

В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич, Л. В. Ареф'єва ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ЧИННИКИ, ЯКІ ПОГІРШУЮТЬ ЇЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Лікування хворих на туберкульоз є невід'ємною складовою частиною заходів боротьби з цією недугою, бо завдяки вилікуванню хворих викорінюються джерела інфекції та поліпшується епідеміологічна ситуація з туберкульозу. Щодо критеріїв ефективності лікування хворих на туберкульоз легень в літературі немає єдиної думки. Більшість зарубіжних вчених, дотримуючись доктрини ВООЗ, видужанням від туберкульозу вважають припинення бактеріовиділення, підтвержене будь-яким методом, незалежно від залишкових змін в легенях. Однак, при припиненні бактеріовиділення не зникає патологічний процес, бо нерідко залишаються вогнищеві, деструктивні зміни, які стають джерелом реактивації туберкульозу. За критеріями, які регламентовані наказом МОЗ України від 14.02.1996 р. № 26 "Про удосконалення протитуберкульозної служби", клінічним видужанням вважаються стійкі стабілізація та загоснення туберкульозного процесу, підтверджені диференційованими термінами спостереження. Словом, ефективність лікування хворих на туберкульоз легень характеризується припиненням бактеріовиділення і загосненням порожнин розпаду [9, 10, 11].

Ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз за останні роки висвітлюється в роботах як зарубіжних, так і вітчизняних авторів. В них оцінюються режими хіміотерапії, які застосовуються для лікування різних категорій хворих на туберкульоз, проводиться аналіз лікування за когортами, наводяться результати лікування хворих із вперше діагностованим та хіміорезистентним туберкульозом [1–5].

Метою даного дослідження було вивчення ефективності лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТ) в умовах епідемії за статистичними показниками та безпосередньо у хворих із завершеним етапом стаціонарного лікування, а також виявлення чинників, які найбільш негативно впливали на результати лікування.

Матеріали та методи

Вивчалися епідеміологічні показники, які стосувалися ефективності лікування хворих на ВДТ в Україні (відсоток закриття каверн у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз, відсоток припинення бактеріовиділення у хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз) до епідемії (1984–1994 рр.) та під час епідемії (1995–2006 рр.). Проводився ретроспективний аналіз медичної документації (форма № 003/0) 247 хворих на ВДТ легень віком від 18 до 75 років, які завершили стаціонарний етап лікування. З них 83 особи (69 чоловіків та 14 жінок) лікувалися до епідемії та 164 (133 чоловіки та 31 жінка) — під час епідемії. Для одержання репрезентативних даних відбір хворих проводився методом випадкової вибірки. У дослідження залучалися хворі з м. Києва та інших регіонів, які лікувалися стаціонарно, за виключенням померлих, виписаних за порушення режиму або тих, хто самовільно припинив лікування.

Результати та їх обговорення

Зіставляючи статистичні дані щодо ефективності лікування хворих на ВДТ до та під час епідемії, ми встановили, що середній показник закриття каверн в Україні у 1984–1994 рр. становив 79,0 %, а у 1995–2006 рр. — 71,2 %. Середній показник припинення бактеріовиділення становив 90,3 % та 84,2 % відповідно. Отже, під час епідемії спостерігалось зменшення середньоукраїнських показників закриття каверн і припинення бактеріовиділення.

Оцінюючи відсоток закриття каверн під час епідемії, слід відмітити, що з 1995 р. до 2000 р. цей показник постійно зменшувався (найменшим він був у 1999 році — 65,5 %) та лише з 2001 року намітилася тенденція до його послідовного зростання. У 2006 році даний показник складав вже 79,9 %, тобто збільшився на 14,4 % у порівнянні з 1999 роком. Отже, у 2006 р. середньоукраїнський показник закриття каверн перевищив його середнє значення до епідемії.

Ефективність лікування хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз за відсотком припинення бактеріовиділення з 1996 р. до 2000 р. мала тенденцію до погіршення — зменшення з 83,0 до 79,1 %. З 2001 р. до 2006 р. даний показник поступово зростав — з 82,6 до 90,1 %. Отже, відсоток припинення бактеріовиділення у 2006 р. порівняно з 2000 р. зріс на 11,0 % та майже досягнув середнього до епідемічного рівня (90,1 % проти 90,3 % у 1984–1994 рр.).

Таким чином, статистичні дані 2006 року свідчать про суттєве покращання ефективності лікування хворих на ВДТ як за відсотком закриття каверн, так й за відсотком припинення бактеріовиділення в цілому по Україні. Цей факт є безперечним та позитивним. Однак, якщо піддати детальному аналізу ефективність лікування хворих на ВДТ за регіональними показниками, оптимізму стає менше. Порівняємо лише дані останніх двох років (2005–2006 рр.), які представлені в таблиці 1.

Як бачимо, середньоукраїнський показник закриття каверн у 2005 році складав 77,3 %, а у 2006 році — 79,9 %, тобто він збільшився на 2,6 %. Наведені в таблиці 1 дані свідчать про те, що збільшення середнього по Україні відсотку закриття каверн відбулося, в першу чергу, за рахунок суттєвого зростання цього показника у м. Києві — з 67,8 до 77,9 % або на 10,1 %, Вінницькій — з 67,8 до 81,6 % або на 13,8 % та Кіровоградській областях — з 78,5 до 88,4 % або на 9,9 %. В той же час, у 2006 р. порівняно з 2005 р. відмічалось значне зниження відсотку закриття каверн у хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом у таких адміністративних територіях, як АР Крим — з 79,2 до 59,4 % або на 19,8 %, Харківська область — з 89,5 до 78,3 % або на 11,2 %, м. Севастополь — з 81,8 до 70,0 % або на 11,8 %, Хмельницька область — з 82,0 до 77,8 % або на 4,2 %. В інших регіонах даний показник не зазнав таких значних змін, а саме: збільшився — від 0,2 % у Івано-Франківській області до 3,9 % у Львівській області, зменшився — від 0,3 %

у Луганській області до 2,5 % у Черкаській області або залишився на тому самому рівні — в Одеській області.

Щодо припинення бактеріовиділення у хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз, то, як свідчать дані представлені в таблиці 1, ситуація була аналогічною. А саме, середньоукраїнський показник припинення бактеріовиділення у 2005 році складав 87,7 %, а у 2006 році — 90,1 %, тобто він зріс на 2,4 %. При цьому найбільше його зростання відбулося у Вінницькій області — з 81,3 до 96,4 % або на 15,1 %, м. Києві — з 76,0 до 87,9 % або на 11,9 % та Рівненській області — з 79,3 до 86,0 % або на 6,7 %. Проте, суттєве зниження даного показника спостерігалось у Кіровоградській області — з 90,1 до 76,3 % або на 13,8 % та м. Севастополі — з 89,0 до 82,4 % або на 6,6 %. Коливання показника припинення бактеріовиділення у решті регіонах були не такими значним.

Ситуація щодо суттєвого зниження деяких регіональних показників закриття каверн та припинення бактеріовиділення не лише викликає занепокоєння, але й потре-

бує детального вивчення та встановлення причин цього негативного явища.

Окрім аналізу статистичних показників, ми вивчили ефективність лікування хворих на ВДТ легень із завершеним стаціонарним етапом лікування до та під час епідемії, а також встановили чинники, які найбільш негативно впливали на результати лікування.

Оцінка ефективності лікування досліджуваних хворих, яка представлена в таблиці 2, свідчить, що бактеріовиділення після стаціонарного лікування припинилося у 46 (86,79 %) хворих серед бактеріовиділювачів до епідемії та у 112 (98,25 %) — під час епідемії, $P > 0,05$. Будь-яка позитивна динаміка рентгенологічних змін у хворих на ВДТ легень, яка оцінювалася за останнім рентгенологічним обстеженням, відмічалася у 57 (68,67 %) хворих до епідемії та у 85 (51,83 %) під час епідемії, $P > 0,05$. У тому числі порожнини розпаду при виписці з стаціонару закрилися у 39 (82,98 %) хворих із деструкціями до епідемії та у 76 (63,33 %) під час епідемії, $P < 0,05$. Позитивна динаміка

Таблиця 1

Ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний та бактеріальний туберкульоз в умовах епідемії

Адміністративні території (область, місто)	Роки			
	Відсоток закриття каверн		Відсоток припинення бактеріовиділення	
	2005	2006	2005	2006
АРК	79,2	59,4	82,6	82,6
Вінницька	67,8	81,6	81,3	96,4
Волинська	83,7	84,1	93,7	94,0
Дніпропетровська	71,4	74,8	80,2	83,6
Донецька	76,2	75,0	82,9	83,2
Житомирська	86,0	86,5	92,5	93,1
Закарпатська	86,0	85,3	92,5	93,5
Запорізька	81,3	79,8	87,1	88,9
Івано-Франківська	77,5	77,7	93,3	93,5
Київська	73,2	72,2	84,0	83,9
Кіровоградська	78,5	88,4	90,1	76,3
Луганська	75,8	75,5	90,9	90,3
Львівська	74,2	78,1	88,2	90,4
Миколаївська	77,7	75,3	90,6	88,7
Одеська	81,9	81,9	92,9	93,5
Полтавська	88,9	89,1	90,4	92,0
Рівненська	71,9	72,5	79,3	86,0
Сумська	84,0	82,9	87,8	88,3
Тернопільська	76,0	77,8	92,7	95,3
Харківська	89,5	78,3	92,8	89,5
Херсонська	64,7	64,1	89,3	88,7
Хмельницька	82,0	77,8	96,1	92,2
Черкаська	90,3	87,8	93,3	89,1
Чернівецька	79,7	78,2	92,2	89,6
Чернігівська	74,7	74,3	90,2	90,8
Київ	67,8	77,9	76,0	87,9
Севастополь	81,8	70,0	89,0	82,4
Україна	77,3	79,9	87,7	90,1

гемограм спостерігалася у 52 (62,65 %) хворих до епідемії та у 90 (54,88 %) — під час епідемії, $P > 0,05$.

Отже, зіставляючи ефективність лікування хворих на ВДТ легень до та під час епідемії, ми встановили статистично достовірну різницю лише за меншим відсотком закриття каверн під час епідемії. Зменшення відсотка хворих із загальною позитивною рентгенологічною динамікою та з позитивною динамікою гемограм під час епідемії хоча й мало місце, однак не знайшло статистичного підтвердження, а відсоток припинення бактеріовиділення під час епідемії, навіть, виявився дещо більшим.

Вивчивши всі можливі чинники, які негативно впливали на результати лікування у досліджуваних хворих, ми виділили найбільш значущі з них в умовах епідемії.

Як видно з таблиці 2, серед негативних чинників найчастішим було пізнє виявлення туберкульозу. Кількість хворих із пізнім виявленням туберкульозу легень під час епідемії виявилася більшою, аніж до епідемії — 150 (91,46 %) проти 47 (56,63 %), $P < 0,05$.

Будь-які соматичні захворювання мали 108 (65,85 %) хворих під час епідемії проти 49 (59,04 %) до епідемії. У тому числі виявлялися психічні захворювання — у 8 (4,88 %) та СНІД або ВІЛ — інфікування — у 3 (1,83 %), яких не було до епідемії.

Встановлено, що несприятливі соціальні чинники мали 39 (46,99 %) хворих до епідемії та 115 (70,12 %) під час епідемії, $P < 0,05$. Під час епідемії у значно більшого числа осіб виявлялися такі соціальні чинники, як безробіття — у 72 (43,90 %) проти 6 (7,23 %) до епідемії ($P < 0,05$), по-

гані матеріально-побутові умови — у 70 (42,68 %) проти 20 (24,10 %) до епідемії ($P < 0,05$), алкоголізм — у 73 (44,51 %) проти 17 (20,48 %) до епідемії ($P < 0,05$) та безпритульність — 9 (5,49 %), до епідемії — не було. Також дещо частішими серед соціальних чинників у хворих під час епідемії були: наркоманія — у 15 (9,15 %) проти 1 (1,20 %) до епідемії та перебування у місцях позбавлення волі — у 16 (9,76 %) проти 3 (3,61 %), а серед інших чинників — родинний туберкульозний контакт — у 25 (15,24 %) проти 9 (10,84 %) до епідемії та хіміорезистентність — у 7 (8,43 % проти 17 (10,37 %)); $P > 0,05$.

Слід відмітити, що значна кількість досліджуваних хворих, особливо під час епідемії, мали водночас декілька несприятливих чинників, які були взаємопов'язаними і разом ще більш негативно впливали на ефективність лікування.

Щоб довести негативний вплив даних чинників на ефективність лікування хворих на ВДТ легень, ми порівняли групи з наявністю або відсутністю будь-яких з цих чинників за показниками закриття та не закриття каверн, за припиненням та не припиненням бактеріовиділення. Одержано наступні результати: 1). До епідемії мали чинники 25 (64,10 %) з 39 хворих, у яких каверни закрилися, та 7 (87,50 %) з 8 хворих, у яких каверни не закрилися, $P > 0,05$. 2). Під час епідемії мали чинники 61 (80,26 %) з 76 хворих, у яких каверни закрилися, та 42 (95,45 %) з 44 хворих, у яких каверни не закрилися, $P < 0,05$. 3). До епідемії мали чинники 36 (78,26 %) з 46 хворих, у яких бактеріовиділення припинилося, та 7

Таблиця 2

Ефективність лікування хворих на ВДТ легень до та під час епідемії та найважливіші чинники, які негативно впливали на неї

Показники	Кількість хворих			
	до епідемії (83 чол.)		під час епідемії (164 чол.)	
	Абс.	%	Абс.	%
I. Оцінка ефективності лікування				
Припинення бактеріовиділення	46	86,79	112	98,25
Позитивна рентгенологічна динаміка	57	68,67	85	51,83
Закриття каверн	39	82,98	76	63,33*
Позитивна динаміка гемограм	52	62,65	90	54,88
II. Чинники, які негативно впливали на ефективність лікування				
Пізнє виявлення	47	56,63	150	91,46*
Соматичні захворювання	49	59,04	108	65,85
СНІД/ВІЛ-інфікування	0	0,00	3	1,83
Психічні захворювання	0	0,00	8	4,88
Соціальні чинники	39	46,99	115	70,12*
Безробіття	6	7,23	72	43,90*
Погані матеріально-побутові умови	20	24,10	70	42,68*
Алкоголізм	17	20,48	73	44,51*
Наркоманія	1	1,20	15	9,15
Безпритульність	0	0,00	9	5,49
З місць позбавлення волі	3	3,61	16	9,76
Родинний контакт	9	10,84	25	15,24
Хіміорезистентність	7	8,43	17	10,37

Примітка. * — $P < 0,05$ у порівнянні з періодом до епідемії.

(100,00 %) з 7 хворих, у яких бактеріовиділення не припинилося, $P < 0,05$. 4). Під час епідемії мали чинники 98 (87,50 %) з 112 хворих, у яких бактеріовиділення припинилося, та 21 (100,00 %) з 21 хворого, у яких бактеріовиділення не припинилося, $P < 0,05$. Отже, вплив виявлених нами негативних чинників у досліджуваних хворих можна вважати статистично підтвердженим: до епідемії — за припиненням бактеріовиділення, а під час епідемії — за припиненням бактеріовиділення та за закриттям каверн.

Результати цього дослідження, наші попередні дані [6, 7, 8, 9] та знання сьогоденної ситуації щодо ефективності лікування туберкульозу в регіонах України дають нам підставу стверджувати, що протитуберкульозна служба має достатні резерви для покращання результатів лікування хворих на ВДТ. Зробимо припущення (яке може бути підтверджено у наших подальших дослідженнях), що в тих регіонах, де показники ефективності лікування хворих на ВДТ були найгіршими та зростали протягом 2005—2006 рр., негативні чинники є впливовішими, а протитуберкульозні заходи (у тому числі своєчасне виявлення, особливо серед соціально-дезадаптованих осіб, та організація лікувального процесу) недостатньо ефективними.

Ми вважаємо, що зростання середньоукраїнських показників закриття каверн та припинення бактеріовиділення у хворих на ВДТ відбулося, в першу чергу, за рахунок безпосереднього покращання процесу лікування (впровадження стандартних схем, розподіл хворих за категоріями та когортами, достатня забезпеченість протитуберкульозними препаратами тощо). Однак, існують суттєві недоліки в роботі щодо раннього виявлення туберкульозу, особливо серед осіб із негативними соціальними чинниками (соціально-дезадаптовані особи та неорганізоване населення: хатні господарки, пенсіонери, ті, хто займаються індивідуальною діяльністю), вплив яких, як свідчать вищенаведені дані, дуже значний в умовах епідемії. Окрім цього, є ще чималі можливості щодо кращої організації лікувального процесу (контрольоване лікування на всіх етапах, відновлення санаторного етапу лікування, створення умов для амбулаторного лікування, впровадження примусового лікування до певних категорій хворих та інш), налагодження взаємодії з загальною лікувальною мережею та поліпшення роботи у туберкульозних вогнищах. Ці організаційні заходи є не менш важливими для підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз, аніж безпосереднє застосування специфічної хіміотерапії. Отже, відомо, що легше попередити захворювання, аніж його лікувати, особливо, якщо йдеться про занедбані, ускладнені та хіміорезистентні форми туберкульозу, лікування яких є набагато дорожчим, а прогноз — набагато гіршим. Серед усіх організаційних заходів протитуберкульозна робота поліклінік загальної лікувальної мережі є особливо важливим розділом виробничої діяльності. Ця робота потребує координованих дій не лише фтизіатричної і загальної лікувальної мережі, але й правоохоронних органів, органів місцевої адміністрації, соціальних служб та громадських організацій, а також відповідних фінансових витрат.

Для того, щоб протитуберкульозні заходи серед соціально-дезадаптованого та неорганізованого населення були результативнішими, необхідно провести підготовчу роботу щодо організації їх обстеження на регіональних рівнях з урахуванням місцевих особливостей, яка би включала: складання поіменного максимально повного реєстру осіб, які підлягають обстеженню за ознакою со-

ціального ризику захворювання на туберкульоз; розробку плану дій з визначенням матеріально-технічної бази, фінансового забезпечення та узгодженістю між різними задіяними службами; розробка механізму соціально-матеріального заохочення даних осіб до співпраці з медичними працівниками; створення умов для лікування виявлених хворих (перепрофілювання місцевих санаторіїв, налагодження системи примусового лікування тощо); розгорнення широкої санітарно-освітньої кампанії щодо інформації громадськості про туберкульоз, організацію його виявлення та інше. Для контролю за виявленням туберкульозу в групах соціального ризику та організацію їх лікування необхідно запровадити автоматизовану централізовану систему обліку та звітності.

ВИСНОВКИ

1. Якщо у 1995—2000 рр. ефективність лікування хворих на ВДТ в Україні постійно погіршувалася, то у 2001—2006 рр. спостерігалася стійка тенденція до зростання показників закриття каверн та припинення бактеріовиділення. Однак, суттєве погіршення даних показників у деяких адміністративних територіях України протягом 2005—2006 рр. вимагає детального аналізу причин.

2. Зіставлення ефективності лікування хворих на ВДТ легень до та під час епідемії виявило статистично достовірну різницю щодо зменшення відсотка закриття каверн під час епідемії та не виявило різниці щодо припинення бактеріовиділення. Встановлено, що на ефективність лікування хворих в умовах епідемії найбільш негативно впливали пізнє виявлення туберкульозу та такі соціальні чинники, як безробіття, погані матеріально-побутові умови, алкоголізм, безпритульність, перебування в місцях позбавлення волі тощо. Статистично доведено негативний вплив даних чинників на ефективність лікування хворих на ВДТ легень (до епідемії — за припиненням бактеріовиділення, а під час епідемії — за припиненням бактеріовиділення та за закриттям каверн).

3. Не використані всі можливості щодо раннього виявлення туберкульозу та організації процесу лікування. Найпріоритетнішими на сьогодні заходами слід вважати обстеження соціально-дезадаптованих осіб та неорганізованого населення, для чого необхідна програма дій на регіональних рівнях з урахуванням місцевих особливостей, яка би передбачала створення поіменного реєстру, розробку плану обстеження й механізму соціально-матеріального заохочення, інформацію громадськості про туберкульоз та його виявлення, а також необхідно запровадити автоматизовану централізовану систему обліку та звітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бойко А. В.* Ефективність стандартних режимів хіміотерапії у хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень в Чернівецькій області // Укр. хіміотер. журн. — 2005. — № 3—4. — С. 14—17.
2. *Мишин В. Ю., Чуканов В. И., Васильева И. А.* К проблеме оптимизации и доказательности современных режимов химиотерапии туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2004. — № 8. — С. 7—11.
3. *Результати застосування ПАСК в комплексній терапії хворих деструктивним, раніше неефективно лікованих, хіміорезистентним туберкульозом легень* / Й. Б. Бялик, Л. М. Циганкова, В. В. Давиденко, І. В. Слuch // Укр. пульмонолог. журн. — 2006. — № 1. — С. 56—60.
4. *Петренко В. М., Литвиненко Н. А.* Ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням та множинними кавернами залежно від їх розміру та інтенсивності хіміотерапії // Укр. хіміотер. журн. — 2005. — № 1—2. — С. 55—60.

5. *Порівняння* ефективності стандартних та емпіричних режимів хіміотерапії для 4 клінічної фази категорії у пацієнтів з високим ризиком мультирезистентного туберкульозу / В. М. Петренко, С. О. Черенько, Н. А. Литвиненко, Л. М. Циганкова, Я. В. Вольській, О. Р. Тарасенко // Інфекційні хвороби. — 2007. — № 4. — С. 15–19.
6. *Смертність* від туберкульозу в Україні та шляхи її зниження / В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. О. Юхимець та ін. // Методичні рекомендації. — Київ. — 2007. — 18 с.
7. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Організація протитуберкульозної допомоги населенню. — Київ: Здоров'я, 2006. — 656 с.
8. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Контроль за туберкульозом в умовах Адаптованої ДОТС-стратегії. — Київ: Медицина, 2007. — 478 с.
9. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Ільницький І. Г.* Основи клінічної фтизиатрії. — К.-Л: Атлас, 2007. — 1168 с.
10. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programs.* — Geneva: WHO. — 1993. — 49 p.
11. *Tuberculosis in the community. Evaluation of volunteer health worker programme to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment* / J. Dick, J. H. Schoeman, A. Mohammed, C. Lombard // Tubercle and Lung Disease. — 1996. — Vol. 77. — P. 274–279.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ЧИННИКИ, ЯКІ ПОГІРШУЮТЬ ЇЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

**В. М. Мельник, І. О. Новожилова,
В. Г. Матусевич, Л. В. Ареф'єва**

Резюме

Вивчена ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз в умовах епідемії за статистичними показниками та безпосередньо у хворих із завершеним стаціонарним етапом лікування. Виявлена тенденція до зрос-

тання середньоукраїнських показників закриття каверн та припинення бактеріовиділення у 2001–2006 рр., однак їх зниження у деяких адміністративних територіях вимагає детального аналізу. Встановлено статистично достовірну різницю щодо зменшення відсотка закриття каверн та вираженішого негативного впливу багатьох соціальних чинників на ефективність лікування хворих на туберкульоз під час епідемії. Автори впевнені, що існують достатні резерви щодо раннього виявлення туберкульозу та організації лікувального процесу, особливо серед соціально-дезадаптованих осіб і неорганізованого населення. Необхідно розробити програму дій щодо обстеження даних контингентів на регіональних рівнях з урахуванням місцевих особливостей.

THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH NEWLY DETECTED TUBERCULOSIS AND FACTORS, WORSENING IT NOWADAYS

**V. M. Melnyk, I. A. Novozhilova,
V. G. Matusevich, L. V. Arefyeva**

Summary

The effectiveness of treatment of patients with newly detected tuberculosis was studied. National statistics data were compared with the effectiveness indices of patients which recently completed treatment at hospital. The indices of caverns closure and sputum abacilaton have the tendency to increase in 2001–2006. Nevertheless, the decrease of mentioned indices in several administrative areas require detailed analysis. The significant decrease of caverns closure percentage was due to negative influence of social factors on treatment effectiveness. Authors are convinced that there is sufficient power to detect tuberculosis earlier and to provide care for socially neglected people. It is necessary to develop the program of tuberculosis screening in this group of population with consideration of local peculiarities.