

Чи готові ми до протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу? На жаль, не готові. В протитуберкульозній службі відсутнє сучасне обладнання для швидкого і точного визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до хіміопрепаратів, обладнання для діагностики ВІЛ/СНІДу, антиретровірусні препарати, засоби індивідуального захисту медичних працівників, відділення і лабораторії для виявлення, діагностики і лікування хворих на полірезистентний туберкульоз та хворих на туберкульоз і ВІЛ/СНІД, а також наявних, підготовлених для такої роботи медичних працівників.

Нас дуже занепокоюють кадри протитуберкульозних закладів. Біля 50 % лікарі фтизіатри пенсійного віку, причому серед пенсіонерів більше 60 % особи, яким за 70 років. Професія фтизіатра стала непривабливою, малооплатною і небезпечною для здоров'я.

Заробітна плата молодого фтизіатра після підвищення мінімальної заробітної плати на декілька гривень менше від ставки двірника чи прибиральниці. Підвищення заробітної плати без збільшення коштів на статті заробітної плати при-

мушують нас піднімати мінімальний рівень заробітної плати за рахунок фонду економії заробітної плати (не зайнятих посад лікарів фтизіатрів). Тобто нас лишили важливого заохочувального важеля — стимулювати роботу лікаря фтизіатра.

Лікарі фтизіатри соціально малозахищені, їм не надається житло, не виділяються кошти на індивідуальний захист, оздоровлення, до цього часу не виконується Указ Президента України про підвищення заробітної плати, вони працюють на застарілому медичному обладнанні, яке на 90 % підлягає списанню і захворюють в 40 разів частіше по відношенню до всього населення.

Порівняно з 1995 роком в 2002 році навантаження на лікарів та медичних сестер протитуберкульозних закладів зросло вдвічі, а штати за цей час зменшились серед лікарів на 21,5 % і серед медсестер — на 21 %.

В наслідок низької заробітної плати, високого ризику захворіти, застарілого медичного обладнання, професія фтизіатра стала непривабливою, малоперспективною та небезпечною захворіти на тяжкі форми туберкульозу.

УДК:616.24-002.5-084:355.257.6

М.П. Бойчак, С.С. Сімонов, Л.В. Веселовський, В.В. Дяченко, М.П. Султанов СТАН ФТИЗИАТРИЧНОЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ І ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ РОЗВИТКУ

Головний військовий клінічний госпіталь Міністерства Оборони України, м. Київ

Починаючи з початку 90-х років, в Збройних Силах України, як і загалом в Україні, спостерігається погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу. Так, за останні 10 років — з 1992 по 2002 роки — рівень захворюваності на туберкульоз збільшився серед офіцерського складу у 7,5 разів з 10 осіб на 100 000 у 1992 році до 75 осіб на 100 000 у 2002 році, а серед військовослужбовців строкової служби у 5 разів з 20 осіб на 100 000 у 1992 році до 102 осіб на 100 000 у 2002 році. Значно частіше виявляються занедбані форми туберкульозу з деструкцією та бактеріовиділенням. В різні роки в період з 1992 по 2002 бактеріовиділення у військовослужбовців спостерігається у 32 — 44 % від всіх військовослужбовців, що вперше захворіли на туберкульоз, а порожннини розпаду було зареєстровано у 22—31 %.

Таблиця 1

Клінічні форми туберкульозу органів дихання у військовослужбовців в 1999—2002 роках

Клінічні форми туберкульозу	Середні показники в %
первинний туберкульозний комплекс	3,0
туберкульоз внутрішньогрудних лімфовузлів	1,7
дисемінований туберкульоз	8,2
вогнищевий туберкульоз	17,6
інфільтративний туберкульоз	45,0
туберкулома	2,8
фіброзно-кавернозний туберкульоз	3,3
циротичний туберкульоз	1,0
плеврит	17,4

Підвищення захворюваності серед військовослужбовців пояснюється, в першу чергу, збільшенням рівня захворюваності серед населення України, особливими умовами, в яких перебувають військовослужбовці (декретовані колективи, присутність нервових та фізичних перевантажень, переохолодження під час виконання службових обов'язків) та неповноцінним фінансуванням з боку держави на виконання проти-

туберкульозних заходів.

Не зважаючи на існуючі труднощі, які мають місце при здійсненні протитуберкульозних заходів у Збройних Силах, Міністерством оборони України розроблений комплексний план заходів боротьби з туберкульозом у Збройних Силах у 2001—2004 роках, який затверджений Наказом Міністра оборони України від 23 жовтня 2000 року № 411. Головним військово-медичним управлінням Міністерства оборони України розроблені та видані у 2002 році "Методичні вказівки з організації та проведення протитуберкульозних заходів у Збройних Силах України".

Міністерством оборони України постійно приділяється увага щодо виконання вимог Закону України про боротьбу із захворюванням на туберкульоз та національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002—2005 роки та розробки і впровадження різних організаційних форм та методів профілактики, виявлення, лікування та динамічного спостереження хворих на туберкульоз військовослужбовців. Ці питання щороку розглядаються на колегіях Міністерства оборони України, на зборах керівного складу медичної служби Збройних Сил, висвітлюються в директивах начальника Генерального штабу Збройних Сил України, начальника ГВМУ Міністерства оборони України, інформаційних листах тощо.

З урахуваннями соціально-економічних умов, в яких перебувають Збройні Сили України, недостатнього фінансування, слабкої матеріально-технічної бази медичної служби розроблені стратегічні напрямки боротьби з туберкульозом у військах, а саме: профілактика туберкульозу, своєчасне його виявлення, лікування, динамічне спостереження.

З метою запобігання призову на військову службу хворих на туберкульоз осіб, схильних до захворювання на туберкульоз чи тих, які вже лікувались, за приводу цього проводяться медичні обстеження та огляди призовного контингенту медичними комісіями при військкоматах, а в подальшому при прибутті у військову частину, далі один раз на рік.

Особи з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз серед молодого поповнення заносяться в поіменний реєстр, який передбачений в кожній військовій частині.

Для своєчасного виявлення хворих на туберкульоз військовослужбовців використовуються два основних методи: це

Таблиця 2

Захворюваність на туберкульоз у ЗС України (на 100 000 осіб)

Контингенти	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Офіцерський склад	10	20	20	40	50	40	40	40	50	50	75
Військовослужбовці строкової служби	20	30	70	40	70	70	60	40	70	110	102

флюорографічний та дослідження харкотиння на присутність мікобактерій туберкульозу.

Флюорографічні обстеження здійснюються за допомогою пересувних рентгенологічних кабінетів. Перехід на нові технології променевої діагностики шляхом впровадження комп'ютерних малодозованих цифрових рентгенапаратів неможливий через недостатнє фінансування.

Починаючи з 1998 року активізована робота щодо виявлення туберкульозу шляхом застосування мікробіологічної діагностики харкотиння хворих з підозрою на туберкульоз. Вона проводиться в усіх медичних закладах МО України шатними лікарями-лаборантами.

У разі погіршення епідемічної ситуації щодо захворювання на туберкульоз у окремих військових частинах, чи при виявленні хворого на активний туберкульоз, за рішенням відповідальних начальників проводяться позачергові профілактичні медичні огляди військовослужбовців з обов'язковим флюорографічним обстеженням та дослідженням харкотиння на МБТ.

Військовослужбовці, які перебували в тісному контакті з хворим на туберкульоз, а також хворі на туберкульоз із затихаючим процесом, підлягають обов'язковій хіміопрофілактиці.

Одним із основних етапів протитуберкульозних заходів є лікування хворих на туберкульоз.

В Збройних Силах України застосовується триетапна система лікування — стаціонарне, санаторно-курортне (терміном від одного до трьох місяців) та амбулаторне.

Фтизіатрична служба Міністерства оборони України представлена 5 туберкульозними відділеннями військових госпіталів загальною ліжковою місткістю 160 розгорнутих ліжок і Алупкінським військовим клінічним санаторієм на 50 ліжок для хворих на туберкульоз. На всіх етапах лікування впроваджені стандартизовані короткострокові контрольовані режими хіміотерапії, рекомендовані Міністерством охорони здоров'я України.

Через відсутність централізованого згідно Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" постачання протитуберкульозних препаратів до Міністерства оборони України з боку держави, виникають тимчасові перебої в забезпеченні протитуберкульозними засобами хворих на туберкульоз військовослужбовців.

Через недостатнє фінансування Алупкінського військового клінічного санаторію виникають труднощі в його утриманні — що призводить до перебоїв у лікуванні хворих на туберкульоз військовослужбовців та зменшення його термінів.

Всі хворі на туберкульоз військовослужбовці строкової служби після завершення стаціонарного та санаторно-курортного курсу лікування за рішенням військово-лікарської комісії звільняються з лав Збройних Сил України і їм продовжується амбулаторне лікування та диспансерне спостереження за місцем проживання.

Офіцери, військовослужбовці за контрактом після завершення стаціонарного та санаторно-курортного лікування перебувають під динамічним спостереженням протягом 3—5 років, а не придатні до військової служби звільняються з лав Збройних Сил України і перебувають під диспансерним спостереженням у фтизіатра за місцем проживання.

На підставі Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз", а саме розділу V — "Права і соціальний захист працівників протитуберкульозних закладів", Міністерство оборони України забезпечило працівників протитуберкульозних закладів, які надають медичну допомогу хворим на активні форми туберкульозу чи працюють із живим збудником туберкульозу, або матеріалами, що їх містять, щорічним санаторно-курортним лікуванням та відпусткою три-

валістю 36 календарних днів, а тих, які захворіли на туберкульоз внаслідок виконання службових обов'язків — щорічним санаторно-курортним лікуванням в спеціалізованих санаторіях, та щорічною відпусткою тривалістю 45 календарних днів з використанням її у зручний для них час.

З метою покращення виконання протитуберкульозних заходів у Збройних Силах України, відповідно до Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" та Указу Президента України "Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002—2005 роки" необхідно вирішити наступні питання:

забезпечити стабільне цільове фінансування для здійснення протитуберкульозних заходів у Збройних Силах України;

забезпечити Державну централізовану закупівлю протитуберкульозних препаратів для лікування хворих на туберкульоз та здійснення хіміотерапії;

вирішити питання щодо забезпечення фінансування Алупкінського військового клінічного санаторію, як обов'язкового етапу у лікуванні хворих на туберкульоз військовослужбовців;

розробити разом з Міністерством охорони здоров'я України та впровадити звітно-облікові форми, адаптовані до міжнародних стандартів.

Разом з Міністерством Охорони Здоров'я України удосконалити роботу призовних комісій з метою запобігання призову на військову службу осіб, хворих на туберкульоз, та тих, які перебувають в групі підвищеного ризику захворювання на туберкульоз;

покращити своєчасне виявлення хворих на туберкульоз військовослужбовців шляхом підвищення кваліфікації та фтизіатричної настороги лікарів амбулаторної ланки, підвищити рівень матеріально-технічної бази медичної служби Збройних Сил України, а саме: оновити парк пересувних рентгенологічних кабінетів, поповнити його сучасними малодозованими флюорографами.

Хвороби органів дихання в структурі захворюваності військовослужбовців стабільно займають перше місце. Рівень захворюваності хворобами цього класу в 2002 році такий: серед військовослужбовців строкової служби — 524 на 1000 осіб, офіцерів та військовослужбовців за контрактом — 376,6 на 1000 осіб. В структурі захворюваності переважали гострі респіраторно-вірусні інфекції: 71,9 %, або 376,9 на 1000 осіб рядового складу та 84,8 %, або 319,5 на 1000 осіб офіцерського складу. На другому місці знаходився гострий бронхіт з рівнем захворюваності 49,2 на 1000 осіб серед військовослужбовців строкової служби та 22,5 серед офіцерів, в структурі захворюваності за класом відповідно 9,4 % та 6,0 %. Пневмонія займала третє місце, в структурі захворюваності за класом у солдатів — 5,6 %, у офіцерів — 1,5 %, з рівнем захворюваності відповідно 29,1 на 1000 осіб та 5,6 на 1000 осіб особового складу.

Захворюваність на пневмонію офіцерів залишається стабільною протягом останніх років (4,5—5,6 на 1000 осіб) та суттєво не відрізняється від аналогічного показника серед цивільного населення — за даними Ю.І. Фещенка (2001), захворюваність на пневмонію цивільного населення в 2000 р. в Україні становила 4,4 на 1000 осіб. Захворюваність на пневмонію військовослужбовців строкової служби є стабільно високою (21,3—30,7 на 1000 осіб особового складу). Цьому сприяють умови проживання військовослужбовців (скупчене розміщення в казармі, що полегшує передачу збудників), адаптаційний стрес зі зломом звичного стереотипу життя та харчування, епідемічний чинник "перемішування" збудників. Особливу занепокоєність викликає те, що протягом останніх

років спостерігається тенденція до підвищення захворюваності на пневмонію вказаного контингенту військовослужбовців, що найвірогідніше пов'язано із загальним погіршенням стану здоров'я призовного контингенту (рис. 1)

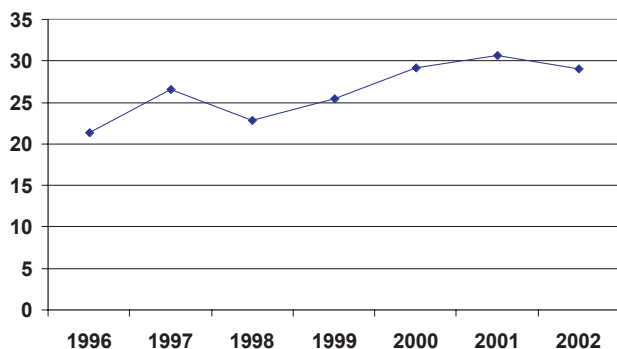


Рис. 1. Динаміка захворюваності на пневмонію військовослужбовців строкової служби Збройних сил України

За останні роки в Збройних силах України зареєстровані лише поодинокі випадки смерті від пневмонії діючих військовослужбовців (в 1997 та 1998 рр. — по 1 випадку, в 1999 р. — 2 випадки, в 2000–2002 рр. таких випадків не було).

Рівень захворюваності військовослужбовців неспецифічними хворобами легень в 2002 році такий: рядового складу — 3,3 на 1000 осіб, офіцерів — 3,6 на 1000 осіб.

Викликає занепокоєння той факт, що в Збройні Сили України потрапляє значна кількість призовників, хворих на бронхіальну астму. В середньому за рік в пульмонологічному відділенні Головного військового клінічного госпіталю обсте-

жуються, лікуються та проходять військово-лікарську комісію для звільнення з лав Збройних сил 10 військовослужбовців з бронхіальною астмою, причому у 8 з них, як правило, діагноз бронхіальної астми може бути встановлений до призову за умови виконання вимог Наказу № 311 МОЗ 1999 р. — детального обстеження — вивчення анамнезу життя та проведення дихальних тестів з інгаляційними бронхолітиками або провокаційних тестів з ацетилхоліном, метахоліном чи гістаміном.

За останні роки в Головному військовому клінічному госпіталі МО України проведена значна робота з удосконалення пульмонологічної допомоги військовослужбовцям. Створена клініка пульмонології до складу якої входять пульмонологічне, фтизіатричне відділення та відділення торакальної хірургії. Впроваджені в роботу клініки положення Наказу Міністра охорони здоров'я України № 311. 30 грудня 1999 р. "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим", в поліклініці введено штатну посаду пульмонолога, налагоджено консультативну допомогу та диспансерне спостереження пацієнтів з хронічними неспецифічними захворюваннями легень, що значно знизило показники госпіталізації хворих (так, в середині 90-х рр. на стаціонарне лікування в ГВКЛ щороку надходило 500–600 хворих з хронічними неспецифічними захворюваннями легень, за 2000–2002 рр. їх кількість скоротилась в 4 рази — до 150–130 на рік). В клініці пульмонології переважна більшість лікарів оволоділи ендоскопічними та функціональними методами досліджень, у відділенні торакальної хірургії широко застосовується методика відеоторакоскопії в разі дисемінованих процесів легень та плевритів.

Таким чином, очевидно, що фтизіатрична та пульмонологічна допомога в Збройних Силах України відповідає державним стандартам і удосконалення її можливе при достатньому фінансуванні з боку держави.

УДК:616.24-002.5:612.017.1"312"

Е.Ф. Чернушенко

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИММУНОЛОГИИ ВО ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

Иммунная система организма, в которой существенную роль выполняют легкие, обеспечивает системные и местные реакции на антигенные воздействия различного генеза. В их реализации участвуют разнообразные клеточные элементы (лимфоциты, фагоциты, эозинофилы, базофилы, тромбоциты, эндотелиоциты, эпителиоциты, фибробласты и др.) и гуморальные факторы (цитокины, медиаторы, биологически активные вещества, молекулы адгезии, селектины L, P, E, интегрин и др.). Характер иммунного ответа зависит от вида антигена, его дозы, длительности воздействия, а также функционального состояния различных звеньев иммунной системы, тесно взаимодействующей с другими системами организма (эндокринной, нервной). Клеточное взаимодействие в иммунном ответе обеспечивается системой цитокинов. Цитокины — продукты секреции клеток, участвующих в иммунных процессах, определяя клеточное взаимодействие. Выделяется несколько групп: интерлейкины (ИЛ1 — ИЛ27), интерфероны, факторы роста, колониестимулирующие факторы и др. Обладают про- и противовоспалительным, иммуностимулирующим, иммуносупрессивным, гемопоэтическим влиянием. Действуют через рецепторы на поверхности клеток-мишеней.

Цитокиновая система включает: клетки-продуценты (особая роль отводится моноцитам/макрофагам) и рецепторы на клетках, которые связывают соответствующие цитокины и проводят их внутрь клетки. Рецепторы экспрессируются не постоянно, а появляются после взаимодействия с антигенами или другими цитокинами. Некоторые рецепторы или их субъ-

единицы могут секретироваться клеткой и в растворимом виде циркулировать в крови.

Очень серьезная проблема иммунологии — определение цитокинового баланса (интенсивности продукции и восприятия). В настоящее время многие цитокины используются с лечебной целью, но вопрос об их эффективности, методах применения требует изучения, т.к. действие цитокинов на различные клетки неоднозначно (аутокринное, паракринное, плейотропное). Следует указать, что помимо цитокинов, синтезируемых иммунокомпетентными клетками, регулирующее действие на иммунный ответ оказывают продукты секреции клеток эндокринной и нервной систем (нейропептиды, эндорфины, медиаторы, ростовые факторы и т.п.). В этом заключается взаимодействие 3-х основных регулирующих систем — иммунной, эндокринной и нервной — в реализации защитных реакций организма.

Интенсивность и направленность иммунного ответа осуществляется состоянием презентующих, эффекторных и регуляторных (Th0, Th1, Th2, CD8+) клеток. Очень важным вопросом регуляции иммунного ответа является открытие 2 основных типов Т-хелперов (Th) — Th1 и Th2, которые определяют тип иммунного ответа на различные патогенные субстанции. Установлено, что эти субпопуляции обладают антагонистическим действием: Th1 — регулируют клеточные реакции, Th2 — гуморальные. Их роль при заболеваниях легких неоднозначна и зависит от характера антигенов.

В последние годы появились сведения об этиологической роли суперантигенов, к которым относят — стафилококк, микоплазмы, онкогенные вирусы, ВИЧ. Этиологическая роль суперантигенов имеет значение в патогенезе воспалительных и