

«25-й річниці Національної академії
медичних наук України
присвячується»

Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова

УСПІХИ І ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Академія медичних наук України утворена згідно з Указом Президента України від 24 лютого 1993 р. № 59 як вища медична наукова самоврядна організація України, що заснована на державній власності. З огляду на вагомий внесок Академії медичних наук України в розвиток медичної науки, проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень в області медицини і фармації, підготовку наукових кадрів Указом Президента України від 24 лютого 2010 р. № 255 Академії медичних наук надано статус національної академії. Президією Академії з 1993 р. було сформульовано і затверджено три основні напрями, які є важливими для теоретичної і практичної медицини і за якими ведуться науково-дослідні роботи в інститутах Академії:

- вивчення фундаментальних механізмів життєдіяльності організму та розвитку патології;
- розробка принципово нових методів діагностики, лікування та профілактики найпоширеніших хвороб людини, шляхів зміцнення здоров'я та подовження тривалості життя;
- розкриття механізмів та профілактики несприятливої дії на організм чинників навколишнього середовища (в тому числі радіаційного) та умов праці.

Створенням академії було підтверджено наміри держави розвивати медичну науку з метою підтримання на належному рівні охорони здоров'я населення України. В наукових установах НАМН України на даний час виконуються науково-дослідні роботи за наступними найважливішими та основними для теоретичної та практичної медицини напрямами.

1. Розробка та удосконалення медичних технологій діагностики, профілактики та лікування найпоширеніших хвороб людини.
2. Розробка методів первинної та вторинної профілактики, ранньої діагностики та ефективного лікування найбільш поширених захворювань внутрішніх органів.
3. Вивчення механізмів та профілактика несприятливої дії на організм факторів навколишнього середовища, в тому числі радіаційного та умов праці.
4. Розробка та удосконалення методів лікування та реабілітації воїнів зони АТО.

В інтерв'ю сайту "24" президент Національної академії медичних наук України академік Віталій Цимбалюк розповів, у якому стані сьогодні перебуває медична наука, для чого країні потрібні академіки та що змінює медична реформа в обслуговуванні пацієнтів:

– «Наші інститути надають третій рівень медичної допомоги – це спеціалізована допомога і високотехнологічна допомога. Що відрізняє? Перше – висока кваліфікація лікарів і спеціалізація. Тобто в наших закладах створені вузькоспеціалізовані відділення, які багато років виконують певні операції. Друге – можливість використання сучасного діагностичного, технічного обладнання. Третє – наші інститути мають можливість застосовувати найновіші з відомих методів лікування, тому що слідкують за всім новим.

Медична академія реформу підтримує і вважає, що ми давно повинні відмовитись від радянської схеми, коли фінансувався ліжко-день. Має бути варіант "гроші за пацієнтом". У цьому ми абсолютно підтримуємо Міністерство здоров'я. При цьому варіанті цільові гроші будуть працювати конкретно на пацієнта, а не на ліжко. Але, на жаль, реформа буксує, і ті гроші, які мають іти за пацієнтом, все ще ідуть від пацієнта. Крім гасел, потрібні ще реальні розрахунки вартості медичної послуги, розрахунки, скільки буде хворих із ургентною патологією, скільки соціально незахищених і т.д. Тільки при наявності таких розрахунків буде відомо – під силу це Україні чи ні. НАМН, розуміючи, що має бути реорганізація у цьому питанні, вирішила іти прагматичним шляхом. Ми вибрали чотири Інститути – нейрохірургії, кардіології, серцево-судинної хірургії та Інститут хірургії та трансплантології, де вирішили запустити пілотний проект. Адже ніхто не поррахував, скільки держава може дати грошей за пацієнтом. До цього ніхто не знав, яка є вартість медичної послуги. До цього завжди була лише медична допомога, яка, нібито, була безкоштовна, але яка оплачувалась з кишені пацієнта. У наших інститутах розробили протоколи лікування, де прописані всі етапи лікування від діагностики до, наприклад, оперативного втручання, де прорахована точна вартість послуг. Пілотний проект планувався з 1 липня 2017 року, але він затримується, оскільки МОЗ не затвердило методики розрахунку вартості медичної послуги»

На початку 90-х років ХХ століття в багатьох країнах світу, особливо у бідних країнах, спостерігалось непередбачуване погіршення епідемічної ситуації. Цьому найбільше сприяли:

- соціально-економічна криза, зубожіння населення, незбалансоване харчування і ослаблений колективний імунітет, стреси, особливо у країнах постсоціалістичного табору, які почали перехід до капіталізації;
- ріст хіміорезистентності й ВІЛ-інфекції;
- міграція, в т. ч. хворих на туберкульоз та багато інших причин.

Через те у 1993 році ВООЗ вперше в своїй історії забила тривогу і визнала туберкульоз – глобальною небезпекою та повідомила, що якщо уряди країн не вважатимуть боротьбу з туберкульозом своїм найпершим пріоритетом і не будуть фінансувати боротьбу з цим захворюванням, то туберкульоз нанесе колосальних збитків економікам і населенню нашої планети.

Високорозвинені країни виділили значні кошти на подолання епідемії туберкульозу і вже через 1–3 роки взяли під контроль ситуацію з туберкульозу в своїх країнах. Бідні країни не змогли профінансувати протитуберкульозні заходи і епідемія туберкульозу в них прогресувала орієнтовно до 2005 року, і з 2006 року у більшості цих країн, як і в Україні, епідемія туберкульозу почала повільно відступати. Біля однієї третини населення світу інфіковані мікобактеріями туберкульозу. А це означає, що 10,0 % людей, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, протягом свого життя можуть захворіти на туберкульоз, особливо це люди з ВІЛ-інфекцією, діабетом, курці, з поганим харчуванням, стресом тощо. А за рік один хворий на туберкульоз може інфікувати до 10–15 інших людей, з якими він контактуватиме. Щорічно в світі нараховується близько 50 млн. хворих на туберкульоз. За оціночними даними, одна третина випадків захворювання на туберкульоз в усьому світі не реєструється, тобто реальна ситуація безсумнівно гірша від статистично зареєстрованої.

Епідемічна ситуація в Україні почала погіршуватись з 1992 року і до 2002 р. значних позитивних зрушень не досягнуто. Зокрема, у 1999 році захворюваність на туберкульоз збільшилась, при цьому на кожні 100000 осіб захворіло 55,3 осіб, а в 1997 р. 49,1. Водночас з 1999 р. на кожні 100000 населення від туберкульозу померло 19,9 осіб (17,0 у 1998 р.), в 1990 році – 8,1, тобто смертність збільшилась на 145,6 %. Різке підвищення показника захворюваності на туберкульоз в Україні на 10,2 % спостерігалось у 2002 році, що прогностично передбачено, це пояснюється покращенням організації виявлення туберкульозу серед населення та запровадженням у цьому році єдиної статистичної звітності щодо туберкульозу для всіх міністерств та інших центральних органів виконавчої влади України відповідно до спільного наказу МОЗ та Держкомстату від 25 березня 2002 року № 112/139.

З 2001 року до 2004 року захворюваність на туберкульоз зростає в 2,2 рази і досягла рівня 80,9 на 100 тис. населення, а смертність – в 2,7 рази і становила 22,6 на 100 тис. населення. За критеріями ВООЗ Україна була віднесена до групи країн з високим тягарем захворюваності на туберкульоз. Однією з основних особливостей епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні в цьому періоді була значна кількість деструктивних та фіброзно-кавернозних форм захворювання серед уперше виявлених хворих. Захворюваність на деструктивні форми туберкульозу за 1994–2004 роки зростає майже в 2 рази (відповідно з 16,1

на 100 тис. населення у 1994 році до 26,7 – у 2004 році). Захворюваність на туберкульоз серед дітей, яка тісно пов'язана з туберкульозом у дорослих з 1994 до 2004 року зросла з 6,0 до 9,3 на 100 тис. дитячого населення або в 1,6 рази.

Дія Національної програми боротьби з захворюванням на туберкульоз у 2001–2005 роках закінчилася в 2005 році. Виконання цієї програми боротьби було зведено в першу чергу в результаті відсутності поточного контролю за її виконанням. Так, 70,4 % від загального обсягу асигнування з державного бюджету у 2002–2004 роках на здійснення протитуберкульозних заходів було використано не ефективно та з порушенням чинного законодавства.

Важливим моментом у роботі ВООЗ було створення та опублікування в кінці січня 2006 року глобального плану під назвою «Зупинити туберкульоз» на 2006–2015 роки.

Основними цілями цієї плану є досягнення головної мети:

- значно знизити захворюваність туберкульозом до 2015 року;
- поліпшити якість діагностики та лікування туберкульозу для всіх;
- спасти 14 млн. життя;
- вилікувати від туберкульозу повністю 50 млн. людей;
- вилікувати антиретровірусними препаратами 3 млн. хворих на туберкульоз з ВІЛ-інфікуванням;
- вилікувати від мультирезистентного туберкульозу майже 1 млн. людей;
- до 2010 року створити новий протитуберкульозний препарат;
- до 2015 року створити нову вакцину;
- розробити швидкі і недорогі діагностичні тести, як одна з основних вимог охорони здоров'я.

ВООЗ вважає, що в контролі над туберкульозом слід враховувати наступні основні моменти:

- лікарська стійкість і програма ДOTS-плюс,
- план глобального розширення ДOTS стратегії,
- практичні підходи до оздоровлення легких,
- туберкульоз у в'язницях,
- узгодження приватного та громадського розширення ДOTS стратегії.

DOTS залишається головною складовою частиною стратегії боротьби з туберкульозом у всьому світі та активно впроваджується ВООЗ.

Нова «Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз в 2007–2011 роках» прийнята Законом України від 8 лютого 2007 року № 648.

Целею цієї програми було покращення епідеміологічної ситуації в країні шляхом зниження показників захворюваності та смертності населення від туберкульозу, запобігання розвитку хіміорезистентного туберкульозу, підвищення ефективності лікування, вдосконалення системи підготовки та перепідготовки медичних працівників, поліпшення лабораторної діагностики туберкульозу. Однак, витрати на вдосконалення системи інформування населення за актуальними питаннями, пов'язаними з захворюванням туберкульозу, систематичне видання та розповсюдження серед населення соціального реклами та інформаційно-просвітницьких матеріалів цільовим способом з Державного бюджету України в програмі були не передбачені.

За останню декаду минулого століття три важливі фактори вплинули на підвищення ризику захворювання туберкульозом і це – збільшення захворюваності на туберкульоз у багатьох країнах світу, збільшення кількості ВІЛ-інфікованих людей та поява мульти- та полірезистентних штамів МБТ. Особливо небезпечною групою ризику є ВІЛ-інфіковані люди. Збільшується кількість хворих з першим виявленим туберкульозом та ВІЛ-інфекцією, тобто є ВІЛ / СНІД-асоційований туберкульоз. Всі компоненти стратегії ДОТС спрямовані на досягнення виявлення 70,0 % бацилярних форм захворювань серед всіх його форм і досягнення припинення бактеріовиділення у 85, 0 % хворих, які пройшли повний курс хіміотерапії. У такому випадку переривається зв'язок передачі інфекції, що призводить до зниження захворюваності.

У результаті виконання «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках» захворюваність на ТБ залишається високою (59,5 на 100 тис. населення), як і у дітей – 7,4–23,0 на 100 тис. населення, зросла захворюваність на ТБ у поєднанні зі СНІДом – на 215,0 % та кількість хворих на мультирезистентний ТБ – на 19,4 %, утримується високий рівень захворюваності на деструктивний туберкульоз 25,2–25,4 на 100 тис. населення. Ефективність лікування хворих на тяжку форму туберкульозу складала 65,0 % (індикатор ВООЗ – 85,0 %); відсоток вилікуваних хворих на мультирезистентний туберкульоз не перевищував 55,0–60,0 %. Виявлені труднощі у проведенні профілактичної роботи серед осіб, що належать до соціальних груп ризику стосовно захворювання на туберкульоз (БОМЖі і соціально-дезадаптовані групи ризику). Залишаються проблеми щодо контрольованого амбулаторного проведення хіміопротифілактики; протягом виконання Програми не завжди вистачало тест-систем для тестування хворих при добровільному консультуванні і тестуванні на ВІЛ-інфекцію.

Досліджено вплив Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки на основні епідеміологічні показники з

туберкульозу та на структурну перебудову протитуберкульозної служби. Відмічено позитивні зміни в показниках:

– зменшилась захворюваність на всі форми вперше зареєстрованих хворих на ТБ до 54,7 на 100 тис. населення (досягнута мета програми – 64,0 на 100 тис. населення). Щорічне зниження рівня захворюваності на ТБ перевищувало ціль і складало 2,6 % з 2015 по 2016 р.;

– зменшилась захворюваність на ТБ легень на 16,0 %, а також захворюваність на всі форми активного ТБ серед дітей 0–17 років на 14,0 %, зменшилась поширеність всіх форм активного туберкульозу серед усього населення України на 39,6 %;

– зменшилась смертність від усіх форм ТБ до 9,5 на 100 тис. населення (ціль зменшення до 14,0 на 100 тис. населення досягнута);

– зменшилась кількість хворих на ТБ, які померли від хвороби, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) на 31,2 %, досягнута ціль зниження показника на 10,0 %;

– збільшилось виявлення хворих на ТБ легень методом мікроскопії мазка мокротиння до 2016 р. на 19,2 %, що складало 45,9, наближаючись до мети 50,0 %;

– збільшилось виявлення хворих на ТБ методом мікроскопії мокротиння в закладах первинної медико-санітарної допомоги до 2016 р. з 1,4 % до 2,6 %, тобто на 85,7 %, але не досягнув мети 4,5 %, при цьому на 54,5 % зменшилась кількість обстежених осіб;

– збільшилась ефективність лікування нових випадків ТБ легень з позитивним МБТ+ мазком до 76,0 % у 2015 р. (мета – 75,0 %), при цьому кількість хворих з перерваним лікуванням з роками зменшилась на 3,8 % у 2015 р. й складала 7,6 %, але метою програми було очікування 6,0 %.

– збільшилась ефективність лікування всіх випадків МР ТБ легень від 38,4 % у 2012 р. до 46,0 % у 2014 р., досягнув мети 45,0 %.

Але з негативних моментів показано зростання захворюваності на ТБ у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) до 13,2 на 100 тис. населення, збільшилась кількість померлих хворих від ТБ до одного року спостереження на 40,6 % та померлих хворих від ТБ поза стаціонаром на 1,3 %, що свідчить про пізню діагностику ТБ. Крім того, встановлено висока кількість медичних працівників, які захворіли на ТБ (в 10,5 разів більше мети), зменшення охоплення населення профілактичними флюорографічними оглядами до 45,9 %, виявлення хворих на ТБ до 46,2 %, кількості дітей віком від 0–14 років, які охоплені туберкулінодіагностикою до 43,3 %, профілактичного щеплення БЦЖ дітям до 1 року до 72,2 %, а ревакцинації дітям віком 7 років і старше до 31,7 %), кількості осіб, які пройшли повний курс хіміопрофілактики іоніазідом до 84,9 %. Мета програми щодо вказаних заходів не виконана.

В інфраструктурі протитуберкульозної служби в результаті виконання програми значно зменшилась кількість лікарень, санаторіїв, лабораторій 2 та 3 рівня, як і кількості лікарняних ліжок для хворих на туберкульоз. Наслідком цього є зменшення забезпеченості лікарняними ліжками хворих на ТБ всього на 31,4 % до 3,43 на 10 тис. населення в лікарнях та санаторіях, у протитуберкульозних диспансерах (ПТД) на 28,5 %, а також показників функціонування ліжка у протитуберкульозних диспансерах.

Не зважаючи на прогрес у динаміці основних показників епідеміологічної ситуації з туберкульозу в країні залишаються основні проблеми щодо туберкульозу:

- в Україні частота первинної хіміорезистентності складає від 7,0 до 20,0 % хворих в різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 60,0 – 75,0 %;

- за останні роки приріст хворих на туберкульоз і ВІЛ/СНІД у деяких адміністративних територіях сягає до 20,00 % за рік;

- незнання медичними працівниками загальної лікарняної мережі методів діагностики туберкульозу;

- недостатнє впровадження в практику контрольованого лікування, особливо на амбулаторному етапі, та й навіть у багатьох протитуберкульозних стаціонарах. Встановлено незадовільний стан контрольованого лікування хворих у 23,0 % областей, тільки у 15,0 %, як добрий, що свідчить про недостатнє його використання;

- залишається недостатнім *харчування хворих на туберкульоз* у стаціонарах;

- відсутність належного інфекційного контролю в протитуберкульозних закладах і через те висока захворюваність на нозокоміальний туберкульоз пацієнтів та зараження туберкульозом медичних працівників;

- руйнування матеріально-технічної бази та скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби, встановлена низька кваліфікація фтизіатрів, неуккомплектованість кадрів (66,6 % лікарів);

- пенітенціарна система України продовжує залишатися джерелом інфекції для цивільного населення;

- відсутність фінансування для реалізації законодавчої бази.

ВООЗ вважає, що програма «Стратегія ліквідації туберкульозу» ВООЗ націлена на викорінення епідемії туберкульозу до 2030 року і передбачає позбавлення людства від цієї хвороби при нульовому рівні випадків смерті, захворювань і страждань. У ній намічені кроки всіх зацікавлених сторін щодо забезпечення можливостей для надання медичної допомоги, в центр якої поставлений пацієнт, здійснення сміливих змін в політиці галузі охорони здоров'я

та в системах охорони здоров'я та стимулювання більш активних досліджень і інновацій з метою припинення епідемії і ліквідації туберкульозу».

Мета Програми відповідає баченню глобальної стратегії ВООЗ щодо ліквідації ТБ:

– до 2035 року: на 95,0 % зменшити смертність від ТБ в порівнянні з 2015 роком, досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тисяч та нульовим рівнем страждань від ТБ;

– до 2050 року – з нульовим рівнем смертності від ТБ, нульовим рівнем захворюваності на ТБ та нульовим рівнем страждань від ТБ. Кінцева ціль глобальної стратегії є зупинити глобальну епідемію ТБ та домогтися, щоб жодна із сімей хворих на ТБ не зазнавала катастрофічних витрат, пов'язаних з цією хворобою.

В Україні вперше здійснюються системні кроки реформування охорони здоров'я у форматі цілісної державної політики, у тому числі реформуванні протитуберкульозної служби. Слід вказати, що з'явилися нові групи ризику на туберкульоз у Україні – біженці та переселенці зі Сходу України, а також трудові мігранти, що повертаються з країн з високим рівнем мультирезистентного туберкульозу. Виникає необхідність цільових дій по активізації скрінінгу туберкульозу серед нових груп ризику, а також охоплення їх лікуванням незалежно від місця постійного проживання.

З метою реорганізації, реструктуризації та реформування протитуберкульозної служби в Україні й поліпшення ефективності її функціонування, керуючись постановою Верховної Ради України від 14 квітня 2016 року № 1099-VIII «Про Програму діяльності Кабінету Міністрів України», розпоряджень Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1002-р. «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я», від 30 листопада 2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я», «Концепцією побудови нової національної системи охорони здоров'я», схваленої 15 липня 2016 р. на спільному засіданні Колегії та Вченої ради МОЗ України, а також Глобальною стратегією «Ліквідувати туберкульоз» («End TB») до 2035 року, схваленою у травні 2014 року Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в МОЗ України представлена Концепцію реформування протитуберкульозної служби в Україні. Метою Концепції є поліпшення ефективності функціонування протитуберкульозної служби в Україні шляхом її реорганізації, реструктуризації та реформування для поліпшення доступу до пацієнт-орієнтованого надання протитуберкульозної допомоги населенню, контролю за туберкульозом і, як наслідок, зниження захворюваності й смертності від туберкульозу.

Для вирішення проблеми, що склалися у фтизіатрії, а саме – незадовільна ситуація з туберкульозом і неефективне функціонування протитуберкульозної служби, Концепція передбачає реалізувати такі основні завдання:

– зберегти цілісність протитуберкульозної служби і її державне цільове фінансування до досягнення показника захворюваності на туберкульоз менше 10,0 на 100 тис. населення через поліпшення контролю за туберкульозом;

– реорганізувати, реструктуризувати і реформувати інфраструктуру протитуберкульозної служби (ліжковий фонд і кадровий потенціал протитуберкульозних диспансерів, фтизіохірургічних відділень і туберкульозних санаторіїв) для поліпшення ефективності її функціонування, а саме:

1) поліпшити доступ до пацієнт-орієнтованого надання протитуберкульозної допомоги населенню;

2) зменшити резервуар туберкульозної інфекції через досягнення: виявлення більше 70,0 % бактеріовиділювачів серед всіх вперше зареєстрованих хворих на туберкульоз;

3) вилікування більше 85,0 % хворих на вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням;

4) контроль за поширенням хіміорезистентного туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД).

Впровадження Концепції реформування протитуберкульозної служби дозволить:

– *для пацієнта*: своєчасно, в ранні строки прискорено виявити туберкульоз і повноцінно вилікуватися від нього у встановлені терміни, поліпшити стан здоров'я всього населення, зменшити власні витрати на медичну допомогу;

– *для лікаря*: покращити умови праці внаслідок вивільнених приміщень і придбання обладнання, підвищити соціальний статус медичного працівника, отримувати достойну зарплату за результатами своєї роботи;

– *для держави*: зміцнити протитуберкульозну службу в Україні, поліпшити епідеміологічний нагляд і контроль за туберкульозом, підвищити ефективність використання державних коштів, стабілізувати, а потім зменшити захворюваність, інвалідизацію та смертність від туберкульозу і збільшити кількість трудового, людського потенціалу.