



**Ю.І. ФЕЩЕНКО**

*Ю. І. ФЕЩЕНКО, директор Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського, завідувач відділу пульмонології, головний фтизіатр і пульмонолог МОЗ України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор*



**С.А. ЧЕРЕНЬКО**

*С. А. ЧЕРЕНЬКО, завідувача відділенням фтизіатрії Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського, доктор медичних наук, професор*

## Епідемія туберкульозу в Україні: історичні аспекти та сучасний стан проблеми

Початок 90-років минулого століття став етапом, коли більшість країн повернулися обличчям до загрози світової епідемії туберкульозу (ТБ). Епідеміологічні дослідження показали, що 95 % усіх випадків туберкульозу припадає на країни, що розвиваються. З початку 1990-х років у країнах Африки і республіках колишнього Радянського Союзу захворюваність на туберкульоз зростала, відповідно, на 10 % і 7 % [4; 6]. Така ситуація склалася через погіршення соціально-економічних умов у країнах Східної Європи, відсутність національних стратегій контролю за туберкульозом та їх державної фінансової і законодавчої підтримки, поширення епідемії ВІЛ-інфекції в Африці та Східній Європі, збільшення міграційних процесів у світі. У 1992 році лише 15 країн світу мали національні програми боротьби з туберкульозом [6].

Незалежна Україна в 1992 році опинилася в економічній скруті, що негайно позначилося на охороні здоров'я та фтизіатричній службі. Зокрема, через нестачу коштів на утримання здійснювалося хаотичне скорочення ліжкового фонду, диспансерів, санаторіїв,

штатів та руйнування матеріально-технічної бази. За умов відсутності державної програми протидії захворюванню на туберкульоз та відповідного фінансування відбулися перерва в постачанні протитуберкульозних препаратів, подальший занепад застарілого діагностичного обладнання, що призвело до неповноцінної діагностики захворювання та лікування хворих і сприяло поширенню епідемії туберкульозу в Україні (рис. 1).

Максимальний рівень епідеміологічних показників зареєстрували в 2005 році, коли захворюваність становила 84,1 випадку, а смертність — 25,3 випадку на 100 тис. населення, що збільшилось порівняно із 1990 роком, відповідно, у 2,6 та у 3,1 разу. Але повернемось до 1995 року, коли у відповідь на погіршення епідеміологічної ситуації влада України оголосила епідемію туберкульозу. Захворювання вийшло за межі груп ризику, які в основному склалися із соціально дезадаптованих осіб, та перекинулося на загальне населення. Національної програми протидії захворюванню на туберкульоз не було,

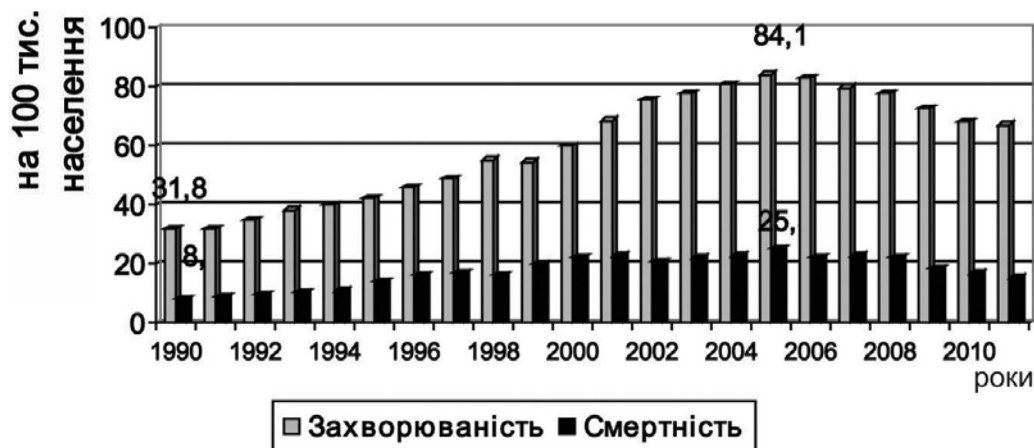


Рис. 1. Динаміка захворюваності та смертності на туберкульоз протягом 1990-2010 років

скрутне фінансове становище не дозволяло забезпечити фінансування протитуберкульозних заходів, тривали негативні тенденції щодо скорочення мережі протитуберкульозних закладів через брак коштів на їх утримання. Контроль за проведенням протитуберкульозних заходів проводився хаотично. На той час країна жила лише за єдиним нормативним документом, що визначав порядок надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, — «Інструкцією щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз». Порядок направлення хворих на санаторне лікування, флюорографічні обстеження населення, застосування туберкулінових проб та БЦЖ-вакцинації, поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів та технологія спостереження за особами, що підлягають диспансеризації, у лікаря-фтизіатра було визначено наказом МОЗ України від 29.07.1996 року № 233, розробленим провідною установою в галузі фтизіатрії — Інститутом фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України. Протягом 7 років Інститут був єдиною структурою, який формував державну політику та розробляв регуляторно-правові та нормативні акти у сфері протидії поширенню епідемії туберкульозу, оскільки в Міністерстві охорони здоров'я не було профільного департаменту, який би забезпечував цю діяльність. Першим історичним регуляторним актом були «Комплексні заходи боротьби з туберкульозом», затверджені Постановою Кабінету Міністрів України

від 23 квітня 1999 року. Комплексні заходи відображали державну політику у сфері протидії туберкульозу та вперше забезпечували централізоване фінансування на закупівлю протитуберкульозних препаратів та флюорографічне обладнання. Вперше в 2000 році із централізованого бюджету на заходи боротьби з туберкульозом було виділено 40 млн грн. До цього часу закупівля протитуберкульозних препаратів здійснювалася на кошти місцевих бюджетів, яких вистачало лише на 1–2 препарати. Така ситуація призвела до формування та поширення хіміорезистентних форм туберкульозу. Далі Інститутом розроблені ще три історичних регуляторно-правові акти, які регламентували державну політику боротьби із туберкульозом: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2000 року № 1480 «Про утворення Міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом»; Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5 липня 2001 року № 2586-III; «Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки», яка була затверджена Указом Президента України від 20 серпня 2001 року № 643/2001. Ці документи визначали правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, визначали пріоритетні заходи подолання туберкульозу в Україні та передбачали реорганізацію туберкульозної служби.

У 2000 році в Міністерстві охорони здоров'я було створене управління соціально небезпечних хвороб, яке почало координувати заходи щодо впровадження державної політики протидії туберкульозу та забезпечувати виконання Національної програми. Розуміючи масштаби поширення епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в Україні, Уряд приймає рішення про створення державного органу управління для боротьби з цими захворюваннями. Постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 року № 759 затверджено утворення Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам у складі Міністерства охорони здоров'я України, робота якого розпочалася із серпня 2007 року і тривала до квітня 2011 року. У 2010 році Указом Президента № 1085 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» створена Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань. Указом Президента України від 8 квітня 2011 року № 441 затверджено «Положення про Державну службу України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, яке регламентувало цьому органу виконавчої влади впроваджувати державну політику у сфері протидії туберкульозу.

У рамках першої Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки МОЗ організувало централізовану закупівлю протитуберкульозних препаратів, поживних середовищ та обладнання. Протягом 2002–2005 років планові призначення становили 274105,9 тис. грн. Фактично було профінансовано станом на 1 січня 2006 року 206680,6 тис. грн, що становило 75,4 % від планових призначень. Протягом виконання Національної програми кошти з державного бюджету виділялися тільки на протитуберкульозні препарати, живильні середовища та флюорографічну техніку.

Незважаючи на щорічне зростання захворюваності на туберкульоз та збільшення контингенту таких хворих, державний

та місцеві бюджети покривали лише від 30 до 50 % реальних потреб фтизіатричної служби. Перша Національна програма не змогла призупинити темпи поширення епідемії туберкульозу в Україні. Необхідно було започатковувати нові, більш дієві стратегії та заходи для подолання епідемії.

За ініціативою ВООЗ була розроблена стратегія контролю над туберкульозом, яка гарантувала найкращий спосіб застосування існуючих протитуберкульозних препаратів, — DOTS (Directly Observed Treatment Short-course), що означає «суворо контрольоване лікування коротким курсом антимікобактеріальної терапії». Стратегія DOTS (ДОТС) складалася з 5 компонентів [5; 8]:

1. Державна підтримка контролю і нагляду за ТБ (Уряд країни має підтримувати стратегію ДОТС та фінансувати її. Для цього необхідна урядова програма щодо впровадження ДОТС та навчання медичних працівників із питань її реалізації).

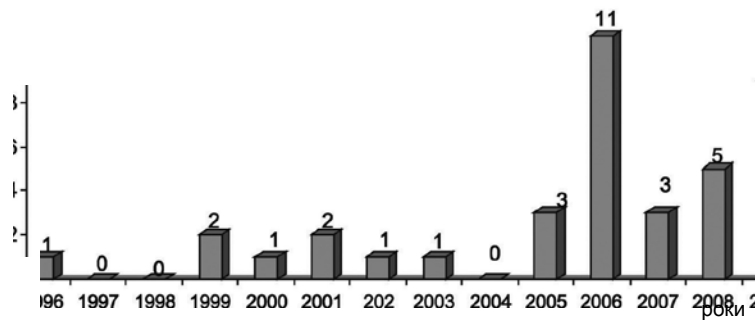
2. Виявлення випадків захворювання на туберкульоз за зверненням у заклади загальнолікувальної мережі методом мікроскопії мазка.

3. Лікування хворих на туберкульоз (безпосередній контроль із боку медичних працівників за прийманням протитуберкульозних препаратів протягом стандартизованого короткого курсу лікування).

4. Регулярне безперервне постачання протитуберкульозних препаратів гарантованої якості через ефективну систему їх закупівель.

5. Моніторинг та оцінка результатів лікування (стандартна система реєстрації та звітності, яка заснована на кварталному коргортному аналізі).

Ця стратегія почала широко впроваджуватися у країнах світу, що розвиваються, з великим тягарем туберкульозу, в яких переважно були відсутні фтизіатричні служби та національні програми боротьби з туберкульозом [3]. У 2001 році ВООЗ розпочала 5-річний пілотний проект у Донецьку щодо впровадження ДОТС-стратегії. Почався новий історичний етап в Україні



**Рис. 2. Динаміка прийняття важливих регуляторно-правових та нормативних актів у сфері протидії туберкульозу**

на шляху подолання епідемії туберкульозу. ДОТС-стратегія не охоплювала всі напрями боротьби з туберкульозом і в цілому не була досконалою. Недоліки виявлялися в обсягах впровадження діагностичних та лікувальних заходів, що прямо залежало від фінансових можливостей країни. Оскільки вона була запропонована для найбідніших країн, у яких взагалі були відсутні протитуберкульозна служба та мережа лабораторій з бактеріологічної діагностики туберкульозу і вкрай недостатнє фінансування в галузі медицини, то були розроблені найекономічніші заходи для кожного компоненту ДОТС-стратегії, які дозволяють контролювати рівень захворюваності в країні. Економічний варіант виявлення і діагностики туберкульозу згідно з ДОТС-стратегією не передбачає посів харкотиння на поживні середовища, що потребує додаткових фінансових витрат на утворення, утримання та розвиток лабораторій із бактеріологічної діагностики туберкульозу. Відсутність бактеріологічних досліджень негативно впливає на якість та ефективність діагностики та лікування туберкульозу, оскільки цей метод у 100 разів є чутливішим за метод мікроскопії, дозволяє ідентифікувати збудника захворювання і визначити його чутливість до антибактеріальних препаратів. Поза увагою ДОТС-стратегії була діагностика туберкульозу в дітей, діагностика та лікування мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, хірургічне лікування хворих на туберкульоз.

Впровадження ДОТС-стратегії в чистому вигляді без урахування особливостей епідемії у країнах, де була фтизіатрична служба,

призводило до великої кількості невдач лікування, збільшення рівня смертності, збільшення рецидивів захворювання та мультирезистентного туберкульозу [3; 11]. Усі ці недоліки виявлялися під час реалізації ДОТС у країнах світу, в тому числі в Донецькій області. У відповідь на це в Україні була запроваджена адаптована ДОТС-стратегія, яка була затверджена наказом МОЗ України від 15 листопада 2005 року № 605 «Про впровадження ДОТС-стратегії в Україні» та задекларована Указом Президента України від 14 лютого 2006 року № 132 «Про рішення Ради національної безпеки та оборони України від 18 січня 2006 року «Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами». Заходи адаптованої ДОТС-стратегії передбачали усі напрями надання фтизіатричної допомоги населенню, у тому числі діагностику і лікування мультирезистентного туберкульозу, ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ, туберкульозу в дітей.

З 2005 року, коли спостерігався найвищий рівень захворюваності та смертності від туберкульозу, країна значно посилила свою відповідь на епідемію туберкульозу. З цього часу суттєво збільшується кількість важливих регуляторно-правових та нормативних актів у сфері протидії туберкульозу (рис. 2). Від 2006 року їх прийнято 28 проти 11 до 2005 року включно.

Найважливішим із цих документів був Закон України від 8 лютого 2007 року № 648/V, що затверджував Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки. Нова

Програма базувалася на принципах сучасної міжнародної стратегії протидії туберкульозу «Зупинити туберкульоз», яка була запропонована ВООЗ на зміну ДОТС-стратегії та ДОТС-плюс стратегії. З 2006 року суттєво збільшується рівень фінансування заходів Загальнодержавної програми як із централізованого, так і з місцевих бюджетів (рис. 3). У 2011 році фінансування на заходи програми з централізованого бюджету становило 175,78 млн грн, що на 64,28 млн грн більше, ніж у 2006 році на початку виконання Програми. Відбулося суттєве збільшення фінансування заходів Програми з місцевих бюджетів. Переважна більшість коштів була спрямована на покращення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів, створення та оснащення відділень для хіміорезистентного туберкульозу та відділень і палат для осіб, що ухиляються від лікування, а також на розвиток мережі з лабораторної діагностики туберкульозу.

Аналізуючи діяльність, яка була спрямована на контроль за туберкульозом в Україні, можна відзначити, що основним фактором, який позитивно вплинув на епідеміологічну ситуацію, була політична та фінансова підтримка заходів боротьби з туберкульозом на центральному та регіональному рівнях. За цей період сформований координаційний механізм втілення державної політики протидії туберкульозу, який очолює Національна рада з проблем ВІЛ/інфекції/СНІДу та туберкульозу при Кабінеті Міністрів України. У кожній області України працюють регіональні ради як на

обласному, так і на районному рівні, яку очолюють заступники губернаторів.

Втілення державної політики протидії туберкульозу за підтримки міжнародних партнерів (ВООЗ, РАТН), що спрямована на стабільне фінансування, контроль за виконанням заходів Програми на всіх рівнях, дали позитивні результати. Після 14-річного періоду поширення епідемії з 2006 року нарешті відбулося зниження рівня захворюваності на туберкульоз та смертності від нього. Рівень захворюваності на туберкульоз із 2005 року знизився на 20 % і становив у 2011 році 67,2 випадку на 100 тис. населення. В абсолютних цифрах у 2011 році зареєстровано 30 659 випадків туберкульозу, що на 8 949 хворих менше, ніж у 2005 році. Рівень смертності з 2005 року, коли відзначали пік цього показника, знизився на 40 % і становив у 2011 році 15,2 на 100 тис. населення. Таке суттєве зниження показника смертності відбулося через те, що змінилася структура хворих на вперше діагностований туберкульоз. У 2011 році серед хворих із новими випадками було 13,6 % хворих із ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ. Рівень летальності серед цього контингенту набагато вищий, ніж серед ВІЛ-негативних пацієнтів. Усі випадки смерті від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ реєструються як випадки смерті від СНІДу, а не туберкульозу. Для порівняння: у 2005 році, коли рівень смертності був найвищим, питома вага хворих із ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ серед пацієнтів з новими випадками туберкульозу становила 8,1 %, що на 40 % менше, ніж в 2011 році [2].



Рис. 3. Динаміка фінансування заходів протидії поширення туберкульозу в Україні

За цей період (з 2005 року) на 20 % знизився та стабілізувався рівень захворюваності серед підлітків і в 2011 році становив 27,7 випадку на 100 тис. відповідного населення. Показники захворюваності дітей на туберкульоз за весь період незалежності України не зазнали змін і коливалися на рівні 8,9–9,4 випадку на 100 тис. дитячого населення. Проте незважаючи на тенденцію щодо зниження показників захворюваності на туберкульоз та смертності від цієї хвороби, епідемічна ситуація із туберкульозу в Україні все ще залишається складною. Україна віднесена до групи країн із високим рівнем захворюваності на туберкульоз і має вищий рівень захворюваності, ніж у більшості країн Центральної та Східної Європи [10]. Щорічно на туберкульоз захворюють близько 30 тисяч людей та понад 6 тисяч людей помирає від цієї недуги. Виліковується від туберкульозу приблизно 60 % від захворілих. Близько 8 % уперше захворілих переривають лікування, 12 % – помирають [2].

З'явилися нові проблеми, які ставлять країну під загрозу поширення епідемії мультирезистентного туберкульозу. За даними ВООЗ, в Україні мультирезистентний туберкульоз діагностовано у 16 % хворих, у яких уперше виявлено захворювання, та 44 % хворих із його рецидивом. У 2011 році кількість випадків уперше діагностованого – виявленого і підтвердженого мультирезистентного туберкульозу становила 4298 (у 2010 році – 4056, у 2009 році – 3225) [1]. Основною причиною розвитку мультирезистентного туберкульозу для всіх країн світу є суттєві про-

галини в реалізації програми контролю за туберкульозом, а саме: відсутність швидкої лабораторної діагностики ТБ і мультирезистентного туберкульозу; відсутність адекватного інфекційного контролю щодо туберкульозу в медичних закладах; низька якість контрольованого лікування та низька прихильність до лікування з боку хворих; нерегулярні поставки протитуберкульозних препаратів та недостатня кількість протитуберкульозних препаратів II ряду для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз [6]. Усі ці хиби притаманні Україні, і ще доповнюються специфічними для нашої держави причинами, які пов'язані із системою охорони здоров'я: відсутністю підходу у веденні випадку туберкульозу, що орієнтований на хворого, через існуючу систему фінансування закладів на ліжко, а не на медичні послуги; перевагою стаціонарного лікування над амбулаторним і тривалим перебуванням в умовах стаціонару хворих на туберкульоз, що сприяє внутрішньоолікарняному поширенню захворювання.

Іншим проблемним питанням у контролі за туберкульозом в Україні є постійне збільшення захворюваності та смертності від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, оскільки з кожним роком збільшується захворюваність на ВІЛ-інфекцію та кількість людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом. Із 2001 року показники захворюваності та смертності від поєднаної інфекції збільшилися у 10 разів (рис. 4).

Високий показник смертності від ко-інфекції обумовлений тим, що у значній кількості хворих захворювання виявля-



Рис. 4. Захворюваність та смертність від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в Україні

ється на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції через атипичний перебіг туберкульозу [7; 9]. Поширення масштабів проблеми мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ вимагає дієвих заходів із боку держави. З огляду на це був переглянутий Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» та затверджено його нову редакцію від 19 квітня 2012 року (зі змінами, внесеними Законом України від 22 березня 2012 року № 4565 «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз». У новій редакції Закону введено поняття про інфекційний контроль за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз; регламентовано те, що лікування може проводитися насамперед амбулаторно, також в умовах стаціонару і вдома при відмові пацієнта від госпіталізації, тобто медична допомога орієнтована більше на пацієнта, ніж на медичний заклад.

На підставі аналізу організаційних та фінансових прогалин у впровадженні Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки та у відповідь на поширення мультирезистентного туберкульозу Україна розробила 5-річний план профілактики та подолання мультирезистентного туберкульозу, для впровадження якого Україна потребує додаткових фінансових і технічних ресурсів, які перевищують можливості державного бюджету. Україна підготувала заяву до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією по компоненту «Туберкульоз», на 9-й раунд у 2009 році. Національною радою з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу затверджений основний реципієнт гранту Благодійного фонду Ріната Ахметова «Розвиток України». У листопаді 2010 року була підписана грантова угода на загальну суму 92 млн дол. США. Ці кошти є комплементарними до державного фінансування заходів нової Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на

2012–2016 роки та спрямовані на розвиток сучасної мережі з лабораторної діагностики туберкульозу, підвищення якості медичних послуг щодо діагностики та лікування для уразливих груп населення, діагностики та лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, розвиток інформаційної кампанії для соціальної мобілізації суспільства для боротьби із туберкульозом.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 року №13.41-р затверджено концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки. Нова Програма містить низку заходів щодо зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення спроможності закладів первинної та вторинної медичної допомоги у напрямі профілактики захворювання на туберкульоз шляхом запровадження регулярних медичних оглядів населення та надання якісної інтегрованої допомоги для своєчасного виявлення туберкульозу, профілактики та лікування захворювань, які підвищують ризик захворювання на туберкульоз; посилення можливостей лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу для діагностики всіх випадків захворювання шляхом оптимізації кількості лабораторій I–III рівнів, забезпечення функціонування центральної референс-лабораторії, доукомплектування сучасним обладнанням, застосування швидких молекулярно-генетичних тестів для діагностики звичайного та мультирезистентного туберкульозу, навчання персоналу та забезпечення зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень на всіх рівнях; запровадження сучасних заходів інфекційного контролю за туберкульозом у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз і зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів; запровадження у сфері протитуберкульозної допомоги підходу до надання медичної допомоги, що орієнтований на пацієнта, шляхом де-

централізації надання медичної допомоги; підвищення якості контрольованого лікування через розгалужену мережу кабінетів контрольованого лікування в закладах охорони здоров'я; посилення координації протитуберкульозної та служби протидії ВІЛ/СНІДу щодо виявлення випадків туберкульозу, своєчасного діагностування мультирезистентного туберкульозу, розширення профілактичного лікування латентної туберкульозної інфекції для людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом, забезпечення профілактики ВІЛ у протитуберкульозних закладах шляхом охоплення тестуванням на ВІЛ, запровадження послуг зі зниження шкоди та забезпечення доступу до антиретровірусного лікування всім ВІЛ-інфікованим особам, хворим на туберкульоз; посилення взаємодії та координації між МОЗ, Державною пенітенціарною службою, Міністерством соціальної політики, Міністерством освіти, молоді та спорту України та громадськими організаціями щодо своєчасної діагностики і лікування хворих на звичайний та мультирезистентний туберкульоз осіб із груп ризику, зокрема бездомних осіб, осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, та організації контрольованого лікування хворих на активний туберкульоз, що звільнилися з місць позбавлення волі.

У розрахунки до Програми були закладені кошти на закупівлю сучасного обладнання та витратних матеріалів для швидкої молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу. Проте ще й досі в Україні не затверджено Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки. Її проект схвалений на засіданні Уряду лише 25 липня 2012 року і зареєстрований у Верховній Раді через два дні, 2 жовтня 2012 року розглянутий на засіданні Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я і рекомендований до затвердження. Ще має минути не менше 2–3 місяців до набуття Законом чинності у разі підписання його Президентом країни, що спричиняє значні труднощі у реалізації протитуберкульозних заходів у адміністративних територіях, бо на місцях не можуть бути прийня-

ті регіональні програми, які відповідали б загальнодержавній.

Необхідно зазначити, що після прийняття Програми Міністерству охорони здоров'я слід відразу ж ініціювати зміни щодо перегляду фінансування, яке не дозволяє реалізовувати заходи щодо швидкої діагностики туберкульозу і лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз. Фінансування нової Програми було переглянуто і суттєво зменшено ще на етапі узгодження проекту Програми з центральними органами виконавчої влади. Міністерство фінансів України та Міністерство економічного розвитку України не погоджували Програму через значне збільшення обсягів фінансування у порівнянні з попередньою Програмою. Міністерство фінансів наполягало на фінансуванні Програми в обсягах минулих років, яке було передбачено лише на закупівлю протитуберкульозних препаратів та витратних матеріалів для діагностики туберкульозу. При цьому поза фінансуванням опинилося сучасне обладнання для швидкої діагностики мультирезистентного туберкульозу за допомогою молекулярно-генетичних методів та рентгенологічне обладнання. Погодження Програми відбулося тільки після виконання умов Міністерства фінансів щодо зменшення обсягів фінансування до рівня 2011 року. Було переглянуто перелік обладнання (значно зменшено закупівлю рентгенологічного обладнання, фібробронхоскопів, торакоскопів для діагностики туберкульозу), витратних матеріалів та схем протитуберкульозного лікування у рамках виконання нової Програми і зменшено обсяги фінансування для закладів Міністерства охорони здоров'я і Державної пенітенціарної служби, Національної академії медичних наук (ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» та Центральної референс-лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу НАМН України) на 46,6 %. Ураховуючи збільшення кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз, вартість лікування якого в 100 разів перевищує вартість лікування



звичайного туберкульозу, за таких умов фінансування виникнуть серйозні проблеми із швидкою діагностикою цієї форми захворювання та забезпеченням хворих необхідними протитуберкульозними препаратами II ряду, що не дозволить подолати епідемію туберкульозу. Зволікання з упровадженням новітніх технологій діагностики туберкульозу буде призводити до поширення епідемії туберкульозу та нераціонального використання бюджетних коштів. Рутинні методи діагностики (мікроскопія мазка мокротиння і культуральне дослідження на твердих середовищах) уже сьогодні призводять до затримки встановлення діагнозу та подальшого лікування. Тому після затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки для поліпшення ситуації у контролі за протитуберкульозними заходами в Укра-

їні необхідно ініціювати зміни до Програми щодо фінансування. Важливим аспектом є покращення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів, що вимагає збільшення фінансування з місцевих бюджетів. У більшості областей України цей процес уже відбувається, проте ще далеко не в усіх. Хворі на різні форми туберкульозу полишають стаціонари, де повинна здійснюватись їх ізоляція, або взагалі відмовляються від госпіталізації через жахливі умови в протитуберкульозних диспансерах та лікарнях.

Тож якщо в Україні буде забезпечений належний рівень фінансування та політична воля щодо реалізації Загальнодержавної програми боротьби з туберкульозом, якщо зберігатиметься увага до цієї проблеми та соціальна мобілізація суспільства, то в найближчі 5 років можна буде говорити про подолання епідемії.

### Список літератури

1. Александріна Т. А. Особливості епідемії туберкульозу в Україні / Т. А. Александріна // Туберкульоз. Легеневі захворювання. ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 2. – С. 7-13.
2. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник / за ред. О. К. Толстаново. – Кіровоград : Поліум, 2012. – 97 с.
3. Фещенко Ю. І. Етапи боротьби з туберкульозом та DOTS-програма // Ю. І. Фещенко // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 6. – С. 3–10.
4. Evolution of tuberculosis control and prospects for reducing tuberculosis incidence, prevalence, and deaths globally / C. Dye, C.J. Dye, D.M. Bleed [et al] // JAMA. – 2005. – Vol. 293, № 22. – P. 2767–2775.
5. Frieden, T.R. The DOTS Strategy for Controlling the Global Tuberculosis Epidemic / T.R. Frieden, S.S. Munsiff // Clin. Chest Med. – 2005. – Vol. 26, № 2. – P. 197–205.
6. Maher D. Global Epidemiology of Tuberculosis D. Maher, M. Raviglione // Clin. Chest Med. – 2005. – Vol. 26, № 2. – P. 167–182.
7. Raghavan S. Immunogenetics of HIV and HIV associated tuberculosis / S. Raghavan, K. Alagarasu, P. Selvaraj // Tuberculosis. – 2012. – Vol. 92. – P. 18-30.
8. Raviglione M. C. WHO's new Stop TB Strategy / M.C.Raviglione, M.W.Uplekar // Lancet. – 2006. – Vol. 367. – P. 952–955.
9. Treatment outcomes of patients with HIV and tuberculosis / P. Nahid, L. C. Gonzalez, I. Rudoy // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2007. – Vol. 175, № 12. 1. – P. 1102–1103.
10. World Health Organization. Global tuberculosis control / WHO : Geneva, 2011. – 204 p.
11. 125 Years after Robert Koch's discovery of the tubercle bacillus: the new XDR-TB threat. Is «science» enough to tackle the epidemic? / G. B. Migliori, R. Loddenkemper, F. Blasi, M. C. Raviglione // Eur. Respir. J. – 2007. – Vol. 29. – P. 423–427.

## Резюме

## Summary

### Епідемія туберкульозу в Україні: історичні аспекти та сучасний стан проблеми

Ю. І. Фещенко, С. А. Черенько

Проаналізовано епідемічну ситуацію з туберкульозу в Україні в історичному аспекті до теперішнього часу. Наведені організаційні заходи, які були спрямовані на подолання епідемії, досягнення та проблеми контролю за туберкульозом. З 2006 року спостерігається тенденція до покращення епідемічної ситуації, проте з'явилися нові виклики – поширення мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, які можуть призвести до нового витка епідемії, якщо не буде посилена відповідь з боку держав при реалізації нової Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки.

**Ключові слова:** туберкульоз, епідемічна ситуація, програма контролю за туберкульозом.

### Tuberculosis Epidemic in Ukraine: Historical Aspects and Current Situation

Yu. I. Feschenko, S. O. Cherenko

The article presents the analysis of tuberculosis epidemic situation in Ukraine in the past and nowadays. It tells about the measures taken to overcome the epidemic, achievements in this area and tuberculosis control issues. The epidemic situation has been showing improving trends since 2006, however, new challenges arose – spread of multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis/HIV co-infection which may cause a new epidemic outbreak unless the government gives a proper response in the course of implementation of the new 2012–2016 National Targeted Social Tuberculosis Control Programme for 2012–2016.

**Key words:** tuberculosis, epidemic situation, tuberculosis control programme.

### Эпидемия туберкулеза в Украине: исторические аспекты и современное состояние проблемы

Ю. И. Фещенко, С. А. Черенько

Проанализирована эпидемическая ситуация по туберкулезу в Украине в историческом аспекте до настоящего времени. Приведены организационные мероприятия, которые были направлены на борьбу с эпидемией, достижения и проблемы контроля за туберкулезом. С 2006 года наблюдается тенденция к улучшению эпидемической ситуации, однако появились новые вызовы – распространение мультирезистентного туберкулеза и ко-инфекции туберкулез/ВИЧ, которые могут привести к новому витку эпидемии, если не будет усилен ответ со стороны государства при реализации новой Общегосударственной целевой социальной программы противодействия туберкулезу на 2012–2016 годы.

**Ключевые слова:** туберкулез, эпидемическая ситуация, программа контроля за туберкулезом.