

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПАТЕНТНО-
ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ

УДК: 616-002.5-07-08-084:614.2

**РОЛЬ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВИЯВЛЕННІ,
ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПРИ РЕФОРМУВАННІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ВДОСКОНАЛЕННІ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ**
(методичний посібник)

Київ – 2016

Заклад-розробник:

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”

Укладачі:

Мельник Василь Михайлович – д-р мед. наук, професор, завідувач відділом епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 273–32–84

Новожилова Ірина Олексіївна – канд. мед. наук, ст. наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 275–41–22

Матусевич Валентина Георгіївна – канд. мед. наук, ст. наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 275–41–22

Юхимець Володимир Олексійович – д-р мед. наук, вчений секретар НІФП НАМН, (044) 275–55–44

Линник Микола Іванович – д-р мед. наук, провідний наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 275–41–22

Тарасенко Олена Ростиславівна – канд. мед. наук, ст. наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 275–41–22

Ареф’єва Людмила Вікторівна – ст. наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 275–40–11

Приходько Алла Миколаївна – наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 275–40–11

Бушура Ірина Валеріївна – мол. наук. співроб. відділу епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН, (044) 275–41–22

Рецензенти:

Кужко М. М. – провідний наук. співроб. відділу хіміорезистентного туберкульозу НІФП НАМН, д-р мед. наук, професор

Зайков С. В. – професор кафедри фтизіатрії та пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, д-р мед. наук, професор

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України – академік НАМН України, д-р мед. наук, професор Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії – д-р мед. наук, професор В. М. Мельник

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

DOTS + – стратегія DOTS, яка призначена для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (передбачає додатковий обсяг обстежень та застосування протитуберкульозних препаратів 2-го ряду),

АЗПСМ – амбулаторія загальної практики сімейної медицини,

АМБП – антимікобактеріальні препарати,

АРТ – антиретровірусна терапія,

БЦЖ – вакцина для щеплення проти туберкульозу,

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини,

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я,

ДОТ кабінет – кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі,

ЗЛМ – загальна лікувальна мережа,

ЗП – загальна практика,

КСБ – кислотно-стійкі бактерії,

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад,

ЛТІ – латентна туберкульозна інфекція,

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я,

МРТБ – мультирезистентний туберкульоз,

МСД – медико-санітарна допомога,

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія,

НДР – науково-дослідна робота,

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога,

ПТП – протитуберкульозні препарати,

ПТУ – протитуберкульозна установа,

ПФ – підтримуюча фаза,

РЛ – районна лікарня,

РРТБ – туберкульоз із розширеною резистентністю,

СМ – сімейна медицина,

СНІД – синдром набутого імунодефіциту,

Стоп –ТБ – стратегія ВООЗ “Зупинити туберкульоз”,

ТБ – туберкульоз,

тис. – тисяч,

ТМЧ – тест медикаментозної чутливості,

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт,

ФП – фельдшерський пункт,

ХРТБ – хіміорезистентний туберкульоз,

ХТ – хіміотерапія,

ЦРЛ – центральна районна лікарня,

«End TB Strategy» – стратегія ліквідації туберкульозу,

DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course (короткострокове лікування під безпосереднім наглядом).

ЗМІСТ

	С.
Вступ.....	6
1 Засади реформування протитуберкульозної служби в контексті побудови нової системи охорони здоров'я в Україні.....	9
2 Місце загальної медичної мережі у діючій системі організації протитуберкульозної допомоги населенню.....	12
3 Оцінка виконання обов'язків щодо організації виявлення, лікування та профілактики туберкульозу лікарями загальної лікарняної мережі (за даними опитування фахівців-фтизіатрів).....	15
4 Принципи реорганізації первинної медичної допомоги.....	18
5 Обов'язки медичних працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо організації виявлення, лікування та профілактики туберкульозу у реформованій системі охорони здоров'я.....	22
6 Умови за яких можлива повноцінна участь лікарів загальної практики / сімейних лікарів у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу.....	28
7 Інтеграція діяльності фтизіатричної служби із загальною медичною мережею у реформованій системі охорони здоров'я.....	30
8. Першочергові кроки на шляху інтеграції діяльності фтизіатричної служби із загальною медичною мережею.....	40
Резюме.....	42
Рекомендована література.....	43

ВСТУП

Для контролю за туберкульозом в Україні запроваджені програмно-цільовий підхід до реалізації протитуберкульозних заходів (Загальнодержавні цільові соціальні програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 та 2012–2016 рр.), централізовані закупівлі антимікобактеріальних препаратів, адаптовані стратегії DOTS, DOTS+, Стоп ТБ¹ (туберкульоз) та «End TB Strategy»², отримано кредит Міжнародного банку реконструкції та розвитку, зміцнена інфраструктура протитуберкульозної служби на центральному рівні (створені Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (вірус імунодефіциту людини/ синдром набутого імунодефіциту), Референс-лабораторія з мікробіологічної діагностики туберкульозу, Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами і Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань), розроблені клінічні протоколи і стандарти, які відповідають стратегіям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Завдяки цьому було досягнуто позитивних зрушень щодо епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні. Після 15-річного (1990–2005) періоду зростання рівня захворюваності на туберкульоз та смертності в понад 2,5 рази, з 2006 р. почали відмічати позитивну динаміку (повільне зниження і стабілізація) цих показників.

Епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні на сьогоднішній день залишається напруженою. Кількість зареєстрованих нових випадків ТБ впродовж 2009–2014 рр. стабільна, проте визначається збільшення раніше пролікованих випадків ТБ у період 2010–2014 рр., що спричинено поширеністю ВІЛ-інфекції і мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). У 17 регіонах рівень виявлення випадків ТБ з позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння в закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) незадовільний та не досягає значення, визначеного в індикаторах Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на ТБ на 2012–2016 рр. Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на ТБ демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на ТБ, близько 70 % становлять представники соціально незахищених верств населення. За даними аналізу територіального розподілу хворих на всі форми активного ТБ, у 2014 р. високі показники поширеності виявлено у Херсонській (131,2 на 100 тис. населення), Миколаївській (130,0),

¹ стратегія ВООЗ “Зупинити туберкульоз”, метою якої є значне зменшення глобального тягарю туберкульозу до 2015 року шляхом забезпечення для усіх пацієнтів із туберкульозом, включаючи пацієнтів із супутньою ВІЛ-інфекцією та пацієнтів із лікарською стійкістю, всезагального доступу до високоякісної діагностики та орієнтованого на пацієнта лікування

² стратегія ліквідації туберкульозу (скорочення до 2030 року числа випадків смерті від туберкульозу на 95 % і скорочення числа випадків захворювання на 90 %)

Дніпропетровській (125,5), Кіровоградській (119,7) областях, що перевищили середній показник по Україні у 1,4 рази.

Захворюваність на активний ТБ у поєднанні зі СНІДом за підсумками 2014 р. в порівнянні з 2013 р. знизилася лише на 0,9 % та склала 10,4 на 100 тис. населення. Помітне зростання кількості випадків поєднаної ко-інфекції ВІЛ/ТБ (19,6 %) відображає зростаючий тягар епідемії ВІЛ-інфекції в країні. Разом з тим, охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) все ще залишається недостатнім від потреби – на рівні 56,0 %.

Показники смертності від ТБ в Україні з 2006 р. скорочуються в середньому на 7,6 % в рік, однак темпи скорочення недостатні для виконання завдань стратегії партнерства “Зупинити ТБ” та досягнення цільових показників зниження смертності від ТБ до 4,8 на 100 тис. населення.

За результатами епідеміологічного дослідження бюро ВООЗ (2013–2014 рр.) розповсюдження МРТБ серед нових випадків та випадків повторного лікування в Україні складає відповідно 23,4 % і 58,6 %, що вказує на дуже високий тягар МРТБ.

Лікування є одним з найбільш ефективних заходів у боротьбі з ТБ завдяки скороченню поширеності випадків у популяції і зниження передачі інфекції. Протягом останніх 10 років результат успішного лікування нових випадків ТБ в країні склав 70,0 %, за винятком 2009 р., коли рівень успішного лікування складав лише 60,0 %. Низькі результати лікування були пов’язані з високою поширеністю МРТБ серед нових випадків ТБ, недостатнім забезпеченням медикаментами і порушеннями у дотриманні режиму та стандартів лікування ТБ, вживанням алкоголю і наркотиків, а також високим рівнем ко-інфекції ВІЛ/ТБ, супутніх захворювань. За даними ВООЗ відмова від лікування і втрата для спостереження були основною причиною неефективного лікування. Темпи підвищення ефективності лікування серед нових випадків ТБ і рецидивів в Україні найнижчі в Європейському регіоні (після Росії). На формування показника ефективності лікування ТБ впливають, як високий рівень смертності в когортах (16,0–20,0 %), так і значно вища, ніж в середньому по Україні, частка випадків з невдалим лікуванням за мазком (9,0–17,0 %).

Незважаючи на те, що питання протидії туберкульозу в Україні є одним з пріоритетів державної політики, існує чимало вкрай важливих проблем у цій сфері охорони здоров’я. Так, Україна входить до п’яти країн світу з найвищим тягарем МРТБ. Загрозливим є несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, пізнє виявлення ТБ та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності від ТБ. Існуюча система протитуберкульозних заходів, яка базується на стаціонарному лікуванні всіх хворих на ТБ, не забезпечує належну якість, створює передумови для внутрішньо лікарняної передачі інфекції та вимагає значних

фінансових витрат на утримання протитуберкульозних закладів (ПТЗ). Провідні фахівці-фтизіатри вважають, що основною причиною невдач у контролі за туберкульозом є відсутність комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії. Пріоритетним на сьогоднішній день є розробка стратегії щодо розвитку протитуберкульозної служби, основним напрямом якої має стати орієнтований на пацієнта підхід у наданні медичної допомоги хворим на ТБ. При цьому головним завданням стає підвищення якості ДОТ лікування хворих на амбулаторному етапі.

За таких умов зростає роль ПМСД, як основної ланки у забезпеченні амбулаторного лікування хворих на туберкульоз. Функціональні обов'язки лікаря загальної практики/сімейного лікаря щодо участі у здійсненні протитуберкульозних заходів не обмежуються лише організацією амбулаторного лікування, не менш важливою є роль ПМСД у виявленні хворих на туберкульоз, а також у профілактиці туберкульозу. Однак, необхідно визнати, що на даний час організація проведення протитуберкульозних заходів, як протитуберкульозною службою, так і загальною медичною мережею в Україні неефективна і потребує реформування, причому реформування з огляду на майбутню систему охорони здоров'я (а оскільки побудова її ще не розпочалася, можна лише керуватися основними концептуальними положеннями).

Новизна викладеної у даному методичному посібнику ролі закладів первинної медичної допомоги у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу при реформуванні охорони здоров'я і вдосконаленні протитуберкульозних заходів полягає у визначенні обов'язків медичних працівників закладів ПМСД щодо організації виявлення, лікування та профілактики туберкульозу у реформованій системі охорони здоров'я, яке базується на основних засадах реформування протитуберкульозної служби, з детальним викладенням основних обов'язків сімейного лікаря, дільничної медичної сестри кабінету сімейного лікаря, дільничного середнього медичного персоналу сільського Центру здоров'я та медичної сестри кабінету ДОТ щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню, з розробкою переліків послідовності дій щодо інтеграції діяльності фтизіатричної служби із загальною медичною мережею у реформованій системі охорони здоров'я. Зокрема представлено амбулаторну модель лікування хворих на туберкульоз, ведення випадку туберкульозу в закладах ПМСД, модель організації лікування в закладах ПМСД, методи забезпечення безперервності лікування тощо. Підтвердженням новизни представленого матеріалу є те, що запропоноване укладачами реформування системи надання протитуберкульозної допомоги населенню базується на результатах власних наукових розробок, викладені власного бачення

умов, за яких можлива повноцінна участь лікарів загальної практики/сімейних лікарів у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу а також, безперечно, на підставі аналітично вивчених найсучасніших джерелах наукової інформації, найбільш важливі з яких рекомендовані читачам посібника для подальшого ознайомлення.

Методичний посібник буде корисним в роботі фтизіатрів, лікарів загальної медичної мережі та при викладанні курсу фтизіатрії у вищих медичних закладах.

1 ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В КОНТЕКСТІ ПОБУДОВИ НОВОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Згідно проекту Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 років передбачається реформа таких складових: надійна мережа різних державних та приватних постачальників послуг, зміцнення первинної медико-санітарної допомоги, реформування мережі лікарень, громадське здоров'я, швидка (невідкладна) медична допомога.

Фінансування охорони здоров'я повинно бути через загальне оподаткування в якості основного джерела фінансування, у тому числі цільове оподаткування. Розподіл між покупцем та постачальником має здійснюватися через закупівельне агентство.

Враховуючи, що основний обсяг державного фінансування охорони здоров'я України надходить з джерел загального оподаткування, початкове об'єднання ресурсів здійснюється на центральному рівні. З метою підвищення ефективності та відповідно до принципів децентралізації, основна частина центрального бюджету буде передана до регіонів (закупівельне агентство регіонального рівня) з урахуванням зваженої подушної формули (території з вищими потребами повинні отримувати більше державного фінансування).

Передбачається перехід від постатейного фінансування до системи купівлі медичних послуг. Для підвищення ефективності, система повинна відмовитися від постатейного фінансування. Планується запровадити такий механізми оплати, який забезпечить стимул для медичних працівників реагувати на потреби пацієнтів і не залишати жодного пацієнта без надання відповідної допомоги, досягаючи в роботі ефективності і економії витрат. Цілком ймовірно, що Україна захоче наслідувати досвід інших країн у використанні різноманітних платіжних механізмів. Наприклад, хорошим варіантом для оплати послуг на первинному рівні є зважені подушні платежі з поправкою на послуги і продуктивність, (більш точно подушна оплата з урахуванням ризиків (подушна змішана оплата) + оплата за послуги + оплата за результат).

В рамках вторинної та третинної допомоги «гроші повинні слідувати за пацієнтом». Першим кроком в реформі платіжної системи на перехідний період є запровадження загального бюджету для лікарень з подальшим переходом до системи оплат за послуги. Значною перевагою введення спочатку загального бюджету є також отримання достовірної базової інформації про видатки. Лікарням необхідно надати дозвіл самостійно використовувати свої заощадження, перепрофілюючи їх для інших цілей або переносячи на наступні роки. Запровадження системи оплати за випадок в платіжну систему стимулюватиме лікарні до підвищення ефективності лікування медичних станів та хвороб, оскільки лікарня буде отримувати відшкодування, у межах розрахунків, необхідних для лікування конкретної хвороби (що унеможливує надання лікарнями непотрібних послуг, або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації). За умов чіткого нагляду, використання таких інструментів, як діагностично-споріднені групи, дозволяє порівняти продуктивність лікарень – лікарні будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, видалити зайві непотрібні процедури, що в кінцевому рахунку вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок, розміру будівлі та/або кількості відділень.

Підтримка приватного сектора, як у сфері добровільного (приватного) медичного страхування, і як приватного постачальника медичних послуг є важливим кроком. Тим не менше, під час першої фази реформи охорони здоров'я не рекомендовано вдаватися до радикальних «змін» у сфері збору коштів або принципів їх об'єднання (наприклад, запровадження соціального медичного страхування).

Передбачається запровадження медичного страхування з утворенням «Універсального не страхового пакету», що включає медичний захист та медичну допомогу, яка фінансується державою, а населення забезпечує мінімальну доплату, незалежно від їх місця проживання чи фінансової спроможності. Покриття пакету може включати: громадське здоров'я (щеплення, ТБ, ВІЛ); психічне здоров'я; рідкісні захворювання; ургентне лікування не застрахованої частини населення; спільне покриття катастрофічних витрат на охорону здоров'я, що перевищують певний поріг.

Повинен бути ще «Державний страховий пакет». Держава забезпечує платежі медичного страхування для вразливих верств населення, в рамках наявних ресурсів, але розрахунки для нього, список послуг, що фінансуються державою, ще не розроблені. Повинно відбутися реформування Міністерства охорони здоров'я, фармацевтичного сектору, поліпшення медичної інформації, інформатизації охорони здоров'я. Матимуть місце внески в систему охорони здоров'я, контракування медичного персоналу. Проект реформування

сектору охорони здоров'я містить пропозиції на короткострокову, середньострокову і довгострокову перспективу.

Однак, у проєкті Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 років нічого не сказано про реформу фтизіатричної служби. Шляхом моделювання епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні ми дійшли висновку, що протитуберкульозну службу за нинішньої епідемічної ситуації не можна ліквідувати і не можна передавати всі протитуберкульозні заходи загальній медичній мережі. Через те реформування, реорганізацію і реструктуризацію протитуберкульозної служби слід провести при збереженні її цілісності до досягнення показника захворюваності на туберкульоз менше 20,0 на 100 тис. населення. Після досягнення захворюваності на туберкульоз меншій від 20,0 на 100 тис. населення протитуберкульозна служба може бути ліквідована.

Приоритетними засадами реформування протитуберкульозної служби повинні бути:

- визнання Урядом країни туберкульозу як невідкладної складової своєї політики щодо забезпечення безпеки суспільства та його захисту від цієї недуги. Винесення системи боротьби з туберкульозом в Україні та її регіонах на рівень першочергових загальнодержавних завдань, а також забезпечення на основі додержання прав людини і громадянина безкоштовності, загальнодоступності та рівних можливостей;

- інтеграція діяльності протитуберкульозної служби з загальною медичною мережею, центрами СНІДу та іншими зацікавленими органами виконавчої влади та службами (міграції, внутрішніх справ, виконання покарань, ветеринарної тощо) щодо лікування, профілактики та виявлення туберкульозу;

- реформування протитуберкульозної служби й оптимізацію протитуберкульозних заходів слід проводити з урахуванням прогнозу захворюваності й смертності від туберкульозу, який найбільше залежить від соціально-економічних умов у країні, ситуації з ВІЛ-інфекцією, поширеності хіміорезистентного туберкульозу;

- реформування, реорганізацію і реструктуризацію протитуберкульозної служби слід провести протягом трьох річних етапів при збереженні цілісності протитуберкульозної служби до досягнення показника захворюваності на туберкульоз менше 20,0 на 100 тис. населення;

- надання повної фінансової та функціональної самостійності протитуберкульозним закладам, управління якими повинна здійснювати рада директорів під пильним контролем громадських організацій;

- передання флюорографічних центрів з їх матеріально-технічною базою загальній медичній мережі;

- перегляд і оновлення навчальних програм з фтизіатрії для студентів, лікарів різних профілів та населення у міру появи нових наукових даних;
- залучення громадських організацій для контролю за функціонуванням протитуберкульозних закладів та виконанням протитуберкульозних заходів у відповідності до національних і регіональних програм.

Реформування протитуберкульозної служби слід проводити одночасно з реформуванням всієї охорони здоров'я. Це зумовлено тим, що для реформування протитуберкульозної служби треба мати чітке і ясне уявлення як виглядатиме реформована загальна охорона здоров'я, які функції вона матиме на всіх етапах надання протитуберкульозної допомоги, зокрема, на районному, обласному й центральному рівнях. Це важливо, тому що кінцевої стратегії реформування охорони здоров'я нема, вона щоразу уточнюється, змінюється.

Що стосується таких захворювань, як туберкульоз і ВІЛ– інфекція / СНІД, однозначно держава повинна бути лідером у їх вирішенні, взяти на себе відповідальність за вчасну діагностику і лікування цих захворювань.

2 МІСЦЕ ЗАГАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ У ДІЮЧІЙ СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Протитуберкульозна допомога населенню України надається мережею загальних лікувальних закладів та спеціалізованою протитуберкульозною службою і має багаторівневий характер, тобто система протитуберкульозної допомоги населенню в Україні складається з центрального, обласного та районного рівня.

Районний рівень надання протитуберкульозної допомоги населенню області включає таку інфраструктуру: районний (міжрайонний) протитуберкульозний диспансер, туберкульозний кабінет, мікроскопічні пункти, лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу, районна санітарно-епідеміологічна станція, загальна медична мережа. На районному рівні надання протитуберкульозної допомоги важливе місце відводиться загальній медичній мережі.

Загальна медична мережа включає центральну районну лікарню, сільські (дільничні) лікарні (амбулаторії), фельдшерсько-акушерські пункти.

Центральна районна лікарня забезпечує виконання всього комплексу протитуберкульозних заходів:

- контролює якість діагностики туберкульозу в медичних установах району;

- контролює стан лікувально-діагностичного процесу в стаціонарі протитуберкульозного диспансеру;

- забезпечує обов'язкове рентгенологічне обстеження органів грудної клітки всіх хворих при надходженні в стаціонари району;

- разом з протитуберкульозним диспансером і санітарно-епідеміологічною станцією контролює виконання комплексного плану по боротьбі з туберкульозом у районі;

- координує роботу всіх медичних установ у виконанні протитуберкульозних заходів;

- забезпечує сприяння інших районних фахівців у впровадженні в практику роботи медичних установ району єдиних форм і методів протитуберкульозної роботи на рівні сучасних вимог науки й практики;

- забезпечує виконання рекомендацій обласного управління охорони здоров'я, обласного протитуберкульозного диспансеру;

- разом з районним фтизіатром та іншими районними фахівцями аналізує стан протитуберкульозної роботи в районі в цілому й у розрізі окремих лікарських дільниць.

Поліклінічні відділення центральної (номерних) районних (міських) лікарень:

- організують і проводять протитуберкульозні заходи в зоні обслуговування;

- планують і здійснюють профілактичні рентгенологічні обстеження декретованих контингентів, осіб з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз і підлітків;

- забезпечують рентгенологічне обстеження всіх осіб, що вперше звертаються в поліклініку за медичною допомогою цього року, а також повторне обстеження при появі легневих симптомів;

- планують і організують періодичні масові флюорографічні огляди населення району;

- планують разом із санітарно-епідеміологічною станцією і протитуберкульозним диспансером проведення туберкулінодіагностики й ревакцинації вакциною для щеплення проти туберкульозу (БЦЖ);

- виділяють медичних працівників до складу бригад для проведення туберкулінодіагностики й ревакцинації БЦЖ;

- проводять розбір на лікарських конференціях випадки несвоєчасного виявлення туберкульозу й смерті від туберкульозу вдома;

- організують підвищення кваліфікації з фтизіатрії лікарів і середніх медичних працівників.

Сільська дільнична лікарня, лікарська амбулаторія безпосередньо займається протитуберкульозними заходами (профілактика, виявлення, діагностика туберкульозу) на

своїй дільниці, в тому числі шляхом організації цих заходів на фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАП) та фельдшерських пунктах (ФП), а також:

- планує і бере участь у проведенні бригадної туберкулінодіагностики, вакцинації та ревакцинації БЦЖ, флюорографії, бактеріоскопії мазка харкотиння;
- дообстежує хворих із сумнівним діагнозом і направляє їх на консультацію до фтизіатра;
- підвищує рівень знань середніх медичних працівників, ФАП, ФП і населення дільниці.

Фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт є відповідальним за повноту і вчасність забезпечення протитуберкульозних заходів:

- складає і реалізує комплексні плани боротьби з туберкульозом;
- веде картотеку хворих на туберкульоз і осіб, які підлягають туберкулінодіагностиці та флюорографії;
- усіх осіб із легеневиими симптомами та тих, що кашляють протягом 3 тижнів і більше, направляє в дільничну лікарню, лікарську амбулаторію або центральну районну лікарню на мікроскопію харкотиння, інколи самостійно здійснює трьохразовий забір харкотиння, зберігає його у спеціальному холодильнику та транспортує у найближчу клінічну лабораторію для мікроскопії за Ціль-Нільсоном;
- бере участь у бригадній туберкулінодіагностиці та ревакцинації БЦЖ дітей;
- усіх підозрілих на туберкульоз направляє до фтизіатра;
- за призначенням лікаря здійснює амбулаторне долікування хворих, протирецидивне лікування та хіміопрофілактику, заходи у вогнищах туберкульозної інфекції разом з фтизіатром та епідеміологом;
- проводить санітарно-освітню роботу;
- проводить протитуберкульозні заходи разом із сільськогосподарськими підприємствами, що розташовані на території обслуговування;
- бере участь у підготовці проектів рішень сільських та селищних рад з питань комплексної протитуберкульозної роботи, здійснює контроль за їх виконанням.

Отже, основним завданням загальної медичної мережі є виявлення хворих на туберкульоз і організація контрольованого лікування бактеріонегативних хворих, в основному у фазі продовження, а також хіміопрофілактики.

З метою виявлення хворих на туберкульоз на ранніх стадіях захворювання головні лікарі поліклінік і лікарень забезпечують активне виявлення хворих серед осіб, які звертаються за лікувальною допомогою в загальну медичну мережу. Всім дорослим, що

вперше звернулися у поточному році в поліклініку, амбулаторію чи поступили на стаціонарне лікування в загальні й спеціалізовані лікарні та не проходили протягом попереднього року рентген-флюорографічного дослідження грудної клітки, проводять це дослідження. Загальна медична мережа повинна обстежувати на туберкульоз всіх осіб, які часто й довго хворіють на грип, респіраторні захворювання дихальних шляхів, а також осіб, з невстановленим діагнозом.

Окрім цього, загальна медична мережа організовує скринінгові рентген-флюорографічні обстеження осіб з груп ризику щодо туберкульозу та й інших верств населення, дітям проводять скринінгову туберкуліодіагностику і вакцинацію БЦЖ у встановлені строки.

Вищезазначене підтверджує, що інтеграція діяльності протитуберкульозної служби з загальною медичною мережею щодо лікування, профілактики та виявлення туберкульозу – невід’ємна складова реорганізації, реструктуризації та реформування протитуберкульозної служби в Україні.

3 ОЦІНКА ВИКОНАННЯ ОBOB’ЯЗКІВ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВИЯВЛЕННЯ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ЛІКАРНЯНОЇ МЕРЕЖІ (ЗА ДАНИМИ ОПИТУВАННЯ ФАХІВЦІВ-ФТИЗІАТРІВ)

Протягом 2012–2014 рр. у відділі епідеміологічних і організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМН виконувалася науково-дослідна робота (НДР) “Розробити заходи щодо поліпшення організації виявлення і лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз в Україні”. У рамках виконання цієї НДР була складена анкета (опитувальник) щодо експертної оцінки організації виявлення і лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз фахівцями-фтизіатрами адміністративних територій України.

Оскільки в умовах реформуванням медичної галузі та максимального наближення медичної допомоги до населення зростає роль загальної лікувальної мережі (ЗЛМ), у тому числі у діагностиці та лікуванні хворих на туберкульоз, ми вважали за доцільне оцінити виконання обов’язків лікарями ЗЛМ щодо організації виявлення та лікування хворих на туберкульоз з позицій фахівців-фтизіатрів і тому саме цього стосувалося декілька запитань у вищезазначеній анкеті.

Як відомо, першою та найважливішою ланкою у виявленні хворих з підозрою на туберкульоз в сучасних умовах є загальна лікувальна мережа, тому ми вважали за потрібне вивчити стан виявлення хворих на туберкульоз легень в закладах загальної лікувальної

мережі, як одного із компонентів організації всього процесу виявлення таких хворих. У результаті проведеного дослідження було встановлено, що серед усіх осіб, які щорічно направляються закладами загальної лікувальної мережі для обстеження у протитуберкульозні установи, $\frac{1}{2}$ складають особи із груп ризику. Діагноз туберкульозу підтверджується у 3,1–6,0 % від загальної кількості направлених закладами загальної лікувальної мережі на обстеження. Організація виявлення хворих на ТБ в Україні на сьогодні є незадовільною. Фахівці-фтизіатри 50,0 % адміністративних територій негативно оцінили роботу ЗЛМ щодо виявлення туберкульозу (у тому числі у групах ризику – 42,3 %). Встановлено неповне виявлення туберкульозу загальною медичною мережею (несвоєчасне звернення за медичною допомогою призводить до пізнього бактеріологічного обстеження та пізнього проведення тесту медикаментозної чутливості – ТМЧ), низька мотивація населення до своєчасного звернення за медичною допомогою, неукомплектованість ЗЛМ лікарями сімейної практики та дільничними терапевтами. Недоліки, які пов'язані із виявленням туберкульозу у закладах ЗЛМ та із співпрацею фтизіатричної служби і ЗЛМ, вказали фахівці 50,0 % адміністративних територій (нерозуміння лікарями ЗЛМ своєї ролі у виявленні туберкульозу та недостатня виконавча дисципліна, у тому числі переконання деяких керівників та медпрацівників лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) ЗЛМ, що функція виявлення і профілактики туберкульозу належить лише фтизіатричній службі, недотримання протоколу обстеження на туберкульоз), відсутність постійного навчання фахівців ЗЛМ з питань організації протитуберкульозної допомоги хворим на туберкульоз, недостатній рівень матеріально-технічного та кадрового забезпечення ЗЛМ (у тому числі застаріле рентген-обладнання, недостатнє оснащення бактеріологічних лабораторій), недоліки функціонуванням бактеріологічних лабораторій ЗЛМ (у тому числі не завжди якісне мікроскопічне дослідження та не вирішене фінансове питання щодо створення централізованих міжрайонних пунктів бактеріоскопій), недостатня робота з групами ризику щодо туберкульозу (у тому числі неукомплектованість груп та неповний обсяг їх обстеження), недостатньо налагоджений контроль за роботою закладів ЗЛМ щодо виявлення туберкульозу з боку фтизіатрів (відсутні моніторингові та кураторські візити, недостатньо активна позиція районних фтизіатрів щодо співпраці фтизіатричної служби із ЗЛМ), відсутність мотивації персоналу ЗЛМ щодо кожного випадку виявлення туберкульозу, у тому числі матеріальне заохочення.

Аналіз наданих фахівцями-фтизіатрами відповідей щодо виконання обов'язків лікарями ЗЛМ щодо організації лікування хворих на туберкульоз наведено в таблиці.

Таблиця – Оцінка виконання обов'язків лікарями загальної лікарняної мережі щодо організації лікування хворих на туберкульоз

Перелік обов'язків	Кількість адміністративних територій, які надали позитивну відповідь	
	Абс.	%
Знаходити хворих, які не з'явилися для лікування	14	51,9
Заповнювати медичні карти лікування хворих на туберкульоз (ТБ 01) та надавати їх районному координатору з туберкульозу під час кураторських візитів	18	66,7
Скерувувати пацієнтів на дослідження мокротиння або відправляти вже зібрані зразки мокротиння для контролю за лікуванням	18	66,7
Сповіщати районного координатора про пацієнтів, які завершили курс лікування	13	48,1
Інші	12	44,4
Всього	27	100,0

У результаті проведеного опитування встановлено – фахівці-фтизіатри 33,3 % адміністративних територій вважають, що лікарі ЗЛМ не виконують свої обов'язки щодо заповнення медичних карт лікування хворих на туберкульоз (ТБ 01) і надання їх районному координатору з туберкульозу під час кураторських візитів та скерування пацієнтів на контрольне дослідження мокротиння або відправлення зібраних зразків мокротиння до лабораторій; у 48,1 % адміністративних територій не виконуються обов'язки щодо пошуку хворих, які не з'явилися для лікування, а у 51,9 % – сповіщення районного координатора про пацієнтів, які завершили курс лікування; серед інших обов'язків лікарів ЗЛМ зазначено скерування необхідних документів для примусового лікування до суду; фахівці-фтизіатри відмічають відсутність контролю за якістю обслуговування контингентів протитуберкульозних установ (ПТУ) з боку сімейного лікаря (процесом їх лікування займається медсестра загальної практики або фельдшер, які за потребою зв'язуються з фтизіатром), існує проблема організації доставки мокротиння з сільських ЛПЗ до лабораторій I-III рівня діагностики (холодильники для зберігання мокротиння, транспорт, бензин, бокси

для транспортування матеріалу, кошти на відрядження медпрацівника), через недостатнє кадрове забезпечення у сільській місцевості контрольоване лікування хворих на туберкульозу підтримуючій фазі здійснює лікар-фтизіатр, лікарі ЗЛМ виконують обов'язки відповідно до фізичних можливостей та матеріально-технічного забезпечення, для покращання цієї роботи фтизіатрам та співробітникам кафедр необхідно проводити тренінги та надавати організаційно-методичну допомогу лікарям ЗЛМ. На думку фахівців-фтизіатрів важливими заходами щодо поліпшення роботи ЗЛМ щодо організації лікування хворих на туберкульоз є: підсилення кадрового потенціалу ЗЛМ та їх матеріальне стимулювання (доплата за роботу з хворими на ТБ та її позитивні результати), покращення взаємодії фтизіатричної служби із ЗЛМ щодо лікування хворих на ТБ у підтримуючій фазі, організація тренінгів для медпрацівників ЗЛМ щодо ТБ.

4 ПРИНЦИПИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Провідною проблемою української охорони здоров'я, як свідчать дані аналізу вітчизняних та міжнародних експертів, є невідповідність діючої в Україні старої радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашка), призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям.

Недоліки існуючої в Україні системи охорони здоров'я перш за все проявляються у:

- зосередженості на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення;
- неефективності структури системи, що призводить до деформованості структури медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я;
- недостатності обсягів фінансування з громадських джерел, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

В Україні за роки незалежності неодноразово започатковувалися різні реформи в сфері охорони здоров'я, які характеризувалися:

- відсутністю чітко позначених цілей;
- відсутністю комплексності перетворень;
- постійним переглядом стратегії реформ;
- відсутністю чіткої політики, що забезпечує виконання прийнятих рішень;
- ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень;

- істотним впливом на прийняття рішень лобістських груп;
- низькими темпами реалізації;
- непослідовністю та суперечливістю.

В цілому існуюча система фінансування охорони здоров'я не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних із необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання та не сприяє ефективному використанню ресурсів системи. Як свідчать матеріали низки досліджень, головною перешкодою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі.

В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної та вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі фахівці поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги. З загального числа позалікарняних закладів Міністерства охорони здоров'я близько половини (56,2 %) призначені для надання виключно первинної медичної допомоги (сільські та міські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень), 28,1 % – надають і первинну, і вторинну амбулаторну допомогу (поліклініки, поліклінічні відділення міських лікарень для дорослого та дитячого населення, центральних районних лікарень). Лише 27,0 % фахівців первинної ланки становлять лікарі загальної практики – сімейні лікарі.

Первинна ланка практично не впливає на медичний маршрут пацієнта. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5 %), до стаціонарів – 16,9 % пацієнтів. У результаті рівень обслуговування в 65,9 % випадків не відповідає тяжкості їх стану та перебігу захворювання, у 43,2 % – надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях.

Отже, сьогодні система охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовних та глибоких інституціональних та структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб у медичній допомозі.

Провідними напрямками перетворень у системі охорони здоров'я України визначені:

- підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я;
- підвищення якості медичного обслуговування;
- підвищення доступності ліків;
- запровадження соціального медичного страхування;
- запровадження професійного менеджменту;
- моніторинг та аналіз здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги.

Центральна роль у реалізації підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я належить структурній реорганізації системи відповідно до потреб населення в різних видах медичної допомоги. Оскільки ми поставили за мету оцінити роль лікарів загальної практики / сімейних лікарів щодо виявлення, лікування та профілактики туберкульозу у реформованій системі охорони здоров'я, а вони належать до первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), розглянемо модель надання медико-санітарної допомоги на первинному рівні.

Для структурної реорганізації та розвитку системи ПМСД на засадах сімейної медицини розроблено програму. В цій програмі передбачено:

- проведення чіткого розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;
- створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) у сільській місцевості переважно на 2 лікаря, у міській — на 4 лікаря та їх устаткування відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості:

1) у сільській місцевості – шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини поліклінічних відділень центральних районних (ЦРЛ) та районних (РЛ) лікарень, великих фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП). У зв'язку з тим що на рівні ФАПів, які обслуговують до 300 осіб, надається низькопродуктивна та в більшості випадків неякісна медична допомога, пропонується на рівні місцевих громад розглянути питання про їх закриття при паралельному розвитку мережі амбулаторій ЗП/СМ;

2) у міській місцевості – шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії ЗП/СМ та ФАПів, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб. До функції Центру входить: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів ПМСД, що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення й розподіл стимулюючих виплат для працівників.

Передбачається тісний зв'язок між первинною та вторинною ланками надання медико-санітарної допомоги (МСД). Зокрема, до функцій лікарів первинної ланки буде належати скерування пацієнтів для планового лікування до стаціонарів та поліклінічних відділень лікарень, до лікарень відновного лікування та до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів. У рамках запланованих реформ передбачається: розділити функції швидкої та невідкладної допомоги й передати невідкладну допомогу як функцію на первинний рівень, звільнити служби швидкої допомоги щодо проведення знеболювання онкологічним хворим удома і передати це завдання на первинний рівень шляхом отримання ліцензій структурами первинної допомоги на введення наркотичних препаратів та забезпечення первинної ланки сучасними знеболювальними засобами неопіоїдного характеру.

Умовами для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я на первинному рівні медичної допомоги є: розмежування первинного та вторинного рівнів допомоги, об'єднання фінансових ресурсів для надання ПМСД на районному/міському рівнях, вільний вибір лікаря ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут пацієнта, а також перегляд і підвищення вимог до ліцензування та акредитації, здійснення деформалізації цих процесів, передача в оперативне управління ресурсів усіх закладів охорони здоров'я первинного рівня на районний/міський рівень.

На першому етапі перетворень, коли відсутня необхідна економічна інформація, застосовується така форма договору між замовником і постачальником медичних послуг, як блок-контракт-договір, у рамках якого покупець погоджується сплатити певну суму в обмін на безоплатний доступ населення до певного кола послуг. Надалі в міру накопичення економічної інформації блок-контракт поступається іншій формі контрактних відносин – договору на фінансування узгодженого об'єму медичної допомоги з плануванням обсягу допомоги й визначення умов її оплати. При цьому планується використання сучасних методів оплати медичних послуг на первинному рівні – сполучення подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, відсоток охоплення вакцинацією, відсоток охоплення скринінговими програмами тощо).

5 ОBOB'ЯЗКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВІЯВЛЕННЯ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У РЕФОРМОВАНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Основними обов'язками сімейного лікаря щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню є:

- активне виявлення ТБ у групах ризику шляхом призначення скринінгового флюорографічного обстеження 1 раз на рік;
- профілактичне обстеження дітей з використанням проби Манту з метою виявлення латентної туберкульозної інфекції (ЛТІ) (активного ТБ), обстеження дітей з груп ризику;
- пасивне виявлення ТБ – при зверненні громадян в медичні заклади за будь-якою медичною допомогою при наявності симптомів, що можуть свідчити про ТБ, наявність скарг, що відповідають інтоксикаційному та бронхо-легенево-плевральному синдрому;
- скерування пацієнтів з підозрою на ТБ (за результатами алгоритму первинної діагностики³) до лікаря-фтизіатра;
- забезпечення транспортування мокротиння до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня (пункт мікроскопії мокротиння);
- проведення вакцинації, ревакцинації БЦЖ;
- інформування населення з питань профілактики, виявлення та лікування ТБ;
- участь у здійсненні оздоровчих заходів, відстеженні контактів у осередках ТБ під наглядом фтизіатра та лікаря епідеміолога⁴;
- виявлення осіб, які мають симптоми, що потребують обов'язкового обстеження на ТБ за результатами клінічного скринінгу (продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад 2 тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, потіння вночі, кровохаркання, біль в грудній клітці);
- організація доставки хворих з позитивним мазком мокротиння для ізоляції в спеціалізований протитуберкульозний заклад на період до обстеження;
- формування та щорічний перегляд груп ризику серед дорослого та дитячого населення щодо захворювання на ТБ та направлення їх на скринінгові променеві обстеження та туберкулінодіагностику⁵;

³ Алгоритм викладено у розділі А.3.1.1 “Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги”, який затверджено наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1091

⁴ Додаток 3 “Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги”, який затверджено наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1091

- проведення щеплення проти ТБ згідно з національним календарем щеплень (вакцинація новонароджених, які не отримали щеплення у пологових будинках, ревакцинація в 7 років);
- облік та динамічне спостереження (клінічний скринінг та туберкулінодіагностика) за дітьми, які не були вакциновані при народженні;
- ведення новонароджених із осередків туберкульозної інфекції;
- активне виявлення випадків ТБ та ЛПІ у дітей в умовах епідемії туберкульозу: щорічна туберкулінодіагностика (проба Манту з 2 ТО) проводиться практично здоровим дітям віком від 4 до 14 років, в першу чергу – у групах ризику захворювання на ТБ;
- направлення дітей до фтизіатра, якщо результати проби Манту не дозволяють зробити остаточний висновок щодо наявності ЛПІ;
- організація профілактичного обстеження шляхом променевої діагностики дітям у віці від 15 років;
- надання інформації населенню щодо раннього виявлення, профілактики та симптомів ТБ, особливо групам ризику;
- контроль за якістю проведення середнім медичним персоналом протитуберкульозного лікування відповідно до призначень лікаря-фтизіатра;
- встановлення можливих побічних ефектів протитуберкульозних препаратів, які виникли під час протитуберкульозного лікування, та проведення заходів щодо їх усунення;
- інформування лікаря-фтизіатра про побічні ефекти протитуберкульозних препаратів, що виникли;
- виявлення загострень супутніх захворювань, які виникли під час протитуберкульозного лікування, і надання екстреної медичної допомоги за необхідністю;
- інформування лікаря-фтизіатра про загострення супутніх захворювань під час протитуберкульозного лікування;
- забезпечення консультування пацієнтів у фахівців вузького профілю при наявності супутніх захворювань, які виникли під час протитуберкульозного лікування, і виконання їхніх призначень;
- забезпечення, двічі на місяць, клінічного консультування хворих, що перебувають на лікуванні в амбулаторних умовах;
- направлення пацієнта на консультацію до фтизіатра при погіршенні стану на тлі проведеного лікування, при появі життєво-небезпечних ускладнень захворювання, важких

⁵ Додаток 1 та Додаток 12 “Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги”, який затверджено наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1091

загострень супутніх захворювань, при яких показана госпіталізація;

- направлення хворого на туберкульоз на щомісячні планові консультації фтизіатра;

- забезпечення контролю ефективності протитуберкульозного лікування згідно з чинним алгоритмом;

- направлення пацієнтів на консультацію до лікаря-фтизіатра після закінчення курсу протитуберкульозного лікування для встановлення результатів лікування у відповідності до чинних стандартів;

- контроль за якістю заповнення середнім медичним персоналом медичних карт пацієнтів і форм запитів для проведення досліджень мокротиння на КСБ, культурального дослідження і ТМЧ;

- вживання заходів щодо поліпшення прихильності до лікування хворих на туберкульоз, які перебувають на лікуванні в амбулаторних умовах, з метою попередження відривів від протитуберкульозної хіміотерапії;

- вживання заходів щодо інформування та навчання хворих на туберкульоз і їхніх сімей;

- навчання середнього персоналу ПМСД з проведення лікування хворих на туберкульоз в амбулаторних умовах;

- забезпечення повернення до протитуберкульозного лікування пацієнтів, які його припинили;

- проведення патронажних щомісячних візитів за місцем проживання хворого на туберкульоз;

- забезпечення працюючих хворих на туберкульоз лікарняними листами та скерування їх на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) для визначення тимчасової втрати працездатності відповідно до чинного законодавства;

- сприяння організації соціальної підтримки хворим на туберкульоз за допомогою залучення соціальних працівників, представників Товариства Червоного Хреста, інших донорських організацій;

- дотримання норм професійної етики і деонтології, конфіденційності особистих даних хворих на туберкульоз.

Основними обов'язками дільничної медичної сестри кабінету сімейного лікаря щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню є:

- сприяння роботі сімейного лікаря щодо виявлення та профілактики туберкульозу (згідно із своїми функціональними обов'язками середнього медичного персоналу);

- забезпечення проведення процедури збирання мокротиння для мікроскопічного

дослідження (пояснює пацієнту мету процедури, заповнює направлення на мікроскопічне дослідження ТБ 05 (ф. № 200-1/о), реєструє пацієнта в журналі, пояснює хворому, як потрібно відкашлювати мокротиння та безпосередньо спостерігає за ходом всієї процедури);

- створення довірчих відносин з хворими на туберкульоз та їхніми родичами (оточенням), включаючи збір додаткової інформації;

- надання психологічної підтримки хворим на туберкульоз, їх навчання, інформування тощо;

- контроль регулярності проведення консультацій сімейним лікарем і фтизіатром, лабораторних аналізів, збору мокротиння, у тому числі вдома за необхідністю, під час протитуберкульозної терапії;

- пошук пацієнта в разі пропуску прийому однієї дози протитуберкульозних препаратів;

- видача та безпосередній контроль прийому таблетованих протитуберкульозних препаратів пацієнтом вдома;

- проведення ін'єкцій внутрішньовенних та/або внутрішньом'язових препаратів згідно з призначеннями лікаря-фтизіатра та сімейного лікаря вдома у пацієнта;

- діагностика побічних ефектів протитуберкульозного лікування;

- інформування сімейного лікаря про побічні ефекти протитуберкульозних препаратів, що виникли;

- виявлення загострень супутніх захворювань під час протитуберкульозної терапії;

- інформування сімейного лікаря про загострення супутніх захворювань під час протитуберкульозної терапії;

- ведення документації (журналу обліку використання протитуберкульозних медикаментів, реєстрація відвідувань і т.д.);

- забезпечення одержання, зберігання, обліку та використання протитуберкульозних препаратів та інших фармацевтичних і парафармацевтичних засобів у відповідності до чинних нормативних актів;

- дотримання норм професійної етики і деонтології, конфіденційності особистих даних щодо хворих на туберкульоз.

Основними обов'язками дільничного середнього медичного персоналу сільського Центру здоров'я щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню є:

- сприяння роботі сімейного лікаря щодо виявлення та профілактики туберкульозу (згідно із своїми функціональними обов'язками середнього медичного персоналу);

- забезпечення проведення процедури збирання мокротиння для мікроскопічного

дослідження (пояснює пацієнту мету процедури, заповнює направлення на мікроскопічне дослідження ТБ 05 (форма № 200-1/о), реєструє пацієнта в журналі, пояснює хворому, як потрібно відкашлювати мокротиння та безпосередньо спостерігає за ходом всієї процедури);

– видача та безпосередній контроль прийому таблетованих протитуберкульозних препаратів пацієнтами, в тому числі вдома у пацієнта;

– проведення ін'єкцій внутрішньовенних та/або внутрішньом'язових препаратів згідно з призначеннями лікаря-фтизіатра та сімейного лікаря, в тому числі вдома у пацієнта;

– діагностика побічних ефектів протитуберкульозних препаратів та надання екстреної медичної допомоги за необхідністю;

– інформування сімейного лікаря про побічні ефекти протитуберкульозних препаратів, що виникли;

– виявлення загострень супутніх захворювань під час протитуберкульозної терапії та надання екстреної медичної допомоги за необхідністю;

– інформування сімейного лікаря про загострення супутніх захворювань під час протитуберкульозної терапії;

– направлення пацієнта на консультацію до сімейного лікаря при погіршенні стану на тлі протитуберкульозної терапії, при появі життєво-небезпечних ускладнень захворювання, важких загострень супутніх захворювань, при яких показана госпіталізація;

– направлення хворого на туберкульоз під час протитуберкульозної терапії на щомісячні планові консультації сімейного лікаря;

– створення довірчих відносин з пацієнтами та їхніми родичами (оточенням), включаючи збір додаткової інформації;

– надання психологічної підтримки хворим на туберкульоз, їх навчання, інформування тощо;

– сприяння організації соціальної підтримки хворим на туберкульоз;

– контроль регулярності проведення консультацій сімейним лікарем і фтизіатром, лабораторних аналізів, збору мокротиння, у тому числі вдома за необхідністю;

– ведення документації хворих на туберкульоз (журналу обліку використання протитуберкульозних медикаментів, реєстрація відвідувань і т.д.);

– пошук пацієнта в разі пропуску прийому однієї дози протитуберкульозних препаратів (дзвінок пацієнтові, дзвінок контактній особі) для забезпечення їх залучення до лікування;

– щоденне інформування дільничного сімейного лікаря про пацієнтів, що пропустили прийом однієї дози протитуберкульозних препаратів, про проведені заходи для їх повернення до лікування;

- забезпечення одержання, зберігання, обліку та використання протитуберкульозних препаратів та інших фармацевтичних і парафармацевтичних засобів у відповідності до чинних нормативних актів;

- забезпечення дотримання санітарного режиму в кабінеті і правил інфекційного контролю;

- дотримання норм професійної етики і деонтології, конфіденційності особистих даних пацієнтів.

Основними обов'язками медичної сестри кабінету DOT щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню є:

- видача та безпосередній контроль прийому таблетованих протитуберкульозних препаратів пацієнтами;

- проведення ін'єкцій внутрішньовенних та/або внутрішньом'язових препаратів згідно з призначеннями лікаря-фтизіатра та сімейного лікаря;

- діагностика побічних ефектів лікування та надання екстреної медичної допомоги за необхідністю;

- інформування сімейного лікаря про побічні ефекти протитуберкульозних препаратів, що виникли;

- виявлення загострень супутніх захворювань і надання екстреної медичної допомоги за необхідністю;

- інформування сімейного лікаря про загострення супутніх захворювань;

- створення довірчих відносин з пацієнтами та їхніми родичами (оточенням), включаючи збір додаткової інформації;

- надання психологічної підтримки пацієнтам, їх навчання, інформування тощо;

- контроль регулярності проведення консультацій сімейним лікарем і фтизіатром, лабораторних аналізів, збору мокротиння, у тому числі вдома за необхідністю;

- ведення документації пацієнтів (журналу обліку використання протитуберкульозних медикаментів, реєстрація відвідувань і т.д.);

- пошук пацієнта в разі пропуску прийому однієї дози протитуберкульозних препаратів (дзвінок пацієнтові, дзвінок контактній особі) для забезпечення їх залучення до лікування;

- інформування дільничного сімейного лікаря про пацієнтів, що пропустили прийом однієї дози протитуберкульозних препаратів, про проведені заходи для їх повернення до лікування;

- забезпечення одержання, зберігання, обліку та використання протитуберкульозних препаратів та інших фармацевтичних і парафармацевтичних засобів у відповідності до чинних нормативних актів;
- забезпечення дотримання санітарного режиму в кабінеті і правил інфекційного контролю;
- дотримання норм професійної етики і деонтології, конфіденційності особистих даних пацієнтів.

6 УМОВИ ЗА ЯКИХ МОЖЛИВА ПОВНОЦІННА УЧАСТЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ / СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У ВИЯВЛЕННІ, ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Усі запропоновані проекти реформування охорони здоров'я передбачають зростання ролі первинного рівня медико-санітарної допомоги, а це пов'язано із більшими функціональними вимогами до лікарів загальної практики / сімейних лікарів.

У реформованій системі охорони здоров'я медико-санітарна допомога має стати більш доступною та більш наближеною до населення, амбулаторне лікування буде мати перевагу над стаціонарним лікуванням, а також буде відновлено та розвинуто профілактичний напрям, який останнім часом занепав. Система охорони здоров'я повинна бути сфокусована на превентивній медицині, без цього жодна модель системи охорони здоров'я не буде успішною.

Необхідно зауважити, що вже на сьогоднішній день функції лікарів загальної практики / сімейних лікарів щодо виявлення, лікування та профілактики туберкульозу значні та дуже важливі, хоча, як свідчать матеріали наших власних спостережень, що викладені у попередніх розділах, ця робота не завжди виконується в повному обсязі та на достатньому рівні. Реформування же системи охорони здоров'я передбачає суттєве зростання навантаження на лікарів первинної ланки, що пов'язано, як з її загальною перебудовою медичної галузі, так із змінами системних підходів до надання допомоги хворим на туберкульоз. А саме, реформа фтизіатричної служби, передбачає зробити наголос на амбулаторному лікуванні хворих на туберкульоз, на активному (ранньому) їх виявленні та на розвитку профілактичного напрямку, у тому числі превентивна робота з групами ризику щодо туберкульозу. Оскільки всім цим повинні займатися, в першу чергу, лікарі загальної практики / сімейні лікарі, то очевидно наскільки зросте обсяг їх роботи. Однак, зрозуміло, що, якщо залишити умови їх роботи на рівні сьогоднішнього дня, то це унеможливить якісне виконання лікарями первинної медико-

санітарної допомоги своїх обов'язків щодо виявлення, лікування та профілактики туберкульозу.

За яких же умов можлива повноцінна участь лікарів загальної практики / сімейних лікарів у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу?

В першу чергу, потребує докорінних змін сама організація первинної медичної допомоги, основні принципи цієї перебудови вже викладено у попередньому розділі. Окрім цього має бути створена належна (адекватна до збільшених функціональних обов'язків) матеріально-технічна база первинного рівня медико-санітарної допомоги в цілому, та для кожного лікаря загальної практики / сімейного лікаря зокрема. Важливим є визначення необхідного навантаження на кожного лікаря загальної практики / сімейного лікаря, адекватного тому обсягу роботи, який передбачається його функціональними обов'язками.

Важливим є створення мотивації для лікарів та інших медпрацівників, а також для хворих (головна мотивація – фінансова але важливі й інші види мотивації). Особливу увагу треба звернути на заповнення медичними кадрами слабких місць (сільська місцевість, швидка та невідкладна допомога тощо) із застосуванням різних способів залучення фахівців: створення мотиваційних аспектів (це найкраще), обов'язковість відпрацювання в сільській місцевості після завершення навчання у вищому навчальному закладі медичного профілю на бюджетній основі, переваги (пільги для тих, хто за власним бажанням певний час працює в сільській місцевості, зокрема житлові, фінансові, пенсійні тощо, однак все рівно треба створювати достойні умови праці та життя для фахівців-медиків на селі). Серед найважливіших мотивуючих чинників слід вважати оплату праці лікарів та інших медпрацівників, яка, на відміну від нинішньої, має бути диференційованою, тобто при її призначенні (обчисленні) повинні враховуватися різні кількісні та якісні складові (для цього слід розробити відповідні індикатори оцінки роботи лікаря). Впровадження індивідуалізованої системи оплати праці лікарів це не лише об'єктивна оцінка їх роботи, але й стимул для підвищення кваліфікації, опанування нових методик та більш ретельного виконання своїх обов'язків.

В результаті медичної реформи лікарі повинні першими відчувати зміни на краще. Отже, реформуючи охорону здоров'я України слід керуватися тим, що в результаті її проведення лікар повинен отримувати відповідну до своєї професійної значущості заробітну платню, працювати у відповідних до його функціональних обов'язків умовах і лікувати високопрофесійно та якісно.

Необхідно докорінно змінити систему оцінки фахового рівня лікарів, а також науковців, викладачів вищих навчальних закладів медичного профілю.

Має бути докладне юридичне супроводження медичної реформи (у тому числі чітко прописані права і обов'язки лікаря та пацієнта). Обов'язки пацієнтів та здорових осіб (обов'язковий обсяг профілактичного обстеження) мають бути прописані дуже ретельно, так як від їх дотримання (або не дотримання) буде залежати включення (або не включення) механізмів страхової медицини.

Якось, найбільш підходяща для нашої держави, модель медицини (це повинні оцінити висококласні фахівці) має бути прийнята за основу, необхідно її проаналізувати (у тому числі врахувати помилки, досвід впровадження тощо; можна залучати зарубіжних фахівців-експертів), а потім адаптувати до українських реалій (а це найскладніше завдання, враховуючи соціально-економічні умови, менталітет та ін.).

7 ІНТЕГРАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ФТИЗИАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ІЗ ЗАГАЛЬНОЮ МЕДИЧНОЮ МЕРЕЖЕЮ У РЕФОРМОВАНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В контексті реформи медичної галузі Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) звертає увагу на комплексності у підходах до боротьби з туберкульозом від сучасних більш ефективних методів діагностики до новітніх моделей лікування, що застосовуються в лікарській практиці.

Зокрема, пріоритетними завданнями щодо покращення управління програми протидії туберкульозу в Україні є:

- впровадження системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз з акцентом на амбулаторному етапі лікування;
- оптимізація ліжкового фонду протитуберкульозних закладів з перерозподілом ресурсів на проведення заходів інфекційного контролю туберкульозу, зміцнення системи соціальної підтримки хворих на етапах амбулаторного лікування;
- подальше зміцнення системи протитуберкульозних заходів, у тому числі впровадження реєстру хворих на туберкульоз;
- розбудова фармакологічного менеджменту протитуберкульозних препаратів;
- розробка та впровадження стратегії зміцнення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби з формуванням єдиної національної концепції безперервного навчання медичних фахівців.

ВООЗ акцентує увагу на трьох важливих цілях боротьби з туберкульозом, стратегія втілення яких розроблена до 2035 року. Це:

- а) орієнтованість на пацієнта;

б) політична воля і адаптація юридичного поля до побудови раціональних і економічно вигідних програм боротьби з туберкульозом, спрямованих на ефективність лікування, а не розширення протитуберкульозної інфраструктури;

в) підтримка наукових розробок, досліджень, нових методів лікування та діагностування.

На думку фахівців, ключовим моментом на шляху до успішного подолання туберкульозу, особливо його мультирезистентних форм, є підвищення рівня прихильності пацієнтів до лікування. Адже навіть розробка нових протитуберкульозних препаратів чи нових ефективних схем лікування не зможуть вирішити питання подолання епідемії в цілому. Нерегулярний прийом, пропуски доз або вибіркового прийому препаратів із призначеної схеми призводять до швидкого формування та розширення резистентності збудника до протитуберкульозних препаратів і епідемія набирає нових обертів. В цьому плані важливою є робота сімейного лікаря, запровадження таких схем контролю та пропагандистських заходів, які б впливали на пацієнта.

Сьогодні на рівні співпраці Міністерства охорони здоров'я України та ВООЗ відпрацьовується системне поширення амбулаторної моделі лікування хворих на туберкульоз. Ця модель передбачає лікування хворого в умовах, які йому найбільш зручні, а також застосування механізму психологічної та соціальної підтримки.

Децентралізація лікування хворих на туберкульоз і акцент на амбулаторному лікуванні за місцем проживання хворого – необхідні умови для забезпечення його безперервності та попередження розповсюдження внутрішньо-лікарняної туберкульозної інфекції, в першу чергу, мультирезистентного туберкульозу.

Амбулаторна модель лікування хворих на туберкульоз.

Сучасний міжнародний досвід боротьби з епідемією туберкульозу вважає найбільш ефективним кроком створення сталої системи доступу хворих на туберкульоз до медичного обслуговування на амбулаторному етапі. Основною метою амбулаторної моделі ведення хворих на туберкульоз є запобігання формуванню та розповсюдженню лікарської стійкості мікобактерії туберкульозу за рахунок зниження ризику внутрішньо-лікарняного зараження і посилення контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів. Істотною перевагою амбулаторної моделі є максимальне наближення медичної допомоги до місця проживання хворого. В результаті цього значною мірою мінімізуються несприятливі соціальні і матеріальні збитки від туберкульозу для вразливих верств населення.

Одним з головних завдань Загальнодержавної Програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 рр. є розроблення механізму інтеграції фтизіатричної служби до

закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівня надання лікувально-профілактичної допомоги та моделі реформування системи охорони здоров'я в галузі протидії захворюванню на туберкульоз.

Основним напрямом в оптимізації протитуберкульозних заходів є розбудова системи надання амбулаторної допомоги хворим на туберкульоз шляхом:

- інтеграції протитуберкульозних послуг на усіх рівнях медичної допомоги з фокусом на первинну медико-санітарну та вторинну амбулаторну допомогу;
- залучення інститутів громадянського суспільства (Товариства Червоного Хреста України, неурядових, громадських організацій тощо);
- розвитку взаємодії між медичними закладами та інститутами громадянського суспільства.

Головним принципом амбулаторного медичного обслуговування є його максимальне наближення до місця проживання/перебування хворого – медична допомога, орієнтована на пацієнта. Водночас, перехід на амбулаторну форму лікування туберкульозу повинен обов'язково відбуватися на основі передбачуваного чинним законодавством повного захисту прав та інтересів всіх громадян України в умовах епідемії туберкульозу та організації з метою їх захисту та забезпечення дієвого інфекційного контролю.

У Загальнодержавній Програмі протидії захворюванню на туберкульоз у 2012–2016 рр. наголошується, що пріоритетом є зміцнення загальної системи охорони здоров'я шляхом широкого залучення первинної медико-санітарної допомоги до виявлення, лікування та профілактики ТБ, підвищення її спроможності, зокрема:

- вдосконалення політики в галузі охорони здоров'я задля надання рівного доступу до якісної медичної допомоги для різних верств населення, розвитку кадрових ресурсів (навчання, наставництво, курація, інформаційна підтримка, мотивація), відповідне фінансування усіх етапів надання протитуберкульозних послуг та інформування фахівців і населення;
- посилення інфекційного контролю у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування людей та тваринницьких і свійських господарствах;
- модернізація лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики ТБ;
- запровадження стратегії "Практичний підхід до здоров'я легенів", що призначена для первинної медико-санітарної допомоги, метою якої є покращення діагностування і лікування респіраторних захворювань;
- підвищення ефективності та економічної рентабельності послуг з лікування респіраторних захворювань в рамках існуючої системи охорони здоров'я;

– адаптація успішних підходів та посилення впливу на соціальні детермінанти здоров'я шляхом впровадження СТОП-ТБ стратегії, запровадження підходу до надання медичної допомоги, що орієнтована на пацієнта, боротьби з бідністю, підтримки розвитку неурядових організацій, що працюють з уразливими групами населення, розробки політики з надання медичної допомоги особам із уразливих груп, бездомним особам, біженцям, мігрантам, національним меншинам;

– інтегрувати діяльність протитуберкульозної служби із діяльністю закладів первинної і вторинної ланок охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічної служби, ветеринарної служби тощо щодо профілактики і виявлення ТБ.

Ведення випадку туберкульозу в закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

1. Організація виявлення хворих на туберкульоз в закладах ПМСД.

ПМСД – основна ланка надання медичної допомоги, де відбувається виявлення ТБ, оскільки переважно до лікарів цих закладів звертаються хворі при захворюванні.

Дії лікарів ПМСД щодо виявлення туберкульозу:

– запропонувати пацієнтам, які з'явилися на прийом, заповнити скринінгову анкету для виявлення людей, що потребують обстеження на туберкульоз;

– виявити осіб з підозрою на туберкульоз за скаргами, або за виявленими факторами ризику за скринінговою анкетною, або за результатами рентгенологічного профілактичного дослідження;

– запропонувати обстеження на ВІЛ пацієнтам з лихоманкою нез'ясованого генезу, нез'ясованою причиною втрати маси тіла;

– обстежити на туберкульоз пацієнтів перед призначенням імуносупресивної терапії (анамнез, фізикальний огляд і рентгенологічне обстеження) ;

– провести необхідні обстеження пацієнтів з підозрою на туберкульоз (за обов'язковим переліком – анамнез, фізикальне обстеження, рентгенографія органів грудної порожнини, 2-разове дослідження мокротиння методом мікроскопії);

– забезпечити і організувати дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка в осіб з підозрою на туберкульоз; у разі позитивного результату, негайне направлення до фтизіатра;

– направити пацієнта до закладів, що надають вторинну медичну допомогу, у разі неможливості провести необхідні обстеження на туберкульоз;

- направити пацієнта на консультацію до районного фтизіатра в разі виявлення патологічних змін в легенях або внутрішньогрудних лімфатичних вузлах у вигляді вогнищ, ущільнень, кальцинатів з наданням рентгенархіву пацієнта;
- направити пацієнта на консультацію до районного фтизіатра у разі виявлення в легенях дрібно-вогнищевої дисемінації, деструктивних змін, збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів з результатами дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка;
- направити пацієнта до фтизіатра при підозрі на позалегеновий туберкульоз;
- організувати доставку хворих з позитивним мазком мокротиння для ізоляції в протитуберкульозний заклад на період дообстеження;
- заповнити ф.089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву»;
- призначити антибіотики широкого спектра дії (окрім тих, що мають антимікобактеріальну дію: канаміцин, амікацин, рифампіцин, рифабутин, фторхінолони) особам з підозрою на туберкульоз, в яких КСБ не виявлені в 2-х аналізах мокротиння;
- направити пацієнта на консультацію до районного фтизіатра у разі відсутності позитивної рентгенологічної динаміки після тест-терапії антибіотиками широкого спектру дії;
- направити ВІЛ-інфікованих пацієнтів з підозрою на туберкульоз і негативними результатами дослідження мазків мокротиння на консультацію до районного фтизіатра, не застосовуючи у них тест-терапію антибіотиками широкого спектра дії;
- направити дитину з підозрою на туберкульоз (за клінічними симптомами або з групи ризику) на туберкулінодіагностику;
- організувати забір шлункового змиву у разі неможливості отримання мокротиння у дитини з підозрою на туберкульоз;
- провести врахування результатів туберкулінодіагностики і направити пацієнта до фтизіопедіатра у разі виявлення віражу туберкулінової проби, збільшення туберкулінової проби на 6 і більше мм або гіперергічної проби;
- щорічно формувати/переглядати групи ризику дорослих і дітей щодо захворювання на туберкульоз для проведення у дорослих щорічних флюорографічних досліджень, а у дітей - щорічної туберкулінодіагностики;
- формувати групи дітей від 4 до 14 років для проведення у них щорічної туберкулінодіагностики;
- формувати групи підлітків в 15 і 17 років для проведення у них флюорографічного обстеження з цифровою обробкою зображення;
- надавати інформацію населенню щодо виявлення туберкульозу.

2. Організація лікування хворих на туберкульоз в закладах ПМСД.

Моделі лікування хворих на ТБ: в стаціонарі в протитуберкульозному закладі; амбулаторно в закладах ПСМД, вдома під наглядом районного фтизіатра і лікаря ПМСД.

Лікування у стаціонарних умовах показано хворим із бактеріовиділенням до негативації мокротиння (зазвичай протягом інтенсивної фази), або хворим з тяжкими розповсюдженими формами ТБ, або пацієнтам з поганою переносимістю протитуберкульозної хіміотерапії (ХТ). В амбулаторних умовах хворі отримують лікування: у підтримуючу фазу терапії, протягом усього курсу (для хворих без бактеріовиділення), вдома увесь курс ХТ (у виключних випадках) для хворих на ТБ з бактеріовиділенням можливий лише за умов наявності окремої кімнати для хворого, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років та дотримання правил інфекційного контролю.

Амбулаторне лікування проводиться під безпосереднім наглядом медичного працівника (фельдшера або медсестри) під час підтримуючої фази (ПФ) (4 місяці для хворих на ТБ 1, 2, 3 категорії та 12 місяців для мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) та туберкульозу з розширеною резистентністю (РРТБ). Варіанти амбулаторного контрольованого лікування: пряме контрольоване лікування під безпосереднім контролем кабінету ДОТ (Directly Observed Treatment), у сімейного лікаря за місцем проживання, в сільській амбулаторії або на ФАП, на дому під наглядом медичного працівника.

Заходи з лікування хворих на ТБ в закладах ПМСД:

- контрольоване лікування на підтримувальному етапі основного курсу хіміотерапії, коли хворий вже стає незаразним, під контролем фтизіатра;
- лікування хворих на ТБ дітей і підлітків повинно здійснюватися під контролем фтизіопедіатра за тими ж принципами, що й у дорослих, та з урахуванням вікових особливостей;
- хворі з обмеженими формами ТБ без бактеріовиділення можуть лікуватися амбулаторно протягом всього основного курсу антимікобактеріальної терапії;
- протягом амбулаторного лікування лікар ПМСД сприяє організації необхідної соціальної підтримки хворих на ТБ, яка мотивує їх до дотримання режиму лікування та завершення повного курсу протитуберкульозної хіміотерапії;
- залучення до ведення випадків лікування хворих вдома під наглядом районного фтизіатра;
- участь у здійсненні оздоровчих заходів, відстеженні контактів у осередках ТБ під наглядом фтизіатра та лікаря епідеміолога.

Організація лікування в закладах ПМСД.

Після виписки хворого на ТБ зі стаціонару районний фтизіатр сповіщає про нього головного лікаря амбулаторії загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ) та /або медичного працівника за місцем проживання хворого (медична сестра амбулаторії або фельдшер ФАП) і погоджує з ними організацію амбулаторного контрольованого лікування хворого. В день повернення пацієнта зі стаціонару фельдшер чи медсестра ПМСД або ДОТ кабінету ідуть до пацієнта додому або телефонують йому, перевіряють чи він був по поверненні зі стаціонару на консультації у районного фтизіатра і отримав призначення щодо подальшого лікування. Якщо ні, то фельдшер чи медсестра направляє пацієнта до районного фтизіатра. Після консультації у фтизіатра, оформлення документів та узгодження з закладом ПМСД режиму та графіку лікування (можливо і в телефонному режимі) хворий розпочинає лікування в закладі ПМСД.

Районний фтизіатр, який лікує і спостерігає пацієнта, повинен передати лікарю ЗП-СЛ / дільничному терапевту чи педіатру, медичному працівнику закладу ПМСД необхідні на місяць препарати, які будуть зберігатись у старшої медичної сестри/ фельдшера закладу ПМСД та індивідуальну карту обліку хворого (ТБ01), в якій медична сестра лікаря ЗП-СЛ / дільничного терапевта чи педіатра, фельдшер ФАП відмічає щоденно, крім вихідних днів, прийом хворим на ТБ протитуберкульозних препаратів.

Організація прийому протитуберкульозних препаратів в закладах ПМСД.

Лікар ЗП-СМ/дільничний терапевт чи педіатр, медичний працівник закладу ПМСД забезпечує організацію лікування в дозах, що призначені фтизіатром. Препарати приймаються перорально за один прийом або за призначенням фтизіатра. Прийом препаратів проводиться: в умовах ДОТ-кабінетів (кабінет контрольованого лікування), стаціонару на дому, за допомогою куратора (медичний працівник, соціальний працівник, волонтер тощо).

Методи забезпечення безперервності лікування.

Умови лікування і періодичність відвідування медичного закладу варто організувати так, щоб лікування було якомога зручнішим для хворого на ТБ. Застосовувати: листи-нагадування; медично-просвітні консультації; бесіди, орієнтовані на пацієнта, інформаційно-освітні буклети; відвідування вдома; ведення щоденника пацієнта; допомогу або поради щодо того, як отримувати соціальну допомогу, житлові та соціальні послуги.

Моделі організації лікування в закладах ПМСД:

– лікування в ДОТ кабінеті, який розташований в районній поліклініці, під безпосереднім наглядом медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів (щоденні візити 5-6 разів на тиждень, крім вихідних);

– лікування в сільській амбулаторії / на ФАП під безпосереднім наглядом медичної сестри/фельдшера за прийомом препаратів (щоденні візити 5-6 разів на тиждень, крім вихідних);

– лікування у поліклініці за місцем проживання під наглядом лікаря ЗП-СЛ/дільничного терапевта – ліки не видаються хворому на руки ні в якому разі;

– лікування в сільській амбулаторії/ на ФАПі за місцем проживання під наглядом лікаря/фельдшера – ліки на руки хворому також не видаються;

– лікування на дому під наглядом медичного працівника із залученням куратора для щоденних візитів;

– лікування на дому під наглядом медичного працівника без залучення куратора.

Куратор це медичний працівник, соціальний працівник, волонтер. Член сім'ї не являється тією людиною, якій можна доручити контроль за прийомом ліків.

Чому потрібно контролювати прийом хворими антимікобактеріальних препаратів (АМБП)?

Чимало хворих, що приймають АМБП самостійно, в подальшому припиняють лікування через: алкоголізм, наркоманію, велику відстань до медичного закладу, побічні ефекти, інші пріоритети (наявність дітей, робота, сімейні проблеми). Більшість хворих, що приймають АМБП самостійно, пропускають призначені дози через: низький самоконтроль (пацієнти похилого і старечого віку, молодого віку), при тривалому прийомі препаратів (дії, які повторюються кожний ранок) пацієнт може забути, чи випив він призначену дозу сьогодні. Хто з хворих припинить терапію, хто буде лікуватися акуратно - передбачити практично неможливо, тому для попередження подібних ситуацій всіх хворих необхідно контролювати. Методи контролю обираються з огляду на інтелектуальний рівень пацієнта, вік, шкідливі звички, відношення до власного здоров'я тощо. Хворого, що регулярно приймає лікування, бажано заохочувати: продовольчими або гігієнічними наборами, оплатою проїзду до медичного закладу. В випадку, коли заохочення не призводить до бажаного результату, тобто хворий пропускає прийом препаратів, допомога призупиняється.

У разі якщо хворі на заразні форми туберкульозу, у тому числі під час амбулаторного чи стаціонарного лікування, порушують протиепідемічний режим, що ставить під загрозу зараження туберкульозом інших осіб, з метою запобігання поширенню туберкульозу за рішенням суду вони можуть бути примусово госпіталізовані до протитуберкульозних закладів, що мають відповідні відділення (палати) для розміщення таких хворих. Заява про примусову госпіталізацію чи про продовження строку примусової госпіталізації хворого на заразну форму туберкульозу подається до суду представником протитуберкульозного закладу,

що здійснює відповідне лікування цього хворого, протягом 24 годин з моменту виявлення порушення хворим протиепідемічного режиму (Закон України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз”, ст. 11).

Якщо пацієнт протягом 2–3 днів (при ДОТ послугах) не з’явився на прийом або на черговий візит (при видачі препаратів на руки), медична сестра повинна повідомити лікаря ЗП-СЛ / дільничного терапевта чи педіатра, а він, в свою чергу, повідомити про такий випадок районного фтизіатра, і сприяти в розшуках пацієнта.

Щомісячно пацієнт, який одержує контрольоване лікування в закладах ПМСД, має бути направлений до районного фтизіатра для контролю ефективності терапії і моніторингу побічних реакцій. Якщо виникли побічні реакції під час лікування, лікар ЗП-СЛ/дільничний терапевт чи педіатр негайно направляє пацієнта до районного фтизіатра. Після завершення контрольованого лікування ЗП-СЛ/дільничний терапевт чи педіатр повинен направити пацієнта до фтизіатра і передати йому форму ТБ 01.

Організація місця для лікування хворих в закладах ПМСД.

В амбулаторії виділяється окреме місце в кабінеті для здійснення ДОТ або окремий кабінет, якщо дозволяє приміщення. ДОТ кабінет повинен мати необхідне оснащення, відповідно до Наказу МОЗ України № 927 від 07.12.2009. “Про затвердження Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі”: медичні ваги, кулер з водою та одноразові стакани. Графік роботи ДОТ кабінету - протягом робочого дня амбулаторії. За наказом МОЗ України № 927 ДОТ-кабінети створюються в містах та районних центрах. У них працюють 2 медичні сестри з 7:00 до 19:00 (контроль проковтуванням протитуберкульозних препаратів (ПТП), відмітка у формі ТБ 01, бесіда щодо переносимості ПТП, скерування пацієнтів до районного фтизіатра тощо). Хворих, які не явилися на прийом ПТП, або інвалідів та людей похилого віку патронажна медична сестра відвідує вдома. При неявці хворого в ДОТ- кабінет протягом 2-3-х днів, медична сестра інформує про це районного фтизіатра. Районний фтизіатр контролює роботу ДОТ- кабінету, спільно зі старшою медсестрою відповідає за забезпечення кабінету ПТП та їх використання (1 раз на місяць на конкретного хворого).

Забезпечення ДОТ-кабінету штатами.

Головним функціональним обов’язком медичної сестри ДОТ-кабінету є лікування хворих на ТБ під безпосереднім контролем. Роботу з хворими на ТБ виконує медична сестра амбулаторії додатково до інших своїх посадових обов’язків. До її функцій також входить просвітницька робота. За ініціативою керівництва закладу ПМСД, медпрацівники, що

працюють в ДОТ-кабінетах, додатково до їх основної роботи, можуть отримувати доплату за інтенсивність.

Послідовність дій при контролі за лікуванням: медсестра кладе таблетки на тарілочку (серветку), пацієнт повинен брати їх сам, пацієнт використовує прозорий стакан з водою для запивання препаратів, медсестра спостерігає за всім процесом прийому ліків, потім розмовляє з ним, медсестра робить відмітки в формі ТБ 01 (у присутності хворого).

Рух і контроль препаратів.

Медпрацівник первинної ланки, який здійснює амбулаторне контрольоване лікування хворого на ТБ, отримує ПТП (відповідно до призначення) у медсестри районного протитуберкульозного кабінету. Відповідальний медпрацівник веде облік використання препаратів. Форми, які ним заповнюються: ТБ-01, процедурний листок, журнал обліку протитуберкульозних препаратів, розпорядження про проведення амбулаторного контрольованого лікування.

Зворотній зв'язок між районним фтизіатром і медичними працівниками ПМСД:

– відбувається здебільшого у телефонному режимі, а також не менше одного разу на місяць при візиті медичного працівника ПМСД до районного фтизіатра за препаратами для хворого;

– у місті фтизіатри закріплені за певними закладами ПМСД та здійснюють регулярні візити до них;

– фтизіатри-куратори надають амбулаторіям організаційно-медичну допомогу, консультують хворих, моніторують роботу ДОТ-кабінетів;

– інформація щодо пацієнта та результати лікування направляються районним фтизіатром сімейному лікарю / районному терапевту / лікарю сільської амбулаторії та в обласний протитуберкульозний диспансер.

Подальше спостереження в закладах ПМСД за пацієнтами, які перехворіли на ТБ.

Всі пацієнти, які перехворіли на ТБ, спостерігаються у лікаря-фтизіатра за місцем проживання 3 роки. Лікарі ПМСД також здійснюють спостереження за цими пацієнтами: контролюють вчасне внесення інформації в медичну документацію щодо захворювання на ТБ; направляють на консультацію до фтизіатра для вирішення питання про призначення хіміопрофілактики ТБ в разі необхідності призначення глюкокортикостероїдів, цитостатиків, інгібіторів фактору некрозу пухлин пацієнтам, які мали в анамнезі ТБ тощо.

8 ПЕРШОЧЕРГОВІ КРОКИ НА ШЛЯХУ ІНТЕГРАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФТИЗІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ІЗ ЗАГАЛЬНОЮ МЕДИЧНОЮ МЕРЕЖЕЮ

Ми вже наголошували вище, що реформування протитуберкульозної служби у цілому слід проводити одночасно з реформуванням всієї системи охорони здоров'я. Однак, деякі елементи реформування протитуберкульозної служби, нагальна потреба у яких назріла, необхідно здійснити найближчим часом, не очікуючи на загальну реформу системи охорони здоров'я, так як цей процес довготривалий і на даний час лише обговорюється концепція реформування охорони здоров'я. В першу чергу необхідно впровадити заходи щодо підвищення ролі закладів первинної медичної допомоги у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу.

Вище наводилась узагальнена оцінка виконання обов'язків лікарями загальної лікарняної мережі щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню, яка сформована на підставі опитування фахівців-фтизіатрів адміністративних територій України. Водночас фахівцями-фтизіатрами були вказані недоліки щодо організації виявлення хворих на туберкульоз з боку лікарів ЗЛМ. Опрацювавши значний обсяг отриманих даних, ми розробили пропозиції щодо покращання співпраці фтизіатричної служби із ЗЛМ, які містять пропозиції щодо покращання виявлення хворих на ТБ та пропозиції щодо покращання організації лікування хворих на ТБ на амбулаторному етапі.

Пропозиції щодо покращання виявлення хворих на ТБ:

а) необхідно удосконалити роботу з групами ризику щодо туберкульозу (групи ризику укомплектувати повністю, забезпечити повний обсяг їх обстеження, чітко визначити, які групи ризику потребують обов'язкової мікроскопії мазка мокротиння та рентгенологічного дослідження і у які терміни, у тому числі забезпечити своєчасне обстеження на туберкульоз осіб, які прибули з місць позбавлення волі);

б) необхідно підвищити рівень матеріально-технічного забезпечення ЗЛМ (особливо в питаннях організації пунктів збору мокротиння, забезпечення обладнанням та матеріалами, транспортом та фінансуванням транспортування мокротиння до лабораторій Ш рівня);

в) слід забезпечити постійне навчання фахівців ЗЛМ питанням організації протитуберкульозної допомоги хворим на туберкульоз (включити до програм навчання лікарів, циклів тематичного удосконалення, передатестаційних курсів сімейних лікарів та лікарів ЗЛМ питання щодо організації виявлення ТБ; забезпечити постійне навчання фахівців ЗЛМ питанням організації протитуберкульозної допомоги хворим на туберкульоз із застосуванням навчальних тренінгів та подальшими обов'язковими заліками за

спеціальними тестами; організувати проведення тренінгів з лікарями та лаборантами клініко-діагностичних лабораторій I рівня, які відповідають за виявлення кислотно-стійких бактерій (КСБ), навчити лікарів ЗЛМ правильному відбору контингентів, які підлягають обстеженню з приводу високого ризику ТБ);

г) необхідно забезпечити мотивацію персоналу ЗЛМ щодо кожного випадку виявлення туберкульозу (у тому числі матеріальне заохочення щодо збільшення повноти та своєчасного виявлення бацилярних хворих та виявлення осіб, які переривають лікування або ухиляються від нього), налагодити контроль за роботою закладів ЗЛМ щодо виявлення туберкульозу з боку фтизіатрів (запровадити моніторингові та кураторські візити для контролю та надання допомоги з профілактики та раннього виявлення туберкульозу);

д) пропонується підсилити кадровий потенціал фтизіатричної служби, ЗЛМ та їх матеріальне стимулювання (доплата за роботу з хворими на ТБ та її позитивні результати), покращити взаємодію фтизіатричної служби із ЗЛМ щодо виявлення хворих на ТБ;

є) необхідно розробити чіткі критерії оцінки роботи закладів ЗЛМ щодо виявлення туберкульозу, у тому числі стосовно обстеження груп ризику, та покращання контролю за цією роботою з боку протитуберкульозних установ.

Пропозиції щодо покращання організації лікування хворих на ТБ на амбулаторному етапі:

– достатня соціальна підтримка хворих на ТБ на амбулаторному етапі лікування (продуктові та гігієнічні набори, одяг, взуття, оплата проїзду, юридична і соціальна допомога у вирішенні різних побутових проблем тощо) шляхом адекватного фінансування місцевих програм щодо протидії епідемії туберкульозу із залученням до співпраці волонтерів Товариства Червоного Хреста; організація соціальних закладів реабілітації для безхатченків із ТБ до повного закінчення курсу лікування, вирішення правових та кадрових проблем щодо організації соціальної підтримки хворих на ТБ;

– належна санітарно-освітня робота з хворими (а також з їх родичами) з метою формування у хворих прихильності до лікування;

– підсилення кадрового потенціалу фтизіатричної служби та матеріальне стимулювання медичних працівників, які працюють із хворими на ТБ (доплата медпрацівникам ЗЛМ за контрольоване лікування хворих на ТБ, преміювання за завершений випадок лікування тощо);

– покращення взаємодії фтизіатричної служби із ЗЛМ щодо лікування хворих на ТБ у підтримуючій фазі та ширше впровадження їх контрольованого лікування під

супроводом Товариства Червоного Хреста, у тому числі забезпечення санітарним автотранспортом патронажної та дільничної служби ПТД, відновлення принципу дільничного розподілу і дільничних лікарів-фтизіатрів та патронажних медсестер у сільській місцевості;

- психологічна підтримка пацієнтів та членів їх родин, у тому числі введення в штат ПТЗ посади психолога;

- безперерйне забезпечення протитуберкульозними препаратами II ряду за рахунок Державного бюджету та застосування інтермітуючих схем лікування для препаратів II ряду;

- організація амбулаторного лікування хворих на ТБ у зручних для пацієнтів умовах, у тому числі якомога ближче до місця їхнього проживання.

РЕЗЮМЕ

Методичний посібник присвячено актуальній проблемі фтизіатрії – ролі закладів первинної медичної допомоги у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу. Викладення засад реформування протитуберкульозної служби в контексті побудови нової системи охорони здоров'я в Україні, підтверджує важливість інтеграції діяльності протитуберкульозної служби із закладами первинної медичної допомоги. Оцінка місця загальної медичної мережі у діючій системі організації протитуберкульозної допомоги населенню та виконання обов'язків щодо організації виявлення, лікування та профілактики туберкульозу лікарями загальної практики/сімейними лікарями, виявила суттєві недоліки у даному напрямку діяльності, які негативно впливають на епідемічну ситуацію в цілому. Це викликає занепокоєння, адже в умовах реформованої системи охорони здоров'я функціональні обов'язки лікарів первинної медичної допомоги щодо протитуберкульозних заходів значно зростуть і за існуючих умов не зможуть ними виконуватися якісно та у повному обсязі. У методичному посібнику наводяться деякі найважливіші умови, за яких можлива повноцінна участь лікарів загальної практики/сімейних лікарів у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу у новій системі охорони здоров'я України.

Впровадження детально викладеного алгоритму ведення випадку туберкульозу в закладах первинної медико-санітарної допомоги, який складається з двох частин:

- організації виявлення;

- організації лікування, а також запропонованих (на підставі виявлених недоліків) заходів щодо покращання виявлення та лікування на амбулаторному етапі хворих на

туберкульоз буде сприяти підвищенню ефективності співпраці фтизіатрів із лікарями загальної практики/сімейними лікарями та покращанню якості надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.

За рахунок поліпшення організації протитуберкульозної допомоги населенню в закладах первинної медико-санітарної допомоги збільшиться своєчасне виявлення хворих на туберкульоз, поліпшиться ефективність їх лікування, зменшиться кількості тяжких, поширених і генералізованих форм туберкульозу й, відповідно, зменшиться летальність, а це, в свою чергу, позитивно вплине на основні епідеміологічні показники з туберкульозу – стабілізація, а потім зменшення захворюваності на туберкульоз та смертності від нього.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 (оприлюднено Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я 27 листопада 2014 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://healthsag.org.ua>.

2. Фещенко, Ю. І. Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – Київ : Здоров'я, 2009. – 488 с.

3. Фещенко, Ю. І. Реорганізація, реструктуризація та реформування протитуберкульозної служби в Україні [Текст] : монографія / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, М. С. Опанасенко). – Київ : «Видавництво Ліра-К», 2015. – 172 с.

4. Фещенко, Ю. І. Концептуальні засади оптимізації протитуберкульозних заходів і реформування протитуберкульозної служби України [Електронний ресурс] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко (05 лютого 2015). – Режим доступу : <http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/original/2015/feschenko2015.pdf>.

5. Фещенко, Ю. І. Концепція реформування протитуберкульозної служби та оптимізація протитуберкульозних заходів в Україні (проект) [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко // Укр. пульмонол. журн. – 2015. – № 1. – С. 5–9.

6. Фещенко, Ю. І. Боротьба з туберкульозом в Україні: досягнення і проблеми [Текст] / Ю. І. Фещенко, С. О. Черенько // Здоров'я України. – 2015. – № 4 (32). – С. 50–51.

7. Проблеми і деякі підходи до реформування охорони здоров'я та протитуберкульозної служби в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова // Укр. пульмонол. журн. – 2015. – № 2. – С. 5–12.

8. Лехан, В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я [Текст] / В. М. Лехан. – Київ, 2009. – 50 с.

9. Лехан, В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір [Текст] / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – Київ, Дніпропетровськ, 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.

10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз [Текст] : наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1091 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі» / МОЗ України. – Київ, 2012. – 171 с.

11. Закон України від 16.10.2012 № 5451-VI «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/tubvil/tub13izakon2012-2016.pdf.

12. Тренінг «Ведення випадків туберкульозу та ТБ/ВІЛ у закладах первинної медико-санітарної допомоги» для сімейних лікарів та лікарів-терапевтів закладів ПМСД [Електронний ресурс] / Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні». – Режим доступу : <http://stbcu.com.ua/category/trainings/>.

13. Закон України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз” № 2586-III від 05.07.2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2586-14>.

14. Наказ МОЗ України № 927 від 07.12.2009. “Про затвердження Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі” [Електронний ресурс]» / МОЗ України. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1276-09>.

15. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник [Текст] / Державна установа “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України”, Державний заклад “Центр медичної статистики МОЗ України” – Київ, 2015. – 141 с.