

**Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Бідний, В. В. Загородній, Л. В. Турченко,  
Л. Г. Кобища, Н. О. Філоненко, Л. А. Колос**  
**ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ м. КИЄВА  
ЗА ПЕРІОД 1990 – 2009 РОКИ**

*ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва  
Київський міський центральний протитуберкульозний диспансер*

Ситуація з туберкульозом складна в багатьох країнах світу. Найскладніша вона в бідних країнах. За даними ВООЗ, у світі щороку захворюють близько 10 млн. людей з бактеріальним туберкульозом і помирає близько 4–5 млн. хворих.

В Україні ситуація почала погіршуватися з 1990 р. і у 1995 р. зареєстрована епідемія цієї недуги, яка прогресувала до 2005 р. З 2006 р. наступив період стабілізації епідемії. Серед 27 адміністративних територій України у Києві завжди відмічалися кращі епідемічні показники та показники реалізації протитуберкульозних заходів. Це спонукало нас проаналізувати ситуацію з туберкульозу в м. Києві за 1990–2009 рр., яка розподілена на чотири етапи.

I, доепідемічний, етап (1990–1994 рр.). Починаючи з 90-х років у м. Києві, як і в цілому в країні, спостерігалось погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу. Перш за все це було зумовлено соціально-економічними труднощами, недостатнім фінансуванням протитуберкульозних заходів на регіональному рівні та дефіцитом кадрів, зростанням хіміорезистентних форм туберкульозу, відсутністю організації контрольованого лікування хворих як в стаціонарі, так і амбулаторних умовах, збільшенням хворих на ВІЛ/СНІД/ТБ, наркоманію та алкоголізм.

В 1990–1992 роках реєструвалося низьке охоплення населення профілактичними оглядами і, як результат цього явища, знизилися показники виявлення туберкульозу серед дорослих і дітей, погіршилися показники імунізації дітей вакциною БЦЖ. Внаслідок недостатності коштів для придбання протитуберкульозних препаратів погіршилися показники ефективності лікування.

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

З 02.04.90 р. Виконавчий Комітет Київської міської Ради народних депутатів вирішив проводити переведення установ охорони здоров'я на новий господарський механізм (рішення Виконавчого Комітету Київської міської Ради народних депутатів від 13.02.90 р. № 145). На виконання цього рішення Управлінням охорони здоров'я Київського міськвиконкому (голова УОЗ В. Дідиченко) була проведена реорганізація протитуберкульозної служби і створено Київське міське спеціалізоване протитуберкульозне медичне об'єднання (наказ Управління охорони здоров'я Київського міськвиконкому від 14.02.90 р. № 50 «О переходе учрежденный здраво-

охранения Киевского горисполкома на новый хозяйственный механизм»), але практично використати та впровадити в роботу новий господарський механізм в повному обсязі не вдалося через інші суперечливі йому нормативно правові документи.

Починаючи з 1993 року, в місті почалося впровадження комплексу заходів щодо захисту населення від розповсюдження туберкульозу. Рішення з цього питання приймалися на рівнях держадміністрації, головного управління охорони здоров'я та протитуберкульозної служби.

Розпорядженням Столичної адміністрації (голова КМДА — представник президента І. Салій, начальник ГУОЗ — В. Юрченко) вперше в країні після Чорнобильської аварії в 1993 році були відновлені суцільні флюорографічні огляди, розроблені стандарти якості флюорографічних оглядів і туберкулінодіагностики. Медичні заклади цілковито забезпечувалися рентгенівською плівкою, туберкуліном і шприцами. В поліклінічних відділеннях були сформовані групи ризику щодо туберкульозу, які нараховували більше 240000 осіб, серед яких щороку обстежувалися більше 90 %. Тоді ж було розроблено і впроваджено організаційні заходи щодо залучення до профілактичного обстеження на туберкульоз соціально-уразливих груп населення та декретованих контингентів. Обсяги та якість їх обстеження жорстко контролювалися ГУОЗ та головним фізіатром Столиці Л. В. Турченком. Двічі на рік всі поліклініки міста заслуговувалися на апаратних нарадах з питань планування і проведення профілактичних оглядів, їх ефективності та рентабельності.

Починаючи з 1994 р., у міру поглиблення соціально-економічної кризи активізувалася робота щодо виявлення хворих на туберкульоз за зверненням (з симптомами підозрілими на туберкульоз та із застосуванням мікроскопічної діагностики мазка харкотиння за методом Ціль-Нільсена). За ініціативою протитуберкульозної служби міста щороку проводилися навчальні семінари (з них 2 за участю експертів ВООЗ) для організаторів охорони здоров'я, лаборантів, терапевтів, завідуючих поліклініками, епідеміологів, фізіатрів з метою підвищення рівня їх знань щодо туберкульозу. Вперше в Україні у Києві були розроблені й затверджені статистичні обліково-звітні форми, методичні матеріали та посібники, алгоритми виявлення в амбулаторних та стаціонарних умовах; правила збору харкотиння у хворих. В клініко-діагностичних лабораторіях протитуберкульозних закладів були створені робочі місця для вдосконалення знань лаборантів ЛПЗ загальної мережі з питань мікроскопічної діагностики.

Для підвищення якості лікування, починаючи з 1993

року, в протитуберкульозних закладах міста організовані базові відділення для лікування хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз та його рецидиви, відділення для лікування хворих на хронічний туберкульоз, реорганізовано 130 ліжок для денного перебування хворих, диспансерне та стаціонарне відділення позалегенового туберкульозу, вирішено питання лікування хворих без визначеного місця проживання, розроблені та впроваджені маршрутний лист хіміотерапії (модель протоколу лікування), стандарти якості діагностики і лікування, які увійшли до моделі кінцевих результатів.

Щорічна кількість хворих, які перебували під диспансерним наглядом в 90-ті роки складала біля 25000 осіб, що обумовлювало значні труднощі у проведенні аналізу показників щодо туберкульозу, контролю виконання необхідного обсягу досліджень, їх результатів, ефективності лікування, своєчасності переведення хворих до відповідної групи диспансерного нагляду та зняття з обліку.

Велика кількість циркулюючих документів на паперових носіях, трудомісткий процес підготовки звітів, значні витрати часу на збір, перевірку якості даних та пошук помилок, обробку результатів, низька продуктивність роботи — всі ці недоліки існуючих неавтоматизованих технологій спричинили необхідність невідкладної розробки та впровадження автоматизованої інформаційної системи моніторингу хворих на туберкульоз, для якої була впроваджена ставка програміста і власна комп'ютерна програма.

За ініціатииви Київського центрального протитуберкульозного диспансеру у 1995 р. розпочалося створення міської комп'ютерної бази даних на всіх хворих активними формами туберкульозу та тих, які після перенесеного туберкульозу залишилися на диспансерному обліку, а також осіб, які перебували у тісному контакті з хворими бактеріовиділювачами.

Комп'ютерна програма "Диспансерний облік" була створена протягом одного року, апробована і впроваджена у всіх протитуберкульозних диспансерах м. Києва. Певного часу потребувала зміна стереотипів у роботі медичного персоналу та формування у нього навичок роботи з комп'ютером. На подолання цих труднощів знадобилося майже два роки. В кожному диспансерному відділенні працювала локальна база даних. Інформація із закладів передавалася у загальноміську базу даних до Київського міського центрального протитуберкульозного диспансеру, де проводилося накопичення в базі даних первинної інформації на осіб, яких взято на диспансерний облік на підставі "Контрольної карти диспансерного нагляду за хворим на туберкульоз" (облікова форма № 030-4/у); постійне поповнення бази даних інформацією про проведені лабораторні та інструментальні дослідження, а також лікувальні заходи; обробка первинної інформації відповідно до заданого алгоритму з метою отримання оперативних статистичних показників щодо туберкульозу; формування узагальнених даних, прогнозування та прийняття науково обґрунтованих управлінських рішень.

Запровадження та експлуатація програми дозволила: оперативно забезпечувати державні органи управління якісною інформацією про епідемічну ситуацію з туберкульозу в місті та його районах з метою формуван-

ня профілактичних заходів боротьби з цим захворюванням, своєчасно складати статистичні звіти у відповідності до затверджених форм із значною економією часу, отримувати різноманітну інформацію про хворих лікарської дільниці, району та міста в цілому та для наукових цілей ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України".

Для забезпечення умов захисту населення міста від розповсюдження туберкульозу вперше в Україні була розроблена та затверджена розпорядженням КМДА від 29.06.94 р. № 565 "Цільова програма медико-санітарних протитуберкульозних заходів Київської міської державної адміністрації на 1994–2005 рр." (голова КМДА — представник президента Л. Косаківський, начальники ГУОЗ — В. Юрченко, М.Гульчий). Цільова програма ретельно готувалась. Це був перший в країні довгостроковий програмний документ щодо організації та проведення протитуберкульозних заходів, який об'єднував зусилля багатьох відомчих організацій у вирішенні проблем боротьби з туберкульозом. Метою програми стало зниження показників інфікованості та захворюваності на туберкульоз, підвищення ефективності лікування хворих, зниження розмірів соціально-економічних збитків, спричинених цим захворюванням.

Для досягнення мети програмою було передбачено вирішення таких завдань:

1. Організаційне забезпечення протитуберкульозних заходів.
2. Матеріально-технічне забезпечення протитуберкульозної служби.
3. Підготовка кадрів.
4. Цільове фінансування.
5. Профілактичні заходи для зменшення захворюваності на туберкульоз.
6. Раннє та своєчасне виявлення туберкульозу.
7. Підвищення ефективності лікування хворих.
8. Удосконалення диспансеризації контингентів протитуберкульозних закладів.
9. Соціальний захист хворих на туберкульоз, медичних працівників та населення м. Києва.

По суті, в розділі зазначеної Програми були включені основні елементи ДОТС-стратегії, що були адаптовані до місцевих умов. Підходи, які були викладені в цій Програмі в наступному були використані при розробці першої Національної програми боротьби з туберкульозом в Україні на 2000 — 2005 рр. та регіональних програм.

В місті у 1994 році була створена і ефективно працювала міська міжвідомча (голова — В. Бідний) та районні комісії по боротьбі з туберкульозом, які координували роботу всіх відомств та установ, відповідальних за виконання Цільової програми. Проводилась систематична оцінка ефективності та рентабельності суцільних профілактичних флюорографічних оглядів та в групах підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, де ця хвороба виявляється частіше, ніж у всього населення. Отримані результати стали основою для обґрунтування зміни методики та тактики організації виявлення туберкульозу серед дорослих із впровадженням "активного" виявлення туберкульозу в групах ризику, та "пасивного" за зверненням із застосуванням мікроскопічного і рентгенологічного методів обстеження у хворих з симптомами, підо-

зрілими на туберкульоз. Були визначені пріоритетні напрямки фінансування в умовах його недостатності.

II етап (1995–2000 рр.) характеризувався апробацією та доопрацюванням організації протитуберкульозних заходів. В м. Києві до 1994 р. облік та диспансерне спостереження хворих на туберкульоз позалегенової локалізації проводився дільничними фтизіатрами, а спеціалісти з позалегенового туберкульозу надавали лише консультативну допомогу без диспансерного спостереження. На той час фтизіатрична служба не мала обґрунтованої та уніфікованої класифікації позалегенових форм туберкульозу та диспансерного групування цих хворих. На низькому рівні знаходилась взаємодія між дільничними фтизіатрами та спеціалістами щодо позалегенового туберкульозу. Проведення якісного аналізу статистичних показників було утруднене із-за недостатньої вірогідності і повноти даних обліку відповідних категорій хворих. Фахівцями Київського міського спеціалізованого об'єднання була розроблена клінічна класифікація позалегенового туберкульозу і диспансерного групування контингентів на позалегеновий туберкульоз. В 1995 р. на базі Київського міського протитуберкульозного диспансеру було створено диспансерне відділення позалегенового туберкульозу, організовані та укомплектовані відповідними спеціалістами кабінети уролога, гінеколога, ортопеда, офтальмолога, дерматолога.

Клінічна класифікація позалегенового туберкульозу і диспансерного групування контингентів на позалегеновий туберкульоз була затверджена наказом ГУОЗ від 18.06.96 р. № 227 «Про затвердження положення про диспансерне відділення позалегенового туберкульозу, відомчу клінічну класифікацію та диспансерне групування контингентів з позалегеновими формами туберкульозу», яка в подальшому була прийнята за основу при підготовці наказу МОЗ України від 26.02.2000 р. «Про вдосконалення протитуберкульозної служби».

Епідемічна ситуація щодо туберкульозу в країні в 1995–1997 рр. продовжувала погіршуватися. Показники захворюваності населення збільшилися з 41,6 до 49,1 на 100 тис. нас., смертності — з 14,1 до 17,1 на 100 тис. нас., профілактичні огляди на туберкульоз були на рівні 477,1–479,9 на 1000 населення. Епідемічна ситуація з туберкульозу в м. Києві була кращою, ніж у решті адміністративних територій, темпи захворюваності й смертності від туберкульозу росли повільніше, ніж в Україні. Показники захворюваності на туберкульоз киян збільшилися у 1995–1997 рр. з 32,2 до 35,5 на 100 тис. нас., смертності — з 8,2 до 8,8 на 100 тис. нас., профілактичні огляди на туберкульоз були на рівні 599,1 — 592,4 на 1000 населення.

З метою запобігання поширенню туберкульозної інфекції серед киян 26.02.98 р. Київською міською державною адміністрацією видано розпорядження № 394 «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню туберкульозу серед населення міста», що дозволило задіяти різні відомчі організації (Управління МВС, Управління праці та зайнятості, Управління у справах національностей та міграції, Міський комітет Товариства Червоного Хреста та ін.) до виявлення туберкульозу з наступним звітуванням їх на засіданнях Міжвідомчих комісій (голова КМДА О. Омельченко, голова Міської міжвідомчої комісії — В. Бідний, начальник ГУОЗ та МЗ — Р. Макомела). На засіданнях Міжвідомчих комісій при-

ймались рішення, виконання яких розглядалися на наступних засіданнях. Вперше в країні в м. Києві для підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз використовувалася соціальна підтримка у вигляді гарячого харчування, продуктових та санітарно-гігієнічних наборів. Досвід організації протитуберкульозних заходів у м. Києві покладено в основу створення Указу Президента України від 11.05.2000 р. № 679/2000 «Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом».

На виконання Цільової програми медико-санітарних протитуберкульозних заходів на 1994 — 2005 рр. керівництво міста вперше в країні почало проводити централизовану закупівлю протитуберкульозних препаратів, що дозволило забезпечити хворих на туберкульоз міста та ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України" основними необхідними протитуберкульозними препаратами.

На цьому етапі Головним управлінням охорони здоров'я проведено 3 колеї і більше 22 оперативних нарад, на яких заслуховували стан боротьби з цим небезпечним захворюванням і приймали рішення щодо підвищення ефективності профілактики, виявлення і лікування хворих на туберкульоз.

На рівні протитуберкульозної служби міста теж приймалися рішення щодо боротьби з туберкульозом. В протитуберкульозних установах була впроваджена хіміотерапія під контролем медичних працівників. Постійно проводився моніторинг лікування та епідемічної ситуації в місті з внесенням корективів в протитуберкульозні заходи з урахуванням труднощів, фінансування, кадрових і матеріальних можливостей.

Комплекс заходів, який було впроваджено в місті дозволив:

1. Значно уповільнити темпи зростання захворюваності по місту — за 1997–1999 роки захворюваність збільшилася з 35,6 до 37,7 на 100 тис. населення (в Україні відповідно з 49,2 до 60,7 на 100 тис. нас.).

2. Підвищити показник виявлення туберкульозу методом туберкулінодіагностики серед дітей з 80,8 % в 1997 р. до 83,3 % у 1998 р. і методом флюорографічних профілактичних оглядів серед дорослого населення з 38,2 % у 1997 р. до 41,8 % у 1999 р.

3. Охопити імунізацією у пологових будинках до 92,9 % новонароджених, підвищити рівень ревакцинації дітей 7 років з 96,3 % в 1997 р. до 99,2 % в 1999 р. від негативно реагуючих.

4. Впровадити діагностику туберкульозу методом мікроскопії мазка у масштабах всього міста.

5. Підвищити ефективність лікування: загоєння каверн з 73,7 % у 1997 р. до 74,6 % у 1999 р, показник припинення бактеріовиділення залишити на високому рівні (87,9 % у 1997 р. та 87,63 % у 1999 р.).

6. Дещо знизити смертність від туберкульозу з 8,8 на 100 тис. нас. в 1997 р. до 8,6 на 100 тис. нас. в 1999 р.

8. Зменшити питому вагу хворих, у яких діагноз туберкульозу був вперше встановлений на розтині з 14,7 % у 1997 р. до 7,9 % по відношенню до всіх померлих від туберкульозу у 1999 р.

9. Показник профілактичних оглядів населення зріс за цей період з 592 до 648,9 на 1 000 нас., туберкулінодіагностики — з 950,7 до 963,5 на 1000 дитячого населення, флюорографічних оглядів — з 441 до 525 на 1000



дорослого населення.

З метою поширення досвіду боротьби з туберкульозом в м. Києві 21–22 листопада 2001 року відбулась науково-практична конференція “Медико-соціальні аспекти боротьби з туберкульозом. Досвід Київської міської держадміністрації”. В конференції брали участь представники ВООЗ, Світового Банку, МОЗ України, провідні українські вчені, представники держадміністрацій та санітарно-епідеміологічних служб всіх регіонів України.

III етап 2000–2005 рр. характеризувався подальшим вдосконаленням організаційних заходів боротьби з туберкульозом. У вересні 2001 року Головою міської міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом була затверджена перша в країні Концепція оптимізації захисту населення від туберкульозу в м. Києві, де були проголошені стратегічні принципи боротьби з туберкульозом в існуючих соціально-економічних умовах, а саме: визнання КМДА та Київрадою проблем боротьби з туберкульозом, як невідкладною складовою соціальної політики щодо забезпечення безпеки киян та їх захисту від цієї недуги і винесення системи боротьби з туберкульозом в місті на рівень першочергових загальноміських завдань; інтеграція діяльності протитуберкульозної служби з загально лікарняною мережею, санітарно-епідеміологічною службою та зацікавленими органами виконавчої влади; збереження цілісності протитуберкульозної служби, при збереженні за нею щорічних обсягів фінансування з бюджету та додаткового фінансування на реалізацію «Цільової програми медико-соціальних протитуберкульозних заходів на 1994–2005 рр.»; розробка і втілення системи моніторингу туберкульозу, обліково-звітної документації, адаптованої до міжнародних стандартів; вдосконалення системи виявлення інфікованих та хворих на туберкульоз, створення міської централізованої референс-лабораторії; першочергове виділення цільових щорічних асигнувань із бюджету для централізованої закупівлі хіміопрепаратів, туберкуліну, вакцини БЦЖ і медичної техніки; оптимізація принципів соціального захисту хворих на туберкульоз та медичного персоналу та ін. В концепції було зроблено наголос на основні галузеві медичні заходи такі, як:

1. Лікування хворих стандартними режимами хіміотерапії відповідно до категорій і під безпосереднім наглядом з боку медичних працівників. Була зроблена пропозиція розподілу ліжкового фонду на госпітальні та соціальні ліжка;

2. Виявлення і діагностика туберкульозу при зверненні за медичною допомогою і в групах підвищеного ризику захворюваності на туберкульоз за медичними та соціальними показаннями;

3. Імунопрофілактика, як пріоритетний напрямок специфічного захисту дітей від ускладнених форм туберкульозу;

4. Диспансеризація, якість якої прямо залежить від збереження існуючої інфраструктури протитуберкульозної служби, і на яку покладаються важливі функції проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз, контроль за організаційним впровадженням і функціонуванням системи контролю якості мікроскопії мазка та бактеріологічних досліджень на міському та районних рівнях, проведення курсів підготовки медичного персоналу, виїздів та курації закладів охоро-

ни здоров'я, визначення обсягу та послідовності медико-соціальних заходів під час спостереження в диспансерних групах;

5. Оптимізація системи епідеміологічного нагляду за туберкульозом шляхом проведення моніторингу за динамікою епідемічного процесу, чинниками, умовами, процесами, які впливають на його перебіг, специфіку та особливості в цілому та на конкретному відрізку часу та ін.;

6. Підвищення ефективності дезінфекційних та стерилізаційних заходів шляхом удосконалення нормативної бази, що регламентує використання сучасних дезінфекційних засобів, впровадження альтернативних методів дезінфекції та стерилізації;

7. Моніторинг, який би дозволяв забезпечувати надходження та постійне оновлення епідемічної, організаційної, соціальної та ін. інформації у вигляді уніфікованих комп'ютерних програм на основі поіменного обліку хворих на туберкульоз, аналітичних реєстрів та прогнозування;

8. Кадрове забезпечення, яке повинно забезпечуватися єдиною уніфікованою програмою підготовки лікарів, фельдшерів, медичних сестер, лаборантів з постійним оновленням освітніх програм, створенням міського навчального центру для підготовки лікарів та середніх медичних працівників за всіма розділами національної програми боротьби з туберкульозом;

9. Наукові дослідження, які повинні вивчати ефективність та доцільність основних протиепідемічних заходів і сприяти розробці економічно обґрунтованих протитуберкульозних заходів;

10. Соціальних захист хворих на туберкульоз і медичного персоналу, як важливий елемент в загальному комплексі протитуберкульозних заходів, який сприяє підвищенню ефективності лікування та збереження кадрового потенціалу протитуберкульозної служби;

11. Співробітництво з міжнародними організаціями (ВООЗ, міжнародною федерацією Червоного Хреста та ін. неурядовими організаціями за різними напрямками протитуберкульозних заходів;

12. Фінансування регіональних протитуберкульозних програм, яке має декілька джерел надходження коштів: державне, місцевих бюджетів, коштів інших джерел не заборонених законодавством.

Основні положення концепції оптимізації захисту населення від туберкульозу були впроваджені в м. Києві та покладені в основу Концепції боротьби з туберкульозом в Україні. Її прийняття сприяло збереженню цілісності інфраструктури протитуберкульозної служби.

3 листопада 2002 року в м. Києві почалося впровадження проекту ТАСІС “Профілактика та боротьба з туберкульозом (м. Київ)” (керівники проекту Е. Хаскер і Л. Турченко) Головною метою проекту була інтенсифікація регіональної та національної програм шляхом впровадження сучасних технологій діагностики та лікування туберкульозу, адаптованих до міжнародних стандартів. Були визначені основні етапи проекту:

1. Проведення навчальних семінарів з питань виявлення і лікування туберкульозу для терапевтів, фтизіатрів, лаборантів та медичних сестер поліклінік та фтизіатричної служби.

2. Впровадження стандартизованих, контрольованих режимів хіміотерапії хворих на туберкульоз з проведенням когортного аналізу.

3. Модернізація мережі лабораторій лікувально-профілактичних та протитуберкульозних закладів з придбанням обладнання для лабораторій усіх рівнів.

4. Розробка та впровадження обліково-звітних форм, адаптованих до міжнародних стандартів, та інструкцій до них.

5. Впровадження моніторингу туберкульозу.

6. Соціальна підтримка хворих на туберкульоз.

Для впровадження проекту Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва була створена нормативна база, видана низка наказів:

– від 04.04.03 р. № 185 “Про впровадження проекту TACIS профілактика та боротьба з туберкульозом (м. Київ)”;

– від 05.09.03 р. № 395 “Про проведення навчальних семінарів згідно проекту TACIS профілактика та боротьба з туберкульозом (м. Київ) та впровадження в роботу відповідної обліково-звітної документації”;

– від 26.08.03 р. № 382 “Про створення регіональної референс-лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу на базі Київського міського центрального протитуберкульозного диспансеру та бактеріологічних лабораторій з діагностики туберкульозу протитуберкульозних закладів м. Києва”;

– від 27.01.04 р. № 77 “Про проведення дослідження з вивчення розповсюдженості ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз в м. Києві згідно проекту TACIS «Профілактика та боротьба з туберкульозом (м. Київ)» та впровадження в роботу відповідної обліково-звітної документації”;

– від 08.06.04 р. № 283 “Про організацію амбулаторного лікування хворих на туберкульоз у підтримуючій стадії згідно проекту TACIS «Профілактика та боротьба з туберкульозом (м. Київ)», яким була затверджена інструкція з організації амбулаторного лікування хворих на туберкульоз у підтримуючій стадії на базі лікувально-профілактичних закладів, складено алгоритм взаємодії фтизіатричної служби з поліклінічними закладами;

– від 24.06.04 р. № 313 “Про організацію мікроскопічної діагностики туберкульозу в лікувально-профілактичних закладах м. Києва та затвердження розподілу лабораторного обладнання”;

– підписана угода про співробітництво Київського міського центрального протитуберкульозного диспансеру та Київської організації Товариства Червоного Хреста України від 16.07.04 р. № 347/14

– від 20.12.04 р. № 583 «Тимчасові стандарти надання медичної допомоги дитині, хворій на туберкульоз, та дитині з групи ризику на туберкульоз», з метою уніфікації обсягів і якості надання спеціалізованої допомоги дітям хворим на туберкульоз.

Одним із головних етапів впровадження проекту стало навчання медичних працівників дільничної служби загально-лікувальної мережі уніфікованими методами виявлення, діагностики, лікування та моніторингу туберкульозу. Протягом 9-ти місяців проводилися навчальні семінари, на яких підвищили кваліфікацію дільничні терапевти, медичні сестри та лаборанти загально-лікувальної мережі усіх районів міста, медичні працівники фтизіатричної служби. Всього проведено 283 семінари, в яких взяли участь 3255 медпрацівників, навчанням було охоплено 95-98 % терапевтів від загальної кількості працюючих. Всього за 2003-2008 рр. проведено 330

семінарів, навчено 3929 спеціалістів.

В якості альтернативи суцільним флюорографічним оглядам з метою виявлення туберкульозу в м. Києві почала активно використовуватися мікроскопія мазка на мікобактерії туберкульозу (МБТ) та променева діагностика у хворих із ознаками туберкульозу, які звертаються за медичною допомогою. Це дозволяло швидко і точно діагностувати туберкульоз, ізолювати хворих та своєчасно починати лікування. Якщо в 1999 році питома вага виявлених методом мікроскопії до всіх виявлених бактеріовиділювачів становила 17 %, то в 2003 році вона склала 39 %. В результаті проведених навчальних семінарів, щодо своєчасного виявлення туберкульозу, значно покращилося виявлення хворих із бактеріовиділенням методом мікроскопії мазка в ЛПЗ загальної мережі. В 2004 р. кожен третій хворий з бактеріовиділенням був виявлений методом мікроскопії мазка при зверненні хворих в поліклініку.

За наказом ГУОЗ та МЗ м. Києва від 24.06.2004 р. № 313 „Про організацію мікроскопічної діагностики туберкульозу в лікувально-профілактичних закладах м. Києва та затвердження розподілу лабораторного обладнання” були визначені та затверджені 26 центрів мікроскопії мокротиння в ЛПЗ загальної мережі, до яких направляється матеріал із 50 пунктів збирання мокротиння. Зазначений наказ також визначив розподіл обладнання та витратних матеріалів між лабораторіями лікувально-профілактичних та протитуберкульозних закладів загальною вартістю 328 тис. євро, що були закуплені за кошти Європейського союзу.

З метою вдосконалення лабораторної діагностики туберкульозу була створена мережа лабораторій I, II та III рівнів, які оснащалися сучасним лабораторним обладнанням для діагностики туберкульозу, забезпечувалися витратними матеріалами, лабораторним посудом, обліково-звітними формами та методичною літературою. Все обладнання було введено в експлуатацію та використовувалося за призначенням. Навчання пройшли 206 лікарів-лаборантів та фельдшерів-лаборантів із 44 лікувально-профілактичних та 8 протитуберкульозних закладів Столиці.

Наказом ГУОЗ та МЗ м. Києва від 24.06.04 р. № 313 було регламентовано забезпечення моніторингу мікроскопічної та мікробіологічної діагностики туберкульозу в центрах мікроскопії та лабораторіях протитуберкульозних закладів, затверджено склад лаборантів-координаторів.

ГУОЗ та МЗ м. Києва видало наказ від 26.08.03. р № 382 “Про створення регіональної референс-лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу на базі Київського міського центрального протитуберкульозного диспансеру та бактеріологічних лабораторій з діагностики туберкульозу протитуберкульозних закладів м. Києва”.

У зв'язку з тим, що приміщення клініко-діагностичних лабораторій, в яких проводилися бактеріологічні дослідження не відповідали елементарним санітарно-технічним вимогам за набором приміщень, поточністю, технічним станом тощо, були проведені капітальні ремонти лабораторій за рахунок міського бюджету.

З серпня 2004 р. почалася безпосередня участь ЛПЗ міста в проекті щодо виявлення та лікування туберкульозу. Районними управліннями охорони здоров'я були видані відповідні накази. В поліклінічних закладах орга-

нізовані місця забору мокротиння і доставка мокротиння до центрів мікроскопії, а також місця для контрольованого прийому ліків хворими на туберкульоз.

Були впроваджені нові підходи до організації проведення контрольованого лікування в амбулаторних умовах із залученням до цього процесу поліклінік та працівників Червоного Хреста, що дозволило наблизити лікування до місця проживання хворого на туберкульоз.

Для заохочування пацієнтів, які приймали протитуберкульозні препарати амбулаторно, з липня 2004 р. почала надаватися соціальна допомога у вигляді продуктивних наборів. Ця робота проводилась на підставі Угоди між Київським міським центральним протитуберкульозним диспансером та Міським товариством Червоного Хреста. Таким чином, за період 2000–2005 рр. фахівцями протитуберкульозної служби була проведена значна робота щодо удосконалення організації лікування хворих на туберкульоз в м. Києві:

1. Впроваджені короткострокові стандартизовані контрольовані режими хіміотерапії, адаптовані до міжнародних стандартів ВООЗ.

2. Впроваджено когортний аналіз ефективності лікування хворих за міжнародними стандартами.

3. Впроваджено нові обліково-звітні форми для контролю за ефективністю лікування та мікробіологічною діагностикою, які адаптовані до міжнародних стандартів.

4. Внесені зміни до стандартизованих контрольованих режимів хіміотерапії залежно від тяжкості, розповсюдженості та епідемічної небезпеки хворих, які були рекомендовані МОЗ України для впровадження у країні в цілому.

5. Впроваджена сучасна технологія мікроскопії мазка мокротиння з метою діагностики туберкульозу та контролю за його лікуванням.

6. Крім того, проводились дослідження та вивчення розповсюдженості ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз, оперативні дослідження економічної ефективності та рентабельності заходів, які впроваджувались.

Стан організації протитуберкульозної допомоги в місті заходився під постійним контролем ГУОЗ та МЗ м. Києва і головного фтизіатра, неодноразово заслуховувався на нарадах та колегіях.

Завдяки своєчасному прийняттю Цільової програми медико-соціальних протитуберкульозних заходів Київської міської державної адміністрації на 1994–2005 роки та інтенсифікації протитуберкульозних заходів за участю пілотного проекту в м. Києві вдалося досягти таких показників з туберкульозу, що в більшості своїй кращі від середньоукраїнських. Була доведена ефективність і рентабельність протитуберкульозних заходів, адаптованих до міжнародних стандартів, стосовно своєчасного виявлення захворювання в групах ризику та за зверненням, а також стандартного контрольованого лікування. За визначенням міжнародних експертів пілотного проекту Євросоюзу доробки та здобутки результатів методики і тактики боротьби з туберкульозом в м. Києві були рекомендовані для впровадження в інших регіонах України.

Таким чином, у рамках проекту TACIS (2002–2005 рр.) була проведена велика робота до наближення системи виявлення та лікування хворих на туберкульоз до

вимог міжнародних стандартів, а саме: виявлення хворих на туберкульоз за звертанням; створення центрів мікроскопії та пунктів забору мокротиння у поліклініках загально-лікувальної мережі; проведення лікування хворих на туберкульоз без бактеріовиділення (незаразні форми) у поліклініках за місцем проживання та кімнатах Червоного Хреста; підвищення якості бактеріоскопічної діагностики у лабораторіях як загально-лікувальної мережі, так і протитуберкульозних закладів, впровадження сучасної технології мікроскопії мазка мокротиння з метою діагностики туберкульозу та контролю за його лікуванням; впровадження нового середовища ВКГ для швидкого мікробіологічного виділення МБТ у хворих на туберкульоз, розроблення та впровадження критеріїв клінічної оцінки результатів мікробіологічної діагностики на середовищі ВКГ.

За період 2002–2005 рр. проведені: ретроспективне та проспективне дослідження розповсюдження ВІЛ-інфекції у вперше виявлених хворих на туберкульоз; удосконалені моніторинг виявлення туберкульозу та лікування хворих на рівні лікувально-профілактичних закладів загально-лікувальної мережі.

З метою покращання умов перебування та лікування хворих на туберкульоз та умов роботи працівників протитуберкульозних закладів, було затверджено розпорядженням КМДА від 19.04.2006 р. № 794 «Про Програму зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів міста Києва до 2011 року».

Практично усі вище згадані заходи розроблялися, планувалися і реалізовувалися у межах єдиного медичного простору Столиці, серед яких активну участь брали фахівці ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України", міської санітарно-епідеміологічної станції (Л. Колос). Накопичений досвід неодноразово висвітлювався на міжнародних та всеукраїнських наукових форумах і отримував позитивну оцінку.

IV етап з 2006 р. до теперішнього часу характеризувався стабілізацією епідемії туберкульозу і тенденцією до зниження епідеміологічних показників.

З 2006 року значно погіршилося фінансування протитуберкульозних заходів міста, зокрема фінансування харчування хворих зменшилося на 10 — 15 %. Через світову фінансово-економічну кризу фінансування проводилося лише захищених статей бюджету.

Так, наприклад, у 2009 році було різко зменшено фінансування загального фонду бюджету Київського міського центрального протитуберкульозного диспансеру (КМЦПТД): у зв'язку з відсутністю фінансування біля 150 тис. грн. на рік не використовується в повному обсязі дороговартісна автоматизована система ВАСТЕС MGIT 960. З цих же причин не використовуються біохімічний та гематологічний аналізатори для обстеження хворих на туберкульоз. У грудні 2008 року КМЦПТД залишений без автомобіля для проведення моніторингу туберкульозу, доставки біологічного матеріалу з диспансерних відділень закладу, доставки культур МБТ із лабораторій інших протитуберкульозних закладів міста Києва до лабораторії КМЦПТД для централізованого визначення медикаментозної стійкості у вперше виявлених хворих та з рецидивами.

Досі не вирішується ряд суттєвих питань, які передбачені Програмою протидії захворюванню на туберкульоз:



1. Програма із зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів міста Києва до 2011 року, розроблена та затверджена розпорядженням від 19.04.2006 р. № 794 та Рішенням Київради від 2.02.2006 р. № 100/3191 «Про затвердження Програми зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів міста Києва до 2011 року». Програма на 2009 рік уточнена Рішенням Київради від 19.02.2009 р. № 59/1114 — кошти не виділялися.

2. Постанова Кабінету Міністрів від 27.12.2001 р. № 1752 «Щодо організації харчування хворих на туберкульоз в протитуберкульозних стаціонарах згідно натуральних норм» не виконується. В 2009 р. у стаціонарах для дорослих вартість харчування на один ліжко-день склала від 11,35 грн. до 17,00 грн., для дітей — 17,00 грн., (у 2008 р. для дорослих в середньому на 1 ліжко-день — 14,11 грн., для дітей — 17,21 грн.).

У 2009 році знизилися показники профілактичних оглядів населення. За 2009 р. річний план охоплення туберкулінодіагностикою виконаний лише на 27,5 %, що складає 275,5 на 1000 дитячого населення (2008 р. — 799,6 на 1000 дитячого населення). Основною причиною невиконання плану туберкулінодіагностики була відсутність коштів на придбання туберкуліну.

У 2009 році профілактичними оглядами було охоплено 1475885 осіб, що складає 532,1 на 1000 населення (у 2008 р. — відповідно 1861358 (594,2 на 1000 населення)), в т.ч. флюорографічними оглядами охоплено дорослих та підлітків 1375107, що складає 569,0 на 1000 дорослого населення. У цьому ж році порівняно з 2008 р. зменшилась кількість виявлених хворих з активними формами туберкульозу під час профілактичних флюорографічних оглядів, виявлено 335 випадків туберкульозу, що складає 37,3 % від загальної кількості вперше виявлених хворих, в т.ч. 113 (13,8 %) з деструктивними формами. У 2008 р. виявлено 524 випадків хворих — 47,3 %, в т.ч. з деструктивними формами 206 (20,2 %). Показник відселення хворих бактеріовиділювачів в ізольовані квартири залишився низьким. За 2009 рік відселено: із гуртожитків 5 хворих (25,0 %, що підлягали відселенню), із комунальних квартир — 1 хворий (14,3 %), із ізольованих квартир — 11 хворих — 6,6 %. Ці прогностично несприятливі показники несуть загрозу можливого подальшого спалаху туберкульозу серед дітей і дорослих.

Відповідно до розпорядження КМДА від 09.09.09 р. № 1026 «Про використання коштів, передбачених на виконання заходів міської комплексної програми «Турбота» на 2006 — 2010 роки» було заплановано виділення 419,0 тис. грн. на соціальну підтримку хворих на туберкульоз, в т.ч. 69,0 тис. грн. для погашення заборгованості за 2008 р. та 350,0 тис. грн. на 2009 рік. Протягом 2009 р. кошти на програми «Здоров'я киян» та «Турбота» не виділялися. Також з місцевого бюджету не виділялися кошти на придбання медичного обладнання.

В протитуберкульозній службі міста через незадовільні умови праці продовжується відтік лікарів та середнього медперсоналу, так, на початку 2010 р. в протитуберкульозних закладах працювало лише 143 лікарі.

Таким чином, захворюваність і смертність від туберкульозу у м. Києві та Україні зростала у 1990 — 2005 рр., стабілізувалася з 2006 р., проте у м. Києві ці показники були найнижчими серед усіх інших адміністративних територій країни. Цьому сприяли впровадження програм, нових організаційних форм роботи і мобілізація медичних ресурсів на виконання пріоритетних напрямків боротьби з туберкульозу.

Однак, багатоповерхова надбудова бюрократизованих структур у місті та Україні, які намагалися часто необґрунтовано «керувати» ситуацією з туберкульозу, стали гальмом у здійсненні важливих заходів протитуберкульозною службою міста. Це свідчить про те, що протитуберкульозній службі, яка є найбільш фаховою і організованою, слід надати більше самостійності та прав у витраті бюджетних коштів та прийнятті рішень у боротьбі з туберкульозом. Такий системний підхід в Україні дозволить ще більше взяти під контроль ситуацію з туберкульозом, яка досі залишилася крихкою і не прогнозованою у зв'язку з продовженням світової фінансово-економічної кризи і нестабільного фінансування протитуберкульозних заходів, ростом епідемії ВІЛ/СНІД/ТБ та хіміорезистентного туберкульозу.

#### ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЇ ПОМОЦІ НАСЕЛЕННЮ Г. КИЄВА ЗА ПЕРІОД 1990–2009 ГОДИ

*Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, В. Г. Бедний,  
В. В. Загородний, Л. В. Турченко, Л. Г. Кобыща,  
Н. О. Филоненко, Л. А. Колос*

*Резюме*

В работе освещен опыт программно-целевого подхода в борьбе с туберкулезом в г. Киеве, который распределен на 4 этапа. Дана характеристика каждого этапа. Заболеваемость и смертность от туберкулеза в г. Киеве и Украине возростала в 1990–2005 гг., стабилизировалась с 2006 г. Тем не менее, в г. Киеве эти показатели были наиболее низкими среди всех других административных территорий страны, чему способствовало внедрение программ, новых организационных форм работы и мобилизация медицинских ресурсов для выполнения приоритетных направлений борьбы с туберкулезом.

#### ORGANIZATION OF ANTI-TUBERCULOSIS HEALTHCARE SYSTEM IN KIEV CITY DURING 1990-2009 YEARS

*Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnyk, V. G. Bedniy,  
V. V. Zagorodniy, L. V. Turchenko, L. G. Kobyschcha,  
N. O. Filonenko, L. A. Kolos*

*Summary*

This article summarized an experience in fighting tuberculosis in Kiev during four different periods of time. Each period has been characterized in details. The tuberculosis morbidity and mortality increased in 1990–2005, and remained stable during 2006. Nevertheless in Kiev these indices were lowest in comparison with other regions of Ukraine. This was due to introduction of novel organizational programs and mobilization of medical resources.