

самага Плацыда Яшчулда? Будзем спадзявацца што далейшае даследаванні кнігазбору гродзенскіх францысканцаў адкрые нам новыя невядомыя старонкі гісторыі айчынай медыцыны.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bacler, B. Rośliny lecznicze w osiemnastowiecznym polskim poradniku medycznym Compendium medicum auctum. Część 1 / B. Bacler, J. Drobnik // *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. – Katowice, 2009. – Vol. 63. – S. 35–50.
2. Jankowiak, L. Synonimia w poskiej terminologii medycznej przelomu XIX i XX wieku / L. Jankowiak // *Studia z Filologii Polskiej i Słowiańskiej*. – Warszawa, 2011. – Т. 48. – s.17–41.
3. Makarczyk, J. Kustodia Grodzieńska Zakonu Braci Mniejszych Konwentualnych w latach 1687-1832 / J. Makarczyk. – Гродна: Гродзенская дыяцэзія Рымска-каталіцкага Касцёла ў Рэспубліцы Беларусь, 2006 – 218 s.
4. Makarczyk, J. Prowincja Litewska – Białoruska Zakonu Braci Mniejszych Konwentualnych w latach 1687-1845. / J. Makarczyk. – Grodno: Grodzieńska Diecezja Rzymsko-Katolicka, 2012. – 555 s.
5. Mickiewicz, A. Dzieła poetyckie. / A. Mickiewicz. – Nowogródek: Nakładem Komitetu Mickiewiczowskiego, 1933. – 482 s.
6. Nicolas, Pierre-Francois. Dykcjonarz powszechny medyki, chirurgii i sztuki hodowania bydła czyli lekarz wiejski... : Dzieło pożyteczne wszystkim klassom obywatelów i do ich poiętności przystosowane .../ – Т. II. / Pierre-Francois Nicolas. – Warszawa: u P. Dufour konsyliarza nadwor. J. K. Mci, dyrektora Drukarni Prześwietney Szkoły Rycerskiej, 1788. – 758 s.
7. УК «Гродзенскі дзяржаўны музей гісторыі рэлігіі». КП 30039. Rydzewski W. Kazania Nà Niedziele całego Roku. / W. Rydzewski. – Wilno: W Drukarni J. K. M. Akademickiej Societatis Jesu. 1760. – 372 s.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Калечиц О.М., Глинская Т.Н., Климук Д.А., Саприкина Ж.Н., Бобрукевич
Е.Л., Белько А.Ф.*

Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии

Актуальность. Несмотря на принимаемые на государственном уровне меры, туберкулез в Республике Беларусь остается распространённым заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны. Беларусь входит в список из 30 стран с высоким бременем множественно лекарственно-устойчивого туберкулеза (МЛУ-ТБ) [3].

МЛУ-ТБ представляет собой форму туберкулеза, вызываемую микобактериями туберкулеза (МБТ), которые устойчивы как минимум к

рифампицину и изониазиду одновременно. Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ-ТБ) представляет собой форму МЛУ-ТБ с дополнительной устойчивостью МБТ к любому фторхинолону – МЛУ-ТБ_{Fq} (пре-ШЛУ-ТБ) и устойчивостью МБТ к одному из инъекционных препаратов второй группы – МЛУ-ТБ_{Ag} (пре-ШЛУ-ТБ).

Лечение пациентов с этими формами туберкулеза представляет актуальную и сложную проблему, связанную с подбором и переносимостью режимов химиотерапии, длительностью курса лечения, составляющего не менее 24 месяцев, в том числе не менее 8 месяцев, как правило, в условиях стационара. При этом эффективность лечения оставалась низкой.

По данным ВОЗ и опыту Прибалтийских стран наилучший эффект приверженности пациента с туберкулезом к лечению, когда оно проводится в амбулаторных условиях на строгой контролируемой основе [2].

В течение 2014-2015гг. на базе Могилевской области успешно осуществлен пилотный проект, направленный на укрепление амбулаторного этапа лечения туберкулеза. Следующим шагом в реорганизации существующей системы оказания противотуберкулезной помощи был концептуальный проект ВОЗ для стран Восточной Европы и Центральной Азии, целью которого был перенос лечения в амбулаторные учреждения, поддерживаемые устойчивыми механизмами финансирования [1]. Впервые в республике предложено финансирование стационарной и амбулаторной помощи пациентам с туберкулезом по клинико-затратным группам (КЗГ). Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь утверждена система финансирования фтизиатрической службы в регионах по КЗГ, для которых установлены критерии по охвату противотуберкулезным лечением, в том числе в стационарных условиях, средней длительности госпитализации, числу коек в регионе в соответствии с моделью лекарственной устойчивости МБТ.

Цель. Изучить финансовые расходы на лечение пациентов с ШЛУ-ТБ, включая пре-ШЛУ-ТБ (МЛУ_{Ag} и МЛУ_{Fq}), на стационарном и амбулаторном этапах, результаты химиотерапии с целью обоснования рационального финансирования лечения пациентов в амбулаторных условиях.

Методы исследования. На основе официальных статистических данных ведомственных отчетов изучены за 2019-2022гг. показатели средней длительности пребывания пациента с ШЛУ-ТБ, в том числе с пре-ШЛУ-ТБ. на больничной койке, частота посещений пациентом медицинской организации с целью продолжения лечения в амбулаторных условиях, финансовые средства на лечение в стационаре и амбулаторно. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. С 2019 года модель контролируемого пациент ориентированного лечения туберкулеза в амбулаторных условиях внедрена во всех регионах республики. В целях успешного функционирования новой системы организации лечения туберкулеза проведена реорганизация фтизиатрической службы в направлении концентрации стационарной помощи в

областных и крупных городских центрах, аккумуляции финансовых средств у одного юридического лица, обеспечения взаимодействия между работниками первичной медицинской помощи и врачами-фтизиатрами по контролю за лечением пациентов в амбулаторных условиях, включая видеоконтроль.

Анализ основных статистических показателей лечения пациентов с ШЛУ-ТБ и пре-ШЛУ-ТБ в стационарных и амбулаторных условиях в расчете на 1 пациента в период 2019-2022 гг. представлен в таблице.

Таблица – Средняя длительность пребывания 1 пациента с ШЛУ-ТБ и пре-ШЛУ-ТБ на больничной койке и среднее число амбулаторных посещений на 1 пациента медицинских организаций в 2019-2022 гг.

Клиническая форма туберкулеза	Показатель	2019	2020	2021	2022
МЛУ-ТБ _{Ag}	Средняя длительность пребывания 1 пациента на больничной койке, дней	133	83	87	109
	Среднее число амбулаторных посещений на 1 пациента, абс.	80	43	60	66
МЛУ-ТБ _{Fq}	Средняя длительность пребывания 1 пациента на больничной койке, дней	107	104	104	112
	Среднее число амбулаторных посещений на 1 пациента, абс.	87	90	94	76
ШЛУ-ТБ	Средняя длительность пребывания 1 пациента на больничной койке, дней	155	95	148	143
	Среднее число амбулаторных посещений на 1 пациента, абс.	82	48	103	103

Как видно из данных таблицы 1, средняя длительность пребывания 1 пациента с ШЛУ-ТБ на больничной койке снизилась со 155 дней до 143 дней (на 7,7%), в то же время число амбулаторных посещений пациентами медицинских организаций в период лечения увеличилось с 82 до 103 (на 25,6%). Количество пациентов, пролеченных стационарно, уменьшилось на 34,2%, а число проведенных ими койко-дней – на 38,8%.

Финансовые расходы на стационарном и амбулаторном этапах лечения пациентов с ШЛУ-ТБ и пре-ШЛУ-ТБ представлены на рисунке.

Как видно из данных рисунка 1, средняя стоимость 1 койко-дня за период 2019-2022 гг. среди пациентов с ШЛУ-ТБ имеет тенденцию к росту и в 2022 г. составила 215,56 руб., среди пациентов с МЛУ-ТБ_{Ag} – 162,90 руб., среди пациентов с МЛУ-ТБ_{Fq} – 209,48 руб. ($p < 0,001$). Средняя стоимость 1 амбулаторного посещения пациента с ШЛУ-ТБ за анализируемый период также имела тенденцию к росту и в 2022 гг. составила 77,72 руб., с МЛУ-ТБ_{Ag} – 73,63 руб., с МЛУ-ТБ_{Fq} – 75,09 руб. ($p < 0,001$). Стоимость 1 койко-дня

пребывания в стационаре в 2,8 раза превышает стоимость 1 амбулаторного посещения пациента с ШЛУ-ТБ, включая пре-ШЛУ-ТБ.

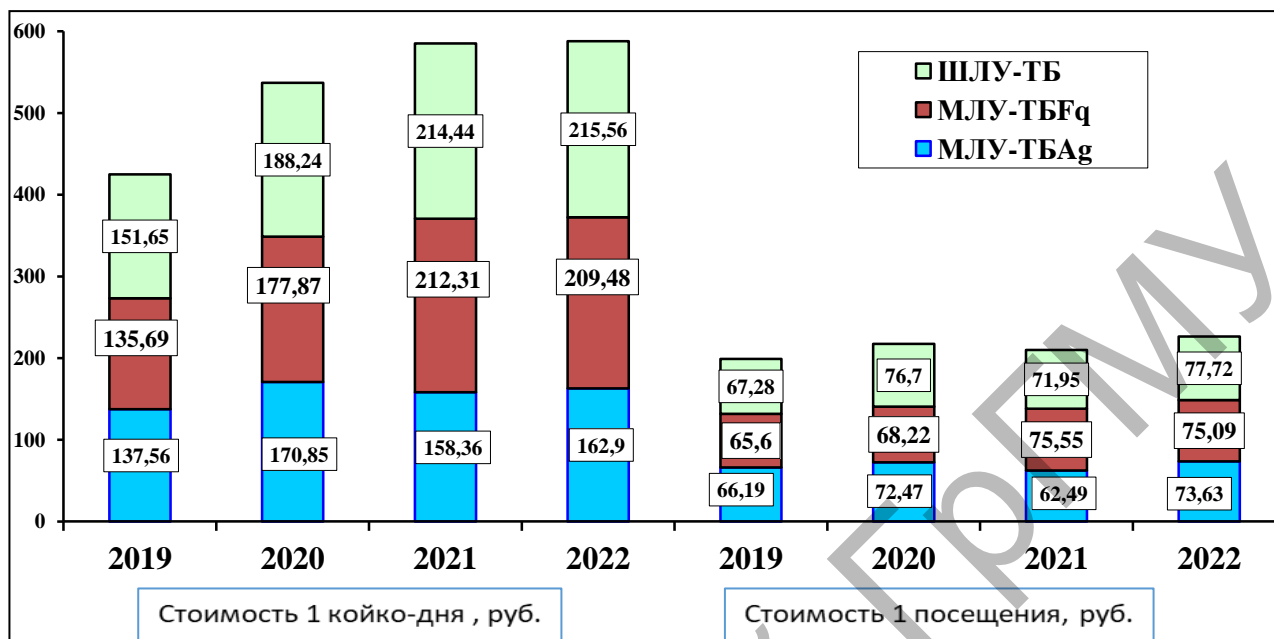


Рисунок. Финансовые расходы на стационарном и амбулаторном этапах лечения на 1 пациента с ШЛУ-ТБ и пре-ШЛУ-ТБ в 2019-2022 гг., руб.

Общая сумма расходов на стационарное лечение пациентов с ШЛУ-ТБ в течение года (35243 койко-дня) составила 7,6 млн. руб., что превышает расходы среди пациентов с МЛУ-ТБ_{Ag} (20240 койко-дней) – 3,3 млн. руб., и с МЛУ-ТБ_{Фq} (29243 койко-дня) – 6,1 млн. руб. Общая сумма расходов на амбулаторные посещения пациентов с ШЛУ-ТБ в течение года (22561 посещение) составила 1,7 млн. руб., что превышает расходы среди пациентов с МЛУ-ТБ_{Ag} (5538 посещений) – 0,4 млн. руб., и с МЛУ-ТБ_{Фq} (13420 посещений) – 1,0 млн. руб. Финансовые расходы в течение года стационарного лечения пациентов с ШЛУ-ТБ в 4,5 раза превышали затраты на лечение в амбулаторных условиях, с МЛУ-ТБ_{Ag} – в 8,2 раза, с МЛУ-ТБ_{Фq} – в 6,1 раза.

Внедрение новой модели пациент ориентированного контролируемого лечения пациентов в амбулаторных условиях оказало положительное влияние на улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу в республике. За прошедшие 4 года заболеваемость туберкулезом с учетом рецидивов снизилась на 28,0%, и составила 18,1 на 100 тыс. населения, заболеваемость рецидивным туберкулезом – на 38,8% (3,0 на 100 тыс. населения), смертность от туберкулеза – на 56,0% (1,1 на 100 тыс. населения). Достигнуты основные индикаторы Плана по борьбе с МЛУ-ТБ и гранта Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией на 2021-2025 гг. Так, успешное лечение пациентов с МЛУ-ТБ отмечается в 81,6% случаев при индикаторе 75%, пациентов с ШЛУ-ТБ, включая пре-ШЛУ-ТБ, – 76,7% случаев при индикаторе 64%. Потеря пациентов для последующего наблюдения

сократилась с 10,0% до 4,6 % от начавших лечение. Сократились финансовые расходы на содержание дорогостоящего стационарного туберкулезного фонда. В сравнении с 2019 годом в республике сокращено 847 больничных коек или 32,5% коечного фонда, в том числе для пациентов с МЛУ/ШЛУ-ТБ – 505 (19,3%) коек и для симптоматического лечения – 70 (2,7%) коек.

Таким образом, опыт работы по новой модели организации контролируемого лечения пациентов с ШЛУ-ТБ и пре-ШЛУ-ТБ в амбулаторных условиях показывает значительный не только медицинский, но и социально-экономический эффект за счет перераспределения финансовых средств со стационарного на менее затратный амбулаторный этап лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Модель противотуберкулезной помощи, ориентированная на нужды людей. Концептуальный проект для стран Восточной Европы и Центральной Азии Всемирная организация здравоохранения. – Всемирная организация здравоохранения, 2017. – 55 с. <http://WWWeuro.who.int> (pubrequest).

2. Русович, В. Укрепление системы здравоохранения для эффективного контроля туберкулеза / В. Русович // Мультирезистентный туберкулез: клинико-эпидемиологические особенности и тактика лечения: материалы науч.-практ. конф. «Внедрение новых подходов в борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Беларуси, Минск, 13–14 нояб. 2014. – Минск, 2014. – С. 18–21.

3. Drug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: challenges and ways forward / C. D. Acosta [et al.] // Public Health Action. – 2014. – Vol. 4, suppl. 2. – P. 3–12.

МУТАЦИОННЫЙ СТАТУС R53 ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Каравай А.В.¹, Шульга А.В.¹, Каравай Н.Л.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Заболеваемость, инвалидизация и смертность вследствие онкологических заболеваний имеют медицинское, а также огромное социальное и экономическое значение. В настоящее время злокачественные новообразования в Республике Беларусь являются второй по значимости причиной смертности населения после заболеваний сердечно-сосудистой системы, что отражается на средней продолжительности жизни и размерах невосполнимых потерь населения, особенно в трудоспособном возрасте, а также наносит значительный экономический ущерб. По данным Белорусского канцер-регистра рак ободочной кишки входит в группу наиболее распространенных форм злокачественных новообразований. Так в Республике Беларусь за 2020 год зарегистрировано 2684 новых случая заболевания раком ободочной кишки, что составило 6,2% от всех злокачественных новообразований [1].