

ВИЧ-услуги, которые стали предметом данного исследования, уже оказываются во всех исследуемых типах учреждений и врачами, и средним медицинским персоналом. Уровень толерантности медработников, которые сейчас не предоставляют те или иные ВИЧ-услуги, к отдельным их видам достаточно высокий. Подавляющее большинство опрошенных готовы расширить спектр своих консультационных услуг. Значительно большая настороженность наблюдается по отношению к перспективам ведения пациентов на АРТ и в особенности — на ЗПТ. Ключевое условие предоставления новых для медработников ВИЧ-услуг — наличие действенного материального стимула в виде прямого увеличения размера должностного оклада.

В результате применения метода логистической регрессии наибольшие шансы того, что медработник согласится дополнительно проводить КиТ, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который:

- готов осваивать предоставление новых медицинских услуг;
- низко оценивает материальное положение своего домохозяйства;
- считает, что больше половины пациентов нуждаются в КиТ.

- медработник, у которого увеличилось количество пациентов, принятых в течении последних нескольких лет.

Выводы. На основе результатов формативного исследования были разработаны схемы перераспределения ВИЧ-сервиса. В качестве наиболее перспективных и реальных моделей предложено перераспределение таких услуг:

- консультирование и тестирование на ВИЧ: от врачей среднему медицинскому персоналу, социальным работникам, психологам кабинетов доверия и центров первичной медико-санитарной помощи;
- ведение стабильных пациентов на АРТ: от врачей центров СПИДа врачам кабинетов доверия, центров ПМСП, других учреждений;
- выдача АРВП: делегирование обязанностей по выдаче АРВ-препаратов аптечной сети.

О.М. Леоненко-Бродецька, Н.А. Мацегора

ІНТЕГРОВАНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРУ

КУ “Міський протитуберкульозний диспансер”, м. Одеса

Одеський національний медичний університет, кафедра фтизіопульмонології, м. Одеса

Актуальність. Поширення туберкульозу на території України, в тому числі поєднаної патології з ВІЛ-інфекцією (далі — ВІЛ) та наркозалежністю призводить до стійкої втрати працездатності, підвищення рівня інвалідності і смертності, що становить загрозу національній безпеці країни та потребує постійного збільшення видатків з державного бюджету. Аналіз соціальної структури нових випадків туберкульозу у 2015 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на туберкульоз (далі — ТБ) 3% становлять хворі, які є споживачами ін'єкційних наркотиків.

Зважаючи на те, що на підставі комплексної оцінки рівнів захворюваності, смертності, летальності, інвалідності від туберкульозу та поширеності мультирезистентного туберкульозу (далі — МРТБ)

та поєднання ТБ/ВІЛ одним із регіонів, де зареєстровано найвищий індекс епідеміологічного тягаря ТБ є м.Одеса та Одеська область цілком зрозуміло, що досягнути своєчасного виявлення туберкульозу серед уразливих груп населення, зменшення строків діагностики та збільшення ефективності лікування у цієї категорії хворих можливо лише при залученні осіб з подвійною (ТБ/наркоманія) та потрібною (ТБ/ВІЛ/наркоманія) патологією до обліку та спостереженню у спеціалізованих закладах вторинного рівня надання медичної допомоги з туберкульозу.

Мета. Метою дослідження є оцінка впливу надання медичної допомоги за принципом інтегрованих послуг для пацієнтів з подвійним/потрібним діагнозом на базі протитуберкульозних закладів.

Матеріали та методи. В дослідження було включено пацієнтів замісної підтримувальної терапії зі встановленим діагнозом туберкульоз, які проходять лікування на базі протитуберкульозного диспансеру.

Результати. Статистична обробка та аналіз прихильності хворих до лікування туберкульозу серед загальної популяції населення, осіб з уразливих груп та осіб, що отримують замісну підтримувальну терапію (далі — ЗПТ) свідчить про те, що ЗПТ можна використовувати як інструмент для підвищення прихильності лікування туберкульозу, а згодом і підвищення відсотку ефективного лікування та завершення лікування. Розробка таких видів надання медичної допомоги клієнтам ЗПТ, як стаціонар на дому з клінічних або епідеміологічних показань, приєднання до протитуберкульозної терапії антиретровірусної (далі — АРТ) при збереженні методології диспансерної роботи з хворими на туберкульоз дозволила запобігти передчасної летальності та смертності

від Ко-інфекції /ТБ/ВІЛ, а також запобігти передачі ТБ та МРТБ серед клієнтів сайту ЗПТ.

Введення в практику самостійного прийому препаратів замісної терапії, отриманої на 10 діб стабільними клієнтами ЗПТ, сприяло їх інтеграції в суспільство та дало змогу покращити свій соціальний статус, працевлаштуватися, залучатися до волонтерської роботи.

Впровадження рецептурної форми отримання ЗПТ з придбанням препаратів в аптеці за кошти пацієнтів звільнило місця для клієнтів, що є тимчасово переміщеними особами та перебувають в скрутних фінансових обставинах і можуть отримувати препарати лише за рахунок Глобального фонду.

Висновок. Надання інтегрованої допомоги — протитуберкульозна терапія, АРТ, ЗПТ дозволило досягти покращення індикаторів з лікування туберкульозу, охоплення АРТ та сталості ЗПТ серед значної кількості хворих, що отримують лікування у протитуберкульозному закладі.

А. Лепілова¹, Л. Масюк¹, А. Алексєєва¹, І. Нгуєн^{1,2}

КО-ІНФЕКЦІЯ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ: ДИНАМІКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

¹ ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

² ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

Актуальність. Ситуацію з туберкульозу у світі експерти пов’язують зі стрімким зростанням масштабів пандемії ВІЛ-інфекції. В країнах, де значна частина населення ВІЛ-інфікована, у 30–50% хворих на ВІЛ-інфекцію є ризик захворювання на туберкульоз. Фахівці наголошують, що поширеність ВІЛ приведе до подальшого збільшення рівня захворюваності резистентними формами туберкульозу. Внаслідок атипового та злоякісного перебігу випадки ко-інфекції ВІЛ/ТБ (ВІЛ/туберкульоз) встановлюють несвоєчасно, що призводить до летальних наслідків. Вилікування від туберкульозу досягають у 30% випадків, у значній кількості відбувається рецидив захворювання, решта пацієнтів помирає протягом 1–3 років від прогресування захворювання та приєднання опортуністичних інфекцій.

В Україні також епідемія ВІЛ-інфекції значно погіршує епідситуацію щодо туберкульозу. Понад

30% ВІЛ-інфікованих хворіють на туберкульоз і близько 40% із них помирає від цієї недуги. ВІЛ-інфекція є потужним чинником, який сприяє розвитку активної форми туберкульозу в носіїв латентної інфекції та підвищує ймовірність розвитку рецидивного туберкульозу. Останнім часом проблема поглибилася ВІЛ-асоційованим туберкульозом: серед хворих на туберкульоз багато ВІЛ-інфікованих і навпаки. Причинами негативного прогнозу при поєднанні ТБ і ВІЛ-інфекції є туберкульозна інтоксикація (генералізоване мікобактеріальне ураження), легенево-серцева декомпенсація. Таким чином, наявність ВІЛ-інфекції призводить до розвитку туберкульозу, а туберкульоз безпосередньо та опосередковано має прямий вплив на рівень смертності серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Саме тому, за рекомендацією ВООЗ, необхідно у повному обсязі (на 100%) забезпечити показник охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію