

**Н. А. Литвиненко, Н. В. Гранкіна,
Н. Є. Марченко, О. К. Протас, Н. В. Хохлова**
**ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ**

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»,
КЗ «ДОКЛПО «Фтизіатрія» ДОР
КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»
КЗ «Дніпропетровський протитуберкульозний диспансер» ДОР*

За епідеміологічними ознаками туберкульоз (ТБ) є інфекційним захворюванням із багаторічним періодом зростання захворюваності та повільними темпами її зниження. Рівень захворюваності на ТБ є індикаторним показником соціального благополуччя країни, а епідемічна ситуація з цієї хвороби суттєво залежить від соціально-економічних умов життя населення.

За даними ВООЗ, ТБ є медичною проблемою лише на 15 %, на 85 % — це проблема соціальна, економічна та політична. Тому стримати епідемію ТБ та досягти стабільного зниження захворюваності неможливо лише медичними заходами. Вплив соціально-демографічних факторів на формування груп ризику щодо захворюваності на ТБ значно більший, ніж при багатьох інших інфекційних захворюваннях.

Мета дослідження — визначити організаційні аспекти медико-соціального супроводу хворих на ТБ, які знаходяться на амбулаторному етапі лікування у закладах охорони здоров'я Дніпропетровській області.

Методи дослідження

Проводився ретроспективний статистичний аналіз даних медичної документації.

Результати

За період з 2008 — 2017 рр. в Дніпропетровській області питома вага непрацюючих працездатного віку серед хворих на ТБ складає в середньому 53,3 % (табл. 1).

Серед числа працюючих вперше захворілих на ТБ переважають працівники, які мають роботу, що пов'язана із психоемоційним та фізичним навантаженням, несприятливими умовами праці. У 85 % випадків хворі відмічали нерегулярне, незбалансоване та неякісне харчування.

За даними проведеного ретроспективного аналізу статистичної звітності за період з 2005–2015 рр. встановлено, що основна кількість захворілих на ТБ осіб були у віці від 22 років до 45 років (54 %).

За гендерним розподілом: переважно чоловіки — в середньому 65 % з числа захворілих на активний ТБ, жінок — 35 %.

За даними спостережень, простежується взаємозв'язок між впливом таких факторів, як втрата роботи, смерть близьких, зміна місця проживання, військові дії в зоні АТО, та інших факторів психоемоційного навантаження, на виникнення захворювання на ТБ.

Звертає на себе увагу той факт, що тільки 13 % хворих на вперше діагностований туберкульоз мають вищу освіту, а захворюваність серед самотніх чоловіків в 2,7–3,7 рази вища ніж серед одружених.

Таблиця 1

**Соціальна структура хворих на вперше виявлений
туберкульоз (Дніпропетровська область,
2008–2015 рр., %)**

Рік	Робітники	Службовці	Медичні працівники	Студенти	Учні	Непрацюючі працездатного віку	Пенсіонери	Особи, що повернулись з місць позбавлення волі	Особи без постійного місця проживання
2017	17,3	2,5	2,5	1,8	2,0	50,8	9,4	0,5	0,9
2016	13,0	2,0	1,7	1,3	1,8	57,0	7,0	0,3	1,5
2015	11,9	2,5	2,1	1,1	2,5	56,1	7,4	0,2	2,5
2014	15,7	3,3	1,5	1,1	1,8	55,8	9,3	0,5	2,8
2013	12,1	2,7	2,0	0,9	1,6	54,7	9,3	0,4	2,4
2012	8,7	4,3	1,5	1,1	1,5	55,2	7,8	0,4	1,7
2011	13,4	3,8	1,8	2,3	1,3	51,8	2,9	2,5	4,0
2010	9,1	4,4	1,6	2,5	1,7	53,9	8,1	0,1	1,0
2009	9,6	5,1	2,0	2,3	2,0	50,2	7,9	0,1	1,1
2008	11,9	4,9	2,4	2,3	2,6	49,2	8,2	0,1	0

У хворих на ТБ із резистентністю (мультирезистентний, розширена резистентність) переважно спостерігаються розповсюджені форми специфічного запалення легень (дисемінований, фіброзно-кавернозний тощо). Цю групу хворих переважно формують чоловіки — 75 %, середній вік хворих складає (40,7 ± 13,5) років.

За даними анонімного опитування серед 234 хворих на хіміорезистентні форми ТБ, що перебували на стаціонарному лікуванні у КЗ «Дніпропетровський протитуберкульозний диспансер» ДОР — 62 % осіб були незадоволені своєю роботою, 89 % відмічали постійний брак коштів на життєвонеобхідні речі, 51 % не відвідували установ культурно-масового сектору (виставки, музеї, концерти тощо) впродовж останніх 5 років, 42 % зловживають алкогольними напоями, 76 % палять, 49 % не цікавляться політичною ситуацією в країні та світі, 71 % не мали довгострокового повноцінного відпочинку протягом останніх 3 років.

Зважаючи на високу захворюваність на ТБ та поширення цього захворювання серед уразливих груп, в Дніпропетровській області постає проблема медико-соціальної і психологічної підтримки та соціальної реабілітації хворих на ТБ, як під час основного курсу хіміотерапії, так і по її завершенні.

Збільшення кількості хворих із соціально незахищених верств населення, осіб, які страждають на алкоголізм, наркоманію, зростання кількості ВІЛ-позитивних осіб, осіб без певного місця проживання, внутрішньо переміщених осіб з причини військового конфлікту на сході країни, осіб із нервово-психічними розладами, громадян похилого віку, осіб, звільнених з місць позбавлення волі, в тому числі за станом здоров'я з приводу ТБ, - все це призводить до погіршення епідемічної ситуації в Дніпропетровській області.

Суттєвою проблемою є те, що хворий на ТБ після завершення стаціонарного етапу лікування, потрапляє в умови "вигнання" та соціальної ізоляції. Зазначене є причиною того, що частина таких хворих повертається до стаціонару з більш тяжкими формами захворювання, із сформованою резистентністю до протитуберкульозних препаратів.

Саме тому, сучасна фтизіатрія орієнтована у напрямку проведення децентралізації та перерозподілу повноважень щодо здійснення соціальної підтримки хворим на ТБ з центрального державного рівня на рівень місцевих адміністрацій та громад.

Відповідно до статті 8 Закону України „Про протидію захворюванню на туберкульоз” на органи місцевого самоврядування покладено реалізацію функції щодо

Таблиця 2

Обсяги надання соціальної підтримки хворим на туберкульоз (Дніпропетровська область, 201–2015 рр.)

Рік	Загальна сума СП, (грн.)	Місцеві бюджети (грн.)	НУО (грн.)	Інші (грн.)	Кількість хворих, що отримали СП (грн.)	Кількість хворих, що потребували СП (грн.)	%
2017	2110125,58	899520,68	1201056,90	9548,00	2581	2974	86,8
2016	1820446,35	1011569,75	773176,60	35700,00	2447	3070	79,7
2015	1368625,56	710470,40	494431,16	135204,00	1880	2632	71,4
2014	998826,00	297396,63	553807,37	147622,00	2058	2449	84,0
2013	872812,91	22237,00	482760,91	167815,00	1992	2538	78,5
2012	445630,30	112585,77	233527,53	99517,00	1552	2219	69,9
2011	145057,00	133714,00	11343,00	0	1738	2855	60,8

забезпечення виконання передбачених законом заходів соціального захисту хворих на ТБ.

В Дніпропетровській області соціальна підтримка (СП) хворим на ТБ надається органами місцевого врядування та неурядовими організаціями. (табл. 2).

Незважаючи на щорічну динаміку зростання видатків на соціальну підтримку, на місцевому рівні виникають складнощі у частині якісної реалізації державної політики з питання протидії захворюванню на ТБ.

Причинами цього є низька обізнаність керівників місцевих адміністрацій з питань соціально значимих захворювань, відсутність єдиної нормативно-правової бази щодо надання медико-соціальної допомоги хворим на ТБ, недостатній рівень фінансування, неякісне інформування населення щодо профілактики ТБ, а також стигматизація хворих з ТБ.

Значним ресурсом щодо реалізації державної політики з питань протидії туберкульозу є співпраця з неурядовими громадськими організаціями (НГО) та підтримка, що надається міжнародними донорами, зокрема у частині соціальної підтримки хворих на туберкульоз під час амбулаторної фази лікування.

У Дніпропетровській області є багаторічний досвід успішної співпраці із Товариством Червоний Хрест в Україні (ТЧХУ) у сфері здійснення медико-соціального супроводу хворих на туберкульоз під час підтримуючої фази основного курсу хіміотерапії на амбулаторному етапі лікування.

За спостереженням, ефективність лікування під час здійснення медико-соціального супроводу хворих на туберкульоз (видача харчових та гігієнічних наборів, щоденний контроль прийому препаратів тощо) серед хворих, які отримували послуги супроводу на 15,9 % вища у порівнянні із хворими, що лікувались без соціального супроводу. Кількість хворих, що перервали лікування туберкульозу під час амбулаторного етапу у 5,9 разів нижча (табл. 3).

Таблиця 3

Ефективність лікування у хворих 1-3 категорій під час підтримуючої фази основного курсу хіміотерапії на амбулаторному етапі лікування (Дніпропетровська область, 2011-2012 рр.)

Результат лікування	Хворі на туберкульоз 1-3 категорій, що перебували під медико-соціальним супроводом НУО		Хворі на туберкульоз 1-3 категорій, що не отримували соціальної підтримки від НУО	
	Абс. пок.	%	Абс. пок.	%
Ефективне лікування (вилікувані та лікування завершене)	192	85,7%	125	69,8%
Невдача лікування	11	4,9%	15	8,4%
Невдача лікування — перевід в 4 категорію (визначення хіміорезистентності)	9	4,0 %	6	3,4%
Перерване лікування	4	1,8%	21	11,7%
Летальний наслідок (в тому числі від іншої причини)	7	3,1%	10	5,6%
Переведений	1	0,4%	1	0,6%
Діагноз туберкульозу скасовано	0	0	1	0,6%
Всього	224		179	

Однією з принципово важливих умов впровадження якісних протитуберкульозних заходів, ефективної реалізації державної політики в сфері протидії ТБ у Дніпропетровській області визначено забезпечення скоординованої роботи закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги, підвищення впливу місцевих адміністрації посередництвом координаційних рад на профілактичні заходи та формування обізнаності громад щодо ведення здорового способу життя.

Разом з цим, в Дніпропетровському регіоні ведеться активна робота у напрямку залучення до соціального супроводу хворих на ТБ, міжнародних донорів через організації громадського суспільства області.

Висновки

Високий рівень захворюваності на ТБ, недостатні обсяги медико-соціальної та психологічної підтримки, яка надається хворим на ТБ, потребує більш детального підходу та розробки на національному рівні єдиних нормативних актів щодо стандартів надання медико-соціальних послуг.

Необхідно удосконалення механізмів надання медико-соціального супроводу та його впровадження на рівні місцевих громад. Значним ресурсом у цій діяльності є співпраця з неурядовими громадськими організаціями.

Зазначене дасть змогу підвищити ефективність лікування хворих на туберкульоз, у тому числі із соціально-незахищених груп населення.