

С. І. КОРНАГА

НЕХТУВАННЯ ІСТОРІЄЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ – ШЛЯХ ДО ПОВТОРНИХ ПОМИЛОК У БОРОТЬБІ З ЦІЄЮ ПІДСТУПНОЮ НЕДУГОЮ

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

Мета: показати історію туберкульозу як древнього підступного захворювання і допущені неодноразово помилки в боротьбі з цією недугою.

Матеріали і методи. Спираючись на літературні дані, наведено історію туберкульозу, наукові відкриття щодо виявлення та лікування цієї недуги, допущені помилки в боротьбі з цим захворюванням, а також власні дослідження та спостереження. Використано бібліосемантичний метод та системного аналізу.

Результати. Епідеміологія туберкульозу доволі складна і своєрідна, клінічні ознаки захворювання різноманітні та невизначені, оскільки немає патогномічних симптомів. За останні роки спостерігається клінічний патоморфізм, епідеміологія захворювання істотно змінюється під впливом динамічних суспільних явищ, змінюється видова структура збудників туберкульозу і перебіг хвороби. В процесі значного поліпшення ситуації з туберкульозу настало помилкове послаблення настороженості щодо цієї недуги, що призвело до необґрунтованої помилкової думки, ніби всі наукові та практичні питання щодо туберкульозу вирішено. Було надмірно скорочено багато протитуберкульозних диспансерів, ліжковий фонд, зруйновано інфраструктуру протитуберкульозної служби. В період реформування охорони здоров'я в Україні, епідемії ВІЛ/СНІДу, пандемії COVID-19 боротьба з туберкульозом значно погіршилася, незважаючи на використання передового світового досвіду, який слід втілювати продумано, й адекватно підходити до реорганізації протитуберкульозної служби з її вдосконаленням. Але при цьому не слід нехтувати реаліями нашого життя взагалі.

Висновок. Наведено історію туберкульозу як древнього підступного захворювання, успіхи та грубі помилки в боротьбі з ним, зокрема, в період реорганізації протитуберкульозної служби в останні роки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: історія туберкульозу; захворюваність; профілактика; лікування; реорганізація протитуберкульозної служби; помилки.

Туберкульоз є найдавнішим інфекційним захворюванням, яке уражає всі органи і тканини людського організму. Хвороба супроводжувала людство ще з античних часів і була причиною масової загибелі людей. Перші відомості про туберкульозні ураження знаходимо у Старому та Новому Заповітах Біблії. В однієї з єгипетських мумій (а це приблизно 2700 років до н. е.) знайшли туберкульозне ураження хребта, узявши з нього сухий кістковий детрит, посіяли на живильне середовище, через певний час виростили кислотостійкі бактерії, які нічим не відрізнялися від нинішньої популяції мікобактерій. Ними інфікували морських свинків, які невдовзі захворіли на туберкульоз. Це свідчить про велику стійкість мікобактерій туберкульозу (МБТ) та як довго вони можуть зберігати свою вірулентність [2]. Дуже велику давність туберкульозу (ТБ) серед людей можна пов'язати з деякими його особливостями, зокрема із значним поширенням мікобактерій у природі серед різних тварин: земноводних, риб, рептилій, риб, ссавців. Людина ще на ранніх етапах розвитку суспільства дуже часто або постійно стикалася з цими мікроорганізмами. Іншою особливістю є те, що для туберкульозу характерний тривалий і хронічний перебіг [13].

Мета роботи: показати історію туберкульозу як древнього підступного захворювання і допу-

щені неодноразово помилки в боротьбі з цією недугою.

Матеріали і методи. Спираючись на літературні дані, наведено історію туберкульозу, наукові відкриття щодо виявлення та лікування цієї недуги, допущені помилки в боротьбі з цим захворюванням, а також власні дослідження та спостереження. Використано бібліосемантичний метод та системного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Епідеміологія туберкульозу доволі складна й своєрідна, з деякою циклічністю. Так, перше потрапляння МБТ в організм людини найчастіше закінчується благополучно, без розвитку захворювання. МБТ, які проникли в організм людини протягом усього її життя, залишаються життєздатними, а людина вважається лише інфікованою, тобто з латентною туберкульозною інфекцією.

У світі приблизно чверть населення інфікована, тобто приблизно 2 млрд осіб, з них майже 70 млн дітей і підлітків віком до 15 років. Проте відносно невелика частка (5–10 %) осіб захворює на туберкульоз протягом життя [17, 18]. Це відбувається під впливом несприятливих для організму умов через деякий час або через багато років і найчастіше проявляється як хронічне захворювання, яке може загострюватися і рецидивувати, навіть після успішного лікування.

За даними ВООЗ, у 2020 р. на туберкульоз захворіло 9,9 млн осіб та 1,5 млн померли від нього. Нині туберкульоз разом із COVID-19 залишаються найсмертельнішими інфекціями у світі [8].

Клінічні ознаки на початку захворювання різноманітні та невизначені, оскільки немає патогномонічних для туберкульозу симптомів. До того ж за останні роки спостерігається клінічний патоморфізм, зокрема кашель спостерігається не так часто, як раніше, навіть при легеневому ТБ [8]. Л. В. Громашевський зазначає, що кожній соціально-історичній формації властивий певний епідемічний процес. Очевидно, епідеміологія будь-якої інфекційної хвороби може істотно змінюватися під впливом динамічних суспільних явищ (стихійні лиха, війни, урбанізація, міграція, життєві проблеми тощо). Під впливом соціально-історичних умов життя популяції людей змінюється видова структура збудників і перебіг зумовлених ними інфекцій. Це цілком проявилось і на ТБ, як захворюванні, так і на самому збуднику – МБТ.

До слова, за останні два тисячоліття людство перенесло декілька важких пандемій. Такі пандемії, як «чорна смерть» (чума) у XIV ст., холера у XIX ст. та «іспанка» (грип) у 1918–1920 рр., призвели до великих демографічних втрат і трагедій. Водночас у поширенні епідемій не було чогось дивного, якщо поглянути на стандарти життя середньовічних міст і сіл. Люди жили в перенаселених будинках, в які майже не потрапляло світло, нерідко разом із худобою. Це все створювало середовище для поширення різних захворювань. Смерть від кору, віспи, грипу, дизентерії, пневмонії тощо не були чимось дивним. Рівень медичних знань був надзвичайно обмеженим. Що ж до ізоляції, то це було лише із хворими на проказу у лепрозоріях [1]. Ці епідемії та пандемії створювали підґрунтя для поширення туберкульозу у світі. Значне поширення ТБ спостерігалось в давні часи, зокрема у середні віки. Але відомості про цю хворобу були досить примітивними. У той самий час «лютувала» пандемія туберкульозу по країнах і континентах. А в літописах тих часів згадується про туберкульоз як про невиліковну хворобу, «злі сухоти» [3].

З другої половини XVII ст. наука про туберкульоз почала активно розвиватися завдяки дослідженням А. Візілія, Ф. Сільвія, Р. Ласнека, Г. І. Соколовського, Б. Бремера, К. Форланіні [3, 19]. У кінці XIX – на початку XX століть, власне після жакликої пандемії «іспанки», епідемія туберкульозу стала всесвітньою трагедією. Помирали мільйони людей, а медицина була безсилою проти цієї смертельної недуги. У цей час Галичина з усіх європейських країн була найбільш уражена туберкульозом. Захворюваність і смертність від цієї недуги були надзвичайно високими, а кожна третя дитина, яка захворювала на туберкульоз, помирала впродовж 1–2 років [13]. Надзвичайно велика епідемія туберкульозу, з високою летальністю, була в Європі у другій половині XIX ст. Усе це дало значний поштовх до низки наукових відкриттів.

У 1882 р. німецький мікробіолог Р. Кох відкрив збудника туберкульозу, у 1895 р. німецький фізик

К. Рентген відкрив X-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 у 1910 р. Ш. Манту і Ф. Мендель запропонували внутрішньошкірний метод уведення 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. Надалі, з 1954 р. при лікуванні туберкульозу почали застосовувати ПАСК, тибон, препарати ізоніотинової кислоти (ізоніазид, фтівазид, метазид, салюзид), а також піразинамід, циклосерин, етамбутол. У 1965 р. Мадді зі співавторами синтезували досить ефективний антибіотик – рифампіцин. З 1990 р. почали застосовувати фторхінолони для лікування хворих на туберкульоз, у яких була резистентність до препаратів I ряду, а у 2013–2014 рр. – бедаквілін, деламанід для лікування хворих на ТБ із множинною та широкою лікарською стійкістю. Усе це призвело до значного поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу 25–30 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 до 32,0 на 100 тис. населення, смертність, відповідно, з 27,1 до 8,1 на 100 тис. населення, тобто в 3,3 раза [20].

Надзвичайно вагомий внесок у розвиток організації боротьби з туберкульозом у країнах із низьким рівнем життя зробив Карел Стібло з Чехословаччини. Він розробив основні принципи стратегії DOTS (Directly Observed Treatment Short Course – безпосереднє контрольоване (спостереження) лікування коротким курсом). Зараз стратегію DOTS та її сучасну модифікацію застосовують у більшості країн світу [20].

До того ж слід зауважити, що у 70–80 рр. XX ст., у роки антибактеріальної ери і значного поліпшення ситуації з туберкульозом, настало помилкове послаблення настороженості щодо цієї недуги і повернень у хибний бік через «запаморочення від успіхів». Усе це призвело до необґрунтованої помилкової думки фтизіатрів, ніби всі наукові та практичні питання щодо туберкульозу вирішено. Україну спіткала така сама ситуація, і це призвело до необґрунтованого надмірного скорочення багатьох протитуберкульозних диспансерів, ліжкового фонду, до руйнування інфраструктури протитуберкульозної служби, а в подальшому – до непередбачуваної ситуації – епідемії туберкульозу (1995). 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 зни-

женням захворюваності та смертності у 2019 р., відповідно, до 60,1 і 8,7 на 100 тис. населення, порівняно з 2005 р. І це, до речі, припало на період поширеності ВІЛ/СНІДу. Останні, як відомо, різко пригнічують імунітет людини і в 40,0–45,0 % ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД розвивається туберкульоз, який дуже тяжко перебігає та, практично, не виліковується. До того ж щороку в Україні від туберкульозу вмирає майже 7 тис. наших співгромадян, що більше, ніж від усіх інших інфекційних та паразитарних хвороб разом узятих. Загалом, за останні 10 років в Україні захворюваність на туберкульоз зменшилася на 40 %, а смертність – утричі. Попри всі ці успіхи в подоланні туберкульозу, в Україні за останні роки знову намітилися суттєві стратегічні помилки в боротьбі з цим захворюванням. Дуже поспішно огульно вже закрили і продовжують закривати протитуберкульозні заклади, необґрунтовано зменшується ліжковий фонд (з 500 до 60) та кількість фтизіатрів (з 2014 із 79 по 2022 р. до 23 осіб).

Дійсно, сучасна світова концепція, клінічні протоколи та стандартні сучасні схеми щодо переорієнтації стаціонарного лікування на амбулаторне дає змогу значно зекономити, здешевити витрати на лікування хворого. Однак швидкий перехід на амбулаторну модель лікування має бути виваженим з огляду на значну кількість ризиків, усунення яких у сучасних політичних та соціально-економічних умовах значно ускладнюються [9]. Зокрема, в час пандемії COVID-19 хворі втрачають можливість отримувати своєчасну діагностику та належне лікування. Сьогодні все більше пацієнтів потрапляють до медзакладів уже із запущеною формою туберкульозу (бацилярною і деструктивною), до того ж хіміорезистентною. Отож, суттєво погіршилася своєчасна діагностика туберкульозу через пандемію COVID-19 і реформу охорони здоров'я. Сьогодні є можливість встановити правильний діагноз івилікувати хворого на туберкульоз, але для цього потрібно своєчасно поїхати в протитуберкульозний заклад. А це не завжди можливо (COVID-19), не у всіх є достатні кошти. Крім цього, слід пояснити хворому, що необхідно обстежитися, пояснити суть цього підступного інфекційного захворювання. Наразі цей етап – ранньої діагностики та своєчасного лікування – загубився. Адже низький рівень обізнаності населення, несвоєчасне діагностування захворювання призводять до фатальних наслідків. Порочне коло байдужості очільників поглинуло нашу фтизіатричну службу, багато справ вирішувалося лише «зверху» колегіально, що абсолютно позбавляє рядового лікаря всякої ініціативи. Там багато не для хворого, а різних паперів та рентгенограм. Особиста відповідальність за прийняті рішення – відсутня. До того ж слід зауважити, що в умовах пандемії COVID-19 спостерігаються різні перебої в роботі протитуберкульозної служби і це присутнє в багатьох країнах. Тисячі людей по всьому світу, хворих на туберкульоз, можуть залишитися без медичної допомоги через пандемію коронавірусу, а значить захворюваність і смертність від цього захворювання в майбутньому зроста-

тимуть. Адже коронавірус відволік увагу вчених, фтизіатрів від туберкульозу, виникли непередбачені перешкоди, зокрема їхати на діагностику, консультацію або по ліки. Крім цього, є той факт, що лікарі, зокрема очільники протитуберкульозної служби, перестали приділяти належну увагу профілактиці та ранній діагностиці туберкульозу. Чим довше люди залишаються без діагностики і лікування, тим більше хворих буде в прийдешньому році, а також збільшиться число стійких до ліків форм захворювання.

Слід зауважити, що віддавати перевагу коронавірусу перед туберкульозом «дуже нерозумне з точки зору суспільної охорони здоров'я», адже потрібно займатися і одним і другим. Органи охорони здоров'я повинні значно посилити профілактичні заходи щодо туберкульозу, покращити його ранню діагностику, лікування та догляд за хворими на туберкульоз.

Основними заходами попередження поширення туберкульозу є: організація раннього виявлення хворих, імунізація дитячого населення, ізоляція бактеріовиділювачів у протитуберкульозні стаціонари та їх ефективне лікування, проведення протиепідемічних заходів у вогнищах туберкульозної інфекції за місцем проживання та роботи хворого.

Раннє і своєчасне виявлення хворих на туберкульоз є необхідною умовою для швидкого і повноцінного лікування, а також має вирішальне значення для попередження поширення інфекції. Недостатній рівень виявлення хворих та ефективності лікування є несприятливими факторами, тому що залишають джерело інфекції в суспільстві. Збільшення кількості випадків повторного лікування свідчить про неефективність лікування вперше виявлених хворих; зростання кількості хворих, які померли від туберкульозу до одного року спостереження, свідчить про пізню діагностику туберкульозу; зменшення охоплення населення профілактичними флюорографічними оглядами є причиною недостатнього виявлення хворих та недоотримання необхідних заходів щодо планового обстеження населення [14].

В період реформування охорони здоров'я в Україні, епідемії ВІЛ/СНІДу, пандемії COVID-19 боротьба з туберкульозом значно погіршилася, незважаючи на використання передового світового досвіду, який слід втілювати продумано й адекватно підходити до реорганізації протитуберкульозної служби з її вдосконаленням. Але при цьому не слід нехтувати реаліями нашого життя взагалі, так і в окремих регіонах. Дискусійним та проблемним є питання щодо надмірного надання пріоритетності і важливості ролі благодійних, громадських та волонтерських організацій у боротьбі з туберкульозом, тоді як роль фтизіатрів применшується [6]. Оскільки, на нашу думку, більшості співробітників цих організацій самих необхідно охороняти від захворювання на туберкульоз через недостатню усвідомленість їх про це інфекційне заразне захворювання [10].

Стосовно епідемічної ситуації в Тернопільській області за останні роки (5–6 років) досягнуто позитивних зрушень у подоланні епідемії туберку-

льозу. Помітно знизилася захворюваність, покращилася ефективність лікування туберкульозу порівняно з іншими областями України [12]. За період 2014–2018 рр. в області захворюваність на всі форми туберкульозу знизилася з 41,2 до 33,3 на 100 тис. населення, а у 2020 р. захворюваність, включно з рецидивами, становила 21,7 на 100 тис. населення. Показник поширеності на всі форми туберкульозу знизився із 100,3 на 100 тис. населення у 2011 р. до 22,7 на 100 тис. населення у 2021 р. Показник смертності від туберкульозу за останні 5 років знизився з 7,7 до 2,7 на 100 тис. населення і залишається найнижчим в Україні. Це свідчить про ефективність лікування, яке становило 85 %. Ці, окремо взяті, «ейфоричні» показники були підставою до закриття районних протитуберкульозних диспансерів, як і диспансерно-поліклінічних відділень як підрозділів облтубдиспансеру. Ліжковий фонд єдиного протитуберкульозного диспансеру скоротився з 500 до 125 ліжок, з яких лише 70 за профілем туберкульозу. Кількість лікарів-фтизіатрів скоротилася з 79 у 2014 р. до 23 у 2022 р. Усе це призвело до непоправних наслідків. Зокрема, в колишньому, одному з найкращих, Кременецькому районі немає районного фтизіатра. Приміщення колишнього диспансеру робиться непридатним, а організувати навіть хоспісне відділення не вдалося. Про що думали очільники передусім фтизіатричної служби. Це є надзвичайно серйозним викликом для мешканців Кременецького та сусідніх колишніх районів. Відтепер усі жителі згаданих територій позбавлені ранньої діагностики і своєчасного лікування туберкульозу. Наразі епідеміологічна ситуація з туберкульозу в Кременецькому районі залишається надзвичайно напруженою і непрогнозованою. До того ж вже в Тернопільській області у 2021 р. захворюваність збільшилася на вперше діагностований туберкульоз разом із рецидивами на 7,5 % (з 21,7 до 25,5). Негативною прогностичною ознакою є реєстрація деструктивних форм, питома вага яких протягом останніх років значно виросла і становить 61,2 %. В таких районах, як Кременецькому, Підволочиському, – 90–92 %.

У 2021 р. значно збільшилася реєстрація рецидивів туберкульозу і становить 6,1 на 100 тис. населення, з яких 70,5 % бацилярних і 57,4 % деструктивних; зросла кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз. Найвищу захворюваність на 100 тис. населення на мультирезистентний туберкульоз зареєстровано у Кременецькому районі, а саме серед населення Кременецької та Вишнівецької територіальних громад, відповідно, 12,4–20,0. Рівень МРТБ, у 2021 р., серед уперше діагностованих хворих становить 35,3 %. Показник смертності від туберкульозу за останні 5 років знижено з 7,7 до 2,7 на 100 тис. населення і залишається найнижчим в Україні. Водночас питома вага померлих до одного року спостереження становить 32,1 %. Це свідчить про дуже пізню діагностику захворювання на всіх рівнях медичної допомоги. Виявлення хворих із позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння в закладах первинної

медико-санітарної допомоги у 2021 р. виявилось незадовільним.

Активне виявлення туберкульозу за допомогою туберкулінодіагностики, флюорографії проводиться дуже обмежено із-за різних причин. В області найбільш поширеним є виявлення туберкульозу за зверненням (пасивне виявлення) по медичну допомогу. Сімейні лікарі не дотримуються алгоритму дії щодо виявлення туберкульозу через недостатній рівень знань щодо туберкульозу, зокрема з питань діагностики, профілактики та лікування пацієнтів на амбулаторному етапі. У розмові з деякими сімейними лікарями з'ясувалася їхня обмеженість у знаннях з фтизіатрії, те ж стосується лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги. Адже їм потрібна краща підготовка на курсах, належний постійний контакт із фтизіатрами, які повинні залишитися основним незамінним ядром у боротьбі з туберкульозом, в аспекті як профілактики, так і ранньої діагностики та лікування [6]. Як бути, коли надмірно необґрунтовано зменшилося число лікарів-фтизіатрів? До 23 фізичних осіб, з них 12 осіб, разом із хірургом, в обласному протитуберкульозному диспансері. Ще у 2014 р.: кількість ліжок – 500 (4,69 на 10 тис. населення), санаторних – 160. Лікарів-фтизіатрів 79 (0,74 на 10 тис. населення). Їх можна було б зберегти як фтизіопульмонолог чи фтизіоепідеміолог. Спеціалісти обласного протитуберкульозного диспансеру не спроможні замінити районних фтизіатрів, як це передбачалося нашими очільниками. Оптимізували мережу протитуберкульозної служби і зекономили державні кошти. Усіх хворих області розподілили за дільничними фтизіатрами облтубдиспансеру поліклініки [7]. Припускали, що при нинішніх засобах комунікації обласні спеціалісти можуть сконтактуватися з кожним хворим чи з їх родиною і навіть сільським головою та запросити їх на огляд, та проконсультувати увесь процес лікування. При цьому реформа збіглася із періодом поширення ВІЛ/СНІД-інфекції, COVID-19 та жахіттями війни. І, як результат не обдуманого, авральної реформи, розвалилася передусім районна протитуберкульозна служба, «зникли» фтизіатри, ніяких хоспісів, натомість – руїни протитуберкульозних диспансерів. Який же вигляд має Кременецький районний протитуберкульозний диспансер? Поступово руйнується. До того ж диспансер був одним із найкращих районних диспансерів області. Сам заклад розташований у мальовничій місцині серед лісу, з чудовою природою. Не освідомлені, чи не хотіли знати про це наші очільники фтизіатричної служби. Не створено ніякого хоспісу, в районі немає фтизіатра. Важка доля спіткала досвідчений медичний персонал, їх викинули на узбіччя. Прекрасні приміщення розвалюються. Все це могло б бути використано на благо наших людей, зокрема, під оздоровчі, реабілітаційні заклади чи навіть хоспіс. Так зекономили державні кошти. Упустили найголовніше, чого не варто забувати, що людина, її здоров'я – це найцінніше, що є у світі, заради чого живемо і працюємо. Буде здорова людина, буде прогрес у всіх сферах нашого життя і,

як наслідок, добробут та багатство. Отож, будьмо обачливі, продумано, а не аврально з деякою вигодою, підходити до необхідної, але обґрунтованої реорганізації протитуберкульозної служби, враховуючи реалії нашого життя в державі в цілому, так і в окремих регіонах, зокрема. Гасло «гроші за хворим» правильне, бо це крайність, адже потрібно негайно вирішувати, спасати. Однак є і здорові діти, дорослі та старші люди. Їх у ніякому випадку не можна ігнорувати, а тримати під контролем медичних працівників, стежити за їх гармонійним анатомо-фізіологічним та психологічним станом. Необхідно своєчасно обереґати їх від усіляких недуг, запобігати або вчасно виявляти. На все це потрібні кошти, які повинні «піти» за людиною, зрозуміло, в першу чергу, за хворою. І оплата роботи медперсоналу напряму повинна залежати від якості і надання послуг, фізичних зусиль лікарів. Але і тут, щоб лікарів не охопила хибна думка: «чим більше хворих, тим більше заробимо». Напевно, було б краще так: «Чим краще здоров'я людей на моїй дільниці, тим кращий стан медичного обслуговування». Водночас у голові лікарів не повинно вторуватися про безнадійність хворого. Це дуже помилкова думка. Потрібно боротися за життя хворого до останнього його подиху. По-перше, важкому хворому слід продовжувати його життя, полегшувати його страждання. По-друге, те, що неможливо сьогодні, завтра, можливо, стане реальним досягненням медицини. По-третє, повірте, що в житті хворого може трапитися щось неймовірне і завершитися спонтанним одужанням або значним покращенням (подібні випадки трапляються в практичній діяльності лікаря). Якість роботи медиків, сімейних лікарів повинні оцінюватися не лише за кількістю хворих і за надану їм допомогу, але і за станом здоров'я населення на даній території їх обслуговування. До слова, коли лікар вилікує декілька десятків хворих, його прославляють, але той, хто запобіг захворюванню тисяч і сотень тисяч людей, залишається непоміченим, бо ж як оцінити те, чого не сталося.

Крім цього, без належної інформаційно-просвітницької роботи фтизіатрів серед населення, хворих, а також медичного персоналу, лікарів загального і вузького профілів, подолати цю підступну недугу буде неможливим [11]. Світовий досвід підтверджує, що у багатьох країнах Азії та Африки після збільшення прошарку людей, обізнаних із питань туберкульозу, на такий самий відсоток або і більше знижується захворюваність на цю недугу [16]. В цьому аспекті ефективну санітарно-освітню роботу фтизіатрів серед населення та хворих тяжко переоцінити. Однак ця робота серед населення, медичних працівників і навіть серед хворих стаціонару проводиться далеко недостатньо. Аналіз проведеного анкетування хворих, які перебували вже понад 3 місяці на стаціонарному лікуванні, виявив невтішні результати. Об'єктом для вивчення були 70 хворих на лікарськостійкий туберкульоз легень. Аналіз анкетування показав доволі низьку орієнтацію хворих із питань туберкульозу (відповіли частково правильно 17,7 %, неправильно – 43,5 %

опитуваних). Це надзвичайно негативно позначається на епідеміології та наслідках лікування особливо небезпечної форми – лікарськостійкого туберкульозу [5].

Організація санітарно-освітньої роботи в протитуберкульозних диспансерах спрямована на проведення серед населення, яке обслуговується диспансером на даній території, планової, систематичної та широкої протитуберкульозної пропаганди. Вона має основну мету – вироблення у людей, хворих та їх сімей відповідних профілактичних навичок та переконання пацієнтів у необхідності суворо дотримуватися приписів лікаря-фтизіатра. До санітарно-просвітницької роботи обов'язково залучаються всі лікарі та середній медичний персонал, як і педагоги, що працюють у дитячих та інших підрозділах диспансеру. Хворих та членів їх сімей необхідно познайомити із суттю туберкульозу (про збудника туберкульозу, шляхи зараження, клінічні прояви недуги, шляхи виявлення, лікування та профілактики). Робота серед хворих та контактних повинна бути спрямована на роз'яснення необхідності регулярного обстеження в диспансері, важливості тривалих і систематичних оздоровчо-профілактичних заходів в осередку туберкульозної інфекції.

Санітарно-профілактичну роботу щодо туберкульозу повинні здійснювати не тільки фахівці профілактичних протитуберкульозних закладів, а й медичні працівники всіх спеціальностей лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладів різних рівнів, а також викладачі та науковці медичних вузів і науково-дослідних установ [15].

Висновки

Реорганізація протитуберкульозної служби, спираючись на передовий світовий досвід, є на часі. Але це не повинно відбуватися так аврально, огульно, без урахування конкретних реалій, не лише області, а й окремих районах. Помилки, яких припустилися наприкінці другої половини минулого століття, призвели до значного руйнування інфраструктури протитуберкульозної служби, а в подальшому – до епідемії туберкульозу в 1995 р. із негативними наслідками, значними людськими жертвами. І наразі знову не виправдані, необґрунтовані помилки. В області хибна оптимізація мережі протитуберкульозної служби, ліквідація протитуберкульозних закладів у районах, без продуманого подальшого корисного їх використання, а також і втрата досвідчених фтизіатрів, заради тимчасової економії значних державних коштів, як гадалося. Отож, як здавалося на перший погляд, «вдала» оптимізація призвела до непоправних втрат і погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу в області, а чого ще нам чекати через наслідки пандемії COVID-19? Звичайно, до значного погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу, зокрема захворюваності. А коли немає здоров'я, мовчить мудрість, марне багатство і безсилий розум.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити перебіг туберкульозу в поєднанні з COVID-19, а також епідситуацію з туберкульозу після ліквідації ковіду.

Список літератури

1. *Андрейчин М. А.* Епідеміологія : підручник / М. А. Андрейчин, В. С. Копча. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 382 с.
2. *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.
3. *Верхратський С. А.* Історія медицини / С. А. Верхратський. – К. : Здоров'я, 2011. – 352 с.
4. *Досягнення та складні питання щодо подолання туберкульозу в Україні (консолідований погляд з різних регіонів) / Л. Д. Тодоріко, В. І. Петренко, Ю. М. Валецький [та ін.] // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2020. – № 1. – С. 10–17.*
5. *Єрмак Г.* Чума, холера, «іспанка»: як великі епідемії і пандемії змінили світ / Г. Єрмак // BBC News Україна. – 2020. – 18 квітня.
6. *Корнага С. І.* Епідеміологічна ситуація щодо мультирезистентного туберкульозу в Тернопільській області (2006–2015 рр.) / С. І. Корнага, І. Т. П'ятночка // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – № 4. – С. 103–108.
7. *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.
8. *Корнага С. І.* Успіхи та недоліки в боротьбі з туберкульозом / С. І. Корнага, І. Т. П'ятночка // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2018. – № 2 (33). – С. 44–49.
9. *Мельник В. М.* Проблема низької ефективності лікування хворих на туберкульоз легень / В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич // Український пульмонологічний журнал. – 2019. – № 1. – С. 25–32.
10. *П'ятночка І. Т.* Незнання історії туберкульозу – шлях до невиправданих помилок / С. І. Корнага, І. Т. П'ятночка // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2020. – № 3. – С. 86–91.
11. *П'ятночка І. Т.* Санітарно-освітня грамотність людей – один із важливих чинників зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Тхорик // Інфекційні хвороби. – 2015. – № 4. – С. 54–58.
12. *Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник).* – К., 2018. – 105 с.
13. *Фещенко Ю. І.* Історія вчення про туберкульоз : посібник / Ю. І. Фещенко. – Суми : Ліра ; К., 2016. – 141 с.
14. *Фещенко Ю. І.* Ситуація з туберкульозом в Україні в період реформування охорони здоров'я / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич. – ДУ «Національний інститут фізичної реабілітації і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», 2019.
15. *Фещенко Ю. І.* Фтизіоепідеміологія / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.
16. *Camirero J. A.* Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk-factors and case finding / J. A. Camirero // IJ TLD. – 2010. – Vol. 14 (4). – P. 382–390.
17. *Graham S. M.* Tuberculosis in Children and Adolescents: Progress and Perseverance / S. M. Graham, B. J. Marais, Farhana Amanullah // Pathogens. – 2022. – Vol. 11 (4). DOI 10.3390/pathogens 11040392.
18. *Houben R. M. G. J.* The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling / R. M. G. J. Houben, P. J. Dodd // PLoS Medicine. – 2016. – Vol. 13 (10). DOI 10.1371/journal.pmed.1002152.
19. *Magner L. M. A.* History of Medicine / L. M. A. Magner. – 2nd ed. – Boca Raton ; London ; New-York ; Singapore : Taylor Francis Group, 2005. – 624 p.
20. *Styblo K.* Epidemiology of tuberculosis / K. Styblo. – The Hague : WHO, 1991. – 157 p.

References

1. *Andreychyn, M.A., & Kopcha, V.S. (2000).* *Epidemiolohiya [Epidemiology].* Ternopil: Ukrmedknyha [in Ukrainian].
2. (2004). *Bibliya. Knyhy Svyashchenoho Pysannya Staroho i Novoho Zavitu: v ukrayinskomu perekladі z paralelnymy mistyamy [The Bible. Books of the Holy Scriptures of the Old and New Testaments: in the Ukrainian translation with parallel passages]. Patriarkh Filaret (Denysenko), Transl.* Kyiv: Vydannya Kyivskoyi Patriarkhiyi Ukrayinskoyi Pravoslavnoyi Tserkvy Kyivskoho Patriarkhatu [in Ukrainian].
3. *Verkhratsky, S.A. (2011).* *Istoriya medytsyny [History of medicine].* Kyiv: Zdorovya [in Ukrainian].
4. *Todoriko, L.D., Petrenko, V.I., Valetsky, Yu.M., Shevchenko, O.S., Semianiv, I.O., Makoida, I.Ya., ... Hrischuk, L.A. (2020).* *Dosyahnennya ta skladni pytannya shchodo podolannya tuberkulozu v Ukrayini (konsolidovany pohlyad z riznykh rehioniv) [Achievements and difficult issues in the fight against tuberculosis in Ukraine (consolidated view from different regions)]. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection, 1, 10-17 [in Ukrainian].*
5. *Yermak, H. (2020).* *Chuma, kholera, «ispanka»: yak velyki epidemiyi i pandemiyi zminyly svit [Plague, cholera, "Spanish": how great epidemics and pandemics changed the world]. BBC News Ukrayina [in Ukrainian].*
6. *Kornaha, S.I., & Pyatnochka, I.T. (2016).* *Epidemiolohichna sytuatsiya shchodo multyrezystentnoho tuberkulozu v Ternopil'skiy oblasti (2006–2015 rr.) [Epidemiological situation regarding multidrug-resistant tuberculosis in Ternopil region (2006–2015)]. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection, 4, 103-108 [in Ukrainian].*
7. *Kornaha, S.I., & Pyatnochka, I.T. (2015).* *Sanitarno-osvitnya hramotnist khvorykh na multyrezystentnyy tuberkuloz [Sanitary and educational literacy of patients with multidrug-resistant tuberculosis]. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection, 4, 48-52 [in Ukrainian].*
8. *Kornaha, S.I., & Pyatnochka, I.T. (2018).* *Uspikhy ta nedoliky v borotbi z tuberkulozom [Successes and shortcomings in the fight against tuberculosis]. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection, 2(33), 44-49 [in Ukrainian].*

9. Melnyk, V.M., Novozhylova, I.O., & Matushevych, V.H. (2019). Problema nyzkoyi efektyvnosti likuvannya khvorykh na tuberkuloz lehen [The problem of low effectiveness of treatment of patients with pulmonary tuberculosis]. *Ukrayinskyy pulmonolohichnyy zhurnal – Ukrainian Pulmonological Journal*, 1, 25-32 [in Ukrainian].
10. Pyatnochka, I.T., & Kornaha, S.I. (2020). Neznannya istoriyi tuberkulozu – shlyakh do nevypravdanykh pomylrok [Ignorance of the history of tuberculosis is a path to unjustified mistakes]. *Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection*, 3, 86-91 [in Ukrainian].
11. Pyatnochka, I.T., Kornaha, S.I., & Tkoryk, N.V. (2015). Sanitarno-osvitnya hramotnist lyudey – odyin iz vazhlyvykh chynnykiv znyzhennya rozpovsyudzhennya mul'tyrezystentnoho tuberkul'ozu [Sanitary and educational literacy of people is one of the important factors in reducing the spread of multidrug-resistant tuberculosis]. *Infektsiyni khvoroby – Infectious Diseases*, 4, 54-58 [in Ukrainian].
12. (2018). *Tuberkuloz v Ukrayini (analitichno-statystychnyy dovidnyk) [Tuberculosis in Ukraine (Analytical and statistical guide)]*. Kyiv [in Ukrainian].
13. Feshchenko, Yu.I. (2016). *Istoriya vchennya pro tuberkuloz [History of teaching about tuberculosis]*. Sumy: Lira; Kyiv [in Ukrainian].
14. Feshchenko, Yu.I., Melnyk, V.M., & Matushevych, V.H. (2019). Sytuatsiya z tuberkuliozom v Ukrayini v period reformuvannya okhorony zdorov'ya. DU «Natsionalnyy instytut ftyziatrui i pulmonolohiyi imeni F.H. Yanovskoho NAMN Ukrayiny» [The situation with tuberculosis in Ukraine during the period of health care reform. DU "National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky National Academy of Sciences of Ukraine"] [in Ukrainian].
15. Feshchenko, Yu.I., & Melnyk, V.M. (2004). *Ftyzioepidemiolohiya [PhthisioEpidemiology]*. Kyiv: Zdorov'ya [in Ukrainian].
16. Caminero, J.A. (2010). Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk-factors and case finding. *IJ TLD*, 14(4), 382-390.
17. Graham, S.M., Marais, B.J., & Farhana Amanullah (2022). Tuberculosis in Children and Adolescents: Progress and Perseverance. *Pathogens*, 11(4). DOI 10.3390/pathogens 11040392.
18. Houben, R.M.G.J., & Dodd, P.J. (2016). The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling. *PLoS Medicine*, 13(10). DOI 10.1371/journal.Pmed.1002152.
19. Magner, L.M.A. (2005). *History of Medicine*. (2nd ed.). Boca Raton; London; New-York; Singapore: Taylor Francis Group.
20. Styblo, K. (1991). *Epidemiology of tuberculosis*. The Hague: WHO.

NEGLECTING THE HISTORY OF TUBERCULOSIS IS THE WAY TO REPEATED MISTAKES IN THE FIGHT WITH THIS INCREASING DISEASE

S. I. Kornaha

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to show the history of tuberculosis as an ancient insidious disease and repeated mistakes made in the fight against this disease.

Materials and Methods. Based on literary data, the history of tuberculosis, scientific discoveries regarding the detection and treatment of this disease, mistakes made in the fight against this disease, as well as own research and observations are presented. The bibliosemantic method and system analysis were used.

Results. The epidemiology of tuberculosis is quite complex and peculiar, the clinical signs of the disease are diverse and uncertain, since there are no pathognomonic symptoms. In recent years, clinical pathomorphism has been observed, the epidemiology of the disease is changing significantly under the influence of dynamic social phenomena, the species structure of tuberculosis pathogens and the course of the disease are changing. In the process of significant improvement in the situation with TB, there has been a false relaxation of vigilance regarding this disease, which has led to the unfounded false opinion that all scientific and practical questions regarding tuberculosis have been resolved. Many anti-TB hospitals, the bed fund, and the infrastructure of the anti-TB service were excessively reduced. During the period of health care reform in Ukraine, the HIV/AIDS epidemic, and the COVID-19 pandemic, the fight against TB has deteriorated significantly, despite the use of best global experience, which should be implemented thoughtfully, and adequately approach the reorganization of the anti-TB service with its improvement. But at the same time, we should not neglect the realities of our life in general.

Conclusion. The history of tuberculosis, as an ancient insidious disease, successes and gross mistakes in the fight against it, in particular, during the reorganization of the anti-tuberculosis service in recent years, is given.

KEY WORDS: history of tuberculosis; morbidity; prevention; treatment; reorganization of anti-tuberculosis service; mistakes.

Рукопис надійшов до редакції 12.10.2022 р.

Відомості про автора:

Корнага Світлана Іванівна – докторка медичних наук, професорка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(067) 418-75-74.