

Управління охорони здоров'я Волинської облдержадміністрації
Волинська обласна клінічна лікарня
Відділення пульмонології

Матеріали на колегію
управління охорони здоров'я облдержадміністрації
про стан пульмонологічної допомоги населенню та перспективи
розвитку пульмонологічної служби у Волинській області.

Луцьк 2016

Начальникові
управління охорони здоров'я
облдержадміністрації
І. Ващенко
головного позаштатного пульмонолога
управління охорони здоров'я
облдержадміністрації
О. Яковенка

Аналітична довідка
за матеріалами планової перевірки закладів охорони здоров'я
області І-ІІ рівня, відповідно до наказу УОЗ облдержадміністрації
від 10.06.2016 №398-к, про стан пульмонологічної допомоги
населенню та перспективи розвитку пульмонологічної служби у
Волинській області.

ЗМІСТ

1. Вступ.
2. Захворюваність та поширеність на патологію органів дихання в області.
3. Інвалідність спричинена патологією органів дихання.
4. Смертність від хвороб органів дихання в області.
5. Матеріально-технічний стан та лікувально-діагностичні можливості закладів охорони здоров'я області I-II рівня.
6. Накази МОЗ, наявність локальних протоколів та маршрутів пацієнта.
7. Забезпеченість лікарями-пульмонологами закладів охорони здоров'я області.
8. Забезпеченість пульмонологічними ліжками закладів охорони здоров'я області.
9. Висновки.
10. Пропозиції.

ВСТУП.

У різні етапи розвитку суспільства змінювалася структура небезпечних хвороб органів дихання. З другої половини ХХ століття спостерігалось неухильне збільшення кількості хворих на неспецифічні хвороби органів дихання, особливо на хронічний бронхіт та бронхіальну астму. Майже в усіх країнах світу частота хронічних неспецифічних хвороб органів дихання, до яких належать понад 50 хвороб, подвоюється кожні 5–10 років і становить до 20% від усієї захворюваності дорослого населення. Вони посідають третє місце серед причин смерті після серцево-судинних та онкологічних захворювань, якщо ж додати смертність від туберкульозу, професійних та інших захворювань органів дихання, то зрозуміємо, що проблема хвороб органів дихання нині одна з пріоритетних медичних галузей в Україні, як і в світі загалом. Захворюваність на хвороби органів дихання являє собою комплексну проблему, головні аспекти якої - медичний, соціальний та ринковий. Здоров'я населення залежить від багатьох чинників: професіоналізму медиків, діяльності органів державної влади, інформованості широких верств населення про ефективність ліків, методи профілактики та лікування хвороб органів дихання, а також від розвитку та цивілізованості ринку фармацевтичних препаратів. Останніми роками в Україні й у світі відзначається стрімкий розвиток інфекційних та алергічних захворювань органів дихання, злоякісних новоутворень органів дихання та екологічно обумовлених захворювань легень, що зазначено в оригінальних документах ВОЗ, Європейського респіраторного товариства (ERS) та Американського респіраторного товариства (ATS). За прогнозами фахівців, 21 століття стане століттям легеневої патології внаслідок різкої зміни екології. Дана група захворювань посяде одне з перших місць поряд із серцево-судинною патологією та новоутвореннями. Хочеться підкреслити, що сучасне трактування пульмонології об'єднує захворювання інфекційного, алергічного, імунологічного та спадкового генезу патології органів дихання, а також захворювання плеври, середостіння, злоякісних новоутворень органів грудної клітки та позалегеневої патології з респіраторними проявами.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПОШИРЕНІСТЬ НА ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В ОБЛАСТІ, СТАНОМ НА 01.01.2016

Хвороби органів дихання продовжують займати провідне місце у структурі захворювань населення України та в тому числі у Волинській області.

- 1. Первинна захворюваність всіма хворобами** по області станом на кінець 2015 року становить – **69585** на 100 тис. населення. В місті Луцьк – **97570/100** тис. Вище середньообласного показника в Кам.-

Каширському районі – **81647/100 тис.**, найнижче – в Рожищенському районі – **47818/100 тис.** районах.

- 2. Структура вперше виявлених захворювань:** 1-е рангове місце займають хвороби органів дихання за рахунок гострих станів в зв'язку з гострою респіраторною інфекцією – **47,8%** або **27594/100 тис.**, 2-е місце – хвороби шкіри та підшкірної клітковини – **6,2%** або **4345**, 3-е місце – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників – **6,0%** або **4016**, 4-е - хвороби сечостатевої системи – **5,7%** або **4093/100 тис.**.
- 3. Поширеність всіма хворобами по області – 176476/100 тис.** В м. Луцьк – **213917**. Найвищий показник в Любомльському – **193809**, найнижчий – в Рожищенському – **112752** районах.
 - 3.1.** В структурі всіх захворювань 1-е рангове місце займають хвороби органів кровообігу – **29,0%** або **51199**, 2-е місце – хвороби органів дихання – **21,7%** або **38377**, 3-е – хвороби органів травлення – **7,0%** або **12398**, 4-е – хвороби кістково-м'язевої системи – **6,4%** або **11348**.
- 4. Загальна захворюваність (поширеність) хворобами органів дихання.** Абсолютне число – **399190**, або показник - **38376,6** на 100 тис. всього населення, в структурі займають 1-е рангове місце – **47,8%**.
- 5. Первинна захворюваність хворобами органів дихання.** Первинна захворюваність – абсолютне число - **346108** або **33273,5** на 100 тис. всього населення, в структурі - **2-е** рангове місце займають – хвороби органів дихання – **22,0%** після хвороби органів кровообігу – **29,0%**.
- 6. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).**
 - 6.1. Захворюваність на ХОЗЛ в 2015 р.** Первинна захворюваність дорослого населення ХОЗЛ по області – абсолютне число – **578**, або показник **72,0** на 100 тис. дорослого населення. В м. Луцьк – **30,8**. Найвищий показник в Маневицькому районі – **201,5**, найнижчий – в Ковельському – **13,1** та в м. Нововолинську – **12,7**. В Нововолинську найнижчий показник в зв'язку з тим, що значна частина ХОЗЛ прихована за шифром МКХ-10 за професійною патологією.
 - 6.2. Поширеність ХОЗЛ.** Загальна захворюваність дорослого населення на ХОЗЛ по області – абсолютне число – **9423**, або показник **1174,3** на 100 тис. дорослого населення. В м. Луцьк – **784,4**. Найвищий показник в Маневицькому районі – **3363,4**,

найнижчий – в Рожищенському районі – 549,3 (поширеність ХОЗЛ по Україні за 2014 рік: 1000,9 на 100 тис. всього населення, за 2015 рік – відсутні дані).

7. Хронічний бронхіт.

7.1. Захворюваність хронічним бронхітом (всього). Показник захворюваності по області – 81,14. В м. Луцьку – 29,0. Найвищий показник в Турійському районі – 431,5, найнижчий – в Ковельському – 29,2.

7.1.1. Захворюваність хронічним бронхітом серед дорослого населення. Абсолютне число – 820, показник по області – 102,2 на 100 тис. дорослого населення. В м. Луцьк – 36,1. Найвищий показник в Турійському районі – 562,9, найнижчий – в Ковельському – 38,1 районі, в м. Нововолинську – 31,7.

7.2. Поширеність хронічним бронхітом (всього). Показник по області – 1169,6. В м. Луцьк – 842,0. Найвищий показник в Локачинському районі – 2223,5, найнижчий – в Рожищенському – 653,8 районі.

7.2.1. Поширеність захворюваності на хронічний бронхіт серед дорослого населення. Абсолютне число – 11993, показник по області – 1494,6. В м. Луцьку – 1039,1. Найвищий показник в Локачинському – 2832,1, найнижчий – в Рожищенському – 846,8 районах.

8. Бронхіальна астма (БА).

8.1. Захворюваність бронхіальною астмою (всього). Показник по області – 23,3. В м. Луцьку – 31,8. Найвищий показник в Ратнівському районі – 38,3, найнижчий – Луцькому районі – 11,1.

8.1.1. Бронхіальна астма у дорослих. Показник захворюваності в абсолютних числах – 130, показник по області – 16,2 на 100 тис. дорослого населення. В м. Луцьку – 18,6. Найвищий показник в Локачинському районі – 39,6, найнижчий – в Турійському – 4,9 районі. В Шацькому районі не зареєстровано жодного випадку.

8.1.2. Бронхіальна астма у дітей 0-17. Показник захворюваності по області в абсолютних числах – 112, або 0,47 на 1 тис. відповідного населення. В м. Луцьк – 0,86. Вище середнього по області – в Ратнівському – 0,94 районі, нижче – в Маневицькому – 0,14 районі. Не реєструвалась захворюваність бронхіальною астмою в Локачинському та Шацькому районах.

8.2. Поширеність захворюваності на бронхіальну астму (всього). Показник по області – 408,3. В м. Луцьку – 547,0. Найвищий показник

у Вол.-Волинському районі – 526,3, найнижчий – Шацькому районі – 235,4.

8.2.1 Бронхіальна астма у дорослих. Поширеність в абсолютних числах – 3251, показник по області – 405,1 на 100 тис. дорослого населення. В м. Луцьк – 491,3. Найвищий показник у Вол.-Волинському районі – 554,9, найнижчий – в Шацькому – 236,5 районі.

8.2.2. Бронхіальна астма у дітей 0-17. Показник поширеності по області – абсолютне число – 996, або 4,19 на 1 тис. відповідного населення. В м. Луцьку – 7,75. Вище середнього по області – в м. Луцьк – 7,75, в м. Нововолинськ – 6,24, нижче – в Любомльському – 1,58 районі. (поширеність захворюваності на бронхіальну астму по Україні за 2014 рік: 489,9 на 100 тис. всього населення, за 2015 рік – відсутні дані).

9. Пневмонія в 2015. Показник захворюваності населення на пневмонії по області (всього) становив – **623,6** на 100 тис. населення. В м. Луцьк – 349,0. Найвищий показник в Турійському районі – 1790,2, найнижчий – в Іваничівському – 300,7.

9.1. Захворюваність на пневмонії дорослого населення. Абсолютне число – 4108, показник – 511,9 на 100 тис. відповідного населення. В м. Луцьку – 346,0. Найвищий показник в Турійському – 1382,4, найнижчий – в Іваничівському – 321,5 районі. (Показник по Україні 2014: 490,3 на 100 тис. всього населення, за 2015 рік – відсутні дані).

9.2. Захворюваність (в том числі поширеність) на пневмонії дитячого населення 0-17 років. Абсолютне число – 2379, показник – 10,01 на 1000 відповідного населення. В м. Луцьк – **3,62**. Найвищий показник в Вол.-Волинському – 32,36 районі, найнижчий – в Любешівському – 1,80 районі.

10. Туберкульоз. Напруженою залишається ситуація з епідемією ТБ і у Волинській області – північній частині західного регіону України. Так, після запровадження електронного реєстру об'єктивний показник захворюваності на всі форми ТБ в 2013 р. становив 67,49 на 100 тис. населення (n = 700) з показником захворюваності на ТБ органів дихання 63,05 на 100 тис. (n = 654) та питомою вагою бацилярного ТБ 49,39% (n = 285). Приріст захворюваності становив 30,9% у порівнянні з показником 2012 р. У 2014 р., за даними електронного реєстру, показник захворюваності на всі форми ТБ в області становив 68,65 на 100 тис. населення (n = 713) з показником захворюваності на ТБ органів дихання 64,13 на 100 тис. (n = 666) та збільшенням питомої ваги бацилярного ТБ до 55,57% (n = 329), як результат покращення

лабораторної діагностики внаслідок запровадження лабораторної експрес-діагностики Xpert® MTB/RIF. В 2015 році захворюваність на всі форми активного ТБ з рецидивами в абсолютних числах склала 878 чоловік (84,4/100) проти 859 чоловік (82,7/100) в 2014 році.

11. Саркоїдоз та інтерстиційні захворювання легень. Об'єктивна статистика у Волинській області відсутня.

12. Муковісцидоз. Поширеність на Волині (Е 84): 2,60/100 тис. (24 пацієнтів) Муковісцидоз у дітей (0-17): 7,99/100 тис. (19 пацієнтів) Муковісцидоз у дорослих (18 і старше): 1,0/100 тис. (5 пацієнтів).

13. Професійні захворювання. Показник захворюваності на пневмоконіози зменшився з 2009 по 2015 р. р, з 58 (7,3/100 тис.) до 47 (4,52/100 тис.), з показником поширеності в 2015 1069 (102,8/100 тис.).

14. Онкологічна патологія органів дихання. Захворюваність на злоякісні новоутворення органів дихання за 2015 рік становила 288 осіб, або 27,69 на 100 тис. всього населення. В структурі онкологічної захворюваності дана патологія займає 3-є рангове місце і становить – 10,1% (1-е місце - це злоякісні новоутворення органів травлення – 24,6%, 2-е – новоутворення жіночих статевих органів – 11,6%).

ІНВАЛІДНІСТЬ, СПРИЧИНЕНА ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СТАНОМ НА 01.01.2016.

Поняття інвалідності тісно пов'язане з критеріями працездатності. На відміну від захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, інвалідність характеризується стійкою втратою працездатності. Кількість інвалідів є одним з найважливіших показників здоров'я населення і має не тільки медичне, але й соціально-економічне значення. Вивчення причин інвалідності є важливою медико-соціальною проблемою, особливо в сучасних умовах, у зв'язку з триваючим процесом старіння населення та збільшенням числа осіб старшого віку з хронічними захворюваннями, які призводять до інвалідності. Серед основних причин в структурі первинної інвалідності не останнє місце займають хронічні захворювання органів дихання. По Волинській області показник первинного виходу на інвалідність від хвороб органів дихання в 2008 році склав 1,9/10 тисяч дорослого населення (Україна – 1,5/10 тис.), проте, вже в 2015 році, проводячи аналіз первинного виходу на інвалідність протягом останніх років, відмічене значне зниження показника первинного виходу на інвалідність серед працездатного населення області до

1,10/10 тисяч населення з рейтингом даного показника, який знаходиться на 12 місці.

СМЕРТНІСТЬ ВІД ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В ОБЛАСТІ СТАНОМ НА 01.01.2016

В цілому, патології органів дихання, що призводять до смерті, входять в трійку основних захворювань, посідаючи третє місце після серцево-судинної та онкологічної патологій. Визначальним компонентом сучасної демографічної кризи, яку переживає держава, є катастрофічне погіршення стану здоров'я населення та стрімке підвищення смертності, безпрецедентне для мирного часу скорочення тривалості життя і зрушення в структурі причин смертності. Основними причинами смертності від хвороб органів дихання, за офіційними даними ВОЗ, у всьому світі є рак легень та хронічне обструктивне захворювання легень, а також смертність від туберкульозу та пневмонії.

Якщо в 2009 року смертність від хвороб органів дихання в структурі загальної смертності зайняла третє місце, після хвороб кровообігу та новоутворень. Основними причинами смертей в даній групі були хронічні хвороби (інші) нижніх дихальних шляхів – 77,8% (719), пневмонії – 8,8% (82), грип – 2,4% (23), інші причини – 10,7% (99), то в 2015 році смертність по області від хвороб органів дихання в абсолютних числах склала 489 осіб, або 46,89 на 100 тис. всього населення, та зайняла 4-е рангове місце – 3,56%, після хвороб системи кровообігу – 68,0%, травм та зовнішніх причин смерті – 6,18%, органів травлення – 4,30%. (смертність населення області від усіх хвороб та причин в 2015 році: абсолютне число – 13747, показник – 1318,3 на 100 тис. всього населення), що говорить про позитивну динаміку даного показника.

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИЙ СТАН ТА ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І-ІІ РІВНЯ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДЛЯ ХВОРИХ З ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СТАНОМ НА ІІІ КВАРТАЛ 2016

Серед основних методів своєчасної та ранньої діагностики патології органів дихання та динамічного спостереження за лікуванням хворого, згідно з сучасними стандартами, є:

1. Цифрова рентгенографія та спіральна комп'ютерна томографія органів грудної клітки для діагностики патології органів дихання.
2. Пульсоксиметрія, для визначення сатурації крові (насичення киснем гемоглобіну).
3. Пікфлуометрія та спірометрія, для визначення вентиляційних показників функції зовнішнього дихання у хворих з хронічною патологією органів дихання, з дотриманням правил інфекційного контролю за допомогою одноразових бактеріальних фільтрів.
4. Бронхоскопія з проведенням біопсії та дослідженням бронхоальвеолярного лаважу.
5. Лабораторні аналізатори для аналізу кислотно-лужного стану та газів крові (венозної та артеріальної), для діагностики та моніторингу важкої дихальної недостатності у хворих з гострою та хронічною патологією органів дихання.

Серед основних методів ефективного лікування хворих з гострою та хронічною патологією органів дихання, згідно з сучасними стандартами, є:

1. Респіраторна підтримка киснем (централізована подача кисню або через кисневий концентратор).
2. Респіраторна підтримка дихання шляхом неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ) та штучної вентиляції легень (ШВЛ) з дотриманням правил інфекційного контролю за допомогою одноразових бактеріальних фільтрів.
3. Небулайзерна терапія для інгаляційної терапії гострої та хронічної патології органів дихання.

В ході проведеної мною планової перевірки всіх закладів охорони здоров'я області І-ІІ рівня, відповідно до наказу УОЗ облдержадміністрації від 10 червня 2016 №398-к, матеріально-технічна база в частині закладів області залишається незадовільною – діагностичне та лікувальне обладнання застаріле або не працює та потребує заміни, або взагалі відсутнє (додаток 1,2,3).

Аналізуючи забезпеченість закладів охорони здоров'я І рівня (додаток 1) на наявність спірометричного обладнання (пикфлуометри, спірометри для діагностики обструктивної патології органів дихання для диференційної діагностики хронічного бронхіту, діагностики бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень тощо), рентгенографії та пульсоксиметрії для діагностики гострої пульмонологічної патології (пневмонія, інтерстиційні захворювання легень) виявлено наступне. В закладах первинної ланки області взагалі відсутні піклуометри, а забезпеченість спірометрами закладів первинної ланки районів та обласного

центру **лише на 31,5%**, які розміщені при закладах II рівня та окремо ЦПМСД (центр первинної медико-соціальної допомоги) м. Луцька. Нажаль, жоден заклад первинної ланки окремо не забезпечений спірометром, за винятком ЦПМСД та ЦПМСД №2 в обласному центрі (м. Луцьк). Відсутність окремого рентгенологічного обладнання на первинному рівні, за винятком ЦПМСД обласного центру та інших закладів ЦПМСД області, які розміщені при закладах охорони здоров'я області II рівня, та низька забезпеченість пульсоксиметрами, яка складає **лише 42%** в закладах охорони здоров'я області I рівня, що в свою чергу не дає змогу надавати кваліфіковану допомогу на I рівні відповідно до стандартів діагностики та лікування захворювань пульмонологічної групи в повному обсязі згідно уніфікованих клінічних протоколів МОЗ та стандартів Європейського респіраторного товариства.

Аналізуючи забезпеченість закладів охорони здоров'я II-III рівня (міські лікарні, центральні районні лікарні та Волинська обласна інфекційна лікарня) цифровою рентгенологічною апаратурою з високим профілем безпеки щодо рентген опромінення, для діагностики гострої та хронічної патології органів дихання – забезпеченість закладів **лише на 78%** від потреби; забезпеченість спірометричним обладнанням для діагностики обструктивної патології органів дихання (бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний бронхіт) **лише на 50%** від потреби; забезпеченість ендоскопічним обладнанням для проведення ургентної та/або планової бронхоскопії з діагностично-лікувальною метою **лише на 5,5%** від потреби (лише Луцька міська клінічна лікарня); повна відсутність лабораторного обладнання для газового аналізу крові та рН у відділеннях реанімацій з ПІТ на II рівні, в тому числі в ВОІЛ та ЛКПБ для діагностики та моніторингу гострої дихальної недостатності, а також забезпеченість закладів централізованою подачею кисню в відділення реанімації з ПІТ **лише на 33%** від потреби як основного джерела для респіраторної підтримки хворих з гострою дихальною недостатністю (забезпеченість кисневими концентраторами закладів II рівня на 100%, яке повинно використовуватись в медичних закладах лише як резервне джерело кисню, використання даного обладнання неможливе при відсутності електроенергії, дане обладнання має обмежений ресурс використання та не дає на виході 100% концентрацію кисню), забезпеченість обладнанням для респіраторної підтримки хворого за допомогою апарату неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ) в відділеннях реанімації з ПІТ **лише на 50%** від потреби (обладнані лише частина закладів сучасними апаратами ШВЛ

«Драгер» та «Івент», які мають дану функцію), що в свою чергу не дає змогу надавати кваліфіковану допомогу на II рівні відповідно до сучасних стандартів діагностики та лікування захворювань пульмонологічної групи (в першу чергу для важкої пневмонії та важкої дихальної недостатності при інших захворюваннях) в повному обсязі згідно уніфікованих клінічних протоколів МОЗ та стандартів Європейського респіраторного товариства.

Таблиця 1. Матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я області I рівня (сімейні амбулаторії, центри первинної медико-санітарної допомоги), станом на III квартал 2016

| Заклади області I рівня | Рентгенографія | Шіклометр | Цифровий спірометр | Портативний пульсоксиметр |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------|----------------------------------|
| В.-Волинський район | Наявний лише в ТМО | Немає | Немає | Немає |
| Горохівський район | Наявний лише в райцентрі | Немає | Немає | Немає |
| Іваничівський район | Наявний лише в райцентрі | Немає | Немає | Немає |
| К.-Каширський район | Наявний лише в райцентрі | Немає | Немає | Немає |
| Ківерцівський район | Наявний лише в ТМО | Немає | Наявний лише в ТМО | Немає |
| Ковельський район | Наявний лише в ТМО | Немає | Наявний лише в ТМО | Немає |
| Локачинський район | Наявний лише в райцентрі | Немає | Немає | Немає |
| Луцький район | Наявний лише в райцентрі | Немає | Немає | Немає |
| Любешівський район | Наявний лише в райцентрі | Немає | Немає | Немає |
| Любомльський та Шацький район | Наявний лише в ТМО | Немає | Наявний лише в ТМО | Є |
| Маневицький район | Наявний лише в районі | Немає | Немає | Є |
| Ратнівський район | Наявний лише в районі | Немає | Немає | Є |

| | | | | |
|---------------------------------|--|-------|---|---|
| Рожищанський район | Наявний лише в районі | Немає | Немає | Є |
| С.-Вижівський район | Наявний лише в районі | Немає | Немає | Немає |
| Турійський район | Наявний лише в районі | Немає | Немає | Немає |
| м.Нововолинськ | Наявний лише в міській лікарні | Немає | Наявний лише в міській лікарні | Є |
| Луцький ЦПСМД | Наявний | Немає | Наявний, відповідає вимогам ERS | Є |
| Луцький ЦПСМД №2 | Наявний | Немає | Наявний, відповідає вимогам ERS | Є |
| Луцький ЦПСМД №3 | Наявний | Немає | Немає | Є |
| Забезпеченість закладів I рівня | Забезпеченість в районних центрах на 100 % при закладах II рівня та в м. Луцьк | Немає | Забезпеченість в районних центрах на 31,5% забезпеченість в ЦПСМД при закладах II рівня та в м. Луцьк. | Забезпеченість в цілому на 42% окремих закладів області |

Таблиця 2. Матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я області II рівня (в тому числі Волинська обласна інфекційна лікарня) для діагностики пульмонологічної патології, станом на III квартал 2016

| Заклади області II рівня | Комп'ютерна томографія | Цифрова рентгенографія | Цифрова спірометрія підфлуометрія | Пульсоксиметрія | Бронхоскопія | Газовий аналізатор |
|--------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------|--------------|--------------------|
| В.-Волинське ТМО | Приватний кабінет | Є | Новий, відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| Горохівська ЦРЛ | Немає | Є | Не відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |

| | | | | | | |
|---|-------------------|------------|----------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| Іваничівська ЦРЛ | Немає | Є | Відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| К.-Каширська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є | Немає | Немає |
| Ківерцівська ЦРЛ | Немає | Немає | Відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| Ковельське ТМО | Приватний кабінет | Є | Відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| Локачинська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є | Немає | Немає |
| Луцька ЦРЛ | Немає | Є | Новий, відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| Любешівська ЦРЛ | Немає | Немає | Немає | Є | Немає | Немає |
| Любомльське ТМО | Немає | Є | Новий, відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| Маневицька ЦРЛ | Немає | Є | Не працює | Є | Немає | Немає |
| Ратнівська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є | Немає | Немає |
| Рожищанська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є | Немає | Немає |
| Старовижівська ЦРЛ | Немає | Немає | Немає | Є | Немає | Немає |
| Турійська ЦРЛ | Немає | Немає | Новий, відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| ЛМКЛ | Державний | Є | Відповідає стандартам ERS | Є | Є | Немає |
| Нововолинська МЛ | Приватний кабінет | Є | Відповідає стандартам ERS | Є | Немає | Немає |
| ВОІЛ (III рівень) | Немає | Є | Немає | Є | Немає | Немає |
| Забезпеченість закладів II рівня | 22% | 78% | 50% | 100% | 5,5% | 0% |

Таблиця 3. Матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я області II рівня (в тому числі Волинська обласна інфекційна лікарня) для лікування гострої пульмонологічної патології, станом на III квартал 2016

| Заклади області II рівня | Централізована подача кисню в реанімації з ППТ | Кисневий концентратор (використовується як back-up) | Неінвазивна вентиляція легень (НІВЛ) | Апарат штучної вентиляції легень (АШВЛ) |
|---|--|---|--------------------------------------|---|
| В.-Волинське ТМО | Немає | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| Горохівська ЦРЛ | Немає | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| Іваничівська ЦРЛ | Немає | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| К.-Каширська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є |
| Ківерцівська ЦРЛ | Кисневі балони | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| Ковельське ТМО | Немає | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| Локачинська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є |
| Луцька ЦРЛ | Кисневі балони | Є | Немає | Є |
| Любешівська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є |
| Любомльське ТМО | Кисневі балони | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| Маневицька ЦРЛ | Немає | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| Ратнівська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є |
| Рожищанська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є |
| Старовижівська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є |
| Турійська ЦРЛ | Немає | Є | Немає | Є |
| ЛМКЛ | Киснева станція | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| Нововолинська МЛ | Кисневі балони | Є | Є функція в АШВЛ «Дрегер» | Є |
| ВОІЛ (III рівень) | Кисневі балони | Є | Немає | Є |
| Забезпеченість закладів II рівня | 33% | 100% | 50% | 100% |

**НАЯВНІСТЬ ЛОКАЛЬНИХ ПРОТОКОЛІВ, ЛОКАЛЬНИХ ФОРМУЛЯРІВ
ТА МАРШРУТІВ ПАЦІЄНТА ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ
ЗГІДНО НАКАЗІВ МОЗ УКРАЇНИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ,
ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З
ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ОБЛАСТІ І-ІІ РІВНЯ СТАНОМ НА ІІІ КВАРТАЛ 2016**

Дотримання стандартів профілактичних заходів, діагностики, лікування та реабілітації хворих з пульмонологічною патологією, заклади охорони здоров'я області І-ІІ рівня повинні бути забезпечені документами які регламентують роботу пульмонологічної служби відповідно до наказів МОЗ України:

1. Наказ МОЗ України від 26.08.1993 №191 «Пульмонологія».
2. Наказ МОЗ України від 16.08.1996 «Пульмонологія».
3. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128 «Пульмонологія».
4. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 601 «Паління».
5. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 №868 «Бронхіальна астма».
6. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 №555 «ХОЗЛ».
7. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 №34 «Невідкладні стани».
8. Наказ МОЗ України від 16.04.2014 №214 «Бронхіальна астма».
9. Наказ МОЗ України від 04.06.2014 № 387 «Рак легень».
- 10.Наказ МОЗ України від 16.07.2014 №499 «Грип».
- 11.Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 «Туберкульоз».
- 12.Наказ МОЗ України від 08.09.2014 № 634 «Саркоїдоз».
- 13.Наказ МОЗ України від 30.12.2015 № 916 «Анафілаксія».
- 14.Наказ МОЗ України від 21.06.2016 № 614 «Легенева гіпертензія».
- 15.Наказ МОЗ України від 15.07.2016 № 723 «Муковісцидоз».
- 16.Наказ МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Державний формуляр лікарських засобів, перегляд №8»

Аналізуючи в ході перевірки первинну медичну документацію, наявність локальних клінічних протоколів з маршрутами пацієнтів, наявність локальних формулярів лікарських засобів (таблиця 4,5) зроблений висновок, що медичними працівниками області проводиться потужна організаційно-методична робота, проте, в кожному закладі охорони здоров'я області І-ІІ рівня розробка вище перелічених документів носить індивідуальний характер, а не за уніфікованою схемою створення локальних протоколів з маршрутами пацієнтів, з відсутністю чіткого логістичного маршруту та чіткими функціональними обов'язками між першим рівнем (ФАП, амбулаторія, ЦПМСД), другим рівнем (міські лікарні, центральні районні лікарні) та обласним центром екстреної медичної допомоги (103). Також,

низька матеріально-технічна база та відсутність кадрів в ряді закладів охорони здоров'я області I-II рівня взагалі не дозволяє надавати якісно та в повному обсязі діагностично-лікувальну допомогу хворим з пульмонологічною патологією відповідно до уніфікованих протоколів МОЗ на місцях. В свою чергу унеможлиблює проводити експертизу щодо надання допомоги на основі індикаторів якості згідно рекомендацій експертного центру МОЗ, наприклад, неможливо проводити діагностику та моніторинг лікування обструктивної патології органів дихання за допомогою спірометрії відповідно до наказу МОЗ України та наказу МОЗ України від 08.10.2013 №868 та наказу МОЗ України від 27.06.2013 №555 в зв'язку з відсутністю даного обладнання на I рівні та низькою забезпеченістю даним обладнанням закладів II рівня, яке складає лише 50% від потреби, а також неможливо забезпечити якісну терапію хворих на пневмонію з важкою дихальною недостатністю, які потребують додаткової респіраторної підтримки НІВЛ та ШВЛ згідно наказу МОЗ України від 19.03.2007 № 128 та наказу МОЗ України від 15.01.2014 №34 в зв'язку з низькою забезпеченістю закладів II рівня сучасними апаратами для штучної вентиляції легень (в Турійській ЦРЛ, Локачинській ЦРЛ, Любешівській ЦРЛ, Рожищанській ЦРЛ та в ряді інших закладів апаратів для ШВЛ взагалі не відповідають сучасним стандартам респіраторної терапії), та низькою забезпеченістю апаратами для неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ) в реанімаціях з ПІТ закладів II рівня, яке складає лише 50% від потреби.

Таблиця 4. Наявність локальних протоколів, локальних формулярів та маршрутів пацієнта пульмонологічного профілю в закладах охорони здоров'я області I рівня, станом на III квартал 2016

| Заклади області I рівня | Локальні протоколи | Локальний Формуляр Лікарських засобів | Маршрути пацієнтів |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| В.-Волинський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Горохівський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Іваничівський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| К.-Каширський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Ківерцівський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |

| | | | |
|---|----------------------------------|---------|----------------------------------|
| Ковельський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Локачинський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Луцький район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Любешівський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Любомльський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Маневицький район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Ратнівський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Рожищанський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| С. - Вижівський район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Турійський Район | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Луцьк | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| м.Нововолинськ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Забезпеченість закладів II рівня | 100% | 100% | 100% |

Таблиця 5. Наявність локальних протоколів, локальних формулярів та маршрутів пацієнта пульмонологічного профілю в закладах охорони здоров'я області I рівня, станом на III квартал 2016

| Заклади області II рівня | Локальні протоколи | Локальний Формуляр Лікарських засобів | Маршрути пацієнтів |
|---------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| В.-Волинське ТМО | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Горохівська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Іваничівська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| К.-Каширська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Ківерцівська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |

| | | | |
|---|----------------------------------|---------|----------------------------------|
| Ковельське ТМО | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Локачинська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Луцька ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Любешівська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Любомльське ТМО | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Маневицька ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Ратнівська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Рожищанська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Старовижівська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Турійська ЦРЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| ЛМКЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Нововолинська МЛ | Наявні, потребують доопрацювання | Наявний | Наявні, потребують доопрацювання |
| Забезпеченість закладів II рівня | 100% | 100% | 100% |

**ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЗАКАЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЛАСТІ
II-III РІВНЯ ЛІКАРЯМИ-ПУЛЬМОНОЛОГАМИ ДЛЯ НАДАННЯ
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЮ
ДОПОМОГОЮ**

(на 10 тис. населення)

Забезпеченість лікарями-пульмонологами для надання спеціалізованої допомоги дорослому населенню по області (показник по області 0,12) – 12 лікарів на 12,75 штатних посад в Волинській обласній клінічній лікарні (8 штатних посад), в місці Луцьк (4 штатні посади) та в Ковельському ТМО (0,75 штатної посади), та лікарями-пульмонологами для надання спеціалізованої допомоги дитячому населенню по області (показник по області 0,04) – 1 пульмонолог дитячий на 1,5 штатних посад в обласному дитячому територіальному медичному об'єднанні, та в Ковельському ТМО – 0,25 незайнятої штатної посади. Позаштатних спеціалістів з пульмонології в області немає (таблиця 6).

Таблиця 6. Кадрове забезпечення пульмонологами в області

| № | Назва районів, міст | Показник | | | |
|----|-----------------------|--|---|--|---|
| | | Терапія Станом на 01.07. 2016 | Показник станом на 01.07. 2016 | Педіатрія Станом на 01.07. 2016 | Показник станом на 01.07. 2016 |
| 1. | Ковельське ТМО | 10 | 1,19 | - | - |
| 2. | Луцька міська лікарня | 45 | 2,62 | - | - |
| 3. | Нововолинська МЛ | 10 | 2,12 | - | - |
| 4. | Обласні установи | 30 | - | 5 | - |
| 5. | По області: | 95 | 1,19 | 5 | 0,21 |

**ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЛАСТІ
II-III РІВНЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНИМИ ЛІЖКАМИ ДЛЯ НАДАННЯ
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЮ
ДОПОМОГОЮ
(на 10 тис. населення)**

Забезпеченість в області пульмонологічними ліжками в закладах охорони здоров'я II-III рівня, станом на 01.07.2016, в абсолютних числах складає 100 одиниць (1,23% від загального ліжкового фонду області), тому числі 95 ліжок (показник 1,19) для надання стаціонарної, пульмонологічної допомоги дорослому населенню, та 5 ліжок (показник 0,21) для надання стаціонарної, пульмонологічної допомоги дитячому населенню.

Враховуючи високий показник захворюваності та поширеності пульмонологічної патології в області, відсутність в необхідній кількості діагностично-лікувальних можливостей в закладах охорони здоров'я області I-II рівня, ліжковий пульмонологічний фонд повинен бути реорганізований відповідно до сучасних стандартів надання спеціалізованої діагностичної та лікувальної допомоги хворим, а не виконувати лише функцію терапевтичного відділення. На базі пульмонологічних відділень в повному обсязі повинні виконуватись такі методи діагностики та лікування, як бронхоскопія з біопсією та бронхоальвеолярним лаважем, ультразвукова діагностика органів грудної клітки, торакоцентез та біопсія легень під контролем УЗД-датчика, функціональні дослідження дихання та дихальних розладів, інтервенційні малоінвазивні методи лікування основної пульмонологічної патології тощо, які повинен виконувати лікар-пульмонолог відповідно до сучасних світових стандартів, а не просто бути терапевтом, призначаючи лише медикаментозне лікування. Аналізуючи роботу терапевтичних ліжок в закладах охорони здоров'я області II рівня, в

ряді закладів відмічений факт відсутності роботи ліжка (наявність пустих ліжок в стаціонарах!!!) та необґрунтована госпіталізація без показів для стаціонарного лікування, та яка в ряді випадків носить лише соціальний характер.

ВИСНОВКИ

1. Захворюваність, поширеність та якісний показник допомоги.

Бронхіальна астма, ХОЗЛ та хронічний бронхіт. Незважаючи на ріст захворюваності пульмонологічної патології за рахунок гострих станів, показники захворюваності та поширеності на основну хронічну патологію органів дихання, таких як БА, ХОЗЛ. Так, показники захворюваності та поширеності БА у дорослого населення в 2015 році стабільно залишаються на низькому рівні. Показник поширеності ХОЗЛ в області (див. таблицю), внаслідок запровадження окремого статистичного обліку даної патології від хронічного бронхіту по шифру J44 (згідно МКХ-10) з 2009 року почав збільшуватись на фоні зменшення показника хронічного бронхіту, проте з 2012 року почав зменшуватись з 11925 чоловік (2011 рік) до 9427 чоловік в 2015 році (поширеність ХОЗЛ – 1174,3/100 тис. дорослого населення.), при майже незмінному показнику поширеності хронічних бронхітів (1494,6/100 тис. дорослого населення), що говорить про відсутність якісної діагностики та об'єктивної статистики в області по ХОЗЛ. Також, низький показник поширеності на ХОЗЛ в шахтарському місті Нововолинськ пов'язаний з тим, що значна частина ХОЗЛ прихована за шифром МКХ-10 за професійною патологією. Показник дитячої та дорослої БА з 2009 по 2014 р. збільшився лише на 7,5% переважно за рахунок росту показника поширеності дитячої астми на 34,5%, та за статистичними показниками в 2015 році практично залишилась на попередньому рівні. Волинь і досі лишається в стані зниженої діагностики даної патології (396,7 на 100 тис. населення) навіть у порівнянні із загальноукраїнським показником (489,9 на 100 тис.), не говорячи вже про світові дані поширеності БА. Так, у кінці 2014 р. абсолютний показник поширеності БА в області становив 4 120 хворих, у тому числі 940 дітей (віком 0–17 років) та 3 180 дорослих (18 років та більше), що в свою чергу становить лише 0,4% від загальної кількості населення області і суперечить реальній світовій статистиці. Проте показник поширеності хронічних бронхітів (J 40–42) в області за 2014 р. в абсолютних цифрах сягнув 12 450 хворих (1198,8 на 100 тис.), що в свою чергу наштовхує на

думку про ймовірне маскування під встановленими діагнозами більш реальної статистики щодо поширеності БА та можливо ХОЗЛ в області. Низький рівень забезпечення сучасними цифровими спірографами закладів охорони здоров'я області II рівня та відсутність даного обладнання на I рівні не дає змогу проводити дослідження функції зовнішнього дихання задля якісної диференційної діагностики хронічної легеневої патології з метою своєчасного виявлення БА та іншої хронічної обструктивної патології на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги. Загалом результати аналізу багатьох клінічних досліджень показали, що при будь-якому якісному лікувальному режимі протягом тривалого часу контроль над БА покращується, а число хворих, які досягають високого контролю над хворобою, збільшується. Проте, на жаль, це не відповідає реальній ситуації в багатьох країнах світу, так само як і на Волині. Подібна картина спостерігається і у Волинській області, де ситуація виглядає набагато гірше в порівнянні зі світовими показниками щодо лікування та досягнення контролю над хворобою. Так, згідно з даними агентства «Моріон» з продажу β 2-агоністів короткої дії (БАКД) – сальбутамолу, беротеку, беродуалу – протягом останніх 5 років (з 2009 по 2014 р.) у Волинській області, в середньому щороку з метою симптоматичного лікування продається 41 795 упаковок препаратів даної групи, в тому числі 37 818 шт. (90,4%) інгаляторів сальбутамолу. Виходячи з офіційної статистики поширеності БА на Волині, можна припустити, що кожен хворий з БА протягом року в середньому використовує 10,4 балончика (2 080 доз) з БАКД, а якщо цю кількість проданих упаковок поділити на абсолютну кількість хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) в області, то на кожного хворого з БА та ХОЗЛ припадає по 4 балончика (800 доз) БАКД на рік, що лише значно підвищує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень та смертності серед даної категорії пацієнтів при використанні препаратів цієї групи в такій кількості. Таке надмірне використання БАКД говорить нам, в першу чергу, про поганий контроль, теоретично, майже в кожного хворого з БА в області протягом року та відсутність проведення якісної базисної терапії згідно зі стандартами у кожного хворого з хронічною обструктивною патологією (БА та ХОЗЛ), враховуючи навіть наявні статистичні показники зниженої діагностики БА. Також маркером відсутності адекватної базисної терапії та неконтрольованого перебігу у хворих на БА є виклики бригади швидкої медичної допомоги (БШМД) до хворих з БА з метою зняття астматичного нападу. Так, в обласному центрі Волинської області (м. Луцьк) в 2009 р. було здійснено 1 322 виклики БШМД до

хворих з БА, в тому числі 34 пацієнти (2,6%) були госпіталізовані. Враховуючи офіційний статистичний показник поширеності БА в 2009 р. в Луцьку (1 088 чоловік – 527,6 на 100 тис.), на кожного хворого теоретично припадав 1 виклик на рік, або мінімум один епізод неконтрольованої БА з тяжким загостренням у 2,6% випадків, з річними витратами на невідкладну допомогу для хворих на БА з місцевого бюджету 264 400 грн. (200 грн./ виклик) при вартості 1 дози портативного пристрою з БАКД для зняття нападу БА від 15 коп. до 2,5 грн. Аналогічна ситуація, та ще й в бік погіршення, констатована і в 2014 році в області із зафіксованою загальною кількістю 3 381 виклик, з яких 31 людина була госпіталізована (0,9%). Враховуючи офіційний статистичний показник поширеності БА в 2014 р. в області та місті Луцьк (4120 чоловік), на кожного хворого з БА теоретично вже припадало 1,2 виклики в рік, або майже 1 епізод неконтрольованого перебігу БА протягом року, не говорячи вже про негативну фармако-економічну складову цього питання.

Туберкульоз, інтерстиційні захворювання легень та саркоїдоз. Напруженою залишається ситуація з епідемією ТБ і у Волинській області – північній частині західного регіону України. Так, після запровадження електронного реєстру об'єктивний показник захворюваності на всі форми ТБ в 2013 р. становив 67,49 на 100 тис. населення (n = 700) з показником захворюваності на ТБ органів дихання 63,05 на 100 тис. (n = 654) та питомою вагою бацилярного ТБ 49,39% (n = 285). Приріст захворюваності становив 30,9% у порівнянні з показником 2012 р. У 2014 р., за даними електронного реєстру, показник захворюваності на всі форми ТБ в області становив 68,65 на 100 тис. населення (n = 713) з показником захворюваності на ТБ органів дихання 64,13 на 100 тис. (n = 666) та збільшенням питомої ваги бацилярного ТБ до 55,57% (n = 329), як результат покращення лабораторної діагностики внаслідок запровадження лабораторної експрес-діагностики Xpert® MTB/RIF. В 2015 році захворюваність на всі форми активного ТБ з рецидивами в абсолютних числах склала 878 чоловік (84,4/100) проти 859 чоловік (82,7/100) в 2014 році.

Під час епідемії туберкульозу (ТБ) в області складною та невирішеною проблемою залишається діагностика інтерстиційних захворювань легень (ІЗЛ) та саркоїдозу легень, які помилково під час первинного обстеження сприймають як дисемінований ТБ легень та інші форми небациллярного ТБ легень. Питома вага дисемінованого ТБ легень у 2013 р. становила 17,5% (n = 101), 2014 р. – 19,93% (n = 118). Питома вага небациллярного ТБ у 2013 р. – 50,61%, 2014 р. – 44,43%. Це свідчить про низьку специфічність

мікроскопічного методу лабораторного скринінгу на ТБ та можливу гіпердіагностику ТБ за рахунок ІЗЛ, показник поширеності яких у Волинській області становить, за власними розрахунками, 8,84 на 100 тис. населення та, на нашу думку, є заниженим. ІЗЛ представляють собою групу дифузних захворювань паренхіми легень, які пов'язані з високим показником захворюваності та смертності. Гістологічні зміни в легенях при ІЗЛ можуть коливатись від поширеного легеневого фіброзу з архітектурним викривленням легень у хворих з ідіопатичним легеневим фіброзом (ІЛФ) до гранулематозного запалення з розвитком центрального фібриноїдного некрозу з або без паренхіматозного фіброзу у пацієнтів з саркоїдозом. Показник поширеності останнього у Волинській області, за власними розрахунками, становить 2,98 на 100 тис. населення (D 86) та, на нашу думку, також є заниженим. Враховуючи актуальність проблеми, шляхом ретроспективного аналізу історій хворих на ІЗЛ (n = 90) та саркоїдоз (n = 31), які були проліковані у Волинській обласній клінічній лікарні з 2010 по 2015 р., було виявлено, що у 23,96% випадків (n = 29) дана категорія хворих попередньо була помилково госпіталізована у фтизіатричний стаціонар зі встановленим діагнозом «Вперше діагностований туберкульоз легень, МБТ (-)» (ВДТБ-МБТ (-) на основі лише рентгенологічного паттерну на знімку органів грудної клітки з наступним призначенням емпіричного лікування протитуберкульозними препаратами I ряду впродовж від 2 тижнів до 8 місяців.

Пневмонії, гостра респіраторна інфекція та грип. Одним з ускладнень ГРВІ та грипу є пневмонія, захворюваність якої у Волинській області коливається в межах 5410 нових випадків (середній показник в абсолютних числах за останні 7 років серед дитячого та дорослого населення), з найвищим показником захворюваності в 2015 році (за останні 7 років!), який склав 6487 чоловік (показник 623,6/100 тис.), в тому числі з яких 116 чоловік померло (показник 11,15/100 тис.). В епідемічний період захворюваності на ГРВІ та грип 2015-2016 рр. показник захворюваності на пневмонії серед всіх вікових груп був максимальний в січні-лютому 2016 року та становив 2591 чоловік або 39,9% від абсолютного числа пневмонії 2015 року (в тому числі дорослих – 1759 чоловік, дітей – 832 чоловік та вагітних – 14 чоловік), а також, збільшилась захворюваність на пневмонію серед населення Волинської області за перших 6 місяців 2016 років, що в свою чергу склало 73,6% від показника 2016 року (4779 чоловік, з показником 459,5/100 тис.). Проте дякуючи спільним організаційним заходам на рівні області, на фоні зростання захворюваності на пневмонії та своєчасної госпіталізації з

лікуванням відбулось значне зменшення показника госпіталізації в реанімацію та зменшення показника летальності (Для прикладу – за січень 2016 – 1166 чол., або в середньому 17,5 % від всіх пневмоній за 2015 рік: показник госпіталізації склав 61,3% (в т.ч. дорослі в 59,1%) з переведенням в реанімацію з ПІТ в 6,0% (в т.ч. дорослі в 7,87%) та летальністю в 1,54% (в т.ч. дорослі 2,0%), в лютому 2016 – 1425 чол., або в середньому 21,5% від всіх пневмоній за 2015 рік, та показник госпіталізації склав 74,3% (в т.ч. дорослі 72%) з переведенням в ПІТ в 4 % (в т.ч. дорослі 5,3%) та летальністю в 0,91% (в т.ч. дорослі 1,2%).

Проте, незважаючи на наявність сучасних стандартів антибактеріальної терапії бактеріальної респіраторної інфекції, на основі аналізу первинної документації, відмічаються факти поліпрагмазії – застосування лікарями без обґрунтування антибіотиків II ряду (резерв) у не важких хворих, що в свою чергу призводить лише до ризику антибіотикорезистентності, використання лікарями на практиці антибактеріальних препаратів для лікування пневмонії, які взагалі не входять в стандарти лікування пневмонії (сульфокамфокаїн або бісептол, який використовується переважно для профілактики та лікування пневмоцистної інфекції), та використання лікарями в якості початкової терапії пневмонії антибактеріальних препаратів, які використовуються лише для лікування туберкульозу, що заборонено згідно сучасних стандартів (рифампіцин, амікацин, левофлоксацин, моксифлоксацин).

Муковісцидоз. Однією з проблемних питань щодо надання якісної допомоги дорослим хворим на муковісцидоз, внаслідок відсутності в необхідній кількості ліків для хворих (антибіотики II ряду, пульмозим, ферментні препарати тощо), які вони повинні приймати пожиттєво, та відсутність координаційного центру з підготовленими фахівцями в області по даній проблемі, для надання якісної організаційної та спеціалізованої медичної допомоги дітям та дорослим хворим на муковісцидоз. Поширеність на Волині (Е 84): 2,60/100 тис. (24 пацієнтів) Муковісцидоз у дітей (0-17): 7,99/100 тис. (19 пацієнтів) Муковісцидоз у дорослих (18 і старше): 1,0/100 тис. (5 пацієнтів).

Професійні захворювання органів дихання. Також актуальним питанням в області залишаються професійні захворювання, проте показник захворюваності на пневмокониози зменшився з 2009 по 2015 р. р, з 58 (7,3/100 тис.) до 47 (4,52/100 тис.), з показником поширеності в 2015 1069 (102,8/100 тис.), в зв'язку із можливим зменшенням об'єму шкідливого виробництва (шахти, легка промисловість тощо).

Захворюваність на злоякісні новоутворення органів дихання за 2015 рік становила 288 осіб, або 27,69 на 100 тис. всього населення. В структурі онкологічної захворюваності дана патологія займає 3-є рангове місце і становить – 10,1% (1-е місце - це злоякісні новоутворення органів травлення – 24,6%, 2-е – новоутворення жіночих статевих органів – 11,6%).

2. Інвалідність від хвороб органів дихання.

Показник первинного виходу на інвалідність від хвороби органів дихання в 2008 році складав 1,9/10 тисяч дорослого населення (Україна – 1,5/10 тис.), проте, вже в 2015 році, проводячи аналіз первинного виходу на інвалідність протягом останніх років, відмічене значне зниження показника первинного виходу на інвалідність серед працездатного населення області до 1,10/10 тисяч населення з рейтингом даного показника, який знаходиться на 12 місці.

3. Смертність від хвороб органів дихання.

У 2009 році смертність від хвороб органів дихання в структурі загальної смертності зайняла третє місце, після хвороб кровообігу та новоутворень. Основними причинами смертей в даній групі були хронічні хвороби (інші) нижніх дихальних шляхів – 77,8% (719), пневмонії – 8,8% (82), грип – 2,4% (23), інші причини – 10,7% (99), то в 2015 році смертність по області від хвороб органів дихання в абсолютних числах склала 489 осіб, або 46,89 на 100 тис. всього населення, та зайняла 4-є рангове місце – 3,56%, після хвороб системи кровообігу – 68,0%, травм та зовнішніх причин смерті – 6,18%, органів травлення – 4,30%. (смертність населення області від усіх хвороб та причин в 2015 році: абсолютне число – 13747, показник – 1318,3 на 100 тис. всього населення), що говорить про позитивну динаміку даного показника.

4. Матеріально-технічне забезпечення по пульмонології закладів охорони здоров'я області І-ІІ рівня.

Аналізуючи забезпеченість закладів охорони здоров'я І рівня (додаток 1) на наявність спірометричного обладнання (підфлуометри, спірометри) для діагностики обструктивної патології органів дихання для диференційної діагностики хронічного бронхіту, діагностики бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень тощо), рентгенографії та пульсоксиметрії для діагностики гострої пульмонологічної патології (пневмонія, інтерстиційні захворювання легень) виявлено наступне. В закладах первинної ланки області взагалі відсутні підфлуометри, а забезпеченість спірометрами закладів первинної ланки районів та обласного центру лише на **31,5%**, які розміщені при закладах ІІ рівня та

окремо ЦПМСД (центр первинної медико-соціальної допомоги) м. Луцька. Нажаль, жоден заклад первинної ланки окремо не забезпечений спірометром, за винятком ЦПМСД та ЦПМСД №2 в обласному центрі (м. Луцьк). Відсутність окремого рентгенологічного обладнання на первинному рівні, за винятком ЦПМСД обласного центру та інших закладів ЦПМСД області, які розміщені при закладах охорони здоров'я області II рівня, та низька забезпеченість пульсоксиметрами, яка складає **лише 42%** в закладах охорони здоров'я області I рівня, що в свою чергу не дає змогу надавати кваліфіковану допомогу на I рівні відповідно до стандартів діагностики та лікування захворювань пульмонологічної групи в повному обсязі згідно уніфікованих клінічних протоколів МОЗ та стандартів Європейського респіраторного товариства. Аналізуючи забезпеченість закладів охорони здоров'я II-III рівня (міські лікарні, центральні районні лікарні та Волинська обласна інфекційна лікарня) цифровою рентгенологічною апаратурою з високим профілем безпеки щодо рентген опромінення, для діагностики гострої та хронічної патології органів дихання – забезпеченість закладів **лише на 78%** від потреби, забезпеченість спірометричним обладнанням для діагностики обструктивної патології органів дихання (бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний бронхіт) **лише на 50%** від потреби, забезпеченість ендоскопічним обладнанням для проведення ургентної та/або планової бронхоскопії з діагностично-лікувальною метою **лише на 5,5%** від потреби (лише Луцька міська клінічна лікарня), повна відсутність лабораторного обладнання для газового аналізу крові та рН у відділеннях реанімацій з ПІТ на II рівні, в тому числі в ВОІЛ та ЛКПБ для діагностики та моніторингу гострої дихальної недостатності, а також забезпеченість закладів централізованою подачею кисню у відділення реанімації з ПІТ **лише на 33%** від потреби як основного джерела для респіраторної підтримки хворих з гострою дихальною недостатністю (забезпеченість кисневими концентраторами закладів II рівня на 100%, яке повинно використовуватись в медичних закладах лише як резервне джерело кисню, використання даного обладнання неможливе при відсутності електроенергії, дане обладнання має обмежений ресурс використання та не дає на виході 100% концентрацію кисню), забезпеченість обладнанням для респіраторної підтримки хворого за допомогою апарату неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ) в відділеннях реанімації з ПІТ **лише на 50%** від потреби (обладнані лише частина закладів сучасними апаратами ШВЛ «Драгер» та «Івент», які мають дану функцію), що в свою чергу не дає змогу надавати кваліфіковану допомогу

на II рівні відповідно до сучасних стандартів діагностики та лікування захворювань пульмонологічної групи (в першу чергу для важкої пневмонії та важкої дихальної недостатності при інших захворюваннях) в повному обсязі згідно уніфікованих клінічних протоколів МОЗ та стандартів Європейського респіраторного товариства.

5. Локальні протоколи та маршрути пацієнта з пульмонології в закладах охорони здоров'я області I-II рівня.

В кожному закладі охорони здоров'я області I-II рівня розробка вище перелічених документів носить індивідуальний характер, а не за уніфікованою схемою створення локальних протоколів з маршрутами пацієнтів, з відсутністю чіткого логістичного маршруту та чітких функціональних обов'язків між першим рівнем (ФАП, амбулаторія, ЦПМСД), другим рівнем (міські лікарні, центральні районні лікарні) та обласним центром екстреної медичної допомоги (103). Також, низька матеріально-технічна база та відсутність кадрів в ряді закладів охорони здоров'я області I-II рівня взагалі не дозволяє надавати якісно та в повному обсязі діагностично-лікувальну допомогу хворим з пульмонологічною патологією відповідно до уніфікованих протоколів МОЗ на місцях. В свою чергу унеможливорює проводити експертизу щодо надання допомоги на основі індикаторів якості згідно рекомендацій експертного центру МОЗ, наприклад, неможливо проводити діагностику та моніторинг лікування обструктивної патології органів дихання за допомогою спірометрії відповідно до наказу МОЗ України та наказу МОЗ України від 08.10.2013 №868 та наказу МОЗ України від 27.06.2013 №555 в зв'язку з відсутністю даного обладнання на I рівні та низькою забезпеченістю даним обладнанням закладів II рівня яке складає лише 50% від потреби, а також неможливо забезпечити якісну терапію хворих на пневмонію з важкою дихальною недостатністю, які потребують додаткової респіраторної підтримки НІВЛ та ШВЛ згідно наказу МОЗ України від 19.03.2007 № 128 та наказу МОЗ України від 15.01.2014 №34 в зв'язку із низькою забезпеченістю закладів II рівня сучасними апаратами для штучної вентиляції легень (в Турійській ЦРЛ, Локачинській ЦРЛ, Любешівській ЦРЛ, Рожищанській ЦРЛ та в ряді інших закладів апаратів для ШВЛ взагалі не відповідають сучасним стандартам респіраторної терапії), та низькою забезпеченістю апаратами для неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ) в реанімаціях з ПІТ закладів II рівня, яке складає лише 50% від потреби.

6. Стаціонарна допомога хворим з пульмонологічною патологією в області.

Враховуючи високий показник захворюваності та поширеності пульмонологічної патології в області, відсутність в необхідній кількості діагностично-лікувальних можливостей в ряді закладів охорони здоров'я області I-II рівня, скеровувати хворих в профільні пульмонологічні відділення (в т.ч. ліжка) II-III рівня. Ліжковий пульмонологічний фонд повинен бути реорганізований відповідно до сучасних стандартів надання спеціалізованої діагностичної та лікувальної допомоги хворим області, а не виконувати лише функцію терапевтичного відділення. На базі пульмонологічних відділень в повному обсязі повинні виконуватись такі методи діагностики та лікування, як бронхоскопія з біопсією та бронхоальвеолярним лаважем, ультразвукова діагностика органів грудної клітки, торакоцентез та біопсія легень під контролем УЗД-датчика, функціональні дослідження дихання та дихальних розладів, інтервенційні малоінвазивні методи лікування основної пульмонологічної патології тощо, які повинен виконувати лікар-пульмонолог відповідно до сучасних світових стандартів, а не просто бути терапевтом, призначаючи лише медикаментозне лікування. Аналізуючи роботу терапевтичних ліжок в закладах охорони здоров'я області II рівня, в ряді закладів відмічений факт відсутності роботи ліжка (наявність пустих ліжок в стаціонарах) та необґрунтована госпіталізація без показів для стаціонарного лікування, яка в ряді випадків носить лише соціальний характер.

ПРОПОЗИЦІЇ

З метою надання якісної медичної допомоги хворим з пульмонологічною патологією відповідно до сучасних стандартів, на рівні області, необхідно:

1. Забезпечити, відповідно до потреби та з урахуванням реорганізації медичної галузі, заклади охорони здоров'я I-II рівня необхідним діагностичним та лікувальним обладнанням:
 - Пікфлуометрами з розрахунку: 1 апарат на кожну сімейну амбулаторію ЦПМСД області.
 - Портативними цифровими спірометрами з розрахунку: 1 апарат на кожний ЦПМСД та заклад II рівня області.
 - Пульсоксиметрами з розрахунку: 1 апарат на кожну сімейну амбулаторію та кожний ЦПМСД та заклад II рівня області.

- Небулайзерами з розрахунку: 1 апарат на кожну сімейну амбулаторію, кожний ЦПМСД та приймальне відділення закладу II рівня області.
- Бронхоскопами з розрахунку: 1 апарат на один заклад II рівня в кожному запланованому медичному окрузі області.
- Апаратами для штучної вентиляції легень (ШВЛ) з функцією НІВЛ з розрахунку: 1 апарат на відділення реанімації з ПІТ закладу II рівня та Волинської обласної інфекційної лікарні.
- Апаратами для неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ) з розрахунку: 1 апарат на відділення реанімації з ПІТ закладу II рівня та для Волинської обласної інфекційної лікарні.
- Кисневими станціями з централізованою подачею кисню з розрахунку: 1 станція для відділення реанімації з ПІТ кожного закладу II рівня та для Волинської обласної інфекційної лікарні.
- Газовими аналізаторами з визначенням кислотно-лужного стану та газів крові з розрахунку: 1 апарат для відділення реанімації з ПІТ закладу II рівня, та для Волинської обласної інфекційної лікарні і КЗ «Луцький клінічний пологовий будинок».
- Цифровим рентгенологічним обладнанням (стаціонарним або портативним) з розрахунку: 1 апарат на кожний заклад II рівня області та для КЗ «Луцький клінічний пологовий будинок».

2. Забезпечити заклади I-II рівня уніфікованими локальними протоколами та маршрутами для пацієнтів (якісний взаємозв'язок між I-II-III рівнем та обласним центром екстреної медичної допомоги) з пульмонологічною патологією, на основі наказів МОЗ з пульмонологічного профілю.
3. Забезпечити об'єктивізацію статистичних даних із захворюваності та поширеності основної пульмонологічної патології шляхом запровадження в закладах III рівня (обласна клінічна лікарня, обласна дитяча лікарня) електронного реєстру по БА, ХОЗЛ, інтерстиційним захворюванням легень, саркоїдозу, муковісцидозу, легеневої гіпертензії.
4. Забезпечити постійне навчання на робочому місці з пульмонологічного профілю медичного персоналу закладів охорони здоров'я області I-II рівня на базі відділення пульмонології Волинської обласної клінічної лікарні.
5. Забезпечити чітку передачу від підліткової служби диспансерних даних по всій хронічній пульмонологічній патології після 17 років, в тому числі категорію пацієнтів інвалідів дитинства.
6. Забезпечення якісним зворотнім зв'язком у вигляді надання інформації на ЦПМСД про пацієнта з центрів екстреної медичної допомоги після надання невідкладної допомоги ОЦЕМД (103),

- первинному та/або диспансерному хворому з неконтрольованим перебігом БА та іншої хронічної патології в стадії загострення.
7. Запровадити програму на 2018-2023 р.р. з профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів, хворих на муковісцидоз, хворих на бронхіальну астму, хворих на ХОЗЛ та грип-пневмонію відповідно до стандартів уніфікованих клінічних протоколів МОЗ України.
 8. Забезпечити первинне скерування пацієнтів, які мають клінічні і рентгенологічні ознаки інтерстиційного захворювання легень та/або саркоїдозу на обстеження в Волинську обласну клінічну лікарню до головного позаштатного пульмонолога УОЗ ОДА.
 9. Пацієнтам, які мають рентгенологічні інтерстиційного захворювання легень з підозрою на туберкульоз (ТБ) легень без лабораторного підтвердження МБТ, діагноз ВДТБ, МБТ (–) та лікування на центральній лікарсько-консультативній комісії з ТБ узгоджувати з головним позаштатним пульмонологом УОЗ ОДА.
 10. При відсутності діагностично-лікувальних можливостей з пульмонологічного профілю в закладах охорони здоров'я області І-ІІ рівні, скеровувати пацієнта на обстеження та лікування до пульмонолога закладу ІІІ рівня, відповідно до затверджених показів.
 11. Забезпечити заклади І-ІІ рівня чіткими показами для госпіталізації хворих з пульмонологічною патологією на ІІ-ІІІ рівень та діагностичними анкетами: CRP-65, PORT, SMART-COP, АСТ, ACQ, MRC та оцінка ХОЗЛ.

Яковенко

0505470790