

**Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник**  
**МЕДИЧНІ АСПЕКТИ БОРТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ***Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України*

Щоє години в Україні захворює на туберкульоз 4 особи і помирає від нього 1 хворий. Захворюваність туберкульозом з 1990 р. до 2004 р. збільшилася в 2,5 рази і складає 80,9 на 100 тис. населення. В країні реєструється більше 38 тис. хворих за рік і за прогнозними розрахунками ще третина від цієї кількості хворих не виявлені. За 2004 рік померло 10663 хворих, а смертність за 1990-2004 роки зросла в 2,3 рази і склала 22,6 на 100 тис. населення. В структурі смертності від усіх інфекційних і паразитарних хвороб туберкульоз складає більше 80 %.

У 2001 р. Президент України затвердив Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки, в рамках цієї програми фінансується лише закупівля ліків і одна науково-дослідна робота. З 2000 р. в Україні всі хворі на туберкульоз забезпечені необхідними протитуберкульозними препаратами, але зараз у багатьох областях не вистачає ліків через неточні розрахунки потреби і не створення належного запасу медикаментів, який рекомендує ВООЗ.

Чому ж не видно впливу на епідемічну ситуацію?

Річ у тому, що забезпечення ліками — це лише "невелика крихта" серед усіх протитуберкульозних заходів. Протитуберкульозні препарати дали свій результат і останні 3 роки поспіль поліпшується ефективність лікування хворих.

Однак, окрім лікування, є ще такі протитуберкульозні заходи, як раннє виявлення хворих на туберкульоз, діагностика і профілактика туберкульозу, організаційні заходи та ін. Ці протитуберкульозні заходи повинні фінансуватися із місцевих бюджетів, де вони фінансуються за залишковим принципом. Це і є основою основ того, що донині неможливо взяти під контроль епідемію туберкульозу.

Якщо у 2002 р. річні збитки від туберкульозу в Україні склали 1,5 млрд. грн., то вже зараз наша держава несе збитки в розмірі 2,1 млрд. грн. за рік. Ось де криються і медичні, і соціальні проблеми туберкульозу.

У найближчі 10 років прогнозується така ситуація щодо туберкульозу:

а) при соціально-економічних умовах в Україні гірших, аніж сьогодні, захворюваність туберкульозом може збільшитися вдвічі, а смертність — у 2,3 рази;

б) при соціально-економічних умовах в країні таких же як сьогодні, захворюваність туберкульозом може збільшитися в 1,5 рази, а смертність — стабілізується і повільно почне знижуватися (якщо будуть протитуберкульозні препарати) на 2–3 % щороку;

в) при соціально-економічних умовах в Україні кращих, аніж зараз, захворюваність стабілізується і почне повільно знижуватися, а смертність буде зменшуватися на 4–5 % щороку.

Отже подальша ситуація з туберкульозу залежить від рівня української економіки і від добробуту нашого народу. Однак, якщо ще взяти до уваги паралельну з туберкульозом епідемію ВІЛ/СНІДу, то прогноз буде більш песимістичний. Через те треба боротися не тільки з туберкульозом, але й зі СНІДом.

Окрім туберкульозу і СНІДу великою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз. Розвиток стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів — це рукотворна проблема і політиків, і медиків. В Україні частота первинної хіміорезистентності складає 20–30 % в різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 75 %. Це зумовлено тим, що до 2000 року не закуповувалися протитуберкульозні препарати, і хворі лікувалися хаотично: одним-двома препаратами замість 4–5, протягом трьох-чотирьох місяців замість 6–8 місяців. Все це привело до розвитку великої частоти стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів. Це дуже погана прогностична ознака.

В Україні до 1990 р., зруйнована інфраструктура з позалегенового туберкульозу, скорочувалися ліжка, не готувалися фахівці. Нині лікарі не знають цієї патології і недовивляють та неправильно лікують хворих на позалегеновий туберкульоз.

Викликає тривогу проблема зростання захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників. Так, якщо в 1990 році в Україні захворювало 30 медичних працівників протягом року, то у 1997 р. — 375, у 1999 р. — 650, у 2000 р. — 730, у 2003 р. — більше 800. Медичні працівники зовсім не захищені і законодавством не чітко урегульоване визнання професійного туберкульозу для багатьох категорій медичних працівників.

Важливою проблемою є руйнування матеріально-технічної бази та скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби на тлі епідемії туберкульозу (табл.).

Як бачимо, у фтизіатричній службі є низка проблем, які не дозволяють їй ефективно функціонувати. Неefективною є і боротьба з туберкульозом, тому що туберкульоз є не тільки медичною проблемою, але й соціальною і значною мірою залежить від соціально-економічного розвитку країни, благополуччя, добробуту і освіченості її населення.

Останніми роками в Україні намітилося чотири медичні аспекти боротьби з туберкульозом шляхом:

1) впровадження позики МБРР "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні";

2) задекларованої в Україні ДОТС-стратегії, адаптованої до українських умов;

3) реформування, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби;

4) затвердження нової Державної цільової програми "Національна програма контролю за туберкульозом в Україні на 2006–2010 роки".

**1. Позика МБРР "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні"** ґрунтується на засадах ДОТС-стратегії та передбачає зміцнення тих протитуберкульозних заходів, які не фінансуються "Національною програмою боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки", затвердженою Указом Президента України від 20 серпня 2001 року № 643/2001. Це, зокрема, навчання та освіта медичних працівників протитуберкульозних закладів та загальної лікувальної мережі, мікробіологічна діагностика та лікування туберкульозу, моніто-

Таблиця

**Матеріально-технічна база і кадровий потенціал протитуберкульозної служби України**

Найменування	1990 р.	2004 р.	Δ абс.	Δ %
Протитуберкульозних диспансерів	185	124	61	32,97 %
Диспансерних ліжок	35800	25251	10549	29,47 %
Протитуберкульозних санаторіїв	132	94	38	28,79 %
Санаторних ліжок	23975	13893	10082	42,05 %
Фтизіатрів	3624	3147	477	13,16 %

ринг, контроль та оцінка ефективності діагностики та лікування, участь засобів масової інформації у інформуванні громадськості щодо туберкульозу.

**2. ДОТС-стратегія, адаптована до українських умов.** З приходом нової влади в Україні задекларована ДОТС-стратегія, яка повинна бути адаптована до українських умов. Аббревіатура DOTS означає: D — Directly — безпосереднє; O — Observed — контрольоване, спостережуване; T — Treatment — лікування; S — Short course chemotherapy — короткими курсами хіміотерапії. ДОТС-стратегія складається із 5 обов'язкових елементів:

1) політичні зобов'язання уряду та місцевої влади неухильно фінансувати ДОТС-стратегію;

2) пріоритетне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу, тобто пасивне виявлення хворих на туберкульоз методом мікроскопії харкотиння;

3) короткотривале 6–8-місячне переважно амбулаторне лікування хворих на туберкульоз стандартними схемами під безпосереднім спостереженням;

4) безперервне забезпечення протитуберкульозними препаратами гарантованої якості;

5) стандартизована система обліку і звітності з метою моніторингу і оцінки ефективності діагностики та лікування.

**2.1. Політичні зобов'язання** уряду неухильно фінансувати ДОТС-стратегію є. Проте не слід забувати інші високоефективні протитуберкульозні заходи (профілактика, виявлення, лікування туберкульозу та диспансеризація хворих). Через те ДОТС-стратегію слід адаптувати до українських умов і досягти політичної та фінансової підтримки урядом та місцевою владою Української національної програми боротьби з туберкульозом.

**2.2. Пріоритетне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу, тобто пасивне виявлення хворих на туберкульоз методом мікроскопії харкотиння.** Цим методом можна виявити лише близько 40 % хворих на вперше діагностований туберкульоз. Ще 20 % хворих, у яких при мікроскопії не видно мікобактерій, можна виявити методом посіву, оскільки методом посіву можна виявити 60 % всіх хворих на туберкульоз. Додатково 30 % виявлення (всього 90 %) можна досягти методом флюорографії. А щодо дітей, то інфікованість та захворювання у них можна виявити тільки методом туберкулінодіагностики. Серед дітей бактеріовиділення зустрічається у 3–5 %, яких можна виявити методом мікроскопії чи посіву, решта буде не виявлена, якщо не застосовуватиметься туберкулінодіагностика. При застосуванні ДОТС-стратегії в чистому вигляді буде виявлено менше хворих, аніж їх є насправді, й це хибно приписуватиметься заслугі ДОТС-стратегії, буцімто завдяки ДОТС-стратегії добилися зменшення кількості хворих.

Таким чином, не відмовляючись від виявлення хворих за зверненням методом мікроскопії мазка, в Україні слід застосовувати туберкулінодіагностику серед груп ризику у дітей і флюорографію серед груп ризику у дорослих та перед мікроскопією мазка. Без цих постулатів може бути нанесена шкода суспільству, зумовлена свідомим недовиявленням хворих на туберкульоз.

Стосовно діагностики туберкульозу ДОТС-стратегія надає перевагу мікроскопії мазка. Її слід проводити і в українських умовах, проте, зважаючи на можливості протитуберкульозної служби в країні, не слід відмовлятися від посіву мокротиння і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, бо це знижуватиме ефективність лікування. Немислимо відмовлятися від рентгенологічної діагностики, бо вона дозволяє встановити топічний діагноз, визначити динаміку специфічного туберкульозного процесу. У певній частині хворих слід застосовувати гістологічну діагностику, особливо в складних випадках для диференціальної діагностики туберкульозу із злоскісними новоутвореннями. В окремих випадках потрібна ендоскопія (бронхоскопія, торакаоскопія тощо). В Україні є всі можливості застосовувати ці дослідження і відмова від них — це крок назад.

**2.3. Короткотривале 6–8-місячне переважно амбулаторне лікування хворих на туберкульоз стандартними схемами під безпосереднім спостереженням.** Річ у тому, що хворих на туберкульоз, особливо бактеріовиділювачів, не можна лікувати амбулаторно, бо вони вдома заражатимуть рідних і близьких, а по дорозі за ліками у транспорті вони можуть заразити пасажирів туберкульозом. Через те лікування в інтенсивній фазі повинно бути переважно у стаціонарі, а у фазі продовження — переважно амбулаторно, якщо цьому дозволяють умови. В процесі амбулаторного лікування обов'язкова соціальна підтримка хворих.

Безумовно, рекомендовані ДОТС-стратегією стандартні контрольовані короткострокові режими хіміотерапії хворих 1, 2, 3 категорій під безпосереднім контролем медпрацівника — це запорука підвищення ефективності лікування, і вони повинні широко застосовуватися в Україні. Проте у 10–15 % хворих, при так званому тяжкому туберкульозі, необхідні посилені стандартні контрольовані режими антимікобактеріальної терапії хворих 1, 2, 3 категорій під безпосереднім контролем медпрацівника, а у 3–5 % хворих не обійтись без хірургічного лікування.

В Україні слід широко застосовувати когортний аналіз ефективності лікування хворих, як це передбачено ДОТС-стратегією. Остання пропонує ідентифікацію ефективності лікування за негативацією мазка мокротиння. В адаптованому українському варіанті, окрім ідентифікації ефективності лікування за негативацією мазка мокротиння, слід проводити її за посівом та клініко-рентгенологічно. Якщо цього не проводити, то низці недолідкованих хворих будуть нанесені свідомо шкода і збитки.

За ДОТС-стратегією хворий, у якого методом мікроскопії харкотиння, не виявлено мікобактерій, вважається здоровим, тоді як у нього можна ще виявити мікобактерії методом посіву, якими можна заразити навколишніх. Мало того, в легенях такого хворого можуть бути великі каверни, які у будь-який момент можуть розблокуватися і спричинити зараження навколишніх. Причому такий хворий не вважається здоровим, бо за нашою українською стратегією, хворий здоровий тоді, коли у нього цілковито загоїлися порожнини розпаду і каверни, розсмокталися

вогнища засіву, ущільнилися залишкові зміни, тобто процес став неактивний.

Отже, за ДOTS-стратегією близько 30–40 % хворих, які будуть вважатися здоровими, насправді ще будуть хворими й до 10 % їх потребуватимуть хірургічного лікування, а 20–30 % хворих потребуватимуть довшого лікування, ніж 6–8 міс. Все це слід враховувати в адаптованому варіанті ДOTS-стратегії.

Мало того, в Україні зараз є близько 14 тис. хворих на хронічний туберкульоз, які виділяють мікобактерії та заразні. З кожним роком кількість цих хворих прибавляється. Вони теж повинні лікуватися за стратегією ДOTS-плюс. Якщо не прийняти ДOTS-плюс-стратегії в Україні разом з адаптованою ДOTS-стратегією, то хворі на хронічний туберкульоз почнуть просто вимирати, а це не гуманно. Це ж стосується і хворих на хіміорезистентний туберкульоз та неефективно лікованих хворих.

DOTS-стратегія абсолютно не визнає санаторного лікування, де хворі закріплюють ефективність свого лікування і зазнають трудової реабілітації. Звичайно, мережа санаторіїв і технологія санаторного лікування хворих на туберкульоз в Україні потребує перегляду і суттєвого вдосконалення. Це повинно стати предметом окремого дослідження. Тут, на наш погляд, є резерв для економії та перерозподілу коштів.

Щодо лікування за адаптованою ДOTS-стратегією в Україні слід дотримуватися такого найважливішого постулату: якщо через 6–8 міс. хворий не вилікувався, то лікування або продовжують, або хворого оперують. Це суперечить принципам ДOTS-стратегії, бо ДOTS-стратегія обмежується лише цим обов'язковим мінімумом, який повинен застосовуватися в країні, що прийняла цю стратегію. Проте, якщо економічні й фінансові умови країни дозволяють, то повинні застосовуватися й інші протитуберкульозні заходи.

**2.4. Безперерійне забезпечення протитуберкульозними препаратами гарантованої якості.** Цей принцип ДOTS-стратегії повинен безальтернативно виконуватися в Україні із забезпеченням необхідного резервного запасу протитуберкульозних препаратів, але, вважаємо за доцільне, окрім протитуберкульозних препаратів, закупляти все необхідне для посіву харкотиння, проведення флюорографії та туберкулінодіагностики, клініко-лабораторного, бронхологічного та інших методів обстеження, хірургічних методів лікування, як це загальноприйнято у цивілізованому світі. Однак, в першу чергу треба закупувати препарати й обладнання у вітчизняних виробників, тобто сприяти розвитку вітчизняного виробництва та фармацевтичної промисловості.

**2.5. Стандартизована система обліку і звітності з метою моніторингу і оцінки ефективності діагностики та лікування.** Це обов'язкова теза і для адаптованої ДOTS-стратегії. Наша статистична звітність вже зазнала певної трансформації й зараз фахівцями інституту розроблені обліково-звітні форми, які максимально враховують і міжнародні стандарти, і українські національні умови, тобто вони адаптовані до національних умов і цілком зберігають рекомендації ВООЗ. Проте ті сили, які намагаються зруйнувати протитуберкульозну службу в країні та відкинути її на багато десятиріч назад, стримують затвердження обліково-статистичних форм. В рамках цього компонента в Україні необхідне створення регіонального та національного комп'ютерного реєстру хворих, моніторингу діагностики та лікування. Це передбачається

здійснити за кошти позики МБРР "Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні".

Застосовуючи адаптовану ДOTS-стратегію в Україні не слід забувати про профілактичний напрям вітчизняної фтизіатрії і проводити хіміопротифілактику контактних та інфікованих, протирецидивне профілактичне лікування окремим пацієнтам (наприклад, ВІЛ-інфікованим, з хіміорезистентним туберкульозом, великими залишковими змінами тощо), вакцинацію та ревакцинацію вакциною БЦЖ, дезінфекційні заходи у вогнищах туберкульозної інфекції.

Не слід забувати, що туберкульоз — комплексна і міжвідомча проблема, через це необхідне виявлення туберкульозу серед сільськогосподарських тварин та оздоровлення тваринницьких господарств.

DOTS-стратегія не передбачає також диспансеризації хворих на туберкульоз, завдяки якій досягається стабільність вилікування, попередження рецидивів і медико-соціальна реабілітація хворих. Диспансерний принцип фтизіатрії треба зберегти в нашій країні.

### **3. Реформування, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби.**

- Зважаючи на те, що за законами місцевого самоврядування протитуберкульозної служби усіх 27 адміністративних територій функціонують по-різному, в основному малоефективно, їх діяльність недостатньо контролюється МОЗ Автономної Республіки Крим та управліннями охорони здоров'я інших 26 адміністративних територій, доцільно на період епідемії туберкульозу створити вертикаль управління всією протитуберкульозною службою України. За цих умов МОЗ України повинно призначати, звільняти з роботи і контролювати роботу головних лікарів обласних протитуберкульозних закладів, які водночас повинні бути головними фтизіатрами своїх адміністративних територій.

- Необхідно переглянути структуру і кадри відділу профілактики інфекційних соціально небезпечних хвороб МОЗ України, який безпосередньо займається проблемами туберкульозу. Цей структурний підрозділ повинен координувати діяльність протитуберкульозної служби України, бути мобільним, проводити часті виїзди у адміністративні території з метою оцінки та контролю за ситуацією з туберкульозу, розробляти стратегію боротьби з туберкульозом.

- Переглянути структуру протитуберкульозних санаторіїв та спрямованість надання ними допомоги хворим на туберкульоз, оскільки нині протитуберкульозні санаторії працюють нерентабельно. Деякі місцеві санаторії слід перепрофілювати для соціально-дезадапованих хворих на туберкульоз, на базі інших — створити хоспіси, решту санаторіїв та ліжок в них скоротити.

- Скоротити малопотужні районні та міжрайонні протитуберкульозні диспансери, в яких немає санітарно-гігієнічних умов для перебування хворих, немає можливості зміцнити матеріально-технічну базу і кадровий потенціал, а лікувально-діагностичний процес в них не відповідає сучасним стандартам, або при потребі ліжкового фонду здійснити ремонтно-реконструкційні роботи та створити в них відповідні санітарно-гігієнічні умови для лікування хворих.

- Організувати жорсткий контроль на всіх рівнях за проведенням стандартизованого і контрольованого лікування хворих на туберкульоз.

- Для проведення амбулаторного контрольованого лікування хворих на туберкульоз необхідно "запровадити

посади патронажних медсестер для лікування", як це передбачено п. 27 постанови Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 р. № 667 "Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом" і донині не виконано. Слід передбачити соціальну підтримку хворих, залучення поліклінічної мережі та недержавних організацій до проведення контролюваної хіміотерапії на амбулаторному етапі.

- Для стандартизації та уніфікації бактеріологічних досліджень з питань туберкульозу необхідно запустити на повну потужність Референс-лабораторію з мікробіологічної діагностики туберкульозу, що організована на базі Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України. Для чого:

- виділити фінансування з бюджету МОЗ України для цієї лабораторії;

- за кошти кредиту МБРР першочергово здійснити необхідні закупки для цієї лабораторії в рамках проекту "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом";

- організувати вертикаль координації бактеріологічними лабораторіями протитуберкульозної служби.

- Для поліпшення функціонування бактеріологічних лабораторій протитуберкульозних диспансерів доречно:

- вивести бактеріологічні лабораторії із структури клініко-діагностичних лабораторій і надати їм статус окремих структурних підрозділів з відповідним штатним забезпеченням, положенням, обладнанням та фінансуванням;

- дозволити фахівцям біологам та спорідненими з ними спеціальностями працювати на посадах бактеріологів протитуберкульозних закладів, підвищувати свою кваліфікацію та атестуватися, як бактеріолог протитуберкульозного закладу.

- Взяти під контроль і координувати діяльність усіх громадських організацій, котрі займаються проблемами туберкульозу, оскільки вони сьогодні працюють в пілотних проектах розрізнено, не погоджують своєї діяльності з Національною програмою боротьби із захворюванням на туберкульоз, що інколи деформує знання медичних працівників та завдає шкоди хворим. Усі вони повинні погоджувати свої плани діяльності з МОЗ України та щомісячно звітувати Міністерству про проведену роботу.

- Для пришвидшення створення Національного реєстру хворих на туберкульоз, що передбачений за кошти кредиту МБРР, необхідно терміново наказом МОЗ України затвердити і впровадити на всій території України обліково-статистичні форми, які розроблені фахівцями Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України.

- Організувати моніторинг туберкульозу за кошти позики МБРР "Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні" і створити Національний та регіональні реєстри і центри моніторингу за всіма протитуберкульозними заходами, закупивши для цього комп'ютерну техніку з програмним забезпеченням, транспортні засоби тощо.

**4. Проект нової Державної цільової програми "Національна програма контролю за туберкульозом в Україні на 2006–2010 роки".** У зазначеній програмі передбачено вирішення таких актуальних проблем:

- Розвиток мережі протитуберкульозних закладів.
- Удосконалення і забезпечення організації виявлення та діагностики туберкульозу.
- Здійснення заходів щодо хіміопротипілактики, лікування та диспансерного нагляду хворих на туберкульоз.

- Забезпечення санітарної профілактики, санепідрезиму у протитуберкульозних закладах та заходів, які проводяться у вогнищах туберкульозної інфекції.

- Соціальна підтримка хворих на туберкульоз та медичних працівників протитуберкульозних закладів.

- Удосконалення системи моніторингу.

- Здійснення заходів щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ-асоційованого туберкульозу.

- Подальше удосконалення системи навчання та інформаційної системи обізнаності населення з питань профілактики і лікування туберкульозу.

- Науковий супровід протитуберкульозних заходів.

Таким чином, не треба забувати, що туберкульоз — це медико-соціальна і політична проблема. Тому передусім треба вплинути на причини неблагополуччя з туберкульозом в Україні, зокрема:

- подолати соціально-економічну кризу в країні, подолати кризу в охороні здоров'я та в протитуберкульозній службі.

- щоб поліпшився колективний імунітет і знизилась сприйнятливність населення до туберкульозу треба:

- а) поліпшити життєвий рівень і харчування народу;

- б) долати наслідки аварії на ЧАЕС;

- в) боротися з екологічним забрудненням території України;

- г) проводити політику так, щоб мінімізувати стресові ситуації серед населення, обумовлені нестабільною соціально-економічною ситуацією, невпевністю в завтрашньому дні.

Медичні аспекти боротьби з туберкульозом в Україні слід вирішувати чотирма шляхами:

- 1) впровадження позики МБРР "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні";

- 2) застосування ДОТС-стратегії, адаптованої до українських умов;

- 3) реформування, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби;

- 4) затвердження нової Державної цільової програми "Національна програма контролю за туберкульозом в Україні на 2006–2010 роки".

Зазначені медичні аспекти в боротьбі з туберкульозом були б ще дієвішими при позитивних соціально-економічних зрушеннях в країні.

### МЕДИЧНІ АСПЕКТИ БОРЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

*Ю. І. Феценко, В. М. Мельник*

*Резюме*

В статті викладена ситуація з туберкульозу в Україні, проблеми в боротьбі з туберкульозом. Описані 4 шляхи боротьби з туберкульозом в Україні: позика МБРР "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні"; ДОТС-стратегія, адаптована до українських умов; реформування, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби; нова Державна цільова програма "Національна програма контролю за туберкульозом в Україні на 2006–2010 роки".

### MEDICAL ASPECTS OF ANTITUBERCULOUS MEASURES

*Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnyk*

*Summary*

The authors of the article have presented the situation with tuberculosis in Ukraine, highlighted the problems of antituberculous network. 4 directions of antituberculous measures in Ukraine have been described: the credit of Worldbank; the DOTS-strategy adapted to the Ukrainian conditions; reforming, reorganization and re-structuring of antituberculous service; the new National program in Ukraine for 2006–2010.