

тики туберкульозу, а також рівень санітарно-просвітницької роботи серед населення щодо попередження захворювання на туберкульоз.

Організаційною основою координованих міжвідомчих заходів щодо боротьби з туберкульозом в місті є міська цільова програма та аналогічні програми в районах. Фінансування цільової програми здійснюється з міського бюджету з першочерговим виділенням коштів на придбання протитуберкульозних препаратів, туберкуліну, вакцини БЦЖ та рентгенплівки.

Створюються передумови переходу від екстенсивних методів профілактики, раннього виявлення та лікування хворих до інтенсивних методів, а саме: відхід від масових суцільних профілактичних оглядів на туберкульоз до обстеження перш за все контингентів із груп ризику та осіб, які звертаються за медичною допомогою, удосконалення амбулаторного контрольованого лікування, впровадження сучасних режимів хіміотерапії і т.п.

Дуже важливою проблемою є недостатній рівень медичних знань та санітарної культури серед населення. Рішення

цієї проблеми необхідно проводити разом з закладами, які займаються пропагандою здорового способу життя та санітарної культури серед населення, створювати нові форми освіти населення з залученням радіо, телебачення, преси, відновленням видання брошур та пам'яток.

Удосконалення організації надання якісної спеціалізованої протитуберкульозної допомоги населенню повинна будуватися на основі визначення пріоритетних стратегічних напрямків з першочерговим покращенням роботи щодо профілактики, виявлення та лікування хворих на туберкульоз з повною їх фінансовою підтримкою.

Приділяється велика увага впровадженню сучасних технологій виявлення і лікування хворих на туберкульоз, співпраці з міжнародними та недержавними організаціями. Так, налагоджені ділові контакти співробітництва з ВООЗ, Світовим банком, Євросоюзом, ООН, Міжнародною Федерацією Червоного Хреста та іншими неурядовими організаціями за різними пріоритетними напрямками спільного здійснення протитуберкульозних заходів.

УДК:616-002.5.008.0

**Р.М. Макомела, В.В. Загородній, В.Д. Юрченко, Л.В. Турченко, В.Л. Весельський, М.Г. Опанасенко, А.В. Щербина**

## **СТАН ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ В М. КИЄВІ**

*Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення, м. Київ*

На початку 90-х років стався переломний період у епідемічній ситуації з туберкульозу: замість щорічного зниження захворюваності розпочалося її зростання. Епідемічний процес в світі і Україні вплинув і на ситуацію з туберкульозу в м. Києві.

На сьогодні в м. Києві на диспансерному обліку в протитуберкульозних закладах міста перебуває 21 875 пацієнтів, з яких 4 087 — з активними формами туберкульозу та 1 415 бактеріовиділювачів.

Захворюваність киян за останні три роки стабілізувалася і становить 37,8 на 100 000 населення. В 2002 році в м. Києві виявлено 985 хворих, в т.ч. 503 бактеріовиділювача, 52 пацієнта з позалегеновим туберкульозом. В минулому році зареєстровано найбільш низький рівень захворюваності дітей — 3,3 на 100 000 дитячого населення. Захворіло 16 дітей, із яких не було жодної дитини з бактеріовиділенням. За 2001 р. було виявлено 994 хворих на туберкульоз, в т.ч. 515 бактеріовиділювачів, 50 осіб з позалегеновим туберкульозом, 26 дітей.

Основне значення в епідемічній ситуації з туберкульозу належить легеновим формам туберкульозу, питома вага позалегенових форм захворювання складає 15,9 %. Разом з цим, позалегеновий туберкульоз має велике соціально-економічне значення, тому що більш 40 % складають інваліди з туберкульозу позалегенової локалізації.

Лишається високою щорічна інфікованість дітей — 1,2 %. В 2002 році на обліку перебувало 4651 інфікована дитина, захворіло на туберкульоз протягом року 16 дітей, що менше, ніж у попередньому році.

Показник розповсюдженості туберкульозу має тенденцію до стабілізації. За останні три роки він несуттєво зменшився з 157,6 на 100 000 населення у 2000 році до 156,7 у 2002 р.. Кількість дітей хворих активними формами туберкульозу зменшилася на 13 дітей (з 74 в 2001 році до 61 — в 2002) і показник розповсюдженості серед дітей склав 12,6 на 100 000 дитячого населення. Серед дітей хворих на туберкульоз відсутні діти з бактеріовиділенням.

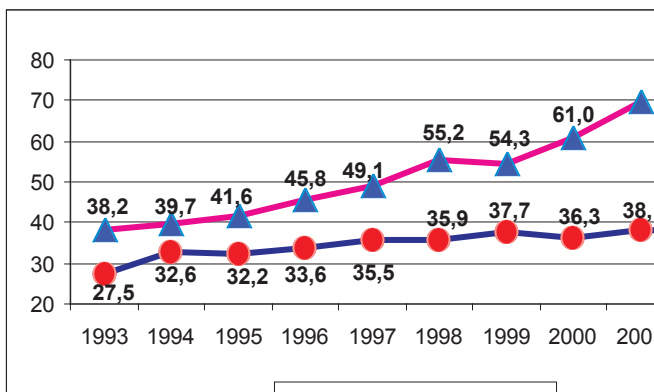
Протягом останніх трьох років показник смертності від туберкульозу також утримується на одному рівні (8,6–8,7 на 100 000 населення). Померло від туберкульозу в 2002 році 227 осіб, в т.ч. 80 (35,2 %) осіб без певного місця проживання, 43 (33,3 %) — до року спостереження і 10 померлих киян невідомих диспансеру. В 2001 р. — померло — 231, в т.ч. 96 (41,6 %) осіб без певного місця проживання, 27 (23,3 %) — до року спостереження і 7 — невідомих диспансеру.

Управління охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва постійно приділяє велику увагу розробці, впровадженню та удосконаленню нових організаційних форм і методів профілактики, виявлення, діагностики, лікування та диспансеризації хворих на туберкульоз. Ці питання регулярно заслуховуються на колегіях та численних апаратних нарадах (більше 10 разів на рік).

З урахуванням соціально-економічних умов, фінансових можливостей та на основі вивчення і прогнозування епідемічної ситуації в місті були визначені першочергові стратегічні напрямки боротьби з туберкульозом: профілактики, виявлення та лікування цього недугу.

За останні 10 років показники вакцинації новонароджених характеризуються незначними коливаннями, високий рівень перинатальної патології не дає змоги досягти нормативного показника — 95 %. Однак, за допомогою додаткового охоплення вакцинацією БЦЖ дітей першого року життя в поліклініках даний показник дорівнює 97–98 %. Існує тенденція до зниження охоплення дітей ревакцинацією БЦЖ у зв'язку з збільшенням кількості тубінфікованих дітей.

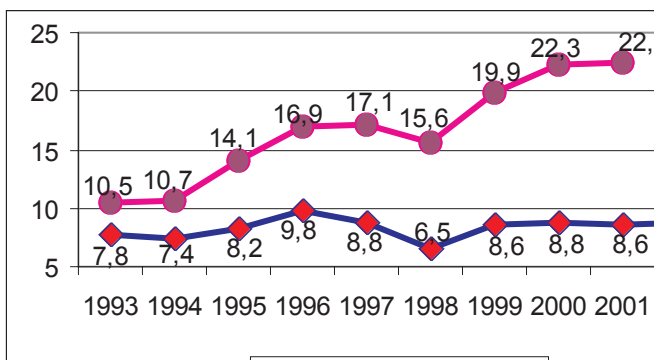
Прийняття комплексних заходів з активізації проведення профілактичних оглядів та своєчасної діагностики туберкульозу сприяли збільшенню показника профілактичних оглядів. За останні три роки показник на 1000 населення всіх профілактичних оглядів на туберкульоз становив в 2000 р. — 624 (в Україні — 528), в 2001 р. — 590 (в Україні — 554), в 2002 р. — 520, в тому числі: профілактичні флюорографічні огляди відповідно становили 526, 524, 527 (в Україні 424, 483); туберкулінодіагностика в останні три роки відповідно становила 974, 956, 545 на 1 000 дитячого населення. На жаль, залишається високим показник несвоєчасного виявлення туберкульозу — 55 % і виявлення туберкульозу при профоглядах від 37 % до 45 % хворих.



**Мал. 1.** Динаміка показників захворюваності на туберкульоз за останні 10 років в м. Києві та Україні (на 100 000 населення).

В місті послідовно проводяться заходи щодо удосконалення системи виявлення туберкульозу. В лікувально-профілактичних закладах сформовані групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, прийняті заходи щодо залучення соціально-дезадаптованих груп до обов'язкових флюорооглядів.

Групи ризику щодо захворювання на туберкульоз за медичними показаннями складають 226944 осіб (10,2 % від населення). Флюорографічно обстежено 99 % осіб груп ризику



**Мал. 2.** Динаміка показників смертності від туберкульозу в м. Києві та Україні в 1993–2002 рр. (на 100 000 населення)

на туберкульоз за медичними показаннями. Результативність проведення профілактичних оглядів населення буде значно підвищена за умови поіменного обліку за допомогою АСУ.

Особлива увага в місті приділена виявленню туберкульозу серед соціально-дезадаптованих прошарків населення (особи, що повернулись з місць позбавлення волі, приймальників-розподільовачів, безпритульні, жебраки, біженці, мігранти, громадяни, що звернулися за наданням соціально-побутової допомоги, в центр зайнятості та за набуттям статусу громадянства). Згідно Розпорядження КМДА від 26.02.98 р. № 394 "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню туберкульозу серед населення міста" була організована та впорядкована робота з виявлення туберкульозу серед соціально-дезадаптованих контингентів населення. В 2002 р. профілактичними флюорооглядами за даними служби зайнятості охоплено 8 514 осіб і виявлено 18 випадків туберкульозу. В приймальниках-розподільовачах виявлено 56 випадків захворювання із 1 664 обстежених осіб, із 17 мігрантів виявлено 3 випадки туберкульозу, серед осіб, які повернулись з місць позбавлення волі (1 745), було проведено 1 571

профілактичне флюорообстеження і виявлено 66 випадків захворювання. В цілому серед соціально-дезадаптованих контингентів у 2002 році було виявлено 167 випадків туберкульозу.

Проведені обстеження дозволили зробити висновок, що частота виявлення туберкульозу серед цих контингентів в десятки разів перевищує показники виявлення туберкульозу серед загального населення.

В протитуберкульозні заклади міста у минулому році за спеціалізованою медичною допомогою звернулися 397 осіб без певного місця проживання, 252 іногородніх жителів та 14 мігрантів. В стаціонарах міста було проліковано 337 осіб без певного місця проживання, 199 іногородніх мешканців та 4 мігрантів.

На сьогоднішній день в місті є невирішеною проблема створення притулку для осіб без певного місця проживання, куди вони могли б повертатися після проведеного курсу лікування туберкульозу.

Протягом останніх трьох років в лікувально-профілактичних закладах міста впроваджується метод бактеріоскопії з метою діагностики туберкульозу у хворих, які звертаються за медичною допомогою в лікувальні заклади (за медичними показаннями). Так, у лікувально-профілактичних закладах при дослідженні 28 054 мазків харкотиння методом мікроскопії у 144 випадках були виявлені мікобактерії туберкульозу, що склало 0,5 % (або 5,0 на 1000 обстежених).

За останні два роки методом мікроскопії мазка виявлено стільки хворих бацилярним туберкульозом скільки і флюорографічними профоглядами, але вартість виявлення першим методом майже в 60 разів менша відносно флюорографічного методу.

Збільшення кількості населення, охопленого профілактичними оглядами, повинно було сприяти більш повному виявленню захворювання та зростанню показників захворюваності, але збільшення питомої ваги хворих, виявлених під час профоглядів не сталося, зберігається високий рівень деструктивних форм туберкульозу серед вперше захворілих. Це обґрунтовує доцільність проведення щорічних флюорооглядів населення із груп з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз і групи соціально-дезадаптованих осіб. Крім того, потребує вирішення питання налагодження персонального обліку осіб, що проходять огляд.

Організація і виконання основних принципів лікування туберкульозу є найважливішою умовою припинення розповсюдження інфекції та попередженні розвитку полірезистентного і хронічного туберкульозу.

В минулому році протитуберкульозна служба міста була в достатній кількості забезпечена основними протитуберкульозними препаратами, що дозволило, в свою чергу, утримувати показники ефективності лікування хворих кращими порівняно з середніми по країні. Відсоток загоєння каверн у 2002 р. склав 77,9 %, припинення бактеріовиділення — 90,1 %.

Епідемічна ситуація ускладнюється різким зростанням первинної стійкості МБТ до 26 % і вторинної до 70 %, що несе загрозу зниженню ефективності лікування і зростання хронічних форм вкрай небезпечних для оточуючих хворих і здорових. Для попередження розвитку полірезистентних форм туберкульозу необхідне обов'язкове залучення хворих на туберкульоз до лікування з дотриманням всіх принципів його.

Створення відділення для лікування хворих з полірезистентним туберкульозом буде першим кроком у вирішенні цієї проблеми.

Таким чином, можна зробити висновок, що повноцінне та результативне проведення всього комплексу заходів по боротьбі з туберкульозом можливе лише при тісній взаємодії з лікувально-профілактичними закладами загально-лікуваль-