

## Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ БОРЬБЫ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

### ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАИНЕ

Ю. И. Феценко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко

Резюме

*Цель исследования* — теоретическое и практическое обоснование организации противотуберкулезных мероприятий и усиление контроля над ситуацией по туберкулезу в Украине.

*Материал исследования* — официальные статистические данные по туберкулезу в Украине и ее административных территориях за 2010–2015 годы и действующие нормативно-правовые документы по туберкулезу.

*Результаты.* Недостаточное выявление больных туберкулезом обусловлено недостатками формирования групп риска и трудностями выявления по обращению. Предложено максимальное обследование населения в группах риска, коллективах, обращающихся в лечебно-профилактические учреждения, и больных бронхо-плеврально-легочным синдромом рентгенофлюорографически, а рентген-положительным — микроскопией мазка.

Выявлены причины неэффективного лечения больных туберкулезом и с рецидивами. Предложено лечить больных до заживления деструкций и каверн, прекращения бактериовыделения (с использованием метода посева) и достижения клинко-рентгенологической стабилизации процесса, подтвержденных двумя последовательными бактериологическими исследованиями с интервалом 2 месяца.

Рекомендовано восстановить свернутые профилактические мероприятия по туберкулезу, внести изменения в диспансерную группировку больных и диспансерную тактику, а также в клинический протокол по туберкулезу.

*Вывод.* Существующая стратегия борьбы с туберкулезом, направленная на выявление больных по обращению, необоснованный перевод больных на амбулаторное лечение, сокращение сроков лечения их без учета научно обоснованных критериев излечения нуждается в ее усовершенствовании на фоне проведения реформы здравоохранения и противотуберкулезной службы, а также пересмотре концептуальных основ проведения противотуберкулезных мероприятий.

**Ключевые слова:** туберкулез, контроль, выявление, лечение.

Укр. пульмонол. журнал. 2016, № 3, С. 5–10.

Феценко Юрій Іванович  
Директор ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»  
Академік НАМН України, професор  
10, вул. М. Амосова, 03680, Київ,  
Tel.: 380 44 275-04-02, fax: 380 44 275-21-18, admin@ifp.kiev.ua

### A FIGHT WITH TUBERCULOSIS IN UKRAINE: VIEW ON A PROBLEM

Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnyk, L. V. Turchenko

Abstract

*The aim of survey* — theoretical and practical rationale for organization of anti-tuberculosis measures and improving of tuberculosis control in Ukraine.

*Material* — official statistical data on tuberculosis in different administrative territories of Ukraine for 2010–2015 years and current legal documents on tuberculosis.

*Results.* Insufficient rate of detection of TB cases is due to difficulties in forming of risk groups and self-referral diagnosing of tuberculosis case. A deeper examination of subjects from risk groups, industrial personnel and patients with lung diseases is recommended by means of chest X-ray and fluorography; and X-ray positive patients — by means of smear microscopy.

Causes of ineffective treatment and tuberculosis relapses have been identified. It was proposed to treat patients until complete closure of destructive cavities and smear conversion, confirmed by two negative cultures, taken 2 months apart.

It was recommended to restore preventive measures for tuberculosis, to make changes in the dispensary grouping of patients, as well as in clinical protocol for management of tuberculosis.

*Conclusion.* Current strategy for TB control, based on passive case detection, mostly outpatient treatment, reduction of terms of treatment require improvement and re-evaluation of anti-tuberculosis measures.

**Key words:** tuberculosis, control, case detection, treatment.

Ukr. Pulmonol. J. 2016; 3:5–10.

Yurii I. Feshchenko  
Director of SO "National Institute of phthisiology and pulmonology named after F. G. Yanovskii NAMS of Ukraine"  
Academician of NAMS of Ukraine, professor  
03680, Kyiv, 10, M. Amosova str.  
Tel.: 380 44 275 0402, fax: 380 44 275 2118, admin@ifp.kiev.ua

Незважаючи на деяке покращання ситуації з туберкульозом в Україні, вона все ж таки залишається складною і навіть прогностично несприятливою [3, 7, 12]. З 2005 року в Україні впроваджена Адапована ДОТС-стратегія. Починаючи з реалізації Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки, затвердженої Указом Президента України від 20 серпня 2001 року № 643/2001 «Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки» втілена ДОТС-плюс стратегія. Стоп-ТБ-стратегія в нашій країні впроваджувалась через: Комплекс заходів щодо боротьби з епідемією туберкульозу на 2006 рік, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів

України від 29 березня 2006 р. № 175-р «Про затвердження Комплексу заходів щодо боротьби з епідемією туберкульозу на 2006 рік»; Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках, затверджену Законом України від 8 лютого 2007 року № 648-V «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках»; Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджену Законом України від 16 жовтня 2012 року № 5451-VI «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» [10].

Однак, зазначені програми і менеджмент протитуберкульозних заходів виявилися неефективними внаслідок

док неефективного менеджменту цих програм, який мав би ґрунтуватися на оперативному моніторингу й оцінці програм, неадекватного використання коштів, низької ефективності лікування, зростання хіміорезистентного туберкульозу і ко-інфекції: туберкульоз / ВІЛ, рецидивів, й тому епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні за останні роки залишається напруженою і прогностично критичною. Так, за 2014–2015 роки захворюваність на всі форми активного туберкульозу разом з рецидивами серед усього населення України зменшилася на 1,12 %, або з 71,3 до 70,5 на 100 тис. населення, але це без Автономної Республіки Крим і за неточними показниками підконтрольної Україні територіями Луганської та Донецької областей, хоча середньорічна кількість їх населення достеменно невідома і в усі минулі роки на цих територіях була найвища захворюваність на туберкульоз і його рецидиви, тому статистичні дані не можуть вважатися достовірними. Зниження цього показника на 1,12 % спричиняє занепокоєння ще й тому, що у 19 адміністративних територіях України захворюваність на всі форми активного туберкульозу разом з рецидивами збільшувалася в межах від 1,00 % до 31,57 %.

Захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед дітей 0–17 років за 2014–2015 роки зросла на 8,0 % (з 10,0 до 10,8 на 100 тис. населення), причому серед дітей 0–14 років на 16,22 % (з 7,4 до 8,6 на 100 тис. населення), а серед дітей 15–17 років — на 1,74 % (з 23,0 до 23,4 на 100 тис. населення). Причому у 19 адміністративних територіях країни захворюваність на туберкульоз дітей зросла на величину від 11,6 % до 7,0 раз. Такий тренд вважається вкрай негативною прогностичною ознакою [2, 5].

У 16 адміністративних територіях України за 2014 — 2015 роки зросла захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ при зменшенні середньоукраїнського показника на 0,96 % (з 10,4 до 10,3 на 100 тис. населення) і це при тому, що у всій країні далеко не всі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД обстежуються на туберкульоз у Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

За 2014–2015 роки смертність від туберкульозу в Україні хоч і зменшилася на 11,4 % (з 12,2 до 10,8 на 100 тис. населення), але у 7 адміністративних територіях смертність збільшилася, а у 5 — залишилася на рівні попереднього року, і це при цьому, що показник смертності хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ включається у смертність від СНІДу. Причому 1/3 хворих на туберкульоз помирає вдома, 1/5 — помирає до 1 року спостереження, а в деяких територіях цей показник сягає більше 40,0 %, що свідчить про повну відсутність своєчасного активного виявлення хворих на туберкульоз. Кількість дітей віком 0–14 років, що померли від туберкульозу у 2014–2015 роках, збільшилася в 1,9 разу (у 2015 році померло 13 дітей). Ці показники, на наш погляд, провіщують катастрофу з туберкульозом у наступні роки.

Відбувається різке скорочення профілактичних заходів серед дитячого і дорослого населення. За 2014–2015 роки обсяги хіміопротекції у вогнищах з хворими на туберкульоз зменшилися на 1,3 %, а захворюваність контактних осіб у вогнищах бактеріального туберкульозу за зазначені роки зросла на 13,4 %, або з 6,7 до 7,6 на 1000 контактних осіб. Кількість профілактичних

щеплень БЦЖ дітям першого року життя за ці роки зменшилася на 25,0 % (з 64,9 % до 39,9 %).

Протитуберкульозна служба поступово руйнується і стає функціонально неспроможною. Лікарі загальної практики і загальна медична мережа відстороняються від надання протитуберкульозної допомоги населенню. Пенітенціарні заклади й надалі залишаються основним розсадником туберкульозу [1]. В Україні не вистачає антимікобактеріальних препаратів, вакцини БЦЖ, туберкуліну, не згадуючи вже про патогенетичні ліки для хворих на туберкульоз. Реформа охорони здоров'я і протитуберкульозної служби не проводиться [9, 11].

Згідно з когортним аналізом за 2013 рік вкрай низькі результати лікування нових випадків туберкульозу легень з позитивним мазком і/або культурою: виліковано — 55,5 %, лікування завершено — 12,1 %, померло 12,3 % хворих, невдале лікування — 11,3 %, перерване лікування — 6,0 %, вибули або переведені — 2,6 %, діагноз туберкульозу знятий — 0,2 % [6]. В Україні лікується 28,5 тис. хворих на хіміорезистентний туберкульоз, а ефективність вилікування, наприклад, мультирезистентного туберкульозу ледь досягає 26,0 %. Низька ефективність лікування мультирезистентного туберкульозу і ко-інфекції негативно впливає на епідемічну ситуацію [4, 8].

На превеликий жаль, у розробленому проекті Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017–2021 роки, який знову нав'язаний міжнародними організаціями і МОЗ України, й надалі не визнається основним критерієм повне вилікування хворого із загоєнням деструкцій і каверн та досягненням клініко-рентгенологічної стабілізації процесу, підтвердженого двома послідовними культуральними дослідженнями з інтервалом в 2 місяці. А це означає, що хворі й надалі не будуть належно виліковуватися. Нав'язані Україні неадекватні підходи до лікування короткотривалими схемами і критерії вилікування хворого є хибними і про це свідчить висока питома вага летальності (до 15,0 %, а при мультирезистентному туберкульозі — до 30,0 %) та рецидивів туберкульозу (20,7 %) в структурі захворюваності на туберкульоз, причому більше 20,0 % рецидивів спостерігається у 16 адміністративних територіях, що дуже тривожно, бо невилікованих хворих переводять у категорію здорових і не проводять за ними належного диспансерного спостереження.

Зазначений неповний перелік статистичних показників свідчить про хиби стратегії боротьби з туберкульозом і неефективне функціонування протитуберкульозної служби і закладів загальної медичної мережі у проведенні протитуберкульозних заходів. Ми змоделювали подальшу епідемічну ситуацію та виявили, що якщо Україна не перегляне свою подальшу тактику і стратегію боротьби з туберкульозом, то у найближчі 5 років можливе скачкоподібне збільшення захворюваності на туберкульоз, його рецидиви, в тому числі на хіміорезистентні форми і ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, а також можливе різке погіршення ситуації з туберкульозом серед дитячого населення. При цьому сповільняться темпи зменшення смертності від туберкульозу. Це спонукає нас до наполегливого перегляду існуючої тактики і стратегії боротьби з туберкульозом і проведення тих проти-

туберкульозних заходів, які науково обґрунтовані й найефективніші.

Метою цієї роботи є теоретичне і практичне обґрунтування організації протитуберкульозних заходів і посилення контролю за ситуацією з туберкульозу в Україні.

**Матеріал дослідження:** офіційні статистичні дані щодо туберкульозу в Україні та її адміністративних територіях за 2010–2015 роки і чинні нормативно-правові документи щодо туберкульозу.

Реалізуючи мету дослідження, слід зважити на те, що згідно Плану дій боротьби з туберкульозом у Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2020 роки **«кожна країна може адаптовувати рекомендації ВООЗ до своїх національних програм залежно від своїх умов і можливостей»**. Звідси випливає, що не можна сліпо копіювати клінічні протоколи, стандарти і стратегії країн з низькою захворюваністю для України з високим тягарем туберкульозу.

**Виявлення хворих на туберкульоз.** Чинні нормативно-правові документи України пропонують активне виявлення хворих на туберкульоз у групах ризику і пасивне — за зверненням (стаття 9 Закону України від 5 липня 2001 року № 2586-III «Про протидію захворюванню на туберкульоз»).

Ми вважаємо, що якщо у певній групі чи прошарку населення питома вага хворих на туберкульоз складає 1,0 % і більше, або якщо захворюваність в 2–3 рази більша від середньоукраїнського показника, то їх за цими критеріями слід відносити до групи ризику. Проте групи ризику в Україні не сформовані належним чином і обстеження їх не проводиться у повному обсязі при нормативі 95,0 % і більше. Через те за кожною групою ризику повинні бути відповідальні відповідні відомства, наприклад, для тих, що повернулися з ув'язнення — органи Міністерства внутрішніх справ; за безхатченками — органи Міністерства соціальної політики; за мігрантами, біженцями, внутрішньо переміщеними особами — органи Державної міграційної служби, за хронічними хворими на різні недуги з високим ризиком туберкульозу — органи Міністерства охорони здоров'я й т.д. і т.п. Найбільшою групою ризику є заклади пенітенціарної системи, флюорографічні обстеження у них, за нашим переконанням, слід проводити не менше як двічі на рік, а при виявленні більше 1,0 % хворих у певному закладі кратність обстеження повинна поступово збільшуватися, аж до чотирьох раз на рік. Крім того, усі міністерства й відомства повинні щоквартально звітувати про кількість обстежених і виявлених хворих на туберкульоз у Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Кабінеті Міністрів України. Без такої відповідальності й звітності найосновніші групи ризику щодо туберкульозу в Україні не будуть обстежені, туберкульоз у них буде невиявлений і вони заражатимуть оточуюче здорове населення, погіршуючи епідемічну ситуацію з туберкульозу.

Нині цифрове флюорографічне обстеження є малодозовим, високорентабельним з мінімальними економічними затратами. Протягом року в Україні обстежується рентгенфлюорографічно близько 17 млн. чоловік і виявляється біля 15 тис. хворих на туберкульоз. Статистичні дані свідчать, що приблизно 70,0 — 75,0 %

населення країни, хоч раз протягом року звертаються в поліклініку з різних причин. Якщо б організувати їх флюорографічне обстеження, то виявлення хворих на туберкульоз зросло б в 1,5–1,7 разу. А при наявності Реєстру всього населення і обстежених флюорографічно у наступному році можна було б дообстежити ще біля 1/3 раніше необстежених і отримали б максимально повне обстеження населення на туберкульоз. Окрім того, слід зобов'язати всіх роботодавців незалежно від форм їх власності проводити профілактичні обстеження своїх співробітників на туберкульоз, що неодмінно збільшить кількість виявлених хворих. Про таку тактику виявлення туберкульозу слід постійно інформувати населення у засобах масової інформації, щоб воно свідомо ставилося до свого здоров'я. Кошти на інформаційну політику можуть бути заплановані як у Загальнодержавній програмі щодо туберкульозу, так і отримані за рахунок акцизних зборів і реклами алкоголю та тютюну, в тому числі й за рахунок збору коштів за показ паління і вживання алкоголю в художніх фільмах.

Запропоновані підходи до виявлення хворих на туберкульоз базуються на багаторічному, науково обґрунтованому досвіді боротьби з туберкульозом в Україні ще до 90-х років минулого століття. Вони дозволять своєчасно виявляти хворих на туберкульоз з малими клінічними формами та без бактеріовиділення і без резистентності, виліковування яких досягне 95,0 % і більше, причому в основному препаратами I ряду, що суттєво здешевить затрати на лікування (776,76 грн. порівняно з лікуванням хворих на мультирезистентний туберкульоз — 33304,74 грн., в цінах 2015 року, за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними захворюваннями). Такий підхід зменшить фінансові затрати на закупівлю дороговартісного обладнання та витратних матеріалів для мікробіологічних досліджень.

Щодо так званого «виявлення хворих на туберкульоз за зверненням», то це, по суті, не виявлення, а діагностика та диференційна діагностика захворювань, пов'язаних з симптомами бронхо-плевро-легеневого синдрому, який притаманний більше 100 різним захворюванням органів грудної клітки. Адже в таких випадках лікареві потрібно провести клінічний аналіз стану хворого, рентгенологічне, мікробіологічне, бронхологічне та інші методи обстеження. Це потребує тривалого часу, обладнання, вміння і знань. Наприклад, для мікроскопії мокротиння потрібні такі наймінімальні умови: місце для збору мокротиння, посуд, транспортування в мікроскопічний пункт тощо. Сімейні лікарі і дільничні лікарі загальної практики здебільшого не мають таких умов. А хворому з віддаленої чи сільської місцевості треба щонайменше двічі приїхати для здачі мокротиння і третій раз — щоб отримати результат. Це неабияка складність, тому так неповноцінно реалізовується так зване «виявлення хворих на туберкульоз за зверненням». Причому виявлення за зверненням дозволяє виявляти тільки хворих з бактеріовиділенням, а це означає, виявлення хворих на занедбані форми туберкульозу, які в тому числі становлять ризик для зараження у сім'ї, на роботі, медичних працівників та інших контактів. Пізнє виявлення бактеріовиділювачів за зверненням — це і є



одна з основних причин низької ефективності лікування, високої смертності до 1 року спостереження та туберкульозу, діагностованого посмертно (до 50,0 % в структурі смертності хворих від туберкульозу). Такий підхід, виявлення за зверненням, суттєво сприяє розвитку хіміорезистентного туберкульозу.

Виходячи з викладених проблем виявлення хворих на туберкульоз, на наш погляд, найоптимальнішим було б таке. Слід максимально обстежувати населення (в тому числі у групах ризику, у різних колективах і тих, що звертаються у лікувально-профілактичні заклади та ін.) та хворих з бронхо-плевро-легеневим синдромом рентгенофлюорографічним методом, а потім всім рентген-позитивним, які виділяють мокротиння, необхідне проведення мікроскопії мазка, і всіх мазок-позитивних слід направляти на консультацію до фтизіатра. При цьому може бути оптимізована кількість центрів мікроскопії, підвищена ефективність діагностики та лікування виявлених хворих.

Нині основним методом виявлення інфікованих мікобактеріями туберкульозу та хворих на туберкульоз дітей є туберкулінодіагностика, в тому числі рекомбінантним туберкуліном. За 2010–2015 роки обсяги туберкулінодіагностики дитячого населення віком 0–14 років знизилися на 26,8 %, або з 71,4 % до 44,6 %. Проте загальновідомо, що скорочення обсягів туберкулінодіагностики веде до недовиявлення інфікованих і хворих на туберкульоз дітей, а це прямо веде до зростання захворюваності на туберкульоз дітей, що й відмічено у 2015 році — зростання на 16,2 % порівняно з 2014 роком.

Практично згорнута робота щодо організації виявлення туберкульозу позалегенової локалізації. Як правило, виявляються занедбані, мало курабельні або некурабельні форми туберкульозу різних локалізацій. Підготовка фахівців з позалегенового туберкульозу не проводиться. Лікарі загальної практики і вузькі спеціалісти загального профілю не знають цієї патології.

**Лікування хворих на туберкульоз** у нас викликає неабияке занепокоєння, оскільки ефективне лікування, як профілактичний захід і найважливіша ланка у розриві епідемічного ланцюга зараження, є запорукою зменшення захворюваності й смертності від туберкульозу. Згідно з рекомендаціями ВООЗ національна програма вважається ефективною, якщо вилікування хворих досягає 85,0 % бактеріовиділювачів. На жаль, в Україні цей показник складає 55,5 % і навіть разом із завершеним лікуванням — 67,6 %, не дивлячись на те, що критеріями вилікування досі були тільки тривалість лікування (прийняття повної кількості доз препаратів) та припинення бактеріовиділення методом мазка. Навіть у хворих без бактеріовиділення нині ефективність лікування ледь досягає 80,0 % при летальності майже 7,0 %. Ці показники аргументовано свідчать про неефективну реалізацію всіх загальнодержавних програм з туберкульозу, що досі виконувалися в Україні.

Основними причинами низької ефективності лікування хворих на туберкульоз в Україні є:

- пізнє виявлення хворих, переважно за зверненням, і з масивним бактеріовиділенням, поширеним процесом і деструкціями;

- зростання частоти мульти- й розширенорезистентного туберкульозу, ко-інфекції: туберкульоз / ВІЛ;

- збільшення питомої ваги хворих з наркотичною і алкогольною залежністю, гепатитами;

- скорочення строків лікування хворих до 6 міс без урахування характеру та особливостей туберкульозного процесу, супутньої патології та їх ускладнень. Наприклад, режим стандартного антимікобактеріального лікування використовується для всіх форм туберкульозу, в тому числі й таких, як казеозна пневмонія, фіброзно-кавернозний, циротичний, хронічний дисемінований туберкульоз та ін. При цьому, як правило, не враховується вік хворого, хоча відомо, що хворі літнього та старечого віку потребують тривалішого лікування, часто-густо ігнорується супутня патологія тощо;

- тільки пероральне застосування стандартної антимікобактеріальної терапії. З невідомих причин не застосовуються внутрішньовенна, ендобронхіальна, ендолімфатична, внутрішньоплевральна, внутрішньокавернозна антимікобактеріальна терапія, які у багатьох випадках показали свою високу ефективність;

- не раціональне і обмежене застосування хірургічних методів лікування (оперується біля 2,0 % хворих при потребі до 8,0 — 10,0 %).

Останнім часом ми спостерігаємо перекося щодо наполегливого нав'язування амбулаторного лікування ледь не для всіх хворих на туберкульоз, звісно, з подальшою повною руйнацією протитуберкульозної служби. Тут є проблеми? Вважаємо, що хворих-бактеріовиділювачів, а також з тяжкою супутньою патологією та ускладненнями, слід лікувати у стаціонарі до припинення бактеріовиділення та ліквідації ускладнень. Решту хворих можна доліковувати амбулаторно або санаторно, як і амбулаторно лікувати хворих на вперше діагностований туберкульоз без бактеріовиділення.

Проблематичним є реальна можливість проведення контрольованого лікування всім амбулаторним хворим на туберкульоз. Серед них, як показує практика, є дисципліновані хворі, у яких члени сім'ї можуть контролювати вживання антимікобактеріальних препаратів. А суворе контрольоване амбулаторне лікування, на наш погляд, слід організувати лише тим хворим, які ухиляються від щоденного вживання препаратів, переважно соціально-дезадаптованим хворим, зокрема, особам з алкогольною та наркотичною залежністю, безпритульним та ін. Але за кожним хворим повинен бути закріплений куратор (медичний працівник або волонтер, які повинні працювати під керівництвом фтизіатра), що сьогодні, хоч і передбачено нормативними документами, але не виконується. Такий підхід, безумовно, простіший у реалізації і економічно вигідніший, не погіршуючи при цьому результати лікування.

Основним злом сучасної тактики лікування хворих на туберкульоз є нераціональні критерії вилікування хворих. Нині вилікуваним вважається хворий який прийняв повний 6–8-місячний курс антимікобактеріальних препаратів і у нього припинилося бактеріовиділення методом мазка, а далі, що діється з цим хворим, нікого не цікавить. Причому у 12,0 % хворих після завершення основного курсу антимікобактеріальної терапії навіть не

проводиться мікроскопія мазка мокротиння. Це, безумовно, приводить до формування хронічного, мультирезистентного і розширенорезистентного туберкульозу, який слід лікувати не 6–8 місяців, а до 20–24 місяців, причому лікування високозатратне й у більшості хворих неефективне з високою летальністю і смертністю. Це сприяє також зростанню частоти рецидивів туберкульозу (за чинною класифікацією), хоча, як показує наш аналіз, у більшості цих хворих, з так званім рецидивом, по суті, є яскраве загострення і прогресування раніше не вилікованого туберкульозного процесу.

І виявляється, ми обманюємо самі себе?! Хворих не виліковуємо і списуємо свої огріхи на рецидиви. Ось чому їх так багато. В структурі захворюваності рецидиви туберкульозу складають 21,1 % (за даними 2015 року), причому з 2010 до 2015 року їх кількість збільшилася на 21,5 % і перевищила 6 тис.

Ми переконані, що вплинути на частоту рецидивів можна через всім відомі й науково обґрунтовані критерії вилікування хворих на туберкульоз. На наш погляд, критеріями вилікування хворих на туберкульоз повинні бути:

- загоєння деструкцій і каверн;
- припинення бактеріовиділення методом посіву та досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації процесу, підтверджених двома послідовними дослідженнями з інтервалом в 2 місяці.

Звідси випливає, що хворий повинен лікуватися не менше 6 місяців, а в разі потреби й більше — до повного досягнення зазначених критеріїв, в тому числі за рахунок проведення хірургічного лікування хворого, й тоді він буде надійно вилікований. Це і є запропонований нами пацієнтоцентричний підхід до лікування хворого на туберкульоз і Конституційне право хворого замість нинішнього кошторозпродільного підходу.

Таким чином, своєчасне ефективне вилікування хворих, яке можливе при активному, ранньому виявленні захворювання, безумовно, суттєво зменшить питому вагу резервуару туберкульозної інфекції, зменшить: інфікованість та захворюваність контактних осіб, частоту мультирезистентного туберкульозу, зекономить витрати на лікування, бо зменшиться кількість осіб, які будуть лікуватися 2 роки і довше, а також зменшить кошти на антимікобактеріальні препарати та витратні матеріали на додаткові дослідження. Це найкращий, найдешевший, економічний і ефективний профілактичний шлях, альтернативи якому сьогодні немає. При такому підході знизиться смертність від туберкульозу, в тому числі смертність хворих, що невідомі диспансеру, а також смертність до року лікування і під час лікування. Адже своєчасно виявлені хворі не повинні помирати від туберкульозу — і це аксіома!

Ефективне вилікування хворих зменшить економічні збитки за рахунок відновлення тимчасової та стійкої працездатності. При зниженні кількості бактеріовиділювачів зменшаться витрати на лікування за рахунок скорочення високозатратного стаціонарного етапу лікування. За таких умов можна буде провести реструктуризацію ліжкового фонду і розширити показання до амбулаторного лікування.

Досі існувала хибна практика, що залишки коштів в кінці року забиралися у лікувально-профілактичного закладу у бюджет, хоча зекономлені кошти повинні залишатися у протитуберкульозному закладі. І це логічно, і це дозволить без дотацій поліпшити харчування хворих, вишукувати засоби для соціального супроводу на амбулаторному лікуванні хворих, розширити закупівлі ліків, поліпшити і спростити інфекційний контроль, збільшити кількість коштів для ремонту будівель і споруд та закупки медичної техніки, а також дозволить матеріально стимулювати медичних працівників, в тому числі кураторів.

**Профілактика туберкульозу.** На сьогодні в Україні практично згорнуті профілактичні заходи. Так, охоплення профілактичними щепленнями, проведеними дітям першого року життя за 2013–2015 роки, знизилося в 2,2 разу, або з 87,1 % до 39,9 %, а охоплення дітей у віці 7 років і старших — зменшилося в 5,3 разу (з 49,4 % до 9,4 %). Це певною мірою зумовлено відсутністю протитуберкульозної вакцини БЦЖ, туберкуліну, а також нестачею антимікобактеріальних препаратів для хіміопрофілактики.

Викликає сумнів відмова від ревакцинації БЦЖ у 7-річному віці, хоча зустрічаються дослідження про відсутність достовірної ефективності цієї ревакцинації, але подібні дослідження проводилися у країнах з низькою захворюваністю на туберкульоз. Тому такі дослідження не можна необґрунтовано переносити на українські реалії зі складною епідемічною ситуацією з туберкульозу, в тому числі серед дітей.

Нині основним методом виявлення інфікованих мікобактеріями туберкульозу та хворих на туберкульоз дітей є туберкулінодіагностика, в тому числі рекомбінантним туберкуліном. За 2010–2015 роки обсяги туберкулінодіагностики дитячого населення віком 0–14 років знизилися на 26,8 %, або з 71,4 % до 44,6 %. Проте загальновідомо, що скорочення обсягів туберкулінодіагностики веде до недовиявлення інфікованих і хворих на туберкульоз дітей, а це прямо веде до зростання захворюваності на туберкульоз дітей, що й відмічено у 2015 році — зростання на 16,2 %.

Отже, діти на сьогодні залишаються повністю не захищеними від туберкульозу, бо обсяги туберкулінодіагностики та імунопрофілактики катастрофічно падають й тому цю ситуацію можна розцінювати не менше як злочинну халатність.

**Диспансеризація хворих на туберкульоз** нині суттєво спотворена, деформована, викривлена і руйнується. Про це свідчить скорочення кількості протитуберкульозних диспансерів, лікарів, ліжкового фонду, зростання частоти неефективно лікованих хворих і рецидивів туберкульозу. Про те, диспансеризації була й найближчим часом повинна бути основою організації протитуберкульозних заходів у регіоні. Чому? Тому що диспансер є організаційно-методичним центром боротьби з туберкульозом. Він бере участь у розробці й реалізації регіональних програм, розвитку матеріально-технічної бази, підготовці кадрів, проведенні профілактики, виявленні, лікуванні хворих на туберкульоз. Крім того, при диспансерах хворі повинні спостерігатися після лікування, раніше спостерігалися іноді до 10 років, а іноді й

довічно. Зараз спостереження ведеться в межах року. Звідси й рецидиви і недоліковані загострення.

Назріла потреба переглянути диспансерне групування хворих і диспансерну тактику. Варто виділити окрему диспансерну групу раніше лікованих хворих, хворих на рецидив і невиліковних. Доцільно збільшити тривалість диспансерного спостереження після вилікування деяких груп хворих. На диспансерному етапі слід дотримуватися всім відомих і ще раз запропонованих нами критеріїв вилікування хворих.

Через недостатнє інформування про туберкульоз у засобах масової інформації в населення склалося хибне враження, що «однак не допоможуть» або «захворювання саме пройде». До того ж, в Україні практично зруйнована амбулаторно-поліклінічна допомога населенню. Лабораторні, рентгенологічні та інші дослідження платні й недоступні для більшості населення, особливо для малозабезпечених та сільських мешканців. Це стосується і хворих на туберкульоз. Ось чому хворі не звертаються вчасно до лікаря, туберкульоз виявляють у пізніх і занедбаних стадіях, тому серед всіх померлих в Україні від туберкульозу 28,0 % хворих помирає, не доходячи до лікувального закладу, і ще 20,0 % помирає до року лікування.

За останні 10 років в Україні багато раз мінялися класифікації та клінічні протоколи щодо туберкульозу, у яких лікарі-фтизіатри вже заплуталися, тому лікують по своєму, не дотримуючись пережитих ними різних прото-

колів. Останній «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затверджений наказом МОЗ України від 21.12.2012 року № 1091, до речі, невдало скопійований з клінічного протоколу Англії та Уельсу, який був розроблений для їхньої інфраструктури та країни з низькою захворюваністю на туберкульоз і не зовсім підходить для України. Однак, ні кураторів, ні психологів з цього протоколу не внесли в український протокол.

**Висновок.** Споглядаючи на проблему боротьби з туберкульозом в Україні й аналізуючи її, видно, що існуюча стратегія боротьби з цим захворюванням направлена на виявлення за зверненням хворих, дострокове необґрунтоване переведення хворих на амбулаторне лікування, скорочення термінів лікування хворих без врахування національних науково обґрунтованих критеріїв вилікування хворих виявилась неефективною і навіть шкідливою для населення та хворих України. До цього привело сліпе, нерозбірливе, неадекватне впровадження нав'язаних стратегій щодо туберкульозу без урахування українських реалій, національних інтересів і досягнень. В центрі нинішньої стратегії немає пацієнта. Тому назріла нагальна потреба проведення реформи охорони здоров'я, реорганізації, реструктуризації та реформування протитуберкульозної служби, перегляду концептуальних засад проведення протитуберкульозних заходів в країні.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Аккулев, А. Ш. Туберкулез в исправительных учреждениях Казахстана [Текст] / А. Ш. Аккулев // Вестник Казахского национального университета: Серия юридическая. — 2009. — № 3 (51). — С. 122–124.
2. Особливості стану імунітету у дітей, хворих на вперше діагностований туберкульоз [Текст] / О. І. Білогорцева [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. — 2015. — № 3. — С. 20–24.
3. Ситуація з туберкульозу в Збройних силах України в 2012–2013 роках [Текст] / С. В. Зайков [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. — 2015. — № 4. — С. 9–12.
4. Динаміка захворюваності на туберкульоз серед населення Одеської області за 2010–2012 рр. [Текст] / Н. А. Мацегора [та ін.] // Медичні та екологічні проблеми приморських регіонів. — 2013. — № 2. — С. 47–52.
5. Миколишин, Л. І. Сезонність туберкульозу у дітей [Текст] / Л. І. Миколишин, З. І. Пискур // Укр. пульмонолог. журн. — 2016. — № 1. — С. 37–42.
6. Туберкульоз в Україні [Текст] : аналітико-статистичний довідник / Н. М. Нізова [та ін.]. — Київ : Бланк-Прес, 2015. — 142 с.
7. Петренко, В. І. Проблема туберкульозу в Україні [Текст] / В. І. Петренко, Р. Г. Процюк // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2015. — № 2 (21). — С. 16–29.
8. П'ятючка, І. Т. Динаміка мультирезистентності та летальності хворих на туберкульоз легень [Текст] / І. Т. П'ятючка, С. І. Корнага, Н. В. Тхорик // Вісник наукових досліджень. — 2016. — № 1. — С. 13–14.
9. Фещенко, Ю. І. Концепція реформування протитуберкульозної служби та оптимізації протитуберкульозних заходів в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко // Укр. пульмонолог. журн. — 2015. — № 1 (87). — С. 5–9.
10. Фещенко, Ю. І. Історія вчення про туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — Київ : Ліра-К, 2016. — 144 с.
11. Фещенко, Ю. І. Основні засади оптимізації протитуберкульозних заходів і реформування протитуберкульозної служби в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко // Журн. Національної академії мед. наук України. — 2015. — Т. 21, № 2. — С. 221–227.
12. Особливості сучасної ситуації з туберкульозу в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. — 2016. — № 1. — С. 5–9.

## REFERENCES

1. Akkulyev Ash. Tuberkulez v ispravitelnykh uchrezhdeniyakh Kazakhstana (Tuberculosis in prisons of Kazakhstan). *Vestnik Kazakhskogo natsionalnogo universiteta: Seriya yuridicheskaya*. 2009;No 3(51):122–124.
2. Bilogortseva OI, et al. *Osoblyvosti stanu imunitetu u ditey, khvorykh na vpershe diagnostovanyy tuberkuloz* (Features of condition of immunity in children with first diagnosed tuberculosis). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2015;No 3:20–24.
3. Zaykov SV, et al. *Sytuatsiya z tuberkulozu v Zbroynykh sylakh Ukrainy v 2012–2013 rokakh* (The TB situation in the Armed Forces of Ukraine in 2012–2013). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2015;No 4:9–12.
4. Matsegora NA, et al. *Dynamika zakhvoryuvanosti na tuberkuloz sered naselennya Odeskoyi oblasti za 2010–2012 rr* (The dynamics of TB in the population of the Odessa region in 2010–2012 rr.). *Medychni ta ekologichni proble pry morskyykh regioniv*. 2013;No 2:47–52.
5. Mykolyshyn LI, Piskur ZI. *Sezonnist tuberkulozu u ditey* (Seasonality of tuberculosis in children). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2016;No 1:37–42.
6. Nizova NM, et al. *Tuberkuloz v Ukraini: analityko-statystychnyy dovidnyk* (Tuberculosis in Ukraine: analytical and statistical reference book). Kyiv: Blank-Pres. 2015;142 p.
7. Petrenko VI, Protsyuk RG. *Problema tuberkulozu v Ukraini* (The problem of tuberculosis in Ukraine). *Tuberkuloz, legenevi khvoroby, VIL-infektsiya*. 2015;No 2(21):16–29.
8. Pyatnochka IT, Kornaga SI, Tkhorik NV. *Dynamika multyrezystentnosti ta letalnosti khvorykh na tuberkuloz legen* (The dynamics of multiresistance and mortality of patients with pulmonary tuberculosis). *Visnyk naukovykh doslidzhen*. 2016;No 1:13–14.
9. Feshchenko Yul, Melnyk VM, Turchenko LV. *Kontspitsiya reformuvannya protytuberkuloznoyi sluzhby ta optimizatsiyi protytuberkuloznykh zakhodiv v Ukraini* (The concept of reforming the TB service and optimization of TB management in Ukraine). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2015;No 1(87):5–9.
10. Feshchenko Yul, Melnyk VM. *Istoriya vchennya pro tuberkuloz* (History of tuberculosis subject). Kyiv: Lira-K. 2016;144 p.
11. Feshchenko Yul, Melnyk VM, Turchenko LV. *Osnovni zasady optimizatsiyi protytuberkuloznykh zakhodiv i reformuvannya protytuberkuloznoyi sluzhby v Ukraini* (Basic principles of optimizing TB management and TB service reform in Ukraine). *Zhurn. Natsionalnoyi akademiyi med. Nauk Ukrainy*. 2015;No 2(21):221–227.
12. Feshchenko Yul, et al. *Osoblyvosti suchasnoyi situatsiyi z tuberkulozu v Ukraini* (Features of the current situation of tuberculosis in Ukraine). *Ukr. Pulmonol. Zhurnal*. 2016;No 1:5–9.