"*Журнал НАМН України*", 2015, т. 21, № 2. — С. 221-227.

УДК 616-002.5:614.2

Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко*

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України", 03680 Київ
**Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при МОЗ України, 01601 Київ*

ОСНОВНІ ЗАСАДИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ І РЕФОРМУВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Запропоновані Основні засади оптимізації протитуберкульозних заходів і шляхи реформування протитуберкульозної служби в Україні. Основний акцент у реформуванні спрямований на збереження принципу диспансеризації хворих, а також на профілактику туберкульозу й своєчасне виявлення хворих з переважним їх амбулаторним лікуванням. Наведено мінімум найефективніших протитуберкульозних заходів, а також розрахунки оптимізації інфраструктури протитуберкульозної служби, зокрема скорочення стаціонарних ліжок і працевлаштування звільнених лікарів на посаді дільничних фтизіатрів. Рекомендовано повну незалежність протитуберкульозних установ і фінансування лікування хворого замість ліжкового фонду. Реформування запропоноване реалізувати протягом 3 років: на 1-му році у протитуберкульозних установах перейти на фінансування хворого замість фінансування ліжкового фонду і внести зміни до клінічного протоколу з туберкульозу до розробки нового клінічного протоколу, на 2-му році — оптимізувати і перепрофілювати санаторну мережу, на 3-му році — повністю завершити реформу.

Ключові слова: протитуберкульозні заходи, протитуберкульозна служба, реформування.

Для надання протитуберкульозної допомоги хворим на туберкульоз у колишньому СРСР функціонувала протитуберкульозна служба і вибудувана чітка інфраструктура протитуберкульозних закладів, яка координувала і дозволяла проводити усі протитуберкульозні заходи [4, 6, 19]. Залишки цієї системи й сьогодні є в Україні [13]. У високорозвинених західноєвропейських країнах з низькою захворюваністю на туберкульоз такої протитуберкульозної служби немає. Діагностикою і лікуванням хворих на туберкульоз займаються пульмонологи загальної медичної мережі [15, 17, 20]. Однак зазначені організаційні структури не вирішували проблем з туберкульозу, і у 90-х роках минулого століття ця недуга у більшості країн світу набула загрозливого поширення; й тому у 1993 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала туберкульоз "глобальною небезпекою для людства" [16]. Від цього часу для контролю за туберкульозом ВООЗ почала розробку стратегії ДОТС (*Directly Observed Treatment Short-course* — короткострокове лікування під безпосереднім медичним наглядом) [1], що впроваджена в Україні як Адаптована ДОТС-стратегія [5, 7]. Проте ця стратегія

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"
Ю. І. Фещенко — директор інституту, акад. НАМН України
В. М. Мельник — заступник директора з науково-організаційної та науково-методичної роботи, д.м.н., професор (melnyk@kieb.ua)

Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при МОЗ України
Л. В. Турченко — експерт-фтизіатр Комітету з регіональної політики, с.н.с., к.м.н.

© Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко, 2015.

призвела до збільшення кількості хворих на хіміорезистентний туберкульоз [11], для призупинення якого ВООЗ запровадила ДОТС-плюс стратегію [18], яка застосовується майже в усіх країнах світу, а в Україні втілена у Національній програмі боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 рр. [10]. Попри це у більшості країн, особливо з низьким рівнем життя, не вдалося взяти під контроль епідемію туберкульозу [8], тому ВООЗ для розширення діапазону протитуберкульозних заходів рекомендувала Стоп-ТБ-стратегію [21, 24, 25], яка в нашій країні реалізована у Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 рр. і Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 рр. [2, 3]. Завдяки Стоп-ТБ-стратегії відбувся перелом щодо епідемічної ситуації з туберкульозу, і захворюваність та смертність від цієї хвороби почали поступово знижуватися у багатьох країнах і в Україні [9, 14]. Проте не вдалося подолати зростання кількості хворих на хіміорезистентний туберкульоз [12] і невпинно зростала кількість хворих з ко-інфекцією: туберкульоз/ВІЛ/СНІД [10]. Ось чому після 2015 р. ВООЗ пропонує нову "Стратегію подолання туберкульозу" — "*End TB Strategy*" [22, 23], яку Україна ще має впровадити.

Отже, незважаючи на те, що в Україні для контролю за туберкульозом від 1999 р. запроваджений програмно-цільовий підхід реалізації протитуберкульозних заходів, впроваджені всі розробки ВООЗ, які адаптовані до українських реалій, і на цих засадах розроблені клінічні протоколи і стандарти, використовувався кредит Міжнародного банку реконструкції та розвитку, зміцнена інфраструктура протитуберкульозної служби, але епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні істотно не зрушилася. Так, якщо у 1995 р., коли була зареєстрована епідемія туберкульозу, захворюваність на туберкульоз становила 41,7 на 100 тис. населення, то в 2014 р. (без тимчасово окупованих територій) вона зросла до 59,5 на 100 тис. населення, або на 42,7 %. Помітно зростає кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз, на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІДу, водночас погіршується ефективність лікування хворих, зокрема ефективність лікування мазок-позитивних хворих на вперше діагностований туберкульоз становить лише 54,4 % при летальності 13,4 %, а при невдалому лікуванні — 22,8 %, тоді як за рекомендаціями ВООЗ для контролювання ситуації з туберкульозу ефективність лікування бактеріовиділювачів має становити 85,0 % [9]. Це свідчить про неефективність проведення протитуберкульозних заходів і діяльності протитуберкульозної служби, які потребують оптимізації та реформування, що стало підставою для розробки основних засад оптимізації протитуберкульозних заходів і реформування протитуберкульозної служби в Україні (далі — Основні засади).

Основні засади оптимізації протитуберкульозних заходів

Лікування хворих. За розрахунковими критеріями ВООЗ, вилікування 85,0 % хворих на туберкульоз з бактеріовиділенням зменшує резервуар туберкульозної інфекції через розрив епідеміологічного ланцюга і є основним методом профілактики цього захворювання, тоді як в Україні цей показник становить 54,4 %, частка втраченої ефективності лікування — (30,5 ± 1,2) %. Чинний "Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим на туберкульоз" (далі — Клінічний протокол) потребує перегляду щодо таких організаційних аспектів. При необхідності проводити інше (в т. ч. індивідуальне) лікування або продовжити його поза протоколом до повного вилікування лікар має провести консиліум (не менше 3 фахівців) і оформити режим лікування відповідним чином. Перед початком лікування з хворим укладається угода з передбаченою відповідальністю обох сторін — лікаря і хворого. Антимікобактеріальна терапія проводиться під безпосереднім керівництвом лікаря-фтизіатра. За кожним хворим має бути закріплений куратор.

Інтенсивна фаза основного курсу антимікобактеріальної терапії хворих-бактеріовиділювачів проводиться у стаціонарі протитуберкульозного закладу, в т. ч. санаторного, до припинення бактеріовиділення. Виписку бактеріовиділювача із стаціонару лікуючий лікар оформляє через консиліум. Хворі без бактеріовиділення, в т. ч. які отримують лікування у підтримуючій фазі, можуть лікуватися амбулаторно або в денному стаціонарі, або вдома, або санаторно залежно від епідеміологічної небезпеки та соціального статусу хворого, від тяжкості захворювання, епідемічної небезпеки. Для організації амбулаторного лікування надається соціальна підтримка хворим на туберкульоз, яка мотивує їх до дотримання контрольованого режиму лікування та його ефективності.

За умов збереження бактеріовиділення і/або деструкції після інтенсивної фази лікування обов'язкова консультація фтизіохірурга з метою можливого хірургічного лікування хворого.

Критеріями ефективності вилікування хворого на туберкульоз слід вважати припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду, досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації, під-

твердженої в динаміці (упродовж не менше 2 послідовних обстежень).

Виявлення і діагностика туберкульозу. За розрахунковими критеріями ВООЗ [9], для впливу на епідемічну ситуацію з туберкульозу слід досягти виявлення не менше 70,0 % бактеріовиділювачів серед всіх вперше зареєстрованих хворих на туберкульоз легень. В Україні цей показник становить 55,5 % і свідчить про недовиявлення хворих на заразні форми туберкульозу, тому чинний Клінічний протокол має зазнати таких змін і уточнень.

Виявленням і діагностикою туберкульозу займається загальна медична мережа, фахівці якої направляють до фтизіатра хворих на туберкульоз та з підозрою на туберкульоз. Підтвердженням діагнозу туберкульозу займається протитуберкульозна служба.

Виявлення і діагностика туберкульозу проводяться при звертанні за медичною допомогою, а також при активному обстеженні населення, насамперед в групах підвищеного ризику туберкульозу, які визначаються окремо у кожній адміністративній території залежно від її медико-соціальних й економічних особливостей. В обох випадках застосовують методи променевої діагностики, мікроскопії мазка мокротиння, а у дітей ще й метод суцільної туберкулінодіагностики.

Для встановлення і верифікації клінічного діагнозу туберкульозу використовують й інші методи на розсуд лікаря та з урахуванням можливостей лікувально-профілактичного закладу. Діагноз туберкульозу має бути підтверджений мікробіологічно або гістологічно, а в окремих випадках — клініко-рентгенологічно.

Профілактика туберкульозу. Для захисту дітей від розвитку локальних, ускладнених та розповсюджених форм туберкульозу є специфічна імунопрофілактика вакциною БЦЖ. Імунізацію здійснює загальна медична мережа. Вакцинація БЦЖ є обов'язковою для новонароджених, а ревакцинація — в 7-річному віці у туберкулінонегативних дітей.

Хіміопрофілактику туберкульозу застосовують в осіб з віражем та з гіперергічною реакцією на туберкулін, у контактних дітей і підлітків з хворими-бактеріовиділювачами, а також у ВІЛ-інфікованих. Для профілактики нозокоміального туберкульозу слід налагодити інфекційний контроль у лікувально-профілактичних закладах.

Диспансеризація хворих. Всі хворі на туберкульоз потребують диспансерного нагляду. Необхідно переглянути диспансерні групи, обсяги їх обстеження, лікування та профілактики. У диспансерній тактиці важливе значення має отримати контрольоване лікування хворих на всіх його етапах, моніторинг й оцінка протитуберкульозних заходів, кураторські візити, формування реєстру хворих, контроль за інфекційним контролем, рентабельністю та ефективністю протитуберкульозних заходів.

Таким чином, наведений мінімум проведення протитуберкульозних заходів дозволить досягти виявлення не менше 70,0 % бактеріовиділювачів, з них вилікування 85,0 % хворих поліпшить контроль за поширенням хіміорезистентного туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД.

Основні засади реформування протитуберкульозної служби

Першочергові загальні підходи. Для ефективного реформування протитуберкульозної служби першочергово мають бути:

- політична воля Уряду і місцевих органів виконавчої влади щодо визнання туберкульозу невідкладною складовою своєї політики і реформування протитуберкульозної служби;
- інтеграція діяльності протитуберкульозної служби із загальною медичною мережею, центрами СНІДу, службами міграції, внутрішніх справ, виконання покарань, ветеринарної служби тощо у спільному проведенні протитуберкульозних заходів;
- урахування прогнозу щодо ситуації з туберкульозу при реформуванні протитуберкульозної служби;
- збереження цілісності реформованої протитуберкульозної служби до досягнення показника захворюваності на туберкульоз менше 20 на 100 тис. населення;
- надання повної фінансової та функціональної самостійності протитуберкульозним закладам, управління якими має здійснювати рада директорів під контролем громадських організацій;
- формування персональних кошторисів для кожного хворого замість фінансування ліжкового фонду у протитуберкульозних закладах;
- передання флюорографічних центрів з їх матеріально-технічною базою загальній медичній мережі;
- залучення громадських організацій для контролю за функціонуванням протитуберкульозних закладів та виконанням протитуберкульозних заходів у відповідності до національних і регіональних програм.

Ліжковий фонд. В Україні у 142 протитуберкульозних диспансерах і лікарнях 20 679 ліжок, у 89 туберкульозних санаторіях є 12 128 ліжок, разом — 32 807 ліжок. На утримання ліжкового фонду (без

врахування зарплати співробітників) витрачається 70,0 % всіх коштів, що виділяються на протитуберкульозну службу. Нині весь ліжковий фонд використовується недоцільно, зокрема так:

- співвідношення кількості ліжок у протитуберкульозних диспансерах і санаторіях до кількості хворих, які потребують стаціонарного лікування та діагностики трудних випадків, становить в середньому до 2 хворих на 1 ліжко на рік (без відомчих протитуберкульозних ліжок), тоді як бактеріовиділювачі без мультирезистентності мають лікуватися в стаціонарі близько 3 міс, а з мультирезистентністю — майже 6 міс;
- сучасні можливості контрольованого амбулаторного лікування хворих без бактеріовиділення не поступаються ефективності їх лікування у стаціонарі;
- туберкульозні санаторії, як правило, не госпіталізують хворих на активний туберкульоз, які потребують основного курсу антимікобактеріальної терапії.

Це і є підставою для реструктуризації ліжкового фонду протитуберкульозних диспансерів та санаторіїв. Весь ліжковий фонд слід умовно розподілити на госпітальні та соціальні ліжка.

На госпітальних ліжках необхідно лікувати хворих на вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням, а також з поширеним процесом (I категорія), у минулому лікованих хворих (II категорія) та хворих з первинною і вторинною мультирезистентністю та розширеною резистентністю (IV категорія), а також деяких хворих без бактеріовиділення із супутньою патологією (III категорія).

На соціальних ліжках (у хоспісах чи палатах паліативної терапії) слід лікувати хворих, яких потрібно ізолювати чи лікувати пожиттєво.

Відповідно до сучасних досягнень фтизіатричної науки стаціонарне лікування у протитуберкульозних закладах показане: 1) хворим на вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням; 2) хворим з рецидивом туберкульозу, більшість з яких з бактеріовиділенням, резистентністю та тяжкохворі; 3) невдало лікованим хворим та пацієнтам з перерваним лікуванням; 4) хворим на мультирезистентний та розширенорезистентний туберкульоз; 5) тяжким хворим з ко-інфекцією туберкульозу/ВІЛ/СНІД. Усі хворі, що зареєстровані в Україні, протягом 2013 р. могли б бути проліковані на 14 420 ліжках у протитуберкульозних закладах, а вони разом з іншими не показаними хворими лікувалися в протитуберкульозних закладах на 20 679 ліжках. Звідси випливає, що в Україні потрібно скоротити 6259 ліжок.

Фтизіохірургічні відділення. В Україні проведено 2786 фтизіохірургічних втручань, це близько одного на тиждень, причому більшість нерезекційних операцій. Є області, де проведено 21 операцію за рік. Через те слід реорганізувати мережу фтизіохірургічних відділень залежно від їх навантаження, а для інтенсифікації їх роботи слід створити міжобласні фтизіохірургічні відділення. На базі нерентабельних і ліквідованих фтизіохірургічних відділень бажано створити палату інтенсивної терапії і хірургічний кабінет для проведення біопсій, лікування емпієм плеври тощо.

За умов передопераційної підготовки і післяопераційного лікування у фтизіатричних відділеннях на одному фтизіохірургічному ліжку протягом року мають лікуватися 10 оперованих хворих. Якщо фтизіохірургічне ліжко не виконує такого навантаження (10 оперованих/рік), то повинні бути скорочені або фтизіохірургічні ліжка, або відділення.

Розрахункова потреба у фтизіохірургічному лікуванні — 8,4 % від 27633 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, тобто 2321 торакальне втручання, яке в Україні можна виконати на 232 фтизіохірургічних ліжках, бо 2321 : 10 = 232.

Туберкульозні санаторії. У більшості туберкульозних санаторіїв незадовільні санітарно-гігієнічні умови для перебування хворих. Вони беруть на лікування практично вилікуваних від туберкульозу хворих, раціональної реабілітації не проводять, через те нині лише 4666 (9,8 %) хворих від їх загальної кількості (47 613) лікувалися у 89 санаторіях на 12 077 ліжок, а для лікування всіх хворих на туберкульоз потрібно 14 420 ліжок, тобто нині майже всіх хворих на туберкульоз можна пролікувати на санаторних ліжках.

У туберкульозних санаторіях слід проводити повноцінний основний курс антимікобактеріальної терапії. Інші санаторії місцевого рівня слід перепрофілювати: 1) у хосписи, 2) у стаціонари для паліативного лікування, 3) для реабілітації хворих на туберкульоз.

Ті санаторії, у яких немає інфекційного контролю та відповідного матеріально-технічного забезпечення чи руйнуються їх будівлі, повинні здаватися в оренду (при необхідності з ремонтно-реконструкційними роботами) або бути ліквідовані. Вилучені від цього кошти мають залишатися за протитуберкульозною службою регіону для її потреб. Із санаторіями та їх ліжковим фондом слід визначитися у кожній адміністративній території індивідуально, працевлаштувавши всіх співробітників ліквідованих санаторіїв.

Кадрове забезпечення. Зіставляючи кількість хворих на активний туберкульоз, яким показане лікування, з кількістю фтизіатрів, виявляється їх

диспропорція. На одного фтизіатра у стаціонарі передбачено 30 хворих, тобто 30 ліжок. Розрахункова потреба становить 14420 ліжок. Для них потрібно 625 фтизіатрів стаціонару разом із завідуючими відділеннями, звільненими від ведення хворих. Однак вважаємо за доцільне переглянути навантаження на фтизіатра на 1 ліжко: у звичайному фтизіатричному відділенні — 25 ліжок на 1 фтизіатра, у відділенні на мультирезистентний туберкульоз та ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ/СНІД — 15 ліжок на 1 фтизіатра. Це зумовлено тяжкістю і поширеністю туберкульозного процесу.

При переході в основному на амбулаторне лікування хворих на туберкульоз потрібно 2599 дільничних фтизіатрів разом із завідуючими диспансерними відділеннями.

Штатна потреба усіх фтизіатрів становить 625 фтизіатрів стаціонару, 2599 дільничних фтизіатрів, разом — 3224 фтизіатри із відповідними завідуючими. В Україні було 3372 штатних посад і 2681 фізичних осіб фтизіатрів; підлягає скороченню 148 штатних посад. Деякі лікарі зі стаціонарів можуть бути пропоновані на посади дільничних фтизіатрів.

Керівників протитуберкульозної служби слід обирати за конкурсом на 5 років (не більше 2-х каденцій, бо доведено, що триваліше перебування на посаді не приносить жодних нових пропозицій) за участю профільних регіональних асоціацій фтизіатрів та громадських організацій із заслуховуванням їх звітів про роботу.

Інформаційне забезпечення. Більше уваги слід приділяти підвищенню санітарної грамотності населення і хворих на туберкульоз. Для цього слід інтегрувати співпрацю протитуберкульозної служби із закладами центрів здоров'я, товариства Червоного Хреста, засобів масової інформації, суспільних та міжнародних організацій.

Наукові дослідження мають базуватися на вивченні епідемічних тенденцій туберкульозу (в т. ч. хіміорезистентного і ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ/СНІД, інфікованості мікобактеріями в країні та її регіонах), розробці технологій виявлення, діагностики, лікування і профілактики туберкульозу, а також організаційних форм і методів щодо протитуберкульозних заходів.

Фінансування. Оскільки від 2000 р. жодного разу антимікобактеріальні препарати не були вчасно закуплені за державні кошти й щороку були перерви у лікуванні хворих на туберкульоз, що сприяло формуванню хіміорезистентності, то доцільно з Державного бюджету надати субвенції протитуберкульозним закладам для закупівлі антимікобактеріальних препаратів, вакцини БЦЖ, туберкуліну тощо, а також передбачати їх державне замовлення.

Бюджет протитуберкульозного закладу може формуватися із субвенцій Державного бюджету, місцевого бюджету, цільових коштів на загальнодержавні й регіональні протитуберкульозні програми, коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування; коштів, отриманих від реформування протитуберкульозної служби, надання платних медичних послуг; коштів накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, коштів лікарняних кас, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

Із зазначених джерел фінансування формується індивідуальний бюджет на кожного хворого на туберкульоз, який витрачається там, де він лікується. Фінансування й реалізацію протитуберкульозних заходів слід здійснювати за програмно-цільовим принципом. Невикористані в кінці року асигнування не ліквідовуються, а можуть витрачатися у наступному бюджетному році.

Висновки

Запропоновані Основні засади включають найефективніший мінімум реалізації протитуберкульозних заходів. Вони не передбачають скорочення лікарів-фтизіатрів і ліквідації протитуберкульозної служби, за якою мають зберігатися принцип диспансеризації всіх хворих на туберкульоз і програмно-цільовий підхід фінансування і реалізації протитуберкульозних заходів. Доцільне скорочення стаціонарних, у т. ч. фтизіохірургічних ліжок, оптимізація мережі туберкульозних санаторіїв і їх ліжкового фонду, перепрофілювання їх на хосписи й відділення для паліативного лікування хворих на туберкульоз. Передбачено працевлаштування звільнених лікарів на посади дільничних фтизіатрів. Рекомендовано повну незалежність протитуберкульозних установ і фінансування хворого замість ліжок. На цих засадах слід напрацювати нормативно-правові документи та розробити новий клінічний протокол щодо туберкульозу. Протитуберкульозна служба може бути ліквідована при захворюваності на туберкульоз менше 20 на 100 тис. населення.

Реформування слід проводити протягом трьох річних етапів: на 1-му етапі оптимізувати ліжковий фонд протитуберкульозних закладів, перейти на фінансування хворого на туберкульоз замість фінансування ліжок та внести зміни Клінічного протоколу до розробки нового клінічного протоколу; на 2-му етапі — оптимізувати і перепрофілювати санаторну мережу; на 3-му етапі — цілковито впровадити ці Основні засади.

Список використаної літератури

1. *Аплекар М., Гжемска М., Оттмани С.* Расширенная программа DOTS по борьбе с туберкулезом. — Женева: ВОЗ, 2001. — 29 с.
2. *Реализация* стратегии ВОЗ "Остановить туберкулез": справочник для национальных программ борьбы с туберкулезом. — Женева: ВОЗ, 2009. — 210 с.
3. *Загальнодержавна* програма протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках, затверджена Законом України "Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках" від 8 лютого 2007 року № 648-V.
4. *Загальнодержавна* цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки, затверджена Законом України "Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки" від 16 жовтня 2012 року № 5451-VI.
5. *Княжецкий С. М., Мигдалович Б. М.* Сборник руководящих материалов по противотуберкулезной работе. — Л.: Медицина, 1977. — 488 с.
6. *Колесник А. В., Тимченко О. Б.* Два взгляда на ДОТС-стратегию ВОЗ по борьбе с туберкулезом // Укр. пульмонол. журн. — 2005. — № 2. — С. 28-32.
7. *Туберкульоз* в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2003-2013 роки. — Київ: МОЗ України, 2014. — 125 с.
8. *Мошнега А., Юрасова Е., Залескис Р., Якубовьяк В.* Системы здравоохранения стран бывшего СССР в борьбе с туберкулезом: задачи и перспективы // Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний: Опыт Европы и Латинской Америки. — Копенгаген: ВОЗ, 2009. — С. 181-204.
9. *Наказ* МОЗ України від 15 листопада 2005 р. № 610 "Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії".
10. *Національна* програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки, затверджена Указом Президента України "Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки" від 20 серпня 2001 року № 643/2001.
11. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Контроль за туберкульозом в умовах Адаптованої ДОТС-стратегії. — К.: Медицина, 2007. — 480 с.
12. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Матусевич В. Г.* та ін. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006-2010 рр. // Укр. пульмонол. журн. — 2011. — № 4. — С. 5-10.
13. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Організація протитуберкульозної допомоги населенню: сучасні підходи. — К.: Здоров'я, 2012. — 656 с.
14. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Організація контролю за хіміорезистентним туберкульозом. — К.: Здоров'я, 2013. — 704 с.
15. *Bergström K.* Training for better TB control. Human resource development for TB control: A strategic approach within country support. — Geneva: WHO, 2002. — 14 p.
16. *Dolin P. J.* A review of curent epidemiological data and estimation of future tuberculosis incidence and mortality. — Geneva: WHO, 1993. — 35 p.
17. *Enarson D. A., Rieder H. L., Arnadottir Th., Trebucq A.* Tuberculosis guide: For low income countries: 4th ed. — Paris, 1996. — 64 p.
18. *Gupta R., Arnadottir T.* Quidelines for establishing DOTS-plus pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). — Geneva: WHO, 2000. — 95 p.
19. *Klimuk D., Hurevich H., Harries A.* et al. Tuberculosis in health care workers in Belarus // Public Health Action. — **4**, Suppl. 2. — P. 29-33.
20. *Long R.* Canadian tuberculosis standarts: 5th ed. — Toronto, 2000. — 253 p.
21. *Global* Plan to Stop TB. — Geneva: WHO, 2006. — 190 p.
22. *Global* strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. — WHO, Document EB134/12. — 21 January 2014. — 4 p.
23. *Global* strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015: Report by the Secretariat WHO's. — Document EB134/12. — 29 November 2013. — 23 p.
24. *Plan* to stop TB 2006-2015. — Geneva: WHO, 2006. — 96 p.
25. *The stop* TB strategy. — Geneva: WHO, 2006. — 21 p.

Одержано 20.02.2015

ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И РЕФОРМИРОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

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

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

Предложены основы оптимизации противотуберкулезных мероприятий и пути реформирования противотуберкулезной службы в Украине. Основной акцент в реформировании направлен на сохранение принципа диспансеризации больных, а также на профилактику туберкулеза и своевременное выявление больных с преобладающим их амбулаторным лечением. Приведены минимум наиболее эффективных противотуберкулезных мероприятий, а также расчеты оптимизации инфраструктуры противотуберкулезной службы, в частности сокращение стационарных коек и тру-

доустройство освобожденных врачей на должности участковых фтизиатров. Рекомендованы полная независимость противотуберкулезных учреждений и финансирование лечения больного вместо коечного фонда. Реформирование предложено реализовать в течение 3 лет: на 1-м году в противотуберкулезных учреждениях перейти на финансирование больного вместо финансирования коечного фонда и внести изменения в клинический протокол по туберкулезу для разработки нового клинического протокола; на 2-м году — оптимизировать и перепрофилировать санаторную сеть, на 3-м году — полностью завершить реформу.

PRINCIPLES OF OPTIMIZING ANTITUBERCULOSIS INTERVENTIONS AND REFORMING OF ANTITUBERCULOSIS SERVICE IN UKRAINE

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

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

Proposed is a framework for optimizing anti-TB activities and ways of reforming TB service in Ukraine. The main focus of reform is aimed at maintaining the principle of clinical examination of patients, as well as at TBs prevention and early detection of patients with subsequent predominant outpatient treatment. The most effective TB control measures, as well as calculations of optimization of TB services infrastructure, particularly the decrease of hospital bed capacity and employment for discharged doctors as district phthisiologists, are listed. The complete independence of TB control facilities and financing of treatment of patients rather than funding beds was recommended. Reform is proposed to be implemented within 3 years: year 1 — transfer to financing patient instead of beds in TB facilities, as well as introduction of changes in the clinical protocol for tuberculosis to develop new clinical protocol; year 2 — optimize and restructure sanatorium network; year 3 — completion of reform.