29,6
Чи пов'язана відмова хворих на ХРТБ від лікування в стаціонарі з поганими умовами перебування в них?	5	18,5
Чи створені умови для лікування хворих на ХРТБ у санаторіях?	8	29,6
Чи створено умови для амбулаторного лікування хворих на ХРТБ?	20	74,1
Чи достатня соціальна підтримка хворих на ХРТБ?	6	22,2
Чи застосовується у вашій адміністративній території примусове лікування у разі відмови хворого на ХРТБ від лікування?	12	44,4
Загалом	27	100,0

стерігається, а 15 (55,6 %) вказали, його не застосовують узагалі, хоча 5 із них (Дніпропетровська, Одеська, Рівненська, Черкаська області, Київ) зазначили потребу в ньому. Дехто переконаний, що утруднюють примусове лікування недосконалість механізму залучення хворих та брак відділень закритого типу.

Щодо оцінки умов для амбулаторного лікування хворих на ХРТБ, то 20 (74,1 %) фахівців-фтизіатрів підтверджують, що такі умови є. Фахівці лише 8 (29,6 %) територій вважають, що створено умови для лікування таких хворих у санаторіях. Стосовно соціальної підтримки хворих на ХРТБ, то достатньою її вважають фахівці лише 6 (22,2 %) адміністративних територій. Слід зауважити, що багато з них не лише вважають недостатньою соціальну допомогу пацієнтам цього профілю, а й пропонують розширити її обсяг. А саме, крім загальноприйнятої соціальної підтримки у вигляді продуктивних пайків, гігієнічних наборів, одягу та взуття, виділяти матеріальну допомогу, оплачувати проїзд до ДОТ*-кабінетів, надавати безплатні юридичні консультації тощо.

Фтизіатри внесли багато пропозицій щодо поліпшення організації лікування хворих на ХРТБ, а саме: забезпечити протитуберкульозні заклади (ПТЗ) лабораторним обладнанням для молекулярно-генетичних досліджень; організувати відділення для стаціонарного лікування хворих на ХРТБ, які б відповідали вимогам інфекційного контролю (з боксованими палатами, припливно-витяжною системою вентиляції тощо); планомірно постачати протитуберкульозні

препарати (ПТП); удосконалити нормативно-правову базу та посилити контроль органів виконавчої влади і міліції за виконанням рішень суду щодо примусової госпіталізації хворих на ХРТБ; вирішити питання централізованого забезпечення дезінфікуючими засобами та засобами індивідуального захисту хворих і медичних працівників, засобами медичного призначення та ліками для патогенетичної терапії хворих; проводити тренінги для співробітників ПТЗ і загальної лікувальної мережі (ЗЛМ); створити «гарячу лінію» для консультативної роботи й належні умови для санаторного лікування (капітальний ремонт, безперервне лікування у санаторіях за рахунок регулярного постачання ПТП 2-го ряду, харчування та оплата проїзду для малозабезпечених), змінити підходи до визначення інвалідності з туберкульозу (зокрема зняття інвалідності за відмови від лікування). Оцінку фахівцями-фтизіатрами адміністративних територій найвагоміших причин неефективної організації лікування хворих на ХРТБ наведено в табл. 2.

Таким чином, рейтинг причин неефективної організації лікування хворих на ХРТБ такий: 1 — низька прихильність до лікування (88,9 %); 2 — брак (недостатність) соціальної підтримки (74,1 %); 3 — недостатнє функціонування інфраструктури та кадрового потенціалу (59,3 %); 4 — брак контрольованого лікування (33,3 %); 5 — недостатнє забезпечення ПТП і перериви в постачанні їх (18,5 %). Деякі адміністративні території серед інших причин зазначили такі: незацікавленість хворих, які мають інвалідність, вилікуватися (пропонують змінити підходи до визначення інвалідності, тобто оцінювати повноцінність лікування, а не лише соціальні чинники) та відсут-

* Безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів.

Таблиця 2. Найвагоміші причини неефективної організації лікування хворих на ХРТБ

Причина	Дали позитивну відповідь	
	Абс.	%
Брак контрольованого лікування	9	33,3
Недостатнє забезпечення ПТП і перерви в постачанні їх	5	18,5
Недостатнє функціонування інфраструктури та кадрового потенціалу	16	59,3
Низька прихильність хворих до лікування	24	88,9
Брак (недостатність) соціальної підтримки	20	74,1
Загалом	27	100,0

Таблиця 3. Оцінка виконання обов'язків лікарями ЗЛМ щодо організації лікування хворих на туберкульоз

Обов'язки	Дали позитивну відповідь	
	Абс.	%
Виявляти хворих, які не з'явилися для лікування	14	51,9
Заповнювати медичні карти лікування хворих на туберкульоз (ТБ 01) та надавати їх районному координатору з туберкульозу під час кураторських візитів	18	66,7
Для контролю за лікуванням скеровувати пацієнтів на дослідження мокротиння або відправляти вже зібрані зразки мокротиння	18	66,7
Сповіщати районного координатора про пацієнтів, які завершили курс лікування	13	48,1
Інші	12	44,4
Загалом	27	100,0

ність наступності на етапах лікування між медичними закладами адміністративних територій.

Оскільки в умовах реформування медичної галузі та максимального наближення медичної допомоги до населення зростає роль ЗЛМ, зокрема в діагностиці та лікуванні хворих на туберкульоз, ми вважали за доцільне оцінити роботу цих закладів щодо організації лікування згаданого контингенту з позицій фахівців-фтизіатрів. Щоб оцінити виконання обов'язків, лікарям ЗЛМ запропоновано кілька запитань (табл. 3).

Отже, фахівці 18 (66,7 %) адміністративних територій вважають, що лікарі ЗЛМ виконують такі свої обов'язки, як заповнення медичних карт лікування хворих на туберкульоз (ТБ 01) та надання їх районному координатору з туберкульозу під час кураторських візитів (відповідно не виконують ці обов'язки лікарі ЗЛМ 33,3 % адміністративних територій). За даними опитування, лікарі ЗЛМ 18 (66,7 %) адміністративних територій контролюють лікування шляхом скерування пацієнтів на дослідження мокротиння або відправлення вже зібраних зразків мокротиння (відповідно лікарі ЗЛМ 33,3 % адміністративних територій цих обов'язків не виконують). Виявляють хворих, які не з'явилися на лікування, та сповіщають районного координатора про пацієнтів, які завершили його курс, відповідно лікарі ЗЛМ у 51,9 та 48,1 % адміністративних територій (не виконують у 48,1 та 51,9 %).

Окрім оцінки виконання обов'язків за запропонованим переліком, фахівці-фтизіатри деяких адміністративних територій зробили зауваження та внесли пропозиції. Так, фтизіатри Донецької області зазначили, що лікарі ЗЛМ повинні скеровувати належні документи до суду для примусового лікування хворих на туберкульоз. А фахівці деяких адміністративних територій зробили такі зауваження: обов'язки щодо лікування хворих на туберкульоз, визначені нормативними документами, лікарі ЗЛМ виконують частково, що залежить від матеріально-технічного забезпечення, наявності кадрів та підготовки їх (Київська, Житомирська, Кіровоградська, Львівська, Сумська області); недосконала нормативно-правова база для лікування хворих на ХРТБ, зокрема МРТБ, на амбулаторному етапі (Луганська область); працівників ЗЛМ складно залучати до роботи з хворими на туберкульоз через мотивації (Одеська область); лікарі ЗЛМ майже не беруть участі в лікуванні хворих на ХРТБ (Черкаська область); лікарі ЗЛМ лише частково виконують обов'язки щодо лікування хворих на ХРТБ, а для поліпшення цієї роботи потрібно проводити тренінги з навчання лікарів ЗЛМ та надавати їм організаційно-методичну допомогу з боку фтизіатрів і співробітників відповідних кафедр (Чернівецька область). Фахівці Вінницької області зауважили, що контроль сімейного лікаря за якістю обслуговування кон-

тингентів ПТЗ знижений, оскільки лікувальним процесом займається медсестра загальної практики або фельдшер, а в разі появи проблем середній медперсонал зв'язується з фтизіатром, а не з сімейним лікарем. Тому функція з контролю за лікуванням хворих на туберкульоз випадає з ланцюга «фтизіатричних обов'язків» сімейного або дільничного лікаря. Проблемною є організація доставки мокротиння з сільських лікувально-профілактичних закладів первинної ланки в лабораторії I–III рівня діагностики, передусім через обмеженість матеріальних ресурсів (холодильники для зберігання мокротиння, транспорт, бензин, бокси для транспортування біологічного матеріалу, кошти для відрядження медпрацівника, який щотижня чи двічі на тиждень повинен доставляти зразки мокротиння в лабораторію). На переконання фахівців Дніпропетровської області, лікарі ЗЛМ міст беруть участь у організації лікування хворих на туберкульоз, але неохоче контролюють лікування їх у підтримувальну фазу через недостатнє кадрове забезпечення, проте у більшості сільських районів ці функції зазвичай виконує лікар-фтизіатр.

Фахівцям-фтизіатрам запропонували оцінити труднощі щодо організації лікування хворих на ХРТБ на амбулаторному етапі (підтримувальна фаза). Найчастіше вони вказували на низьку прихильність хворих до лікування (13 адміністративних територій, або 48,1 %), недостатнє технічне забезпечення, зокрема транспортом, віддаленість інфраструктури та кадрового потенціалу, що забезпечує контрольоване амбулаторне лікування, від місця проживання хворих, брак розгалуженої патронажної служби (10, або 37,0 %), низький соціальний рівень хворих, міграційні процеси та супутні патологічні стани, зокрема алкоголізм, наркоманія, ВІЛ-інфекція тощо (6, або 22,2 %), проблема кадрового забезпечення контрольованого лікування (5, або 18,5 %), брак мотивації щодо лікування з боку медпрацівників, насамперед ЗЛМ, та хворого, зокрема його зацікавленість зберегти інвалідність (5, або 18,5 %), несвоєчасне постачання ПТП та недоліки в розрахунках потреби у ПТП 2-го ряду через неналежне функціонування реєстру хворих на туберкульоз і технічні труднощі – 4 (14,8 %) адміністративні території, недостатність соціальної підтримки (2, або 7,4 %), тривале лікування (2, або 7,4 %), відмова патронажних сестер брати участь у лікуванні хворих на ХРТБ через ризик захворіти (2, або 7,4 %), недостатній рівень медико-соціальної реабілітації хворих (1, або 3,7 %). Наведений територіальний рейтинг є умовним, оскільки всі згадані

вище труднощі з організацією лікування хворих на ХРТБ на амбулаторному етапі важливі й взаємопов'язані, а тому потребують комплексного вирішення.

Висновки

1. Аналіз результатів анкетування фахівців-фтизіатрів адміністративних територій довів, що організація лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз недосконала, про що свідчать численні недоліки. До основних недоліків належать: невідповідність відділень (палат) для лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз встановленим вимогам щодо створення їх, брак умов для лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз у санаторіях, недостатня соціальна підтримка та труднощі щодо примусового лікування через брак відділень закритого типу і недосконалість механізму залучення хворих до лікування у разі відмови.

2. Серед причин неефективної організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз є дві найвагоміші – низька прихильність їх до лікування й недостатнє функціонування інфраструктури та кадрового потенціалу.

3. Лікарі загальної лікувальної мережі виконують покладені на них обов'язки щодо організації лікування хворих на туберкульоз не в повному обсязі, що нерідко пов'язано з об'єктивними чинниками (недостатнє матеріально-технічне та кадрове забезпечення, недосконале законодавство). В умовах реформування медичної галузі та максимального наближення медичного обслуговування до населення зростає роль первинної медичної допомоги, і тому перелік покладених на лікарів первинної медичної допомоги обов'язків щодо організації виявлення та лікування хворих на туберкульоз розшириться, однак це має бути чітко законодавчо врегульовано (зокрема передбачення матеріальної винагороди за роботу та якісне виконання її) і матеріально-технічно забезпечене.

4. Є багато труднощів щодо організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз на амбулаторному етапі, які, попри різну рейтингову оцінку, важливі, взаємопов'язані та потребують комплексного вирішення. До найвагоміших із них належать: низька прихильність хворих до лікування, недостатнє технічне забезпечення, віддаленість інфраструктури та кадрового потенціалу, що забезпечує контрольоване амбулаторне лікування, від місць проживання хворих, брак розгалуженої патронажної служби, низький соціальний рівень хворих та супутні патологічні стани (алкоголізм, наркоманія, ВІЛ-інфекція тощо), проблема кадрового забезпечен-

ня контролюваного лікування, несвоєчасне постачання ПТП та недоліки щодо розрахунку потреби в ПТП 2-го ряду через неналежне функціонування реєстру хворих на туберкульоз і технічні труднощі, недостатня соціальна підтримка.

5. Встановлення недоліків організації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз дало змогу не лише подивитися на цю

проблему безпосередньо очима фахівців-фтизіатрів різних адміністративних територій, а й почути від них багато зауважень і пропозицій, які вкрай актуальні саме тепер, коли назріла конча потреба в реформуванні медичної галузі, а ефективне функціонування фтизіатричної служби у подальшому залежатиме від правильної інтеграції її в загальну систему надання медичної допомоги.

Список літератури

1. Петренко В.М., Черенько С.О., Литвиненко Н.А. та ін. Туберкульоз із розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів: ситуація в Україні // Укр. пульмонол. журн.— 2007.— № 3.— С. 35–39.
2. Феценко Ю.І., Черенько С.А., Бялик Й.Б. и др. Эффективность стационарного лечения больных химиорезистентным туберкулезом на момент завершения интенсивной фазы химиотерапии // Укр. химиотерапевт. журн.— 2010.— № 1–2.— С. 33–37.
3. Феценко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г. та ін. Підходи до організації лікування хворих на туберкульоз легень в сучасних умовах // Укр. пульмонол. журн.— 2010.— № 4.— С. 5–7.
4. Феценко Ю.І., Черенько С.О., Барбова А.І. Туберкульоз із розширеною резистентністю: епідеміологічні аспекти, проблеми діагностики і лікування // Укр. пульмонол. журн.— 2013.— № 3, Додаток.— С. 31–33.
5. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Організація лікування хворих на туберкульоз.— К.: Здоров'я, 2009.— 487 с.
6. Черенько С.О., Литвиненко Н.А., Барбова А.І. Частота та профіль медикаментозної резистентності МБТ у хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю залежно від випадку захворювання, характеру та тривалості попереднього лікування // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2013.— № 2 (13).— С. 19–25.

В.М. Мельник, І.А. Новожилова, В.Г. Матусевич, Т.Н. Марцинюк

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

Анализ недостатков организации лечения больных химиорезистентным туберкулезом

В статье приведены результаты анализа недостатков организации лечения больных химиорезистентным туберкулезом по данным анкетирования специалистов-фтизиатров 27 административных территорий. Доказано, что организация лечения данной категории больных несовершенна. Основными ее недостатками являются: несоответствие отделений (палат) для лечения больных химиорезистентным туберкулезом требованиям к их созданию, отсутствие условий для лечения таких больных в санаториях, недостаточная социальная поддержка и трудности принудительного лечения из-за отсутствия отделений закрытого типа и четкого механизма привлечения больных к лечению в случае отказа. Среди причин неэффективной организации лечения больных есть две самые весомые — низкая приверженность к лечению и недостаточное функционирование инфраструктуры и кадрового потенциала. Врачи общей лечебной сети исполняют возложенные на них обязанности по организации лечения больных туберкулезом не в полном объеме, что нередко связано с объективными факторами, в том числе с недостаточностью материально-технического обеспечения и несовершенством законодательства.

Установленные недостатки организации лечения больных химиорезистентным туберкулезом, а также замечания и предложения специалистов-фтизиатров административных территорий очень актуальны именно сейчас, когда назрела необходимость в реформировании медицинской отрасли, а эффективное функционирование фтизиатрической службы в дальнейшем будет зависеть от правильной интеграции ее в общую систему оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: химиорезистентный туберкулез, организация лечения, недостатки.

V.M. Melnyk, I.O. Novozhylova, V.G. Matusevych, T.M. Martsinyuk

SO «National Institute of Phthiisology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Analysis of gaps in the organization of treatment of drug-resistant tuberculosis

The article presents the results of the analysis of gaps in organization of the treatment of drug-resistant tuberculosis according to the survey among the tuberculosis experts of 27 administrative territories. Organization of the treatment of those patients is proved to be imperfective. Its main gaps are: disparity of departments (wards) for the treatment of patients with drug-resistant tuberculosis to established requirements for their construction, lack of facilities for the treatment of that patients in sanatoriums, not sufficient social support, difficulties in compulsory treatment due to lack of closed type departments, and no clear mechanism of enrollment of patients in cases of refusal. Among all causes of ineffective organization of the treatment of that patients two most important are low adherence to the treatment and lack of functional infrastructure and human resource capacity. Doctors of health services fulfill their responsibilities for providing treatment of TB patients not fully, often due to objective factors, including the lack of material and technical security and inadequate legislation.

Revealed gaps in the organization of treatment of patients with drug-resistant tuberculosis, as well as comments and suggestions of tuberculosis experts from administrative areas are very relevant right now, when there is a need of reforming the healthcare industry, and the effective functioning of TB services in the future will depend on its proper integration into the overall health care delivery system.

Key words: drug-resistant tuberculosis, organization of treatment, gap and constraints.

Контактна інформація:

Новожилова Ірина Олексіївна, к. мед. н., ст. наук. співр. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології
03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
Тел. (044) 275-41-22
E-mail: novozhilova@ifp.kiev.ua

Стаття надійшла до редакції 20 червня 2014 р.