

УДК:616-002.5-084.003.13

Л.В. Турченко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА РЕНТАБЕЛЬНІСТЬ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ

Київський міський центральний протитуберкульозний диспансер

Протитуберкульозні заходи лягають великим тягарем на платника, суспільство та охорону здоров'я. За даними експертів-економістів та фтизіатрів, які розробляли техніко-економічне обґрунтування кредиту Світового банку на боротьбу з туберкульозом в Україні загальні витрати на протитуберкульозні заходи і збитки від туберкульозу в країні становили в 2000 році 1 491 853 871 грн., в тому числі загальні витрати від смертності працездатних хворих становили 947 484 778 грн. (63,51 %); витрати на стаціонарне лікування хворих — 309 432 874 грн. (20,74 %); на профілактичні флюороогляди — 133 354 782 грн. (8,94 %); загальні витрати на амбулаторне лікування та диспансеризацію хворих 4 963 540 (0,34 %). На стаціонарне лікування витрачалося в 62,34 рази більше коштів, аніж на амбулаторне лікування. Фахівцями зроблено висновок щодо потреби інтенсифікації антимікобактеріальної терапії хворих на туберкульоз з переглядом показань до амбулаторного лікування, реструктуризації ліжкового фонду та перегляд обсягів і перерозподілу видатків на боротьбу з туберкульозом.

В м. Києві щороку виділяються та використовуються значні бюджетні кошти на протитуберкульозні заходи. Так 2002 році загальні бюджетні витрати на боротьбу з туберкульозом становили 19 383 300 грн., з яких 10 389 600 (53,6 %) використані протитуберкульозними закладами і 8 993 700 грн. (46,4 %) — лікувально-профілактичними закладами. Слід підкреслити щорічне зростання фінансування протитуберкульозних закладів на боротьбу з туберкульозом наступним чином: в 1999 р. — 5 304 100 грн., в 2000 р. — 7 493 400 грн., в 2001 р. — 9 697 100 грн. і в 2002 році — 10 389 600 грн.

Аналіз використання виділених бюджетних коштів в 2002 році протитуберкульозними закладами показав що на заробітну плату та нарахування до заробітної плати виділялось 46,3 % коштів, на харчування та медикаменти — 34,6 %, на оплату комунальних послуг — 11,5 %, на інші економічні коди кошти майже не виділялися, в тому числі на зміцнення матеріально-технічної бази та медичне обладнання. За останні три роки вартість одного ліжка-дня зросло з 17,69 грн. в 2000 році до 22,05 грн. в 2001 р. і до 29,88 грн. в 2002 році, але не за рахунок покращення забезпечення коштами на медикаменти і харчування. Виділених коштів на медикаменти зменшилось з 4,22 грн. в 2000 р. до 3,91 грн. в 2002 році та відповідно на харчування з 6,13 грн. до 5,90 грн.

Викликає стурбованість те, що вкрай недостатньо виділяються кошти на одне амбулаторне відвідування хворого на туберкульоз, бо фінансування розраховується не на лікування хворого, а, в основному на ліжкодень. Між тим, в амбулаторних умовах на лікування хворого витрачається не менше ліків та витратних матеріалів ніж в лікарні. На одне амбулаторне відвідування фінансування на хворого дещо збільшилося з 17 коп. в 1999 р. до 19 коп. 2000 р. і до 1 грн. 2001 році, але воно було недостатнім і значно меншим порівняно з фінансуванням ліжкодня — відповідно в 104, 116 та 30 разів.

В 2002 році лікувально-профілактичними закладами витрачено 8 993 700 грн. в тому числі на проведення профілактичних флюорографічних оглядів 8 485 700 грн. (94,3 %), туберкулодіагностику — 312 400 грн. (3,6 %), мікроскопію мазка на туберкульоз — 116 400 грн. (1,9 %), імунопрофілактику — 79 200 грн. (0,9 %).

З наведеного видно, що майже всі кошти ЛПЗ використовувалися для здійснення масового обстеження населення флюорографічними оглядами. Аналіз ефективності суцільних

профілактичних флюорооглядів свідчить про високий рівень охоплення дорослого населення профоглядами на туберкульоз. Показники охоплення профоглядами на 1 000 дорослого населення починаючи з 1993 року значно вищі середньореспубліканських. Поряд з тим, збільшення обсягів обстеження флюорооглядами не вплинуло на якісні показники своєчасного виявлення туберкульозу.

Так, питома вага туберкульозу, виявленого при профоглядах, не перевищувала 32–46 %, деструктивні і бацилярні форми діагностувалися лише в 25–35 %, в структурі захворюлих особи, які не проходили флюороогляди більше 2-х років, становили 26–40 % (в 2002 році — 22 %). Спостерігається висока питома вага померлих невідомих диспансеру (до 50 %, в тому числі серед киян — 7 %), померлих до року лікування (до 30 %), розповсюджених та занедбаних форм туберкульозу, в 54–68 % випадків туберкульоз діагностувався за зверненням хворих до лікаря з ознаками захворювання.

В умовах фінансового дефіциту нами постійно проводиться аналіз рентабельності та ефективності протитуберкульозних заходів в тому числі і профілактичних флюорооглядів з метою найбільш раціонального використання наявних бюджетних ресурсів.

В 2002 році профілактичними флюорографічними оглядами було охоплено 1 123 696 чоловік і виявлено 395 випадків туберкульозу, в т.ч. 139 — з деструктивними змінами та бактеріовиділенням (для виявлення 395 хворих було витрачено 8 993 700 грн.). Для виявлення одного хворого туберкульозом необхідно було в середньому обстежити 2 844 осіб з вартістю виявлення одного випадку в 22 012 грн., а діагностика одного випадку бацилярного туберкульозу флюорографічним методом становила 62 570 грн. (11 805 \$). Наведене досить переконливо свідчить про те, що суцільні флюорографічні профілактичні огляди є неефективними та нерентабельними і на сьогоднішній день себе вичерпали. Це не є свідченням того, що дії з боку організаторів охорони здоров'я були невірними. Навпаки, в місті завжди послідовно проводились і проводяться заходи по удосконаленню системи виявлення туберкульозу. З цією метою на початку 90-х років в м. Києві вперше в країні своєчасно відновились профілактичні флюороогляди, які дозволили максимально виявити хворих на туберкульоз. В останні роки в лікувально-профілактичних закладах сформовані групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, прийняті заходи щодо залучення соціально-дезадапованих груп до обов'язкових флюорооглядів населення. Окрім того, проводиться велика робота по виявленню туберкульозу при звертанні хворих з ознаками характерними для туберкульозу.

Проведена в даному напрямку робота показала, що частота виявлення туберкульозу в групах ризику була в 6–370 разів більшою, ніж у осіб без факторів ризику. У осіб без факторів ризику та серед обов'язкових контингентів туберкульоз виявлявся в 0,01 % випадків або 10 на 10 000 обстежень. Наведені дані переконливо свідчать про доцільність переходу на диференційоване виявлення туберкульозу в групах ризику та за зверненням хворих в ЛПЗ.

Перехід на виявлення туберкульозу за звертанням та в групах ризику дозволить економити близько 3 млн. грн., які могли б бути використані на придбання комп'ютерних рентгенапаратів з цифровою обробкою (метод флюорографії в сучасних умовах себе вичерпав), бінокулярних мікроскопів та витратних матеріалів.

В ЛПЗ постійно оновлюється група підвищеного ризику захворюваності на туберкульоз і складає в теперішній час 231 813 чоловік, з яких обстежено 99,0 %. Особлива увага в місті приділена виявленню туберкульозу серед соціально-дезадап-

тованих груп населення (особи, що повернулись з місць позбавлення волі, приймальників-розподільовачів, безпритульні, жебраки, біженці, громадяни, що звернулись за наданням соціально-побутової допомоги, в центр зайнятості та за набуттям статусу громадянства).

В групі ризику по захворюванню на туберкульоз, які сформовані за медичними показаннями в ЛПЗ, захворювання виявлялось в 3–6 разів частіше відносно популяції без факторів ризику.

Починаючи з 1998 року завдяки розпорядженню КМДА від 26.02.1998 р. "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню туберкульозу серед населення міста" значно активізувалася робота щодо виявлення туберкульозу серед соціально-дезадаптованих груп населення. Серед цієї когорти населення туберкульоз виявлено в 2000 р. в 3,7 % від обстежених; в 2001 р. — 4,5 % і в 2002 році в 4,8 %. В 2002 році серед біженців, мігрантів та їх сімей туберкульоз виявлено в 17,6 %, у повернутих з місць позбавлення волі в 4,2 %, в затриманих в приймальниках-розподільовачах в 3,4 %.

При такій катастрофічній захворюваності, яка значно перевищує показник епідемії туберкульозу вкрай важливо ефективно організувати та максимально охопити профілактичною флюорографією. Прикладом ефективної роботи щодо виявлення туберкульозу серед біженців та мігрантів може служити Управління у справах національностей та міграції (начальник Новік В.О.) яке з року в рік обстежує цих осіб.

Особи, які повернулися з місць ув'язнення за минулий рік обстежені на туберкульоз в 90 % випадків і виявлено 66 хворих. Низький показник охоплення і виявлення туберкульозу серед повернутих з місць позбавлення волі був в Дарницькому районі (72 %, жодного виявленого хворого), в Оболонському районі (83 %), в Деснянському районі (87 %, 2 виявлені хворих).

Серед обстежених осіб приймальника-розподільовача захворюваність досягла 3,4 %, але обстежено лише 1 664 (41 %) з 4 068 затриманих. У більшості перебуваючих у цьому закладі туберкульоз не виявлено.

Громадяни, що стоять на обліку в службі зайнятості в 2002 році охоплені профілактичними оглядами на 66 % (з 12 917 обстежених 8 514) і виявлено 9 (0,1 %) випадків туберкульозу. Найнижчі показники обстеження безробітних були в Подільському районі (16 %), Голосіївському (37 %), та Солом'янському районі (67 %).

Слід відмітити високий показник профілактичних оглядів громадян які проживають в робітничих та студентських гуртожитках, а також декретованих контингентів.

До теперішнього часу організаційно не вирішено питання обстеження на туберкульоз осіб, які тимчасово затримуються органами МВС.

Так, серед затриманих РУ МВС в кімнатах утримання з 30 803 осіб обстежено на туберкульоз лише 707 (2,3 %), в ізоляторі тимчасового тримання з 6 195 затриманих обстежено лише 122 (2 %), в приймальнику-розподільовачі з 4 068 осіб обстежено 1 664 (41 %), з яких у 56 виявлена патологія органів дихання (3,4 %). Важко уявити скільки заражається туберкульозом в переповнених затриманими людьми кімнатах, якщо туди попаде бацилярний хворий на туберкульоз.

В якості альтернативи суцільним флюорограмам з метою виявлення туберкульозу в м. Києві протягом останніх років застосовується мікроскопія мазка на МБТ та променева діагностика у хворих з ознаками туберкульозу, які звертаються за медичною допомогою. Це дозволяє швидко і точно діагностувати туберкульоз, ізолювати хворого та своєчасно розпочати лікування.

Порівняно з 1998 роком в 2002 році при незначному збільшенні кількості обстежених хворих методом мікроскопії мазка (з 22 117 до 28 054) збільшилось число виявлених випадків туберкульозу з 93 до 144 (155 %). Якщо в 1998 році питома вага виявлених методом мікроскопії до всіх виявлених бактеріовидільовачів становила 17 %, в 2002 році вона складала 30 %. Витрати на проведення всіх мікроскопічних обстежень складав в 1998 році — 92,03 тис. грн., в 1999 р. —

115,8 тис. грн., в 2000 р. — 119,8 тис. грн., в 2001 р. — 134,06 тис. грн. і в 2002 році — 116,42 тис. грн. Кількість обстежень, проведених для виявлення одного хворого методом мікроскопії з кожним роком зменшувалася і становила: в 1999 р. — 256; в 2000 р. — 222; в 2001 р. — 203; в 2002 р. — 195 з одночасним зменшенням вартості виявлення одного хворого відповідно з 1062; 923; 843; 808 гривень. Наведені дані свідчать про високу рентабельність та ефективність виявлення бацилярного туберкульозу за зверненням що в десятки разів перевершує вартість виявлення одного хворого бактеріовидільовача методом профілактичної флюорографії.

Епідемічна ситуація в країні остається напруженою. Спостерігається подальше зростання захворюваності на туберкульоз.

Як уже раніше зазначалося в м. Києві за останні роки основні епідемічні показники стабілізувалися. Захворюваність і смертність в місті набагато кращі ніж середньореспубліканські, але вони нас фахівців занепокоюють. Коли епідемічна крива не змінюється, то це частіше всього свідчить, або про неефективність подальших протиепідемічних заходів, або зумовлено додатковими факторами, які сприяють зростанню розповсюдженню захворюваності.

Епідемічна ситуація з нашої точки зору може погіршитись в наступні 5–10 років двома основними причинами.

1. Зростанням стійкості збудника туберкульозу (палички Коха) до найбільш ефективних протитуберкульозних препаратів. В місті Києві резистентність мікобактерій серед вперше захворілих досягає 26 %, а серед раніше лікованих — до 70 %. Ефективність лікування полірезистентного туберкульозу низька і дуже коштовна. Так, вартість лікування захворілого на туберкульоз становить біля 100 \$, а вартість лікування полірезистентного туберкульозу коливається від 7 000 \$ до 25 000 \$. Із-за низької ефективності лікування полірезистентного туберкульозу більшість хворих помирають від прогресування цієї недуги. Хворі на полірезистентний туберкульоз дуже небезпечні для оточуючих, медичних працівників, бо заражають пагановиліковуваними формами захворювання. Полірезистентний туберкульоз приносить великі збитки для хворого, сім'ї і суспільства. Для попередження полірезистентності треба добре лікувати хворих у яких зберігається чутливість МБТ до хіміопрепаратів в спеціалізованих відділеннях.

2. Другим чинником, який безперечно буде сприяти зростанню захворюваності та смертності від туберкульозу це епідемія ВІЛ/СНІД. Туберкульоз є ВІЛ/СНІД індикаторним захворюванням. За даними фахівців в Україні біля 50 000 зареєстрованих осіб інфікованих ВІЛ інфекцією, а за оцінкою експертів їх більше в 10 разів тобто біля 500 000, або 1 % від населення країни. За оцінками експертів ВООЗ серед інфікованих ВІЛ та туберкульозом (а у нас майже все доросле населення інфіковане туберкульозом) захворюваність на туберкульоз щорічно може досягати 10 %. Хворі на СНІД захворюють на туберкульоз до 70 % і половина з них помирає від туберкульозу. Якщо не будуть знайдені радикальні методи профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу, то в наступні 10 років захворюваність і смертність від туберкульозу збільшиться удвічі. В підтвердження цього приведу приклад. В м. Києві в 2001 році захворіло на СНІД 127 осіб з них 83 захворіло на туберкульоз, що становить 65 %, або 8,3 % до загальної захворюваності на туберкульоз у м. Києві, тобто, якщо не СНІД, то захворюваність в м. Києві в 2001 році зменшилась би на 8 %. У 2002 році серед 145 хворих на СНІД — 91 (63 %) особа захворіла на туберкульоз. Наведені факти пояснюють епідемічні тенденції туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, а також висвітлюють недостатню готовність міста до протидії зростанню туберкульозу у хворих СНІДом та полірезистентним туберкульозом. У хворих СНІДом і супутнім туберкульозом набагато частіше розвивається стійкість збудника як до СНІДу так і до туберкульозу. Лікування таких хворих надто дороге і на жаль малоефективне, таких хворих неможливо вилікувати. В теперішній час чітко доведено, що хворі на полірезистентний туберкульоз заражають оточуючих соплатників та медичних працівників, які з ними контактують.

Чи готові ми до протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу? На жаль, не готові. В протитуберкульозній службі відсутнє сучасне обладнання для швидкого і точного визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до хіміопрепаратів, обладнання для діагностики ВІЛ/СНІДу, антиретровірусні препарати, засоби індивідуального захисту медичних працівників, відділення і лабораторії для виявлення, діагностики і лікування хворих на полірезистентний туберкульоз та хворих на туберкульоз і ВІЛ/СНІД, а також наявних, підготовлених для такої роботи медичних працівників.

Нас дуже занепокоюють кадри протитуберкульозних закладів. Біля 50 % лікарі фтизіатри пенсійного віку, причому серед пенсіонерів більше 60 % особи, яким за 70 років. Професія фтизіатра стала непривабливою, малооплатною і небезпечною для здоров'я.

Заробітна плата молодого фтизіатра після підвищення мінімальної заробітної плати на декілька гривень менше від ставки двірника чи прибиральниці. Підвищення заробітної плати без збільшення коштів на статті заробітної плати при-

мушують нас піднімати мінімальний рівень заробітної плати за рахунок фонду економії заробітної плати (не зайнятих посад лікарів фтизіатрів). Тобто нас лишили важливого заохочувального важеля — стимулювати роботу лікаря фтизіатра.

Лікарі фтизіатри соціально малозахищені, їм не надається житло, не виділяються кошти на індивідуальний захист, оздоровлення, до цього часу не виконується Указ Президента України про підвищення заробітної плати, вони працюють на застарілому медичному обладнанні, яке на 90 % підлягає списанню і захворюють в 40 разів частіше по відношенню до всього населення.

Порівняно з 1995 роком в 2002 році навантаження на лікарів та медичних сестер протитуберкульозних закладів зросло вдвічі, а штати за цей час зменшились серед лікарів на 21,5 % і серед медсестер — на 21 %.

В наслідок низької заробітної плати, високого ризику захворіти, застарілого медичного обладнання, професія фтизіатра стала непривабливою, малоперспективною та небезпечною захворіти на тяжкі форми туберкульозу.

УДК:616.24-002.5-084:355.257.6

М.П. Бойчак, С.С. Сімонов, Л.В. Веселовський, В.В. Дяченко, М.П. Султанов СТАН ФТИЗИАТРИЧНОЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ І ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ РОЗВИТКУ

Головний військовий клінічний госпіталь Міністерства Оборони України, м. Київ

Починаючи з початку 90-х років, в Збройних Силах України, як і загалом в Україні, спостерігається погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу. Так, за останні 10 років — з 1992 по 2002 роки — рівень захворюваності на туберкульоз збільшився серед офіцерського складу у 7,5 разів з 10 осіб на 100 000 у 1992 році до 75 осіб на 100 000 у 2002 році, а серед військовослужбовців строкової служби у 5 разів з 20 осіб на 100 000 у 1992 році до 102 осіб на 100 000 у 2002 році. Значно частіше виявляються занедбані форми туберкульозу з деструкцією та бактеріовиділенням. В різні роки в період з 1992 по 2002 бактеріовиділення у військовослужбовців спостерігається у 32 — 44 % від всіх військовослужбовців, що вперше захворіли на туберкульоз, а порожнини розпаду було зареєстровано у 22—31 %.

Таблиця 1

Клінічні форми туберкульозу органів дихання у військовослужбовців в 1999—2002 роках

Клінічні форми туберкульозу	Середні показники в %
первинний туберкульозний комплекс	3,0
туберкульоз внутрішньогрудних лімфовузлів	1,7
дисемінований туберкульоз	8,2
вогнищевий туберкульоз	17,6
інфільтративний туберкульоз	45,0
туберкулома	2,8
фіброзно-кавернозний туберкульоз	3,3
циротичний туберкульоз	1,0
плеврит	17,4

Підвищення захворюваності серед військовослужбовців пояснюється, в першу чергу, збільшенням рівня захворюваності серед населення України, особливими умовами, в яких перебувають військовослужбовці (декретовані колективи, присутність нервових та фізичних перевантажень, переохолодження під час виконання службових обов'язків) та неповноцінним фінансуванням з боку держави на виконання проти-

туберкульозних заходів.

Не зважаючи на існуючі труднощі, які мають місце при здійсненні протитуберкульозних заходів у Збройних Силах, Міністерством оборони України розроблений комплексний план заходів боротьби з туберкульозом у Збройних Силах у 2001—2004 роках, який затверджений Наказом Міністра оборони України від 23 жовтня 2000 року № 411. Головним військово-медичним управлінням Міністерства оборони України розроблені та видані у 2002 році "Методичні вказівки з організації та проведення протитуберкульозних заходів у Збройних Силах України".

Міністерством оборони України постійно приділяється увага щодо виконання вимог Закону України про боротьбу із захворюванням на туберкульоз та національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002—2005 роки та розробки і впровадження різних організаційних форм та методів профілактики, виявлення, лікування та динамічного спостереження хворих на туберкульоз військовослужбовців. Ці питання щороку розглядаються на колегіях Міністерства оборони України, на зборах керівного складу медичної служби Збройних Сил, висвітлюються в директивах начальника Генерального штабу Збройних Сил України, начальника ГВМУ Міністерства оборони України, інформаційних листах тощо.

З урахуваннями соціально-економічних умов, в яких перебувають Збройні Сили України, недостатнього фінансування, слабкої матеріально-технічної бази медичної служби розроблені стратегічні напрямки боротьби з туберкульозом у військах, а саме: профілактика туберкульозу, своєчасне його виявлення, лікування, динамічне спостереження.

З метою запобігання призову на військову службу хворих на туберкульоз осіб, схильних до захворювання на туберкульоз чи тих, які вже лікувались, з приводу цього проводяться медичні обстеження та огляди призовного контингенту медичними комісіями при військкоматах, а в подальшому при прибутті у військову частину, далі один раз на рік.

Особи з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз серед молодого поповнення заносяться в поіменний реєстр, який передбачений в кожній військовій частині.

Для своєчасного виявлення хворих на туберкульоз військовослужбовців використовуються два основних методи: це