

4. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей 2-е изд., перераб. и доп. / М.И. Кузин, Б.М. Костюченко. – М.: Медицина, 1990. – 592 с: ил.

5. Пасько В.В. Методичний посібник з основних питань організації медичного забезпечення збройних сил України: підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти України III–IV рівнів акредитації / В.В. Пасько. – К.: МП Леся, 2005. – С. 135–137, 145–148.

**Опыт лечения больных с хирургической патологией
в условиях медицинской роты механизированной бригады**

И.А. ЛУРИН, С.А. САПА, А.В. ОССОВСКИЙ, Д.В. ЛОСЬ

Резюме. Работа выполнена на базе медицинской роты воинской части А0998 при лечении 468 больных, которым требовалось хирургическое вмешательство.

Установлено, что силы и средства медицинской роты механизированной бригады позволяют выполнить поставленные задания по предназначению. Это позволяет разгрузить госпитальное звено от необоснованных госпитализаций и сконцентрировать деятельность последней на более сложных случаях.

Ключевые слова: Войсковое звено, хирургическая инфекция, хирургическая помощь.

**Experience of treatment of patients with surgical pathology in the conditions
of medical company of the mechanized brigade**

I.A. LURIN, S.A. SAPA, O.V. OSSOVSKY, D.V. LOS'

Summary. This research was done on the base of medical company А0998. We treated 468 patients who needed surgical intervention. It is established, that forces and facilities of medical company of the mechanized brigade allow to perform these tasks. As a result, fewer cases are assigned to specialized hospitals, allowing to concentrate their work on more difficult cases.

Key words: Military link, surgical infection, surgical help.

УДК 616.24-002.5-085(477)

**Недоліки в організації лікування хворих на туберкульоз легень
при застосуванні ДОТС стратегії**

**В.М. МЕЛЬНИК., М.П. СУЛТАНОВ. В.Г. МАТУСЕВИЧ,
І.О. НОВОЖИЛОВА, М.І. ЛИННИК**

Резюме. В статті приведений аналіз організації в регіонах України лікування хворих на туберкульоз легень за 2006-2007 роки на основі застосування міжнародних стандартів ДОТС-стратегії. Вказані недоліки застосування принципів ДОТС-стратегії.

Ключові слова: туберкульоз легень, ДОТС-стратегія, недоліки.

В Україні введена безпосередня контрольована короткочасна терапія хворих на туберкульоз (ДОТС- стратегії).

Нова стратегія ефективної боротьби з туберкульозом першочергове значення надає організації лікувального процесу за міжнародним стандартом, оскільки досягнення виліковування у 85,0% випадків і більше серед нових хворих та на рецидив є єдиним і головним критерієм в розриві епідемічного ланцюга і суттєвого позитивного впливу на епідемічний процес. Це дозволить також зменшити частоту хіміорезистентного туберкульозу. Основні підходи до організації лікування туберкульозу в сучасних епідемічних умовах базуються на Міжнародних стандартах надання протитуберкульозної допомоги [1, 2, 3].

Організація лікувального процесу, як регламентує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), об'єднує два принципи ДОТС-стратегії – стандартизована хіміотерапія коротким курсом протягом 6–8 міс. для всіх хворих на ТБ (туберкульоз) під безпосереднім контролем і соціальною підтримкою амбулаторних хворих; та регулярно, безперебійне постачання протитуберкульозних препаратів гарантованої якості із формуванням річного резерву протитуберкульозних препаратів [1]. Лікування по ДОТС викликає багато суперечливих питань. Особливі складнощі мають місце при застосуванні ДОТС у амбулаторних хворих, серед соціально-дезадаптованих осіб. Вони не дотримуються ДОТС-лікування [4, 5].

Метою роботи було оцінка результатів лікування хворих на туберкульоз при застосуванні ДОТС стратегії на основі аналізу анкетних даних за 2006–2007 роки. Лікування хворих туберкульозом проводиться за існуючими стандартами, затвердженими наказом МОЗ України від 09.06.2006 г. № 384 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз», Галузевий стандарт «Протокол ведення хворих: «Туберкульоз», створений з метою забезпечення громадян України якісною медичною допомогою при захворюванні на цю недугу [2, 3].

Протоколи лікування хворих на туберкульоз впроваджені у всіх протитуберкульозних закладах України. Це дозволяє здійснювати оперативний контроль за правильністю лікування, а саме стандартизованого контрольованого лікування всіх хворих на туберкульоз (режим відповідно категорії, дози, комбінації препаратів, строки лікування, наявність контролю; регламентовані строки обстеження, тощо) Крім того, можливо вести точний облік кількості використання хіміопрепаратів у кожного хворого і на цій основі – в районі, регіоні, країні, а також проводити когортний аналіз та надавати звіти до міжнародних організацій за їх стандартами.

Система організації контрольованого стандартизованого лікування проводиться в дві фази:

а) лікування в активній фазі, коли хворі епідемічно небезпечні і протягом перших двох – трьох місяців слід проводити в стаціонарних умовах, коли їм призначають ізоніазид, рифампіцин, піразинамід і етамбутол;

б) під час фази продовження хіміотерапії призначаються ізоніазид і рифампіцин протягом 4 місяців. Під час фази продовження лікування кон-

троль проводиться амбулаторно на рівні району (у поліклініці, на фельдшерсько-акушерському пункті, у кабінетах (ДОТС – стратегія).

Усі хворі 1, 2, 3 категорій (у тому числі з ВІЛ / СНІД асоційованим туберкульозом) повинні одержати стандартний контрольований короткостроковий режим лікування під безпосереднім контролем медичного працівника при дотриманні всіх умов ведення пацієнтів і при забезпеченні соціальної підтримки амбулаторних хворих.

У пацієнтів з підозрою на стійкість до препаратів (у неефективно лікованих; тих, що перервали лікування; хворих хронічним туберкульозом) проводиться культуральне дослідження й тести на чутливість виділених штамів до ізоніазиду, рифампіцину, етамбутолу. Таким хворим призначають спеціальні режими лікування із застосуванням протитуберкульозних препаратів другого ряду. Необхідно застосовувати, принаймні, чотири препарати, до яких є підтверджена чутливість збудника, а курс лікування повинен тривати не менш, ніж 18 місяців.

Забезпечення протитуберкульозних установ антимікобактеріальними препаратами (АМБП) проводиться шляхом закупівлі препаратів I й II ряду за рахунок Державного бюджету України й залучення позабюджетних засобів.

З 2000 р., тобто з тих пор, як почалися централізовані закупівлі АМБП, Тендерний комітет МОЗ України жодного разу не закупив препарати вчасно. Щорічно препарати надходять в області до середини року або в другій її половині. В більшості областей – період відсутності АМБП I ряду з роками зростає і коливався від 30 до 366 днів, що не дозволяло проводити повний курс лікування хворих. Тільки 33,3% областей України були забезпечені АМБП I ряду протягом 5 років. Річний резерв препаратів так і не узаконили, тому спостерігаються перерви в лікуванні хворих, відступ від стандартів, наслідком чого за даними когортного аналізу є низька ефективність лікування.

Аналіз даних за когортним аналізом в 2006 і 2007 роках свідчить про невідповідність його показників рекомендованим ВООЗ індикаторам. Так, показник «Ефективність лікування», якій включає два показника – «виліковано та завершене лікування», був нижче 85,0% (62,7–59,0%). Ускладнює ситуацію те, що показники «умерло», «невдале лікування» і «перерване лікування» перевищували 5,0% майже в 2 рази, а саме складало від 8,0 до 10,0%, а показник летальності відповідно 11,0–14,0%.

Моніторинг лікування є важливим елементом стратегії ДОТС. Для контролю оцінки остаточного результату лікування хворих туберкульозом використовують мікроскопічне й бактеріоскопічне дослідження мокротиння, а також рентгенівське обстеження органів грудної клітки. За результатами мікроскопії мокротиння проводять два аналізи на момент завершення I-ї фази лікування (два-три місяці), через п'ять місяців і наприкінці лікування).

В Україні немає нормального моніторингу лікування, оскільки немає національного й регіональних реєстрів, незадовільно працює лабораторна

служба, яка не проводить свого моніторингу, не проводиться внутрішній і зовнішній контроль якості лікування хворих.

Для кожного пацієнта вводяться облікові форми, у яких вказуються всі дані про призначення режиму лікування, результатах бактеріологічних аналізів і побічних реакціях, тобто на їх основі проводять моніторинг якості лікування, бактеріологічний моніторинг і моніторинг побічних реакцій.

Для організації контрольованої стандартизованої амбулаторної хіміотерапії здійснюється соціальна підтримка хворих на туберкульоз у вигляді гарячих обідів, продуктових наборів, гігієнічних наборів, проїзних квитків чи інших послуг.

У більшості лікувально-профілактичних установ України за 2006–2007 роки немає обліку ефективності контрольованого амбулаторного лікування й немає контрольованої хіміопротекції у більшості туберкульозних стаціонарів і санаторіїв також немає контрольованого лікування. Зменшилась кількість стаціонарів денного перебування, денних стаціонарів та цілодобових стаціонарів при одночасному зменшенні кількості протитуберкульозних ліжок в них. Денні та стаціонари денного перебування відсутні в більшості областей України (44,4–81,4% відповідно). Відсутні кабінети для контрольованого лікування, а станом на 2007 р. такі кабінети відсутні в загальній лікувальній мережі (ЗЛМ) в 7 адміністративних територіях України, а в протитуберкульозних закладах (ПТЗ) – в 3 областях. В 4 адміністративних територіях вони взагалі відсутні, у більшості інших вони почали формуватися лише у 2006 р.

Не завжди медичні сестри протитуберкульозних диспансерів вчасно роблять позначки в «Медичній картці лікування хворого туберкульозом (ТБ 01)», тобто відразу після прийняття ліків під безпосереднім контролем.

Має місце призначення нестандартного режиму лікування, неправильний облік попереднього лікування протитуберкульозними препаратами, часто добові дози препаратів призначають дробно.

За період 2006–2007 рр. на 40,0–70,0% збільшилася кількість хворих на туберкульоз, особливо 1 і 2 категорії, виписаних з порушенням режиму лікування в кабінетах ДОТ і стаціонарах, що свідчить про відсутність контакту хворого й лікаря в процесі лікування.

На жаль відмічається незнання медичними працівниками загальної лікарняної мережі методів діагностики туберкульозу. Помилки діагностики туберкульозу у міських і обласних лікарів загального профілю становлять 42,2–51,7%, помилки лікарів-фтизіатрів – 3,2–4,7%.

Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 р. № 667 «Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом» передбачене введення ставок патронажних медсестер для контрольованого лікування на амбулаторному етапі. Не зважаючи на те, що кількість патронажних медичних сестер Червоного Хреста в Україні зросла за період 2003–2007 рр. на 3,6%, але у 13 областях України вони відсутні.

Висновки

1. В Україні організація лікування хворих на туберкульоз по міжнародним стандартам, з використанням ДОТС – стратегії в 2006–2007 роках має місце суттєві недоліки.

2. В ряді регіонів України не притримуються рекомендованих міжнародних стандартів, ДОТС – стратегій.

3. Відсутній облік ефективності контрольованого амбулаторного лікування хворих і контрольованої хіміотерапії.

4. Має місце перебіг постачання протитуберкульозних препаратів нерегулярне. Недостатня кількість ДОТС-кабінетів.

5. Незадовільний моніторинг результатів лікування хворих на туберкульоз з використанням ДОТС-стратегії.

Література

1. Online tuberculosis database. The world health report 2004 [Електронний ресурс]. / WHO. – Geneva, 2007. – Режим доступу: [www. http://www.who.int/en /whr/en](http://www.who.int/en/whr/en).

2. Коалиция по борьбе с туберкулезом за техническое сотрудничество [Текст] / Tuberculosis coalition for technical assistance. – Копенгаген: USAID, 2006. – 170 с.

3. Колесник А.В. Два взгляда на ДОТС-стратегию ВОЗ по борьбе с туберкулезом [Текст] / А.В. Колесник, О.Б. Тимченко // Укр. пульмонолог. журн. – 2005. – № 2. – С. 28–31.

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

5. Дискусійні питання організації лікування хворих на туберкульоз легень в Україні / Ю.І. Фещенко [та ін.] // Журн. практичного лікаря. – 2009. – № 1. – С. 14–18.

Недостатки в организации лечения больных туберкулезом легких при использовании ДОТС-стратегии

**В.М. МЕЛЬНИК, М.П. СУЛТАНОВ, В.Г. МАТУСЕВИЧ,
И.О. НОВОЖИЛОВА, М.И. ЛИННИК**

Резюме. В статье проведен анализ организации в регионах Украины лечения больных туберкулезом легких за 2000–2007 годы на основе применения международных стандартов ДОТС-стратегии. Указаны недостатки применения принципов ДОТС-стратегии.

Ключевые слова: туберкулез легких, ДОТС-стратегия, недостатки.

Drawbacks in organization of treatment with application of DOTS strategy for pulmonary tuberculosis patients

**V.M. MELNIK, M.P. SULTANOV, V.G. MATUSEVICH,
I.O. NOVOZHILOVA, M.I. LINNIK**

Summary. This article provides analysis on treatment organization for patients with pulmonary tuberculosis, which was conducted in Ukrainian regions in 2006–2007 based

on international DOTS standards. The article points out the drawbacks in DOTS strategy principles application.

Key words: *pulmonary tuberculosis, DOTS strategy, drawbacks.*

УДК 681.3 + 528.94

**Використання технології
географічних інформаційних систем з метою оцінки стану
медичних ризиків та медичних ресурсів території
(на прикладі зони відповідальності Військово-медичного
клінічного центру Центрального регіону)**

М.Я. МЕЛЬНИЧИН, А.М. ГАЛУШКА, Й.Р. ЛЕВІТ, Л.І. СТУКАН

Резюме. *В статті відмічається важливість технологічності та інтегральності представлення інформації про стан медичних ризиків та ресурсів (на прикладі зони відповідальності Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону) з використанням технології географічних інформаційних систем. Доведено, що на створеній інформаційній основі може бути побудована ефективна науково-методична та аналітична підтримка управлінських процесів у сфері військової охорони здоров'я, яка дозволить оперативно та обгрунтовано реагувати на динаміку змін природних та техногенних факторів, які безпосередньо чи опосередковано впливають на організацію медичного забезпечення військ (сил) та постраждалого населення.*

Ключові слова: *медичні ризики, медичні ресурси, загрози природного та техногенного характеру, технологія ГІС, електронні карти.*

Територія України, її населення та об'єкти господарювання знаходяться під значним негативним впливом чинників природного та техногенного походження, які призводять до виникнення надзвичайних ситуацій (далі – НС), загибелі людей, забруднення навколишнього природного середовища та значних економічних збитків [1].

В таких умовах функціональна надійність медичної служби Збройних Сил (далі – ЗС) України у значній мірі залежить від повноти володіння інформацією про стан медичних ризиків та наявних медичних ресурсів в зонах відповідальності регіональних військово-медичних клінічних центрів (далі – ВМКЦ) [2].

Ця інформація може бути покладена в основу побудови моделі підтримки прийняття рішень по ефективному науково-методичному та аналітичному управлінню у сфері військової охорони здоров'я, яка дозволить оперативно та обгрунтовано реагувати на динаміку факторів (природних, соціальних, медичних, економічних тощо), що безпосередньо чи опосередковано впливають на організацію медичного забезпечення військ та професійне здоров'я військовослужбовців [3].