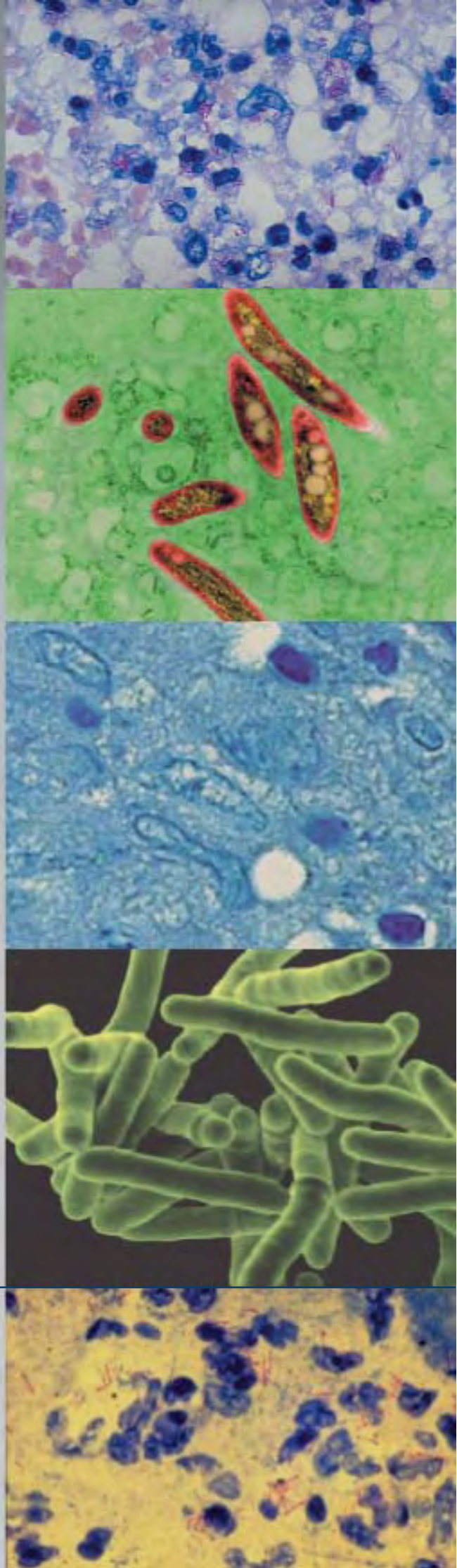
Аналіз виконання Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001–2005 роки



Звіт

13-24 лютого 2006 р.

Міністерство охорони здоров'я України

Аналіз виконання Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001–2005 роки

Звіт

13-24 лютого 2006 р.

Київ • 2007

Видано за підтримки американського народу через проект Регіональної місії Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в Україні, Білорусі та Молдові «Визначення політики з питань здоров'я»

Інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України
Агентство США з міжнародного розвитку
Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
Програма оптимальних технологій у охороні здоров'я
Проект USAID | «Визначення політики з питань здоров'я»

Робоча група:

Барбова Анна
Берюшова Олена
Білогорцева Ольга
Бурятинський Володимир
Галімський Олексій
Гамазіна Катерина
Гук Андрій
Даду Андрій
Іваненко Тамара
Клочков Олександр
Колос Лариса
Крижанівський Дмитро
Лайман Вайра
Луельмо Фабіо
Міскініс Кестутіс
Ніколаєва Ольга
Ніцой Анастасія
Новохатська Марія
Річардсон Д'Арсі
Сакальська Ольга
Сінцов Василь
Скотаренко Лілія
Сметаніна Оксана
Соловіч Іван
Турченко Леонід
Фельдман Кнут
Фещенко Юрій
Царенко Анатолій
Черенько Світлана
Щербак-Верлань Богдана
Янн Олена

УДК 616.98.616-036.22:614.4 (477.62)

Наукове видання

Аналіз виконання національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001–2005 роки. Звіт. Барбова А., Берюшова О., Білогорцева О., Бурятинський В., Галімський О., Гамазіна К., Гук А. та ін. — К.: Видавництво Раєвського, 2007: 56 с.

Метою видання є оцінка Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001–2005 роки та існуючої системи контролю за туберкульозом. До підготовки звіту було залучено міжнародних і національних експертів, фахівців обласних протитуберкульозних служб, Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського, Київського і Севастопольського міських протитуберкульозних диспансерів. У роботі групи з оцінки програми також взяли участь національні та міжнародні організації, такі як USAID, PATH, ВООЗ, Проект USAID | «Визначення політики з питань здоров'я». Видання призначається для фахівців, які працюють у сфері боротьби з епідемією туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, працівників закладів охорони здоров'я і для посадових осіб, які приймають рішення на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади.

Підготовлено до друку та надруковано за сприяння Проекту USAID | «Визначення політики з питань здоров'я»/Технічне завдання 1.

Проект фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) за контрактом №GPO-I-01-05-00040-00.

Представлені у книзі погляди та думки є точками зору авторів і не завжди співпадають з позицією Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та уряду США. Відповідальність за погляди та думки, викладені у книзі, несуть виключно зазначені автори. Документ можна без обмежень рецензувати, відтворювати, перекладати, частково чи повністю, з обов'язковим посиланням на джерело, але не можна продавати чи використовувати у комерційних цілях.

ISBN 966-7016-38-2

ВИДАВНИЦТВО РАЄВСЬКОГО, КИЇВ 2006

Україна, 01034 Київ-34, а/с 108, т. 2351001. Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців ДК №1989

Підписано до друку 16.2.2007 р. Умовн. друк. арк. 3,5; обл.-видав. арк. 3,5. Наклад 5000 прим. Зам. №6-87.

Друк: ЗАТ «Книга», Київ-53, Артема, 25. Свідоцтво про внесення до Держреєстру виготовників Серія ДК№2325 від 25.10.05

ЗМІСТ

Резюме 5

1. Вступ 11

2. Завдання та структура аналізу виконання Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз 12

3. Епідеміологія туберкульозу в Україні 13

4. Зобов'язання уряду та політика щодо контролю за туберкульозом в Україні 15

5. Організація заходів щодо контролю за туберкульозом 17

6. Діагностика та виявлення туберкульозу в Україні 19

7. Лабораторна служба з діагностики туберкульозу 21

8. Лікування туберкульозу 23

9. Профілактика туберкульозу 26

10. Протитуберкульозні лікарські препарати та обладнання 27

11. Фінансування протитуберкульозних заходів 29

12. Трудові ресурси протитуберкульозної служби та їх розвиток 31

13. Система реєстрації та звітності національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз 33

14. Моніторинг і оцінка заходів з контролю за туберкульозом 35

15. Туберкульоз і ВІЛ/СНІД 36

16. Заходи з контролю за туберкульозом у пенітенціарній системі 38

17. Дослідження в галузі контролю за туберкульозом 39

18. Партнери з контролю за туберкульозом в Україні 41

Додаток I. Учасники місії з проведення спільного аналізу виконання програми та залучені особи 44

Додаток II. Зустрічі, проведені учасниками місії з аналізу виконання Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001-2005 роки 45

Додаток III. Додаток до Наказу МОЗ України №610 47

Додаток IV. Адміністративна карта України 49

Додаток V. Загальна інформація про Україну 49

Додаток VI. Деякі статистичні дані щодо захворюваності на туберкульоз в Україні 51

Додаток VII. Термінологічний словник 54

Умовні скорочення

АМН — Академія медичних наук
баквідділ — бактеріологічний відділ
БЦЖ — бацила Кальметта-Герена
ВІЛ — вірус імунодефіциту людини
ТБ — туберкульоз
ВООЗ — Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ГЛФ — Глобальний лікарський фонд
ДОТС-стратегія — див. Додаток VII
ІС — інформаційна система
КМУ — Кабінет Міністрів України
КСБ — кислотостійкі бактерії
МВС — Міністерство внутрішніх справ
МіО — моніторинг і оцінка
МОЗ — Міністерство охорони здоров'я
МРТБ — мультирезистентний туберкульоз
НУО — неурядова організація
СЕС — санітарно-епідеміологічна служба
СІЗО — слідчий ізолятор
СНІД — синдром набутого імунодефіциту людини
РАТН — Програма оптимальних технологій в галузі охорони здоров'я
USAID — Агентство США з міжнародного розвитку

Резюме

Міністерство охорони здоров'я України залучило міжнародних та національних експертів, співробітників обласних протитуберкульозних служб, Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського, Київського та Севастопольського міських протитуберкульозних диспансерів для проведення аналізу заходів щодо контролю за туберкульозом. У роботі групи з оцінки програми взяли участь національні та міжнародні організації, такі як Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), PATH, ВООЗ, Проект USAID|«Визначення політики з питань здоров'я».

Зростання захворюваності та смертності від туберкульозу протягом останніх десяти років викликає значне занепокоєння уряду. На протидію захворюванню на туберкульоз було видано низку нормативно-правових актів: Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року „Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами"» №132/2006 від 14.02.2006 р.; Постанова Верховної Ради України «Про рекомендації парламентських слухань на тему „Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання"» №989-IV від 19.06.2003 р.; накази МОЗ України, зокрема Наказ МОЗ України «Про впровадження в Україні адаптованої ДОТС-стратегії» №610 від 15.11.2005 р.

Головною метою місії була оцінка існуючої системи контролю за туберкульозом та програми відповідних заходів, на основі яких розроблено рекомендації до Державної цільової програми щодо контролю за туберкульозом на 2007–2011 роки. Програма передбачатиме підвищення ефективності заходів зі скорочення смертності, захворюваності та поширення туберкульозу і ґрунтується на засадах ДОТС-стратегії, адаптованої до умов України. Верховна Рада України схвалила розробку такої стратегії у 2003 році. В Україні вже існує досвід з впровадження заходів, які базуються на ДОТС-стратегії, у пілотних проектах у місті Києві та у Донецькій області, розпочато роботу в інших областях (Харківській, Дніпропетровській, Херсонській, Запорізькій областях, в Автономній Республіці Крим та у місті Севастополі).

Групи експертів відвідали п'ять регіонів та ознайомились з роботою програм з контролю за туберкульозом (у Львівській, Житомирській, Кіровоградській, Харківській та Одеській областях), відвідали головні національні установи, отримали дані від центральних установ та пілотних проектів. Учасники робочих груп обговорили структуру попередньої програми, ресурси та існуючі заходи з протидії туберкульозу, відзначили основні досягнення та слабкі сторони, запропонували ключові рекомендації з поліпшення ефективності заходів.

Основні висновки аналізу:

На всіх рівнях існує значна політична підтримка заходів з контролю за туберкульозом, спрямована на поліпшення ефективності використання наявних ресурсів, включаючи людські та фінансові ресурси. На законодавчому рівні та за наказом МОЗ України №610 було схвалено впровадження ДОТС-стратегії, адаптованої до українських умов, заходи з впровадження якої визнано доказово ефективними серед міжнародних експертів. На національному, обласному та місцевому рівнях з відповідних бюджетів фінансується проведення безоплатної профілактики, діагностики та лікування хворих на туберкульоз. Зовнішня технічна та фінансова підтримка надходить з різних джерел, зокрема від USAID. Фінансування заходів контролю за туберкульозом здійснюється також за рахунок кредиту Світового банку.

Медичні заклади переважно усвідомлюють та підтримують необхідність прийняття та впровадження нової національної стратегії. Декілька областей вже втілили в життя елементи більш ефективного контролю за туберкульозом і володіють першою інформацією за даними моніторингу результатів. В інших областях та у вищих навчальних медичних закладах спеціалісти зацікавлені взяти участь у тренінгах з впровадження удосконалених методик контролю за туберкульозом.

За наказом МОЗ України розробляються заходи державної цільової програми на 2007–2011 роки. Однак на рівні Міністерства не існує органу управління національною програмою (розробка, удосконалення, впровадження, контроль за виконанням).

Проте існує значна кількість юридичних документів (закони, укази, постанови, накази), які регулюють сферу контролю за туберкульозом. Відсутній єдиний посібник (методичні рекомендації) зі стратегії контролю за туберкульозом в країні (проект розроблених методичних рекомендацій до Національної програми контролю за туберкульозом наразі обговорюється). Відтак, заходи щодо контролю за туберкульозом на обласному та районному рівнях не завжди відповідають національним та міжнародним стандартам, існуючі індикатори оцінки ефективності заходів контролю за туберкульозом не передбачають оцінки їхньої якості, оскільки базуються на відсотковому охопленні населення заходами, а не на відсотку отриманого результату, на який він був націлений.

Інститут фтизіатрії та пульмонології АМН України, мережа регіональних та міських протитуберкульозних диспансерів забезпечені кваліфікованим персоналом та матеріальними ресурсами для ведення випадків туберкульозу. Мережа протитуберкульозних закладів надає послуги з діагностики та лікування хворим на туберкульоз за допомогою рентгенологічних, бактеріологічних та інших методів. Крім того, медичні заклади загально-лікувальної мережі поступово впроваджують технології виявлення випадків захворювання на туберкульоз за допомогою мікроскопії мазка мокротиння. Водночас, доволі розповсюджені практики, що визнані неефективними з точки зору клінічної та економічної ефективності. Прикладами таких заходів є масовий флюорографічний скринінг, неправильний відбір пацієнтів для проведення мікроскопії мазка мокротиння, багаторазова ревакцинація БЦЖ, госпіталізація інфікованих пацієнтів, які не є бактеріовиділювачами.

Відсутня мережа бактеріологічних лабораторій з діагностики туберкульозу, бактеріологічні відділи, де виконуються бактеріологічні дослідження на туберкульоз, не відокремлені від клініко-діагностичних лабораторій, відсутні нормативно-правові документи, які б регламентували організацію, функціонування та фінансування мережі. Матеріально-технічне забезпечення бактеріологічних відділів перебуває в незадовільному стані, тому неможливо забезпечити високу діагностичну ефективність досліджень. Відсутня система забезпечення якості результатів дослідження мазка мокротиння. Вона впроваджується лише в пілотних регіонах, так як потребує додаткових коштів. Оскільки баквідділи клініко-діагностичних лабораторій не є самостійними підрозділами протитуберкульозних закладів, в їх функціональні обов'язки не входить планування бюджету лабораторії, планування підготовки спеціалістів для лабораторної мережі. На сьогоднішній день існує значна потреба у проведенні тренінгів та навчанні фахівців. Певну частину наукових досліджень, тренінгів, розробку методичних документів та надання практичної й організаційної допомоги для фахівців країни виконує лабораторія мікробіології Інституту фтизіатрії та пульмонології, але вона не визначена МОЗ України як Центр для здійснення загальної координації та моніторингу діяльності мережі лабораторних служб. На сьогоднішній день до МОЗ України подано типові положення про лабораторії з діагностики туберкульозу I-IV рівнів і табелі оснащення для лабораторій кожного рівня, затвердження цих документів прискорить виконання відповідного Указу Президента України №132, прийнятого у 2006 році, про створення у кожному регіоні мережі бактеріологічних лабораторій [1].

Діагноз «туберкульоз» встановлюється виключно спеціалістом-фтизіатром на підставі клінічних, рентгенологічних даних та результатів мазка мокротиння. Часто між першим відвіданням пацієнтом медичного

1 Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року „Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами"» №132/2006 від 14.02.2006 р.

закладу та початком лікування проходить значний період часу, оскільки існує двох-трьохрівнева система направлення на лікування: лікувально-профілактичні заклади, районний фтизіатр, обласний фтизіатр. У випадках пацієнтів із бактеріовиділенням такі дії призводять до підвищення ризику поширення захворювання на туберкульоз в суспільстві та зростання транспортних витрат самого пацієнта.

Лікування у стаціонарі триває значно довше двох місяців, оскільки не налагоджена система контрольованого амбулаторного лікування та відсутня соціальна підтримка хворих (в багатьох випадках стаціонарне лікування виконує соціальну функцію); виписка пацієнта з лікарні часто залежить від рентгенологічного підтвердження та (а не «або») негативного результату бактеріологічного дослідження, оскільки в Україні критерієм виліковування є загоєння каверн. Прийом препаратів, навіть у стаціонарі, не завжди проходить під безпосереднім наглядом медичного персоналу, оскільки відсутній належний контроль з боку адміністрації протитуберкульозного закладу та МОЗ України. В амбулаторних умовах прийом препаратів не завжди контролюється, ліки видаються хворим на руки на 7–10 днів. В Україні існують стандартні схеми лікування, які відповідають вимогам ВООЗ, однак процес лікування не завжди відбувається за рекомендованими стандартами, в тому числі й через брак контролю з боку адміністрації лікувальних закладів та МОЗ України. Лікування здійснюють із застосуванням протитуберкульозних препаратів, рекомендованих ВООЗ, але при цьому застосовують роздільні протитуберкульозні препарати, що передбачає велику кількість таблеток і, в деяких випадках, негативно впливає на формування прихильності до лікування. Комбіновані протитуберкульозні препарати з фіксованими дозами, які передбачають невелику кількість таблеток, майже не застосовуються. Вилікувані пацієнти перебувають під наглядом протягом 3-х років, що регламентовано системою диспансеризації хворих на туберкульоз. Відсутній механізм формування прихильності до регулярного прийому ліків серед пацієнтів соціально уразливих груп (зокрема, майже відсутня практика соціальної підтримки хворих на туберкульоз).

Після закупівлі основних протитуберкульозних препаратів не здійснюється зовнішній контроль їхньої якості. Хоча постачання основних препаратів загалом задовільне, їх запаси є незначними, що підвищує ризик переривання лікування (за міжнародними рекомендаціями, кожен заклад повинен мати річний запас препаратів як I, так і II ряду). Через відсутність належного контролю з боку МОЗ та національних рекомендацій з використання препаратів другого ряду, протоколу ведення мультирезистентних форм туберкульозу, широко використовуються препарати другого ряду (йдеться, в тому числі, й про необґрунтоване їх призначення), що провокує розвиток резистентних форм туберкульозу.

Профілактичні заходи включають вакцинацію і ревакцинацію БЦЖ, профілактику серед контактів та у групах ризику, а також масовий скринінг шляхом туберкулінодіагностики та флюорографії. Повторна вакцинація та масовий скринінг майже не впливають на поширення туберкульозу. Під масовий скринінг шляхом флюорографії підпадають групи ризику, регламентовані Наказом МОЗ України №233 від 29.07 1996 р.

Наказом МОЗ України №280 від 23.07.2002р. «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб» та Постановою КМУ від 15.02.2006 р. №143 «Про затвердження Порядку проведення обов'язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу» затверджено порядок проведення обов'язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу.

Кількість персоналу, що працює у спеціалізованих протитуберкульозних закладах, зменшується. Скорочення кількості фтизіатрів відбувається переважно за рахунок постаріння персоналу. Медичні працівники загально-лікувальної мережі підвищують рівень знань при закладах післядипломної освіти 1 раз на 5 років. Програма з питань

туберкульозу для сімейних лікарів становить 36 годин. Але, за виключенням пілотних регіонів, не проводяться тренінги з питань ДОТС-стратегії, оскільки навчальні плани ще не затверджено.

Інформація з національних статистичних звітів не дає можливості проведення моніторингу результатів роботи та подальшого внесення змін до переліку протитуберкульозних заходів. Доступними є дані про встановлені діагнози, а в пілотних проектах — і про результати лікування в когортах. Наказом МОЗ України №693 від 8.12.2005 р. «Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення» було прийнято нову систему реєстрації та звітності, яка на даний момент тільки почала впроваджуватись на всій території України.

Зростає кількість пацієнтів із ко-інфекцією (ВІЛ/ТБ): близько 9% пацієнтів, хворих на туберкульоз, є ВІЛ-інфікованими; більше половини осіб, хворих на СНІД, помирають від туберкульозу. Спільні зусилля з догляду за пацієнтами із ко-інфекціями є недостатніми, відсутні єдині рекомендації з цього приводу.

Фінансування протитуберкульозних заходів здійснюється з національного, обласних та районних бюджетів, а також за рахунок надання зовнішньої технічної та фінансової підтримки. В програмній класифікації Державного Казначейства України програма з контролю за туберкульозом має один спільний код із програмами «Онкологія» та «ВІЛ/СНІД», однак кожний розділ має своє конкретне фінансування.

Варто також підкреслити, що фінансування галузі (де левову частку складає фінансування стаціонарної допомоги) здійснюється на основі потужностей закладу, кількості ліжок та лікарів, без урахування обсягу та якості надання медичної допомоги та реальної потреби населення в такій допомозі. Формування бюджетного запиту, розрахунок потреб закладу здійснюється на підставі Постанови КМУ від 28.06.1997 р. №640 «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення» та Наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 «Про тимчасові штатні нормативи». Заклади охорони здоров'я не мають достатньо економічних та управлінських стимулів і обмежені у прийнятті ефективних рішень. Описані підходи до формування бюджету є характерними для організації всієї галузі, і не сприяють підвищенню ефективності використання наявних ресурсів, здійсненню адекватного планування як матеріальних, так і нематеріальних (зокрема, кадрових) ресурсів.

Основні рекомендації

1. Розробити План заходів та бюджет Державної цільової програми щодо контролю за туберкульозом на 2007–2011 згідно Наказу МОЗ України №610 від 15.11.2005 р.
2. Створити постійно діючий робочий орган управління Національною програмою в структурі МОЗ України, відповідальний за її розробку, удосконалення, координацію, впровадження, моніторинг та контроль за її виконанням.

   Невідкладні заходи включають:

   а). створення єдиного органу управління Національною програмою контролю за туберкульозом в країні для її підготовки, координації та впровадження;

   б). перегляд та затвердження проекту методичних рекомендацій до Національної програми контролю за туберкульозом та відповідного технічного протоколу з впровадження адаптованої ДОТС-стратегії в Україні, затвердженої Наказом МОЗ України №610;

   в). підготовку організаційних та клінічних протоколів для здійснення ключових заходів контролю за туберкульозом;

   г). координацію підготовки і виконання плану з тренінгів та розробки навчальних матеріалів та впровадження методичних рекомендацій, включаючи постійне підвищення кваліфікації медичних працівників загально-лікувальної мережі на післядипломному рівні та навчання в медичних

освітніх закладах всіх рівнів з використанням досвіду та можливостей пілотних областей;

д). запровадження моніторингу розвитку чинної інформаційної системи для виконання адаптованої ДОТС-стратегії та оцінки результатів виконання заходів програми (головним чином, когортний аналіз результатів лікування, підготовку квартальних звітів відповідно до Наказу МОЗ України від 8.12.2005 р. №693 «Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення»);

е). забезпечення координації з іншими міністерствами та відомствами (Державний департамент з питань виконання покарань України, Міністерство праці та соціальної політики України, Міністерство транспорту та зв'язку України тощо), залучення їх до виконання державної програми з контролю за туберкульозом;

ж). координацію розробки та проведення інформаційної кампанії та навчання із залученням об'єднань громадян до інформування і надання соціальної та психологічної підтримки населенню.

3. Переглянути існуючі документи, що регулюють відносини у сфері контролю за туберкульозом, з метою усунення протиріч, надати пріоритет економічно-ефективним заходам та забезпечити узгодження з поточними міжнародними рекомендаціями.
4. Відповідно до законодавства України, визначити статус центральної протитуберкульозної лабораторії, яка відповідатиме за національну лабораторну мережу з діагностики туберкульозу, з функціями управління та контролю в межах державної програми з контролю за туберкульозом.

Невідкладні заходи включають:

а). перегляд існуючих інструкцій з проведення мікроскопічних та бактеріологічних досліджень згідно з міжнародними стандартами;

б). впровадження системи забезпечення контролю якості мікроскопії мазків мокротиння на всіх рівнях;

в). прискорення створення лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу (відповідно до Указу Президента №132/06) та проведення моніторингу її діяльності;

г). організацію збору необхідної інформації та її використання для планування забезпечення лабораторій та заходів щодо покращення бактеріологічної діагностики туберкульозу;

д). створення плану проведення тренінгів з лабораторної діагностики і контролю якості на всіх рівнях та забезпечення його виконання і координації;

е). створення національного реєстру хворих на туберкульоз та комп'ютерної мережі в системі протитуберкульозної служби для збирання оперативної інформації.

5. Забезпечити на рівні Міністерства охорони здоров'я України збір та аналіз необхідних епідеміологічних та фінансових даних в сфері контролю за туберкульозом.
6. Як короткострокові дії — ініціювати подання до Міністерства фінансів України відокремлених кодів програмної класифікації туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та онкології. Як середньо- та довгострокова перспектива — реформування всієї системи фінансування галузі охорони здоров'я. Найбільш доцільним є відхід від принципу постатейного бюджету та перехід на систему фінансування закладів охорони здоров'я на основі обсягу та якості наданої допомоги. Це стосується як стаціонарного сектору, так і первинної та спеціалізованої амбулаторної допомоги. Більш детально пропозиції щодо зміни системи фінансування галузі описані у Національному плані дій щодо реформування системи охорони здоров'я України, який було схвалено на Всеукраїнській конференції медичних працівників і який зараз перебуває на обговоренні в МОЗ України.
7. Здійснювати координацію, підтримку та контроль за розробкою обласних та місцевих програм з контролю за туберкульозом (особливо щодо планування та проведення тренінгів, виявлення та лікування пацієнтів, реєстрації та звітності, моніторингу та оцінки заходів контролю за туберкульозом).

1. Вступ

За останні десять років захворюваність на туберкульоз та смертність від нього стрімко зросли, незважаючи на суттєві інвестиції на державному рівні у діагностику, лікування та догляд через спеціалізовані заклади. Уряд України надає дуже високу пріоритетність питанням туберкульозу як проблемі охорони здоров'я в країні. Це спонукало до прийняття низки нормативних документів (Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» №177-15 від 26.09.2002 р.; Постанова Верховної Ради України «Про рекомендації парламентських слухань на тему „Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання"» №989-IV від 19.06.2003 р.; Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року „Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами"» №132/2006 від 14.02.2006 р. та численних наказів МОЗ України, в тому числі Наказ МОЗ України «Про впровадження в Україні адаптованої ДОТС-стратегії» №610 від 15.11.2005 р.

У 2003 році була отримана позика від Світового Банку для зміцнення програм щодо контролю за туберкульозом та ВІЛ. План впровадження проекту щодо контролю за туберкульозом передбачав реалізацію національної стратегії з питань туберкульозу, адаптованої до міжнародних стандартів. Технічна та фінансова підтримка із зовнішніх джерел сприяла тестуванню компонентів нової стратегії у пілотних регіонах (місто Київ та Донецька область), яка поступово поширюється й на інші області. У грудні 2005 року Міністерством охорони здоров'я було розроблено та затверджено нову національну обліково-звітну систему з туберкульозу (Наказ МОЗ України від 8.12.2005 р. №693 «Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення»).

На парламентських слуханнях у червні 2003 року було обговорено проблеми контролю за туберкульозом та було рекомендовано, окрім інших заходів, розширення стратегії ДОТС на всю територію України (Постанова Верховної Ради від 19 червня 2003 року). Згідно з Наказом №610 від 15.11.2005 р. (Додаток VI), Міністерство охорони здоров'я України офіційно прийняло нову стратегію з контролю за туберкульозом, яка відповідає рекомендованим міжнародним стандартам ДОТС та є адаптованою до умов країни. Наказ передбачає: підготовку національної програми на 2007–2011 роки; внесення змін до чинних наказів; розробку стандартних нормативів та рекомендацій щодо діагностики, лікування та роботи мережі мікробіологічних лабораторій; розробку технічного протоколу для реалізації адаптованої стратегії та рекомендацій щодо лікування; організацію навчання та освіти з питань туберкульозу у навчальних закладах, а також звітування та моніторинг на обласному і регіональному рівнях. Він також покладає на керівників обласних управлінь охорони здоров'я відповідальність за виявлення і діагностику туберкульозу та проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз без бактеріовиділення.

У даному документі узагальнюються результати поточної ситуації з туберкульозу та заходів з контролю за цим захворюванням в якості основи для підготовки середньострокового плану на 2007–2011 роки та подальшої оцінки досягнень. Такий захід відповідає рішенню Національної Ради з питань безпеки та оборони (Указ Президента України №132/2006 від 14.02.2006 р.) щодо проведення аналізу ефективності програм з контролю за небезпечними інфекційними захворюваннями і розвитку регіональних протитуберкульозних програм та мережі мікробіологічних лабораторій впродовж першого кварталу 2006 року.

Національні та міжнародні експерти, в тому числі й співробітники МОЗ України, Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Яновського, Київського міського протитуберкульозного диспансеру та обласні експерти з питань туберкульозу провели такий аналіз. Державні та обласні заклади та міжнародні організації (USAID, PATH, ВООЗ та Проект USAID|«Визначення політики з питань здоров'я») його підтримали.

Минулий аналіз програми щодо контролю за туберкульозом був здійснений у 1999 році Міністерством охорони здоров'я України та закладами, які з ним співпрацювали. Цей аналіз визначав основні недоліки програми на той час та рекомендував коректувальні дії. З цих рекомендацій до 2004 року було виконано лише визначення та зовнішнє фінансування пілотних проектів у Києві та Донецьку, а також призначення Медичного радника ВООЗ з питань туберкульозу. Рекомендації з прийняття міжнародних визначень та показників, а також з розробки системи обліку були виконані лише наприкінці 2005 року.

2. Завдання та структура аналізу виконання Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001–2005 роки

Завданнями аналізу були опис епідеміологічної ситуації та тенденцій поширення туберкульозу, структури програми, методик та поточної практичної діяльності щодо діагностики і лікування, а також наявних ресурсів. Передбачається, що аналіз буде використано в якості основи для розробки рекомендацій щодо підготовки середньострокового плану для реалізації нової стратегії ДОТС та оцінки результатів.

Аналіз проводився з 13 до 24 лютого 2006 року. Група, яка його проводила, складалася з 27 національних учасників та залучених осіб, а також чотирьох міжнародних фахівців (див. Додаток I). Після інструктивного засідання у Києві, група відвідала такі області: Львівську (Захід), Житомирську (Північ), Кіровоградську (Центр), Харківську (Схід) та Одеську (Південь). Інформація з м. Києва та Донецької області була вже доступною, оскільки там було впроваджено пілотні проекти.

3. Епідеміологія туберкульозу в Україні

Чисельність населення України складає 47,1 мільйонів осіб (за даними Держкомстату на 01.01.2006 р.). Захворюваність на туберкульоз в Україні становить 11% від загальної захворюваності на туберкульоз в усьому Європейському регіоні. Після поступового зниження (від 46,0 на 100 тис. населення у 1980 році), за останні 15 років знову зросла захворюваність (див. рис. 1), кількість нових випадків зросла удвічі від 16645 у 1990 році (32,0 на 100 тис. населення) до 39608 у 2005 році (84,1 на 100 тис. населення). Основними чинниками цього були соціально-економічні умови та, останнім часом, поширення ВІЛ/СНІД. У 2005 році зареєстрована кількість хворих на активний легеневий туберкульоз з бактеріовиділенням — головного джерела поширення інфекції — становила 14636 (31,1 на 100 тис. населення) за даними Центру медичної статистики МОЗ України. Оціночна захворюваність на всі форми туберкульозу, підрахована ВООЗ у 2003 році, становила 92,0 на 100 тис. населення, з яких 41,0 на 100 тис. населення були випадками активного легеневого туберкульозу. Відповідно, виявлення всіх форм туберкульозу становило 83% від загальної кількості випадків та 64% від всіх випадків мазок-позитивного туберкульозу легень. Захворюваність на туберкульоз серед чоловіків становить понад 2/3 від загальної захворюваності. Протягом цього періоду також зросла смертність від туберкульозу — від 8,1 на 100 тис. населення у 1990 році до 25,6 у 2005 році (дані попередні). Можливим чинником зростання захворюваності на туберкульоз та смертності від нього є ВІЛ-інфекція.

Перші випадки ВІЛ-інфекції в Україні були зареєстровані у 1987 році. Епідемія СНІДу стрімко зростає і Україна є найбільш ураженою ВІЛ країною в Європі. За оціночними даними, поширеність ВІЛ серед дорослого населення становила 1,4% у 2004 році і Україна була другою країною після Російської

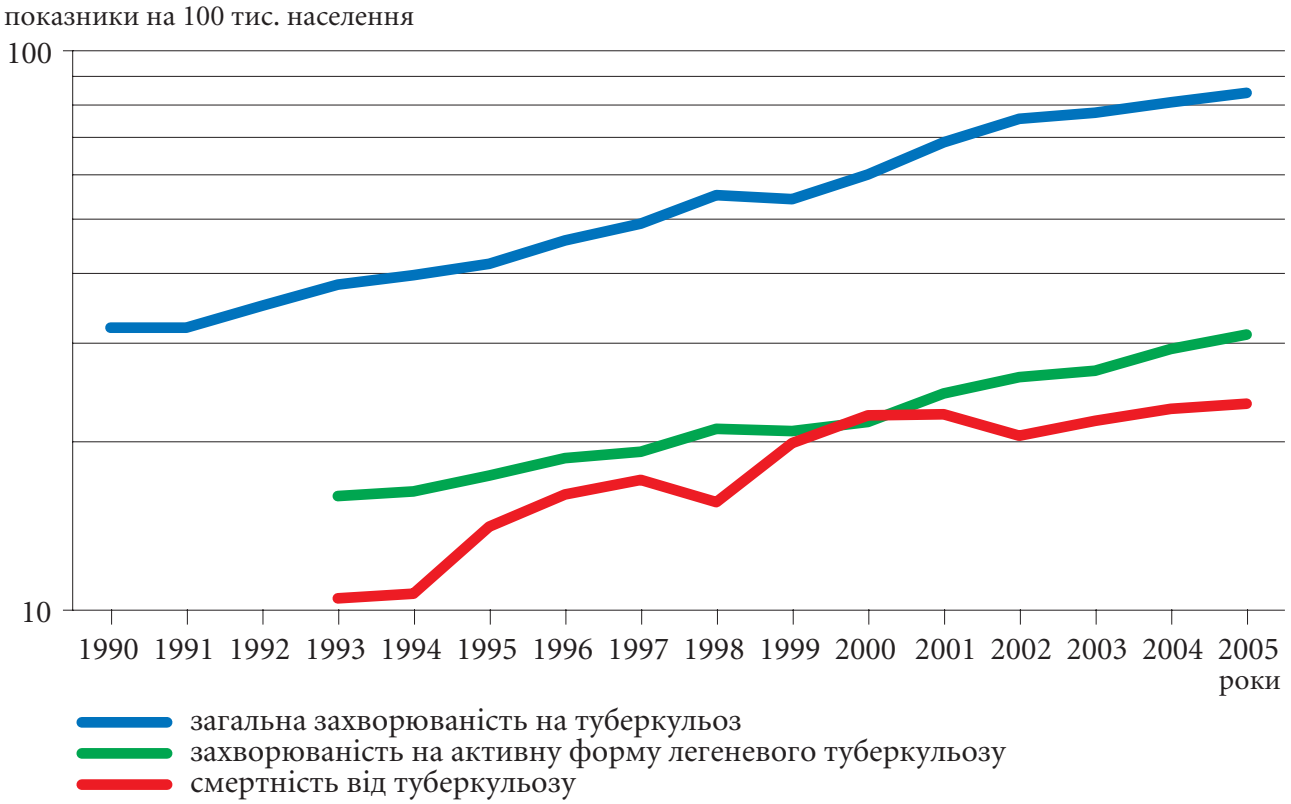


Рис. 1. Динаміка захворюваності на туберкульоз та смертності від нього в Україні

Федерації щодо числа інфікованих осіб. Кількість нових виявлених випадків ВІЛ-інфікування та захворюваності на СНІД зросла удвічі протягом 2000–2004 років. Тоді як споживання ін'єкційних наркотиків пов'язане з більш ніж половиною випадків ВІЛ-інфікування в Україні, кількість випадків його передачі статевим шляхом зростає, і 42% нових випадків ВІЛ-інфікування у 2004 р. було виявлено серед жінок. Туберкульоз є найпоширенішою причиною смерті пацієнтів з ВІЛ/СНІДом. На державному рівні немає даних щодо поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз, однак вона коливається в межах 5–10% залежно від області.

На національному рівні поки що немає повної інформації щодо поширеності медикаментозної резистентності до протитуберкульозних препаратів; але у деяких областях зараз проводяться дозорні дослідження щодо медикаментозної резистентності. Дослідження культури та аналіз на чутливість до протитуберкульозних препаратів проводяться для багатьох пацієнтів з легеневими розладами, але лабораторна мережа не забезпечує достатнього зовнішнього контролю якості цих досліджень, а дані стосовно чутливості до препаратів не оцінюються та не використовуються для моніторингу програми, оскільки такий моніторинг в державі не проводиться. Наявні дані Інституту фтизіатрії, але вони не є репрезентативними щодо ситуації з резистентним туберкульозом у країні загалом.

Проблема туберкульозу в пенітенціарній системі також гостра. В закладах Департаменту з питань виконання покарань рівень захворюваності серед ув'язнених у 34,5 разу перевищує середній по країні. Епідемічні показники в південно-східних регіонах України, де розташована більша кількість пенітенціарних закладів, у 1,5–3 рази більші ніж у м. Києві та західних регіонах країни. Також відбувається зростання розповсюдженості туберкульозу серед персоналу установ Департаменту з питань виконання покарань[2].

2 Аналітична довідка до Дня Уряду 2006 рік

4. Зобов'язання уряду та політика у сфері контролю за туберкульозом

Динаміка зростання показників захворюваності та смертності від туберкульозу впродовж останнього десятиріччя стала однією з ключових проблем уряду, що викликала необхідність розширення законодавчої бази для врегулювання цієї сфери охорони здоров'я. Зокрема, було затверджено такі нормативно-правові акти: Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» №177-15 від 26.09.2002 р.; Постанова Верховної Ради України «Про рекомендації парламентських слухань на тему „Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання"» №989-IV від 19.06.2003 р.; Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року „Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами"» №132/2006 від 14.02.2006 р. та Наказ МОЗ України №610 (Додаток VI).

Органи влади на всіх рівнях взяли на себе політичне зобов'язання щодо підтримки заходів, спрямованих на встановлення контролю над туберкульозом та поліпшення ефективності використання наявних ресурсів. Указом Президента України та відповідним галузевим наказом МОЗ України затверджено необхідність розробки та реалізації ефективнішої за чинну стратегію протидії захворюванню на туберкульоз, заснованої на ДОТС-стратегії, що враховує міжнародні рекомендації з досягнення клінічної та економічної ефективності протитуберкульозних заходів. Органи державної влади та місцевого самоврядування різних рівнів забезпечують проведення профілактики туберкульозу, діагностики та лікування хворих на безоплатній основі. Технічну та фінансову підтримку в розробці та втіленні політики щодо туберкульозу надає низка міжнародних організацій та проектів, в тому числі USAID, PATH, ВООЗ, Ф'ючерз Груп. Фінансування заходів контролю за туберкульозом здійснюється також за рахунок кредиту Світового банку.

Органи влади різних рівнів, керівники закладів зобов'язалися прийняти та реалізувати нову національну стратегію протидії туберкульозу. Декілька областей перебувають на різних етапах впровадження окремих елементів цієї стратегії і на сьогодні вже проводять оцінку результатів за даними моніторингу. Серед фахівців значної кількості областей та низки навчальних закладів існує потреба в отриманні додаткових знань для поліпшення розробки та втілення системи протитуберкульозних заходів.

Існує достатнє нормативне поле (як на рівні законів, так і на рівні підзаконних актів), що поповнювалось протягом років. Однак на сьогодні відсутній єдиний механізм управління розробкою, втіленням та моніторингом програми, розроблена, але не затверджена концепція реорганізації мережі мікробіологічних лабораторій I-IV рівня з чітким визначенням її місця та функцій в системі протитуберкульозних заходів.

Водночас, Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» №177-15 від 26.09.2002 р. проголошує принцип безоплатності надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, затверджує необхідність розробки та дотримання методичних рекомендацій, створення системи моніторингу виконання заходів програми, закупівлю ліків та обладнання за кошти Державного бюджету України та подання щорічного робочого звіту щодо реалізації програми.

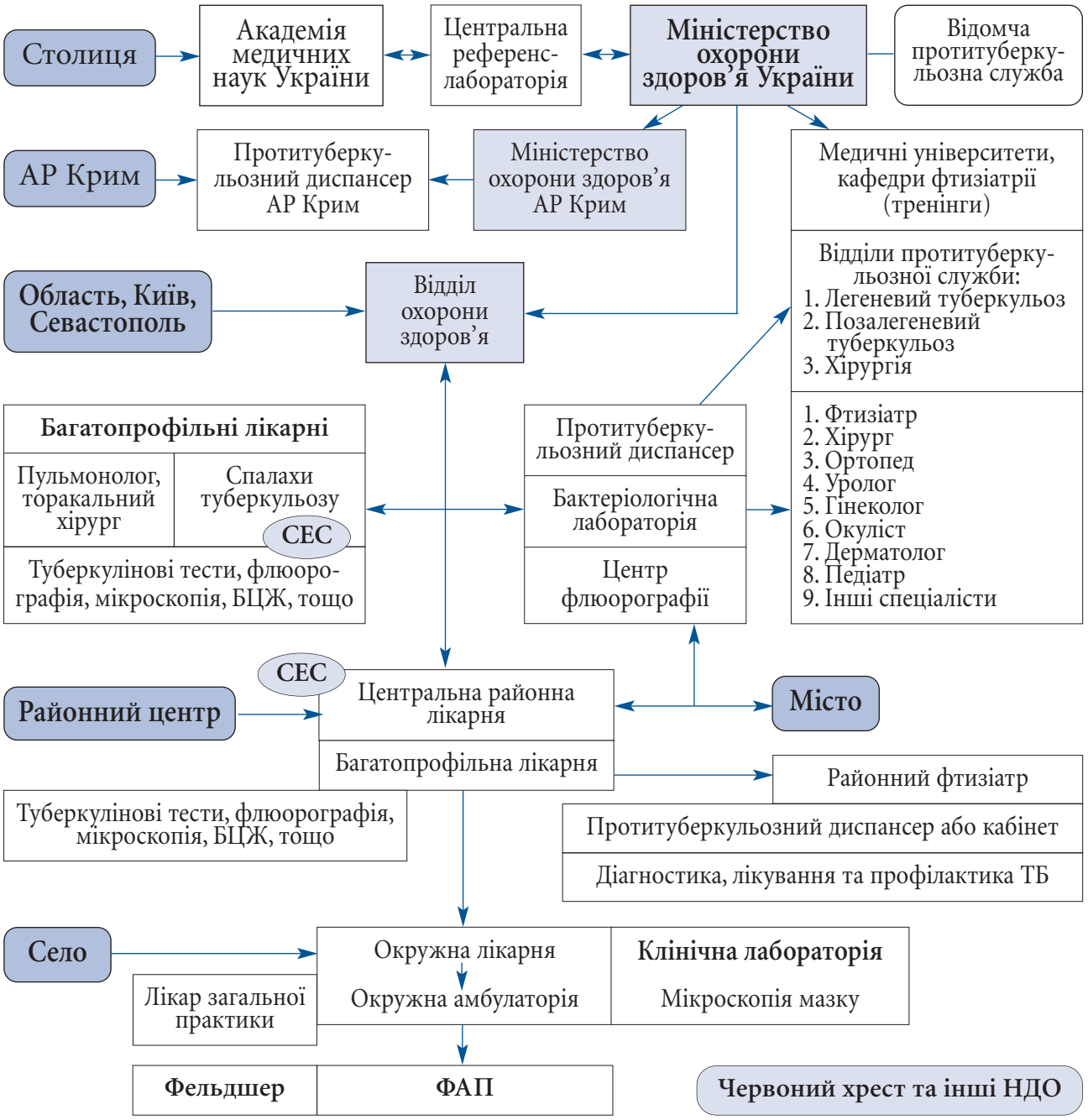
Рентгенологічні методи діагностики туберкульозу використовуються як для масового скринінгового обстеження, так і для груп ризику. Згідно Наказу МОЗ України №233 від 29.07.1996 р., масовий скринінг проводиться з віку 15 років 1 раз на 2 роки, визначеним контингентам (в залежності від професійної діяльності — у перелік входить майже 24 професії) — щорічно. Діти щорічно обстежуються за методом туберкулінодіагностики і їм за показаннями проводиться рентгенологічне дообстеження, що також регламентовано Наказом МОЗ України №233.

Для проведення моніторингу з виявлення та результатів лікування туберкульозу Наказом МОЗ України від 8.12.2005 р. №693 «Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення» були затверджені нові звітно-облікові форми, адаптовані до міжнародних стандартів. Проект методичних рекомендацій, а також технічного протоколу з впровадження ДОТС-стратегії, адаптованої до національних умов України, зараз перебуває на стадії обговорення та доопрацювання.

5. Організація заходів щодо контролю за туберкульозом

Організація протитуберкульозної допомоги населенню розвивається та змінюється як на центральному так і на місцевому рівнях. Загалом, існує чітка вертикальна система спеціальних протитуберкульозних закладів, які взаємодіють із загально-лікарняною мережею на місцевому рівні. Заходи щодо контролю за туберкульозом регламентуються наказами, виданими Міністерством охорони здоров'я України на центральному рівні, кожна область виконує їх автономно за допомогою наказів, виданих органами місцевого самоврядування, в тому числі обласними управліннями охорони здоров'я. Схема на рис. 2 ілюструє поточну комплексну структуру заходів контролю за туберкульозом.

Рис. 2. Організація протитуберкульозної допомоги населенню в Україні



На центральному рівні немає жодного відділення або особи, відповідальної лише за впровадження та управління всіма заходами з контролю за туберкульозом. Є заступник міністра охорони здоров'я, відповідальний за питання туберкульозу, але не призначений керівник органу, відповідального за координацію державної цільової програми з контролю за туберкульозом. Головна відповідальність за контроль за туберкульозом покладається на МОЗ України, та зокрема, на Відділ соціально-небезпечних захворювань. До структури Міністерства належить також санітарно-епідеміологічна служба (СЕС), яка несе відповідальність за збір даних та певні профілактичні заходи (наприклад, вакцинацію БЦЖ). СЕС має власну вертикальну структуру, окрему від протитуберкульозної служби. Координація з іншими службами, такими як мережа Центрів профілактики і боротьби зі СНІДом, ще офіційно не функціонує на державному рівні та не є стандартизованою на місцевому рівні. Однак, принаймні деякі області запровадили офіційну систему взаємодії між двома програмами та таке, що функціонує, перенаправлення пацієнтів.

Інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Яновського АМН України, який не підпорядковується МОЗ України, виконує додаткові функції з контролю за туберкульозом на центральному рівні. Інститут надає методичну та технічну підтримку та консультації з приводу розробки протитуберкульозної політики, діагностики та лікування хворих, а також консультування та лікування різних складних випадків захворювання на туберкульоз.

В країні не створено чіткої мережі мікробіологічних лабораторій. Національна референс-лабораторія функціонує у складі АМН України, але вона не має достатньо юридичних повноважень для координації роботи лабораторій нижчих рівнів. Відомо, що готується наказ для затвердження такої лабораторної мережі; новий Указ Президента України виділяє цей напрямок як пріоритетний для забезпечення якості послуг.

На периферійному рівні більшість ресурсів зосереджено у протитуберкульозних диспансерах, з акцентом на стаціонарному лікуванні. Обласні управління охорони здоров'я координують надання протитуберкульозної допомоги населенню: виявлення, діагностики, лікування та профілактики туберкульозу. В кожній області є обласний протитуберкульозний диспансер, як зі стаціонарним, так із амбулаторним відділеннями, підпорядкований обласному управлінню охорони здоров'я. Окрім того, існує два окремих типи протитуберкульозних закладів: обласні/міські та пункти в сільській місцевості, на які покладаються функції з контролю за туберкульозом. Міські відділи контролю за туберкульозом складаються з туберкульозного диспансеру з амбулаторним відділенням (в деяких містах є стаціонарне відділення), в яких працюють фтизіатри, та які в цілому фінансуються з міського бюджету. Міська протитуберкульозна служба взаємодіє із загально-лікарняною мережею через поліклініки.

Незважаючи на те, що лікарі загально-лікарняної мережі поліклінік несуть відповідальність за скринінгове обстеження на туберкульоз та його первинну діагностику, вони самостійно, без консультації фтизіатра, не встановлюють діагноз «туберкульоз» у випадках позитивного мазка мокротиння та не направляють хворих на стаціонарне лікування. Їм доводиться направляти хворих для підтвердження діагнозу та призначення лікування до міських або районних протитуберкульозних диспансерів, які часто розташовані за межами міста, що збільшує час між виявленням туберкульозу та початком лікування.

У сільській місцевості надання протитуберкульозних послуг фінансується з обласного бюджету. Часто ця функція покладається на районну або регіональну лікарню загального профілю із туберкульозним відділенням, де працює фтизіатр під керівництвом головного лікаря центральної обласної лікарні. У селах є фельдшерський пункт, через який здійснюється амбулаторне лікування туберкульозу. Окрім цих закладів, існує певна кількість санаторіїв, де проводиться лікування пацієнтів з туберкульозом у підтримуючій фазі, протирецидивне профілактичне лікування хворих, які завершили лікування, та профілактичне лікування дітей.

6. Діагностика та виявлення випадків захворювання на туберкульоз

Значна частина населення країни не орієнтована на піклування про своє здоров'я самостійно. Виявлення туберкульозу як серед дорослих, так і серед дітей, головним чином, проводиться за допомогою активних методів, таких як флюорографічні обстеження та туберкулінодіагностика. Широко застосовується пасивний метод виявлення туберкульозу за зверненням пацієнтів в установи загально-лікарняної мережі з підозрілими на туберкульоз симптомами. Туберкульоз також виявляють серед дітей шляхом обстеження контактів.

Кожного року близько 80–90% дитячого населення охоплюється туберкуліно-діагностикою. В деяких областях, незважаючи на загальне збільшення туберкульозу серед дорослого населення, захворюваність на туберкульоз серед дітей зменшується. Кожного року до 50% дорослого населення проходить флюорографічне обстеження. За останні п'ять років кількість обстежень збільшилася в одних областях і зменшилася в інших; але охоплення дещо зменшилося у порівнянні з охопленням за часи Радянського Союзу (від 80–90% до приблизно 50%). Організація проведення флюорографічних обстежень населення регламентується Наказом МОЗ України №233, але вони не вказуються в Законі України №177-15 від 26.09.2002 р. «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», який визначає тільки медичні показання та групи ризику. Згідно з цим нормативним документом, суцільне обстеження населення на туберкульоз проводиться 1 раз на 3 роки. Щорічне флюорографічне обстеження проводиться в «організованих» групах населення та групах ризику, які становлять близько 50% дорослого населення. Фахівці погоджуються, що в деяких з цих груп населення туберкульоз виявляється досить рідко і вони вважають за доцільне звузити групи ризику, які підлягають флюорографічним обстеженням.

Деякі фахівці і державні службовці переконані, що масові профілактичні флюорографічні огляди населення мають продовжуватися, оскільки вони допомагають виявляти інші захворювання органів дихання та серцево-судинної системи.

Частина флюорографів та рентген-апаратів у протитуберкульозних закладах та закладах загальної медичної мережі є застарілими і часто виходять з ладу. Кожного року встановлюються плани на проведення профілактичних обстежень. Впровадження цих планів стає частиною індикаторів для оцінки ефективності протитуберкульозної програми. Флюорографічні обстеження організовуються та проводяться загально-лікарняною мережею, і, як правило, вартість цих обстежень не вираховується і тому невідома. Виявлення туберкульозу за зверненням пацієнта до загально-лікарняної мережі становить 50% від усіх нових виявлених випадків захворювання на туберкульоз. У випадку підозри на туберкульоз в загально-лікарняній мережі пацієнти направляються на рентгентгенологічне обстеження та обстеження мокротиння методом мікроскопії мазка. В багатьох випадках обстеження мокротиння на кислотостійкі бактерії відбувається в клінічній лабораторії як складова частина загального аналізу мокротиння. Тому на таке обстеження часто направляються пацієнти не з симптомами, підозрілими на туберкульоз, а з хронічними неспецифічними захворюваннями легень.

У тих областях, де проводиться триразова мікроскопія мазка для всіх пацієнтів, які кашляють більше трьох тижнів, пацієнти часто направляються на обстеження неправильно (відбираються з тих пацієнтів, які кашляють через наявність гострих вірусних захворювань або хронічних неспецифічних захворювань легень). Це спричиняє велике навантаження на лабораторію, низьку якість мікроскопії та низький рівень виявлення хворих на туберкульоз. Заклади загально-лікарняної мережі, головним чином, не пристосовані для обстеження пацієнтів з симптомами туберкульозу; немає місць збору мокротиння, контейнерів, інструкцій зі збору мокротиння і направлень. У недостатньому обсязі проводиться робота щодо необхідності обстеження пацієнтів на туберкульоз у випадку кашлю впродовж трьох тижнів і більше.

Діагноз «туберкульоз» встановлюється фтизіатрами. Для встановлення діагнозу необхідно подолати потрійний бар'єр (терапевт, районний фтизіатр, обласний диспансер). Це може спричинити втрату пацієнта, затримку госпіталізації і, відповідно, збільшення ризику подальшого поширення інфекції. У випадку явної підозри на туберкульоз, терапевт викликає на консультацію фтизіатра або направляє пацієнта на консультацію до спеціалізованого закладу. Направлення на обстеження мокротиння також здійснюється, але це обстеження найчастіше проводиться в протитуберкульозних закладах. Діагноз «туберкульоз» встановлюється на основі рентген-знімку, клінічних проявів, даних мікроскопії мазка мокротиння та мікробіологічного дослідження. Встановлення діагнозу «позалегеневий туберкульоз» часто залежить від наявності відповідних фахівців.

Рекомендації

1. Затвердити методичні рекомендації до національної програми контролю за туберкульозом на основі міжнародних стандартів з діагностики туберкульозу, віддаючи пріоритет лабораторній діагностиці (мікроскопія мазка та культуральне дослідження).
2. Забезпечити моніторинг заходів виявлення та діагностики туберкульозу.
3. Визначити ефективність і рентабельність основних методів виявлення і діагностики туберкульозу.
4. Визначити ефективність виявлення туберкульозу методом флюорографії серед медичних та соціальних груп ризику.
5. Переглянути та від корегувати перелік медичних та соціальних груп ризику для флюорографічного обстеження з метою підвищення ефективності виявлення туберкульозу.
6. Забезпечити місця для збору мокротиння та наявність контейнерів для мокротиння у поліклініках, затвердити положення про пункти збору мокротиння.
7. Усунути затримки при початку лікування хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням, діагностованого за допомогою мікроскопії мокротиння у поліклініках загальної медичної мережі.

7. Лабораторна служба діагностики туберкульозу

На сьогодні в Україні відсутня лабораторна мережа для діагностики туберкульозу (лабораторії трьох рівнів, центральна та міжнародна референс-лабораторії). Функції національної Референс-лабораторії виконує Центральна лабораторія мікробіології Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Яновського АМН України, однак за відсутності системи координації, чіткого підпорядкування в межах лабораторної мережі, відповідної міжнародної акредитації, центральна лабораторія не може виконувати необхідні функції в повному обсязі. Центральна лабораторія двічі на рік проводить регулярні тренінги для обласних фахівців, науково-практичні конференції, розробляє методичні рекомендації, надає організаційну допомогу.

Мікроскопія мазка мокротиння за методом Циль-Нільсена на наявність кислотостійких бактерій (КСБ) проводиться в клініко-діагностичних лабораторіях спеціалізованих протитуберкульозних закладів та лікувальних закладів загального профілю. В загальній лікувальній мережі дослідження на КСБ є обов'язковим і виконується як складова загального аналізу мокротиння, тому, з одного боку, наявне велике навантаження за рахунок виконання непрофільних досліджень, ефективність яких є дуже низькою, а з іншого — невірний відбір хворих без урахування клінічних показань для дослідження на туберкульоз. Ефективність діагностики знижується також в зв'язку з використанням застарілого обладнання та відсутності зовнішнього контролю якості. Деякі лабораторії загальної лікувальної мережі, які переглядають велику кількість мазків, виявляють лише поодинокі позитивні випадки, а деякі мають незначне навантаження, все це призводить до ризику втрати кваліфікації персоналом та зниження якості досліджень.

У туберкульозних диспансерах на районному, міському та обласному рівнях всі мікробіологічні дослідження проводяться у бактеріологічних відділеннях клініко-діагностичних лабораторій. Такі відділення фінансуються недостатньо, в їх компетенцію не входить планування бюджету для досліджень, вони не укомплектовані сучасним обладнанням для забезпечення ефективної та безпечної роботи персоналу (обладнання було закуплено 30–40 років тому). На даний момент у певних відділах лабораторій один лаборант проводить до 60 мікроскопій у день, і через таке навантаження якість аналізів низька. Кількість дорогих культуральних досліджень на день є близькою до 60–80. Таке велике навантаження пов'язане з існуванням в Україні наказів, якими керуються лікарі-клініцисти, щодо кратності обстеження пацієнтів, без урахування терміну з початку лікування та категорій хворих. Ці нормативні документи не відповідають інструкції з бактеріологічного обстеження, прийнятій в Україні, та не узгоджені з міжнародними стандартами.

Оскільки до останнього часу в країні не були прийняті обліково-звітні форми на основі міжнародних стандартів, інформація, яку лабораторії надають інформаційно-аналітичним відділам обласних протитуберкульозних закладів, не містить даних щодо кількості осіб, які проходили діагностику методами мікроскопії мазка і посіву, а також осіб, які мають позитивні мазки та бактеріальну культуру, і тому результати їхніх аналізів не можуть бути використані для моніторингу якості діагностики туберкульозу та моніторингу лікування.

На сьогоднішній день за вимогами санітарно-епідеміологічної служби виконується велика кількість непрофільних санітарно-бактеріологічних досліджень, що не передбачено національною туберкульозною програмою.

Рекомендації

1. Прискорити прийняття концепції організації лабораторної мережі з діагностики туберкульозу з визначеними структурою, функціями та фінансуванням. Передбачається:
- покласти на Національну референс-лабораторію керівну роль у розвитку та здійсненні координації роботи мережі;
- переглянути існуючі інструкції з проведення мікроскопічної діагностики та культуральних досліджень;
- підготувати план тренінгів на всіх рівнях та забезпечити його виконання;
- запровадити систему забезпечення якості дослідження мазків на всіх рівнях;
- розглянути питання щодо виконання санітарно-бактеріологічних досліджень профільними лабораторіями санітарно-епідеміологічних станцій;
- запровадити зовнішній контроль якості роботи лабораторій через міжнародну референс-лабораторію.
2. Проводити збір інформації з лабораторій, необхідної для планування та моніторингу заходів з бактеріології туберкульозу в рамках національної програми та підрахунків необхідного обладнання і трудових ресурсів.

8. Лікування туберкульозу

Режими лікування. Для лікування туберкульозу використовуються головним чином стандартні режими, рекомендовані ВООЗ, які включають протитуберкульозні препарати I ряду. У Наказі МОЗ України №499 та лікувальному протоколі, затвердженому Наказом МОЗ України №45, визначаються клінічні категорії пацієнтів для проведення стандартизованого лікування згідно з рекомендаціями ВООЗ; однак кількість цих режимів занадто велика (шість різних режимів для вперше діагностованих пацієнтів). Іноді хворим на вперше діагностований туберкульоз, які мали контакт з хворими на хіміорезистентний туберкульоз, призначають препарати II ряду ще до отримання результатів тесту чутливості до протитуберкульозних препаратів. Після отримання результату тесту чутливості з визначенням резистентності на один протитуберкульозний препарат, може проводитися заміна двох препаратів з призначеного режиму на два інші препарати (першого або другого ряду), які раніше пацієнти не приймали. У одній з областей, відвіданих під час оціночної місії, було помічено поширене використання внутрішньовенних форм протитуберкульозних препаратів в умовах стаціонару (хворі на важкі та мультирезистентні форми туберкульозу).

Лікування туберкульозу у дітей. Схеми лікування є подібними режимам лікування дорослих, але повинні враховувати фізіологічні особливості дитячого віку. Лікування проводиться, головним чином, в умовах стаціонару. Підтримуючу фазу лікування оптимально здійснювати в умовах дитячих протитуберкульозних санаторіїв. Іноді дітей з позитивними туберкуліновими пробами госпіталізують для проведення диференційної діагностики латентної туберкульозної інфекції та активного захворювання. Профілактичне лікування дітей проводиться у санаторіях, спеціалізованих школах та дитячих садках або амбулаторно. Тривалість профілактичного лікування складає від 3 до 6 місяців.

Затримка лікування. Було помічено, що хворі на туберкульоз, виявлені шляхом мікроскопії мазка мокротиння в лікувальних закладах загального профілю, направляються до фтизіатрів на районному рівні, потім до диспансеру на обласному рівні для отримання направлення на госпіталізацію для проведення лікування. Це може спричинити поширення туберкульозу серед здорового населення, клінічні ускладнення та смерть хворих через несвоєчасно призначене лікування.

Госпіталізація. До 92% уперше діагностованих хворих на туберкульоз госпіталізуються в спеціалізовані туберкульозні лікарні або диспансери. Критерієм для госпіталізації хворих є медичний діагноз активного захворювання на туберкульоз або необхідність проведення диференційної діагностики туберкульозу та інших захворювань. Хворі у протитуберкульозних закладах розподілені у різні відділення залежно від бактеріовиділення: без бактеріовиділення (з негативним мазком), з бактеріовиділенням (з позитивним мазком), з хронічними формами та для проведення диференційної діагностики. Однак після конверсії мокротиння та підтвердження хіміорезистентного туберкульозу хворих не переводять у відділення для лікування пацієнтів без бактеріовиділення та з хіміорезистентним туберкульозом. Хворі з різними формами туберкульозу перебувають разом, у тому числі й ті, які мають мультирезистентний туберкульоз, що являє собою небезпеку нозокоміальної передачі інфекції та розвитку активного захворювання. Середній час госпіталізації варіює у різних областях та сягає від 60 до 120 днів. Підставами для виписки є завершення інтенсивної фази лікування та/або конверсія мазку чи культури та рентгенологічні зміни, в тому числі закриття порожнин розпаду. У певних областях планується запровадити туберкульозні палати у районних лікарнях загального профілю для хронічних хворих та хворих з МРТБ. Через високий ризик

нозокоміальної передачі туберкульозу, таких хворих потрібно госпіталізовувати до протитуберкульозних закладів, а не до лікарень загального профілю.

Хірургія. Хірургічні втручання широко не застосовуються для лікування хворих на туберкульоз (в основному, у пацієнтів з туберкульомами, з залишковими порожнинами і негативним мазком, та у хворих на мультирезистентний та хронічний туберкульоз із бактеріовиділенням). За даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2005 році було прооперовано 1607 хворих з туберкульозом легень (уперше діагностовані, хронічні та мультирезистентні форми), що становить 4,7% від загальної кількості хворих.

Амбулаторне лікування. Підтримуюча фаза лікування має проходити в амбулаторних умовах за місцем проживання хворого. Відсутні уніфіковані норми відбору пацієнтів для проведення контрольованого лікування. Його проведення варіює у різних областях із залученням фахівців протитуберкульозної служби, медсестер та фельдшерів первинної медичної ланки. Лікування під прямим спостереженням медичних працівників не застосовується систематично, ліки видаються хворим наперед на сім або більше днів. Більшість областей звітували, що хворі переривали лікування у лікарнях та не з'являлися до амбулаторії. Немає нормативних документів для ведення випадків туберкульозу від моменту встановлення діагнозу туберкульозу до завершення лікування.

Хіміопрофілактика після виліковування. Згідно з Наказом МОЗ України «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень» №499 від 28.10.2005 р., хіміопрофілактика не проводиться.

Моніторинг лікування. Проводиться переважно на основі клінічних симптомів, результатів мікроскопії мокротиння, даних рентгенологічного та бактеріологічного дослідження, які виконуються з метою контролю ефективності хіміотерапії. В Україні щомісячно виконується велика кількість бактеріологічних досліджень, згідно з існуючими наказами МОЗ України №499 від 28.10.2005 р. «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень» та №45 від 28.01.2005 р. «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз». Обсяги проведення бактеріологічних обстежень (кількість культуральних досліджень та тестів на чутливість до протитуберкульозних препаратів) не відповідають міжнародним стандартам. Критерієм для завершення лікування є рентгенологічна «стабілізація» захворювання, яка ще не є чітко визначеною та може оцінюватись по-різному.

Наслідки лікування. Частка конверсії мокротиння серед уперше виявлених бактеріовиділювачів, відповідно до звітності, становить 90%, а серед хворих, які проходять повторне лікування, — 59,5%, але в цих показниках не враховані особи, які перервали лікування (наприклад, до 35% у одній області). Когортний аналіз результатів лікування широко не використовується. Когортний аналіз було впроваджено у 2003 році (наказ №499), але він ще не діє через відсутність нещодавно затверджених форм реєстрації та звітності.

Лікування мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Виявляється високий відсоток хворих на МРТБ. Однак через відсутність забезпечення якості щодо результатів чутливості до препаратів та епідмоніторингу, дуже важко оцінити реальну ситуацію. У 2004 році по всій країні було зареєстровано 11500 хворих з будь-якою резистентністю до протитуберкульозних препаратів; з них 2800 осіб з випадками МРТБ. Про хворих з виявленим МРТБ не звітують окремо. Такі хворі отримують індивідуальний режим лікування, в який включають доступні препарати II ряду, на основі результатів тесту на чутливість до протитуберкульозних препаратів. Іноді режими хіміотерапії є слабкими через брак протитуберкульозних препаратів II ряду. Капреоміцин та циклосерін відсутні, оскільки вони не закуповуються за державні

кошти та зареєстровані в країні нещодавно. В Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України виліковування досягають у 60% хворих на мультирезистентний туберкульоз за безпосередніми результатами лікування та у 55% за результатами спостереження у віддалений період. Такі результати лікування є достатньо високими та відповідають міжнародним індикаторам. Необхідним є створення національного протоколу ведення хворих на мультирезистентний туберкульоз на основі міжнародних стандартів. Проведення лікування за системою ДОТС в країні має бути основною вимогою до проведення ДОТС+, оскільки невідповідне використання препаратів другого ряду є навіть гіршим для населення, ніж невикористання їх взагалі.

Рекомендації

1. Проаналізувати та затвердити технічний протокол впровадження ДОТС-стратегії, адаптованої до національних умов, в якому визначено порядок дій щодо використання короткострокових режимів лікування для дорослих та дітей, а також прийом ліків під прямим спостереженням медичних працівників.
2. Розробити та впровадити протокол заходів з інфекційного контролю у протитуберкульозних закладах.
3. Забезпечити підготовку та навчання медичного персоналу, який бере участь у наданні допомоги хворим на туберкульоз на всіх рівнях, щодо ведення випадків захворювання на туберкульоз, моніторингу та когортного аналізу результатів лікування.
4. Розробити протокол ведення хворих на МРТБ згідно з міжнародними стандартами та систему реєстрації і звітності для моніторингу результатів лікування.
5. Прискорити початок лікування хворого на туберкульоз після підтвердження позитивного мазка мокротиння на наявність легеневого туберкульозу.
6. Проводити профілактичне лікування дітей під прямим спостереженням в умовах спеціалізованих дитячих садків, санаторіїв та амбулаторно.
7. Забезпечити лікування під прямим спостереженням на амбулаторному етапі персоналом загально-лікарняної мережі та працівників неурядових організацій (НУО) для зменшення відриву від лікування після виписки зі стаціонару.
8. Проводити моніторинг лікування та його наслідків на основі мікроскопії мазка та посіву, та застосовувати стандарти щодо кількості та виду досліджень під час проведення лікування.
9. Проводити когортний аналіз результатів лікування.
10. Припиняти профілактичне лікування після медичного рішення про припинення лікування, принаймні особам, які не інфіковані ВІЛ.

9. Профілактика туберкульозу

Профілактичні заходи складаються з вакцинації БЦЖ, профілактичного лікування контактів і груп ризику та масового скринінгового обстеження.

Вакцинація БЦЖ. Щепленню підлягають всі новонароджені, які не мають до цього протипоказань. Доношеним дітям щеплення здійснюється у пологовому будинку вакциною туберкульозною БЦЖ (0,05 мг) у віці 3–7 днів. Для вакцинації недоношених новонароджених, а також для дітей, яким через наявність медичних протипоказань не проводилось щеплення в пологовому будинку, застосовують вакцину БЦЖ-М (щадна вакцинація, доза вакцини 0,025 мг).

Ревакцинації проти туберкульозу підлягають діти у 7 і 14 років з негативною реакцією на пробу Манту з 2 ТО ППД-Л[3].

Охоплення вакцинацією в Україні сьогодні складає: при народженні не менш ніж 95%, у 7 років — 35% від загальної кількості дітей 8 років, у 14 — 25% від загальної кількості дітей 15 років. Щеплення дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, проводиться після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини.

Масове скринінгове обстеження. Щорічне скринінгове обстеження дітей, в тому числі й туберкулінодіагностика, є обов'язковим згідно з законодавством[4], і його охоплення є високим (понад 80% дитячого населення, крім новонароджених). Кількість дітей, у яких виявлений туберкульоз за результатами туберкулінодіагностики, складає майже 60% від загальної кількості дітей із вперше виявленим туберкульозом, а в деяких областях 70% і вище. За результатами туберкулінодіагностики щорічно в Україні виявляється понад 200 тис. дітей з латентною туберкульозною інфекцією, які складають групу ризику захворювання на туберкульоз і перебувають під наглядом фтизіатра та отримують профілактичне лікування.

Профілактичне лікування. Проводиться дітям та підліткам з латентною туберкульозною інфекцією, особам, які перебувають у контакті із хворою на туберкульоз людиною або тваринами, особам з груп ризику захворювання на туберкульоз за показаннями. Воно також призначається ВІЛ-інфікованим. За стандартними методами, інтерпретація результатів туберкулінового тесту відбувається відповідно до наказу №233.

Рекомендації

1. Переглянути стандартні технічні характеристики для показання та інтерпретації туберкулінової реакції в осіб, які пройшли вакцинацію БЦЖ, та ВІЛ-інфікованих.
2. Зібрати інформацію щодо всіх проведених профілактичних заходів та оцінити ефективність і витрати на втручання у різних групах ризику.

3 Наказ МОЗ України від 29.07.1996 р. №233 «Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз».

4 Там же

10. Протитуберкульозні лікарські препарати та обладнання

Вибір належної форми необхідних протитуберкульозних ліків є одним із найважливіших обов'язків виконавців національної програми. В рамках програми з контролю за туберкульозом було обрано монотерапевтичні форми — Рифампіцин, Ізоніазід, Пиразінамід та Етамбутол, а також Стрептоміцин. Ці препарати були наявними у місцях, що були відвідані. Після демонстрації режимів, затверджених ВООЗ, представники відвіданих регіонів, які планують впровадження ДОТС-стратегії у 2006 році, обрали більше одного режиму для кожної категорії хворих.

Короткостроковий курс хіміотерапії може бути призначений щодня або тричі на тиждень, сприяючи таким чином проведенню терапії під прямим спостереженням. У деяких регіонах існують області або групи пацієнтів, яким можна обирати два види стандартизованого короткострокового курсу хіміотерапії: один з них — щоденний, інший — з повною або частковою перервою. Деякі комбінації з фіксованими дозами 2, 3 або 4 протитуберкульозних препаратів є доступними на ринку, за допомогою Глобального лікарського фонду (ГЛФ) вони ввозитимуться цього року до України. В минулому році в Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України розпочалося використання комбінованих чотирьохкомпонентних препаратів з фіксованими дозами. Суттєвою перевагою застосування комбінованих препаратів є уникнення монотерапії, попередження помилок у призначенні та дозуванні препаратів, зменшення кількості пігулок та інформаційна допомога пацієнтам і медичним працівникам.

Закупівля препаратів

Щороку проводиться кількісний аналіз потреб у протитуберкульозних препаратах I та II ряду за формулою підрахунку Відділу соціально небезпечних хвороб МОЗ України, яку готує регіональне управління охорони здоров'я самостійно. Бюджетний запит узагальнює та готує Міністерство охорони здоров'я України для подання до Міністерства фінансів України. Для закупівлі препаратів за профільною програмою експертна комісія готує техніко-економічне обґрунтування, у відповідності до якого Постійний тендерний комітет МОЗ України проводить процедуру закупівлі.

Розповсюдження препаратів

Постачальник завозить препарати на склад державного підприємства «УкрВакцина», що має відповідну угоду з МОЗ України, яке, в свою чергу, розповсюджує серед областей, зазвичай одноразовою поставкою, повний річний запас препаратів кожній області. Обласні управління передають препарати до лікарень, аптек та інших закладів охорони здоров'я відразу після отримання поставки до області. Робочою групою було виявлено, що у 2005 році неправильне розповсюдження протитуберкульозних ліків призвело до неправильного розподілу запасів між областями (в деякі області було поставлено значно більше або значно менше замовленого). Однією з причин неправильного розподілу є неможливість здійснення адекватного планування та прогнозування потреб на місцевому рівні, починаючи з рівня закладу. На період перевірки у відвіданих областях запас препаратів було розраховано на 2–3 місяці, що вважається недостатнім.

Основні проблеми:

- Відсутня чітка система планування, закупівлі, розповсюдження та моніторингу запасів препаратів як на центральному, так і на місцевому рівні.
- Запаси протитуберкульозних препаратів I ряду є недостатніми у туберкульозних диспансерах (загальною рекомендацією ВООЗ є наявність річного запасу протитуберкульозних препаратів як I, так і II ряду).
- Умови зберігання протитуберкульозних препаратів на обласному рівні не відповідають нормам.
- Немає зовнішнього контролю якості після доставки протитуберкульозних препаратів, закуплених урядовими органами.
- Протитуберкульозні препарати використовуються у більшій кількості, ніж потрібно, через введення необґрунтованих змін до стандартних режимів лікування хворих на туберкульоз.

Рекомендації

1. Система забезпечення закладів протитуберкульозними лікарськими засобами має включати:
   - адекватне планування потреб у протитуберкульозних препаратах на рівні закладів, що включає постійне здійснення моніторингу запасів, прогнозування потреб у препаратах, базуючись на епідеміологічних показниках та прогнозах;
   - організацію вчасного та правильного розподілу препаратів по областях, здійснення моніторингу розподілу препаратів до рівня закладів;
   - організацію системи контролю якості (зовнішньої та внутрішньої) препаратів, що закуповуються централізовано за кошти державного бюджету;
   - здійснення моніторингу зберігання, транспортування, реєстрації та звітності щодо використання препаратів на наявності запасів на місцевому рівні;
   - забезпечення річного запасу препаратів I ряду.
2. Застосовування комбінованих протитуберкульозних препаратів, проведення оцінки клінічної та економічної ефективності застосування комбінованих препаратів. Дана пропозиція спрямована на зниження витрат на закупівлю препаратів за кошти державного бюджету та підвищення ефективності лікування.
3. Організацію та здійснення контролю за зберіганням протитуберкульозних препаратів на обласному рівні.

Закупівля обладнання

Основні проблеми:

- Невизначені стандарти щодо обладнання, яке має бути наявним у туберкульозних закладах — відсутні табелі оснащення протитуберкульозних закладів та відповідних відділень у загальній лікувальній мережі.
- Відсутня система планування потреб в обладнанні, особливо високовартісного, та ефективного його використання.

Рекомендації

1. Передати функцію закупівлі медичного обладнання (невисоковартісного) для туберкульозних закладів на рівень областей (інструмент: вид бюджетного трансферту — цільова субвенція).
2. Розробити табелі оснащення протитуберкульозних закладів на всіх рівнях.

11. Фінансування протитуберкульозних заходів в Україні

Питання фінансування заходів з протидії епідемії туберкульозу тісно пов'язане з усіма питаннями, яких торкається цей звіт, оскільки відображає стан організації надання медичної допомоги загалом: організація виявлення, лікування, подальшого супроводу хворих на туберкульоз, збір, обробка та аналіз даних, необхідних для розробки та корекції політики в галузі протидії туберкульозу.

Фінансування протитуберкульозних заходів здійснюється з національного, обласних та районних бюджетів, а також завдяки наданню зовнішньої технічної та фінансової підтримки. У програмній класифікації Державного казначейства України програма з контролю за туберкульозом має один спільний код із програмами «Онкологія» та «ВІЛ/СНІД». Така ситуація хоча й робить можливим вносити зміни в дані програми, які не тягнуть за собою внесення змін у Закон України «Про Державний бюджет», значно ускладнює проведення аналізу коштів за окремими напрямами програм та окремими програмами.

Варто також підкреслити, що фінансування галузі (де левову частку складає фінансування стаціонарної допомоги) здійснюється на основі потужностей закладу, кількості ліжок та лікарів, без урахування обсягу та якості надання медичної допомоги та реальної потреби населення в такій допомозі. Формування бюджетного запиту, розрахунок потреб закладу здійснюються на підставі Постанови КМУ №640 від 28.06.1997 р. «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення» та Наказу МОЗ України №33 від 23.02.2000 р. «Про тимчасові штатні нормативи». Окрім того, заклади охорони здоров'я не мають достатньої економічної та управлінської самостійності, обмежені у прийнятті ефективних рішень.

Розпорядники у використанні фінансових ресурсів держави визначаються Бюджетним Кодексом України. Єдиним розпорядником бюджетних коштів на заходи з протидії епідемії туберкульозу в Україні є Міністерство охорони здоров'я, яке має право планувати та розподіляти кошти та є відповідальним виконавцем профільної програми контролю за туберкульозом. Державний департамент з питань виконання покарань є самостійним розпорядником коштів на медичні заходи, у тому числі протитуберкульозну службу в своїй галузі. Деякі заходи контролю за туберкульозом в системі Державного департаменту з питань виконання покарань здійснюються за рахунок МОЗ (закупівля протитуберкульозних препаратів). Виконавцями Національної програми контролю за туберкульозом є заклади інших відомств — Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство праці та соціальної політики України та інші. Ці виконавці фактично позбавлені можливості впливати на процес формування бюджетного запиту на виконання Національної програми контролю за туберкульозом. На разі, функцію координації у плануванні та використанні коштів, передбачених програмою, доцільно було б покласти на урядовий орган, Комітет з питань протидії соціально небезпечним хворобам, який створюється в структурі Міністерства охорони здоров'я України і покликаний вдосконалити політику в цій сфері. Передбачити цю функцію потрібно в Положенні про Комітет, що затверджується Постановою Кабінету Міністрів України.

Окремо варто відзначити, що не всі місцеві бюджети мають спеціально розроблені регіональні програми протидії епідемії туберкульозу. Частково це спричинене відсутністю управлінської вертикалі виконання програми, оскільки саму програму було затверджено Указом Президента України, а не відповідним Законом України (відповідно до Закону України «Про державні цільові програми», ст. 1 та ст. 3, попередня програма за своїм соціальним значенням та спрямуванням належала до програм, які повинні затверджуватись відповідним Законом Верховної Ради України), що обов'язково передбачало б розробку відповідних програм на рівні місцевої виконавчої влади та місцевого самоврядування.

Уникати ускладнень під час моніторингу та оцінки економічної ефективності виконання програми допоможе також чітке встановлення пріоритетів для вибору стратегій на етапі планування програми, із застосуванням індикаторів ефективності, так званих цільових показників програми. Зокрема, йдеться про проведення ситуаційного аналізу, що має передувати розробці програми, розмежування рівнів та способів впливу, заходів лікування та профілактики тощо. Проведення такого аналізу пов'язане з певними труднощами, оскільки дуже часто офіційна звітність щодо виконання програми не надає інформації про показники ефективності її впровадження (показник забезпеченості ліжками тощо). Однак це залишається питанням зміни переліку загальних показників звітності, яка залежить від системи фінансування галузі.

Особливої уваги потребує питання адекватного формулювання заходів програми при її складанні. Оскільки програма передбачає розробку фінансово-економічного обґрунтування та відповідних показників (індикаторів) її результативності, коректне формулювання положень є питанням подальшої ефективності як окремих заходів, так і програми в цілому.

За умов, що склалися в галузі охорони здоров'я, надзвичайно складним завданням є поліпшення ефективності використання наявних ресурсів, здійснення коректного планування, як матеріальних, так і нематеріальних (зокрема, кадрових) ресурсів.

Рекомендації

1. Ініціювати Міністерству фінансів України подання для виділення окремих кодів програмної класифікації для програм «Туберкульоз», «Онкологія« та«ВІЛ/СНІД».
2. Провести аналіз витрат на окремі види втручань (масове скринінгове обстеження, госпіталізація, бактеріологія, ревакцинація) з точки зору їх економічної ефективності.

Як середньо- та довгострокова перспектива — реформування всієї системи фінансування галузі охорони здоров'я. Стосовно стаціонарного сектору найбільш доцільним є відхід від принципу постатейного бюджету та перехід на систему фінансування закладів охорони здоров'я на основі обсягу та якості наданої допомоги. Більш детально зміна системи фінансування галузі описана у Національному плані дій щодо реформування системи охорони здоров'я України, який було схвалено на Всеукраїнській конференції медичних працівників і який зараз перебуває на обговоренні в Міністерстві охорони здоров'я України.

12. Трудові ресурси протитуберкульозної служби та їх розвиток

На теперішній час в Україні працює 3249 фтизіатрів, загальна кількість медичних працівників становить 223000. В Україні працюють 124 тубдиспансери, 104 з яких мають стаціонари на 18634 ліжок, також є 6616 ліжок у стаціонарах загальної лікарняної мережі. Україна також має 30 протитуберкульозних лікарень, загальна кількість ліжок в яких становить 4338, та 4 протитуберкульозних лікарні для дітей на 365 ліжок. Також є 600 тубкабінетів у закладах загальної лікарняної мережі (загальна кількість закладів загально-лікарняної мережі — понад 9000)[5].

З 1 січня 2006 року відповідальність за виявлення, діагностику та амбулаторне лікування мазок-негативного туберкульозу покладається на головних лікарів загальнолікарняної мережі (пункт 7.7 Наказу МОЗ України №610). У сільській місцевості така відповідальність покладається на головних районних фтизіатрів.

Доступність послуг з лікування туберкульозу є незадовільною як в сільській місцевості, так і в містах. У сільській місцевості амбулаторне лікування проводиться головними районними фтизіатрами в центральній районній лікарні, або у фельдшерсько-акушерському пункті, якщо хворий не може подорожувати до районного центру. В містах пацієнти отримують лікування через міські протитуберкульозні диспансери, які часто розташовані у віддалених районах. Така система є незручною як для пацієнтів, так і для працівників протитуберкульозних закладів.

Проблеми людських ресурсів фтизіатричної служби нерозривно пов'язані з проблемами сектору охорони здоров'я загалом. Існують структурні диспропорції в розподілі кадрів: з одного боку, досить високий відсоток медичних працівників має вузьку спеціалізацію, з іншого — не вистачає медсестер та молодшого медичного персоналу, і значній частині сільського населення бракує навіть базових медичних послуг.

Рівень оплати праці як лікарів, так й інших медичних працівників є надзвичайно низьким — середня зарплатня в секторі охорони здоров'я є вполовину меншою за середню зарплатню в інших галузях. Працівники фтизіатричної служби отримують 30% надбавку за шкідливі умови праці, але цього замало. Ще однією проблемою є відсутність належного соціального захисту медичних працівників (зменшення пенсійного віку, оплата проїзду по дільниці, забезпечення на пільгових умовах путівками для щорічного оздоровлення в санаторіях) та відсутність житла.

Умови праці часто є шкідливими та небезпечними для здоров'я медичних працівників. Робота на старому обладнанні є небезпечною. Зростає рівень захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників через погані санітарні умови в лікарнях та інших медичних закладах. Багато медичних закладів, особливо ті, що розташовані в маленьких містах або сільській місцевості, взимку навіть не мають належного опалення.

Освіта. Післядипломна медична освіта складається з основної спеціалізації (інтернатура), подальшої спеціалізації та ординатури. Термін інтернатури та ординатури за спеціальністю «фтизіатрія» складає 2 роки, що недостатньо для отримання практичного досвіду, необхідного для подальшої роботи.

Лікарі, які пройшли основне навчання, зобов'язані продовжувати освіту при закладах післядипломної медичної освіти. Всі практикуючі лікарі зобов'язані проходити регулярну атестацію кожні 5 років. Основним критерієм оцінки є складання тестового іспиту і тривалість стажу окремого медичного працівника. Не існує інших чітких критеріїв для оцінки роботи лікаря, і тому прийняття рішень в таких ситуаціях є досить суб'єктивним. Одним з основних недоліків такої системи є те, що атестація спрямована тільки на збільшення зарплатні працівника. Таким чином, фахівець, який не зміг підтвердити рівень кваліфікації, втрачає тільки збільшення зарплатні, а не право практикувати в медицині.

5 Усі дані зі Статистичного довідника МОЗ за 2004 рік.

Тренінги. На даний момент не існує національної тренінгової програми і посібника із стандартних процедур на всіх рівнях, окрім наказів МОЗ України, які є досить загальними. Тренінгові матеріали і посібники було розроблено для пілотних областей з впровадження ДОТС ВООЗ та РАТН. Ці матеріали використовуються в пілотних областях. Фахівцями Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України розроблено посібники із стандартних процедур на всіх рівнях для тренінгів по всій Україні, але їх ще не затверджено МОЗ України. Також розроблено та узгоджено з МОЗ України методичні рекомендації щодо виявлення туберкульозу у групах ризику, діагностики і профілактики туберкульозу, ведення випадку туберкульозу і ВІЛ. Проведення тренінгів для медичних фахівців проводилось в Україні досить нерівномірно.

На даний момент плани з проведення тренінгів не розроблено і не затверджено, але Наказ МОЗ України №610 містить вказівки для Інституту фтизіатрії і пульмонології, МОЗ України та обласних управлінь охорони здоров'я щодо розробки планів тренінгів для фтизіатрів, лаборантів, терапевтів та медичного персоналу середнього рівня. Точної дати завершення цього процесу не вказано.

Рекомендації

1. Розробити план та бюджет для проведення тренінгів згідно з Наказом МОЗ України №610 щодо розширення ДОТС-стратегії.
2. Розробити навчальні матеріали для медичного персоналу всіх рівнів (особливо загального профілю та середнього медичного персоналу) з акцентом на організації та моніторинг заходів з контролю за туберкульозом на основі матеріалів, що використовувались у районах проведення пілотних проектів та у навчальних програмах ВООЗ.

13. Система реєстрації та звітності національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз

Контроль за туберкульозом є важливою частиною національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз, що складається з:

- збору точних даних від нижчих рівнів до центрального (система реєстрації та звітності);
- аналізу даних кожного рівня для проведення моніторингу та коригуючих дій; на центральному рівні також проводиться оцінка ситуації щодо туберкульозу, результатів виявлення випадків і лікування та надаються рекомендації для прийняття політичного рішення.

Результати оцінки показали, що інформаційна система (ІС) національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз перевантажена інформацією, яка лише частково використовується для прийняття адміністративних та керівних рішень. Низька репрезентативність даних викликана тим, що рахується не випадок захворювання, а хворий. Результати лікування хворих розраховуються для всіх когорт разом на початку року, який іде за звітним, а не окремо для кожної когорти. Майже неможливо проводити порівняльний аналіз ефективності національної програми на міжнародному рівні через різні дефініції.

Завдяки фінансовій підтримці Європейського Союзу та USAID, у 2000 та 2001 роках у Київській та Донецькій областях розпочалися пілотні проекти з контролю за туберкульозом з адаптацією стратегії ВООЗ до місцевої ситуації. Після аналізу та врахування позитивного та негативного досвіду пілотних проектів впровадження ДОТС-стратегії, її було адаптовано до національних умов і запропоновано до впровадження на всій території України з початку 2006 р, що затверджено Наказом МОЗ України №610 від 15.11.2005 р. «Про впровадження в Україні адаптованої ДОТС-стратегії».

Нові підходи реалізуються лише в межах пілотних областей (45% охоплення населення) з додатковим навантаженням ІС подвійним стандартом оцінки ефективності національної програми. Система реєстрації та звітності має трьохрівневу структуру на основі адміністративно-територіального поділу країни. Реєстрація випадків захворюваності на туберкульоз проходить на основі обліково-звітної форми 089у «про виявлення випадку захворюваності на туберкульоз», яка заповнюється районним/обласним фтизіатром та зберігається у обласному туберкульозному диспансері. Звітність проводиться щомісяця у медичних закладах за допомогою 33-короткої форми, та щорічно на основі форм 33-здоровий «щодо хворих на туберкульоз» та форми №8 «щодо захворювання на активні форми туберкульозу».

Реалізація ДОТС-стратегії проходила на територіях з високим тягарем туберкульозу із використанням міжнародної системи реєстрації та звітності щодо випадків захворюваності на туберкульоз. Система складається з трьох реєстраційних форм (ТБ01 «Медична картка ведення випадку хворого на туберкульоз», ТБ05 «Направлення на мікроскопічний аналіз/аналіз мазку», ТБ06 «Направлення на культуральне дослідження») та чотири звітних форми (ТБ07 «Квартальний звіт про поширеність нових випадків захворюваності на туберкульоз та рецидивів», ТБ08 «Квартальний звіт про результати лікування хворих на легеневі форми туберкульози, зареєстрованих 12–15 місяців тому», ТБ10 «Звіт про конверсію мазків у випадках захворюваності на туберкульоз», ТБ11 «Звіт про резистентність мікобактерії туберкульозу до протитуберкульозних препаратів у хворих на легеневі форми туберкульозу»).

На основі Наказу МОЗ України №693 від 8.12.2005 р. «Про підтвердження тимчасових форм головних документів з реєстрації та звітності щодо туберкульозу та інструкцій про їх заповнення» розпочалося впровадження міжнародних принципів реєстрації та звітності, адаптованих до національних умов, по всій Україні. Однак більшість персоналу протитуберкульозних служб не ознайомлені з ними через відсутність форм у

місцевих закладах та брак підготовки щодо їх використання.

Для розробки обліково-звітних форм у Міністерстві охорони здоров'я України було створено робочу групу, що складалася з національних та міжнародних експертів з клінічних досліджень, лабораторної роботи та епідеміології. Під час обговорення партнери досягли повної згоди щодо кількості форм з незначними розбіжностями стосовно змісту, зокрема з приводу наслідків лікування.

Створено електронну систему реєстрації та звітності щодо захворюваності на туберкульоз на основі програм MS Access/Epi Info у межах пілотних проектів, фінансованих Європейським Союзом та USAID. Однак на її оцінку та подальше впровадження в Україні для реєстрації та звітності щодо захворюваності на туберкульоз необхідне фінансування.

Рекомендації

На державному рівні:

1. Провести підготовку тренерів щодо використання обліково-звітних форм, затверджених наказом МОЗ №693 від 8.12.2005 р.;
2. Наприкінці 2006 року провести оцінку інформаційної системи, оцінюючи простоту її використання, гнучкість, доступність, корисність для моніторингу програми з контролю за туберкульозом, репрезентативність та своєчасність.

На регіональному рівні:

1. Прискорити друк та розповсюдження обліково-звітних форм, затверджених Наказом МОЗ України №693 від 8.12.2005 р.;
2. Провести тренінг з питань обліково-звітних форм та порядку дій, затверджених Наказом МОЗ України №693 від 8.12.2005 р. для працівників протитуберкульозної служби та первинної медичної ланки.

14. Моніторинг і оцінка заходів з контролю за туберкульозом

Система моніторингу і оцінки (МіО) програми з контролю за туберкульозом не є чітко визначеною і не має чіткої структури та ресурсів. Контроль за виконанням Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз проводиться щоквартально на зустрічах персоналу/колегії в обласних управліннях охорони здоров'я, за участі голів та їхніх заступників різних відділень та служб. Щорічно проблеми, пов'язані з туберкульозом, обговорюються на нарадах працівників обласних адміністрацій. Двічі на рік обговорюється стан протитуберкульозних послуг, що надаються населенню, на нарадах працівників районних адміністрацій.

Оцінка протитуберкульозних заходів проводиться на базі 9-ти рейтингових показників:

1. Відсоток бактеріовиділювачів серед серед вперше виявлених хворих на туберкульоз.
2. Відсоток виявлення хворих на туберкульоз при флюорографічних профілактичних оглядах.
3. Охоплення туберкулінодіагностикою дитячого населення (на 100 дітей, що підлягали туберкулінодіагностиці).
4. Охоплення новонароджених вакцинацією БЦЖ в пологовому будинку (на 100 новонароджених).
5. Кількість обстежених флюорографічно (на 1000 населення).
6. Питома вага закриття порожнини розпаду серед вперше виявлених хворих на туберкульоз (0%).
7. Питома вага припинення бактеріовиділення серед уперше виявлених хворих на туберкульоз (0%).
8. Показник рівня смертності від туберкульозу у регіонах.
9. Охоплення туберкулінодіагностикою дитячого населення (на 100 дітей, що підлягали туберкулінодіагностиці) в сільській місцевості.

Контроль за процесом реалізації національної програми на основі цих показників проводиться щоквартально.

У переважній більшості регіонів, окрім пілотних регіонів ДОТС, персонал протитуберкульозної служби не ознайомлений з принципами моніторингу та оцінки на основі когортного аналізу та не проводить його.

У регіонах при обласних протитуберкульозних диспансерах відсутні інформаційно-аналітичні відділи медичної статистики, в обов'язки яких входить збір статистичних даних та проведення моніторингу та оцінки.

Рекомендації

На державному рівні:

1. Розробити рекомендації з проведення оцінки всіх компонентів Національної програми з контролю за туберкульозом на основі міжнародних показників та з описом розрахунків та поясненнями.
2. Провести тренінг для персоналу центрального органу з координації Національної програми з контролю за туберкульозом з моніторингу та оцінки.
3. Розробити план моніторингу і оцінки для Національної програми з контролю за туберкульозом з рекомендаціями для всіх рівнів.
4. Регулярно проводити моніторинг і оцінку Національної програми з контролю за туберкульозом.
5. Внести зміни до Наказу МОЗ України №33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» щодо створення при обласних протитуберкульозних диспансерах інформаційно-аналітичних відділів медичної статистики.

На регіональному рівні:

1. Провести тренінг для фахівців протитуберкульозної служби (керівника програми, лаборанта, статистика, клініциста) з питань моніторингу та оцінки;
2. Провести перепідготовку інформаційно-аналітичних відділів щодо аналізу інформації для прийняття рішень.

15. Туберкульоз і ВІЛ/СНІД

Координація між програмами здійснюється на регіональному рівні між обласними протитуберкульозними диспансерами та центрами СНІДу. Фтизіатри консультують центри СНІДу з питань діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, диференціальної діагностики латентної туберкульозної інфекції та активного туберкульозу. Обласні протитуберкульозні диспансери забезпечують культуральні дослідження діагностичного матеріалу та морфологічне дослідження гістологічних препаратів щодо встановлення або виключення діагнозу туберкульозу. Інфекціоністи консультують хворих на туберкульоз з питань встановлення діагнозу ВІЛ-інфікування у хворих на туберкульоз та проведення антиретровірусного лікування у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз. Координація між протитуберкульозними закладами та центрами СНІДу не передбачена нормативними документами, тому існують випадки, коли ВІЛ-інфіковані особи не отримують належної медичної допомоги і «ходять по колу» між фахівцями цих установ. У більшості областей України проводиться добровільне тестування на ВІЛ у протитуберкульозних диспансерах.

В Україні ВІЛ-асоційований туберкульоз виявляють переважно у хворих на туберкульоз шляхом добровільного тестування на ВІЛ хворих на туберкульоз. Захворюваність на ВІЛ-асоційований туберкульоз в Україні в 2004 р. становила 2,4 на 100 тис. населення при захворюваності на туберкульоз — 80,9 та ВІЛ-інфікуванні — 25,9 на 100 тис. населення. Існує значне недовиявлення захворюваності на туберкульоз у ВІЛ-інфікованих, оскільки позалегеневі форми майже не виявляються через труднощі доступу до діагностичних обстежень. Смертність від ВІЛ-асоційованого туберкульозу в Україні досить висока (відносно захворюваності) — 2,0 на 100 тис. населення. Серед померлих, що хворіли на СНІД, 54% помирає від туберкульозу. Причиною високої смертності хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз є несвоєчасне виявлення та низький рівень прихильності до протитуберкульозного лікування — понад 50% осіб переривають лікування.

Розроблено протокол добровільного консультування та тестування, однак він впроваджений не в усіх областях України.

У деяких центрах СНІДу України проводиться туберкулінодіагностика з метою формування контингенту для проведення хіміопрофілактики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб. Значна кількість центрів СНІДу туберкулінодіагностику не проводить. Хіміопрофілактику проводять Ізоніазидом протягом 6 міс, або скороченим 2-компонентним режимом із застосуванням Ізоніазиду та Піразинаміду або Ізоніазиду та Етамбутолу (3 місяці).

Ко-тримоксазол-профілактику у хворих на туберкульоз не проводять. Антиретровірусна терапія у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз проводиться не у всіх пацієнтів з показаннями до її застосування через обмежений доступ. В Україні у 2006 році передбачено фінансування проведення антиретровірусної терапії для 3,8 тис. хворих на СНІД.

Рекомендації

1. Заснувати координаційний комітет з розробки та реалізації заходів з питань надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на ВІЛ-асоційований туберкульоз.
2. МОЗ України затвердити протокол діагностики та лікування і ведення випадку ВІЛ-асоційованого туберкульозу.
3. Розробити протокол взаємодії між протитуберкульозними диспансерами та центрами СНІДу.
4. Розробити та затвердити інструкції щодо ко-тримоксазол-профілактики у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз.
5. Забезпечити проведення навчальних тренінгів для фтизіатрів та інфекціоністів з питань виявлення, діагностики, диференціальної діагностики, лікування та ведення випадку ВІЛ-асоційованого туберкульозу.
6. Залучати неурядові організації до формування психо-соціальної підтримки та прихильності до лікування у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз.
7. Організувати доступ до хірургічних втручань з метою біопсії у ВІЛ-інфікованих для виявлення позалегеневого туберкульозу.
8. Забезпечити діагностику туберкульозу у ВІЛ-інфікованих методом мікроскопії мазка мокротиння та відбитку матеріалу біопсії на КСБ.
9. Впровадити протокол добровільного консультування та тестування ВІЛ.
10. Забезпечувати координацію між протитуберкульозними диспансерами та центрами СНІДу.
11. Проводити туберкулінодіагностику та хіміопрофілактику туберкульозу у ВІЛ-інфікованих у центрах СНІДу.
12. Залучати неурядові організації до розробки та впровадження програм профілактики ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз.

16. Заходи з контролю за туберкульозом у пенітенціарній системі

Впровадження ДОТС-стратегії у пенітенціарній системі через забезпечення чітких методик, інтенсивна підготовка певних медичних працівників та забезпечення додаткового обладнання створили позитивне ставлення до стратегії ДОТС серед персоналу та пацієнтів.

В Україні є 11 протитуберкульозних лікарень для засуджених[6]. Всі в'язні двічі на рік проходять рентген-обстеження грудної клітки. Діагноз туберкульозу може бути встановлено в усіх загальних медичних відділеннях системи виконання покарань (проведення флюорографічного обстеження всіх засуджених, можливість проведення безпосереднього мазку мокротиння).

Координатор на обласному рівні отримує регулярний звіт щодо пацієнтів у рамках пенітенціарної системи. Це дає цивільній системі можливість доступу до сім'ї та інших контактних осіб пацієнта.

Якщо особу звільняють з установи виконання покарань у той час, коли вона проходить лікування, цивільні установи попереджаються стосовно цього принаймні за місяць до звільнення. Їм надається звіт зі справи пацієнта; проте особа, звільнена з місця позбавлення волі, може не з'явитися до того медичного закладу, куди її було перенаправлено.

Існує проблема лікування хворих на туберкульоз, які перебувають у слідчих ізоляторах. Розпорядженням КМУ №419-р від 5.07.2004 р. «Деякі питання щодо створення належних умов для утримання та лікування заарештованих осіб у слідчих ізоляторах» передбачено створення у кожному слідчому ізоляторі спеціальних протитуберкульозних закладів і забезпечення Державним департаментом України з питань виконання покарань прийняття заарештованих, у тому числі хворих на туберкульоз, з наданням їм лікувально-профілактичної допомоги відповідно до законодавства. Не зважаючи на це, питання щодо організації лікування хворих у СІЗО протягом усього терміну дії Програми залишається не вирішеним, оскільки вищевказане Розпорядження залишається невиконаним. Зазначений контингент хворих перебуває впродовж тривалого часу (до 52 ліжкоднів) на лікуванні в комунальних протитуберкульозних закладах під охороною працівників МВС, що не передбачено законодавством України. Це ускладнює виконання протитуберкульозних заходів, оскільки негативно впливає на бажання інших категорій населення звертатись за діагностикою та лікуванням туберкульозу до цих закладів.

Рекомендації

1. Удосконалити Наказ МОЗ України та Департаменту з питань виконання покарань №3/6 від 18.01.2000 р.
2. Розпочинати лікування відразу після встановлення діагнозу та продовжувати лікування під час транспортування до протитуберкульозного закладу пенітенціарної системи.
3. Забезпечувати зовнішню якість щодо безпосередньої мікроскопії мазку, що проводиться персоналом обласного тубдиспансеру або медичним управлінням держдепартаменту з питань виконання покарань.

6 Спільний наказ Державного Департаменту з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державного департаменту України з питань виконання покарань» № 3/6 від 18.01.2000 р.

17. Дослідження в галузі контролю за туберкульозом

Науковий супровід Національної програми здійснюється Інститутом фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України, Львівським Національним науково-дослідницьким інститутом епідеміології та кафедрами туберкульозу медичних навчальних закладів. За період виконання Національної програми з її бюджету було профінансовано одну науково-дослідну тему, яка виконувалась Інститутом фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України «Вивчити епідеміологічну ситуацію з туберкульозу в Україні в умовах епідемії, її регіональні особливості, причини погіршення, ефективність виявлення і лікування хворих на цю недугу та розробити організаційні заходи їх поліпшення». В результаті її виконання було оцінено ефективність активних та пасивних методів виявлення туберкульозу, суцільну флюорографію визнано мало ефективним та економічно невигідним методом діагностики туберкульозу. Сформовані групи ризику, в яких слід проводити це дослідження.

Протягом 2002–2005 років, закладами системи охорони здоров'я було виконано 12 науково-дослідницьких робіт; 10 з них було профінансовано з державного бюджету. Однак їх виконання та фінансування проводилось у рамках науково-дослідницьких робіт МОЗ України, і вони не фінансувались з бюджету Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз. У науково-дослідницьких роботах розглядались такі питання:

- Розробка методів лікування туберкульозу, що не ґрунтуються на застосуванні препаратів.
- Розробка та поліпшення методів лікування туберкульозу.
- Поліпшення антимікобактеріального лікування туберкульозу.
- Вивчення причин рецидиву туберкульозу.
- Розробка методів виявлення та лікування нетипових форм туберкульозу.
- Патогенез деструктивних форм туберкульозу.
- Виявлення та профілактика туберкульозу у дітей та підлітків.
- Заходи з реабілітації хворих на туберкульоз.
- Епідеміологічна ситуація, ефективність виявлення та лікування хворих на легеневі форми туберкульозу та розробка організаційних заходів з її поліпшення.

Більшість тем, крім однієї, яка виконувалась Інститутом фтизіатрії і пульмонології з бюджету Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз, не відповідають потребам національної програми, оскільки вони не є націленими на оцінку та поліпшення заходів з виявлення, діагностики, лікування і профілактики туберкульозу та забезпечення якості реалізації національної програми. В країні було проведено епідеміологічне спостереження за МРТБ. Починаючи з 2006 року проводиться моніторинг резистентності до препаратів у Донецькому регіоні. Окрім того, лабораторії тубдиспансерів обласного рівня проводять аналізи на чутливість до протитуберкульозних препаратів, але не за стандартними протоколами чи із забезпеченням якості. Епідеміологічне спостереження ТБ/ВІЛ не проводилось до 2004 року через відсутність інформації з ВІЛ-асоційованого туберкульозу у обліково-звітних формах.

Рекомендації

На державному рівні:

1. Розпочати та фінансувати з державного бюджету проведення оперативного дослідження, спрямованого на оцінку ефективності, дієвості та якості поточних заходів із виявлення, діагностики, моніторингу та лікування туберкульозу, що слугуватимуть основою для прийняття рішень щодо поліпшення національної програми. Пріоритетні питання цього дослідження є такими:

- Частка діагностованих хворих на легеневі форми туберкульозу за бактеріологією (мазок та культура).

- Кількість підтверджених та мазок-позитивних випадків, виявлених через скринінгове обстеження у різних групах ризику (масове, серед контактів, у в'язницях тощо); ефективність та витрати.
- Визначення хворих з підозрою на туберкульоз, які звертаються за лікуванням до медичних закладів загального профілю (тривалість та вид кашлю).
- Порівняння комбінованих препаратів з фіксованими дозами та окремих препаратів: прийнятність, придатність та наслідки лікування.

2. Створити реєстр хворих на резистентні форми туберкульозу та розробити стандартний порядок дій щодо ведення випадків та обліково-звітних форм для моніторингу результатів лікування МРТБ.
3. Підтримувати регіони при проведенні оперативного дослідження та моніторингу.

На регіональному рівні:

1. Центральному лікарському консультативному комітету (ЦЛКК) забезпечити облік хворих, надавати лікування цим хворим та проводити моніторинг лікування на основі когортного аналізу.
2. Проводити моніторинг ВІЛ-асоційованого туберкульозу та результатів лікування таких хворих.

18. Партнери у галузі контролю за туберкульозом

З 2000 року розвивається низка партнерств зі збільшенням фінансування заходів з контролю за туберкульозом та посиленням політичної підтримки як на центральному, так і на місцевому рівнях. Партнерства складаються з міжнародних організацій, двосторонніх донорів та неурядових організацій. Незважаючи на те, що збільшилася кількість партнерів, вона є досить невеликою для покращеної координації та співпраці між неурядовими організаціями, Міністерством охорони здоров'я України на національному рівні та посадовцями на обласному та місцевому рівнях. Важливими партнерами є такі організації:

Глобальний лікарський фонд (ГЛФ). Нещодавно Україна отримала грант цього фонду на отримання протитуберкульозних препаратів першого ряду на три роки (плюс запас на один рік) для Дніпропетровської, Донецької областей, міста Севастополь та для закладів пенітенціарної системи по всій країні.

Світовий Банк. У 2002 році Світовий Банк підписав позику в розмірі 61 мільйон доларів на проведення заходів з контролю за туберкульозом та ВІЛ з урядом України, яка була підтверджена в 2003 році. Позика призначалася для забезпечення обладнанням та проведення тренінгів для посилення заходів з контролю за туберкульозом згідно міжнародних стандартів. Реалізація позики йде повільними темпами, лише 2,5% позики було витрачено на сьогоднішній день і поки що існує мінімальний ефект щодо контролю за туберкульозом.

Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). USAID є головним міжнародним донором з приводу заходів з контролю туберкульозу в Україні. З 2000 року воно надає фінансову та технічну підтримку для реалізації стратегії ДОТС в Україні. Заходи включають проведення пілотного проекту в Донецькій області з його розширенням з 2005 року на 5 додаткових областей та два міста із значним рівнем навантаження туберкульозу (Дніпропетровська, Херсонська, Харківська, Запорізька області, Автономна Республіка Крим, міста Київ та Севастополь).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ надає постійну технічну підтримку Україні з фінансуванням з USAID. Це включає роботу на центральному рівні з політичних питань та роботу з лікарями загального профілю на обласному рівні щодо розширення ДОТС.

PATH (Програма оптимальних технологій в галузі охорони здоров'я). PATH надає технічну підтримку з приводу розширення ДОТС за допомогою фінансування з USAID. PATH працює разом з ВООЗ, забезпечуючи політичну підтримку на центральному рівні та підготовку на обласному рівні.

Проект USAID|«Визначення політики з питань здоров'я». За допомогою фінансування з USAID, Проект «Визначення політики з питань здоров'я» працює на центральному рівні, підтримуючи розробку політики в сфері контролю за туберкульозом та координацію протитуберкульозних заходів між Міністерством охорони здоров'я України, донорськими організаціями та державними і міжнародними НУО.

TACIC. Проект Європейського Союзу TACIC надавав підтримку в проведенні пілотного проекту в Києві, що реалізовувався KNCV (Королівська Голандська Асоціація Боротьби з Туберкульозом). Окрім того, TACIC фінансує проведення роботи, спрямованої на зміну поведінки відносно туберкульозу в Закарпатській області.

Міжнародна Федерація спілок Червоного Хреста та Червоного півмісяця/Українська Національна Спілка Червоного Хреста. В Донецькій області організації Червоного Хреста отримали підготовку від PATH з питань спілкування з хворими та їх консультування, зараз вони співпрацюють з місцевим протитуберкульозним диспансером, надаючи підтримку хворим щодо завершення лікування.

Інші НУО України. Сектор НУО з питань туберкульозу не є добре розвинутим в Україні. «Українці проти туберкульозу», Благодійний фонд та «Спілка жінок» беруть участь у переговорах щодо контролю за туберкульозом на державному рівні як зацікавлені сторони, але вони не мають робочих проектів, спрямованих на вирішення проблем туберкульозу.

Рекомендації

1. Запровадити робочу групу з партнерами з питань туберкульозу для участі у процесі планування та моніторингу національної програми, а також надання технічної та фінансової підтримки. За координацію групи відповідальність несе центральне відділення національної програми.

Додатки

Додаток I

Учасники місії з проведення спільного аналізу виконання програми та залучені особи

12–25 лютого, 2006 р.

Учасники

Олена Берюшова	Завідувач лабораторії Запорізького обласного протитуберкульозного диспансеру
Володимир Бурятинський	Головний лікар Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру
Катерина Гамазіна	Голова представництва РАТН в Україні
Андрій Гук	Директор Проекту USAID	«Визначення політики з питань здоров'я»
Андрій Даду	Спеціаліст з інформаційних систем Представництва РАТН в Україні
Тамара Іваненко	Спеціаліст з лабораторної діагностики туберкульозу Представництва РАТН в Україні
Олександр Клочков	Головний фтизіатр управління охорони здоров'я Донецького міськвиконко-му, головний лікар Донецького міського протитуберкульозного диспансеру,
Дмитро Крижанівський	Головний позаштатний фтизіатр управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, головний лікар Дніпропетровського обласного протитуберкульозного диспансеру
Вайра Лайман	Директор центру співробітництва ВООЗ, Латвія
Фабіо Луельмо	Міжнародний експерт з контролю за туберкульозом, консультант РАТН, Аргентина
Кестутіс Міскініс	Медичний радник з контролю за туберкульозом Бюро ВООЗ в Україні
Ольга Ніколаєва	Доцент кафедри фтизіатрії, КМАПО
Марія Новохатська	Завідувач лабораторії Харківського обласний протитуберкульозного диспансеру
Д'Арсі Річардсон	Старший консультант з питань туберкульозу та інфекційних хвороб, USAID, США
Василь Сінцов	Головний лікар Севастопольського міського протитуберкульозного диспансеру
Лілія Скотаренко	Консультант Проекту USAID	«Визначення політики з питань здоров'я»
Оксана Сметаніна	Завідувач організаційно-методичним відділом з охорони здоров'я Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України
Іван Соловіч	Директор Інституту туберкульозу, пульмонології та торакальної хірургії, Словаччина
Леонід Турченко	Головний позаштатний фтизіатр головного управління охорони здоров'я міста Києва, головний лікар Київського міського протитуберкульозного диспансеру
Кнут Фельдман	Голова міжнародної туберкульозної референс-лабораторії, Німеччина
Анатолій Царенко	Координатор проекту «Партнерство по контролю за туберкульозом» Представництва РАТН в Україні
Світлана Черенько	Провідний науковий співробітник Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України
Богдана Щербак-Верлань	Координатор з контролю за туберкульозом Бюро ВООЗ в Україні
Олена Янн	Завідувач лабораторії Донецького обласного протитуберкульозного диспансеру

Залучені особи

Анна Барбова	Завідувач референс-лабораторії, Інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України
Ольга Білогорцева	Головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання у дітей Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України
Олексій Галімський	Головний спеціаліст Відділу інфекційних соціально-небезпечних хвороб, Міністерство охорони здоров'я України
Лариса Колос	Заступник головного державного санітарного лікаря міста Києва
Анастасія Ніцой	Консультант Проекту USAID	«Визначення політики з питань здоров'я»
Ольга Сакальська	Виконувач обов'язків керівника Відділу інфекційних соціально-небезпечних хвороб, МОЗ України
Юрій Фещенко	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Пульмонологія і фтизіатрія», директор Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України

Місця проведення та учасники місії з аналізу виконання Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001–2005 роки

Міністерство охорони здоров'я України

В. Івасюк, заступник Міністра охорони здоров'я України

Відділ інфекційних соціально-небезпечних хвороб

О. Сакальська, виконувач обов'язків керівника відділу інфекційних соціально небезпечних хвороб

Т. Александріна, колишній керівник відділу інфекційних соціально небезпечних хвороб

Департамент економіки, фінансів та майнових відносин МОЗ України

Л. Карамушка, директор департаменту

Інститут фтизіатрії та пульмонології АМН України

Професор Ю. Фещенко, директор Інституту

Професор О. Журило, завідувач центру мікробіології

А. Барбова, завідуюч референс-лабораторії

Львівська область

Львівське обласне управління охорони здоров'я:

Професор І. Герич, начальник управління

П. Фідун, заступник начальника управління

В. Верес, заступник начальника управління

Т. Пошивак, заступник начальника управління

Львівський обласний протитуберкульозний диспансер

Я. Мельничук, головний лікар

У. Турко, завідувач статистичного відділу

Львівський обласний центр СНІДу

А. Сорокаліт, епідеміолог

Львівський міський протитуберкульозний диспансер

Р. Квасій, головний лікар

Е. Федюнек, заступник головного лікаря

Л. Круль, завідуюч диспансерного відділу

Р. Вереснюк, завідувач лікувального відділу

Львівська міська поліклініка №1

Л. Луцевич, головний лікар

Дрогобицький районний протитуберкульозний диспансер

Ю. Скурчанський, головний лікар

А. Левицький, завідувач лікувального відділу

Л. Йоваль, завідуюча диспансерного відділу

І. Ліщинський, завідувач рентгенологічного відділу

М. Герасименко, завідуюч лабораторії

Р. Ярмис, лаборант

Дрогобицька міська поліклініка

М. Бігун, головний лікар

Л. Наумяк, заступник головного лікаря

О. Голубкіна, завідуюч терапевтичного відділення

О. Ковальський, завідувач рентгенологічного відділу

Л. Петрик, завідуюч відділення

Харківська область

Харківське обласне управління охорони здоров'я

Т. Жидко, головний дитячий фтизіатр

Харківський обласний протитуберкульозний диспансер №1

Т. Сенчева, головний лікар

І. Калмикова, заступник головного лікаря

Т. Ковальова, завідувач статистичного відділу

Центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала МОЗ України

Професор В. Лісовий, головний лікар

І. Гарагатий, завідувач відділення урологічного туберкульозу

Харківська обласна туберкульозна лікарня №1

І.Кузнєцова, головний лікар

Г. Голка, завідувач відділення

Зміївська центральна районна лікарня

М. Лисак, виконувач обов'язків головного лікаря

А. Масляк, завідувіч поліклінічного відділення

Л. Боброва, завідувач лабораторії

Обласний туберкульозний диспансер №3, Зміїв

О. Білоконєв, головний лікар

Г. Білоконєва, завідувач відділення

О. Вергуза, завідувач лабораторії

Туберкульозний санаторій «Замки»

В. Саєнко, головний лікар

Л. Лисак, завідувач відділення

О. Новохацький, завідувач лабораторії

Харківський міський протитуберкульозний диспансер №1

Н. Сьома, головний лікар

Н. Варнавська, заступник головного лікаря

І. Кузьміна, завідувач лабораторії

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра фтизіатрії

Професор В. Крутько, завідувач відділення

П. Потейко, доцент

Управління охорони здоров'я Московського району міста Харкова

Т. Бакалова, начальник управління

Харківська міська поліклініка №6

О. Дяків, головний лікар

Т. Яблучанська, завідувач рентгенологічного відділу

Н. Бородіна, завідувач лабораторії

Харкіський медичний університет, кафедра фтизіатрії

Професор С. Зайцева, завідувач кафедри

Ю. Пашков, доцент

С. Матвєєва, доцент

Т. Герасимова, доцент

Кіровоградська область

Кіровоградське обласне управління охорони здоров'я

М. Бенет, начальник управління

С. Василенко, головний спеціаліст з лабораторної діагностики

Кіровоградський обласний протитуберкульозний диспансер

Ю. Покалюхін, головний лікар

В. Задубняк, заступник головного лікаря

Г. Горенко, заступник головного лікаря

С. Задубняк, завідувач статистичного відділу

О. Іщенко, завідувач лабораторії

Т. Парасунько, завідувач відділення позалегеневого туберкульозу

В. Даруня, завідувач хірургічного відділення

Кіровоградський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом

В. Кащенко, головний лікар

Центральна лікарня Знаменського району

І. Муравський, головний лікар

Л. Кулаченко, фтизіатр

Олександрійський міський протитуберкульозний диспансер

О. Матковський, головний лікар

Олександрійська центральна районна лікарня

В. Гарагуня, головний лікар

Р. Кохан, фтизіатр

Одеська область

Одеське обласне управління охорони здоров'я

В. Лапай, начальник управління

Одеське міське управління охорони здоров'я

А. Прохорова, заступник начальника управління

О. Леоненко-Бородецька, головний спеціаліст з питань туберкульозу

Одеський обласний протитуберкульозний диспансер
В. Філюк, головний лікар
О. Павлова, заступник головного лікаря
М. Шпаченко, заступник головного лікаря
Г. Малікова, завідувач статистичного відділу
Л. Авербух, фтизіатр

Одеський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом

Н. Дяченко, заступник головного лікаря

Одеська міська поліклініка №16

В. Юрченко, головний лікар

Одеський міський протитуберкульозний диспансер №4

В. Нелін, головний лікар

Обласний протитуберкульозний диспансер №2, м. Білгород-Дністровський

Т. Синиця, головний лікар

Білгород-Дністровська міська лікарня

І. Десятник, головний лікар

Білгород-Дністровська центральна районна лікарня

В. Гросу, головний лікар

Житомирська область

Житомирська обласна держадміністрація

Ірина Синявська, голова обласної держадміністрації

Житомирське обласне управління охорони здоров'я
О. Толстанов, начальник управління
О. Торбас, заступник начальника управління
О. Волков, головний санітарний лікар

Житомирський обласний протитуберкульозний диспансер
В. Дідик, головний лікар
М. Кутишенко, заступник головного лікаря
О. Близнюк, заступник головного лікаря
Т. Воробченко, завідувач лабораторії

Житомирська обласна лікарня

В. Олійник, заступник головного лікаря

Житомирський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом

Ю. Галінський, головний лікар

Житомирське міське управління охорони здоров'я

С. Кобилинський, начальник управління

Житомирська міська лікарня №2
В. Павлусенко, головний лікар
Л. Касьянюк, спеціаліст з питань туберкульозу

Житомирський обласний департамент з питань виконання покарань
М. Тодосійчук, Голова лікарського комітету
С. Березовський, епідеміолог

Житомирський обласний комітет Червоного Хреста

О. Богдан, Голова комітету

Додаток III

Додаток до Наказу МОЗ України №610 від 15.11.2005 р.

Концепція адаптованої ДОТС–стратегії в Україні

I. Політичну та фінансову підтримку програми боротьби з ТБ забезпечувати на рівні Уряду та адміністративних територій країни.

II. Виявлення хворих на активні форми туберкульозу здійснювати:

- за зверненням в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за методом мікроскопії мазка та рентгенофлюорографії;
- шляхом проведення туберкулінодіагностики серед груп ризику у дітей [7];
- шляхом проведення скринінгової флюорографії або мікроскопії мазка серед груп ризику у дорослих [8].

III. Діагностику туберкульозу здійснювати шляхом:

- проведення мікроскопії мазка;
- посіву мокротиння і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів [9];
- рентгенологічної діагностики;
- використання інших лабораторних та інструментальних методів дослідження (за показанням).

IV. Лікування хворих на туберкульоз забезпечувати шляхом:

- проведення стандартизованого контрольованого короткострокового режиму антимікобактеріальної терапії хворим 1, 2, 3 категорій під безпосереднім контролем медичного працівника;
- призначення п'ятикомпонентного стандартизованого контрольованого режиму антимікобактеріальної терапії хворим на тяжкі форми туберкульозу [10];
- проведення стандартизованого п'яти-, шестикомпонентного режиму антимікобактеріальної терапії хворим на мультирезистентний туберкульоз до отримання тесту лікарської чутливості, а у подальшому призначення індивідуальних схем лікування;
- призначення хірургічного лікування туберкульозу за показанням [11];
- здійснення контролю за ефективністю лікування за когортним аналізом;
- проведення лікування в інтенсивній фазі переважно у стаціонарі, у фазі продовження – переважно амбулаторно під контролем медичного працівника;
- надання дозволу на призначення препаратів II ряду за рішенням консиліуму обласних (Кримського республіканського, Київського та Севастопольського міських) протитуберкульозних диспансерів, в яких функціонують лабораторії з діагностики туберкульозу III рівня;

---

7 У кожній адміністративній території необхідно визначити групи ризику щодо захворювання на туберкульоз серед дітей, а основні зазначені групи ризику слід визначити окремим наказом МОЗ України.

8 У кожній адміністративній території необхідно визначити групи ризику щодо захворювання на туберкульоз серед дорослих, а основні зазначені групи ризику слід визначити окремим наказом МОЗ України.

9 Окремим наказом МОЗ України необхідне зменшення загальної кількості посівів протягом основного курсу лікування, визначення основних етапів мікробіологічного контролю.

10 Окремим наказом МОЗ України необхідно визначити тяжкі форми туберкульозу.

11 Окремим наказом МОЗ України підлягають перегляду конкретні строки консультації торакального хірурга та показання до хірургічного лікування.

- здійснення паліативного лікування хворим з розширеною медикаментозною резистентністю у разі неможливості призначення чотирьох антимікобактеріальних препаратів I та II ряду.

V. Забезпечення протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами проводити шляхом закупівлі препаратів I та II ряду за рахунок Державного бюджету України та залучення позабюджетних коштів.

VI. Моніторинг за туберкульозом здійснювати шляхом:

- створення національного та регіонального комп'ютерного реєстру хворих на туберкульоз;
- створення системи моніторингу ефективності програми боротьби з туберкульозом;
- здійснення моніторингу діагностичних та лікувальних заходів;
- затвердження та впровадження рекомендованих ВООЗ обліково-звітних статистичних форм.

VII. Профілактику туберкульозу проводити шляхом:

- призначення хіміопрофілактики контактним, інфікованим мікобактеріями туберкульозу дітям, особам, які віднесені до контингентів групи ризику щодо захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфікованим;
- вакцинації та ревакцинації вакциною БЦЖ.

VIII. Заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-асоційованого туберкульозу (поєднання туберкульозу та ВІЛ-інфекції) здійснювати шляхом координації національних програм з туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Додаток IV

Адміністративна карта України

Додаток V

Загальна інформація про Україну

Україна є другою за розміром країною в Європі, що розташована на перехресті Європи та Азії. Країна межує з Білоруссю, Російською Федерацією, Республікою Молдова, Румунією, Угорщиною, Словацькою республікою та Польщею. Це різноманітна країна, з Карпатськими горами на заході, родючими степами у центрі та Чорним і Азовським морями на півдні. Її площа складає 603700 км^2. Клімат є переважно помірно-континентальним, однак спостерігаються субтропічні умови на південному березі Кримського півострова. Україна є багатою на природні ресурси, такі як вугілля, залізна руда, марганець, нікель та сіль; завдяки своєму родючому чорнозему Україна здобула репутацію житниці Європи.

Незалежна Україна утворилась після розпаду СРСР у 1991 році. З того часу країна розвиває інститути демократичної системи. Однак вона успадкувала певні структурні проблеми, що стали на заваді безпосередньому економічному процвітанню. Україна є республікою, Конституцію якої було прийнято парламентом (Верховною Радою) 28 червня 1996 року. Вона визначає Президента як голову держави, обраного на основі загального, рівноправного та прямого виборчого права таємним голосуванням на п'ятирічний термін не більше ніж на два успішних терміни. На даний час Президентом України є Віктор Ющенко, якого було обрано у 2005 році 52% голосів виборців. Парламент, єдиний законодавчий орган, складається з

однієї палати, 450 членів якої виконують свої повноваження 4 роки. Наступні вибори заплановані на березень 2006 р. Після політичної реформи, яку було прийнято наприкінці 2004 року та яка вступила в силу з січня 2006 року, депутати парламенту обираються строком на 5 років.

Адміністративний поділ є таким: країна ділиться на 24 області та 2 міста державного підпорядкування (Київ та Севастополь). Окрім того, Україна містить у своєму складі Автономну Республіку Крим (АР Крим). Області діляться на 490 районів. Функції виконавчої влади в областях та районах, у містах Києві та Севастополі виконуються місцевими держадміністраціями, голови яких призначаються та звільняються Президентом за поданням Кабінету Міністрів. АР Крим має свою власну конституцію, яку було прийнято найвищим представницьким органом республіки — Верховною Радою АР Крим та затверджено урядом України. За державне управління республікою відповідальною є Рада Міністрів АР Крим.

За даними Держкомстату, станом на 1.01.2006 в Україні проживають 47,1 мільйони осіб. Налічується дев'ять міст із населенням більш ніж 1 мільйон жителів. Головними етнічними групами є українці (78%) та росіяни (17%). 5% населення країни — білоруси, молдавани, кримські татари, євреї та роми. Українська є офіційною державною мовою, також активно використовуються російська, румунська, польська та угорська мови. Основні віросповідання в країні — українське Православ'я (Московського та Київського патріархатів, Автокефальна церква) та український католицизм (Уніатство), менш поширені протестантизм та іудаїзм.

Рівень прибутків впливає на стан здоров'я населення: бідні верстви населення зазвичай мають гірший стан здоров'я та помирають раніше, ніж люди з вищим рівнем прибутків. Особи, що мають вищий рівень прибутків, мають більші можливості та можуть дозволити собі придбати товари та послуги, що є корисними здоров'я, наприклад, краще харчування та умови проживання. У 2003 році в Україні валовий національний продукт, враховуючи паритетну купівельну спроможність, становив 5430 доларів США на особу.

За оціночними даними ВООЗ, очікувана тривалість життя людини, яка народилася в Україні в 2005, — приблизно 67 років. Середня тривалість життя чоловічого населення знизилася до 62 років, приблизно на 3 роки, у порівнянні з 1980 роком та на 11 років серед жіночого населення. Народжуваність у 2003 році складала 8,6 та 7,5 на 1 тис. населення за рівнем природного приросту населення.

Рівень дитячої та неонатальної смертності в Україні є 9,6 та 5,3 на 1 тис. живонароджених, відповідно. За офіційними даними МОЗ, рівень материнської смертності у 2000 році складав 24,7 випадків на 100 тис. живонароджень (ВООЗ/ЮНІСЕФ/Фонд народонаселення ООН (ФНООН) налічують 35 на 100 тис. живонароджень). У 2000 році в Україні було нараховано 80% смертельних випадків від основних неінфекційних хвороб; екзогенні фактори складали приблизно 11%; та інфекційні захворювання — близько 2%. В цілому, близько 60% всіх смертельних випадків були викликані захворюваннями серцево-судинної системи та 12% — онкологічними захворюваннями.

Додаток VI

Деякі статистичні дані щодо захворюваності на туберкульоз в Україні

Динаміка реєстрації нових випадків туберкульозу в Україні у 2000–2005 рр.

Адміністративні одиниці	2000 р.		2001 р.		2002 р.		2003 р.		2004 р.		2005 р.	
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс,	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
АР Крим	1190	57,0	1436	69,3	1504	74,3	1541	76,7	1637	82,0	1743	87,8
Черкаська	730	50,5	766	53,5	777	55,6	774	56,0	813	59,4	931	68,8
Чернігівська	792	61,8	823	65,1	910	73,6	876	72,0	911	76,0	901	76,4
Черновецька	428	45,8	567	60,8	532	57,9	517	56,5	513	56,3	512	56,4
Дніпропетровська	2329	62,9	2733	74,5	2986	83,8	2954	83,8	2951	84,3	2841	81,8
Донецька	3364	68,2	3845	78,9	4216	87,4	4653	97,8	4525	96,1	4816	103,4
Івано-Франківська	837	57,9	896	62,1	931	66,2	976	69,7	1069	76,6	1101	79,2
Харківська	1593	54,0	2095	71,7	2802	96,8	2718	94,7	2679	94,0	2563	90,5
Херсонська	1122	91,7	1384	114,4	1801	153,6	1739	150,1	1909	166,2	1978	174
Хмельницька	786	54,0	830	57,6	766	53,7	772	54,7	788	56,4	887	64
Київська	989	54,2	1139	63,1	1035	56,8	1124	62,4	1130	63,2	1244	70,2
Кіровоградська	736	63,6	808	70,8	916	81,4	928	83,7	1046	95,6	1184	109,9
Луганська	1997	75,7	2324	89,3	2379	93,7	2555	102,1	2773	112,4	2784	114,3
Львівська	1748	64,8	1810	67,5	1968	75,5	1876	72,4	1935	75,0	2023	78,7
Миколаївська	941	72,6	1218	94,8	1267	100,3	1405	112,4	1425	114,9	1365	111,1
Одеська	1720	69,0	1819	73,5	1985	80,8	1973	81,0	2267	93,7	2292	95,3
Полтавська	830	49,6	848	51,2	830	51,2	769	48,0	827	52,3	879	56,2
Рівненська	776	65,6	772	65,5	823	70,3	813	69,7	826	71,0	940	81,1
Сумська	724	54,3	713	54,3	726	56,0	640	50,1	693	55,0	724	58,3
Тернопільська	509	43,7	664	57,9	647	56,8	708	62,6	709	63,1	756	67,7
Вінницька	999	55,4	1073	60,0	1160	65,8	1217	69,7	1128	65,2	1199	70
Волинська	611	57,9	609	57,9	630	59,6	636	60,5	656	62,7	714	68,5
Закарпатська	616	48,2	699	54,8	710	56,6	695	55,6	709	56,8	737	59,2
Запорізька	1303	65,2	1372	69,4	1853	95,2	1750	91,8	1678	88,7	1736	92,5
Житомирська	932	65,4	1174	83,1	1110	79,9	1081	78,7	1301	95,6	1295	96,2
м. Севастополь	956	36,7	994	38,1	985	38,4	1125	43,7	1274	49,0	1228	46,8
м. Київ	195	50,1	223	57,4	222	58,9	228	60,6	231	61,4	235	62,4
Україна загалом	**28602**	**60,2**	**32417**	**68,6**	**35264**	**75,6**	**35690**	**77,5**	**38403**	**80,9**	**38145**	**84,1**

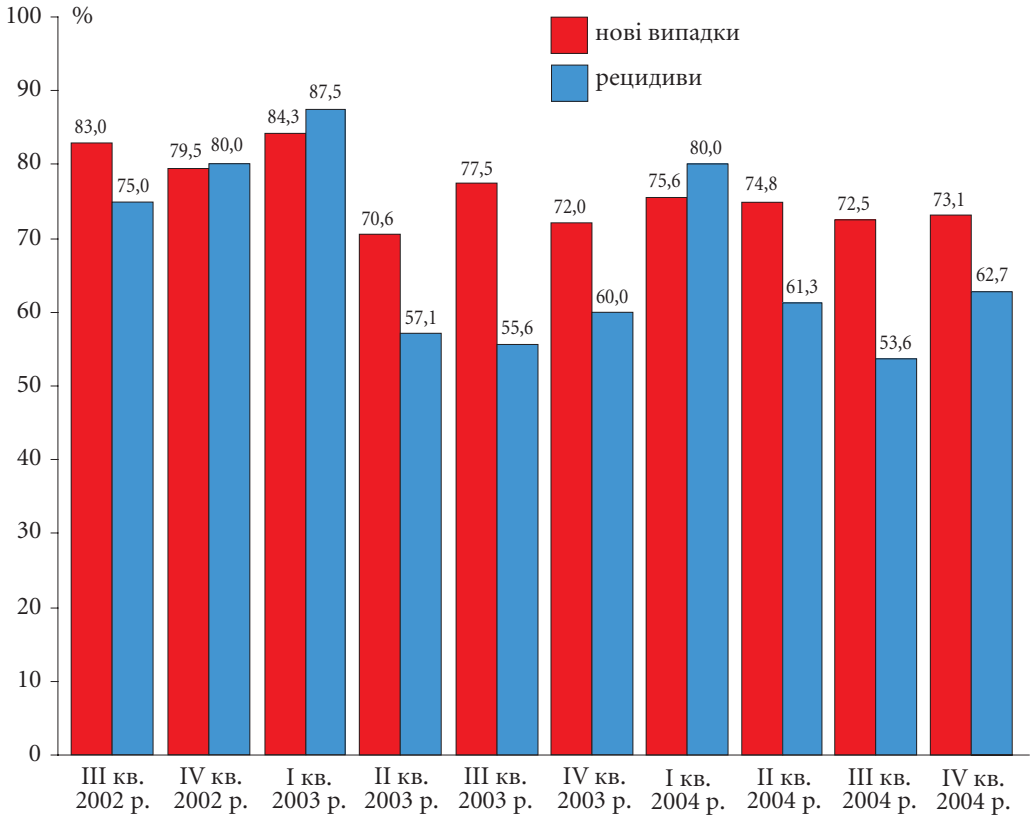


Рис. 3. Динаміка бактеріовиділення серед уперше виявлених хворих на туберкульоз у Донецькій області

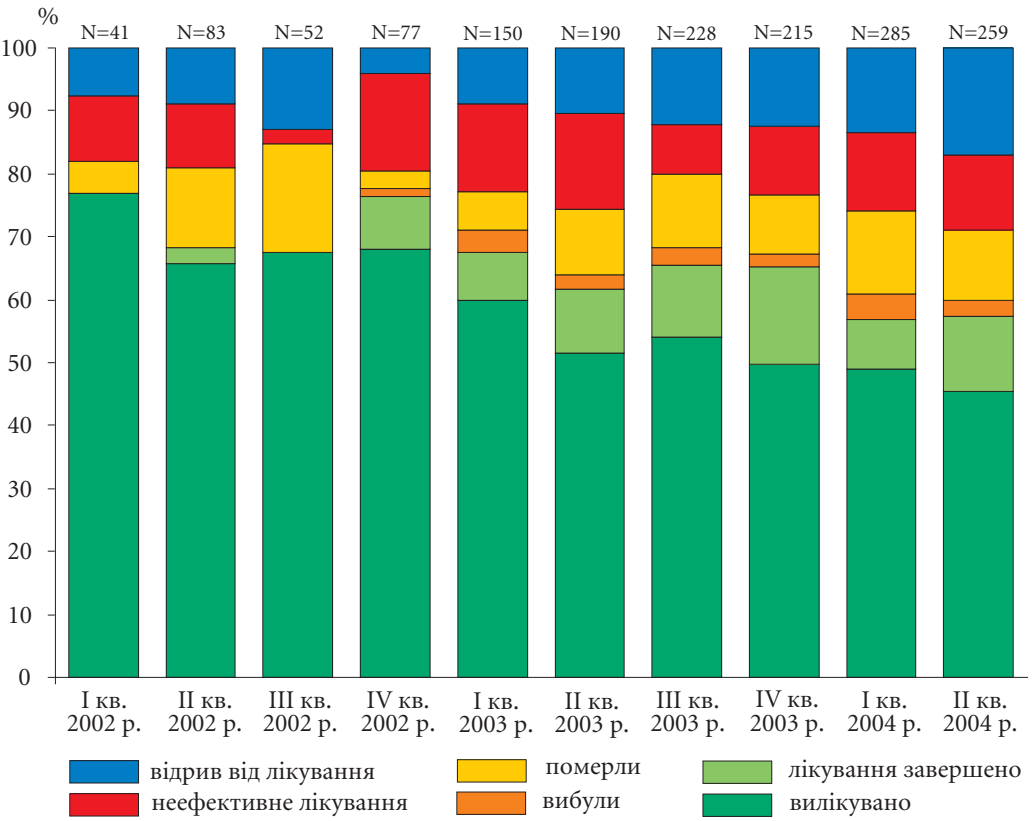


Рис. 4. Когортний аналіз результатів лікування вперше виявлених хворих на активний туберкульоз у Донецькій області в 2002–2004 рр.

Нові випадки легеневого туберкульозу з бактеріовиділенням у 2005–2005 рр.

Адміністративні одиниці	2000 р.		2001 р.		2002 р.		2003 р.		2004 р.		2005 р.	
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
АР Крим	451	21,6	533	25,7	547	27	597	29,7	671	33,6	721	36,3
Черкаська	330	22,8	308	21,5	278	19,9	292	21,1	285	20,8	356	26,3
Чернігівська	347	27,1	402	31,8	412	33,3	414	34	456	38	503	42,7
Черновецька	170	18,2	241	25,8	214	23,3	238	26	245	26,9	208	22,9
Дніпропетровська	670	18,1	770	21	741	20,8	733	20,8	795	22,7	872	25,1
Донецька	794	16,1	926	19	1124	23,3	1313	27,6	1361	28,9	1495	32,1
Івано-Франківська	188	13	310	21,5	312	22,2	323	23,1	430	30,8	416	29,9
Харківська	566	19,2	795	27,2	863	29,8	815	28,4	1006	35,3	901	31,8
Херсонська	469	38,3	462	38,2	573	48,9	505	43,6	541	47,1	593	52,2
Хмельницька	310	21,3	329	22,8	237	16,6	279	19,8	265	19	340	24,6
Київська	350	19,2	394	21,8	445	24,4	440	24,4	381	21,3	449	25,3
Кіровоградська	279	24,1	290	25,4	420	37,3	435	39,2	463	42,3	499	46,3
Луганська	754	28,6	822	31,6	853	33,6	858	34,3	950	38,5	945	38,8
Львівська	475	17,6	405	15,1	477	18,3	482	18,6	477	18,5	445	17,3
Миколаївська	358	27,6	366	28,5	501	39,7	478	38,2	522	42,1	461	37,5
Одеська	708	28,4	767	31	813	33,1	782	32,1	832	34,4	864	35,9
Полтавська	356	21,3	368	22,2	339	20,9	300	18,7	337	21,3	322	20,6
Рівненська	244	20,6	259	22	282	24,1	266	22,8	305	26,2	362	31,2
Сумська	283	21,2	260	19,8	229	17,7	204	16	228	18,1	306	24,6
Тернопільська	179	15,4	222	19,4	216	19	270	23,9	266	23,7	281	25,2
Вінницька	422	23,4	410	22,9	428	24,3	450	25,8	457	26,4	503	29,4
Волинська	232	22	231	22	221	20,9	248	23,6	284	27,1	300	28,8
Закарпатська	317	24,8	334	26,2	310	24,7	273	21,8	363	29,1	360	28,9
Запорізька	546	27,3	700	35,4	734	37,7	745	39,1	738	39	837	44,6
Житомирська	376	26,4	442	31,3	406	29,2	364	26,5	478	35,1	479	35,6
м. Севастополь	495	19	511	19,6	503	19,6	577	22,4	645	24,8	708	27
м. Київ	73	18,7	102	26,2	95	25,2	104	27,6	111	29,5	110	29,2
Україна загалом	**10725**	**21,7**	**11963**	**24,4**	**12591**	**26,1**	**12810**	**26,8**	**13909**	**29,3**	**14636**	**31,1**

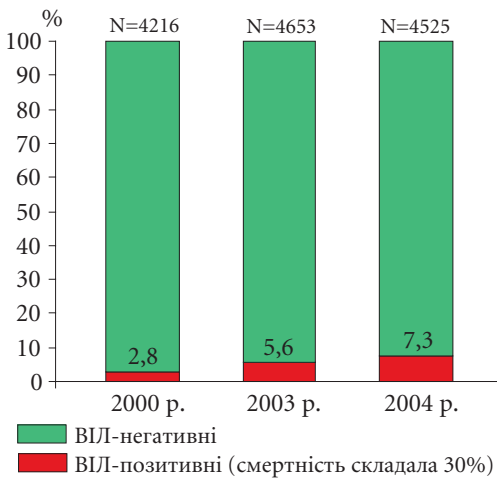


Рис. 5. Поширеність ВІЛ серед уперше виявлених хворих на туберкульоз у Донецькій області (за даними протитуберкульозної служби Донецької області)

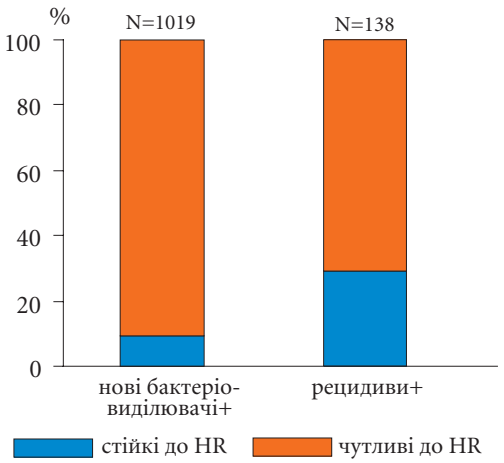


Рис. 6. Поширеність мультирезистентного туберкульозу серед бактеріовиділювачів у Донецька область, 2004 р. (за даними протитуберкульозної служби Донецької області)

Додаток VII

Термінологічний словник

ДОТС-стратегія (від DOTS — Directly Observed Treatment, Short-course) є випробуваним і технічно та економічно ефективним засобом боротьби з епідемією туберкульозу, що складається з п'яти основних компонентів:

1) Відданість Уряду боротьбі з ТБ: довгострокове планування, людські ресурси та стабільне фінансування;

2) Виявлення ТБ за зверненням пацієнта з використанням бактеріологічного методу діагностики, в першу чергу методом мікроскопії мокротиння. Особлива увага має приділятись виявленню випадків захворювання серед груп високого ризику, включаючи людей, які живуть з ВІЛ.

3) ДОТС також передбачає стандартизоване лікування та супровід пацієнтів, що складається з безпосереднього нагляду за прийняттям протитуберкульозних ліків, а також соціальну, правову та іншу підтримку.

4) Ще однією важливою складовою ДОТС є система ефективного забезпечення ліками.

5) Останнім елементом є система обліку та звітності з виявлення хворих та ефективності лікування з обов'язковим застосуванням когортного аналізу, що відповідає міжнародним стандартам. З березня 2006 року стратегія ДОТС доповнена новими елементами та має назву «Стоп ТБ Стратегія».

Клінічний протокол — посібник для медичних працівників, у якому описані медичні заходи з виявлення, діагностики, лікування та профілактики захворювання.

Когорта — група хворих, діагностованих і зареєстрованих для лікування протягом певного періоду, як правило – кварталу календарного року, і які спостерігаються протягом певного періоду часу (12-15 місяців), щоб прослідкувати, що з ними відбудеться у подальшому.

Когортний аналіз — метод, який використовується для оцінки ефективності лікування туберкульозу за рекомендованою ВООЗ методикою, яка полягає в оцінці результатів лікування певної когорти (групи) хворих, виділеної на основі категорії лікування і часу реєстрації. Когортний аналіз передбачає оцінку всіх зареєстрованих випадків туберкульозу, включно з тими, що не завершують лікування, і тому надає можливість найоб'єктивніше оцінити ефективність туберкульозної програми.

Комбіновані препарати — комбіновані протитуберкульозні препарати I ряду з фіксованими дозами (кілька протитуберкульозних препаратів в одній пігулці). Такі препарати широко використовуються у багатьох країнах для успішного лікування ТБ, в Україні на даний момент не застосовуються.

Моніторинг — це постійний нагляд за ключовими елементами ефективності програм (в основному відповідно до затрат і результатів) за допомогою реєстрації даних, системи регулярної звітності та епіднагляду з обов'язковою перевіркою щодо дійсного виконання програм на місцях. Правильний моніторинг забезпечує та підвищує ефективність ТБ заходів.

Мультирезистентний туберкульоз — туберкульоз, стійкий до двох основних протитуберкульозних препаратів I ряду, Ізоніазиду та Рифампіцину, незалежно від стійкості до будь-яких інших протитуберкульозних препаратів. Мультирезистентний туберкульоз є важливим явищем, що докорінно змінює підхід до лікування ТБ

Полірезистентний туберкульоз — туберкульоз, що має стійкість до більш ніж одного протитуберкульозного препарату I або II ряду.

Препарати I ряду — Ізоніазид, Рифампіцин, Піразинамід, Етамбутол та Стрептоміцин.

Препарати II ряду — протитуберкульозні препарати, які застосовуються для лікування мультирезистентного туберкульозу: фторхінолони (офлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин), амікацин, канаміцин, капреоміцин, етіонамід (протіонамід), парааміносаліцилова кислота (ПАСК), циклосерин.

Технічний протокол — це посібник для медичних працівників, у якому описані організаційні процедури реалізації заходів надання медичної допомоги населенню.

Класифікація лабораторій різних рівнів:

Лабораторія 1 рівня — це клінічна лабораторія в загальній чи туберкульозній медичній мережі, в якій проводять дослідження мокротиння на кислотостійкі бактерії методом мікроскопії за Цилем-Нільсеном.

Лабораторія 2 рівня — це бактеріологічна лабораторія протитуберкульозної служби, в якій проводять дослідження мокротиння на кислотостійкі бактерії методом мікроскопії за Цилем-Нільсеном та для виявлення мікобактерій туберкульозу методом посіву на поживні середовища. Лабораторії 2 рівня розташовані в міських або районних протитуберкульозних диспансерах, і здійснюють зовнішній контроль якості роботи лабораторій 1 рівня.

Лабораторія 3 рівня — це бактеріологічна лабораторія протитуберкульозної служби, в якій проводять дослідження мокротиння на кислотостійкі бактерії методом мікроскопії за Цилем-Нільсеном та для виявлення мікобактерій туберкульозу методом посіву на поживні середовища, проводять тест чутливості до протитуберкульозних препаратів. Лабораторія 3 рівня розташована в обласному протитуберкульозному диспансері, здійснює зовнішній контроль якості роботи лабораторій 1 та 2 рівня.

Національна референс-лабораторія — це бактеріологічна лабораторія протитуберкульозної служби, яка проводить усі бактеріологічні дослідження для діагностики туберкульозу, що здійснюються лабораторіями 1–3 рівнів та моніторингу його лікування, здійснює зовнішній контроль якості роботи усієї ТБ-лабораторної мережі країни.

Супранаціональна референс-лабораторія — це бактеріологічна лабораторія, що розташована за кордоном та сертифікована міжнародними організаціями, і здійснює зовнішній контроль якості роботи національної референс-лабораторії відповідно до особливих міжнародних договорів.

для нотаток