

## Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник СТАН І ПРОБЛЕМИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОЛІПШЕННЯ

*Інститут фізизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України*

Ситуація з туберкульозу сьогодні складна у багатьох країнах світу. Загальна кількість хворих у світі досягає 50–60 млн. чоловік. Через те ВООЗ в квітні 1993 року проголосила туберкульоз глобальною небезпекою.

В 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка останні два роки дещо стабілізувалася. Це зумовлено поліпшенням економічної ситуації в країні і централізованою закупівлю протитуберкульозних препаратів з 2000 р. й донині.

З урахуванням пенітенціарної системи за 2002–2003 рр. захворюваність туберкульозом хоч і збільшилася на 2,51 %, або з 75,6 на 100 тис. населення до 77,5 на 100 тис. населення, проте у більшості областей або стабілізувався, або зменшився показник захворюваності навіть з урахуванням установ виконання покарань.

Поліпшилася структура клінічних форм туберкульозу серед вперше виявлених хворих: менше стало деструктивних і розповсюджених форм.

Смертність від туберкульозу хоч і збільшилася з 20,5 на 100 тис. населення до 21,8 на 100 тис. населення, або на 6,34 %, проте відсоток померлих до 1 року спостереження зменшився із 14,2 % до 13,8 % до загального числа померлих від активного туберкульозу.

Вперше за останні роки повністю і вчасно виділялися кошти на закупівлю протитуберкульозних препаратів.

За 2002–2003 рр. ефективність лікування поліпшилася: за показником припинення бактеріовиділення (на 2,4 %): у 2002 р. — 86,7 %, у 2003 р. — 89,1 %, за показником загоснення деструкцій і каверн (на 2,2 %): у 2002 р. — 74,3 %, у 2003 р. — 76,5 %.

Збільшилися обсяги флюорографічних обстежень населення (з 494,2 до 509,0 на 1000 чол.);

збільшилися обсяги профілактичних обстежень на туберкульоз (з 564,0 до 580,7 на 1000 населення);

збільшилися обсяги фтизіохірургічного лікування (з 2266 до 2293 хворих);

зросло абсолютне число посівів для виявлення мікобактерій туберкульозу (з 1002,3 тис. до 1021,9 тис.);

збільшилися обсяги охоплення хіміопротифілактикою туберкульозу контактів (з 90,9 % до 94,4 %), оскільки з'явилися антимікобактеріальні препарати;

зменшилася захворюваність контактів (з 6,2 до 5,3 на 1000 контактів).

Зазначені позитивні зрушення зумовлені в основному централізованими закупівлями достатньої кількості антимікобактеріальних препаратів та живильних середовищ. Проте цей один фактор не може вирішити комплексу проблем до кінця. Через те у наданні протитуберкульозної допомоги населенню України є ще невирішені проблеми і щорічні збитки від туберкульозу складають 1,5 млрд. грн. За ці кошти можна лікувати всіх хворих Європи протягом 7 років поспіль. В Україні сьогодні є основна нормативно-правова база щодо туберкульозу, проте вона не реалізовується у повному обсязі через брак фінансування.

### Виявлення хворих на туберкульоз

Найефективнішими методами виявлення хворих на туберкульоз є скринінг за допомогою туберкулінового тесту, флюорографії, мікроскопії мазка.

**Туберкулінодіагностика** передбачає щорічний скринінг дітей віком до 15 років. Для виявлення 1 хворої дитини проводиться 20955 туберкулінових тестів, а 1 інфікованої дитини — 49 тестів. Помилки туберкулінодіагностики складають 12,54 %, причому дуже важко розпізнати поствакцинальну алергію, латентну туберкульозну інфекцію і бустер-ефект від захворювання на туберкульоз.

Окрім того, зважаючи на те, що від моменту потрапляння мікобактерій туберкульозу до розвитку хвороби може пройти від 7–8 тижнів і більше, то в проміжках між щорічним скринінгом можна 6 разів пропустити туберкульоз.

Враховуючи викладене, необхідно від суцільної скринінгової діагностики перейти до формування і обстеження груп ризику. Це дозволить зекономити до 5,2 млн. грн. за рік.

У кожній адміністративній території повинні формуватися свої групи ризику залежно від інфікованості та захворюваності дітей. Узагальненими групами ризику щодо туберкулінодіагностики повинні бути:

- 1) контактні з хворими на туберкульоз, ВІЛ-інфіковані, будь-який імунodefіцит;
- 2) безпритульні, діти з інтернатів, притулків, місць позбавлення волі, мігранти, біженці;
- 3) діти з неблагополучного сімейного оточення (алкоголіки, наркомани);
- 4) діти, хворі на хронічні захворювання (цукровий діабет, ХНЗЛ, бронхіальна астма, психічні захворювання, злоякісні новоутворення, муковісцидоз та інші системні захворювання);
- 5) недостатність маси тіла та відставання у фізичному та психічному розвитку;
- 6) діти з гормонозалежністю;
- 7) не вакциновані вакциною БЦЖ.

**Скринінгова флюорографія** передбачає обстеження населення від 15 років і старшого кожні два роки, а деяких категорій щороку.

В Україні 1878 флюорографів, з них діючих 1703 (90,68 %). Знос їх 80–85 %, радіаційне навантаження зношених апаратів в 1,5–2 рази перевищує припустиме. Через те один апарат обстежує 10117 чол./рік замість 15–20 тис. флюорографій за рік.

Від усіх методів скринінгового виявлення хворих на туберкульоз на флюорографію затрачається 88,61 % усіх коштів. Для виявлення одного бактеріонегативного хворого проводиться 1059 флюорографій, а одного бактеріопозитивного хворого — 3178 флюорографій.

Необхідні формування і обстеження груп ризику і перехід на цифрові флюорографічні технології. Це дозволить зекономити 75,1 млн. грн. за рік стосовно виявлення туберкульозу, а також іншої патології, яку можна виявити методом флюорографії, наприклад (табл.):

Стосовно виявлення раку легенів, то встановлено, що рано виявлені й прооперовані та пізно виявлені й не оперовані хворі на рак легенів живуть однаково довго.

Через те найважливіше епідеміологічне значення має виявлення туберкульозу, оскільки це інфекційна патологія і кожний невиявлений хворий протягом року інфікує 20 контактів, з яких один захворює на бактеріопозитивний і один на бактеріонегативний туберкульоз.

Орієнтовними групами ризику для виявлення туберкульозу повинні бути:

- 1) особи, що кашляють 2 тижні й більше;
- 2) контактні із хворими на туберкульоз;
- 3) ув'язнені та ті, що повернулися із ув'язнення;
- 4) алкоголіки, наркомани;
- 5) безробітні, бездомні, жебраки;
- 6) мігранти, переселенці, біженці;
- 7) ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД;
- 8) хворі з імунodefіцитом, цукровим діабетом, силікозом тощо;
- 9) медичні працівники;
- 10) діти, котрі тривало й часто хворіють.

**Мікроскопія мазка** дозволяє встановити етіологічний діагноз туберкульозу лише тоді, коли в 1 мл мокротиння є 10–100 тис мікобактерій туберкульозу. Коли їх менше, тоді можна не виявити мікобактерій туберкульозу. Це, а також те, що в Україні, окрім Донецької області та м. Києва, де проводяться пілотні проекти, немає жодної мікробіологічної лабораторії, яка б була оснащена за сучасними вимогами, впливає на те, що серед усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз бактеріовиділювачі становлять лише 34,58 % при європейському стандарті до 70 %.

Загальна лікарняна мережа за рік провела 2045273 бактеріоскопій мазка при ефективності виявлення 0,1–0,2 % і менше хворих. Протитуберкульозна служба провела 450477 бактеріоскопій та услід за нею — посів і тоді отримала результат. Це робить дослідження коштовним і мало результативним. Необхідні навчання лаборантів, формування груп ризику і перехід на диференційований мікроскопічний скринінг, насамперед тих, хто кашляє протягом 2 тижнів і більше та виділяє мокротиння. Це дозволить зекономити до 7,3 млн. грн. за рік.

**Мікробіологічні лабораторії** розподіляють на 5 рівнів: лабораторії I рівня проводять мікроскопію мазка мокротиння, II рівня — культуральне виявлення мікобактерій методом посіву на живильні середовища, III рівня — визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, IV рівня — генетичні мікробіологічні дослідження, V рівня — всі мікробіологічні дослідження. Усі мікробіологічні лабораторії оснащені морально застарілою технікою, не забезпечені витратними матеріалами. Не сформовані мережа національної та 27 регіональних референс-лабораторій. Майже у всіх протитуберкульозних диспансерах не проводиться контроль за якістю мікроскопії мазків та бактеріологічних досліджень на обласному та районному рівні за направленням лабораторних результатів. Поліпшити діяльність мікробіологічних лабораторій передбачається за кошти Міжнародного банку реконструкції та розвитку.

#### Діагностика туберкульозу

На жаль, сьогодні відсутня настороженість медичних працівників щодо туберкульозу. За нашими даними, велику питому вагу складають помилки діагностики туберкульозу, зокрема: медпрацівники ФАПів допускають помилки у 96,7–99,5 % випадків, лікарі сільських дільниць — у

Таблиця

Результат обстеження	Середня частота, ‰
1. Відсутня патологія	946,21–988,55
2. Туберкульоз легенів і плеври	0,61–2,19
3. Залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу	0,40–0,84
4. Пневмонія	3,32–15,83
5. Хронічні неспецифічні захворювання легень	1,67–8,09
6. Рак легенів	0,13–0,89
7. Метастази	0,01–0,22
8. Доброякісні пухлини і кісти	0,15–0,38
9. Інша патологія (ехінокок, аномалії тощо)	0,27–3,56
10. Серцево-судинна патологія	0,02–5,98
11. Патологія кісток і м'яких тканин	2,86–16,80
Загалом виявлена патологія:	11,45–53,79

80,4–90,3 %, лікарі загального профілю центральних районних лікарень — у 54,2–72,1 %, лікарі міських та обласних лікарень — у 42,2–51,7 %, лікарі-фтизіатри — у 3,2–14,7 %.

На жаль, деякі лікувально-профілактичні заклади не обґрунтовано вимагають від хворого платні за діагностичні дослідження щодо туберкульозу, порушуючи тим самим 49 статтю Конституції України, де записано: "...У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно;..."

У більшості випадків розтини померлих хворих на туберкульоз не проводяться, а якщо вони й проводяться, то не завжди туберкульоз підтверджується гістологічно та бактеріологічно. Патологоанатомічний діагноз туберкульозу часто встановлюється на основі візуальних даних.

Економічні збитки від помилок діагностики складають 29745346,12 грн. за рік. Це зумовлено невідповідністю лікарів із фтизіатрії, низьким рівнем викладання її у медичних вузах та закладах післядипломної освіти, а також морально застарілим діагностичним обладнанням, яке є у лікувально-профілактичних закладах, в тому числі протитуберкульозних.

Необхідні навчання діагностики туберкульозу усіх зазначених вище фахівців загального профілю та фтизіатрів, причому навчання можна провести за методом "ланцюгової реакції". Наприклад, насамперед навчаються працівники кафедр і лідери обласних протитуберкульозних диспансерів. Вони пізніше навчають решту медичних працівників і т.д., тобто "навчений навчає не навченого".

**Кадри.** Зазначені вище діагностичні помилки свідчать про недостатній рівень знань лікарів та середніх медичних працівників щодо туберкульозу. Необхідно розробити та впровадити єдину уніфіковану програму підготовки студентів, інтернів та лікарів, адаптовану до міжнародних стандартів, з постійним оновленням освітніх програм. Слід включати в сертифікаційні цикли для лікарів всіх спеціальностей питання епідеміології, виявлення, профілактики та лікування хворих на туберкульоз. Необхідно ширше застосовувати підготовку лікарів, фтизіатрів через інтернатуру, ординатуру на базі вищих навчальних закладів. Необхідно створити та впровадити ліцензовані республіканські та міжрегіональні навчальні центри для підготовки лікарів та середніх медичних працівників за всіма

розділами національної програми боротьби з туберкульозом. Частіше проводити декадни, семінари, конференції, засідання асоціацій фтизіатрів з питань боротьби з туберкульозом.

### Профілактика туберкульозу

Найважливішими профілактичними заходами є вакцинопрофілактика, хіміопротифілактика, санітарна та соціальна профілактика. До профілактичних заходів відносяться також повноцінне контрольоване лікування всіх хворих, навчання медпрацівників, населення щодо туберкульозу і забезпечення максимального виявлення хворих пасивним методом і серед груп ризику.

**Вакцинопрофілактика** полягає у щепленні вакциною БЦЖ немовлят при народженні та ревакцинації дітей 7- та 14-річного віку. Ефективність її настає через 1–1,5 міс. Обсяги первинного щеплення в Україні сягають 98,1 %. Проте необґрунтовані протипоказання до щеплення складають до 1,0 %. Низькі рівні першої (35,7 %) та другої ревакцинації (26,2 %) зумовлені інфікованістю та соматичними протипоказаннями до ревакцинацій. У 12,3–17,9 % випадків спостерігаються помилки до встановлення цих протипоказань. Не у всіх адміністративних територіях застосовується бригадний підхід до проведення ревакцинації, а також не дотримуються інтервалу між пробою Манту та ревакцинацією, який повинен тривати не менше 3 діб і не більше 2 тижнів. Вакцина БЦЖ-М часто не застосовується у показаних випадках. Має хиби реєстрація ускладнень вакцинації та ревакцинації, транспортування та зберігання вакцини БЦЖ.

**Хіміопротифілактика** — це термінова профілактика туберкульозу і попереджувальна дія її розпочинається з перших годин після вживання антимікобактеріального препарату. Різновидом хіміопротифілактики є **протирецидивне лікування**, яке проводиться хворим, що завершили лікування туберкульозу з метою попередження рецидиву цієї недуги.

У 50,0 % випадків необґрунтовано проводиться хіміопротифілактика в стаціонарі в тих випадках, коли її можна провести амбулаторно. Хіміопротифілактика у 90,0 % випадків не контрольована. Встановлено, що неконтрольована хіміопротифілактика одним препаратом протягом 2–3 міс. неефективна. Для раціоналізації показань до хіміопротифілактики необхідно сформувати групи ризику щодо туберкульозу. Варто перейти на 6–9-місячну контрольовану хіміопротифілактику туберкульозу одним-двома препаратами.

**Санітарна профілактика** в Україні в основному спрямована на проведення профілактичних заходів у вогнищах туберкульозної інфекції та санітарно-освітньої роботи.

Виявлено, що у деяких адміністративних територіях санітарно-епідеміологічна служба вимагає плату за проведення дезінфекції у вогнищах туберкульозної інфекції, причому через брак коштів на дезінфекційні засоби часто застосовуються ті дезінфектанти, до яких резистентні мікобактерії туберкульозу. Не всі вогнища туберкульозної інфекції охоплюються профілактичними заходами. Науково-дослідні установи епідеміологічного профілю повинні розробити і впровадити нові підходи санітарної профілактики у вогнищах туберкульозної інфекції, зокрема перейти на дезінфекцію ультрафіолетовими променями, пілозбираючими засобами, природним провітрюванням замість хімічних дезінфікуючих розчинів. Останні слід застосовувати при ізоляції чи після смерті бактеріовиділювача.

**Санітарно-освітня робота** в країні не фінансується й тому проводиться на низькому рівні. Через те до неї не залучені належним чином заклади санепіднагляду, центри здоров'я, багато з яких ліквідовані, товариства Червоного Хреста, засоби масової інформації, суспільні та міжнародні організації.

Необхідно також впровадити в крупних протитуберкульозних диспансерах посади психолога та епідеміолога.

**Соціальна профілактика** полягає у проведенні соціально-економічних заходів державного масштабу. Вона проводиться незадовільно. Медичні працівники і хворі на туберкульоз проживають на межі бідності. Із всіх протитуберкульозних заходів з Державного бюджету фінансується тільки закупівля протитуберкульозних препаратів, решта заходів фінансуються із місцевих бюджетів за залишковим принципом. Харчування хворих на туберкульоз у стаціонарах не відповідає сучасним нормативам, причому ці нормативи ще жодного разу не переглядалися у зв'язку із інфляцією.

У 2003 р. із гуртожитків відселено лише 24,3 % бактеріовиділювачів, а із багатонаселених квартир відселено лише 10,0 % бактеріовиділювачів. Решта 75,7 % і 90 %, відповідно, продовжували заражати здорових дітей та дорослих.

У всіх адміністративних територіях необхідно створити реєстр соціально-дезадаптованих верств населення і щороку проводити їх скринінг на туберкульоз.

### Лікування хворих на туберкульоз

Наказами МОЗ України і розробленим стандартом регламентоване стандартизоване і контрольоване лікування. Централізовано закуповуються протитуберкульозні препарати, які є в достатній кількості. Хоч ефективність лікування останніми роками поліпшується, проте не досягається вилікування 90–95 % хворих на туберкульоз, не зменшується частота ускладнень, хронічних форм та рецидиву туберкульозу, летальність, не зменшується частота лікарської стійкості. Це зумовлено тим, що не проводиться належним чином навчання фтизіатрів. Вони не завжди застосовують стандартизовані схеми лікування, а контрольоване лікування відсутнє не тільки амбулаторно, але й у деяких протитуберкульозних стаціонарах. Не впроваджені ставки патронажних медсестер для проведення контрольованого амбулаторного лікування хворих. У більшості адміністративних територій не проводиться когортний аналіз ефективності лікування хворих.

Суттєво відстає проведення медико-соціальної та трудової реабілітації хворих на туберкульоз.

Нині повинна намітитися тенденція до ширшого застосування амбулаторного лікування бактеріонегативних хворих чи лікування їх в денному стаціонарі.

Не належним чином застосовується санаторне лікування хворих. У 2002 р. та 2003 р. лікувалися в санаторіях лише 6,9 % хворих на активний туберкульоз від їх загальної кількості.

Назріла потреба у реструктуризації ліжкового фонду протитуберкульозних стаціонарів і санаторіїв. Ліжковий фонд слід умовно розподілити на госпітальні та соціальні ліжка. На госпітальних ліжках повинні лікуватися хворі на вперше діагностований бактеріальний і розповсюджений туберкульоз (I категорія), раніше ліковані хворі (II категорія), хворі без бактеріовиділення (III категорія), хворі на первинний і вторинний хіміорезистентний туберкульоз (IV категорія). На соціальних ліжках повинні лікуватися хворі, які потребують ізоляції та пожиттєвого лікування.

Необхідно організовувати хоспіси. У санаторіях слід проводити основний курс антимікобактеріальної терапії, лікувати хворих на туберкульоз із супутніми захворюваннями, проводити реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи. В окремих санаторіях повинні ширше оздоровлюватися медичні працівники протитуберкульозних закладів.

Хірургічні ліжка виявилися не рентабельні, оскільки на більшості із них проводиться не більше 6–7 резекційних чи колапсхірургічних втручань. Коштовні хірургічні ліжка часто використовуються для проведення пункцій та дренажів плеври. Необхідно переглянути кількість хірургічних ліжок для лікування хворих на туберкульоз органів дихання, уточнити показання для оперативного лікування хворих з ускладненим хіміорезистентним туберкульозом, побічною дією хіміопрепаратів та хронічних форм туберкульозу і нерентабельні хірургічні ліжка перепрофілювати на фтизіатричні ліжка.

### Диспансеризація

В Україні спрощена система диспансерного групування контингентів, обсяги їх обстеження та лікування. Проте контрольовані лікування хворих та хіміопротифілактика на диспансерному етапі не налагоджені через відсутність ставок патронажних медсестер.

Традиційні за радянською схемою курси підготовки медичного персоналу, виїзди та курації органів охорони здоров'я підлеглих адміністративних територій або не проводяться, або не результативні. Контроль за рентабельністю та ефективністю протитуберкульозних заходів із внесенням корекції з метою досягнення високих кінцевих результатів проводиться лише в поодиноких протитуберкульозних диспансерах.

За кошти Міжнародного банку реконструкції і розвитку буде переглянута диспансерна робота, модернізована система обліку, звітності на основі сучасних інформаційних технологій та адаптовані до міжнародних стандартів.

### Моніторинг

Розрізняють національний та регіональний моніторинг діагностики та лікування туберкульозу. На сьогодні цей протитуберкульозний захід в Україні відсутній через брак коштів. За кошти Міжнародного банку реконструкції та розвитку передбачається розробити Всеукраїнську програму "Моніторинг туберкульозу" та створити на базі Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського національний реєстр хворих, а в кожній адміністративній території — регіональні реєстри, а також, відповідно, національний та регіональні центри інформаційних технологій з формуванням та динамічним оновленням баз даних на основі модернізованих і затверджених статистичних облікових та звітних форм.

### Глобальні проблеми фтизіатрії

Зважаючи на збільшення числа хворих на туберкульоз і СНІД, високу частоту хіміорезистентного туберкульозу (до 30 % у вперше виявлених хворих і до 75 % — у лікованих хворих), глобальними проблемами фтизіатрії є туберкульоз і ВІЛ/СНІД та хіміорезистентний туберкульоз. Вони потребують розробки наукових підходів до їх вирішення.

### Протитуберкульозна робота лікувально-профілактичних закладів

**Фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт** є відповідальним за повноту і вчасність забезпечення протитуберкульозних заходів:

1. Складає і реалізує комплексні плани боротьби з туберкульозом.

2. Веде картотеку хворих на туберкульоз і осіб, які підлягають туберкулінодіагностиці та флюорографії.

3. Усіх осіб із легеневиими симптомами та тих, що кашляють протягом 3 тижнів і більше, направляє в дільничну лікарню, лікарську амбулаторію або центральну районну лікарню на мікроскопію харкотиння, інколи самостійно здійснює трьохразовий забір харкотиння, зберігає його у спеціальному холодильнику та транспортує у найближчу клінічну лабораторію для мікроскопії за Ціль-Нільсоном.

4. Бере участь у бригадній туберкулінодіагностиці та ревакцинації БЦЖ дітей.

5. Усіх підозрілих на туберкульоз направляє до фтизіатра.

6. За призначенням лікаря здійснює амбулаторне долікування хворих, протирецидивне лікування та хіміопротифілактику, заходи у вогнищах туберкульозної інфекції разом з фтизіатром та епідеміологом.

7. Проводить санітарно-освітню роботу.

8. Проводить протитуберкульозні заходи разом із сільськогосподарськими підприємствами, що розташовані на території обслуговування.

9. Бере участь у підготовці проектів рішень сільських та селищних рад з питань комплексної протитуберкульозної роботи, здійснює контроль за їх виконанням.

**Сільська дільнична лікарня, лікарська амбулаторія** безпосередньо займається протитуберкульозними заходами (профілактика, виявлення, діагностика туберкульозу) на своїй дільниці, в т.ч. шляхом організації цих заходів на фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАП) та фельдшерських пунктах (ФП).

1. Планує і бере участь у проведенні бригадної туберкулінодіагностики, вакцинації та ревакцинації БЦЖ, флюорографії, бактеріоскопії мазка харкотиння.

2. Дообстежує хворих із сумнівним діагнозом і направляє їх на консультацію до фтизіатра.

3. Підвищує рівень знань середніх медичних працівників, ФАП, ФП і населення дільниці.

**Центральна районна лікарня (міська районна лікарня або територіальне медичне об'єднання).**

**I. Поліклінічне відділення будь-якого профілю** організовує і проводить протитуберкульозні заходи:

1. Організовує профілактичні огляди (туберкулінодіагностика, флюорографія, мазок харкотиння) населення на туберкульоз.

2. Рентгенологічне відділення (кабінет) веде карточний або комп'ютерний облік населення району, яке підлягає флюорографічному обстеженню, та організовує його обстеження.

3. Забезпечує проведення дослідження мазку харкотиння у хворих, що кашляють протягом 2 тижнів і більше, з патологією виявленою на флюорографії.

4. Направляє до фтизіатра хворих на туберкульоз і з підозрою на цю недугу.

5. Проводить контрольовану амбулаторну антимікобактеріальну терапію (хіміопротифілактику, протирецидивне лікування) за призначенням фтизіатра.

6. Проводить лікарські конференції щодо випадків несвоєчасного виявлення туберкульозу та смерті від нього.

7. Проводить санітарно-освітню роботу щодо туберкульозу.

**II. Стаціонарне відділення будь-якого профілю** проводить заходи щодо діагностики, лікування і профілактики туберкульозу серед своїх хворих.

1. Всім стаціонарним хворим проводять рентгенфлюорографічне дослідження, а при наявності легеневих симптомів і кашлю протягом 3 тижнів і більше — бактеріоскопія харкотиння на мікобактерії туберкульозу.

2. При підозрі на туберкульоз хворих вчасно консультують з фтизіатром.

3. Хворим із посттуберкульозними змінами в легенях та із захворюваннями, які знижують опірність організму, проводять протирецидивне лікування, контактним із хворими на туберкульоз — хіміопротифілактику.

4. Якщо госпіталізований у відділення хворий не завершив основний курс хіміотерапії, протирецидивне лікування чи хіміопротифілактику, то їх продовжують у відділенні.

#### **Сімейний лікар повинен:**

1. Вміти діагностувати туберкульоз: при кашлі 2 тижні й більше чи наявності симптомів туберкульозу направляти члена сім'ї на рентгенологічне обстеження та дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу та на консультацію до фтизіатра.

2. Організувати щеплення БЦЖ дітям, які не були вакциновані в пологовому будинку чи не ревакциновані у відповідні строки.

3. Виявляти членів родини з підвищеним ризиком туберкульозу і залучати їх до профілактичних обстежень на туберкульоз.

4. Продовжувати контрольоване лікування хворих на туберкульоз за призначенням фтизіатра в амбулаторних умовах.

5. Здійснювати контрольовану хіміопротифілактику в групах підвищеного ризику згідно із призначенням фтизіатра.

6. Проводити санітарно-освітню роботу в сім'ї.

7. Вести звітно-облікову документацію на хворих із туберкульозом.

**Санітарно-епідеміологічна станція** здійснює керівництво і контроль за протитуберкульозними заходами, в тому числі через міжвідомчу протитуберкульозну комісію:

1. Разом із фахівцями районних лікарень складає плани туберкулодіагностики, вакцинації та ревакцинації БЦЖ, рентгенофлюорографічних оглядів населення і контролює вчасне і належне їх виконання.

2. Забезпечує лікувально-профілактичні заклади вакциною БЦЖ і туберкуліном.

3. Веде облік хворих на заразні форми туберкульозу згідно з екстреними повідомленнями і проводить разом із фтизіатром обстеження і оздоровчі заходи у вогнищах туберкульозної інфекції, поточну і заключну дезінфекцію, хіміопротифілактику, бере участь у поліпшенні житлових умов.

4. Контролює дотримання санітарно-протиепідемічних, в т.ч. протитуберкульозних, заходів у всіх лікувально-профілактичних та інших закладах, установах, організаціях.

5. Разом із ветеринарною та протитуберкульозною службами складає план протитуберкульозних заходів серед тварин.

6. Аналізує епідемічну ситуацію з туберкульозу і розробляє заходи щодо її поліпшення.

**Протитуберкульозний диспансер, диспансерне відділення, туберкульозний кабінет поліклініки** мають найбільші повноваження. Вони здійснюють загальне організаційно-методичне керівництво протитуберкульозною роботою загальних лікувально-профілактичних закладів

згідно з чинними нормативно-правовими документами. На них покладаються такі завдання:

#### **I. Попередження туберкульозу.**

1. Аналіз епідемічної ситуації й ефективності проти-туберкульозних заходів.

2. Разом із СЕС та лікувально-профілактичними закладами планування вакцинації та ревакцинації БЦЖ, яку проводять лікувально-профілактичні заклади загальної мережі.

3. Госпіталізація бактеріовиділювачів, ізоляція новонароджених від бактеріовиділювачів.

4. Профілактика туберкульозу серед контактних осіб (хіміопротифілактика, дезінфекція у вогнищах туберкульозної інфекції, ревакцинація БЦЖ).

5. Диспансеризація контактних і санітарно-освітня робота з ними.

6. Проведення разом із СЕС і ветеринарною службою заходів щодо попередження туберкульозу серед людей і тварин.

#### **II. Своєчасне виявлення хворих на туберкульоз:**

1. Разом із СЕС та лікувально-профілактичними закладами складання планів туберкулодіагностики, флюорографії та бактеріологічної діагностики, які здійснюють заклади загальної мережі.

2. Формування груп ризику щодо туберкульозу в амбулаторно-поліклінічних закладах.

3. Дообстеження осіб із підозрою на туберкульоз у протитуберкульозних закладах.

#### **III. Лікування хворих на туберкульоз:**

1. Лікування хворих на легеневий та позалегневий туберкульоз в стаціонарних, амбулаторних, санаторних умовах або в денних стаціонарах.

2. Проведення протирецидивного лікування та хіміопротифілактики.

3. Фтизіохірургічне лікування хворих.

3. Експертиза працездатності хворих та соціально-трудова реабілітація осіб, які вилікувалися від туберкульозу.

#### **III. Диспансеризація:**

1. Облік, своєчасне обстеження і залучення до лікування диспансерних контингентів.

2. Дотримання диспансерної тактики і обліку диспансерних контингентів.

#### **IV. Підвищення кваліфікації лікарів та іншого медичного персоналу:**

1. Підвищення професійних знань і навичок лікарів-фтизіатрів, лаборантів.

2. Підвищення рівня знань щодо туберкульозу лікарів загальної мережі.

3. Підготовка середнього медичного персоналу загальної мережі, які здійснюють туберкулодіагностику, щеплення і ревакцинацію вакциною БЦЖ, профілактичні заходи у вогнищах туберкульозної інфекції, збирають харкотиння та інший матеріал для бактеріологічного дослідження.

#### **V. Впровадження новітніх технологій і нововведень:**

1. Складання і виконання планів використання нових технологій і нововведень.

2. Моральне й матеріальне заохочення раціоналізаторів, винахідників, працівників, які освоїли і використовують нову медичну техніку, методики, медичні технології та організаційні заходи.

#### **VI. Організаційно-методична робота:**

1. Аналіз, контроль, експертні оцінки та перевірки стану протитуберкульозної роботи будь-якими лікуваль-

но-профілактичними закладами за територіальним принципом.

2. Планування й контроль за виконанням протитуберкульозних заходів, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби.

3. Підготовка регіональних нормативних документів і контроль за їх виконанням.

**Централізований контроль якості протитуберкульозної роботи** повинен здійснюватися на рівні кожної адміністративної території. Для цього при протитуберкульозному диспансері Автономної Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя створюється центральна лікарсько-консультативна комісія (ЦЛКК) у складі голови (головного лікаря або його заступника з лікувальної роботи) і 3-4 постійних членів (фтизіатра, рентгенолога, фтизіопедіатра, фтизіохірурга та ін.). В роботі ЦЛКК повинні брати участь головні лікарі районних протитуберкульозних диспансерів (райфтизіатри) і фтизіатри, які направляють хворих на комісію, а також куратори-фтизіатри району, лікарі тубстационарів і місцевих санаторіїв, в яких лікувалися або лікуються хворі, направлені на ЦЛКК.

Подання первинної медичної документації на ЦЛКК здійснюється в найближчі дні після виявлення хворого і повторюється щоквартально до досягнення клінічної ефективності за критерієм загоєння порожнин розпаду, а потім до переведення хворого у групи диспансерного нагляду з неактивним туберкульозом — щороку.

Перед першим поданням на ЦЛКК медичної документації попередньо проводиться її експертна оцінка, при встановленні занедбаного випадку — він обговорюється на лікарській конференції, інколи на засіданні міжвідомчої протитуберкульозної комісії, які оформлюються протоколом, в якому зазначаються причини невчасного виявлення чи пізньої діагностики туберкульозу, встановлюються причетні до цього особи з відповідними адміністративними рекомендаціями до них.

При первинному розгляді ЦЛКК уточнює діагноз захворювання і погоджує план лікування, пізніше — встановлює ефективність лікування і вносить необхідні корективи.

Голова ЦЛКК щоквартально аналізує дані про виявлення, ефективність лікування і реабілітації хворих, про наслідки і недоліки інформує на науково-практичних конференціях, семінарах, нарадах. Про всі недоліки він інформує головних лікарів лікувально-профілактичних закладів для прийняття ними відповідних адміністративних заходів по їх усуненню.

Організаційно-методичні або інформаційно-аналітичні підрозділи протитуберкульозних диспансерів Автономної Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя разом із СЕС проводять оперативний контроль і аналіз епідемічної ситуації, вивчають обсяги і якість про-

ведення протитуберкульозних заходів (профілактика, виявлення, діагностика, лікування, реабілітація, робота у вогнищах тощо) та інформують про це міжвідомчі комісії по боротьбі з туберкульозом, які приймають відповідні рішення щодо усунення недоліків.

**Позаштатний головний фтизіатр МОЗ України, МОЗ Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я (обласних, Київської та Севастопольської міських) держадміністрацій** організовує виконання наведених вище нормативно-правових документів на відповідній території, які стосуються всіх протитуберкульозних заходів — виявлення хворих на туберкульоз, їх лікування та профілактики туберкульозу. Він аналізує статистичну звітність і вносить пропозиції щодо поліпшення організації та рівня протитуберкульозної допомоги.

#### **Висновки**

Ситуація з туберкульозу в Україні складна. Не зважаючи на деякі позитивні зрушення статистичних показників з туберкульозу, є низка проблем. Більшість з них можна вирішити за рахунок посилення контролю за протитуберкульозними заходами. Для цього необхідно створити вертикаль управління протитуберкульозною службою, тобто відновити вертикаль підпорядкування Міністерству охорони здоров'я управлінню охорони здоров'я та всіх протитуберкульозних закладів на період епідемії, а також поліпшити зв'язок із загальною лікарняною мережею. Інші проблеми можна вирішити за рахунок поліпшення фінансування протитуберкульозних заходів з державного та місцевих бюджетів, а також за рахунок позики Світового банку.

### **СТАН І ПРОБЛЕМИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОЛІПШЕННЯ**

*Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник*

*Резюме*

У статті проаналізована епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні, викладені недоліки у проведенні протитуберкульозних заходів і запропоновані організаційні заходи щодо подолання викладених недоліків.

### **A STATE AND THE PROBLEMS OF THE ANTITUBERCULOSIS HEALTHCARE SERVICE IN UKRAINE AND THE WAYS OF ITS IMPROVEMENT**

*Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnik*

*Summary*

The analysis of epidemic situation with tuberculosis in Ukraine, limitations of antituberculosis measures and organizational arrangements, aimed on overcoming of mentioned problems have been presented in this article.