

## TUBERKULIOZĖ: TIKSLAI IR IŠŠŪKIAI NAUJOJE LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMOJE

Dr. Kęstutis Miškinis,

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

### Santrauka

Lietuvos sveikatos programos (1998–2010) tuberkuliozės (toliau – TB) dalies tikslai pasiekti, dauguma numatytų priemonių gana sėkmingai įgyvendinta, tačiau Europos Sąjungos šalių kontekste Lietuva pagal daugumą TB paplitimo rodiklių lieka paskutinė arba yra sąrašo gale. Tai byloja, kad būtina persvarstyti strateginius kovos su TB tikslus, uždavinius ir numatomas priemones, kad atsilikimas nuo ES šalių pradėtų mažėti. Straipsnyje svarstoma, kaip užtikrinti Lietuvos sveikatos programos tęstinumą, kokius naujus tikslus ir priemones būtina įtraukti naujojoje Lietuvos sveikatos programoje. Šalia pagrindinių epideminių rodiklių – sergamumo, ligotumo ir mirtingumo, kuriuos siūloma lyginti su Europos Sąjungos šalimis ir laikotarpio pabaigoje (2020 m.) pasiekti jų vidurkių dydžius, taip pat siūloma palikti pirmojoje sveikatos programoje nepasiektą tikslą – kasmet išgydyti ne mažiau kaip 85 proc. naujai išaiškintų (diagnozuotų) atviros TB atveju, o nuo 2015 m. padidinant šį tikslą iki 90 proc. Šio rodiklio nepasiekimas šaliai labai brangiai kainuoja, nes dėl neišgydytos naujai išaiškintos TB daugėja pakartotinio gydymo atveju bei dauginio atsparumo vaistams TB formų, kurių gydymas keleriopai sudėtingesnis, ilgesnis ir brangesnis. Todėl kaip programos veiksmingumo matas naujoje Lietuvos sveikatos programoje siūlomas trečiasis TB dalies tikslas – naujų dauginio atsparumo vaistams TB atveju skaičiaus sumažėjimas trečdaliu iki laikotarpio pabaigos (2020 m.).

Taip pat straipsnyje aptariami pagrindiniai uždaviniai ir priemonės, kuriuos reiktų įgyvendinti, kad naujosios Lietuvos sveikatos programos TB dalies tikslai būtų pasiekti. Tai siekis įgyvendinti tarptautinės STOP TB strategijos nuostatą, kad visi būtini antituberkulioziniai vaistai pacientams būtų visiškai nemokami, taip pat aptariama antros eilės antituberkuliozinių preparatų atsparios TB gydymui aprūpinimo svarba, šeimos gydytojų bei slaugytojų skatinimas už skiriamus mikroskopinius tyrimus TB mikobakterijų paieškai ir už kiekvieno TB atvejo išaiškinimą bei išgydymą. Straipsnyje svarstoma rekomendacijos atlikti testus dėl ŽIV visiems TB pacientams, o ŽIV infekuotiems asmenims – ištyrimas dėl TB, šalies referentinės TB laboratorijos įteisinimas, taip pat rekomenduojama sustiprinti TB programos valdymą, kad būtų aiškiai apibrėžtos jos dalyvių atsakomybės ribos ir užtikrinti visišką Valstybinės TB programos finansavimą.

**Pagrindinės sąvokos:** Lietuvos sveikatos programa, tuberkuliozė.

### Kova su tuberkulioze – svarbi Lietuvos sveikatos programos dalis

1998–2010 m. Lietuvos sveikatos programoje (toliau – LSP) didelis dėmesys buvo skiriamas senai, tačiau iki šiol galutinai neišspręstai problemai – tuberkuliozei<sup>1</sup>. 2011 m. tarptautinė visuomenė Pasaulinei kovos su TB dienai (kovo 24 d.) paskelbė šūkį, reiškiantį, kad pasaulyje prasidėjo naujas, visiško džiovos likvidavimo etapas<sup>2</sup>. Ar Lietuva

<sup>1</sup> Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta 1998-07-02 Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu Nr. VIII-833. (Žin., 1998-07-17, Nr. 64-1842).

<sup>2</sup> Stop TB Partnership homepage. World TB day 2011. Žiūrėta 2011-07-15. Prieiga per internetą: [http://www.stoptb.org/events/world\\_tb\\_day/2011/](http://www.stoptb.org/events/world_tb_day/2011/).

taip pat priartėjo prie visiško TB likvidavimo? Nepaisant gana sėkmingo LSP TB dalies įgyvendinimo bei per programos įgyvendinimo dešimtmetį įvykusių teigiamų pokyčių: stabilizuoto ir vėliau pradėjusio mažėti sergamumo ir mirtingumo, didžiosios daugumos pagrindinių ankstesniosios LSP tikslų ir dalies joje numatytų priemonių gana sėkmingo įgyvendinimo, TB išlieka aktuali šiuolaikinės Lietuvos sveikatos ir socialinės sistemos problema<sup>3</sup>. Akivaizdus paradoksas – LSP TB dalies tikslai pasiekti, dauguma numatytų priemonių gan sėkmingai įgyvendinta, bet esame paskutiniai arba sąrašo gale pagal daugumą TB paplitimo rodiklių Europos Sąjungos (toliau – ES) šalių kontekste<sup>4</sup>. Šis faktas byloja, kad reikia persvarstyti strateginius kovos su TB tikslus, uždavinius ir numatomas priemones, kad atsilikimas nuo ES šalių pradėtų mažėti. Šie tikslai turėtų tapti naujos LSP dalimi.

### **Kokius tikslus pasirinkti?**

1998–2010 m. Lietuvos sveikatos programoje šalia įvairių priemonių buvo suformuluoti trys pagrindiniai tikslai, susiję su TB:

1. Iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą TB, t. y. neleisti sergamumui šia liga pasiekti epidemijos slenksčio 100 iš 100 000 gyventojų.
2. Iki 2010 m. sumažinti sergamumą TB 30 proc.
3. Išaiškinti 70 proc. naujai susirgusiųjų TB ir 85 proc. iš jų pagydyti<sup>5</sup>.

Pagrindinis LSP TB dalies tikslas – stabilizuoti ir sumažinti sergamumą TB, pirmojoje LSP buvo pasiektas, taip pat įgyvendinta dauguma programoje numatytų priemonių. Ar šie tikslai turėtų išlikti kaip pagrindiniai ir naujoje LSP, ar būtina nustatyti kitus tikslus? Be abejonės, būtinas LSP tęstinumas. Tačiau priimant sprendimą reikėtų įvertinti, kad padėtis šalyje nuo 1996 m., kai buvo rašoma pirmoji LSP, gerokai pasikeitė. Naujosios LSP TB dalies tikslus ir uždavinius reiktų suformuluoti atsižvelgiant į dabartines aktualijas ir tendencijas, išlaikant ankstesniosios LSP tęstinumą, bet papildant esminiais rodikliais, lemiančiais kovos su TB veiksmingumą.

Svarbiausi TB epideminiai rodikliai, kaip atspindintys ligos paplitimą, turėtų likti naujosios LSP tiksluose, nors jų mastas nebūtinai turi byloti apie programos veiksmingumą ir kovos su TB sėkmę. Pirmojoje LSP net du tikslai iš trijų buvo susiję su sergamumu TB. Dabar reikia įvertinti tarptautinius dokumentus, kuriuos Lietuva yra pasižadėjusi vykdyti. Tai Pasaulinės sveikatos asamblėjos ir Jungtinių Tautų (toliau – JT) Tūkstantmečio vystymosi tikslų deklaracijos<sup>6</sup>. Jose yra svarbūs TB vertinimo kriterijai kiekvienai šaliai, kuriuos esame pasižadėję įgyvendinti. Be sergamumo yra minimi ligotumas (paplitimas) ir mirtingumas nuo TB. Šiais epideminiais rodikliais matuojamas

<sup>3</sup> Miškinis K. Lietuvos sveikatos programa 1998–2010 m. Tuberkuliozė: laimėjimai ir iššūkiai. Visuomenės sveikata, 2011/1(52), 5–12.

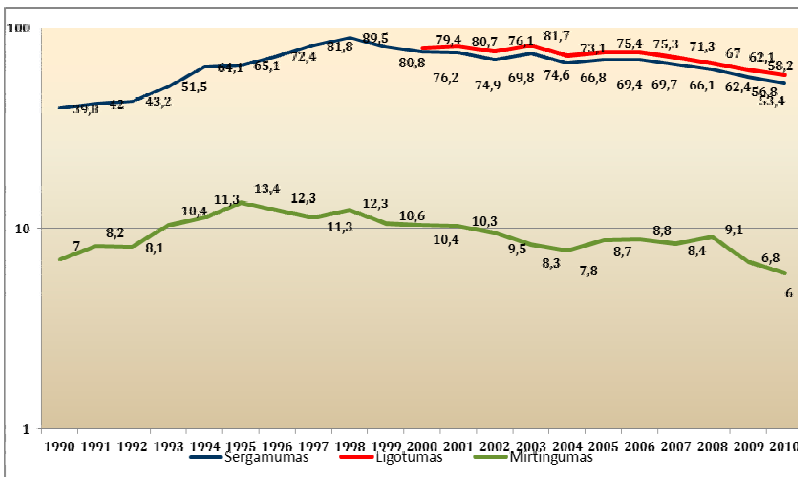
<sup>4</sup> WHO Report 2010. Global tuberculosis control. World Health Organization 2010, WHO/HTM/TB/2010.7, p. 139–145.

<sup>5</sup> Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta 1998-07-02 Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu Nr. VIII-833. (Žin., 1998-07-17, Nr. 64-1842).

<sup>6</sup> Millenium Development Goals in the WHO European Region. A Situational Analysis at the Eve of the five-year countdown. World Health Organization, Copenhagen, 2010, p. 13–21.

šalių įsipareigojimų vykdymas, todėl būtų natūralu įtraukti juos drauge su sergamumu į naujos LSP tikslus.

Svarstyti, kokius nustatyti sergamumo, mirtingumo ir ligotumo rodiklius naujoje LSP? Pirmojoje LSP, kai epideminiai rodikliai visą dešimtmetį augo, pavyzdžiui, sergamumas vidutiniškai po 10–15 proc. kasmet (1 pav.), o per paskutinį XX amžiaus dešimtmetį bendras sergamumas TB padidėjo daugiau kaip dvigubai (nuo 39,8 iki 89,5/100 000), LSP tikslu buvo pasirinkta sutartinė epidemijos (100 susirgimų/100 000 gyventojų) riba, siekiant jos neperžengti. Taip pat per dešimtmetį planuota sergamumą sumažinti trečdaliu<sup>7</sup>. Matome (1 pav.), kad šie LSP tikslai buvo pasiekti – TB epidemijos išvengta, o sergamumas sumažėjo netgi daugiau – 44,8 proc. (nuo 89,5 iki 50,3/100 000).



1 paveikslas. Sergamumas TB (nauji TB atvejai ir recidyvai)<sup>8</sup>, ligotumas ir mirtingumas Lietuvoje 1990–2010 m.<sup>9</sup>

Tačiau kyla klausimas, ar pasiektas sergamumo rodiklis negalėjo būti dar mažesnis, ar toks sumažėjimas iš tikrųjų mus tenkina, kodėl ši mažėjimo kreivė banguojanti ir gana lėkšta? Reiktų atkreipti dėmesį į tai, kad 2010 m. pagal sergamumą TB Lietuva yra priešpaskutinė ES (didesnis sergamumas tėra Rumunijoje)<sup>10</sup>. Be to, atotrūkis nuo daugelio ES šalių padidėjo, mus aplenkė kaimyninės šalys, pavyzdžiui – Latvija (2 pav.).

Ne geriau atrodome ir pagal mirtingumą – Lietuva pagal apskaičiuotą mirtingumą yra paskutinėje pozicijoje tarp ES šalių. 2009 m. Lietuvoje jis buvo apskaičiuotas 8,4 (6–13/100 000 gyventojų), tuo tarpu Rumunijoje 7,2 (6,5–7,9), Latvijoje 4,3 (3,9–4,5),

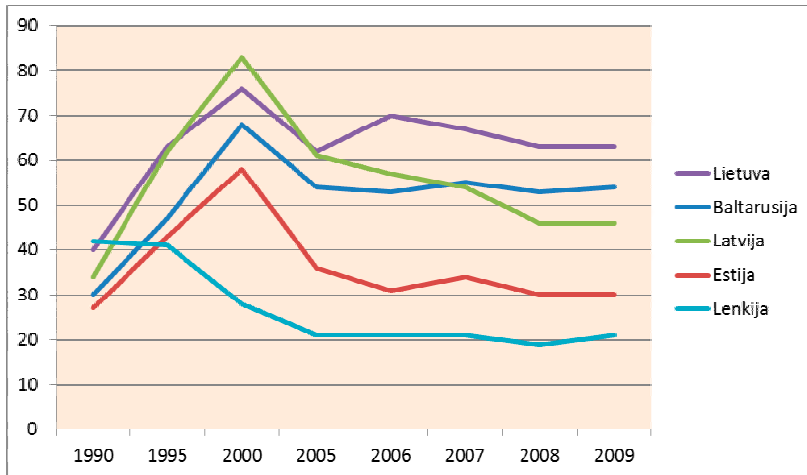
<sup>7</sup> Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta 1998-07-02 Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu Nr. VIII-833. (Žin., 1998-07-17, Nr. 64-1842).

<sup>8</sup> Naujas TB atvejis – toks ligos atvejis, kai TB diagnozuojama pirmą kartą, recidyvas, kai pacientas anksčiau jau buvo sirgęs TB ir gydytas ne trumpiau kaip 1 mėn.

<sup>9</sup> Lietuvos TB registro duomenys. Infekcinių ligų ir tuberkuliozės liginės, VšĮ Vilniaus universiteto liginės Santariškių klinikų filialas, 2011.

<sup>10</sup> WHO Report 2010. Global tuberculosis control. World Health Organization 2010, WHO/HTM/TB/2010.7, p. 139–145.

Estijoje 4 (3,2–5,3), Bulgarijoje 3,1 (2,4–4,4), Lenkijoje 1,9 (<1–3,5), o kitoms ES šalims šis rodiklis yra dar mažesnis, daugeliui mažiau nei 1,0<sup>11</sup>.



**2 paveikslas.** Sergamumas TB (nauji atvejai ir recidyvai) Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse, 1990–2009<sup>12</sup>

Naujojoje LSP TB dalies epideminius tikslus siūlyčiau formuluoti ambicingesnius, nei buvusioje LSP, o siektinus rodiklius – sergamumą, mirtingumą ir ligotumą, „prišti“ prie PSO Europos regiono arba ES šalių vidurkio, kad laikotarpio pabaigoje (2020 m.) juos pasiektume. Pirmasis pasirinkimas nebūtų rimtas iššūkis, nes Europos regionui priklauso šalys, kur TB labiau paplitusi nei Lietuvoje, pavyzdžiui, visos Centrinės Azijos šalys. Taigi, pasidžiaugę pasiektu tikslu liktume ten, kur ir dabar esame – paskutiniai arba netoli galo tarp ES šalių. Antrasis pasirinkimas – pasiekti ES šalių vidurkį pagal pagrindinius epideminius rodiklius – būtų gana sunki užduotis visai sveikatos sistemai, nes reiktų įdėti daug darbo. Čia žodį turėtų tarti sveikatos politikos formuotojai.

Minimi tikslai (sergamumas, mirtingumas, ligotumas) koreliuotų su JT keliamais Tūkstantmečio tikslais, kuriuos Lietuva yra pasižadėjusi vykdyti. TB srityje iki 2015 m. turime dvigubai sumažinti mirtingumą ir paplitimą (ligotumą), palyginus su 1990 m.<sup>13</sup>. Jei epideminių rodiklių mažėjimo tendencija, įsivyravusi nuo 2007 m., išliktų, galima prognozuoti, kad 2015 m. šalis galėtų pasiekti JT Tūkstantmečio tikslus, o iki 2020 m. pagal pagrindinius epideminius rodiklius priartėtų prie ES šalių atitinkamo vidurkio arba jį pasiektų, nes ES šalyse pastaraisiais metais TB epideminiai rodikliai praktiškai mažėja labai nežymiai arba visai nesikeičia (dėl gausios imigracijos iš šalių, kuriose TB labai paplitusi, didžiąją dalį TB pacientų sudaro emigrantai).

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> The MDGs in Europe and Central Asia: Achievements, Challenges and the Way Forward. United Nations, New York and Geneva, 2010, p. 66–73.

Minėtoji banguojanti ir lėkšta TB sergamumo mažėjimo kreivė rodo, kad epideminiai rodikliai yra socialinės ir ekonominės padėties bei gerai ar prastai atliekamo sveikatos (ir socialinės) sistemos darbo atspindys. Pirmiausia, šios mažėjimo kreivės stabilumas tiesiogiai priklauso nuo išgydytų atvira TB sergančių pacientų skaičiaus. Šis rodiklis, kaip esminis, pasiūlytas dar 1991 m. Pasaulio sveikatos asamblėjos kaip vienas iš svarbiausių bet kurios šalies TB programų vertinimo kriterijų<sup>14</sup>. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) rekomendavo naudoti šį rodiklį (užkrečiamų TB atvejų išgydymą) ir užkrečiamų TB atvejų išaiškinimą kaip siekiamus tikslus savosiose TB programose<sup>15</sup>. Priminsiu, kad visos pasaulio šalys įsipareigojo iki 2005 m. – išaiškinti ne mažiau kaip 70 proc. naujai susirgusiųjų užkrečiamų TB atvejų ir ne mažiau kaip 85 proc. iš jų pagydyti<sup>16</sup>. Šie abu tikslai buvo įrašyti į pirmąją LSP, bet pasiektas buvo tik pirmasis.

Lietuvai, kaip ir daugumai Rytų Europos šalių, neblogai pavyksta išaiškinti (diagnozuoti) atviros TB atvejus. Pasak PSO Pasaulinės tuberkuliozės statistikos, Lietuvoje gerokai viršijama nubrėžtoji 70 proc. epidemiškai pavojingų atviros TB atvejų išaiškinamumo (diagnozavimo) riba, vidutiniškai sudaranti apie 89 proc.<sup>17</sup>. Norėčiau priminti, kad išaiškintų atviros TB<sup>18</sup> atvejų dalis (procentas) yra apskaičiuotasis rodiklis<sup>19</sup>. Jis apskaičiuojamas kiekvienai konkrečiai šaliai atskirai<sup>20</sup>. PSO, remdamasi šalių pateikiamais TB paplitimo duomenimis ir kitais rodikliais, skelbia skaičius savo statistiniuose biuleteniuose. Vis dažniau įvairiuose tarptautiniuose forumuose pasigirsta raginimų atsisakyti šio rodiklio. Įvertinant tai, kad šio rodiklio apskaičiavimas gana komplikotas, pats rodiklis yra išvestinis, be to, patys jo negalime apskaičiuoti, į LSP vėl įtraukti užkrečiamų TB atvejų išaiškinimą kaip tikslą nesiūlyčiau.

Tačiau antrasis – išgydyti ne mažiau kaip 85 proc. išaiškintų atviros TB atvejų, tebelieka ypač svarbus, juolab kad Lietuva per 14 metų, kai buvo pradėtas skaičiuoti šis kriterijus, dar nė karto nebuvo jo pasiekusi (3 pav.). Jeigu nepavyksta išgydyti 85 proc. ir daugiau atvira TB užsikrėtusių ligonių, nuolat didėja pakartotinai gydomų pacientų. Tokiu būdu formuojasi atsparių vaistams ligos sukėlėjų priedermės, ir galiausiai atsiranda ypač nepalankus reiškinys – dauginis atsparumas antituberkulioziniams vais-

<sup>14</sup> Revised international definitions in tuberculosis control. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:213–215.

<sup>15</sup> Tarptautiniame kontekste „TB programa“ suprantamas kiekvienos šalies centrinis TB metodinio vadovavimo centras, turintis atitinkamus įgaliojimus, kuris organizuoja visas reikalingas antituberkuliozines priemones ir tiesiogiai atsako už visą antituberkuliozinį darbą ir jo kokybę, yra svarbiausias tarptautinių organizacijų partneris, atstovaujantis savo šali.

<sup>16</sup> Revised international definitions in tuberculosis control. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:213–215.

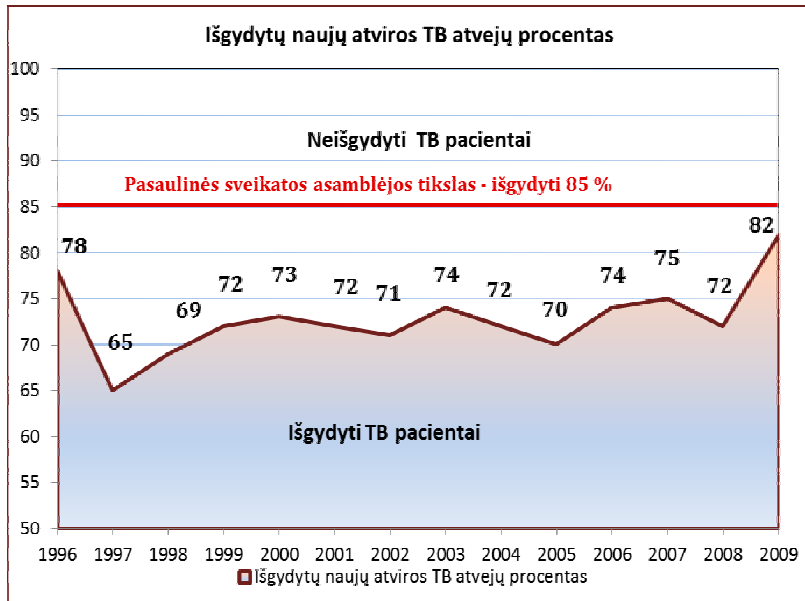
<sup>17</sup> WHO Report 2010. Global tuberculosis control. World Health Organization 2010, WHO/HTM/TB/2010.7, p. 139–145.

<sup>18</sup> Atvira TB yra tokia ligos forma, kai ligoonio išskyrose (dažniausiai skrepliuose) randamas ligos sukėlėjas. Toks TB atvejis pavojingas epideminiu požiūriu, nes nuo jo gali užsikrėsti aplinkiniai žmonės.

<sup>19</sup> Rodiklis apskaičiuojamas realiai nustatytą susirgusiųjų TB pacientų skaičių padalinus iš apskaičiuotojo konkrečiai šaliai skaičiaus pagal PSO metodiką ir padauginus iš 100 [13].

<sup>20</sup> Dye C. Et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:677–686.

tams (toliau – DAV TB)<sup>21</sup>. Tai sunkina asmens sveikatos priežiūros įstaigų personalo darbą ir brangina TB programos priemones, nes atsparių vaistams TB formų gydymas brangesnis ir kelis kartus ilgiau užtrunka<sup>22</sup>.



**3 paveikslas.** Išgydytų naujų atviros TB atvejų procentas Lietuvoje 1996–2009 m.<sup>23</sup>

Būtina paminėti, kad strateginiame PSO dokumente „Globalinis STOP TB planas 2011–2015 m.“ iki 2015 m. visoms šalims numatyta dar aukštesnė šio kriterijaus reikšmė – 90 proc.<sup>24</sup> Taigi naujojoje LSP būtina tai numatyti.

Šio rodiklio stebėseną būtina ir naudinga šaliai. Tai galima parodyti per kaštus, skiriamus TB gydymui. 1 lentelėje parodytos lėšos, kiek Lietuvos gyventojams kainuoja stacionarinis TB pacientų gydymas<sup>25</sup>. Lentelėje matome, kad didžiajai daliai ligonių, kuriuos sudaro naujai išaiškinti TB atvejai (maždaug 70–80 proc. visų TB pacientų), mes kasmet išleidžiame nuo 9,77 iki 13,69 mln. litų, tuo tarpu mažesniajai pakartotino gydymo pacientų daliai (maždaug 20–30 proc.) išleidžiama maždaug dvigubai

<sup>21</sup> DAV TB yra toks reiškinys, kai neteisingo ar nepilnaverčio gydymo pasėkoje susiformuoja ligos sukėlėjų atsparumas dviem svarbiausiems antituberkulioziniams vaistams – izoniazidui ir rifampicinui (gali tuo pačiu būti atsparumas ir kitiems pagrindiniams antituberkulioziniams vaistams). Esant DAV TB gydymo rezultatai iš esmės pablogėja.

<sup>22</sup> Miškinis K. Tuberkuliozės programos veiksmingumas ir jai skiriamos lėšos. Sveikatos mokslai, 2011, Nr. 1, 3843-3846.

<sup>23</sup> Lietuvos TB registro duomenys. Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas, 2011.

<sup>24</sup> WHO Stop TB Partnership. The Global Plan to Stop TB 2011–2015. Transforming the fight towards elimination of TB. Prieiga per internetą: [http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_Global-PlanToStopTB2011-2015.pdf](http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_Global-PlanToStopTB2011-2015.pdf).

<sup>25</sup> Valstybinės ligonių kasos informacinės sistemos SVEIDRA duomenys.

daugiau – nuo 24,84 iki 23,62 mln. litų kasmet. Neramina ir akivaizdi tendencija, kad pigesniai ir paprastesniai naujai išaiškintų TB atvejų gydymui išleidžiamų lėšų dalis kasmet mažėja: nuo 30,55 proc. 2007 m. iki 24,84 proc. 2011 m., o brangesniai ir techniškai žymiai sudėtingesniai pakartotinių atvejų gydymui išleidžiamų lėšų dalis nuolat didėja, nuo 46,17 proc. 2007 m. iki 51,86 proc. 2010 m.

**1 lentelė.** Suteikta stacionariųjų paslaugų pagal paslaugų grupes TB gydymui 2007–2010 m., apmokamų iš PSDF<sup>26</sup> biudžeto<sup>27</sup>

Metai	Lėšos (mln. Lt), skirtos							iš viso stacionariniame gydymui (naujai išaiškintų, pakartotinių vaikų TB, ftiziochirurgijos)
	naujai išaiškintų TB atvejų gydymui	dalis nuo visų stacionariniame gydymui skirtų lėšų (proc.)	pakartotiniame gydymui				iš viso stacionariniame gydymui (naujai išaiškintų, pakartotinių vaikų TB, ftiziochirurgijos)	
			iš viso pakartotiniame gydymui	dalis nuo visų stacionariniame gydymui skirtų lėšų (proc.)	DAV gydymui	recidyvų gydymui		
2007	13,68	30,55 %	20,98	46,17 %	6,63	5,32	9,03	45,44 (100 %)
2008	13,69	28,66 %	23,01	48,17 %	10,16	4,54	8,31	47,76 (100 %)
2009	12,53	26,71 %	23,62	50,35 %	10,54	5,0	8,08	46,91 (100 %)
2010	9,77	24,84 %	20,4	51,86 %	9,32	4,16	6,92	39,33 (100 %)

Taigi, siekiamybė išgydyti kuo didesnę naujai išaiškintų atvira TB sergančių skaičių akivaizdi ir suprantama taip pat iš finansinių paskatų, norint taupyti lėšas. Dėl šios priežasties išgydytų ligonių skaičiaus stebėseną turėtų būti tęsiama ir likti svarbiu TB programos efektyvumo matu.

DAV TB paplitimas, kaip nepasiekto išgydymo rodiklio pasekmė, yra svarbus TB programos efektyvumo kriterijus. Nors jis TB ekspertų yra rekomenduojamas<sup>28</sup>, deja, nebuvo įrašytas į pirmosios LSP indikatorius, nes tuo metu, kai buvo kuriama programa, nebuvo tikslios apskaitos ir neveikė TB registras. Efektyviai dirbančiose TB programose DAV TB paplitimas turi pastoviai mažėti, kol sumažėja iki nereikšmingų pavienių atvejų<sup>29</sup>. Lietuvoje DAV TB paplitimas yra vienas iš didžiausių pasaulyje (2 lentelė), iki 2005 m. jis nuolat stabiliai didėjo (4 pav.). Tai, deja, byloja apie neveiksmingą TB programą<sup>30</sup>. Tik nuo 2006 m. DAV TB plitimas Lietuvoje nustojo didėti ir, atrodo, turi tendenciją stabilizuotis.

<sup>26</sup> PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas.

<sup>27</sup> Valstybinės ligonių kasos informacinės sistemos SVEIDRA duomenys.

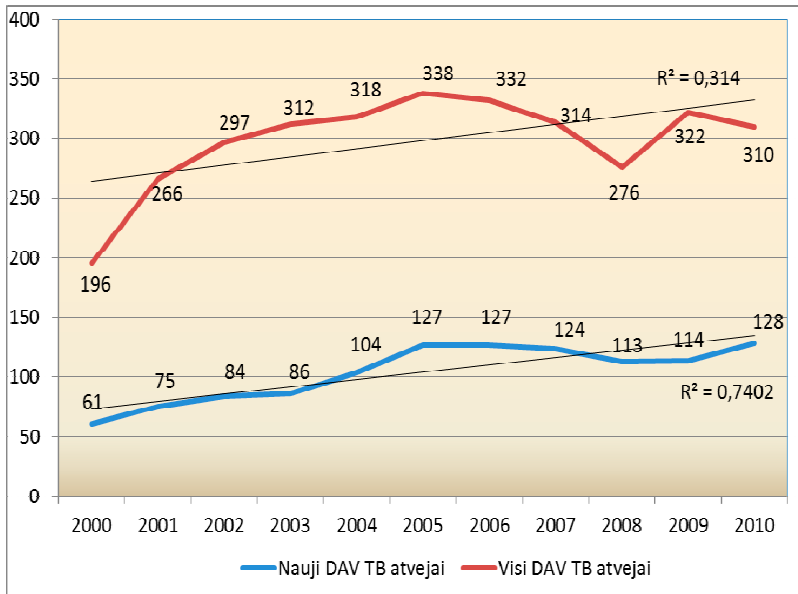
<sup>28</sup> Luelmo F, Frieden T. What are the indicators of an effective tuberculosis control programmes? In book: Toman's tuberculosis. Case detection, treatment, and monitoring – questions and answers. Second edition. World Health Organization, Geneva, 2004:315-318.

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> Ibid.

**2 lentelė.** Naujų DAV TB atvejų paplitimas kai kuriose pasaulio šalyse (teritorijose) 2008 m.<sup>31</sup>

Eil. nr.	Šalis (teritorija)	Naujų DAV-TB dažnis
1.	Azerbaidžanas (Baku)	22,3 %
2.	Moldova	19,4 %
3.	Ukraina (Donetsk)	16 %
4.	Rusija (Tomskas)	15 %
5.	Uzbekistanas (Taškentas)	14,8 %
6.	Estija	13,3 %
7.	Rusija (Mary El)	12,5 %
8.	Latvija	10,8 %
9.	Lietuva	9,8 %
10.	Armėnija	9,4 %

**4 paveikslas.** DAV TB paplitimas Lietuvoje (nauji ir visi DAV TB atvejai) 2000–2010 m.<sup>32</sup>

Logiška būtų šį, ypač svarbų rodiklį – dauginio atsparumo antituberkulioziniams vaistams paplitimo mažėjimą (kol kas, deja, yra didėjimas), – įrašyti kaip savarankišką tikslą į naująją LSP. Sudėtinga nustatyti siekiamas reikšmes, nes nėra daug patirties. Nurodoma, kad tik dvi šalys (JAV ir Honkongas) pateikė akivaizdžius duomenis apie

<sup>31</sup> Tuberculosis MDR TB & XDR TB. The 2008 report. The Stop TB department, World Health Organization. Prieiga per internetą: [http://www.who.int/tb/features\\_archive/drs\\_factsheet.pdf](http://www.who.int/tb/features_archive/drs_factsheet.pdf).

<sup>32</sup> Lietuvos TB registro duomenys. Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas, 2011.



DAV TB mažėjimą, kuris per dešimtmetį (1994–2005) sumažėjo, tiesa, nedaug, vos 1–2 proc.<sup>33</sup>. Įvertinat tai, kad DAV TB paplitimas Lietuvoje yra labai aukštas, manyčiau naujų atvejų sumažėjimas iki 2020 m. bent trečdaliu ar dvigubai (nuo 9,8 % iki 5–6,5 %) būtų realus, nors nelengvai pasiekiamas tikslas.

Tokio tikslo įrašymas į LSP būtų vertingas ir kitu aspektu, kaip netiesioginis visos TB programos veiksmingumo vertinimas. Kol DAV TB paplitimas nepradės stabiliai mažėti, Lietuvos TB programos negalima bus laikyti veiksminga, nors TB sergamumas, mirtingumas gali po truputį mažėti. Tačiau šis „gerėjimas“ reikalaus neadekvačiai daug lėšų ir pastangų<sup>34</sup>, kurių didžiausia dalis turės būti skiriama ypač brangių paslaugų kompensavimui, vietoj nebrangių, bet veiksmingų (žr. 1 lentelę). Siekiant veiksmingos TB programos – su mažiausiomis sąnaudomis pasiekti maksimalų rezultatą, didžiausias dėmesys naujame LSP etape turi būti skiriamas iki šiol nepasiektam tikslui įgyvendinti – išgydyti ne mažiau kaip 85 proc. naujai išaiškintų TB atvejų, o DAV TB rodiklis iš dalies atspindėtų ir Lietuvos TB programos veiksmingumą.

### **Kiti svarbūs uždaviniai**

Siekiant LSP tikslų įgyvendinimo svarbu ir kai kurių veiksmų (uždavinių ar priemonių, priklausomai nuo LSP struktūros) atlikimas. Ypač svarbu užtikrinti priemones, kurios nebuvo, ar buvo nevisa apimtimi įgyvendintos ankstesnėje LSP. Tai laikytina kaip programos trūkumai, kuriuos reiktų pašalinti, nes jie apsunkina arba padaro neįmanomu iškeltų tikslų įgyvendinimą.

Didžiausias TB programos trūkumas – nepakankamai efektyvus pacientų aprūpinimas antituberkulioziniais vaistais. Apmadū, kad nebuvo įgyvendinta pirmosios LSP nuostata, teigianti, jog ambulatorinis gydymas būtinais antituberkulioziniais vaistais būtų visiškai nemokamas. Ambulatoriškai besigydantys ligoniai, net ir gaudami kompensuojamus vaistus, privalo primokėti nedidelę vaisto kainos dalį. Nors tai nėra dideli pinigai (nuo kelių iki keliolikos litų), bet didelė dalis TB sergančių ligonių priklauso socialiai pažeidžiamų asmenų grupėms. Nepaisant to, kad antituberkulioziniai vaistai gyvybiškai reikalingi TB pacientų sveikatai atstatyti, pacientai dažnai neturi pinigų arba tiesiog nenori papildomai mokėti už perkamus vaistus. Dėl šios priežasties didėja ambulatoriškai besigydančiųjų, kurie nutraukia TB gydymą, todėl didėja recidyvų skaičius. Tai galiausiai ilgina stacionarinio gydymo laiką, nes netvarkingai vartojantys vaistus ligoniai pakartotinai patenka į stacionarus. Be to, stacionare už vaistus ligoniams nieko mokėti nereikia, todėl jiems finansiškai labiau apsimoka gydytis stacionare, bet ne ambulatoriškai. Visa tai prisideda prie bendrojo TB gydymo išlaidų brangimo, mažina bendrą TB veiksmingumą.

<sup>33</sup> Anti-tuberculosis drug resistance in the world: fourth global report. WHO/HTM/TB/2008.394. World Health Organization, Geneva, 2008.

<sup>34</sup> Miškinis K. Tuberkuliozės programos veiksmingumas ir jai skiriamos lėšos. Sveikatos mokslai, 2011, Nr. 1, 3843-3846.

Čia verta pabrėžti, kad mūsų šalies įstatymai nėra visiškai suderinti su tarptautine STOP TB strategija, kuri teigia, kad TB sergantiems pacientams antituberkulioziniai vaistai turi būti visiškai nemokami<sup>35</sup>.

Kaip probleminį klausimą vertėtų aptarti aprūpinimą antros eilės antituberkulioziniais vaistais, kurie gyvybiškai būtini gydyti vaistams atsparias TB formas, įskaitant DAV TB. Šių vaistų trūkumas, tiekimo pertrūkiai, netobula pirkimo tvarka oficialiuose PSO dokumentuose nurodama kaip vienas iš svarbiausių Lietuvos TB programos trūkumų<sup>36</sup>. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms antros eilės antituberkuliozinių vaistų įsigijimas yra sunki finansinė našta. Kaip išeitis iš tokios padėties buvo vykdomi šios grupės vaistų centralizuoti pirkimai, kurie, deja, vyksta nereguliariai, todėl jų nuolat trūksta. Racionalaus ir visapusiško gydymo užtikrinimas Lietuvos tuberkuliozinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose tokiomis sąlygomis tampa sunkiai pasiekiamas. Trūkstant vaistų, gydymo veiksmingumas mažėja, pacientų gulėjimo stacionare laikas ilgėja, brangsta visas gydymas, blogėja bendrieji rezultatai.

Lietuvos sveikatos sistemoje vis didesnis vaidmuo tenka šeimos gydytojui. Pagal galiojančius teisės aktus šeimos gydytojas privalo įtarti TB, atlikti reikiamus tyrimus, o išrašius ligonį iš ligoninės – sekti ir organizuoti ligonio gydymą iki visiško pasveikimo<sup>37</sup>.

Tačiau, šeimos gydytojams tenka labai dideli darbo krūviai, jie turi atlikti daugybę teisės aktais numatytų veiksmų, todėl TB budrumas lieka antrame plane. Pulmonologų (buvusių ftiziatrų) praktikoje vis dar pasitaiko atvejų, kai pirminės grandies specialistai ilgai gydė pacientus, neįtardami jiems TB, neatlikę reikalingų tyrimų.

Šeimos gydytojas neturėtų bijoti paciento, kuriam įtartina TB. Diagnozavus pirminėje grandyje atviros džiovos atvejį padidėja visų saugumas – išaiškintas TB atvejis pradedamas gydyti ir nustoja platinti pavojingą užkratą. Taigi esminis šeimos gydytojo uždavinys šioje srityje – padidinti motyvaciją nustatyti TB visiems įtartiniams pacientams. Tam reiktų papildyti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) įstaigų finansavimą, susijusį su TB diagnostika ir gydymu. Kaip pageidautiną žingsnį galėčiau pasiūlyti praplėsti skatinamųjų PAASP paslaugų sąrašą skreplių mikroskopinių tyrimų atlikimu pacientams, kuriems galima įtarti TB (kosulys ir skrepliavimas ilgiau kaip 3 savaites, kosulys nepraeina nuo įprastinio gydymo). Gerų darbų rezultatų dalį PAASP papildyti dviem svarbiais veiksmais: pirmą kartą pacientui patvirtinus mikroskopiškai TB mikobakterijų buvimą – skirti 1 000 balų vertės premiją, kaip ir už onkologinio susirgimo diagnozavimą. O įvertinant tai, kad ambulatorinio gydymo apimtys nuolat didėja – tokia pačia 1 000 balų premija skatinti šeimos gydytojus (ar slaugytojas) už ambulatorinio TB gydymo kurso užbaigimą prižiūrimam pacientui.

<sup>35</sup> An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/CDS/TB/2002.297).

<sup>36</sup> Lithuania. Multidrug-resistant tuberculosis profile. Žiūrėta 2011-09-05. Prieiga per internetą: [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FMDR2BCountryProfile&ISO2=LT&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FMDR2BCountryProfile&ISO2=LT&outtype=html).

<sup>37</sup> LR SAM 2005-12-22 įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2006-01-10, Nr. 3-62).

Šios pasiūlytos priemonės ekonomiškai PSDF biudžetui turėtų būti naudingos, nes sumokėti pinigai (skaičiuojami balais) už skreplių mikroskopinį tyrimą, atviros TB atvejo ankstyvą išaiškinimą ir sėkmingą išgydymą, sugrįžtų dešimteriopai, sutaupant pinigus už ypač brangius atsparios vaistams TB tyrimus, gydymo nesėkmių, recidyvų ir DAV TB gydymą (žr. 1 lentelę). Tokiu būdu pasiektume geresnius rezultatus ir išleistume mažiau pinigų<sup>38</sup>. Šeimos gydytojų suinteresuotumo didinimas nustatyti TB savo pacientams ir juos išgydyti turėtų tapti vienu iš svarbiausių naujosios LSP uždavinių.

Naujojoje LSP būtina reglamentuoti, kaip į TB išaiškinimo procesą įjungti seniūnijas ir kitas savivaldos institucijas, nes socialiai apsilėdę asmenys dažnai nebūna prisirašę prie šeimos gydytojų, todėl tokiems žmonėms TB nustatoma toli pažengusi, neretai terminalinėse stadijose. Epidemiškai nedideliems TB atvejais labai prisideda prie ligos plitimo. Savivaldos organai, būdami suinteresuoti savo teritorijoje mažinti TB infekcijos šaltinius, turėtų skatinant nesikreipiančius į asmens sveikatos priežiūros įstaigas žmones pasitikrinti sveikatą, be to, turėtų prisidėti prie vengiančių gydytis TB sergančių asmenų išsiuntimo į priverstinės izoliacijos ir gydymo vietą (Alytaus TB ligoninę). Nors Lietuvoje jau seniai yra priimtas atitinkamas įstatymas<sup>39</sup>, bet jo taikymo praktika nėra nustatyta, todėl vengiantys gydytis asmenys nesiunčiami į tam skirtą įstaigą ir platina pavojingą infekciją savo gyvenamojoje aplinkoje. LSP turėtų nubrėžti gaires, kaip ši svarbi problema turėtų būti reglamentuota ir sprendžiama. Bendruomenių įtraukimą į TB išaiškinimą ir gydymą labai skatina PSO<sup>40</sup>.

Atskirai reikėtų paminėti ŽIV (AIDS)<sup>41</sup> ir TB problematiką, kuri mūsų šalyje tampa vis aktualesnė. Naujoje LSP reikėtų numatyti konkrečias priemones, kaip sustiprinti bendradarbiavimą tarp abiejų programų (TB ir ŽIV/AIDS), kokias bendros TB ir ŽIV/AIDS infekcijos profilaktikos priemones tarp abiejų pacientų grupių ir rizikos grupių gyventojų reiktų vykdyti, kaip jas įgyvendinti, kad visiems TB pacientams būtų pasiūlyti testai dėl ŽIV bei ŽIV infekuotiems asmenims – ištyrimas dėl TB, profilaktika izoniazidu, be to, labai svarbu – būtų užtikrinamas atitinkamas visų pacientų konsultavimas. LSP būtina numatyti konkrečias siektinų kriterijų reikšmes, kad atliktą darbą vėliau būtų galima išmatuoti ir objektyviai įvertinti.

TB diagnostikos bare Lietuvoje trūksta vieno svarbaus sprendimo – įteisinti šalies referentinę TB laboratoriją, kuri sustiprintų atliekamų bakteriologinių tyrimų kokybę ir patikimumą, koordinuotų ir vadovautų laboratorinės TB tarnybos darbui visoje šalyje. Referentinė TB laboratorija per artimiausius metus turėtų vadovauti dviejų, ypač svarbių uždavinių įdiegimui ir tolesniam koordinavimui. Pirma, visoje šalyje

<sup>38</sup> Miškinis K. Tuberkuliozės programos veiksmingumas ir jai skiriamos lėšos. Sveikatos mokslai, 2011, Nr. 1, 3843-3846.

<sup>39</sup> LR 1996-09-25 „Žmonių užkrečiamų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas“ Nr. I-1553 (Žin., 1996-10-30, Nr. 104-2363).

<sup>40</sup> Community involvement in tuberculosis care and prevention. Towards partnership for health. Guiding principles and recommendations based on WHO review. WHO, Geneva, 2008.

<sup>41</sup> ŽIV – žmogaus imunodeficitu virusas, AIDS – angl. *acquired immune deficiency syndrome*, „įgytasis imuninio nepakankamumo sindromas“ – neišgydoma infekcinė liga, sukeliama žmogaus imunodeficitu viruso.

įdiegti modernią LED mikroskopiją<sup>42</sup> TB mikobakterijų nustatymui bei, antra, – Xpert MTB/RIF diagnostinius testus<sup>43</sup> ankstyvam TB sukėlėjų jautrumo svarbiausiems anti-tuberkulioziniais vaistams nustatymui. Visuotinis šių priemonių įdiegimas sudarys greitesnės diagnostikos ir ankstyvesnio gydymo galimybes visiems TB pacientams, tuo būdu ryškiai padidindami pacientų galimybes pasveikti.

Pasiekti nustatytus tikslus padėtų geresnis TB programos valdymas. Teigiamas faktas yra tai, kad reguliariai tvirtinama Valstybinė tuberkuliozės programa, numatomi darbai, kuriuos būtina atlikti, tačiau finansuojama tik nedidelė dalis, nėra apibrėžta organizacinė struktūra, neaiškus šeiminkas, pačios Valstybinės TB programos priemonių įgyvendinimas ar neįgyvendinimas neturi aiškiai apibrėžtos atsakomybės. Kol nėra TB programos šeiminko, nėra jos koordinavimo, todėl stringa atskirų grandžių įgyvendinimas, pacientams kyla įvairių problemų, pavyzdžiui, nėra gydymui reikalingų vaistų, ir pagrindiniai tikslai tampa sunkiai pasiekiami. Dėl menko Valstybinės TB programos finansavimo praktiškai neveikia socialinio TB pacientų skatinimo sistema, kurios sąlyginai nedidelis finansavimas leistų pasiekti žymiai geresnių gydymo rezultatų<sup>44</sup>. Vadybos trūkumus, atsakingo vadovo nebuvimą, nepakankamą kontrolę PSO įvardina kaip svarbiausią mūsų šalies TB programos trūkumą<sup>45</sup>, kurį mes galime ir privalome ištaisyti.

## Išvados

Taigi, naujai LSP galima pasiūlyti tokius TB dalies tikslus ir uždavinius:

1. Pagrindiniai LSP TB dalies uždaviniai galėtų būti šie:

Iki 2020 metų:

- a) Sumažinti pagrindinius TB epideminius rodiklius (sergamumą, ligotumą ir mirtingumą) iki ES šalių atitinkamų rodiklių vidurkio;
- b) Išgydyti ne mažiau kaip 85 proc. naujai išaiškintų (diagnozuotų) atviros TB atvejų (iki 2015 m.), o nuo 2015 m. pasiekti 90 proc.;
- c) Sumažinti trečdaliu (iki 6,5 proc. arba iki 85 atvejų per metus) naujų DAV TB atvejų skaičių.

2. LSP iškelti uždaviniai turėtų būti pasiekti įgyvendinus šias priemones:

- a) Visi būtini antituberkulioziniai vaistai visiems TB pacientams būtų visiškai nemokami;
- b) Antros eilės vaistai DAV TB atvejams gydyti būtų perkami reguliariai kasmet pagal poreikį;

<sup>42</sup> World Health Organization. Policy statement: Fluorescent light-emitting diode (LED) microscopy for diagnosis of tuberculosis. Žiūrėta 2011-09-05. Prieiga per internetą: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501613\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501613_eng.pdf).

<sup>43</sup> WHO. Rapid Implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: technical and operational “How-to”; practical considerations. Geneva: WHO; 2011. WHO/HTM/TB/2011.2 Žiūrėta 2011-09-05. Prieiga per internetą: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf).

<sup>44</sup> Miškinis K. Tuberkuliozės programos veiksmingumas ir jai skiriamos lėšos. Sveikatos mokslai, 2011, Nr. 1, 3843-3846.

<sup>45</sup> Lithuania. Multidrug-resistant tuberculosis profile. Žiūrėta 2011-09-05. Prieiga per internetą: [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FMDR%2FCountryProfile&ISO2=LT&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FMDR%2FCountryProfile&ISO2=LT&outtype=html).

- c) Šeimos gydytojai (slaugytojai) būtų skatinami už skiriamus mikroskopinius tyrimus TB mikobakterijų paieškai įtartinų pacientų skrepliuose ir už kiekvieno TB atvejo išaiškinimą bei išgydymą;
- d) Visiems TB pacientams 100 proc. būtų siūlomi testai dėl ŽIV bei ŽIV infekuotiems asmenims – ištyrimas dėl TB, profilaktika izoniazidu ir būtų užtikrinamas atitinkamas visų pacientų konsultavimas;
- e) Savivaldos organai aktyviai dalyvautų išaiškinant TB socialiai pažeidžiamų asmenų grupėse ir prisimtų atsakomybę siūsti į priverstinės izoliacijos ir gydymo vietą vengiančius gydytis atvira TB sergančius asmenis;
- f) Būtų įteisinta šalies TB referentinė laboratorija;
- g) Valstybinės TB programos finansavimas būtų šimtaprocentinis ir būtų aiškiai apibrėžtos TB programos dalyvių atsakomybės ribos.

Kaip minėta, 2011 m. tarptautinė visuomenė Pasaulinei kovos su TB dienai paskelbė, kad prasideda džiovos likvidavimo etapas, tačiau realiai šis etapas mūsų šalyje, be abejonės, užtruks dar ne vieną dešimtmetį. Pernelyg ankstyvas tuberkuliozės, kaip ligos ir socialinio reiškinių ignoravimas ir nepakankamas dėmesys, visada atsigręžia ligos sugrįžimu, kuris susijęs su dideliais materialiniais nuostoliais ir žmonių kančiomis. Norėdami stabiliai kontroliuoti šią ligą ir greičiau pasiekti mums tenkinančius rezultatus, privalome TB problemai skirti deramą dėmesį, veiksmingiau naudoti resursus ir lėšas.

### Literatūros sąrašas

1. Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta 1998-07-02 Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998-07-17, Nr. 64-1842).
2. Stop TB Partnership homepage. World TB day 2011. Žiūrėta 2011-07-15. Prieiga per internetą [http://www.stoptb.org/events/world\\_tb\\_day/2011/](http://www.stoptb.org/events/world_tb_day/2011/).
3. Miškinis K. Lietuvos sveikatos programa 1998–2010 m. Tuberkuliozė: laimėjimai ir iššūkiai. Visuomenės sveikata, 2011/1(52), 5–12.
4. WHO Report 2010. Global tuberculosis control. World Health Organization 2010, WHO/HTM/TB/2010.7, p. 139–145.
5. Millenium Development Goals in the WHO European Region. A Situational Analysis at the Eve of the five-year countdown. World Health Organization, Copengahen, 2010, p. 13–21.
6. The MDGs in Europe and Central Asia: Achievements, Challenges and the Way Forward. United Nations, New York and Geneva, 2010, p. 66–73.
7. Revised international definitions in tuberculosis control. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2001, 5:213–215.
8. Dye C. Et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. Journal of the American Medical Association, 1999, 282:677–686.
9. Miškinis K. Tuberkuliozės programos veiksmingumas ir jai skiriamos lėšos. Sveikatos mokslai, 2011, Nr. 1, 3843–3846.
10. WHO Stop TB Partnership. The Global Plan to Stop TB 2011–2015. Transforming the fight towards elimination of TB. Prieiga per internetą: [http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf](http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf).

11. Luelmo F, Frieden T. What are the indicators of an effective tuberculosis control programmes? In book: Toman's tuberculosis. Case detection, treatment, and monitoring – questions and answers. Second edition. World Health Organization, Geneva, 2004:315-318.
12. Tuberculosis MDR TB & XDR TB. The 2008 report. The Stop TB department, World Health Organization. Žiūrėta 2011-08-11. Prieiga per internetą: [http://www.who.int/tb/features\\_archive/drs\\_factsheet.pdf](http://www.who.int/tb/features_archive/drs_factsheet.pdf).
13. Anti-tuberculosis drug resistance in the world: fourth global report. WHO/HTM/TB/2008.394. World Health Organization, Geneva, 2008.
14. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/CDS/TB/2002.297).
15. Lithuania. Multidrug-resistant tuberculosis profile. Žiūrėta 2011-09-05. Prieiga per internetą: [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FMDR%2FTBCountryProfile&ISO2=LT&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FMDR%2FTBCountryProfile&ISO2=LT&outtype=html).
16. LR SAM 2005-12-22 įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2006-01-10, Nr. 3-62).
17. Community involvement in tuberculosis care and prevention. Towards partnership for health. Guiding principles and recommendations based on WHO review. WHO, Geneva, 2008.
18. World Health Organization. Policy statement: Fluorescent light-emitting diode (LED) microscopy for diagnosis of tuberculosis. Žiūrėta 2011-09-05. Prieiga per internetą: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501613\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501613_eng.pdf).
19. WHO. Rapid Implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: technical and operational “How-to”: practical considerations. Geneva: WHO; 2011. WHO/HTM/TB/2011.2. Žiūrėta 2011-09-05. Prieiga per internetą: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf).
20. LR 1996-09-25 „Žmonių užkrečiamų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas“ Nr. I-1553 (Žin., 1996-10-30, Nr. 104-2363).

## **Tuberculosis: Goals and Challenges in the New Lithuanian Health Programme**

**Dr. Kęstutis Miškinis**

National Health Insurance Fund under Ministry of Health

### **Summary**

*The goals of the Lithuanian Health Programme (1998-2010) tuberculosis (TB) section were achieved, majority of planned measures successfully implemented, however, Lithuania ranks last or among the last on the European Union (EU) countries' list by the spread of majority of TB epidemic indicators. It is a signal for the reconsideration of TB programme's strategic goals, aims and measures in order to decrease the lag behind the EU countries. The matter in question is the continuity of the former Lithuanian Health Programme (LHP) and which new goals and aims should be included in a new LHP. Along with the main epidemic indicators (TB incidence, morbidity and mortality), which should be compared with corresponding EU countries mean in order to achieve it at the end of the LHP (2020), it is proposed to leave the non-achieved goal from the*

*previous LHP – to cure more than 85 % of newly detected smear positive TB cases and increase this indicator to 90% by 2015. Non-achievement of this indicator incurs substantial financial costs to the country, because of poor cure of new cases increases amount the repeatedly treated TB cases and multi-drug resistant cases among them, which are considerably more complicated to cure, expensive and take longer time. That is why the decrease of a number of multi-drug resistant TB cases by one third by the end of the LHP (2020) as the effectiveness indicator is proposed as the third goal of the TB programme.*

*The author proposes the aims and necessary measures to implement in order to achieve the main goals of the new LHP. One of the objectives is to implement the provision of the STOP TB strategy to provide patients with all necessary TB drugs fully free of charge. The importance of non-interrupted supply of second-line TB drugs, incentives for primary health care providers for sputum investigation, detection of smear positive TB case and cure of such cases are discussed as well. Other issues discussed in the article are: recommendations to screen TB patients for HIV and vice versa - to investigate HIV positive people for TB, notification of countries reference TB laboratory; strengthening the management of the National TB programme by clearly defining obligations of all participants and ensuring full financing of National TB programme.*

**Keywords:** *Lithuanian Health Programme, tuberculosis*