

## В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, І. В. Бушура, А. М. Приходько ДИНАМІКА ІНФРАСТРУКТУРИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД ВИКОНАННЯ «ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНОЇ ЦІЛЬОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ НА 2012–2016 РОКИ»

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

### ДИНАМИКА ИНФРАСТРУКТУРЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ ЗА ПЕРИОД ВЫПОЛНЕНИЯ «ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННОЙ ЦЕЛЕВОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА 2012–2016 ГОДЫ»

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

Резюме

*Цель исследования* — оценить динамику инфраструктуры противотуберкулезной службы в Украине на основе анализа данных отчетов противотуберкулезных диспансеров в Украине и поставленных «Общегосударственной целевой социальной программы противодействия заболеванию туберкулезом на 2012–2016 годы» задач.

*Результаты.* В инфраструктуре противотуберкулезной службы в результате выполнения программы значительно уменьшилось количество больниц, санаториев, лабораторий 2 и 3 уровня, больничных коек для больных туберкулезом. Уменьшилось обеспечение больничными койками на 28,5 %, а также снизились показатели функционирования койки в противотуберкулезных диспансерах. Отмечалось высокое количество медицинских работников, заболевших туберкулезом (в 10,5 раза больше, чем предусматривалось программой), уменьшение до 43,3 % профилактического охвата детей туберкулинодиагностикой, охвата населения профилактическими флюорографическими осмотрами до 45,9 %, профилактическими прививками БЦЖ детей до 1 года до 72,2 %, а ревакцинации детей 7 лет и старше — до 31,7 %, количества лиц, которые прошли полный курс химиопрофилактики изониазидом — до 84,9 %. Цель программы по указанным мероприятиям не выполнена.

*Вывод.* Динамика структуры противотуберкулезной службы в результате выполнения программы характеризовалась уменьшением количества больниц, санаториев, лабораторий 2 и 3 уровня, количества больничных коек для больных туберкулезом, показано уменьшение обеспеченности больничными койками больных, а также показателей функционирования койки в противотуберкулезных диспансерах. Следствием этого явилось снижение качества противотуберкулезных мероприятий.

**Ключевые слова:** туберкулез, инфраструктура, противотуберкулезная служба, национальная программа.

Укр. пульмонол. журнал. 2019, № 2, С. 33–36.

Мельник Василь Михайлович

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

Заступник директора з науково-організаційної та  
науково-методичної роботи

Доктор мед. наук, професор

10, вул. М. Амосова, 03038, м. Київ, Україна

Тел.: 38044 275-41-22, факс: 38044 275-21-18, melnyk@ifp.kiev.ua

### THE CHANGE OF INFRASTRUCTURE OF ANTI-TUBERCULOSIS SERVICE DURING THE PERIOD OF IMPLEMENTATION OF “STATE TARGET SOCIAL PROGRAM FOR TUBERCULOSIS CONTROL IN 2012–2016”

V. M. Melnyk, V. G. Matusevych, I. A. Novozhylova, I. V.  
Bushura, A. N. Prikhodko

Abstract

*Aim.* To evaluate the change of the infrastructure of the anti-tuberculosis (anti-TB) service in Ukraine based on the analysis of the reports of TB dispensaries in Ukraine according to the goals of «The State Target Social Program for Tuberculosis Control for 2012–2016».

*Results.* As a result of the implementation of the program, the number of hospitals, sanatoriums, levels 2 and 3 laboratories, the number of hospital beds decreased significantly. The provision of hospital beds decreased by 28,5 %, as well as the indicators of the bed use in the tuberculosis dispensaries. An incidence of tuberculosis in medical workers was high (10,5 times higher than assumed by the program). Tuberculin test coverage of children reduced by 43,3 %. The coverage of the population with preventive fluorography examinations reduces by 45,9 % as well as the coverage with BCG prophylaxis in children under 1 year — by 72,2 %, and the revaccination of children 7 years and older — by 31,7 %. The number of people who completed a full course of chemoprophylaxis with isoniazid decreased by 84,9 %. The goal of the program in respect of above named indicators was not reached.

*Conclusion.* The changes in the structure of anti-TB service, driven by the implementation of the program, was characterized by a reduction in the number of hospitals, sanatoriums, laboratories and hospital beds in TB dispensaries. A consequence of this was a decrease in the quality of anti-TB control.

**Key words:** tuberculosis, infrastructure, anti-tuberculosis service, state program.

Ukr. Pulmonol. J. 2019; 2: 33–36.

Vasil M. Melnyk

SI “National institute of phthiology and pulmonology named  
after F. G. Yanovsky

National Academy of medical sciences of Ukraine”

Vice-director on scientific organization and scientific methodology

MD, professor

10, M. Amosova str., Kyiv, 03038, Ukraine

Tel.: 38044 275-41-22, fax: 38044 275-21-18, melnyk@ifp.kiev.ua

Виконання «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» (далі — Програми) закінчилось у 2016 році і вона мала певні щорічні завдання. Діюча в Україні протитуберкульозна служба (ПТС) складається з мережі протитуберкульозних диспансерів (ПТД) та спеціалізованих установ, розташованих на всій території країни,

які безпосередньо займаються протитуберкульозними заходами згідно з чинними нормативно-правовими документами. Окрім того, профілактика, виявлення і діагностика туберкульозу покладені на заклади загальної медичної мережі.

Метою досліджень була оцінка стану інфраструктури ПТС в результаті виконання «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» на основі аналізу даних звітів протитуберкульозних диспансерів і поставлених програмою цілей.

© Мельник В. М., Матусевич В. Г., Новожилова І. О., Бушура І. В.,  
Приходько А. М., 2019

www.search.crossref.org

DOI: 10.31215/2306-4927-2019-104-2-33-36

**Динамка інфраструктури ПТС за період  
2012–2016 рр., абс.**

Показники	Роки					% змін за 5 років
	2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7
Протитуберкульозні диспансери:	105	103	81	82	80	-23,8
– з них мають стаціонари	82	80	67	66	65	-20,7
– лікарні для дорослих	39	36	33	33	28	-28,2
– лікарні для дітей	3	3	2	2	2	-33,3
– заклади, які мають фізіотричні кабінети	588	570	519	540	536	-8,8
– санаторії для дорослих	36	36	23	23	23	-36,1
– санаторії для дітей	53	53	38	38	38	-28,3
Лабораторії 1 рівня	89	808	679	705	690	+675,3
Лабораторії 2 рівня	818	81	64	68	60	-92,7
Лабораторії 3 рівня	86	32	24	26	26	-69,8
Кількість лабораторій другого та третього рівня, які здійснюють швидку діагностику туберкульозу	904	113	88	94	86	-90,5

*Завдання програми:* удосконалення системи охорони здоров'я в галузі протидії захворюванню на ТБ. Реформування системи надання протитуберкульозної допомоги заплановано було розпочати у 2012 році, з цього й почалась зміна інфраструктури ПТС.

Динамка інфраструктури ПТС (кількість протитуберкульозних закладів та кабінетів для дорослих й дітей, лабораторій) представлено в таблиці.

За даними таблиці за 2012–2016 роки встановлено зменшення кількості інфраструктурних установ.

Як бачимо, відбулося тільки скорочення інфраструктури протитуберкульозних закладів, а реформування системи надання протитуберкульозної допомоги не проведено.

*Завдання програми:* забезпечення впровадження системи контролю якості у лабораторіях I–III рівня незалежно від підпорядкування.

*Очікуваний результат:* 85,0 % лабораторій I–II рівня, 100,0 % III рівня, які включені до системи контролю якості (СКЯ). Для забезпечення впровадження СКЯ у лабораторіях першого–третього рівня незалежно від підпорядкування з метою ефективної діагностики випадків туберкульозу визначено кількість лабораторій, які включені до СКЯ.

За даними МОЗ України, відсоток лабораторій I рівня, які успішно пройшли СКЯ за 2012–2014 рр., складав у 2012 р. 68,3 %, у 2013 р. — 85,3 %, у 2014 р. — 95,2 %, даних за 2016 р. немає. Всі лабораторії 2, 3 рівня цивільного сектору 100,0 % включені до СКЯ. Значно збільшилась кількість лабораторій 1 рівня — на 675,0 %, з 89 у 2012 р. до 690 у 2016 р., однак у 10 разів зменшилась кількість лабораторій другого та третього рівня, які здійснюють швидку діагностику туберкульозу, особливо до 86 у 2016 р. (мета програми — збільшити їх кількість до 162).

Таким чином, за період виконання Програми не досягнуто належної інфраструктури мікробіологічних лабораторій і системи контролю якості у них, тому й надалі в Україні слід очікувати помилок діагностики туберкульозу.

Зменшення кількості лікарняних ліжок для хворих на

туберкульоз в Україні є одним із основних завдань програми з метою акцентування лікування амбулаторним шляхом. За період виконання програми значно зменшилась кількість лікарняних ліжок для хворих на туберкульоз:

- у закладах охорони здоров'я МОЗ — на 36,0 % (з 22722 ліжок до 14548) при щорічному зниженні з 2012 р. на 4,5–9,1 %;
- забезпеченість лікарняними ліжками хворих на ТБ — на 31,4 % (з 5,0 до 3,43 на 10 тис. населення); а також в туберкульозних лікарнях для дорослих — на 42,4 % (з 5415 до 3120 ліжок) та для дітей на 34,5 % (з 290 до 190);
- у ПТД — на 28,5 % (з 15644 до 11189);
- у санаторіях МОЗ: для дорослих — на 72,7 % ліжок (з 4677 до 2647), для дітей — на 30,4 % (з 7451 до 5186 ліжок, а всього в санаторіях зменшилось на 35,5 % (з 12128 до 7833 ліжок).

Укомплектованість лікарями-фізіотрамами в закладах охорони здоров'я у 2016 р. складала 72,7 % (мета Програми — 95,0 % не досягнута), а в протитуберкульозних закладах вона складала 69,3 % у 2016 р (69,8 % у 2012 р.). Число фізичних осіб лікарів зменшилось на 19,4 % (з 2714 до 2188). Укомплектованість середнього медперсоналу зменшилась з 95,1 % до 92,6 %, або на 2,6 %, усього кількість штатних посад середнього медперсоналу зменшилась на 28,2 % (з 6856,0 до 5475,0). В умовах майбутнього реформування системи охорони здоров'я зі скороченням ліжок у регіонах може виникнути потреба у скороченні штатних одиниць, проте, враховуючи неуплектованість штатних посад, кількість персоналу, який необхідно буде перепрофілювати, буде зменшуватися.

Одночасно за період виконання Програми відмічалося погіршення показників функціонування ліжка у протитуберкульозних диспансерах:

- зайнятість ліжка всього — на 17,3 % (з 322,92 до 267,2), в тому числі для дітей на 17,6 %, для дорослих на 11,5 %;
- середнє перебування на ліжку — на 5,5 % (з 95,15 до 91,9 днів);
- обіг ліжка — на 14,8 % (з 3,40 до 2,9).

*Завдання програми:* утворення відділень для паліативного лікування хворих на ТБ з 2014 року. Мета — в усіх регіонах.

Відділення паліативної допомоги були створені в кожній області, але вони не функціонують відповідно до міжнародних рекомендацій щодо клінічних, етичних аспектів або інфекційного контролю. Немає повного розподілу випадків невдачі лікування у відділеннях паліативної допомоги. Як правило, ці пацієнти госпіталізуються у відділення хіміорезистентного туберкульозу в окремих приміщеннях або залишаються вдома. Всі види пацієнтів госпіталізуються в цих відділеннях, у тому числі з лікарсько-чутливим ТБ і хіміорезистентним туберкульозом; ті, хто закінчив лікування, особи, госпіталізовані з соціальних причин (бездомні, колишні ув'язнені), тощо.

*Завдання програми:* створення та забезпечення функціонування реєстру хворих на ТБ на національному та регіональному рівні.

Створений електронний інформаційний продукт e-TB Manager — це інтернет-інструмент, що інтегрує важливі аспекти управління завданнями та заходами Програми на всіх рівнях (ведення випадків, менеджмент препаратів тощо) і дозволяє отримати швидкий доступ до консолідованої інформації для моніторингу, аналізу та постачає стратегічну інформацію для оперативного прийняття управлінських рішень. Реєстр впроваджений у всіх регіонах (в даний час використовується в 25 регіонах). Однак, досі не всі модулі зазначеного Реєстру функціонують у повному обсязі. Нерідко зустрічаються випадки запізненого внесення даних про хворих у Реєстр. Є випадки збоїв у роботі Реєстру.

Проте й на тлі зазначених негараздів вже зараз Реєстр дозволяє проводити моніторинг та оцінку протитуберкульозних заходів, аналіз захворюваності, смертності, результатів лікування та підвищити достовірність статистичної інформації та адміністративних даних у сфері протидії ТБ шляхом автоматизації методів обліку.

Таким чином, в інфраструктурі протитуберкульозної служби в результаті виконання програми значно зменшилась кількість лікарень, санаторіїв, лабораторій 2 та 3 рівня, як і кількості лікарняних ліжок для хворих на туберкульоз. Наслідком цього є зменшення забезпеченості лікарняними ліжками хворих на ТБ всього на 31,4 % в лікарнях та санаторіях, у ПТД — на 28,5 %, а також показників функціонування ліжка у протитуберкульозних диспансерах — зайнятість ліжка, середнє перебування на ліжку, обіг ліжка. Укомплектованість лікарями-фтизіатрами в закладах охорони здоров'я зменшилась і мета — 95,0 % — не досягнута. В умовах майбутнього реформування системи охорони здоров'я із скороченням ліжок може виникнути у регіонах потреба у скороченні штатних одиниць, проте, враховуючи неуккомплектованість штатних посад, кількість персоналу, який необхідно буде перепрофілювати, зменшується. В Україні недостатньо впроваджуються координація між службами, моніторинг та оцінка спільних заходів, заходи з інфекційного контролю, залучення неурядових органі-

зацій (НУО) до супроводу пацієнтів з ТБ/ВІЛ, навчання фахівців.

На тлі таких змін в інфраструктурі ПТС проведена оцінка ефективності функціонування ПТС. Основними критеріями діяльності ПТД є його потужність поряд з показниками ефективності виявлення, лікування, профілактичної роботи і показниками епідеміологічної ситуації на обстежуваних територіях. Результатом функціонування ПТС є зміна стану профілактичних заходів, з яких позитивними моментами є зменшення кількості медичних працівників, які захворіли на ТБ з 83,7 до 25,1 на 10 тис. працівників (але метою програми було досягнути зниження захворюлих з 6 до 2 на 10 тис. працівників), при недостатньому профілактичному охопленні дітей виявлення хворих при туберкуліодіагностики збільшилось до 51,4 %. А з негативних моментів встановлено висока кількість медичних працівників, які захворіли на ТБ (в 10,5 разів більше, ніж прогноз), зменшення охоплення населення профілактичними флюорографічними оглядами до 45,9 %, виявлення хворих на ТБ — до 46,2 %, кількості дітей віком від 0–14 років, які охоплені туберкуліодіагностикою — до 43,3 %, профілактичного щеплення БЦЖ дітям до 1 року — до 72,2 %, а ревакцинації дітям віком 7 років і старше до 31,7 %, кількості осіб, які пройшли повний курс хіміопротифілактики іоніазидом, до 84,9 %. Мета програми щодо вказаних заходів не виконана, мали місце значні перебої у постачанні туберкуліну та вакцини БЦЖ.

Поряд зі зменшенням захворюваності та смертності від туберкульозу з негативних моментів відмічалось зростання захворюваності на ТБ у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) з 12,2 до 13,2 на тис. населення (на 8,1 %), збільшення кількості померлих хворих від ТБ до одного року спостереження на 40,6 % та померлих хворих від ТБ поза стаціонаром на 1,3 %, що свідчить про пізню діагностику ТБ. Ефективність лікування хворих збільшилась і у 2014 р. складала 74,8 %, а у 2015 р. — 76,0 %, тобто досягнута мета програми 70,0 % у 2014 р. та 75,0 % у 2015 р. За індикатором ВООЗ ефективність лікування слід підвищити до рівня 85,0 %. Кількість хворих з перерваним лікуванням з роками поступово зменшувалась (на 3,8 %) і у 2015 р. складала 7,6 %, але метою програми було очікування зменшення кількості хворих з перерваним лікуванням до 6,0 %, хоча оптимальним цей показник мав би бути — 3,0–5,0 %. Спостерігалися перериви у забезпеченні протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами.

Встановлено нераціональне використання ліжкового фонду, в тому числі і фтизіохірургічного, переважання стаціонарного лікування над амбулаторним (у лікарнях проліковано 79,7–107,1 % хворих, у денних стаціонарах 4,6–6,4 %). незадовільне використання ліжкового фонду у санаторіях (кількість хворих для лікування зменшилась на 35,2 %).

### Висновки

Реформування системи надання протитуберкульозної допомоги заплановано було розпочати у 2012 році,

але цього досі не відбулося, а почалась зміна інфраструктури ПТС в сторону її скорочення. Оцінка стану інфраструктури ПТС в результаті виконання Програми показала зменшення кількості лікарень, санаторіїв, лабораторій 2 та 3 рівня, лікарняних ліжок для хворих на туберкульоз, забезпеченості лікарняними ліжками хворих на ТБ, а також показників функціонування ліжка у протитуберкульозних диспансерах, нераціональне використання ліжкового фонду. Укомплектованість лікарями-фтизіатрами в закладах охорони здоров'я зменшилась і мета забезпеченості ними на 95,0 % не досягнута. Негативним є хиби профілактичних заходів — низький

відсоток профілактичних флюорографічних оглядів дорослих і дітей (проба Манту), низький рівень охоплення щепленням дітей до 1 року, БЦЖ з поступовим зменшенням обсягу оглядів з роками; незадовільний рівень хіміопротекції; недостатність інфекційного контролю в закладах (висока захворюваність медичних працівників). Поряд зі зменшенням захворюваності та смертності від туберкульозу ці показники залишаються високими, а ефективність виявлення та лікування хворих не досягли за планової мети та індикаторів ВООЗ. До того ж, відбувалися перебої із забезпеченням антимікобактеріальних препаратів, туберкуліну, вакцини БЦЖ.