



О.В. Павлова, К.О. Гамазіна
Представництво RATH в Україні, Київ

Рекомендації щодо поліпшення роботи з програмного ведення випадків хіміорезистентного туберкульозу на обласному рівні

1. Подяки

Рекомендації обговорено під час робочої наради за участі фахівців обласних протитуберкульозних закладів Київської, Миколаївської, Полтавської, Одеської, Дніпропетровської, Кіровоградської, Львівської та Харківської областей та фахівців Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.

Глобальне бюро охорони здоров'я, Управління охорони здоров'я, інфекційних захворювань та харчування (HIDN), Агентство США з міжнародного розвитку підтримали створення цього документа шляхом фінансування проекту Challenge TB на умовах Договору N AID-OAA-A-14-00029.

Цей документ розроблено завдяки підтримці американського народу, наданій Агентством США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст документа є відповідальністю авторів і проекту Challenge TB та не обов'язково відображає погляди USAID чи уряду Сполучених Штатів Америки.

2. Вступ

В Україні організація лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) здійснюється відповідно до вимог чинного Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз» (УКПМД).

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз, зокрема на ХРТБ, зокрема мультирезистентний туберкульоз (МРТБ).

Усі пацієнти, в яких діагностовано туберкульоз зі встановленою стійкістю до рифампіцину (РифТБ), оцінюють потребу в початку лікування з використанням протитуберкульозних препаратів 2-го ряду (ПТП 2-го ряду) на засіданнях обласних центральних лікарських консультативних комісій з МРТБ з ХРТБ (ЦЛКК ХРТБ).

Обласну ЦЛКК ХРТБ створюють на базі обласного протитуберкульозного диспансеру. До її складу можуть входити завідувач відділення МРТБ, завідувач відділення паліативної допомоги, рентгенолог, фармацевт, фтизіохірург, адміністратор електронного реєстру хворих на ТБ на рівні області (E-TBManager). За потреби до роботи ЦЛКК ХРТБ можуть залучати фтизіопедіатра, мікробіолога, співробітників кафедр.

Обласна ЦЛКК ХРТБ розглядає реєстрацію кожного випадку ХРТБ та аналізує процес лікування, результати моніторингу під час курсу терапії. Зазвичай кожен МР/РРТБ випадок розглядають після 4 міс від початку інтенсивної фази хіміотерапії, на момент завершення інтенсивної фази лікування, після 6 міс підтримувальної фази хіміотерапії та на момент її завершення. У разі будь-яких ускладнень під час лікування кожен випадок може бути розглянутий на засіданні ЦЛКК ХРТБ додатково позапланово.

Загальні положення щодо організації діяльності центральної лікарської консультативної комісії у спеціалізованих медичних закладах третинного рівня, що надають медичну допомогу хворим на туберкульоз, викладено в УКПМД. Проте під час щоденної роботи фахівців обласного рівня виникають питання щодо розподілу функцій та обов'язків між членами ЦЛКК ХРТБ і головними обласними фахівцями

з фтизіатрії, відділами моніторингу та оцінки (МіО), іншими фахівцями.

Потребує додаткового роз'яснення й планування роботи самих комісій, можливості використання даних реєстру хворих на туберкульоз під час планування та проведення засідань. Зокрема, це й стало однією з основних причин створення цих рекомендацій.

3. Основні рекомендації

3.1. Функціональні обов'язки для фахівців служби відповідно до потреб поліпшення роботи ЦЛКК ХРТБ

Персональний склад постійних членів ЦЛКК ХРТБ регламентований у додатку 4 УКПМД, затвердженого наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620. Відповідно до нього до складу ЦЛКК ХРТБ мають бути включені: голова ЦЛКК ХРТБ (головний лікар/головний позаштатний фтизіатр або його заступник з лікувальної роботи), секретар ЦЛКК, 3–4 постійних члени (фтизіатр, рентгенолог, дитячий фтизіатр (за потреби), фтизіохірург та ін.), співробітники кафедр, якщо є договір про співпрацю.

Проте обов'язки учасників засідань, відповідно до їхніх функціональних обов'язків за основним місцем роботи, не були визначені в УКПМД.

Ця невизначеність призводить до того, що виникає дублювання функцій між членами ЦЛКК ХРТБ та посадовими особами. Для уникнення цього пропонують такі типові функціональні обов'язки для фахівців служби відповідно до потреб поліпшення роботи ЦЛКК ХРТБ.

Функції лікуючого лікаря:

- обстеження хворого;
- формування попереднього діагнозу;
- заповнення документації про випадок захворювання та направлення на ЦЛКК ХРТБ;
- пропозиції схеми лікування;
- визначення прихильності хворого до лікування;
- визначення прогнозу щодо вилікування;
- визначення потреби та обсягу соціальної підтримки для хворого;
- визначення місця лікування (стаціонар/амбулаторія);
- внесення випадку до реєстру хворих на ТБ;
- проведення моніторингу лікування;
- виконання рекомендацій ЦЛКК ХРТБ;

Функції заступника головного лікаря з лікувальної роботи:

- надання експертної рекомендації;
- експертиза документації.

Функції завідувача лабораторії:

- лабораторне обстеження відповідно до термінів лікування;
- трактування отриманих результатів лабораторних досліджень;

- аналіз дискордантних результатів бактеріологічних досліджень.

Функції секретаря ЦЛКК ХРТБ:

- внесення інформації в протокол засідання ЦЛКК ХРТБ;
- внесення випадку в електронний журнал ЦЛКК ХРТБ;
- моніторинг даних випадку в реєстрі.

Голова ЦЛКК ХРТБ:

- розгляд документації хворого, наданої на засідання;
- прийняття рішень;
- контроль виконання рішень ЦЛКК ХРТБ, моніторинг лікування, кратності розглядів на засіданнях ЦЛКК ХРТБ, відповідність лабораторних даних;
- навчання лікарів.

Завідувач відділу МіО:

- методична допомога;
- верифікація даних;
- аналіз даних/прийняття рішень.

Головний фтизіатр:

- експертиза роботи лікарів;
- аналіз епідемічної ситуації.

Основною рекомендацією є потреба в оптимізації роботи ЦЛКК ХРТБ та повернення основних лідерських функцій до лікуючих лікарів, де ЦЛКК ХРТБ має бути органом, що допомагає лікарям приймати оптимальні рішення в складних випадках.

3.2. Перелік можливих завдань для різних фахівців ТБ служби в процесі організації ведення випадку МРТБ

Недоліки в підготовці та проведенні засідань ЦЛКК ХРТБ призводять до збільшення робочого навантаження на членів ЦЛКК ХРТБ, при цьому роль та відповідальність для лікуючих лікарів стає дедалі меншою в процесі організації лікування хворих.

Беручи до уваги процеси реформування системи охорони здоров'я, роль лікуючого лікаря повинна бути збільшена, а інші фахівці повинні стати джерелом експертної думки та супервізорами якості надання послуг. З цією метою запропоновано перелік можливих завдань для різних фахівців ТБ служби в процесі організації ведення випадку МРТБ (табл. 1).

Основна рекомендація: створити умови для підвищення відповідальності лікуючих лікарів у процесі ведення випадку ХРТБ.

3.3. Перелік можливих завдань під час розгляду кожного випадку ХРТБ

З метою оптимізації роботи фахівців під час кожного розгляду випадків ХРТБ на засіданнях ЦЛКК ХРТБ доцільно визначити ретельний

Таблиця 1. Перелік можливих завдань під час розгляду кожного випадку ХРТБ

| Посада | До засідання ЦЛКК ХРТБ | Під час засідання ЦЛКК ХРТБ | Після засідання ЦЛКК ХРТБ |
|--|--|--|---|
| Лікуючий лікар | Обстеження хворого відповідно до вимог протоколу Призначення схеми лікування Оформлення медичної документації (історія хвороби, заповнення форм ТБ, заповнення документації на засідання ЦЛКК ХРТБ для розгляду тяжких випадків) | Представлення випадку для обговорення Самонавчання Прийняття остаточного рішення щодо ведення випадку МРТБ | Внесення інформації до реєстру хворих на ТБ Лікування хворого відповідно до вимог Протоколу та рішення ЦЛКК ХРТБ Здійснення моніторингу лікування та забезпечення повторних розглядів на ЦЛКК ХРТБ (за потреби) Юридична відповідальність за лікування хворого |
| Заступник головного лікаря з медичної роботи/завідувач відділенням | Надання експертної допомоги лікуючим лікарям | Експертна думка | Експертна оцінка медичної документації Контроль виконання рішень ЦЛКК ХРТБ |
| Завідувач лабораторії | Виконання лабораторних досліджень відповідно до призначення лікуючого лікаря Експертиза лабораторних даних для лікуючого лікаря | Експертна думка Навчання | Виконання рішень ЦЛКК ХРТБ |
| Секретар ЦЛКК ХРТБ | Планування засідань Попередня оцінка медичної документації Оцінка виконання попередніх рішень (для повторних розглядів) | Внесення висновку засідання до протоколу Моніторинг випадку в реєстрі | |
| Голова ЦЛКК ХРТБ | Попередній розгляд випадку Оцінка відповідності даних між реєстром, історією хвороби, ТБ01, направленням на ЦЛКК ХРТБ | Забезпечення прийняття рішення Експертна думка Навчання | |
| МіО | | | Аналіз прийнятих рішень Пошук системних проблем в організації ведення випадку МРТБ, зокрема за рахунок проведення аналізу епідемічної ситуації Навчання |
| Головний фізизіатр | | Експертна думка Навчання | Експертна оцінка роботи ЦЛКК ХРТБ Пошук системних проблем в організації ведення випадку МРТБ, зокрема за рахунок проведення аналізу епідемічної ситуації Прийняття управлінських рішень, зокрема в сфері фармацевтичного менеджменту |

перелік завдань для розгляду відповідно до термінів проведення засідань.

Якщо під час аналізу документації до засідання не виявлено відхилень від стандартного перебігу лікувального процесу, стан хворого постійно поліпшується, відсутні ознаки побічних реакцій на протитуберкульозне лікування, рекомендуємо

проводити розгляд таких випадків без комісійного обговорення, лише оформлюючи протокольним рішенням.

Необхідно приділяти достатньо часу для ретельного розгляду випадків, де потрібна експертна думка, коли перебіг туберкульозу у хворого не належить до стандартних випадків (табл. 2).

Таблиця 2. Мета проведення засідань ЦЛКК ХРТБ

| Час з початку лікування | Завдання |
|--|---|
| Залучення до лікування («місяць 0»), не пізніше 7 днів після отримання МГ+Риф+ | Оцінка стану пацієнта, даних клініко-лабораторних досліджень, призначення схеми лікування, ЕКГ (для хворих, які отримують фторхінолони, клофазимін, нові протитуберкульозні препарати) |
| 4 міс після початку лікування | Попередня оцінка ефективності лікування (результати тестів, клінічне поліпшення), моніторинг безпеки, регулювання режиму лікування залежно від результатів бактеріологічних досліджень (до 90 % хворих має бути знебацилено), оцінка необхідності хірургічного лікування. При продовженні бактеріовиділення – складання плану термінового додаткового обстеження з метою виключення неефективності лікування. При знебациленні для хворих, що лікуються в стаціонарі, – призначення термінів виписки на амбулаторне лікування, вибір моделі амбулаторного лікування |
| 8 міс після початку лікування (кінець інтенсивної фази) | Проміжна оцінка ефективності лікування (результати тестів, клінічне поліпшення), моніторинг безпеки, переведення на підтримуючу фазу або прийняття обґрунтованого рішення щодо продовження термінів інтенсивної фази лікування, оцінка прихильності до лікування |
| 6 міс підтримуючої фази | Оцінка ефективності лікування, побічних реакцій, оцінка прихильності до лікування |
| 20 міс після початку лікування (завершення лікування) | Оцінка ефективності лікування, побічних реакцій, рішення щодо закінчення лікування або прийняття обґрунтованого рішення щодо продовження термінів лікування |
| Позапланово | У разі виникнення побічних реакцій, ускладнень туберкульозу та будь-яких інших клінічних ситуацій |

Основною рекомендацією є: здійснення вибіркового підходу до формату розгляду випадків ХРТБ під час засідань, базуючись на аналізі перебігу лікувального процесу, даних фізикального та клініко-рентгенологічного обстеження хворого, наявності побічних реакцій на протитуберкульозне лікування.

3.4. Ведення документації та планування роботи ЦЛКК ХРТБ

Періодичність розгляду є дуже важливою для кожного випадку ХРТБ. Дотримання термінів розгляду дає змогу проводити моніторинг лікування кожного хворого та своєчасно виявляти та усувати всі можливі загрози для досягнення успіху в лікуванні.

Саме секретаріат ЦЛКК ХРТБ має здійснювати контроль за дотриманням цих термінів. Це можливо зробити, якщо вести електронну версію журналу ЦЛКК ХРТБ у форматі Microsoft Excel Worksheet.

Для початку формування такого електронного журналу можна використати інформацію про випадки, які знаходяться на лікуванні, отриману з реєстру хворих на туберкульоз.

Після цього, базуючись на даті первинного розгляду, необхідно провести планування всіх наступних засідань для кожного окремого хворого, створюючи стандартну формулу (рисунок).

Таким чином створиться індивідуальний графік з датами розглядів для кожного хворого. При появі нових хворих вони додаються до вже існуючої бази ЦЛКК ХРТБ.

Секретар ЦЛКК ХРТБ має змогу при веденні такого електронного журналу проводити на щомісячній основі аналіз та вчасно виявляти всі випадки, які не були представлені на розгляд, та з'ясувати причини цього. З іншого боку, можна буде прогнозувати навантаження на членів ЦЛКК ХРТБ, плануючи засідання на наступний місяць.

Основною рекомендацією є організація планування роботи ЦЛКК ХРТБ та навантаження на

| Місце проживання пацієнта | | | | | | | 4 місяці лікування | 8 місяці лікування | 14 місяці лікування | 20 місяці лікування |
|---------------------------|---------------------|--------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|---------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| №/я пацієнта | Статус випадку | Область | Район(місто) | Область (місце лікування) | Дата початку лікування | | | | | |
| | Продовжує лікування | Миколаївська | Миколаївський, Миколаївська | Миколаївська | 07.03.2017 | #Q4+120 | | | | |
| | Продовжує лікування | Миколаївська | Миколаївський, Миколаївська | Миколаївська | 13.02.2017 | | | | | |
| | Продовжує лікування | Миколаївська | Миколаївський, Миколаївська | Миколаївська | 05.08.2016 | | | | | |

Рисунок. Планування засідань ЦЛКК ХРТБ для кожного хворого

її членів на щомісячній основі за допомогою електронного журналу.

4. Висновки

В умовах реформування системи охорони здоров'я залишається актуальним здійснення ретельного моніторингу та контролю за веденням випадків ХРТБ на обласному рівні. Функцію

такого контролю здійснює ЦЛКК ХРТБ. Рационалізація її роботи, а також підвищення ролі та відповідальності кожного лікаря є запорукою успішного лікування хворих.

Впровадження наданих рекомендацій дасть змогу не лише поліпшити якість ведення випадків ХРТБ, а й зменшити додаткове навантаження на експертів обласного рівня.

Контактна інформація:

Павлова Ольга Вікторівна, менеджер проектів РАТН
01033, м. Київ, вул. Шота Руставелі, 25Б

Стаття надійшла до редакції 15 листопада 2017 р.