

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ПОЛПШЕННЯ КОНТРОЛЮ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ

академік АМН України Ю.І.Фещенко

(доповідь на нараді в МОЗ України 7 лютого 2008 року)

Приємно відмітити, що у Програмі діяльності Кабінету Міністрів України “Український прорив: для людей, а не політиків”, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 16 січня 2008 р. № 14, не мале місце займають питання туберкульозу серед інших актуальних питань щодо високоякісної та доступної охорони здоров'я.

Схвально, що для нового складу Міністерства охорони здоров'я боротьба з туберкульозом теж є пріоритетом і свідченням тому є сьогоднішнє наше зібрання.

Іншою втішною новиною є те, що за попередніми статистичними даними за 2006–2007 роки захворюваність населення всіма формами туберкульозу зменшилася на 4,1 %, або з 83,2 до 79,8 на 100 тис. населення.

Правда, 8 адміністративних територій (АР Крим, Запорізька, Івано-Франківська, Львівська, Полтавська, Сумська, Тернопільська, м. Севастополь) ще йдуть зі знаком плюс щодо захворюваності, тобто їм не вдалося призупинити епідемічну ситуацію і захворюваність на туберкульоз в цих регіонах збільшується.

Схвально, що в Україні на 2,1 % зменшилася захворюваність туберкульозом серед дітей до 14 років, на 10,6 % зменшилася захворюваність серед підлітків 15–17 років.

Але це не дає нам права заспокоюватися, бо у реалізації протитуберкульозних заходів і контролі за туберкульозом є ще багато негараздів, які треба долати спільними зусиллями.

Насамперед треба вилікувати **систему управління протитуберкульозними заходами в Україні**. Якщо ви поїдете в державну адміністрацію будь-якої із 27 адміністративних територій і запитаете: хто у вас відповідальний за проблеми туберкульозу, то вам вкажуть на управління охорони здоров'я, а в управлінні охорони здоров'я крайнім знайдуть головного фтизіатра чи головного лікаря протитуберкульозного диспансеру.

Адже, це докорінно не вірно, бо проблемою туберкульозу повинні займатися всі служби згідно з регіональною програмою, а відповідальність за протитуберкульозні заходи треба покласти на всі органи центральної виконавчої влади та на Кабінет Міністрів Автономної Республіки Крим, голів обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Отже, такий порядок треба узаконити постановою Кабінету Міністрів.

Було б добре, якби на період епідемії створити організаційну систему вертикалі управління протитуберкульозними заходами.

Міністерству охорони здоров'я не завадило б взяти під контроль і координувати діяльність усіх громадських організацій, котрі займаються проблемами туберкульозу, оскільки вони сьогодні працюють в пілотних

проектах розрізнено, не погоджують своєї діяльності з Загальнодержавною програмою протидії захворюванню на туберкульоз, що інколи деформує знання медичних працівників та завдає шкоди хворим. Усі вони повинні погоджувати свої плани діяльності з МОЗ України та щоквартально звітувати Міністерству про проведену роботу.

Складається парадоксальна ситуація у системі управління МОЗ України. Фахівці Інституту запрошуються Міністерством на наради після 3-х годин напередодні засідання. Це ламає всі їхні плани і не дає можливості виконувати свої функціональні обов'язки в Інституті.

На перший погляд буцімто щодо туберкульозу є вся необхідна **нормативно-правова база**, але це не так. Виявляється, якщо проаналізувати цю нормативно-правову і законодавчу базу, то щонайменше у 30 різних документах виявлені або невідповідність сучасній стратегії контролю за туберкульозом, або суперечності, або протиріччя з іншими нормативними документами. Все це потребує уніфікації, стандартизації та приведення до спільного знаменника.

Деякі накази МОЗ треба відмінити, як наприклад, наказ МОЗ України від 20 квітня 2000 р. № 83 "Про оптимізацію та уніфікацію проведення протитуберкульозних заходів в умовах недостатнього їх фінансування", бо він не відповідає сучасним вимогам контролю за туберкульозом.

А такий наказ, як наприклад, наказ МОЗ України від 21.05.2007 р. № 250 "Про затвердження методичних рекомендацій "Організація, проведення епідеміологічного нагляду та дезінфекційних заходів у протитуберкульозних закладах і вогнищах туберкульозу" слід призупинити, оскільки в ньому неправильно виписана хіміопрфілактика туберкульозу у вогнищах туберкульозної інфекції та серед працівників протитуберкульозних закладів.

Інші накази МОЗ України треба зареєструвати у Міністерстві юстиції, щоб вони були чинними не тільки у системі МОЗ, але й інших органах центральної виконавчої влади.

Треба підготувати єдиний всеохоплюючий документ для закладів загально-лікувальної мережі, для сімейних лікарів. На жаль, лікарі загальної лікувальної мережі не знають сучасних питань туберкульозу і відстороняються від цієї проблеми. Тут треба навести лад. Ми наполягаємо, щоб загально-лікувальна мережа активно брала участь у реалізації протитуберкульозних заходів.

Донині не вирішене питання допуску до роботи осіб, які перенесли туберкульоз. Ми не раз надсилали до МОЗ України різні варіанти цього наказу, але його не вдається зареєструвати у Міністерстві юстиції України, яке мотивує це порушенням прав людини. Але ж це питання треба врегулювати.

Каменем спотикання залишається примусова госпіталізація заразних хворих, які відмовляються від лікування. Здавалось би, чинним Законом України все вирішене, але порядок реалізації примусової госпіталізації не прописаний. Треба розробити і затвердити відповідну Інструкцію про

порядок примусової госпіталізації хворих на виконання чинного Закону України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз”.

Звичайно, ініціатором і поводитирем у перегляді нормативно-правової бази повинно стати МОЗ України. На жаль, практика показує, що замість активної праці над цією проблемою разом з фахівцями-фтизіатрами спеціалісти МОЗ намагаються відсторонитися від цієї роботи, передають її кому завгодно, навіть не спеціалістам з туберкульозу, а самі не беруть активної участі.

Останнім часом фахівці Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського підготували і подали до МОЗ України 14 різних проектів наказів МОЗ України. Жоден з них донині не побачив світу, а серед них такі найважливіші проекти наказів як:

- Про затвердження Заходів щодо зниження смертності від туберкульозу.

- Про затвердження Інструкції про порядок допуску до роботи в деяких професіях осіб, які хворіють на туберкульоз.

- Низка документів щодо поліпшення бактеріологічної діагностики туберкульозу.

МОЗ України навіть не направило нам свої зауваження чи рецензії. Складається враження, що якщо Міністерству надаються якісь пропозиції чи проект документу, то до нього ставляться якимсь вороже: замість того, щоб підправити і запустити процес візування, цей документ футболять.

Нами розроблений також Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію. Цей документ був розроблений провідними фахівцями в галузі туберкульозу та СНІДу, прорецензований головними спеціалістами з туберкульозу та СНІДу в Україні, узгоджений з бюро ВООЗ в Україні. Однак, на жаль, МОЗ України спочатку надсилає свої несуттєві зауваження і знову створює робочу групу з нефхівців для доопрацювання зазначеного документу. Це типовий приклад зволікання розробки документів МОЗ України.

На регіональному рівні треба внести зміни до чинних регіональних нормативних документів відповідно до нормативно-правових документів центрального рівня.

Що стосується **Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках**, яку ми зараз виконуємо, то вона потребує відповідної корекції показників виконання Програми та фінансування за деякими заходами. Річ у тому, що коли ця програма потрапила до Міністерства фінансів та Міністерства економіки, то від нас вимагали неможливого і швидкодіючого ефекту. Через те підправили нереальні показники, наприклад, завищені показники виліковування хворих на хронічний туберкульоз та інші. На деякі заходи Програми не передбачене фінансування, наприклад, на навчання лікарів, інформування громадськості та ін.

Передусім на регіональному рівні треба затвердити на сесіях місцевих рад народних депутатів Регіональні цільові програми протидії захворюванню

на туберкульоз, передбачивши для них додаткове цільове фінансування з місцевих бюджетів. У адміністративних територіях слід затвердити Плани впровадження Загальнодержавної програми, покласти відповідальність за протитуберкульозні заходи на одного із заступників голови державної адміністрації.

Виконання Загальнодержавної програми може бути під загрозою, якщо не буде створена система управління і моніторингу цією програмою на центральному та регіональному рівнях. Гадаємо, що є сенс створення регіональних центрів боротьби з туберкульозом на базі організаційно-методичних відділів протитуберкульозних закладів.

І ще одна немаловажна деталь. На сьогодні до 40 % районних центрів не мають районних фтизіатрів. На цих посадах або ніхто не працює, або працюють сумісники, які не знають ні організаційно-методичних аспектів контролю за туберкульозом, ні туберкульозу взагалі. Тому вже цей випуск лікарів медичних вузів треба присвятити для забезпечення всіх районних центрів країни висококваліфікованими районними координаторами з туберкульозу та забезпечити їх комп'ютерною технікою. Це дозволить не тільки поліпшити реалізацію Загальнодержавної програми, але й вирішить проблему надання протитуберкульозної допомоги **сільському населенню**. Це, як ви знаєте, є пріоритетом політики нашого уряду.

Я хотів би зупинитися на жалюгідній **матеріально-технічній базі** протитуберкульозних закладів України. Будівлі протитуберкульозних закладів у більшості регіонів потребують ремонту. Всюди вкрай потрібна реконструкція очисних споруд, система знешкодження відходів. Що стосується лікувально-діагностичного обладнання, то більше половини його фактично не придатне для використання. Воно або зіпсуте, або морально застаріле, а те, що використовується, не повірене метрологічно і результатам його не можна довіряти. На жаль, всі ці заходи практично не фінансуються з місцевих бюджетів. Гадаємо, що на місцях треба розробити і затвердити перспективні етапні плани розвитку матеріально-технічної бази протитуберкульозної служби адміністративних територій і виділяти на це кошти. Говорячи про матеріально-технічне забезпечення, вважаємо за доцільне затвердити Табель оснащення лікувально-профілактичних закладів усіх рівнів, починаючи від фельдшерсько-акушерських пунктів, а також нормативів надання протитуберкульозної допомоги населенню.

Виявлення хворих на туберкульоз, як ви знаєте, повинно лягти на плечі загальної лікувальної мережі.

Розглянемо проведення рентгенфлюорографічних оглядів. Виявляється, що щороку обстежується один і той же декретований контингент населення. Таким чином цифра рентгенфлюорографічних оглядів нібито справна, але великий прошарок населення не обстежується вже 10 років і більше.

Групи ризику не сформовані, або сформовані формально. До них включені лише ті, які легше обстежити. Погані справи із обстеженням соціальних груп ризику.

Назріла необхідність затвердити наказом МОЗ України систему виявлення і лікування хворих на туберкульоз у закладах загальної лікувальної мережі. Слід покласти відповідальність безпосередньо на керівників закладів загальної лікувальної мережі за організацію виявлення хворих на туберкульоз і децентралізувати цю систему із залученням закладів МВС, центрів зайнятості, управління в справах міграції та біженців тощо і покласти на них відповідальність за виявлення туберкульозу.

Робочою групою з фахівців розроблений фаховий проект наказу про флюорографічні огляди. Однак МОЗ України не затверджує цей наказ 2 роки і знову створює робочу групу для його доопрацювання.

Треба забезпечити загальну лікувальну мережу достатньою кількістю апаратів для променевої діагностики з цифровою обробкою даних, достатньою кількістю рентгенологів, лаборантів, медичних працівників первинної санітарної ланки. Адже у багатьох селах зруйновані фельдшерські пункти та немає жодного медичного працівника.

Що стосується виявлення інфікованих дітей методом туберкулінодіагностики, то тут справи кращі й про це свідчить зниження захворюваності на туберкульоз за останні 2 роки. Але є загроза, бо зменшуються обсяги охоплення туберкулінодіагностикою дітей. І тут свою негативну роль відіграли засоби масової інформації, які зі смаком висвітлювали ускладнення після туберкулінодіагностики та ревакцинації, переплутавши туберкулін з вакциною БЦЖ. Тепер багато батьків відмовляються від туберкулінодіагностики та ревакцинації.

Загальній лікувальній мережі та протитуберкульозній службі потрібен транспорт для доставки біологічного матеріалу на обстеження та витратних матеріалів для обстеження (контейнери для харкотиння, предметні скельця тощо).

Потрібні кошти і воля для створення автоматизованої системи обліку та звітності виявлених хворих, груп ризику, на створення та підтримання регіональних та центрального реєстрів. Це, хоч і передбачено Загальнодержавною програмою, але не рухається з мертвої точки. Через те донині не проводиться внутрішній та зовнішній контроль системи виявлення хворих на туберкульоз, дуже в'яла санітарно-освітня кампанія щодо інформування громадськості про туберкульоз.

Окремо слід зупинитися на **бактеріологічній діагностиці туберкульозу**. Треба створити мережу лабораторій I та II рівня, забезпечити їх кадрами та обладнанням за кошти місцевих бюджетів та позики Світового банку. Треба врешті-решт дозволити фахівцям з вищою освітою біологічних, біохімічних, ветеринарних та інших споріднених з ними немедичних спеціальностей працювати в бактеріологічних лабораторіях протитуберкульозних закладів на посадах спеціаліста з бактеріологічної діагностики туберкульозу, атестуватися і отримувати відповідні кваліфікаційні категорії з відповідною оплатою праці без права займатися медичною практикою. Це питання обіцяли вирішити 5 міністрів-попередників і всі бідкаються, що не встигли.

У протитуберкульозних диспансерах треба вивести бактеріологічні лабораторії із структури клініко-діагностичних лабораторій і надати їм статус окремих структурних підрозділів з відповідним штатним забезпеченням, положенням, обладнанням та фінансуванням. Слід унормувати штатні нормативи бактеріологічних лабораторій усіх рівнів, затвердити наказом МОЗ України Табель оснащення лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу I – IV рівнів.

Зараз фахівці Інституту працюють над новою редакцією “Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції”, яка затверджена наказом № 45 від 06.02.2002 р.

Організація лікувального процесу теж бажає бути кращою. Сьогодні ми маємо стандарт надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, але, на жаль, не всі фахівці на місцях дотримуються цього стандарту і як у старі, добрі часи лікують хворих кожен лікар по своєму.

Насамперед треба вдосконалити систему закупівлі та розподілу протитуберкульозних препаратів з формуванням річного резерву препаратів. Треба передбачити також механізм передачі антимікобактеріальних препаратів в заклади зальної лікувальної мережі, центри СНІДу та в інші установи, які проводять контрольоване лікування хворих на туберкульоз, бо з цим сьогодні виникають труднощі. Ми не повинні забувати про патогенетичне лікування хворих і передбачати закупівлю відповідних патогенетичних ліків.

Всі ви добре знаєте, що харчування стаціонарних хворих є однією із складових їх лікування. Ми переконані, що треба зі всією серйозністю виконувати постанову Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1752 “Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу”. Щороку слід переглядати норми харчування згідно з інфляцією та подорожчанням продуктів харчування.

Великою проблемою є забезпечення контрольованого лікування не тільки на амбулаторному етапі, але й у багатьох стаціонарах. Щодо забезпечення контрольованого лікування у стаціонарах, то тут є всі можливості його забезпечення без всяких коштів. Треба провести навчання з палатними та процедурними сестрами і здійснювати внутрішній контроль завідуючими відділеннями та заступниками головних лікарів з лікувальної роботи. На жаль, це не проводиться.

Щодо контрольованого лікування на амбулаторному етапі, то ми ще з 1993 р. говоримо про створення ставок патронажних сестер, але це питання не зрушується, бо немає відповідного наказу МОЗ України.

Доброю мотивацією для контролю за лікуванням є соціальна підтримка хворих. Гадаю, що щороку треба включати в Закон України “Про Державний бюджет України” кошти на соціальну підтримку хворих під час амбулаторного лікування і передбачити їх в статті витрат протитуберкульозних закладів. Тут з ініціативою повинно вийти МОЗ України. І в місцевих бюджетах треба передбачати кошти на соціальну підтримку хворих.

Треба ширше задіювати в систему контрольованого стандартизованого лікування спеціально відведені кабінети в поліклініках загальної лікувальної мережі (ДОТ-кабінети), ФАПи, районні комітети Червоного Хреста, супервайзерів, патронажних сестер для контрольованого лікування хворих (1 ставка на 100000 населення). Для здійснення амбулаторної контрольованої терапії треба забезпечити диспансери штатними нормативами дільничних лікарів-фтизіатрів та дільничних медичних сестер. Всім, хто бере участь в організації і здійсненні прийняття ліків хворими треба передбачити надбавки до основної заробітної платні, додаткові 3-5 днів до відпустки, оздоровлення в санаторії.

Для доставки ліків до хворих, які не можуть самі з'являтися для їх отримання, а також для транспортування харкотиння, треба забезпечити протитуберкульозні заклади відповідним транспортом.

Нам нагально потрібен єдиний національний реєстр на всіх хворих на туберкульоз та програмне забезпечення за здійсненням стандартизованого контрольованого лікування. Такі ж регіональні комп'ютерні реєстри повинні бути у всіх 27 адміністративних територіях України. Без цього ми не зможемо управляти лікувальним процесом, проводити моніторинг лікування, когортний аналіз і надавати дані до Євро ТБ. Це передбачено Загальнодержавною програмою, але не зрушується через відсутність коштів.

Якось уособлено знаходиться сьогодні санаторне лікування хворих. По-перше, не всі санаторії беруть хворих на активний туберкульоз, по-друге, більшість санаторіїв дуже далекі від проведення стандартизованого контрольованого лікування. Для урегулювання різних аспектів санаторного лікування розроблена "Інструкція про організацію санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз", яка чекає свого затвердження вже впродовж 3 років. Деякі санаторії варто перепрофілювати для соціально-дезадаптованих хворих на туберкульоз, в інших створити хоспіси. Нерентабельні санаторії, в яких немає санітарно-гігієнічних умов для перебування хворих, а лікувально-діагностичний процес в них не відповідає сучасним стандартам, можна скоротити.

Щодо хірургічного лікування хворих, то тут теж є проблеми. Як правило хірургічні відділення у протитуберкульозних закладах фінансуються за залишковим принципом. Хірургічна активність залишається низькою і то за рахунок дренажів плевральної порожнини та малих операцій. Резекційних і пластичних хірургічних втручань проводиться мало. Тому треба провести реструктуризацію хірургічних ліжок в протитуберкульозних закладах і там, де вони не виконують своєї прямої функції, їх треба перепрофілювати на фтизіатричні ліжка.

Взагалі, якщо вже мова зайшла про ліжка, то кількість ліжок у протитуберкульозних диспансерах і санаторіях слід привести до існуючих санітарно-гігієнічних вимог і поліпшити санітарно-гігієнічні умови перебування хворих у протитуберкульозних стаціонарах.

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

З метою **вдосконалення системи реєстрації, звітності, моніторингу і оцінки** треба затверджені тимчасові форми первинної облікової документації і форми звітності доопрацювати як постійні форми і зареєструвати в Міністерстві юстиції України. Треба подумати, що робити із старою українською звітністю, яка створює сьогодні подвійну бухгалтерію.

Для моніторингу і оцінки треба організувати національний і регіональні реєстри хворих на туберкульоз, бактеріовиділювачів, хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

Робота щодо системи реєстрації, звітності, моніторингу і оцінки може бути зведена нанівець, якщо ми не організуємо постійно діюче навчання статистиків і лікарів-аналітиків з моніторингу.

На жаль, ситуація, що склалася останніми роками відводить на задній план **систему профілактичної медицини**, в тому числі й щодо туберкульозу. Треба реанімувати цю систему і переглянути наказ МОЗ України від 23.07.2002 р. № 280 “Щодо організації проведення обов’язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов’язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб” та постанову Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 р. № 143 “Про затвердження Порядку проведення обов’язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу” і внести зміни відповідно до груп ризику щодо туберкульозу.

Треба вдосконалити систему профілактики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

У зв’язку з переходом України та штаму вакцини БЦЖ “Копенгаген”, де немає вакцини туберкульозної БЦЖ-М, треба докорінно переробити Інструкцію про застосування вакцини туберкульозної.

Слід забезпечити протитуберкульозні заклади сучасними засобами інженерного та індивідуального захисту від туберкульозної інфекції за місцеві бюджети і провести відповідну реконструкцію протитуберкульозних закладів.

Практично на нулі знаходиться система соціальної профілактики і її теж треба вирішувати.

Окремо слід зупинитися на **системі організації контрольованого лікування амністованих і звільнених з пенітенціарних закладів хворих на туберкульоз**. Тут спільними зусиллями треба розробити всю технологію передачі хворого з пенітенціарної системи протитуберкульозному закладу і організації контрольованого лікування такого хворого разом із співробітниками територіального управління внутрішніх справ за місцем, куди планує повернутися хворий після ув’язнення.

Може доцільно створити кілька протитуберкульозних закладів в Україні для обов'язкової ізоляції та лікування хворих за рішенням суду, забезпечити їх охороною співробітниками МВС України.

А як організувати лікування хворих на туберкульоз, які взяти під тимчасову варту до вирішення рішення суду?

Імовірно, треба створити у кожній адміністративній території України протитуберкульозний заклад, передбачити його охорону працівниками МВС та відповідну оплату медичних працівників та охоронців.

Все це треба віддзеркалити у спільному наказі МВС і МОЗ України.

Є проблема проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз у колоніях поселення розконвойованих ув'язнених. Там треба створити медичні пункти для проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз. Це треба урегулювати у спільному наказі Державного департаменту України з питань виконання покарань та МОЗ України.

Щоб вирішити низку озвучених мною проблем, треба проводити раціональну **кадрову політику**, бо, як сказав, вождь «кадри вирішують все». А кадри треба готувати.

Насамперед треба переглянути і уніфікувати навчальні плани з питань туберкульозу у медичних вузах та закладах післядипломної освіти, збільшити кількість годин навчання. Треба заборонити скорочення кафедр фтизіатрії й поновити ліквідовані кафедри.

Ми повинні розгорнути серію навчальних семінарів для лікарів-фтизіатрів, загальної лікувальної мережі, рентгенологів, лаборантів, середніх медичних працівників, волонтерів для проведення контрольованого лікування хворих. Наказом МОЗ України ці функції треба покласти на кафедри туберкульозу медичних вузів та на заклади післядипломної освіти.

Якщо усунути викладені мною недоліки і зважити на озвучені пропозиції, то ми можемо **очікувати** повного контролю за ситуацією з туберкульозу, виявлення максимальної кількості бактеріовиділювачів івилікування їх, зниження захворюваності і смертності від туберкульозу та досягнення рентабельності протитуберкульозних заходів.