

Міністерство охорони здоров'я України  
Академія наук вищої освіти України

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ  
В УКРАЇНІ:  
ПРИЧИНИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ**

Збірник наукових праць учасників  
Всеукраїнської науково-практичної конференції

УДК 616-002.5 (477) (082)

Сучасні проблеми туберкульозу в Україні: причини та шляхи їх подолання.  
Збірник наукових праць учасників Всеукраїнської науково-практичної  
конференції. – К., 2008. – 170 с.

*Друкується за ухвалою Президії АН ВО України від 14  
листопада 2008 р. (протокол № 9)*

В книзі йде мова про епідемію туберкульозу в Україні, причини захворювання цією страшною хворобою, яка забирає понад 30 чол. щоденно, та форми, методи й шляхи боротьби з нею.

В збірнику зібрано статті фахівців-фтизіатрів та ветеринарів з різних областей України, адже ця хвороба нині не має меж.

Для широкого читача.

**Редакційна колегія:** Рудик С.К. (Голова), Бідний В.Г., Табачников С.І.,  
Зіменковський Б.С., Дубина М.І., Москаленко В.Ф., Фещенко Ю.І., Бабанін  
А.А., Казаков В.М., Лісовий В.М., Петренко В.І., Зозуля І.С., Стецюк В.В.,  
Дейнега І.І. (відповідальний секретар).

**Рецензенти:** Ільницький І.Г., доктор медичних наук, професор; Процюк Р.Г.,  
доктор медичних наук, професор; Литвин В.П., доктор ветеринарних наук,  
професор.

ISBN 966-95-902-4-9

© Міністерство охорони здоров'я України  
Академія наук вищої освіти України, 2008

## РОЗДІЛ І.

Туберкульоз серед населення України

## РОЗДІЛ ІІ.

Туберкульоз у тваринництві України

УДК 616-002.5 (477) (082)

Сучасні проблеми туберкульозу в Україні: причини та шляхи їх подолання. Збірник наукових праць учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції. – К., 2008. – 170 с.

*Друкується за ухвалою Президії АН ВО України від 14 листопада 2008 р. (протокол № 9)*

В книзі йде мова про епідемію туберкульозу в Україні, причини захворювання цією страшною хворобою, яка забирає понад 30 чол. щоденно, та форми, методи й шляхи боротьби з нею.

В збірнику зібрано статті фахівців-фтизіатрів та ветеринарів з різних областей України, адже ця хвороба нині не має меж.

Для широкого читача.

**Редакційна колегія:** Рудик С.К. (Голова), Бідний В.Г., Табачников С.І., Зіменковський Б.С., Дубина М.І., Москаленко В.Ф., Фещенко Ю.І., Бабанін А.А., Казаков В.М., Лісовий В.М., Петренко В.І., Зозуля І.С., Стецюк В.В., Дейнега І.І. (відповідальний секретар).

**Рецензенти:** Ільницький І.Г., доктор медичних наук, професор; Процюк Р.Г., доктор медичних наук, професор; Литвин В.П., доктор ветеринарних наук, професор.

ISBN 966-95-902-4-9

© Міністерство охорони здоров'я України  
Академія наук вищої освіти України, 2008

## РОЗДІЛ І. Туберкульоз серед населення України

## РОЗДІЛ ІІ. Туберкульоз у тваринництві України

Політична, економічна, демографічна, продовольча кризи, падіння споживчого кошика українців, невпевненість у завтрашньому дні – ось основні причини, які спровокували страшну хворобу туберкульоз (сухоти).

В Україні існує епідемія туберкульозу, яку замовчують політики, урядовці та не завжди правдиво висвітлюють вчені. Україна віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на цю хворобу (79,8 чол. на 100 тис. населення) і за цим показником ми займаємо четверте місце в Європі.

Нагадаємо, що найвищі показники смертності на всі форми туберкульозу мають: Донецька (32,3 чол. на 100 тис. населення), Одеська (31), Дніпропетровська (30,7), Херсонська (30,7) та Луганська (27,4) області. Щорічно помирає 10-12 тис. населення, тобто 27-33 особи за добу.

Санітарно-епідеміологічна служба в Україні, яка була найкращою за радянські часи і взята на озброєння Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), сьогодні майже не займається своєю справою, а більше ліцензіями.

Якщо до 1990 року відмічалася невинне зниження захворюваності на туберкульоз, то з 1992 року почався різкий підйом хвороби. Чоловіки у 3,2 рази хворіють частіше, ніж жінки. Особливо вражаються збудником люди працездатного віку (20-29 років). Великим резервуаром інфекції є: контингент людей у слідчих ізоляторах і тюрмах, хронічні алкоголіки, безпритульні, захворюваність яких у десятки разів перевищує середньостатистичний рівень. Сюди слід додати антисанітарію на вулицях, ринках, у міському транспорті, пунктах торгівлі тощо.

Туберкульоз – хвороба не лише бідних, а й багатих. З депутатів Верховної Ради нинішнього скликання 27 хворіли туберкульозом; із 300 найбагатших людей України – п'ятеро перехворіли цією хворобою. У цих людей є все (гарне харчування, умови життя), але нервові напруження є вирішальним у виникненні хвороби. Хворобу можна залікувати, але збудник хвороби постійно живе майже у всіх людей. Потрібний лише певний поштовх, щоб виникла хвороба.

Великим джерелом інфекції є сільськогосподарські тварини (велика рогата худоба) та птиця.

Основним збудником туберкульозу у тварин є кислотостійкі мікобактерії бичачого, людського та пташиного видів. Завдяки вмісту ліпідів мікобактерії досить стійкі проти дії фізичних і хімічних факторів довкілля. У висушених шматочках уражених легень мікобактерії зберігають свою життєздатність упродовж 7 місяців; у харкотинні й пилу – до 10 міс.; ґрунті, гною, підстилці – від 1,5 до 2 років. Важливою ознакою патогенних мікобактерій туберкульозу є здатність в організмі тварин і людини переходити у фільтрівні форми.

Хворі на туберкульоз тварини є джерелом інфекції для тварин та людей, а хворі люди є джерелом інфекції для тварин.

Від туберкульозу тварин фахівці ветеринарної медицини оздоровили більшість областей України, але тварини та їх продукти Київської, Сумської та Черкаської областей є носіями цієї небезпечної хвороби.

Слід відмітити, що туберкульоз є хворобою всієї планети. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), третя частина населення

планети (близько 1,9 млрд. осіб) інфікована мікобактерією туберкульозу, з них близько 60 млн. – хворих на туберкульоз, а щорічно помирає від нього більше 2 млн. осіб (5 тис. осіб щодня).

Найвищий рівень захворюваності на туберкульоз в африканському та азійському регіонах, у країнах середземноморського і тихоокеанського узбережжя, на які припадає третина всіх хворих та померлих від туберкульозу у світі.

В Україні, на папері, дуже добре поставлена робота протидії захворюванню на туберкульоз. Про це свідчать засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу, існують загальнодержавні та регіональні програми протидії захворюванню на туберкульоз. Проте, ні чиновники, ні різноманітні партії не працюють над покращенням ситуації у країні чи в регіонах. Чому б Партії регіонів, яка має величезні кошти, не взяти під свій контроль Донецьку, Луганську області, де найбільш поширена хвороба. Лідер комуністів Петро Симоненко як колишній секретар Донецького обкому партії найкраще знає рідну область, але не звертає уваги на цю проблему і не демонструє державі, що може зробити партія. А чи потрібно це партіям?

Громадська організація – Академія наук вищої освіти України – взяла на себе обов'язок максимально донести до громадян України правду про поширення туберкульозу та шляхи ліквідації хвороби.

Форми нашої роботи різні: виступ на радіо, на шпальтах газет, лекції членів Академії, проведення конференцій. Чергова Всеукраїнська науково-практична конференція „Сучасні проблеми туберкульозу в Україні: причини та шляхи їх подолання” відбудеться 28 листопада цього року в актовій залі Міністерства охорони здоров'я України.

Для зменшення поширення хвороби і лікування хворих необхідно:

1. Виявляти хворих на туберкульоз методом мікроскопічного дослідження мокротиння, а також застосовувати туберкулінодіагностику у дітей, рентгенологічні методи – у дорослих.
2. Застосовувати ефективні стандартизовані режими лікування під безпосереднім наглядом усіх хворих медичними працівниками.
3. Регулярно, безперервно постачати достатню кількість протитуберкульозних препаратів усім хворим, забезпечувати їх основними патогенетичними препаратами.
4. Запровадити стандартну систему реєстрації та звітності для проведення нагляду і моніторингу.
5. Фахівцям ветеринарної медицини кожного району слід проводити протитуберкульозні та профілактичні заходи у відповідності з діючими інструкціями Державного комітету ветеринарної медицини України.

Члени академії закликають партії та державних чиновників повернутися обличчям до цієї хвороби, яка вражає не лише бідних, а й багатих, і загальними зусиллями вирішувати цю проблему.

## ЗРОСТАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТЕРАПІЇ: ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ЧИ НЕЗАВЕРШЕННІСТЬ ЛІКУВАННЯ?

В.Й. Кресюн, член-кореспондент АМН України,  
д.мед.н. проф.;  
О.К. Асмолов, д.мед.н., проф.;  
Ю.І. Бажора, д.мед.н., проф.;  
П.Б. Антоненко, к.мед.н. доц.;  
О.А. Бабуриша, к.мед.н., доц.,  
М.М. Чеснокова; К.О. Антоненко

Вивчення динаміки резистентності штамів *M.tuberculosis* в Одеському регіоні на протязі 2003 – 2006 років виявило зменшення чутливості до всіх препаратів I ряду, значне зростання первинної та вторинної резистентності до рифампіцину. Високий рівень резистентності може бути пов'язаним з досить великою часткою хворих, що не завершують лікування.

Незважаючи на досягнутий прогрес у лікуванні та контролі, захворювання на туберкульоз залишається однією з головних проблем у галузі охорони здоров'я. За сучасними даними, біля однієї третини людства інфіковано *M.tuberculosis* (МБТ), 8-9 мільйонів щороку захворюють на туберкульоз та 1,7 мільйони щороку гинуть від цієї недуги (2004) [1]. Аналіз епідеміологічних показників свідчить про подальше послаблення захисних властивостей макроорганізму в несприятливих умовах довкілля при одночасному посиленні вірулентності та агресивності мікроорганізмів.

Однією з найважливіших проблем в умовах епідемії хвороби є хіміорезистентний туберкульоз. Розповсюдження хіміорезистентних штамів *M. tuberculosis* – наслідок широкого використання антимікробної терапії. Вихідні штами *M. tuberculosis*, які не зазнавали дії протитуберкульозних засобів, майже ніколи не демонструють лікарської стійкості [2]. Первинна резистентність безпосередньо залежить від частоти виявлення набутої резистентності: чим більше хворих виділяє стійкі штами МБТ, тим більша ймовірність здорових осіб інфікуватися хіміорезистентними МБТ. За даними ВОЗ, у світі до 50 млн. людей інфіковано резистентними до протитуберкульозних засобів штамми МБТ [3]. Мультирезистентність (одночасна резистентність до ізоніазиду та рифампіцину з/або без резистентності до інших протитуберкульозних препаратів) спостерігається більш ніж у 4% пацієнтів, серед яких біля 40% – хворі зі вторинною резистентністю [1]. В Східній Європі розповсюдженість мультирезистентних штамів є високою, мультирезистентність спостерігається у приблизно 10% хворих, що не лікувались раніше, та у 40% хворих, що вже отримували протитуберкульозне лікування [4]. Оскільки спектр протитуберкульозних засобів досить вузький, виникнення стійкості до одного або декількох протитуберкульозних препаратів значно знижує ефективність лікування з одночасним підвищенням його тривалості та коштовності. Лікування хворих на легеневий туберкульоз, які виділяють мультирезистентні штами мікобактерій туберкульозу (МБТ), в 11–20 разів дорожче, ніж при використанні режимів у хворих із збереженою чутливістю МБТ до протитуберкульозних препаратів: абсолютна вартість режимів хіміотерапії хворих із мультирезистентними МБТ у середньому складає 5657 грн., тоді як за відсутності медикаментозної резистентності – 518 грн. [5]. Якщо у 2002 році річні збитки від туберкульозу в

Україні складала 1,5 млрд. грн., то вже зараз наша держава несе збитки в розмірі 2,1 млрд. за рік [6]. Тому важливого значення набуває своєчасна та точна діагностика медикаментозної резистентності, а також визначення факторів ризику інфікування резистентними штамми. Система моніторингу по дослідженню лікарської стійкості за вимогами ВОЗ повинна базуватись на трьох головних принципах: репрезентативність досліджуваної популяційної вибірки; диференціювання між випадками первинної та вторинної резистентності та контроль якості досліджень у референс лабораторії [1].

Україна не має офіційних даних про частоту медикаментозної резистентності через відсутність єдиної стандартної звітності, технічні труднощі визначення резистентності МБТ [7]. У зв'язку з цим відсутня цілісна інформація стосовно розповсюдженості та динаміки медикаментозної резистентності, однак за останні роки зроблені значущі кроки для розв'язання цієї проблеми. За даними різних регіонів, серед хворих на вперше діагностований туберкульоз частота резистентності МБТ визначена в межах 18,8 – 29,3%, мультирезистентності – 4,9 – 17,1%. Серед раніш неефективно лікованих кількість резистентних форм становить 63,7% – 72,5%, мультирезистентних – 45,1 – 59,0% відповідно [7].

Метою дослідження стало вивчення динаміки частоти та профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів у хворих Одеської області в 2005-2006 рр. у порівнянні з 2003-2004 роками.

Була проаналізована медикаментозна стійкість культур *M.tuberculosis*, отриманих від хворих на легеневий туберкульоз, які зверталися до поліклінічного відділення Одеського протитуберкульозного диспансеру протягом січня-липня 2005 (148 культур) та лютого-липня 2006р. (224 культури). Посів, культивування, ідентифікація та визначення чутливості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів були проведені у бактеріологічних лабораторіях Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру та Одеської клінічної туберкульозної лікарні. Усі штами, що досліджувалися, на підставі даних бактеріологічних та біохімічних тестів були ідентифіковані як *Mycobacterium tuberculosis*. Дослідження медикаментозної резистентності до рифампіцину та ізоніазиду здійснювалися з використанням методу абсолютних концентрацій на щільному поживному середовищі Левенштейна-Йенсена [8].

Необхідна епідеміологічна інформація була отримана за допомогою спеціальних опитувачів та вивчення медичних карт хворих. На підставі даних анамнезу хворі були розділені на дві групи – хворі, що раніше не лікувались від туберкульозу (первинна резистентність), та хворі, що раніше отримували протитуберкульозне лікування (набута резистентність). До останньої групи були віднесені хворі на хронічний туберкульоз, з рецидивом захворювання та хворі з вперше виявленим туберкульозом, які отримували специфічне лікування протягом більш, ніж чотири тижні [9].

Статистичну обробку отриманих матеріалів проводили за допомогою пакету програм Microsoft Excel.

Серед ізолятів, отриманих від хворих, що не лікувались раніше (табл. 1), чутливість до всіх препаратів першої лінії була збережена тільки у 38 з 98 (38,7%) та у 5 з 54 (9,3 %) в 2005 та 2006 роках. В 2005 році найвищою в цій

групі, як і в попередні роки, виявилася резистентність до стрептоміцину, і цей показник збільшується (25,5 % та 32,0 % у 2003 та 2004 рр. відповідно) [10]. У 2006 році резистентність до стрептоміцину майже не змінилась, а на перше місце виходить рівень стійкості до рифампіцину.

Таблиця 1

Показники медикаментозної резистентності до протитуберкульозних препаратів першого ряду хворих на туберкульоз легень 2005-2006 років за даними культуральних досліджень.

	2005 р.				2006 р.			
	Ізоляти від хворих, що не лікувались раніше (n=98)		Ізоляти від хворих, що лікувались раніше (n=42)		Ізоляти від хворих, що не лікувались раніше (n=54)		Ізоляти від хворих, що лікувались раніше (n=170)	
Чутливість до всіх п'яти препаратів	38,7%	38	11,9%	5	9,3%	5*	5,9%	10
Резистентність до H	29,5%	29	54,7%	23	35,2%	19	68,8%	117
Резистентність до R	42,8%	42	57%	24	61,1%	33*	80,6%	137*
Резистентність до Z	32,7%	32	42,9%	18	22,2%	12	42,9%	73
Резистентність до S	52%	51	50%	21	59,3%	32	72,9%	124*
Резистентність до E	20,4%	20	50%	21	57,4%	31*	68,2%	116*
Мультирезист.	19,4%	19	47,6%	20	22,2%	12	64,1%	109*
Одночасна резистентність до всіх препаратів I <sup>го</sup> ряду	4,1%	4	37,5%	15	5,6%	3	31,2%	53
Всього	100,0				100,0		100,0	

Примітки: 1. H – ізоніазид, R – рифампіцин, Z – піразинамід, S – стрептоміцин, E – етамбутол; 2. \* – P<0,05

За останні роки первинна резистентність до рифампіцину, що є одним з основних і високоефективних препаратів в лікуванні туберкульозу, зросла в 6,8 разів (9% – 2003 рік, 18% – 2004, 42,8% – 2005, 61,1% – 2006), що є дуже тривожним показником. Спостерігається також зростання резистентності до ізоніазиду і етамбутолу. Рівень резистентності до етамбутолу був найменшим серед препаратів першого ряду в 2003-2005 роках (10%, 16,5%, 20,4% відповідно) і значно збільшений в досліджуваній групі 2006 року. Медикаментозна стійкість до піразинаміду у 2005 р. зросла у порівнянні з відповідним показником 2004 року (21,0%) і дещо зменшилась у 2006р. Розповсюдженість мультирезистентних штамів у групі хворих, що раніше не лікувались, склала 5,7 %, 13,6 % [10], 19,4% та 22,2% з 2004 по 2006 рік відповідно. За даними ВООЗ, первинна резистентність до ізоніазиду і

рифампіцину в країнах з високим рівнем резистентності (Казахстан, Ізраїль, окремі регіони Росії, Узбекистан, країни Балтики, деякі провінції Китаю) складає в середньому 7,8% [2]. На жаль, в останньому звіті ВООЗ по резистентності до протитуберкульозних препаратів, дані щодо медикаментозної стійкості в Україні є фрагментарними і представлені лише даними Донецької області [11], яка включена в перелік 14 країн з рівнем первинної резистентності більш, ніж 5%. Результати, отримані в Донецькому регіоні, корелюють з результатами Одеського регіону та інших областей України і показують значно вищу кількість мультирезистентних форм серед нових випадків туберкульозу [7], в той час як за даними ВООЗ стабілізація епідемії туберкульозу можлива при рівні первинної мультирезистентності до 5%, а рівень мультирезистентності вище 7,5% свідчить про проблеми в організації діагностики та лікування хвороби [12]. Одночасна резистентність до всіх препаратів першого ряду спостерігалась в 4,1% (4 ізоляти) в 2005 та 5,6% (3 ізоляти) в 2006 році.

В групі хворих, що лікувались раніше (табл.1), чутливість до всіх препаратів першого ряду зберігали лише 11,9 % ізолятів в 2005 та 5,9% в 2006 році. Показники набутої резистентності в 2005 році до кожного з препаратів першого ряду складала біля 50% (табл.1), частота мультирезистентності дорівнювала 47,6%, а одночасна резистентність до всіх препаратів першого ряду – 37,5%. В 2006 році відсоток резистентних штамів збільшився. На відміну від 2003 та 2004 років, де найвищою була резистентність до ізоніазиду, в 2005 та 2006 роках перше місце посіли показники резистентності до рифампіцину. Відсоток мультирезистентних штамів в цій групі хворих з 2004 року зростає і відповідає середнім даним по Україні [7] і даним ВООЗ по країнам з високим рівнем резистентності (56,4% в Казахстані, 43,6% – Томська область Росії, тощо)[2]. Набута одночасна резистентність до всіх препаратів першого ряду склала біля 37% у 2005 р і 31% у 2006 р.

Отримані результати продемонстрували високі рівні як первинної, так і набутої резистентності, та зростання майже усіх показників лікарської стійкості у динаміці (рис.1). Високий рівень резистентності як первинної, так і набутої, може бути пов'язаним з досить великою часткою хворих, що не завершують лікування внаслідок низького рівня ставлення до свого здоров'я та асоціальної поведінки. Так, в 2005 році 30,5% хворих досліджуваної групи з вперше діагностованим туберкульозом перервали лікування. Тому одним з вкрай актуальних кроків контролю за епідемією, наряду із створенням референс-лабораторії, стало рішення про примусове лікування хворих на туберкульоз.

Ю.О. Зайцев, к.м.н.,  
Л.Д. Мамошенко

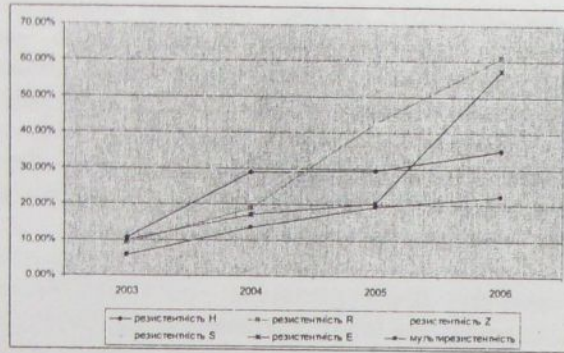


Рисунок 1

Динаміка первинної резистентності до протитуберкульозних препаратів першого ряду в Одеській області

Висновки.

1. Рівень резистентності до всіх протитуберкульозних препаратів першого ряду в Одеській області за 2003-2006 роки збільшується. Рівень первинної мультирезистентності в 2006 році досягнув 22,2%, що може ускладнювати контроль за епідемічною ситуацією.

2. Доцільним є активне впровадження сучасних методів визначення резистентності, особливо молекулярно-генетичних. Молекулярно-генетичні методи визначення резистентності до ізоніазиду та рифампіцину дозволяють отримати результати протягом доби та швидко відкоррегувати терапію.

3. Заохочення хворих до ретельного дотримання режиму хіміотерапії та завершення основного курсу лікування є необхідною умовою для зменшення трансмісії збудників з лікарською стійкістю. З цією метою може бути корисним розширення залучення до роботи із хворими громадських та урядових організацій, як запропоновано ВООЗ у стратегії "Stop-TB".

4. Вкрай необхідним є створення в країні єдиної системи моніторингу за рівнем резистентності до протитуберкульозних препаратів, що базується на вимогах ВООЗ.

## Література

1. Gery Maartens, Robert J. Wilkinson. Tuberculosis/Lancet. – 2007. – Vol.370. – P. 2030-2041.
2. Epidemiology of anti-tuberculosis drug resistance (the Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance): an updated analysis // Lancet. – 2006. – Vol.368. – P. 2142-2154.
3. Global tuberculosis control: WHO Report 2002. – Geneva, 2002. – 295p.
4. Global incidence of multi-drug resistant tuberculosis Zingol M, Hosseini MS, Wright A et al // J. Infect. Dis. – 2006. – № 194. – P. 479-485.
5. Ланцева Н.О. Епідеміологічна ситуація з туберкульозу в Україні за 2004 рік // Доповідь на засіданні Вченої ради Інституту фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України 27 вересня 2005 року.
6. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її поліпшення // Український пульмонологічний журнал. – 2004. – №2. – С.6-11.
7. Туберкульоз із розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів: ситуація в Україні / В.М.Петренко, С.О.Черенько, Н.А.Литвиненко, О.В.Іванкова, О.Р.Тарасенко // Укр. пульмонол. журн. – 2007. – №3. – С.35-39.
8. Наказ МОЗ України № 45 від 06.02.2002 «Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції» (складена під керівництвом Фещенко Ю.І., Журило О.А., Клименко М.Т. та ін. // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2002. – № 2. – С.63-111.
9. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. WHO/CDS/TB/2003.320. – WHO, Geneva, 2003. – 72 p.
10. Медикаментозна резистентність мікобактерій туберкульозу в Одеській області України та фактори ризику розповсюдження резистентності туберкульозу: дані проспективного дворічного дослідження / О.К.Асмолов, В.В.Ніколаєвський, В.І.Кресюн та ін. // Укр. пульмонол. журн. – 2005. – № 2. – С.39-43.
11. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Report N 4. <http://www.who.int/topics/en/>
12. Медиков Б.Л. Лекарственная устойчивость Mycobacterium tuberculosis // Пульмонология. – 2005. – № 2. – С.5-8.

Лікування хворих на туберкульоз у денному стаціонарі створює оптимальні психологічні й соціальні умови для проведення безперервної й повноцінної протитуберкульозної терапії з досягненням поліпшення в 84,7% хворих і значним зниженням економічних втрат.

Зростання захворюваності на туберкульоз органів дихання в м. Сімферополі з 1991 до 2000 рр. збільшився майже в 3 рази: з 28,2% на 100 тис населення до 83,2%. При цьому в місті немає стаціонару фтизіатричного профілю й хворі направлялися в інші тубдиспансери, що призводило до категоричної відмови від госпіталізації частини хворих.

У зв'язку з вищевикладеним на базі фтизіатричного урогенітального відділення був організований денний стаціонар для хворих, стан яких не вимагає цілодобового спостереження й інтенсивних методів діагностики та лікування, а також ізоляції за епідеміологічними показниками, але які потребують лікувально-діагностичної допомоги із застосуванням сучасних технологій у відповідності до стандартів і протоколів ведення хворих.

До завдань денного стаціонару входили:

- проведення основного курсу протитуберкульозної терапії під контролем медичного персоналу;
- проведення передопераційної підготовки й післяопераційного спостереження;
- лікування супутньої патології у хворих на туберкульоз органів дихання;
- проведення сезонних курсів профілактичного лікування;
- диференціальна діагностика специфічного процесу з іншими захворюваннями.

Епідеміологічними показниками були задовільні житло-побутові умови прирівнених до туберкульозного вогнища 3-4 категорії, проживання хворого неподалік від стаціонару, наявність у пацієнта твердої настанови на лікування, дотримання засобів особистої гігієни й суспільної безпеки. Фінансування здійснювалося в межах асигнувань, виділених за кошторисом лікувальної установи, у складі якої був організований денний стаціонар.

Методи дослідження й лікування не відрізнялися від тих, що використовувалися у відділеннях цілодобового перебування. При надходженні з туберкульозної поліклініки пацієнти мали клінічний мінімум обстеження: оглядова рентгенограма органів грудної клітки, томограма, загальні аналізи крові й сечі, бактеріоскопічне дослідження мокротиння або плевральної рідини. На пацієнта заводилася історія хвороби й медична картка лікування хворого на туберкульоз (ТБ 01).

Лікування проводили диференційовано в залежності не тільки від характеру туберкульозного процесу, а й з урахуванням чутливості мікобактерій туберкульозу, виникненням побічних дій під час прийому

ВСТУП.....	4
------------	---

## РОЗДІЛ I.

ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	6
--	---

*Процюк Р.Г., Процюк В.А.*

Епідемія туберкульозу в Україні: причини та шляхи її подолання.....	7
---	---

*Князевич В.М., Ільницький І.Г.*

Шляхи удосконалення фізіотричної допомоги населенню України в умовах епідемії туберкульозу.....	16
---	----

*Зіменковський Б.С., Ільницький І.Г., Костик О.П.*

Стратегія і тактика медичної допомоги населенню дитячого та підліткового віку на радіаційно забруднених територіях в умовах епідемії туберкульозу.....	23
--	----

*Зіменковський Б.С., Гжегоцький Р.М., І.Г. Ільницький.*

Основні напрямки оптимізації навчального процесу з фізіотриції та пульмонології в контексті впровадження Булонської Декларації.....	27
---	----

*Гунчак В.М., Мінів Р.М.*

Соціальний фактор – причина поширення туберкульозу.....	31
---	----

*Гутинська Л.В.*

Вплив антиретровірусної терапії на ефективність лікування хворих на КО-інфекцію туберкульоз/ВІЛ.....	37
--	----

*Безоулев О.Є.*

Результати лікування хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень, які не завершили основний курс хіміотерапії.....	43
---	----

*Кресюн В.Й., Асмолов О.К., Бажора Ю.І., Чеснокова М.М., Антоненко К.О., Антоненко П.Б., Бабурша О.А.*

Зростання резистентності до протитуберкульозної терапії: проблеми діагностики чи незавершеність лікування?.....	50
---	----

*Зайцев Ю.О., Мамотенко Л.Д.*

Денний стаціонар як етап лікування хворих на туберкульоз.....	55
---	----

*Захарів О.Я., Бенч О.О., Турко І.Б., Семанюк В.І., Куляба О.В.*

Життєздатність мікобактерій туберкульозу у яйцях свійських птахів.....	57
--	----

*Петренко В.І., Процюк Р.Г., Галан І.О.*

Вплив антимікобактеріальної терапії на динаміку деяких показників амінокислотного складу сироватки крові у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.....	61
--	----

*Петренко В.І., Андрєєва О.Г., Процюк Р.Г.*

Клінічне значення підвищення концентрації глікозилизованого гемоглобіну у хворих на туберкульоз легень з доклінічними порушеннями глікемії.....	66
---	----

*Мельник В.М., Білозір Л.І., Ільницький І.Г.*

Особливості діагностики туберкульозу у підлітків на дошпитальному та шпитальному етапах медичної допомоги.....	71
--	----

Розрізняють два види прокази: туберкульозна форма – звана чорною проказою, і анестетична форма, або біла проказа. Перша, на яку, як припускають, вказує вираз «проказа Єгипетська» (Втор. 28:27) і на яку був хворий Йов (Йов 2:7, 8,12; 7:3), починалася червоними плямами на обличчі і органах, після чого шкіра швидко покривалася горбками величиною від шпилькової голівки до волоського горіха, що переходили потім в нариви, виділяли огидливий по запаху гній. Ці нариви роз'їдали м'ясо до кісток, одночасно з'являлися жар і розлад шлунку, потім наставало загальне стомлення, що закінчувалося смертю.

Плями (Лев 14:55) – це світлі утворення на шкірі людини, ознака прокази (Лев 13:2,19,38), що починається, рубці від нариву (ст. 23), що зажив, а також безпечні для здоров'я зміни на шкірі (ст. 4,38,39).

Короста – заразлива хвороба, що викликається коростявим кліщем; її основною суб'єктивною ознакою є інтенсивне свербіння. Захворювання, назване коростою в Лев 21:20 (у Синодальному перекладі – "короста") і Втор 28:27, – одна з шкіряних хвороб, проте точно визначити, про яке саме захворювання йде мова, неможливо.

На Близькому Сході хворі з ранами, що гнояться, – явище нерідке. Але відомості, які можна почерпнути з Біблії, не дозволяють точно сказати, яке саме захворювання мало місце в тих або інших випадках. "Запалення з наривами" (Вих 9:9-11) – це нариви, які, розкриваючись, утворюють виразки. Ця ж хвороба, мабуть, мається на увазі під "проказою Єгипетською" (Втор 28:27), тоді як "зла проказа на колінах і гомілках... від подошви ноги... до самого тім'я" (ст. 35) нагадує захворювання Йова – "проказу люту від подошви ноги... по саме тім'я" (Йов 2:7). В обох випадках коментатори припускали проказу в сучасному розумінні цього слова (тобто лепру), що, проте, малоімовірно, принаймні у випадку з Йовом. Це ж єврейське слово, що і у всіх названих місцях, вжите в Лев 13:18,20,23 (де йдеться про появу прокази на виразці, що гоїться) і в розповіді про Єзекію (4Цар 20:7; Іс 38:21), де, можливо, мова йде про фурункули. Відповідне грецьке слово (Лк 16:20 – в Синодальному перекладі – "струпи"; Одкр 16:2 – в Синодальному перекладі – "гнійні рани") означає гнійні виразки.

Хвороба – це стан слабкості та немочі людини (Пс 38:11). Бог створив людину, щоб вона була щасливою. Хвороба суперечить людському призначенню. Вона є одним із знаків Божого гніву на грішний світ, а також своєрідним випробуванням. Не кожна хвороба є наслідком особистих гріхів хворого. Безперечно, хвороба є злом у житті людини. Всім хворим, які довіряють Господу, Христос ставить єдину вимогу: щоб вони увірували, бо віра може все (Мт 9:28). Служити хворим – означає служити Самому Ісусу Христу: "Я був хворий, і ви навідалися до Мене" (Мт 25:36).

## Література

1. Святе Письмо Старого і Нового Завіту.
2. Словник біблійного богослов'я / під ред. К.Леон-Дюфура. – Рим, Львів, 1996.
3. Зінко О.В., Огірко О.В. Вплив душі на здоров'я людини // Здоровий спосіб життя. Збірник наукових статей. – Випуск 25, – Львів, 2008. – С. 22-27.



<i>Льницький І.Г., Костик О.П., Сахелашвілі М.І., Ільницька Л.І., Пурська М.Б., Балита Т.М.</i> Особливості бактеріовиділення при деструктивному туберкульозі легень у хворих з різним станом імунологічної реактивності організму. ....	74
<i>Фещенко Ю.І., Яшина Л.І., Льницький І.Г.</i> Синдром бронхіальної обструкції у фтизіопульмонології за даними аналітичних досліджень. ....	79
<i>Тарасюк О.О., Ткач О.О., Павленко О.О., Вербінець А.В., Гречуха Н.Р., Сенюк Н.В., Мажсак К.Д., Платонова І.Л., В.М.Зав'ялкін, Г.Д.Штибель.</i> Аналіз епідеміологічної ситуації з туберкульозу в західних областях України в сучасних умовах. ....	85
<i>Мажсак К.Д., Павленко О.В., Ткач О.А., Гречуха Н.Р., Лаповець Н.Є., Чура Г.Є., Мельник Л.Я.</i> Особливості обмінних процесів у хворих на туберкульоз легень з різним фенотипом ацетилювання при застосуванні режимів хіміотерапії з піразинамідом. ....	90
<i>Сенько Ю.О.</i> Ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, ускладнений ендобронхітом. ....	96
<i>Сахелашвілі М.І., Луцишин Т.В.</i> Моніторинг діагностики поєданого туберкульозу легень та нирок. ....	99
<i>Ткаченко О.А., Білан М.В., Зажарський В.В., Усєєва Н.Г., Ковальова Л.О., Таран Ю.М., Давиденко П.О.</i> Динаміка морфологічних, тинкторіальних властивостей <i>M. bovis</i> швидко- та повільнорослих штамів. ....	104
<i>Черенько С.О., Скороходова Н.О.</i> Цитокінова регуляція клітинного та гуморального імунітету у хворих на туберкульоз та негоспітальну пневмонію. ....	110
<i>Черенько С.О., Вольський Я.В., М'ясніков В.Г., Циганкова Л.М., Сенько Ю.О., Іванкова О.В., Барбова Г.І.</i> Частота та профіль резистентності МБТ у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які раніше лікувалися, та рецидиви захворювання. ....	113
<i>Попов М.В.</i> «Паличка Коха»: поразка чи перемога? .....	121
<i>Вайс В.М., Гайович А.І.</i> Вплив соціального фактору на поширення туберкульозу. ....	127
<b>РОЗДІЛ II.</b> <b>ТУБЕРКУЛЬОЗ В ТВАРИННИЦТВІ УКРАЇНИ</b> .....	131
<i>Литвин В.П., Поліщук В.В., Литвиненко В.М.</i> Сучасний стан та особливості профілактики і боротьби з туберкульозом в тваринництві України. ....	132
<i>Стегній Б.Т., Завгородній А.І., Білушко В.В., Горжєєв В.М.</i> Наукове забезпечення та розв'язання проблеми туберкульозу тварин в Україні. ....	141

<i>Масляно Р.П., Кравців Ю.Р., Левківський Д.М.</i> Імунний статус корів з різною розповсюдженістю туберкульозного процесу. ....	145
<i>Ткаченко О.А., Галатюк О.Є., Білан М.В., Давиденко П.О., Ковальова Л.О.</i> Морфологічні аспекти реверсії некіслотостійких <i>M. Bovis</i> в бактеріальну кислотостійку форму. ....	149
<i>Власенко В.В., Дзюмак М.А., Параняк Р.П.</i> Сучасні проблеми забруднення довкілля мікобактеріями туберкульозу з погляду природоохоронного законодавства України. ....	154
<i>Огірко О.В.</i> Біблійні настанови індивідуальної профілактики інфекційних хвороб. ....	160