

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
“НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ІМЕНІ Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО АМН УКРАЇНИ”

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**
(методичні рекомендації)

Київ – 2009

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
“НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ІМЕНІ Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО АМН УКРАЇНИ”

“УЗГОДЖЕНО”
В. о. начальника
лікувально-організаційного
управління АМН України

“УЗГОДЖЕНО”
Директор
Департаменту розвитку медичної допомоги
МОЗ України

_____ О. О. Петриченко
“ ___ ” _____ 2009 .

_____ М. П. Жданова
“ ___ ” _____ 2009.

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ**
(методичні рекомендації)

Заклад-розробник:

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”

Укладачі:

Фещенко Юрій Іванович – директор Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, академік АМН України, д-р м. н., професор, (044) 275–04–02.

Мельник Василь Михайлович – завідувач відділом епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, д-р м. н., професор, (044) 273–32–84;

Новожилова Ірина Олексіївна – старший науковий співробітник Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, к. м. н., (044) 275–41–22;

Матусевич Валентина Георгіївна – старший науковий співробітник Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, к. м. н., (044) 275–41–22;

Юхимець Володимир Олексійович – вчений секретар Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, д-р м. н., (044) 275–54–88;

Сметаніна Оксана Ростиславівна – завідувачка організаційно-методичним відділенням Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, (044) 275–40–11;

Ареф’єва Людмила Вікторівна – старший науковий співробітник Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, (044) 275–40–11;

Антоненко Лариса Федорівна – старший науковий співробітник Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, (044) 275–41–22;

Приходько Алла Миколаївна – молодший науковий співробітник Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, (044) 275–40–11;

Бушура Ірина Валеріївна – молодший науковий співробітник Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, (044) 275–40–11;

Нікіфорова Людмила Григорівна – інженер Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, (044) 275–41–22.

Рецензенти:

Бялик Й.Б. – головний науковий співробітник відділення фтизіатрії Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, д-р м. н., професор;

М’ясніков В.Г. – професор кафедри фтизіатрії та пульмонології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д-р м. н., професор.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України – академік АМН України, доктор медичних наук, професор Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії – доктор медичних наук, професор В. М. Мельник

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АМБТ	– антимікобактеріальна терапія,
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини,
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я,
ЗЛМ	– загальна лікувальна мережа,
П. І. Б	– прізвище, ім'я, по-батькові,
ПТД	– протитуберкульозний диспансер,
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту,
ТБ	– туберкульоз,
ФАП	– фельдшерсько-акушерський пункт,
ЦЛКК	– центральна лікарська консультативна комісія,
DOT	– Directly Observed Therapy (лікування під безпосереднім спостереженням),
DOTS (ДОТС)	– Directly Observed Treatment short-cours (пряме контрольоване лікування під безпосереднім контролем).

ЗМІСТ

	С.
ВСТУП.....	6
1 МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ НАДАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ	6
2 ПРИЧИНИ НЕЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ОРГАНІЗАЦІЄЮ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	9
3 МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАПЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	9
4 ОБЛІК РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ОЦІНКА ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ	11
5 ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	13
РЕЗЮМЕ	19
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	20

ВСТУП

Однією з провідних задач фтизіатричної служби є організація лікування хворих на туберкульоз. На результативність лікування впливає безліч як медичних, так й соціальних чинників. Удосконалення системи заходів, які скеровані навилікування хворих на туберкульоз, слід вважати одним із важливіших умов для покращання епідемічної ситуації та скорочення джерел туберкульозної інфекції.

У даних методичних рекомендаціях запропонована удосконалена система організації лікування хворих на туберкульоз, яка базується на міжнародних стандартах надання протитуберкульозної допомоги, зокрема детально викладена методика розрахунку потреби та забезпечення постійного запасу препаратів та методика безпосереднього контрольованого лікування.

1 МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ НАДАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ

Основні принципи організації лікування туберкульозу в сучасних епідемічних умовах базуються на Міжнародних стандартах надання протитуберкульозної допомоги. Ці стандарти являють собою прийняті в міжнародній практиці рівні надання медичної допомоги, якими повинні керуватися медичні працівники державних та приватних установ охорони здоров'я при роботі з пацієнтами, які хворі на туберкульоз або з підозрою на туберкульоз. Стандарти не призначені для заміни існуючих місцевих нормативних документів та сформульовані таким чином, щоб враховувати місцеву специфіку надання протитуберкульозної допомоги. Стандарти слід розглядати в якості оперативного документу, котрий переглядається по мірі розвитку технологій, збільшення ресурсів та зміни епідемічної ситуації. Зокрема, стандарти, які стосуються лікування хворих на туберкульоз, передбачають наступне.

По-перше, кожен медичний працівник, який надає лікувальну допомогу хворому на туберкульоз, приймає на себе важливу функцію та відповідальність з позицій суспільної охорони здоров'я. Реалізуючи цю функцію медичний працівник зобов'язаний призначати відповідний режим лікування та здійснювати необхідний контроль за його дотриманням хворим, втручаючись у випадку його порушення. Це допоможе забезпечити дотримання призначеного режиму аж до завершення курсу лікування.

По-друге, всі хворі (у тому числі, на ВІЛ – інфекцію), раніше неліковані від туберкульозу, повинні пройти прийняті в міжнародній практиці курси лікування препаратами першого ряду. На початковому етапі лікування проводиться двомісячний курс

хіміотерапії з застосуванням ізоніазиду, рифампіцину, піразинаміду та етамбутолу. На етапі продовження лікування бажано застосовувати ізоніазид та рифампіцин протягом 4-х місяців. В якості альтернативного підходу на етапі продовження лікування можна застосовувати ізоніазид у комбінації з етамбутолом протягом 6 місяців, якщо не можливо проконтролювати дотримання хворим призначеного режиму при високому ризику невдалого лікування або рецидиву, особливо, якщо хворий ВІЛ – інфікований.

Дози протитуберкульозних препаратів також повинні відповідати міжнародним рекомендаціям. Рекомендовано застосовувати форсовані дози двох (ізоніазид та рифампіцин), трьох (ізоніазид, рифампіцин та піразинамід) або чотирьох (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід та етамбутол) препаратів, особливо, якщо не можливо проконтролювати їх біозасвоєння.

По-третє, щоб стимулювати та контролювати дотримання хворими призначених режимів лікування, необхідно застосовувати підходи, які враховують вікові, статеві особливості пацієнта, які ґрунтуються на взаємній повазі між пацієнтом та лікуючим лікарем. Контроль та підтримка з урахуванням вікових та статевих особливостей хворих повинні розповсюджуватися на всі лікувальні заходи та допоміжні служби та містити такі елементи, як консультування пацієнтів та інформаційно-просвітня робота. Ключовий компонент лікування, орієнтованого на пацієнта, містить забезпечення заходів щодо оцінки та стимулювання дотримання хворими призначеного режиму лікування, а також втручання у випадках порушення хворим цього режиму. Ці заходи повинні бути прийнятними як для пацієнта, так й для лікуючого лікаря. Крім того, ці міри повинні включати спостереження за прийомом кожної дози протитуберкульозних препаратів хворим (лікування під безпосереднім спостереженням або DOT), яке проводиться особою, яка користується довірою з боку лікуючого лікаря та пацієнта й підзвітне органам охорони здоров'я.

По-четверте, у всіх пацієнтів необхідно проводити моніторинг ефективності лікування, який у хворих легенеvim туберкульозом краще всього здійснювати за результатами мікроскопії (дві проби) в строки (не рідше): завершення початкового етапу лікування (через два місяці від початку лікування) , через п'ять місяців лікування та в кінці курсу лікування. Хворі, у яких одержано позитивні результати мікроскопії мокротиння на п'ятому місяці лікування, відносяться до категорії пацієнтів з невдалим завершенням лікування. Лікування таких хворих необхідно відповідним чином скорегувати. Ефективність лікування у хворих з позалегевим туберкульозом та у дітей краще всього оцінювати за клінічними симптомами. Контрольні рентгенологічні обстеження, як правило, не є необхідністю та можуть ввести в оману.

По-п'яте, для всіх пацієнтів необхідно вести суворий облік препаратів, які застосовуються, результатів бактеріологічних досліджень та наявності побічних ефектів протитуберкульозних препаратів.

По-шосте, в регіонах з високою розповсюдженістю ВІЛ – інфекції серед населення можливо збільшення частоти випадків сполучення туберкульозу та ВІЛ – інфекції, тому в таких регіонах необхідно проводити консультування на ВІЛ – інфекцію всіх хворих на туберкульоз під час проходження курсу лікування. В регіонах з низькою розповсюдженістю ВІЛ – інфекції слід проводити консультування та обстеження хворих на ВІЛ у випадках появи в них симптомів, які характерні для ВІЛ – інфекції, а також у випадках наявності контакту хворого на туберкульоз з ВІЛ – інфікованими особами.

По-сьоме, у всіх випадках туберкульозу з супутньою ВІЛ – інфекцією слід оцінювати доцільність застосування антиретровірусної терапії. Всім хворим, у яких є відповідні покази, слід забезпечити доступ до антиретровірусної терапії. Враховуючи труднощі, які пов'язані з одночасним застосуванням протитуберкульозної та антиретровірусної терапії, необхідні консультації зі спеціалістами, перш аніж призначити одночасне лікування туберкульозу та ВІЛ – інфекції незалежно від того, яке з цих захворювань було першим. У будь-якому випадку лікування туберкульозу не слід відкладати на більш пізні строки. Хворим на туберкульоз із супутньою ВІЛ – інфекцією слід також призначати ко-тримоксазол для профілактики інших інфекцій.

По-восьме, у всіх випадках лікування хворих на туберкульоз важливо оцінювати ймовірність лікарської стійкості збудника, виходячи з результатів попереднього лікування, його контактів з джерелом лікарсько-стійких штамів мікобактерій туберкульозу та ступеню розповсюдженості лікарської стійкості серед населення даного регіону. Дослідження на лікарську стійкість збудника слід проводити у всіх випадках невдалого завершення лікування та у хронічних хворих. У пацієнтів з підозрою на наявність лікарської стійкості збудника необхідно терміново провести культуральне дослідження та тести на чутливість виділених штамів до ізоніазиду, рифампіцину та етамбутолу.

По-дев'яте, у відношенні хворих з лікарсько-стійким туберкульозом (в особливості, множинною лікарською стійкістю) слід удаватися до спеціальних режимів лікування з застосуванням протитуберкульозних препаратів другого ряду. Необхідно застосовувати, по крайній мірі, чотири препарати, до яких є підтверджена або здогадна чутливість збудника, а курс лікування повинен продовжуватися не менш аніж 18 місяців. Для забезпечення дотримання хворими призначеного режиму лікування важливо спиратися на методи, які орієнтовані на пацієнта. Необхідно також проконсультуватися з лікарем, який має досвід лікування хворих на туберкульоз із множинною лікарською стійкістю.

2 ПРИЧИНИ НЕЕФЕКТИВНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Основними причинами неефективності організації лікування хворих на туберкульоз в сучасних умовах України є:

- нестача кадрового потенціалу для організації амбулаторного лікування;
- відсутність структурної перебудови протитуберкульозної служби;
- недостатність кабінетів для контрольованого лікування;
- хиби тендерних закупівель АМБТ, що призводять до перерв у забезпеченні препаратами;
- недостатня співпраця “лікаря-хворого” і мотивація хворого, що призводить до значного відсотку перерваного лікування;
- недотримання стандартів лікування і розвиток хіміорезистентного туберкульозу;
- відсутність координації протитуберкульозної служби із загальною медичною мережею та центрами профілактики та боротьби зі СНІДом.
- незадовільна система проведення контрольованого лікування в стаціонарах та амбулаторно;
- відсутність зовнішнього і внутрішнього контролю якості лікування хворих на туберкульоз;
- відсутність формування у хворих мотивації до лікування (співпраця з психологами, священнослужителями, працівниками громадських організацій; відсутня або недостатня соціальна підтримка хворих на амбулаторному етапі лікування тощо);
- нераціональний моніторинг в процесі лікування;
- хиби лабораторної діагностики та бактеріологічного моніторингу в процесі лікування через нестачу кадрового потенціалу бактеріологічних лабораторій, недостатнє їх матеріально-технічне забезпечення та недотримання стандартів і контролю за бактеріологічними дослідженнями.

3 МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАПЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Розвиток епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу напряму пов'язаний з можливостями фтизіатричної служби здійснювати ефективні протитуберкульозні заходи в

найбільш повному обсязі. Тому, важливо знати, наскільки ресурси служби відповідають поставленим перед ними завданням.

Розрахунок потреби та забезпечення постійного запасу препаратів та інших матеріалів.

– Лікування та профілактика туберкульозу потребують лікувальних препаратів, медичних та лабораторних витратних матеріалів. Однією із важливіших задач фтизіатра є перевірка наявності відповідного запасу препаратів та інших витратних матеріалів у диспансері, у всіх лікарнях, амбулаторіях та клініко-діагностичних лабораторіях. До необхідних препаратів та медичних матеріалів відносяться: лікарські препарати для лікування туберкульозу, лікарські препарати для лікування та профілактики небажаних побічних ефектів протитуберкульозних препаратів, патогенетичної терапії туберкульозу, лікування супутніх захворювань; супутні витратні матеріали, такі як шприці та голки; флакони для збирання мокротиння та предметні скла; реактиви та різні матеріали, які використовуються в клініко-діагностичній лабораторії; бланки обліково-звітних форм.

– Протягом 1-го тижня кожного кварталу слід підраховувати число таблеток або флаконів препаратів, які необхідні на квартал. Підрахунок виконують у 5 етапів: а) необхідно визначити приблизне число зареєстрованих хворих кожного режиму хіміотерапії; б) необхідно визначити приблизне число таблеток або флаконів кожного препарату, яке необхідне для лікування одного хворого з урахуванням режиму; в) необхідно визначити число таблеток або флаконів кожного препарату, яке необхідне для лікування хворих протягом кварталу за всіма режимами хіміотерапії; г) необхідно передбачити потребу в резервному запасі; д) необхідно врахувати число таблеток або флаконів кожного препарату, які знаходяться в даний момент на складі. Під час кураторських візитів слід перевірити наявність достатньої кількості протитуберкульозних препаратів для хворих, які одержують хіміотерапію в медичній установі. Бажано завжди враховувати необхідність підтримки 6-місячного резервного запасу.

– Протягом першого тижня кожного кварталу слід підрахувати число шприців та голок, яке необхідне для проведення ін'єкцій стрептоміцину в поточному кварталі. Для підрахунку слід виконати 4 дії: а) визначити число хворих, які зареєстровані за режимами 1 (які одержують стрептоміцин) та 2 А в минулому кварталі; б) помножити число, яке одержано в дії 1, на кількість шприців та голок, необхідних одному хворому; в) передбачити потребу в резервному запасі; г) підрахувати число шприців та голок, які є в даний момент в запасі.

– Під час контрольних візитів бажано перевірити наявність достатнього числа шприців та голок, щоб забезпечувати потреби медичної установи до кінця кварталу при підтримки відповідного резервного запасу.

– Протягом першого тижня кожного кварталу підраховують число флаконів для мокротиння, які знадобляться вашому району в наступному кварталі. Для підрахунку виконують 5 дій: а) визначають число вперше виявлених хворих та хворих з рецидивами туберкульозу легень із позитивним результатом мікроскопії, які зареєстровані та проходили лікування в минулому кварталі; б) визначають кількість флаконів для збору мокротиння, яка потрібна для виявлення; в) визначають кількість флаконів для збору мокротиння, яка потрібна для контролю лікування; г) складають обидва числа; д) враховують флакони для мокротиння, які є даний момент в запасі.

– Фтизіатр повинен визначати число бланків обліково-звітних форм, яке буде потрібне району в кожному році.

– Протягом 1-го тижня фтизіатр повинен підрахувати число бланків обліково-звітних форм, яке буде потрібне району поточного року. Для цього необхідно виконати три дії: а) визначити число бланків обліково-звітних форм, яке буде потрібно вашому району цього року; б) додати зверху того 20,0 % від необхідного числа, беручи до уваги можливість росту захворюваності в районі або втрату бланків; в) врахувати число бланків обліково-звітних форм, яке знаходиться в запасі.

4 ОБЛІК РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ОЦІНКА ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ

Контроль лікування є одним із важливих компонентів ефективної боротьби з туберкульозом. Контроль лікування дозволяє оцінити: ефективність лікувальних заходів, зміни в масивності бактеріовиділення у хворого, час, який необхідний для досягнення позитивного результату та завершення хіміотерапії. Контроль результатів лікування базується на результатах комплексного клінічного, клініко-лабораторного, мікробіологічного та рентгенологічного обстеження хворого на туберкульоз. Лікар-фтизіатр повинен правильно організувати контроль лікування, за необхідністю залучаючи до цього процесу медичних працівників загальної лікувальної мережі (ЗЛМ). Успішний контроль лікування не можливий без формування у хворого на туберкульоз стійкої мотивації довилікування та здатності до самоконтролю в процесі хіміотерапії.

Існуюча в Україні мережа протитуберкульозних лікувальних закладів дозволяє у більшості хворих на туберкульоз проводити *інтенсивну фазу* хіміотерапії в умовах стаціонару. При цьому контроль за виконанням призначень лікаря (в тому числі проковтування таблеток хворим) здійснюють лікар-фтизіатр або медсестра протитуберкульозного стаціонару (контрольована хіміотерапія). Під час *фази продовження*

хіміотерапії її контроль можна проводити в стаціонарах або поліклінічних відділеннях протитуберкульозних установ. Разом із тим з урахуванням місцевих умов при організаційній неможливості безпосереднього контролю хіміотерапії лікарем-фтизіатром призначене ним лікування проводять в установах ЗЛМ: поліклініці, денному стаціонарі, фельдшерсько-акушерському пункті (ФАП) тощо. У цьому випадку контроль за виконанням усіх призначень фтизіатра (у тому числі проковтуванням таблеток хворими) безпосередньо здійснюють лікарі та медичні працівники ЗЛМ.

Щоб забезпечити необхідну оцінку ситуації щодо лікування та формувати управлінські рішення, моніторинг лікування повинен відображати наступну інформацію.

- **Адекватність хіміотерапії (доз та режимів).** Призначення необхідного числа препаратів та їх дозувань у відповідності до важкості захворювання або групи хворого, яка визначається за попередньою історією лікування (вперше виявлений хворий, рецидив тощо) – важливий елемент успіху лікування та попередження невдачі терапії та формування лікарської стійкості. Введення стандартизованих режимів дало підставу для зниження помилок у призначенні режимів та дозувань.
- **Контроль прийому препаратів.** Контрольований прийом препаратів – гарантія виконання призначень лікаря, тому цей елемент також потребує оцінки. Відомості, що відображають наявність проблем у здійсненні ефективного курсу лікування.
- **Охоплення лікуванням хворих на туберкульоз.** Безумовно, однією з серйозних проблем є первісна відмова хворих від лікування, або, неможливість проведення лікування. Частка хворих, особливо, вперше виявлених та рецидивів, які не охоплені лікуванням – важливий прогностичний показник розвитку ситуації щодо туберкульозу в регіоні.
- **Тривалість лікування.** Доведення призначеного курсу до кінця (одержання всіх доз в інтенсивній та підтримуючій фазах), також було й є ще серйозною проблемою організації лікування.
- **Безперервність лікування.** Однією із найсерйозніших проблем, які впливають на ефективність лікування, є прихильність пацієнта до лікування (мотивація хворого на туберкульоз до виліковування) або виконання ними призначень лікаря. Оцінка перерв курсу терапії – важливіший елемент моніторингу лікування, який потребує постійного контролю та оцінки.
- **Спадкоємність лікування.** Курс лікування організується, проводиться та контролюється, як правило, декількома установами – стаціонаром, поліклінікою, диспансером тощо. Крім того, хворі на туберкульоз можуть переводитися для продовження лікування в аналогічні установи іншої території або іншого відомства

(наприклад, переводитися з лікувальної установи цивільної системи в пенітенціарну або навпаки). У цих випадках дуже важливо оцінити та контролювати факт продовження лікування та його спадкоємності при зміні лікувальної установи.

- **Проміжна та прикінцева оцінка результатів лікування.** Підсумок усілякого окремого курсу терапії або курсу лікування, наприклад, припинення бактеріовиділення в кінці інтенсивної фази. Це може бути необхідним для своєчасної корекції курсу або використовуваних підходів до організації лікування в регіоні (установі).

Індикатори ефективності лікування, які реалізувалися в Україні до 2007 року задовольняли лише частині описаних вище задач. Перш за все, вони практично не відображали ефективність окремих призначених курсів терапії, а із необхідної інформації щодо моніторингу лікування давали лише проміжну та прикінцеву, причому іноді, інтегральну оцінку ефективності лікування. Розглядалися чотири показники: припинення бактеріовиділення у вперше виявлених хворих, загоєння порожнин розпаду у вперше виявлених хворих, клінічне вилікування, припинення бактеріовиділення.

З метою вдосконалення системи епідемічного моніторингу та контролю за лікуванням хворих на туберкульоз, забезпечення зіставлення української реєстрації хворих на туберкульоз та оцінки ефективності лікування з міжнародними показниками наказом № 693 від 08.12.2005 р. “Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення” введені в дію нові форми облікової та звітної документації.

5 ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Таблиця – Чинники, які впливають на дотримання хворими призначених режимів лікування та заходи щодо покращання процесу лікування

№ п /п	Чинники, які впливають на дотримання лікувального режиму	Характеристика чинників, які впливають на дотримання лікувального режиму	Заходи, які необхідні для покращання дотримання лікувального режиму
1.	Соціально-економічні чинники	(-)* Відсутність ефективної соціальної інфраструктури, яка забезпечує підтримку хворих та побутова невлаштованість; культурні традиції та установа по відношенню	Оцінка соціальних потреб, соціальна підтримка, вирішення проблеми забезпечення житлом, забезпечення талонами на харчування, юридична підтримка; забезпечення

№ п /п	Чинники, які впливають на дотримання лікувального режиму	Характеристика чинників, які впливають на дотримання лікувального режиму	Заходи, які необхідні для покращання дотримання лікувального режиму
		захворювання на туберкульоз та лікування; відчуженість хворих; етнічні, гендерні та вікові особливості; висока вартість лікування; висока вартість проїзду на транспорті; перебування в місцях позбавлення волі; наркоманія.	проїзду до місця лікування; підтримка зі сторони інших хворих; мобілізація суспільних організацій на місцях; налагодження співпраці між службами; просвітницька робота серед населення та медичних працівників з метою усунення стигматизації хворих на туберкульоз; підтримка зі сторони членів сім'ї та суспільства.
2.	Чинники, які пов'язані з системою охорони здоров'я	<p>(-) Слабо розвинені служби охорони здоров'я; поганий контакт між медичними установами та хворими; недостатня професійна підготовка та велике робоче навантаження медичних працівників; недостатній контроль або його відсутність за роботою медичного персоналу; нездатність медичних працівників визначити хворих, які найбільш схильні до порушення лікувального режиму.</p> <p>(+)** Добрі відношення між пацієнтом та лікарем; досвідчений медичний персонал; контакт між хворими та службами підтримки; гнучкий графік роботи медичних установ.</p>	Постійне інформаційне забезпечення; навчання та керівництво медичним персоналом з метою покращання лікувальної роботи; надання підтримки місцевим об'єднанням хворих на туберкульоз; участь пацієнтів у прийнятті рішень щодо лікувальної роботи; багатоплановий підхід до лікувальної роботи; підсилення контролю за роботою персоналу; навчання контролю за дотриманням лікувального режиму; безпосереднє спостереження за прийомом препаратів (ДОТ)***.
3.	Чинники, які пов'язані зі станом хворого	<p>(-) Пацієнти, які не мають симптомів захворювання; прийом лікувальних засобів; специфіка психології наркоманів; депресії та психологічний стрес.</p> <p>(+) Знання щодо туберкульозу.</p>	Навчання прийому лікарських засобів; інформаційно-просвітницька робота щодо туберкульозу та необхідність дотримання лікувального режиму.
4.	Чинники, які пов'язані з лікуванням	(-) Складні лікувальні режими; побічні дії препаратів.	Навчання прийому лікарських засобів та інформація про побічні дії препаратів; навчання дотриманню лікувального режиму; застосування

№ п /п	Чинники, які впливають на дотримання лікувального режиму	Характеристика чинників, які впливають на дотримання лікувального режиму	Заходи, які необхідні для покращання дотримання лікувального режиму
			комбінованих препаратів з фіксованими дозами; спеціальні програми підтримки хворих, які схильні до порушень лікувального режиму; письмові договори або усні домовленості з хворими про наступне відвідання лікаря або про дотримання режиму лікування; постійний контроль та оцінка.
5.	Чинники, які залежать від пацієнта	(-) Забутливість; наркоманія, депресія; психологічний стрес; відчуженість, яка пов'язана зі стигматизацією. (+) Впевненість щодо ефективності лікування; мотивація.	Контакт хворого з лікарем під час лікування; спільна з лікарем постановка мети; використання пам'яток щодо режиму лікування; заходи заохочення та примусу; нагадування листами, телефонуванням, відвідування вдома хворих, які перервали курс.

Примітки:

1. * – (-) чинники, які негативно впливають на дотримання хворими призначених режимів лікування;
2. ** – (+) чинники, які позитивно впливають на дотримання хворими призначених режимів лікування;
3. *** – DOT–лікування під безпосереднім спостереженням.

Основними напрямками підвищення ефективності організації лікування хворих на туберкульоз є наступні.

- Зміцнення матеріально-технічного і кадрового забезпечення протитуберкульозної служби.
- Інтеграція діяльності протитуберкульозної служби із загальною лікарняною мережею, санітарно-епідеміологічною службою та зацікавленими органами виконавчої влади (службами внутрішніх справ, виконання покарань, міграції, ветеринарної служби тощо) щодо профілактики і виявлення туберкульозу.
- Розробка і втілення державної системи моніторингу туберкульозу.
- Посилення контролю МОЗ України та управлінь охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій за реалізацією загальнодержавної програми протидії

захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 рр. та нормативно-правової бази щодо туберкульозу.

Для цього необхідно реалізувати, як мінімум, такі заходи:

- а) регламентувати та уніфікувати технологію закупівель антимікобактеріальних препаратів;
- б) активізувати роботу щодо створення в Україні Національного реєстру хворих на туберкульоз, що поліпшує систему реєстрації хворих на цю недугу і моніторинг за динамікою їх кількості, виявленням та ефективністю лікування хворих на туберкульоз, в тому числі хіміорезистентний та ВІЛ / СНІД - асоційований, а також за своєчасним застосуванням хірургічних методів лікування;
- в) розробити положення про відділ хіміорезистентного туберкульозу, про хоспіси, про інфекційний контроль у протитуберкульозних закладах (санаторні правила функціонування протитуберкульозних закладів), про соціальну підтримку хворих, про обов'язкове лікування осіб, які відмовляються від нього;
- г) визначити штати ДОТС-кабінетів, фахівців з моніторингу лабораторій; перепланувати штати диспансерних відділень та навантаження на амбулаторному прийомі;
- д) організувати проведення стандартизованої антимікобактеріальної терапії хворим на туберкульоз, дотримання протоколів лікування хворих на туберкульоз тощо;
- ж) організувати надання соціальних послуг хворим на туберкульоз у повному обсязі;
- з удосконалити систему навчання та інформаційної системи обізнаності населення з питань лікування туберкульозу.

Для кращої реалізації вищезазначених заходів ми пропонуємо виконання наступних дій: а) удосконалення та введення в практику обліково-звітної документації, яка дозволяє здійснювати оперативний контроль за процесом лікування хворих з урахуванням стандартизованих схем хіміотерапії, особливостей перебігу захворювання у кожного хворого та за своєчасністю застосування хірургічних методів лікування; б) адекватне застосування системи централізованого контролю за лікуванням хворих на туберкульоз; в) розробка та впровадження системи моніторингу за хворими на туберкульоз; г) забезпечення протитуберкульозними препаратами в необхідній кількості та асортименті; д) оптимальне фінансування лікування не лише туберкульозу, але й супутньої не туберкульозної патології; е) підвищення рівня знань щодо туберкульозу та не туберкульозної патології робітників протитуберкульозних установ та загальної лікувальної мережі.

Організація лікувального процесу.

Лікування хворих на туберкульоз в даний час проводиться за існуючими стандартами, затвердженими наказом МОЗ України від 09.06.2006 р. № 384 “Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз”. Галузевий стандарт “Протокол ведення хворих: “Туберкульоз”, створений з метою забезпечення громадян України якісною медичною допомогою при захворюванні на цю недугу.

Методика безпосереднього контрольованого лікування полягає в тому, що медпрацівник спостерігає за прийомом протитуберкульозних препаратів пацієнтом. Лікар або медична сестра повинні бути присутніми в момент вживання хворим антимікобактеріальних препаратів і переконатися, що хворий проковтнув препарати та запив їх водою. Відразу після вживання хворим добових доз препаратів медична сестра у присутності хворого повинна зробити відмітку в “Медичній картці лікування хворого на туберкульоз (ТБ 01)” про вживання препаратів. Категорично заборонено роздавати всім хворим препарати, а потім роботи відмінки про їх вживання у “Медичній картці лікування хворого на туберкульоз (ТБ 01)”.

Як під час початкової фази, так і під час фази продовження лікування пацієнт повинен одержувати добову дозу антимікобактеріальних препаратів в одне вживання відповідно до запропонованого режиму (схеми). Не можна призначати антимікобактеріальні препарати дробово протягом дня. Недотримання цих вимог припустимо лише після консилиуму в складі не менше ніж трьох фахівців (головного лікаря або заступника головного лікаря з лікувальної роботи, завідувача відділення, лікуючого лікаря) і за наявності аргументованих доказів поганої переносимості препарату, який призначається дробово. Дробове вживання таблеток призводить до зниження концентрації антимікобактеріальних препаратів у крові, що в свою чергу може спричинити розвиток стійкості до препарату. Крім того, дробове вживання препаратів ускладнює проведення лікування під безпосереднім спостереженням, особливо у фазі продовження лікування, коли хворий вживатиме препарати амбулаторно.

Планування виписки з стаціонару дуже важливе для забезпечення безперервності лікування в фазі продовження. Лікуючий лікар повинен координувати свої дії щодо виписки хворого з персоналом головного протитуберкульозного диспансеру (ПТД) та районної протитуберкульозної установи, а також з медпрацівником тої установи ЗЛМ, де пацієнт буде проходити фазу продовження лікування.

Співпраця з боку хворого – ключовий фактор в досягненні успіху лікування. Лікар-фтизіатр повинен слідкувати за тим, щоб всі медпрацівники були ввічливими з хворими та уважно ставилися до їх потреб. Доцільно дати хворому можливість одержувати лікування якомога ближче до місця проживання. Слід обговорити з хворим місце й час прийому препаратів та призначити прийом на ті години, коли це вигідно хворому. Якщо хворий не

з'являється для прийому ліків, необхідно якомога швидше в'яснити причину недотримання режиму лікування. Для виписки хворих, які перервали курс хіміотерапії, слід скористуватися адресою, телефоном контактної особи, відвідати хворого вдома, а у випадку необхідності звернутися до співробітників міліції.

Реєстрація хворих на туберкульоз.

Для підтвердження діагнозу у вперше виявлених хворих на туберкульоз або у випадку прийняття рішення щодо проведення повторного курсу хіміотерапії (рецидив, лікування після неефективного курсу хіміотерапії, лікування після переривання лікування та інше) хворих повинен бути зареєстрований в журналі ТБ 03. В журналі ТБ 03 також реєструють випадки посмертного виявлення туберкульозу.

Реєстрацію хворого ведуть за когортним методом. *Когорта* – це група хворих, які зареєстровані для лікування у визначений період часу (квартал). В групу також включають хворих, які в той же час були зареєстровані посмертно. Спостереження за хворими та звітність ведуть в рамках когорти. При щоквартальним перегляді журналу ТБ 03 одержують відомості про кількість хворих, які зареєстровані протягом кварталу, та про вихід лікування.

В журналі ТБ 03 вносять наступні дані: П. І. Б. кожного хворого; установу, в якій хворий перебуває на диспансерному обліку; дату початку лікування; режим хіміотерапії; діагноз; групу пацієнтів, до якої віднесено хворого; результати досліджень (мікроскопії та посіву, рентгенографії); результат курсу хіміотерапії. Всі хворі, які починають лікування з приводу туберкульозу повинні бути зареєстровані в журналі ТБ 03. Якщо ЦЛКК в головній установі проводяться 1-2 рази на місяць, то після встановлення діагнозу туберкульозу дільничним фтизіатром пацієнту призначають курс хіміотерапії та реєструють його в журналі ТБ 03, але не присвоюють реєстраційний номер, доки діагноз не буде підтверджено головною установою на ЦЛКК.

Регіональний реєстраційний номер присвоюють кожному пацієнту при призначенні курсу хіміотерапії, тому один і той же хворий при одержанні нових курсів хіміотерапії може реєструються в журналі декілька разів і, отже, мати декілька реєстраційних номерів. Для виявлення порушень реєстрації хворих на туберкульоз в журналі ТБ 03 використовуються дані медичних карт ТБ 01 та журналів ТБ 04.

Соціальна підтримка амбулаторних хворих на туберкульоз.

Відомо, що серед усіх хворих на туберкульоз у нашій країні приблизно 70 % складають соціально не захищені контингенти.

Для підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз в підтримуючій фазі лікування, яка, як правило, здійснюється в амбулаторно, дуже важливо створити умови для амбулаторного лікування хворих. Проте амбулаторні хворі часто забувають або не вважають

за потрібне приходити за антимікобактеріальними препаратами. ВООЗ рекомендує надавати соціальну підтримку хворим, які регулярно приходять у лікувальний заклад і вживають антимікобактеріальні препарати у присутності медичного працівника. Соціальна підтримка може включати: продуктові чи гігієнічні набори, проїзні квитки, гарячі обіди тощо.

Вважаємо за доцільне виділяти окремим рядком у бюджеті протитуберкульозних закладів кошти на соціальну підтримку в кожному регіоні з урахуванням кількості хворих у рік, яким проводитиметься амбулаторна протитуберкульозна антимікобактеріальна терапія.

Контроль лікування хворих на туберкульоз.

Контроль лікування хворих на туберкульоз є одним із складників ефективної програми боротьби з туберкульозом. Контроль дозволяє визначити: наскільки ефективне лікування, коли пацієнт стає менш контагіозним, коли хворий може завершити лікування. Контроль результатів лікування передбачає мікроскопічне і бактеріологічне дослідження мокротиння, визначення лікарської чутливості мікобактерій, рентгенівське дослідження органів грудної клітки, фізикальне обстеження. Основним методом контролю лікування, який рекомендує ВООЗ, є дослідження мокротиння. В Україні для контролю лікування й оцінки остаточного результату лікування хворих на туберкульоз широко використовуються мікроскопічне і бактеріоскопічне дослідження мокротиння, а також рентгенівське обстеження органів грудної клітки.

В Україні контроль лікування в початкову фазу лікування здійснюється в стаціонарі (у протитуберкульозних диспансерах або у туберкульозних відділеннях загальної лікарняної мережі). Під час фази продовження лікування курс антимікобактеріальної терапії та його контроль проводиться амбулаторно на рівні району (у поліклініці, у лікарні, на фельдшерсько-акушерському пункті). Беручи до уваги те, що пацієнти можуть переводитися з одного медичного закладу в інший, необхідно докласти всіх зусиль для здійснення безперервного лікування і його контролю. Якщо пацієнт переводиться з району, то районний фтизіатр несе відповідальність за заповнення всіх необхідних для переведення паперів і занесення результатів лікування в “Журнал реєстрації випадків туберкульозу в районі (ТБ 03)” в тому районі, де пацієнт був зареєстрований із самого початку.

РЕЗЮМЕ

Запропоновані методичні рекомендації присв’ячені актуальній проблемі фтизіатрії – організації лікування хворих на туберкульоз. Новизна даних рекомендацій полягає у тому, що запропоновані шляхи підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз базуються на Міжнародних стандартах надання протитуберкульозної допомоги, які

відповідають сучасним епідемічним умовам, однак при цьому враховані найсуттєвіші причини неефективної організації лікування хворих на туберкульоз, які притаманні Україні. Однією із важливих складових організації процесу лікування туберкульозу є його матеріально-технічне забезпечення, зокрема вміння провести розрахунок потреби та забезпечення постійного запасу препаратів, тому цим питанням присв'ячено окремий розділ рекомендацій. Об'єктивна оцінка ефективності організації лікування туберкульозу можлива лише за умови достовірного обліку та інтерпретації результатів лікування туберкульозу, тому ці питання також відображені в рекомендаціях. Серед шляхів підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз, які викладені в представлених методичних рекомендаціях, найважливішим є дотримання методики безпосереднього контрольованого лікування на всіх етапах його проведення. Важливим елементом в організації лікувального процесу в умовах України є також сприяння прихильності хворих на туберкульоз до лікування, в тому числі соціальна підтримка амбулаторних хворих.

Дотримання викладеної сучасної методики організації лікування хворих на туберкульоз дозволить залучити до контрольованої антимікобактеріальної терапії близько 98,0 % хворих на туберкульоз та підвищить ефективність їхнього лікування до 14,0 %, в першу чергу за рахунок зменшення випадків перерваного лікування, а це, в свою чергу, наблизить нас до індикаторних показників, які застосовуються для оцінки лікування хворих на туберкульоз за когортним аналізом (ефективність лікування – 85,0 % та вище, летальний наслідок – 5,0 % та менше, невдале лікування – 5,0 % та менше, перерване лікування – 5,0 % та менше).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Інформаційний посібник з питань міжнародних стратегій протидії туберкульозу та рекомендованих стандартів надання послуг у цій галузі [Текст] / В. В. Руденко [та ін.] – Київ, 2008. – 84 с.
2. Фещенко, Ю. І. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник – Київ : Здоров'я, 2002. – 902 с.
3. Фещенко, Ю. І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник – Київ : Здоров'я, 2006. – 656 с.
4. Мельник, В. М. Современные аспекты организации выявления, диагностики, лечения и профилактики туберкулеза [Текст] / В. М. Мельник // Doctor : журнал для практикующих врачей. – 2006, апрель. – № 2 (32). – С. 55–60.