

Академік АМН України Ю.І. Фещенко
Підсумки діяльності протитуберкульозної служби України за 2005 рік
(м. Київ, 7 липня 2006 р.)

Шановні колеги!

Ситуація щодо туберкульозу в Україні залишається складною. Незважаючи на те, що закінчилася Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки, та протитуберкульозні заходи, які проводяться в Україні, епідеміологічна ситуація з туберкульозу погіршується. Туберкульоз в Україні продовжує становити серйозну медико-соціальну й народногосподарську проблему.

Погіршення епідемічної ситуації зумовлено, перш за все:

- деякими соціально-економічними труднощами,
- зростанням хіміорезистентних форм туберкульозу, який ми самі розплодили, бо не організували 4–5-компонентне контрольоване лікування хворих, як у стаціонарі, так і амбулаторно,
- збільшенням хворих на СНІД, алкоголізм, наркоманію,
- недостатнім пріоритетом фінансування протитуберкульозних заходів на регіональному рівні та дефіцитом кадрів;
- недоліками в управлінні протитуберкульозними заходами в адміністративних територіях.

Серед хворих на вперше діагностований туберкульоз близько 65 % – це особи соціально незахищені й непрацюючі працездатного віку, мігранти, пенсіонери, особи, які повернулися з місць позбавлення волі й ті, які не мають постійного місця проживання. Усе це лишній раз підтверджує соціальне походження туберкульозу.

Захворюваність

В Україні за останні чотири роки (2002 – 2005 рр.) **захворюваність усіма формами туберкульозу** збільшилась на 10,0 % (з 75,6 на 100 тис. населення в 2002 р. до 84,1 на 100 тис. населення в 2005 р.).

Найбільші показники захворюваності всіма формами туберкульозу в 2005 році продовжують відмічатися в південно-східному регіоні. Зокрема, у Херсонській, Луганській, Миколаївській, Кіровоградській, Донецькій, Одеській, Харківській областях.

Однією з особливостей сучасного туберкульозу є: значна кількість занедбаних, пізно виявлених форм серед уперше виявлених хворих, розповсюджені полікавернозні процеси, масивне бактеріовиділення, а це у свою чергу призводить до зниження якості лікування та, як наслідок, до збільшення показника смертності. Серед хворих на вперше діагностований туберкульоз 90 % відносяться до групи ризику. На жаль, сьогодні не у всіх адміністративних територіях сформовані групи ризику. Вони частіше є на папері, а реальним обстеженням груп ризику ніхто не займається. Сформовані групи ризику треба обстежувати щонайменше 95 % в кожній групі. Усіх осіб, що відносяться до

групи ризику треба практично вести до кінця життя, проводити серед них санітарно-освітню роботу. Тільки тоді ми зможемо раніше виявляти хворих на туберкульоз.

Захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу за 1995 – 2005 роки збільшилась з 17,4 на 100 тис. населення в 1995 році до 31,1 – у 2005 році або в 1,8 рази. Показник захворюваності стабільно зростає із року в рік.

У 2005 році показник захворюваності на бактеріальні форми туберкульозу був найвищим у Херсонській, Кіровоградській, Запорізькій, Чернігівській, Одеській областях.

Але це недостатній показник, бо для того, щоб взяти під контроль епідемію туберкульозу необхідно виявляти до 65–70 % хворих із бактеріовиділенням від усіх уперше виявлених. Ми виявляємо лише 41,7 % бактеріовиділювачів у структурі захворюваності легенеvim туберкульозом. Це поганий показник.

Однак, поки не буде належно сформована бактеріологічна служба лабораторіями 1, 2, 3, 4 рівнів ми ніколи не зможемо досягти цього показника. Фахівцями Інституту розроблені й подані до МОЗ України на затвердження:

- Державні Санітарні Правила (ДСП 9.9.5.) “Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях, що здійснюють мікробіологічну діагностику туберкульозу”(червень 2005 р.);

- Положення про лабораторії протитуберкульозних закладів України (1 – 4 рівень) від 25.11.2005 року;

- Положення про пункт збору мокротиння;

- Табелі оснащення лабораторій 1 – 4 рівнів.

На сьогодні вони ще не затверджені.

Для поліпшення мікробіологічної діагностики туберкульозу Уряд взяв кредит Світового банку для проекту “Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні”. Однак, Світовий банк диктує нам свої умови, які не завжди вигідні Україні, і через те вже більше ніж на рік затягнулося впровадження цього кредиту.

Мікробіологічна діагностика туберкульозу є однією з найболючіших проблем. Річ у тому, що бактеріологічні лабораторії в багатьох протитуберкульозних диспансерів знаходяться в пристосованих приміщеннях, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормам. Лабораторне обладнання фізично й морально застаріле. У лабораторіях часто застосовуються реактиви із простроченим терміном використання. Оптика мікроскопів протирається спиртом, після чого вона тускніє. Усе це є причиною зниження виявлення мікобактерій при мікроскопії.

Технологія проведення мікроскопії, посіву та визначення чутливості збудників до антимікобактеріальних препаратів не витримується майже у всіх лабораторіях.

Окрім того, практика показує, що ці живильні середовища, які ви отримуєте централізовано за кошти державного бюджету використовуються не раціонально. Мало того, що проводяться неточні розрахунки потреби

живильних середовищ, не витримується кратність проведення посівів у процесі бактеріологічного моніторингу лікування.

Шановні колеги ! Вам необхідно ставити питання закупівлі автотранспорту за місцеві бюджети й застосовувати цей автотранспорт для доставки харкотиння з районів в обласну лабораторію III рівня. Немає потреби застосовувати посіви харкотиння на районному рівні, де немає умов й оснащених лабораторій. Краще сконцентрувати дослідження на обласному рівні.

Говорячи про діяльність бактеріологічних лабораторій, слід відзначити, що в лабораторіях ігнорується внутрішній і зовнішній контроль. А це є основною причиною помилкової бактеріологічної діагностики, отримання несправжньо негативних і несправжньо позитивних результатів посіву та резистентності.

Захворюваність дітей (0-14 років) туберкульозом

За останні чотири роки відмічалось поступове зростання захворюваності дітей на туберкульоз на 5,7 %: в 2002 р. – 8,8 на 100 тис. дитячого населення до 9,3 в 2004 році. У 2005 році відмічається зниження показника захворюваності дітей на туберкульоз до 8,9 на 100 тис. дитячого населення (приріст захворюваності становить - 4,3 % у порівнянні з 2004 роком).

Найбільша захворюваність туберкульозом дітей, спостерігалась в цих же південно-східних регіонах: Кіровоградській, Луганській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій областях.

У зазначених регіонах захворюваність туберкульозом серед дітей у 2005 р. в 1,2 – 1,6 рази перевищувала середньоукраїнський показник (8,9 на 100 тис. дитячого населення).

Не зважаючи на те, що ситуація з туберкульозу серед дітей порівняно краща, аніж серед підлітків та дорослих, проте зростання захворюваності туберкульозом серед дітей є однією з перших негативних прогностичних ознак.

Тут слід торкнутися туберкулінодіагностики й вакцинації БЦЖ. Усім ще на пам'яті кричущі ускладнення в кількох областях України, які підірвали репутацію медиків.

По-перше, закуплений туберкулін і вакцину БЦЖ треба направляти в лабораторії для контролю.

По-друге, треба дотримуватися технології туберкулінодіагностики й вакцинації та ревакцинації БЦЖ, показань і протипоказань до них.

По-третє, треба навчати медичних працівників проведенню проби Манту й щеплення, видавати їм сертифікати й викоринити формалізм у цій справі.

Захворюваність дітей (15-17 років) туберкульозом

За останні чотири роки відмічалось поступове зростання захворюваності дітей-підлітків на туберкульоз на 4,4 % (в 2002 р. – 32,3 на 100 тис. підліткового населення до 33,8 в 2005 році).

Найбільша захворюваність туберкульозом дітей-підлітків, спостерігалась в Херсонській, Донецькій, Луганській, Волинській, Дніпропетровській областях.

Не зважаючи на те, що в силу анатомо-фізіологічних особливостей підлітки частіше хворіють на туберкульоз. Однак, якщо виявленням туберкульозу серед призовників займаються медичні комісії військкоматів, то серед підлітків дівчат профілактичні огляди проводяться гірше. Незадовільно поставлене формування груп ризику серед цього прошарку нашого населення й контролю за його обстеженням.

Позалегеновий туберкульоз

Захворюваність туберкульозом позалегенових локалізацій за останні три роки (2002 – 2004 рр.) мала стабільні показники: в 2002 р. – 3,7; в 2003 р. – 3,7; в 2004 р. – 3,8 (на 100 тис. населення), тобто за останній 2004 рік темп приросту захворюваності позалегеновими формами туберкульозу становить 2,7 %, у порівнянні із двома попередніми роками (2002 – 2003 рр.). У 2005 році до позалегенових форм увійшов і туберкульоз органів дихання (згідно з наказом МОЗ № 499 від 28.10 2003 р. “Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів”). Тому показник захворюваності на позалегеновий туберкульоз у 2005 році складає 9,3 на 100 тис. населення (із них 5,7 на туберкульоз органів дихання й 3,6 – туберкульоз інших органів і систем).

У структурі захворюваності позалегеновим туберкульозом туберкульоз органів дихання складає 61,4 %; кістково-суглобовий туберкульоз – 16,5 %; туберкульоз сечостатевої системи – 8,4 %; туберкульоз очей – 5,3 %; туберкульоз периферичних лімфовузлів – 5,3 %, туберкульоз центральної нервової системи й мозкових оболонки – 1,4 %, решту (біля 1,8 %) інші локалізації.

Слід відзначити, що хворі на позалегеновий туберкульоз (крім органів дихання) виявляються ще недостатньо й не отримують своєчасної кваліфікованої медичної допомоги. В Україні немає чіткої інфраструктури з позалегенового туберкульозу. Лікарі загальної мережі не знають цієї патології. Має місце несвоєчасне виявлення хворих на туберкульоз позалегенової локалізації. Залишається великою кадровою проблемою щодо фахівців із позалегенового туберкульозу:

- по-перше, дуже мало молодих фахівців із позалегенового туберкульозу;
- по-друге, ті фахівці, що працюють не мають можливості підвищувати свою кваліфікацію в Україні, оскільки вони навчаються на кафедрах загального профілю, де не тільки не бачили, але й не знають позалегенового туберкульозу.

Усе це значущі фактори, які розбалансовують надання медичної допомоги населенню на туберкульоз.

Однією із проблем є невпорядкованість діагностики позалегенового туберкульозу. На ЦЛКК слід вимагати, де це можливо, гістологічного й/або бактеріологічного підтвердження туберкульозу позалегенової локалізації. На

жаль, близько 80 % хворих на позалегенеєвий туберкульоз не мають бактеріологічного чи гістологічного підтвердження. А це дає підстави запідозрювати, що не у всіх цих хворих є туберкульоз.

В Україні до 1990 р. зруйнована інфраструктура з позалегенеєвого туберкульозу, скорочувалися ліжка, не готувалися фахівці. Нині лікарі не знають цієї патології, недовиявляють та неправильно лікують хворих на позалегенеєвий туберкульоз. Ось чому Кабінет Міністрів України постановою № 667 приписав Міністерству охорони здоров'я України організувати в 1999 р. Всеукраїнський центр із позалегенеєвого туберкульозу. Уже 2006 рік, а Центру як не було, так і немає.

Указом Президента України від 14 лютого 2006 року № 132/2006 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року «Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами» передбачено до 1 липня 2006 року в установленому порядку вирішити питання про створення Всеукраїнського центру контролю за туберкульозом. Цей центр на етапі створення.

З кожним роком зростає кількість хворих на вперше виявлений туберкульоз із ВІЛ-інфекцією, **тобто ВІЛ/СНІД - асоційований туберкульоз**. Так у 2000 році було зареєстровано 233 хворих, то в 2005 році їх кількість становить 1566, що в 6,72 рази більше й суттєво впливає на ефективність лікування й показники смертності. І тут є одна з великих проблем. Ми не можемо погодитися з тим, що через недосконалість нашого законодавства ВІЛ-інфіковані пацієнти, грубо кажучи, «водять за носа» лікарів фтизіатричної служби. Це негоже, щоб ВІЛ/СНІД мав табу серед медичної громадськості, щоб фтизіатри падали на коліна перед ВІЛ-інфікованим і умовляли його пройти тестування. Ця нерозбериха, у тому числі й у спільній роботі Центрів СНІДу та протитуберкульозних закладів, наражає на небезпеку ВІЛ-інфікування медичних працівників.

Ви логічно зауважите, що кожного хворого слід сприймати, як потенційно ВІЛ-інфікованого. Це так, але ми повинні знати всю правду про таких хворих і не слід приховувати для медичних працівників ВІЛ-інфікування. Це в стократ підвищить ефективність профілактики і зможе вчасно скорегувати схему лікування хворого на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Окрім туберкульозу й СНІДу великою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз. Розвиток стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів – це рукотворна проблема й політиків, і медиків. В Україні частота первинної хіміорезистентності складає 20–30 % в різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 75 %. Це зумовлено тим, що до 2000 року не закуповувалися протитуберкульозні препарати й хворі лікувалися хаотично: одним-двома препаратами замість 4–5, протягом трьох-чотирьох місяців замість 6–8 місяців. Усе це привело до розвитку великої частоти стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів. Це дуже погана прогностична ознака.

Тут я ще раз хотів би загострити увагу на якості мікробіологічної діагностики. Усі головні лікарі повинні персонально займатися своїми бактеріологічними лабораторіями, тому що на визначення чутливості мікобактерій до антимікобактеріальних препаратів приходиться найбільша кількість помилок. А це приводить до неправильного лікування хворих і, звісно, до збільшення частоти стійкості.

Поширеність (хворобливість) туберкульозу

За останні чотири роки (2002 – 2005 рр.) поширеність усіх форм туберкульозу хвилеподібно коливалася в рамках 287,4 на 100 тис. населення в 2002 р. і 219,1 на 100 тис. населення в 2005 р.

За останні 2 роки (2004–2005 рр.) у порівнянні з 2003 роком цей показник зменшився на 25,95 %. Це пов'язано зі зміною строків диспансерного нагляду за хворими згідно наказу МОЗ України від 28.10.2003 № 499 “Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів”.

Я хотів би тут відмітити, що за останні роки різко знизилися якісні показники диспансерного обстеження й лікування.

Смертність від туберкульозу

Одним із показників, які характеризують епідемічну ситуацію з туберкульозу є показник смертності. З 1995 до 2000 року він щороку зростав, починаючи з 14,3 до 22,2 випадку на 100 тис. населення. Протягом 2 років відзначалася стабілізація цього показника, в 2002 році він знизився до рівня 20,5 на 100 тис. населення або на 9,3 %, а в 2003 – 2005 роках спостерігалось її зростання, відповідно, на 6,3 % та 24,9 % (2003 р. – 23,1 на 100 тис. нас., 2004 р. – 22,6; 2005 р – 25,3).

Найбільші показники смертності від туберкульозу були зареєстровані в Херсонській, Одеській, Донецькій, Луганській, Волинській, Дніпропетровській областях.

Від загального числа померлих від туберкульозу в 2005 році до 33,5% хворих **померло вдома**. Найгірші показники в 2005 році були в Автономній Республіці Крим, Житомирській, Кіровоградській, Чернівецькій та Київській областях.

За даними 2005 року значний відсоток хворих (до 13,8 %) помирає **до одного року спостереження** й найвищим цей рівень у 2005 році був у м. Києві, Вінницькій, Одеській, Кіровоградській областях.

Треба відзначити, що донині в більшості областей не налагоджена статистика смертності. У кожній області доцільно видати відповідні накази, що кожен померлий, якому посмертно виставляється діагноз туберкульозу:

- повинен зазнати автопсії;
- посмертний діагноз повинен бути підтверджений гістологічно й бактеріологічно.

При порушенні цих правил, усі випадки не посмертного діагнозу туберкульозу не підтвердженого на автопсії гістологічно й бактеріологічно не повинні визнаватися.

Шановні колеги! Якщо ви не будете працювати з лікарями своєї адміністративної території, якщо ви не будете контролювати й комісійно розглядати всі випадки посмертно встановленого туберкульозу, то й надалі хворі із залишковими змінами вилікуваного, у т.ч. спонтанно вилікуваного туберкульозу будуть помилково приписувати вам, як “Смерть від активного туберкульозу”. Мало того, менше половини померлих від туберкульозу не зазнає автопсії. У кожному лікувальному закладі слід виділити відповідального за контролем лікарських свідоцтв про смерть.

Інвалідність

Показник первинної інвалідності працездатного населення внаслідок туберкульозу в Україні за 1995 – 2005 роки збільшився в 1,9 рази або з 2,0 до 3,9 на 10 тис. працездатного населення. В 2005 році найвищий показник інвалідності відмічався в Херсонській та Донецькій областях, відповідно, 8,9 та 8,0 на 10 тис. працездатного населення.

Тут не завадило би нагадати вам, що в регіонах не приділяється належної уваги до експертизи працездатності й встановлення інвалідності хворим на туберкульоз. Близько 1/3 хворих працездатного віку на вперше діагностований туберкульоз отримують інвалідність там, де без неї можна було б обійтися або завищена група інвалідності.

Лікування

З 1995 до 2000 року спостерігалось погіршення показників ефективності лікування. Протягом 2001 року, після впровадження централізованої закупівлі протитуберкульозних препаратів ці показники значно поліпились: відсоток припинення бактеріовиділення підвищився на 3,5 % (82,6 на 100 тис. нас.), відсоток загоєння порожнини розпаду – на 3,7 % (69,8 на 100 тис. нас.).

Однак, у 2005 році спостерігалось зниження відсотку припинення бактеріовиділення на 2 % і становило 87,7 %.

Така ж ситуація спостерігалася й щодо загоєння каверн у вперше виявлених хворих на деструктивний туберкульоз. У 2005 році цей показник відмічався на рівні 77,3 %, це на 0,8 % нижче ніж у 2004 році.

Зниження показників ефективності лікування вперше виявлених хворих на туберкульоз обумовлене такими факторами:

1. Збільшення хворих на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію;
2. Збільшення хворих на хіміорезистентний туберкульоз;
3. І саме головне, що в 2005 році було вкрай незадовільне постачання протитуберкульозними препаратами, що дало поштовх до збільшення хворих на хіміорезистентний туберкульоз і зниження ефективності лікування.

З'явилася проблема щодо етіотропного лікування хворих на туберкульоз, оскільки в багатьох регіонах уже *не вистачає протитуберкульозних препаратів*. Це зумовлено тим, що:

- на місцях неправильно проводили обрахунки потреби протитуберкульозних препаратів;
- не створювали належний запас протитуберкульозних препаратів.

Слід відмітити, що 4 роки тому в Симеїзі, а пізніше в Києві ми детально розказували як проводити розрахунки потреби в протитуберкульозних препаратах і живильних середовищах. На цих нарадах були головні лікарі з усіх 27 адміністративних територій і, на жаль, вони не навчили своїх підлеглих методики проведення розрахунків, а самі їх не проводять. Усе це привело до того, що розрахунки проводяться неправильно, не враховуються залишки й резерв препаратів. На один запит ви надаєте кілька різних заявок. У розрахунках не проводяться заокруглення до 100, до 1000, а ви просите якісь тисячі з половиною таблеток. Куди це годиться? Чи ми навчимося бути відповідальними й прискіпливо виконувати свої функціональні обов'язки? З такою безвідповідальністю в повсякденній діяльності ми не тільки не візьмемо під контроль ситуацію з туберкульозу, а ще більше поглибимо епідемію.

Слід відзначити, що в Україні ще не налагоджена практика проведення **когортного аналізу**. Коли ми перейдемо на визначення ефективності лікування за даними когортного аналізу, то всі хиби нашої статистики ефективності лікування вплинуть на поверхню й ефективність лікування буде меншою, ніж та, яку ми спостерігаємо сьогодні, проводячи аналіз ефективності лікування за рік. Виданий наказ МОЗ України від 08.12.2005 р. № 693 “Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення”. Цим наказом затверджені обліково-звітні форми, що адаптовані до міжнародних стандартів і адаптованої ДОТС-стратегії на основі яких можна проводити когортний аналіз результатів лікування хворих на туберкульоз. Фахівцями Інституту розроблений і скоро буде виданий методичний посібник “Моніторинг та оцінка індикаторів діагностики та лікування хворих на туберкульоз із використанням когортного аналізу” для медичних працівників лікувально-профілактичних закладів протитуберкульозної служби та загальної медичної мережі. Він уже знаходиться на веб-сайті інституту. Інститут уже має велику когорту хворих на рецидив туберкульозу легень, які поступають із пілотних регіонів, у яких бездумно проводилася ДОТС-стратегія. Треба уважно ставитися до того, чого вчать вас закордонні емісари, відмиваючи гроші в Україні.

Мене тривожить те, що в Дніпропетровській, Харківській, Донецькій областях, Автономній Республіці Крим і м. Севастополі незаконно проводять пілотні проекти. Адже програма цих проектів не затверджена Міністерством охорони здоров'я. Є розбіжності в обліково-звітній документації цих регіонів із цими обліково-звітними формами, які затвердило МОЗ України. Я переконаний, що Міністерству і Інституту необхідно посилити контроль за цими пілотними проектами.

Великою проблемою в лікуванні хворих є *відсутність контрольованого лікування* не тільки амбулаторно, але й у стаціонарах. І це нонсенс ! Часто-густо лікарі-фтизіатри не дотримуються стандартизованого лікування, призначають препарати дробово протягом всього дня, що унеможливило проведення контрольованого лікування. Медсестри в стаціонарах часто видають ліки хворим, а потім роблять записи в листках призначень усім, хто отримав і хто не отримав препарати. Хіба це контрольоване лікування ?

Хірургічне й санаторне лікування хворих застосовується ще в малих обсягах. Так, хірургічне лікування в 2005 р. було проведено лише 4,3 % хворих від загальної кількості осіб на деструктивний туберкульоз легень і 11,4 % із позалегеневими формами туберкульозу. Порівняно з 2004 роком на 5,8 % зменшилась кількість хворих, які були прооперовані із приводу туберкульозу легень (2004 р. – 1706 прооперовано хворих, 2005 р. – 1607).

У протитуберкульозних санаторіях у 2005 році лікувалися 15,1 % від усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, а в 2004 році – 16,4 %. Це мало, тому нам треба визначитися що робити із санаторіями. Протитуберкульозні санаторії не для відпочинку, а в них повинно проводитися стандартизоване контрольоване лікування хворих. На жаль, цього ми там не бачимо. Безконтрольність і хаотичне часте монолікування хворих на туберкульоз в санаторіях є розсадником хіміорезистентного туберкульозу. Цього не слід допускати.

На фоні епідемії в Україні продовжується скорочення тубдиспансерів та ліжок для хворих на туберкульоз. За чотири роки (2002 – 2005 рр.) число лікарняних *ліжок для хворих на туберкульоз* зменшилось на 449 і становить 25212. Загальна кількість диспансерів зменшилась на 24,5 % і становить 120 проти 168 і в цьому немає жодної логіки, бо кількість хворих зростає.

Однією із проблем є недостатнє *кадрове забезпечення протитуберкульозної служби*, бо середній вік фтизіатра в Україні залишається високим – близько 60 років. За останні чотири роки кількість фтизіатрів зменшилась на 1,3 % – з 3171 до 3130. Кадрові питання ми, ймовірно, не вирішимо без надання житла для лікарів і середніх медичних працівників, без підвищення заробітної плати й соціального захисту медпрацівників. Для вирішення цих питань повинна докласти зусиль місцева влада.

Викликає тривогу проблема зростання захворюваності на *туберкульоз серед медичних працівників*. Так, якщо в 1990 р. в Україні захворювало близько 30 – 40 медичних працівників протягом року, то за 2005 рік зареєстровано 779 медичних працівників з активним туберкульозом. Причиною зростання захворюваності туберкульозом медпрацівників є невідповідність їх робочих місць із санітарно-епідеміологічним вимогам, відсутність належних засобів індивідуального захисту, а також низький рівень знань засобів профілактики туберкульозу серед медичних працівників.

Треба зі всією відповідальністю віднести до навчання медичних працівників. Інститут підготував 60 медичних працівників (30 фтизіатрів і 30

лаборантів). Тепер вони повинні проводити навчання у своїх областях, на жаль, не проведено ними жодного семінару.

Аналіз виконання протитуберкульозних заходів, передбачених Національною програмою боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002 – 2005 роки показав, що діюча система заходів є неповною, потребує серйозного удосконалення, розробки й впровадження сучасних механізмів профілактики, виявлення туберкульозу, спостереження та контролю за лікуванням хворих, покращання умов праці медичних працівників, а також залучення широкого кола громадськості до вирішення даної проблеми.

Враховуючи зазначене, Кабінет Міністрів України своїм розпорядженням від 29 березня 2006 р. № 175-р затвердив Комплекс заходів щодо боротьби з епідемією туберкульозу на 2006 рік. Уже розроблено **нову Державну цільову програму щодо контролю за туберкульозом на 2007 – 2011 роки** й передбачені в ній заходи, які спроможні забезпечити утримання під контролем ситуацію щодо туберкульозу в країні, якщо ці заходи будуть належним чином фінансуватися.

Невідкладні протитуберкульозні заходи сьогодення

З 2005 року в Україні наказом МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 впроваджено адаптовану ДОТС-стратегію.

Усім вам відомий цей наказ. Цим наказом затверджена Концепція адаптованої ДОТС-стратегії в Україні. Ця концепція, по суті, розставила пріоритети щодо реалізації протитуберкульозних заходів. Тобто заходи, що зазначені в Концепції, повинні реалізовуватися в першу чергу. Якщо у Вас є лишні асигнування й Ви маєте можливість щось проводити додатково, то будь ласка. Концепція нічого не забороняє, а лише каже, що треба робити в першу чергу. Дотримання організації виявлення хворих на активні форми туберкульозу, діагностики туберкульозу, лікування хворих на туберкульоз, профілактику туберкульозу, забезпечення протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами, епідеміологічного моніторингу за туберкульозом це є основа основ, щоб виявляти хворобу на ранніх стадіях розвитку, зменшити ускладнення та розповсюдження інфекції, заощадити кошти на проведення активного диференційованого флюорографічного обстеження та обстеження методом мікроскопії осіб у групах ризику. Ми сподіваємося, що це сприятиме поліпшенню епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні.

Пріоритетними основами організації боротьби з туберкульозом на сучасному етапі повинні бути:

1. Інтеграція діяльності протитуберкульозної служби із загальною лікарняною мережею, санітарно-епідемічною службою, зацікавленими органами виконавчої влади (службою внутрішніх справ, виконання покарань, ветеринарної служби, службою міграції тощо) щодо профілактики та активного виявлення туберкульозу.

2. Винесення системи боротьби з туберкульозом в Україні та її регіонах на рівень першочергових загальнодержавних прав людини й громадянина, безкоштовності, загальнодоступності та рівних можливостей.

3. Втілення державної системи моніторингу туберкульозу, обліково-звітної документації, адаптованих до міжнародних норм і стандартів.

4. Підвищення ефективності лікування із впровадженням вискоефективних контрольованих режимів хіміотерапії й когортного аналізу ефективності лікування.

5. Удосконалення системи виявлення інфікованих та хворих на туберкульоз, ВІЛ та СНІД.

6. Виділення цільових асигнувань із бюджету для централізованої закупівлі хіміопрепаратів, туберкуліну, вакцини БЦЖ і медичної техніки.

7. Перегляду й оновлення навчальних програм із фтизіатрії для лікарів різного профілю, студентів, школярів та населення.

8. Максимальне залучення громадських організацій у країні й за її межами та участі населення в запобіганні туберкульозу.

9. Розробка та вивчення закономірностей епідеміологічного процесу в країні, окремих регіонах та методів керування ним.

10. Постійний контроль за рентабельністю та ефективністю протитуберкульозних заходів.

11. На мій погляд, можна досягти значних зрушень при утворенні вертикалі управління протитуберкульозною службою в Україні.

На завершення я хотів би відзначити, що сьогодні в Україні:

- завершено формування нової Національної програми контролю за туберкульозом в Україні на 2007–2011 роки;

Будемо сподіватися, що наші наміри здійсняться й це суттєво поліпшить нашу працю, зокрема проведення протитуберкульозних заходів. і на цій оптимістичній ноті я хотів би завершити та побажати вам плідного обговорення на нашій нараді.