

І. Т. П'ЯТНОЧКА, С. І. КОРНАГА

ЗНАННЯ ІСТОРІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ – ЗАПОРУКА УСПІХУ І ЗАСТЕРЕЖЕННЯ ВІД ПОМИЛОК

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: привернути увагу лікарів до проблеми туберкульозу через знання історичного минулого і застерегти від помилок на майбутнє.

Матеріали і методи. В основу покладено літературні повідомлення, дані офіційної статистичної звітності, а також власні багаторічні спостереження та дослідження.

Результати. У статті наведено найважливіші дані щодо туберкульозу в історичному аспекті як у світовому масштабі, так і в Україні. Проаналізовано статистичні дані про захворюваність, смертність від туберкульозу, ефективність його лікування в розрізі десятиліть. Звернено увагу на необґрунтовано хибні думки, що всі питання про туберкульоз вже вирішені та є утопічні прогнози про його ліквідацію як розповсюдженого захворювання у багатьох країнах світу. Україну спіткала така ж ситуація, що призвело до епідемії туберкульозу (1995 р.). Завдяки міжнародній допомозі, цілеспрямованим діям українського уряду вдалося зупинити спалах епідемії. Попри успіхи у подоланні туберкульозу в Україні за останні роки виникли деякі стратегічні помилки в боротьбі з цим захворюванням. Обговорено сприйняття передового світового досвіду, його втілення щодо реорганізації протитуберкульозної служби в Україні.

Висновки. Досвід світової та вітчизняної фтизіатрії дозволяє фахівцям повніше зрозуміти проблему туберкульозу як захворювання з його поліморфним патоморфозом і невдачами в боротьбі з ним. Проте проявляються стратегічні прорахунки, поспішно закриваються протитуберкульозні заклади, скорочується ліжковий фонд і кількість фтизіатрів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз; історія туберкульозу; реформування протитуберкульозної служби.

Знання історії, патоморфозу туберкульозу – шлях до подолання його як масового захворювання і попередження непередбачуваних «катаклізмів» на майбутнє. Адже фахівці, які не знають історії розвитку свого фаху, – обмежені, недалекоглядні та схильні до помилок. Потрібно вчитися на помилках історії, на огріхах інших, і це буде запорукою успіху в майбутньому [7].

Туберкульоз (ТБ) супроводжував людство ще з античних часів і був причиною масової загибелі людей. Перші відомості про туберкульозні ураження знаходимо у Старому та Новому Заповітах Біблії. У Книзі пророка Ісаї сказано, що якщо народ буде жорстокий, житиме несправедливо, нечесливо, то за це Господь пошле на нього «чахлість», тобто сухоти. У одній з єгипетських мумій (а це приблизно 2700 років до н. е.) знайшли туберкульозне ураження хребта. Взавши сухий кістковий детрит, посіяли на живильне середовище, через певний час виростили кислотостійкі бактерії, які нічим не відрізнялися від нинішньої популяції мікобактерій. Ними інфікували морських свинок, які невдовзі захворіли на туберкульоз. Це свідчить про те, наскільки стійкі мікобактерії туберкульозу в зовнішньому середовищі та як довго вони можуть зберігати свою вірулентність [1].

Незважаючи на значне поширення туберкульозу в давні часи, зокрема в середні віки, відомості

про це захворювання були досить примітивними і несистематизованими. Але вже в епоху Відродження у європейців спостерігали велику спрагу до науки. Наукові відкриття крок за кроком наближалися до вивчення патології легень, зокрема і туберкульозу. В той же час «бушувала» пандемія туберкульозу по країнах і континентах. В літописах тих часів згадують про туберкульоз як про невиліковну хворобу, «злі сухоти» [2].

З другої половини XVII століття наука про туберкульоз почала активно розвиватися, зокрема, завдяки дослідженням Візілія, Сільвіуса, Р. Лаєнека, Г. І. Соколовського [10]. У 1854 р. Г. Бремер представив докторську дисертацію «Туберкульоз виліковне захворювання» і в цьому ж році він заснував санаторій для хворих на туберкульоз. У 1882 р. К. Форланіні вперше, при лікуванні хворих на легеневий туберкульоз, застосував штучний пневмоторакс [3].

Велика заслуга у вивченні туберкульозу легень, диференціальній діагностиці належить видатному фтизіатру професору Г. Р. Рубінштейну (1871–1955 рр.), який упродовж 20 років очолював туберкульозний санаторій «Пуща Водиця» Київської єврейської общини. У 1904 р. опубліковані оригінальні роботи А. І. Абрикосова про морфологічні зміни у легенях при початкових проявах легеневого туберкульозу. Значні заслуги у вивченні туберкульозу належать М. І. Пирогову,

який упродовж 40-х років XIX ст. вперше описав туберкульоз яєчка, кісток і суглобів. Він детально описав гістологічну будову туберкульозного горбика та його гігантські багатоядерні клітини Пирогова – Лангханса [8].

До слова, у доантибактеріальну еру приблизно 50 % хворих на туберкульоз помирали, майже у 25 % розвивався хронічний туберкульоз і вони помирали пізніше, й лише 25 % хворих одужували самостійно або за допомогою посиленого харчування, кліматичних і санаторних факторів.

У кінці XIX ст. на початку XX ст. епідемії туберкульозу були всесвітніми трагедіями. Помирали мільйони людей, а медицина залишалася безсилою проти цієї смертельної недуги. Спостерігали випадки, коли після масового вимирання людей, спалювали села, окремі квартали міст. У цей час Галичина з усіх європейських країн була найбільш уражена туберкульозом. Захворюваність і смертність від цієї недуги була надзвичайно високою, а кожна третя дитина, яка захворіла на туберкульоз, помирала впродовж 1–2 років. Надзвичайно велика епідемія туберкульозу з високим рівнем летальності була в Європі у другій половині XIX ст. Все це дало значний поштовх до низки наукових відкриттів. В 1882 р. німецький мікробіолог Р. Кох відкрив збудника туберкульозу; у 1895 р. німецький фізик К. Рентген відкрив X-промені, які надалі називали «рентгєнівські промені»; у 1919 р. французький мікробіолог А. Кальмет і ветеринарний лікар К. Герен створили вакцинний штам мікобактерії туберкульозу для вакцинації людей. У 1907 р. Ш. Пірке запропонував шкірну пробу з туберкуліном, а в 1910 р. Ш. Манту і Ф. Мендель запропонували внутрішньошкірний метод введення туберкуліну.

У 1887 р. в Единбурзі Р. Філіпс відкрив перший протитуберкульозний диспансер, де хворим надавали не лише медичну, а й соціальну допомогу. У 1930–1939 рр. бразильський вчений М. Авгеї застосував флюорографію як масовий метод обстеження і раннього виявлення туберкульозу легень. У 1943 р. З. Ваксман зі своїм учнем А. Шацом виділили з грибка перший антибактеріальний препарат – стрептоміцин. У подальшому, з 1954 р. при лікуванні туберкульозу почали застосовувати ПАСК, тібон, препарати ізоніотинової кислоти (ізоніазид, фтивазид, метазад, салюзид), а також піразинамід, циклосерин, етамбутол. У 1965 р. Мадді зі співавт. синтезували рифампіцин, який, як і ізоніазид, є найефективнішим і на сьогодні. З 1990 р. почали застосовувати фторхінолони для лікування хворих на туберкульоз, у яких була резистентність до препаратів I ряду, а в 2013–2014 рр. – бедаквілін, деламанід для лікування хворих на туберкульоз із множинною й широкою лікарською стійкістю. Все це призвело до значного поліпшення світової епідемічної

ситуації з туберкульозу. Майже у всіх країнах світу спостерігали значне зниження захворюваності та смертності від туберкульозу 20–25 років тому. Зокрема, в Україні з 1965 до 1990 р. захворюваність на всі клінічні форми туберкульозу зменшилася в 3,6 раза або з 115,4 на 100 тис. населення до 32,0 на 100 тис. населення; смертність, відповідно, з 27,1 до 8,1 на 100 тис. населення, тобто в 3,3 раза [7].

Надзвичайно вагомий внесок у розвиток організації боротьби з туберкульозом у країнах із низьким рівнем життя зробив Карел Стібло (1921–1998 рр.) з Чехословаччини. Він розробив основні принципи стратегії DOTS (Directly Observed Treatment Short course – Безпосереднє контролюване (спостереження) лікування коротким курсом). Зараз стратегію DOTS та її сучасну модифікацію застосовують в більшості країн світу [11].

До речі, в історії вчення про туберкульоз немає місця належить видатним українським лікарям, як і вченим. Наукова праця «Виклад про гарячки» (1774 р.) і перший друкований підручник із медицини «Опис хвороб» належать галичанину Анджею Крупінському. Завдяки йому при Львівському університеті у 1894 р. був відкритий медичний факультет. У 1796 р. І. А. Смілівський прочитав лекцію «Про хвороби і причини взагалі і про сухоти». Це перша оригінальна праця українського вченого з фтизіатрії. У 1823 р. П. О. Чаруковський захистив докторську дисертацію «Кровохарканье при туберкулёзе». Наш співвітчизник І. І. Мечников у 1883 р. сформулював фагоцитарну теорію імунітету, зокрема, що фагоцити відіграють ключову роль у формуванні протитуберкульозного імунітету [3].

У 1921 р. у Харкові організовано Перший Український науково-дослідний інститут туберкульозу. 28 листопада 1922 р. на базі 9-ї міської туберкульозної лікарні створено Київський туберкульозний інститут. Ініціатором його організації і керівником вченої ради інституту був професор Ф. Г. Яновський (1860–1928 рр.). Власні наукові дослідження Ф. Г. Яновський узагальнив у монографії «Туберкульоз легень», яка довгий час була настільною книгою для фтизіатрів. Після Другої світової війни керував інститутом професор О. С. Мамолат (1946–1979 рр.). Під його керівництвом інститут перетворився на один із провідних в Україні центрів фтизіатрії, легеневої та серцево-судинної хірургії, пізніше – пульмонології, імунології, алергології. У 1952 р. О. С. Мамолат запросив до інституту колишнього фронтового друга М. Амосова акадємік Ю. І. Фещенко. Заклад має добре оснащену клінічну базу на 530 ліжок, що дозволяє здійснювати лікування понад 3 тис. хворих на рік, виконувати понад 300 хірургічних втручань. В інституті працюють майже

700 співробітників, серед них 25 докторів і понад 75 кандидатів медичних наук [7].

Мета дослідження: привернути увагу лікарів до проблеми туберкульозу через знання історичного минулого і застерегти від помилок на майбутнє.

Матеріали і методи. В основу покладено літературні повідомлення, дані офіційної статистичної звітності, а також власні багаторічні спостереження та дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. У першій половині ХХ століття туберкульоз характеризувався тяжким, бурхливо прогресуючим перебігом із багатогранною локалізацією, хоча і переважно легеневою. Частими клінічними формами туберкульозу були казеозна пневмонія, міліарний туберкульоз, фіброзно-кавернозний туберкульоз легень, туберкульозний менінгоенцефаліт, кістково-суглобовий туберкульоз, скрофулодерма. Із специфічних ускладнень часто спостерігали: туберкульоз гортані, кишечника, туберкульозний перитоніт, туберкульоз геніталій, туберкульозний плеврит. А із неспецифічних ускладнень: легеневі геморагії, хронічне легеневе серце та амілоїдоз.

У 70–80 рр. ХХ століття, у роки антибактеріальної ери і значного поліпшення епідеміологічної ситуації з туберкульозу настало помилкове послаблення настороженості щодо цієї недуги і повернення у хибний бік через «головокружіння від успіхів». Все це призвело до необґрунтовано хибної думки фтизіатрів, нібито всі наукові та практичні питання щодо туберкульозу вже вирішені й розроблялися утопічні прогнози про ліквідацію туберкульозу як розповсюдженого захворювання у багатьох країнах світу. Україну спіткала така ж ситуація, і це призвело до скорочення багатьох протитуберкульозних диспансерів, ліжкового фонду, до руйнування інфраструктури позалегеневого туберкульозу, в подальшому – до непередбачуваної ситуації – епідемії туберкульозу (1995 р.). У нас це збіглося з соціально-економічною кризою, неплатоспроможністю лікувально-профілактичних закладів тощо. Пік цієї епідемії настав у 2005 р., коли захворюваність і смертність від туберкульозу становили, відповідно, 84,1 і 25,3 на 100 тис. населення. Але завдяки міжнародній допомозі (ВООЗ), цілеспрямованій дії українського уряду, МОЗ України вдалося зупинити спалах епідемії, що підтвердилося зниженням захворюваності та смертності у 2017 р., відповідно, до 63,9 і 8,2 на 100 тис. населення. За даними Укрінформ від 22.08.2019 р. (П. Розенко), за останні 10 років в Україні захворюваність на туберкульоз зменшилася на 40 %, а смертність – втричі. Водночас залишаються недовиявленими приблизно 25 % нових випадків туберкульозу. Попри всі ці успіхи у подоланні ТБ в Україні за

останні роки виникли суттєві стратегічні помилки в боротьбі з цим захворюванням. Дуже поспішно огульно закривають протитуберкульозні заклади, зменшується ліжковий фонд та кількість фтизіатрів.

До речі, у багатьох розвинутих країнах вже відмовилися від практики тривалої госпіталізації через буцімто, високий ризик перехресного зараження пацієнтів, а також через проблеми, з якими стикаються пацієнти, «випадаючи» на тривалий час із соціального життя. Справді, сучасна концепція, клінічні протоколи та стандартні сучасні схеми щодо переорієнтації стаціонарного лікування на амбулаторне дає змогу значно зекономити, здешевити витрати на лікування хворого. Однак дуже швидкий перехід на амбулаторну модель лікування має бути виваженим з огляду на значну кількість ризиків, усунення яких в сучасних політичних та соціально-економічних умовах ускладнюється [5]. Звичайно, потрібно сприймати передовий світовий досвід, втілювати його, адекватно продумано підходити до реорганізації протитуберкульозної служби, її удосконалення, але при цьому не забувати сучасні реалії нашого життя взагалі та окремих регіонів.

До слова, у Тернопільській області за останні роки досягнуті позитивні зрушення в подоланні епідемії туберкульозу. Помітно знизилася захворюваність, покращилася ефективність лікування туберкульозу, порівняно з іншими регіонами України [6]. Головний лікар з організаційно-методичної роботи Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру на нараді в ОТДА від 30.08.2019 р. повідомив, що за період 2014–2018 рр. в області захворюваність на всі форми туберкульозу знизилася з 41,2 до 33,3 на 100 тис. населення (на 19,2 % або з 500 до 349 осіб). Показник смертності знизився з 8,3 до 6,2 на 100 тис. населення. Це певною мірою спричинило закриття всіх районних протитуберкульозних диспансерів як диспансерно-поліклінічних відділень, підрозділів облтубдиспансеру. Ліжковий фонд єдиного обласного (протитуберкульозного) диспансеру скоротився з 500 до 125 ліжок. Але за цими позитивними зрушеннями в боротьбі з туберкульозом приховується низка прогалин: питома вага бациллярних і деструктивних форм серед вперше виявлених хворих з 2017 до 2018 р. збільшилася з 62,0 і 44,4 % до 64,8 і 53,9 %. У 2018 р. померло від туберкульозу 65 хворих проти 45 у 2017 р. Крім цього, кожний п'ятий вперше виявлений хворий помер до одного року спостереження. За останні п'ять років, у 2018 р. питома вага контактних осіб, які захворіли у вогнищах туберкульозної інфекції, виявилася найбільшою – 14,8 на одну тисячу таких осіб проти 6,2 у 2017 р. Мультирезистентність у вперше діагностованих хворих 2014–2017 рр. зросла, відповідно, з 33 до 52 %.

Велику тривогу викликали 3 випадки туберкульозного менінгоенцефаліту в 2019 р. Активне виявлення туберкульозу за допомогою туберкулінодіагностики, флюорографії (використовуючи мобільні цифрові флюорографи) проводять дуже обмежено через різні причини. Пасивне виявлення туберкульозу, зокрема за зверненням пацієнтів, їх анкетування з подальшим розшифруванням, зазвичай, сімейним лікарем і прийняттям відповідних рішень, часто помилкових. У розмові з деякими «сімейними» лікарями з'ясувалася їх обмеженість у знаннях із фтизіатрії. Отож, значна частина помилкової діагностики туберкульозу допускається лікарями сільських дільничних лікарень та амбулаторій у 80,2–96,4 %, лікарями загального профілю центральних районних лікарень – в 54,2–72,1 %, лікарями загального профілю міських і обласних лікарень – у 32,1–41,7 % [7]. Адже їм потрібна краща підготовка на курсах, належний постійний контакт із фтизіатрами. Останні й надалі повинні залишатися основним ядром у боротьбі з туберкульозом як у плані профілактики, так і раннього виявлення та лікування. До того ж, без належної інформаційно-просвітницької роботи фтизіатрів серед населення, хворих, а також медичного персоналу, лікарів загального і вузького профілів, подолати цю підступну недугу буде проблематично [4]. Світовий досвід підтверджує, що в багатьох країнах Азії та Африки після збільшення прошарку людей, обізнаних із питань туберкульозу, на такий же відсоток або й більше знижується захворюваність на цю недугу [9]. Отож, люди повинні знати про туберкульоз, про його збудника, шляхи поширення та механізми зараження, початкові прояви захворювання, чинники ризику та профілактику. У цьому плані ефективну санітарно-освітню роботу фтизіатрів серед населення та хворих складно переоцінити [4]. Знання про туберкульоз значно покращують прихильність хворих до тривалого антимікобактеріального лікування, зокрема і в амбулаторних умовах, що зараз вважається пріоритетним і загальноприйнятним у світовій практиці. Але і це повинно здійснюватися в адекватних рамках, враховуючи нашу реальність і сьогодення. Не варто забувати, що людина, її здоров'я – це найцінніше, що є у світі, заради чого живемо. Буде здорова людина, буде прогрес у всіх сферах нашого життя і, як наслідок, добробут та багатство.

Загалом необхідно проводити реформування фтизіатричної служби, зокрема і в Тернопільській області, спираючись на передовий світовий досвід. Але це не повинно відбуватися так аврально, огульно, не завжди обґрунтовано, без урахування можливих негативних наслідків у подальшому. До речі, не потрібно було ліквідувати

Кременецький протитуберкульозний диспансер, один із найкращих, в минулому, районних диспансерів області. Тут вперше в області застосовували хірургічні методи лікування туберкульозу легень. Диспансер обслуговував населення північної частини області, розташований у мальовничій місцині серед лісу. До того ж, Кременеччина одна з перлин України, наділена чудовою природою, цінними пам'ятниками старовини, культури, історії, через що динаміка людей тут надзвичайно велика, як і ризик розповсюдження туберкульозу. Не знали, чи не хотіли про це знати наші очільники, зокрема фтизіатричної служби. Добре хоч те, що на базі диспансеру організовано хоспісне відділення на 25 ліжок, яке в скрутний час може перетворитися і на туберкульозне.

Отож, будьмо далекоглядні, запобігаймо поспішним професійним помилкам, враховуючи позитивні та негативні чинники в процесі боротьби з цією підступною доісторичною недугою – туберкульозом.

Висновки

Досвід світової та вітчизняної фтизіатрії дозволяє фахівцям повніше зрозуміти проблему туберкульозу як захворювання з його поліморфним патоморфозом, невдачами в боротьбі з ним. Допущені помилки наприкінці другої половини минулого століття, в еру широкого застосування протитуберкульозних препаратів і значного покращення епідеміологічної ситуації, передчасного «головокружіння від успіхів», буцімто всі наукові та практичні питання з туберкульозу вже вирішені. Це призвело до значного руйнування інфраструктури протитуберкульозної служби, а в подальшому – до епідемії туберкульозу (1995 р.) із негативними наслідками, значними людськими жертвами. На щастя, наразі вдалося призупинити спалах недуги. Водночас знову проявляються суттєві стратегічні прорахунки, а саме: поспішно огульно закривають протитуберкульозні заклади, скорочується ліжковий фонд і кількість фтизіатрів, а також відбувається, повсюдне, не завжди обґрунтоване, амбулаторне лікування хворих під супроводом сімейних лікарів. Отож, будьмо обачливі, продумано, а не аврально, підходьмо до необхідної обґрунтованої реорганізації протитуберкульозної служби, але при цьому потрібно враховувати реалії нашого життя як у державі, так і в окремих регіонах і, насамперед, в інтересах людини, її здоров'я, що є найдорожче понад усе.

Перспективи подальших досліджень сформувані на перебіг удосконалення і реорганізації протитуберкульозної служби в Тернопільській області та її наслідки.

Список літератури

1. *Біблія*. Книги Священного Писання Старого і Нового Завіту: в українському перекладі з паралельними місцями / Переклад Патріарха Філарета (Денисенка). – К. : Видання Київської Патріархії Української Православної Церкви Київського Патріархату, 2004. – 1416 с.
2. *Верхратський С. А.* Історія медицини: навч. посіб. / С. А. Верхратський, П. Ю. Заблудовський. – 4-те вид., випр. і доповн. – К. : Вища школа, 1991. – 431 с.
3. *Верхратський С. А.* Історія медицини / С. А. Верхратський. – К. : Здоров'я, 2011. – 352 с.
4. *Корнага С. І.* Санітарно-освітня грамотність хворих на мультирезистентний туберкульоз / С. І. Корнага, І. Т. П'ятночка // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 4. – С. 48–52.
5. *Мельник В. М.* Проблема низької ефективності лікування хворих на туберкульоз / В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич // Український пульмонологічний журнал. – 2019. – № 1. – С. 25–32.
6. *Туберкульоз в Україні* (аналітично-статистичний довідник). – К., 2018. – 105 с.
7. *Фещенко Ю. І.* Історія вчення про туберкульоз : посіб. / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник ; Нац. ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України. – Суми : Вид-во Ліра-К, 2016. – 141 с.
8. *Штрайх С. Я.* Журнально-газетное объединение / С. Я. Штрайх, Н. И. Пирогов. – М., 1933. – 160 с. – (Жизнь замечательных людей).
9. *Camirero J. A.* Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk factors and case finding / J. A. Camirero // *IJTLD*. – 2010. – Vol. 14. – No. 4. – P. 382–390.
10. *Magner L. N.* A History of Medicine. – 2nd Ed. / L. N. Magner. – Boca Raton-London-New York-Singapore: Taylor Francis Group, 2005. – 624 p.
11. *Styblo K.* Epidemiology of tuberculosis / K. Styblo. – The Hague: WHO, 1991. – 457 p.

References

1. (2004). *Bibliia. Knyhy Svyashchenoho Pysannia Staroho i Novoho Zavitu: v ukrainskomu perekladi z paralelnymy mistsiamy* [The Bible. Books of the Scriptures of the Old and New Testaments: in Ukrainian with Parallel Sites]. (Patriarch Filaret (Denysenko), Trans.) Kyiv: Vydannia Kyivskoi Patriarkhii Ukrainskoi Pravoslavnoi Tserkvy Kyivskoho Patriarkhatu [in Ukrainian].
2. Verkhratskyi, S.A., & Zabudovskyi, P.Yu. (1991). *Istoriia medytsyny* [History of Medicine]. (4th ed., rev.). Kyiv: Vyshcha shkola [in Ukrainian].
3. Verkhratskyi, S.A. (2011). *Istoriia medytsyny* [History of Medicine]. Kyiv: Zdorovia [in Ukrainian].
4. Kornaha, S.I., & Piatnochka, I.T. (2015). Sanitarno-osvitnia hramotnist khvorykh na multyrezystentnyi tuberkuloz [Awareness of MDR TB patients regarding tuberculosis]. *Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiia – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection*, 4, 48-52 [in Ukrainian].
5. Melnyk, V.M., Novozhylova, I.O., & Matusевич, V.H. (2019). Problema nyzkoi efektyvnosti likuvannia khvorykh na tuberkuloz [The problem of low efficiency of treatment of patient with pulmonary tuberculosis]. *Ukr. pulmonol. zhurnal. – Ukrainian Pulmonology Journal*, 1, 25-32 [in Ukrainian].
6. (2018). *Tuberkuloz v Ukraini (Analitychno-statystychnyi dovidnyk)*. [Tuberculosis in Ukraine (Analytically statistical reference book)]. Kyiv [in Ukrainian].
7. Feshchenko, Yu.I., & Melnyk, V.M. (2016). *Istoriia vchennia pro tuberkuloz: posibnyk* [History of the doctrine of tuberculosis: a manual]. F.H. Yanovskyi Institute of Phthiology and Pulmonology of the AMS of Ukraine. Sumy: Lira-K Edition [in Ukrainian].
8. Shtraykh, S.Ya. (1933). *Zhurnalno-gazetnoe obyedineniye* [Journal-newspaper association]. Moscow [in Russian].
9. Camirero, J.A. (2010). Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk factors and case finding. *IJTLD*, 14 (4), 382-390.
10. Magner, L.N. (2005). *A History of Medicine. (2nd Ed.)*. Boca Raton-London-New York-Singapore: Taylor Francis Group.
11. Styblo, K. (1991). *Epidemiology of tuberculosis*. The Hague:WHO.

TUBERCULOSIS HISTORY KNOWLEDGE – THE KEY TO SUCCESS AND WARNING AGAINST MISTAKES

I. T. Piatnochka, S. I. Kornaha

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to attract the attention of doctors to the problem of tuberculosis through knowledge of the historical past and to warn against mistakes in the future.

Materials and Methods. It is based on literary reports, official statistical reporting data, as well as our own long-term observations and studies.

Results. The article provides the most important historical data on tuberculosis both globally and in Ukraine. The statistical data on morbidity, mortality from tuberculosis, effectiveness of its treatment for decades are analyzed. Attention is drawn to unfounded misconceptions that all questions about tuberculosis have already been resolved and there are utopian predictions about its eradication as a common disease in many countries of the world. Ukraine suffered the same fate, which led to the tuberculosis epidemic (1995). Thanks to international assistance, the targeted actions of the Ukrainian government, it was possible to stop the outbreak of the epidemic. Despite successes in overcoming TB in Ukraine in recent years, there have been some strategic mistakes in the fight

against this disease. Perceptions of the best international experience, its implementation on the reorganization of the TB service in Ukraine are discussed.

Conclusions. The experience of world and domestic phthisiatry allows specialists to better understand the problem of tuberculosis as a disease with its polymorphic pathomorphism and failures in the fight against it. However, strategic miscalculations are appearing, antituberculous institutions are being hurriedly closed, the number of beds and the number of TB specialists are decreasing.

KEY WORDS: **tuberculosis; history of tuberculosis; reform of the TB service.**

Рукопис надійшов до редакції 24.10.2019 р.

Відомості про авторів:

П'ятночка Іван Теодорович – доктор медичних наук, професор Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-59-29.

Корнага Світлана Іванівна – доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-59-29.