

І. М. Горбатюк, С. В. Зайков, С. М. Цвігун, Н. М. Гончар
ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Проблема хіміорезистентного туберкульозу (ХРТ) є однією з найбільш актуальних у сучасній фтизіатрії [1, 2]. Так, за даними ВООЗ, частота первинної резистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів I ряду становить до 1 лікарського засобу у середньому 10,4 %, а одночасно до 4–0,2 %. Частота вторинної резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів значно вища і складає в середньому 36 %, одночасно до 4 препаратів — 4,4 %, мультирезистентності — 13,0 % [3, 5].

В Україні відзначається висока частота первинної резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів I ряду — 23–25 %, що вдвічі перевищує середній показник ВООЗ. Частота вторинної резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів I ряду становить 55–56 %, що перевищує середній показник ВООЗ в 1,5 рази. В нашій країні також надзвичайно висока (45–46 %) частота вторинної мультирезистентності, яка в 3,6 рази перевищує середній показник ВООЗ та свідчить про надзвичайно високу актуальність проблеми ХРТ в Україні [1, 4].

У зв'язку з надзвичайною вагою і проблемністю хіміорезистентності виникає питання певних організаційних моментів та підходів до лікування хворих, які пов'язані з умовами їх перебування у спеціалізованих протитуберкульозних лікувальних закладах. Ми вважаємо, що найкращою формою надання спеціалізованої допомоги відповідним категоріям хворих було б створення у обласних протитуберкульозних диспансерах відділень для пацієнтів з ХРТ.

Але створення та функціонування подібного відділення пов'язано з багатьма організаційними, фінансовими та соціальними проблемами. Так, відділення хіміорезистентних форм туберкульозу не повинно створюватись та існувати формально. Воно, перед усім, повинно відповідати основній вимозі, а саме — попередженню розповсюдження хіміорезистентних форм серед хворих у стаціонарі, що потребує розподілу всіх контингентів протитуберкульозних закладів, принаймні, на два потоки. Перший потік повинен бути створеним для хворих із збереженою чутливістю МБТ до антибактеріальних препаратів, другий — для пацієнтів із ХРТ. Не маючи можливості розподілу контингентів на такі потоки, створення спеціалізованого відділення не має сенсу.

Слід також підкреслити, що на сьогоднішній день на юридичному рівні не вирішені наступні проблеми:

1. Відсутнє типові положення про відділення для хворих на ХРТ.

2. Не визначені санітарно-епідемічні правила розташування та облаштування такого відділення.

3. Відсутній соціальний захист медпрацівників даного відділення.

Типове положення про відділення для хворих на ХРТ має містити пункти про:

— ізоляцію його від інших відділень з метою недопущення перетину потоків хворих;

— розгортання на базі відділення всіх необхідних лікувально-діагностичних та допоміжних служб;

— забезпечення соціального захисту медичному персоналу, який працює у відділенні, основні моменти якого ми розглянемо нижче.

Санітарно-епідемічні правила розташування та облаштування відділення мали бути визначені до 1 квітня цього року, згідно рішення колегії МОЗ від 16 грудня 2005 року. Для цього необхідно було визначитись із матеріальними витратами на облаштування спеціальних відділень. Але провести розрахунки щодо реорганізації відділень для пацієнтів із ХРТ за боксованим принципом, не володіючи інформацією про норматив площі на 1 хворого, неможливо. Для Вінницької області, де забезпеченість тубліжками найнижча в державі і становить на сьогодні 3,6 на 10 тис. населення, є проблематичним виділення відповідного приміщення на базі існуючих лікувальних закладів. Навіть керуючись існуючим нормативом — 7,5 м² на одного хворого, для розміщення хворих на ХРТ необхідно виділити в нашому обласному протитуберкульозному диспансері 3 поверхи одного з лікувальних корпусів, який за проектом розрахований на 425 ліжок, а фактично в ньому розгорнуто 500 ліжок. Крім того, в одному корпусі необхідно розгорнути 140–150 ліжок, замість 250, які є на сьогодні, тобто різниця становитиме 100 ліжок для дорослих хворих на туберкульоз легень.

Компенсувати таку кількість ліжок збільшенням ліжкового фонду інших легеневих відділень диспансеру неможливо, оскільки і сьогодні площа на 1 ліжко не відповідає нормативним вимогам. В разі їх скорочення частина хворих на туберкульоз легень, які потребують стаціонарного лікування, в першу чергу бактеріовиділювачі, залишаться поза межами лікувального закладу. Розширення закладів на периферії за рахунок переведення на їх базу хворих із збереженою чутливістю МБТ до протитуберкульозних препаратів також неможлива, оскільки споруди, в яких знаходились скорочені у 1995–1998 роках районні тубдиспансери, вже непридатні для використання і потребують відбудови та капітального ремонту. На наш погляд, подібні проблеми з розташуванням хворих на ХРТ існують і в інших областях, оскільки не завжди можливо виділити потрібне приміщення для такого особливого відділення.

Як вже вказувалося раніше, в стаціонарі потік хворих на ХРТ не повинен перетинатися з потоком інших хворих. Для цього необхідно організувати окреме приймальне відділення і окремі лікувально-діагностичні кабінети (рентгенологічний, функціональної діагностики, ендоскопічний, фізіотерапевтичний, лікувальної фізкультури, стоматологічний тощо), що також потребує наявності додаткової площі, а ще краще — окремого корпусу чи будівлі, виділити яку в наших умовах також немає можливості. Отже, враховуючи матеріально-технічну базу існуючих в

області протитуберкульозних стаціонарів, в жодному з них неможливо організувати відділення для лікування хворих на ХРТ з ліжковим фондом в 140–150 ліжок.

Слід відмітити, що, на наш погляд, стаціонарна спеціалізована медична допомога хворим на ХРТ повинна надаватися в лікувальних закладах третинного рівня, оскільки цей контингент хворих є найскладнішим в лікуванні за основним процесом, а також за розповсюдженнями серед відповідного контингенту ускладненнями та супутньою патологією. Отже, оскільки на базі функціонуючих протитуберкульозних закладів області створити відділення для лікування хворих на ХРТ відповідно до існуючих санітарно-гігієнічних вимог неможливо, необхідно будівництво окремого корпусу, в наших умовах на території обласного протитуберкульозного диспансеру чи поруч з ним.

Існує ще одне дуже важливе питання пов'язане з існуванням і роботою відділення ХРТ. Внаслідок високого ризику інфікування хіміорезистентними штамми МБТ має місце надто підвищена можливість захворювання на туберкульоз серед тих, хто не захищений соціально, оскільки рівень заробітної платні для працівників відділення для хворих на ХРТ поки що передбачається на рівні звичайного посадового окладу пересічного медичного працівника протитуберкульозного закладу при стандартних також тривалості робочого дня та щорічної відпустки. Слід додати, що серед усіх медичних працівників нашого облтубдиспансеру, у яких захворювання на туберкульоз визнане професійним, бактеріовиділювачами були лише двоє, але в обох з них МБТ були хіміорезистентними до протитуберкульозних препаратів.

У зв'язку з вищенаведеним, слід, на нашу думку, чітко визначити умови перебування хворих на ХРТ в протитуберкульозних лікувальних закладах. Це означає визначення державною санітарною службою санітарно-епідемічних правил розташування та облаштування такого відділення. Воно має бути ізольованим від інших або перенесено в окремий корпус, або розташоване в окремій лікувальній установі з метою виключення перетину потоків хворих, мати окремий рентгенологічний, функціональної діагностики, ендоскопічний, фізіотерапевтичний кабінети тощо.

Ще раз підкреслимо, що цей контингент хворих є найскладнішим в наданні медичної допомоги. Тому вони мають лікуватись у закладі третинного рівня. Винесення такого стаціонару на периферію (в один із районів, навіть недалекий від основного обласного закладу) може спричинити затримку в консультуванні пацієнтів висококваліфікованими фахівцями, працівниками кафедри фтизіатрії та іншими фахівцями у разі виникнення ургентних ситуацій. Те саме стосується і можливостей кваліфікованого і своєчасного інструментального обстеження цієї категорії пацієнтів. Відділення для хворих на ХРТ має бути закладом закритого типу (боксованим, із шлюзовими приміщеннями, подібними до психіатричних лікарень чи інфекційних стаціонарів), повинно мати окрему територію для прогулянок хворих.

Суттєвими є терміни для спрямування хворих на лікування в таке відділення. При послідовному дослідженні чутливості МБТ спочатку до препаратів І ряду, а потім до інших призводить до значної втрати часу і в цьому разі хворі з хіміорезистентністю тривалий час перебувають у звичайному стаціонарі, де відбувається Perezараження інших осіб, тобто зростає відсоток первинної резистентнос-

ті. Надалі це призводить до погіршення якості життя кожної конкретної людини внаслідок збільшення тривалості і вартості лікування, збільшення питомої ваги інвалідності і, нарешті, летальних наслідків. Тому дуже важливо проводити дослідження на чутливість МБТ до протитуберкульозних препаратів відразу до всіх наявних лікарських засобів, незважаючи на подорожчання обстеження.

Важливе значення має забезпечення відділення ХРТ всіма необхідними засобами для лікування туберкульозу, дезінфікуючими засобами, м'яким інвентарем у відповідності до існуючих потреб. Адже це позиціонує наші інтереси у кінцевих результатах терапії хворих, впливаючи на швидкість їх досягнення у вигляді знебацilenня мокротиння, загоєння порожнин розпаду, а також забезпечує більшу безпеку праці медичних працівників.

Медичним працівникам відділення ХРТ в обов'язковому порядку повинен бути наданий відповідний соціальний захист, який передбачає:

а) підвищення схемних посадових окладів за особливо шкідливі умови праці в 1,5 рази вище, ніж у інших працівників тубзакладів;

б) щорічну відпустку тривалістю 42 дні (з внесенням відповідних змін до розрахунку штатних посад відділення і закладу);

в) щорічне безкоштовне санаторне оздоровлення не тільки в протитуберкульозних санаторіях, але й у санаторіях Укрздоровниці;

г) додаткове харчування (молоко, соки тощо), аналогічно тому, яке існує в рентгенологічній службі, і навіть більше;

д) пільгова пенсія.

Працевлаштування у відділення ХРТ повинно відбуватися на контрактній основі. Вважаємо потрібним також здійснювати обов'язкове медичне страхування від професійного захворювання. Заробітна плата повинна бути такого рівня, щоб людина могла собі дозволити нормальний страховий поліс у відомих страхових компаніях, які мають позитивні відгуки про їх роботу у сфері медичного страхування і можуть забезпечити належну страхову компенсацію. Необхідно також внести уточнення щодо умов і правил страхування у разі захворювання на туберкульоз. На роботу у відділення ХРТ не слід приймати медичних працівників, які за станом свого здоров'я відносяться до груп підвищеного ризику по туберкульозу. Необхідно відмітити, що положення про працевлаштування на контрактній основі, про медичне страхування і про соціальний захист до цих пір не мають юридичної підстави.

Важливе місце в організації роботи відділення для хворих на ХРТ займає питання штатного розкладу. При розрахунку штатів для відділення ХРТ за основу беруться штатні нормативи закладів охорони здоров'я, але вносяться зміни з урахуванням наступного:

— тривалість робочого тижня медичних працівників відділення хронічного та хіміорезистентного туберкульозу не повинна перевищувати 30 годин, тоді як звичайна тривалість становить 36 годин;

— у відділенні до 30 ліжок завідувачий відділенням виконує роботу по безпосередній курації хворих в обсязі 50 %;

— встановлюються посади лікарів з розрахунку 15–20 хворих на 1 посаду;

— посади лікаря-рентгенолога встановлюються на 30 і більше ліжок з розрахунку 1 посада на 75 ліжок, але не менше 0,5 посади на відділення;

— посади лікаря-лаборанта встановлюються з розрахунку 1 посада на 90 ліжок, лікарів-бактеріологів — з розрахунку 1 посада на 175 ліжок;

— посада лікаря-терапевта — з розрахунку 1 посада на 150 ліжок;

— посада лікаря з функціональної діагностики — з розрахунку 1 посада на 125 ліжок;

— посади лікаря-ендоскопіста — з розрахунку 1 посада на 100 ліжок;

— посада лікаря-фізіотерапевта встановлюють у відділеннях на 125 і більше ліжок.

Таким чином, ми пропонуємо скоректувати штати з розрахунку зменшення навантаження на 1 лікаря, який працюватиме у відділенні, на третину, або навіть удвічі. Те ж саме стосується зменшення навантаження на середній медичний персонал та інших працівників, зокрема:

— один цілодобовий пост медичних сестер (палатних) встановлювати з розрахунку обслуговування 1 медичною сестрою (посадою) у відділенні для хворих на ХРТ при 2-ступеневому обслуговуванні 20 хворих;

— посади процедурних медичних сестер встановлювати з розрахунку 1 посада на 30 ліжок;

— посади медичних сестер індивідуального догляду за важкохворими з розрахунку 1 посада на 30 ліжок;

— при 2-ступеневій системі обслуговування один цілодобовий пост молодших медичних сестер-прибиральниць (палатних) встановлювати з розрахунку обслуговування однією сестрою (посадою) 25 ліжок;

— у лікарнях для пацієнтів з ХРТ на 50 ліжок установлювати посаду медичної сестри приймального відділення;

— посади молодших медичних сестер для супроводу хворих у перев'язувальну, рентгенологічний кабінет, фізіотерапевтичний та інші діагностичні кабінети, а також для одержання медикаментів з аптеки встановлювати з розрахунку 1 посада на 50 ліжок.

При цьому на кожну посаду головним лікарем закладу затверджується положення та посадова інструкція.

У розрахунку на 100 ліжок штати відділення для лікування хворих на ХРТ повинні мати наступний вигляд:

— замість 4,25 ставки лікаря передбачається 7,75, тобто на 3,5 посади більше;

— на 12,75 ставки більше розраховано на середній медичний персонал;

— аналогічного збільшення зазнали і посади молодшого персоналу.

Отже, штати відділення ХРТ на 100 ліжок будуть збільшені на 29 ставок. У фінансовому відношенні, за нашими розрахунками, збільшення фонду заробітної плати повинно зрости приблизно на 300 тис. грн.

Таким чином, створення спеціалізованих умов для перебування в стаціонарі хворих на хіміорезистентний

туберкульоз є важливим питанням, вирішення якого потребує виваженого підходу. Не можна забувати, що хіміорезистентний туберкульоз не є прерогативою лише соціально дезадаптованих і несвідомих хворих. Кожному із представників відповідних контингентів необхідно надати можливість якісно і комфортно лікуватись, не ставлячи під загрозу життя і здоров'я інших пацієнтів та медичного персоналу протитуберкульозних закладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Феценко Ю. І., Петренко В. М., Черенько С. О., Журило О. А., Барбова А. І., Іванкова О. В. Епідеміологія, діагностика та лікування хіміорезистентного туберкульозу органів дихання // Укр. пульмонолог. журн. — 2002. — №4. — С. 5–12.
2. Феценко Ю. І., Петренко В. М., Черенько С. О., Барбова А. І. Стратегія профілактики, діагностики і лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень // Укр. хіміотерапевтич. журн. — 2003. — №2. — С. 10–20.
3. Dye C., Espinal M. A., Watt C. J., Mbiaga C., Williams B. G. World-wide incidence of multidrug-resistant tuberculosis // J. Infect. Dis. — 2002. — №185 (4). — P. 1197–1202.
4. Espinal M. A. Global situation of MDR-TB. In: Abstract of the 4-th World Congress on tuberculosis. Washington, DC, USA. — P. 3.
5. WHO/IUATLD Global Project of Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. — Geneva, 1997 — 217p.

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

*І. М. Горбатюк, С. В. Зайков,
С. М. Цвігун, Н. М. Гончар*

Резюме

Обговоренні організаційні проблеми надання спеціалізованої допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз. Внесені пропозиції щодо розробки типового положення про створення відділення для хворих на хіміорезистентний туберкульоз. Запропоновані санітарно-епідемічні правила розташування та облаштування такого відділення, його штатний розклад. Визначені умови для соціального захисту медичних працівників даного відділення.

PROBLEMS OF THE CARE PROVISION FOR PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

*I. M. Gorbatyuk, S. V. Zaykov,
S. M. Zhvighun, N. M. Gonchar*

Summary

The problems of the care provision for patients with drug-resistant tuberculosis were discussed. It was suggested to work out typical regulations for allocation of separate department for patients with drug-resistant tuberculosis. Sanitation and epidemic regulations regarding the equipment and setting of such a department and its staff list were proposed. The conditions for preserving of social security of medical personnel were determined.