

## ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

© Авербух Л.Г., Поздняков С.В., Недужко О.О., Славіна Н.Г., 2010  
УДК 614.4:616-002.5:346.57

# Л.Г. Авербух, С.В. Поздняков, О.О. Недужко, Н.Г. Славіна ПРО НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І. Мечникова МОЗ України  
Одеський обласний протитуберкульозний диспансер

*Загальний принцип удосконалення нормативно-правових актів у сфері протидії туберкульозу і повноцінного контролю епідемії повинен передбачати поєднання трьох чинників: законодавчих норм, програмних завдань і ресурсного забезпечення.*

*Гарантією ефективності протидії туберкульозу уявляється легітимізація низки заходів на рівні обов'язкових, що не суперечить рекомендаціям міжнародних правових документів. Саме такі заходи рекомендується використовувати у надзвичайних ситуаціях, що являє собою триєдина епідемія туберкульоз + ВІЛ/СНІД + наркоманія, яка спостерігається в Україні. Примусові заходи слід застосовувати тільки як виняток. Інформування пацієнтів про існування таких заходів і наявність механізму для їх реалізації в більшості випадків дозволить уникнути необхідності їх застосування.*

**Ключові слова:** туберкульоз, конституційне право, законодавство, виявлення, лікування.

Загальний принцип створення та удосконалення нормативно-правових актів у сфері протидії туберкульозу і повноцінного контролю епідемії повинен передбачати поєднання трьох чинників: загальних законодавчих (конституційних) норм, програмних завдань і ресурсного забезпечення.

Цілком зрозуміло, що законодавство, нормативна база та програмні завдання у сфері боротьби з таким інфекційним, соціально залежним захворюванням, як туберкульоз, епідемія якого в Україні офіційно визнана ще 1995 року, мають будуватися на базових принципах, яких вимагає специфіка цього захворювання: ефективна *профілактика, своєчасне* (без розпаду та виділення збудника – для дорослих) або *раннє* (у долокальній фазі – для дітей) виявлення хворих на активний туберкульоз та повне (з мінімальним ризиком рецидиву) їх *вилікування*.

Всілякі інші підходи здатні не вирішити проблему, а загнати її у глухий кут.

Видається елементарно логічним, що втілення запозичених тих або інших «чужих» форм надання медичної допомоги (навіть за рекомендації ВООЗ або інших міжнародних організацій) уявляється доцільним лише в тих випадках, коли досвідом доведені і експертно підтверджені їхні безумовні переваги у порівнянні з вітчизняними.

Між тим, принципи т.з. стратегії *DOTS – Directly Observed Treatment (Short course)* – пряма контрольована терапія (короткий курс) та її варіантів («адаптована *DOTS*», «СтопТБ», тощо) протягом багатьох років наполегливо нав'язуються Україні Всесвітньою організацією охорони здоров'я і рядом зарубіжних громадських фондів (безумовно – комерційної скерованості, яка навіть не виключає використання корупційних схем) [1, 2]. Ці стратегії, що охоче підтримуються керівництвом МОЗ України, були запропоновані К. Стибло ще три десятиріччя тому для країн так званого «третього світу», які ніколи не мали і досі не мають державної системи боротьби з туберкульозом і в яких рівень розповсюдженості туберкульозу на порядки перевищує українські показники.

На жаль, ці принципи знайшли підтримку у вищого керівництва держави, серед депутатів Верховної Ради України, що віддзеркалюється у змінах відповідних законодавчих документів (Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5 липня 2001 р. № 2586-III, зі змінами до нього, яких затверджено за період до 2009 р. включно), і саме їх покладено в основу чинної «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки», яку затверджено окремим Законом України № 648-V від 8.02.2007 р.

Головне, чим ці стратегії принципово відрізняються від традиційної вітчизняної – це те, що виявлення вони підмінюють *недовиявленням*, а вилікування – *недовилікуванням*.

Таким чином, комплекс протитуберкульозних заходів в умовах епідемії, порівняно з періодом,

який передував її розвитку, не зростає, а скорочується. Тобто – це відступ, якщо не капітуляція.

Мабуть, саме тому Постановою Окружного Адміністративного суду м. Києва № 5/55 від 03.04.2008 р. наказ МОЗ України № 610, яким стратегія DOTS (у наказі – ДОТС), навіть адаптована, втілювалася, було визнано протизаконним і недіючим. Але на практиці вона продовжує діяти повною мірою.

Про що йдеться конкретно?

Чинні законодавчі, підзаконні, а також директивні документи абсолютно некоректно визначають термін «виявлення випадків захворювання».

Прийнята стратегія не вимагає, чи, краще сказати – відмінила обов'язкові профілактичні флюорографічні обстеження (ПФО) для переважної більшості дорослого населення.

В якості основного заходу щодо своєчасного виявлення туберкульозу легень серед дорослих згаданим наказом МОЗ визначено дослідження мазка мокротиння на наявність мікобактерій туберкульозу усім хворим, які кашляють протягом 2 тижнів. Цілком зрозуміло, що такі пацієнти, що звертаються по амбулаторну медичну допомогу, потребують не виявлення хвороби (оскільки вона вже сама виявилася певними симптомами), а диференційної діагностики і лікування. Вони тому і звертаються, що хворі, і прагнуть з'ясувати, чим саме.

Мікроскопія мазка мокротиння, таким чином, взагалі не є методом *виявлення* (тобто – коли *таємне* постає *явним*) туберкульозу (тим більше – своєчасного), а є пізньою *діагностикою* занедбаного захворювання, такого, що є складно виліковним (або навіть невиліковним), і створює реальну епідемічну загрозу для осіб, що оточують хворого. Мало того, дослідження мазка за класичним методом Ціль-Нільсена здатне виявити збудника лише у тому випадку, коли кількість мікробних тіл складає не менше ніж 100 000 в 1 мл мокротиння, що часто-густо не буває навіть при значній деструкції легеневої тканини.

Така думка впевнено підтверджується спостереженнями найавторитетніших фахівців-фтизіатрів України і Росії [3-6 та ін.], які на значному клінічному матеріалі показали, що абсолютна більшість пацієнтів, в яких туберкульоз було діагностовано саме таким «пасивним» шляхом, за результатами дослідження мазка, звернулися до лікарів невчасно, коли туберкульозний процес був значно поширеним та давним, з наявністю великих і численних каверн. Симптоми захворювання, навіть за наявності таких змін, були

вкрай обмеженими, температура – нормальною, а кашель незначний (часто-густо – у курців), що багатьма місяцями не спонукало хворих звертатися по медичну допомогу. Чи не є така авторитетна інформація переконливішим аргументом на користь обов'язкових періодичних суцільних «скринінгових» ПФО дорослого населення?

Тобто, дослідження мазка не є профілактичним обстеженням, а являє собою діагностичний захід відносно хворого, що звернувся по медичну допомогу у зв'язку з більш-менш виразними симптомами хвороби, тоді як початкова стадія туберкульозу майже завжди перебігає безсимптомно, малосимптомно або інаперцептно (неусвідомлено). Перехід винятково на цей хибний шлях т.з. «виявлення» хворих на практиці призводить до істотного недовиявлення більшої частки хворих, аж до значного погіршення стану їхнього здоров'я. До речі, мабуть, саме тому т.з. оціночний рівень розповсюдженості туберкульозу в Україні, які ВООЗ наводить у своїх щорічних доповідях, на 25 % (а на наш погляд – значніше) перевищує офіційні українські показники.

Мова, таким чином, йде про підміну понять.

Єдиним безальтернативним методом *виявлення* легеневого туберкульозу була і залишається суцільна профілактична флюорографія усього «практично здорового» дорослого населення [1, 6-8] у її сучасному, абсолютно радіаційно безпечному (та й, до речі – такому, що не потребує коштовних витратних матеріалів), цифровому варіанті.

З нашого погляду, саме згортання практики диспансеризації населення, а в її рамках і суцільних ПФО взагалі, безумовно призвело до погіршення ситуації щодо своєчасного виявлення початкових форм майже усіх хронічних захворювань, а значне розповсюдження як ліцензованої, а ще більшою мірою, тіньової приватної медичної практики унеможливило вичерпний облік захворюваності населення. Навіть захворюваність з тимчасовою втратою працездатності у значній частині випадків не оформлюється листками непрацездатності і тому практично не реєструється, що істотно заважає адекватній організації усієї системи охорони здоров'я.

Саме за таких умов, у сполученні з використанням цієї «новітньої» стратегії, офіційний показник захворюваності на деструктивні, тобто несвоечасно діагностовані, форми туберкульозу зріс з 21,6 на 100 тис. населення в 1998 р. до 29,5-30,6 у 2007-08 рр. При цьому у 93 % померлих від туберкульозу захворювання було встановлене не-

## ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

своєчасно, в той час як в умовах суцільних ПФО їхня частка (також досить значна) не перевищувала 62 % [9].

До речі, ті ж експерти свідчать: «Вважається, що чиста ДОТС-стратегія та Стоп-ТБ – стратегія для України неприйнятна [10].

Наші спостереження [1, 6] показали, що майже 60 % серед тих, що померли від туберкульозу, ухилялися від проходження ПФО.

Доречно зауважити, що усі початкові матеріали ВООЗ з втілення цієї стратегії [11, 12 та ін.] вміщували «слоган»: «Якщо ви не у змозі досягти вилікування 85 % хворих на бацилярну форму туберкульозу, вам слід обов'язково використовувати стратегію ДОТС!» Ми на той час забезпечували навіть більш високі результати лікування.

Не можна також не звернути увагу на те, що, наприклад, у Танзанії, де стратегія ДОТС використовувалася протягом 18 років, розповсюдженість туберкульозу продовжувала зростати. Дуже обмежений контингент хворих лікувався за стратегією ДОТС в США, де показаннями для неї вважалися бездомність, наркоманія, ВІЛ-інфікування, невиконання рекомендацій лікаря. Участь хворих у проекті забезпечувалася заохоченнями у формі спеціальних заходів – підвищеної уваги, дарунків, купонів, безоплатного транспортного обслуговування, тощо.

У Донецькій області, яка слугувала основним полігоном випробування цієї стратегії в Україні, захворюваність на туберкульоз та більшість інших показників продовжують значно перевищувати середні по Україні. Вище, ніж по країні, і частка деструктивних форм серед них. Значно зріс показник рецидивів туберкульозу [13]. Вкрай низькою виявилася ефективність пілотного проекту по ДОТС, який було здійснено нами у 1998-99 рр. [1, 6].

Нам уявляється, що в умовах епідемії соціально залежного інфекційного захворювання, прогресування якого немає підстав вважати призупиненим і яке стабільно займає перше місце як причина смерті серед усіх інфекційних захворювань, система запобіжних заходів повинна значно посилюватися, і базова їх частина має носити характер обов'язкових.

Практика, яка пов'язана з втіленням стратегії DOTS, передусім являє собою *пряме порушення ст. 49 Конституції України*, що передбачає право громадян (усіх, без якогось штучного сортування на групи) на охорону здоров'я, тобто вона нездатна попередити розвиток занедбаного заразного захворювання в окремої особи та відвести загрозу

інфікування – для оточення. Міжнародні правові засади, зокрема преамбула «Конституції ВООЗ», Міжнародний Пакт про економічні, соціальні та культурні права, «Декларація прав пацієнта» та ряд інших міжнародних документів передбачають обов'язок урядів забезпечити заходи щодо реалізації прав громадян на вищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я.

За радянських часів базові напрямки боротьби з туберкульозом регулювалися Постановою Ради Міністрів СРСР № 972 від 1.09.1960 р., пункт «б» ст. 8 якої передбачав, зокрема, забезпечення рентгенофлюорографічного обстеження всього населення на туберкульоз не рідше одного разу на 2 роки, крім тих груп, для яких вже було встановлено обов'язкове щорічне обстеження.

У незалежній Україні ці спеціальні заходи базуються на нормах Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5.07.2001 р. № 2586-III, із змінами, що їх прийнято до 16.04.2009 р.

Цим Законом передбачено лише 2 заходи, яких визначено терміном «обов'язкові».

Це, по перше: ст. 8, яка вимагає: «Обов'язковим профілактичним медичним оглядам на туберкульоз підлягають...». Далі наводиться перелік декількох обмежених, так званих «декретованих», груп населення та груп медичного і соціального ризику, які підлягають таким щорічним обстеженням. Таким чином, мова про обов'язкове суцільне профілактичне флюорографічне обстеження всього дорослого населення взагалі не йде. Щоправда, далі вказано: «У разі неблагополучної епідемічної ситуації щодо захворювання інших визначених груп населення, за поданням відповідного головного державного санітарного лікаря, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування приймають рішення про проведення позачергових обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз осіб, які підлягають обов'язковим медичним оглядам, чи інших груп населення, серед яких рівень захворюваності значно перевищує середній показник на відповідній території».

Обов'язковість цього заходу для вказаних груп, згідно із Законом, забезпечується тим, що (далі в статті):

«Особи, які ухиляються або без поважних причин у визначений термін не пройшли обов'язковий профілактичний медичний огляд на туберкульоз, відсторонюються від роботи, а неповнолітні, учні та студенти відсторонюються від відвідуван-

ня навчальних закладів». Цим, безумовно, дається ознака, що невиявлений хворий на туберкульоз створює безпосередню епідемічну загрозу для оточення.

Доречно запитати: існуюча епідемія туберкульозу, яка загрожує здоров'ю всієї нації, хіба не є проявом саме такої вкрай неблагополучної і небезпечної епідемічної ситуації? А невиявлений хворий, який не належить до вказаних груп і не свідомий щодо своєї хвороби – хіба не створює таку ж саму (а, може, й значнішу) небезпеку для найближчого родинного і службового оточення?

Інший «обов'язковий» захід регламентується ст.12 вказаного Закону:

«Хворі на заразні форми туберкульозу, в тому числі соціально дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію, підлягають обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів та зобов'язані пройти відповідне лікування. У разі ухилення від обов'язкової госпіталізації зазначені особи, з метою запобігання поширенню туберкульозу, за рішенням суду підлягають розшуку, приводу та обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів, визначених місцевими органами виконавчої влади. Обов'язкова госпіталізація осіб, щодо яких судом ухвалено відповідне рішення, здійснюється на строк до трьох місяців. Продовження лікування цих осіб здійснюється за рішенням суду, на визначений строк, на підставі висновку лікарської комісії протитуберкульозного закладу. У разі ухилення від обов'язкової госпіталізації до протитуберкульозних закладів, або від продовження лікування осіб, хворих на заразні форми туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення відповідно про обов'язкову госпіталізацію або про продовження лікування, органи внутрішніх справ за зверненням керівника протитуберкульозного закладу надають, у межах своїх повноважень, медичним працівникам допомогу у забезпеченні виконання рішення суду».

«... Рішення про обов'язкову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу чи продовження лікування хворих на заразні форми туберкульозу приймається судом за місцем виявлення зазначених хворих або за місцезнаходженням протитуберкульозного закладу. Заява про обов'язкову госпіталізацію чи продовження лікування хворого на заразні форми туберкульозу подається до суду представником протитуберкульозного закладу, який здійснює медичний (диспансерний) нагляд за цим хворим». Іншими словами, обидва ці

заходи, так чи інакше, пов'язані з обмеженням (або тимчасовим позбавленням) деяких конституційних свобод громадян, тобто, за своєю суттю є «примусовими», і термін «обов'язкові» в даному випадку є, певною мірою, умовним. Таким чином – головне, що цей документ підкреслює особливу небезпеку, яка виникає при контакті хворого на туберкульоз з оточенням.

Слід, до речі, вказати, що такий важливий захід, як обов'язкова госпіталізація, встановлений ще 9 років тому, фактичною правовою практикою не використовується у зв'язку з відсутністю механізму, здатного її забезпечити. Зокрема, у ряді регіонів відсутні спеціальні режимні заклади або підрозділи для утримання таких хворих.

Тобто, у ст. 12 мова йде про свідоме ухилення від лікування (і ізоляції) хворого, який створює загрозу зараження оточення, чим позбавляє інших людей їхнього конституційного права на охорону здоров'я, яке гарантовано державою.

Ст. 28 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III із змінами, прийнятими до 14.04.2009 р., передбачає «Обов'язки осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями», а саме:

- вживати рекомендованих медичними працівниками заходів для запобігання поширенню інфекційних хвороб;
- виконувати вимоги та рекомендації медичних працівників щодо порядку та умов лікування;
- додержуватися режиму роботи закладів охорони здоров'я та наукових установ, у яких вони лікуються;
- проходити у встановлені строки необхідні медичні огляди та обстеження.

Все це повною мірою стосується і хворих на туберкульоз, які є не тільки «бактеріоносіями», а навіть і мікобактеріовиділювачами.

Доповнює наведені аргументи Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», ст. 4 якого вказує, що «Громадяни мають право на: безпечні для здоров'я і життя ... умови праці, навчання, виховання, побуту, відпочинку та навколишнє природне середовище, а також на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, здоров'я населення, а також

## ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

про наявні та можливі фактори ризику для здоров'я та їх ступінь. Законодавством України громадянам можуть бути надані й інші права щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя».

Ст. 5 цього Закону стверджує, що громадяни «...зобов'язані: піклуватися про своє здоров'я та здоров'я і гігієнічне виховання своїх дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян; брати участь у проведенні санітарних і протиепідемічних заходів».

Зрозуміло, що всіма вимогами чинного законодавства, що вище наведені, поряд з метою своєчасного виявлення і досягнення повного вилікування таких пацієнтів, ставиться завдання запобігти можливості трансмісії інфекції від хворого здоровим людям.

А якщо мова йде про невиявленого заразного хворого, який внаслідок відсутності виражених симптомів захворювання (навіть при поширеному туберкульозному ураженні легенів) не звертається по медичну допомогу? Чи не несе він таку ж саму (а може й значнішу, тому що не свідомий) епідемічну загрозу для оточення? Чому ж не зобов'язується він вимогами діючого законодавства проходити періодичні профілактичні обстеження, безальтернативним методом здійснення яких, як показано вище, є флюорографія?

Хіба не стосується такий обов'язок усіх, без винятку, дорослих громадян, незалежно від того, входять вони до груп медичного або соціального ризику чи працюють у декретованих професіях?

Єдине заперечення, яке може виникнути у зв'язку з тим, що *права* на проходження флюорографічного обстеження у громадян України ніхто не віднімав і вони, за власним бажанням, у змозі його проходити (безоплатно чи за невелику оплату), не може бути прийнято до уваги за наступних засад. Добре відомо, що один несвоєчасно виявлений хворий інфікує протягом року 10-15 здорових людей. Тому, якщо на виявлення хвороб серцево-судинної, нервової, шлунково-кишкової систем, навіть онкологічних захворювань, які спричиняють достатньо серйозну загрозу здоров'ю людини і суттєві збитки суспільству і державі, громадяни дійсно мають *право*, то сприяти своєчасному виявленню у себе туберкульозу як небезпечного для оточення інфекційного захворювання, має бути визнано їхнім *обов'язком*. Таким чином, суцільне проходження профілактичного флюорографічного обстеження повинно, на наш погляд, визначатися як обов'язок громадян,

тобто бути *обов'язковим*, як це і було протягом багатьох років за радянських часів, що сприяло своєчасному виявленню, ефективному і стійкому вилікуванню туберкульозу, значному зниженню його розповсюдженості.

Багаторічний досвід лікування хворих на туберкульоз, з додержанням традиційного принципу вітчизняної медицини: «лікувати хвору людину, а не хворобу», переконливо свідчить на користь індивідуального підходу до лікування кожного хворого, перебіг туберкульозного процесу в якого має притаманні йому особливості. Безумовно, основою лікування повинна бути антибактерійна хіміотерапія. Але стратегія ДОТС та побудована на її основі *законодавчо* запроваджена «Загальнодержавна програма», згаданий наказ МОЗ № 610 і відповідний «Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз» вимагають використання лише стандартизованих, головним чином – короткострокових курсів лікування хворих.

Більше того, положення щодо необхідності дотримання стандартів лікування включено до нової редакції ст. 12 Закону «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз».

Такий принцип, з нашого погляду, порушує положення міжнародних рекомендацій про те, що законодавство не повинно нівелювати автономію лікаря і диктувати йому, як здійснювати професійну діяльність.

Довготривале комплексне, комбіноване лікування хворих на туберкульоз, найважливішою складовою якого є антибактерійна хіміотерапія з стандартним або індивідуалізованим режимом (з урахуванням медикаментозної чутливості збудника, загального стану хворого, тощо), мотивується на схильності навіть нерозповсюджених процесів до хронічного перебігу, загострень та рецидивів. Важливою складовою його ефективності постає використання патогенетичних, симптоматичних, загальнозміцнювальних засобів і традиційна триетапність лікувального режиму, з використанням санаторного лікування включно. Така лікувальна тактика також не передбачена чинною стратегією.

Безоплатне санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз у спеціалізованих протитуберкульозних санаторіях – третій етап (за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів соціального страхування та ін. джерел) гарантовано державою у відповідності до ст. 15 розд. IV згаданого Закону («Гарантії держави щодо надання протитуберкульозної допомоги хворим».

Однак проблема санаторного лікування не знайшла жодної згадки ні в «Загальнодержавній цільовій програмі протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 рр.», ані у численних сучасних посібниках з питань організації і менеджменту протитуберкульозних заходів, що їх видано останніми роками провідними фахівцями та науковцями країни [14-16].

Таким чином, санаторне лікування хворих на туберкульоз – важливіший чинник реабілітації хворих, особливо для матеріально незабезпечених (а таких – більшість!), в Україні існує, незважаючи на вимоги Закону, на якихось «пташиних правах», його роль і місце «соромливо» замовчуються, залишаються не цілком з'ясованими.

Ситуація, що виникла, пояснюється тим, що «Концепцією адаптованої ДОТС-стратегії в Україні» передбачається лише двоетапний (стаціонарно-амбулаторний) режим лікування хворих.

Між тим, реальна необхідність перегляду питання про доступність для хворих на туберкульоз санаторного етапу лікування та реабілітації у сучасних умовах об'єктивно виникає внаслідок значного скорочення мережі протитуберкульозних санаторіїв.

Так, якщо за даними офіційної статистики, у 1990 р. в Україні налічувалося 136 протитуберкульозних санаторіїв для дорослих та дітей із загальною кількістю цілорічних ліжок майже 24 000, то, за даними 2009 р., їх залишилося тільки 92 (тобто скорочення на 1/3), з ліжковим фондом 12 614 (скорочення на половину). Причому серед них тільки 25 санаторіїв системи МОЗУ, в яких налічується лише 5035 ліжок.

За таких умов, виходячи з середнього терміну санаторного лікування 2 місяці, за рік можливо оздоровлювати лише 30 тис. із загальної кількості облікового контингенту 467000 осіб. Ці факти постають ще одним свідченням свідомого руйнування протитуберкульозної служби країни [2, 3, 10] внаслідок втілення стратегії ДОТС.

Чергове непорозуміння виникає у зв'язку із законодавчими вимогами з питань профілактичних оглядів з метою раннього виявлення туберкульозу серед дітей і підзаконними документами з цієї сфери. Знов таки безальтернативним методом виявлення інфікування дітей збудником туберкульозу залишається туберкулінодіагностика (за методикою Манту).

Саме так визначено у розділі 1 Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», ст. 8 якого чітко визначає: «Обов'язковим

профілактичним медичним оглядам на туберкульоз підлягають ... діти віком до 14 років включно, щороку». Між тим і Наказ МОЗ № 610, і «Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз» (зміст якого, до речі, значно ширше, ніж проголошується назвою), всупереч вимогам закону, обмежують використання цього заходу лише серед дітей з груп ризику і у 7-річному та 14-річному віці – з метою відбору для ревакцинації проти туберкульозу. Розглянувши ситуацію з позицій чинних законодавчих актів та підзаконних директивних документів, спробуємо зіставити її з вимогами конституційного права.

Ситуація, що склалася, віддзеркалює певний конфлікт прав індивідуума і соціуму, тобто індивідуальних і колективних прав. Виходячи з положення про те, що права особистості можуть реалізуватися повною мірою до тих пір, доки вони не порушують права інших суб'єктів і не створюють для них небезпеку, ми вважаємо, що цей конфлікт повинен вирішуватися на користь колективних прав.

Тобто, мова йде про баланс прав і обов'язків громадян, з урахуванням того, що права суспільства, в даному випадку, приходять до конфлікту – певної «контрпозиції» з правами – в одних випадках хворої, а в інших – умовно здорової людини, який має вирішуватися на користь суспільства.

Найбільш характерним прикладом – прецедентом ситуації, пов'язаної з тимчасовим обмеженням, за медичних обставин, одного з основних прав людини – права на пересування, гарантованого ст. 33 Конституції України, є карантин – комплекс санітарних заходів для запобігання поширенню заразних хвороб, що полягають в ізоляції на певний термін хворих і дотичних із ними осіб. Такі заходи є обов'язковими або навіть примусовими і можуть стосуватися як пересування територією країни, так і виїзду з неї або в'їзду. Прикладом такої ситуації може слугувати система заходів, яких було вжито в Україні восени 2009 р., у зв'язку з прогнозуванням епідемії «свинячого» грипу.

Хоча колективні права (т.зв. «права третього покоління»), за деяким винятком, формально існують лише в теорії конституційного права, зіставлення реальних конституційних прав, гарантованих Конституцією України, та двох з чотирьох її статей, якими визначаються обов'язки громадян, за своїм сутнісним змістом дають цілком достатні підстави для збалансування прав і обов'язків у сфері ефективної протидії розповсюдженню туберкульозу.

## ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

Це, перед усім, вище згадана ст. 49, яка, перш за все, гарантує право кожного на охорону здоров'я. Реалізація цього права прямо пов'язана з комплексом заходів, скерованих на профілактику захворювань, усунення умов, здатних спричинити захворювання. Безумовну загрозу здоров'ю (тобто і праву на його охорону) громадян створює невиявлений або виявлений, але неізолюваний, хворий на заразну форму туберкульозу, який ухиляється від лікування. Зрозуміло, що така ситуація створює загрозу для здоров'я і навіть для життя (право на яке гарантує ст. 27 Конституції) самого хворого.

Мабуть, цілком зрозуміло також, що права людини не передбачають можливість поділу громадян на якісь групи, одні з яких мають переважні можливості щодо своєчасного виявлення небезпечної інфекційної хвороби, а інші таких можливостей позбавлені.

Ст. 50 Конституції України стверджує: «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена».

Трактовка цієї статті у ситуації, що розглядається, потребує деяких роз'яснень.

Зрозуміло, що *довкілля*, або середовище – сукупність природних умов життєдіяльності організму, не обмежується тільки природним середовищем з його екологічною ситуацією («макродовкілля»), але й включає найближче навколишнє середовище людини, її оточення, соціально-побутові умови, в яких вона існує, сукупність людей, зв'язаних спільністю життєвих умов, занять, інтересів («мікродовкілля»), тобто, мікросередовище – середовище, яке характеризується малою або обмеженою протяжністю і відрізняється в позначенні від деякого обширнішого середовища.

Ст. 68. «Кожен зобов'язаний неухильно дотримуватися Конституції України та законів України, не посягати на права і свободи, честь і гідність інших людей. Незнання законів не звільняє від юридичної відповідальності».

Тобто, саме такі права свого найближчого оточення порушує виявлений хворий на заразну форму туберкульозу, а ще більшою мірою – невиявлений, не ізолюваний та/або той, який ухиляється від лікування. Саме так, свій конституційний обов'язок (свідомо чи не свідомо) він не виконує.

Крім того, ця та вище наведені норми певним чином обмежують навіть і положення про конфіденційність інформації про заразного хворого, яка навряд чи може приховуватися від найближчого оточення (власна родина, виробничий колектив, тощо), для якого він створює загрозу.

Окремого розгляду з позицій нормативно-правового регулювання потребує найважливіший чинник, недосконале забезпечення якого вирішальною мірою негативно впливає на ефективність комплексу протитуберкульозних заходів. Мова йде про фінансове забезпечення протитуберкульозних програм.

Сумарні витрати на протитуберкульозні заходи в 2000 році [15] склали коло 468 млн грн, тобто близько 10 грн. на одного жителя країни (менше \$2). Якщо врахувати, що з них лівову частку витрачено на діагностику і лікування вже виявлених хворих (грубо кажучи – 100 тис. осіб), то на профілактичні заходи серед здорового населення залишиться не більше ніж 2,50 грн на одного мешканця.

У цей же час фактичні втрати лише у зв'язку із смертю хворих на туберкульоз склали того ж року 947 млн грн., а разом з трудовтратами з приводу інвалідності (48 млн) і тимчасової непрацездатності (27 млн) загалом дорівнювали 1 млрд 23 млн грн.

Але це лише гроші! А як бути з 155 тис. недожитих (тими, що померли від туберкульозу) людино-років?

Цільовою загальнодержавною програмою протидії поширенню туберкульозу на 2007-2011 рр. передбачено на ці заходи на 5 років 1,2 млрд грн, тобто – від 230 до 260 млн грн на рік, а це 5,6 грн на одного мешканця країни, тобто – менш \$1 і удвічі менше, ніж фактичні витрати 2000 р., коли ціни були нижчими, а курс гривні – вищим. Причому, не вся ця сума планується за рахунок держбюджету (враховуються позики Світового банку та ін.). Ясно, що ані цієї суми, ані мізерних добавок з місцевих бюджетів на реалізацію програмних заходів абсолютно недостатньо.

Можуть сказати: немає грошей! Наша відповідь однозначна: чому ж вистачає мільярдних сум на Євро-2012, на десятки тисяч бездарних і неефективних передвиборних біл-бордів, на утримання постійно зростаючих сотень тисяч урядовців та на утримання та «оздоровлення» нероб-депутатів, тощо? Невже все це важливіше, ніж здоров'я людей та епідемічне благополуччя нації, кількісний склад якої щорічно скорочується катастрофічними темпами ?

Мова, зокрема, йде ще про певну неузгодженість статей Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз». Так, ст. 4 проголошує, що Кабінет Міністрів розробляє і здійснює відповідні державні програми; забезпечує фінансування та матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, підприємств, установ та організацій, залучених до проведення заходів, пов'язаних з профілактикою і лікуванням захворювання на туберкульоз, передбачених відповідними державними програмами, координує здійснення цих заходів. Поряд з цим, ст. 24 «Фінансування протитуберкульозних заходів» стверджує:

«Витрати, пов'язані з проведенням протитуберкульозних заходів і наукових досліджень у сфері боротьби з туберкульозом фінансуються за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, а також інших джерел, не заборонених законодавством». Доречно запитати, чи не саме в цій неузгодженості полягає причина того, що за 2007-2009 рр. в країні було профінансовано лише 6 з 44 програмних заходів щодо протидії туберкульозу, а з край обмежених місцевих бюджетів у 2009 р. протитуберкульозна сфера отримала лише 28 % запланованих коштів [17]. Безумовно, повноцінному і чіткому фінансовому забезпеченню сприяло б виділення витрат на боротьбу з туберкульозом в окрему фінансову програму, що унеможливило б і нецільову витрату коштів, що виявлялося Рахунковою палатою у попередні роки.

Таким чином, ситуація, що склалася у сфері боротьби з туберкульозом, примушує констатувати суттєву неузгодженість між спеціальним законодавством і конституційними вимогами, між підзаконними актами і законодавством, а також факти невиконання судових рішень.

Слід також зазначити, що оприлюднені останніми роками проекти змін до чинного законодавства [18], а також нової редакції Закону про боротьбу із захворюванням на туберкульоз (у тому числі й ті, що підтримані USAID та ін.), яких було представлено на розгляд до Верховної Ради, вміщують ще менш чіткі формулювання, і не тільки не скеровані на усунення вказаних недоліків, але й здатні сприяти подальшому істотному погіршенню епідемічної ситуації. Викладене вище вимагає констатувати таке.

В умовах епідемії туберкульозу, яка перебігає на тлі соціально-економічної кризи в Україні, що

сприяє поглибленню пов'язаних з епідемією проблем, спеціалізована служба і програмний комплекс законодавчих і спеціальних заходів, розрахованих на стабілізацію рівня поширеності туберкульозу і його подальше зниження, безумовно, повинні бути істотно посилені і ґрунтуватися на наступних положеннях:

А) Дотримання демократичних принципів у суспільстві регулюється демократичним законодавством, проте практика використання правових засад у різних спеціальних сферах повинна коректуватися не тільки фахівцями сфери державного управління, юриспруденції і права, але й професійними експертами, у даному випадку – фтизіатрами. З цих позицій, діючий комплекс законодавчих і правових норм з проблем боротьби із захворюванням на туберкульоз повинен бути оцінений як цілеспрямовано орієнтований на запозичення міжнародних норм і рекомендації міжнародних неурядових організацій, такий, що найменшою мірою враховує позитивний досвід (найкращої в історії фтизіатрії) вітчизняної системи боротьби з туберкульозом, висока ефективність якої в період, передуючий розпаду СРСР, не підлягає сумніву.

Б) Враховуючи соціальну залежність і обумовленість інфекційного захворювання – туберкульозу, деякі права і свободи хворого, контакт з яким створює епідемічну небезпеку для оточення, можуть приходити в суперечність із правами інших людей і соціуму в цілому, в т.ч. із їх правом на збереження здоров'я (ст. 49 Конституції України) і навіть невід'ємним правом на життя (ст. 27), на безпечно докільля і на захист цих цінностей. Соціальна, правова держава, якою є Україна, безумовно, зобов'язана захищати життя і здоров'я громадян.

В) Дотримання цих прав громадян, в такій ситуації, не може обмежуватися лише двома положеннями, регламентованими Законом України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» (але що неповністю реалізовується на практиці) як обов'язкові, – про госпіталізацію мікобактеріо-овиділювачів, що ухиляються від лікування, за рішенням суду до спеціальних режимних установ і про обстеження на туберкульоз лише обмежених груп ризику і декретованих контингентів.

В умовах, коли, згідно неодноразово висловленим фахівцями і керівниками держави оцінкам, епідемія туберкульозу представляє загрозу національній безпеці, максимальна кількість базових заходів з протидії цій епідемії повинна носити законодавчо закріплений обов'язковий характер.



## ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

Так, зокрема:

1. Законодавче регулювання, планування, бюджетне фінансування і контроль за виконанням комплексу протитуберкульозних заходів повинні бути пріоритетною функцією держави і реалізовуватися у форматі національного проекту. У цих надзвичайних умовах потрібне не зниження, а значне збільшення бюджетних асигнувань всіх рівнів, для чого необхідна політична воля. Докази про високу збитковість цих заходів у такій ситуації, в соціально орієнтованій державі, не можуть враховуватися. Для фінансування цих заходів можуть і повинні залучатися додаткові кошти, у т.ч. за рахунок підвищення соціальної відповідальності приватного бізнесу (з умовою пільгового оподаткування таких приватних комерційних і виробничих структур), але основою має бути державне бюджетне фінансування «окремим рядком». Значно підвищити реальні можливості фінансового забезпечення цієї (разом з іншими) сфери здатна була б повноцінна система медичного страхування, адаптована до реальних можливостей громадян.

2. В організаційно-методичному плані необхідна жорстка вертикаль державної системи боротьби з туберкульозом, з комплексною координованою участю всіх зацікавлених відомств (правоохоронних, соціальних, міграційних, освітніх і ін.) і господарських структур. Ігнорування та руйнування напрацювань радянської системи боротьби з туберкульозом, безумовно визнаною кращою в світі, що забезпечила істотне зниження в колишньому СРСР показників поширеності туберкульозу до середини 80-х років минулого століття, є майже злочином проти суспільства.

3. Запорукою успіху боротьби з туберкульозом є збереження диспансерного принципу обслуговування контингенту хворих на туберкульоз, диспансерних груп підвищеного ризику захворювання і рецидиву. Найважливішими елементами цього принципу є вичерпний персональний облік (бажано – Національний електронний реєстр), контроль за ходом лікувального процесу і його ефективністю, робота в тубосередках хворих-мікобактеріовиділювачів та ін.

Всі ці заходи повинні здійснюватися лише державними або муніципальними спеціалізованими протитуберкульозними закладами. Нівеляція ролі спеціалізованої диспансерної служби, як це спостерігається нині – неприпустима. Децентралізація цього виду допомоги, передача його функцій загально-лікувальній мережі призведе до без-

відповідальності, при якій туберкульозних хворих спостерігатимуть і лікуватимуть всі і ніхто.

Співпраця із загальнолікувальними установами і лікарями приватної практики на етапі виявлення хворих є обов'язковою умовою, але безпосередня участь лікарів приватної практики або медичних компаній в реалізації задач профілактики, нагляду і лікування хворих на туберкульоз – виключається.

4. Слід принципово переглянути питання про добровільність обстеження на наявність хронічних епідемічних захворювань (зокрема туберкульозу). Необхідно, після акордно проведеної широкої послідовної і компетентної роз'яснювальної кампанії, домагатися якнайповнішого (бажано – суцільного) залучення громадян до профілактичних обстежень на туберкульоз і законодавчо закріпити їх обов'язковість не тільки для груп ризику і декретованих контингентів, а для всього населення.

Орієнтування міжнародних норм на «пасивне виявлення» за мазком мокротиння тільки заразних («відкритих») форм туберкульозу (а саме так ставиться питання стратегією ДОТС) є серйозною стратегічною помилкою, оскільки запорукою успіху є своєчасне виявлення, що дозволяє запобігти розвитку заразних форм хвороби до того, як хворий встигне інфікувати півтора десятку інтактних осіб, у т.ч. дітей, і сам дійти до стану невиліковності.

5. Можливість повного вилікування хворих на туберкульоз і, таким чином, запобігання розвитку в них заразної і невиліковної його форми, реальні лише за умови своєчасного його виявлення, без альтернативним методом якого залишається профілактичне флюорографічне обстеження дорослих і підлітків. Доводи про неефективність мікрокадрової флюорографії справедливі, проте діагностична надійність і променева безпека методу вирішальним чином зростають, а вартість – суттєво знижується за умов застосування сучасної малодозової цифрової апаратури. Морфологічні зміни, які виявляються при ПФО, є сигналізацією про об'єктивне фізичне неблагополуччя, за якою має слідувати комплекс діагностичних досліджень, що забезпечує кінцеву діагностику захворювання.

Можливість виявлення інших гострих і хронічних захворювань легень, а також туберкульозних змін, що втратили активність – є перевагою методу, а не його недоліком.

Тобто, слід зберегти щорічне флюорографічне обстеження груп підвищеного соціального і

медичного ризику і декретованих контингентів, а також обов'язково піддавати такому обстеженню 1 раз на 2 роки все доросле і підліткове населення, з вичерпним персональним обліком. Це, врешті, цілком відповідає нормі ст. 8 Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» у тій частині, яка передбачає розширення практики обов'язкових профоглядів на туберкульоз в умовах погіршення епідемічної ситуації.

У зв'язку з цим слід ще раз вказати, що мікроскопія мазка мокротиння за методом Циль-Нільсена взагалі не є методом виявлення туберкульозу (тим більше – своєчасного), а є пізньою діагностикою захворювання, що далеко зайшло, з того, що такий хворий створює реальну епідемічну загрозу для осіб, що його оточують. Це – не профілактичне обстеження, а діагностичний захід відносно хворого, що звернувся по медичну допомогу у зв'язку з симптомами хвороби, тоді як початкова стадія туберкульозу перебігає безсимптомно, малосимптомно або інаперцептно. Використання винятково пасивного шляху «виявлення» хворих буде й в подальшому призводити до істотного недовиявлення хворих і погіршення результатів їх лікування.

6. Найважливішим клінічним і суспільно значущим аспектом проблеми є зростання числа випадків поєднаної патології, що продовжується, – туберкульоз + ВІЛ/СНІД, а також мультирезистентних і суперрезистентних форм туберкульозу, які різко погіршують прогноз кожного з таких випадків і посилюють тяжкість епідемії як соціально-біологічного явища. Ці обставини, які слід трактувати не тільки з позицій персональної зацікавленості пацієнтів, але й з точки зору громадської гостроти, однозначно вимагають обов'язкового (а не добровільного) проведення тестування хворих на туберкульоз на ВІЛ та ін. необхідних досліджень і всіх адекватних методів лікувальної дії. Безумовно, обов'язковим повинне бути регулярне обстеження всіх ВІЛ-інфікованих (як найважливішої групи ризику) на туберкульоз (маючи на увазі своєчасне виявлення не тільки легеневих, але і позалегеневих його форм). Всі хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз, за наявності показань, повинні бути забезпечені безкоштовною антиретровірусною терапією.

7. Стандартний короткий курс лікування хворих на туберкульоз за стратегією ДОТС, рекомендованою ВООЗ, особливо у випадках поширених процесів, здатен призвести (і навіть не завжди) лише до припинення мікобактеріовиділення, а не

до повного вилікування, до якого слід прагнути у кожному окремому випадку.

Індивідуальний підхід до лікування хворого (а не хвороби) повинен забезпечувати комплексне використання комбінованої антибактерійної терапії, патогенетичних, загальнозміцнювальних і симптоматичних засобів, лікувального харчування, а також лікування ускладнень і супутніх захворювань. Недотримання цих підходів призводить до недовилікування хворих, результатом чого є істотне зростання частоти загострень і рецидивів, що неминуче призведе (і вже призводить) до збільшення летальності і інших показників поширеності захворювання. Термін закінчення (тривалість) лікувального курсу повинен визначатися не тільки результатами дослідження мазка і посіву мокротиння, але і динамікою клініко-рентгенологічних ознак в процесі лікування.

У випадках неефективності курсу (в т.ч. і через медикаментозну стійкість збудника) ширше повинні використовуватися хірургічні методи і колапсотерапія.

Уявляється необхідним збереження триетапності лікування (стаціонар, амбулаторія, санаторій).

У цьому сенсі, цілком коректним уявляється положення міжнародних рекомендацій про те, що законодавство не повинно нівелювати автономію лікаря і диктувати йому, як здійснювати професійну діяльність.

Обов'язковість лікування відносно мікобактеріовидільувачів, що ухиляються від нього, повинна бути забезпечена надійним, законодавчо закріпленим механізмом.

8. Таким чином, такі три принципи стратегії ДОТС, як: постійна підтримка програм боротьби з туберкульозом з боку уряду і регіональних органів виконавчої влади, регулярне безперебійне постачання усіх необхідних протитуберкульозних препаратів (безкоштовних для хворих), а також стандартна система реєстрації, моніторингу і звітності для оцінки результатів лікування і програми боротьби з туберкульозом у цілому – не зустрічають жодних принципових заперечень.

Але інші два принципи: «виявлення» випадків захворювання на туберкульоз лише за допомогою мікроскопічного дослідження мазка мокротиння всіх хворих, які звернулися до медичної установи зі скаргами на довготривалий кашель з мокротинням, і проведення стандартного (короткого) курсу лікування від 6 до 8 місяців всім хворим з позитивним мазком мокротиння – уявляються

## ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

цілком недостатніми для досягнення найважливіших цілей – своєчасного виявлення і повного вилікування хворих на туберкульоз. Застосування цих принципів призводить до того, що своєчасне виявлення туберкульозу замінюється недо виявленням, а повне вилікування хворих – недо вилікуванням, що входить у протиріччя з конституційними нормами і міжнародними правовими засадами, які передбачають право людини на найвищий досяжний рівень здоров'я. Такий рівень аж ніяк не забезпечується зазначеною стратегією.

Положення вказаного п'ятого принципу про безпосередній контроль медичних працівників за лікуванням хворих уявляється безумовно актуальним.

Слід зауважити, що серед деяких опонентів стратегії ДОТС є досить спірна думка, що усі, без винятку, наведені принципи цієї стратегії у поєднанні з соціальною підтримкою і (або) режимними заходами, придатні (як мінімальні) для соціально дезадаптованих осіб і хворих на СНІД, що ухиляються від обстеження і лікування, а також хворих в пенітенціарних установах [10]. Проте, на наш погляд, для цієї групи осіб ще більш важливо використання повного комплексу лікувально-діагностичних можливостей.

Політичну волю, на наш погляд, слід скерувати не на підтримку стратегії ДОТС, як це фактично робиться чинними нормативно-правовими документами, а на подолання епідемії туберкульозу з допомогою усіх можливих заходів, які довели свою ефективність.

9. Необхідно також знайти остаточне вирішення питання про порядок стаціонарного лікування хворих на туберкульоз з числа осіб, узятих під варту, підслідних і інших, відносно яких не вступив в силу вирок суду. Незалежно від того, чи туберкульоз виявлено у таких осіб в слідчому ізоляторі або на попередніх етапах (до затримання або в спецустановах системи МВС) – вони повинні утримуватися і лікуватися виключно в медсанчастинах слідчих ізоляторів системи Департаменту з питань виконання покарань (в ізольованих тубвідділеннях або палатах). Використання для цих цілей муніципальних тубзакладів неприпустимо, не відповідає чинному законодавству і порушує права медперсоналу.

10. У сфері профілактики і раннього виявлення туберкульозу серед дітей слід остаточно визначити роль і місце туберкулінодіагностики і активної імунізації – вакцинації і ревакцинації на

сучасному етапі. Зокрема, за участю міжнародної висококомпетентної експертизи, визначити найбільш інформативний туберкуліновий тест і оптимальний вакцинний штам, що задовольняє цілям вакцинопрофілактики, терміни проведення імунізації і постановки діагностичних проб.

Паралельно необхідно остаточно встановити показання і інформативну цінність ПЛР, ІФА і «швидких тестів» у діагностиці туберкульозу.

11. Необхідно інтенсифікувати наукові дослідження за проблемами профілактики, діагностики, клініки і лікування туберкульозу усіх локалізацій, а також економіки протитуберкульозних заходів, і забезпечити оперативне впровадження їх результатів у практику.

12. Обов'язковим елементом оптимізації системи боротьби з туберкульозом слід вважати реальне підвищення престижності і соціального статусу лікаря-фтизіатра і персоналу протитуберкульозних установ.

13. Регулюючими документами необхідно передбачити алгоритми економічних розрахунків щодо бюджетних витрат на кожен напрямок протитуберкульозних заходів (на профілактику, флюорографічне обстеження, туберкулінодіагностику та інші діагностичні заходи, лікування, дезінфекційні препарати, обладнання, тощо).

14. Примусові заходи слід застосовувати тільки як виняток. Інформування пацієнтів про існування таких заходів і наявність механізму для їх реалізації, в переважній більшості випадків, дозволить уникнути необхідності їх застосування.

Така система нормативно-правового регулювання у сфері протидії розповсюдженню туберкульозу повинна розглядатися як тимчасова, та діяти аж до ліквідації епідемічної ситуації.

Уявляється украй необхідним ретельно підготувати і опублікувати у пресі та Інтернеті «Зведення документів, регулюючих діяльність у сфері протидії розповсюдженню туберкульозу в Україні», які б склалися з двох розділів: 1. Нормативно-правові документи і 2. Організаційно-методичні та інструктивні документи, що істотно полегшить роботу на місцях, позбавить виконавців від пошуку десятків джерел. До цього зведення періодично видавати бюлетень із доповненнями і змінами.

Дуже важливо, щоб це зведення вміщувало алгоритми економічних розрахунків усіх витрат на реалізацію протитуберкульозних заходів.

У питаннях відповідності нормативно-правових актів з цієї тематики європейським стандартам наша принципова позиція зводиться до наступного.

Повна інтеграція України в Європейське співтовариство – справа не завтрашнього дня. Законодавче закріплення пропонуваного вимог на тлі поступового підвищення якості життя громадян, безумовно, дозволить домогтися зниження поширеності туберкульозу і забезпечити рівень показників, відповідний такому в більшості держав – членів ЄС, і створить підстави для переходу на відповідний, більш демократичний рівень нормативно-правового регулювання.

### Література

1. Авербух Л.Г. Туберкулез: этапы борьбы, обретения и потери. – Одесса, 2005. – 350 с.
2. Радіонов Б.В., Калабуха І.А. Роль та місце фтизіохірургії в сучасних умовах // Матеріали Українсько-Польської наук.-практ. конф., присвяченої 100-річчю торакальної хірургії. – Львів–Вроцлав, 2006. – С. 266-268.
3. Колесник А.В. Очерки по истории фтизиатрии Крыма. – Симферополь, 2005. – 270 с.
4. Литвинов В.И. Туберкулез безопасности не прощает // «АиФ – Здоровье». – 2008. – № 39.
5. Фещенко Ю.І., Черенько С.О., Кутишенко М.С. Симптоми захворювання та рентгенологічні зміни в легенях під час діагностування туберкульозу легень у пацієнтів із позитивним мазком мокротиння в умовах епідемії туберкульозу // Укр. пульмонолог. журн. – 2007. – № 4. – С. 5-8.
6. Филюк В.В., Авербух Л.Г. О целесообразности использования DOTS-стратегии в практике борьбы с туберкулезом в Украине // Політика і стратегія Української держави в галузі охорони здоров'я: сб. – Одеса, 1999. – С. 147-151.
7. Михайлова Ю.М. Россия – не Африка. Почему ДТОС не спасет нас от туберкулеза // Мед. газета. – № 22. – 28.03.2007.
8. Перельман М.И. Фтизиатрия по-российски // Мед. газета. – № 43. – 1.06.2007.
9. Мельник В.М. Аналіз несвоечасного виявлення туберкульозу легень в умовах епідемії // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 1. – С. 11-14.
10. Кужко М.М., Мельник В.М. Туберкулез на Украине. Проблемы и пути их решения. Проблемы фтизиатрической и пульмонологической службы на современном этапе // Матеріали VII съезда фтизиатров Республики Беларусь. – Минск, 2008. – С. 93-99.
11. Вопросы и ответы о стратегии DOTS. – ВОЗ, Женева, 1997. – 21 с.
12. Tuberculosis at a Glance // A Referens Guide for Practitioners. – New York, 1995. – 49 p.
13. Конституція України.
14. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні. – Київ, 2007. – С. 245-251.
15. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Лірник А.В. Менеджмент у фтизіатрії. – Київ, 2007. – 679 с.
16. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню. – Київ, 2006. – 654 с.
17. Борткевич С.І., Горбасенко І.М., Руденко В.В. Загадка арифметика туберкульозу. Протидія захворюванню на туберкульоз в Одеській області // Матеріали круглого столу. – Одеса, 2010. – С. 2-4.
18. Рудий В. Політика та законодавство України у сфері боротьби з туберкульозом: сучасний стан і шляхи вдосконалення. – Київ, 2008. – 216 с.

### ABOUT NORMATIVE AND RIGHTS REGULATION OF ANTITUBERCULOSIS ACTIVITIES AT THE CURRENT STAGE

L.H. Averbukh, S.V. Pozdnyakov, O.O. Neduzhko, N.H. Slavina

*SUMMARY. The general principle of improving the normative and legal acts in the sphere of combating tuberculosis and of full control of the epidemic should include (regardless of the specific recommendations of WHO) combination of three factors: the legislative rule, policy tasks and resources provision.*

*Legitimation of a series of mandatory activities should guarantee the effective counteraction to TB, especially not contradicting with the recommendations of international legal instruments. Such actions are recommended to be taken at the emergency situation, posed by the triple epidemic of TB + HIV/AIDS + drug addiction, which is observed in Ukraine. Coercive measures should be taken only as an exception. In the presence of a mechanism for their implementation, informing patients about the existence of such measures in most cases will enable to avoid the need of their application.*

**Key words:** tuberculosis, constitutional right, legislation, exposure, treatment.