



УДК 616-002.5.008.0

О. К. Асмолов, О. А. Бабуріна, Н. А. Герасимова, І. М. Смольська

ОРГАНІЗАЦІЯ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Одеський державний медичний університет

Зважаючи на стрімке зростання захворюваності на туберкульоз і смертності від нього в усьому світі, поширення медикаментозної резистентності мікобактерій туберкульозу до основних протитуберкульозних препаратів із початку 90-х рр. ХХ ст., ВООЗ у 1993 р. проголосила глобальну небезпеку з туберкульозу.

Україна — друга після Росії країна в європейському регіоні ВООЗ за кількістю випадків туберкульозу. В 1995 р. ВООЗ зафіксувала в Україні епідемію туберкульозу, оскільки кількість хворих перевищила 1 % населення. Епідемія невпинно прогресує і набуває загрозливих масштабів. Статистика свідчить, що в Україні щодня реєструється 82 нових хворих на туберкульоз, а 30 хворих помирає. Захворюваність на всі форми туберкульозу в 2005 р. становила 84,1 випадки на 100 тис. населення (в 2002 р. — 75,6).

Як відомо, туберкульоз є складною медико-соціальною проблемою для держави. За радянського періоду спеціалізована протитуберкульозна служба мала вертикальну структуру і централізовану підтримку, включаючи фінансування. Незалежна Україна успадкувала складну радянську систему діагностики і лі-

кування туберкульозу, і стало очевидним, що утримувати таку систему — надто дорого. Беручи до уваги, що на охорону здоров'я, в тому числі протитуберкульозну службу, виділяються обмежені кошти, доцільність даної системи було поставлено під сумнів.

За ініціативою ВООЗ розроблена стратегія контролю над туберкульозом, яка гарантує найкращий спосіб застосування існуючих протитуберкульозних препаратів — короткострокове лікування під безпосереднім наглядом — DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) [1]. Стратегія DOTS (далі — ДОТС) складається з 5 компонентів:

1. Постійна підтримка програми боротьби з туберкульозом із боку уряду і регіональних органів управління охороною здоров'я.

2. Виявлення випадків захворювання на туберкульоз за допомогою мікроскопічного дослідження мокротиння всіх хворих, які звернулися в медичну установу з підозрою на туберкульоз.

3. Проведення стандартного режиму лікування від 6 до 8 міс у всіх хворих із позитивним мазком мокротиння під безпосереднім спостереженням медичних працівників.

4. Регулярне, безупинне забезпечення всіма необхідними протитуберкульозними препаратами.

5. Стандартна система реєстрації та звітності для проведення оцінки результатів лікування і програми боротьби з туберкульозом.

Оскільки епідемія туберкульозу спостерігалася переважно в бідних країнах світу, в яких були відсутні Національні програми боротьби з туберкульозом, провідною ідеєю ДОТС-стратегії було насамперед залучення найекономічніших заходів із виявлення та лікування туберкульозу, які б забезпечили контроль над епідемією. Тому в класичний варіант ДОТС-стратегії не включені бактеріологічні та рентгенологічні методи діагностики туберкульозу та моніторингу результатів лікування, які потребують значних коштів, а також відсутній компонент первинної та вторинної профілактики туберкульозу.

За десятиріччя проголошення ДОТС-стратегії як основи Національних програм боротьби з туберкульозом накопичено позитивний і негативний досвід її впровадження в різних країнах світу. Сьогодні ДОТС-стратегія, основана на політичній волі країни, спрямована на забезпечення достатніх,



безперервних, довготривалих кадрових, фінансових ресурсів для того, щоб зупинити туберкульоз. Програма включає не тільки лікування туберкульозу, але і його розширену профілактику в усіх службах громадської охорони здоров'я відповідно до стандартів.

На 52-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ у вересні 2002 р. держави, які є членами європейського регіону ВООЗ, підтримали глобальний план поширення ДОТС. Європейський план є своєрідним зразком і керівництвом для мобілізації та координації людських і фінансових ресурсів, необхідних для поширення належного контролю за туберкульозом і боротьби з ним у європейському регіоні, щоб досягти глобальних цілей ВООЗ у боротьбі з туберкульозом [2].

ДОТС-стратегія в Україні адаптована до національної розвиненої системи охорони здоров'я й передбачає не тільки виявлення та лікування туберкульозу, але і його профілактику. Виявлення захворювання спрямоване на діагностику не тільки заразних форм туберкульозу методом мікроскопії мазка, а й малозаразних форм бактеріологічним і рентгенологічними методами та незаразних форм туберкульозу у дітей та ВІЛ-інфікованих за допомогою туберкулінодіагностики.

ДОТС-стратегія спрямована на лікування вперше діагностованого туберкульозу із застосуванням протитуберкульозних препаратів I ряду, який не ускладнений мультирезистентністю мікобактерій туберкульозу. Для лікування випадків мультирезистентного туберкульозу передбачена стратегія ДОТС-плюс, яка характеризується додатковим обсягом обстежень пацієнтів і режимами хіміотерапії, у яких використовують переважно протитуберкульозні препарати II ряду. Усі принципи ДОТС

суворо дотримуються в ДОТС-плюс програмі.

В Україні, де реєструється високий рівень медикаментозної резистентності, у тому числі мультирезистентності (первинної — від 1 до 10 %, вторинної — від 20 до 50 %), ДОТС-стратегія буде впроваджуватись у розширеному вигляді ДОТС і ДОТС-плюс одночасно.

В Україні розроблена концепція нової Національної програми контролю за туберкульозом, яка базується на ДОТС-стратегії. Її мета — зниження смертності, захворюваності, передачі інфекції та запобігання розвитку медикаментозної резистентності шляхом своєчасного виявлення туберкульозу з пріоритетним виявленням бактеріальних форм туберкульозу, стандартизованого лікування під безпосереднім наглядом, ефективного інфекційного контролю, первинної (БЦЖ-вакцинація) та вторинної профілактики (лікування латентної інфекції). З метою забезпечення громадян України якісною медичною допомогою при захворюванні на туберкульоз створено галузевий стандарт «Протокол ведення хворих: "Туберкульоз"» [3].

Національна політика щодо контролю за туберкульозом проводиться на урядовому рівні Міністерством охорони здоров'я: МОЗ України при консультативній допомозі Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України розробляють стратегію та організаційну мережу для реалізації Національної програми контролю за туберкульозом (далі НТП). Ця мережа передбачає вертикальну підпорядкованість і міжрівневий взаємозв'язок органів управління різних рівнів. Тільки за умови міжрівневої кооперації стратегія контролю за туберкульозом досягне поставленої мети. Система протитуберкульозної допомоги в Україні

складається з центрального, обласного, районного рівнів й установ загальної лікарняної мережі. Кожна з цих установ виконує функції, встановлені Наказом МОЗ України № 318 від 24.05.2006 р.

Згідно з ним, виявлення хворих на туберкульоз проводиться в лікувальних установах загальної медичної мережі персоналом цих установ. Діагноз туберкульозу підтверджується в спеціалізованих протитуберкульозних установах.

Виявлення хворих на активні форми туберкульозу здійснюється як за зверненням у лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за методом мікроскопії мазка та рентгенофлюорографії, так і шляхом проведення туберкулінодіагностики серед дітей та скринінгової флюорографії або мікроскопії мазка серед дорослих.

Діагностику туберкульозу здійснюють шляхом проведення мікроскопії мазка, посіву мокротиння і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, рентгенологічної діагностики та використання інших лабораторних й інструментальних методів дослідження (за показаннями).

Лікування розпочинають одразу ж після встановлення діагнозу «туберкульоз». Усі випадки туберкульозу за ДОТС-програмою лікуються тільки протитуберкульозними препаратами I ряду — ізоніазидом, рифампіцином, стрептоміцином, етамбутолом, піразинамідом. Лікування за ДОТС-плюс програмою здійснюється шляхом проведення стандартизованого п'яти-, шестикомпонентного режиму антимікобактеріальної терапії хворим на мультирезистентний туберкульоз (туберкульоз із множинною медикаментозною стійкістю за попередніми дослідженнями) до отримання тесту лікарської чутливості, а у подальшому — призначення індивідуальних схем лікування. Протягом інтенсивної



фази лікування хворий перебуває в стаціонарі.

Амбулаторне лікування здійснюється під час фази продовження (4 міс для нових хворих на туберкульоз і 5 міс для повторних хворих) лікування під безпосереднім спостереженням медичного працівника (лікаря, фельдшера чи медсестри). Можливі такі варіанти амбулаторного контрольованого лікування: ДОТ-кабінет, санаторій, у дільничного терапевта за місцем проживання, у сімейного лікаря за місцем проживання, в сільській амбулаторії, фельдшерсько-акушерському пункті або фельдшерському пункті, вдома під наглядом медичного працівника або члена сім'ї. Відповідальність за проведення амбулаторного лікування несе районний фтизіатр. ДОТ-кабінет — кабінет контрольованого лікування — створюється в містах і районних центрах за рішенням обласного управління охорони здоров'я. Його розташування та кількість кабінетів визначається рішенням обласного відділу НТП залежно від кількості випадків туберкульозу в області, наявності місцевих санаторіїв то-

що. Він може бути розташований як у протитуберкульозному диспансері, так і в поліклініці загально-лікарняної мережі. Основний критерій щодо визначення місця розташування кабінету — територіальна зручність із наявністю бюджетної транспортної мережі.

Інфекційний контроль, тобто запобігання передачі туберкульозної інфекції та зараження здорових осіб, а також суперінфекції хворих на туберкульоз, досягається шляхом адміністративного контролю (раціональне розміщення відділень у протитуберкульозному закладі, ізоляція заразних хворих до припинення бактеріовиділення методом мікроскопії, регулювання потоків хворих), інженерного контролю (система вентиляції, лампи ультрафіолетового опромінювання), особистого захисту (гігієна кашлю хворих, хірургічні маски у хворих-бактеріовидільвачів, респіратори з гепафільтрами у медичного персоналу, що працює з хворими, у яких визначають позитивний мазок).

Вакциною БЦЖ здійснюється первинна профілактика у новонароджених і ревакцинація в 7 та 14 років після туберкулі-

нодіагностики. Вторинну профілактику проводять особам, які мали контакт із хворими на туберкульоз бактеріовидільвачами та для лікування встановленої латентної туберкульозної інфекції в медичних і соціальних групах ризику, в яких проводять туберкулінодіагностику. Лікування проводять протягом 6 міс ізоніазидом або двокомпонентним режимом хіміотерапії (ізоніазид з етамбутолом) протягом 3 міс.

Робота програми вважатиметься ефективною, якщо всі 100 % хворих будуть забезпечені протитуберкульозними препаратами і не менше 85 % уперше діагностованих хворих на туберкульоз буде виліковано.

ЛІТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. — Geneva, 1997. — 220 p.

2. План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ 2002–2006 гг. — Женева, 2002.

3. Наказ № 385 від 09.06.2006 р. «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз» // Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. — 2006. — № 7. — С. 46-71.

УДК 618.36-06.616.98:578.828.6

А. І. Даниленко, Е. С. Бурячківський

ПОСЛІД ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Сьогодні в Україні склалася вкрай несприятлива епідеміологічна ситуація з ВІЛ-інфекції на фоні глобального її розповсюдження. Особливо непокоїть зростання кількості ВІЛ-інфікованих серед жінок репродуктивного віку. Передача ВІЛ від матері до дитини може відбуватися на антенатальному етапі (через плаценту), під час пологів і постнатально,

однак вертикальний шлях передачі останніми роками преважує. На сучасному етапі рівень вертикальної трансмісії дорівнює, за різними даними, від 21 до 40 % [3; 5] у вагітних, які не отримували специфічної антиретровірусної терапії (АРТ). Застосування АРТ значно знижує цей показник — до 1–10 % [1; 2]. Прийом ВІЛ-інфікованою жінкою заборонених препа-

ратів погіршує перебіг вагітності та пологів, а також підвищує ризик інфікування плода [4].

На шляху передачі ВІЛ від матері до плода стає плацента, яка може відігравати захисну роль при збереженні її бар'єрної функції, тому що паралелізм між тяжкістю інфекційного процесу в матері та плода відсутній [6–8]. Отже,

