

І. М. Горбатюк, Н. М. Гончар ОРГАНІЗАЦІЯ ДОТ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Вінницький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Загальновідомо, що в Україні значна кількість областей, у формуванні економічного розвитку яких аграрний компонент відіграє важливу роль. Останнім часом, у зв'язку з тенденціями розвитку епідситуації по туберкульозу, йде мова про формування так званого сільського обличчя цієї хвороби. Прикладом може бути Вінницька область, яка традиційно була і залишається однією з сільськогосподарських областей, і практично завжди фігурує як один із "лідерів" за рівнем захворюваності на туберкульоз серед сільських жителів.

У порівнянні з 1996 роком (з початком оголошення епідемії) показник захворюваності всіма формами туберкульозу зріс у 2 рази (рис.).

Щороку серед вперше захворілих питома вага сільських мешканців становить 55–60 %, а в окремих районах — до 70–80 %. Очевидно, що попри міграцію, у сільськогосподарських областях суттєвий вплив на збіль-

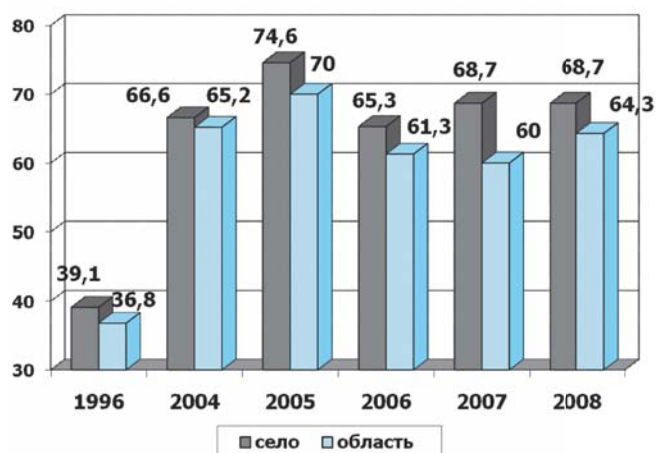


Рис. Захворюваність туберкульозом сільського населення у Вінницькій області

шення захворюваності відіграє віддаленість медичної допомоги. Тому закономірною є увага до оптимізації протитуберкульозних заходів на селі. На нашу думку, у зв'язку із значним поширенням туберкульозу на селі, першочерговим завданням є організація належного, адекватного процесу лікування і доліковування хворих в амбулаторних умовах під безпосереднім контролем медпрацівника.

Ще у 1974 році видані методичні рекомендації НДІ фтизіатрії і грудної хірургії ім. Ф. Г. Яновського «Організація і методика контрольованого амбулаторного лікування хворих туберкульозом легень» за редакцією таких відомих фтизіатрів як Мамолат А. С., Березовський Б. А. та інших.

В подальшому організаційні заходи здійснювались із урахуванням наступних методичних документів:

— 1958 рік — методичний лист МОЗ СРСР «Органи-

зація амбулаторного лікування больних туберкульозом» щодо амбулаторного лікування хворих на туберкульоз, проведення розрахунку потреб препаратів і послідовності та етапності у лікуванні хворих (МОЗ СРСР).

— 1974 рік — методичні рекомендації Київського НДІ фтизіатрії та грудної хірургії ім. акад. Ф.Г. Яновського «Організація і методика контрольованого амбулаторного лікування хворих туберкульозом легень» (за редакцією Мамолата А. С., Березовського Б. А., А. М. Баренбойма, Рудіна В. П. та Марковського С. А.).

— 1978 рік — методичні рекомендації «Основні обов'язки закладів охорони здоров'я у проведенні протитуберкульозних заходів у сільському районі» (за редакцією Березовського Б. А., Страхова М. С., Кучера В. О.).

— Наказ МОЗ СРСР № 574 від 3.06.76р. «Об утверждении методических указаний по организации и методике контролируемой амбулаторной химиотерапии больных туберкулезом».

У 1978 році в Івано-Франківську вийшла спільна робота Вінницького та Івано-Франківського медінститутів «Основні обов'язки закладів охорони здоров'я у проведенні протитуберкульозних заходів у сільському районі» (основними розробниками методики були проф. Березовський Б. А. — зав. кафедрою туберкульозу Вінницького медінституту, доцент тієї ж кафедри Кучер В. О., а також проф. Н. С. Страхов з Івано-Франківська). Зауважимо, що на той час вже діяв наказ МОЗ СРСР № 574 від 03.06.76р. «Об утверждении методических указаний по организации и методике контролируемой амбулаторной химиотерапии больных туберкулезом». Тривалий час використовувався у практичній роботі методичний лист МОЗ СРСР 1958 року «Организация амбулаторного лечения больных туберкулезом» щодо амбулаторного лікування хворих на туберкульоз, проведення розрахунку потреб препаратів та послідовності і етапності в лікуванні хворих. Таким чином, ідея організації лікування в амбулаторних умовах не є новою — це пріоритет радянської та української фтизіатрії.

Фтизіатрична служба Вінницької області має певні напрацювання у розділі надання амбулаторної протитуберкульозної допомоги. Зокрема, в області було вирішене кадрове питання, яке й сьогодні гостро стоїть для всієї фтизіатрії: з початку 90-х років була організована мережа патронажу по туберкульозу. На кожній сільській лікарській дільниці була виділена або введена посада патронажної медсестри, яка займалась цілою низкою питань спеціалізованої служби.

Незважаючи на скорочення служби у 90-х роках, ми зуміли зберегти існуючу систему патронажу. (Відома постанова КМУ від 23.04.1999р. «Про комплексні заходи боротьби з туберкульозом» стала рятівним кругом для збереження і відновлення посад патронажних медсестер по туберкульозу, необхідність такого кроку було обґрунтоване перед обласною Радою. Завдяки рішенням

чергової сесії перед органами місцевої влади було поставлене завдання забезпечити патронаж хворих на туберкульоз, і в 2002–2003 роках мережа патронажу була відновлена, причому це питання перебувало на контролі в управлінні охорони здоров'я).

1991р. — на кожній сільській лікарській дільниці введена посада патронажної медсестри по туберкульозу (наказ УОЗ № 192 від 13.05.1991р. "Про удосконалення надання протитуберкульозної допомоги населенню області").

1995–1998р.р. — скорочення мережі лікувально-профілактичних закладів, в т.ч. мережі протитуберкульозних закладів; перепрофілювання посад патронажних медсестер за необхідністю.

1999р. — Постанова КМУ від 23.04.1999р. «Про комплексні заходи боротьби з туберкульозом», розділ 27 щодо проведення ДОТС-терапії та запровадження посад патронажних медсестер для лікування.

2002 р. — рішення 4 сесії 4 скликання обласної Ради № 92 від 7.11.02р. щодо укомплектування посад патронажних медсестер по туберкульозу в розрізі кожної сільської лікарської дільниці.

Нині патронаж (від 0,25 до 1,0 посади) забезпечений у розрізі кожної лікарської амбулаторії в залежності від кількості тубконтингентів, які обслуговуються на окремій території (від 2 до 5 сіл). Як правило, медсестра обслуговує від 1 до 20 активних хворих, має під наглядом всіх контактних, декілька десятків пацієнтів із залишковими змінами після перенесеного туберкульозу, та сумісно з медсестрою дитячого прийому курує дитяче і підліткове населення. В амбулаторіях сімейної медицини ці функції виконуються медсестрою загальної практики, яка визначена керівником амбулаторії.

Патронажна медсестра на дільниці — це один з медпрацівників первинної ланки, який виконує, по суті, певні обов'язки помічника дільничного або сімейного лікаря та делеговані на периферію функції медсестри районного протитуберкульозного кабінету:

- здійснення лікування; виконання рекомендацій фтизіатра;

- виклик показаних пацієнтів до фтизіатра та контроль за їх явкою і результатами чергового обстеження;

- безпосередня робота у тубвогнищі, адже робота патронажної найбільше наближена до хворого та членів його родини;

- активна санітарно-освітня робота у тубвогнищі та контроль засвоєння цих знань;

- участь у роботі імунобригад: проведення туберкулінодіагностики та вакцинації; первинний відбір показаних дитячих контингентів на консультацію до педіатра.

- ведення медичної документації щодо вище перерахованих заходів (це, безперечно, займає левову частку робочого часу будь-якої медсестри, причому необхідно враховувати надзвичайно велику кількість медичної облікової документації у розрізі амбулаторій сімейної медицини).

Прямуювання до сімейної медицини вносить свої корективи в організацію і кадрове забезпечення контро-

льованого лікування: ще 5 років тому в лікувально-профілактичних закладах загальної мережі області працювало 200 патронажних медсестер на 221 лікарській дільниці, а на сьогодні — близько 70 (без врахування посад у районних і міських тубкабінетах, де медсестра часто виконує обов'язки двох посад — як патронажна приписної дільниці і як медсестра лікарського супроводу). Таке зменшення кількості медсестер зумовлене створенням амбулаторій сімейної медицини, в штаті яких не передбачена посада патронажної медсестри по туберкульозу. В районних лікарнях функціонує 31 ДОТ-кабінет, з яких лише 2 розташовані в окремих приміщеннях, решта 29 діють на базі тубкабінетів ЦРЛ (обмеженість площ в ЛПЗ не дозволяє виділяти окремі кімнати для влаштування ДОТ-кабінетів). В сільських лікарських амбулаторіях є кабінети патронажної медсестри по туберкульозу, в яких здійснюється контрольоване лікування, або кабінети ДОТ. Але ДОТ-кабінети матимуть юридичне підґрунтя лише після вступу у дію наказу МОЗ про перелік спеціалізованих закладів та структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які здійснюють діагностику туберкульозу та надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на туберкульоз (проект наказу обговорювався у липні 2009 року, Мін'юстом направлений на доопрацювання). Це повинно вплинути на спад соціальної напруги серед медпрацівників, зокрема, щодо пенсійних нарахунків.

Суттєвим у збереженні мережі патронажу стали зміни до відомого наказу МОЗ № 33 від 23.02.2000р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Проте, на нашу думку, цей наказ не забезпечує потреби сьогодення фтизіатричної служби, незважаючи на внесені зміни (наказ МОЗ № 122 від 12.03.2008р. «Про внесення змін до наказу МОЗ України №33 від 23.02.2000р.»), згідно яких 1 посада патронажної медичної сестри по туберкульозу розраховується на 20 активних хворих на туберкульоз, які підлягають амбулаторному лікуванню. Адже, крім безпосередньо амбулаторного лікування, медсестра відповідає за проведення хіміо-профілактики визначеним для цього контингентам (контактні, діти з віражем тубпроб та гіперергічними реакціями, часто хворіючі діти та ін.); за диспансерну роботу з особами, що перехворіли туберкульозом раніше; зазначену вище роботу з документацією; відвідує і постійно працює у тубвогнищах. Радіус обслуговування на деяких дільницях сягає 10–15 км, а транспорт для виїзду у віддалені тубвогнища для проведення лікування не виділяється через обмеженість транспортного парку лікувально-профілактичних закладів, тому виконати належним чином функціональні обов'язки і забезпечити якісну роботу патронажна медсестра не в змозі. Функція лікування в такому разі делегується фельдшеру (а віддалені ФАПі, як правило, укомплектовані фельдшерами за сумісництвом, що також не забезпечує належний контроль за лікуванням). На жаль, змінами до наказу це не враховано. По суті, поправка у вигляді запровадження 1 посади на 20 активних хворих стосується суто забезпечення роботи кабінетів ДОТ-терапії, а не всебічного патронажу у класичному варіанті, традиції якого ми намагаємось зберегти, незважаючи на впровадження

ДОТС.

Серед практичних моментів організації роботи важливим залишається фахова підготовка патронажної медсестри. Для цього ми проводимо двічі на рік курси підвищення кваліфікації суто для медсестер протитуберкульозних закладів та патронажних медсестер по туберкульозу. Завдяки курсам є змога приділити більшу увагу окремим важливим темам: контрольованому лікуванню, впровадженню і веденню нових облікових та звітних форм, практичній організації виявлення випадків туберкульозу т.п.

Не меншій увазі заслуговує тематична підготовка лікаря і медсестри загальної практики для належної організації профілактичних заходів та лікування в умовах сільської лікарської дільниці чи амбулаторії загальної практики-сімейної медицини. Протягом останніх років для лікарів загальної практики — сімейної медицини в програму нарад і конференцій включаються тематичні лекції по туберкульозу. Цикл лекцій по проблемах туберкульозу читається на курсах для медсестер загальної практики.

Обов'язковим завданням для фтизіатричної служби області є праця у напрямку зниження перерв та відмов від лікування. Це, безумовно, в першу чергу санітарно-освітня діяльність, з наголосом на індивідуальну роботу. Є необхідність зменшення тривалості перерви лікування в період між випискою із стаціонару та початком амбулаторного лікування (це відпрацювання системи повідомлення хворого та патронажної медсестри безпосередньо із тубстаціонару; забезпечення якісного телефонного зв'язку між лікувальними закладами; зацікавленість у роботі і відповідальність всіх медпрацівників лікарської дільниці, а не тільки тубслужби, т.п.). Також важливим і необхідним є індивідуальний підхід до кожного хворого. Не секрет, що незважаючи на основну вимогу ДОТ — суворий безпосередній контроль за прийомом протитуберкульозного препарату, іноді трапляються випадки, коли препарати видаються на декілька прийомів (на 7–8 днів), звичайно, з урахуванням відповідальності та дисципліни хворого або його родичів. Пояснення просте: село — не місто. Тут важко приховати хворобу. Але кожна людина прагне збереження конфіденційності щодо стану свого здоров'я. Тому такі випадки допускаються, це абсолютно нормально.

У фтизіатрії багато проблем, які потребують вирішення. Але ефективна протидія епідемії туберкульозу допоможе нам зберегти село, тому що, незважаючи на його плачевний стан, село продовжує бути нашим годувальником.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Березовский, Б. А.* Основные обязанности учреждений здравоохранения в проведении противотуберкулезных мероприятий в сельском районе [Текст] / Б. А. Березовский, М. С. Страхов, В. О. Кучер — Ивано-Франковск, 1978.
2. *Наказ МОЗ № 33 від 23.02.2000 р.* «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. *Наказ МОЗ № 122 від 12.03.2008 р.* «Про внесення змін наказу МОЗ України №33 від 23.02.2000 р.».
4. *Мамолат, А. С.* Организация и методика контролируемого амбулаторного лечения больных туберкулезом легких [Текст] / А. С. Мамолат и др. — Киев, 1974.
5. *Организация амбулаторного лечения больных туберкулезом.* // Методическое письмо МЗ СССР, 1958.
6. *Модуль Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз в Україні, адаптований до міжнародних стандартів, Київ, 2007.*
7. *Приказ МЗ СРСР № 574 від 3.06.76 р.* «Об утверждении методических указаний по организации и методике контролируемой амбулаторной химиотерапии больных туберкулезом».
8. *Фещенко, Ю. І.* Контроль за туберкульозом в умовах адаптованої ДОТС-стратегії [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — Київ: Медицина, 2007 — 474 с.
9. *Фещенко, Ю. І.* Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — Київ: Медицина, 2007 — 662 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОТ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

И. Н. Горбатюк, Н. М. Гончар

Резюме

Обсужден опыт организации кадрового обеспечения и оказания специализированной медицинской помощи больным туберкулезом — сельским жителям. На современном этапе освещена схема охранения сети патронажа по туберкулезу в сельской местности и основные проблемы, над решением которых необходимо работать с целью повышения эффективности лечения и долечивания больных туберкулезом.

ORGANIZATION OF DOT IN RURAL AREA

I. M. Gorbatiuk, N. M. Gonchar

Summary

The experience of staffing and provision of specialized healthcare for tuberculosis patients in rural region have been presented for discussion. Current measured taken to protect the patronage network of tuberculosis healthcare system in rural areas and other relative issues have been described.