

Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, Л. Ф. Антоненко ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СВІТІ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України

З 1990 року невпинно погіршується епідеміологічна ситуація з туберкульозу: зростає захворюваність, хворобливість та смертність від цієї недуги [13–16, 18, 25 27, 37]. На цьому тлі погіршується матеріально-технічна база протитуберкульозної служби, стихійно скорочується ліжковий фонд, відбувається постаріння і зменшення кількості лікарів-фтизіатрів в Україні. Незважаючи на це, проблемі туберкульозу в Україні приділяється недостатньо уваги.

В 1995 році в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу. У 2001 р. прийнята Національна програма боротьби з туберкульозом згідно Указу Президента України № 643/2001 від 20 серпня 2001 р., де вказано на необхідність вивчення ефективності існуючих протитуберкульозних заходів. Однак, вивчення комплексу зазначених питань, передусім вивчення стану і динаміки епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні, причин, що впливають на неї, проводилося недостатньо.

В сучасних умовах туберкульоз став глобальною, а в Україні — національною проблемою внаслідок ризикової екологічної ситуації, нестабільності соціально-економічних умов, збільшенням ризику у зв'язку з розповсюдженням ВІЛ інфекції, міграцією населення та зростанням частоти полі- і мультирезистентного туберкульозу. В країнах, що розвиваються, та в високо розвинутих країнах питання про проведення протитуберкульозних заходів не стоять так гостро, як в Україні [13–16, 18, 25 27, 37]. За прогнозними розрахунками на майбутні 10 років захворюваність туберкульозом в Україні збільшиться в 2 рази, а — смертність в 2,5 разів [16, 37].

Майже одна третина населення у світі інфікована МБТ, в 1997 р. захворіло 7,96 млн. включаючи 3,52 млн. осіб з бактеріовиділенням, 16,2 млн. хворіють, 1,87 млн. померло від туберкульозу [65]. За прогнозами ВООЗ, протягом наступного десятиріччя у світі передбачається 90 млн. нових випадків туберкульозу, причому більшість з них — у віковій групі від 20 до 49 років серед чоловіків і жінок, тобто у найбільш продуктивний період їх життя [55, 76]. У багатьох частинах світу ця недуга вийшла з-під контролю, тому в квітні 1993 р. ВООЗ проголосила туберкульоз глобальною небезпекою [55, 56, 65, 71, 76].

За останню декаду минулого століття два важливих фактора вплинули на підвищення ризику захворювання туберкульозом, це — збільшення захворюваності на туберкульоз у світі та поява мультирезистентних штамів МБТ.

Розповсюдженість туберкульозу у різних країнах світу неоднозначна і коливається від 5 до 124 на 100 тис. населення. Захворюваність туберкульозом в Європейському регіоні за даними ВООЗ складала 35,1–43,8 на 100 тис. населення у 1995–1999 рр., а у 2000 та 2001 рр. — 44,1 і 44,6 на 100 тис. населення відповідно [55, 56, 76]. Захворюваність туберкульозом в країнах Західної Європи складала у 2001 рр. 11,4 на 100 тис. Значно вища захворюваність в країнах Центральної Європи — 41,5 на 100 тис. населення, особливо в країнах СНД — 92,1 на 100 тис. населення [56].

Тривалий досвід у багатьох країнах показав слабку ефективність програм боротьби з туберкульозом, а концепція викорінення його, що була розроблена 15 років тому, виявилась не реалізованою і прогноз не здійснився [14–16, 18, 65].

За даними Р. Dolin [57] щорічне зростання захворюваності туберкульозом прогнозувався у всьому світі із 143,0 на 100 тис. населення до 152,0 на 100 тис. й до 163,0 до 2000 р. Але статистичні дані свідчать про зменшення захворюваності туберкульозом у світі до 53,0 на 100 тис. населення в 1995 р., що суперечить прогнозу.

На розповсюдження туберкульозу впливає ряд факторів. Головними чинниками несприятливої тенденції збільшення захворюваності туберкульозом є послаблення комплексу протитуберкульозних заходів щодо раннього виявлення туберкульозу серед соціально дезадаптованих груп та груп ризику, збільшення частоти розвитку тяжких форм захворювання за наявності резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, що перешкоджає проведенню ефективного лікування [5, 15, 16, 23, 33, 42, 48]. З інших факторів має значення міграція населення, подорожування, безпритульність, знедоленість. Так, серед мігрантів в США захворюваність туберкульозом в 1993 р. складала 31,1 на 100 тис. населення, в Азії — 82,5, в Африці — 62,8, в Латинській Америці — 34,2 [48]. В Росії, зокрема, захворюваність туберкульозом легень у мігрантів з Баку складала 2,2 %, серед безпритульних в Москві — 10,9 %, що в 84 рази більше, ніж серед корінних москвичів, а частота виявлення нових випадків сухот в 72 рази перевищує захворюваність туберкульозом серед населення Москви [5, 23].

В країнах Європи захворюваність туберкульозом мігрантів за останні 10 років збільшилася на 20–40 %, а розповсюдженість туберкульозу серед них перевищує її рівень серед корінного населення в 6–20 разів [36, 40, 47]. Обстеження біженців показало, що із 168 хворих у 14,3 % виявлений туберкульоз органів дихання, а інші локалізації — у 17,9 % [33]. Відсутність системи профілактики, обліку й лікування цього контингенту пацієнтів є однією з причин такого стану.

В національних програмах по боротьбі з туберкульозом важливе місце займає необхідність обстеження населення з метою виявлення хворих туберкульозом за допомогою різних методів — флюорографічне обстеження, туберкулінодіагностика, дослідження харкотиння на МБТ. Це проводиться як активно при наявності централізованих служб у країні, так і пасивно при обстеженні осіб при звертанні їх за медичною допомогою [15, 56, 65, 76].

За оцінками багатьох фахівців флюорографія вважається найефективнішим методом своєчасного виявлення туберкульозу, раку і НЗЛ [15, 18, 24, 56, 65, 76]. Підкреслюється доцільність диференційованих заходів по боротьбі з туберкульозом, які включають обстеження контактів і осіб, що звернулися за допомогою, бактеріологічну діагностику, інтенсивне лікування, диспансерне обстеження і соціальний захист [15, 18, 36, 40, 47, 56, 65, 76]. Профілактична флюорографія є шляхом ви-

явлення туберкульозу, що існує багато років. Планове обстеження (1 раз за 2 роки) в залежності від епідеміологічної ситуації проводилося в колишньому СРСР. Його ефективність залежить від відсотку охоплення населення, яке мешкає в зоні обслуговування протитуберкульозного диспансеру. За даними зарубіжних авторів масова флюорографія всього населення у віці старшому 40 років вважається неефективною і повинна бути замінена обстеженням груп ризику, обов'язкова вакцинація БЦЖ новонароджених необхідна, а дорослих слід вакцинувати тільки при наявності спеціальних показань [2, 23, 24]. Ряд авторів вважають, що за допомогою практичної флюорографії виявляється не більше 50 % хворих на туберкульоз легень, а у іншій частині населення процес у легенях виявляється при звертанні із скаргами на стан здоров'я [7, 21, 24]. Дослідження показали, що організація та проведення профілактичних флюорографічних обстежень на туберкульоз, як масових, так і групових, слід планувати та здійснювати в рамках комплексних медичних профілактичних обстежень населення з диференційованим стандартом для груп ризику, що виділене на підготовчому етапі [15, 24, 44].

В колишній НДР масову флюорографію всього населення у віці 16 років і більше проводили щорічно протягом 30 років. Зниження захворюваності туберкульозом привело до змін в діючих правилах 1986 року. Її проводять усім особам 40 років і старшим 1 раз в 2 роки, а також особам з різних груп ризику з більш короткими інтервалами. Необхідно поліпшити організацію обстежень груп ризику і обмежити кількість цих груп до балансу між зусиллями і ефектом від них. Таким чином, відношення до масових флюорографічних обстежень на тлі зниження їх ефективності не є позитивним, і це вказує на необхідність розробки нових шляхів виявлення туберкульозу та удосконалення системи обстежень з метою її рентабельності [12, 14, 16, 24, 37, 39, 56].

Після аварії на ЧАЕС дослідження дозволили виявити ріст туберкульозу та зміну його форм, перебігу [11, 22, 35]. Крім того, виявили збільшення Т-клітинного імунодефіцитного стану, зростання фіброзно-кавернозних форм туберкульозу легень, збільшення L-трансформаційної здатності й вірулентності МБТ у хворих на територіях з жорстким радіаційним контролем [22, 41]. Міграція населення, стреси, ускладнення в соціальній сфері призвели до послаблення імунного захисту населення. Відмічено, що скорочення флюорографічних обстежень в цих районах призвело до зниження виявлення туберкульозу, збільшення у 2 рази кількості захворілих туберкульозом з розпадом та бактеріовиділенням [22, 35]. У деяких країнах СНД за останні роки охоплення профілактичними обстеженнями населення зменшилось на 25–30 % [2, 3, 8, 30].

Бактеріологічне дослідження дозволяє в загальному комплексі організаційних заходів додатково виявити від 10 до 20 % хворих на туберкульоз [24, 39, 41]. Однак, організація бактеріологічної служби потребує значних фінансових затрат з метою створення централізованих бактеріологічних лабораторій і посівних пунктів для забору патологічного матеріалу. Це є серйозною проблемою в країнах, що розвиваються, тому, що вони потребують допомоги розвинутих країн [32]. Дешевим є метод прямої мікроскопії мазків, що дозволяє виявити до 65 % хворих на туберкульоз [24].

Звертає увагу поява даних, які свідчать про погіршення роботи щодо туберкулінодіагностики, вакцинації і ре-

вакцинації БЦЖ, про необхідність поліпшення взаємних зв'язків протитуберкульозних закладів із закладами загальної лікувальної мережі при проведенні профілактики, діагностики туберкульозу. Важливі дослідження діагностики туберкульозу у дітей, дискутуються питання про стандартизацію внутрішньошкірної проби Манту, яка може служити лише меті виявлення, але не діагностиці туберкульозу [3, 12, 30, 39, 41]. В сучасних умовах в Росії пропонують впровадити такі форми організації протитуберкульозної допомоги дитячому населенню: активне і раннє виявлення хворих дітей у групах ризику, використання флюорографії, скринінгу стандартної туберкулінової проби на диспансерному етапі, вакцинація і ревакцинація, удосконалення імунізації дітей [1, 29, 38]. Це пов'язано зі значним збільшенням захворюваності та первинної інфікованості дитячого населення, що свідчить про незадовільну загальну епідеміологічну ситуацію серед всього населення [1, 29]. Так, в Росії захворюваність туберкульозом дітей складала у 1997 р. 14,7 на 100 тис. населення, в Узбекистані — 21,5, в Данії 4,0 на 100 тис. населення. Особливо збільшується захворюваність туберкульозом у дітей мігрантів та з соціальних груп ризику [20, 29, 75].

Інфікованість туберкульозом віддзеркалює частоту латентної інфекції, що свідчить про епідеміологічну ситуацію. Дослідження фтизіатрів Росії свідчать про зростання кількості інфікованих підлітків через 8 років після першої вакцинації до 30,2 %, а через 15 років — до 66,8 %. На підставі цього зроблено висновок про те, що своєчасне і якісне проведення протитуберкульозної імунізації в умовах дворазової ревакцинації вакциною БЦЖ сприяє зниженню інфікованості туберкульозом підлітків [20, 75]. За даними наукового товариства фтизіатрів Білорусії при обстеженні дітей Гомеля у 18,7 % з них не були виявлені післявакцинальні рубці, у 23,2 % вони були розміром 2–3 мм. Науковці вважають, що 41,9 % обстежених не були прищеплені проти туберкульозу взагалі або неякісно і вони є групою ризику. Турбує і те, що найнижча якість щеплень спостерігалася у дітей [54]. Охоплення вакцинацією дітей до одного року у багатьох країнах не досягає 100 %. Так, у Американському регіоні відсоток імунованих БЦЖ з 1991 до 1993 р. склав 91,0–94,0 відповідно. За 1994–1995 рр. відсоток охоплення дітей склав:

- в країнах, що розвиваються — 87,0;
- в розвинутих країнах — 85,0;
- в країнах Африки — 69,0 ;
- в індустріально розвинутих країнах — 83,0 [54].

Дослідження показали, що в країнах, де відмовилися від масової вакцинації новонароджених БЦЖ (Данія, Чехія, Швеція, Німеччина) відмічалось підвищення захворюваності туберкульозом дітей раннього віку в 2–4 рази, збільшення чисельності дисемінованих форм, відмічалось випадки туберкульозного менінгіту, частіше (у 3–4 рази) спостерігалось первинне інфікування в порівнянні з періодом масової вакцинації [2, 54].

За даними результатів досліджень у 12 країнах виявлено, що ефективність вакцинації мала суттєву різницю в залежності від вакцини, що застосовувалася, та різних інших умов, що коливалася від 2 % до 83 %, а при контактах з хворими туберкульозом протективний ефект спостерігався у 53–74 % тих пацієнтів, які одержали БЦЖ [2, 54]. Вакцинація БЦЖ має відносний вплив на глобальний контроль за туберкульозом. На основі узагальнення наукових досліджень ВООЗ рекомендує:

— в країнах, де спостерігається висока захворюваність туберкульозом, робити щеплення вакциною БЦЖ немовлятам якомога швидше після народження або в крайньому випадку протягом першого року життя;

— зупинити використання туберкулінових шкіряних проб для прийняття рішення про повторне щеплення БЦЖ (ревакцинацію), оскільки неможливо відрізнити позитивну пробу Манту завдяки введенню вакцини чи інфікуванню;

— для осіб, які одержали щеплення БЦЖ, повторне щеплення не рекомендується, оскільки користь від цього не обґрунтовано науковими фактами, бо ревакциновані та не ревакциновані однаково часто хворіють на туберкульоз, тому багаторазові ревакцинації не показані зовсім [54, 56, 69, 71].

Профілактика туберкульозу — актуальна проблема сьогодення. Будь які заходи, що сприяють покращанню культурного, морально-психологічного і санітарно-гігієнічного стану населення є одночасно й методом боротьби з туберкульозом. Соціальна, санітарна та специфічна профілактика туберкульозу — це шляхи, які переплітаються між собою і спрямовані на боротьбу з туберкульозом. Проблема ефективності специфічної профілактики туберкульозу давно привертає увагу вчених у всьому світі і відношення до неї в різних країнах світу не є однозначним.

Звертає увагу збільшення кількості досліджень, спрямованих на пошук нової вакцини проти туберкульозу з урахуванням активності мононуклеарних фагоцитів, генома МБТ і окремих компонентів в клітині МБТ. Успіхи молекулярної генетики дозволяють поліпшити ситуацію з профілактикою туберкульозу при створенні нової вакцини. Вакцинація БЦЖ не є бездоганним заходом в охороні здоров'я в країнах, що розвиваються [9, 17, 45, 79].

На нараді у Варшаві в 1994 р. було поставлено дві мети — досягнути 70 % зменшення випадків з позитивною бактеріоскопією івилікувати 85 % усіх хворих з позитивною бактеріоскопією. ВООЗ наполягає на тому, що:

— необхідно використовувати мікроскопію харкотиння для визначення МБТ;

— ввести стандартизований короткостроковий курс лікування усіх хворих з позитивною бактеріоскопією з обов'язковим визначенням резистентності;

— ввести моніторинг для оцінки діагностики і наслідків лікування хворих [9, 32, 54, 56, 65, 76].

В традиційній схемі для ефективного контролю за туберкульозом ВООЗ рекомендувала:

— виявлення хворих методом мікроскопії,

— профілактична терапія ізоніазидом серед неінфікованих, а також альтернативне лікування в умовах специфічної ситуації (ВІЛ-інфіковані або особи з фібротичними змінами),

— виявлення джерел інфекції, їх лікування та контроль [49, 62].

Для країн з низьким розповсюдженням туберкульозу ВООЗ пропонує нову структуру контролю за туберкульозом у Європі. Основною метою такої стратегії є зменшення розповсюдження латентної інфекції, для цього необхідно проводити заходи для зменшення хворих в популяції, виявлення груп високого ризику [49, 62].

В Європейській структурі документу щодо контролю за туберкульозом вказується на:

— посилення уваги уряду та міністерств охорони здоров'я до боротьби з туберкульозом;

— підтримка національної протитуберкульозної служби;

— розробка і впровадження програм для виховування медичних працівників з метою успішного контролю за туберкульозом [49, 62].

В слаборозвинутих країнах основними проблемами є поступове зменшення випадків захворюваності серед населення, збільшення латентної інфекції і випадків захворювання серед осіб з інших країн, виявлення груп ризику.

Щодо вирішення проблеми туберкульозу в європейських країнах при невеликих витратах на тлі погіршення епідеміологічної ситуації вважається за необхідне використання невеликих курсів хіміотерапії як нових захворювань, так і рецидивів за рекомендацією ВООЗ [49, 61, 62]. Для хіміопротифілактики рекомендуються різні антибактеріальні препарати. В літературі значна увага приділяється вивченню неефективності хіміопротифілактики. Підкреслюються три найголовніші причини цього:

— відсутність систематичного медичного спостереження;

— не проведення обстеження осіб, які знаходяться під наглядом з метою виявлення туберкульозної інфекції або не призначення хіміопротифілактичних засобів;

— ймовірна неточність туберкулінодіагностики (так звані, неправильно негативні реакції) [15, 39, 62, 65, 71].

Актуальною проблемою залишається захворюваність туберкульозом у хворих на ВІЛ-інфекцію. У 1990 р. серед нових випадків туберкульозу у світі в 4 % була виявлена ВІЛ-інфекція, а до 2000 р. прогнозувалось зростання її до 14 % в глобальному масштабі [56, 58, 61, 71, 76]. Встановлено, що кожний 80-ий хворий на туберкульоз це хворий на ВІЛ-інфекцію. У 48,5 % хворих з ВІЛ-інфекцією виявляється туберкульоз легень, у 51,3 % позалегеневий туберкульоз. Найчастіше хворіють люди у віці 20–40 років [52, 58, 70].

Відсоток дорослих і підлітків хворих на СНІД у поєднанні з туберкульозом при первинно встановленому діагнозі СНІД широко варіює у різних країнах. Найвищий відсоток захворюваності туберкульозом у хворих на СНІД виявлений в Іспанії — 8,2 на 100 тис. населення, Португалії — 3,4, Франції — 1,1, Італії — 0,7. В цих 4 країнах спостерігається майже 90 % випадків туберкульозу хворих на СНІД [9, 59, 66]. Комбінація туберкульозу і ВІЛ-інфекції є смертоносною тому, що кожний із збудників посилює дію іншого. Туберкульоз є зараз головною причиною смерті серед ВІЛ-позитивних людей, на нього припадає одна третина усіх випадків смерті ВІЛ-інфікованих в глобальному масштабі та біля 40 % в Африці. Ще більш ускладнює ситуацію той факт, що дві третини усіх ВІЛ-позитивних людей, які зверталися за медичною допомогою, одержують хибну діагностику або лікувальну допомогу з приводу тільки туберкульозу.

Взаємозв'язок між ВІЛ і МБТ, який встановлений в минулі роки, потребує зараз особливого вивчення і розробки, діагностики та лікування туберкульозу у хворих з ВІЛ. Це є окремим напрямком в медицині. Першорядне значення має бактеріологічне дослідження, що пов'язане з тим фактом, що у хворих на СНІД туберкулінові проби мають обмежене значення, оскільки вони звичайно негативні [46, 51, 59, 64, 73].

У боротьбі з туберкульозом в умовах розповсюдження ВІЛ-інфекції особливе значення мають активне виявлення хворих на туберкульоз та їх ефективне лікування з використанням сучасних короткотривалих схем інтенсивної хіміотерапії [59, 66]. Пропонується робити тест на ВІЛ усім вперше виявленим хворим [46].

Одним з аспектів в програмах боротьби з туберкульозом є розробка методів діагностики. За останні роки особливу увагу приділяють молекулярно-генетичним методам, зокрема полімеразно-ланцюговій реакції, імуноферментному аналізу, визначенню рівня гуморальної імунної відповіді, методу ELISA з використанням ліполігосахаридів [4, 19, 27, 34, 51], але вони ще не впроваджені в практику, а ефективність в умовах України вивчена недостатньо. Імуноферментну тест-систему можна використовувати для суцільного скринінгового обстеження населення з метою раннього виявлення захворювання туберкульозом [4, 34]. Для нього характерна висока специфічність і інформативність [10, 28, 34].

Проблема лікування хворих туберкульозом є актуальною у зв'язку із зниженням її ефективності. Тому в клінічну практику впроваджені стандартизовані режими хіміотерапії, які запропоновані ВООЗ [10, 28, 55, 56, 76]. Дослідження показали, що ефективність хіміотерапії хворих туберкульозом при режимі 12—18 міс. складала 80—90 % при частоті рецидивів 0—4 % [28, 46, 71, 74].

З 1994 р. ВООЗ запропонувала стратегію DOTS, за якою передбачається особливу увагу приділити активному виявленню хворих на туберкульоз серед контактів і в групах підвищеного ризику за допомогою регулярного скринінгу, що ґрунтується на економічній ефективності. Однак виявлення випадків туберкульозу в Європейському регіоні з використанням DOTS складало лише 10,1—30 %. Кілька років тому експерти ВООЗ та інші закордонні фахівці намагались переконати російських організаторів охорони здоров'я та фтизіатрів у тому, що основним методом виявлення туберкульозу повинно бути пасивне виявлення простим дослідженням мазка харкотиння під мікроскопом. За програмою DOTS стратегія виявлення туберкульозу відрізняється в слаборозвинутих та індустріально розвинутих країнах. В перших пропонується використовувати мікроскопію харкотиння з послідовним лікуванням, а в індустріально розвинутих країнах-мікроскопія проводиться в комплексі з рентгенологічним обстеженням, засівом та виявленням активних випадків захворювання в групах підвищеного ризику з суворим урахуванням осіб з контакту [24, 26, 71, 77]. Запропонована ВООЗ стратегія ДОТС потребує вивчення в умовах України і відношення до неї суперечне у більшості українських фтизіатрів.

В теперішній час дуже важливою проблемою при призначенні лікування є резистентність до ліків у хворих на туберкульоз, що розглядається деякими авторами як третя епідемія (після зростання захворювань ВІЛ-інфекцією) [6, 50, 72, 78]. Це потребує термінової уваги з метою розробки нових швидких методів ранньої діагностики, нових режимів у лікуванні та нових лікарських засобів. Щорічно збільшується відсоток нових випадків з первинною стійкістю МБТ до ліків, що є важливим фактором при лікуванні хворих, а також вказує опосередковано на розповсюдженість вторинної стійкості особливо, в країнах з високим рівнем захворюваності на туберкульоз [72]. Первинна резистентність МБТ відрізняється в різних країнах, так вона складала 1—4 % у Греції, Англії, Франції, Португалії, Іспанії, або від 10 до 14 % у Естонії, Латвії, а вторинна від 4 до 6,3 % у Греції та Франції, а у Естонії, Латвії, Росії, Іспанії та ін. від 16 до 54,4 % [56, 76].

Вирішення проблеми резистентності залежить від визнання генетичних основ її — це розкриття механізму

чутливості та резистентності до всіх протитуберкульозних препаратів [6, 43, 78]. Деякі автори вважають, що для контролю за рівнем резистентності треба дотримуватися декількох моментів — здійснювати ранню ідентифікацію МБТ, профілактичне лікування, раціональний вибір режиму лікування, корекцію лікування шляхом раннього виявлення чутливості до ліків прямим і непрямим методом [2, 23, 24, 31, 40, 43, 53, 60, 63].

Таким чином, аналіз літератури показав, що відсутні дані про комплексні дослідження в напрямку розробки оптимальних шляхів виявлення туберкульозу легень в сучасних нестабільних економічних умовах. Потребує вирішення питання організації обстежень населення, розробка та впровадження нової флюорографічної техніки, яка б забезпечувала значне зниження променевого впливу на організм людини і удосконалення бактеріологічних досліджень. Відмічається поява робіт, які свідчать про погіршення стану щодо проведення туберкуліодіагностики, вакцинації і ревакцинації БЦЖ та необхідність поліпшення взаємних зв'язків протитуберкульозних закладів із закладами загальної лікувальної мережі при проведенні профілактики та діагностики туберкульозу.

Сьогодні необхідно розробити концепцію взяття під контроль епідеміологічної ситуації з туберкульозу та виявлення всього комплексу причин, що впливають на захворюваність, хворобливість і смертність від туберкульозу, важлива оцінка ефективності окремих протитуберкульозних заходів. Необхідне проведення комплексних досліджень щодо оцінки стандартизованого лікування хворих за режимами ВООЗ, що покладені в основу ДОТС-стратегії, до якої висловлювання фтизіатрів неоднозначні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 1. — С. 6—9.
2. Алишеров А.Ш., Горелкин Л.А., Лимарев П.И. Проблемы туберкулеза в Киргизской республике // Пробл. туберкулеза. — 1997. — № 6. — С. 22—23.
3. Анализ заболеваемости туберкулезом в юго-восточном округе Москвы / С.И. Ковалева, Т.А. Худушина, Е.П. Волошина, Л.И. Котова // Пробл. туберкулеза. — 1999. — № 1. — С. 12—14.
4. Васильев А.В., Карпов А.В. Стандартная иммуноферментная тест-система для выявления антител к возбудителю туберкулеза, пути использования в противотуберкулезной работе // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 1. — С. 13—15.
5. Выявление туберкулеза у бездомных и их социально-психологическая характеристика / В.В. Пунга, Л.П. Алексеева, Л.Н. Рыбка и др. // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 6. — С. 29—32.
6. Глобальные последствия лекарственно-устойчивого туберкулеза / П.Е. Фармер, А.С. Кононец, С.Е. Борисов и др. // Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству: Пер. с англ. — Бостон, 1999. — С. 34—39.
7. Гришко А.Н. Медико-социальные аспекты профилактики туберкулеза в условиях многомиллионного города // Пробл. туберкулеза. — 1994. — № 3 — С. 13—15.
8. Динамика заболеваемости туберкулезом жителей Семипалатинского региона / К.С. Игембаева, Д.Д. Чункаева, С.О. Малимов и др. // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 6. — С. 12—16.
9. Информационный бюллетень. — Женева: ВОЗ, 1995. — № 93. — 4 с.
10. Козлова А.В., Русакова Л.И., Соколова З.И. Диагностическая ценность серологических исследований в клинике туберкулеза // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 1. — С. 21—22.
11. К проблеме оценки предрасположенности к туберкулезу легких / О. В. Нечаева, Е.В. Полоник, А.Г. Гольдельман и др. // Пробл. туберкулеза. — 1995. — № 5 — С. 10—11.

12. *Кучеров А.Л., Ильичева Е.Ю.* Новый поход к организации больных туберкулезом // Русский медицинский журн. — 2000. — Т. 8, № 12. — С. 20-28.
13. *Мельник В.М.* Организация противотуберкулезных мероприятий в Украине // Doctor: журнал для практикующих врачей. — 2002. — № 4. — С. 35-40.
14. *Мельник В.М.* Проблеми епідеміології та профілактики туберкульозу // Медицинские вести. — 1997. — № 1. — С. 10-13.
15. *Мельник В.М.* Туберкулез в Україні на сучасному етапі й прогностичні оцінки // Укр. пульмонологічний журн. — 1999. — № 3. — С. 61-63.
16. *Мельник В.М.* Туберкулез на Украине: состояние, проблемы и прогноз // Пробл. туберкулеза. — 2000. — № 5. — С. 28-31.
17. *Митинская Л.А.* Вакцинация БЦЖ (настоящее и будущее) // Пробл. туберкулеза. — 1995. — № 3. — С. 54-59.
18. *Москаленко В.Ф., Фещенко Ю.І.* Актуальні проблеми туберкульозу в Україні за останні 10 років. // Укр. пульмонологічний журн. — 2001. — № 3. — С. 5-7.
19. *Николаева Т.М.* новые подходы к лабораторной диагностике туберкулеза // Клинич. лаб. диагностика. — 1995. — № 6. — С. 107-108.
20. *Об инфицированности туберкулезом подростков* / И.А. Сиренко, Г.Я. Корпьякова, Л.И., Сирота, О.Ю. Марченко // Пробл. туберкулеза. — 1997. — № 3. — С. 4.
21. *Опыт применения системы автоматизированного планирования флюорографических осмотров в сельском районе* // Пробл. туберкулеза. — 1993. — № 3. — С. 14-16.
22. *Особенности биологических свойств возбудителя у больных туберкулезом легких, проживающих в условиях длительного воздействия малых доз радиации* / Г.Л. Гуревич, А.К. Абрамовская, И.Р. Дорожкова, Л.К. Суркова // Пробл. туберкулеза. — 1993. — № 2 — С. 46-47.
23. *Особенности выявления туберкулеза легких у мигрантов* / Е.С. Иванова, Н.Ш. Гветадзе, С. Киган и др. // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 6. — С. 28-29.
24. *Перельман М.И* Туберкулез в России // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 12. — С. 12-20.
25. *Питання епідеміології та програмний принцип боротьби з туберкульозом в сучасних умовах* / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, В.П. Костроміна та ін. // Укр. пульмонологічний журн. — 2000. — № 3. — С. 5-8.
26. *План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулезом* — Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2002. — 42 с.
27. *Приймак А.А., Владимирский М.А., Шипина Л.К.* Полимеразная цепная реакция — быстрый и высокочувствительный метод определения возбудителя туберкулеза в биологических материалах // Пульмонология. — 1995. — № 3. — С. 61-64.
28. *Применение новых микробиологических технологий в диагностике туберкулеза* / В.И. Гольшевская, А.А. Корнеев, Л.Н. Черноусов и др. // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 6. — С. 22-25.
29. *Противотуберкулезная помощь детям и подросткам из групп риска по туберкулезу* / Е.О. Овсянкина, Е.Н. Заховаева, Г.А. Куфакова и др. // Пробл. туберкулеза. — 2001. — № 4. — С. 9-12.
30. *Пунга В.В., Капков Л.П.* Туберкулез в России // Пробл. туберкулеза. — 1997. — № 1. — С. 14-16.
31. *Разработка современных протоколов диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания* / В.Ю. Мишин, С.Е. Борисов, Г.Б. Соколова и др. // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 3. — С. 148-153.
32. *Расширенный пленум правления Белорусского Республиканского научного общества фтизиатров* // Здравоохранение Белорусии. — 1995. — № 3. — С. 49-52.
33. *Рыбка Л.Н., Пунга В.В.* Туберкулез у беженцев из дальнего зарубежья // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 3. — С. 12-14.
34. *Сравнительная оценка различных иммунологических реакций в диагностике псевдотуберкулеза* / О.А. Бургасова, Л.В. Кулешова, Г.Я. Ценева и др. // Журн. Микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. — 1996. — № 2. — С. 48-52.
35. *Суркова Л.К. Штильман М.Е.* Особенности танатогенеза и патоморфологии туберкулеза в Гомельской области в связи с аварией на Чернобыльской АЭС // Пробл. туберкулеза. — 1993. — № 2 — С. 20-21.
36. *Туберкулез у мигрирующего населения и его влияние на эпидемическую ситуацию в крупном мегаполисе* / В.И Стародубов, В.И. Литвинов, И.М. Сон и др. // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 6 — С. 5-8.
37. *Фещенко Ю.І., Мельник В.М.* Туберкулез легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти. — К.: Логос, 1998. — 284 с.
38. *Флетчер Н.Н., Жебуртович Н.В.* Новые подходы к диагностике и профилактике детского туберкулеза // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 4. — С. 3-5.
39. *Хабиб О.* Туберкулез: современное состояние проблемы // Consilium medicum. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 95-98.
40. *Хоменко А.Г.* Туберкулез как международная и национальная проблема // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 2. — С. 2-4.
41. *Хоменко А.Г., Муратов В.В.* Эпидемическая опасность очагов туберкулезной инфекции с наличием лиц, выделяющих L — формы микобактерий туберкулеза // Пробл. туберкулеза. — 1993. — № 2 — С. 2-4.
42. *Хоменко А.Г., Чуканов В.И., Корнеев А.А.* Эффективность химиотерапии туберкулеза легких с лекарственно-устойчивыми микобактериями // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 6. — С. 42-44.
43. *Чуканов В.И.* Проблема излечения больных туберкулезом органов дыхания // Рос. мед. журн.. — 2001. — Т. 9, № 21. — С. 954.
44. *Шемко Є.П.* шляхи підвищення ефективності профілактичних обстежень з метою виявлення туберкульозу серед сільського населення Закарпаття. // Укр. пульмонологічний журн. — 1994. — № 1. — С. 20-23.
45. *Экспериментальный анализ Mycobacterium Smegmatis в качестве вектора для конструирования новой противотуберкулезной вакцины* / В.В. Еремеев, К.Б. Майоров, В.Г. Авдиенко и др. // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 1. — С. 49-52.
46. *Argentine trend of co-infection with HIV in tuberculosis patients* / J.A. Pilheu, M.C. Salvo, J. Gonzales // // The Europ. Resp. J. — 1995. — V. 6, Suppl. 19. — P. 290.
47. *Bass J.* Tuberculin test, preventive therapy and elimination of tuberculosis // Amer. Rev/ Resp. Dis. — 1990. — V. 141, № 4 — P. 812-813.
48. *Broderic A.* TB and migration // TB and HIV. -1994. — № 10 — P. 10.
49. *Clancy L.J.* The traditional framework for effective TB control // ERS. — 2001. — P. 5-11.
50. *Cohn D.I., Iseman M.D.* Treatment and prevention of multidrug-resistant tuberculosis // 9-th forum in microbiology. — Colorado, 1994. — P. 150-158.
51. *Comparison between culture acid fast staining and molecular biology in the diagnosis of tuberculosis* / L. Fagetti, F. Blazi, R. Consentini et al. // The Europ. Resp. J. — 1995. — V. 8, Suppl. 19. — P. 384.
52. *Dalcomo M.* Tuberculosis and HIV infection in Brazil — update and overview // TB & HIV. — 1996. — N11. — P. 26-27.
53. *Dick T.* Dormant tubercle bacilli: the key to more effective TB chemotherapy? // J. antimicrob. chemother. — 2001. — V.47. — P. 117-118.
54. *Global programme for vaccines and immunization: Programme report for 1994.* — Geneva: WHO, 1995. — 85 p.
55. *Global/tuberculosis control: WHO Report 2000.* — Geneva, 2000. — 40 p.
56. *Global/tuberculosis control: WHO Report 2002.* — Geneva, 2002. — 295 p.
57. *Dolin H.J.* Global tuberculosis incidence and mortality during 1990 — 2000 // Bull. WHO. — 1994. — V. 72, № 2 — P. 213-220.
58. *Gregory J.D.* Tuberculosis among people living with HIV in Asia // TB & HIV. — 1995. — № 8. — P. 22.
59. *Highlights of TB and HIV problems in Europe and Africa: report from the conference on global lung health and 1995 annual meeting of the IUATLD* // UICTMR. — Paris, 1995. — 35 p.
60. *Ismailov S.S., Adenov M.M., Musabekova G.A.* Efficiency of standard chemotherapy of patients with pulmonary TB with relapses and treatment failure at drug resistance of M. tuberculosis // 11 annual Congress of ERS. — Berlin, 2001. — P. 339.
61. *Kochi A.* TB in the AIDS era: interview // TB & HIV. — 1994. — № 4. — P. 6.
62. *Migliori G.B.* A new framework for TB control in Europe // ERS. — 2001. — P. 17-29.
63. *Mishin Yu.* The assessment of the efficacy of a standard chemotherapy regimen in the treatment of new sputum-positive tuberculosis (TB) patients // 11 annual Congress of ERS. — Berlin, 2001. — P. 340.
64. *Multiprimer* — TBC: a new metod for detecting M. Tuberculosis using polimerase chaine reaction (PCR) / M.A. Felez, O. Orosco —

- levi, J.M. Martin — Campos et al. // The Europ Resp. J. — 1996. — V. 9. — P. 200.
65. *Raviglione M.* Global epidemiology of tuberculosis // Intern. J. tubercul. and lung diseases. — 2001. — V. 5, № 11. — Suppl. 11. — P. 7–8.
66. *Schlossberg D.* Tuberculosis. — 30-rd edition. — New York, London, Paris: Springer Verlag, 1993. — 323 p.
67. *Sepkowitz K.A.* Tuberculosis control in 21-st century // Emerging inf. diseases. — 2001. — V. 7, № 2 — P. 259–262.
68. *Sorli J.* Identification of high-risk groups and high-risk individuals // Eur. Resp. Society, Annual Congress. — 2002. — P. 15–31.
69. *Sudre P., Dam Ten G., Kochi A.* La tuberculose aujourd'hui dans le monde // Bull. De L'Organisation mondial de la sante. — 1992. — V. 70, № 3. — P. 297–308.
70. *TB disease among inmates* // TB & HIV. — 1995. — № 5. — P. 7.
71. *TB Manual national Tuberculosis programme guidelines* / W. Jakubowiak, M. Korzeniewska-Kosela, J. Kus et al. — Warsaw: Special acknowledgements to KNCV, 2001. — 102 p.
72. *The trend epidemic multidrug-resistant tuberculosis* / K. Nevill, A. Bromberg, R. Bromberg et al. // Chest. — 1994. — V. 105, № 1. — P. 45–48.
73. *Treatment of tuberculosis infection in adults and children* / J.B. Bass, G.S. Farer, P.C. Hopewell et al. // Amer. J. Resp. Crit Care med. — 1994. — V.149. — P. 1359–1374.
74. *Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes.* — Geneva: WHO, 1993. — 43 p.
75. *Tuberculosis among children in Denmark* / E. Smith, V. Thomsen, P. Andersen // Intern. J. tubercul. and lung dis. — 2001. — V. 5, № 11, Suppl. 1. — P. 67–68.
76. *World health statistics annual.* — Geneva, 1997. — 52 p
77. *WorldTB day 2003 Campaign* / WHO: Report. — Geneva, 2003. — 5 p
78. *Yew W.W.* Management of multidrug-resistant tuberculosis: chemotherapy and beyond // Clin. pulm. Med. — 2001. V. 8, № 5. — P. 265–272.
79. *Zang J., Wallace R.J., Mazurek G.H.* genetic difference between BCG substrains // Tubercul and lung dis. — 1995. — V. 76, № 1. — P. 43–51.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СВІТІ, СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ

Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник,
В. Г. Матусевич, Л. Ф. Антоненко

Резюме

У огляді літератури узагальнені дані про розповсюдженість туберкульозу у світі за останні роки, прогнозування, фактори, що впливають на його розповсюдженість, особливості захворюваності туберкульозом у мігрантів, підходи щодо раннього виявлення туберкульозу серед соціально дезадаптованих груп та груп ризику. Показані особливості підходів до виявлення туберкульозу у національних програмах по боротьбі з туберкульозом. Висвітлені питання про ефективність вакцинації і ревакцинації, про розробку нових вакцин проти туберкульозу, про стандартизовані схеми лікування туберкульозу на основі даних про резистентність штамів МБТ до протитуберкульозних препаратів.

THE EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS IN THE WORLD, MODERN APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF ANTITUBERCULOSIS MEASURES

Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnyk,
V. G. Matusевич, L. F. Antonenko

Summary

The data of the prevalence and incidence of tuberculosis for last years in the world, the prognosis, the factors, influencing tuberculosis prevalence, the peculiarities of the tuberculosis incidence in immigrants, the approaches to the early detection of tuberculosis in the homeless and the risk groups were summarized in this review. The peculiarity of the approaches to revealing of tuberculosis in the national programs TB control was shown. The problems of the effectiveness of the treatment regimens were reflected on the basis of tuberculosis drug resistance data.

Л. В. Турченко

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В м. КИЄВІ

Київський міський центральний протитуберкульозний диспансер

Погіршення епідемічної ситуації спостерігалось починаючи з 90-х років минулого сторіччя. Захворюваність на туберкульоз збільшилася з 19,0 на 100 000 населення в 1990 році до 37,8 на 100 000 в 2002 році, або на 199 %, але темпи зростання були не однаковими.

Так, в проміжках з 1990 по 1994 роки, до прийняття програми боротьби з туберкульозом, темпи щорічного зростання становили 14 %, з 1995 по 1997 роки після впровадження програми, темпи зростання захворюваності зменшилися до 5,8 % в рік; з 1998 по 2002 роки після реорганізації протитуберкульозної служби та прийняття додаткових заходів, включаючи розпорядження КМДА від 26.02.1998 р. № 394 "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню туберкульозу серед населення міста" захворюваність зросла на 5 % (або на 1 % в рік), причому за останні чотири роки вона стабілізувалась і становила на 100 000 населення в 1999 р. — 37,7, в 2000 р. — 36,3, в 2001 р. — 37,7 і в 2002 р. — 37,8.

Якби вчасно не були прийняті заходи, то захворюваність на туберкульоз з 1990 р. до теперішнього часу зросла б до 72,6 на 100 000 населення, або на 382 % (в 3,82 рази), або в абсолютних числах — до 1892 хворих,

що на 907 випадків було б більше, ніж зареєстрованих 985 хворих в 2002 році.

На зростання туберкульозу в значній мірі впливала захворюваність цією недугою серед хворих на СНІД. Якби не було захворюваності туберкульозом серед хворих на СНІД, то показник захворюваності на 100 000 населення знизився б в 2001 році з 37,7 до 34,6 а в 2002 році з 34,6 до 31,1, або до 809 чоловік замість 985 офіційно зареєстрованих.

В 2002 році найвищі показники захворюваності на 100 000 населення зареєстровані в районах Оболонському (47,2), Подільському (46,4), Дарницькому (35,8), а найнижчі — в Печерському (14,8), Голосіївському (25,0), Солом'янському (26,1).

В минулому році виявлено 16 випадків туберкульозу серед дітей. Порівняно з 2001 роком показник захворювання на 100 000 дитячого населення в 2002 році зменшився з 5,2 до 3,3, але до такого зниження треба ставитися критично, оскільки в минулому році із-за перебоїв в постачанні туберкуліну охоплення дітей туберкулінодіагностикою становило біля 50 %.

Серед дітей, також як і серед дорослих, показник захворюваності за останні роки стабілізувався і становив в 1998 році 5,5 на 100 000 дитячого населення, в 1999