

# Підводні камені медичної реформи: результати незалежного дослідження в регіонах

22 лютого 2019 р. у Києві відбувся круглий стіл на тему «Медична реформа: досягнення і уроки на майбутнє». Під час заходу презентовано результати дослідження «Реформа первинної ланки охорони здоров'я: думка фахівців галузі» (на основні результатів соціологічних досліджень у Полтавській, Сумській, Донецькій, Запорізькій, Луганській, Миколаївській та Кіровоградській областях).

Захід проходив у рамках проекту «Просування реформ в регіони», який здійснюється Інститутом економічних досліджень та політичних консультацій і виданням «Європейська правда» за фінансової підтримки Європейського Союзу (ЄС) та Міжнародного фонду «Відродження».



Відкриваючи захід, **Ігор Бураковський**, голова правління Інституту економічних досліджень та політичних консультацій, наголосив, що мета цього та інших проєктів Інституту — виявити, що сьогодні відбувається на місцях безпосередньо з тими чи іншими реформами, зокрема медичною, освітньою, пенсійною. Такого роду точкові дослідження є принципово важливими щодо моніторингу реформ, виявлення помилок, які потрібно виправляти.

## Реформа охорони здоров'я у пріоритеті Уряду



**Олена Кучерук**, менеджер Програми «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження», привітала присутніх від імені цього фонду та нагадала, що фонд «Відродження» займається підтримкою реформ у бізнес-сферах, зокрема у галузі охорони здоров'я. «Ми були одними з перших, хто одразу після Революції гідності, використовуючи вікно можливостей і політичну волю нової влади, розпочали розробку стратегічного плану, концепції охорони здоров'я. І приємно

бачити, що на сьогодні команда Уляни Супрун поступово, але дуже логічно та цілеспрямовано виконує ці положення. Коли ми починали підтримку реформи охорони здоров'я, в нас були побоювання щодо того, що навряд чи Уряд її пріоритезує, тим паче в умовах збройного конфлікту та економічної кризи. Але завдяки волі народу і відповідним дослідженням, які показували, що питання охорони здоров'я є найбільш важливим для населення, реформа охорони здоров'я увійшла до переліку найактуальніших, і сьогодні можна бачити, що Уряд дійсно пріоритезував цю реформу.

## Реформи відбуваються у правильному напрямку

Реформа охорони здоров'я стала лакмусовим папірцем або тестом на витривалість випробування. Усі ті події, які відбуваються навколо Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, усі протистояння є очевидним сигналом того, що реформи відбуваються у правильному порядку, і ці зміни, які вже реалізовано, дійсно змінили схеми, які існували десятиріччями. Тобто дійсно вдалося змінити підходи у фінансуванні, у менеджменті і таким чином мінімізувати або суттєво зменшити корупційну мережу, яка тривалий час існувала в системі, і за рахунок якої система животіла. А ті, хто мав можливість, наживалися власне на хворобах, на стражданнях, на нас з вами.

## Про маніпуляції, популістські гасла та опір реформі

Незважаючи на те що навколо цієї теми сьогодні дуже багато маніпуляцій, що частина тих, хто балотується в президенти України, використовують певні гасла, які стосуються реформи охорони здоров'я, при тому не зробивши для неї нічого, або навпаки вставляють палки в колеса цієї реформи. Не дивлячись на те що цією темою дуже легко маніпулювати, і зараз лунає дуже багато популістських гасел, які легко ширяться і використовуються як на національному, так і на місцевому рівні, я дуже сподіваюся й вірю, що ті зміни, які вже відбулися, є незворотними. І незважаючи на можливі зміни у політичній владі, ми разом, і фахівці охорони здоров'я, і лікарі, які працюють у цій сфері, не дозволимо відібрати ті зміни, які вже відбулися. Зрозуміло, що реформа — це складний процес, і перші роки для звичайного споживача її результати непомітні або навіть такі, які порушили звичний плин подій, і люди можуть бути невдоволені, не розуміти тощо», — зазначила О. Кучерук та підкреслила, що найбільший опір чинять якраз управлінці місцевого рівня.

Тож результати дослідження допоможуть зрозуміти, якою є ситуація.



**Олександра Бетлій**, провідний науковий співробітник Інституту економічних досліджень та політичних консультацій, розповіла про результати дослідження. Вона ще раз наголосила, що захід проходив у рамках проекту «Просування реформ в регіони», який здійснюється Інститутом економічних досліджень та політичних консультацій і виданням «Європейська правда» за фінансової підтримки ЄС та Міжнародного фонду «Відродження».

Мета цього проєкту — посилення підтримки і тиску громадськості задля здійснення проєвропейських реформ в Україні шляхом активізації участі та залучення широкого кола суб'єктів громадянського суспільства з регіонів у обговорення тем, пов'язаних із ЄС, моніторинг та адвокацію імплементації Угоди про асоціацію України і ЄС.

В Угоді про асоціацію між Україною і ЄС є розділ, що стосується громадського здоров'я, де зазначено, що безпека і захист здоров'я людини — передумова для сталого розвитку і економічного зростання. І сторони угоди співпрацюють з метою налагодження хорошої роботи первинної ланки надання медичної допомоги. У 2012–2013 рр. був пілотний проєкт, коли реформу впроваджували в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та у двох районах міста Києва. Зараз реформа фінансування первинної ланки торкнулася усієї України.

## Про дослідження

«Наше дослідження ми намагалися сфокусувати на окремих моментах проведення цієї реформи в кількох областях. Ми говорили про автономізацію медичних закладів, приписку кампанію, нові принципи фінансування, колективні договори, і над цим

усім — місцеві стимули, дія місцевих органів влади, які в рамках реформи децентралізації почали отримувати більше повноважень та більше фінансування. І від них теж залежить, як впроваджується реформа на місцях.

Конкурс на проведення дослідження виграли чотири організації:

1. Інститут аналітики і адвокації у Сумській та Полтавській областях: 56 глибоких інтерв'ю та 2 фокус-групи.

2. Асоціація політичних наук у Кіровоградській області: 50 глибоких інтерв'ю та 3 фокус-групи.

3. БФ «Свої» у Луганській, Донецькій і Запорізькій областях: 126 глибоких інтерв'ю та 5 фокус-груп.

4. Миколаївський місцевий БФ «Вихід» у Миколаївській області: 27 глибоких інтерв'ю + 4 фокус-групи.

Крім того, Інститут проводив опитування в одній із закритих груп соціальної мережі Facebook для медиків (423 респонденти), де спілкуються сімейні лікарі та медичні сестри, які працюють на первинній ланці».

## Автономізація медичних закладів

Отже, перше питання, якого торкнулися в дослідженні — це автономізація медичних закладів. Автономізація — це дійсно більша самостійність, але й вища відповідальність. Коли бюджетні установи стали комунальними некомерційними підприємствами, вони отримали самостійність в ухваленні важливих рішень: штатного розкладу, рівня оплати праці, здійснення закупівель. Для головних лікарів це добре, тому що раніше вони говорили про те, що взагалі не могли мотивувати своїх працівників, а тепер у них є інструменти для цього. Перевага також полягає в тому, що вони самі можуть здійснювати закупівлі окремих лікарських засобів.

Водночас були почуті застереження від заінтересованих сторін, зокрема місцевих органів влади, які зазначають, що бояться втратити контроль над закладами первинної медичної допомоги. Проте органи місцевої влади через програми дофінансування можуть досить суттєво впливати на медичні заклади, але цього розуміння на місцях ще немає.

Головні лікарі говорять про те, що їм бракує спроможності та управлінських знань, і вони хвилюються.

Головне застереження від лікарів — це залежність від одноосібні рішень головних лікарів.

Тож відкритими питаннями і викликами, на які необхідно шукати відповіді, є низька спроможність і відсутність знань у головних лікарів. Головний лікар, який раніше був головним лікарем бюджетної установи, який нічого особливо самостійно не вирішував, тепер не готовий до тієї відповідальності, яку він отримав разом з автономізацією. Особливо необхідно враховувати цей досвід у зв'язку з реформою вторинної ланки, яка у близькій перспективі. Питання стосуються навіть того, як правильно організувати роботу реєстратури.

Також серед проблем — відсутність фінансування на оснащення, необхідність звернення до Антимонопольного комітету України (АМКУ) щодо роз'яснення, що фінансування від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) не є державною допомогою. Головні лікарі звертаються з проханням внести це до законодавства, щоб медичним закладам не потрібно було звертатися до АМКУ з однотипними зверненнями.



Окремі заклади зазначали, що в них були проблеми з ліцензуванням після автономізації.

Ще одне спірне питання — розподіл із вторинною ланкою. От що відбувається: первинна ланка реформована, усі вважають, що там дуже великі зарплати, і вторинка негативно сприймає направлення до себе пацієнтів з первинної ланки. Крім того, відбуваються конфлікти за приміщення в межах однієї поліклініки», — зазначила О. Бетлій.

## Приписна кампанія

Стосовно приписної кампанії — перш за все йдеться про систему «Електронне здоров'я», сертифіковані медичні інформаційні системи (МІС), вибір лікаря, перед яким стоїть пацієнт. І якраз пацієнти зіткнулися з тим, що при всій інформації, яка була зокрема у Facebook, люди не розуміли, де шукати лікарів.

Тобто реформа комунікована погано. Дуже багато інформації у соціальних мережах, але реально люди мало інформовані. І це стосується як пацієнтів, так і лікарів.

Переваги приписної кампанії з точки зору лікаря — лікар розуміє, що конкретного пацієнта буде вести саме він.

Також завдяки приписній кампанії отримані електронні реєстри як лікарів, так і пацієнтів. Взагалі це буде такий уявний простір демографічного реєстру. Питання захисту даних детально не вивчалось в цьому дослідженні.

Виклики, виявлені під час приписної кампанії.

1. Розрив між попитом і пропозицією. Іноді буває, що там, де є пацієнти, недостатньо лікарів, іноді навпаки — де є лікарі — немає пацієнтів. Або іммігрували, або реально живуть у великому місті не за місцем реєстрації. І якщо раніше штатний розпис медичних закладів залежав від кількості зареєстрованого населення, тепер все інакше. І в одних закладах постають питання, де терміново взяти лікаря, а в інших — де лікарів діти. Тобто їх потрібно скорочувати, адже виявляється, що реально населення на певній території недостатньо. А платити зарплату лікарю, до якого приписалися 400 осіб, — дорого. Іноді пацієнти вимагають гроші від лікарів, з якими вони уклали декларацію, мотивуючи це тим, що вони не зверталися до лікаря, а гроші лікар отримав. Іноді пацієнти вимагають надати їм послуги поза межами гарантованого переліку, також мотивуючи це тим, що лікарі отримують велику зарплату. Тобто пацієнтам не зрозуміло, що фінансування через НСЗУ йде за принципом страхування.

2. Велика кількість лікарів передпенсійного і пенсійного віку — це ще один виклик цій реформі. 50% терапевтів — це пенсійний вік, а також 30% педіатрів і 20% сімейних лікарів. Вони частково не готові до нових викликів, частина з них не готові працювати з комп'ютером. Є дуже активні лікарі й у такому віці, вони працюють. Проте потрібно ще більше уваги приділяти кадровій політиці й, можливо, розмовляти з місцевими органами влади, щоб вони фінансували молодь, яка йде у вищі медичні заклади освіти, та протестувати ідею програм мобільності лікарів.

3. Проблема з інтернетом — це передусім проблема сільської місцевості, і вона залишається невирішеною. Наприклад, є тільки 2G-інтернет, і практично неможливо зареєструвати пацієнтів у системі «Електронне здоров'я».

4. Забезпечення комп'ютерами — це була ще одна проблема, у зв'язку з якою затримувалася приписна кампанія.

5. Невирішені питання, які ставлять головні лікарі, — виклик лікаря додому — залишається проблемою. МОЗ України інформувало, що виклики не обов'язкові, це мають вирішувати самі лікарі. Головні лікарі хочуть зняти з себе відповідальність за такі кроки. Лікарі первинки дуже хвилюються, тому що вони тепер можуть мати на обслуговуванні пацієнтів навіть із різних регіонів. І виклики обслуговувати складно, бо немає автономного транспорту. Тому лікарі первинки хочуть отримати інструкції, наприклад, якщо пацієнт з іншої дільниці, то лікар точно до нього не йде. У пацієнта, навпаки, є очікування, що лікар має до нього приходити, адже він тепер отримує вищу зарплату.

6. Обслуговування пацієнтів під час відпустки, лікарняного, декретної відпустки лікаря — це одне з питань, яке потребує чіткіших інструкцій та пояснень. Головні лікарі стикаються з цією проблемою, і кожен вирішує її по-своєму. Є обговорення та обмін досвідом у Facebook, але, можливо, необхідно доносити інформацію і в інших спосіб. Наприклад, якщо лікар йде у декретну від-



пустку, а в нього 2 тис. пацієнтів, їх розподіляють між іншими лікарями, а вони не хочуть їх брати.

7. Питання медичних оглядів, військкоматів і виїзд на смерть. Особливо виїзд на смерть на іншій ділянці: їхати чи не треба.

8. Питання лежачих хворих залишається досить актуальним, особливо у сільській місцевості за відсутності транспорту.

### Щодо принципу «гроші йдуть за пацієнтом»

О. Бетлій підкреслила: «Рік тому ще не було призначено голови НСЗУ, а тепер ми маємо потужного закупівельника, який перебрав на себе фінансування первинки, планується адміністрування програми «Доступні ліки», з 1 квітня — пілотний проект у Полтавській області, з 1 липня — «Безкоштовна діагностика». Багато змін, дуже великий прогрес. Реально вражена командою НСЗУ. Це люди, які роблять дуже багато.

Коли ми говоримо про договори з НСЗУ, то знаємо, що було три хвилини їх підписання. Більше закладів увійшли в реформу під час третьої хвилини. І процес укладання договорів був чітко прописаний. Заклади по-різному вирішували ці питання. Був пільговий період — спрощення отримання ліцензії. Але це поставило певний виклик перед закладами зараз, які під час отримання ліцензії заявляли, що в них є все необхідне оснащення, а насправді його не було. А зараз вони отримані від НСЗУ гроші перш за все спрямовують на закупівлю обладнання відповідно до таблиця оснащення, а не на підвищення зарплати лікарям. І це впливає на рівень оплати праці.

Перевагою є також те, що НСЗУ — єдина закупівельна організація, яка використовує єдині принципи фінансування. Вже ніхто не може сказати, що комусь дають більше грошей, а комусь — менше. Як працюють — так і отримують. Відбувається конкуренція за пацієнта, тому що тепер комунальні некомерційні підприємства конкурують не тільки між собою, вони також конкурують із лікарями-ФОП (фізична особа — підприємець), із приватними медичними закладами. Причому, згідно з даними НСЗУ, можна побачити, що приватних закладів, які отримують фінансування за програмою медичних гарантій, більше у великих містах, а лікарів-ФОП на Західній Україні більше, ніж на інших територіях.

Лікарі вже самі говорять про те, що можна об'єднати кілька ФОПів. Це вирішує питання відпусток, лікарняних лікарів тощо.

Були проблеми з бланками лікарняних для ФОП і приватних закладів — їх вирішено. Наразі залишається проблемою доступ до вакцин, і це знемотивовує ФОП. Швидкість вирішення таких проблем впливає на мотивацію, для того щоб люди думали про відкриття індивідуальної практики.

Коли мова йде про тарифи — є червоний список, це зрозуміло, і дуже добре, що цього року ставка була зменшена, визначено граничний термін дії фінансування за червоним списком. Лікарі можуть відверто говорити пацієнту, який не підписав декларації, що з липня у нього можуть виникнути проблеми з медичною допомогою у комунальних закладах. Проте невідкладну допомогу все ж доведеться надавати.

Із 2019 р. запроваджено понижувальний коефіцієнт за пацієнтів понад ліміт. Це дуже корисно, тому що минулого року МІС не допускали більше пацієнтів, ніж понад ліміт. Зараз лікарі ретельно думають, брати чи не брати понад ліміт, оскільки будуть менше сплачувати. Існує коригувальний гірський коефіцієнт 1,25.

### Проблемні питання фінансування

Лікарів турбує невизначеність щодо подальшої ставки тарифу. Усі чекали, що у 2019 р. будуть вищі тарифи, вони залишилися без змін, зараз у головних лікарів виникають питання, як буде далі. Це важливо тому, що комунальні платежі зростають, підвищуються ціни на медичні вироби, реагенти, швидкі тести. МІС з липня 2019 р. стають платними. МІС лише вибудовують тарифи на свої послуги, але під час обговорень озвучували 15–20 тис. грн. на місяць. Головні лікарі почуваються ошуканими, тому що МІС були безплатними, й сподівалися надалі, що це буде дешево. Невизначеність щодо подальшої ставки базового тарифу зменшує мотивацію головних лікарів підвищувати зарплату медичному персоналу.

### Проблемні питання оплати праці

Багато говориться про те, що оплата праці зростає, але насправді у різних медичних закладах і територіях дуже різні показники. Заробітна плата медичного персоналу залежить від кількох чинників, один з них — це укладання та зміст колективних договорів. Під час опитування, проведеного онлайн (можливо, воно і нерепрезентативне, було 400 відповідей), половина респондентів відповіли, що колективний договір було укладено через 1 міс, як підписано договір із НСЗУ, значна частка повідомляла про те, що це було через 4–6 міс.

Чому важливий колективний договір? У ньому визначаються умови роботи лікаря, а також оплати праці лікаря, медичної сестри, адміністративного персоналу. Іноді головні лікарі до підписання колективного договору взагалі не хочуть підвищувати зарплати своїм лікарям, навіть якщо вони набрали повну кількість декларацій. І такі випадки непоодинокі.

Ще більша проблема у медичних сестер. Їх умови оплати праці взагалі нічим не врегульовані, і вони залишаються іноді просто з великими ставками — 3–4 тис. грн., хоча навантаження на них суттєво зросло. Позиція головного лікаря дуже важлива, тому що дуже важко переконати підвищувати комусь зарплату. Самі головні лікарі часто демотивовані щось змінювати, тому що після автономізації протягом певного часу має бути оголошено конкурс на посаду головного лікаря. Але насправді це відбувається не завжди, і головний лікар продовжує тривалий час обіймати свою посаду.

Ще одне питання, яке впливає на оплату праці, це наявність розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я, особливо фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), у сільській місцевості.

Якщо є розгалужена мережа, а не просто Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) чи амбулаторія, особливо ФАПів, є потреба утримувати більше адміністративного, допоміжного персоналу, платити більше за комунальні послуги, це впливає на можливість підвищувати зарплату. Комунальні послуги повинні фінансувати місцеві органи влади, але насправді іноді місцева влада відмовляється фінансувати комуналку комунальному некомерційному підприємству. Тому важливе чітке розуміння місцевими органами влади своєї ролі. Також, якщо ЦПМСД або амбулаторії необхідно робити ремонт чи закуповувати обладнання відповідно до таблиця оснащення, що було заявлено, але не закуплено, то гроші перш за все теж підуть на це, а не на зарплату медичних працівників.

### Можливе запровадження сільського коефіцієнту

Оскільки питання утримання ФАПів у межах однієї юридичної особи чи лікарської практики дуже актуальне і витратне, від лікарів і головних лікарів лунали пропозиції про запровадження сільського коефіцієнта до базового тарифу. Адаже у сільській та гірській місцевостях майже однакові умови: важка доступність і мало населення. І чи можливо більш чітко узаконити, що місцеві органи влади зобов'язані фінансувати ФАПів?

### Роль місцевої влади

Наявність підтримки від місцевих органів влади також суттєвий фактор. Там, де вона є, дійсно відбувається підвищення заробітних плат і кращі результати. Роль місцевої влади і місцевих стимулів значно зросла внаслідок децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад. Оплата комунальних послуг, як вже говорилося вище, — це функція місцевої влади, місцеві органи розвитку також. Проте, на жаль, не всі місцеві органи влади соціально відповідальні.

Крім того, кадровий голод у медицині призводить до того, що не завжди працює програма місцевих стимулів. Коли запитували лікарів, головних лікарів, які є місцеві стимули, щоб спонукали переїхати чи працювати в селі, вони назвали такі:

- Доплати до заробітної плати (77,1% респондентів).
- Надання житла (з вимогою відпрацювати в закладі 5–10 років) (62,3%).
- Отримання виплат на оздоровлення (35,2%).
- Компенсація витрат на транспорт (30,3%).

Тут все впирається в фінансування. Знову ж таки, одні громади більш спроможні, інші — менш спроможні, що зумовлює нерівні умови у різних регіонах», — підсумувала О. Бетлій.

**Висновки**

Результати опитування свідчать, що найбільше лікарі очікували підвищення заробітної плати, і в принципі вони його отримали, але менше, ніж очікували. Натомість із неочікуваного отримали підвищення навантаження. Лікарі реально сподівалися на зменшення обсягів паперової роботи, але зараз вони говорять про те, що кількість паперової роботи не зменшилася, а до неї додалася електронна система охорони здоров'я. Тому необхідно дуже швидко іти до запровадження електронної картки пацієнта.

Висновки дослідження такі, що наразі ми перебуваємо в епіцентрі змін, і на запитання про окремі елементи реформи поки що неможливо відповісти однозначно. Є сподівання, що через рік відповіді будуть позитивнішими. Після старту реформи дуже багато стало залежати від керівників медичних закладів, які часто були не готові до змін.

Реформи переважно підтримані медичними працівниками, проте є недостатнє розуміння компонентів реформи (у лікарів та пацієнтів). Це відбувається тому, що не затверджено стратегії розвитку охорони здоров'я, яка би прописала наперед, що за чим відбуватиметься. Зараз паралельно проходить багато різних процесів, і складно зрозуміти, як вони пов'язані один з одним.

Також серед проблемних моментів:

- Недостатні навички діяти за новими правилами.
- Неузгоджене законодавство про медицину на селі.
- Невизначене майбутнє.
- Неврегульовані взаємини із невідкладною допомогою та вторинкою.

**Рекомендації**

Необхідно проводити більше навчань, тренінгів, надавати інструкції. Особливо для керівників комунальних некомерційних підприємств. Особливо це важливо перед реформуванням спеціалізованої медичної допомоги — керівникам медичних закладів слід наперед дати необхідні знання.

Можливо, необхідне розроблення типових (необов'язкових) документів — колективних договорів, які допомогли б на перших кроках реорганізації закладів.

Проактивна комунікація реформи — соціальна реклама на телебаченні, радіо, у місцевих засобах масової інформації.

*Олександр Устїнов,  
фото Сергія Бека*

**РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ****Пневмоцистна пневмонія: оновлені клінічні рекомендації 2019 року**

Пневмоцистна пневмонія (ПП) — опортуністична мікотична інфекція, яку спричиняє убівітарний мікроорганізм *Pneumocystis jirovecii*. Первинне інфікування відбувається переважно в дитинстві. В імунокomпетентних пацієнтів *Pneumocystis jirovecii* не спричиняє маніфестації захворювання, його перебіг відбувається у вигляді носійства. Імунодефіцит (ВІЛ-інфекція, імуносупресивна терапія) є фоном для реактивації латентної інфекції чи реінфекції з подальшим розвитком ПП.

ПП є одним із найтяжчих СНІД-індикаторних захворювань та найпоширенішою причиною смерті серед госпіталізованих пацієнтів, які мали ВІЛ-інфекцію. У березні 2019 р. Департамент охорони здоров'я і соціальних служб США (U.S. Department of Health and Human Services) оприлюднив сучасні рекомендації щодо менеджменту ПП. У цій публікації висвітлені принципи первинної та вторинної профілактики ПП, а також основи медикаментозного лікування.

Люди, які живуть з ВІЛ-інфекцією (у тому числі підлітки та вагітні, а також ті, хто застосовує антиретровірусну терапію) та мають абсолютну кількість  $CD_4$ -клітин  $<200$ /мкл або їх відносне значення  $<14\%$ , повинні отримувати хіміопротекцію ПП. Якщо немає можливості здійснювати контроль кількості  $CD_4$ -клітин кожних 3 міс, деякі фахівці рекомендують розпочати хіміопротекцію ПП вже при значенні  $CD_4$ -клітин  $<250$ /мкл.

Якщо пацієнт приймає піриметамін + сульфадіазин з метою профілактики чи лікування при токсоплазмозі, немає необхідності у призначенні додаткової хіміопротекції ПП. Триметоприм-сульфаметоксазол (TMP-SMX) — препарат вибору для проведення хіміопротекції ПП. На сьогодні рекомендований щоденний прийом подвійної разової дози TMP-SMX (тобто 960 мг), проте є докази, що щоденне застосування препарату в дозі 480 мг так само ефективне і краще переноситься пацієнтами.

Щоденний прийом подвійної дози TMP-SMX також забезпечує захист від токсоплазмозу та багатьох бактеріальних респіраторних інфекцій. У разі розвитку побічних реакцій на фоні хіміопротекції, які не загрожують життю, слід продовжувати прийом TMP-SMX. Якщо у хворого на фоні застосування TMP-SMX розвинулися побічні реакції, що становлять загрозу для життя (синдром Стівенса — Джонсона, синдром Лайелла), TMP-SMX слід негайно відмінити і більше ніколи не призначати.

Первинну хіміопротекцію ПП слід припинити при стабільному (протягом  $\geq 3$  міс) підвищенні кількості  $CD_4$ -клітин  $>200$  кл/мкл. На сьогодні також існують рекомендації щодо доцільності припинення хіміопротекції ПП у пацієнтів із кількістю  $CD_4$ -клітин у межах 100–200 кл/мкл, якщо протягом останніх

3–6 міс рівень вірусного навантаження ВІЛ нижчий за рівень виявлення.

Згідно із сучасними принципами лікування TMP-SMX є препаратом вибору для терапії у пацієнтів із ПП. На сьогодні додавання кальцію фолінату з метою запобігання розвитку мієлосупресії не рекомендується. Хворим із середньотяжким або тяжким перебігом ПП ( $pO_2 <70$  мм рт. ст. або альвеолярно-артеріальний градієнт  $O_2 \geq 35$  мм рт. ст.) необхідно вже у перші 72 год від початку лікування призначити кортикостероїди (преднізолон для перорального прийому або метилпреднізолон — для внутрішньовенного введення). Доза гормонального препарату залежить від дня лікування: у перші 5 днів преднізолон призначають у дозі 40 мг 2 рази на добу, з 6-го по 10-й день — у дозі 40 мг 1 раз на добу, з 11-го по 21-й день — 20 мг 1 раз на добу. Метилпреднізолон застосовують в дозі 75% від дози преднізолону.

Шлях введення препарату TMP-SMX (пероральний чи парентеральний) залежить від тяжкості стану пацієнта. При легкому перебігу ПП лікування включає пероральне застосування TMP 15–20 мг/кг/добу, SMX 75–100 мг/кг/добу у три прийоми. При середньотяжкому і тяжкому перебігу захворювання відповідно TMP 15–20 мг/кг/добу, SMX — 75–100 мг/кг/добу внутрішньовенно з інтервалом 6–8 год. Після покращення загального стану пацієнта з середньотяжким і тяжким перебігом ПП рекомендується переведення на пероральний прийом препарату TMP-SMX. Тривалість лікування становить 21 день.

Вторинна профілактика ПП повинна бути розпочата відразу після завершення специфічного лікування і продовжуватися до відновлення імунної системи на фоні прийому антиретровірусної терапії (тобто до підвищення кількості  $CD_4$ -клітин  $>200$  кл/мкл протягом 3 міс). Препаратом вибору є TMP-SMX: одна подвійна доза 1 раз на добу. Якщо ПП розвинулася у хворого на фоні кількості  $CD_4$ -клітин  $>200$  кл/мкл, слід призначити пожиттєву профілактику ПП.

На сьогодні також існують рекомендації щодо доцільності припинення вторинної профілактики ПП у пацієнтів із кількістю  $CD_4$ -клітин у межах 100–200 кл/мкл, якщо протягом останніх 3–6 міс рівень вірусного навантаження ВІЛ залишався незвичайно низьким.

Хіміопротекція є ефективним методом запобігання розвитку ПП у пацієнтів із кількістю  $CD_4$ -клітин  $<200$  кл/мкл або при їх відносному значенні  $<14\%$ . TMP-SMX є препаратом вибору для лікування пацієнтів із ПП та може застосовуватися як перорально, так і парентерально залежно від тяжкості перебігу захворювання.

**U.S. Department of Health and Human Services (2019) Pneumocystis Pneumonia.** Mar. 28 (<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/4/adult-and-adolescent-opportunistic-infection/321/pcp>).

*Анастасія Козловська*