



В.М. Князевич¹, В.І. Петренко², Я.С. Терлеєва³, С.Б. Нореєко², Л.Д. Тодоріко⁴,
О.В. Підвербецька⁴, О.М. Разнатовська⁵, О.С. Шевченко⁶, А.В. Царенко⁷

¹ ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Київ

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

³ ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», Київ

⁴ Буковинський державний медичний університет, Чернівці

⁵ Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

⁶ Харківський національний медичний університет, Харків

⁷ Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

Особливості надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз

Узагальнено дані літературних джерел (електронна база даних медичних публікацій PubMed) щодо сучасних концепцій надання паліативної допомоги. Проаналізовано новітні дані офіційної статистики щодо надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз в Україні.

Мета аналізу — визначити проблемні питання й аспекти, які потребують удосконалення, в галузі надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз в Україні.

Проблема туберкульозу є досі актуальною. Попри значні досягнення в боротьбі з туберкульозом, ефективність лікування цього захворювання в Україні не досягає цільового показника ВООЗ. Особливе занепокоєння викликає проблема туберкульозу з лікарською стійкістю. Хворі на туберкульоз та їхні родини стикаються з низкою викликів, пов'язаних із захворюванням (фізичних, соціально-економічних, психологічних), які знижують якість їхнього життя й потребують комплексного підходу до вирішення. Згідно із сучасними концепціями важливою складовою ведення хворих на туберкульоз, особливо лікарсько-стійкий, є паліативна допомога. Концепція паліативної медицини передбачає максимально ранній початок надання паліативної допомоги пацієнтам, які мають показання, паралельно з радикальною терапією, із поступовим збільшенням обсягу застосування заходів паліативної допомоги аж до повного заміщення радикального лікування в міру прогресування захворювання. Рання інтеграція паліативної допомоги у хворих на туберкульоз поліпшує якість життя пацієнтів та їхніх родин і сприяє підвищенню прихильності хворого до егіотропного лікування.

Для подальшого розвитку та вдосконалення системи паліативної допомоги при туберкульозі на державному рівні необхідно вирішити такі питання: забезпечення інтеграції послуг паліативної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги; зміцнення та розширення кадрового потенціалу з питань паліативної допомоги; удосконалення та впровадження керівних документів із питань інтегрованої паліативної допомоги при туберкульозі на всіх рівнях допомоги; інтеграція паліативної допомоги в систему програмного управління лікарсько-стійким туберкульозом із першого дня після встановлення діагнозу; забезпечення сталого всеосяжного доступу хворих на туберкульоз до основних лікарських засобів для надання паліативної допомоги; підвищення якості надання психологічної допомоги пацієнтам та їхнім родинам.

Ключові слова

Паліативна допомога, туберкульоз, лікарсько-стійкий туберкульоз, паліативний нагляд.

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, туберкульоз (ТБ) залишається глобальною проблемою охорони здоров'я. У доповіді «The WHO Global tuberculosis report 2022» Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила дані про близько 10,6 млн нових випадків ТБ у світі в 2022 р., що перевищує показник 2020 року на 3,6 % [21]. Протягом

останніх двох десятиліть уперше зазначений показник зріс. У доковідний період зафіксовано тенденцію до його щорічного зниження на 2 %.

Особливу проблему становить туберкульоз, спричинений резистентними штамми мікобактерій туберкульозу (МБТ). На жаль, тягар лікарсько-стійкого ТБ має тенденцію до щорічного зростання. У 2021 р. у світі зафіксовано близько

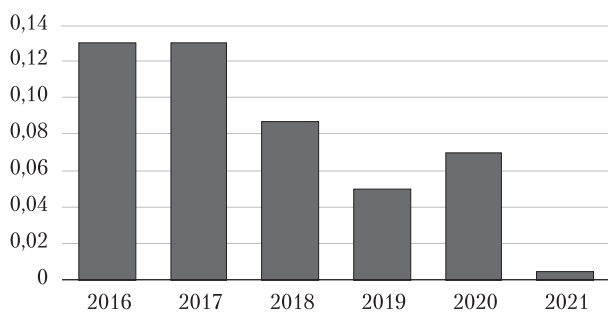


Рис. 1. Смертність від ТБ осіб віком до 17 років (2016—2021), на 100 тис. населення (без тимчасово окупованих територій)

450 тис. випадків рифампіцин-резистентного ТБ, який становить найбільшу загрозу.

За останніх п'ять років в Україні зберігається стійка тенденція до поступового зменшення рівня смертності від туберкульозу з незначним приростом під час першого року пандемії COVID-19 та різким зниженням цього показника в 2021 р. (рис. 1). Стабільно високу смертність фіксують у Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Одеській та Херсонській областях. У середньому в Україні смертність за 2021 р. становила 7,5 на 100 тис. населення. Найнижчий рівень смертності зафіксовано у Вінницькій, Івано-Франківській, Тернопільській, Хмельницькій і Чернівецькій областях та Києві. У 14 регіонах із 25 спостерігалось зниження смертності. Загалом в Україні зафіксовано стабільний рівень показника смертності порівняно з 2020 р. [1].

Туберкульоз є виліковним захворюванням. За оцінками ВООЗ, застосування відповідних режимів етіотропного лікування дає змогу досягти вилікування у 86 % випадків, за винятком лікарсько-стійкого ТБ, за якого ефективність лікування є нижчою [21]. Однак, незважаючи на застосування комплексного підходу до забезпечення доступу до якісного лікування, ефективність лікування залишається недостатньою, зокрема лікарсько-чутливих форм захворювання. Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання протягом останніх років не змінювався і становив 74,7 % у когорті 2021 р. У 2022 р. на ефективність лікування значно вплинула російсько-українська війна. Поліпшення результатів лікування, зафіксоване серед повторно пролікованих випадків (крім рецидивів) — із 59,3 % у когорті 2017 р. до 68,4 % у когорті 2021 р., зумовлене зменшенням кількості смертей з 13,2 % у 2017 р. до 8,2 % у 2021 р., втрат для подальшого спостереження з 14,1 % у 2019 р. до 10,0 % у 2021 р., але загальна ефективність ліку-

вання досі нижча від глобального цільового показника ВООЗ 90 %.

За останніх два роки ефективність лікування стійких форм ТБ значно поліпшилась завдяки впровадженню короткострокових режимів лікування з використанням нових препаратів [15]. Уперше за останні десятиліття доступність таких препаратів, як бедаквілін, деламанід і претоманід, дала змогу застосовувати ефективні та безпечні схеми лікування туберкульозу з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ), додаткову можливість охопити лікуванням більшість випадків МЛС-ТБ, скоротити термін лікування з 18 до 6 міс і поліпшити результати лікування стійких форм ТБ із 67 % у 2020 р. до 87 % у 2022 р. у країні [1].

У когорті 2020 р. ефективність лікування всіх випадків МЛС-ТБ становила 65,1 %, що на 3,7 % вище за показник 2019 р. [1].

Попри досягнення в боротьбі з лікарсько-стійким ТБ, тягар випадків з невиліковними формами МЛС-ТБ, за яких зберігається бактеріовиділення, залишається досить високим, що загрожує поширенням резистентних штамів МБТ у суспільстві. П'ятирічний рівень виживання при широкій лікарській стійкості становить близько 23 % [1], тому лікарсько-стійкий ТБ, особливо рифампіцин-резистентні форми, відносять до захворювань, що загрожують життю.

Із початку захворювання та після встановлення діагнозу ТБ пацієнти та їхнє близьке оточення стикаються з низкою викликів (фізичні страждання через тривалі симптоми захворювання, вияви побічних ефектів лікування, надмірна стигматизація захворювання, що призводить до дискримінації в суспільстві та соціальної ізоляції, тривоги, стресу, фінансових проблем тощо) [13, 17]. Нерідко родичам пацієнта доводиться боротися із неприхильністю пацієнта до лікування, його залежністю від алкоголю чи наркотичних речовин тощо. Проблеми й незадоволені потреби хворих на ТБ та їхніх родин знижують якість життя й потребують комплексного підходу до їхнього вирішення. Саме тому згідно із сучасними концепціями важливою складовою ведення хворих на ТБ, особливо лікарсько-стійкий, є паліативна допомога [11].

У дорослих осіб, які потребують паліативної допомоги, на частку ТБ серед усіх нозологій припадає близько 2 % (рис. 2).

За визначенням ВООЗ, паліативна допомога — це підхід, що дає змогу поліпшити якість життя пацієнтів та їхніх родин, які зіткнулися з проблемами, пов'язаними із захворюванням, що загрожує життю, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлен-

ня, ретельної оцінки та лікування болю й інших фізичних симптомів, надання психосоціальної та духовної підтримки.

На світовому рівні питання щодо надання паліативної допомоги хворим на ТБ уперше було порушене лише в 2010 р. представниками програми «Зупинити туберкульоз», що започаткувало багаторічну й тісну співпрацю світових лідерів у галузях паліативної медицини та боротьби з ТБ [10]. Першим документом, розробленим експертами для впровадження паліативної допомоги у фтизіатричну галузь, була Декларація, яка визначала основні аспекти надання паліативної допомоги хворим на МЛС-ТБ [9]. На той час окремі представники медичної спільноти негативно сприйняли внесення МЛС-ТБ у перелік захворювань, що можуть бути показаннями для надання паліативної допомоги, через хибне розуміння концепції паліативної допомоги [10]. Відтоді минуло багато часу, однак, на жаль, і досі поняття «паліативна допомога» й принципи її надання часто інтерпретують невірно та розцінюють як один із компонентів лікування на термінальній стадії захворювань [14, 15, 17]. Така модель паліативної допомоги є застарілою та більше не використовується, натомість рекомендована модель «краватки-метелика» (bow tie model), яка передбачає максимально ранній початок паліативної допомоги, зокрема одразу після встановлення діагнозу (рис. 3), паралельно з терапією основного захворювання, із поступовим збільшенням обсягу застосування заходів паліативної допомоги аж до повного заміщення куративного лікування в міру прогресування захворювання [8, 14, 17]. Паліативна допомога, що ґрунтується на принципі поважання людської гідності, спрямована на надання практичної підтримки родинам паліативних пацієнтів і має тривати зокрема після смерті пацієнта.

Таким чином, згідно із сучасною моделлю паліативна допомога може надаватися хворим на ТБ та їхнім близьким або особам, що доглядають за пацієнтами, на будь-якому етапі лікування, зокрема відразу після встановлення діагнозу. Хоча основною цільовою групою, яка потребує паліативної допомоги у фтизіатричній галузі, є особи з МЛС-ТБ, але згідно із сучасною концепцією паліативну допомогу можна надавати всім категоріям пацієнтів із ТБ незалежно від фармакорезистентності, локалізації захворювання, віку й статі пацієнта одночасно з етіотропним лікуванням [3]. Важливо розуміти, що паліативна допомога є невід’ємним правом кожного хворого на ТБ і значущим компонентом ведення таких пацієнтів [15].

Хворі на ТБ, які потребують паліативної допомоги, стикаються з низкою фізичних симптомів

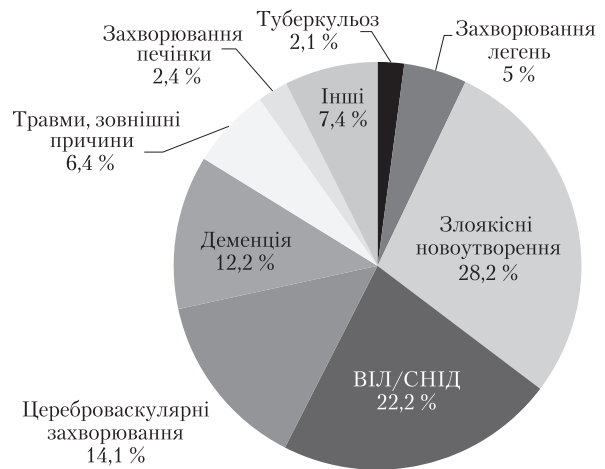


Рис. 2. Розподіл дорослих осіб, які потребували паліативної допомоги, за нозологіями (<https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/>)

і психоемоційними викликами [11–13]. Згідно з результатами анкетування хворих на ТБ у структурі клінічної симптоматики, яка є таргетною для паліативної корекції, домінують бронхолегеневі скарги, вияви інтоксикації, астеничний синдром, що є виявами ТБ (рис. 4).

У пацієнтів часто мають місце пригнічений настрій, депресія, відчуття безпорадності, фінансові труднощі, пов’язані як із соціальним статусом, так і з втратою роботи чи працездатності. Підґрунтям для цього є як прогноз захворювання, так і те, що пацієнти значною мірою страждають від соціальної ізоляції, побоюються завдати шкоди рідним, страждають на різні залежності тощо, тому потребують кваліфікованої психологічної допомоги, соціального супроводу й фінансової підтримки з боку держави.

Рання інтеграція паліативної допомоги має суттєві переваги [14]. Своєчасний початок паці-

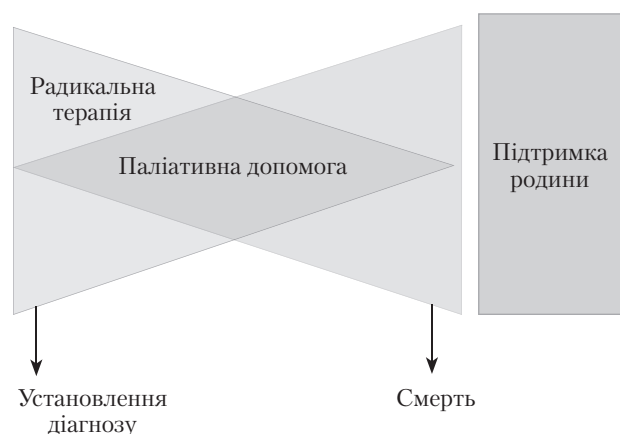


Рис. 3. Сучасна модель надання паліативної допомоги

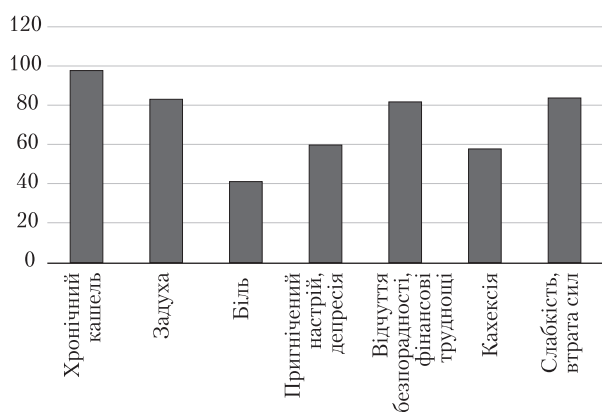


Рис. 4. Структура симптомів і труднощів, які потребують корекції у хворих на ТБ під час надання паліативної допомоги

ент-орієнтованої паліативної допомоги хворим на ТБ підвищує якість життя пацієнтів та їхніх родин і може сприяти формуванню прихильності хворого до лікування внаслідок зменшення виявів побічних дій антимікобактеріальних препаратів, поліпшення психологічного й духовного стану, соціальної підтримки хворого та його родини [8, 16, 19].

У 2014 р. перша в світі Глобальна резолюція щодо паліативної допомоги закликала ВООЗ і країни-члени поліпшити доступ до паліативної допомоги як основного компонента систем охорони здоров'я, з акцентом на первинну медичну допомогу та догляд у громадах/на дому. Інтеграція послуг з ТБ із сектором первинної медичної допомоги відповідає моделі протитуберкульозної допомоги, орієнтованої на потреби людей, що впроваджується відповідно до Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню [7]. Прийняття рішення про вибір місця надання допомоги передбачає застосування пацієнт-центричного підходу з урахуванням побажань пацієнта та його доглядальників, наявності умов удома, необхідних для дотримання інфекційного контролю [22].

У світі та зокрема в Україні паліативна допомога у фтизіатрії є відносно новим напрямом діяльності порівняно з паліативом в інших спеціальностях. Тому, хоча паліативна допомога хворим на ТБ в Україні надається не перший рік, у цій галузі є низка проблем. Одна з них стосується питань фінансування та матеріально-технічного забезпечення. На жаль, далеко не всі заклади, де надається паліативна та хоспісна допомога хворим на ТБ, мають задовільні умови для стаціонарного перебування хворих. При наданні паліативної допомоги вдома часом виникають проблеми із забезпеченням доступу до обладнання для оксигенації. З огляду на те, що

найчастіше паліативну допомогу отримують хворі на ТБ легеневої локалізації, тривалий специфічний запальний процес призводить до формування фіброзу легеневої тканини, що супроводжується появою стійкої задухи, тому забезпечення обладнанням для оксигенації таких пацієнтів є вкрай необхідним. У багатьох лікувальних закладах україні рідко використовують опіодні анальгетики для полегшення страждань хворих від тяжкої задухи через «стигматизацію» наркотичних анальгетиків та застарілі погляди щодо їхнього використання.

Також поширеною проблемою є дефіцит надання психологічної допомоги хворим та їхнім родинам. Незважаючи на те, що практично в кожному закладі наявні психологи в штаті, нерідко психологічна допомога є досить формальною.

Упровадження сучасних підходів до організації надання паліативної допомоги людям, хворим на ТБ, є складовою державної політики щодо забезпечення якісної та доступної протитуберкульозної медичної допомоги. Відповідно до Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ і вірусним гепатитам на період до 2030 р. заходи з реалізації державних стратегічних цілей у сфері протидії ТБ передбачають удосконалення системи організації та надання протитуберкульозної допомоги за всіма напрямками, зокрема паліативної допомоги, що потребує узгодження із законодавством Європейського Союзу та впровадження політики ВООЗ [5]. Обов'язок держави — забезпечити доступ до паліативної допомоги всім пацієнтам незалежно від віку, нозологічної категорії захворювання, соціального статусу, національності, релігійних і політичних переконань, місця перебування. У новому Законі про подолання ТБ надання паліативної допомоги визначено як державну гарантію та право особи з ТБ.

Сучасні рекомендації ВООЗ з організації надання паліативної допомоги регламентовані програмним керівництвом із планування та впровадження послуг із паліативної допомоги від 2016 р. [22]. Надання медичної допомоги при ТБ, зокрема з лікарською стійкістю, з урахуванням сучасних настанов і керівництв ВООЗ, кращих практик ВООЗ, урегульовані Стандартами охорони здоров'я при ТБ [3].

Стратегія, якою ми керуємось у боротьбі з ТБ («The end TB Strategy»), має на меті ліквідацію страждань, спричинених ТБ. Глобальною програмою проти ТБ ВООЗ передбачено досягнення нульового рівня нових випадків ТБ, смертності та позбавлення від страждань хворих на ТБ. Відповідно до Цілей стійкого розвитку країнам слід ліквідувати епідемію ТБ до 2030 р. [23].

Паліативна допомога хворим на ТБ надається в рамках пакетів «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям» та «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям». За пакетом стаціонарної допомоги оплата за випадок нараховується за 11 днів стаціонарного лікування, що становить 19041 грн. Вимоги до підписання цього пакета протитуберкульозними закладами не відрізняються від стандартних [6]. За пакетом послуг мобільної паліативної допомоги, що становило 19101 грн у 2023 р., надання послуг передбачає забезпечення постійного контакту з пацієнтами, а саме: 1) мінімальна кількість взаємодій за допомогою засобів телекомунікації – не менше 1 разу на тиждень; 2) мінімальна кількість відвідувань за місцем проживання – не менше ніж 1 раз на місяць; 3) відвідування пацієнтів упродовж 72 год після виписки зі стаціонарного лікування. Оплата випадку здійснюється за щонайменше 11 взаємодій із пацієнтом та його родичами, виконання процедур, а також щонайменше 4 візитів за місцем проживання хворого [6].

Оплата послуг за зазначеними пакетами не покриває надання допомоги родинам після настання смерті пацієнта, що передбачено сучасною моделлю паліативної допомоги.

У фтизіатрії необхідно чітко відмежовувати таке поняття як «паліативний нагляд», який передбачає повне припинення етіотропного лікування ТБ, і «надання лише паліативного супроводу». Рішення про переведення на паліативний нагляд має бути чітко обґрунтованим, виваженим та може бути зумовленим такими чинниками: 1) збереження в пацієнтів із лікарсько-стійкими формами ТБ бактеріовиділення на 6-й місяць лікування; 2) неможливість призначення курсу антимікобактеріальної терапії із залученням не менш ефективних антимікобактеріальних препаратів; 3) вичерпання всіх можливих заходів лікування, а також прихильності пацієнта до лікування [6].

Рішення про припинення лікування лікарсько-стійких форм ТБ і переведення пацієнта на паліативний нагляд приймає лікарський консилиум. Етіотропне лікування припиняють лише тоді, коли вичерпані всі можливості антимікобактеріальної терапії і продовження лікування призводить до погіршення якості життя пацієнта, є ризиком щодо розширення лікарської стійкості, що збільшує ймовірність зараження оточуючих осіб невиліковними формами ТБ.

При наданні паліативної медичної допомоги хворим на ТБ надавачі медичних послуг мають забезпечити: 1) моніторинг стану пацієнта; 2) складання і перегляд плану спостереження з урахуванням змін стану й потреб пацієнта і його

родини; 3) застосування необхідних високо-спеціалізованих діагностичних та лікувальних методів при зміні стану пацієнта. При паліативному нагляді специфічні методи обстеження, які використовують у фтизіатрії, не проводять на регулярній основі. Окремі дослідження можуть бути призначені за рішенням лікарського консилиуму, наприклад, дослідження мокротиння на МБТ, рентгенологічне дослідження, аналізи крові та сечі, інші лабораторні й інструментальні обстеження [6].

Паліативний нагляд, як і паліативна допомога, не запобігає летальному наслідку та спрямований на підвищення якості життя пацієнта з ТБ. У разі відміни етіотропного лікування деякі хворі на ТБ помирають протягом кількох тижнів після припинення активного лікування. У таких випадках надання паліативної допомоги зводиться до заходів end-of-life. Однак тривалість життя багатьох із них вимірюється місяцями або роками. Так, за даними Київського фтизіопульмонологічного центру (клінічна база кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця) станом на 01.01.2022 р., на паліативному лікуванні перебували 32 хворих. Протягом 2022 р. було знято з обліку 15 хворих: 10 померло, 5 знято з обліку за результатами останніх обстежень (у легенях щільні вогнища, бактеріовиділення відсутнє). Станом на 01.01.2023 р. на обліку перебував 21 хворий, з них послугами мобільного паліативу було охоплено 3 пацієнтів. Знято з обліку 16 хворих: 6 через зміну місця проживання та відсутність зв'язку, ще 6 за результатами останніх обстежень (у легенях щільні вогнища та відсутнє бактеріовиділення), 2 – померли. Станом на 17.11.2023 р. на паліативному лікуванні перебувало 6 хворих, з них 3 охоплені послугами мобільного паліативу, ще 3 відмовилися від послуг мобільного паліативу через задовільне самопочуття.

Контингент фтизіатричних пацієнтів, які отримують паліативну допомогу, часто є непростим, як і обставини, пов'язані зі специфікою захворювання. Насамперед це контагіозність пацієнтів. У більшості випадків паліативну допомогу отримують пацієнти з легеневою формою захворювання з бактеріовиділенням. Такі пацієнти, якщо не отримують протитуберкульозних препаратів, становлять інфекційну загрозу для оточуючих. Тому надання паліативної допомоги обов'язково має супроводжуватися дотриманням заходів інфекційного контролю [4, 11, 16].

Вимоги безпеки з урахуванням ризиків інфікування медичних фахівців і членів родини під час надання паліативної допомоги пацієнтам із ТБ урегульовані наказом МОЗ України від

01.02.2019 р. № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17.04.2019 р. за № 408/33379 [4]. У сучасних умовах впровадження заходів інфекційного контролю обмежене недостатнім фінансуванням галузі для модернізації фтизіопульмонологічних центрів.

Складним є питання щодо надання мобільної паліативної допомоги і перебування пацієнта вдома, оскільки необхідно виділити окрему кімнату для пацієнта, забезпечити належні санітарні умови тощо. У разі отримання паліативної допомоги вдома обов'язковим є навчання пацієнта та членів його родини правилам інфекційного контролю для мінімізації ризиків для оточуючих [4]. Контагіозність пацієнтів часто породжує страх перед спілкуванням, спільним проведенням часу, фізичним контактом як у пацієнтів, так і в осіб найближчого кола спілкування. Заходи індивідуального захисту органів дихання також спричиняють дискомфорт у сім'ї, що створює передумови для порушення вимог інфекційного контролю, тому необхідно докласти зусилля для досягнення знебацилення мокротиння пацієнтів і зниження їхньої контагіозності.

Поширеною проблемою є те, що серед пацієнтів із ТБ, які перебувають на паліативному лікуванні, переважають особи, що страждають на різні види залежності, найчастіше — на алкогольну, з асоціальним типом поведінки, що значно ускладнює взаємодію з ними, процес надання допомоги та запровадження інфекційного контролю. При значному погіршенні стану такі пацієнти звертаються по медичну допомогу і нерідко виявляють бажання відновити етіотропне лікування наприкінці життя, однак у багатьох випадках це надто пізно прийняте рішення для їхнього одужання. Попри це, при проведенні паліативного нагляду повертатися до антимікобактеріальної терапії варто за першої можливості (якщо відсутні ризики розширення профілю резистентності або протипоказання), навіть якщо її застосування не запобігає смерті пацієнта, але сприяє зменшенню бактеріовиділення, а отже, контагіозності. Рішення про початок етіотропної терапії на етапі end-of-life слід приймати індивідуально й спільно із пацієнтом та його родиною [20].

У 2023 р. майже 130 тис. українців отримали паліативну допомогу, причому кількість дорослих пацієнтів зросла через війну: стаціонарну паліативну допомогу — 70 328 пацієнтів, мобільну паліативну — 59 151 пацієнт [2].

Кількість пацієнтів із лікарсько-стійким ТБ, які завершили лікування з результатом «НЛ — палі-

ативне лікування», за 5 років зменшилася майже в 10 разів (із 914 у 2018 р. до 95 у 2022 р.) завдяки впровадженню нових стандартів надання медичної допомоги, забезпеченню доступу до 3 інноваційних препаратів і мультидисциплінарному підходу до ведення пацієнтів із ТБ (таблиця) [2].

Нині 1447 медичних закладів уклали контракти із Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на надання паліативної допомоги, з них 676 — на надання паліативної допомоги в стаціонарі, 771 — на надання послуг мобільної паліативної допомоги (рис. 5). Сума коштів, яку НСЗУ відшкодовує медичним закладам за одного пацієнта, щорічно зростає. У 2023 р. вона становила близько 19 тис. грн [2].

За оцінками ВООЗ за 2021 р., кількість закладів для надання паліативної допомоги в Україні необхідно було значно збільшити [18]. Станом на 01.01.2023 р. у протитуберкульозних закладах функціонувало 386 ліжок для надання паліативної допомоги, створених на рівні регіону, але їхнє матеріально-технічне забезпечення потребувало перегляду з урахуванням сучасного уявлення про паліативну допомогу та заходи з інфекційного контролю. При реалізації програми державних медичних гарантій із 25 закладів, які надають медичну допомогу при ТБ й уклали угоду з НСЗУ, 18 закладів отримали пакети медичних послуг «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям», 19 — пакети медичних послуг «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» [2].

Загалом в Україні заклади охорони здоров'я уклали з НСЗУ 1166 договорів за програмою державних медичних гарантій за напрямом «Паліативна допомога» на загальну суму 3 156 837 931 грн [6].

Основні досягнення на національному рівні, які вплинули на рівень паліативної допомоги, її якість і доступність [2]:

- прийнято Закон України «Про подолання туберкульозу в Україні», який чітко регулює права та обов'язки осіб, які хворіють на ТБ, і визначає державні гарантії, зокрема щодо паліативної допомоги;
- Україна перша серед європейських країн запровадила нові Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз», що ґрунтуються на останніх рекомендаціях ВООЗ і принципах доказової медицини;
- поліпшення діагностики ТБ і стійких його форм (протягом 2 год не лише здійснюють діагностику ТБ, а й визначають стійкість збудника до протитуберкульозних препаратів);
- за вагомого внеску МОЗ України, Центру громадського здоров'я МОЗ України та

Таблиця. Кількість пацієнтів із лікарсько-стійким ТБ, які завершили лікування з результатом «НЛ — паліативне лікування»

Область реєстрації	Рік									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Вінницька	65	69	34	24	35	15	7	1		
Волинська	54	56	14	18	20	28	9	7	8	
Дніпропетровська	110	125	70	103	157	55	32	12	10	
Донецька	16	30	29	5	7	9	4	6	2	
Житомирська	16	53	51	47	25	2	1	1	1	
Закарпатська	43	29	48	73	73	37	6	3	2	
Запорізька	27	36	14	25	26	17	5	7	3	
Івано-Франківська	43	29	24	22	46	15	4	4	3	
Київська	22	53	17	37	46	11	5	2	4	
Кіровоградська	16	17	24	34	38	16	3	2	1	
Луганська	20	20	26	16	37	33	18	6		
Львівська	27	74	44	40	81	35	7	4	1	
Миколаївська	89	75	65	74	63	28	25	11	2	
Одеська	22	67	26	1	3	6	5	2	8	
Полтавська	17	21	14	19	20	19	6	13	9	
Рівненська	7	17	11	13	16	18	3	5	2	
Сумська	31	19	18	21	24	6	1	1		
Тернопільська	20	23	23	20	12	9	3			3
Харківська	44	48	48	40	57	37	16	14	10	
Херсонська	12	22	9	5	6	5	3	5	5	
Хмельницька	15	29	24	18	27	20	3	3	1	
Черкаська	21	34	42	34	27	29	2	6	3	
Чернівецька	19	7	12	13	12	13	2	3	6	
Чернігівська	39	49	18	26	29	22	5	7	5	
м. Київ	41	41	29	27	27	40	15	19	6	
Разом	836	1 043	734	755	914	525	190	144	95	

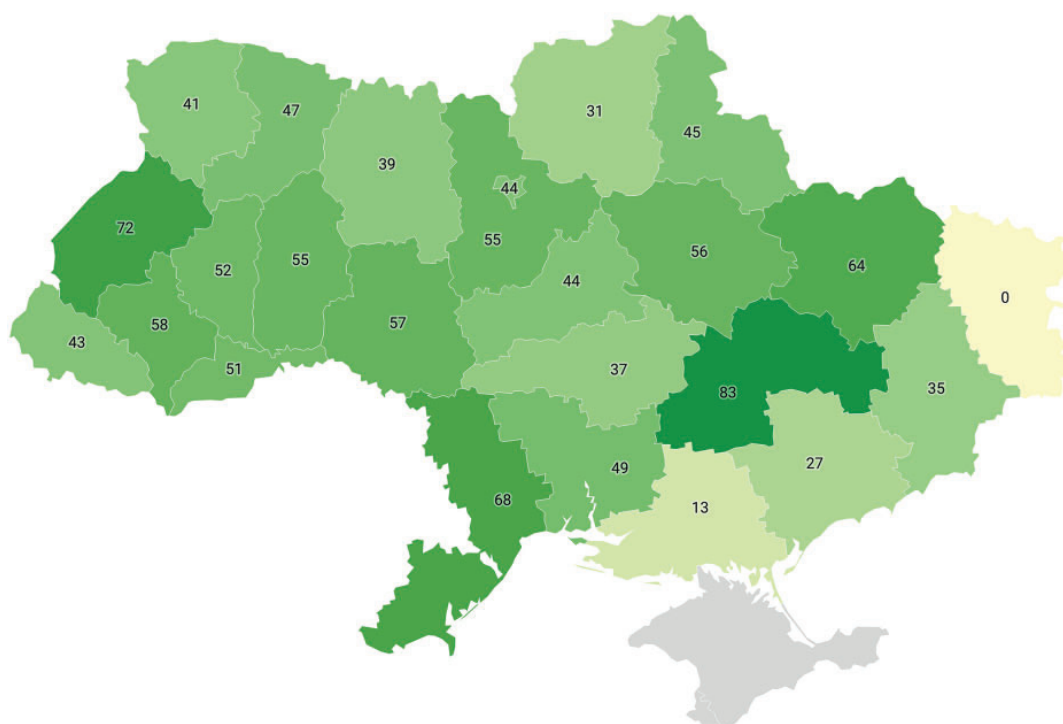


Рис. 5. Кількість закладів охорони здоров'я, які уклали контракти за напрямом «паліативна допомога», 2023 р. (відкриті дані НСЗУ)

підтримки гранту Глобального фонду боротьби зі СНІД, ТБ і малярією забезпечено повний доступ до лікарських препаратів, зокрема інноваційних, навіть в умовах повномасштабної війни проти України;

- реалізуються комплексні програми медико-соціального супроводу в країні за підтримки гранту Глобального фонду, а починаючи з 2023 р., і за державні кошти;
- реалізується низка заходів, спрямованих на розвиток кадрового потенціалу для надання медичної допомоги при ТБ, зокрема паліативної допомоги.

Завдяки цим досягненням суттєво зменшилася кількість осіб, яких переводять на паліативний нагляд.

Висновки

Упровадження нових підходів до організації надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню з акцентом на впровадження людино-орієнтованих моделей лікування, інтеграції протитуберкульозної медичної допомоги населенню в загальну систему охорони здоров'я та впровадження міжсекторальних підходів потребує консолідації зусиль державних інституцій, партнерів, суспільства з формуванням стійких моделей паліативного догляду, що забезпечують основні права пацієнта з урахуванням Політичної декларації, прийнятої на засіданні Генеральної Асамблеї ООН у 2023 р.

Для подальшого розвитку системи паліативної допомоги при ТБ на державному рівні необхідно вирішити такі питання:

Забезпечення інтеграції послуг паліативної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги. Потребують удосконалення механізми й алго-

ритми зв'язку та координації між різними рівнями медичної допомоги, оскільки якісна паліативна допомога може надаватися лише при ефективній взаємодії між лікарями, середнім медичним персоналом, соціальними працівниками та іншими фахівцями, залученими в надання паліативної допомоги.

Зміцнення та розширення кадрового потенціалу з питань паліативної допомоги: забезпечення якісного навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу в галузі паліативної допомоги, зокрема середнього. Слід розглянути розробку комплексних тренінгових програм із залученням немедичних спеціалістів, таких як психологи та соціальні працівники.

Удосконалення та впровадження керівних документів із питань інтегрованої паліативної допомоги при ТБ на всіх рівнях допомоги, зокрема розробка стандартів і протоколів для надання паліативної допомоги при ТБ, запровадження системи моніторингу та оцінки якості надання паліативної допомоги.

Інтеграція паліативної допомоги в систему програмного управління лікарсько-стійкого ТБ відразу після встановлення діагнозу та вдосконалення електронної медичної документації для ефективного відстеження паліативного обслуговування.

Забезпечення сталого всеосяжного доступу до основних лікарських засобів для надання паліативної допомоги хворим на ТБ.

Підвищення якості надання психологічної допомоги хворим на ТБ та їхнім родинам. Слід розглянути впровадження навчання психосоціальної підтримці хворих на ТБ та їхніх родин для всього медичного персоналу, залученого в надання паліативної допомоги.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн статті – В.М. Князевич, В.І. Петренко, А.В. Царенко; написання і редагування статті – С.Б. Норецько, Я.С. Терлеєва, Л.Д. Тодоріко, О.С. Шевченко, О.М. Разнатовська, О.В. Підвербецька; редагування статті – В.М. Князевич, В.І. Петренко, О.С. Шевченко, А.В. Царенко, О.М. Разнатовська.

Список літератури

1. Аналітично-статистичний довідник за 2022 рік «Туберкульоз в Україні». Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»; 2023. Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2022_dovidnyk.pdf.
2. Досягнення та відкриті питання України у сфері паліативної та хоспісної допомоги. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»; 2023. Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/dosyagnennya-ta-vidkriti-pitannya-ukraini-u-sferi-paliativnoi-ta-khospisnoi-dopomogi-fakhivci>.
3. Наказ МОЗ України від 19.01.2023 р. № 102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз». Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102.pdf, https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102_standarty.pdf.
4. Наказ МОЗ України від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0408-19#Text>.
5. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1415-р. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-derzhavnoyi-strategii-a1415r>.
6. Програма медичних гарантій 2023. Київ: Національна служба здоров'я України; 2023. Режим доступу: https://health.kyivcity.gov.ua/files/2023/4/10/pr_2023.pdf.
7. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1414-р «Про схвалення Державної стратегії

- розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#Text>.
8. Шевченко ОС, Козько ВМ, Тодоріко ЛД, Петренко ВІ, Меркулова НФ, Погорелова ОО. Паліативна допомога при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2018(1):75-89. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tlkhvil_2018_1_15.
 9. Connor S, Foley K, Harding R, Jaramillo E. Declaration on palliative care and MDR/XDR-TB. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012 Jun;16(6):712-3. doi: 10.5588/ijtld.12.0267. PMID: 22613682.
 10. Connor S. Palliative care for tuberculosis. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Feb;55(2S):S178-S180. doi: 10.1016/j.jpain.2017.03.019.
 11. Govender T, Naidoo S, Padayatchi N, Gwyther L. Palliative care for drug-resistant tuberculosis: An urgent call to action. *S Afr Med J*. 2018 Apr 25;108(5):12290. doi: 10.7196/SAMJ.2018.v108i5.13240.
 12. Harding R, Defilippi K, Cameron D. What palliative care-related problems do patients with drug-resistant or drug-susceptible tuberculosis experience on admission to hospital? A cross-sectional self-report study. *Palliat Med*. 2016 Oct;30(9):862-8. doi: 10.1177/0269216316637240. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27468913; PMCID: PMC5021214.
 13. Harding R, Snyman L, Ostgathe C, Odell S, Gwyther L. The ethical imperative to relieve suffering for people with tuberculosis by ensuring access to palliative care. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2020 May 1;24(5):3-8. doi: 10.5588/ijtld.18.0240. PMID: 32553036.
 14. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Jan;47(1):e2-5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.009. Epub 2013 Dec 8. PMID: 24321509.
 15. Hughes J, Snyman L. Palliative care for drug-resistant tuberculosis: when new drugs are not enough. *Lancet Respir Med*. 2018 Apr;6(4):251-2. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30066-3. Epub 2018 Feb 6. PMID: 29422260.
 16. Krakauer EL, Dheda K, Kalsdorf B, et al. Palliative care and symptom relief for people affected by multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2019 Aug 1;23(8):881-90. doi: 10.5588/ijtld.18.0428. PMID: 31533877.
 17. Rai DK, Sharma P. Palliative care in drug resistance tuberculosis: an overlooked component in management. *Indian J Palliat Care*. 2023 Oct-Dec;29(4):388-93. doi: 10.25259/IJPC.141.2022. Epub 2023 Nov 11. PMID: 38058485; PMCID: PMC10696341.
 18. Review on palliative care with focus on 18 high tuberculosis priority countries, 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289055413>.
 19. Sawyer JM, Asgr R, Fordham T, et al. A public health approach to palliative care in the response to drug resistant TB: an ethnographic study in Bengaluru, India. *BMC Palliat Care*. 2018;17:120. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0374-5>.
 20. Stewart AG, Wright H. Initiating tuberculosis treatment at end of life - Balancing patient and infection control interests. *Infect Dis Health*. 2020 Nov;25(4):283-5. doi: 10.1016/j.idh.2020.05.009. Epub 2020 Jul 7. PMID: 32646741.
 21. WHO Global tuberculosis report 2022. Geneva, World Health Organization; 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363752/9789240061729-eng.pdf>.
 22. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>.
 23. World Health Organization. The End TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2015. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTML-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

V.M. Kniazevych¹, V.I. Petrenko², Y.S. Terleieva³, S.B. Noreiko², L.D. Todoriko⁴,
O.V. Pidverbetska⁴, O.M. Raznatovska⁵, O.S. Shechenko⁶, A.V. Tsarenko⁷

¹NGO «Ukrainian palliative and hospice care league», Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

³SI «Public Health Center of the MOH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

⁴Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

⁵Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

⁶Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

⁷Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Peculiarities of Providing Palliative Care to Tuberculosis Patients

The data from literary sources (the electronic database of medical publications PubMed) have been summarized to highlight contemporary concepts of providing palliative care and recent statistics regarding the provision of palliative care to tuberculosis patients in Ukraine were analyzed.

Objective of this analysis was to highlight problematic issues and aspects that require improvement in the field of providing palliative care to tuberculosis patients in Ukraine.

The problem of tuberculosis remains relevant today. Despite significant achievements in the fight against tuberculosis, the effectiveness of treating this disease in Ukraine does not reach the target set by the WHO. The issue of drug-resistant tuberculosis remains acute. Individuals with tuberculosis and their families face a range of physical, socio-economic, and psychological challenges associated with the illness, which diminish their quality of life and require a comprehensive approach to address them. Therefore, according to modern concepts, an important component of managing patients with tuberculosis, especially drug-resistant forms, is palliative care. The modern concept of palliative medicine envisions the earliest possible initiation of palliative care for patients with indications as early as possible, simultaneously with curative therapy, gradually increasing the scope of palliative care interventions until completely replacing curative treatment as the disease progresses. Early integration of palliative care for tuberculosis patients enhances the quality of life for patients and their families, promoting better adherence to etiotropic treatment.

For the further development and improvement of the palliative care system for tuberculosis at the state level, the resolution of the following issues is necessary: ensuring the integration of palliative care services at all levels of medical care; strengthening and expansion of personnel potential in matters of palliative care; improvement and implementation of guidelines for integrated palliative care for tuberculosis at all levels of care; integration of palliative care into the program management system of drug-resistant tuberculosis from the first day of diagnosis; ensuring sustainable and comprehensive access of people suffering from tuberculosis to essential medicines for providing palliative care; improving the quality of providing psychological assistance to patients and their families.

Keywords: palliative care, tuberculosis, drug-resistant tuberculosis, palliative supervision.

Контактна інформація / Corresponding author

Норейко Сергій Борисович, д. мед. н., проф., проф. кафедри фтизіатрії та пульмонології
<https://orcid.org/0000-0003-3139-5968>
 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13
 E-mail: normansb62@gmail.com

Стаття надійшла до редакції / Received 08.01.2024.

Стаття рекомендована до опублікування / Accepted 2.02.2024.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Князевич ВМ, Петренко ВІ, Терлеєва ЯС, Норейко СБ, Тодоріко ЛД, Підвербецька ОВ, Разнатовська ОМ, Шевченко ОС, Царенко АВ. Особливості надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2024;1:5-14. doi: 10.30978/TB2024-1-5.
- Kniazevych VM, Petrenko VI, Terleieva YS, Noreiko SB, Todoriko LD, Pidverbetska OV, Raznatovska OM, Shechenko OS, Tsarenko AV. [Peculiarities of Providing Palliative Care to Tuberculosis Patients]. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection (Ukraine). 2024;1:5-14. <http://doi.org/10.30978/TB2024-1-5>. Ukrainian.