

Ю. І. Фещенко, Н. А. Литвиненко, М. В. Погребна, Ю. О. Сенько, Л. М. Процик
АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ: «ЗА» ТА «ПРОТИ»

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

На даний час в Україні стартувала реформа системи охорони здоров'я, що передбачає пацієнт-орієнтований підхід у лікуванні захворювань, у тому числі і туберкульозу. Що це означає, та яке відношення до цього має амбулаторне лікування хворих на туберкульоз?

З метою отримання відповіді на це запитання потрібно розуміти, що таке туберкульоз. Це інфекційне захворювання із повітряно-крапельним механізмом передачі, і найбільший ризик зараження має навіть не сам хворий на так звану «відкриту» форму туберкульозу, а повітря того приміщення, де він перебував. Знезаразити приміщення можна ефективною вентиляцією та ультрафіолетивим опроміненням. «Відкрита» форма — це така, коли хвора людина виділяє при кашлі з мокротинням в повітря мікобактерії туберкульозу (МБТ) що є для оточуючих епідеміологічною небезпекою, тоді у неї методом мікроскопії мазка виявляють МБТ (масивне бактеріовиділення). Найбільшу небезпеку такі люди становлять до встановлення діагнозу туберкульозу та на початку лікування [6]. Після проведення правильної діагностики сучасними мікробіологічними та молекулярно-генетичними методами, що є доступними зараз у нашій державі кожному пацієнту безкоштовно, через 2 тижні від початку лікування основна популяція мікобактерій гине та хвора на туберкульоз людина перестає бути небезпечною для оточуючих [5]. Звісно, бувають випадки, коли бактеріовиділення не припиняється швидко та може тривати декілька місяців (при запущених поширених туберкульозних змінах у легенях, особливо таких, коли лікування призначається не перший раз) [7].

Тут ще треба окремо сказати про наступний важливий факт: поки людина, хвора на туберкульоз, кашляє та виділяє з мокротинням МБТ, небезпеку вона становить у першу чергу саме для інших хворих на туберкульоз, особливо з іншими формами захворювання. Чому? Усі люди, хворі на туберкульоз, мають спадкову схильність до цього захворювання та/або дуже ослаблений імунітет (особисто кажучи, це і є дві основні причини, чому люди хворіють на дане захворювання). Тобто, при тривалому контакті хворі на більш легку форму туберкульозу (з чутливістю до усіх ПТП) можуть отримати «суперінфекцію» або повторне зараження більш важкою формою (резистентними до ПТП штамми МБТ інших хворих). І виходить, що така небезпека для хворих існує, як не дивно, саме в протитуберкульозних стаціонарах, де накопичуються хворі на туберкульоз із різними формами захворювання (різним профілем резистентності МБТ) [8].

Оптимальною профілактикою «суперінфекції» у стаціонарі є дотримання вимог інфекційного контролю: хворі з різними формами захворювання, що мають різний профіль резистентності МБТ, повинні госпіталізуватися у різні відділення із боксованими палатами. У палатах повинні знаходитись хворі з однаковим профілем

резистентності МБТ (і відповідно отримувати однакову схему хіміотерапії), та ще й приблизно з однаковим терміном від початку лікування. Найкращий варіант такого розподілу — одно- або двомісні палати. Не говорячи вже про те, що і самі стаціонари, і кожна палата повинні мати адекватну вентиляцію (приточно-витяжну) та сучасне УФО-опромінення, що є дуже коштовними як в установці, так і у подальшому обслуговуванні.

Треба також сказати, що один повний курс лікування, що призводить до повного вилікування від туберкульозу, триває від 6-ти до 20-ти місяців щоденного застосування декількох (від 4-х до 6-ти) протитуберкульозних препаратів (ПТП). Різні курси лікування призначаються при різних формах захворювання (для хворих з різним профілем резистентності). Лікування достатньо важке, оскільки може викликати побічні реакції різного ступеня проявів, що є однією з причин завчасного переривання хворими курсу лікування та формування у майбутньому хронічних невиліковних форм захворювання [9].

Не можна не сказати і про соціальну складову питання. В умовах погіршення якості життя та збідніння населення, збільшується кількість факторів, що знижують імунітет та є ризиковими до виникнення таких захворювань, як туберкульоз. Здоров'я не є пріоритетом у суспільстві, коли треба тяжкою працею заробляти на шматок хліба, а для отримання задоволення від життя грошей вистає, наприклад, лише на дешевий алкоголь.

Таким чином, ми маємо інфекційне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом, та з метою переривання епідеміологічного ланцюга поширення інфекції, потребує ізоляції хворого у протитуберкульозному стаціонарі на той момент, поки він є заразним (тобто поки кашляє та виділяє МБТ у мокротинні — виявлення методом мікроскопії мазка). У той же час ми знаємо, що при проведенні правильного лікування, така небезпека для оточуючих у більшості хворих зникає вже протягом першого місяця лікування, а загальна тривалість такого лікування — мінімум 6 місяців. Окрім того потрібно зважувати на те, що тривале перебування у стаціонарі може призвести до повторного зараження хворих новими, більш тяжкими формами туберкульозу. І при всьому цьому необхідно застосовувати принцип пацієнт-орієнтованого підходу: медичні послуги (діагностика, лікування та клініко-лабораторний моніторинг, необхідні інструментальні дослідження, консультації вузьких спеціалістів — усе це хворий має у повному обсязі отримувати там, ДЕ йому зручно). У яких моделях надання медичної допомоги це поєднати [10] ?

Виникає риторичне питання: де краще лікувати хворих на туберкульоз, амбулаторно чи в стаціонарі? Підсумовуючі інформацію про перебіг туберкульозу та його епідеміологічну небезпеку, та прикладаючи на пацієнт-орієнтований підхід виходить, що частка стаціо-

нарного лікування повинна бути невеликою: у першу чергу для хворих, що виділяють МБТ методом мікроскопії мазка, терміном від початку лікування та до того моменту, коли МБТ у мокротинні вже не буде визначатись. Тобто, основна роль протитуберкульозного стаціонару — епідеміологічна, для ізоляції бактеріовиділювачів та зменшення епідеміологічної загрози для населення. Але! У той же час стаціонарне лікування буде ефективним для хворих за умови створення відповідних заходів інфекційного контролю, що є дуже коштовними як для облаштування цих заходів, так і обслуговування.

Після припинення бактеріовиділення хворий повинен бути виписаний із стаціонару та продовжити лікування амбулаторно там, де йому зручно: у поліклініці за місцем проживання, у протитуберкульозному диспансері, на ФАПі, на дому, інше. Треба зауважити, що коли хворий вже не має епідеміологічної загрози, він може працювати, знаходитись у колективі. Єдиною умовою є щоденне лікування, що проводиться виключно під контролем за прийманням (проковтуванням) усіх таблеток хворим так званим куратором. Куратором може бути медсестра, соціальний працівник, довірена особа, тощо. Залежно від того, де відбувається факт приймання під наглядом куратора таблеток хворим, є різні моделі надання амбулаторної допомоги, що діляться на централізовані, децентралізовані та частково централізовані.

Централізовані моделі — коли хворі приходять щоденно для прийому таблеток у місце, визначене медичною службою (протитуберкульозний диспансер або протитуберкульозний кабінет у загальній лікувальній мережі), не залежно від віддаленості до місця проживання хворого. Куратором є медична сестра спеціального кабінету контрольованого лікування (ДОТ-кабінету) або медсестра протитуберкульозного кабінету. Такі моделі є зручними для фтизіатричної служби, оскільки хворий увесь час «перед очима», але у більшості випадків не є зручною для пацієнта (тобто не пацієнт-орієнтованою), тому що потребує прикладання щоденних зусиль для подолання відстані та прибуття за будь-яких обставин, у будь-яку погоду щоденно — у конкретне (часто віддалене) місце для отримання таблеток. І знову ж таки, віддаленість ДОТ-кабінету часто є причиною завчасного переривання лікування пацієнтами. Але, така модель повинна мати місце, бо частина хворих може жити або працювати біля протитуберкульозного диспансеру, або вибрати саме таку модель з інших причин, і тільки в такому випадку ця модель буде вважатись пацієнт-орієнтованою.

Децентралізовані моделі — коли хворі приходять щоденно для прийому таблеток у місце, зручне для них (поліклініка за місцем проживання, ФАП, центр ПМСД, інше) або куратор приносить таблетки хворому у те місце, де йому зручно (додому, у оговорене місце (наприклад, біля прохідної місця роботи)). Такі моделі є саме пацієнт-орієнтованими, тому що вони передбачають зручність у першу чергу для пацієнта. Обов'язок держави — забезпечити функціонування таких моделей. І це — саме складне питання. По-перше, потрібно навчити усіх учасників процесу командному підходу до ведення хворого, чітко окреслити ролі та обов'язки усіх членів команди, виділити на дану діяльність

необхідну кількість ресурсів. Головним у команді є районний фтизіатр. Саме до районного фтизіатра хворий потрапляє після виписки із стаціонару, або зразу розпочинає лікування під його наглядом (у разі, коли бактеріовиділення за мазком не було виявлено). Районний фтизіатр формує мультидисциплінарну команду (залежно від потреб пацієнта). З хворим районний фтизіатр оговорює, які моделі надання амбулаторної допомоги можливі в районі проживання хворого (перелік повинен бути повний), та хворий вибирає оптимальну для нього. У команду входить куратор ДОТ (отримує ПТП для хворого та щоденно здійснює контрольоване лікування, звітує районному фтизіатру; записує пацієнта на контрольні обстеження та з результатами направляє на огляд до районного фтизіатра), та в ідеалі — інші спеціалісти — сімейний лікар загальної мережі або фельдшер за місцем проживання (консультує хворого за потребою); соціальний працівник та соціальні організації (можуть бути одночасно і куратором ДОТ, за місцем проживання хворого надають послуги соціального супроводу); психолог; інфекціоніст; вузькі спеціалісти (за потребою); засоби масової інформації (сюжети для подолання стигми щодо туберкульозу), інше. З усіма закладами, де працюють члени команди, на рівні керівників установ повинні бути затверджені домовленості про співпрацю. Відповідальність за лікування хворого несе районний фтизіатр.

Частково централізовані моделі — коли модель у процесі лікування хворого змінюється (наприклад, від початку лікування стаціонар, із переходом на амбулаторне лікування в ДОТ кабінеті за місцем проживання).

Для пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом (МРТБ) існують наступні моделі надання медичної допомоги, в яких основний принцип вибору моделі лікування — епідеміологічний (наявність бактеріовиділення за мазком, посівом):

Модель 1 — стаціонарна. Спеціалізований стаціонар вузького профілю, стаціонар Центру СНІДу. Залежно від того, хто буде куратор контрольованого лікування (ДОТ), модель поділяється на:

- постова медична сестра або медсестра кабінету замісної підтримувальної терапії у закладі, де лікується хворий;

- соціальний працівник соціальної служби.

Модель 2– стаціонарна. Протитуберкульозний стаціонар.

Модель 3 — амбулаторна (коли проводиться доставка ПТП куратором ДОТ до місця проживання/перебування хворого — стаціонар на дому). Залежно від того, хто буде куратором ДОТ, модель поділяється на:

- куратором ДОТ є дільнична медсестра протитуберкульозного диспансеру (ПТД);

- куратором ДОТ є дільнична медсестра загальнолікарняної мережі (ЗЛМ) або фельдшер фельдшерсько-акушерського пункту (ФАП);

- куратором ДОТ є соціальний працівник соціальної служби;

- куратором ДОТ є довірена особа (член громади чи ін.).

Модель 4 — амбулаторна (коли хворий особисто приходить за ПТП в місце проведення ДОТ). Залежно від того, яке буде місце проведення ДОТ, моделі поділяються на:

- ДОТ-кабінет в ПДТ за місцем проживання;
- ДОТ-кабінет в ЗЛМ або кабінет фтизіатра при ЗЛМ;
- ФАП за місцем проживання;
- кабінети довіри соціальних служб, контрольовано-го лікування в неурядових організаціях;
- денний стаціонар при міських центральних районних лікарнях, Центрах первинної медико-санітарної допомоги.

Модель 5 — відео-ДОТ.

Лікуючий лікар пропонує пацієнту, які можливі варіанти моделей надання медичної допомоги у його випадку (у першу чергу залежно від наявності бактеріовиділення), пояснює принцип надання медичної допомоги при кожному варіанті. Пацієнт вибирає ту модель, яка його більше влаштовує. Потім лікуючий лікар відповідно до «загального маршруту пацієнта» складає індивідуальний для хворого «локальний маршрутний лист пацієнта», пояснює в деталях даний маршрут хворому (лікування, його забезпечення, моніторинг та ін.). «Локальний маршрутний лист пацієнта» зберігається у медичній документації хворого. У разі, якщо виникають обставини, котрі потребують зміни моделі надання медичної допомоги хворому на МРТБ, увесь алгоритм вибору оптимальної моделі лікування для хворого на МРТБ проводиться спочатку та заводиться новий «локальний маршрутний лист пацієнта».

Критерії для визначення моделі надання медичної допомоги хворому на МРТБ:

- наявність бактеріовиділення за мазком хоча б в одному аналізі з 2-х, зданих з інтервалом у 3-4 дні — основний фактор;
- загальний стан хворого на момент оцінки по туберкульозу, та/або його ускладнень, та/або супутньої патології (важкий, середньої важкості, відносно задовільний);
- переносимість протитуберкульозної терапії;
- ВІЛ-статус;
- зручність для пацієнта отримувати безперешкодно ДОТ відповідно до обраної моделі;
- готовність медичної служби на базі обраної моделі лікування забезпечити належну якість надання медичної допомоги (безперебійне постачання ПТП, повний доступ до моніторингових обстежень у процесі лікування, консультацій вузьких спеціалістів, доступ до ін'єкційного введення препаратів).

Показання до стаціонарного лікування у протитуберкульозний стаціонар відповідно до цих критеріїв наступні:

- у разі отримання позитивних результатів мокротиння за мазком на етапі виявлення або появи бактеріовиділення за мазком на амбулаторному етапі лікування (хоча б в одному аналізі з 2-х інтервалом у 3-4 дні) — до моменту отримання 2-х негативних аналізів мокротиння за 1 місяць з інтервалом у 3-4 дні;
- у разі виникнення виражених побічних реакцій, що потребують госпіталізації з метою їх усунення та моніторингу, для хворих з поширеним або деструктивним туберкульозом легень, не залежно від наявності бактеріовиділення — до моменту ліквідації виражених побічних реакцій;
- у разі важкого стану в процесі лікування у хворих на туберкульоз легень з поширеним або деструктивним

туберкульозом легень, без бактеріовиділення за мазком та/або посівом, що потребує дезінтоксикаційної та/або симптоматичної терапії (за основним захворюванням, його ускладненнями чи загостренням супутніх захворювань на фоні туберкульозу), у тому числі для хворих на ко-інфекцію туберкульоз-ВІЛ — до моменту покращання стану;

– у разі важкого стану від початку лікування у хворих на туберкульоз легень будь-якої поширеності, без бактеріовиділення за мазком, що потребує дезінтоксикаційної та/або симптоматичної терапії (за основним захворюванням, його ускладненнями чи загостренням супутніх захворювань на фоні туберкульозу), у тому числі для хворих на ко-інфекцію туберкульоз-ВІЛ - до моменту покращання стану.

Показання до стаціонарного лікування у спеціалізованих стаціонарах вузького профілю, стаціонарах Центрів СНІДу відповідно до цих критеріїв наступні:

– у першу чергу для хворих на ко-інфекцію туберкульоз-ВІЛ — з позалегеновим туберкульозом (ПЛ ТБ) як на початку лікування так і в процесі лікування; для хворих на генералізовані форми туберкульозу (при обмеженому туберкульозі легень без деструкцій та відсутності бактеріовиділення за мазком та посівом з інтервалом в 1 місяць в процесі лікування та при відсутності кашлю);

– у разі загального тяжкого стану з приводу полірезистентного туберкульозу (ПР ТБ), його ускладнень чи загостренням супутніх захворювань на фоні туберкульозу, що потребує дезінтоксикаційної та/або симптоматичної терапії;

– у разі виникнення виражених побічних реакцій з боку конкретних органів та систем, що потребують госпіталізації з метою застосування комплексної симптоматичної терапії та моніторингу.

Показання до амбулаторного лікування, коли хворий особисто приходить за ПТП до місця проведення ДОТ:

– у разі припинення на фоні лікування бактеріовиділення за мазком (у 2-х дослідженнях з інтервалом не менш ніж у 3-4 доби);

– у разі відсутності бактеріовиділення за мазком перед початком лікування та відсутності інших показань для стаціонарного лікування, починати лікування туберкульозу зразу в амбулаторних умовах;

– хворі на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, без бактеріовиділення за мазком та без виражених клінічних проявів

Показання до амбулаторного лікування, коли проводиться доставка до хворого ПТП куратором ДОТ (у вигляді стаціонару на дому) — у виключних випадках:

– у разі наявності бактеріовиділення за мазком та/або тяжкий стан хворого (за основним захворюванням, його ускладненнями чи загостренням супутніх захворювань на фоні туберкульозу), але хворий відмовляється від стаціонару (за умови дотримання вимог ІК вдома).

Показання до Відео-ДОТ:

- відсутність бактеріовиділення за мазком;
- наявність у хворого електронних засобів зв'язку та інтернету для проведення відео-ДОТ;
- добра прихильність до лікування;
- технічна можливість закладу забезпечити зв'язок із хворим.

І все це, що описано вище, повинно бути у ефективно працюючій системі надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, що дозволить досягати необхідного відсотка ефективного лікування.

Яка ж ситуація існує в Україні зараз? Існує велика розгалужена протитуберкульозна служба із великим ліжковим фондом протитуберкульозних стаціонарів у кожній області. Усі вони — не відповідають вимогам інфекційного контролю (тобто ризик «суперінфекції» серед хворих — дуже високий). У багатьох стаціонарах умови далекі до ідеальних, вимоги інфекційного контролю щодо розподілу хворих по відділеннях та палатах умовно виконуються, а от коштовних заходів — сучасної вентиляції та УФ-опромінювачів не вистачає. Хворі у стаціонарах у великому відсотку знаходяться не за показаннями, у багатьох випадках туберкульозні ліжка виконують соціальну функцію (хворі знаходяться у стаціонарі, тому що їм «нікуди піти та нема на що поїсти вдома»). І одно- та двомісних палат у відділеннях майже немає. Суспільство, ситуація щодо концентрації хворих на туберкульозних ліжках, начебто також влаштовує, оскільки «незручні» для сприйняття хворі на туберкульоз ізольовані, і не важливо, що вони не становлять небезпеки, що витрачаються на їх утримання у стаціонарах колосальні суми з Державного бюджету. Але! Чи може собі дозволити держава таку розкіш в умовах нестачі коштів? Один день лікування у стаціонарі в 2 рази дорожче, ніж лікування амбулаторно, навіть за умови забезпечення функціонування мультидисциплінарної команди та надання хворому соціального супроводу на амбулаторному етапі.

Після опису проблем стаціонарного лікування хворих на туберкульоз зразу виникає рішення: так давайте зараз ліквідуємо усі «погані» протитуберкульозні стаціонари та будемо лікувати хворих на туберкульоз переважно амбулаторно.

Але! Якість надання медичної допомоги на стаціонарному етапі недостатня, а на амбулаторному етапі — ще гірша або взагалі відсутня. Контрольоване лікування існує переважно тільки на папері. Система мультидисциплінарного підходу не розвинена, функціонують переважно централізовані моделі надання амбулаторної допомоги в протитуберкульозних диспансерах. Первинна ланка до лікування хворих на туберкульоз майже не залучена, не говорячи вже про соціальний супровід та інше. Пайки, компенсація проїзду надаються хворим фрагментарно, в рамках технічної підтримки міжнародних організацій, проектів або у окремих випадках — за рахунок місцевих бюджетів. Послуги щодо проведення моніторингу лікування (аналізи мокроти та рентген-діагностика) проводяться в основному на базі протитуберкульозних закладів, а не за місцем проживання, моніторинг побічних реакцій (клініко-лабораторний та інструментальний) — тим паче, та у більшості випадків — не в повному обсязі. Ось і виходить, що у стаціонарі хворий на туберкульоз може поїсти, отримати ліки під контролем, здати усі необхідні аналізи. А на амбулаторному етапі хворий навіть цих послуг не отримує. За результатами, як науково-операційного дослідження, проведеного ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НМАНУ», так і за результатами

оцінки стану щодо якості амбулаторного лікування хворих на туберкульоз проведеними різними міжнародними організаціями, зокрема проекту «ChallengeTB», що реалізується організацією PATH та фінансується агентством з міжнародного розвитку (USAID), отримано наступне: на момент виписки зі стаціонару бактеріовиділення припиняється у більшості хворих (тобто ці пацієнти є завідомо ефективними), а на момент завершення основного курсу, після тривалого лікування амбулаторно, ефективними залишається лише половина з них. У іншій половині або поновлюється бактеріовиділення та встановлюється результат «невдача лікування», або хворі з різних причин завчасно припиняють лікування з результатом «втрачений для подальшого спостереження».

Схожа ситуація спостерігається і у світі. Лікування МРТБ та РРТБ вимагає призначення тривалої і токсичної терапії у будь-якій країні світу.

Традиційна (централізована) модель догляду за хворими МРТБ включає госпіталізацію пацієнтів на час інтенсивної фази їх лікування (6-8 місяців), для забезпечення належного догляду, дотримання режиму лікування та обмеження передачі збудника. Проте, ця модель часто призводить до браку ліжок, затримки початку лікування для пацієнтів з МРТБ, до високої ймовірності передачі МР/РРТБ в медичних установах, вимагає високих витрат на госпіталізацію, а також в такій моделі відсутня соціальна підтримка хворих, які ізольовані від своїх родин під час лікування, і які можуть зіткнутися з фінансовими труднощами через тривалі перебування в лікарні.

Судячи по роботі, що щойно завершилася, 47-ої Всесвітньої конференції по здоров'ю легень в Ліверпулі, децентралізована модель лікування і догляд за хворими МРТБ, є кращою, ніж централізована, завдяки поліпшенню показників ефективності лікування, поліпшенню прихильності до лікування та зниження витрат пацієнтів і медичних служб [1].

Такі країни, як Свaziленд, Південна Африка, Уганда, Перу і Ефіопії поділилися своїм досвідом по децентралізації лікування туберкульозу.

В Ефіопії модель децентралізації амбулаторної медичної допомоги була введена в 2012 році. До 2012 року, країна мала обмежені можливості для діагностики та лікування туберкульозу. Країна мала тільки 2 стаціонари де можна було встановити діагноз та розпочати лікування, до яких пацієнти повинні були долати великі відстані (близько 800 км) тільки, щоб встановити діагноз. В процесі децентралізації кількість місць, де можна було розпочати лікування, збільшилось до 48 у 2016 року. Кількість пацієнтів на туберкульоз, що отримали лікування збільшилася до 9218 в 2016 році з 553 в 2012 році; а пацієнтів з МРТБ, збільшилася з 56 до 1005. Показник успішного лікування МРТБ збільшився з 59,0 % в 2011 році до 70,0% в 2016 р [2].

В Уганді з 2010 по 2015 рр. відбулося збільшення кількості апаратів для GeneXpert від 13 до 112, що дало можливість покращити ранню діагностику стійкості до рифампіцину, в результаті чого показник успішного лікування у пацієнтів з МРТБ змінився з 55,0 % до 80,0 %. В країні почала діяти децентралізована змішана модель лікування хворих з МРТБ, що збільшило доступність ліку-

вання, охоплення пацієнтів дозволило досягти оптимальних результатів у лікуванні [3].

Успіхи, які були досягнуті в Південній Африці при використанні орієнтованої на пацієнта децентралізованої моделі лікування туберкульозу, відбулися завдяки децентралізації послуг, розширенню доступу до послуг, скороченню часу до початку лікування, поліпшенню безперервності лікування та величезній економії витрат. Число місць, в яких можна було розпочати лікування, збільшилося з 17 у 2011 році до 648 в 2016 р. Крім того, було відзначено істотне поліпшення показників ефективності лікування в цей період — при МРТБ вона збільшилася з 40,0 % до 50,0 % і РРТБ з 25,0 % до 31,0 % [4].

У Свaziленді стає все більш поширеною модель децентралізації лікування на базі громад. В цих співтовариствах спостерігалися 50,0 % пацієнтів. Результати були вражаючі — вищий рівень успішного лікування 76,0 % в позалікарняній мережі проти 68,0 % при догляді в клініках; також визначено менше смертей на 15,0 % в позалікарняній мережі. Визначався низький рівень перерваного лікування завдяки використанню продуктивних пакетів, продовольчих ваучерів і компенсацій транспортних витрат. Вартість лікування на одного пацієнта при використанні децентралізованої моделі лікування за місцем проживання була дешевше на 355 \$ [1].

Досвід Перу, також, вказав на ряд переваг загальнонаціональної децентралізації лікування МРТБ на рівні первинної медико-санітарної допомоги. З 2012 року госпіталізацію на початку інтенсивної фази проводять тільки хворим на МРТБ з ускладненнями та хворим на РРТБ. Інші пацієнти лікуються в домашніх умовах із використанням відповідних заходів інфекційного контролю, під спостереженням за лікуванням медичної сестри для забезпечення ДОТ. В країні існує загальний доступ до експрес-тестування на МРТБ для всіх хворих на туберкульоз, а також соціального захисту за рахунок комплексного медичного страхування, що фінансується урядом Перу [1].

В Південній Африці, що займає третє місце в світі по захворюваності на туберкульоз, в декількох регіонах був розпочатий пілотний проект по децентралізації лікування пацієнтів, який привів до збільшення майже на 70,0 % числа пацієнтів, які розпочали лікування. Ця модель дозволяє пацієнтам отримати доступ до лікування туберкульозу майже за 30 днів раніше, ніж при централізованій системі та призводить до однакових показників ефективності лікування серед пацієнтів, які розпочали лікування в сільських клініках та тих, що лікувались за сотні кілометрів в спеціалізованих закладах [1].

За результатами дослідження, проведеного у

Філіппінах [12], велике значення для підвищення ефективності лікування є зменшення кількості відривів від лікування. Для цього спочатку потрібно вивчити причини їх виникнення. Факторами ризику щодо перерв лікування хворими на МРТБ є: більше, ніж 2 попередніх курси лікування, застосування під час лікування більше, ніж 5 ПТП, факт тимчасового переривання лікування протягом ІФХТ або ПФХТ (більше ніж 4 пропущених доз ПТП). Середній строк лікування до перерви у середньому становив 289 днів. На зменшення кількості перерв лікування хворими не вплинули наступні заходи: видача коштів на транспортні витрати, видача продуктивних наборів, безкоштовних сніданків, симптоматичних ліків, забезпечення стаціонарного лікування. Єдиною мірою, що дозволила зменшити кількість перерв лікування, стала децентралізація лікування (забезпечення лікування в медичних центрах біля місця проживання хворого).

Такий висновок підтверджений іншими результатами: стратегія децентралізації лікування скоротила відрив від лікування в 10 разів [12].

Повертаючись до проблем нашої країни, що ж робити? У стаціонарі лікувати тривалий час — погано, але амбулаторно — ще гірше?

Вихід один: у фтизіатричній службі дійсно настала нагальна потреба провести реформи. По-перше, гроші на фінансування повинні виділятися не на ліжко, а на пацієнта та «йти» за хворим. По-друге, дійсно, така велика кількість протитуберкульозних стаціонарів поганої якості — не потрібна, їх треба — частину ліквідувати, частину перепрофілювати. І по-третє, усі перелічені кроки потрібно здійснювати тільки після підсилення амбулаторного етапу лікування за рахунок переважного застосування децентралізованих амбулаторних моделей, основаних на пацієнт-орієнтованому підході, коли медичні послуги для хворого повинні бути як мінімум не гірші, ніж у стаціонарі.

Надання фінансової та технічної підтримки щодо розвитку та впровадження таких амбулаторних моделей пацієнт-орієнтованого підходу у хворих на самі тяжкі форми туберкульозу (що мають резистентність до основних протитуберкульозних препаратів) частково взяли на себе міжнародні донори, зокрема — проект «ChallengeTB». Тому є великі надії, що як мінімум в пілотних регіонах даного проекту вдасться досягти необхідної якості надання медичної допомоги на амбулаторному етапі. З боку держави гроші на відповідне підсилення амбулаторного етапу повинні виділятися у тому числі - з ліквідації протитуберкульозних стаціонарів, та залишатись у фтизіатрії, а не йти на «латання дірок» бюджету інших сфер медичної служби, як було раніше.

ЛІТЕРАТУРА

1. Isitworth while to decentralize drug-resistant TB services? 2016. URL : <https://www.citizennews.org> (дата звернення 18.04.2017 р.).
2. Ayele B. et al. Mixed ambulatory and in-patient treatment / Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2016. № 11. P. 29.
3. Mutesasira K. et al. Achieving rapid scale-up of MDR-TB treatment using a decentralised, mixed model of patient care in Uganda / Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2016. № 11. P. 30.
4. Ndjeka N., Integrated home-based treatment of MDR-TB: South Africa experience / Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2016. № 11. P. 30.
5. The use of molecular line probe assays for the detection of resistance to second-line anti-tuberculosis drugs. Policy guidance / WHO. Geneva: WHO, 2016. 42 p.
6. Active tuberculosis drug-safety monitoring and management (aDSM). Framework for implementation / WHO. Geneva: WHO, 2015. 20 p.
7. Global tuberculosis report 2015 / WHO. Geneva: WHO, 2015. 192 p.
8. Padayatchi N. et al. Lessons from a randomised clinical trial for multidrug-resistant tuberculosis / Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis. 2012. № 16(12). P. 1582–1587.
9. WHO Model List of Essential Medicines / WHO. Geneva: WHO, 2015. 43 p.
10. Lytvynenko N. et al. Management of multi- and extensively drug-resistant tuberculosis in Ukraine: how well are we doing? / Public Health Action. 2014. Vol. 4. № 2. P. 67–72.
11. Decentralizing TB services to improve access to treatment in Swaziland. 2015. URL : <https://www.usaidassissst.org> (дата звернення 18.04.2017 р.).
12. M. T. Gler et al. Impact of patient and program factors on default during treatment of multi-drug-resistant tuberculosis / The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2012. Vol. 16. N 7. P. 955–960