

АНАЛІТИЧНА ДОВІДКА
ЩОДО ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА
ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЇЇ КОНТРОЛЮ

(підготовлена Інститутом фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України)

Зважаючи на те, що на сьогоднішній час ще немає офіційної статистики щодо туберкульозу в Україні за 2005 р., в цій аналітичній довідці проводитиметься аналіз епідеміологічних показників за 2002–2004 роки.

Ситуація з туберкульозу в Україні складна. Вона почала погіршуватися з 1990 р. У квітні 1993 р. ВООЗ вперше за все своє існування проголосила туберкульоз “глобальною небезпекою” і зазначила, що, якщо уряди країн не вважатимуть туберкульоз першоосною своєї політики і не фінансуватимуть протитуберкульозні заходи, то туберкульоз не вдасться подолати. У 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка невпинно прогресує донині.

Вважається, що туберкульоз, як соціальна хвороба, є дзеркалом соціального і економічного благополуччя країни, відображає рівень освіченості народу. Він також становить національну небезпеку, оскільки багато зарубіжних країн і бізнесменів можуть перервати бізнесові зв’язки і перестати вкладати інвестиції у цю країну, котра не може справитися з епідемією туберкульозу. Адже боротьба з туберкульозом повинна стати основною складовою частиною уряду країни, як це відбувається у багатьох країнах світу, бо на подолання туберкульозу недостатньо суто медичних заходів, а водночас повинні проводитися соціальні та економічні заходи, спрямовані на поліпшення добробуту і благополуччя народу, оскільки в боротьбі з туберкульозом від уряду країни залежить близько 90 % заходів, а від охорони здоров’я – 10 %.

Захворюваність туберкульозом несприятлива у багатьох країнах світу (табл. 1), особливо у економічно відсталих.

Таблиця 1 – Епідемічна ситуація з туберкульозу в світі у 2003 році

Регіони	Захворюваність		Смертність	
	Абс.	На 100 тис.	Абс.	На 100 тис.
Африка	2371745	345,00	538212	78,00
Америка	370107	43,00	53803	6,00
Схід. Середземноморський басейн	634112	122,00	143937	28,00
Південно-східна Азія	3061657	190,00	617211	38,00
Західний Тихоокеанський басейн	1933054	112,00	326862	19,00
Європа, в т.ч.:	438960	50,00	67217	8,00
Білорусь	5206	53,00	700	7,00
Болгарія	3423	43,00	466	6,00
Чеська Республіка	1191	12,00	135	1,00
Грузія	4244	83,00	700	14,00
Угорщина	2846	29,00	380	4,00
Польща	11878	31,00	1587	4,00
Республіка Молдова	5918	139,00	857	20,00
Румунія	33276	149,00	4493	20,00
Російська Федерація	160688	112,00	29024	20,00
Словаччина	1312	24,00	209	4,00
Туреччина	18555	26,00	3166	4,00
Україна	37043	77,50	10421	21,80

В Україні за останні три роки (2002 – 2004 рр.) захворюваність всіма формами туберкульозу збільшилась на 7,0 % (з 75,6 на 100 тис. населення у 2002 р. до 80,9 на 100 тис. населення у 2004 р.). Це зображено у таблиці 2.

Таблиця 2 – Захворюваність і смертність від туберкульозу в Україні

Адміністративні території	Захворюваність по роках:						Смертність від туберкульозу по роках:					
	2002		2003		2004		2002		2003		2004	
	Абс	% ₀₀₀₀	Абс	% ₀₀₀₀	Абс	% ₀₀₀₀	Абс	% ₀₀₀₀	Абс	% ₀₀₀₀	Абс	% ₀₀₀₀
АР Крим	1504	74,3	1541	76,7	1637	82	437	21,6	442	22	454	22,6
Вінницька	1160	65,8	1217	69,7	1128	65,2	188	10,7	219	12,5	227	13
Волинська	630	59,6	636	60,5	656	62,7	220	20,8	279	26,5	298	28,3
Дніпропетровська	2986	83,8	2954	83,8	2951	84,3	910	25,6	985	27,9	1059	30
Донецька	4216	87,4	4653	97,8	4525	96,1	1509	31,3	1578	33,2	1573	33
Житомирська	1110	79,9	1081	78,7	1301	95,6	199	14,3	200	14,6	219	15,9
Закарпатська	710	56,6	695	55,6	709	56,8	337	26,9	256	20,5	283	22,6
Запорізька	1853	95,2	1750	91,8	1678	88,7	442	22,9	477	25	487	25,5
Ів-Франківська	931	66,2	976	69,7	1069	76,6	209	14,9	204	14,6	217	15,5
Київська	1035	56,8	1124	62,4	1130	63,2	328	18	353	19,6	373	20,7
Кіровоградська	916	81,4	928	83,7	1046	95,6	250	22,2	258	23,3	288	26
Луганська	2379	93,7	2555	102,1	2773	112,4	683	26,9	741	29,6	719	28,7
Львівська	1968	75,5	1876	72,4	1935	75	470	18	452	17,4	510	19,7
Миколаївська	1267	100,3	1405	112,4	1425	114,9	210	16,6	294	23,5	227	18,2
Одеська	1985	80,8	1973	81	2267	93,7	729	29,7	759	31,2	816	33,5
Полтавська	830	51,2	769	48	827	52,3	270	16,7	317	19,8	355	22,2
Рівненська	823	70,3	813	69,7	826	71	195	16,6	176	15,1	184	15,8
Сумська	726	56	640	50,1	693	55	221	17	234	18,3	215	16,8
Тернопільська	647	56,8	708	62,6	709	63,1	143	12,6	172	15,2	135	11,9
Харківська	2802	96,8	2718	94,7	2679	94	506	17,5	516	18	574	20
Херсонська	1801	153,6	1739	150,1	1909	166,2	551	47	529	45,6	544	46,9
Хмельницька	766	53,7	772	54,7	788	56,4	148	10,4	164	11,6	163	11,5
Черкаська	777	55,6	774	56	813	59,4	131	9,4	130	9,4	168	12,2
Чернівецька	532	57,9	517	56,5	513	56,3	107	11,6	129	14,1	143	15,6
Чернігівська	910	73,6	876	72	911	76	204	16,5	237	19,5	285	23,4
м. Київ	985	38,4	1125	43,7	1274	49	239	9,3	255	9,9	219	8,5
м. Севастополь	222	58,9	228	60,6	231	61,4	58	15,4	65	17,3	52	13,8
УКРАЇНА	36471	75,6	37043	77,5	38403	80,9	9894	20,5	10421	21,8	10787	22,6

Найбільші показники захворюваності всіма формами туберкульозу у 2004 році відмічались у південно-східному регіоні, зокрема:

у Херсонській області – 166,2 на 100 тис. населення (в 2,05 разу більше від середньоукраїнського показника);

у Миколаївській області – 114,9 на 100 тис. населення (в 1,42 разу більше);

у Луганській області – 112,4 на 100 тис. населення (в 1,39 разу більше);

у Донецькій області – 96,1 на 100 тис. населення (в 1,19 разу більше);

у Житомирській області – 95,6 на 100 тис. населення (в 1,18 разу більше);

у Кіровоградській області – 95,6 на 100 тис. населення (в 1,18 разу більше);

у Харківській області – 94,0 на 100 тис. населення (в 1,16 разу більше);

у Одеській області – 93,7 на 100 тис. населення (в 1,16 разу більше).

Показники захворюваності у цих областях в 1,2 – 2,05 разу перевищували середньостатистичні по Україні (80,9 на 100 тис. населення).

Однією із особливостей сучасного туберкульозу є: значна кількість занедбаних форм серед вперше виявлених хворих, розповсюджені полікавернозні процеси, масивне бактеріовиділення, а це в свою чергу призводить до зниження якості лікування та, як наслідок, до збільшення показника смертності. Це є підтвердженням проблеми туберкульозу не тільки як медичної, а й медико-соціальної, що може суттєво впливати на демографічні показники в державі.

Близько 2/3 хворих на туберкульоз складають особи працездатного і репродуктивного віку. Із всіх вперше виявлених хворих на туберкульоз у 2004 р. непрацюючі працездатного віку склали 42,9 %, пенсіонери – 13,6 %, робітники – 13,0 %, вперше виявлені хворі, які зареєстровані в інших міністерствах і відомствах – 8,1 %, службовці склали – 3,6 %, робітники аграрного сектору – 3,3 %, особи без постійного місця проживання – 2,4 %, учні – 2,2 %, медичні працівники – 2,0 %, особи, які повернулись з місць позбавлення волі – 1,9 %, студенти – 1,7 %, приватні підприємці – 0,9 %, інші – 4,4 %.

Захворюваність легенеvim туберкульозом за останні три роки (2002 – 2004 рр.) коливалась більш значуще, ніж захворюваність всіма та позалегеновими формами туберкульозу. Так, захворюваність легенеvim туберкульозом у 2002 р. складала 66,5 на 100 тис. населення, а в 2004 р. – 71,8 на 100 тис. населення, тобто цей показник збільшився на 8,0 %.

При середньоукраїнській захворюваності туберкульозом легень 71,8 на 100 тис. населення найбільша захворюваність туберкульозом легень була:

у Херсонській області – 151,2 на 100 тис. населення (в 2,11 разу більше від середньоукраїнського показника);

у Луганській області – 102,2 на 100 тис. населення (в 1,42 разу більше);

у Миколаївській області – 102,0 на 100 тис. населення (в 1,42 разу більше);

у Кіровоградській області – 88,1 на 100 тис. населення (в 1,23 разу більше);

у Харківській області – 85,9 на 100 тис. населення (в 1,2 разу більше).

В цих регіонах у 2004 р. захворюваність туберкульозом легень перевищувала середньостатистичний показник в 1,2 – 2,1 рази.

Захворюваність туберкульозом дітей. За останні три роки відмічалось зростання захворюваності дітей на туберкульоз на 5,7 %: в 2002 р. – 8,8; в 2004 році – 9,3 на 100 тис. населення.

Найбільша захворюваність туберкульозом дітей, спостерігалась:

у Донецькій області – 17,7 на 100 тис. дитячого населення (в 1,9 разу більша від середньоукраїнського показника);

у Кіровоградській області – 16,3 на 100 тис. дитячого населення (в 1,75 разу більше);

у Чернівецькій області – 15,6 на 100 тис. дитячого населення (в 1,68 разу більше);

у Херсонській області – 15,5 на 100 тис. дитячого населення (в 1,67 разу більше);

у Луганській області – 12,9 на 100 тис. дитячого населення (в 1,39 разу більше);

у м. Києві – 11,6 на 100 тис. дитячого населення (в 1,25 разу більше).

У зазначених регіонах захворюваність туберкульозом серед дітей у 2004 р. в 1,2 – 2,0 рази перевищувала середньоукраїнський показник (9,3 на 100 тис. дитячого населення).

Позалегеновий туберкульоз. Захворюваність туберкульозом позалегенових локалізацій за останні три роки (2002 – 2004 рр.) мала тенденцію до збільшення: в 2002 р. – 3,7; в 2003 р. – 3,7; в 2004 р. – 3,8 (на 100 тис. населення), тобто за останній 2004 рік захворюваність позалегеновими формами туберкульозу збільшилась на 2,7 % порівняно з двома попередніми роками (2002 – 2003 рр.).

В структурі захворюваності позалегеновим туберкульозом кістково-суглобовий туберкульоз становить 41,2 %; туберкульоз сечостатевої системи – 27,8 %; туберкульоз очей – 12,3 %; туберкульоз центральної нервової системи і мозкових оболонок – 3,7 %, решту (біля 15,0 %) інші локалізації.

Слід відзначити, що хворі на позалегеновий туберкульоз виявляються ще недостатньо і не отримують своєчасної кваліфікованої медичної допомоги. В Україні немає чіткої інфраструктури з позалегенового туберкульозу, яка була зруйнована в радянські часи в колишніх союзних республіках, а залишилася в Росії. Лікарі загальної мережі не знають цієї патології. Має місце несвоєчасне виявлення хворих на туберкульоз позалегенової локалізації. Великою є кадрова проблема, оскільки не вистачає фахівців з позалегенового туберкульозу:

- по-перше, дуже мало молодих фахівців з 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, а навчання в Санки-Петербурзькому інституті позалегенового туберкульозу потребує коштів.

Все це вагомими факторами, які сприяють зростанню позалегенового туберкульозу і діагностичних помилок щодо цієї патології.

Отже, в Україні до 1990 р. зруйнована інфраструктура з позалегенового туберкульозу, скорочувалися ліжка, не готувалися фахівці. Нині лікарі не знають цієї патології, не виявляють та неправильно лікують хворих на позалегеновий туберкульоз. Ось чому Кабінет Міністрів України своєю постановою від 23 квітня 1999 р. № 667 “Про комплексні заходи боротьби з туберкульозом” першим із 32 протитуберкульозних заходів приписав Міністерству охорони здоров’я України організувати у 1999 р. Всеукраїнський центр з позалегенового туберкульозу. Вже 2006 рік, а Центру як не було, так і немає.

Поширеність (хворобливість) туберкульозу. За останні три роки (2002 – 2004 рр.) поширеність всіх форм туберкульозу хвилеподібно коливалася:

у 2002 р. – 287,4 на 100 тис. населення;

у 2003 р. – 295,5 на 100 тис. населення;

у 2004 р. – 224,9 на 100 тис. населення.

За останні 2 роки (2003–2004 рр.) цей показник зменшився на 23,89 %.

Найбільша поширеність туберкульозу в 2004 році була у таких областях:

Херсонська область – 402,5 на 100 тис. населення (в 1,79 разу більша від середньоукраїнського показника);

Дніпропетровська область – 318,9 на 100 тис. населення (в 1,42 разу більша);

Донецька область – 282,3 на 100 тис. населення (в 1,26 разу більша);

Івано-Франківська область – 281,6 на 100 тис. населення (в 1,25 разу більша).

Рівень хворобливості в цих областях перевищував середньостатистичний в Україні (224,9 на 100 тис. населення) в 1,2 – 1,8 разу.

Смертність від туберкульозу зображена в таблиці 2. Щогодини в Україні захворює 4 хворих на туберкульоз і помирає від нього 1 хворий. За останні три роки (2002 – 2004 рр.) смертність від усіх форм туберкульозу збільшилась на 10,2 % (в 2002 р. – 20,5 на 100 тис. населення; в 2004 р. – 22,6 на 100 тис. населення). Найбільші показники смертності від туберкульозу були зареєстровані в таких областях:

Херсонська область – 46,9 на 100 тис. населення (в 2,08 разу більша від середньоукраїнського показника);

Одеська область – 33,5 на 100 тис. населення (в 1,48 разу більша);

Донецька область – 33,0 на 100 тис. населення (в 1,46 разу більша);

Дніпропетровська область – 30,0 на 100 тис. населення (в 1,33 разу більша);

Луганська область – 28,7 на 100 тис. населення (в 1,27 разу більша);

Волинська область – 28,3 на 100 тис. населення (в 1,25 разу більша).

Від загального числа померлих з активним туберкульозом в 2004 році 33,7 % хворих померло вдома. Значний відсоток хворих (до 13,7 %) помирає до одного року спостереження в диспансері. Щорічно зростає число хворих невідомих диспансеру, тобто з посмертно встановленим діагнозом туберкульозу (до 8,7 % від усіх померлих). В основному, це соціально-дезадаптовані групи населення (бомжі, наркомани, мігранти, алкоголіки тощо).

Лікування туберкульозу. Аналіз ефективності лікування хворих на туберкульоз за останні три роки (2002 – 2004 рр.) показав, що за цей період спостерігалось покращання деяких показників.

Так, у вперше виявлених хворих після проведеного лікування бактеріовиділення припинилось у 2002 р. – у 86,7 % хворих; у 2003 р. – у 89,1 %; у 2004 р. – у 89,5 %, тобто за три останні роки на 3,2 % збільшилася кількість хворих, у яких не виявлялись мікобактерії туберкульозу. На 4,4 % збільшилось число пацієнтів, у яких після проведеного лікування спостерігалось загоєння каверн (у 2002 р. – 74,3 %; у 2003 р. – 76,5 %; у 2004 р. – 77,9 %).

Однак, слід відзначити, що в Україні ще не налагоджена практика проведення когортного аналізу і комп'ютерного моніторингу туберкульозу. Це передбачається в рамках позики Міжнародного банку реконструкції і розвитку (МБРР) “Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні”.

Порівняно із середньоукраїнським показником загоєння каверн 77,9 % у 2004 році найгірший показник загоєння каверн спостерігався у таких областях:

у Тернопільській області – 66,1 % (на 11,8 % гірша від середньоукраїнського показника);

у Автономній Республіці Крим – 67,1 % (на 10,8 % гірша);

у Київській області – 69,6 % (на 8,3 % гірша);

у Чернігівській області – 72,1 % (на 5,8 % гірша);

у Миколаївській області – 72,9 % (на 5,0 % гірша);

у Кіровоградській області – 73,0 % (на 4,9 % гірша);

у Львівській області – 73,5 % (на 4,4 % гірша);

у Херсонській області – 74,4 % (на 3,5 % гірша);

у Донецькій області – 75,4 % (на 2,5 % гірша);

у Луганській області – 75,6 % (на 2,3 % гірша).

Щодо припинення бактеріовиділення серед хворих на туберкульоз після проведеного лікування, то порівняно із середньоукраїнським показником 89,5 % у 2004 році значно гірші показники припинення бактеріовиділення були у:

Автономній Республіці Крим – 85,2 % (на 4,3 % гірший від середньоукраїнського показника);

Тернопільській області – 81,9 % (на 7,6 % гірший);

Житомирській області – 83,1 % (на 6,4 % гірший);

Київській області – 84,4 % (на 5,1 % гірший);

Рівненській області – 85,3 % (на 4,2 % гірший);

Полтавській області – 86,6 % (на 2,9 % гірший);

Донецькій області – 87,2 % (на 2,3 % гірший).

Великою проблемою у лікуванні хворих є відсутність контрольованого лікування, насамперед амбулаторно. У пункті 27 постанови Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 р. № 667 “Про комплексні заходи боротьби з туберкульозом” записано “запровадити посади патронажних медсестер для лікування”, тобто йдеться про контрольоване амбулаторне лікування. Цей пункт у більшості адміністративних територій України не виконаний. Для вирішення проблеми амбулаторного лікування фахівцями Інституту підготовлений проект постанови Кабінету Міністрів України “Про соціальну підтримку хворих на туберкульоз”. Цей проект вже доопрацьований МОЗ України і невдовзі буде поданий на розгляд до Кабінету Міністрів.

Річні медико-економічні збитки від туберкульозу в Україні за останні 3 роки зросли з 1,5 млрд. грн. до 2,1 млрд. грн. на рік.

Прогноз. У найближчі 10 років прогнозується така ситуація щодо туберкульозу:

а) при соціально-економічних умовах в Україні гірших, ніж сьогодні, захворюваність туберкульозом може збільшитися вдвічі, а смертність – у 2,3 рази;

б) при соціально-економічних умовах в країні таких же як сьогодні, захворюваність туберкульозом може збільшитися в 1,5 рази, а смертність – стабілізується і повільно почне знижуватися (якщо будуть протитуберкульозні препарати) на 2–3 % щороку;

в) при соціально-економічних умовах в Україні кращих, ніж зараз, захворюваність стабілізується і почне повільно знижуватися, а смертність буде зменшуватися на 4 – 5 % щороку.

Отже, туберкульоз становить суттєву загрозу демографічній перспективі й подальша ситуація з туберкульозом залежить від рівня української економіки й добробуту нашого народу.

Нормативно-правове регулювання ситуації з туберкульозом.

До 1 вересня 1993 р. в Україні щодо туберкульозу чинними були нормативно-правові документи колишнього СРСР. Потім був виданий наказ МОЗ України від 26 серпня 1993 р. № 192 “Про удосконалення протитуберкульозної служби”, який діяв до 14 лютого 1996 р. і нині відмінений. Сьогодні чинними є такі нормативно-правові документи щодо туберкульозу:

- Указ Президента України “Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002 – 2005 роки” від 20 серпня 2001 року № 643/2001. Програма містить 29 заходів за такими розділами:

- Лікування та профілактика туберкульозу
- Виявлення та діагностика туберкульозу
- Організаційні заходи, пов'язані із здійсненням контролю за поширенням туберкульозу, та їх наукове обґрунтування
- Санітарна та соціальна профілактика туберкульозу
- Заходи щодо профілактики туберкульозу в тваринницьких господарствах.

Ця програма завершилася. У березні 2005 р. Інститутом підготовлений і поданий до МОЗ України проект нової програми на 2006–2010 роки. За наполяганням представників бюро ВООЗ в Україні, зокрема Кестутіса Міскініса, прийняття цієї програми було зірвано, бо вони хотіли, щоб Програма віддзеркалювала чисту ДОТС-стратегію і рекомендували у 2006 р. прийняти Комплексні заходи Кабінету Міністрів України (вони підготовлені, але так і не затверджені Кабінетом Міністрів), а з 2007 р. – нову Програму. Вона теж підготовлена і знаходиться в МОЗ України разом з Концепцією до програми.

- Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645–III “Про захист населення від інфекційних хвороб”. В цьому законі регламентовані основні засади державного і правового регулювання діяльності у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, в тому числі й туберкульозу.

- Закон України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз” від 5 липня 2001 року № 2586–III. Він містить 25 статей.

- Постанова Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 р. № 667 “Про комплексні заходи боротьби з туберкульозом”. Цією постановою затверджені 32 протитуберкульозні заходи.

- Постанова Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2000 р. № 1480 “Про утворення міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом”, затверджене Положення про цю Комісію.

- Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1752 “Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу”. На виконання цієї постанови наказом МОЗ України від 23.01.2002 р. № 21 “Про

забезпечення виконання постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1752” передбачено виконувати постанову, тобто харчувати хворих, в межах асигнувань, що передбачаються у державному та місцевих бюджетах на утримання протитуберкульозних закладів, а листом МОЗ України від 31.01.2002 р. № 21.03.04/52 “Роз’яснення до наказу МОЗ України від 23.01.2002 р. № 21 “Про забезпечення виконання постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1752” передбачена вартість харчування 1 нормо-дня у протитуберкульозних закладах України за цінами Держкомстату на 01.12.2001 р. для дорослих становить 9,46 грн., для дітей – 7,06 грн. (в середньому – 8,2 грн.). Сьогодні у зв’язку з інфляцією та подорожчанням продуктів харчування необхідно близько 20 грн. на добу для 1 хворого.

- Постанова Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 “Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов’язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих книжок”

- Наказ МОЗ України від 14 лютого 1996 р. № 26 “Про удосконалення протитуберкульозної служби”.

- Наказ МОЗ України від 29 липня 1996 р. № 233 “Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз”, зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 17 вересня 1996 р. за № о36/Юб1.

- Наказ МОЗ України від 28 жовтня 1998 р. № 314 “Про заходи щодо боротьби з туберкульозом”. Цим наказом заборонене скорочення ліжок у протитуберкульозних закладах, але він не виконується (див. таблицю 3).

Таблиця 3 – Тенденція до руйнування мережі диспансерів і санаторіїв

Найменування	1990 р.	2004 р.	Д абс.	Д %
Протитуберкульозних диспансерів	185	124	61	-32,97 %
Диспансерних ліжок	35800	25251	10549	-29,47 %
Протитуберкульозних санаторіїв	132	94	38	-28,79 %
Санаторних ліжок	23975	13893	10082	-42,05 %

- Наказ МОЗ України від 30 грудня 1999 р. № 311 “Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим”.

- Наказ МОЗ України від 20 квітня 2000 р. № 83 “Про оптимізацію та уніфікацію проведення протитуберкульозних заходів в умовах недостатнього їх фінансування”. Ним передбачена ранговість протитуберкульозних заходів залежно від коштовності та ефективності протитуберкульозних заходів.

- Наказ МОЗ України від 31 жовтня 2000 р. № 276 “Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні”. Затверджений Календар профілактичних щеплень.

- Наказ МОЗ та МВС України від 12 березня 2003 р. № 104/224 “Про проведення спільних протитуберкульозних заходів серед тимчасово затриманих та взятих під варту осіб, які утримуються у спеціальних установах внутрішніх справ” Передбачена технологія виявлення і лікування соціально-дезадаптованих осіб.

- Наказ МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 “Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії”. Цим наказом затверджена Концепції адаптованої ДОТС-стратегії в Україні.

- 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.

Однак, ефективність нормативно-правового регулювання ще не достатня, оскільки немає нормативно-правових актів, які б регламентували процедуру притягнення до

лікування заразних хворих на туберкульоз, які відмовляються від лікування. Це питання зволікає Міністерство юстиції України, яке перекутило пропозиції фахівців.

Щодо взаємодії органів виконавчої влади у сфері протидії поширенню туберкульозу в Україні, то вона покладена на міжвідомчу комісію по боротьбі з туберкульозом, яка створена постановою Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2000 р. № 1480 “Про утворення міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом” і яку очолює віце-прем’єр-міністр України з гуманітарних питань. У минулі роки ця комісія засідала мало, свої функції перекладала на колегію МОЗ України, рішення її були формальними, не дійовими і їх виконання не контролювалося.

Стан виконання законів України.

В Україні 2 закони стосуються туберкульозу:

1. Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645–III “Про захист населення від інфекційних хвороб”.

2. Закон України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз” від 5 липня 2001 року № 2586-III.

Зазначені закони описують основні протитуберкульозні заходи, які повинні виконуватися в Україні, через те цільового фінансування на реалізацію цих законів немає.

Отже, загалом закони України щодо туберкульозу виконуються настільки, наскільки вони фінансуються. Є прогалина у законодавчій базі щодо туберкульозу. Річ у тому, що сьогодні є немало заразних хворих на туберкульоз, які в силу різних причин відмовляються від лікування, заражаючи при цьому здорових. У багатьох країнах нині є закони, які в судовому порядку заставляють хворих лікуватися і не заражати навколишніх. В Україні, як не дивно, юристи вважають, що при цьому порушуються права хворого на туберкульоз. І дивно, що ніхто не думає про права більшості здорових, які теж мають право на те, щоб їх не заражали.

Законодавчо не вирішена проблема допуску до роботи хворих, які перенесли туберкульоз з урахуванням призупинення поширення цієї недуги і захисту від туберкульозу здорового населення.

19 травня 2003 р. у Верховній Раді України відбулися парламентські слухання на тему “Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання”. Більшість рекомендацій цих парламентських слухань розпочиналися словами “активізувати”, “зосередити увагу”, “оптимізувати”, “розширити”, “переглянути”, “посилити”, “повніше використати”, “забезпечити” тощо. На їх виконання кошти не виділялися. Наприклад, “зосередити увагу на оснащенні протитуберкульозних закладів сучасним рентгенологічним, ендоскопічним, іншим устаткуванням та обладнанням ...”, або “при розробці проекту Закону України про Державний бюджет України на 2004 рік передбачити кошти на підвищення посадових окладів працівників протитуберкульозних закладів у два рази” і т.д.

Стан та ефективність виконання окремих заходів щодо туберкульозу.

Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 р. “Про комплексні заходи боротьби з туберкульозом” затверджені відповідні заходи.

Не виконані такі заходи:

1. Утворити в м. Києві Український науково-практичний центр позалегенового туберкульозу.

МОЗ, Академія медичних наук, Київська міська держадміністрація.

Друге півріччя 1999 року.

Не створено донині.

10. Придбати лікувально-діагностичну апаратуру, прилади, запасні частини тощо та провести модернізацію і своєчасний ремонт рентгенівської техніки в протитуберкульозних закладах.

Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації, МОЗ, Мінекобезпеки.
1999 — 2003 роки.

Виконується не задовільно.

13. Забезпечити протитуберкульозні заклади пересувними флюорографами.

Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації, МОЗ, Мінекобезпеки.
2000 — 2003 роки.

Виконується не задовільно.

14. Укомплектовувати протитуберкульозні заклади лікарями, середніми медичними працівниками (згідно із заявками) та надавати їм житлову площу згідно із законодавством.

МОЗ, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації.
Постійно.

Не виконується (див. таблицю 4).

Таблиця 4 – Зменшення кількості фтизіатрів в Україні

Найменування	1990 р.	2004 р.	Д абс.	Д %
Фтизіатрів	3624	3147	477	13,16 %

Середній вік фтизіатра в Україні близько 60 років.

16. Проводити поіменний комп'ютерний облік населення, що підлягає щепленню, ревакцинації, туберкулінодіагностиці та флюорографії.

МОЗ, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації.
Постійно.

Не виконано через брак коштів.

25. Забезпечувати в установленому порядку надання хворим на активну форму туберкульозу житлової площі, звернувши особливу увагу на осіб, що проживають у гуртожитках, комунальних і густонаселених квартирах.

Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації.
Постійно.

Не виконується. Якщо у 2001 р. з гуртожитків відселено 30,6 % хворих-бактеріовиділювачів, то у 2004 р. – 28,2 % хворих-бактеріовиділювачів. Аналогічно у 2001 р. із багатонаселених квартир відселено 13,3 % хворих-бактеріовиділювачів, а у 2004 р. – 12,8 % хворих-бактеріовиділювачів.

27. Забезпечувати проведення комплексного курсу короткострокової хіміотерапії для хворих на туберкульоз згідно з рекомендаціями ВООЗ (ДОТС-терапія) та запровадити посади патронажних медсестер для лікування.

МОЗ, Академія медичних наук, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації.
1999 - 2003 роки.

Не у всіх адміністративних територіях виконано у частині "...запровадити посади патронажних медсестер для лікування".

Національна програма затверджена Указом Президента України від 20 серпня 2001 р. № 643 "Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки". Це перша в історії нашої держави Національна програма, метою якої є взяття під контроль і подолання епідемії туберкульозу. Передбачалося її фінансування в обсязі понад 481,6 млн. грн., з них на протитуберкульозні препарати передбачено виділити 182,1 млн. грн., на хірургічне лікування – 9,4 млн. грн., на додаткове харчування хворих – 230,8 млн. грн., на лабораторну діагностику – 1,7 млн. грн., на флюорографічне обстеження – 55,3 млн. грн., на моніторинг та наукові дослідження – 2,1 млн. грн.

На виконання обох зазначених документів фінансується лише централізована закупівля протитуберкульозних препаратів. У 1999 р. закуплено протитуберкульозних препаратів на 400 тис. грн., у 2000 р. – на 27,0 млн. грн., у 2001 р. – на 32,0 млн. грн. (замість 36,0 млн.), у 2002 р. – на 33,0 млн. грн. (замість 40,0 млн.), у 2003 р. – на 54,9 млн. грн., у 2004 р. – на 45,35 млн. грн. препаратів і на 9,5 млн. грн. – флюорографів. У 2005 р. передбачається на суму 45,3 млн. грн. препаратів і на 9,5 млн. грн. – флюорографів. Закупівлі ще не зроблені й у багатьох адміністративних територіях вже не вистачає протитуберкульозних препаратів.

Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002 – 2005 роки містить 29 затверджених заходів. З них виконано 26 заходів, які не потребують додаткових цільових асигнувань, не в повному обсязі виконується 1 захід, не виконано 2 заходи.

п. 6. Забезпечувати харчування хворих на туберкульоз у протитуберкульозних закладах відповідно до встановлених норм.

п. 6 виконується не в повному обсязі. Із місцевих бюджетів у більшості областей не в повному обсязі фінансується харчування стаціонарних хворих на туберкульоз у протитуберкульозних закладах.

Відповідно до затверджених норм харчування вартість харчування одного хворого в день передбачена в обсязі не менше ніж 8,2 гривні. Нині в регіонах України вартість харчування становить в середньому 5,65 грн., тобто ще не доведене до належного рівня, якій вже слід збільшувати до 20 грн.

19. Розробити систему моніторингу епідеміологічних факторів поширення туберкульозу та стандартів якості протитуберкульозних заходів (профілактика, виявлення, діагностика, лікування, медико-соціальна реабілітація, диспансеризація тощо) і створити відповідні реєстри.

п. 19. Не створені комп'ютерні реєстри 27 регіональних, в установах виконання покарань, а на базі нашого Інституту через брак коштів. Ці заходи передбачені виконати за кошти позики Світового банку.

21. Створити державний центр інформаційних медичних технологій діагностики та лікування туберкульозу, використовуючи базу Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України та регіональні центри при обласних протитуберкульозних диспансерах.

п. 21. Не створений державний центр інформаційних медичних технологій діагностики та лікування туберкульозу на базі нашого Інституту та регіональні центри при обласних протитуберкульозних диспансерах. Вони теж будуть виконані за кошти позики Світового банку.

Таким чином, ті заходи Національної програми, які потребували додаткового цільового фінансування не виконані й будуть виконані в рамках позики Світового банку.

У 2005 році закінчена Національна програма. Інститутом розроблений проект нової програми на 2006–2010 рр., але з вини представників ВООЗ в Україні вона не прийнята. Із запізненням розпочалося і зараз зволікається впровадження позики Світового банку. В рамках цієї позики ми повинні працювати за Міжнародними стандартами.

Отже, сьогодні фтизіатрична служба забезпечена Указами Президента, Законами України, постановами Кабінету Міністрів, наказами Міністерства охорони здоров'я, але фінансування для реалізації цієї законодавчої бази немає. І це причина неповного їх виконання і всіх невирішених проблем!

Ефективність системи виявлення та обліку в Україні хворих на туберкульоз.

Система виявлення хворих на туберкульоз в Україні задовільна, але достатньо коштовна, оскільки потребує суцільного проведення туберкулінодіагностики серед дітей і суцільної флюорографії серед дорослого населення. Цю систему можна здешевити, якщо перейти на суцільне обстеження груп ризику, а решту населення виявляти за звертанням, як це рекомендує ВООЗ. Така тактика передбачається в рамках проекту МБРР “Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні”, вона передбачена наказом МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 “Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії”.

Щодо обліку хворих на туберкульоз, то він сьогодні не відповідає міжнародним стандартам. Для цього потрібно:

- реалізувати 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”.

- запровадити комп'ютерний моніторинг діагностики та лікування туберкульозу. Це передбачено в рамках проекту МБРР “Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні”, але розпочати цю діяльність неможливо без затвердження обліково-звітних форм, які зараз розглядаються МОЗ України.

Соціальне забезпечення та адаптація хворих на туберкульоз.

Зазначені заходи можна оцінити як не задовільні. Для їх вирішення необхідно:

- широко застосовувати санаторний етап лікування та реабілітації хворих на туберкульоз. Сьогодні санаторним лікування охоплюється близько 6,0 % хворих на вперше діагностований туберкульоз. До того ж, кількість протитуберкульозних санаторіїв і ліжок в них щороку зменшується (див. табл. 5).

Таблиця 5 – Руйнування санаторної мережі в Україні

Найменування	1990 р.	2004 р.	Д абс.	Д %
Протитуберкульозних санаторіїв	132	94	38	28,79 %
Санаторних ліжок	23975	13893	10082	42,05 %

- хоча б у обласних протитуберкульозних закладах ввести ставки психологів і соціальних працівників, яких сьогодні немає.

- у кожній адміністративній території перепрофілювати хоча б по одному місцевому санаторію і організувати у них хоспіси для хворих на туберкульоз.

- відновити школи у дитячих відділеннях протитуберкульозних диспансерів та санаторіїв, які ліквідовані на початку 90-х років минулого століття.

- відновити, хоча б там, де вони були, майстерні для трудової терапії хворих на туберкульоз.

Основні чинники, що перешкоджають подоланню епідемії туберкульозу в Україні.

Вирішенню зазначених завдань перешкоджають такі проблеми у протитуберкульозній службі.

- Оскільки епідемія туберкульозу значною мірою підтримується епідемією ВІЛ/СНІДу, то треба боротися не тільки з туберкульозом, але й СНІДом. За останні роки приріст хворих на туберкульоз і СНІД складає 23,18 % за рік (табл. 6).

Таблиця 6 – Захворюваність населення України на ВІЛ-асоційований туберкульоз (абс. числа)

№ п/п	Найменування областей	2000 р.	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.
1.	АР Крим	32	38	42	79	120
2.	Вінницька	2	2	2	5	13
3.	Волинська	0	2	2	4	4
4.	Дніпропетровська	2	14	3	53	69
5.	Донецька	39	54	81	413	407
6.	Житомирська	3	4	1	3	7
7.	Закарпатська	0	0	3	0	0
8.	Запорізька	1	1	2	10	17
9.	Івано-Франківська	0	0	1	2	2
10.	Київська	2	4	9	10	27
11.	Кіровоградська	3	9	2	4	0
12.	Луганська	3	4	2	10	27
13.	Львівська	2	0	34	32	11
14.	Миколаївська	34	63	47	71	112
15.	Одеська	62	58	102	104	199
16.	Полтавська	14	0	30	31	14
17.	Рівненська	0	0	0	0	0
18.	Сумська	0	4	4	2	3
19.	Тернопільська	0	1	4	2	3
20.	Харківська	4	8	6	16	28
21.	Херсонська	13	14	8	12	32
22.	Хмельницька	0	0	5	9	22
23.	Черкаська	14	16	7	14	12
24.	Чернівецька	0	1	1	0	2
25.	Чернігівська	1	1	0	1	9
26.	м. Київ	0	8	7	54	59
27.	м. Севастополь	2	7	9	14	19
	Україна	233	313	414	955	1218

• Окрім туберкульозу і СНІДу великою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз. Розвиток стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів – це рукотворна проблема і 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 і хворі лікувалися хаотично: одним-двома препаратами замість 4–5, протягом трьох-чотирьох місяців замість 6–8 місяців. Все це привело до розвитку великої частоти стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів. Це дуже погана прогностична ознака.

• До 2000 р., тобто до того часу, коли не було централізованих закупівель протитуберкульозних препаратів, з року в рік погіршувалася ефективність лікування хворих. Однак, останнім часом намітилася тенденція до поліпшення ефективності лікування. Проте і тут проблема ще є. І ця проблема стосується відсутності контрольованого лікування на амбулаторному етапі. Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 р. № 667 “Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом” передбачено запровадження ставок патронажних медсестер для контрольованого лікування на амбулаторному етапі. Донині це не виконується. Інститутом розроблений

проект постанови Кабінету Міністрів України “Про соціальну підтримку хворих на туберкульоз”.

З іншого боку ефективність лікування хворих можна було б ще суттєвіше поліпшити, як би ми харчували хворого у стаціонарі не на 2–3 гривні на добу і не на 9,46 грн., як це передбачено постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1752 “Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу”, а хоча б на 20,0 грн.

- Ще одна проблема, про яку ми вже зазначали. В Україні до 1990 р., зруйнована інфраструктура з позалегенового туберкульозу, скорочувалися ліжка, не готувалися фахівці. Нині лікарі не знають цієї патології і недовиявляють та неправильно лікують хворих на позалегеновий туберкульоз. Ось чому Кабінет Міністрів України вже згаданою постановою № 667 приписав Міністерству охорони здоров'я України організувати у 1999 р. Всеукраїнський центр з позалегенового туберкульозу. Вже 2005 рік, а Центру як не було, так і немає.

- Є проблема скринінгової діагностики туберкульозу методом флюорографії. Річ у тому, що із 206 пересувних флюорографів, які є в Україні 90 % ледь-ледь жевріють. Вони вже давно морально застарілі, дають велике променеве навантаження. Щороку флюорографічний парк зменшується на 3,5–5 %. Через те малі обсяги і низька ефективність активного виявлення хворих на туберкульоз (40–45 %). Більше половини хворих виявляється пасивно із занедбанними, поширеними процесами.

- Неабияка проблема мікробіологічної діагностики туберкульозу. Всім хворим, що кашляють 3 тижні і більше, треба робити мазок харкотиння на виявлення мікобактерій. Але для цього треба мати бінокулярні мікроскопи, витратні матеріали. З цієї ж причини неефективно проводяться посіви мокротиння. Ось чому із вперше виявлених хворих бактеріовиділювачі становлять тільки 34,5 % при світовому стандарті 70 %. Поліпшення мікробіологічної діагностики туберкульозу Уряд взяв кредит Світового банку для проекту “Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні”. Однак, Світовий банк диктує свої умови, які не завжди вигідні Україні, і через те вже більше ніж на рік затягнулося впровадження цього кредиту. На сьогодні ще не закуплено навіть гвинтика до мікроскопа.

- Викликає тривогу проблема зростання захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників. Так, якщо в 1990 році в Україні захворювало 30 медичних працівників протягом року, то у 1997 р. – 375, у 1999 р. – 650, у 2000 р. – 730, у 2003 р. – більше 800. Медичні працівники зовсім не захищені і законодавством не чітко урегульоване визнання професійного туберкульозу для багатьох категорій медичних працівників. Заробітна плата медиків на грані бідності. Фтизіатри жодних пільг не мають, окрім 15 % за шкідливість. Навіть не вирішено питання про дільничність фтизіатрів.

- Проблема туберкульозу в пенітенціарній системі неабияк гостра. Там знаходиться близько 10 тис. хворих на туберкульоз (точних даних ми не маємо!). Захворюваність в 60 раз більша, аніж серед популяції.

- Не оминула епідемія туберкульозу і наші Збройні Сили. За останні 10 років захворюваність туберкульозом серед солдат і офіцерів зростає (точних даних ми не маємо!).

- Важливою проблемою є руйнування матеріально-технічної бази та скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби на тлі епідемії туберкульозу (див. табл. 7).

Таблиця 7 – Руйнування мережі диспансерів та санаторіїв, зменшення чисельності фтизіатрів в Україні

Найменування	1990 р.	2004 р.	Д абс.	Д %
Протитуберкульозних диспансерів	185	124	61	32,97 %
Диспансерних ліжок	35800	25251	10549	29,47 %
Протитуберкульозних санаторіїв	132	94	38	28,79 %

Найменування	1990 р.	2004 р.	Д абс.	Д %
Санаторних ліжок	23975	13893	10082	42,05 %
Фтизіатрів	3624	3147	477	13,16 %

Виявляється парадокс! Епідемія туберкульозу у розквіті, а протитуберкульозні заклади скорочуються, ліжка скорочуються, молодими спеціалістами фтизіатрія не поповнюється. Живим прикладом цього є ліквідація Дарницького протитуберкульозного диспансеру в м. Києві і підпорядкування його центральній районній лікарні у вигляді відділення.

Не завадило б в кожній із 27 адміністративних територій репрофілювати хоч по одному-два протитуберкульозні санаторії для соціально-дезадаптованих хворих на туберкульоз, створити хоспіси.

У дитячих протитуберкульозних відділеннях були школи, тому що діти лікуються довго. На початку 90-х років школи ліквідовані через брак коштів.

- Є невирішена прогалина і у законодавчій базі щодо туберкульозу. Річ у тому, що сьогодні є немало заразних хворих на туберкульоз, які в силу різних причин відмовляються від лікування і заражають при цьому здорових людей. У багатьох найдемократичніших країнах, таких як США, Швейцарія та ін. є закони, які в судовому порядку заставляють хворих лікуватися і не заражати. Є такі закони і в країнах СНД. В Україні, як не дивно, юристи вважають, що при цьому порушуються права хворого на туберкульоз. І дивно, що ніхто не думає про права більшості здорових, які теж мають право, щоб їх не заражали.

- Є проблема туберкульозу у сільськогосподарських тварин. Більше 55 видів сільськогосподарських і диких тварин, а також птахів і риб хворіють на туберкульоз. Сільськогосподарських тварин залишилося вже дуже мало, але й ті не обстежуються на туберкульоз через брак коштів.

- Однією з проблем є відсутність координації з боку МОЗ України під час проведення пілотних проектів. Сьогодні в Україні проводять пілотні проекти Представництво ВООЗ в Україні, РАТН та ін. Ніхто не координує ці проекти, вони часто допускають помилки, проводячи навчання наших фахівців. Так, під час пілотного проекту в Донецькій області д-р Кестутіс Міскініс навчав малоефективному методу дослідження нативного мазка, тоді як дослідження центрифугату є більш ефективним. До того ж, представник Бюро ВООЗ в Україні д-р Кестутіс Міскініс веде деструктивну політику в Україні щодо боротьби з туберкульозом. Він категорично настоює лише на мікроскопії нативного мазка, що погіршує ефективність виявлення хворих на туберкульоз. Він своїми відсталими поглядами загальмував впровадження обліково-звітних форм і навчальних модулів в Україні. Він ігнорує політику, яку проводить Референт-лабораторія з мікробіологічної діагностики туберкульозу і висловився щодо керівника цієї лабораторії д-ра А.Барбову "persona non grata". Він спотворює статистику щодо ДОТС-стратегії в Донецькій області, де немає жодного ефекту від його діяльності. Ось приклади неефективної діяльності в Донецькій області під керівництвом д-ра Кестутіса Міскініса.

В Україні залишається один з основних методів **виявлення туберкульозу** – профілактичні обстеження населення.

Так відсоток виявлених хворих на туберкульоз (табл. 8) при профобстеженні до загальної кількості вперше виявлених хворих складає 53,2 (флюорографічно) і 58,0 (реакція Манту).

Таблиця 8 – Відсоток виявлених хворих при профоглядах

Адміністративні території	флюорографічно					реакція Манту				
	дорослі та підлітки					діти				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Донецька	66,8	68,4	63,6	57,0	58,4	63,8	77,0	57,1	54,2	55,8
Україна	46,4	53,2	54,3	53,2	53,2	55,8	59,9	56,0	55,8	58,0

Спираючись на постулати чистої ДОТС-стратегії, які не передбачають скринінгової флюорографії та туберкулінодіагностики у Донецькій області недостатньо використаний потенціал скринінгового виявлення хворих методами флюорографії та туберкулінодіагностики.

Захворюваність на всі форми активного туберкульозу в Україні (табл. 9) зростає і становить 80,9 на 100 тис. нас.

Таблиця 9 – Захворюваність на всі форми активного туберкульозу

Адміністративні території	Роки				
	2000	2001	2002	2003	2004
Донецька	68,2	78,9	87,4	97,8	96,1
Україна	60,2	68,6	75,6	77,5	80,9

У Донецькій області захворюваність знижується за рахунок недовиявлення хворих, проте вона вища від середньоукраїнського показника.

Захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу в Україні (табл. 10) більша, ніж у пілотній області.

Таблиця 10 – Захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу (на 100 тисяч населення)

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	23,3	27,6	28,9
Україна	26,1	26,8	29,3

Не зважаючи на пріоритет ДОТС-стратегії щодо виявлення туберкульозу методом бактеріоскопії в пілотній області питома вага бактеріовиділювачів менша від середньоукраїнського показника, що свідчить про неефективність ДОТС-стратегії щодо виявлення бактеріального туберкульозу.

Захворюваність на деструктивний туберкульоз (табл. 11) серед вперше виявлених хворих (на 100 тисяч населення).

Таблиця 11 – Захворюваність на деструктивний туберкульоз

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	34,3	31,5	31,6
Україна	26,7	24,7	26,7

Більша кількість виявленого деструктивного туберкульозу в Донецькій області свідчить про пізнє виявлення хворих методом мікроскопії мазка.

ДОТС не передбачає профілактичні заходи щодо туберкульозу, такі, як вакцинація, ревакцинація та хіміопротекція у дітей. Завдяки таким заходам захворюваність дітей в Україні становить 9,3 на 100 тис. дитячого населення (табл. 12).

Таблиця 12 – Захворюваність на активний туберкульоз дітей 0-14 років (на 100 тисяч відповідного населення)

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	12,6	14,8	17,7
Україна	8,8	9,1	9,3

В Донецькій області захворюваність на активний туберкульоз дітей 0-14 років вища від середньоукраїнського показника, оскільки ДОТС-стратегія зовсім не придатна для дитячого населення і дитячому населенню приділяли меншу увагу.

Також завдяки проведенню хіміопротекції усім контактним серед них зменшується показник захворюваності на туберкульоз (табл. 13).

Таблиця 13 – Захворюваність усіх контактних осіб з хворими у вогнищах туберкульозної інфекції (на 1000 контактних)

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	10,4	8,9	10,3
Україна	6,2	5,3	5,1

На Донеччині захворюваність контактних осіб вища від середньоукраїнської, оскільки захоплюючись ДОТС-стратегією менше уваги приділяли контрольованій хіміопротекції контактних осіб.

Стаціонарне лікування хворих. Враховуючи те, що 42,9 % з тих, що захворіли на туберкульоз у 2004 році це непрацюючі працездатного віку термін стаціонарного лікування повинен бути не 2 місяці, а більше (до повного стабільного припинення бактеріовиділення), бо коштів на проїзд до диспансеру, повноцінного харчування у таких хворих немає.

Ефективність лікування хворих на туберкульоз по Україні краща, ніж в пілотній області (табл. 14–15).

Таблиця 14 – Ефективність лікування хворих на туберкульоз (відсоток припинення бактеріовиділення у хворих на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз)

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	75,2	83,3	87,2
Україна	86,7	89,1	89,5

Не зважаючи на “обожнювану” д-ром К.Міскінісом ДОТС-стратегію, у якій одним із постулатів є контрольоване лікування хворих стандартними методами, під його керівництвом у Донецькій області частота припинення бактеріовиділення менша від середньоукраїнського показника.

Таблиця 15 – Ефективність лікування хворих на туберкульоз (відсоток загоєння каверн у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз)

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	69,1	72,8	75,4
Україна	74,3	76,5	77,9

Відсоток загоєння каверн при ДОТС-стратегії менший, ніж в Україні загалом. До того ж, ДОТС-стратегія не визнає такого критерію вилікування хворих, як загоєння каверн. Це свідчить про те, що, якщо не адаптувати ДОТС-стратегію до українських умов, то буде багато не вилікуваних хворих, у яких будуть загострення і рецидиви з бактеріовиділенням, тобто буде свідоме надання шкоди хворим.

Смертність від туберкульозу по Україні за останній рік зросла і становить у 2004 році 22,6 на 100 тис. населення (табл. 16).

Таблиця 16 – Смертність від усіх форм туберкульозу (на 100 тисяч населення)

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	31,3	33,2	33,0
Україна	20,5	21,8	22,6

У Донецькій області смертність набагато більша від середньоукраїнського показника, оскільки хворих виявляли пізно, а лікували неефективно. Це стосується й померлих вдома (табл. 17)

Таблиця 17 – Відсоток померлих від туберкульозу вдома

Адміністративні території	Померло від активного туберкульозу вдома в % до загальної кількості померлих від активного туберкульозу					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Донецька	40,8	37,5	35,7	32,0	34,7	35,5
Україна	32,2	31,7	33,8	30,9	31,2	33,7

Значна кількість хворих в пілотному регіоні померли вдома, що свідчить про велике намагання проводити в основному амбулаторне лікування і про хиби амбулаторного лікування.

Показник первинної інвалідності працездатного населення України внаслідок туберкульозу (на 10 тис. населення) зображений у таблиці 18.

Таблиця 18 – Первинна інвалідність працездатного населення (на 10 тис. нас)

Адміністративні території	Роки		
	2002	2003	2004
Донецька	7,4	6,1	6,3
Україна	3,3	3,0	3,0

У Донецькій області велика частота первинної інвалідності хворих, що свідчить про недовилікування хворих за ДОТС-стратегією та про погану роботу ЦЛКК, функціонування якого, до речі, не передбачено ДОТС-стратегією.

Таким чином:

1. ДОТС-стратегія в чистому вигляді, в такому як рекомендує ВООЗ і нав'язує Україні Представник Бюро ВООЗ в Україні д-р Кестутіс Міскініс, не прийнятна для України, бо вона не тільки зруйнує протитуберкульозну службу, але й призведе до свідомого недовиявлення і недовилікування хворих.

2. В Україні можна застосовувати ДОТС-стратегію, але адаптовану до українських національних умов, таку яку ми запропонували наказом МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 "Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії".

Ми не маємо претензій до міжнародних інституцій в Україні, які займаються туберкульозом, в т.ч. до бюро ВООЗ в Україні. Проте персона д-ра Кестутіса Міскініса є явно деструктивною і його погляди є неприйнятними для нашої країни. Проте нав'язування цих поглядів зволікає час, оскільки довго приходиться переконувати, щоб дійти до консенсусу. Це гальмує проведення протитуберкульозних заходів в Україні.

Наведені вище проблеми треба у комплексі вирішувати.

Законодавча база в основному є, але фінансування для реалізації цієї законодавчої бази немає. Ось де причина всім проблем!

Необхідне прийняття нової Національної програми контролю за туберкульозом в Україні, не треба забувати, що туберкульоз – це медико-соціальна і політична проблема. Тому передусім треба вплинути на причини неблагополуччя з туберкульозом в Україні:

1. Подолати соціально-економічну кризу в країні, подолати кризу в охороні здоров'я та в протитуберкульозній службі.

2. Щоб поліпшився колективний імунітет і знизилась сприйнятливність населення до туберкульозу треба:

а) поліпшити життєвий рівень і харчування народу;

б) долати наслідки аварії на ЧАЕС;

в) боротися з екологічним забрудненням території України;

г) проводити політику так, щоб мінімізувати стресові ситуації серед населення, обумовлені нестабільною соціально-економічною ситуацією, непевністю в завтрашньому дні.

Для того, щоб підвищити ефективність державного управління у сфері медичного забезпечення протитуберкульозної допомоги населенню України, доцільно на період епідемії туберкульозу створити вертикаль управління протитуберкульозною службою, щоб МОЗ України мало вплив на кадрову політику, здійснювало фінансування протитуберкульозних заходів та контролювало їх виконання.

Пропозиції щодо вдосконалення протитуберкульозної допомоги населенню, реорганізації та реструктуризації протитуберкульозної служби України, які ґрунтуються на 5 принципах ДОТС-стратегії, адаптованої до українських умов (далі – адаптованої ДОТС-стратегії).

Метою зазначених пропозицій є поліпшення ефективності виявлення і лікування хворих на туберкульоз, зменшення резервуару туберкульозної інфекції, поліпшення контролю за туберкульозом в країні, зменшення економічних збитків суспільству, спричинених туберкульозом, завдяки запровадженню адаптованої ДОТС-стратегії на всій території України.

1. Формування політичної волі щодо постійної підтримки адаптованої ДОТС-стратегії з боку національної і регіональної влади.

1.1. МОЗ України.

1.1. Підготувати постанову Кабінету міністрів України, якою:

• винести систему боротьби з туберкульозом в Україні на рівень першочергових пріоритетних загальнодержавних завдань Уряду;

- покласти відповідальність за протитуберкульозні заходи на всі органи центральної виконавчої влади та на Кабінет Міністрів Автономної Республіки Крим, голів обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

- забезпечити створення організаційної системи вертикалі управління протитуберкульозними заходами на період епідемії туберкульозу.

- створити Національний центр боротьби з туберкульозом, який координував би виконання “Національної програми контролю за туберкульозом в Україні на 2007 – 2015 роки” і План впровадження в Україні адаптованої ДОТС-стратегії, проекту МБРР “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні” тощо.

- включити в Державний бюджет України кошти на закупівлю протитуберкульозних препаратів, цифрових рентгенапаратів, живильних середовищ для вирощування мікобактерій та на соціальну підтримку хворих під час амбулаторного лікування і передбачити їх в статті витрат протитуберкульозного закладу.

1.2. Провести науково-практичну конференцію для відповідальних за туберкульоз працівників Кабінету Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, відповідальних за туберкульоз працівників і головних фтизіатрів Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської та Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрацій і ознайомити їх з планом дій щодо впровадження адаптованої ДОТС-стратегії в Україні.

1.3. Внести зміни до усіх чинних нормативно-правових документів відповідно до Концепції адаптованої ДОТС-стратегії. Так, на виконання наказу МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 “Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії” видати додатковий наказ і визначити групи ризику, етапи мікробіологічного контролю, тяжкі форми туберкульозу, строки консультації торакального хірурга та показання до хірургічного лікування.

1.4. Підготувати національний посібник з туберкульозу згідно з адаптованою ДОТС-стратегією для проведення навчального процесу у середніх та вищих медичних навчальних закладах, закладах післядипломної освіти та для повсякденної практичної діяльності лікарів і середніх медичних працівників.

1.5. Підготувати проект Державної цільової програми “Національної програми контролю за туберкульозом в Україні на 2007 – 2015 роки” у відповідності з Концепцією адаптованої ДОТС-стратегії та Цілями розвитку тисячоліття до 2015 року.

1.2. Регіональний рівень.

1.1. Затвердити План впровадження адаптованої ДОТС-стратегії у регіоні

1.2. Покласти відповідальність за протитуберкульозні заходи на одного із заступників голови державної адміністрації.

1.3. Внести зміни до чинних регіональних нормативних документів відповідно до адаптованої ДОТС-стратегії.

1.4. Підготувати проект Регіональної цільової програми контролю за туберкульозом на 2007 – 2015 роки”.

1.5. Створити регіональні центри боротьби з туберкульозом, які координували б виконання “Регіональної програми контролю за туберкульозом на 2007 – 2015 роки”, План впровадження адаптованої ДОТС-стратегії в регіоні, проекту МБРР “Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні” тощо.

1.6. Забезпечити всі районні центри країни висококваліфікованими районними координаторами з туберкульозу та комп'ютерною технікою.

2. Виявлення ТБ за допомогою мікроскопії мазка серед усіх, що звернулися у медичний заклад з підозрою на ТБ.

2.1. Видати наказ МОЗ України про систему виявлення хворих на туберкульоз, зокрема в ньому:

- покласти відповідальність загальної лікувальної мережі за організацію виявлення хворих на туберкульоз;
- затвердити інструкції та стандарт виявлення та діагностики туберкульозу;
- децентралізувати систему виявлення туберкульозу із залученням загальної лікувальної мережі, закладів МВС, центрів зайнятості, управління в справах міграції та біженців тощо та покласти на них відповідальність за виявлення туберкульозу;
- пріоритетним напрямком виявлення хворих на туберкульоз вважати виявлення за зверненням та в групах ризику;
- затвердити алгоритм виявлення хворих на туберкульоз за зверненням методом мікроскопії мазка та променевої діагностики;
- сформувані групи ризику та визначити критерії їх формування;
- забезпечити виявлення інфікованих дітей шляхом щорічного обстеження їх методом туберкулінодіагностики з подальшим переходом на обстеження серед груп ризику та проведення хіміопрофілактики.

2.2. Розгорнути серію постійно діючих навчальних семінарів для лікарів загальної лікувальної мережі, рентгенологів, лаборантів та середніх медичних працівників;

2.3. Забезпечити загальну лікувальну мережу достатньою кількістю апаратів для променевої діагностики з цифровою обробкою даних.

2.4. Створити мережу лабораторій I рівня (мікроскопічних центрів);

2.5. Забезпечити загальну лікувальну мережу достатньою кількістю рентгенологів, лаборантів, медичних працівників первинної санітарної ланки, а також транспортом для доставки біологічного матеріалу на обстеження та витратних матеріалів для обстеження (контейнери для харкотиння, предметні скельця тощо).

2.6. Створити та забезпечити автоматизовану систему обліку та звітності виявлених хворих, а також груп ризику.

2.7. Забезпечити внутрішній та зовнішній контроль системи виявлення хворих на ТБ.

2.8. Розгорнути широку санітарно-освітню кампанію щодо інформування громадськості про туберкульоз, організації його виявлення.

2.9. Налагодити виробництво в Україні стандартних живильних середовищ для вирощування мікобактерій (базового, з препаратами I та II рядів).

3. Організація лікувального процесу:

А. Стандартизована хіміотерапія коротким курсом протягом 6–8 міс. для всіх хворих на ТБ під безпосереднім контролем і соціальною підтримкою амбулаторних хворих.

Б. Регулярне, безперебійне постачання протитуберкульозних препаратів гарантованої якості

3.1. Тиражувати обліково-звітні форми і надати їх в адміністративні території.

3.2. Розробити та впровадити протоколи лікування та когортного аналізу.

3.3. Розробити єдиний національний реєстр на всіх хворих на туберкульоз та програмне забезпечення за здійсненням стандартизованого контрольованого лікування хворих на туберкульоз та когортний аналіз на всій території України.

3.4. Організувати державне замовлення протитуберкульозних препаратів у вітчизняного виробника з формуванням необхідного резерву препаратів і забезпечити всіх хворих достатньою кількістю хіміопрепаратів для гарантованого лікування з річним запасом.

3.5. Щорічно виділяти з державного бюджету кошти для централізованої закупівлі хіміопрепаратів через держзамовлення з щоквартальним постачанням препаратів в регіони та наданням підприємствам-переможцям максимальних пільг з тим щоб максимально знизити вартість препаратів для лікування хворих на туберкульоз.

3.6. Для оптимального планування кількості закупівлі препаратів розробити МОЗ «Інструкцію про порядок планування, використання, обліку та звітності за використанням протитуберкульозних препаратів».

3.7. Відповідно до Законів України про регіональне самоврядування забезпечити субвенції на придбання медикаментів, живильних середовищ для вирощування мікобактерій (базового, з препаратами I та II рядів) для моніторингу ефективності лікування.

3.8. Впровадити протоколи лікування хворих на туберкульоз у всіх протитуберкульозних закладах України. Це дозволить:

- здійснювати оперативний контроль за правильністю лікування, а саме – стандартизованого контрольованого лікування всіх хворих на туберкульоз (режим відповідно категорії, дози, комбінації препаратів, строки лікування, наявність контролю; регламентовані строки обстеження, тощо);
- вести точний облік кількості використання хіміопрепаратів у кожного хворого і на цій основі – в районі, регіоні, країні;
- проводити когортний аналіз та надавати звіти до міжнародних організацій за їх стандартами;
- мати оптимальну та своєчасну інформацію для координатора по боротьбі з туберкульозом в районі, який аналізує результати, заносить їх до районного реєстраційного журналу, на основі якого проводить когортний аналіз та вносить дані в комп'ютерну програму на рівні району з послідувочою передачею інформації на обласний рівень.

3.9. Здійснювати моніторинг за організацією і якістю проведення контрольованого стандартизованого лікування хворих на туберкульоз на всіх рівнях.

3.10. Створити при МОЗ України (або при створеному Національному центрі боротьби з туберкульозом) групу фахівців, яка планово і систематично щомісячно буде здійснювати контроль якості лікування в регіонах (стан дотримання стандартизації лікування, організація контролю якості лікування, виявлення недоліків та розробка реальних планів їх усунення). Проблемні питання доцільно виносити на державний рівень з метою їх вирішення.

3.11. Розробити систему організації контрольованого стандартизованого лікування, в якій передбачити:

- Активну фазу лікування, коли хворі епідемічно небезпечні і приймають від 3 до 5 хіміопрепаратів протягом перших 2–4 місяців проводити в стаціонарних умовах.
- Стаціонарне лікування може бути продовжене за таких обставин:
 - незадовільних соціальних умов (бомжі, безробітні, мігранти тощо)
 - наявність тяжких супутніх захворювань;
 - погана переносність ліків
 - лікарська стійкість
 - якщо хворий проживає в гуртожитку.
- Фаза продовження контрольованого лікування хворих може здійснюватися:
 - в протитуберкульозному закладі
 - в спеціально відведеному кабінеті поліклініки (кабінет ДОТС-терапії)
 - на ФАПі
 - в приміщеннях районного комітету Червоного Хреста
 - доставкою препаратів супервайзерами протитуберкульозних закладів, поліклінічної мережі, працівниками Червоного Хреста, патронажними сестрами, «хімізаторами».

3.12. Для організації контрольованої стандартизованої амбулаторної хіміотерапії здійснювати соціальну підтримку хворих на туберкульоз у вигляді:

- гарячих обідів
- продуктових наборів

- гігієнічних наборів
- проїзних квитків чи інших послуг

Супервайзерам, патронажним сестрам (всім, хто приймає участь в організації і здійсненні прийняття ліків хворими) провести:

- надбавки до основної заробітної платні
- додаткові 3-5 днів до відпустки
- оздоровлення в санаторії

3.13. Забезпечити протитуберкульозні заклади транспортом для доставки ліків до хворих, які не можуть самі з'явитися для їх отримання.

3.14. Провести реструктуризацію хірургічних ліжок в протитуберкульозних закладах. Хірургічні ліжка повинні виключно використовуватися для надання спеціалізованої хірургічної допомоги перш за все:

- хворим з полірезистентним туберкульозом
- хворим з хронічними формами
- неефективно лікованим вперше виявленим
- ускладнені форми туберкульозу

3.15. Розгорнути серію навчальних семінарів для лікарів-фтизіатрів, загальної лікувальної мережі, лаборантів, середніх медичних працівників, волонтерів для проведення контрольованого лікування хворих;

3.16. Покласти відповідальність за лікування туберкульозу на керівників протитуберкульозних закладів;

3.17. У зв'язку з наданням переваги амбулаторному лікуванню хворих визначити:

- кількість ліжок та малопотужних протитуберкульозних диспансерів, що не відповідають і не можуть бути приведені до існуючих санітарно-гігієнічних вимог, які можна буде скоротити;

- кількість ліжок та місцевих санаторіїв, що не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам, які можна буде скоротити;

За рахунок скорочених ліжок поліпшити санітарно-гігієнічні умови перебування хворих у протитуберкульозних стаціонарах.

3.18. В рамках існуючого ліжкового фонду організувати відділення з боксованими палатами та іншими санітарно-гігієнічними вимогами для хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

3.19. Запровадити ставки патронажних медсестер для контрольованого лікування хворих (1 ставка на 100000 населення).

3.20. Для здійснення амбулаторної контрольованої терапії забезпечити диспансери штатними нормативами дільничних лікарів-фтизіатрів та дільничних медичних сестер.

3.21. Забезпечити лікувальний процес системою зовнішнього і внутрішнього контролю.

4. Стандартна система реєстрації і звітності, яка базується на кварталному когортному аналізі дозволяє оцінювати наслідки лікування хворих та ефективність програми боротьби з ТБ в цілому.

4.1. Здійснити ревізію існуючих обліково-звітних форм, розробити і затвердити адаптовані до міжнародних стандартів статистичні форми.

4.2. Розробити і впровадити програмне забезпечення для моніторингу за всіма протитуберкульозними заходами

4.3. Організувати національний і регіональні реєстри хворих на туберкульоз, бактеріовиділювачів, хворих на хіміорезистентний туберкульоз

4.4. Розробити системою зовнішнього і внутрішнього контролю якості діагностики та лікування хворих на туберкульоз

4.5. Запровадити когортний аналіз результатів лікування хворих на туберкульоз

4.6. У Національному та регіональних центрах боротьби з туберкульозом передбачити аналітичну групу з моніторингу, забезпечити її комп'ютерною технікою, транспортом, статистичними формами та витратними матеріалами.

4.7. Організувати постійно діюче навчання статистиків і лікарів-аналітиків з моніторингу.

4.7. Групі моніторингу розробити індикатори ефективності боротьби з туберкульозом в Україні.

Найважливішими індикаторами реалізації зазначених пропозицій можуть бути:

- виявлення до 70 % бактеріовиділювачів в структурі нових хворих на ТБ,
- вилікування до 90 % хворих на вперше діагностований ТБ легенів,
- стабілізація захворюваності і смертності від туберкульозу через 3–5 років, а потім щорічне їх зменшення на 2–3 %.

- досягнення рентабельності протитуберкульозних заходів.

5. Ресурси.

5.1. Розробити бізнес-план “Національної програми контролю за туберкульозом в Україні на 2007 – 2015 роки” по кожному заходу програми та визначити відповідальних осіб. В бізнес-плані повинні бути враховані такі ресурси:

- Державний бюджет в рамках програми “Національна програма контролю за туберкульозом в Україні на 2007 – 2015 роки”,
- Кошти проекту МБРР “Контроль за ТБ і ВІЛ/СНІДом в Україні”,
- Місцеві бюджети в рамках регіональних програм,
- Кошти грантів, громадських організацій та інших донорів, кошти від медичного страхування.

22 лютого 2006 р.