

Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, С. О. Черенько, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова

*Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03680 Київ*

ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ОЦІНКА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ В УКРАЇНІ

Представлена динаміка захворюваності та смертності від туберкульозу в областях України від 2006 до 2012 рр. Визначено, що основними проблемами туберкульозу в Україні є збільшення захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз, ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз та їх вплив на епідеміологічні показники туберкульозу, а також обговорені причини цього зростання. Розглянуто питання фінансування місцевих протитуберкульозних програм, недостатнього контролю за виконанням протитуберкульозних заходів, вказано на необхідність проведення реорганізації, реструктуризації та реформування протитуберкульозної служби в областях, зокрема проведення оптимізації ліжкового фонду із врахуванням санаторних ліжок та приведення його у відповідність до кількості хворих, які потребують стаціонарного лікування.

Ключові слова: туберкульоз, захворюваність, смертність, протитуберкульозні заходи, фінансування, протитуберкульозна служба.

На початку 90-х років ХХ століття в багатьох країнах світу, особливо у бідних країнах, спостерігалося непередбачуване погіршення епідемічної ситуації щодо туберкульозу [5, 10, 11, 14, 15, 17]. Цьому найбільше сприяли такі основні причини:

- соціально-економічна криза, зубожіння населення, незбалансоване харчування і ослаблений колективний імунітет, стреси (особливо у країнах постсоціалістичного табору, які почали перехід до капіталізації);
- ріст хіміорезистентності до протитуберкульозних препаратів і ВІЛ-інфекції;
- міграція, в т. ч. хворих на туберкульоз

У 1993 р. ВООЗ вперше забила тривогу і визнала туберкульоз глобальною небезпекою та повідомила, що якщо уряди країн не вважатимуть бороть-

бу з туберкульозом своїм найпершим пріоритетом і не будуть фінансувати боротьбу із цим захворюванням, то туберкульоз нанесе колосальних збитків економікам і населенню нашої планети [9, 12-14]. На початку 90-х років ВООЗ запропонувала найдешевшу стратегію-мінімум у боротьбі з туберкульозом — ДОТС-стратегію (*Directly Observed Treatment Short-course* — короткострокове лікування під безпосереднім наглядом), яка містила у собі 5 відомих найефективніших заходів, а потім й ДОТС-плюс-стратегію, коли почалось поширення хіміорезистентного туберкульозу [5, 11-14, 17]. У 2000 р. на асамблеї ООН були проголошені основні цілі Розвитку Тисячоліття, шоста з яких стосується подолання туберкульозу і ВІЛ-інфекції у світі [13]. У цьому році Україна приєдналась до глобально ви-

Ю. І. Феценко — директор інституту, акад. НАМН України

В. М. Мельник — заступник директора, д.м.н., професор

С. О. Черенько — зав. відділом фтизіатрії, д.м.н., професор

Відділ епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології

В. Г. Матусевич — с.н.с., к.м.н. (matusevich@ifp.kiev.ua)

І. О. Новожилова — с.н.с., к.м.н.

© Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, С. О. Черенько, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, 2014.

знаних цілей разом з іншими 189 країнами світу і взяла на себе політичні зобов'язання щодо досягнення до 2015 р. цілей та завдань з їх реалізації, у тому числі подолання туберкульозу. Україна також взяла на себе зобов'язання щодо впровадження і стабільного фінансування Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на основі Указу Президента України від 20.08.2001 р. № 643/2001 “Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 рр.” [8].

Була запроваджена адаптована міжнародна ДОТС-стратегія, яка була затверджена Наказом МОЗ України від 15.11.2005 р. № 605 “Про впровадження ДОТС-стратегії в Україні” та задекларована Указом Президента України від 14.02.2006 р. № 132 про рішення Ради національної безпеки та оборони України від 18 січня 2006 р. “Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами”. Заходи адаптованої ДОТС-стратегії передбачали усі напрями надання фтизіатричної допомоги населенню, у тому числі діагностику і лікування мультирезистентного туберкульозу, ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ та туберкульозу у дітей. Це знайшло відображення у Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 рр. [1], яка базувалась на принципах сучасної міжнародної стратегії протидії туберкульозу “Зупинити туберкульоз” [9, 10, 13, 14]. Ця стратегія була запропонована ВООЗ на зміну ДОТС-стратегії та ДОТС-плюс-стратегії. У 2010 р. фінансування заходів програми з централізованого бюджету збільшилось на 35 млн грн. і в 2011 р. складало 175,78 млн грн., що на 64,28 млн грн. більше, ніж у 2006 р. на початку виконання програми.

У відповідь на поширення масштабів проблеми мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ державою були прийняті істотні втручання. Був переглянутий Закон про боротьбу із захворюванням на туберкульоз та затверджено нову редакцію від 19.04.2012 р. (зі змінами, внесеними Законом України від 22.03.2012 р. № 4565-VI “Про внесення змін до Закону України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз та інших законодавчих актів України” [3].

В новій редакції Закону введені поняття про інфекційний контроль за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз; регламентовано те, що лікування може проводитись в першу чергу амбулаторно, також в умовах стаціонару і вдома при відмові пацієнта від госпіталізації, тобто медична допомога орієнтована більше на пацієнта, ніж на медичний заклад.

На підставі аналізу організаційних та фінансових прогалин у впровадженні Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 рр. та у відповідь на поширення мультирезистентного туберкульозу Україна розробила 5-річний план профілактики та подолання мультирезистентного туберкульозу, для впровадження чого держава потребувала додаткових фінансових і технічних ресурсів, які перевищували можливості державного бюджету. Україна підготувала заявку в Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією за компонентом “Туберкульоз” на 9 раунд у 2009 р. і отримала грант, перша фаза якого успішно реалізована, затверджено рішення Правління Глобального фонду на фінансування другої фази.

Кошти гранту комплементарні до державного фінансування заходів нової Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 рр. та спрямовані на розвиток сучасної мережі з лабораторної діагностики туберкульозу, підвищення якості медичних послуг щодо діагностики та лікування для уразливих груп населення, діагностику та лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги в контролі за туберкульозом, розвиток інформаційної кампанії для соціальної мобілізації суспільства для боротьби із туберкульозом [4].

Метою даної роботи було встановлення стану контролю за туберкульозом в Україні на сучасному етапі, виявлення проблемних питань на шляху досягнення цілі тисячоліття та визначення напрямків їх подолання.

Матеріал та методи. Для встановлення реальної ситуації в Україні щодо туберкульозу протягом від 2006 по 2012 рр. вивчали та порівнювали основні епідеміологічні показники за даними офіційної статистики. Аналізували захворюваність та смертність на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію та СНІД, ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. Офіційні дані отримували від Центру медичної статистики МОЗ України та Центру боротьби із соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України, куди вони надходять від обласних управлінь охорони здоров'я. Крім того, аналізували наступні звітні-облікові форми за 2012 рік, які затверджені наказом МОЗ України від 07.03.2013 р. № 188, що зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 березня 2013 р. за № 470/23002: ТБ07 “Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II та III категорії хворих”; ТБ 07-МР ТБ “Звіт про кількість хворих, які були зареєстровані у 4 категорії”; ТБ010 “Звіт про ре-

зультати дослідження стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у хворих на туберкульоз легень”.

Аналіз епідеміологічних показників проводили в динаміці. Приріст захворюваності або смертності у відсотках за певний період розраховували наступним чином: значення показника за останній рік приймали за 100 %, для попереднього року розраховували відсоток від значення показника останнього року (різниця між цими значеннями складала приріст показника).

Дані епідеміологічних досліджень оброблювали і обчислювали за параметричними методами статистики.

Результати та їх обговорення. Показано, що ситуація з туберкульозом в Україні стабілізувалася з 2006 р. і набула тенденції до покращення. Захворюваність на всі форми активного туберкульозу за 2006-2012 рр. знизилася на 18,15 %, або з 83,2 до 68,1 на 100 тис. населення [7, 9, 10]. У 2012 р. зареєстрували збільшення захворюваності на туберкульоз на 1,3 % за рахунок 11 областей України, де відзначали його приріст більше ніж на 1,0 %. У чотирьох регіонах рівень захворюваності майже не змінився, в 12 регіонах — знизився. Уповільнення зниження захворюваності на туберкульоз пов'язано, з одного боку, з покращенням виявлення туберкульозу в групах ризику, а з іншого — зі збільшенням захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ та хіміорезистентний туберкульоз.

Найбільша захворюваність упродовж всіх років епідемії залишається у Херсонській (99,5 на 100 тис. населення), Одеській (84,6), Дніпропетровській (80,1), Миколаївській (75), Кіровоградській (73,1) і Луганській (66,8) областях. Проте у зазначених областях спостерігаються найбільші темпи зниження значень цих показників.

Смертність від туберкульозу в 2012 р. порівняно з 2006 р. знизилася на 32,3 %, або від 22,3 до 15,1 на 100 тис. населення. У 2012 р. найбільша смертність спостерігалася у тих регіонах, де була найбільша захворюваність, зокрема у Дніпропетровській (22,0 на 100 тис. населення), Луганській (21,3), Херсонській (20,0), Донецькій (19,6), Кіровоградській (19,2), Одеській (17,7) областях і у АР Крим (18,1) [7].

За останнім звітом ВООЗ (2012 р.), Україна посідає 10 місце в Європейському регіоні за рівнем захворюваності на туберкульоз (89,0 на 100 тис. населення) після Таджикистану (193,0), Республіки Молдова (161,0), Казахстану (129,0), Киргизстану (128,0), Грузії (125,0), Азербайджану (113,0), Румунії (101,0), Узбекистану (101,0) та Російської Федерації (97,0) [15].

Значного прогресу у напрямі протидії туберкульозу в Україні досягнуто завдяки відданості Уряду України своїм зобов'язанням щодо протидії туберкульозу, у тому числі шляхом стабільного фінансування Загальнодержавних програм, перегляду і затвердження важливих регуляторних і нормативних актів, постійного контролю за їх виконанням. Однак обласним фтизіатрам слід розширити повноваження щодо контролю за туберкульозом від обласного до районного рівнів шляхом тіснішої співпраці з районними радами та адміністраціями.

Завдяки налагодженню роботи мережі лабораторій із мікробіологічної діагностики туберкульозу, облаштуванню кожної обласної лабораторії III рівня сучасним обладнанням для швидкої діагностики туберкульозу (аналізатори мікробіологічні автоматичні, обладнання для молекулярно-генетичної діагностики — *GeneXpert*) та розхідними матеріалами для них, налагодженню співпраці між Національною і Супранациональною лабораторією і запровадженню системи зовнішнього і внутрішнього контролю якості вдалося значно покращити мікробіологічну діагностику туберкульозу. Якщо на початку реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 рр. у 2006 р. в структурі нових випадків туберкульозу тільки у 30,4 % пацієнтів підтверджували діагноз туберкульозу виділенням збудника захворювання, то в 2012 р. значення цього показника становили 51,3 %. Завдяки цьому стали діагностувати мультирезистентний туберкульоз.

У 2012 р. почав функціонувати електронний Реєстр хворих на туберкульоз (наказ МОЗ України № 818 від 19.10.2012 р. “Порядок ведення реєстру хворих на туберкульоз”, зареєстрований Міністерством юстиції за № 1864/22176 від 06.11.2012 р.). В кожній області ведеться свій електронний реєстр який дозволить контролювати якість діагностики і лікування хворих на туберкульоз та раціональність використання антимікобактеріальних препаратів та діагностичних тестів.

Такі форми захворювання, як поєднання туберкульозу з ВІЛ-інфекцією/СНІДом й хіміорезистентний туберкульоз потребують більш коштовного і тривалішого лікування, часто супроводжуються ускладненнями та невдачами лікування, мають більш несприятливі наслідки для суспільства [1, 9, 10, 16].

Основними причинами розвитку мультирезистентного туберкульозу є такі:

- несвоєчасна діагностика профілю резистентності через відсутність можливості транспортування мокротиння із сільських місцевостей та районних центрів до обласних протитубер-

- кульозних диспансерів, в яких розташовані мікробіологічні лабораторії III рівня;
- відсторонення загальнолікарняної мережі від діагностики туберкульозу і проведення контрольованого лікування незаразних хворих на туберкульоз;
 - незавершеність системи фінансування районних і міських протитуберкульозних закладів з обласного бюджету, що не дозволяє раціонально використовувати ліжковий фонд регіону;
 - незадовільний матеріально-технічний стан протитуберкульозних закладів, що не дозволяє забезпечити стандарти інфекційного контролю за туберкульозом та сприяє внутрішньолікарняному розповсюдженню мультирезистентного туберкульозу.
 - значний відсоток відмов від лікування та його переривання через велику кількість соціально-дезадаптованих хворих на туберкульоз.

Підсумовуючи вищевказане, можна відзначити, що епідемія туберкульозу, яка у більшості країн, як і в Україні, вступає в етап стабілізації, мотивувала до інтенсифікації наукових досліджень. Нині у всіх країнах світу застосовуються майже однакові підходи до виявлення хворих, діагностики, лікування та профілактики туберкульозу. Однак залишається ряд проблем з туберкульозу в Україні.

Хіміорезистентний туберкульоз. В Україні частота первинної хіміорезистентності складає від 7,0 до 20,0 % хворих в різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 60,0–75,0 %. У 2009 р. зареєстровано 3329 хворих на мультирезистентний туберкульоз, а у 2012 році — 6934, або у 2,1 рази більше. Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за кількістю випадків мультирезистентного туберкульозу — 9 300 (перше місце у Російській федерації — 44 000 випадків) і 6 місце в світі: Індія — 66 000, потім Китай — 61 000, Російська федерація — 44 000, Філіппіни — 11 000, Пакистан — 10 000 [14, 15].

Туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, або ко-інфекція: туберкульоз/ВІЛ/СНІД або ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз. Поширення епідемії ВІЛ-інфекції вплинуло на хід епідемії туберкульозу. На фоні стабілізації та покращення епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу через збільшення кількості людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, відзначається щорічне збільшення захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. З 2000 р. захворюваність на ко-інфекцію збільшилася у 45,9 разів і становила в 2012 р. 10,4 випадків на 100 тис. населення (4726 осіб). За останні роки приріст хворих на туберкульоз і ВІЛ/СНІД у деяких

адміністративних територіях України сягає до 20,0 % за рік. Якщо у 2004 р. померло 955 хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, то в 2012 р. їх померло майже в 3 рази більше, або 2786.

Незнання медичними працівниками загальної лікарняної мережі методів діагностики туберкульозу. Це призводить до помилок діагностики в 35–50 % випадків, до запізненої діагностики цього захворювання з поширеними ураженнями та рясним бактеріовиділенням. Близько третини хворих на туберкульоз різної локалізації до 2–3 міс лікуються різними антибіотиками від неспецифічної патології, аж після цього при неефективності такої терапії у них запідозрюють туберкульоз.

Недостатнє впровадження в практику контрольованого лікування (особливо на амбулаторному етапі та й навіть у багатьох протитуберкульозних стаціонарах). Це призводить до нерегулярного вживання хворими антимікобактеріальних препаратів або до значних переривів у лікуванні та формування хіміорезистентного туберкульозу.

Недостатнє харчування хворих на туберкульоз у стаціонарах. Повноцінне, збалансоване харчування хворих на туберкульоз є невід'ємною складовою частиною їх лікування. Оскільки й досі у багатьох протитуберкульозних закладах на харчування хворого виділяється 17–20 грн. і часто-густо соціально-дезадаптовані хворі, безхатченки не отримують додаткового харчування від родичів, то це майже на 15–25 % знижує ефективність їх лікування. В Україні в структурі хворих на вперше діагностований туберкульоз у 2012 р. було 55,4 % (в 2011 — 50,3 %) непрацюючих осіб працездатного віку, 10,9 % зловживають алкоголем, 2,9 % вживають наркотики, 2,9 % складають особи без визначеного місця проживання, 0,6 % осіб звільнилися з місць позбавлення волі. Разом цей контингент складає 72,1 %.

Відсутність належного інфекційного контролю в протитуберкульозних закладах через незадовільний стан матеріально-технічної бази. Це сприяє збільшенню захворюваності на нозокоміальний, часто резистентний, туберкульоз пацієнтів та зараження туберкульозом медичних працівників.

Невідповідність структури протитуберкульозної служби та ліжкового фонду сучасним вимогам щодо розподілення потоків хворих та їх лікування.

Пенітенціарна система України продовжує залишатися джерелом інфекції для цивільного на-

селення. Досі близько 10 % хворих на туберкульоз після відбування покарання чи амністії зникають з поля зору медичних працівників і не стають на облік у протитуберкульозних закладах.

Недостатній доступ уразливих груп населення до медичних послуг з діагностики туберкульозу. Це значною мірою обумовлено небажанням обстежуватись через стигму, віддаленістю медичних закладів, бідністю, що зумовлює щорічне недовиявлення хворих на туберкульоз і розбіжність між даними офіційної статистики і розрахунковими показниками захворюваності, які надає ВООЗ. Цих пацієнтів можна виявляти лише активно, залучаючи їх до обстеження. Проте вирішення питання гальмується через недостатню роботу первинної ланки медико-санітарної допомоги з уразливими групами населення. Соціальні служби, які працюють із цими контингентами, майже не залучаються до послуг з виявлення туберкульозу.

Фінансування для реалізації цієї законодавчої бази на регіональному рівні недостатнє. Це є причиною всіх невирішених проблем!

Для подолання цих проблем сьогодні в Україні все є необхідне:

- нормативно-правова база, клінічні протоколи, які відповідають міжнародним стандартам;
- загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз, яка фінансується;
- сучасне обладнання та витратні матеріали для швидкої діагностики всіх форм туберкульозу, в тому числі хіміорезистентних, що дозволяє зразу і швидко призначати правильне лікування хворих;
- необхідні протитуберкульозні препарати, які забезпечують 100-відсоткову потребу у лікуванні, оскільки за останній рік створений річний резервний запас необхідних антимікобактеріальних препаратів;
- необхідні кадри фтизіатрів, для мотивації яких Кабінет Міністрів України підвищив зарплату на 60,0 % за шкідливі умови праці й на 60,0 % за стаж роботи;
- достатній ліжковий фонд протитуберкульозних диспансерів та санаторіїв для лікування усіх хворих на туберкульоз.

Проте сучасна ідея швидкої діагностики та лікування хворих на туберкульоз не спрацьовує насамперед через організаційну слабкість і відсутність належного контролю за проведенням протитуберкульозних заходів на місцях. Контрольні перевірки адміністративних територій з року в рік виявляють одні й ті ж хиби та недоліки, однак керівники протитуберкульозних служб на місцях не усувають їх належним чином.

МОЗ України на сьогодні не має впливу ні на кадрову політику протитуберкульозної служби, ні на зміни інфраструктури протитуберкульозних закладів, ні на фінансування місцевих туберкульозних програм, оскільки всі ці питання вирішуються обласними радами, причому часто некомпетентно і за залишковим принципом.

Фінансування місцевих протитуберкульозних програм у різних областях України відрізняється у десятки разів на той чи інший захід. Роками не виділяються кошти на придбання медичного транспорту та бензину для перевезення зразків мокротиння з районів до обласних лабораторій, у яких є сучасне обладнання для швидкої діагностики хіміорезистентного туберкульозу. Це призводить до недодіяльності резистентних форм туберкульозу і сприяє його розповсюдженню серед здорового населення.

Однією з проблем є також порушення вимог інфекційного контролю щодо розподілу потоків хворих на чутливий та хіміорезистентний туберкульоз. Так, часто в одній палаті перебувають хворі з різними видами медикаментозної резистентності та на різних етапах лікування (не дотримується етапність заповнення палат). В одному відділенні нерідко лікуються хворі зі всіма типами туберкульозу — від вперше виявлених до хронічних і хіміорезистентних при недостатній кількості засобів інженерного контролю. Подібні недоліки можна усунути, не затративши жодних коштів із кошторису протитуберкульозного закладу в межах ліжкового фонду області.

Для усунення тих та інших недоліків необхідно провести реорганізацію, реструктуризацію та реформування протитуберкульозної служби в областях, зокрема провести оптимізацію ліжкового фонду із врахуванням санаторних ліжок. Медична допомога хворим на туберкульоз спрямована на стаціонарне лікування, що гальмує розвиток якісного амбулаторного лікування та сприяє розповсюдженню внутрішньолікарняних мультирезистентних форм захворювання. Тривалість лікування хворих на звичайний туберкульоз становить 6 міс, а хворих на мультирезистентний туберкульоз — 20 міс. Утримання хворого на стаціонарному ліжку протягом цього періоду призводить до втрати соціальних та родинних зв'язків, сприяє порушенню лікарняного режиму, оскільки пацієнтам, які себе добре почувають, немає чим себе зайняти у туберкульозному стаціонарі. Багато пацієнтів (до 10 %) переривають лікування та самовільно залишають стаціонар. Соціальна підтримка хворим на амбулаторному етапі лікування в переважній більшості областей України не надається, а це призводить до того, що хворі на туберкульоз не мають мотивації для вживання антимікобактеріальних препаратів і

лікуються хаотично, що сприяє розвитку хіміо-резистентності.

Для оптимізації ліжкового фонду та приведення його у відповідність до кількості хворих, які потребують стаціонарного лікування, затверджений Наказ МОЗ України № 584 від 10.07.2013 р., зареєстрований в Міністерстві юстиції 10.09.2013 р. за № 1561/24093 “Про затвердження Інструкції розрахунку оптимального ліжкового фонду спеціалізованих протитуберкульозних закладів, що надають стаціонарну медичну допомогу хворим на туберкульоз” [6]. Ця інструкція визначає механізм розрахунку оптимального ліжкового фонду спеціалізованих протитуберкульозних закладів, що надають стаціонарну медичну допомогу хворим на туберкульоз, за певними критеріями.

Найоптимальнішим було б змінити систему фінансування протитуберкульозних закладів, що знаходяться у підвідомчій адміністративній території, а саме налагодити це фінансування їх з обласного бюджету. Це дозволить більш гнучко проводити протитуберкульозні заходи і здійснювати управлінські рішення щодо них.

Оптимізація мережі протитуберкульозних закладів є нагальним завданням протитуберкульозної служби. З 2010 р. кількість ліжок зменшена на 6,8 %, проте вона ще залишається надмірно великою. На сьогодні в Україні працює 22 722 стаціонарних ліжок. У 2012 р. було виявлено 13 949 хворих з новими випадками туберкульозу і 7707 хворих з повторними випадками (разом 21 653), у яких виділялись мікобактерії туберкульозу і яким показано стаціонарне лікування [7]. Ці пацієнти

мають перебувати на ліжку 2-3 міс до припинення бактеріовиділення, а далі лікуватись амбулаторно. Зрозуміло, що при такій кількості ліжок більшість хворих госпіталізують без належних показань, що сприяє внутрішньолікарняному розповсюдженню туберкульозу (у тому числі мультирезистентного).

Туберкульозні відділення у центральних районних лікарнях не відповідають сучасним вимогам інфекційного контролю (розділення потоків хворих), там перебувають хворі зі всіма формами туберкульозу, що також сприяє розповсюдженню мультирезистентного туберкульозу. Пацієнтам із хронічними формами туберкульозу потрібна ізоляція в умовах стаціонару, оскільки більшість з них мають невиліковні форми захворювання та потребують лише паліативного лікування. Система паліативного лікування у фтизіатричній галузі взагалі відсутня.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні ставить нові пріоритети на майбутнє у боротьбі з туберкульозом, оскільки збільшення кількості людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією (ЛЖВ), може призупинити прогрес на шляху зниження захворюваності і смертності від туберкульозу та досягнення поставлених ВООЗ цілей тисячоліття. Для сталого контролю за цими інфекціями необхідні довготривалі, фінансово забезпечені заходи з профілактики туберкульозу і ВІЛ-інфекції. Пріоритетними заходами у наступні роки мають бути попередження інфікування та захворювання на туберкульоз ЛЖВ і ВІЛ-негативних осіб, попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції шляхом широкого запровадження заходів первинної та вторинної профілактики.

Список використаної літератури

1. *Віл-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень* № 39. — К., 2013. — 35 с.
2. *Закон України від 08.02.2007 № 648-V “Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках”* // Відомості Верховної Ради України. — 2007. — № 15. — С. 195.
3. *Закон України від 22.03.2012 № 4565-VI “Про внесення змін до Закону України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз” та інших законодавчих актів України”* // Відомості Верховної Ради України. — 2012. — № 51. — С. 574.
4. *Закон України від 16.10.2012 № 5451-VI “Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки”*. — Режим доступу: <http://www.muoz.cv.ua/2012/12/13/zakon-ukrayini-pro-zatverdzhennya-zagalnodержavnoyi-cilovoyi-socjalnoyi-programi-protidiyi-zahvoryvannnyu-na-tuberkuloz-na-2012-2016-roki.html>
5. *Мельник В. М., Матусевич В. Г., Новожилова І. О.* та ін. DOTS-стратегія та ефективність лікування хворих на туберкульоз: огляд літератури // Журн. практичного лікаря. — 2008. — № 1. — С. 13-17.
6. *Наказ МОЗ України № 584 від 10.07.2013 р. “Про затвердження Інструкції розрахунку оптимального ліжкового фонду спеціалізованих протитуберкульозних закладів, що надають стаціонарну медичну допомогу хворим на туберкульоз”, зареєстрований в Міністерстві юстиції 10.09.2013 р. за № 1561/24093.*
7. *Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки / Під ред. О. К. ТолстANOVA.* — К.: МОЗ України, 2013. — 122 с.
8. *Указ Президента України від 20.08.2001. № 643/2001 “Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки”*. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/du_20010820_643.html
9. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Організація протитуберкульозної допомоги населенню. — К.: Здоров'я, 2012. — 656 с.
10. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В., Лірник С. В.* Туберкульоз: організація діагностики, ліку-

- вання, профілактики та контролю за смертністю. — К.: Здоров'я, 2010. — 447 с.
11. *Цілі розвитку тисячоліття: Україна*. — К., 2010. — 107 с.
 12. *Global Plan to Stop TB* / WHO. — Geneva: WHO, 2000. — 190 p.
 13. *Global Plan to Stop TB 2006–2015* / WHO. — Geneva: WHO, 2006. — 96 p.
 14. *Global tuberculosis control — surveillance, planning, financing: WHO report 2009* / WHO. — Режим доступу: <http://www.stoptb.iqipserver.com/default.asp>.
 15. *Global tuberculosis report: WHO report 2012* / WHO. — Режим доступу: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf
 16. *Review of the National Tuberculosis Programme in Ukraine, 10-22 October 2010* / WHO; edited by Pierpaolo de Colombani and Jaap Veen // WHO, 2011. — 70 с.
 17. *WHO. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing: WHO report 2006*. — Geneva: WHO, 2006. — 242 p.

Одержано 25.11.2013

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОЦЕНКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УКРАИНЕ

Ю. И. Фещенко, В. М. Мельник, С. А. Черенько, В. Г. Матусевич, И. А. Новожилова

Государственное учреждение “Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины”, 03680 Киев

Представлена динамика заболеваемости и смертности от туберкулеза в областях Украины с 2006 по 2012 гг. Определено, что основными проблемами с туберкулезом в Украине является увеличение заболеваемости химиорезистентным туберкулезом, ВИЧ/СПИД-ассоциированный туберкулез и их влияние на эпидемиологические показатели туберкулеза, а также обсуждены причины этого возрастания. Рассмотрены вопросы финансирования местных противотуберкулезных программ, недостаточного контроля за выполнением противотуберкулезных мероприятий, указано на необходимость проведения реорганизации, реструктуризации и реформирования противотуберкулезной службы в областях, в частности проведения оптимизации коечного фонда с учетом санаторных коек и приведения его в соответствие с количеством больных, нуждающихся в стационарном лечении.

THE PECULIARITIES OF TB PREVALENCE AND EVALUATION OF ANTITUBERCULOSIS MEASURES IN UKRAINE

Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnyk, S. O. Cherenko, V. G. Matuselych, I. O. Novozhylova

State Institution “F. G. Yanovsky National Institute of Phthisiology and Pulmonology NAMS Ukraine”, 03680 Kyiv

Presented is the dynamics of TB-related incidence and mortality in the oblasts of Ukraine within 2006–2012. The major problems with TB in Ukraine were shown to be an increase of incidence of chemoresistant TB, HIV/AIDS-associated/TB and their impact on epidemiological TB indicators; the reasons of such increase were discussed. The issues of financing for local TB programs, lack of control over implementation of antituberculosis measures were reviewed. The need for reorganization and restructuring TB service in the oblasts, such as optimization of hospital beds with regard to sanatorium beds and bringing them in line with the number of patients requiring hospitalization was emphasized.