

## Шляхи подолання епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні. Практичні питання

19 листопада 2012 р. відбулося спільне розширене засідання колегії Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, президії Національної академії медичних наук (НАМН) України та колегії Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням (Держслужба України соцзахворювань). Темою обговорення стали сучасні основи ефективної стратегії подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу в Україні на засадах вітчизняного та міжнародного досвіду. У попередній публікації ми ознайомили читачів із сучасним станом проблеми та можливими шляхами її вирішення з точки зору вітчизняної медичної науки, наразі пропонуємо до вашої уваги пропозиції щодо практичного вирішення існуючих проблем, запропоновані учасниками колегії.



**Олександр Толстов**, заступник міністра охорони здоров'я України, поінформував про удосконалення системи управління МОЗ України у сфері контролю за соціально небезпечними за-

хворюваннями, акцентувавши увагу саме на коінфекції ВІЛ/туберкульоз, яка становить реальну безпеку громадському здоров'ю держави. Основними причинами збільшення кількості коінфекції ВІЛ/туберкульоз, а також мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ) в Україні є проблема організації контрольованого лікування, особливо на амбулаторному етапі, та низький рівень ефективності лікування туберкульозу взагалі. Ефективність лікування нових випадків туберкульозу загалом становить 58%, а МР ТБ з підтвердженим діагнозом — лише 20%, тоді як за критеріями ВООЗ ця цифра має сягати 75%, а Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки передбачено 65%. Також недостатньо налагоджена взаємодія територіальних закладів охорони здоров'я з медичними установами пенітенціарної системи. Щорічно із місць позбавлення волі звільняються близько 50 тис. осіб, із яких понад 1,5 тис. — хворі на туберкульоз, а на обліку в територіальних закладах охорони здоров'я їх перебуває менше 60%. Серйозною проблемою є й низький рівень прихильності цих пацієнтів до лікування та низький рівень їх соціальної підтримки, яку, на думку заступника міністра, можуть ефективно вирішувати неурядові організації. Негативно впливає на епідемічну ситуацію також відсутність єдиної системи епідемічного нагляду, моніторингу та оцінки. Викликає занепокоєння й недостатність превентивних ВІЛ-програм серед хворих на туберкульоз.

Для того щоб бути готовими до всіх викликів епідемії, необхідно перш за все

змінити підходи до управління в системі боротьби з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом. Так, інтегрування послуг у сфері боротьби із цими двома інфекціями підвищить якість життя пацієнтів, призведе до зменшення періоду лікування, фінансових витрат. Тому необхідно посилити інтеграцію підрозділів, відповідальних за боротьбу з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом, на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Також необхідно звернути увагу на профілактику туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих, особливо дітей. Усім хворим на туберкульоз, які живуть з ВІЛ, необхідно вчасно призначати антиретровірусну терапію (АРТ). Зараз на громадське обговорення винесено проект наказу МОЗ України про порядок перенаправлення, діагностики, лікування і супроводу пацієнтів при супутній патології ВІЛ-інфекції/СНІДу. Він має забезпечити тісну співпрацю фахівців протитуберкульозних закладів, служб, центрів на місцях. А вже наразі відсутня чітка координація між центральними та регіональними механізмами надання фінансової та технічної допомоги центрам СНІДу.

Держава несе відповідальність перед Європейським Співтовариством за епідемію МР ТБ та коінфекції ВІЛ/туберкульоз в умовах ініціативи України щодо регіонального лідерства у боротьбі з ними. У той же час існують ризики зниження зовнішнього фінансування і недостатньої послідовності забезпечення надання послуг з лікування, догляду та підтримки пацієнтів при передачі програм Глобального фонду. Нагальною є необхідність оптимізації міжвідомчої взаємодії усіх рівнів надання медичної допомоги, пенітенціарної служби, соціальних служб, закладів освіти та наукових установ системи НАМН України. Загальна кількість органів державної влади, залучених до протидії епідемії ВІЛ-інфекції та туберкульозу, має бути зведена до необхідного мінімуму, що призведе до спрощення управління та координації їх діяльності. Програма має передбачити достатні ресурси за рахунок бюджету, включаючи розробку та інформаційне забезпечення баз даних. Необхідно також визначити

пріоритети на підставі національної стратегії боротьби з туберкульозом. Оптимальним шляхом вирішення існуючих проблем безумовно є посилення лідерства держави у протидії епідемії туберкульозу. Це вимагає часу, цей шлях є незворотним й іншого шляху бути не може. Необхідно також посилити контроль з боку держави за ефективним використанням коштів при реалізації програм і проектів, збільшити частку державного фінансування протитуберкульозних програм, забезпечити з боку держави умови для реалізації національної стратегії по боротьбі з туберкульозом, а саме нормативне врегулювання, технічну і гуманітарну допомогу в адаптації і впровадженні міжнародних стандартів.

Враховуючи наведене, кроки оптимізації управління через посилення лідерства держави мають виглядати наступним чином:

- Розробка та впровадження узгодженої національної стратегії у сфері боротьби з туберкульозом.
- Процес реформування системи охорони здоров'я вимагає визначення пріоритету і місця спеціалізованих служб, здатних забезпечити контроль за туберкульозом, оптимізувати структуру і діяльність установ, що беруть участь в організації надання протитуберкульозної допомоги.
- Зміна формату управління та координації, що сприятиме підвищенню якості управління системою протитуберкульозної допомоги, є доцільним перспективним напрямком роботи МОЗ України та включає створення єдиного національного координаційного механізму — центру по контролю за захворюваннями.
- Новий підхід до планування ресурсів, зміна типу планування від ретроспективного до перспективного з урахуванням розрахункових оціночних даних.
- Ефективна протидія туберкульозу можлива тільки за умови широкого партнерства, в тому числі з неурядовими організаціями, при збереженні лідерства і контролю з боку держави.



**Наталія Нізова**, професор, директор ДУ «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» МОЗ України, розповіла про розбудову та можливості ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними

хворобами» МОЗ України. Вона повідомила, що наказом МОЗ України від 17.10.2012 р. назву ДУ «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» МОЗ України змінено на ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними хворобами» МОЗ України. Припинено діяльність ДУ «Всеукраїнський центр туберкульозу», а ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними хворобами» МОЗ України визначено правонаступником цих двох організацій. Стратегічним підґрунтям для створення ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними хворобами» МОЗ України є:

- умови правонаступництва діяльності центрів СНІДу і туберкульозу;
- можливість посилення потенціалу за рахунок досвіду центру СНІДу у впровадженні грантів Глобального фонду;
- відповідність викликам часу;
- відповідність програмам дій Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), ВООЗ та Глобального фонду;
- необхідність посилення координаційної функції та формування єдиного бачення щодо контролю над туберкульозом та ВІЛ-інфекцією в Україні.

Необхідність першочергового посилення взаємодії програм протидії саме ВІЛ-інфекції та туберкульозу на сучасному етапі повністю узгоджується з рекомендаціями глобального рівня ЮНЕЙДС та ВООЗ. Метою створення ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними хворобами» МОЗ України є вдосконалення контролю за соціально небезпечними хворобами в Україні. Завданнями, поставленими перед Центром, є:

- оптимізація механізмів управління шляхом посилення державного лідерства;
- координація взаємодії партнерів відповідно до національної стратегії та пріоритетів;
- створення умов для широкого партнерства державних, міжнародних та неурядових організацій у впровадженні програмних заходів;
- розробка та сприяння впровадженню національної політики щодо контролю за соціально небезпечними хворобами на підставі аналізу доказово ефективних практик;
- управління закупівлями та поставками лікарських засобів та виробів медичного призначення на підставі досвіду впровадження програм Глобального фонду;
- участь у розробці та впровадженні стратегії розвитку кадрового потенціалу у сфері протидії та контролю за соціально небезпечними хворобами;

- розбудова національної системи моніторингу та оцінки як провідного механізму прийняття управлінських рішень на національному та регіональному рівнях;
- координація розвитку потенціалу закладів та реорганізація системи надання послуг у сфері соціально небезпечних хвороб;
- інтеграція діяльності Центру у міжнародну систему контролю за захворюваннями на європейському та глобальному рівнях.

Етапами розвитку ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними хворобами» МОЗ України є:

1. Реорганізація, яка передбачає створення юридичного підґрунтя для забезпечення правонаступництва діяльності центрів СНІДу та туберкульозу з метою організації управління програмними заходами протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу, в тому числі в частині реалізації грантів Глобального фонду.

2. Зміцнення потенціалу ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними хворобами» МОЗ України для управління заходами з протидії іншим соціально небезпечним хворобам.

3. Здійснення координації діяльності на міжнародному рівні з метою зменшення навантаження соціально небезпечних хвороб на систему охорони здоров'я України.



Досвідом використання сучасної стратегії запобігання епідемії туберкульозу в Донецькій області поділилася **Ганна Ковальова**, головний позаштатний фтизіатр Головного управління охоро-

рони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації. Вона нагадала присутнім, що Донецька обл. ще у 2001 р. першою в Україні розпочала реалізацію рекомендованої ВООЗ DOT-стратегії. У 2003 р. DOT-стратегією було охоплено весь регіон. А у 2006 р. вона була розширена до варіанту DOTS+ за рахунок включення компоненту «діагностика та лікування МР ТБ». Основним принципом реалізації цих стратегій було пріоритетне фінансування заходів, спрямованих на максимальне і своєчасне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу, в тому числі МР ТБ, госпіталізація таких хворих та проведення максимально ефективного лікування. Результати реалізації такої стратегії, підтверджені зовнішнім аудитором, свідчать, що починаючи з 2005 р. в регіоні зафіксовано стабільне зменшення кількості нових випадків туберкульозу в середньому на 3–5% на рік. Така динаміка, за критеріями ВООЗ, є чинником успішності регіональної протитуберкульозної програми. При цьому було досягнуто нормативу виявлення нових випадків туберкульозу, в тому числі МР ТБ, від розрахункової кількості. Також було дотрима-

но вимог міжнародного стандарту виявлення хворих із заразними формами туберкульозу у загальній мережі закладів охорони здоров'я, у 3 рази скорочено кількість переривання лікування хворими.

Серед реалізованих заходів, які дали можливість досягнути таких результатів, Г. Ковальова відзначила раціональну оптимізацію лабораторної мережі усіх рівнів, під час якої було залишено більше, ніж рекомендувала ВООЗ, лабораторій першого і третього рівнів. При цьому забезпечено гарантований зовнішній контроль якості та підвищення кваліфікації лаборантів кожні 2 роки. Незважаючи на складні умови реформування системи охорони здоров'я, ця мережа вдалося зберегти та протягом останніх 2 років гармонійно включити її до реформованих лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), в тому числі лабораторії — до консультативно-діагностичних центрів другого рівня, залишивши функції зі збору мокротиння на первинному рівні. Усі індикатори щодо виявлення хворих на туберкульоз у загальнолікарняній мережі були включені до переліку рейтингів, за якими оцінюється робота усіх ЛПЗ.

За рахунок оптимізації ліжкового фонду, починаючи із 2001 р., кількість фтизіатричних ліжок зменшилася на 30%. На економічні кошти проводяться ременти протитуберкульозних ЛПЗ, забезпечується достатньо високий рівень харчування, закуповуються засоби інфекційного контролю. Переривання лікування хворих на етапі стаціонару сьогодні не перевищує 1–1,5%, тому практично відсутня необхідність у створенні стаціонарів для примусового лікування. Було також проведено вузьке профілювання ліжок на рівні ЛПЗ, вся область поділена на 5 туберкульозних госпітальних округів. У кожному окрузі функціонує один стаціонар для лікування хворих I та II категорії, хворих на МР ТБ та хронічний туберкульоз. Крім того, у кожному окрузі створено амбулаторний лікувально-діагностичний туберкульозний центр. Завдяки цьому уся фтизіатрична допомога, як стаціонарна, так і амбулаторна, була максимально наближена до населення та замкнена в межах туберкульозних госпітальних округів.

Враховуючи багаторічний досвід впровадження DOT-стратегії в регіоні, Г. Ковальова зазначила, що не менше ніж 20% хворих на туберкульоз можуть лікуватися вдома. Крім того, практика дозволяє зробити висновок, що всі індивідуальні форми лікування хворих на туберкульоз ефективніші за так звані колективні, а саме — у DOT-кабінетах. Тому за можливості необхідно орієнтуватися на так звану кураторську роботу, коли кожному хворому на туберкульоз призначається куратор, який відповідає за його лікування.

На обговорення учасників колегії було також винесено позитивний досвід багатьох європейських країн, де в структурі первинної ланки надання медичної допомоги працюють патронажні медичні сестри — помічники фтизіатрів, які виступають посередником між лікарем і хворим,



організують роботу кураторів, контролюють процес лікування тощо.

Фактором, який сьогодні перешкоджає успішному лікуванню хворих на туберкульоз, є надмірна централізація дільничної фтизіатричної мережі.

Торкнувшись проблеми коінфекції ВІЛ/туберкульоз, доповідач наголосила на доцільності зміщення акцентів у бік виявлення та усунення факторів, що зумовлюють клінічну маніфестацію латентної туберкульозної інфекції у ВІЛ-інфікованих. Щодо лікування МР ТБ, то основною проблемою на сьогодні є дефіцит препаратів другого ряду, який пов'язаний з нерациональним розподілом таких препаратів, закуплених за кошти державного бюджету.

При проведенні моніторингу й оцінки якості надання фтизіатричної допомоги в регіоні використовуються обмежені переліки індикаторів, які мають бути зрозумілими та диференційованими окремо для фахівців, координаторів протитуберкульозних програм та органів влади. За кожним індикатором кожному місту або району виставляється певний бал, в сумі отримується загальна рейтингова оцінка, яка включається до загального рейтингу оцінки роботи регіону. Для кожного міста та району з урахуванням існуючих рівнів захворюваності на МР ТБ та коінфекцію ВІЛ/туберкульоз розраховується за методом стандартизації максимально досяжний показник, і оцінка роботи фтизіатричної служби проводиться за різницею між розрахунковим та фактичним рівнем успішності лікування таких пацієнтів. Саме при такому підході, коли роботу керівників закладів охорони здоров'я контролюють і оцінюють, усі питання, закладені у програми боротьби із туберкульозом, будуть швидше вирішуватися і знаходити відгук в органах влади.

Завершуючи доповідь, Г. Ковальова наголосила, що дуже важливим фактором успішної реалізації протитуберкульозної програми є створення належної системи навчання кадрів.



Про один з можливих варіантів оптимізації боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом на регіональному рівні в умовах реформування галузі повідомив Іван Миронюк, головний лікар Закарпатського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом. Він зазначив, що на сьогодні служба боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в регіонах складається зазвичай із регіонального центру боротьби зі СНІДом та мережі кабінетів «Довіра». При цьому центр СНІДу здійснює виключно методичне керівництво роботою цих кабінетів, які розміщені на базі центральних районних або міських лікарень. Для того щоб кабінети «Довіра» ефективно виконували свої функції, необхідне відповідне

ресурсне та інформаційне забезпечення. Але у Закарпатській обл. фінансування кабінетів «Довіра» здійснюється, на жаль, за залишковим принципом, а 92% в структурі видатків йдуть на заробітну плату, нарахування на неї та комунальні послуги. Враховуючи концепцію реформування другого рівня надання медичної допомоги, яка передбачає створення госпітальних округів, можна припустити, що кабінети «Довіра» перейдуть до складу консультативних поліклінік лікарень планового лікування та консультативно-діагностичних центрів лікарень інтенсивної терапії. Якщо сценарій реалізовуватиметься саме таким чином, то ніяких передумов для поліпшення ситуації не виникає. Тому як альтернативний варіант, І. Миронюк запропонував функціонування цих кабінетів територіально на базі закладів охорони здоров'я другого рівня, але у якості винесеного за межі структурного підрозділу регіонального центру СНІДу. При такій організації змінюються система підпорядкування та фінансування кабінетів «Довіра», система забезпечення якості медичної допомоги, створюється цілісність служби, при цьому зона обслуговування і функції, покладені на кожен кабінет, залишаються без змін. У результаті формується пряма вертикаль управління і адміністрування на регіональному рівні, чітка етапність надання медичних послуг, максимальне наближення їх до населення.



Ігор Поканович, заступник голови представництва ВООЗ в Україні, представив рекомендації ВООЗ щодо зменшення тягаря туберкульозу в Україні. Він зазначив, що в Європейському регіоні ВООЗ

МР ТБ є сьогодні однією із загальних проблем. Причинами цього є нездатність систем охорони здоров'я попереджувати виникнення МР ТБ, пізнє виявлення нових випадків і неналежне лікування хворих. Нещодавно ВООЗ разом із МОЗ України провели консультації, в результаті яких було розроблено рекомендації щодо можливих функцій ДУ «Центр контролю за соціально небезпечними хворобами» МОЗ України, серед яких:

- забезпечення безперервного постачання протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду. Для цього, на думку І. Покановича, необхідно внести певні зміни у Закон України «Про здійснення державних закупівель»;
- запровадити альтернативні механізми фінансування витрат на лікування туберкульозу (не з розрахунку на ліжко-місце), що дозволить зекономити кошти;
- надавати перевагу амбулаторному лікуванню перед стаціонарним;
- переглянути законодавство щодо боротьби із туберкульозом.



Ані Шакарішвілі, координатор ЮНЕЙДС в Україні, представила до уваги учасників колегії огляд глобальної стратегії та зобов'язань, які були взяті Україною, та багачення можливих шляхів виконання

цих зобов'язань з боку ВООЗ та ЮНЕЙДС. Вона зазначила, що глобальне співтовариство розпочинає нову еру у боротьбі із ВІЛ/СНІДом і заявляє про те, що з епідемією ВІЛ-інфекції в світі можна покінчити за умов посилення програм державного лідерства в країнах, в тому числі й в Україні. Наукові дослідження щодо профілактики та лікування ВІЛ, на її думку, досягли суттєвого прогресу. Завдяки цьому ЮНЕЙДС розпочала нову політику — зворотний відлік до нуля, до якої долучилися країни з усіх кутків світу та численні міжнародні організації. Суть стратегії полягає в досягненні зниження на 50% випадків передачі ВІЛ статевим шляхом, зниження на 50% випадків передачі ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, зниження на 50% смертності від туберкульозу серед людей, що живуть з ВІЛ, зменшення на 90% нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей та зниження на 50% смертності від СНІДу серед матерів, надання доступу до АРТ 15 млн людей у всьому світі (на сьогодні АРТ отримують тільки 8 млн осіб), усунення дефіциту ресурсів як фінансових, так і технічних та ін., ліквідація гендерної нерівності, дискримінації, посилення інтеграції програм боротьби з ВІЛ/СНІДом у різних країнах, зміцнення систем охорони здоров'я.

Ключем до успішної профілактики мають стати наукові дослідження та розробки як фундаментального, так і прикладного характеру.

Було зазначено, що хоча в Україні відмічають поширення епідемії, значних успіхів досягнуто у зниженні вертикальної передачі ВІЛ від матері до дитини (до 4%). На жаль, Україна все ще відноситься до країн з найнижчим охопленням АРТ ВІЛ-інфікованих, доступ до лікування мають лише 25% осіб, які його потребують.

Тому для України важливо запровадити нову концепцію «Лікування 2.0», запропановану ВООЗ та ЮНЕЙДС у 2010 р. Основними принципами цієї концепції є:

- оптимізація схеми лікування;
- адаптація системи надання послуг з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції;
- зниження вартості лікування;
- діагностика в місяць надання послуг, що підвищує її доступність;
- мобілізація зусиль людей, що живуть з ВІЛ та отримують АРТ, спрямованих на підвищення прихильності до лікування.

Було зазначено, що у всьому світі понад 80 країн збільшили свої внутрішні інвестиції у боротьбу із ВІЛ-інфекцією більше ніж на 50%. Україна — не виняток, але вона продовжує зважати більше ніж на 50% від

зовнішніх інвестицій, які у 2010 р. становили 35 млн дол. США, в результаті чого загальний обсяг видатків на боротьбу з ВІЛ-інфекцією у нашій державі сягнув у 2010 р. 53 млн дол. Дефіцит фінансування на національному рівні буде збільшуватися і досягне, за розрахунками ЮНЕЙДС, 138 млн дол. у 2015 р. А. Шакарішвілі також повідомила, що починаючи з 2016 р. Україна може залишитися без донорських коштів, і фінансування програми боротьби з ВІЛ-інфекцією повністю ляже на національну систему охорони здоров'я. Тому дуже важливими є ефективне використання наявних та мобілізація додаткових ресурсів.

Коментуючи виступ координатора ЮНЕЙДС в Україні, Раїса Богатирьова наголосила, що держава за будь-яких обставин не відмовиться від лідерської функції у боротьбі із ВІЛ-інфекцією і туберкульозом, а МОЗ України доведе спроможність держави та її лідерську позицію шляхом реального впровадження програм протидії цим інфекціям за рахунок реального збільшення фінансування. Адже за умови відсутності донорських коштів держава повинна мати наукові установи, які забезпечують відповідний супровід цих програм, кваліфіковані кадрові ресурси, фінансову систему, яка спроможна працювати у надзвичайно складних умовах.



**Тетяна Александріна**, голова Держслужби України соціально-захворювань, нагадала, що під час засідання колегії у доповідях неодноразово наголошувалося, що в Україні створені необхідні умови

для взяття ситуації з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом під контроль, і лідером у цьому має стати держава. Так, на сьогодні в державі створені усі умови для забезпечення якісної діагностики перш за все МРТБ, усі лабораторії третього рівня мають для цього необхідне обладнання та витратні матеріали. У 2012 р. за кошти першої фази 9-го раунду гранту Глобального фонду закуплено обладнання для експрес-діагностики туберкульозу. На черзі вдосконалення системи менеджменту процесів діагностики на рівні кожного регіону, метою якого має бути відповідна маршрутизація пацієнтів та забезпечення максимально ефективного використання наявного діагностичного обладнання. Те саме стосується і лікування, зокрема забезпечення лікарськими засобами, яке інколи зовсім не корелює з реальною кількістю хворих, які потребують тієї чи іншої схеми лікування. На сьогодні Держслужбою України соціально-захворювань спільно із провідними науковцями, практичними лікарями та міжнародними організаціями розроблено настанову з туберкульозу. Також МОЗ України затвердило наказ про запровадження реєстру хворих на туберкульоз, введення якого в дію дозволить проводити ефективний моніторинг за епідемічною ситуацією та оптимізувати закупівлю протитуберкульозних препаратів і забезпечити потребу в них регіонів.

Аналізуючи стан наукових розробок у сфері протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу, Т. Александріна підтвердила низький рівень їх впровадження у клінічну практику. З метою виправлення ситуації при Держслужбі України соціально-захворювань створено науково-експертну раду.

Завершуючи доповідь, голова Держслужби України соціально-захворювань запропонувала передбачити у рішенні колегії

розробку нової Концепції протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, опрацювати і подати до Кабінету Міністрів України зміни до загальнодержавної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз, переглянути й адаптувати наукові розробки до потреб практичної медицини, розробити низку нормативних актів, завершити опрацювання і затвердження настанов і клінічних протоколів, порядку надання медичної допомоги хворим у структурах МВС та пенітенціарної системи, закладах загальнолікарняної мережі. Також, на її думку, необхідно затвердити регіональні програми протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції щодо приведення матеріально-технічної бази ЛПЗ у відповідність із вимогами інфекційного контролю. Це конче необхідно, оскільки умови, в яких зараз лікуються хворі на туберкульоз, сприяють тільки розповсюдженню внутрішньо лікарняної інфекції та щорічному зростанню рівня захворюваності серед медичних працівників. Сьогодні, на жаль, рівень захворюваності медиків на туберкульоз у закладах фтизіатричної служби такий самий, як і в закладах пенітенціарної системи.

Також необхідно забезпечити доступ осіб, які перебувають на обліку у протитуберкульозних закладах, до добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію.

Закриваючи засідання колегії, Р. Богатирьова підкреслила, що усі пропозиції, які прозвучали в рамках заходу, а також надійшли до МОЗ України від наукових установ, закладів охорони здоров'я та громадських організацій, були враховані при затвердженні рішення колегії, текст якого оприлюднено на сайті [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua).

*Олександр Устимов,  
фото Сергія Бека*

## Реферативна інформація

### Третья Всеукраинская научно-практическая конференция с международным участием «Вейновские чтения в Украине»



10–11 мая 2013 г. в Одессе состоится Третья Всеукраинская научно-практическая конференция с международным участием «Вейновские чтения в Украине». Место проведения — отельный комплекс «Одесса» (ул. Гагаринское плато, 5).

Основные темы конференции:

- вегетативные расстройства;
- пароксизмальные расстройства;
- экстрапиримидные расстройства;
- сосудистые нарушения;
- депрессия;
- диагностика и лечение болевых синдромов;
- головная боль;
- боль в спине;
- нейропатическая боль;
- миофасциальный болевой синдром;
- нарушения сна;
- нейрореабилитация.

Конференция будет носить междисциплинарный характер, потому станет интересной для неврологов, терапевтов, кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, ревматологов, эндокринологов, психиатров, врачей общей практики, а также других специалистов, профессиональная деятельность которых связана с вопросами диагностики и лечения вегетативных нарушений, а также болевого синдрома при неврологической и общетерапевтической патологии. Ожидаемое количество участников — 300.

В работе конференции примут участие ведущие специалисты Украины, ближнего и дальнего зарубежья, среди которых: В.Л. Голубев (Москва, Россия), Е.Г. Филатова (Москва, Россия), Г.М. Дюкова (Москва, Россия), Велко Дорджевич (Veljko Dordevic) (Загреб, Хорватия), Марьяна Браш (Marjana Bras) (Загреб, Хорватия), Ю.Л. Бронштейн (Лос-Анджелес, США), В.И. Цимбалюк (Киев, Украина), В.И. Мамчур (Днепропетровск, Украина), Н.В. Квасницкий (Киев, Украина), И.В. Романенко (Луганск, Украина) и т.д.

Оргкомитет конференции:

91045, Луганск, кв. 50 лет Обороны Луганска, 1.

Тел.: +38 (095) 100-46-55;

e-mail: [info@vein.in.ua](mailto:info@vein.in.ua);

[www.vein.in.ua](http://www.vein.in.ua)

*Пресс-служба «Украинского медицинского журнала»*