

В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, А. М. Приходько
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ ФТИЗІОХІРУРГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

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

Туберкульоз продовжує залишатися найактуальнішою, найважливішою проблемою ХХІ століття у багатьох країнах світу, в т. ч. в Україні. Встановлено, що в Україні недостатньо проводяться практично всі проти-туберкульозні заходи (профілактика туберкульозу, виявлення, лікування, диспансеризація і медико-соціально-реабілітація хворих на цю недугу), незадовільний менеджмент у фізіотерпії, що призвело до «рукотворного» формування великої кількості хіміорезистентного туберкульозу, насамперед мультирезистентного і розширенорезистентного туберкульозу. В останні роки з Державного бюджету в рамках Загальнодержавних програм фінансуються лише тендерні закупівлі антими-кобактеріальних препаратів і деяких витратних матеріалів для мікробіологічної діагностики туберкульозу. Решту видатків припадає на місцеві бюджети, які фінан-

суються за залишковим принципом і тому не спроможні забезпечити необхідне фінансування в повному обсязі. На цьому тлі неабиякою проблемою є незадовільне і нерентабельне надання хірургічної допомоги хворим на туберкульоз легень. Хворі на туберкульоз потрапляють у протитуберкульозні заклади із занедбаними формами захворювання. Спостерігається малоефективне лікування хворих, зокрема ефективність лікування мазок-позитивних хворих на вперше діагностований туберкульоз знижується: у 2012 р. — 55,6 %, у 2013 р. — 54,4 %, у 2017 р. — 47,1% (за даними Реєстру хворих на туберкульоз eTB Manager), тоді як за критерієм ВОЗ ми повинні досягтивилікування 85,0 % бактеріовиділювачів. Відмічається недостатня ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз легень — 52,4–50,6 % (за 2012–2013 рр.). На 8,3 % зрос-

ла кількість хворих, які визнані інвалідами внаслідок туберкульозу, або з 4335 у 2014 р. до 4693 у 2015 р. За ситуації, що склалася з недостатньою ефективністю лікування хворих на вперше діагностований та хіміорезистентний туберкульоз, здавалось би, повинна суттєво зростати роль фтизіохірургічного лікування. Однак, за 2014–2015 роки від загальної кількості зареєстрованих хворих з приводу туберкульозу легень фтизіохірургічного лікування зазнали лише 1,6–1,9 % (в абс. числах відповідно 1277–995 хворих). В середньому на одну адміністративну територію припадає 40 фтизіохірургічних втручань на рік, або 0,75 операцій на тиждень, причому більшість операцій були не резекційні, а являли собою інвазивні маніпуляції. І це видно з того, що кількість фтизіохірургічних втручань не співпадає з кількістю ендотрахеальних наркозів. Є області в нашій країні, де зробили 1–5–11–12 фтизіохірургічних втручань за рік. Такі хірургічні відділення, на наш погляд, не мають права на існування. Адже, яка кваліфікація фтизіохірургів, які так мало оперують? За 2015 рік найбільше прооперовано у Дніпрі (184 операцій), Одесі (85), Миколаєві (80), Львові (60), Запоріжжі (59), Черкасах (58), Херсоні (57). Як видно, фтизіохірургічні відділення в Україні нині нерентабельні й потребують реорганізації. Ми ратуємо за те, щоб реорганізувати і реструктуризувати мережу фтизіохірургічних відділень залежно від їх навантаження. Нерентабельні фтизіохірургічні відділення слід ліквідувати, створити міжобласні фтизіохірургічні відділення, які б працювали на повну потужність. Вважаємо, що проводячи розрахунки потреби у фтизіохірургічних ліжках для хворих на туберкульоз, слід орієнтуватися на те, що передопераційна підготовка і післяопераційне лікування хворих слід проводити у фтизіатричних відділеннях. У фтизіатричному відділенні хворий повинен проводити мінімальну кількість ліжко-днів: 2–3 доби до операції та 7–12 днів після операції, якщо не було жодних ускладнень. Проводячи реструктуризацію фтизіохірургічних відділень та ліжок, гадаємо, що слід орієнтуватися на такі середньостатистичні нормативи:

- розрахункова потреба у фтизіохірургічному лікуванні складає близько 10,0 % від кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз легень і приблизно 15,0 % від кількості хворих на рецидив туберкульозу, хоча реально за сучасних умов фінансування фтизіохірургічних відділень можуть дати згоду на операцію біля 5,0 % хворих; середня тривалість стаціонарного лікування цих хворих у хірургічному відділі 0,5 міс. при відсутності ускладнень і 1,0–1,5 міс. за наявності ускладнень або обтяжливих факторів з боку

супутньої патології;

- розрахункова потреба у фтизіохірургічному лікуванні складає приблизно 30,0 % від кількості неефективно лікованих і хворих на мульти- й розширенорезистентний туберкульоз, хоча реально можуть дати згоду на операцію біля 3,0 % хворих, середня тривалість їх стаціонарного лікування у хірургічному відділі 1,0 міс. при відсутності ускладнень і близько 1,5–2,0 міс. за наявності ускладнень або обтяжливих факторів з боку супутньої патології.

Знаючи середньорічну кількість хворих зазначених категорій у адміністративній території, легко обрахувати кількість хірургічних ліжок для кожної з них. Сума кількості ліжок для кожної категорії становитиме загальну кількість фтизіохірургічних ліжок з точністю $\pm 5,0$ %. Якщо фтизіохірургічне ліжко не виконує свого прямого навантаження (7,0–8,0 оперованих/рік), то воно повинно бути скорочене. На базі нерентабельних і ліквідованих фтизіохірургічних відділень можна створити палату інтенсивної терапії або хірургічний кабінет для проведення біопсій чи інших мініінвазивних маніпуляцій, лікування емпієм плеври тощо. Необхідно реорганізувати мережу фтизіохірургічних відділень залежно від їх навантаження, а для інтенсифікації їх роботи слід створити міжобласні фтизіохірургічні відділення. При нерентабельності відділень з позалегеневого туберкульозу їх слід укрупнити та створити міжобласні позалегеневі відділення для хворих на туберкульоз, в тому числі вони можуть бути створені на базі профільних науково-дослідних інститутів НАМН та МОЗ України. Особливу увагу слід приділяти кадровому забезпеченню фтизіохірургічних відділень. Знаючи загальну кількість хворих різних категорій у адміністративній території, обраховують потребу у лікарях-фтизіохірургах, орієнтуючись на те, що навантаження на фтизіохірурга стаціонару повинно складати орієнтовно 50,0 % від навантаження фтизіатра, тобто 12 хворих на одного фтизіохірурга на день. Після хірургічних втручань важливо застосовувати доліковування і медико-соціальну реабілітацію хворих у санаторіях, причому мережа санаторіїв теж потребує суттєвого реформування, але це окрема тема.

Таким чином, надання фтизіохірургічної допомоги хворим нині стало нерентабельним, оскільки і фтизіохірургічні відділення, і фтизіохірурги не мають повного навантаження. Слід провести інвентаризацію, паспортизацію і акредитацію всіх фтизіохірургічних відділень і реформувати їх, як в межах адміністративної території, так і в межах України, створивши міжобласні фтизіохірургічні центри.