

Ю.І. Феценко, головний пульмонолог і фтизіатр МОЗ України, академік НАМН України, д.м.н., професор, директор ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», С.О. Черенько, д.м.н., професор, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам, м. Київ

# Туберкульоз в Україні: сучасний стан проблеми та перспективи розвитку

**2011 року загальнодержавна програма з питань протидії захворюванню на туберкульоз завершує план виконання заходів. За період її реалізації вдалося вперше за історію епідемії туберкульозу в Україні з 1995 року досягти позитивних зрушень епідеміологічної ситуації.**

**З 2006 року відзначається повільне зменшення показників захворюваності та смертності. 2010 року захворюваність на туберкульоз становила 68,4 випадку на 100 тис. населення (31 295 осіб), що на 6,4% менше, ніж 2009 року і на 21% менше порівняно з 2005 роком, коли відзначали максимальний рівень цього показника.**

Рівень смертності знизився за чотирирічний період на 29% з 25,3 до 16,8 випадку на 100 тис. населення 2010 року (7048 осіб). Знизився рівень захворюваності підлітків і дітей 2010 року і становив 29,9 і 7,8 випадку на 100 тис. відповідного населення, що становило 477 підлітків і 504 дитини віком до 14 років (рис. 1).

За чотири роки виконання програми кількість хворих з новими випадками туберкульозу зменшилася на 5800 осіб, померлих – на 3309 осіб, хворих з активними формами туберкульозу – на 10 299 осіб (табл.).

Позитивні зрушення зумовлені постійним контролем за виконанням заходів Загальнодержавної програми на 2007-2011 роки як на центральному, так і на регіональному рівні та значним збільшенням фінансування порівняно з попередньою програмою. 2010 року рівень фінансування заходів програми становив 523 млн, що на 191 млн більше, ніж на початку втілення в життя програми 2007 року. 2010 року збільшено фінансування заходів Загальнодержавної програми на 35 млн для розширення обсягів закупівель протитуберкульозних препаратів П ряду (рис. 2).

Завдяки розвитку лабораторної мережі вдалося значно покращити своєчасну діагностику туберкульозу. Якщо на початку програми 2006 року у структурі нових випадків туберкульозу тільки у 30,4% пацієнтів підтверджували діагноз туберкульозу виділенням збудника захворювання, то 2010 року цей показник становив 47,3%. Якщо в загальнолікувальній мережі 2006 року діагностували туберкульоз методом мікроскопії мазка мокротиння у пацієнтів з підозрою на туберкульоз усього в 0,3% випадків, то 2010 року цей показник становив 1,5% (критерій ВОЗ 5%). Сьогодні обстеження на туберкульоз

шляхом мікроскопії мазка мокротиння проводять у кожній районній лікарні.

Проте досягнуті успіхи можна вважати тимчасовими, оскільки на тлі стабілізації та покращення епідеміологічної ситуації щодо звичайного туберкульозу через поширення епідемії ВІЛ/СНІДу і систематичні помилки в реалізації та недостатнього фінансування заходів Загальнодержавної програми набувають надзвичайної актуальності дві проблеми: збільшення захворюваності та смертності від коінфекції туберкульоз/ВІЛ; поширення мультирезистентного туберкульозу.

Ці проблеми сьогодні поки що не позначилися на загальній епідеміологічній ситуації, але будуть стрімко поширюватись у разі зволікання з їх негайним вирішенням.

Збільшення кількості випадків коінфекції туберкульоз/ВІЛ зумовлене поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та все ще високим рівнем захворюваності на туберкульоз серед загального населення України. Система охорони здоров'я України характеризується високим рівнем вертикалізації, у якій різні паралельні структури надають спеціалізовані послуги одному пацієнту з кількома захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ-інфекція, наркоманія). Сьогодні механізми співпраці між різними службами недостатні, що призводить до несвоєчасної діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, низької ефективності лікування поєднаних захворювань.

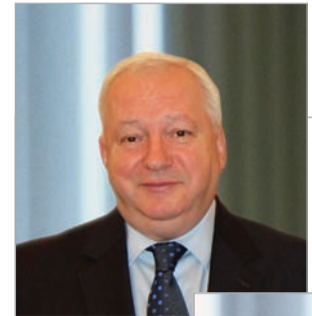
Високий рівень смертності від коінфекції туберкульоз/ВІЛ зумовлений труднощами діагностики позалегенових форм туберкульозу через атиповий перебіг захворювання, відсутність діагностичних можливостей (комп'ютерної томографії, мікробіологічних аналізаторів для визначення збудника

туберкульозу), недостатню координацію між протитуберкульозною службою і службою СНІДу.

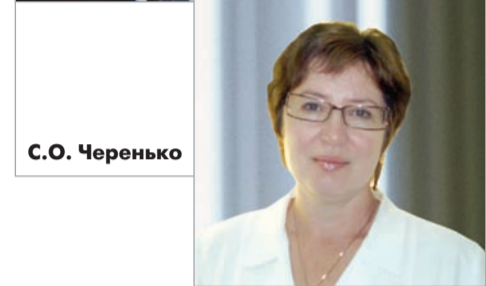
Наступною значною проблемою є збільшення кількості хворих на хіміорезистентний туберкульоз (рис. 3).

Усього в Україні зареєстровано 4178 хворих на мультирезистентний туберкульоз. Найбільшу кількість таких хворих відмічають у Дніпропетровській, Донецькій, Харківській областях. Основними причинами поширення хіміорезистентного туберкульозу є: відсутність підходу до ведення випадку туберкульозу, що орієнтований на хворого, через існуючу сьогодні систему організації охорони здоров'я з передбаченим фінансуванням закладів на ліжко, а не на медичні послуги; відсутність якісного контрольованого лікування на стаціонарному й амбулаторному етапах; тривале стаціонарне лікування хворих на туберкульоз, що сприяє розповсюдженню внутрішньолікарняної інфекції.

Для вирішення цієї проблеми необхідно впроваджувати швидкі методи діагностики мультирезистентного туберкульозу шляхом модернізації та переоснащення мережі лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу. Сьогодні у більшості областей України діагностику мультирезистентного туберкульозу проводять за допомогою рутинних методик на твердих поживних середовищах. Результат тесту медикаментозної чутливості при таких методиках отримують через 3-4 міс. Це не дає можливості своєчасно призначити правильне лікування



Ю.І. Феценко



С.О. Черенько

і відокремлювати цих хворих від інших пацієнтів, що є основною причиною внутрішньолікарняного поширення цієї форми захворювання.

Швидку діагностику мультирезистентного туберкульозу забезпечують за допомогою сучасних методів на рідких поживних середовищах на автоматичному мікробіологічному аналізаторі або за допомогою генетично-молекулярних методів. На мікробіологічному аналізаторі результат тесту отримують через 3 тиж, а молекулярно-генетичні методи дають можливість діагностувати мультирезистентний туберкульоз уже через 3-6 год. Оснащення лабораторій України відповідним обладнанням і розхідними матеріалами передбачено в новій Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз 2012-2016 років, яку наразі розробляє група фахівців з Міністерства охорони здоров'я України.

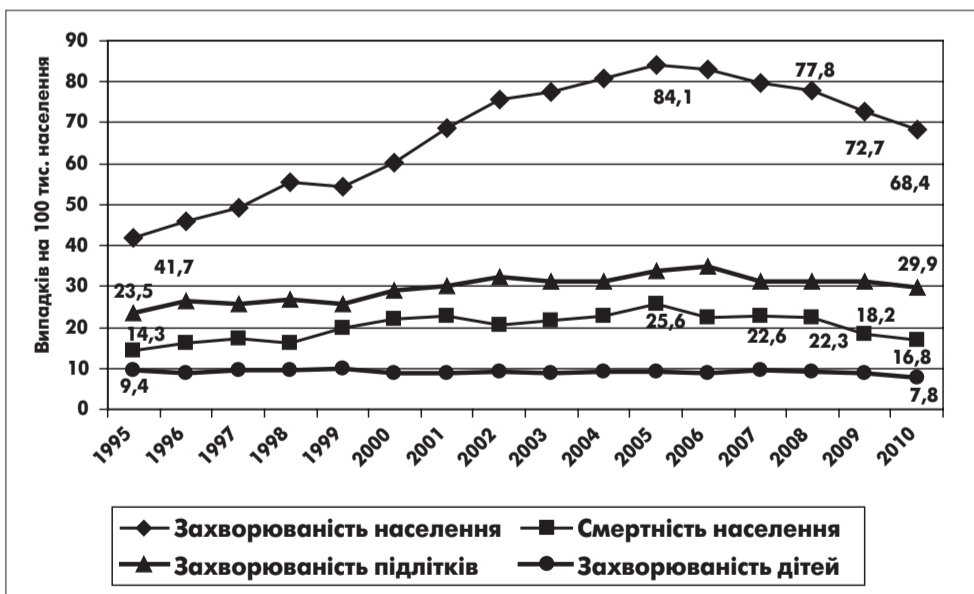


Рис. 1. Захворюваність і смертність від туберкульозу в Україні за 1995-2010 роки

Випадок туберкульозу	Абсолютна кількість хворих				Різниця 2007-2010	
	Роки	2007	2008	2009		2010
Нові випадки		37 095	35 925	33 424	31 295	5800
Померлі		10 357	10 357	7675	7048	3309
Хворі з активним туберкульозом		88 758	88 758	84 048	78 459	10 299

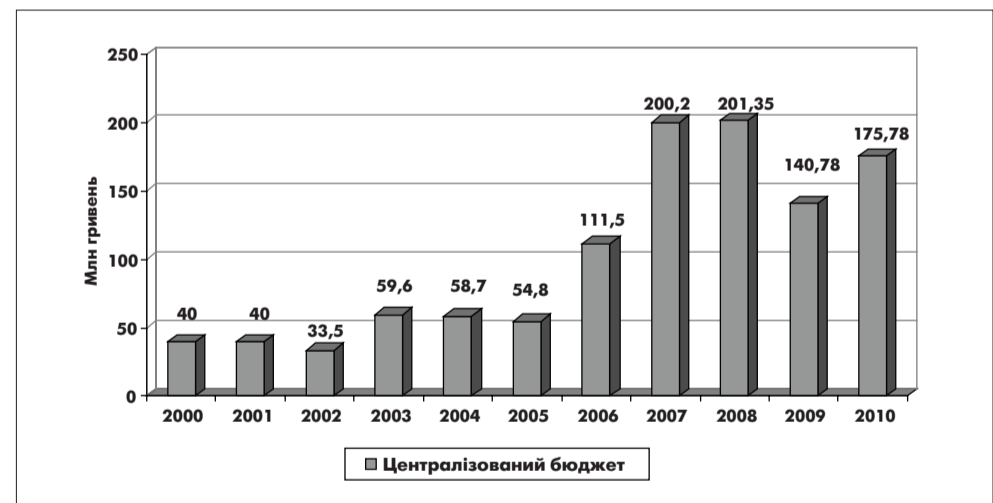


Рис. 2. Фінансування заходів з протидії захворюванню на туберкульоз (до 2000 року централізованого фінансування заходів з протидії туберкульозу не було)

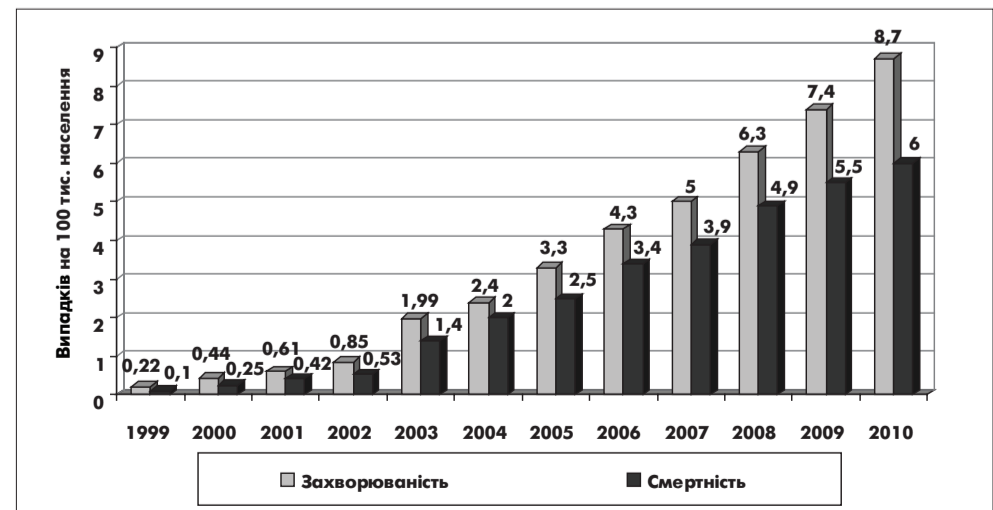


Рис. 3. Захворюваність і смертність від коінфекції туберкульоз/ВІЛ в Україні

Запровадження новітніх методів діагностики в Україні вимагає суттєвих фінансових витрат. На цей час мікробіологічні аналізатори є лише у 15 регіонах України, а обладнання для молекулярно-генетичної діагностики взагалі відсутнє. На доукомплектування мережі швидкої діагностики туберкульозу за допомогою автоматичних мікробіологічних аналізаторів потрібно близько 60 млн гривень, а на обладнання для молекулярно-генетичної діагностики – 102 млн гривень. Без виділення цих коштів з державного бюджету вирішити проблему діагностики мультирезистентного туберкульозу неможливо.

Іншою складовою поширення мультирезистентного туберкульозу є внутрішньолікарняне розповсюдження захворювання. Система охорони здоров'я, що перейшла у спадок від Радянського Союзу, обмежує надання медичної допомоги, що орієнтована на пацієнта. Фінансування медичної галузі з розрахунку на ліжко-день за низького рівня фінансування в цілому вимагає тримати непотрібні ліжка і забезпечувати їх роботу. Медична допомога спрямована на стаціонарне лікування, що гальмує розвиток якісного амбулаторного лікування і сприяє розповсюдженню внутрішньолікарняних мультирезистентних форм захворювання. Тривалість лікування хворих на звичайний туберкульоз становить 6-8 міс, а хворих на мультирезистентний туберкульоз – 24 міс. Утримання хворого на стаціонарному ліжку протягом цього періоду призводить до втрати соціальних і родинних зв'язків, сприяє порушенню лікарняного режиму, оскільки пацієнти, які себе добре почувають, не мають чим себе зайняти у лікарні. Багато з них переривають лікування і самовільно йдуть із стаціонару. За результатами когортного аналізу 2009 року, серед хворих з бактеріовиділенням їх було 7,7%.

Оптимізація мережі протитуберкульозних закладів є нагальним завданням фтизіатрії. У наш час в Україні працює 24 385 стаціонарних ліжок. 2010 року виявлено 31 295 хворих, з яких 13 231 був з бактеріовиділенням (ім показане стаціонарне лікування) і 4532 хворих з рецидивами захворювання. Зрозуміло, що за такої кількості ліжок більшості хворих госпіталізують без належних показань. Звісно, ще є пацієнти з хронічними формами туберкульозу, яким

ладнання для діагностики туберкульозу, що не дає можливості доукомплектувати лабораторну мережу з мікробіологічної діагностики туберкульозу.

У світлі реалізації програми реформ в охороні здоров'я у першу чергу потрібно змінювати форму фінансування протитуберкульозних закладів – з фінансування на ліжко-день на фінансування послуг з розрахунку на кількість хворих, які лікуються в цьому закладі (неприбутковий комунальний заклад). Далі необхідно провести оптимізацію мережі протитуберкульозних закладів шляхом скорочення стаціонарних і санаторних ліжок і спрямування вивільнених коштів на супровід хворих під час амбулаторного лікування та реконструкцію протитуберкульозних закладів; перефільовання протитуберкульозних закладів і санаторіїв на відділення для паліативного лікування хворих на туберкульоз.

Актуальним завданням є скорочення мережі лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу та спрямування вивільнених коштів на реконструкцію і переоснащення лабораторій, що передбачені для функціонування, забезпечення транспортування зразків для діагностики і зовнішнього контролю якості.

На підставі аналізу фінансових прогн у впровадженні Загальнодержавної програми й у відповідь на поширення мультирезистентного туберкульозу в Україні розроблено п'ятирічний план профілактики та подолання мультирезистентного туберкульозу, на впровадження якого потрібні додаткові фінансові й технічні ресурси, які перевищують можливості державного бюджету. Україна підготувала заявку до Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією за компонентом «Туберкульоз», на 9-й раунд 2009 року. У листопаді 2010 підписано грантову угоду на загальну суму 92 млн доларів США. Ці кошти будуть комплементарними до державного фінансування заходів Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз і спрямовані на розвиток сучасної мережі з лабораторної діагностики туберкульозу, підвищення якості медичних послуг щодо діагностики і лікування туберкульозу для уразливих груп населення, швидку діагностику і своєчасне лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз

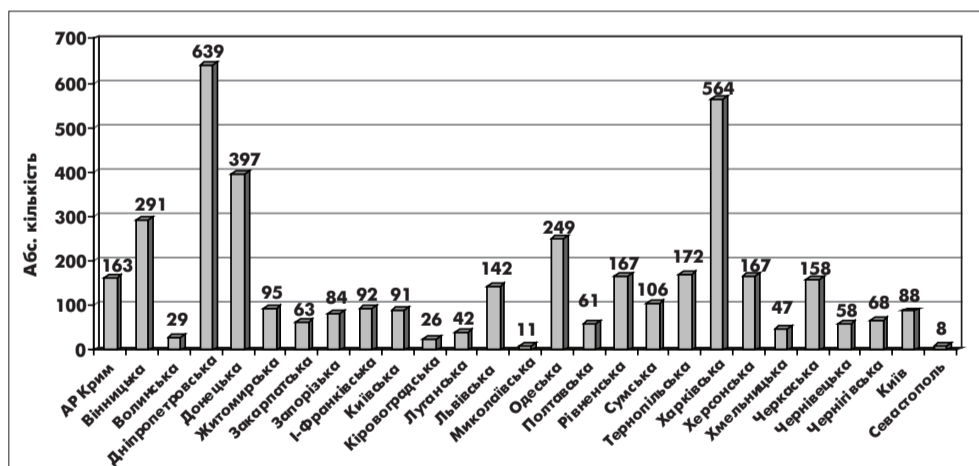


Рис. 4. Кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз у регіонах України станом на 1.01. 2011 р.

потрібна ізоляція в умовах стаціонару, проте більшість з них мають невиліковні форми захворювання і потребують лише паліативного лікування. Система паліативного лікування у фтизіатричній галузі взагалі відсутня.

Постійною проблемою фтизіатричної галузі є недофінансування заходів Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз 2007-2011 років. 2010 року на виконання заходів програми, затвердженої Законом України від 08.02.07 № 648-V передбачено фінансування в обсязі 221105,81 тис. гривень. Законом України «Про Державний бюджет України на 2010 рік» на виконання заходів програми передбачено фінансування в обсязі 175780,80 тис. гривень, що становить 79,5% від запланованого обсягу фінансування. Недофінансування програми становить 45 325,01 тис. гривень (20,5%). Уже два роки не фінансується закупівля об-

у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, розвиток інформаційної кампанії для соціальної мобілізації суспільства для боротьби з туберкульозом.

Метою тисячоліття, яку поставило світове партнерство «Зупинити туберкульоз», є подолання туберкульозу у світі до 2050 року. В Україні є підґрунтя для швидкого вирішення цієї проблеми. Додаткове фінансування від Глобального Фонду протягом п'яти років виконання Гранту стане каталізатором завершення переходу системи охорони здоров'я України до сучасної моделі контролю за туберкульозом. В умовах реформування медичної галузі та за належного рівня фінансування заходів Загальнодержавної програми боротьби з туберкульозом, уваги з боку Президента, Парламенту, уряду України, бізнесових структур, громадськості, Глобального фонду в найближчі п'ять років можна сподіватися на подолання епідемії туберкульозу в Україні.

**Передплата з будь-якого місяця!  
У кожному відділенні «Укріошми»!  
За передплатними індексами:**

Здоров'я України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА  
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

**35272**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

**37631**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

**37639**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

**37633**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

**37632**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

**37634**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,  
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

**37635**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ПЕДІАТРІЯ»

**37638**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

**49561**

НАШ САЙТ:

**www.health-ua.com**

Архів номерів  
«Медичної газети  
«Здоров'я України»  
з 2003 року

У середньому  
понад 8000  
відвідувань  
на день