

С. І. КОРНАГА, І. Т. П'ЯТНОЧКА, Н. О. ТЕРЕНДА

САНІТАРНО-ОСВІТНЯ РОБОТА В ЧАС ПАСИВНОГО ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна

Мета: активізувати пасивне виявлення хворих на туберкульоз шляхом активного проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення.

Матеріали і методи. На підставі анкетних досліджень, безпосереднього опитування хворих на туберкульоз людей, а також сімейних лікарів, виявлені доволі слабкі знання щодо туберкульозу серед згаданих. Показані неодноразові помилки й недоліки роботи очільників фтизіатричної служби та наслідки цієї роботи. Використано бібліосемантичний метод та метод системного аналізу.

Результати. Доволі складною та своєрідною є епідеміологія туберкульозу з характерною циклічністю. Клінічні ознаки захворювання досить різноманітні та неспецифічні. За останні роки під впливом динамічних суспільних явищ спостерігається клінічний патоморфізм туберкульозу, істотно змінюється епідеміологія хвороби, видова структура збудника та перебіг захворювання. У зв'язку зі значним покращанням ситуації з туберкульозу в країні з'вилося деяке послаблення настороженості щодо цієї недуги, що і призвело до певних помилок, ніби всі питання щодо туберкульозу вирішено. В час реформ в охороні здоров'я в Україні, епідемії ВІЛ/СНІДу, пандемії COVID-19 протидія туберкульозу погіршилася, незважаючи на використання передового світового досвіду. При цьому не слід нехтувати реаліями нашого життя, передусім не забувати про профілактику, своєчасне виявлення туберкульозу, його адекватне та повноцінне лікування. У цьому аспекті ефективну санітарно-освітню роботу, насамперед фтизіатрів, серед населення та хворих важко переоцінити.

Висновки. Хибна оптимізація мережі протитуберкульозної служби, втрата значної кількості досвідчених фтизіатрів, привела до значних втрат і погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу, зокрема, занедбання санітарно-освітньої роботи і це ще в період лютування ВІЛ/СНІДу та COVID-19. Епідеміологічну ситуацію можна значно покращити шляхом активізації масової санітарно-освітньої роботи на всіх доступних рівнях. При цьому основну роль повинні відігравати фтизіатри, як основне ядро в протидії туберкульозу. І це, на теперішній час, є доступним і без значних затрат. Результат не забариться, активізується раннє виявлення недуги, покращатимуться результати лікування, здоров'я людей.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз; пасивне виявлення; санітарно-освітня робота.

Туберкульоз є найдавнішою заразною хворобою, яка виникла у найранішому періоді історії людського суспільства. Зокрема, про цю недугу згадувалося в Індокитаї та Китаї. У найдавніших письмових документах Єгипту, Вавилону, Індії (2000–1500 рр. до н. е.) є чіткі описи легеневого і кістково-суглобового туберкульозу. Поряд із туберкульозом лютувала і проказа. Дуже раннє виникнення туберкульозної інфекції серед людей пов'язане з певними її особливостями. Зокрема, першою з яких є значне поширення мікобактерій у природі. Серед тварин, риб, птахів, ссавців, земноводних, рептилій. Людина з ними стикалася ще на ранніх етапах розвитку. Іншою важливою особливістю є те, що для цієї недуги характерний тривалий безсимптомний перебіг і своєрідний різноманітний патоморфоз, як біологічних властивостей збудника, так і клінічного перебігу захворювання.

Історичні документи свідчать про значне по-всюдне поширення туберкульозу в минулому.

Найдавніша знахідка на території Європи належить Бартельсу (Bartels), котрий при обстеженні знайденого поблизу Гейдельберга кістяка людини, що жила в кам'яному віці (приблизно за 5000 р. до н. е.), встановив туберкульозне ураження кісток грудного відділу хребта з утворенням горба.

В однієї з єгипетських мумій (а це приблизно 2700 р. до н. е.) також було знайдено ураження кісток хребта, з якого взяли сухий кістковий детрит і посіяли на білкове 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 та як довго вони можуть зберігати свою вірулентність [1]. До слова, давність туберкульозу серед людей пов'язана зі значним поширенням мікобактерій у природі. Зокрема, рід мікобактерій включає 30 самотійних видів. До патогенних видів відносять

M. bovis, *M. tuberculosis*, *M. avium*, *M. africanum*, *M. paratuberculosis*, *M. leprae*. Є ще мікобактерії потенційно патогенні для людей (їх 8). Інші види не є патогенними для людини.

Отже, джерелом захворювання на туберкульоз може бути не лише хвора на туберкульоз людина, а й велика рогата худоба, свійська птиця та інші сільськогосподарські та дикі тварини. Клінічні ознаки туберкульозу різноманітні й невизначені, переважно недуга характеризується довготривалим хронічним перебігом, рідше – гострим. Можливий тривалий і безсимптомний перебіг.

Для ефективної боротьби з туберкульозом необхідно мати чітке уявлення про збудника захворювання, його епідеміологію, клінічні прояви хвороби. Протиепідемічні та профілактичні заходи при туберкульозі повинні бути спрямовані на знешкодження джерела інфекції, ізоляцію хворого, переривання шляхів передачі та поширення інфекції, а також зміцнення несприйнятливості організму людини до туберкульозу, тобто підвищення його резистентності [2]. Отже, кожний фтизіатр і кожний епідеміолог повинні достеменно знати бактеріологічні та епідеміологічні основи боротьби з туберкульозом, його клінічні прояви й діагностику, стратегію і принципи подолання недуги. Вони зобов'язані бути основним рушійним ядром, активними пропагандистами в подоланні туберкульозу як масового захворювання.

Мета роботи: активізувати пасивне виявлення хворих на туберкульоз шляхом активного проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення.

Матеріали і методи. На підставі анкетних досліджень, безпосереднього опитування хворих на туберкульоз людей, а також сімейних лікарів, виявлені доволі слабкі знання щодо туберкульозу серед згаданих. Показані неодноразові помилки й недоліки роботи очільників фтизіатричної служби та наслідки цієї роботи. Використано бібліосемантичний метод та метод системного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Епідеміологія туберкульозу доволі складна та своєрідна, з певною циклічністю. Так, перше потрапляння МБТ в організм людини найчастіше закінчується благополучно, без розвитку захворювання. МБТ, які потрапили в організм людини, протягом усього життя залишаються життєздатними, а людина вважається лише інфікованою, тобто з латентною туберкульозною інфекцією. У світі чверть населення інфіковано МБТ, тобто приблизно 2 млрд осіб, з них – 70 млн дітей та підлітків. Проте відносно невелика частка осіб захворює на туберкульоз протягом життя, що відбувається під впливом несприятливих різноманітних умов для організму.

За даними ВООЗ, у 2020 р. на туберкульоз захворіло 9,9 млн осіб та 1,5 млн померли від нього.

Клінічні ознаки на початку захворювання незначені та різноманітні, до того ж за останні роки спостерігається суттєвий патоморфоз, зокрема кашель відмічається не так часто, як раніше, навіть при легеневому туберкульозі [3]. Очевидно епідеміологія будь-якої інфекційної хвороби може істотно змінюватися під впливом динамічних суспільних та природних умов.

Значне поширення туберкульозу, як відомо, спостерігалось в давні часи, зокрема в середні віки. Але відомості про цю хворобу були досить примітивними. У той самий час «лютувала» пандемія туберкульозу по країнах та континентах. А в літописах тих часів згадується про туберкульоз як про невиліковну хворобу «злі сухоти» [4].

У другій половині XVII ст. наука про туберкульоз почала активно розвиватися завдяки дослідженням А. Везілія, Ф. Сільвія, Р. Ласнека, Г. І. Соколовського, Б. Бремера, К. Форланіні [5].

У XIX – на початку XX ст. власне після жакливної пандемії «іспанки» епідемія туберкульозу стала всесвітньою трагедією. Помирали мільйони людей, а медицина була безсилою проти цієї смертельної недуги. У цей же час Галичина, з усіх європейських країн, була найбільш уражена туберкульозом. Надзвичайно велика епідемія туберкульозу з високою летальністю була в Європі у другій половині XIX ст. Усе це дало значний поштовх до низки наукових відкриттів, зокрема Р. Коха, К. Рентгена, А. Кальмета і К. Герена, Ш. Пірке, Ш. Манту та інших. У 1943 р. З. Ваксман зі своїм учнем А. Шацом виділили з грибка антибактеріальний препарат стрептоміцин. Згодом, у 1954 р. при лікуванні туберкульозу почали застосовувати ПАСК, тибон, препарати ГІНК, а також піразинамід, циклосерин, етамбутол. У 1965 р. Маггі зі співробітниками синтезували досить ефективний антибіотик – рифампіцин. З 1990 р. почали застосовувати фторхінолони для лікування хворих на туберкульоз, у яких була лікарська стійкість до препаратів I ряду. А у 2013–2014 рр. – бедаквілін та деламанід для лікування хворих із множинною та широкою лікарською стійкістю. Усе це привело до поліпшення епідеміологічної ситуації з туберкульозу за останні 25–30 років. Зокрема, в Україні з 1965 до 1990 р. захворюваність на всі клінічні форми туберкульозу зменшилася у 3,6 раза або з 115,4 до 32,0 на 100 тис. населення, а смертність, відповідно, з 27,1 до 8,1 на 100 тис. населення, тобто в 3 рази. 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) [6].

Значне поліпшення ситуації з туберкульозом у 70–80 рр. XX ст. спричинило помилкове послаблен-

ня настороженості щодо цієї недуги і повернення у хибний бік через «запаморочення від успіхів». Усе це призвело до необґрунтованої помилкової думки, передусім серед фтизіатрів, ніби всі наукові та практичні питання щодо туберкульозу вирішені. Україну спіткала така сама ситуація і це призвело до необґрунтованого скорочення багатьох протитуберкульозних диспансерів, ліжкового фонду, до руйнування інфраструктури протитуберкульозної служби. Все це призвело до ще недавньої 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. Лише завдяки міжнародній медичній допомозі (ВООЗ), цілеспрямованим діям українського уряду, МОЗ України вдалося зупинити спалах епідемії. До слова, за останні 10 років захворюваність на туберкульоз в Україні 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 закрили і продовжують закривати протитуберкульозні заклади, зокрема районні диспансери та ліжковий фонд у Тернопільській області (із 500 до 40) та зменшувати кількість фтизіатрів (у 2014 р. із 79 до 21 у 2024 р.). В протитуберкульозному диспансері працюють 10 фтизіатрів, а в районах області – 11.

Справді, сучасна світова концепція, клінічні протоколи та сучасні схеми стандартів щодо переорієнтації стаціонарного лікування на амбулаторне дали змогу значно зекономити, здешевити витрати на лікування туберкульозного хворого в теперішніх соціально-економічних умовах, війни і пандемії COVID-19. Зокрема, в час пандемії COVID-19, хворі на туберкульоз мають дуже обмежені можливості отримати своєчасну діагностику, профілактику, належне лікування та спостереження [7, 8]. Отож, наразі, етап ранньої діагностики та своєчасно розпочатого лікування загубився. Адже низький рівень обізнаності населення, несвоєчасне діагностування захворювання призводять до фатальних наслідків.

До того ж порочне коло байдужості очільників поглинуло нашу фтизіатричну службу, багато справ вирішується лише «зверху» колегіально, що абсолютно позбавляє рядового лікаря будь-якої ініціативи.

В час епідемії COVID-19 спостерігаються значні перебої в роботі протитуберкульозної служби в багатьох країнах світу і в нас, зокрема. Однак віддавати перевагу коронавірусу перед туберкульозом «дуже нерозумно з точки зору суспільної охорони здоров'я», адже потрібно одночасно займатися одним і другим. До того ж, до слова, у XX ст., під час обох світових воєн смертність від туберкульозу різко зростала [2].

Епідемія COVID-19, на приборкання якої були спрямовані основні матеріальні та людські ресурси в охороні здоров'я, погіршила епідеміологічну ситуацію з туберкульозу в Україні; відбулося скорочення протитуберкульозних закладів, кадрового потенціалу та інфраструктури протитуберкульозної служби. Це спричинило зростання захворюваності, поширеності туберкульозу і смертності від цієї недуги, тоді як в інших країнах світу показники захворюваності та смертності від туберкульозу й ефективність лікування суттєво зросли. Це пояснюється тим, що в розвинутих країнах не зменшували фінансування протитуберкульозних закладів під час пандемії COVID-19. А в Україні – зменшили.

У ковідні роки диспансеризація хворих на туберкульоз зведена нанівець, а результати лікування низькі та не відповідають світовим стандартам. Суттєво погіршилася профілактична робота протитуберкульозної служби та загальної медичної мережі, передусім через зменшення кадрового потенціалу фтизіатрів [9]. Виявлено значні недоліки в контролі за туберкульозом, що породжує сумніви відносно передачі повноважень щодо амбулаторного лікування та спостереження за групами ризику первинній ланці медицини, яка до цього не готова, передусім психологічно, а також повної відмови від спостереження за тими, хто перехворів на вперше діагностований туберкульоз, і вже значного скорочення фтизіатричної служби.

Доцільно було б відновити диспансерне спостереження (1–5 років) за тими, хто перехворів на туберкульоз, за наявності у них таких ризиків рецидиву, як великі залишкові зміни, тяжкі супутні захворювання тощо [10].

Раннє і своєчасне виявлення хворих на туберкульоз є необхідною умовою для швидкого й повноцінного лікування. Збільшення кількості випадків повторного лікування вперше виявлених хворих, зростання кількості хворих, які померли від туберкульозу до одного року спостереження, свідчать про пізню діагностику туберкульозу: зменшення охоплення населення профілактичними флюорографічними оглядами є причиною недостатнього виявлення хворих та недотримання необхідних заходів щодо планового обстеження населення [11].

У 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 благодійним, громадським та

волонтерським організаціям у боротьбі з туберкульозом, тоді як роль фтизіатрів применшується [12]. Оскільки, на нашу думку, більшість співробітників цих організацій самих необхідно вчити і охороняти від захворювання на туберкульоз через їх слабку обізнаність щодо цієї недуги.

Щодо епідеміологічної ситуації в Тернопільській області (за останні 5–7 років), за даними місцевої статистики, досягнуто позитивні зрушення в подоланні епідемії туберкульозу. Помітно знизилася захворюваність, покращилася ефективність лікування туберкульозу порівняно з іншими областями України, за винятком Чернівецької, з якою утримується першість [13]. В області знизилася захворюваність на всі форми туберкульозу, включно з рецидивами (з 2014 до 2020 р. з 41,2 до 21,7 на 100 тис. населення). Показник смертності від туберкульозу за останні 5 років знизився з 7,7 до 2,7 на 100 тис. населення і залишається найнижчим в Україні. Ефективність лікування становила 85 %.

Захворюваність на туберкульоз серед дітей залишається на одному з найнижчих рівнів в Україні. У 2022 р. було виявлено 4 випадки захворювання серед дітей та 3 випадки серед підлітків. До слова, у 2021 р. жодного випадку захворюваності серед дітей не було, а серед підлітків – 5. Похвально, але не «зрозуміло», оскільки в сусідній Буковині за період з 2020 до 2022 р. зареєстровано статистично значущий (майже вдвічі) показник захворюваності серед дітей. До того ж у 100 % випадків туберкульоз було виявлено лише при зверненні і в дітей, що проживали в сільській місцевості. У 87,5 % випадків діагноз був підтверджений бактеріологічно, у 50 % випадків – виявлена наявність контакту з джерелом тубінфекції [11]. Подібні негативні дані відмічені і у Львівському регіоні [14].

Отже, ці окремо взяті, як нам видається, «ейфоричні» показники по Тернопільській області були підставою до закриття районних протитуберкульозних диспансерів, як і диспансерно-поліклінічних відділень, як підрозділів облтубдиспансеру. Ліжковий фонд єдиного протитуберкульозного стаціонару скоротили з 500 до 140 ліжок, з яких лише 40 за профілем туберкульозу, решта ліжкового фонду вважається багатoproфільним.

Кількість лікарів-фтизіатрів скоротили з 79 у 2014 р. до 21 – у 2024 р. Усе це привело до неоправданих наслідків уже у 2022 р., зареєстрували захворюваність на вперше діагностований туберкульоз у 281 хворого (у 2020 р. – 200 хворих). Турбує і той факт, що у 190 осіб туберкульоз був бациллярним. У 2021 р. значно збільшилася реєстрація рецидивів туберкульозу, що становило 6,1 на 100 тис. населення, з яких 70,5 % – бациллярних і 57,4 % – деструктивних, зросла кількість хворих на лікарсько-стійкий туберкульоз. Рівень хворих на туберкульоз із множинною лікарською стійкістю у 2021 р. серед уперше діагностованих становив

35,3 %. Питома вага померлих до одного року спостереження була 32,1 %. Активне виявлення туберкульозу за допомогою туберкулінодіагностики, флюорографії проводиться вкрай обмежено через різні причини. В області найпоширенішим є виявлення туберкульозу за зверненням (пасивне виявлення) по медичну допомогу. Сімейні лікарі не дотримуються алгоритму дій щодо виявлення туберкульозу через недостатній рівень знань щодо цього захворювання, 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, кількість яких значно скоротили. Проте фтизіатр (фтизіопульмонолог) і надалі повинен залишатися основним незамінним ядром у боротьбі з туберкульозом [15]. Вважаємо, що спеціалісти обласного протитуберкульозного диспансеру неспроможні повноцінно замінити районних фтизіатрів, як передбачалося нашими очільниками. Оптимізували мережу протитуберкульозної служби та зекономили державні кошти й упустили найголовніше, чого не варто забувати ніколи, що людина, її здоров'я – це найцінніше, що є у світі, заради чого живемо і працюємо. Отже, 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, рятувати. Але є і здорові діти, дорослі, старші люди, їх у жодному випадку не можна ігнорувати, їм теж потрібна профілактика, спостереження за гармонійним анатомо-фізіологічним та психологічним станом. Важливо, щоб і лікарів не охопила хибна думка: «чим більше хворих, тим більше заробимо». Краще і правильніше так: «чим міцніше здоров'я людей на моїй дільниці, тим кращий стан медичного обслуговування». Тим вища ціна медичного працівника.

До слова, в теперішніх соціально-економічних умовах, в час війни, панування ВІЛ/СНІДу і, зокрема, COVID-19, важко всім: державі й людям. Не вистачає коштів, скрута. А щоб покращити боротьбу з туберкульозом, слід акцентувати увагу на більш простому і доступному методі виявлення, профілактики та лікування туберкульозу. Тому необхідно значно активізувати адекватну інформаційно-просвітницьку роботу, як серед населення, хворих, так і самих медичних працівників. При цьому основну роль повинні відігравати фтизіатри (хоча їх на даний час значно зменшилося) в плані активізації санітарно-освітньої роботи щодо

туберкульозу. Без належної інформаційно-просвітницької роботи, передусім фтизіатрів серед населення, хворих, а також медичного персоналу, лікарів загального та вузьких профілів, подолати цю підступну недугу буде неможливо [16]. Світовий досвід підтверджує, що у багатьох країнах Азії та Африки після збільшення прошарку людей, обізнаних із питань туберкульозу, на такий самий відсоток або й більше знижується захворюваність на цю недугу [17]. У цьому аспекті ефективну санітарно-освітню роботу фтизіатрів серед населення та хворих важко переоцінити. Однак у нас ця робота проводиться вкрай недостатньо. Так, аналіз анкетування хворих із лікарсько-стійким туберкульозом, які перебували вже понад 3 місяці на стаціонарному лікуванні, виявив невтішні результати. На поставлені доступні запитання відповіли частково правильно 17,7 %, неправильно – 43,5 % опитуваних [16]. Така обізнаність хворих із лікарсько-стійким туберкульозом надзвичайно негативно позначається на лікуванні. Значні недоліки, при особистій розмові щодо знання туберкульозу, виявлені й у сімейних лікарів. В індивідуальній розмові з ними (17 осіб) лише 4 показали добрі знання з питань профілактики, раннього виявлення, лікування та спостереження на амбулаторному етапі. Про населення взагалі трудно говорити. Лише окремі особи, переважно з вищою освітою, орієнтуються в питаннях протидії туберкульозу [18].

Отже, для боротьби з такою давньою небезпечною поширеною недугою потрібно значно посилити, можливу в теперішніх складних умовах життя населення, розповсюдження захворювання ВІЛ/СНІДу, COVID-19, санітарно-просвітню роботу, як серед населення, так і хворих. Результати не забаряться, як показала практика. З особистого досвіду, проведення адекватної санітарно-освітньої роботи перед флюорографічним обстеженням населення значно активізувало явку людей. До

санітарно-просвітньої роботи необхідно залучати всіх підготовлених, зокрема і сімейних, лікарів. А не бути лише «кабінетними спостерігачами». До слова, санітарно-профілактичну роботу щодо туберкульозу повинні здійснювати не лише фахівці протитуберкульозних закладів, а й медичні працівники всіх спеціальностей, а також викладачі та науковці медичних ЗВО й науково-дослідних установ.

Висновки

У Тернопільській області хибна оптимізація мережі протитуберкульозної служби, огульна ліквідація протитуберкульозних закладів у районах, без продуманого подальшого корисного їх використання, а також втрата значної кількості досвідчених фтизіатрів, заради тимчасової економії значних державних коштів, як передбачалося, призвели знову до непоправних втрат і погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу, зокрема, занедбання санітарно-освітньої роботи, і це ще в період лютування ВІЛ/СНІДу та COVID-19. Епідеміологічну ситуацію з туберкульозу, в теперішніх складних економічних умовах, можна значно покращити, як на нашу думку, шляхом активізації масової санітарно-освітньої роботи на всіх доступних рівнях. При цьому основну роль повинні відігравати фтизіатри, як основне ядро в протидії туберкульозу. І це, на теперішній час, є доступним і без значних затрат, якщо кожний діючий фтизіатр проведе за рік хоча б 4 бесіди в різних організаціях чи громадах. Результат не забариться, активізується раннє виявлення недуги, покращаться результати лікування, здоров'я людей. Адже, запам'ятаємо, коли немає здоров'я, мовчить мудрість. Марне багатство і безсилий розум.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення ситуації з туберкульозу серед дорослого та дитячого населення в Тернопільській області після пандемії COVID-19.

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. *Фещенко Ю. І.* Фтизіоепідеміологія / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.
3. *Корнага С. І.* Успіхи та недоліки в боротьбі з туберкульозом / С. І. Корнага, І. Т. П'ятючка // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2018. – № 2 (33). – С. 44–49.
4. *Верхратський С. А.* Історія медицини / С. А. Верхратський. – К. : Здоров'я, 2011. – 352 с.
5. *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.
6. *Styblo K.* Epidemiology of tuberculosis / K. Styblo. – The Hague : WHO, 1991. – 157 p.
7. *Вплив пандемії COVID-19 на тенденції виявлення хворих на активний туберкульоз* / Н. О. Теренда, М. М. Ружицький, І. Ю. Бевзюк, О. Н. Литвинова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – № 4 (98). – С. 11–17.
8. *Тодоріко Л. Д.* Динаміка захворюваності дітей на активний туберкульоз на Буковині, вплив пандемії COVID-19 / Л. Д. Тодоріко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2023. – № 1. – С. 93–98.
9. *Туберкульоз в Україні під час пандемії COVID-19* / Ю. М. Валецький, Р. О. Валецька, Л. А. Гришук [та ін.] // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2022. – № 4. – С. 45–50.

10. Новожилова І. О. Причини рецидивів туберкульозу легень / І. О. Новожилова, А. М. Приходько, І. В. Бушура // Український пульмонологічний журнал. – 2023. – № 2. – С. 44–49.
11. Феценко Ю. І. Ситуація з туберкульозом в Україні в період реформування охорони здоров'я / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич. – ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», 2019.
12. 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.
13. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник / Центр громадського здоров'я МОЗ України. – К. : ЦГЗ, 2022. – 89 с. – Режим доступу : https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user_90/TB_surveillance_statistical-information_2021_dovidnyk.pdf.
14. Сахелашвілі-Біль О. І. Особливості перебігу мультирезистентного туберкульозу легень у дітей та підлітків із осередків хіміорезистентної туберкульозної інфекції / О. І. Сахелашвілі-Біль // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2022. – № 3. – С. 27–33.
15. Корнага С. І. Нехтування історією туберкульозу – шлях до повторних помилок у боротьбі з цією підступною недугою / С. І. Корнага // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2022. – № 4. – С. 95–101.
16. 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.
17. Caminero J. A. Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk-factors and case finding / J. A. Caminero // IJ TLD. – 2010. – Vol. 14 (4). – P. 382–390.
18. Данилюк Г. В. Рівень поінформованості населення про туберкульоз за результатами анкетування / Г. В. Данилюк, С. І. Корнага, О. В. Лотоцька // Україна. Здоров'я нації. – 2023. – № 3. – С. 43–46.

References

1. (2004). *Bibliya. Knyhy Svyashchenoho Pysannya Staroho i Novoho Zavitu: v ukrayinskomu perekladі z paralelnymy mistsyamy [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].
2. Feshchenko, Yu.I., & Melnyk, V.M. (2004). *Ftyzioepidemiolohiya [PhthisioEpidemiology]*. Kyiv: Zdorovya [in Ukrainian].
3. 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].
4. Verkhratsky, S.A. (2011). *Istoriya medytsyny [History of medicine]*. Kyiv: Zdorovya [in Ukrainian].
5. Magner, L.M.A. (2005). *History of Medicine*. (2nd ed.). Boca Raton; London; New-York; Singapore: Taylor Francis Group.
6. Styblo, K. (1991). *Epidemiology of tuberculosis*. The Hague: WHO.
7. Terenda, N.O., Ruzhytsky, M.M., Bevzyuk, I.Yu., & Lytvynova, O.N. (2023). *Vplyv pandemiyi COVID-19 na tendentsiyi vyyavlennya khvorykh na aktyvnyy tuberkuloz [Impact of the COVID-19 pandemic on trends in detection of patients with active tuberculosis]*. *Visnyk sotsialnoyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorovya Ukrayiny – Bulletin of social hygiene and health protection organization of Ukraine*, 4, 95-101 [in Ukrainian].
8. Todoriko, L.D. (2023). *Dynamika zakhvoryuvanosti ditey na aktyvnyy tuberkuloz na Bukovyni, vplyv pandemiyi COVID-19 [Dynamics of incidence of active tuberculosis in children in Bukovina, the impact of the COVID-19 pandemic]*. *Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya – Tuberculosis, lung diseases, HIV infection*, 1, 93-98 [in Ukrainian].
9. Valetskyi, Yu.M., Valetska, R.O., Hryshchuk, L.A., Zahorulko, V.M., Patrakeieva, L.Ya., & Pakharchuk, S.M. (2022). *Tuberkuloz v Ukrayini pid chas pandemiyi COVID-19 [Tuberculosis in Ukraine during the COVID-19 pandemic]*. *Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection*, 4, 45-50 [in Ukrainian].
10. Novozhylova, I.O., Prykhodko, A.M., & Bushura, I.V. (2023). *Prychyny retsydyviv tuberkulozu lehen [Causes of relapses of pulmonary tuberculosis]*. *Ukrayinskyy pulmonolohichnyy zhurnal – Ukrainian Pulmonology Journal*, 2, 44-49 [in Ukrainian].
11. Feshchenko, Yu.I., Melnyk, V.M., & Matusевич, V.H. (2019). *Sytuatsiya z tuberkuliozom v Ukrayini v period reformuvannya okhorony zdorovya. DU «Natsionalnyy instytut ftyziatriyi 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].
12. Kornaha, S.I., & Pyatnochka, I.T. (2016). *Epidemiolohichna situatsiya 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].
13. Center of public health of the Ministry of Health of Ukraine. (2022). *Tuberkuloz v Ukrayini [Tuberculosis in Ukraine]*. Kyiv. Retrieved from: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user_90/TB_surveillance_statistical-information_2021_dovidnyk.pdf [in Ukrainian].
14. Sahelashvili-Bil, O.I. (2022). *Osoblyvosti perebihu multyrezystentnoho tuberkulozu lehen u ditey ta pidlitkiv iz oseredkiv khimiorезystentnoyi tuberkuloznoyi infektsiyi [Features of the course of multiresistant pulmonary tuberculosis in*

- children and adolescents from centers of chemoresistant tuberculosis infection]. *Tuberkuloz, lehenevi khvory, VII-infektsiya – Tuberculosis, pulmonary diseases, HIV infection*, 3, 27-33 [in Ukrainian].
15. Kornaha, S.I. (2022). Nekhtuvannya istoriyeyu tuberkulozu – shlyakh do povtornykh pomylok u borotbi z tsiyeyu pidstupnoyu neduhoyu [Neglecting the history of tuberculosis – the way to recurrence of mistakes in the fight against this insidious disease]. *Visnyk sotsialnoyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorovya Ukrayiny – Bulletin of social hygiene and health protection organization of Ukraine*, 4, 95-101 [in Ukrainian].
 16. Pyatnochka, I.T., Kornaha, S.I., & Tkhoryk, N.V. (2015). Sanitarno-osvitnya hramotnist lyudey – odyz iz vazhlyvykh chynnykiv znyzhennya rozpovsyudzhennya multyrezystentnoho tuberkulozu [Sanitary and educational literacy of people is one of the important factors in reducing the spread of multidrug-resistant tuberculosis]. *Infektsiyi khvory – Infectious Diseases*, 4, 54-58 [in Ukrainian].
 17. Caminero, J.A. (2010). Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk-factors and case finding. *IJ TLD*, 14(4), 382-390.
 18. Danylyuk, H.V., Kornaha, S.I., & Lototska, O.V. (2023) Riven poinformovanosti naselennya pro tuberkuloz za rezultatamy anketuvannya [The level of awareness of the population about tuberculosis survey results]. *Ukrayina. Zdorovya natsiyi – Ukraine. Nation's Health*, 3, 43-46 [in Ukrainian].

SANITARY AND EDUCATIONAL WORK DURING PASSIVE TUBERCULOSIS DETECTION

S. I. Kornaha, I. T. Pyatnochka, N. O. Terenda

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: activate the passive detection of TB patients by actively carrying out sanitary and educational work among the population.

Materials and Methods. On the basis of questionnaire studies, direct survey of TB patients, people, as well as family doctors, rather weak knowledge about tuberculosis among the mentioned ones was revealed. Repeated errors and shortcomings of the work of the heads of the phthisiatric service and the consequences of this work are shown. The bibliosemantic method and system analysis were used.

Results. The epidemiology of TB is quite complex and unique, with a characteristic cycle. Clinical signs of the disease are quite diverse and non-specific. In recent years, under the influence of dynamic social phenomena, the clinical pathomorphism of TB has been observed, the epidemiology of the disease, the species structure of the pathogen, and the course of the disease have changed significantly. In connection with the significant improvement of the TB situation in the country, there has been some relaxation of vigilance regarding this disease, which has led to certain mistakes, as if all issues regarding tuberculosis have been resolved. During the health care reforms in Ukraine, the HIV/AIDS epidemic, and the COVID-19 pandemic, the fight against TB worsened, despite the use of world-class best practices. At the same time, we should not neglect the realities of our lives, first of all, do not forget about prevention, timely detection of tuberculosis, its adequate and full treatment. In this aspect, it is difficult to overestimate the effective sanitary and educational work, primarily of phthisis doctors, among the population and patients.

Conclusions. Incorrect optimization of the anti-tuberculosis service network, the loss of a significant number of experienced phthisiologists, led to significant losses and deterioration of the TB epidemiological situation, in particular, the neglect of sanitary and educational work, and this even during the period of the rampage of HIV/AIDS and COVID-19. The epidemiological situation can be significantly improved by intensifying mass sanitary and educational work at all available levels. At the same time, the main role should be played by phthisiologists, as the main nucleus in the fight against tuberculosis. And this, at the present time, is available and without significant costs. The result will not be delayed, the early detection of the disease will be activated, the results of treatment and people's health will improve.

KEY WORDS: tuberculosis; passive detection; sanitary and educational work.

Рукопис надійшов до редакції 28.06.2024.

Відомості про авторів:

Корнага Світлана Іванівна – докторка медичних наук, професорка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фізіатрії Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6622-0503>.

П'ятночка Іван Теодорович – доктор медичних наук, професор; тел.: +38(096) 428-53-29.

Теренда Наталія Олександрівна – докторка медичних наук, професорка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5655-4326>.

Електронна адреса для листування: kornaha@tdmu.edu.ua