

Управління охорони здоров'я Волинської облдержадміністрації  
Волинська обласна клінічна лікарня, відділення пульмонології  
Товариство пульмонологів та фтизіатрів Волинської області  
імені Михайла Івановича Марунчака

**СТАН ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ  
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ  
та перспективи розвитку  
пульмонологічної служби  
у Волинській області**

Луцьк 2016

**Укладач:**

**Яковенко Олег Костянтинович**

*к.мед.н., завідувач відділення пульмонології Волинської обласної клінічної лікарні, головний позаштатний спеціаліст з пульмонології УОЗ облдержадміністрації, голова «Товариства пульмонологів та фтизіатрів Волинської області імені Михайла Марунчака», член Європейського респіраторного товариства.*

Іншу корисну інформацію ви можете отримати на сайті Громадської організації «Товариство лікарів пульмонологів та фтизіатрів Волинської області імені Михайла Марунчака»

**<http://www.volpulmonology.com.ua/>**

**АНАЛІТИЧНА ДОВІДКА за матеріалами планової перевірки закладів охорони здоров'я області I-II 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. // Яковенко О.К., УОЗ Волинської ОДА, Луцьк, 2016 // 56 стор. Наклад 500 прим.**

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 I-II 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 .....	5
2.	Захворюваність та поширеність на патологію органів дихання в області .....	6
3.	Інвалідність спричинена патологією органів дихання .....	10
4.	Смертність від хвороб органів дихання в області .....	10
5.	Матеріально-технічний стан та лікувально-діагностичні можливості закладів охорони здоров'я області I-II рівня .....	11
6.	Накази МОЗ, наявність локальних протоколів та маршрутів пацієнта .....	16
7.	Забезпеченість лікарями-пульмонологами закладів охорони здоров'я області .....	20
8.	Забезпеченість пульмонологічними ліжками закладів охорони здоров'я області .....	21
9.	Висновки .....	22
10.	Пропозиції .....	30
11.	Проект наказу УОЗ «Про покращення надання медичної допомоги хворим з пульмонологічною патологією в області» .....	32
11.	Додатки .....	36
	Додаток 1 .....	36
	Додаток 2 .....	37
	Додаток 3 .....	38
	Додаток 4 .....	42
	Додаток 5 .....	43
	Додаток 6 .....	46
	Додаток 7 .....	48
12.	Інформаційний лист УОЗ від 03.04.2013 №1183/13/2-13 «Оцінка факторів ризику летального кінця» .....	55

У різні етапи розвитку суспільства змінювалася структура небезпечних хвороб органів дихання. З другої половини ХХ століття спостерігається неухильне збільшення кількості хворих на неспецифічні хвороби органів дихання, особливо на хронічне обструктивне захворювання легень 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, злякисних 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, середстіння, злякисних новоутворень органів грудної клітки та позалегової 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 Камінь-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 районі– **193809**, найнижчий – в Рожищенському – **112752**.
  - 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, нижче – в Маневицькому – 0,14 районах. 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.

У 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 пацієнта) 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 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.

## **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. Пікфлоуметрія 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 кислотного-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:**

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

В ході проведеної мною планової перевірки всіх закладів охорони здоров'я області I-II 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 I рівня (додаток 1) наявністю 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 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.

На жаль, **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.

Аналіз забезпеченості закладів охорони здоров'я II-III рівня (міські лікарні, центральні районні лікарні та Волинська обласна інфекційна лікарня) показує такі цифри:

- 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;
- спірометричним обладнанням для діагностики обструктивної патології органів дихання (бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний бронхіт) **лише на 50%** від потреби;
- 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	Піклу-ометр	Цифровий спірометр	Портативний пульсоксиметр
В.-Волинський р-н	Наявний лише в ТМО	Немає	Немає	Немає
Горохівський р-н	Наявний лише в райцентрі	Немає	Немає	Немає
Іваничівський р-н	Наявний лише в райцентрі	Немає	Немає	Немає
К.-Каширський р-н	Наявний лише в райцентрі	Немає	Немає	Немає
Ківерцівський р-н	Наявний лише в ТМО	Немає	Наявний лише в ТМО	Немає
Ковельський р-н	Наявний лише в ТМО	Немає	Наявний лише в ТМО	Немає
Локачинський р-н	Наявний лише в райцентрі	Немає	Немає	Немає
Луцький р-н	Наявний лише в райцентрі	Немає	Немає	Немає
Любешівський р-н	Наявний лише в райцентрі	Немає	Немає	Немає
Любомльський та Шацький р-н	Наявний лише в ТМО	Немає	Наявний лише в ТМО	Є

Заклади області І рівня	Рентгенографія	Піклуометр	Цифровий спірометр	Портативний пульсоксиметр
Маневицький р-н	Наявний лише в районі	Немає	Немає	Є
Ратнівський р-н	Наявний лише в районі	Немає	Немає	Є
Рожищанський р-н	Наявний лише в районі	Немає	Немає	Є
Старовижівський р-н	Наявний лише в районі	Немає	Немає	Немає
Турійський р-н	Наявний лише в районі	Немає	Немає	Немає
м. Нововолинськ	Наявний лише в міській лікарні	Немає	Наявний лише в міській лікарні	Є
Луцький ЦПМСД	Наявний	Немає	Наявний, відповідає вимогам ERS	Є
Луцький ЦПМСД №2	Наявний	Немає	Наявний, відповідає вимогам ERS	Є
Луцький ЦПМСД №3	Наявний	Немає	Немає	Є
Забезпеченість закладів І 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 ЦПМСД 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 пікфлоуметрія	Пульсоксиметрія	Бронхоскопія	Газоаналізатор
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

Заклади області II рівня	Комп'ютерна томографія	Цифрова рентгенографія	Цифрова спірометрія пікфлоуметрія	Пульсоксиметрія	Бронхоскопія	Газоаналізатор
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
ВОЛ (III рівень)	Немає	Є	Немає	Є	Немає	Немає
<b>Забезпеченість закладів II рівня</b>	<b>22%</b>	<b>78%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>	<b>5,5%</b>	<b>0%</b>

**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 ПІТ	Кисневий концентратор (використовується як back-up)	Неінвазивна вентиляція легень (НІВЛ)	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
ВОЛ (III рівень)	Кисневі балони	Є	Немає	Є
<b>Забезпеченість закладів II рівня</b>	<b>33%</b>	<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>

## **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 I-II рівня станом на III квартал 2016**

---

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

- Наказ МОЗ України від 26.08.1993 №191 «Пульмонологія».
- Наказ МОЗ України від 16.08.1996 «Пульмонологія».
- Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128 «Пульмонологія».
- Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 601 «Паління».
- Наказ МОЗ України від 08.10.2013 №868 «Бронхіальна астма».
- • Наказ МОЗ України від 27.06.2013 №555 «ХОЗЛ».
- Наказ МОЗ України від 15.01.2014 №34 «Невідкладні стани».
- Наказ МОЗ України від 16.04.2014 №214 «БА».
- Наказ МОЗ України від 04.06.2014 № 387 «Рак легень».
- Наказ МОЗ України від 16.07.2014 №499 «Грип».
- Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 «Туберкульоз».
- Наказ МОЗ України від 08.09.2014 № 634 «Саркоїдоз».
- Наказ МОЗ України від 30.12.2015 № 916 «Анафілаксія».
- Наказ МОЗ України від 21.06.2016 № 614 «Легенева гіпертензія».
- Наказ МОЗ України від 15.07.2016 № 723 «Муковісцидоз».
- 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 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 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 унеможливує 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 II рівня апарати 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 кв. 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

Заклади області I рівня	Локальні протоколи	Локальний формуляр лікарських засобів	Маршрути пацієнтів
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
Старовижівський 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
<b>Забезпеченість закладів II рівня</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

Заклади області II рівня	Локальні протоколи	Локальний Формуляр Лікарських засобів	Маршрути пацієнтів
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
<b>Забезпеченість закладів II рівня</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЛАСТІ ІІ-ІІІ 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 ІІ-ІІІ 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 ІІ-ІІІ 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 І-ІІ 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 ІІ 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.

### 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 основу 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 кажучи 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 дихан-

ня 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  $\beta_2$ -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, у м. Луцьк у 2009 р. було здійснено 1322 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 (41 20 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 не вирішеною 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 пацієнти)  
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 пневмокониоз 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-є місце - це злоякісні новоутворення органів травлення – 24,6%, 2-є – 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-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.

### 4. Матеріально-технічне забезпечення по пульмонології закладів охорони здоров'я області I-II рівня.

Аналізуючи забезпеченість закладів охорони здоров'я I 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 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.

На жаль, 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 ERS.

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 вищеперелічених 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 унеможливило 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

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, Рожищенській ЦРЛ та в ряді інших закладів II рівня апарати ШВЛ 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 кожную 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 кожную сімейну амбулаторію та кожний ЦПМСД та заклад II рівня області.
  - **Небулайзерами** з розрахунку: 1 апарат на кожную 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 I-II рівні, скерувати пацієнта на обстеження та лікування до пульмонолога закладу III рівня, відповідно до затверджених показів.



УКРАЇНА

**ВОЛИНЬСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ  
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ****НАКАЗ**

грудня 2016 року м. Луцьк №

**Про покращення надання  
медичної допомоги хворим з  
пульмонологічною патологією в області**

На виконання рішення колегії управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 23 листопада 2016 року № 9/5 з метою покращення та удосконалення надання медичної допомоги хворим з пульмонологічною патологією в області,

**НАКАЗУЮ:**

1. Начальнику управління охорони здоров'я Луцької міської ради М. Якимчуку, генеральними директорам територіальних медичних об'єднань, обласного територіального медичного протитуберкульозного об'єднання, обласного центру екстреної медичної допомоги, головним лікарям обласної інфекційної лікарні, центральних районних (міських) лікарень та центрів первинної медико-санітарної допомоги:
- 1) забезпечити, відповідно до потреби та з урахуванням реорганізації медичної галузі, заклади охорони здоров'я I-III 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; апаратами для штучної



вентиляції легень (ШВЛ) з функцією НІВЛ з розрахунку 1 апарат на відділення реанімації з ПІТ закладу II-III рівня; апаратами для неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ) з розрахунку 1 апарат на відділення реанімації з ПІТ закладу II-III рівня; кисневими станціями з централізованою подачею кисню з розрахунку 1 станція для відділення реанімації з ПІТ закладу II-III рівня; газовими аналізаторами з визначенням кислотно-лужного стану та газів крові з розрахунку 1 апарат для відділення реанімації з ПІТ закладу II-III рівня; цифровим рентгенологічним обладнанням (стаціонарним або портативним) з розрахунку 1 апарат на кожний заклад II рівня;

до 01.01.2019 р.

- 2) забезпечити скерування хворих на III рівень до пульмонолога відповідно до показів, при відсутності діагностично-лікувальних можливостей закладу охорони здоров'я I-II рівня по пульмонологічному профілю відповідно уніфікованих клінічних протоколів;

**постійно**

- 3) забезпечити обстеження пацієнтів, які мають рентгенологічні інтерстиційного захворювання легень з підозрою на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) без лабораторного підтвердження, на центральній лікарсько-консультативній комісії по туберкульозу в ОТМПО спільно з пульмонологом Волинської обласної клінічної лікарні;

**постійно**

- 4) забезпечити первинне скерування пацієнтів, які мають клінічні і рентгенологічні ознаки інтерстиційного захворювання легень та/або саркоїдозу для обстеження на III рівень до лікаря пульмонолога Волинської обласної клінічної лікарні;

**постійно**

- 5) забезпечити об'єктивізацію статистичних даних із захворюваності та поширеності основної пульмонологічної патології відповідно до МКХ 10 (пневмонія, бронхіальна астма, хроніч-

не обструктивне захворювання легень, інтерстиційні захворювання легень, саркоїдоз, муковісцидоз, легенева гіпертензія;

**постійно**

- 6) забезпечити чітку передачу від підліткової служби диспансерних даних по всій хронічній пульмонологічній патології після 17 років, в тому числі категорію пацієнтів інвалідів дитинства;

**постійно**

- 7) забезпечити чітку передачу інформації по хворим на ЦПМСД про пацієнта з центрів екстреної медичної допомоги після надання невідкладної допомоги ОЦЕМД (103);

**постійно**

- 8) забезпечити скерування профільних спеціалістів закладів охорони здоров'я області I-II рівня для стажування на робочому місці по діагностиці та лікуванню пульмонологічної патології бази відділення пульмонології обласної клінічної лікарні;

**постійно**

- 9) розглянути на медичних (лікарняних) радах питання організації та надання медичної допомоги населенню з гострою та хронічною пульмонологічною патологією;

**до 01 березня 2017 р.**

2. Головному лікарю обласної клінічної лікарні І. Сидору:

- 1) забезпечити стажування медичного персоналу (лікарі, середній медичний персонал) закладів охорони здоров'я області I-II рівня по діагностиці та лікуванню пульмонологічної патології бази відділення пульмонології обласної клінічної лікарні;

**постійно.**

- 2) організувати та провести на базі обласної клінічної лікарні виїзні курси тематичного удосконалення по пульмонології Харківською медичною академією післядипломної освіти;

**квітень 2017 р.**

3. Головному терапевту управління охорони здоров'я облдержадміністрації М. Бернику:

- 1) забезпечити заклади охорони здоров'я області I-III рівня уніфікованими локальними протоколами по пульмонологій патології для пацієнтів з пульмонологічною патологією згідно вимог наказів МОЗ України;

**до 01 березня 2017 р.**

- 2) забезпечити заклади охорони здоров'я області I-III рівня уніфікованими логістичними маршрутам по пульмонологічній патології для якісного взаємозв'язку між закладами I-III рівня та обласним центром екстреної медичної допомоги (103);

**до 01 березня 2017 р.**

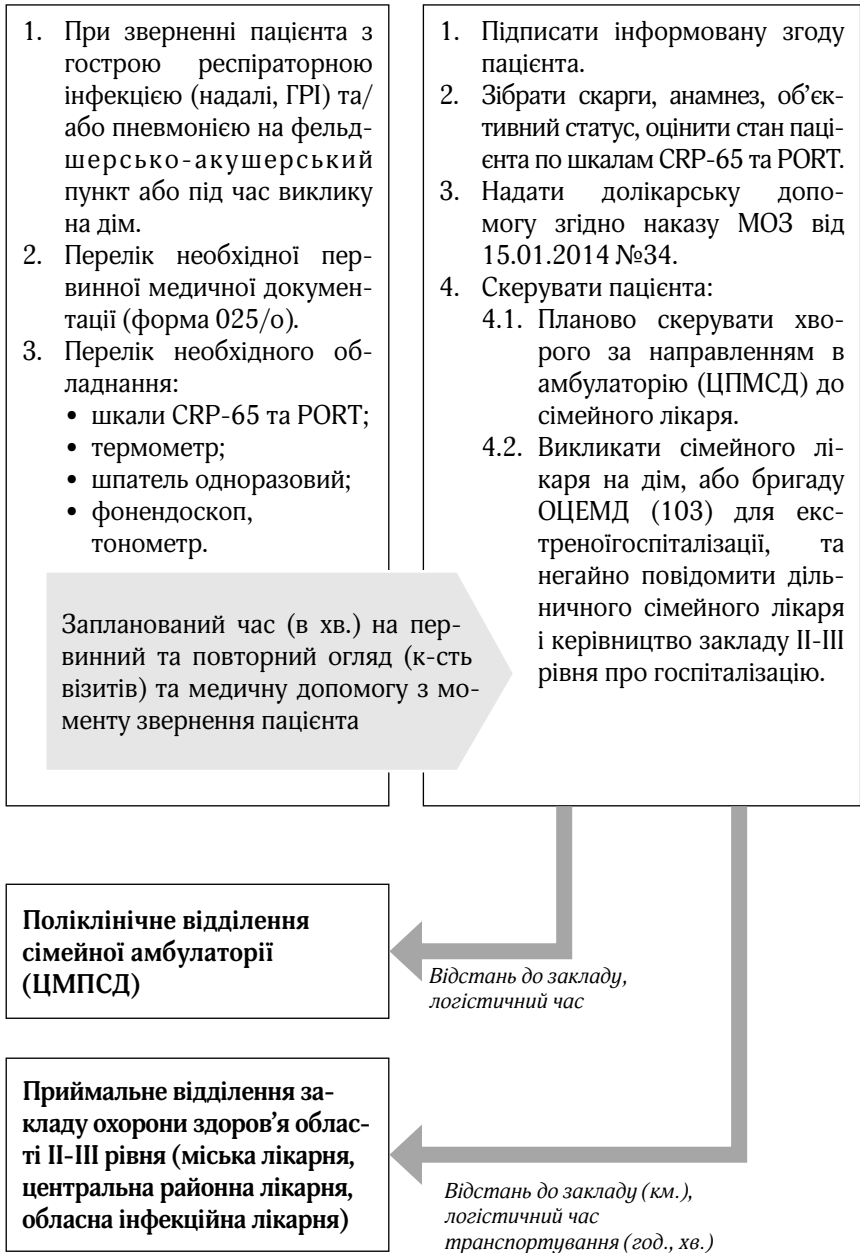
4. Контроль за виконанням даного наказу покласти на заступника начальника управління-начальника відділу організації надання медичної допомоги та режимно-секретної роботи управління охорони здоров'я облдержадміністрації І. Грицюка.

**Начальник**

**І. Ващенко**

*Яковенко 230477*

## Додаток 1. Зразок уніфікованого маршруту пацієнта з пневмонією на I рівні (долікарська допомога)



## Додаток 2. Зразок уніфікованого маршруту пацієнта з пневмонією на I рівні (сімейна амбулаторія, ЦПМСД)

1. При зверненні пацієнта з гострою респіраторною інфекцією (надалі, ГРІ) та/або пневмонією до сімейного лікаря в сімейну амбулаторію (ЦПМСД) або під час виклику на дім.
2. Перелік необхідної первинної медичної документації (форма 025/о, 030/о).
3. Перелік необхідного обладнання:
  - анкета CRP-65, PORT;
  - пульсоксиметр;
  - фонендоскоп;
  - тонометр;
  - електрокардіограф;
  - небулайзер;
  - експрес-тести.

Запланований час (в хв.) на первинний та повторний огляд (к-сть візитів) та медичну допомогу з моменту звернення пацієнта

Відстань до закладу (км.),  
логістичний час  
транспортування (год., хв.)

**Приймальне відділення закладу охорони здоров'я області II-III рівня (центральна районна лікарня, міська лікарня, обласна інфекційна лікарня)**

1. Підписати інформовану згоду пацієнта.
2. Зібрати скарги, анамнез, оцінити об'єктивний статус пацієнта з пневмонією та призначити лікування згідно локального протоколу на основі наказу МОЗ України від 19.03.2007 №128.
3. Провести обстеження та диференційну діагностику на туберкульоз згідно наказу МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620.
4. Провести експрес-діагностику грипу, та оцінити стан пацієнта з пневмонією по шкалі CRP-65 та шкалі PORT на предмет можливої госпіталізації.
5. При різкому погіршенні загального стану (оцінювати щодоби) та наявних показках для госпіталізації (форма 027/о):
  - 5.1. Надати невідкладну допомогу згідно локального протоколу на основі наказу МОЗ України від 15.01.2014 №34.
  - 5.2. Скерувати хворого в супроводі або викликати бригаду ОЦЕМД (103) для екстреної госпіталізації хворого у важкому стані на приймальне відділення закладу II-III рівня.
  - 5.3. Завчасно повідомити керівництво закладу II-III рівня про госпіталізацію хворого.

### Додаток 3. Зразок уніфікованого маршруту пацієнта з пневмонією на II-III рівні (міська лікарня, ЦРЛ, обласна інфекційна лікарня).

---

Негайний огляд лікаря приймального відділення або чергового лікаря закладу II рівня:

- при самостійному зверненні хворого на приймальне відділення за медичною допомогою;
- при плановому скеруванні хворого на госпіталізацію з ЦПМСД (сімейний лікар);
- при ургентному скеруванні хворого на госпіталізацію через ОЦЕМД (103).

- Крок 1.** Проінформувати хворого про підписання інформованої згоди в медичній документації (форма 003/о).
- Крок 2.** Оцінити клінічний стан пацієнта в оглядовій кімнаті приймального відділення (скарги, анамнез, об'єктивний статус, антропометричні дані, індекс маси тіла), оцінити клінічний стан пацієнта шкалі PORT та SMART-COP(...хв.)
- Крок 3.** При необхідності приступити до надання невідкладної допомоги згідно локального протоколу на основі наказу МОЗ України від 15.01.2014 №34 (...хв.)
- Крок 4.** Провести діагностичний мінімум або первинне обстеження хворого(...хв.):
1. Загальний аналіз крові з формулою, С-реактивний протеїн, креатинін крові з визначенням кліренсу креатиніну по формулі Кокрофта, глюкоза крові, загальний аналіз сечі (наявність діурезу), аналіз кислотно-лужного стану та газів крові.
  2. Рентгенографія ОГК в двох проекціях, пульсоксиметрія, ЕКГ.
  3. При клінічних ознаках грипу та/або грип-пневмонії: провести експрес-тест на грип та/або мазки зі слизових на ПЛР до вірусу грипу (до призначення противірусної терапії) відповідно до наказу МОЗ від 16.07.2014 №499.
  4. При клінічних ознаках септичного стану: провести культуральне дослідження (до призначення антибактеріальної терапії!) крові з двох вен (з катетера, якщо останній стоїть менше 48 годин) та ексудату (трансудату) плевральної рідини.
  5. При клінічних ознаках септичного стану, наявності хронічних рецидивуючих інфекцій в анамнезі, рентгеноло-

гічних ознаках двобічного процесу в легенях (інтерстиційне ураження, дисемінація, підозра на туберкульоз в тому числі туберкульоз в анамнезі), асоціальний спосіб життя пацієнта, незахищене статеве життя та вживання ін'єкційних наркотиків пацієнта в анамнезі: провести експрес-тест на ВІЛ ½ після підписання інформованої згоди згідно наказу МОЗ від 17.09.2012 № 718 та наказу УОЗ від 11.11.2015 №321-од.

6. Рекомендовано провести експрес-тест на вагітність (для жінок фертильного віку) та розпочати лікування згідно локального протоколу та локального формуляру лікарських засобів.

**Примітка:**

- При наявності клінічних ознак грипу і позитивного експрес-тесту на грип: госпіталізувати хворого в бокс закладу II рівня та викликати лікаря-інфекціоніста або госпіталізувати в інфекційне відділення II-III рівня; повідомити протиепідемічну службу.
- При наявності клінічних ознак менінгіту, енцефаліту: провести люмбальну пункцію для дослідження ліквору на цитологію, стерильність та ПЛР; викликати на консультацію невролога, інфекціоніста.
- При наявності клінічних та рентгенологічних ознак активного туберкульозу легень: провести двократне мікроскопічне дослідження харкотиння (в т.ч. ПЛР), викликати фтизіатра.
- При наявності іншої гострої супутньої патології на фоні ГРІ (наприклад, гострий коронарний синдром): провести додаткові обстеження та надати допомогу згідно локальних протоколів закладу.

**Крок 5.** Оформити первинну документацію (форма 033/о) та госпіталізувати хворого

**Примітка:**

- При наявності важкого стану у пацієнта: негайна госпіталізація у відділення реанімації з ПІТ по показам (**крок 3-4-5 виконується в реанімації з ПІТ!**)

**Крок 6.** Після надання пацієнту лікарської допомоги згідно локального протоколу та при відсутності показів до госпіталізації: видати лікарсько-консультативне заключення(форма 028/о) та скерувати хворого на I рівень для лікування по місцю проживання або на планове, додаткове обстеження на II-III рівень до лікаря-пульмонолога.

**Покази для термінової госпіталізації в реанімацію з ППТз дотриманням умов карантину:**

1. Пневмонія, класу V по шкалі PORT, в тому числі:
2. Гостра дихальна недостатність, сатурація кисню <92%, або центральний ціаноз (якщо особа не має хронічної гіпоксії в анамнезі, наприклад ХОЗЛ).
3. «Гостра легенева травма» (некардіогенний набряк легень або респіраторний дистрес-синдром, больовий синдром, пневмоторакс тощо).
4. Важке інфекційне загострення бронхіальної астми (астматичний стан) на фоні ГРІ та пневмонії.
5. Важке, критичне інфекційне загострення ХОЗЛ та іншої хронічної соматичної патології органів дихання на фоні ГРІ.
6. Гострий обструктивний синдром верхніх дихальних шляхів (стенозуючий ларинготрахеїт, справжній круп) на фоні ГРІ.
7. Критична температура тіла резистентна до лікування на фоні пневмонії.
8. Порушення свідомості та судоми на фоні ГРІ.
9. Вагітні жінки в I-III триместрі пневмонією.
10. Інші гострі невідкладні стани (сепсис, геморагічний синдром, гостра ниркова недостатність тощо) на фоні ГРІ.

**Примітка:** Терміни подальшого перебування на стаціонарному лікуванні в реанімації з ППТ оцінювати кожні 24 год. (протягом доби) з моменту поступлення та розпочатого лікування.

- Позитивна динаміка в лікуванні, відсутність потреби в респіраторній підтримці, вазопресорах тощо: перевід в соматичне відділення для подальшого лікування.
- Відсутність позитивної динаміки в лікуванні: продовжити обстеження та лікування згідно локальних протоколів, або розглянути перевід на III рівень при відсутності протипоказань до транспортування, після консультації профільними спеціалістами III рівня.
- Негативна динаміка в лікуванні з летальним наслідком: перевід в патолого-анатомічне відділення для дослідження секційного матеріалу.

**Покази для госпіталізації в соматичне відділення (пульмонологічне ліжко терапевтичного відділення, пульмонологічне відділення):**

- пневмонія, класу III-IV по шкалі PORT.
- декомпенсація або ускладнення іншої хронічної соматичної патології, в тому числі у людей літнього віку (цукровий діабет, хронічна хвороба нирок, серцево-судинна недостатність тощо) на фоні пневмонії класу I-II-III-IV по шкалі PORT.
- пневмонія, класу I-II по шкалі PORT з соціальними показаннями: проживання в інституційних закладах; нездатність до самообслуговування, що стала наслідком захворювання тощо.

**Примітка:** Терміни подальшого перебування на стаціонарному лікуванні в соматичному відділенні оцінювати кожні 72 години (3 доби) з моменту поступлення та розпочатого лікування:

- Позитивна динаміка в лікуванні – продовжити стаціонарне лікування та розглянути перевід (випіску) на I рівень.
- Відсутність позитивної динаміки в лікуванні – продовжити обстеження та стаціонарне лікування згідно локальних протоколів, або розглянути перевід на III рівень при відсутності протипоказань до транспортування, після консультації профільними спеціалістами III рівня.
- Негативна динаміка в лікуванні (оцінка клінічного стану щодоби) по шкалі SMART-COP (3-4 бали та більше) та наявність інших критичних станів: негативний перевід в реанімацію з ППТ.
- При наявності клінічних та лабораторних ознаках грип-пневмонії: госпіталізація (перевід) в інфекційне відділення II рівня або інфекційну лікарню III рівня.



**Варіант 1.** Соматичне відділення II рівня (пульмонологічне ліжко терапевтичного відділення, пульмонологія): діагностика та лікування згідно локального протоколу, а також згідно локального формуляру лікарських засобів, подальша виписка (форма 027/о) та диспансерне спостереження з реабілітацією на I рівні.

Оцінка клінічного стану пацієнта кожен день, протягом 24 годин по шкалі SMART-COP (додається). Негативна клінічна динаміка (3-4 бали та більше) – негайний перевід в реанімацію з ПІТ

**Варіант 2.** Реанімаційне відділення з ПІТ II рівня: діагностика та лікування згідно локального протоколу невідкладних станів та пневмонії, а також згідно локального формуляру лікарських засобів. Відсутність потреби в респіраторній підтримці та вазопресорах: повторний перевід в соматичне відділення, подальша виписка та диспансерне спостереження з реабілітацією на I рівні.

Оцінка об'єктивного статусу та клінічного стану пацієнта протягом 24 год. Консультація ургентного анестезіолога, пульмонолога та інфекціоніста III рівня.

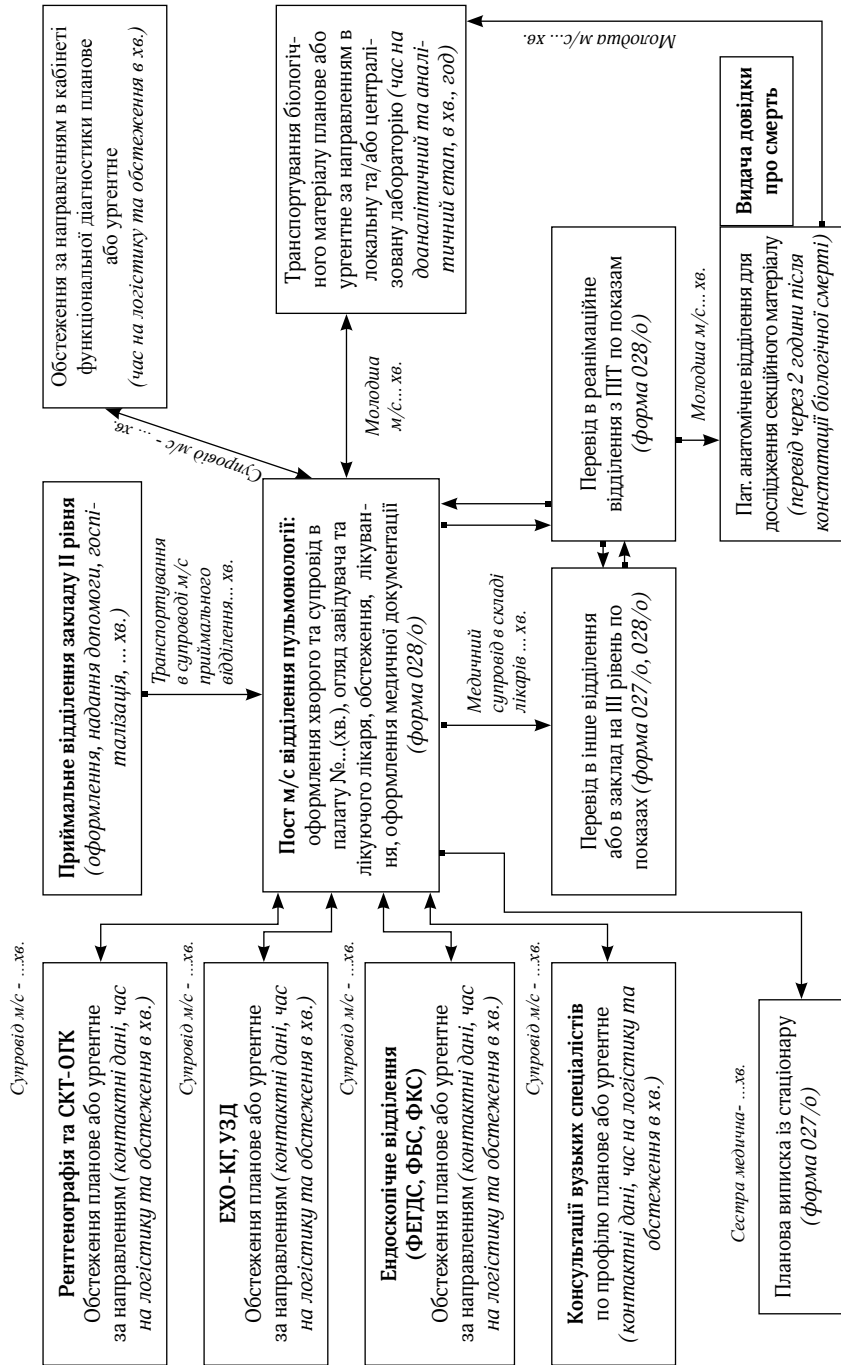
**Варіант 3.** **Перевід на III рівень в ВОКЛ:** вагітні з пульмонологічною патологією до 22 тижнів, та вагітні після 22 тижнів лише по узгодженню з головним акушер-гінекологом УОЗ ОДА, інтерстиційне захворювання легень, ускладнення (абсцес-деструкція, емпієма, гідро-гемоторакс, пневмоторакс), підозра на онкологію органів дихання, відсутність позитивної динаміки в лікуванні, відсутність лікувально-діагностичних можливостей на II рівні, відсутність протипоказань для транспортування хворого.  
**Перевід на III рівень в ОТМПО:** ВДТБ, РДТБ, МРТБ, РРТБ з МБТ (+).  
**Перевід на III рівень в ВОІЛ:** Гостра інфекційна патологія, в тому числі грип та грип-пневмонія, статус ВІЛ-СНІД (+).

**Варіант 4.** Негативна динаміка в лікуванні з летальним наслідком: перевід в патолого-анатомічне відділення для дослідження секційного матеріалу.

**ВОКЛ** Волинська обласна клінічна лікарня  
**ОТМПО** Обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання  
**ВОІЛ** Волинська обласна інфекційна лікарня

*Відповідальний за розробку Яковенко О.К.,  
головний позаштатний пульмонолог УОЗ ОДА.*

## Додаток 4. Клінічний маршрут пухлинного хворого в стаціонарі згідно вимог ISO



Відповідальний за розробку О.Яковенко, головний позаштатний пухлинний УОЗ ОДА

## Додаток 5. Покази для скерування до лікаря-пульмонолога на III рівень (Волинська обласна клінічна лікарня)

---

1. Бронхіальна астма, неконтрольована, середньо-важкий, важкий персистуючий перебіг для корекції лікування, та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
2. Хронічне обструктивне захворювання легень, важкий перебіг, група C-D, для корекції лікування, та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
3. Пневмонія III-V групи складності по шкалі PORT, в тому числі з ускладненням, для корекції лікування, обстеження та диференційної діагностики.
4. Пневмонія I-V групи з ускладненням: емпієма, абсцес-деструкція, плеврит та інші можливі ускладнення.
5. Муковісцидоз в осіб 18 років та старше в період загострення, для корекції лікування, та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
6. Бронхоектатична хвороба (в тому числі вторинні бронхоектази) в період загострення для корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
7. Саркоїдоз I-IV ст., для первинного встановлення діагнозу, корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
8. Інтерстиційні захворювання легень: ідіопатичний легеневий фіброз, гіперсенситивний пневмоніт, неспецифічна інтерстиційна пневмонія (NSIP), ятрогенний пневмоніт/фіброз (drug-induced ILD, radiation injury), криптогенна організуюча пневмонія (COP), еозинофільне інтерстиційне захворювання легень (еозинофільна пневмонія), респіраторний бронхіоліт (RBILD), десквамативна інтерстиційна пневмонія (DIP), гостра інтерстиційна пневмонія (AIP), лімфоцитарна інтерстиційна пневмонія (LIP), рідкісні ІЗЛ (лімфангіолейоміоматоз, альвеолярний протеїноз, ідіопатичний гемосидероз легень, ідіопатичний бронхолегеневий амілоїдоз, остеопластична пневмопатія), для первинного встановлення діагнозу, для корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
9. Інтерстиційні захворювання легень, асоційовані з системними захворюваннями (CTD-ILD), та які не класифікуються, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.

10. Спадкові та первинні захворювання органів дихання (сімейний легеневий фіброз, Hermansky-Pudlak-синдром, легеневий гістіоцитоз Лангерганса, емфізема з дефіцитом альфа-1-анти-трипсину), для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
11. Професійні захворювання органів дихання (пневмоконіоз, азбестоз), для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
12. Хронічне легеневе серце, СН I-III, ФК I-IV.
13. Вторинна легенева гіпертензія, ФК I-IV, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
14. Тромбоемболія легеневої артерії малого ризику, в тому числі хронічна постемболічна легенева гіпертензія, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування та для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.
15. Підозра на онкологічну патологію органів дихання та середостіння, для встановлення первинного діагнозу та диференційної діагностики.
16. Синдром нічного апное, храп та інші дихальні розлади неясного генезу. Функціональний скринінг для первинного встановлення клінічного діагнозу та корекції лікування.
17. Стридорозне дихання, задишка, хронічний кашель неясного генезу, кровохаркання неясного генезу та інших синдромальні діагнози пов'язані з системою органів дихання.
18. Діагностична знахідка патології легень та органів середостіння на рентгенограмі або на комп'ютерній томографії органів грудної клітки.
19. Відсутність діагностичних можливостей на II рівні для диференційної діагностики бронхообструктивного синдрому (спірометрія з провокаційним тестом та тестом на зворотність бронхіальної обструкції).
20. Відсутність діагностичних можливостей на II рівні (торакоцентез, біопсія лімфовузлів та легень під контролем УЗД-датчика, бронхоскопія, ультразвукова діагностика органів грудної клітки, алергологічна діагностика) для діагностики пульмонологічної патології.
21. Жінки в віці 18 років та старше в I-III триместрі вагітності з вище переліченою пульмонологічною патологією, для додаткового обстеження та корекції лікування.

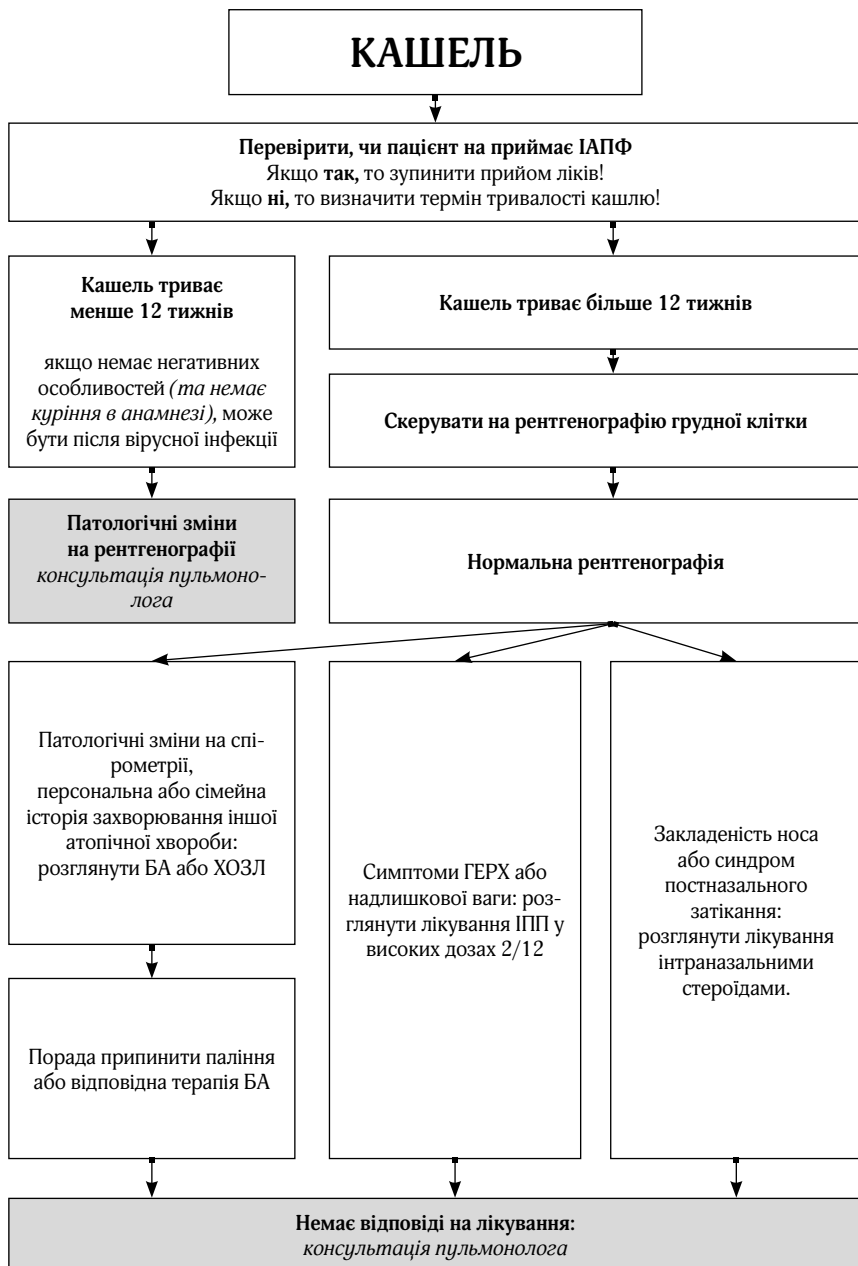
22. Відсутність кадрів та лікувально-діагностичних можливостей на I-II рівні для вище переліченої пульмонологічної патології згідно уніфікованих клінічних протоколів затверджених наказами МОЗ.
23. Проведення функціональних методів обстеження у пацієнтів з хронічною пульмонологічною патологією для видачі заключення на експертизу по непрацездатності.

**Примітка:**

- Скерування пацієнта відбувається за направленням (форма 027/о) закладом охорони здоров'я області I-II рівня з діагнозом та повним переліком проведених діагностичних заходів, консультацій суміжних спеціалістів та проведеного лікування згідно локальних протоколів та формулярів лікарських засобів (детально та розбірливо).
- При наявності важкого стану пацієнта транспортування відбувається лише в супроводі медичного персоналу бригадою ОЦЕМП.
- В разі протипоказань щодо транспортування хворого на III рівень здійснюється ургентний виклик обласного лікаря-пульмонолога відповідно до поданої заявки в адміністрацію Волинської обласної клінічної лікарні.

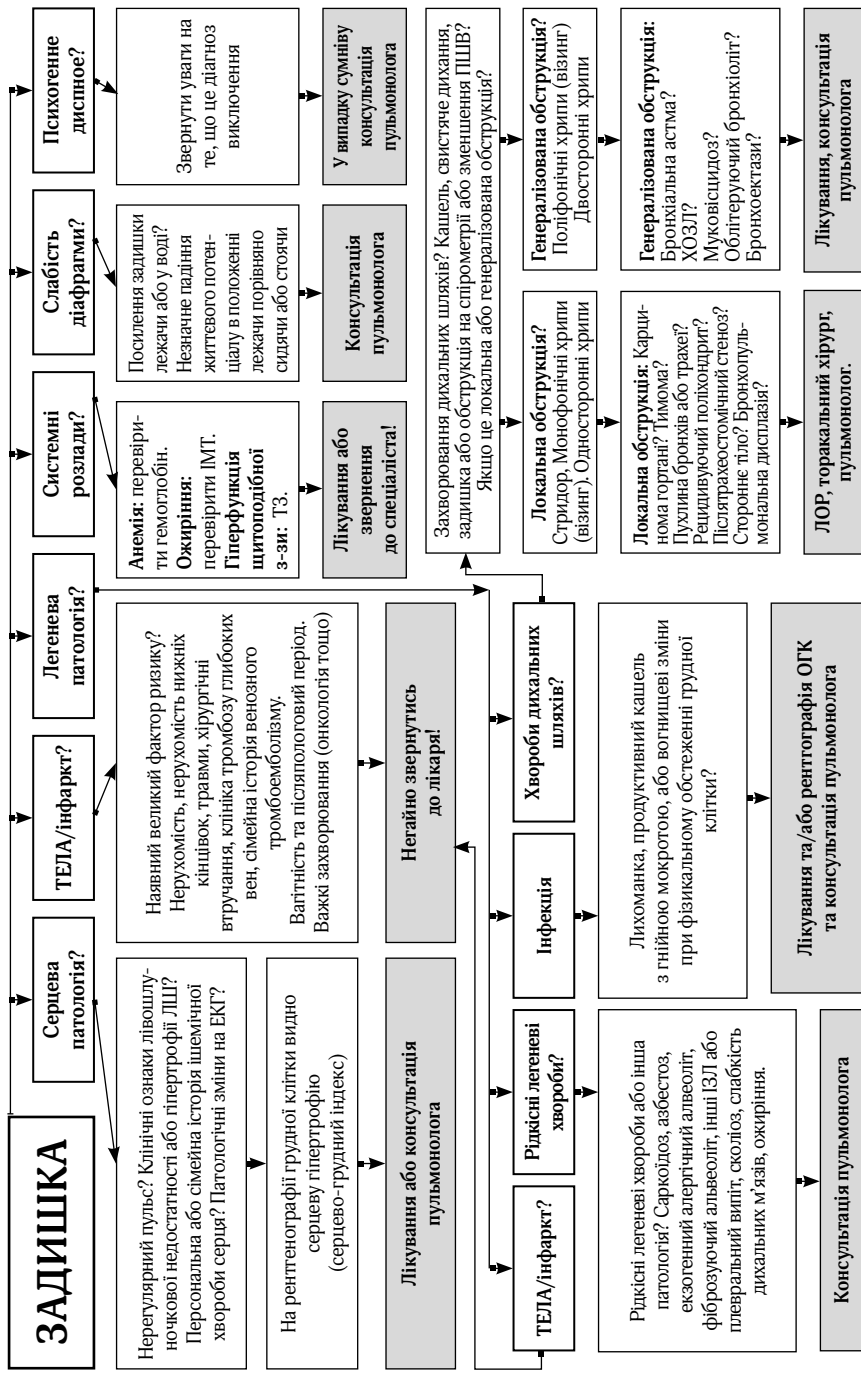
*Відповідальний за розробку:  
головний позаштатний пульмонолог УОЗ ОДА,  
О.К.Яковенко.*

## Додаток 6. Алгоритм диференціальної діагностики пульмонологічної патології згідно рекомендацій ERS



Відповідальний за розробку: головний позаштатний пульмонолог УОЗ ОДА, О.К.Яковенко.

# Додаток 6. Алгоритм диференціальної діагностики пухлинкової патології згідно рекомендацій ERS



Відповідальний за розробку: головний позаштатний пульмонолог УОЗ ОДА, О.К.Яковенко.

## Додаток 7. Інформаційний лист «Алгоритм надання медичної допомоги хворим на грип»

---

### Кого слід вважати хворим на грип?

Під час сезону грипу (визначається як період, коли є поширення вірусів у громаді) діагноз грипу слід розглядати у таких пацієнтів, незалежно від вакцинального статусу:

1. Імунокомпетентних осіб та осіб з ослабленим імунітетом (як дорослих, так і дітей), у тому числі медичних працівників, пацієнтів з гарячкою і гострим початком респіраторних симптомів і ознак.
2. Осіб з гарячкою і загостренням хронічних хвороб легень.
3. Немовлят і маленьких дітей з гарячкою без інших ознак або симптомів.
4. Літніх людей із новими або погіршеними респіраторними симптомами, у тому числі з загостренням застійної серцевої недостатності або зі змінами психічного стану, з гарячкою або без неї.
5. Тяжкохворих осіб з гарячкою або гіпотермією.
6. Госпіталізованих дітей, які поступили до стаціонару без гарячки і гострих респіраторних симптомів, у яких згодом після госпіталізації розвивається гарячка або гарячкове респіраторне захворювання.
7. Госпіталізованих дорослих, які поступили до стаціонару без гарячки і гострих респіраторних симптомів, у яких згодом після госпіталізації розвиваються гарячкові респіраторні захворювання.

### Групи ризику (особи, які мають високий ризик ускладнень грипу А та потребують призначення специфічної противірусної терапії)

- Нещеплені діти віком 12-24 місяців.
- Дорослі віком старше 65 років.
- Особи з астмою або іншими хронічними хворобами легень, такими як кістозний фіброз у дітей або хронічне обструктивне захворювання легень у дорослих.
- Особи із хронічними хворобами серця.
- Особи, які мають імуносупресивні розлади або отримують імуносупресивну терапію.
- ВІЛ-інфіковані.
- Особи з гемоглобінопатіями.
- Особи із захворюваннями, які вимагають тривалої терапії ацетилсаліциловою кислотою.
- Особи з хронічною нирковою дисфункцією.
- Особи з онкогематологічними захворюваннями.
- Особи з хронічними метаболічними хворобами, цукровий діабет.



- Особи з нервово-м'язовими розладами, епілепсією або когнітивною дисфункцією, що може вплинути на лікування дихальних шляхів.
- Вагітні.
- Мешканці будь-якого віку закладів закритого типу: будинки дитини, школи-інтернати, будинки для інвалідів або інших закладів тривалого догляду.

### **Застосування протівірусних лікарських засобів**

- Пацієнтам з груп високого ризику з неускладненим перебігом хвороби чи госпіталізованим пацієнтам з підозрою на грип слід призначити озельтамівір або занамівір. Не слід відкладати початок лікування протівірусними засобами до отримання результатів лабораторного дослідження на грип!
- Найбільший ефект від протівірусних засобів при грипі має місце при їх призначенні в перші 48 годин від початку захворювання.
- Лікування слід починати навіть після 48 годин від появи перших клінічних проявів, якщо хвороба перебігає в тяжкій формі чи стан пацієнта погіршується.
- Амантадин та римантадин не ефективні проти майже всіх циркулюючих в даний час вірусів грипу.
- Стійкість до озельтамівіру та занамівіру утримується на низькому рівні, однак якщо у пацієнта, який їх отримує, не настає покращення після 5 днів чи стан погіршується, слід розглядати розвиток стійкості.

### **Рекомендації з дозування протівірусних препаратів проти грипу:**

<b>Лікарський засіб</b>	<b>Доза</b>
<b>Озельтамівір</b>	
Дорослі	75 мг капсули два рази на день протягом 5 днів
Діти (вік, $\geq 12$ місяців), маса $\leq 15$ кг	60 мг на день, розділені на дві дози
15-23 кг	90 мг на день, розділені на дві дози
24-40 кг	120 мг на день, розділені на дві дози
$>40$ кг	150 мг на день, розділені на дві дози
<b>Занамівір</b>	
Дорослі	Два вприскування по 5 мг (10 мг всього) два рази на день
Діти	Дві інгаляції по 5 мг (10 мг всього) два рази на день (вік $\geq 7$ років)

У дітей і підлітків ( $< 18$  років) з підтвердженою або підозрюваною інфекцією вірусу грипу, а також у дорослих із підозрою на інфікування вірусом грипу не слід розпочинати лікування препаратами, які містять са-

ліцилову кислоту через ризик виникнення синдрому Рея (енцефалопатія і гостра жирова дистрофія печінки з гострим розвитком печінкової недостатності) та важкого перебігу захворювання.

### Показання до госпіталізації

1. Діти перших двох років життя з гострими респіраторними проявами та температурою тіла  $38,5^{\circ}\text{C}$  та вище.
2. Діти старше двох років життя з гострими респіраторними проявами та температурою тіла  $39^{\circ}\text{C}$  та вище.
3. Дорослі пацієнти із груп ризику з гострими респіраторними проявами та температурою тіла  $38^{\circ}\text{C}$  та вище.
4. Гриппоподібне захворювання у дорослих та дітей, що супроводжується:
  - ціанозом;
  - задухою;
  - фізикальними змінами в легенях (аускультативними, перкуторними, рентгенологічними);
  - геморагічними проявами: геморагічний висип, кровохаркання;
  - багаторазовим блюванням та діареєю;
  - брадикардією в порівнянні з віковою нормою або іншою аритмією;
  - гіпотензією на 30% нижче артеріального тиску в порівнянні з віковою нормою;
  - порушенням свідомості, судомами, надмірним збудженням чи вираженою млявістю.
5. Вагітні з проявами респіраторної інфекції.
6. Особи, що відносяться до груп ризику, із середньо тяжкими та тяжкими формами захворювання.

### Лікування в умовах стаціонару

Для оцінки тяжкості стану та умов госпіталізації необхідне обов'язкове вимірювання ЧСС, частоти дихань та артеріального тиску, насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем ( $\text{SpO}_2$ ) і співставлення їх з віковою нормою, а також показників термометрії.

Обов'язкове проведення пульсоксиметрії у приймальному відділенні підчас госпіталізації та моніторинг  $\text{SpO}_2$  у відділенні хворих з середньо тяжкими та тяжкими формами грипу до покращення стану хворого.

При насиченні гемоглобіну артеріальної крові киснем  $\text{SpO}_2 < 90\%$  показана оксигенотерапія через назальні кисневі канюлі або лицеву кисневу маску з потоком кисню, достатнім для підтримки  $\text{SpO}_2 > 90\%$ . При неможливості утримання  $\text{SpO}_2 > 90\%$  впродовж години, вирішується питання про переведення хворого до відділення інтенсивної терапії.

Лікування пневмонії антибіотиками повинно проводитись з дотриманням рекомендацій, що містяться в існуючих клінічних настановах, протоколах.

Хіміопрофілактика бактеріальних ускладнень грипу за допомогою антибіотиків неприпустима.

Застосування кортикостероїдів, як правило, для лікування пацієнтів, інфікованих вірусом грипу А, не рекомендується. Застосування кортикостероїдів **в малих дозах** можливо розглядати у випадку пацієнтів із септичним шоком та у пацієнтів з підозрою на наднирникову недостатність. У випадку інфікування вірусом грипу А, тривалий прийом кортикостероїдів або прийом у великих дозах може призвести до серйозних негативних наслідків, включаючи опортуністичну інфекцію та можливу реплікацію вірусу протягом тривалого часу.

Лікування гострого респіраторного дистрес-синдрому, асоційованого з вірусом грипу А, має відповідати існуючим клінічним настановам, розробленим на підставі фактичних даних для випадків гострого респіраторного дистрес-синдрому, котрий став наслідком сепсису.

### **Лікування тяжкої пневмонії в умовах відділення інтенсивної терапії**

**А.** Показання до госпіталізації у відділення інтенсивної терапії (визначає лікар-анестезіолог або завідувач відділення анестезіології за участю лікуючого лікаря):

1. Дихальна недостатність II-III ступеню.
2.  $SpO_2 < 90\%$  при проведенні оксигенотерапії через назальні канюлі або лицеву кисневу маску;
3. Порушення свідомості;
4. Судоми;
5. Гіпертермія з втратою рідини і гіповолемією (діарея, блювота, порушення ентерального живлення);
6. Серцево-судинна недостатність, систолічний АТ  $< 90$  мм рт. ст., шок;
7. Недостатність інших органів та систем (ниркова, печінкова, порушення гемостазу, геморагічний синдром тощо).

**Б.** Лікування:

1. **°Озельтамівір:** подвійна доза (150 мг 2 рази на добу, дітям подвійна доза в залежності від маси тіла).
2. **°Оксигенотерапія:** проводиться за допомогою традиційних кисневих інтерфейсів (киснева назальна канюля, киснева лицева маска) з використанням високих потоків кисню, достатніх для усунення гіпоксемії; у випадках тяжкої гіпоксемії використовується

киснева лицева маска з резервуарним мішком та потоком кисню до 15 та більше літрів на хвилину; за необхідності використовують концентратори кисню.

3. **Респіраторна терапія:** дихання з опором на видиху 20-25 см вод. ст.; глибокі вдихи не рідше 1 сеансу по 10 вдихів на годину; за необхідності – режим СРАР; за наявності ознак гнійного ендобронхіту – санаційні ФБС.
4. **Симптоматична терапія:**
  - рестриктивний режим інфузійної терапії та водного балансу в цілому;
  - повноцінний режим ентерального харчування, за неможливості ентерального проведення парентерального харчування;
  - бронхолітики, муколітики;
  - протигрибкові (за суворими показами).
5. **Антибіотикотерапія:** призначається лише при підозрі на бактеріальну інфекцію та після відбору матеріалу на бактеріологічні дослідження.

До отримання результатів бактеріологічного дослідження при приєднанні бактеріальної інфекції дорослим та дітям емпірично призначають антибіотики з наступних груп: фторхінолони (крім осіб віком до 18 років) (левофлоксацин, моксіфлоксацин); сучасні макроліди (кларитроміцин, азитроміцин, спіроміцин); амінопеніциліни, захищені клавулоновою кислотою; цефоперазон у комбінації з сульбактамом; цефалоспорины III-IV покоління (як правило, у комбінації з макролідами); при підозрі на метицилін-резистентний стафілокок – лінезолід, ванкоміцин; при встановленні діагнозу нозокоміальної пневмонії, викликаній грам-негативними бактеріями – карбапенеми.

Після отримання результатів бактеріологічного дослідження біоматеріалу проводять корекцію антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості ідентифікованих збудників (деескалація).
6. **Кортикостероїди:** призначаються в малих дозах лише при наднирникової недостатності та шоці.
7. **Неінвазивна вентиляція легень (НІВЛ)**

Враховуючи незадовільні результати застосування інвазивної ШВЛ у хворих на вірусну пневмонію, слід максимально використовувати можливості неінвазивних методів респіраторної підтримки.

## Не застосовувати анальгоседацію у пацієнтів, яким проводять НІВЛ!

### А. Показання для НІВЛ

- неможливість досягти  $SpO_2 > 90\%$  за рахунок проведення оксигенотерапії шляхом використання кисневих канюль та кисневої лицьової маски з потоком кисню 8-15 л/хв;
- участь у диханні допоміжних м'язів;
- тахіпноє  $> 30$  за 1 хв.;
- порушення свідомості.

Предикторами неефективності неінвазивної вентиляції легень у хворих с гіперкапнічною ГДН є: рівень свідомості по шкалі Глазго менше 13 балів,  $FiO_2 > 0,6$  і pressure support більше 17 см.вод.ст., частота дихальних рухів більше 40 дих/хв,  $SpO_2 < 90\%$  через 1-2 години неінвазивної вентиляції легень, частота серцевих скорочень більше 120 ударів в хвилину, артеріальна гіпотензія Сист АТ  $< 90$  мм рт.ст. та/або  $PaO_2$  менше 60 мм рт.ст.,  $PaCO_2 > 60$  мм рт.ст., неможливість синхронізації дихання пацієнта з респіратором, рН менше 7,3;  $HCO_3 > 30$  ммоль/л через 12-24 години неінвазивної вентиляції легень.

### 8. Штучна вентиляція легень.

У випадку неефективності НІВЛ слід розпочати легенево-протективну вентиляцію легень через інтубаційну трубку з використанням  $DO=6-8$  мл/кг та ПТКВ від 5 до 15 см вод.ст. За умови відсутності адаптації дихання хворого до апарату ШВЛ проводять анальгоседацію.

### А. Показання до переводу на ШВЛ:

- **дорослі:** порушення свідомості, рефрактерна гіпертензія або гіпотензія та тахікардія (більше 120 уд. на хв.), гостре порушення серцевого ритму, задишка понад 40 дихань на 1 хвилину,  $SpO_2 < 80\%$  при проведенні НІВЛ або  $PaO_2$  нижче 60 мм. рт. ст при проведенні НІВЛ;  $PaCO_2$  (якщо у хворого немає хронічної легеневої недостатності) більше 60 мм. рт. ст;
- **діти:** усі види дихальної недостатності, яка не компенсується призначенням 100% кисню (сатурація крові менше 90%); лабораторні показники –  $PaO_2$  нижче 60 мм. рт. ст;  $pCO_2$  (якщо у пацієнта немає хронічної легеневої недостатності) більше 50 мм. рт. ст.

**Б. Методика ШВЛ.** CMV в режимі нормовентиляції ( $PaCO_2$  33-35 мм. рт. ст.) з використанням високих концентрацій кисню; якщо немає можливості моніторингу  $PaCO_2$  – виходити з потреби

пацієнта (почуття дихального комфорту, відсутність боротьби з респіратором). Для дорослого пацієнта з масою тіла 70 кг орієнтовний хвилинний об'єм вентиляції – 10-12 л/хв., дихальний об'єм – 5-7 мл/кг, позитивний тиск на видиху – 8-10 см. вод. ст.; для дітей, відповідно, ДО – 6-8 мл/кг; ПТКВ – не менше 6 см. вод. ст; якщо є можливість контролю – підтримувати тиск плато до 30 см. вод. ст (у дорослих).

Впродовж першої години після переведення на ШВЛ концентрація кисню повинна сягати 100%, після години – до 60% (за винятком випадків тяжкої гіпоксемії, що не коригується іншими методами). У випадках рефрактерної гіпоксемії, незважаючи на  $FiO_2 = 0,6$ , показана зміна положення пацієнта на живіт тривалістю по 2-4 години, 3-4 рази на добу (протипоказання – артеріальна гіпотензія) та інвертований режим ШВЛ (співвідношення вдиху до видиху 1:1).

У пацієнтів з тяжкою дихальною недостатністю (окрім дітей), у яких ШВЛ триває більше 3 діб, виконують трахеостомию. Усім пацієнтам систематично проводять рентгенівський контроль, фібробронхоскопію, посіви харкотиння з метою визначення чутливості вторинних бактеріальних збудників до антибіотиків. У випадках неадекватної поведінки пацієнта, боротьби з апаратом ШВЛ, неможливості адаптації до апарату ШВЛ застосовують седативні засоби (пропофол, оксидутират натрію, сібазон), а при їх недостатній ефективності – фентаніл та м'язові релаксанти тривалої дії. При відлученні пацієнта від апарату ШВЛ та переведенні на самостійне дихання використовують режими допоміжного дихання: СРАР та/або високочастотної вентиляції легень.

9. **Екстракорпоральна мембранна оксигенація:** проводиться в окремих випадках критичної гіпоксемії і неефективності респіраторної підтримки та наявності в закладі відповідного обладнання (пацієнти з критичною гіпоксемією, як правило, розцінюються як нетранспортабельні).

**Відповідальний за розробку доктор медичних наук  
професор Голубовська О.А.**



УКРАЇНА

**ВОЛИНЬСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ  
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ**

43025, м. Луцьк, вул. Степана Бандери, 5  
тел. 24-15-81, факс 24-35-59, E-mail : uozvolyn@lt.ukrtel.net

від 03.04.2013

№1183/13/2-13

на \_\_\_\_\_

Головним лікарям  
лікувально-профілактичних  
закладів області

Управління охорони здоров'я облдержадміністрації надсилає для використання в практичній роботі алгоритми оцінки важкості перебігу негоспітальної пневмонії (індекс важкості пневмонії – PSI) з метою вибору місця лікування на амбулаторному етапі враховуючи бальну оцінку факторів ризику летального кінця за результатами дослідження Pneumonia Patient Outcomes Research Team (PORT).

**1. Оцінка факторів ризику летального кінця за шкалою PORT  
(у хворих віком понад 50 років дані оцінюють у балах)**

Ознака	Кількість балів
<b>Демографічні дані</b>	
<b>Вік:</b>	
Чоловіки	= вік (роки)
Жінки	= вік (роки)
Перебування в будинках догляду	+ 10
<b>Сучасні захворювання</b>	
Пухлини	+ 30
Захворювання печінки	+ 20
Серцева недостатність (стадія декомпенсації)	+ 10
Захворювання судин мозку	+ 10
Захворювання нирок	+ 10
<b>Симптоми</b>	
Порушення свідомості	+ 20
Тахіпноє (> 30 за 1 хв.)	+ 20
SAT (<90 мм рт. ст.)	+ 20
Гіпотермія (< 36°C) або гіпертермія (> 40°C)	+ 15
Тахікардія > 126 за 1 хв.	+ 10
Плевральний випіт	+ 10
<b>Лабораторні ознаки</b>	
pH крові < 7,35	+ 30
Азот сечовини крові > 10,7 ммоль/л	+ 20
Na <sup>+</sup> крові < 130 мекв/л	+ 20
Глюкоза крові > 13,9 ммоль/л	+ 10
Гематокрит < 30%	+ 10
PaO <sub>2</sub> < 60 мм рт. ст., SaO <sub>2</sub> < 90%	+ 10

**Примітка:** Відповідно до сумарної бальної оцінки тяжкості захворювання визначаються класи (групу) ризику летального кінця негоспітальної пневмонії.

**Класи ризику летального кінця за шкалою PORT**

Клас	Сума балів	Летальність, %	Місце лікування
I	0	0,1	Амбулаторне
II	<70	0,6	Амбулаторне
III	71-90	2,8	Амбулаторне/стаціонарне
IV	91-130	8,2	Стаціонарне
V	> 130	29,2	Стаціонарне

**2. Оцінка ризику виникнення летального кінця за шкалою CRP-65 (у хворих віком понад 65 років дані оцінюють у балах)**

- C ( confusion ) свідомість - 1 бал.
- R ( resp. rate ) ЧД > 30\хв. - 1 бал.
- B ( blood pres.) систолічний тиск < 90, діастолічний тиск < 60 - 1 бал.
- 65 (age) вік > 65 років.

**Примітка:** Хворих з негоспітальною пневмонією III-V групи ризику за шкалою PORT та наявністю мінімум 2-х балів за шкалою CRP-65 необхідно обов'язково госпіталізувати для подальшого стаціонарного лікування!

Заступник  
начальника управління  
Яковенко 793 934

І. Грицюк