

В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

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

ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В. М. Мельник, И. А. Новожилова, В. Г. Матусевич

Резюме

Цель исследования: оценка состояния организации лечения больных химиорезистентным туберкулезом (ХРТ).

Материалы и методы: проводилась экспертная оценка состояния организации лечения больных ХРТ в 27 административных территориях (АТ) Украины по специально разработанной анкете-опроснику.

Результаты. По оценке специалистов-фтизиатров АТ состояние организации лечения больных ХРТ на сегодняшний день является неудовлетворительным по инфраструктуре, материально-техническому обеспечению, условиям для санаторного, амбулаторного и паллиативного лечения. На стационарном этапе лечения недостаточный инфекционный контроль (не хватает боксов, приточно-вытяжных систем вентиляции, ламп УФО, масок, респираторов, не всегда разделяются потоки больных по устойчивости МБТ к ПТП). Отмечается низкая приверженность больных к лечению, о чем свидетельствует прекращение интенсивной фазы лечения 34,6 % больных. Несмотря на необходимость принудительного лечения, такое лечение проводится недостаточно, трудности его организации связаны с несовершенством механизма привлечения больных и отсутствием отделений закрытого типа. Установлено недостаточное применение хирургических методов лечения больных ХРТ. Доказано, что неэффективно используется санаторная база. В большинстве АТ социальная поддержка больных ХРТ не применяется или оценивается специалистами неудовлетворительно. Специалисты-фтизиатры большинства АТ не смогли определиться с потребностью в организационном обеспечении разных этапов лечения по большинству показателей, которые были предложены им для экспертной оценки.

Заключение. Экспертная оценка состояния организации лечения больных ХРТ доказывает необходимость ее усовершенствования, в том числе разработки методических документов по хирургическим вмешательствам у больных ХРТ, по использованию санаторной базы для лечения этих больных, обеспечению социального сопровождения их амбулаторного лечения и др. Однако этому должны предшествовать расчеты территориальных потребностей для обеспечения организации лечения больных ХРТ исходя из базовых или индикаторных показателей, анализ опыта лучших учреждений и экономическое обоснование.

Ключевые слова: химиорезистентный туберкулез, организация лечения.

Укр. пульмонолог. журнал. 2014, № 3, С. 8–11.

Мельник Василь Михайлович

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

Доктор мед. наук, професор

10, вул. М. Амосова, 03680, м. Київ, Україна

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

EXPERT ASSESSMENT OF THE ORGANIZATION OF CHEMORESISTANT TUBERCULOSIS TREATMENT

V. M. Melnyk, I. O. Novozhilova, V. G. Matusevych

Abstract

The aim – an assessment of the organization of the treatment of patients with chemoresistant tuberculosis (MR TB).

Materials and methods. Expert assessment of the organization of MR TB treatment was conducted in 27 administrative territories (AT) of Ukraine with a specially-designed questionnaire.

Results. According to experts-phthisiologists opinion from regions the state of treatment organization of patients with MR TB is poor in terms of infrastructure, material support, and treatment conditions. An infection control at hospitals is insufficient (lack of boxes, ventilation systems, UV lamp, masks, respirators; patients, producing drug-resistant MBT are not always separated). There is a low adherence of patients to treatment, causing interruption of the intensive phase of treatment in 34.6 % of cases. Despite the need for involuntary treatment this kind of treatment is difficult to organize due to imbalanced penitentiary system. The rate of surgery in MR TB cases is low. Out-patient management of TB patients is not effectively used. In most regions the social support of patients with MR TB is not applicable or estimated by experts as unsatisfactory. Specialists-phthisiologists in most regions could not determine their needs for improvement of specialized care.

Conclusion. Expert assessment of the organization of treatment of patients with MR TB proves the need for its improvement, including the development of guiding documents for surgical interventions, the use of the sanatoriums, providing social support, etc. However, territorial needs to ensure the organization of treatment of patients with MR TB should be calculated first and well-balanced economical grounds to be worked out.

Key words: drug-resistant tuberculosis, treatment, organization.

Ukr. Pulmonol. J. 2014; 3: 8–11.

Vasil M. Melnyk

National institute of phthiology and pulmonology
named after F.G. Yanovsky NAMS of Ukraine
Head of department

MD, professor

10, Amosova str., Kyiv, 03680, Ukraine

Tel.: 38044 275-41-22, fax: 38044 275-21-18 6 melnyk@ifp.kiev.ua

Організаційні аспекти лікування хворих на туберкульоз у різних державах – різні. Так, у західноєвропейських країнах, США та Канаді, де проблемами туберкульозу займається загальна медична мережа і мала захворюваність на туберкульоз, у т. ч. хіміорезистентний, є свої особливості організації лікування таких хворих. В Україні, де існує протитуберкульозна служба із чіткою

інфраструктурою закладів, цілком інша організація лікування хворих на туберкульоз. У літературі зустрічається небагато публікацій, які присвячені організації лікування хворих на туберкульоз в Україні [1, 2, 3], щодо суто організаційних аспектів лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТ), є поодинокі публікації [4], де висвітлені теоретичні міркування щодо організації відділень для таких хворих та соціального захисту медичних працівників, які їх обслуговують. У зв'язку із зростанням

захворюваності на ХРТ та недостатньою ефективністю лікування таких хворих важливість поліпшення організації їх лікування є актуальною. Підходи до удосконалення організації лікування цих хворих повинні бути комплексними та обґрунтованими, що неможливо без встановлення та усунення недоліків.

Мета дослідження – оцінка стану організації лікування хворих на ХРТ.

Матеріали та методи

Розроблена спеціальна анкета-опитувальник "Експертна оцінка стану організації лікування хворих на ХРТ". За результатами анкетування (дані наведено за 2012 р.) проведено детальний, статистично обґрунтований аналіз [5] даних, які були надані фахівцями-фтизіатрами 27 адміністративних територій (АТ) України^{1*}.

Результати дослідження та їх обговорення

1. Стан організації лікування хворих на ХРТ у стаціонарі (інтенсивна фаза).

Встановлено, що питома вага (%) хворих із ХРТ, які розпочали лікування у стаціонарі від тих, хто його потребував, коливалась (за даними різних АТ) в межах 63,6–100,0. У 16 АТ цей показник був значно більшим від середнього українського, який становив 83,6 %, а в Одеській області – меншим (63,6 %), $P < 0,05$. % хворих із вперше діагностованим туберкульозом (ВДТ) та раніше лікованих хворих складала 96,0 та 93,5; більшість територіальних показників суттєво не відрізнялися від середніх ($P > 0,05$). Причини, з яких хворі не розпочали лікування: відмова від лікування (у 13 АТ – 48,2 %), термінальний стан / померли до початку лікування (у 3 територіях), алкоголізм (у 2 територіях), неефективне попереднє лікування (в 1 території), відсутність необхідних препаратів II ряду (у 2 територіях), тяжка супутня патологія (в 1 території), переведення на паліативне лікування (в 1 території), відбуття покарання (в 1 території), зміна місця проживання (в 1 території). Фахівці Вінницької області вказали, що завершили лікування лише 13,5 % хворих; це пов'язано із надзвичайно високими показниками смертності (44,2 %) та припинення лікування (28,8 %).

Питома вага хворих, які завершили інтенсивну фазу лікування, за даними різних АТ, становила – 17,9–100,0, середня – 65,4. Показник був значно більшим у 10 АТ: АР Крим, Донецька, Івано-Франківська, Київська, Луганська, Рівненська, Сумська, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська області (73,4–100,0 %), меншим – у 6: Вінницька, Волинська, Закарпатська, Полтавська, Херсонська області, м. Севастополь (17,9–42,5 %), $P < 0,05$.

Припинили лікування 34,6 % хворих на ХРТ. Найвищий % спостерігався у Вінницькій, Закарпатській, Полтавській, Херсонській областях, м. Севастополь – 34,6–82,1 ($P < 0,05$). Часто єдиним засобом залучення таких хворих до лікування є застосування примусового лікування.

Примусове лікування хворих на ХРТ застосовувалося у 12 АТ (44,4 %). % припинення лікування (відривів) у цих територіях був низьким, найнижчим – у Кіровоградській, Луганській, Сумській областях (22,4, 26,6, 9,4%; $P < 0,05$). У Дніпропетровській, Кіровоградській та Луганській областях примусове лікування застосовували найчастіше (64,3–100,0 % від потреби). У 15 АТ (55,6 %) примусове лікування не застосовувалося, хоча 5 з них (Дніпропетровська, Одеська, Рівненська, Черкаська області, м. Київ) зазначили потребу у ньому. Деякі фахівці-фтизіатри вказали, що труднощами щодо примусового лікування були: недосконалість механізму залучення хворих, відсутність відділень закритого типу тощо. Окремі території не надали ніякої інформації щодо примусового лікування.

Лікувалися вдома (інтенсивна фаза) хворі на ХРТ у 11 АТ (40,7 %), частіше у поодиноких випадках, лише у Дніпропетровській, Херсонській областях, м. Київ лікування вдома складало 96,7–100,0 % від потреби. Найчастіше таке лікування застосовувалося у разі відмови від перебування у стаціонарі із-за незадовільних умов. Труднощі амбулаторного лікування були пов'язані із дефіцитом протитуберкульозних препаратів (ПТП) II ряду, які сконцентровані в обласних установах.

Кількість відділень для хворих на ХРТ в АТ складала 94,0 % від визначеної потреби; окремі території (Херсонська, Запорізька, Тернопільська області, м. Київ) вказали на їх відсутність (є лише палати для цих хворих), деякі – не змогло визначитися з потребою у кількості таких відділень.

Забезпеченість відділень для лікування хворих на ХРТ ліжками складає 87,0 % від потреби, лікарями – 50,0–100,0 % (середня – 82,7), середнім медичним персоналом – 41,2–100,0 % (середня – 93,8); фахівці деяких АТ не визначилися із потребою.

% хірургічних втручань у хворих на ХРТ – 26,1–100,0 від потреби (середній – 71,3); фахівці 2 АТ не надали інформацію, а 4 – не вказали потребу. Фахівці 8 АТ підійшли формально, зазначив 100,0 % охоплення хірургічними втручаннями. Позитивно оцінили ефективність хірургічного лікування хворих на ХРТ фахівці 21 АТ (77,8 %).

Щодо умов організації лікування хворих на ХРТ на стаціонарному етапі, то захищеність персоналу відділень для лікування таких хворих від зараження мікобактеріями туберкульозу (МБТ) позитивно оцінили фахівці 21 АТ (77,8 %), матеріальне забезпечення персоналу – 20 територій (74,1 %). Позитивну оцінку дотриманню вимог інфекційного контролю у цілому дали фахівці 15 територій (55,6 %), а за наявності припливно-витяжної вентиляції – 9 (33,3 %), респіраторів із ХЕПА фільтром – 18 (66,7 %), достатньої кількості масок для хворих – 24 (88,9 %), закритих ламп УФО – 17 (63,0 %).

Розподіл потоків хворих на туберкульоз за стійкістю МБТ до ПТП позитивно оцінили фахівці 23 територій (85,2 %), проте деякі з них вказали на відсутність боксованих палат (Черкаська область), недосконалість розподілу потоків хворих (Миколаївська область), що не відповідає позитивній оцінці. Відсутність відділень для лікування хворих на ХРТ у Херсонській, Запорізькій та Тернопільській областях також не відповідає їх позитив-

¹ Особлива подяка фахівцям-фтизіатрам Дніпропетровської (Чабаненко О.Л.), Вінницької (Гончар Н.М.), Херсонської (Коваль Г.В.) областей за сумлінний підхід до надання докладної інформації та власні доречні коментарі, які допомогли у проведенні аналізу.

ній оцінці щодо розподілу потоків хворих, тому реальна позитивна оцінка – 66,7 % (18 територій).

Забезпеченість АТ ПТП II ряду є основною умовою лікування хворих на ХРТ, позитивно її оцінили фахівці 21 АТ (77,80 %). У 5 АТ (Вінницька, Львівська, Луганська, Херсонська області, м. Севастополь) постачання ПТП II ряду розпочалося з 2 півріччя 2012 р., що не дозволило призначити повноцінне лікування хворим на ХРТ.

2. *Стан організації лікування хворих на ХРТ на амбулаторному етапі (підтримуюча фаза).*

Амбулаторне лікування хворих на ХРТ (підтримуюча фаза) є другим етапом режиму лікування, тому оцінка умов його організації дуже важлива.

Відсоток хворих на ХРТ, які розпочали амбулаторне лікування, складав 85,9 від потреби. У 13 АТ цей відсоток був більшим, у 6 – меншим від середнього (найнижчі показники – 23,9–53,5), $P < 0,05$. Фахівці 16 АТ (59,3 %) оцінили даний показник позитивно.

Завершили амбулаторне лікування 54,7 % хворих; у 9 АТ показник виявився значно більшим, а у 5 – меншим від середнього (найменші показники відмічалися у Вінницькій, Львівській, Миколаївській областях – 13,5, 12,8, 13,3 %), $P < 0,05$. Фахівці 9 АТ (33,3 %) оцінили даний показник позитивно.

Щодо можливостей санаторної бази для проведення підтримуючої фази лікування хворих на туберкульоз (у тому числі ХРТ), встановлено, що загальна кількість санаторіїв в Україні становить 38 (у тому числі 25 територіальних та 13 підпорядкованих МОЗ України), санаторних ліжок – 2037, % хворих, які лікувались у санаторіях – 76,7 від потреби. Фахівці 16 АТ (59,3 %) не визначилися із потребою у кількості санаторіїв та ліжок. У 12 АТ (44,4 %) санаторії відсутні. Фахівці лише 4 АТ (14,8 %) оцінили санаторну базу позитивно за кількістю санаторіїв, 4 АТ (14,8 %) – за кількістю ліжок та 6 (22,2 %) – за ефективністю її використання (% від потреби). Фахівці Вінницької області відмітили, що санаторне лікування хворих на ХРТ здійснюється у місцевому санаторії, приміщення якого знаходяться в аварійному стані, тому лікуються лише хворі з соціальних груп ризику, які не мають можливості лікуватися вдома.

Однією із складових щодо лікування хворих на ХРТ є організація паліативного лікування. Фахівці лише 10 АТ (37,0 %) оцінили даний показник позитивно; у тому числі за кількістю хоспісів / хоспісних палат – 4 (14,8 %), за кількістю місць – 5 (18,5 %), за % хворих, які одержували паліативне лікування (від потреби) – 5 (18,5 %). У 13 АТ (48,1 %) паліативне лікування не застосовувалося. 16 АТ (59,3 %) не змогли визначитися з потребою (кількість хоспісів / хоспісних палат, місць та хворих, які потребують лікування). Фахівці Вінницької області відмітили, що хоспісне лікування проводиться у міжрайонних протитуберкульозних лікарнях, ліжка для цього не визначені та штати не передбачені. У цілому, оцінка паліативного лікування фахівцями АТ низька, а організація його, на їх переконання, потребує удосконалення.

% хворих на ХРТ, які отримали соціальну підтримку на амбулаторному етапі лікування, становить 39,4 від потреби. Позитивно її оцінили фахівці 6 АТ (22,2 %). Фахівці 12 АТ (44,4 %) вказали на відсутність соціальної

підтримки, більшість з них не змогли визначитися з потребою.

Застосовувалися такі види соціальної підтримки: харчові пайки, гігієнічні набори, матеріальна допомога, предмети першої необхідності (одяг, взуття), засоби медичного призначення, допомога психолога тощо. Джерела її фінансування: кошти місцевих бюджетів, Товариства Червоного Хреста, благодійного фонду “Розвиток України Рената Ахметова”, Глобального фонду по боротьбі із синдромом набутого імунodefіциту (СНІД), туберкульозом та малярією, благодійної організації щодо допомоги хворим, які живуть із вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ)/СНІДом (для хворих на ко-інфекцію туберкульоз (ТВ)/ВІЛ). Особливу увагу соціальній підтримці хворих на туберкульоз (у тому числі ХРТ) приділяли у Херсонській області, зокрема діяли: меморандум про взаємодію обласної державної адміністрації і обласної ради, програма “Зменшення тягаря туберкульозу в Україні шляхом зниження епідемії туберкульозу серед уразливих груп населення”, 2 проекти – «Соціальний супровід та формування прихильності до лікування туберкульозу» (створення робочих місця патронажних медичних сестер, волонтерів та психологів, контрольоване амбулаторне лікування, соціальний супровід) та “Звільненням із місць позбавлення волі хворим на туберкульоз надійну підтримку влади та громадськості” (контрольоване амбулаторне лікування, наданням матеріальної допомоги). Фахівці Вінницької області зазначили, що соціального супроводу на амбулаторному етапі лікування потребує 1/3 хворих на ХРТ, однак у кошторисах протитуберкульозних установ ці витрати не передбачені, а кошти місцевих бюджетів обмежені (за національною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2012 рр. саме з цих бюджетів мала надаватися соціальна підтримка).

Висновки

За експертною оцінкою фахівців-фтизіатрів АТ стан організації лікування хворих на ХРТ на сьогоднішній день є незадовільним за інфраструктурою, матеріально-технічним забезпеченням, умовами для санаторного, амбулаторного та паліативного лікування. На стаціонарному етапі лікування не достатній інфекційний контроль (не вистачає боксів, припливно-витяжних систем вентиляції, ламп УФО, масок, респіраторів, не завжди розподіляються потоки хворих за стійкістю МБТ до ПТП). Відмічається низька прихильність хворих до лікування, про що свідчить припинення інтенсивної фази лікування 34,6 % хворих. Незважаючи на потребу у примусовому лікуванні, таке лікування застосовується недостатньо, а організація його пов'язана з певними труднощами (недосконалість механізму залучення хворих, відсутність відділень закритого типу).

Розбіжності територіальних показників хірургічного лікування та невизначеність потреби у ньому для хворих на ХРТ, свідчить про необхідність розробки методичних документів щодо хірургічних втручань у хворих на ХРТ, чому має передувати аналіз досвіду кращих установ (Дніпропетровська, Київська, Одеська, Херсонська області), віддалених результатів та економічне обґрунтування.

Неефективно використовується санаторна база, у тому числі із-за відсутності методик розрахунку потреби у санаторіях та ліжках. Покращення організації санаторного лікування потребує: 1) об'єктивної оцінки теперішнього стану (інфраструктура, матеріально-технічне забезпечення, кадри, дотримання інфекційного контролю тощо); 2) визначення підходів до можливого використання санаторної бази з урахуванням чинних протоколів, стандартів та інше; 3) розрахунків щодо інфраструктури, матеріально-технічного та кадрового забезпечення виходячи із попередньо визначених потреб, 4) приведення санаторної бази у відповідність до сучасних вимог, чому має передувати розрахунок економічної доцільності інвестування у проект з огляду на очікувані результати. Використання санаторіїв для хворих на ХРТ може стати перспективним резервом покращення організації їх лікування, однак це вимагає вирішення низки правових, медичних, організаційних питань.

У більшості АТ соціальна підтримка хворих на ХРТ

не застосовується або оцінюється фахівцями незадовільно (не відповідає потребі). Оскільки соціальний супровід амбулаторного лікування хворих на ХРТ є важливим чинником їх заохочення (формування прихильності або мотивації) та резервом для підвищення ефективності лікування (за рахунок зменшення переривань), необхідно приділяти цій складовій організації лікування більшу увагу, запозичуючи досвід територій, у яких ця робота налагоджена краще, та залучаючи кошти благодійних фондів, ініціюючи створення спеціальних програм, проектів.

Слід відмітити, що фахівці-фтизіатри АТ не змогли визначитися із потребою щодо організаційного забезпечення різних етапів лікування за більшістю показників, які були запропоновані їм для експертної оцінки. Це вимагає розробки стандартних підходів до проведення розрахунків щодо територіальних потреб для забезпечення організації лікування хворих на ХРТ виходячи із базових або індикаторних показників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко, Ю. І. Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – Київ : Здоров'я, 2009. – 487 с.
2. Дискусійні питання організації лікування хворих на туберкульоз легень в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Журн. практичного лікаря. – 2009. – № 1. – С. 14–18.
3. Підходи до організації лікування хворих на туберкульоз легень в сучасних умовах [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Укр. пульмон. журн. – 2010. – № 4. – С. 5–7.
4. Проблеми організаційного забезпечення лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз [Текст] / І. М. Горбатюк [та ін.] // Укр. пульмон. журн. – 2007. – № 4. – С. 21–23.
5. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич – К.: Морион, 2000. – 320 с.

REFERENCES

1. Feshchenko Yul, Melnyk VM. *Organizatsiya likuvannya khvorykh na tuberkuloz* (Organization of treatment of TB patients). Kyiv: Zdorovya, 2009. 487 p.
2. Feshchenko Yul, et al. *Dyskusiyini pytannya organizatsiyi likuvannya khvorykh na tuberkuloz legeniv v Ukraini* (Discussion questions about the treatment of patients with pulmonary tuberculosis in Ukraine). *Zhurnal Praktychnogo Likarya*. 2009;No 1:14–18.
3. Feshchenko Yul, et al. *Pidkhody do organizatsiyi likuvannya khvorykh na tuberkuloz legen v suchasnykh umovakh* (The approaches to the organisation of treatment of patients with pulmonary tuberculosis in modern conditions). *Ukr. Pulmonol. Zurnal*. 2010;No 4:5–7.
4. Gorbatyuk IM, et al. *Problemy organizatsiyynogo zabezpechennya likuvannya khvorykh na khimiorезystentnyy tuberkuloz* (Problems of the care provision for patients with drug resistant tuberculosis). *Ukr. Pulmonol. Zurnal*. 2007;No 4:21–23.
5. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. *Statisticheskiye metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispolzovaniyem Exel* (Statistical methods using Exel in biomedical studies). K: Morion, 2000. 320 p.