

Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова,
О. Р. Тарасенко, І. В. Бушура, А. М. Приходько
ЕФЕКТИВНІСТЬ І НЕДОЛІКИ ФУНКЦІОНУВАННЯ
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

ЭФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
ПРОТИВOTУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

Ю. И. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, И. О. Новожилова,
Е. Р. Тарасенко, И. В. Бушура, А. Н. Приходько

Резюме

Цель исследования — оценить состояние и выявить недостатки функционирования противотуберкулезной службы в Украине за период 2005–2014 гг.

Материал и методы. Отчеты противотуберкулезных диспансеров, статистический анализ показателей.

Результаты. На основании анализа основных показателей функционирования противотуберкулезной службы в Украине за период 2005–2014 гг. установлена ее неэффективность и основные недостатки: нерациональное использование коечного фонда; преобладание стационарного лечения над амбулаторным; низкий уровень выявления и лечения больных туберкулезом, который не соответствует индикаторам ВОЗ; неэффективность профилактических мероприятий, низкий уровень охвата прививками детей до 1 года с постепенным уменьшением профилактических осмотров с годами; неудовлетворительный уровень химиопрофилактики; неэффективный инфекционный контроль в учреждениях; рост заболеваемости контактных особ; неэффективность диспансеризации. Расчеты показали необходимость сокращения коечного фонда. Остается высокой заболеваемость туберкулезом, увеличилась заболеваемость туберкулезом в сочетании с СПИДом и количество больных мультирезистентным туберкулезом.

Выводы. Установлена неэффективность функционирования противотуберкулезной службы в Украине и основные ее недостатки. Показана необходимость реорганизации и реструктуризации противотуберкулезной службы в Украине.

Ключевые слова: противотуберкулезная служба в Украине, эффективность.

Укр. пульмонолог. журнал. 2016, № 2, С. 29–32.

Фещенко Юрій Іванович

Директор ДУ «Национальний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

Академік НАМН України, професор

10, вул. М. Амосова, 03680, Київ,

Tel.: 380 44 275-04-02, fax: 380 44 275-21-18, admin@ifp.kiev.ua

THE EFFECTIVENESS OF THE TB SERVICE OPERATION
IN UKRAINE

Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnyk, V. G. Matusevych, I. O. Novozhylova,
E. R. Tarasenko, I. V. Bushura, A. N. Prichodko

Abstract

The aim — to evaluate state and to reveal the defects of TB service operation in Ukraine in 2005–2014 years.

Materials and methods. Reports of TB institutions were reviewed and statistical analysis of indices was performed.

Results. TB service ineffectiveness in 2005–2014 years was established and main defects of its operation were detected: irrational use of hospital care; the prevalence of in-patient treatment; poor detection and treatment of TB patients (below the WHO limits); ineffectiveness of preventive measures, a low level of immunization coverage of children under 1 year, a gradual decrease of preventive examinations; unsatisfactory level of chemoprophylaxis; ineffectiveness of infection control at institutions; increase in the incidence of contact persons; ineffectiveness of the clinical examination. Analysis has shown the need to reduce the number of beds. The incidence of TB remains high; the incidence of TB/AIDS and number of patients with MDR TB has increased.

Conclusions. It has been demonstrated the ineffectiveness of the TB service in Ukraine. The reorganization and restructuring of TB service in Ukraine is required.

Key words: tuberculosis, indices TB service, reorganization, restructuring.

Ukr. Pulmonol. J. 2016; 2:29–32.

Yurii I. Feshchenko

Director of National Institute of phthisiology and pulmonology named after F. G. Yanovskii National Academy of medical sciences of Ukraine Academician of NAMS of Ukraine, professor 03680, Kyiv, 10, M. Amosova str.

Tel.: 380 44 275 0402, fax: 380 44 275 2118, admin@ifp.kiev.ua

Необхідність розробки концепції реформування протитуберкульозної служби в Україні зумовлена тим, що, незважаючи на завершення Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках і продовження реалізації Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, наявності низки наказів МОЗ України про регламентацію контролю за туберкульозом, ситуація щодо цієї недуги залишається складною.

Однак, держава не виділяє достатньо ресурсів для виконання завдань, які покладені у національних програмах, прийнятих владою. За всіма програмами з дер-

жавного бюджету фінансувалися лише закупівля антимікобактеріальних препаратів (АМБП) і живильних середовищ для вирощування мікобактерій туберкульозу, однак жодна закупівля не була проведена вчасно, що привело до значних переривів у лікуванні хворих. Решта протитуберкульозних заходів, які проводяться протитуберкульозною службою за програмами, повинна була фінансуватися з місцевих бюджетів, але фінансувалися вони частково і не в повному обсязі. Тому ні одна із національних програм щодо боротьби з туберкульозом не виконана у повному обсязі.

Без реформування системи охорони здоров'я неможливо реформувати і оптимізувати роботу протитуберкульозної служби. Відсутні конкретні пропозиції щодо її реформування з метою підвищення ефективності

і рентабельності функціонування протитуберкульозної служби, підвищення якості лікування хворих на туберкульоз, їх виявлення, зменшення розповсюдженості туберкульозної інфекції.

Метою роботи було оцінити стан та виявити недоліки функціонування протитуберкульозної служби в Україні за період 2005–2014 рр. Основними критеріями діяльності протитуберкульозних диспансерів (ПТД) є динаміка його інфраструктури, його потужність поряд з показниками ефективності виявлення, лікування, профілактичної роботи і показниками епідеміологічної ситуації на обстежуваних територіях.

Потужність ПТД

Встановлені зміни в інфраструктурі протитуберкульозної служби, а саме — достовірне зменшення кількості протитуберкульозних диспансерів, числа диспансерів, які мають стаціонари, лікарень (ТЛ) для дорослих та для дітей, санаторіїв, числа закладів, які мають фтизіатричні кабінети від 13 до 48 % та кількості лабораторій I, II, III рівнів на 87,2–41,2–11,2 % відповідно. Забезпеченість лікарняними ліжками у ПТД, ТЛ та санаторіях достовірно зменшилась у межах від 12,5 % до 71,2 %; особливо зменшилась кількість ліжок у санаторіях для дорослих на 52,2 %, для дітей — на 38,9 %, а взагалі — на 46,6 %. Найкраща забезпеченість ліжками для хворих на туберкульоз у 2014 р. була від 5,07 до 6,63 на 10 тис. населення у 8 регіонах (що складало 34,8 % від усіх регіонів). В інших вона була від 0,58 до 4,99 на 10 тис. населення при середньому показнику в Україні — 2,24. Найпоказовішими є показники у двох областях, у яких проводяться воєнні дії та де зменшена загальна кількість ліжок для хворих на туберкульоз, тому у Донецькій області припадає 5,37 хворих на 1 ліжко, у Луганській області — 5,23. У 2014 р. ліжко у ПТД і ТЛ в Україні функціонувало лише 281,76 днів у році (загальноприйнято, що стаціонарне ліжко повинно функціонувати 340 днів протягом року), тобто недовиконувало своєї функції на 17,13 %. Середнє перебування хворого на ліжку 90,55 днів свідчить, що у більшості випадків хворих тримають довше у стаціонарі, аніж належало б. Це підтверджує й середньоукраїнський обіг ліжка — 3,33. Розрахунки кількості хворих на одне ліжко в рік показали, що у 2014 р. їх кількість складала 1,8 хворих на одне ліжко, у 2012 р. — 1,6 хворих, у 2005 р. — 2,5 хворих. При цьому зменшилась кількість виявлених хворих з новими випадками туберкульозу із бактеріовиділенням на 15,2 % у порівнянні із 2013 р. Зрозуміло, що при такій кількості ліжок більшість хворих госпіталізують без належних показань. Ці дані свідчать про необхідність їх реструктуризації, оскільки більшість хворих лікуватиметься амбулаторно внаслідок реформування протитуберкульозної служби. Встановлено, що в Україні є надлишок ліжок для хворих на туберкульоз і в стаціонарі лікуються непрофільні хворі. Розрахунки показали, що, проводячи реструктуризацію ліжкового фонду у протитуберкульозних диспансерах і туберкульозних лікарнях, слід зменшити ліжковий фонд на 20,8 % (з 17284 ліжок у 2014 р.). Стаціонарна ланка протитуберкульозної служби за значимістю та обсягами виконуваних заходів істотно переважає над амбулаторним, що суперечить сучасним підходам до організації лікувального процесу.

Аналіз даних лікарняної та санаторної допомоги хворим на туберкульоз показав, що у лікарнях лікується більша частка хворих (79,7–107,1 у 2014 р.), тобто переважає стаціонарне лікування. У санаторіях за період 2010–2014 р. лікувалось лише 10,8–7,0 % вперше виявлених хворих на ТБ з достовірним зменшенням їх кількості з роками (та 7,3–7,7 % хворих на всі форми активного туберкульозу). Це свідчить про те, що в санаторіях не проводять антимікобактеріальну терапію (АМБТ), не беруть хворих на активний ТБ, відсутні заклади для паліативної та хоспісної допомоги хворим на ТБ, не раціонально використовують ліжковий фонд. Відмічається низький відсоток амбулаторного лікування хворих — у денних стаціонарах лікувалось лише 4,6–6,4 % у 2014 р., як вперше виявлених хворих, так і на всі форми активного ТБ відповідно.

При оцінці стану і динаміки забезпечення протитуберкульозної служби кадрами встановлено:

— достовірно зменшилась кількість лікарів-фтизіатрів у закладах охорони здоров'я на 27,3 %, число фізичних осіб лікарів — на 9,4 %;

– у протитуберкульозних диспансерах зменшилась кількість штатних посад на 13,9 %, фізичних осіб на зайнятих посадах — на 26,3 %, відсоток укомплектованості — на 21,3;

— кількість штатних посад у лікувально-профілактичних закладах МОЗ зменшилась на 22,6 % при зменшенні кількості фізичних осіб лікарів на зайнятих посадах на 13,5 % та відсотка укомплектованості медичних посад фізичними особами лікарів на зайнятих посадах;

– зменшилась на 16,4 % кількість фізичних осіб лікарів, що мають кваліфікаційну категорію, та кількість лікарів з підвищенням кваліфікації на 14,9 %, що складало 24,4 % від загального числа фізичних осіб лікарів;

зменшилась кількість штатних посад середнього медперсоналу на 23,7 %;

– навантаження на одного лікаря-фтизіатра за рік в роботі з хворими на туберкульоз достовірно зменшилось, а співвідношення контингенту хворих до кількості фтизіатрів зменшилась майже у 2 рази з 31,6 до 15,7 при нормі 30 осіб, що пов'язано з низкою прихильністю хворих до лікування, значною кількістю хворих з перерваним лікуванням, з нестачею протитуберкульозних препаратів за останні роки та ін. Розрахунки необхідної кількості лікарів-фтизіатрів для протитуберкульозних закладів України показали, що скорочення лікарів не потребується.

Виявлення хворих на ТБ

Показник виявлення хворих на ТБ за мазком і/або культурою з роками достовірно зріс до 61,3 % (індикатор ВООЗ — 70,0 %). Виявлення рецидивів легеневого ТБ з КСБ + за мазком складало 43,0–67,4 %, що нижче індикатора ВООЗ (70,0 %), а відсоток виявлення позалегенового ТБ серед всіх випадків ТБ I, II, III категорій був нижче за індикатора ВООЗ (10,0 — 15,0 %) і складав 9,8–8,9. Відмічалось збільшення кількості нових випадків хворих з ВІЛ з ТБ легень та кількості рецидивів на 19,0 — 18,5 % відповідно. Низький рівень виявлення хворих на легневий туберкульоз серед вперше виявлених хворих та низький рівень виявлення усіх бацилярних форм тубер-

кульозу легень свідчить про неефективність заходів по виявленню туберкульозу і необхідності їх корекції.

Профілактична робота ПТД

Критеріями оцінки профілактичної роботи фтизіатричної служби можливо вважати відсоток профілактичних флюорографічних оглядів дорослого населення та дітей, профілактичне щеплення дітям до 1 року, БЦЖ (дітям віком 7 років і старше), хіміопротекція у вогнищах з хворими на ТБ.

Встановлено, що відсоток профілактичних флюорографічних оглядів населення віком 15 років і старше зменшився на 6,1 %, дітей — на 61,2 %. Відсоток профілактичних флюорографічних оглядів населення віком 15 років і старше у 2014 р. складав тільки 46,6 %, а дітей — 36,6 %. Крім того, профілактичне щеплення дітям до 1 року у 2014 складало тільки 64,9 % та зменшилось з 2007 до 2014 років на 30,6 % ($P < 0,05$), ревакцинація БЦЖ дітям віком 7 років і старше у 2014 р. проводилась тільки 22,9 % дітей і зменшилась майже у 2 рази з 2007 р. — на 47,0 % ($P < 0,05$). Низький рівень охоплення щепленням проти ТБ дітей першого року життя в Україні загалом (64,9 % у 2014 р.) свідчить насамперед про проблеми з централізованим постачанням вакцини БЦЖ, а значить і про хиби функціонування протитуберкульозної служби. Ці дані свідчать або про нераціональне формування груп ризику для профілактичних оглядів, або їх недостатню ефективність, а загалом аргументує потребу у вдосконаленні цього заходу. Хіміопротекція у дорослих і дітей проводилась у 2014 р. в обсязі 92,8 — 95,3 % відповідно, але з кожним роком зменшується число осіб, які мешкають у вогнищах з хворими на активний ТБ, які виділяють МБТ, для проходження курсу хіміопротекції з 95,1 % до 92,8 % (на 2,5 %), що свідчить про відсутність уваги до профілактики захворювання на ТБ серед населення в роботі фтизіатричної служби.

Відсоток виявлення хворих на ТБ серед всього населення при профоглядах (до загальної кількості вперше виявлених хворих) зменшився на 17,4 % у 2014 р. в порівнянні з 2007 р. ($P < 0,05$), а серед населення 15–100 років — на 15,2 % у порівнянні з 2010 р. ($P < 0,05$). Відсоток виявлення хворих серед дітей (реакція Манту) також зменшився на 18,9 % в порівнянні з 2007 р. ($P < 0,05$). Ефективність профілактичних оглядів для виявлення хворих на вперше діагностований туберкульоз у 2014 р. у середньому по Україні складала 50,5 %. За рахунок низького виявлення хворих на туберкульоз за період 2005 — 2014 рр., не зважаючи на зменшення смертності від ТБ на 65,8 %, відмічалось зростання кількості хворих, які померли від ТБ до 1 року спостереження, на 85,6 %. Ці дані свідчать про те, що після виконання Загальнодержавної програми боротьби з ТБ 2007 — 2011 рр. ситуація з виявленням хворих на ТБ не поліпшилась, виявлення хворих на ТБ залишалось на рівні 60,0–67,0 %, а виявлення хворих в лабораторіях загальнолікувальної мережі складало лише 1,1 %–1,6 %.

Ефективність лікування хворих на ТБ серед вперше виявлених хворих на легеневий туберкульоз з МБТ+ має тенденцію до зростання, але не досягає рівня індикатора ВООЗ 85,0 % і складала у середньому 62,3–63,4 %. При цьому відмічалось зростання випадків з повторним ліку-

ванням на 46,8 % та високим відсотком рецидивів (47,5–38,4 %). Показники — “Померло хворих”, “Невдале лікування” та “Перерване лікування” склали відповідно 14,4–11,0–6,4 %, що перевищувало у 2,0–2,5 рази індикатор ВООЗ 5,0 %.

Крім того, захворюваність медичних працівників протитуберкульозних закладів України на всі форми активного туберкульозу за період 2007–2014 рр. зросла на 43,0 % і становить 24,6 на 10 тис. населення, що свідчить про недостатній інфекційний контроль в протитуберкульозних закладах для профілактики захворювання на ТБ медичних працівників.

Одним із показників роботи служби є рівень захворюваності на туберкульоз контактних осіб з хворими у вогнищах туберкульозу, яка збільшилась на 13,5 % ($P < 0,05$) за період 2007 — 2014 рр. та особливо за 2010–2014 рр. — 24,0 % ($P < 0,05$). Викликає занепокоєння збільшення захворюваності на туберкульоз контактних осіб з хворими у вогнищах туберкульозу особливо за останні два роки з 5,0 до 6,7 на 1000 контактних осіб, тобто на 34,0 %, що свідчить про хиби профілактичних заходів у вогнищах туберкульозної інфекції.

Важливим напрямком роботи протитуберкульозної служби є диспансеризація. У 2014 р. хворих на активний ТБ на обліку було 38698 осіб (кількість населення — 42903483, поширеність активного ТБ — 90,2 на 100 тис. населення). Кількість осіб, які перебувають на обліку за 5 категорією серед усього населення України (диспансерний контингент ризику до захворювання на туберкульоз) мало тенденцію до зменшення й у 2014 р. складало 343917 осіб (801,6 на 100 тис. населення). У в 2014 р. на диспансерному обліку було 382615 осіб (38698 + 343917), з них 10,1 % складають хворі на активний ТБ, решту — здорові (89,9 %), що свідчить про те, що диспансеризація є формальною, неефективною.

Поширеність всіх форм активного ТБ на 100 тис. населення зменшилась на 65,1 % ($P < 0,05$) з 200,6 на 100 тис. населення у 2007 р. до 90,2 на 100 тис. населення, що пов'язано з відсутністю даних з окупованих територій. Кількість хворих на вперше зареєстрований ТБ зменшилась на 25,5 % з 79,8 у 2007 р. до 59,5 на 100 тис. населення у 2014 р., що пов'язано з низьким рівнем виявленням хворих серед населення. Зросла кількість взятих на облік хворих з рецидивами туберкульозу — на 18,1 % за період з 2010 р., дані за 2007 та 2014 р. не відрізняються статистично, тобто кількість осіб з рецидивами ТБ зросла у 2014 р. до рівня 2007 р.

Динаміка захворюваності на туберкульоз характеризувалась постійним зменшенням та стабілізацією за період 2005 — 2014 рр., але її рівень залишається високим — 59,5 на 100 тис. населення. Захворюваність на ТБ дітей зменшилась і залишається на рівні 7,4–23,0 на 100 тис. дитячого населення відповідно серед дітей віком 0–14 та 15–17 років. Зросла захворюваність на ТБ у поєднанні зі СНІДом — на 215,0 % та кількість хворих на мультирезистентний ТБ — на 19,4 %. Динаміка захворюваності на деструктивний ТБ, на ТБ легень з бактеріовиділенням та захворюваність серед міських та сільських жителів характеризувалась поступовим зменшенням її рівня і становить у 2014 р. 21,3–31,0–55,3–68,9–24,6 на 100 тис. насе-

лення відповідно. За 2012–2013 рр. ще утримується високий рівень захворюваності на деструктивний туберкульоз 25,2–25,4 на 100 тис. населення, що свідчить про пізнє виявлення хворих. Захворюваність на туберкульоз у сільській місцевості більша, аніж у місті, що свідчить про недоступність медичної допомоги загалом і протитуберкульозної допомоги зокрема у сільській місцевості.

Ситуація погіршується з тим, що, як наслідок низької ефективності лікування та інших помилок в реалізації туберкульозної програми, з кожним роком збільшується кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз. В попередні роки виявляли частину цих хворих через відсутність швидких методів діагностики мультирезистентного туберкульозу. З впровадженням Джин-Експерт та культуральних досліджень на рідкому середовищі тільки за останній рік кількість таких хворих збільшилась майже на 25,0 %.

За період 2005–2014 рр. на тлі зменшення смертності від ТБ на 65,8 % відмічалось зростання кількості хворих на ТБ, померлих від хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту (СНІД), на 53,3 %. Неоднозначні зміни поширеності ТБ, смертності від нього, зростання кількості хворих на ТБ, померлих від хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту (СНІД) та кількості хворих, які померли від ТБ до 1 року спостереження, свідчить про хиби функціонування протитуберкульозної служби в аспекті виявлення, лікування та профілактики ТБ.

Таким чином, на основі оцінки динаміки показників функціонування протитуберкульозної служби за період

2005–2014 рр. встановлені основні її недоліки за основними напрямками роботи: нераціональне використання ліжкового фонду; переважання стаціонарного лікування над амбулаторним; низький рівень виявлення хворих на туберкульоз за мазком та лікування хворих, що не відповідає індикаторам ВООЗ; хиби профілактичних заходів, низький рівень охоплення щепленням дітей до 1 року з поступовим зменшенням обсягу оглядів з роками; незадовільний рівень хіміопротілактики; недостатність інфекційного контролю в закладах; збільшення захворюваності контактних осіб; неефективність диспансеризації. Розрахунки показали необхідність зменшення ліжкового фонду. Залишається високою захворюваність на ТБ та смертність, зросла захворюваність на ТБ у поєднанні зі СНІДом та кількість хворих на мультирезистентний ТБ, ефективність лікування хворих на туберкульоз не відповідає індикаторам ВООЗ. Показана необхідність реорганізації та реструктуризації протитуберкульозної служби України. У зв'язку з незадовільним станом функціонування протитуберкульозної служби обґрунтовані пропозиції щодо її реформування.

Основна концепція реформування протитуберкульозної служби — науково обґрунтована оптимізація ліжкового фонду ПТД і санаторіїв, хірургічних відділень, створення хоспісів (на їх базі), оптимізація диспансерної тактики і фінансування, використання амбулаторного лікування, денних стаціонарів, залучення лікарів загальної практики, волонтерів до амбулаторного контролюваного лікування хворих на ТБ.