

Продовження таблиці

Миколаївська	219,6	219,1	зниження на 0,23%
Одеська	208,0	206,1	зниження на 0,91%
Полтавська	264,5	258,6	зниження на 2,23%
Рівненська	245,4	247,8	зростання на 0,97%
Сумська	243,8	241,9	зниження на 0,77%
Тернопільська	204,6	204,2	зниження на 0,20%
Харківська	243,1	248,3	зростання на 2,14%
Херсонська	200,8	201,8	зростання на 0,50%
Хмельницька	200,5	202,8	зростання на 1,15%
Черкаська	243,3	245,6	зростання на 0,96%
Чернівецька	192,3	192,2	зниження на 0,05%
Чернігівська	240,3	243,5	зростання на 1,33%
м. Київ	297,6	292,3	зниження на 1,78%
м. Севастополь	-	-	-

Примітки: ¹ – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції; ² – інформація не оприлюднюється через низьку надійність даних, на підставі яких здійснюється розрахунок.

Таким чином, за аналізований період у більшості областей України виявлено позитивну тенденцію до зростання планової ємності амбулаторно-поліклінічних

закладів системи МОЗ України на 10 тис. осіб населення, що відбулось у тому числі за рахунок передачі відомчих закладів Укрзалізниці на місцеві бюджети.

Ю.А. Варченко

Внесок неурядових організацій у полодання проблеми туберкульозу в Україні

БО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД», м. Київ, Україна

В умовах неналежного дотримання інфекційного контролю та вартісного стаціонарного лікування туберкульозу ВООЗ рекомендує якнайширше використовувати амбулаторне лікування пацієнтів з ТБ із залученням широкого кола надавачів інтегрованих послуг. Оптимальним для пацієнта з ТБ на амбулаторному етапі лікування є організація щоденної доставки препаратів та їх контрольований прийом по місцю проживання. Насьогодні державні органи влади, за незначним виключенням, не здійснюють фінансування таких послуг. Альтернативним джерелом фінансування стала допомога міжнародних організацій, завдяки чому стала можливість надання послуг в лікуванні ТБ неурядовими організаціями (НУО). Ефективність діяльності НУО базується на кількох рівнях їхнього контролю: донорського, державного, громадськості та самоконтролю. Власне кажучи, відкритість і контрольованість НУО є запорукою ефективного використання коштів.

Мета. Оцінити ефективність лікування туберкульозу на амбулаторному етапі пацієнтів з чутливим туберкульозом, що перебували на супроводі в НУО субреципієнтів Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД» (надалі – БО «Мережа»).

Матеріали та методи. Представлено результати лікування 4615 пацієнтів із туберкульозом зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів (1–3 категорії лікування), що перебували на супроводі в НУО субреципієнтів БО «Мережа» протягом 2016 року по всіх регіонах України. З них група пацієнтів, що були звільнені з ув'язнення складала 476 осіб, пацієнти з поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ складала 2026 осіб та пацієнти з ТБ (без ВІЛ-інфекції та ті, що не були звільнені з ув'язнення) складала 2113 осіб. Послуги НУО включали наступне: доставка протитуберкульозних препаратів клієнтам за місцем їх проживання; надання інформаційної, що стосується DOTS-супроводу та побічних реакцій протитуберкульозних препаратів; надання психологічної та мотиваційної підтримки. Дані по кількості і результатам лікування пацієнтів з чутливим туберкульозом взято з інформаційної бази CASE++ БО «Мережа». Діяльність була реалізована в рамках проекту «Інвестиції заради впливу на епідемії ТБ та ВІЛ-інфекції» за кошти Глобального фонду за напрямком «Соціальний супровід на етапі амбулаторного лікування ТБ» та «Соціальний супровід лікування ВІЛ-позитивних осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ».

Результати та аналіз. Результати лікування для 4615 осіб із вперше встановленим чи рецидивом ТБ із

збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів (1–3 категорія хворих на ТБ) – це близько 14% від оціночної кількості пацієнтів 1-3 категорій за 2016 рік в Україні. Ефективність лікування всіх груп пацієнтів з чутливим туберкульозом, що перебували на супроводі в неурядових організаціях на амбулаторному етапі склала понад 85% для всіх груп. Найвища ефективність спостерігалася для групи пацієнтів, у яких не було ВІЛ-інфекції та не було факту звільнення з ув'язнення, складала 94,7% (2002 особи). У груп пацієнтів з ТБ, що звільнилися з ув'язнення, та пацієнтів з ТБ/ВІЛ ефективність лікування була ідентична і складала відповідно 86,8% (417 осіб) та 85,8% (1739 осіб). Отже, вказана модель супроводу супровід пацієнтів з туберкульозом є ефективною інтервенцією, що сприяє досягненню результату ефективного лікування не нижче 85% за умови припинення бактеріовиділення або його відсутності у пацієнта на попередньому етапі лікування.

Головним індикатором ефективності супроводу пацієнтів з туберкульозом, за яким можна оцінити якість супроводу пацієнта НУО, є показник відсотка пацієнтів, що відірвалися від лікування. У наших груп пацієнтів з ТБ/ВІЛ та групи з ТБ цей показник становив відповідно 2,8% (57 осіб) та 2,2% (46 осіб), тобто не відрізнявся для цих груп. Зовсім інша картина спостерігалася у групі осіб з ТБ, що звільнилися з ув'язнення. У цієї групи відсоток осіб, що відірвалися від лікування, становив 11,6% (55 осіб), що складало загалом 87,3% випадків в структурі неефективного лікування. Відношення шансів (OR) відриву від лікування у цієї групи в кілька разів перевищувало показники групи пацієнтів з ТБ (OR=6,5) та групи пацієнтів з ТБ/ВІЛ (OR=4,3). Причини такого високого числа відривів від лікування у щойно звільнених осіб потребує додаткового аналізу та вочевидь лежать в сфері соціальної дезадаптації та індивідуальних потреб осіб, що звільнилися з ув'язнення. Вочевидь для зниження відриву від лікування ТБ в цих осіб слід розширити спектр послуг.

Звертає на себе увагу те, що невдача лікування у групи з ТБ/ВІЛ (2,2%, 4 особи), та групи з ТБ (1,7%, 35 осіб) не відрізнялися між собою, окрім низького показника для групи щойно звільнених (0,8%, 4 особи). Це вочевидь свідчить про адекватність схем і доз препаратів для лікування чутливого ТБ. Про це також додатково свідчить низький показник смертності серед груп звільнених осіб (2 померлих, 0,4%) та групи осіб групи з ТБ відповідно (30 померлих, 0,1%). Чого не скажеш про групу осіб з ТБ/ВІЛ, де відсоток померлих складав 9,2% (186 осіб), а відношення шансів (OR) смертності у групи ТБ/ВІЛ в кілька разів перевищувало такі порівняно з групою щойно звільнених (OR=25) та групою з ТБ (OR=10). Тобто для ТБ/ВІЛ основною причиною неефективного лікування туберкульозу у 64,8% випадках була смертність.

В ході реалізації проекту НУО, крім основної діяльності по супроводу пацієнтів з ТБ із збереженою чутливістю, було реалізовано ряд задач, що сприяли налагоджуванню інтегрованих послуг та міжсекторальної взаємодії між різними надавачами послуг хворим з ТБ. А саме: налагоджено комунікацію між фтизіатричною службою та центрами СНІДу, відкрито доступу до пацієнтської бази хворих на ТБ фтизіатрами центрів СНІДу, налагоджено обмін інформацією для звірки даних по пацієнтам, створено алгоритми передачі протитуберкульозних препаратів неурядовим організаціям, налагоджену звірку даних з базою e-TB Manager, в базу e-TB Manager внесено рядок про соціальний супровід пацієнта з ТБ з диференціацією надавача послуг. Проведення тренінгів для працівників НУО сприяло поширенню знань з туберкульозу серед населення. Послуги по супроводу пацієнтів з ТБ через НУО були запроваджені у всіх регіонах України, що дало змогу ознайомитися з такою моделлю супроводу пацієнтів з ТБ не лише медичну службу, а й місцеві органи влади. Реалізація проекту дає змогу розрахувати вартість супроводу одного пацієнта на амбулаторному етапі лікування, виявити проблеми та показати шляхи їх усунення, розробити чіткі налагоджені механізми надання інтегрованих послуг пацієнтам з ТБ з метою подальшої їх передачі на місцевий, регіональний та загальнодержавний рівень.

Висновки:

1. Послугами супроводу ТБ зі збереженою чутливістю в 2016 році скористалося 4615 клієнтів організацій-субреципієнтів БО «Мережа».

2. Ефективність лікуванні ТБ зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів серед пацієнтів, що отримували послуги супроводу неурядовими організаціями (щодення доставка препаратів, інформаційна, мотиваційна, психологічна підтримка) за умови досягнення абацильовання/ відсутності бактеріовиділення на початку лікування на попередньому етапі лікування становила не менше 85%.

3. Найвищий показник ефективності лікування ТБ зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів в межах 94,7% було досягнуто у групі пацієнтів з чутливим ТБ, в яких була відсутня ВІЛ-інфекція та вони не були щойно звільненими з ув'язнення.

4. Основною причиною неефективного лікування ТБ у пацієнтів, щойно звільнених з ув'язнення, були відриву від лікування – 87,3% випадків.

5. Основною причиною неефективного лікування ТБ у групи пацієнтів з ТБ/ВІЛ була смертність – 64,5% випадків.

6. Невдача лікування у всіх групах ТБ зі збереженою чутливістю – не була основною причиною неефективного лікування в жодній із груп та не перевищувала 2,2%.