

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

Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, Л.В. Турченко
**КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ОПТИМІЗАЦІЇ
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ І РЕФОРМУВАННЯ
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ¹**

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського
Національної академії медичних наук України»*

Для поліпшення контролю за туберкульозом в Україні запроваджені програмно-цільовий підхід до реалізації протитуберкульозних заходів, централізовані закупівлі антимікобактеріальних препаратів, Адаптовані ДОТС-стратегія, ДОТС-плюс-стратегія, Стоп-ТБ-стратегія, отриманий кредит Міжнародного банку реконструкції та розвитку, зміцнена інфраструктура протитуберкульозної служби на центральному рівні (створені для цього Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 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 ВООЗ. Остання через неефективність попередніх стратегій розробила ще одну стратегію «End TB Strategy» («Стратегія ліквідації туберкульозу»). Однак, не зважаючи на це, епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні суттєво не поліпшилася. Якщо у 1995 р., коли зареєстрована епідемія туберкульозу, виявлено 21459 нових хворих на туберкульоз при захворюваності 41,7 на 100 тис. населення, то у 2014 р. (без окупованих територій) туберкульоз діагностований у 25543 хворих і захворюваність зросла до 59,5 на 100 тис. населення, тобто на 42,69 %. У 1995 р. в Україні від туберкульозу померло 7371 хворих і смертність становила 14,3 на 100 тис. населення, а у 2013 р. їх померло – 6390 і смертність зменшилася до 14,1 на 100 тис. населення, або на 1,40 %. До того ж, близько 25,0 % смертей від ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД реєструються як смерть від ВІЛ-інфекції, що суттєво збільшить показник смертності від туберкульозу. За 2009–2013 рр. кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз зросла в 2,36 раз і досягла 7847 пацієнтів; за 2001–2013 рр. захворюваність на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІДу зросла в 35,25 раз і сягнула 14,1 на 100 тис. населення; за 2003–2013 рр. питома вага в структурі всіх померлих, до 1 року спостереження у протитуберкульозному диспансері кількість померлих зросло на 4,8 % і досягнуло 18,6 %; захворюваність на деструктивний туберкульоз за 1990–2013

¹ Концепція друкується в порядку дискусії. Свої зауваження і побажання для публікації просимо надсилати на адресу редакції, для подальших змін – на адресу Інституту або одному із авторів Мельнику Василю Михайловичу, ел. пошта: melnyk@ifp.kiev.ua

рр. збільшилася в 2,25 раз і досягла 25,4 на 100 тис. населення; питома вага бактеріовиділювачів серед нових хворих на туберкульоз легень за 2006–2013 рр. зросла на 25,1 %, або до 55,5 %; захворюваність контактних осіб за 2004–2013 рр. зросла на 11,76 %, або до 5,7 на 1000 контактних. Попри це в країні окреслилася низка невирішених проблем, зокрема: погіршення ефективності лікування хворих на туберкульоз, недовиявлення хворих, зростання нозокоміального туберкульозу, недотримання клінічних протоколів, недофінансування протитуберкульозних програм та ін. Це дозволяє зробити висновок, що діяльність протитуберкульозної служби та організація проведення протитуберкульозних заходів, як протитуберкульозною службою, так і загальною медичною мережею в Україні незадовільні й потребують оптимізації та реформування. Через те ми виносимо на ваш розсуд розроблений нами проект Концепції реформування протитуберкульозної служби та оптимізації протитуберкульозних заходів в Україні (далі – Концепція).

Метою цієї Концепції є поліпшення ефективності протитуберкульозних заходів і реформування протитуберкульозної служби для зменшення резервуару туберкульозної інфекції і зниження економічних збитків суспільству.

Завдання Концепції:

1. Досягти одужання 85,0 % хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз.
2. Досягти виявлення не менше 70,0 % бактеріовиділювачів серед всіх вперше зареєстрованих хворих на туберкульоз.
3. Поліпшити контроль за поширенням хіміорезистентного туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД.
4. Поліпшити ефективність функціонування протитуберкульозної служби та оптимізувати реалізацію протитуберкульозних заходів.

I. Лікування хворих

Вилікувані хворі на туберкульоз зменшують резервуар туберкульозної інфекції через розрив епідеміологічного ланцюга і є основним методом профілактики цього захворювання. Головною метою його є вилікування не менше 85,0 % бактеріовиділювачів, запобігання ускладнень, розвитку хронічних та резистентних форм та рецидиву, зменшення летальності, зменшення захворюваності та інфікованості, а також зменшення резервуару туберкульозної інфекції. Лікування повинно відповідати чинним клінічним протоколам. При необхідності проводити інше (в т. ч. індивідуальне) лікування або продовжити його поза протоколом до повного вилікування лікуючий лікар повинен провести консиліум (не менше 3 фахівців) і оформити режим лікування відповідним чином. Перед початком лікування з хворим укладається типова угода з передбаченою відповідальністю обох сторін – лікаря і хворого. Антимікобактеріальна терапія проводиться під

безпосереднім керівництвом лікаря – фтизіатра. За кожним хворим повинен бути закріплений куратор згідно з чинним клінічним протоколом.

Інтенсивна фаза основного курсу антимікобактеріальної терапії хворих-бактеріовиділювачів проводиться в стаціонарі протитуберкульозного закладу, в т. ч. санаторного, до припинення бактеріовиділення. Виписку бактеріовиділювача із стаціонару лікуючий лікар оформляє через консиліум. Хворі без бактеріовиділення, в т.ч. які отримують лікування у підтримуючій фазі, можуть лікуватися амбулаторно або в денному стаціонарі, або вдома, або санаторно залежно від епідеміологічної небезпеки та соціального статусу хворого, від тяжкості захворювання, епідемічної небезпеки. Для організації амбулаторного лікування доцільна соціальна підтримка хворих на туберкульоз, яка мотивує їх до дотримання контрольованого режиму лікування та його ефективності.

Лікування туберкульозу у дітей і підлітків здійснюється під контролем фтизіатра або фтизіопедіатра за цими ж принципами, що й дорослих та з урахуванням вікових особливостей.

За умов збереження бактеріовиділення і/або деструкції після інтенсивної фази лікування обов'язкова консультація фтизіохірурга з метою можливого хірургічного лікування хворого.

Критеріями ефективності вилікування хворого на туберкульоз слід вважати: припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду, досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації, підтвердженої в динаміці (упродовж не менше 2-х послідовних обстежень).

II. Виявлення і діагностика туберкульозу

Головною метою цього заходу є максимальне виявлення осіб з підозрою на туберкульоз, з їх подальшим обстеженням для підтвердження або заперечення туберкульозу. Виявленням і діагностикою туберкульозу займається загальна медична мережа, фахівці якої направляють до фтизіатра хворих на туберкульоз та з підозрою на туберкульоз. Підтвердженням діагнозу туберкульозу займається протитуберкульозна служба.

Виявлення і діагностика туберкульозу проводиться: 1) при звертанні за медичною допомогою; 2) при активному обстеженні населення, насамперед в групах підвищеного ризику туберкульозу, які визначаються окремо у кожній адміністративній території залежно від її медико-соціальних й економічних особливостей. В обох випадках застосовують методи променевої діагностики, мікроскопії мазка мокротиння, а у дітей ще й метод суцільної туберкулінодіагностики.

Для встановлення і верифікації клінічного діагнозу туберкульозу використовують й інші методи на розсуд лікаря та з урахуванням можливостей лікувально-профілактичного закладу. Діагноз туберкульозу повинен бути підтверджений мікробіологічно або гістологічно, а в окремих випадках – клініко-рентгенологічно.

Критерієм ефективного виявлення хворих на туберкульоз є 70,0 % бактеріовиділювачів у структурі всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз.

III. Профілактика туберкульозу

Пріоритетним напрямом захисту дітей від розвитку локальних, ускладнених та розповсюджених форм туберкульозу є специфічна імунопрофілактика вакциною БЦЖ. Імунізацію здійснює загальна медична мережа. Вакцинація БЦЖ є обов'язковою для новонароджених, а ревакцинація – в 7-річному віці у туберкулінонегативних дітей.

Хіміопрофілактику туберкульозу застосовують в осіб з віражем та з гіперергічною реакцією на туберкулін, у контактних з хворими бактеріовиділювачами дітей і підлітків, а також у ВІЛ-інфікованих.

Важливим методом профілактики нозокоміального туберкульозу є суворе дотримання інфекційного контролю у лікувально-профілактичних закладах.

IV. Диспансеризація хворих

Диспансеризація – це основний стрижень проведення протитуберкульозних заходів у районі обслуговування. Всі хворі на туберкульоз потребують диспансерного нагляду. Необхідно переглянути диспансерні групи, їх обсяги обстеження, лікування та профілактики. Важливе значення в диспансерній тактиці надається контрольованому лікуванню хворих на всіх його етапах, моніторингу й оцінці протитуберкульозних заходів, в т.ч. формуванню Реєстру хворих, кураторським візитам, контролю за рентабельністю та ефективністю протитуберкульозних заходів, а також за інфекційним контролем.

V. Основні засади реформування протитуберкульозної служби

Пріоритетними основами 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 служби 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;

Ліжковий фонд. Виходячи із викладених принципів лікування, у протитуберкульозній службі потрібно реструктурувати ліжковий фонд протитуберкульозних стаціонарів і санаторіїв, а також фтизіохірургічних відділень. Ліжковий фонд слід умовно розподілити на госпітальні та соціальні ліжка.

На госпітальних ліжках лікувати хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз і поширений процес (I категорія), у минулому лікованих хворих (II категорія) та хворих з первинною і вторинною мультирезистентністю та розширеною резистентністю (IV категорія), а також деяких хворих без бактеріовиділення із супутньою патологією (III категорія).

На соціальних ліжках (у хоспісах чи палатах паліативної терапії) проводити лікування хворих, яких потрібно ізолювати чи лікувати пожиттєво.

Підставами для скорочення ліжкового фонду протитуберкульозних диспансерів та санаторіїв є:

- співвідношення кількості ліжок у протитуберкульозних диспансерах і санаторіях до кількості хворих, які потребують стаціонарного лікування та діагностики трудних випадків складає в середньому до 2 хворих на 1 ліжко на рік (без відомчих протитуберкульозних ліжок);

- на утримання ліжкового фонду (без врахування зарплати співробітників) витрачається 70 % всіх коштів, що виділяються на протитуберкульозну службу;

- сучасні можливості контрольованого амбулаторного лікування бактеріонегативних хворих не уступають ефективності лікування їх у стаціонарі.

За даними 2013 р., як приклад, наводимо розрахунки рекомендованої потреби у кількості ліжок у протитуберкульозних закладах:

$$X_1 = V * 0,7/4 = 30819 * 0,7/4 = 5393,33 \text{ ліжок};$$

$$X_2 = P/2 = 4812/2 = 2406 \text{ ліжок};$$

$$X_3 = X_1/2 = 5393,33/2 = 2696,67 \text{ ліжок};$$

$$X_4 = M/2 = 7847/2 = 3923,5 \text{ ліжок};$$

$X = X_1 + X_2 + X_3 + X_4 = 5393,33 + 2406 + 2696,67 + 3923,5 = 14419,5$, тобто 14420 ліжок.

X_1 розрахункова потреба у ліжках для хворих на вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням;

X_2 розрахункова потреба у ліжках для хворих на рецидив туберкульозу;

X_3 розрахункова потреба у ліжках для невдало лікованих та хворих з перерваним лікуванням;

X_4 – розрахункова потреба у ліжках для хворих на мультирезистентний та розширенорезистентний туберкульоз;

X – розрахункова потреба у загальній кількості ліжок;

B – кількість хворих на вперше діагностований туберкульоз;

P – кількість хворих на рецидив туберкульозу;

M – кількість хворих на мультирезистентний та розширенорезистентний туберкульоз;

У розрахунковому році в протитуберкульозних закладах було 20679 ліжок, рекомендовано залишити 14420 ліжок, скоротити $(20679 - 14420) = 6259$ ліжок.

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

За умов передопераційної підготовки і післяопераційного лікування у фтизіатричних відділеннях на одному фтизіохірургічному ліжку протягом року повинно лікуватися 10 оперованих хворих. Якщо фтизіохірургічне ліжко не виконує такого навантаження (10 оперованих/рік), то воно повинно бути скорочене. Розрахункова потреба у фтизіохірургічному лікуванні складає 8,4 % від кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, тобто $27633 * 8,4/100 = 2321,17$ тобто 2321 торакальне втручання, яке в Україні можна виконати $(2321/10 =)$ на 232 фтизіохірургічних ліжках.

Туберкульозні санаторії. В санаторіях слід проводити повноцінний основний курс антимікобактеріальної терапії, як зазначено у розділі I «Лікування хворих». Інші санаторії місцевого рівня слід перепрофілювати: 1) у хоспіси, 2) у стаціонари для паліативного лікування, 3) для реабілітації хворих на туберкульоз. Ті санаторії, у яких немає інфекційного контролю та відповідного матеріально-технічного забезпечення чи руйнуються їх будівлі, повинні здаватися в оренду (при необхідності з ремонтно-реконструкційними роботами) або бути ліквідовані. Вилучені від цього кошти повинні залишатися за протитуберкульозною службою регіону для її потреб. Із санаторіями та їх

ліжковим фондом слід визначитися на місцях протягом року, працевлаштувавши всіх співробітників ліквідованих санаторіїв.

Кадрове забезпечення. Зіставляючи кількість хворих на активний туберкульоз, яким показано лікування, з кількістю фтизіатрів, виявляється їх диспропорція. На одного фтизіатра у стаціонарі передбачено 30 хворих, тобто 30 ліжок. Розрахункова потреба становить 14420 ліжок. Для них треба ($14420/30=480,67$ або 481 фтизіатр. До цього додаємо кількість завідуючих відділень на 100 ліжок, які звільнені від ведення хворих ($14420/100=144,2$, тобто 144), разом $481+144=625$ фтизіатрів стаціонару. Однак, вважаємо за доцільне переглянути навантаження на фтизіатра на 1 ліжко: у звичайному фтизіатричному відділенні – 25 ліжок на 1 фтизіатра; у відділенні на мультирезистентний туберкульоз та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІД – 15 ліжок на 1 фтизіатра. Це зумовлено важкістю і поширеністю туберкульозного процесу.

Кількість амбулаторних фтизіатрів обчислюється із розрахунку таких показників, за даними 2013 р.: кількість населення 45372692 чол.; 0,5 ставки дільничного фтизіатра дорослої мережі на 10000 населення (або 1 ставка на 20000 населення); 0,05 ставки фтизіатра з позалегенового та дитячого туберкульозу на 10000 населення (1 ставка на 200000 населення). Один завідувач диспансерним відділенням передбачений на 4 і більше дільничних фтизіатрів.

Кількість дільничних фтизіатрів дорослої мережі = $45372692*1/20000=2268,63$ лікарів, тобто 2269 лікарів;

Кількість фтизіатрів з позалегенового та дитячого туберкульозу = $45372692*1/200000=226,86$ або 227 лікарів. Разом $2269+227=2496$ лікарів (+ 103 диспансери із завідуючими диспансерними відділеннями), разом $2496+103=2599$ дільничних фтизіатрів разом із завідуючими диспансерними відділеннями, що й закономірно при переході в основному на амбулаторне лікування хворих.

Штатна потреба усіх фтизіатрів = 625 фтизіатрів стаціонару + 2599 дільничних фтизіатрів разом із завідуючими диспансерними відділеннями = 3224 фтизіатри. Їх в Україні, за даними 2013 р., усього штатних посад лікарів – 3372,25, фтизіатрів фізичних осіб – 2681 чол. Скорочення не потребується, деякі лікарі зі стаціонарів можуть бути пропоновані на посади дільничних фтизіатрів.

Керівників протитуберкульозної служби слід обирати за конкурсом на 5 років (не більше 2-х каденцій) за участю профільних регіональних асоціацій фтизіатрів та громадських організацій із заслуховуванням їх звітів про роботу.

Інформаційне забезпечення. З метою підвищення санітарної грамотності населення і хворих на туберкульоз слід розробити інформаційні матеріали, забезпечити широку санітарно-освітню роботу у співпраці з закладами центру здоров'я, товариства Червоного Хреста, засобів масової інформації, суспільних та міжнародних організацій. Налагодити інформування населення про туберкульоз через електронні засоби масової інформації.

Наукові дослідження повинні базуватися на вивченні епідемічних тенденцій туберкульозу в країні та її регіонах, інфікованості, географії хіміорезистентного туберкульозу, ефективності лікування хворих на туберкульоз, в т.ч. на хіміорезистентний туберкульоз та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІД, та розробки технологій і організаційних форм і методів щодо протитуберкульозних заходів.

Фінансування. З 2000 р. жодного разу антимікобактеріальні препарати не були вчасно закуплені й щороку були перериви у лікуванні хворих на туберкульоз. Це сприяло формуванню хіміорезистентності. Останнім часом щороку міняли методики розрахунку потреби антимікобактеріальних препаратів. Вже у 2015 р. не вистачає антимікобактеріальних препаратів. Доцільно надати субвенції територіальним протитуберкульозним закладам, щоб вони самі закупували антимікобактеріальні препарати, вакцину БЦЖ, туберкулін та матеріали для бактеріологічної діагностики туберкульозу.

В подальшому передбачити придбання антимікобактеріальних препаратів через Державне замовлення.

З місцевих бюджетів, коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, коштів отриманих від реформування протитуберкульозної служби, коштів накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, лікарняних кас, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб, коштів, одержаних за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством, фінансуються регіональні протитуберкульозні програми і протитуберкульозні заходи, не профінансовані або недостатньо профінансовані з державного бюджету. Не використані в кінці року асигнування не ліквідовуються, а можуть застосовуватися у наступному бюджетному році.

Із зазначених джерел фінансування з накопичених коштів формується індивідуальний бюджет на кожного хворого на туберкульоз, який витрачається там, де лікується хворий.

VI. Прикінцеві положення

Зазначена Концепція не передбачає ліквідації протитуберкульозних служби і скорочення лікарів-фтизіатрів. Основний акцент в ній спрямований на збереження принципу диспансеризації хворих, якому підлягають всі хворі на туберкульоз, а також на профілактику туберкульозу і своєчасне виявлення хворих з переважним їх амбулаторним лікуванням. Основні положення цієї Концепції повинні стати підґрунтям до напрацювання нормативно-правових актів та розробки нового клінічного протоколу щодо туберкульозу. Цю Концепцію слід реалізувати протягом трьох річних етапів: на 1-му етапі оптимізувати ліжковий фонд протитуберкульозних закладів, перейти на фінансування хворого на туберкульоз замість фінансування ліжок та внести зміни до «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

дорослим: Туберкульоз» до розробки нового клінічного протоколу; на 2-му етапі – оптимізувати і перепрофілювати санаторну мережу; на 3-му етапі – цілковито впровадити цю Концепцію.

Цю Концепцію бажано обговорити на засіданнях регіональних товариств фтизіатрів і побажання надсилати на адресу Інституту: 03680 м. Київ вул. М. Амосова, 10.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И РЕФОРМИРОВАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

Ю.И. Фещенко, В.М. Мельник, Л.В. Турченко

Резюме

Авторами предложены экономически выгодные и малозатратные концептуальные основы оптимизации противотуберкулезных мероприятий и пути реформирования противотуберкулезной службы в Украине. Основной акцент в реформировании направлен на сохранении принципа диспансеризации больных, а также на профилактику туберкулеза и своевременное выявление больных с преобладающим их амбулаторным лечением.

Приведены расчеты оптимизации инфраструктуры противотуберкулезной службы, в частности сокращения стационарных коек и трудоустройство освобожденных врачей на должности участковых фтизиатров. Рекомендованы полная независимость противотуберкулезных учреждений и финансирование больного вместо коек.

Реформу предложено реализовать в течение 3-х лет: на 1-м году оптимизировать коечный фонд противотуберкулезных учреждений, перейти на финансирование больного вместо финансирования коек и внести изменения в клинический протокол по туберкулезу до разработки нового клинического протокола; на 2-м году – оптимизировать и перепрофилировать санаторную сеть; на 3-м году – полностью завершить реформу.