



І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага

ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Незнання історії туберкульозу — шлях до не виправданих помилок

Мета роботи — привернути увагу очільників медицини, передусім фтизіатрії, до проблеми туберкульозу через знання історичного минулого і застерегти від подальших помилок на майбутнє.

Матеріали та методи. В основу покладено літературні повідомлення, дані офіційної статистичної звітності, а також власні спостереження та дослідження.

Результати та обговорення. У статті наведено найважливіші дані щодо туберкульозу в історично-медицинському аспекті як у світовому масштабі, так і в Україні. Проаналізовано статистичні дані про захворюваність, смертність від туберкульозу, ефективність його лікування в розрізі десятиліть. Звернено увагу на необгрунтовано хибні думки про те, що всі питання щодо туберкульозу уже вирішено і що його ліквідовано як поширене захворювання. У 1995 р. Україну спіткала епідемія туберкульозу, яку вдалося зупинити завдяки міжнародній допомозі. Попри деякі успіхи в подоланні туберкульозу, в Україні за останні роки виникли нові стратегічні помилки в боротьбі з цим захворюванням при реорганізації протитуберкульозної служби. Україні необхідно враховувати передовий світовий досвід, але при тому не забувати про наші сьогоденні реалії в боротьбі з цією доісторичною недугою.

Висновки. Досвід світової та вітчизняної фтизіатрії дає змогу фахівцям повніше зрозуміти проблему туберкульозу як захворювання з його поліморфним патоморфозом і невдачами в боротьбі з ним. Оскільки фтизіатри, які не знають історії розвитку свого фаху, — обмежені, недалекоглядні та схильні до помилок. Сьогодні стратегічні прорахунки, поспішне закриття протитуберкульозних закладів, значне скорочення ліжкового фонду і кількості фтизіатрів може призвести до подальших неоправданих негативних наслідків, і зокрема в період пандемії COVID-19.

Ключові слова

Туберкульоз, історія туберкульозу, реформування протитуберкульозної служби.

Знання історії, патоморфозу туберкульозу — шлях до подолання його як масового захворювання і запобігання непередбачуваним «катаклізмам» на майбутнє. Але якщо фахівці не знають історії розвитку свого фаху, то вони обмежені, недалекоглядні та схильні до помилок.

Туберкульоз супроводжував людство ще з античних часів і був причиною масової загибелі людей. Перші відомості про туберкульозні ураження знаходимо у Старому та Новому Завітах Біблії. В однієї з єгипетських мумій (а це приблизно 2700 років до н. е.) знайшли туберкульозне ураження хребта. Узавши сухий кістко-

вий детрит, посіяли на живильне середовище, через певний час виростили кислотостійкі бактерії, які нічим не відрізнялися від нинішньої популяції мікобактерій. Ними інфікували морських свинків, які невдовзі захворіли на туберкульоз. Це свідчить про те, наскільки стійкі мікобактерії туберкульозу в зовнішньому середовищі та як довго вони можуть зберігати свою вірулентність [1].

Значне поширення туберкульозу спостерігалося в давні часи, зокрема в середні віки. Але відомості про це захворювання були досить примітивними. У той самий час «лютувала» пандемія туберкульозу по країнах і континентах. А в літописах тих часів згадується про туберкульоз як про невиліковну хворобу, «злі сухоти» [2].

З другої половини XVII ст. наука про туберкульоз почала активно розвиватися, зокрема завдяки дослідженням А. Візілія, Ф. Сільвія, Р. Ласнека, Г.І. Соколовського, Г. Бремера, К. Форланіні [2, 11].

Велика заслуга у вивченні туберкульозу легень, диференціальній діагностиці належить видатному фтизіатру професору Г.Р. Рубінштейну, який упродовж 20 років очолював туберкульозний санаторій «Пуца-Водиця» Київської єврейської общини. У 1904 р. опубліковано оригінальні роботи А.І. Абрикосова про морфологічні зміни в легенях при початкових виявах легеневого туберкульозу. Значні заслуги у вивченні туберкульозу належать М.І. Пирогову, який упродовж 40-х років XIX ст. першим описав туберкульоз яєчка, кісток і суглобів. Він детально описав гістологічну будову туберкульозного горбика та його гігантські багатоядерні клітини Пирогова—Лангханса [9].

У кінці XIX ст. — на початку XX ст. епідемії туберкульозу були всесвітніми трагедіями. Помирали мільйони людей, а медицина залишалася безсилою проти цієї смертельної недуги. Спостерігали випадки, коли після масового вимирання людей спалювали села, окремі квартали міст. У цей час Галичина з усіх європейських країн була найбільш ураженою туберкульозом. Захворюваність і смертність від цієї недуги була надзвичайно високою, а кожна третя дитина, яка захворювала на туберкульоз, помирала впродовж 1–2 років [8]. Надзвичайно велика епідемія туберкульозу з високою летальністю була в Європі в другій половині XIX ст. Усе це дало значний поштовх до низки наукових відкриттів. У 1882 р. німецький мікробіолог Р. Кох відкрив збудника туберкульозу, у 1895 р. німецький фізик К. Рентген відкрив X-промені, у 1919 р. французький мікробіолог А. Кальмет і ветеринарний лікар К. Герен створили вакцинний штам мікобактерії туберкульозу для вакцинації людей. У 1907 р. Ш. Пірке запропонував шкірну пробу з туберкуліном, а у 1910 р. Ш. Манту і Ф. Мендель запропонували внутрішньошкірний метод уведення туберкуліну. У 1887 р. в Единбурзі Р. Філіпс відкрив перший протитуберкульозний диспансер, де хворим надавали не лише медичну, а й соціальну допомогу. У 1930–1939 рр. бразильський вчений М. Авгеї застосував флюорографію як масовий метод обстеження і раннього виявлення туберкульозу легень. У 1943 р. З. Ваксман зі своїм учнем А. Шацом виділили з грибка перший антибактеріальний препарат — стрептоміцин. Надалі з 1954 р. при лікуванні туберкульозу почали застосовувати ПАСК, тибон, препарати ізоніотинової кислоти (ізоніазид, фти-

вазид, метагид, салюзид), а також піразинамід, циклосерин, етамбутол. У 1965 р. Мадді зі співавт. синтезували рифампіцин, який є найефективнішим у лікуванні туберкульозу і на сьогодні. З 1990 р. почали застосовувати фторхінолони для лікування хворих на туберкульоз, у яких була резистентність до препаратів I ряду, а у 2013–2014 рр. — бедаквілін, деламагід для лікування хворих на туберкульоз із множинною та широкою лікарською стійкістю. Усе це призвело до значного поліпшення світової епідемічної ситуації з туберкульозу. Майже в усіх країнах світу спостерігалось значне зниження захворюваності і смертності від туберкульозу 25–30 років тому. Зокрема в Україні з 1965 до 1990 р. захворюваність на всі клінічні форми туберкульозу зменшилася в 3,6 разу, або з 115,4 до 32,0 на 100 тис. населення; смертність, відповідно, з 27,1 до 8,1 на 100 тис. населення, тобто в 3,3 разу [8].

Надзвичайно вагомий вклад у розвиток організації боротьби з туберкульозом у країнах з низьким рівнем життя зробив Карел Стібло з Чехословаччини. Він розробив основні принципи стратегії DOTS (Directly Observed Treatment Short Course — безпосереднє контрольоване (спостереження) лікування коротким курсом). Зараз стратегію DOTS та її сучасну модифікацію застосовують у більшості країн світу [12].

До речі, в історії вчення про туберкульоз неабияке місце належить видатним українським лікарям і вченим: галичанину А. Крупінському, І.А. Смілівському, П.О. Чаруковському. Наш співвітчизник І.І. Мечніков у 1883 р. сформулював фагоцитарну теорію імунітету, зокрема, що фагоцити відіграють ключову роль у формуванні протитуберкульозного імунітету [2].

28 листопада 1922 р. на базі 9-ї міської туберкульозної лікарні створено Київський туберкульозний інститут. Ініціатором його організації і керівником вченої ради інституту був професор Ф.Г. Яновський (1860–1928). Власні наукові дослідження Ф.Г. Яновський узагальнив у монографії «Туберкульоз легень», яка тривало була настільною книгою для фтизіатрів. Після другої світової війни керував інститутом професор О.С. Мамолат (1946–1979). Під його керівництвом інститут перетворився на один з провідних в Україні центрів фтизіатрії, легеневої та серцево-судинної хірургії, пізніше — пульмонології, імунології, алергології. Нині інститут очолює академік Ю.І. Феценко. Заклад має добре оснащену клінічну базу на 530 ліжок, що дає змогу здійснювати лікування понад 3 тис. хворих на рік, виконувати понад 300 хірургічних втручань [8].

Мета роботи — привернути увагу лікарів, передусім очільників фтизіатричної служби, до проблеми туберкульозу через знання історичного минулого і застерегти від помилок на майбутнє.

Матеріали та методи

В основу покладено літературні повідомлення, дані офіційної статистичної звітності, а також власні багаторічні спостереження та дослідження.

Результати та обговорення

У першій половині ХХ ст. туберкульоз характеризувався тяжким, стрімко прогресуючим перебігом з багатоорганною локалізацією, проте переважно легеневою.

У 70–80 рр. ХХ ст., у роки антибактеріальної ери і значного поліпшення епідеміологічної ситуації з туберкульозу, настало помилкове послаблення настороженості щодо цієї недуги і повернення в хибний бік через «запаморочення від успіхів». Усе це призвело до необґрунтовано помилкової думки фтизіатрів, нібито всі наукові та практичні питання щодо туберкульозу вже вирішено, та розроблення утопічних прогнозів про ліквідацію туберкульозу як поширеного захворювання в багатьох країнах світу. Україну спіткала така сама ситуація, і це призвело до скорочення багатьох протитуберкульозних диспансерів, ліжкового фонду, до руйнування інфраструктури позалегенового туберкульозу, а в подальшому до непередбачуваної ситуації — епідемії туберкульозу (1995 р.). У нас це збіглося із соціально-економічною кризою, неспроможністю лікувально-профілактичних закладів тощо. Пік цієї епідемії настав у 2005 р., коли захворюваність і смертність від туберкульозу становили відповідно 84,1 і 25,3 на 100 тис. населення. Але завдяки міжнародній допомозі (ВООЗ), цілеспрямованій дії українського уряду МОЗ України вдалося зупинити спалах епідемії, що підтвердилося зниженням захворюваності і смертності у 2019 р., відповідно до 60,1 і 8,7 на 100 тис. населення порівняно з 2005 р. За останніх 10 років в Україні захворюваність на туберкульоз зменшилася на 40 %, а смертність — утричі. Водночас залишаються недовиявленими приблизно 25 % нових випадків туберкульозу. Попри всі ці успіхи в подоланні туберкульозу, в Україні за останні роки намітилися суттєві стратегічні помилки в боротьбі з цим захворюванням. Дуже поспішно огульно вже закрили і закривають протитуберкульозні заклади, зменшується ліжковий фонд та кількість фтизіатрів.

Справді, сучасна світова концепція, клінічні протоколи та стандартні сучасні схеми щодо переорієнтації стаціонарного лікування на амбу-

латорне дає змогу значно зекономити, здешевити витрати на лікування хворого. Однак швидкий перехід на амбулаторну модель лікування має бути виваженим з огляду на значну кількість ризиків, усунення яких у сучасних політичних та соціально-економічних умовах ускладнюється [4]. Потрібно сприймати передовий світовий досвід, втілювати його, адекватно продумано підходити до реорганізації протитуберкульозної служби, її удосконалення, але при цьому не забувати сучасні реалії нашого життя взагалі та окремих регіонів зокрема. Дискусійним та проблемним є питання щодо надмірного надання пріоритетності та важливості ролі благодійних, громадських та волонтерських організацій у боротьбі з туберкульозом, тоді як роль фтизіатрів применшується [6]. Це співзвучно з нами. Оскільки, як на нашу думку, співробітників цих організацій самих потрібно охороняти від захворювання на туберкульоз.

У Тернопільській області за останні роки досягнуто позитивних зрушень у подоланні епідемії туберкульозу. Помітно знизилася захворюваність, покращилася ефективність лікування туберкульозу порівняно з іншими регіонами України [7]. За період 2014–2018 рр. в області захворюваність на всі форми туберкульозу знизилася з 41,2 до 33,3 на 100 тис. населення (на 19,2 %, або з 500 до 349 осіб). Показник смертності знизився з 8,3 до 6,2 на 100 тис. населення. Ці окремо взяті «ейфорійні» показники певною мірою були підставою до закриття всіх районних протитуберкульозних диспансерів, як і диспансерно-поліклінічних відділень як підрозділів облтубдиспансеру. Ліжковий фонд єдиного обласного (протитуберкульозного) диспансеру скоротився з 500 до 125 ліжок. Але за цими вибірково позитивними зрушеннями в боротьбі з туберкульозом не було відмічено низку прогалин: питома вага бацилярних і деструктивних форм серед вперше виявлених хворих з 2017 до 2018 р. збільшилася відповідно з 62,0 і 44,4 % до 64,8 і 53,9 %. У 2018 р. від туберкульозу померли 65 хворих проти 45 у 2017 р. Крім цього, кожний п'ятий вперше виявлений хворий помер до 1 року спостереження. За останніх п'ять років у 2018 р. питома вага «контактів», які захворіли в осередках туберкульозної інфекції, виявилася найбільшою — 14,8 на 1 тис. контактних осіб проти 6,2 у 2017 р. Мультирезистентність у вперше діагностованих хворих з 2014 до 2017 р. зросла відповідно з 33 до 52 %. Велику тривогу викликали 3 випадки туберкульозного менінгоенцефаліту у 2019 р. За даними проведеного нами порівняльного аналізу погіршилася структура і характер туберкульозного процесу за останні роки. Так, за

2017–2019 рр. у вперше діагностованих хворих на туберкульоз легень (883 особи), що перебували на стаціонарному лікуванні, констатовано тяжчий перебіг туберкульозу легень порівняно з такими самими хворими (810 осіб), яких було госпіталізовано у 2009–2011 рр. За останніх три (2017–2019) роки порівняно з 2009–2011 рр. зросла кількість пацієнтів на інфільтративний та дисемінований туберкульоз легень, відповідно з 53,1 до 56,0 % і з 34,2 до 41,1 %. Кількість осіб з порожнинами розпаду зросла з 55,5 до 62,4 %, а з бактеріовиділенням — із 49,0 до 78,0 %. Почастішали хіміорезистентність і летальність в останніх три роки. За віком, статтю, професією і місцем проживання суттєвої різниці не відмічено. Отож, не все так добре.

Активне виявлення туберкульозу за допомогою туберкулінодіагностики, флюорографії (використовуючи мобільні цифрові флюорографи) проводять дуже обмежено через різні причини. Пасивне виявлення туберкульозу, зокрема за зверненням пацієнтів, їх анкетування з подальшим розшифруванням і прийняттям відповідних рішень виявилось малоефективним. У розмові з деякими сімейними лікарями з'ясувалася їхня обмеженість у знаннях з фтизіатрії. Значна частина помилкової діагностики туберкульозу допускається лікарями первинної ланки сільських дільничних лікарень та амбулаторій. Адже їм потрібна краща підготовка на курсах, належний постійний контакт із фтизіатрами. Останній й надалі повинні залишатися основним незамінним районним ядром у боротьбі з туберкульозом в аспекті як профілактики, так і раннього виявлення та лікування [3]. До того ж без належної інформаційно-просвітницької роботи фтизіатрів серед населення, хворих, а також медичного персоналу, лікарів загального і вузького профілю подолати цю підступну недугу буде проблематично [5]. Світовий досвід підтверджує, що в багатьох країнах Азії та Африки після збільшення прошарку людей, обізнаних з питань туберкульозу, на такий самий відсоток або й більше знижується захворюваність на цю недугу [10]. У цьому аспекті ефективну санітарно-освітню роботу фтизіатрів серед населення та хворих важко переоцінити. Вона значно покращує прихильність хворих до тривалого антимікобактеріального лікування, зокрема і в амбулаторних умовах.

Вважаємо, що з'явилася нагальна потреба реформування фтизіатричної служби, спираючись на передовий світовий досвід, але це не повинно відбуватися так аврально, огульно, без урахування конкретних реалій не лише в області, а й в окремих її районах.

Зокрема епідеміологічна ситуація із захворюваності на туберкульоз у Кременецькому районі за період 2010–2019 рр., попри чітку тенденцію до зниження, залишається напруженою і перевищує середньообласні показники протягом багатьох попередніх років. Показник захворюваності по Тернопільській області становив 34,4 на 100 тис. населення, тоді як по Кременецькому району — 50,7 на 100 тис. населення. З кожним роком у районі зростає питома вага хворих з бактеріовиділенням, зокрема в 2010 р. становила 34,2 %, а у 2019 р. — 58,8 %, що корелює зі значним почастищенням тяжких деструктивних процесів, частка яких у 2010 р. становила 25,7 %, а у 2019 р. — 50,0 %. Усе це свідчить про пізнє виявлення туберкульозу і слабку профілактичну роботу. Надзвичайно серйозним викликом для мешканців Кременецького та сусідніх районів стало закриття райтубдиспансеру (рішення Тернопільської обласної ради від 10 грудня 2019 р.). Тож жителів Кременецького і сусідніх районів позбавили якнайшвидшого проведення діагностики туберкульозу і своєчасного та доступного надання протитуберкульозної допомоги. Відтепер усі, у кого є підозра на захворювання, змушені їхати в Тернопільський тубдиспансер, оскільки в районі не залишилося жодного лікаря-фтизіатра. До цього додалися значні труднощі, зумовлені пандемією COVID-19. Отже, не потрібно було ліквідувати Кременецький протитуберкульозний диспансер, один з найкращих (у минулому — зі стаціонаром на 200 ліжок у 1973–1976 рр.) районних диспансерів області. Тут уперше в області застосовували хірургічні методи лікування туберкульозу легень. Диспансер обслуговував населення північної частини області. Сам заклад розташований у мальовничій місцині серед лісу. Кременеччина — одна з перлин України, із чудовою природою, цінними пам'ятками старовини, культури, історії. Неподалік — Почаївська лавра, через це кількість людей тут надзвичайно велика, як і ризик поширення туберкульозу. Не знали чи не хотіли про це знати очільники фтизіатричної служби. У результаті на базі диспансеру передбачено організувати хоспісне відділення на 25 ліжок.

У цілому в області хибна оптимізація мережі протитуберкульозних закладів призвела до ліквідації протитуберкульозної служби в районах, а також і втрати досвідчених фтизіатрів, але це дало змогу зекономити значні державні кошти, як здавалося. Через значне скорочення фінансування вкрай не вистачає фінансів на фтизіатричну службу області. Отож, як здавалося на перший погляд, «вдала» оптимізація в подальшому

зіграла злий жарт. Забулося найголовніше, чого не варто забувати, що людина, її здоров'я — це найцінніше, що є у світі, заради чого живемо і працюємо. Буде здорова людина, буде прогрес у всіх сферах нашого життя і як наслідок — добробут і багатство.

Висновки

Досвід світової та вітчизняної фтизіатрії дає можливість фахівцям повніше зрозуміти проблему туберкульозу як захворювання з його поліморфним патоморфозом і невдачами в боротьбі з ним. Помилки, яких припустилися наприкінці другої половини минулого століття, призвели до значного руйнування інфраструктури протитуберкульозної служби, а в подальшому — до епідемії туберкульозу в 1995 р. із негативними наслідками, значними людськими жертвами. Наразі вдалося призупинити спалах недуги.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: збір та обробку матеріалу автори проводили спільно.

Список літератури

1. Біблія. Книги Священного Писання Старого і Нового Завіту: в українському перекладі з паралельними місцями / Переклад Патріарха Філарета (Денисенка).— К.: Видання Київської Патріархії Української Православної Церкви Київського Патріархату, 2004.— 1416 с.
2. Верхратський С.А. Історія медицини.— К.: Здоров'я, 2011.— 352 с.
3. Корнага С.І., П'ятночка І.Т. Епідеміологічна ситуація щодо мультирезистентного туберкульозу в Тернопільській області (2006–2015 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2016.— № 4.— С. 103–108.
4. Мельник В.М., Новожилова І.О., Магусевич В.Г. Проблема низької ефективності лікування хворих на туберкульоз // Укр. пульмонол. журн.— 2019.— № 1.— С. 25–32.
5. П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Тхорик Н.В. Санітарно-освітня грамотність людей — один із важливих чинників зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу // Інфекційні хвороби.— 2015.— № 4.— С. 54–58.
6. Тодоріко Л.Д., Петренко В.І., Валецький Ю.М. та ін. Досягнення та складні питання щодо подолання туберкульозу в Україні (консолідований погляд з різних регіонів) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2020.— № 1.— С. 10–17.
7. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник).— К., 2018.— 105 с.
8. Фещенко Ю.І. Історія вчення про туберкульоз: посібник.— Суми: Ліра-К, 2016.— 141 с.
9. Штрайх С.Я. Н.И. Пирогов / Серия: Жизнь замечательных людей.— М.: Журнально-газетное объединение, 1933.— 160 с.
10. Caminero J.A. Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk factors and case finding // IJTLD.— 2010.— Vol. 14 (4).— P. 382–390.
11. Magner L.N. A History of Medicine.— 2nd Ed.— Boca Raton— London—New-York—Singapore: Taylor Francis Group, 2005.— 624 p.
12. Styblo K. Epidemiology of tuberculosis.— The Hague: WHO, 1991.— 457 p.

И.Т. Пятночка, С.И. Корнага

ГВУЗ «Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Незнание истории туберкулеза — путь к неоправданным ошибкам

Цель работы — привлечь внимание руководителей медицины, прежде всего фтизиатрии, к проблеме туберкулеза через знание исторического прошлого и предостеречь от ошибок в будущем.

Материалы и методы. В основу положены литературные сообщения, данные официальной статистической отчетности, а также собственные наблюдения и исследования.

Результаты и обсуждение. В статье приведены важнейшие данные по туберкулезу в историческом аспекте как в мировом масштабе, так и в Украине. Проанализированы статистические данные о заболеваемости, смертности от туберкулеза, эффективности его лечения в разрезе десятилетий. Обращено внимание на необоснованные заблуждения, что все вопросы о туберкулезе и о его ликвидации как распространенного заболевания уже решены. В 1995 г. Украину накрыла эпидемия туберкулеза, которую удалось остановить благодаря международной помощи. Несмотря на некоторые

успехи в преодолении туберкулеза в Украине, за последние годы возникли новые стратегические ошибки в борьбе с этим заболеванием при реорганизации противотуберкулезной службы. Украине необходимо учитывать передовой мировой опыт, но при этом не забывать о наших нынешних реалиях в борьбе с этим доисторическим заболеванием.

Выводы. Опыт мировой и отечественной фтизиатрии позволяет специалистам полнее понять проблему туберкулеза как заболевания с его полиморфным патоморфозом и неудачами в борьбе с ним. Поскольку фтизиатры, не знающие истории развития своей профессии, — ограниченные, недалёковидные и склонны к ошибкам. Сегодняшние стратегические просчеты, поспешное закрытие противотуберкулезных учреждений, значительное сокращение коечного фонда и количества фтизиатров может привести к дальнейшим непоправимым негативным последствиям, и в частности в период пандемии COVID-19.

Ключевые слова: туберкулез, история туберкулеза, реформирование противотуберкулезной службы.

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaha

I.Ya. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Ignorance the history of tuberculosis — the way to unjustified mistakes

Objective — to draw the attention of the medicine leaders, especially phthisiology to the problem of tuberculosis (TB) through knowledge of the historical past and to warn against mistakes in the future.

Materials and methods. It is based on literary reports, data from official statistical reports, as well as own observations and research.

Results and discussion. The article presents the most important data on TB in the historical aspect both on a global scale and in Ukraine. Statistical data on morbidity, mortality from TB, the effectiveness of treatment in the context of decades are analyzed. Attention is drawn to unreasonably erroneous opinions that all issues about tuberculosis have already been resolved and about its elimination as a widespread disease. In 1995, Ukraine was hit by an epidemic of TB, which was stopped thanks to international aid. Despite some progress in tackling tuberculosis in Ukraine in recent years, new strategic mistakes have emerged in the fight against the disease in the reorganization of the TB service. Ukraine needs to take into account the world's best practices, but at the same time do not forget about our current realities in the fight against this prehistoric disease.

Conclusions. The experience of world and domestic phthisiology allows specialists to better understand the problem of tuberculosis as a disease with its polymorphic pathomorphosis and failures in the fight against it. Because TB doctors who do not know the history of the development of their profession are limited, short-sighted and prone to mistakes. Today's strategic miscalculations, the hasty closure of TB facilities, a significant reduction in the number of beds and the number of TB doctors, can lead to further irreparable negative consequences, and in particular, during the COVID-19 pandemic.

Key words: tuberculosis, history of tuberculosis, reform of the TB service.

Контактна інформація:

Корнага Світлана Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1
E-mail: svitlanacor@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 4 серпня 2020 р.