

В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова**ПЕРСПЕКТИВИ НАДАННЯ ФТИЗІОХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ***ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

Ефективне лікування хворих на туберкульоз (ТБ) — це найважливіший елемент первинної профілактики захворювання, який забезпечує переривання передачі ланцюга туберкульозної інфекції.

Згідно з когортним аналізом за 2013 рік вкрай низькі результати лікування нових випадків туберкульозу легень з позитивним мазком і/або культурою: ефективність лікування не перевищує 67,6 % (індикатор ВООЗ — 85 %), померло 12,3 % хворих, невдале лікування — 11,3 %, перерване лікування — 6,0 % (індикатор ВООЗ — не більше 5 %). Результати лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз низькі, ефективного лікування досягають менше, ніж у половини хворих, значна частина помирає або перериває лікування.

Аналіз даних щодо виявлення ВДТБ легень показав, що показник виявлення за мазком і/або культурою з роками достовірно зріс до 61,3 %, але його рівень нижче індикатора ВООЗ — 70,0 %. Виявлення рецидивів легеневого ТБ з КСБ + за мазком складало 43,0–67,4 %, що нижче індикатора ВООЗ (70,0 %), а відсоток виявлення позалегенового ТБ серед всіх випадків ТБ I, II, III категорій складав 9,8 — 8,9, що нижче за індикатора ВООЗ (10 — 15 %). Кількість випадків ВІЛ/ТБ за період 2011–2014 рр. збільшилась на 21,3 % з 6296 осіб, в тому числі відмічалось збільшення кількості нових випадків ВІЛ з ТБ легень та кількості рецидивів на 19,0 — 18,5 % відповідно. Що стосується поєднання ВІЛ з ПЛТБ, то їх кількість зменшилась на 14,2 — 40,0 % відповідно. Аналіз використання методів дослідження у закладах охорони здоров'я України щодо виявлення хворих на туберкульоз показав, що за період трьох років (2012–2014 рр.) достовірно зменшилось їх використання на 16,9–47,0 %. Тільки профілактичні рентгенологічні обстеження збільшились на 11,0 %, але склали лише 33,3 %. Ці дані свідчать про те, що після виконання Загальнодержавної програми боротьби з ТБ 2007–2011 рр. ситуація з виявленням хворих на ТБ не поліпшилась, залишалась на рівні 60,0–67,0, що нижче 70,0 %, а виявлення хворих в лабораторіях загальнолікувальної мережі складало лише 1,1–1,6 %.

Захворюваність на ТБ та смертність від нього з роками зменшувалась та стабілізувалась, але залишається високою (з 59,5 у 2013 р. до 55,9 у 2015 р. та 12,2 до 10,8 на 100 тис. населення відповідно). Захворюваність на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ (Ко-інфекція) серед усього населення України за 2013–2015 роки залишалась стабільною при значенні середньоукраїнського показника (10,5–10,3 на 100 тис. населення). Показників епідемічної ситуації в країні є захворюваність на ТБ дітей. Захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед дітей віком 0–14 років включно за 2015 рік у порівнянні з аналогічним періодом 2014 року збільшилась з 7,4 до 8,6 на 100 тис. населення, тобто на 16,2 % (без

урахування тимчасово окупованих територій АР Крим та м. Севастополя).

Припрогнозуванні захворюваності та смертності від туберкульозу в Україні використали метод лінійних трендів за допомогою поліноміального двох ступеневого тренду. Встановлено, що при нинішній ситуації в 2025 році захворюваність на усі форми активного туберкульозу (на 100 тис. населення) в Україні може зрости до 100 на 100 тис. населення. Вірогідність такого розвитку досить висока ($R^2 = 0,98$). При щорічному зниженні показника смертності на 5,0 % від рівня 2015 р., смертність у 2025 році може знизитись до 10 на 100 тис. населення, хоча імовірність становить лише ($R^2 = 0,53$) за методом поліноміального двох ступеневого тренду.

При прогнозуванні епідемічної ситуації з туберкульозу на 2020 р. показано, що:

- при соціально-економічних умовах в Україні гірших, аніж сьогодні, і/або неприборканні епідемії ВІЛ-інфекції і/або росту хіміорезистентного ТБ, захворюваність туберкульозом через 10 років може збільшитися в 2 рази, а смертність — в 2,5 рази;

- при соціально-економічних умовах в країні таких же як сьогодні, при такому ж стані з хіміорезистентним ТБ та з епідемією ВІЛ/СНІДу, захворюваність і смертність від туберкульозу може хвилюподібно коливатися з повільною тенденцією до стабілізації та зменшення;

- при соціально-економічних умовах в Україні кращих, аніж сьогодні, і/або приборканні епідемії ВІЛ-інфекції та контролю за хіміорезистентним ТБ, захворюваність може зменшуватися на 5,0–7,0 % щороку, а смертність може зменшуватися на 10,0 % щороку.

Аналогічно від соціально-економічних умов і прогнозних показників буде потреба у наданні фтизіохірургічної допомоги населенню і у різних підходах до реформування протитуберкульозної служби.

На даний час проводиться реформування протитуберкульозної служби в Україні разом із загальною реформою охорони здоров'я, в основі якої пропонується реструктуризація ліжкового фонду у диспансерах і лікарнях, скорочення мережі туберкульозних санаторіїв, оптимізація кадрового потенціалу фтизіатричної служби та ін.

На тлі реформування протитуберкульозної служби кількість прооперованих хворих з приводу туберкульозу легень за 2013–2014 рр. зменшилась на 19,63 %, або з 1589 до 1277; з 2010 р. постійно зменшувалась кількість хірургічних втручань з приводу позалегенового туберкульозу і до 2014 р. вона зменшилась в 1,71 рази або з 1305 до 761 хірургічних операцій за період 2010–2012 рр., кількість всіх операцій з приводу туберкульозу за 2012–2014 рр. зменшилась на 26,40 %. Кількість всіх операцій з приводу туберкульозу збільшувалась з 2696 до 2769, або на 2,71 %, а за 2012–2014 рр. їх кількість зменшилась на 26,40 % (з 2769 до 2038). Якщо не брати до

уваги Луганську і Донецьку області через війну на цій території, то з приводу туберкульозу у Чернігівській області проведено 23 хірургічних втручання, у Рівненській — 24, у Черкаській — 26, тобто майже по одній операції на місяць. У 2014 р. з приводу туберкульозу легень виконано 1277 хірургічних втручання, при кількості робочих днів у — 251; це означає, що на всю країну проводилося 4,89, в середньому 5,0, торакальних втручання на день, бо $1277 / 251 = 4,89$.

Виникає риторичне запитання: яка буде кваліфікація хірурга, якщо він проводитиме одну операцію за місяць. Це підводить нас до думки, що слід реорганізувати фтизіохірургічні відділення та їх мережу залежно від їх навантаження, а для інтенсифікації їх роботи слід створити міжобласні фтизіохірургічні відділення. На базі нерентабельних і ліквідованих фтизіохірургічних відділень можна створити палату інтенсивної терапії і хірургічний кабінет для проведення біопсій, лікування емпієм плеври тощо. Окрім цього, математичне моделювання показало, що хірургічні втручання показані у 30,0 % хворих на мультирезистентний та розширенорезистентний туберкульоз (їх кількість ≈ 9000), і у 12,0 % хворих на рецидив туберкульозу (їх кількість — 5011) та у 40,0 % хворих на позалегеновий туберкульоз (їх кількість — 2637), в основному діагностичних біопсій та ін.

Однією з найвагоміших причин зменшення кількості операцій на легенях були соціально-економічна криза і збідніння населення України, недостатнє фінансування фтизіохірургічних відділень, а також психологічна нестабільність населення.

Підсумкова імовірна потреба у фтизіохірургічних втручаннях включає 5643 торакальних втручання для фтизіохірургічних хворих, у 2014 р. з приводу туберкульозу легень виконано 1277 хірургічних втручання, тобто на всю країну проводилося 4,89, в середньому 5,0, торакальних втручання на день, що свідчить про нераціональне використання фтизіохірургічного ліжкового фонду. Є області, де проведено 21 операцію за рік. Доведено, що розрахункова потреба у фтизіохірургічному лікуванні складає 8,4 % від кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. В Україні у 2015 р. є 23896 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, із них могло б бути прооперовано 8,4 %, тобто $23896 \times 8,4 / 100 \approx 2007$ торакальних втручання для хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, тобто 7,9 операцій у день на всю країну (у календарному році нараховується 251 робочий день).

В Україні нині проводять близько одного фтизіохірургічного втручання на тиждень, причому більшість нерезекційних операцій. Є області, де проведено 21 операцію за рік. Через те слід реорганізувати мережу фтизіохірургічних відділень залежно від їх навантаження, а для інтенсифікації їх роботи слід створити міжобласні фтизіохірургічні відділення. На базі нерентабельних і ліквідованих фтизіохірургічних відділень можна створити палату інтенсивної терапії і хірургічний кабінет для проведення біопсій, лікування емпієм плеври тощо. За умов передопераційної підготовки і післяопераційно-

го лікування у фтизіатричних відділеннях на одному фтизіохірургічному ліжку протягом року повинно лікуватися 10 оперованих хворих. Якщо фтизіохірургічне ліжко не виконує такого навантаження (10 оперованих/рік), то воно повинно бути скорочене.

Згідно Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» забороняється проводити хірургічні резекційні втручання хворим на МР ТБ у торакальних відділеннях без достатнього досвіду лікування таких хворих. Хірургічні втручання здійснюються переважно тільки у епідеміологічно безпечних випадках (туберкуломи, сановані каверни), поза увагою лишаються випадки туберкульозу із невдачею лікування та неприхильних до лікування хворих.

Взагалі кількість хворих на одне ліжко в рік за 2005–2014 р. складала 2,5–1,8 хворих, що свідчить про нераціональне використання ліжок для лікування хворих на ТБ. Це є вагомим аргументом на користь реструктуризації ліжкового фонду для хворих на туберкульоз.

На основі аналізу результатів опитування головних лікарів протитуберкульозних закладів показано, що необхідно зменшити кількість ліжок в протитуберкульозних закладах на 9,0 % у відділеннях легенево-терапевтичного профілю, на 18,5 % — у легенево-хірургічного профілю, на 22,6 % для позалегенового туберкульозу, на 40,0 % диференціально-діагностичних ліжок, на 17,0 % дитячих ліжок. Але необхідно збільшити у 3 рази кількість ліжок для примусового лікування. Кількість пролікованих фтизіохірургічних хворих на одну койку складала 5,25–5,54 на 1 ліжко. Ці дані узгоджуються з розрахунками необхідної кількості ліжок та підтверджує розрахункову потребу ліжок для фтизіохірургічного лікування. Крім того, відсутність соціальної підтримки хворих, недостатня кількість кабінетів для контрольованого лікування, недостатня кількість патронажних медичних сестер та волонтерів, низька оцінка інфекційного контролю в закладах, а головне низька оцінка забезпечення протитуберкульозними препаратами I та II ряду (від 10 до 180 днів перерви в забезпеченні протитуберкульозними препаратами) погіршує перспективу надання якісної медичної допомоги хворим на туберкульоз.

Таким чином, зараз вперше в Україні здійснюються системні кроки з реформування охорони здоров'я у форматі цілісної державної політики. На даний час фінансування медичної галузі та фтизіатричної служби розраховується на ліжко-день, а при низькому рівні фінансування в цілому нинішня система вимагає тримати непотрібні ліжка та забезпечувати їх роботу. Реформування надання хірургічної допомоги хворим на туберкульоз необхідно обґрунтувати та воно має йти паралельно з реформуванням охорони здоров'я в країні. Необхідно підвищити якість надання медичної допомоги хворим на туберкульоз за рахунок збільшення фінансування медичної галузі, доцільного скорочення ліжок, особливо фтизіохірургічних, своєчасного забезпечення протитуберкульозними препаратами та інших заходів, які існують в державній програмі боротьби з туберкульозом.