

**Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, І. В. Бушура,
А. М. Приходько**

ПРОБЛЕМА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ НА ТЛІ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Не зважаючи на те, що в Україні для контролю за туберкульозом (ТБ) з 1999 р. запроваджені програмно-цільовий підхід реалізації протитуберкульозних заходів, впроваджені всі розробки ВООЗ, які адаптовані до українських реалій, і на цих засадах розроблені клінічні протоколи і стандарти, епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні суттєво не зрушилася.

Так, за 2014–2015 роки захворюваність на всі форми активного туберкульозу разом із рецидивами серед усього населення України зменшилася тільки на 1,12 %, або з 71,3 до 70,5 на 100 тис. населення. Захворюваність на ТБ та смертність від нього з роками зменшувалась та стабілізувалась, але залишається високою (59,5 та 12,2 на 100 тис. населення відповідно). Захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед дітей 0–17 років за 2014–2015 роки зросла на 8,00 % (з 10,0 до 10,8 на 100 тис. населення), причому серед дітей 0–14 років на

16,22 % (з 7,4 до 8,6 на 100 тис. населення), а дітей 15–17 років — на 1,74 % (з 23,0 до 23,4 на 100 тис. населення). Це є вкрай несприятливою прогностичною ознакою. У 16 адміністративних територіях за 2014–2015 роки зросла захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ при майже стабільному значенні середньоукраїнського показника (10,4–10,3 на 100 тис. населення).

Ефективне лікування хворих на туберкульоз — це найважливіший елемент первинної профілактики захворювання, який забезпечує переривання ланцюга передачі туберкульозної інфекції.

Згідно з когортним аналізом за 2012–2013 роки вкрай низькі результати лікування нових випадків туберкульозу легень з позитивним мазком і/або культурою з тенденцією до поліпшення лікування: виліковано відповідно — ефективність лікування складала 63,1–63,4 %, що нижче індикатора ВООЗ — 85,0 %; високим є відсоток хворих з невдалим (7,2–11,0 %) та повторним (44,0–47,2 %) лікуванням, померло 15,5–14,4 % хворих, перерване лікування у 7,9–6,4 % (індикатор ВООЗ —

5,0 %), які поповнюють вогнище інфекції серед популяції населення.

Як наслідок низької ефективності лікування та інших помилок в реалізації туберкульозної програми з кожним роком збільшується кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз. Встановлено, що ефективність лікування вперше діагностованих випадків, які були зареєстровані до 4 категорії з підтвердженим діагнозом МР ТБ у 2011–2012 році при їх загальній кількості відповідно 1232–1600 осіб, складала 48,9–49,5 %, померло 20,6–19,9 %, невдале лікування було у 9,3–9,9 %, а перерване — у 11,5–13,6 % хворих.

Слід відмітити, що при лікуванні хворих переважає стаціонарне лікування над амбулаторним. Ліжковий фонд використовується нерационально — у 2014 р. стаціонарне ліжко функціонувало лише 281,76 днів у році, тобто недовиконувало своєї функції на 17,13 %, середнє перебування на ліжку 90,55 днів свідчить, що хворих у більшості випадків тримають довше у стаціонарі, аніж належало б. Це підтверджує й середньоукраїнський обіг ліжка — 3,33. Тривале стаціонарне лікування в умовах незадовільного інфекційного контролю сприяє внутрішньо лікарняному інфікуванню, недотримання контролюваного лікування, незадовільна організація амбулаторного лікування призводить до його переривання або невдачі лікування через пропуски доз. На сьогодні необхідний нормативний акт, який би визначав організаційні механізми різних моделей амбулаторного лікування для забезпечення безперервності і повноцінності лікування у різних категорій хворих на туберкульоз. Санаторії не виконують свої функції, система паліативного лікування і хоспісної допомоги у фтизіатричній галузі взагалі відсутня. Такі показники диктують нагальну потребу у реструктуризації ліжкового фонду.

ВООЗ вважає, що реалізація підходів, орієнтованих на пацієнта, підтримка прихильності і участь громад і недержавних суб'єктів у наданні протитуберкульозної допомоги є дуже недостатніми і потребують зміцнення для досягнення бажаних результатів лікування пацієнтів [Технічна допомога для оцінки пілотних проектів лікування ТБ в амбулаторних умовах: консультаційний звіт / А. Мечиняну. — ВООЗ, 2015. — 53 с.]. Нинішні моделі надання послуг щодо лікування ТБ, які ще дуже залежать від госпіталізації, є неефективними і недіючими, враховуючи потреби, що виникають, і вимоги щодо безперервності догляду. У той самий час, розширення амбулаторної моделі лікування, особливо для випадків ХР-ТБ, вимагає важливих зусиль з боку міністерств охорони здоров'я і національної програми боротьби з ТБ з точки зору зміцнення потенціалу первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) щодо подальшого лікарського спостереження за пацієнтами (включаючи ведення побічних реакцій під час лікування ТБ), зміцнення системи перенаправлення між ПМСД і спеціалізованими протитуберкульозними службами, забезпечення ретельного моніторингу та підтримуючого нагляду за втручаннями і залучення організацій громадянського суспільства до надання послуг.

Низький відсоток виявлення у 2013–2014 р. (41,9–43,6 % відповідно) мазок позитивних хворих (індикатор ВООЗ–70,0 %), неефективність профілактичних заходів (ступове зменшення обсягу профілактичних флюорографічних обстежень з роками з 56,3 до 46,6 % за низької виявляємості хворих на ТБ (55,0–50,5 %), зменшення рівня охоплення щепленням дітей до 1 року з 87,1 % у 2013 р. до 64,9 % у 2014 р., а БЦЖ – з 49,4 % до 22,9 % відповідно, формальність диспансеризації свідчить про необхідність змін в роботі протитуберкульозної служби в усіх напрямках її діяльності.